



**HAL**  
open science

# Le "non-recours" aux soins des populations précaires. Constructions et réceptions des normes.

Antoine Rode

► **To cite this version:**

Antoine Rode. Le "non-recours" aux soins des populations précaires. Constructions et réceptions des normes.. Sociologie. Université Pierre Mendès-France - Grenoble II, 2010. Français. NNT : . tel-00488403

**HAL Id: tel-00488403**

**<https://theses.hal.science/tel-00488403>**

Submitted on 1 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.

Université de Grenoble / Institut d'études politiques de Grenoble  
Ecole doctorale Sciences de l'homme, du politique et du territoire (ED 454)

PACTE – Politiques publiques, action, territoires (UMR 5194)  
Equipe Politique - Organisations

# **Le « non-recours » aux soins des populations précaires**

## **Constructions et réceptions des normes**

Thèse pour le Doctorat de Science politique  
Présentée et soutenue publiquement le 03 mai 2010 par  
Antoine RODE

Sous la direction de M. Philippe WARIN

### *Membres du jury*

*Pierre CHAUVIN*, Epidémiologiste,  
Directeur de recherche à l'INSERM – Université Pierre et Marie Curie

*Olivier GIRAUD*, Politologue,  
Chargé de recherche au CNRS – Centre Marc Bloch de Berlin

*Claude MARTIN*, Sociologue,  
Directeur de recherche au CNRS – Ecole des hautes études en santé publique

*Patrick PERETTI-WATEL*, Sociologue,  
Chargé de recherche à l'INSERM – Observatoire régional de la santé PACA (Rapporteur)

*Pascale PICHON*, Sociologue,  
Maître de conférences – Université Jean Monnet Saint-Etienne (Rapporteur)

*Philippe WARIN*, Politologue,  
Directeur de recherche au CNRS – Institut d'études politiques de Grenoble (Directeur de thèse)



*A Honorine et Maryse*



## Remerciements

*L'étape des remerciements est toujours un plaisir pour moi, que je me réserve pour la toute fin, parce qu'elle vient clore un long et enrichissant travail, mais surtout parce qu'elle est l'occasion d'exprimer ma reconnaissance à celles et ceux qui ont entouré cette recherche. Celle-ci n'est pas simplement le fruit d'un travail individuel, mais a bel et bien été modelée lors des moments collectifs.*

*Mes premiers remerciements vont à Philippe Warin qui a pris soin de remplir les multiples fonctions du directeur de thèse. Impossible de toutes les énumérer ici, mais sa disponibilité permanente, ses conseils et avis distancés sur mon travail, ses pistes de réflexion, son souci de me (re)mettre en confiance et de m'aider à trouver des solutions à chaque difficulté, m'ont été très précieux à bien des égards. De même, je ne saurais que le remercier pour avoir partagé sa passion de la recherche et m'avoir initié à ce qui compose ce champ, que ce soit en m'intégrant dans plusieurs dispositifs de recherche ou en m'incitant à diversifier mes expériences scientifiques.*

*Plusieurs personnes ont eu un rôle central en m'encourageant à poursuivre en thèse et, à la fin de celle-ci, je les en remercie sincèrement. Je pense à Anne-Marie Guillemard, à Anne-Laure Dalstein et surtout à Dominique Lagabrielle qui, convaincu du dialogue entre médecins et chercheurs en sciences sociales, a eu les mots justes pour m'entraîner et me soutenir dans cette aventure.*

*Je tiens ensuite à remercier la région Rhône-Alpes pour son soutien financier, ce qui m'a permis de me consacrer pleinement à cette recherche et de l'élaborer dans de très bonnes conditions.*

*L'environnement scientifique dans lequel j'ai pu être intégré a été très important en m'aidant dans la réflexion mais par-dessus tout en m'évitant de vivre cette thèse sur un mode solitaire. Dans ce sens, je remercie les différents membres – personnels administratifs, chercheurs et doctorants – du laboratoire PACTE, de l'Ecole doctorale SHPT et de l'Université de Savoie. Il en est de même pour les sympathiques membres du laboratoire de Constantine, du groupe de recherche « Exclusions et non-recours » (Cluster 12) et de l'ODENORE, notamment Catherine Chauveaud et Valérie Baudet pour leurs multiples coups de main et soutiens.*

*Les moments où l'on « fait du terrain » sont toujours ceux où l'on reprend le plaisir de la recherche. Si cela a été le cas pour moi, c'est grâce au très bon accueil que j'ai eu sur les différents terrains d'enquête. Je remercie ainsi chacune des personnes, sans pouvoir toutes les citer, qui y ont contribué et qui m'ont aidé à plusieurs étapes de cette recherche : le directeur du CETAF, Norbert Deville, ainsi que Jean-Jacques Moulin et l'ensemble du programme « Précarité – Inégalités de santé » du CETAF ; les médecins-directeurs et équipes des Centres d'examen de santé de Bobigny, Bourg en Bresse et Dijon ; Isabelle Gamot de la DSPE ; les directeurs et équipes de l'AGECSA, de l'Amicale du Nid, de l'Appart', du Fournil, de Point d'eau et de la PASS de Grenoble.*

*Mais le plaisir du « terrain », je le dois principalement aux rencontres toutes différentes avec les personnes qui ont accepté de m'accorder un temps – parfois long – pour un entretien, afin de partager leur point de vue sur la santé. Je leur en suis très reconnaissant.*

*Cette thèse aurait présenté un visage bien différent si Françoise Reboton n'avait pas accepté de prendre du temps, pendant sa paisible retraite savoyarde, pour m'aider à mettre en forme ce document. Qu'elle en soit ici remerciée.*

*Cette thèse ne serait pas non plus celle-ci sans les nombreux encouragements reçus tout au long du travail et qui m'ont permis de la finir. Parmi les personnes qui ont compté, je salue Cyril et Christophe, pour leur indispensable amitié, et la fine fleur de la jeune recherche Nico, Stéphanie et Elhadji, pour leurs nombreuses informations et autres services amicaux. J'ai une pensée également envers les « compagnons de cordée » grenoblois, Stéphane et Tom, qui ont rythmé les temps hors-thèse et offert de nombreuses bouffées d'oxygène. Je tiens à laisser ici une place particulière à Héléna ; car oui, les nombreux parallèles que nous avons faits entre l'aventure de la thèse et l'alpinisme sont justes. Et à ce titre, son esprit d'équipe, ses conseils « techniques », ses aides régulières et soutiens moraux, m'ont permis de ne pas céder au vertige et d'avancer pas à pas vers la fin de thèse, en m'y guidant pour « ouvrir » des voies ou abandonner les pentes glissantes. Un grand merci.*

*Je remercie très fortement la chouette Marion qui a beaucoup accompagné cette thèse, en m'ayant soutenu et en ayant notamment partagé sa bonne énergie et ses idées.*

*Mes derniers remerciements vont à mon père, qui a toujours su « driver » ma vie, et à ma mère, qui m'a enseigné à toujours aller de l'avant. Je la remercie aussi pour avoir lu et vérifié chacun des 179 924 mots qui composent cette thèse, par deux fois, ce qui fait un beau score de 359 848 mots. Promis, ce sont là les derniers mots à vérifier.*

## SOMMAIRE

<b>LISTE DES PRINCIPAUX SIGLES UTILISÉS</b>	p. 9
<b>INTRODUCTION GENERALE</b>	p. 11
<b>PARTIE 1 - L'ÉMERGENCE DU « NON-RECOURS AUX SOINS » : UN PROBLEME DE SANTE PUBLIQUE, ENTRE ENJEU D'EGALITE D'ACCES AUX SOINS ET ENJEU DE PERFORMANCE DU SYSTEME DE SOINS</b>	p. 57
CHAPITRE 1 – L'ÉMERGENCE DU NON-RECOURS AUX SOINS COMME PROBLEME DE SANTE PUBLIQUE	p. 61
CHAPITRE 2 – NON-RECOURS ET DROIT AUX SOINS	p. 131
CHAPITRE 3 – NON-RECOURS ET DEVOIR DE SOINS	p. 177
<b>PARTIE 2 - UNE ANALYSE DU NON-RECOURS AUX SOINS PAR LE SYSTEME DE SOINS ET LE RAPPORT A L'OFFRE DE SOINS</b>	p. 201
CHAPITRE 1 : NON-RECOURS AUX SOINS ET ACCESSIBILITE FINANCIERE DU SYSTEME DE SOINS	p. 205
CHAPITRE 2 : L'ÉLOIGNEMENT DU SYSTEME DE SOINS : DISTANCE GEOGRAPHIQUE ET REFUS DE SOINS	p. 245
CHAPITRE 3 : CONFIANCE ET MEFIANCE DANS LE RAPPORT AUX MEDECINS ET AU SYSTEME DE SOINS	p. 273
<b>PARTIE 3 - LE NON-RECOURS AUX SOINS COMME EXPRESSION D'UNE NON-UTILISATION DES SOINS : SENS ET LEGITIMITE D'APRES LES INDIVIDUS CONCERNES</b>	p. 305
CHAPITRE 1 : LES NON-SENS DU NON-RECOURS AUX SOINS : NI UN PROBLEME, NI UN RISQUE POUR SA SANTE	p. 309
CHAPITRE 2 : LOGIQUES CURATIVES DE RECOURS AUX SOINS ET AUTOMEDICATION	p. 345
CHAPITRE 3 : LOGIQUES DE NON-RECOURS AUX SOINS	p. 387
<b>CONCLUSION GENERALE</b>	p. 425
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	p. 439
<b>ANNEXES</b>	p. 482
<b>LISTE DES TABLEAUX ET ENCADRES</b>	p. 501
<b>TABLE DES MATIERES</b>	p. 502





## LISTE DES PRINCIPAUX SIGLES UTILISES

<b>ACS</b>	Aide complémentaire santé
<b>AGECSA</b>	Association de gestion des centres de santé
<b>ALD</b>	Affection de longue durée
<b>AME</b>	Aide médicale de l'Etat
<b>CAF</b>	Caisse des allocations familiales
<b>CES</b>	Centre d'examens de santé
<b>CETAF</b>	Centre technique d'appui et de formations des centres d'examens de santé
<b>CISS</b>	Comité inter-associatif sur la santé
<b>CMU</b>	Couverture maladie universelle
<b>CMU-C</b>	Couverture maladie universelle complémentaire
<b>CNAF</b>	Caisse nationale des allocations familiales
<b>CNAMTS</b>	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
<b>COG</b>	Convention d'objectifs et de gestion
<b>CPAM</b>	Caisse primaire d'assurance maladie
<b>CREDES</b>	Centre de recherche, d'études et de documentation en économie de la santé
<b>CREDOC</b>	Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie
<b>DGAFP</b>	Direction générale de l'administration et de la fonction publique
<b>DGAS</b>	Direction générale de l'action sociale
<b>DRASS</b>	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
<b>DREES</b>	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
<b>DSPE</b>	Direction santé publique et environnementale
<b>EPICES</b>	Evaluation de la précarité individuelle dans les centres d'examens de santé
<b>EPS</b>	Examen périodique de santé
<b>ESPS</b>	Enquête santé et protection sociale
<b>Fonds CMU</b>	Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie
<b>HCSP</b>	Haut conseil de la santé publique
<b>HPST</b>	Hôpital, patients, santé et territoires
<b>IGAS</b>	Inspection générale des affaires sociales
<b>INED</b>	Institut national d'études démographiques
<b>INPES</b>	Institut national de prévention et d'éducation en santé
<b>INSEE</b>	Institut national de la statistique et des études économiques
<b>INSERM</b>	Institut national de la santé et de la recherche médicale
<b>IRDES</b>	Institut de recherche et de documentation en économie de la santé
<b>LOLF</b>	Loi organique relative aux lois de finances
<b>MDM</b>	Médecins du monde
<b>MIPES</b>	Mission d'information sur la pauvreté et l'exclusion sociale
<b>MRIE</b>	Mission régionale d'information sur l'exclusion
<b>NOSAP</b>	Non-recours aux soins des actifs précaires
<b>ODENORE</b>	Observatoire des non-recours aux droits et aux services
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la santé
<b>ONPES</b>	Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale
<b>ONZUS</b>	Observatoire national des zones urbaines sensibles
<b>ORS</b>	Observatoire régional de santé
<b>PASS</b>	Permanence d'accès aux soins de santé
<b>RAIDE</b>	Recueil annuel informatisé de données épidémiologiques
<b>RMI</b>	Revenu minimum d'insertion
<b>RSA</b>	Revenu de solidarité active



## INTRODUCTION GENERALE

*« La santé : Accès de tous aux soins.*

*Au cours du présent rapport, nous avons constaté un lien entre bas revenus, mauvais état de santé et utilisation insuffisante des moyens de soins existants ; ce lien semble imputable à :*

- *certaines lacunes de la protection sociale,*
- *des conditions de vie défavorables à l'amélioration de la santé,*
- *une mobilisation insuffisante de certains personnels de santé,*
- *des difficultés socioculturelles des populations concernées. »*

Extrait de la conclusion du rapport « Grande pauvreté et précarité économique et sociale », présenté par Joseph Wresinski au nom du Conseil économique et social, 28 février 1987, p. 102.

*« L'inégalité d'accès aux soins et le rejet et le recul qu'elle provoque touchent des populations de plus en plus nombreuses, sans doute des centaines de milliers, aux statuts très différents : salariés à faibles revenus, chômeurs, vieillards, personnes handicapées, malades chroniques, personnes en grande précarité... Les nombreux obstacles qui éloignent des soins varient en fait avec les situations et rendent difficiles l'élaboration de propositions mettant fin à cette mise à l'écart d'hommes, de femmes et d'enfants malades. Il faudrait pouvoir évoquer toutes les situations [...]. Faute de temps, j'ai choisi d'approfondir le phénomène grandissant de l'éloignement des lieux de soins des personnes les plus démunies. »*

Extrait du débat « Comment aller chercher les personnes les plus éloignées du système de santé ? », intervention de Chantal Deschamps, membre du Conseil consultatif national d'éthique, 18 décembre 2008, p. 1.

A vingt ans d'écart, ces deux personnalités font un constat similaire, celui de difficultés dans l'accès et l'utilisation des soins ; difficultés qui toucheraient principalement les personnes « pauvres », « précaires » ou « démunies » et qui, de ce fait, entraîneraient la nécessité d'une réponse publique. Pour autant, nous constatons de nombreux changements caractérisant la période des années 1980 à 2000 au niveau de l'accès aux soins.

Citons-en plusieurs témoins, et dans des domaines différents. L'offre de soins a augmenté sur le territoire français en passant, pour ne prendre qu'un exemple, de 266 médecins pour 100 000 habitants en 1985 à 340 pour 100 000 en 2008 (Burdillat, 2009). Cette offre de soins est devenue plus performante, mais également plus technique et sophistiquée ; le nombre de spécialités et l'effectif de médecins spécialistes actuels en est une des expressions. De son côté, la demande de soins s'est accrue et ce mouvement s'est traduit, comme le rappelle Jean Peneff (2005), par la multiplication par vingt du nombre de consultations médicales en un demi-siècle. Entre 1960 et 2006, alors que les dépenses des ménages reculent dans la majeure partie des postes de consommation, hormis pour le logement, les transports et les communications, la part qu'ils consacrent à la santé est passée de 2,2 à 3,4%<sup>1</sup>.

Il est établi que l'accroissement de la consommation et des dépenses de santé ne tient pas à un facteur en particulier, mais à la conjonction de plusieurs facteurs (Mormiche, 1998). Parmi ces derniers, des études évoquent la généralisation des systèmes de santé et l'extension de la couverture médicale. Bien que jouant un rôle plus faible dans la consommation médicale que d'autres facteurs, notamment ce que Pierre Mormiche regroupe sous la notion de « médicalisation des comportements »<sup>2</sup>, il s'agit là d'une transformation particulièrement visible. 76% de la population française était couverte en 1976 par l'assurance maladie de base de la Sécurité sociale contre 99,6% en 2003 ; la tendance à la hausse est similaire pour ce qui concerne la couverture maladie complémentaire puisque 69% de la population en bénéficiait en 1981 tandis qu'ils sont plus de 90% en 2003 (Marical et de Saint Pol, 2007). Le système de santé français étant construit sur le modèle d'un système d'assurance maladie, différent des systèmes nationaux et libéraux de santé (Palier, 2008), l'assurance maladie s'est d'abord développée en direction des travailleurs et de leurs ayants droit. Elle a été étendue par la suite lors de la loi du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle (CMU). Le volet « base » de cette loi – la CMU B – vise en effet à généraliser l'accès à l'assurance maladie obligatoire pour tous les résidents stables et réguliers non couverts par un régime de base. D'autre part, comme le note à juste titre Didier Tabuteau, « contrairement à une idée reçue, l'assurance-maladie n'a pas connu son âge d'or lors de sa création en 1945 » (Tabuteau, 2010 : 87) : le taux de prise en charge des soins par l'assurance-maladie est passé de 50% dans les années 1950 à 75,5% en 2008, bien que la tendance récente soit à

---

<sup>1</sup> Alternatives économiques, « Les chiffres de l'économie 2010 », Hors série n°82, octobre 2009, p.76.

<sup>2</sup> Nous aurons l'occasion de revenir sur cette notion de médicalisation dès le premier chapitre de la première partie.

la baisse et que cette prise en charge soit très variable en fonction du type de dépenses de soins. A côté des transformations qui ont affecté l'assurance maladie obligatoire, des changements ont également vu le jour en matière de complémentaire santé ; le second volet de la CMU, la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), a pour but d'assurer à tous les ménages à faibles revenus l'accès aux soins, par la mise en place d'une couverture complémentaire avec dispense d'avance de frais du ticket modérateur, du forfait journalier et prise en charge de certains produits spécifiques (Boisguérin, Gissot, Grignon et Auvray, 2001). Si la CMU-C a permis l'accès à une complémentaire à des ménages qui en étaient auparavant exclus, elle a très vite rencontré un obstacle : l'effet de seuil. Pour tenter d'y remédier, l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé a été créée par la loi de 2004 ; ce dispositif, initialement baptisé « crédit d'impôt », a pour objectif d'améliorer l'accès à la mutualisation des populations se situant juste au-dessus du plafond de ressources de la CMU-C. Il porte aujourd'hui le nom d'Aide complémentaire santé (ACS).

L'ensemble de ces évolutions a longtemps permis de maintenir l'idée selon laquelle l'extension et la généralisation de la couverture santé lèveraient mécaniquement toutes les difficultés d'accès aux soins et nivèleraient socialement l'usage du système de soins ; il n'est pas rare d'entendre encore actuellement de tels arguments<sup>3</sup>. Toutefois, les constats de disparités de recours aux soins et d'inégalités sociales de santé se sont accumulés progressivement depuis les années 1980 et ont partiellement remis en cause cet idéal égalitariste. Pour y faire face, une offre de soins et des dispositifs spécifiquement destinés à « soigner les exclus », pensés initialement comme provisoires, se sont développés et diversifiés dans un souci d'articuler action sanitaire et action sociale (Parizot, 2003) ; c'est le cas des centres de soins gratuits, des Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) dans le secteur hospitalier public ou, entre autres, des interventions dans les lieux d'accueil et de vie des populations en situation de pauvreté ou de précarité.

Nous aurons à développer davantage les transformations concernant l'accès aux soins et le système de santé français. Mais restons-en là pour l'instant. Cette brève présentation est suffisante pour comprendre que les progrès réalisés pour accroître et

---

<sup>3</sup> Les propos d'Eric Woerth, ministre du Budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'Etat, en donnent une illustration. Voici ce qu'il déclarait en plein débat sur le bouclier sanitaire : « quel Français peut dire qu'il a dû renoncer à des soins pour des raisons financières ? Cela n'existe guère ». Et, poursuit-il, « les plus démunis bénéficient déjà de la CMU (couverture maladie universelle), les plus malades du régime de l'ALD (affection de longue durée) ». Voir *Le Monde*, « Eric Woerth se dit hostile à une hausse de la TVA ou de la CSG et « réservé » sur le bouclier sanitaire », 07 février 2008.

améliorer l'offre de soins à une population mieux assurée ne calment pas les inquiétudes de personnalités particulièrement avisées. Vingt ans après, C. Deschamps alerte sur les difficultés de l'accès de tous aux soins, comme le fit en son temps le fondateur d'ATD Quart-Monde J. Wresinski. Au problème de l'insuffisance des dispositifs – protection et services de soins – se substitue une autre difficulté : le manque d'effectivité de ce qui est mis en place, c'est-à-dire l'écart entre les impacts prévus lors de l'élaboration d'une politique publique – ce qui « devrait être » – et les impacts réels sur les bénéficiaires – ce qui « est ».

Ce constat du manque d'effectivité de ces dispositifs et interventions publics, que relèvent les personnalités citées précédemment et que nous avons pu nous-même observer dans nos précédents travaux de recherche et dans nos activités bénévoles, constitue le point de départ de notre réflexion. Il nous accompagnera tout au long de cette recherche. Ce manque d'effectivité nous a interpellé et a suscité notre curiosité. En effet, le moindre accès et recours aux soins des populations précaires apparaît comme paradoxal, si ce n'est anachronique ou tout du moins en dehors de la norme sociale. Il est observé à un moment où la protection sociale se généralise et où la majeure partie de la population française augmente sa consommation de soins. Il intervient également après la mise en œuvre d'initiatives prises par un ensemble d'acteurs publics, destinées justement à favoriser l'accès aux soins pour tous et en particulier pour celles qui auraient besoin de davantage de soins, à savoir les populations précaires.

Dès lors, et du fait de ces changements de contexte, la question qui nous a semblé se poser avec le plus d'acuité était celle du « non-recours » aux droits et aux services. Ce phénomène, comme nous le verrons, réinterroge en effet directement l'effectivité des politiques publiques. Dans l'une de ses définitions, il concerne « des personnes qui, en tout état de cause, ne s'adressent pas aux services pour faire valoir les droits économiques et sociaux auxquels elles peuvent prétendre »<sup>4</sup>. Notre interrogation initiale était ainsi la suivante : pourquoi, malgré la mise en place de dispositifs destinés à améliorer l'accès et l'utilisation des soins, les individus en situation de précarité sont-ils toujours ceux pour lesquels se poseraient des difficultés dans ce domaine ?

---

<sup>4</sup> Définition issue du site de l'Observatoire des non-recours aux droits et aux services (ODENORE) : <http://odenore.msh-alpes.fr/>

Les phénomènes de non-recours peuvent *a priori* concerner les nombreux droits sociaux et services existants. Tout comme les inégalités sociales, qui « ne forment plus un système [mais] constituent un ensemble de tensions et de problèmes chaque fois spécifiques » (Dubet, 2004 : 68), dans les champs scolaires, professionnels, etc., l'analyse de ces phénomènes de non-recours demande à être distinguée selon les multiples champs. Ils revêtent en effet des caractéristiques multiformes. Par leur histoire, notamment dans les pays anglo-saxons, ils ont longtemps été exclusivement liés aux prestations sociales légales et extra-légales organisées par grandes catégories de risques, à l'appui des acquis du droit du travail (contre les accidents, le chômage, la maladie et la retraite) et du droit de la famille (pour la maternité, la famille et l'éducation, la vieillesse, le handicap). Le non-recours a ensuite été élargi pour inclure d'autres formes de prestations : les droits non directement financiers, les services d'accompagnement – en matière d'insertion par exemple – ou les droits connexes – carte de transport, complémentaire santé, etc. – qui peuvent découler du bénéfice d'un droit financier. Pour notre part, nous avons fait le choix de nous intéresser au champ de la santé et, plus précisément, au non-recours aux soins<sup>5</sup>.

Le choix de travailler sur les soins de santé tient à deux raisons principales qui, lorsque nous les énonçons, permettent de comprendre le point de départ de la construction de notre objet de recherche et la démarche principale de ce travail de thèse. Nous considérons également important de les rappeler étant donné qu'« il n'y a pas de sociologie possible sans sociologiser les sociologues, c'est-à-dire sans les situer par rapport à leur objet » (Pinçon et Pinçon-Charlot, 2005 : 53). Si Michel Pinçon et Monique Pinçon-Charlot parlent ici des sociologues, leur propos peut s'appliquer à l'ensemble des chercheurs en sciences sociales.

Notre choix de travailler sur le non-recours aux soins tient tout d'abord aux observations faites lors d'un précédent travail ethnographique sur les maraudes du Samusocial<sup>6</sup> de Paris et de la Croix-Rouge française (Rode, 2004). Les maraudes sont des dispositifs d'action publique diurnes et nocturnes, prenant la forme d'équipes mobiles dont la mission est de proposer différentes aides aux personnes sans-abri. Les aides en question

---

<sup>5</sup> En ce sens, nous aborderons certes le non-recours aux droits sociaux en matière d'assurance maladie, mais en tant que variable explicative du non-recours aux soins. La première problématique fait l'objet du travail de thèse d'Hélène Revil. Voir Revil, H. En cours. *L'information dans la conduite des politiques publiques. Produire une connaissance sur les publics vulnérables : le cas de l'Assurance Maladie*. Grenoble, Thèse de doctorat de science politique, Institut d'études politiques de Grenoble.

<sup>6</sup> Le Samusocial s'écrit en un seul mot lorsqu'il est question du Groupement d'intérêt public (GIP) intervenant à Paris.



s'échelonnent de l'écoute destinée à « créer du lien social » jusqu'aux soins médicaux (physiques et/ou psychiatriques), en passant par les propositions d'hébergement. Cette hétérogénéité varie en fonction des territoires sur lesquels les dispositifs de maraude sont implantés mais surtout en fonction des organismes qui en ont la charge. Il reste qu'un principe d'action est commun à ces dispositifs, à savoir celui d'« aller vers les personnes sans-abri, en particulier celles qui ne demandent plus rien, dans l'espace public » (Le Méner, 2007).

Parmi les champs d'actions divers, c'est la problématique de la santé et des soins qui ressort avec le plus de force des dispositifs de maraude. Rappelons tout d'abord rapidement que le plus emblématique d'entre eux – le Samusocial de Paris – a été créé par le médecin urgentiste Xavier Emmanuelli en 1993. Son idée initiale était de transposer le modèle de l'urgence médicale dans le champ de l'intervention sociale, en popularisant le concept de « l'urgence sociale » destiné à prendre en charge, sur un mode différent de l'insertion, les problématiques sociales, sanitaires et psychiatriques des sans-abri. La problématique de la santé est parfois implicite puisque, à en croire Stéphane Rullac, les équipes mobiles auraient une « fonction taboue » motivée par le principe moral d'éviter la mort des sans-abri (Rullac, 2004 : 30). Mais elle est également explicite : elle apparaît notamment dans les discours qui entourent la manière dont ces dispositifs sont légitimés, avec de nombreuses et fréquentes descriptions de corps souffrants. Par exemple, quand il aborde l'origine des maraudes et la nécessité de les mettre en œuvre, X. Emmanuelli évoque l'aspect « fascinant pour un médecin de voir des gens qui ne demandaient rien malgré des symptômes énormes », cette « absence de plaintes et cette indifférence à l'égard de leurs lésions » qui témoignent du fait que les sans-abri « n'habitent plus leur corps » (Emmanuelli, 2005). Les représentations du problème sur lequel l'intervention publique doit porter, dont les propos de X. Emmanuelli sont une illustration parmi d'autres, ne sont pas sans nous rappeler l'ouvrage du psychanalyste et anthropologue Patrick Declerck, *les Naufragés* (Declerck, 2001). Sa lecture ne laisse pas indifférent. Dans cet ouvrage – dont le succès, notamment dans le milieu du travail social, entraîne le risque de généralisation d'un portrait social des SDF très critiquable (Gardella, 2003) – l'auteur décrit des individus caractérisés par la folie, cumulant les troubles psychiatriques et les pratiques à risque pour leur santé. La santé tient une place centrale dans l'ouvrage. Des descriptions mais surtout des images saisissantes<sup>7</sup> viennent émailler la dureté de ses propos : elles

---

<sup>7</sup> Nous renvoyons plus précisément aux pages non numérotées présentes au centre de l'ouvrage, et donc incontournables, où P. Declerck expose des photos très détaillées de pathologies mutilant les corps (gangrène,

donnent à voir les conséquences sur les corps de « l'abandon de soi », du manque d'hygiène et de soins ainsi que du non-usage des dispositifs socio-sanitaires. L'auteur en appelle à une prise en charge de ces personnes en terminant son ouvrage par la phrase suivante : « sachons veiller sur ces splendeurs détruites que nous avons l'honneur de soigner » (Declerck, 2001 : 374).

Ainsi, l'analyse des dispositifs de maraude a attiré notre attention sur la manière particulière dont les situations de non-recours aux soins sont représentées socialement, par rapport à d'autres services et droits sociaux. Elles auraient des conséquences visibles sur le corps de ceux qui sont concernés et occasionneraient une mise en danger de leur santé. Si nous avons préalablement observé ces représentations à propos des sans-abri, de ceux qui seraient emblématiques de la « grande » pauvreté, le même type de représentations se retrouve lorsqu'il est question des populations « précaires ». Ces situations interpellent les professionnels de santé qui les mettent sur le compte du « déni » d'une pathologie ou qui jugent souvent les conduites s'y rapportant « irrationnelles » ou « incompréhensibles ». Pour trouver des clés de compréhension, ils peuvent adresser leurs demandes aux sciences sociales. Didier Fassin observe ce type de sollicitation par les acteurs de la santé publique qui désirent connaître « la culture des autres », celle provenant de ces « segments de sa propre société que l'on situe à une certaine distance des valeurs dominantes » (Fassin, 2001a : 181-182). Nous avons pu constater une demande sociale similaire à Grenoble où des professionnels des centres de santé, en but à la difficulté d'expliquer ces situations de non-recours aux soins et à trouver les modalités pour les éviter, se sont tournés vers des chercheurs en sciences sociales. Cela s'est traduit par une étude sociologique, dont nous avons eu la charge lors d'un stage réalisé pendant notre Master professionnel dans deux structures grenobloises – l'Observatoire des non-recours aux droits et aux services (ODENORE) et l'Association de gestion des centres de santé de Grenoble (AGECSA)<sup>8</sup>. L'inscription dans ce dispositif de travail constitue la seconde raison de notre choix pour l'étude de la problématique particulière du non-recours aux soins chez les populations précaires.

Nous avons ainsi été amené à porter notre attention sur ce qui fait « problème » pour nous et pour ceux qui s'intéressent aux questions sociales, à savoir ces phénomènes

---

ulcère de jambes, cachexie...). Elles sont également assorties de commentaires sur le « *déni du corps et du temps* [qui] *peut expliquer de telles aberrations* », sur le « *long processus d'auto-abandon* » et la déréalisation des corps qui entraîneraient, toujours selon l'auteur, ces situations.

<sup>8</sup> Chacune de ces deux structures seront présentées dans la partie méthodologique de cette introduction.

de non-recours aux soins autour de populations précises, celles qualifiées de « précaires » sous un angle socio-économique. Face à cet objet, nous adoptons un regard sociologique qui est celui auquel nous avons été formé jusque-là, lors de notre cursus universitaire à l'université de Lille 1 puis de Paris Descartes, et que nous n'avons cessé d'exercer<sup>9</sup>. Plus précisément, sous quel angle d'analyse allons-nous aborder le non-recours aux soins ? Nous mettrons, en fil directeur de notre réflexion, la question des normes. Avant de présenter pourquoi nous avons retenu cette problématique, précisons ce que nous entendons par « normes ». La notion de norme est complexe et fait l'objet de multiples définitions et usages sociologiques. Il est courant de distinguer les normes des valeurs qui, elles, sont les idéaux communs à une société, définissant ce qui est bien et ce qui est mal. Les valeurs sont situées à un niveau général, elles « orientent d'une manière diffuse l'activité des individus en leur fournissant un ensemble de références idéales, et du même coup une variété de symboles d'identification, qui les aident à se situer eux-mêmes et les autres par rapport à cet idéal » (Boudon et Bourricaud, 2004 : 417). Les normes dérivent de ces valeurs, elles en sont en quelque sorte la traduction. Elles établissent des manières d'être, de faire et de penser qui sont reconnues comme légitimes dans une société donnée, à une époque donnée, et qu'un acteur individuel ou collectif devrait respecter. Les normes ont ainsi le rôle central de cadrer les actions et comportements des acteurs sociaux, ce qui implique des sanctions positives pour ceux qui s'y conforment et négatives pour les autres. Ces sanctions négatives peuvent par exemple se traduire par une condamnation pénale lorsque les normes sont traduites dans le droit et qu'il existe des institutions pour les faire respecter ou, entre autres, par une assignation à un statut de déviant et par une stigmatisation. Les deux derniers exemples rappellent en quoi derrière les normes se posent des questions de morale. Enfin, soulignons que les normes comme les valeurs se caractérisent par leur nature formelle ou informelle, explicite ou implicite.

Nous faisons l'hypothèse que se saisir des normes permet d'éclairer la question du non-recours aux soins de manière pertinente. Nous pouvons avancer plusieurs raisons à cela. La première d'entre elles tient à l'émergence de la thématique du « non-recours », qui s'accompagne de tout un appareil normatif sous-jacent. Nous aurons l'occasion d'y revenir, mais précisons tout de suite que l'évocation même du terme présuppose que d'un

---

<sup>9</sup> Nous avons essayé de suivre en cela l'un des conseils d'Howard Becker, à propos des « ficelles du métier » qu'il livre. Il explique notamment que « pour apprendre à utiliser ces ficelles et vous les approprier, il faut qu'elles deviennent pour vous une routine quotidienne. Il faut pratiquer, s'entraîner. Comme un pianiste fait ses gammes, comme un golfeur pratique son swing [...] Si vous acquérez ces habitudes de pensée, et si vous vous entraînez à les pratiquer comme je le suggère, vous finirez par devenir un pro, pour qui la pensée sociologique est une chose aussi naturelle que la respiration » (Becker, 2002 : 330-333).

côté se trouveraient les « bons » comportements (recourir à ses droits) et de l'autre les « mauvais ». Autrement dit, il s'agit bien d'une façon de codifier ou de normaliser les comportements au regard de valeurs précises, par exemple celle de l'égalité face au droit dans le contexte français, sur laquelle l'analyse doit être vigilante.

Si cette question des normes se pose dans le cadre de l'émergence de la thématique du non-recours aux droits sociaux, prise de manière générale, elle se pose avec plus d'acuité dans le champ de la santé. Ce dernier a depuis longtemps été analysé comme un lieu emblématique de production et d'expression des normes, et c'est en cela que ces dernières nous semblent centrales. L'exemple de l'histoire de la médecine en est significatif puisque « être malade aujourd'hui équivaut à entrer dans une des institutions les plus importantes de notre société : la médecine. Institution instrumentale de diagnostics et de traitements, elle est devenue une institution donneuse de normes » (Herzlich et Pierret, 1991 : 80-81). Et ce processus ne s'arrête pas, dans un contexte où la santé est devenue une valeur centrale de nos sociétés, comme en témoignent de nombreux travaux décryptant « l'ère de la médicalisation » et le « culte de la santé » (Aïach et Delanoë, 1998 ; Peretti-Watel et Moatti, 2009). Plusieurs observations s'accordent ainsi pour constater le fait suivant : « la transformation du champ médical et plus largement les évolutions en cours dans le champ de la santé ont pour trame une recomposition des normes et valeurs » (Bouchayer, Cresson, Pennec et Schweyer, 2004 : 5). L'une des raisons pour lesquelles il est possible de parler de recomposition des normes tient, selon Vincent Boissonnat, à la rationalisation des pratiques médicales (Boissonnat, 2004). Prenant comme exemple la mammographie des dépistages des cancers du sein, ce sociologue démontre comment le développement des études thérapeutiques et de l'épidémiologie a produit des savoirs qui en retour se sont traduits en normes pour les pratiques médicales (notamment les « recommandations de bonnes pratiques »), mais également en normes de conduite pour les patients. Médecins et patients sont alors subordonnés à des normes comportementales, et ce pour des raisons diverses (réaliser des économies, favoriser la prévention de comportements à risque...). Pour autant, ajoutons que les travaux sociologiques parlent de « négociation » (Strauss, 1991) de ces normes et valeurs et non pas d'imposition. Pour ne prendre que les patients, ceux-ci, dans une société où les normes sont de plus en plus diversifiées, développent différents rapports aux normes médicales et sociales en général, voire participent à leur production (Fainzang, 2004).

Pour ces raisons, nous avons choisi de mettre la question des normes au centre de l'analyse du non-recours aux soins. Dans cette perspective, nous pouvons faire l'hypothèse que ces situations de non-recours sont emblématiques de décalages avec les normes produites dans le champ de la santé. Aborder cette question nous demandera de regarder, d'une part, quelles sont les normes ayant participé à la construction du « non-recours » comme un problème social et un « problème de santé publique » (Gilbert et Henry, 2009b), tant pour le personnel soignant que pour les acteurs de l'administration et des politiques sociales et sanitaires, et quelles sont, en corollaire, celles produites par l'action publique en la matière. D'autre part, elle demandera de regarder comment les individus, identifiés comme étant concernés par ces situations, se positionnent par rapport à ces normes. Autrement dit, dans cette recherche, notre intérêt se porte sur la manière dont les ressortissants des politiques publiques, c'est-à-dire « les individus ou groupes à qui les politiques sont destinées » (Warin, 2004a : 391), reçoivent, analysent et réagissent vis-à-vis des normes véhiculées par l'action publique, y adhérant ou non. En cela, nous nous rejoignons une approche de l'action publique « par le bas », ou pour reprendre un anglicisme couramment employé dans les travaux de science politique, une approche « *bottom-up* » par opposition à celle dite « *top-down* »<sup>10</sup>. Elle a été traditionnellement analysée en France, dans les années 1990, autour des relations et des interactions entre usagers et agents des services publics (Joseph, 1991 ; Warin, 1993 ; Jeannot, 1998). Elle affirme en particulier la nécessité de ne pas considérer les usagers comme des récepteurs passifs de l'action publique, mais comme des acteurs majeurs dans la mise en œuvre de cette dernière. L'approche par le bas est ainsi attentive à la dimension des normes véhiculées dans l'action publique et au « travail de « normalisation » (à la fois de création de normes et « de mise aux normes ») » auquel participent les ressortissants (Warin, 2010a : 147). Nous retrouvons par cette approche des questions certes classiques, mais qui demandent à être à nouveau posées à un moment où le thème du non-recours émerge et où les politiques publiques de santé se redéfinissent autour de normes telles que la responsabilisation ou l'autonomie.

Cet objectif de thèse s'inscrit pleinement dans une discussion des différents modèles explicatifs qui ont été proposés jusque-là pour rendre compte de l'éloignement, pour les

---

<sup>10</sup> Patrick Hassenteufel modère toutefois la représentation classique d'une opposition entre ces deux approches, en défendant leur complémentarité. En effet, selon lui, « même si la concrétisation des politiques publiques ne découle pas directement des normes, règles et procédures définies dans le cadre d'un processus décisionnel, il n'en reste pas moins que celles-ci encadrent la mise en œuvre en balisant le champ des possibles et les manières de faire pour les acteurs administratifs à la base et les ressortissants » (Hassenteufel, 2008 : 100-101).

populations précaires, du système de soins<sup>11</sup>. Nous pensons en particulier aux explications récurrentes qui renvoient le phénomène à la passivité de ces populations, qui serait une de leurs caractéristiques intrinsèques, ou qui le mettent sur le compte de « l'abandon de soi » causé par des troubles psychologiques voire psychiatriques. Ces explications s'appuient sur un présupposé assez spontané selon lequel le non-recours est équivalent à l'inaction et à l'absence de contacts avec les institutions sanitaires (ou le repli total vis-à-vis d'elles). Or, nous faisons l'hypothèse inverse en envisageant le non-recours aux soins comme le reflet d'un rapport particulier entre l'individu et le système de soins et, plus précisément, entre l'individu et les normes véhiculées dans ce système de soins. Une attention toute particulière sera donnée aux raisons et aux significations de ces situations vécues par les individus concernés, telles qu'ils nous les rapportent. Nous tiendrons compte des contextes sociaux dans lesquels ils se situent et qui peuvent impacter leur rapport à leur santé. De même, nous regarderons plus généralement comment les individus pensent leur rapport au système de soins, quelles représentations ils en ont et en fonction de quelles logiques ils prennent les décisions de recourir aux soins, ou pas. Enfin, traiter des normes nous amène à envisager la dimension relative à la socialisation puisque, dans une acceptation sociologique commune, celle-ci correspond au processus continu, au sein de différentes instances, par lequel les individus intériorisent et s'approprient les normes et valeurs de leur société. La socialisation est intéressante pour comprendre comment les individus se conforment à certaines normes, mais également comment et pourquoi ils se détachent d'autres normes, voire revendiquent une marge de liberté à leur égard.

Pour ce faire, notre démarche a consisté à aller vers les individus *identifiés doublement*, par les acteurs du champ médical et social, comme étant en situation de non-recours aux soins et de précarité et qui sont, à ce titre, les cibles de mesures destinées à favoriser leur accès et leur recours aux soins. Nous ne proposerons donc pas en introduction de définition objective de ce qu'est être « précaire » aujourd'hui, partant de variables quantitatives ou qualitatives comme la situation à l'égard de l'emploi, le niveau de revenu ou le rapport à l'avenir. Notre positionnement est plutôt influencé par l'approche assistancielle de la pauvreté, telle que l'a définie Georg Simmel et qui est appliquée, par exemple, dans les travaux de Serge Paugam (Paugam, 1991). Dans cette perspective, « les

---

<sup>11</sup> Nous nous référerons dans ce texte au « système de soins » et non au « système de santé », puisque c'est bien la dimension du soin et dans une certaine mesure de la prévention qui nous intéresse davantage que ce qui a trait à la santé et à ses déterminants plus généraux. Cette distinction est rappelée par Marcel Druhle, critiquant le fait qu'« on finit par faire coïncider le système de soins et le système de santé au point de les confondre, comme si la santé était purement et simplement une affaire de guérison et d'évitement de la maladie. Or, si le système de santé englobe le système de soins, il le déborde largement » (Druhle, 1996 : 10).

pauvres, en tant que catégorie sociale, ne sont pas ceux qui souffrent de manques et de privations spécifiques, mais ceux qui reçoivent assistance ou devraient la recevoir selon les normes sociales » (Simmel, 2005 : 96). Plutôt que de définir quelqu'un comme pauvre dès lors qu'il réunit certaines caractéristiques sociodémographiques (être au chômage, avoir un niveau de ressources faible...), la perspective simmelienne met l'accent sur le rôle de l'assistance dans le *statut social* de pauvre qu'elle confère ; ainsi « ce n'est qu'à partir du moment où ils sont assistés – ou peut-être dès que leur situation globale aurait dû exiger assistance, bien qu'elle n'ait pas encore été donnée – qu'ils deviennent membres d'un groupe caractérisé par la pauvreté » (Simmel, 2005 : 98). Cette dernière citation revêt une importance particulière pour notre travail. Alors que les usages principaux de la définition simmelienne de la pauvreté privilégient l'approche interactionniste (la pauvreté s'éprouvant au contact des services sociaux), elle vient nous rappeler qu'un individu est considéré comme pauvre dès lors qu'il relève de dispositifs d'assistance et qu'il est éligible à des droits sociaux, et ce y compris s'il ne recourt pas à ces derniers. C'est dans ce sens que nous la mobiliserons. Ajoutons que cette définition implique, sur nos terrains d'enquête, de repartir de la manière dont les politiques publiques et les acteurs de leur mise en œuvre catégorisent leurs usagers. Peu nous importe de savoir dans ce travail si, de cette manière, sont amalgamées des personnes aux profils sociodémographiques très hétérogènes. En l'occurrence, il ne s'agit pas des populations « pauvres » ou « exclues », mais principalement des populations « précaires » qui sont ciblées et nommées comme telles dans les politiques publiques. Cela reflète à la fois le paradigme dominant depuis les années 1980 pour aborder la question sociale et rendre compte des changements dans une société où l'instabilité et l'incertitude seraient de plus en plus généralisées (Bresson, 2007), ainsi que la thématique « santé-précarité » sur laquelle nous reviendrons au cours de la première partie. Ce choix explique enfin pourquoi nous n'avons pas interrogé des personnes qui n'étaient pas identifiées en situation de précarité, mais uniquement celles qui sont les cibles de politiques publiques destinées à réduire les disparités sociales d'accès et de recours aux soins et pour lesquelles il existerait un « problème ».

La focale de notre travail se situe donc résolument à une échelle microsociale et non pas micro-individuelle. La différence entre ces deux échelles d'observation est d'autant plus importante que, d'une part, elle affecte la manière d'analyser et de comprendre les phénomènes sociaux et que, d'autre part, nous souhaitons accorder une place centrale aux significations que les individus attribuent à leurs pratiques, ainsi qu'à leurs processus de décisions. Or, si « à une échelle micro-individuelle, la décision apparaît comme un choix, un

arbitrage réalisé par une personne, à un moment unique », à une échelle microsociale « la décision apparaît plus comme un processus dans le temps, comme la résultante d'interactions entre plusieurs acteurs sous contrainte de situation, et sur la base de calculs stratégiques rationnels et émotionnels, explicites ou implicites, et de rapports de pouvoir » (Desjeux, 2004 : 19).

Une interrogation sur le non-recours aux soins sous cet angle nous amène, d'un point de vue théorique, à croiser plusieurs pans de la littérature. Nous avons fait le choix de ne pas arrêter une approche théorique définitive avant d'avoir recueilli les données issues de nos dispositifs d'enquête, et ce en cohérence avec la méthode de sociologie compréhensive qui sera exposée par la suite et qui favorise une démarche inductive. Cette dernière repose sur la confiance dans la richesse empirique du terrain et dans sa capacité à produire de la théorie sociologique. Nous y adhérons, pensant nous aussi que, pour « faire de la sociologie », « le sociologue ordinaire fait d'abord des enquêtes, et la sociologie ne serait que vaine spéculation sans recherches empiriques » (Masson, 2008 : 5). La conséquence sur le plan théorique de cette démarche est simple. Elle implique de s'interdire de mobiliser un seul regard théorique sur notre objet, mais surtout d'y appliquer une grille de lecture définie et posée *a priori*. Ce parti pris se veut une alternative aux approches en sciences sociales qui font entrer leur objet dans un regard théorique prédéterminé, au risque d'induire une lecture différente des faits observés lors de l'enquête. Bien au contraire, nous privilégions une posture proche de la « *grounded theory* » développée par Anselm Strauss et Barney G. Glaser. En effet, l'une des définitions de cette théorie énonce explicitement la place laissée à l'approche inductive et le parti pris novateur à l'époque puisqu'inverse à ce qui se faisait traditionnellement : « une théorie fondée est une théorie qui découle inductivement de l'étude du phénomène qu'elle présente. C'est-à-dire qu'elle est découverte, développée et vérifiée de manière provisoire à travers une collecte systématique de données et une analyse des données relatives à ce phénomène. Donc, collecte de données, analyse et théorie sont en rapports réciproques étroits. On ne commence pas avec une théorie pour la prouver, mais bien plutôt avec un domaine d'étude et on permet à ce qui est pertinent pour ce domaine d'émerger » (Strauss cité dans Baszanger, 1992 : 53). Cette « théorie d'en bas » – ou « théorie fondée sur les faits » selon la traduction d'Isabelle Baszanger (1992) – porte ainsi bien son nom puisqu'elle désigne une théorie se construisant sur les données et les faits recueillis sur un terrain d'enquête, ce dernier étant perçu comme un lieu riche en ressources et informations. De plus, elle est progressive et demande une longue immersion sur le terrain ; cette



dimension temporelle est centrale puisqu'elle explique le temps long nécessaire aux recherches y souscrivant. Ce sont les faits collectés lors des phases successives d'enquête qui orientent vers des concepts et des champs de littérature et qui, avec un aller-retour permanent entre les faits concrets et les outils théoriques, favorisent l'explication sociologique et peuvent *in fine* faire émerger une nouvelle théorie.

Cela étant dit, la démarche qui vient d'être exposée ne nous empêche pour autant pas d'envisager un ensemble de champs de littérature que nous pourrions rencontrer au fur et à mesure de l'étude. Seule l'enquête de terrain pourra valider si, oui ou non, nous les avons rencontrés. En l'occurrence, notre travail oscille entre un double ancrage possible qui n'est pas antagoniste mais qui, s'il reste difficile à tenir, pourrait permettre d'apporter des éclairages sur le non-recours aux soins comme conséquence de la précarité ou comme phénomène plus général. Ce double ancrage est très bien illustré dans des travaux contemporains tels ceux de Florence Bouillon (2009) et Catherine Delcroix (2001), dont les références témoignent d'une filiation à Michel de Certeau. Il se compose, d'un côté, d'une sociologie critique restituant la manière dont les actions des agents sociaux sont contraintes par des facteurs contextuels et par des mécanismes qui leur échappent en partie. L'émphase est mise sur la production des inégalités sociales et leur traduction dans la détermination d'une partie des comportements. De l'autre, nous pouvons imaginer rencontrer une sociologie de l'individu – dont l'actualité importante démontre sa participation au renouveau des sciences sociales – qui rend compte des décisions et des marges de manœuvre possibles y compris pour ceux qui vivent dans des situations de précarité sociale. L'émphase est mise ici, par des analyses fines et riches en détails qui caractérisent le regard français sur l'individu (Martuccelli et de Singly, 2009), sur les capacités des individus en matière de soins, pour prendre l'exemple de notre objet.

## **1. PRESENTATION DE LA DEMARCHE METHODOLOGIQUE GENERALE**

La méthodologie que nous avons employée dans le cadre de cette recherche repose, d'un côté, sur des entretiens qualitatifs menés auprès d'individus identifiés comme étant en situation de non-recours aux soins et de précarité sociale, et, de l'autre, sur l'analyse de sources écrites et orales (rapports administratifs et associatifs, travaux scientifiques...) traitant du phénomène qui nous intéresse.

## 1.1. Le choix d'une sociologie qualitative et compréhensive

Dans l'ouvrage collectif paru en 2000 sur les inégalités sociales de santé, Didier Fassin constate que les travaux sur ces questions, portant sur les gradients de morbidité et de mortalité ou sur les différences de consommations de soins par exemple, s'appuient le plus souvent sur des approches statistiques tandis que les approches qualitatives sont peu utilisées et reconnues. A juste titre, il souligne que « les raisons de cette prééminence du chiffre sont pour partie historique » (Fassin, 2000 : 123) ; c'est par l'étude de la mortalité en fonction des quartiers (riches ou pauvres) de Paris que Louis-René Villermé, dans ses travaux statistiques au 19<sup>e</sup> siècle, a permis de faire émerger l'idée selon laquelle l'état de santé était influencé par des facteurs sociaux et les conditions de vie. Le développement et la place croissante de l'épidémiologie<sup>12</sup> ont renforcé cette tendance. Pour prendre l'exemple de la santé publique, Luc Berlivet rappelle bien en quoi cette science sous-tend l'usage et la profusion de données chiffrées dans les discours de santé publique (Berlivet, 2001). La nécessité initiale d'objectiver puis de mesurer des inégalités de santé entre catégories sociales, « leur ampleur, tendance et causes » (Cambois et Jusot, 2007), explique sûrement le recours aux données chiffrées et le rôle joué par les travaux de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), de l'Institut national d'études démographiques (INED) et de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM). Toutefois, le souci de la connaissance de ces grandes régularités statistiques n'est pas la seule explication. Comme le rappelle Alain Desrosières dans son approche sociohistorique de la statistique, « les outils statistiques permettent de découvrir ou de créer des êtres sur lesquels prendre appui pour décrire le monde et agir sur lui » (Desrosières, 2000 : 9). Autrement dit, il nous invite à tenir compte d'un second rôle, plus social et politique, pour expliquer l'usage de la statistique dans le champ des inégalités sociales de santé ; rôle parfaitement illustré par le rapport 2008 de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) qui s'appuie sur la mesure des inégalités sociales de santé pour mettre en avant le constat que « l'injustice sociale tue à grande échelle » (OMS, 2008 : 4).

---

<sup>12</sup> Sans entrer dans les débats sur sa définition, nous entendons ici l'épidémiologie comme étant la science qui étudie « la distribution des phénomènes de santé dans la population et des facteurs qui fonctionnent leurs fréquences » (Hennekens et Buring, cités dans Ancelle, 2004 : 92). Elle est déclinée par Thierry Ancelle (2004) en plusieurs types : l'épidémiologie descriptive (mesure la fréquence des phénomènes de santé dans une population et étudie leur distribution), analytique (recherche les causes des maladies, croise leurs fréquences avec la présence de facteurs supposés les modifier), prédictive (propose des modèles et scénario sur l'évolution future des maladies), évaluative (mesure l'impact des mesures de contrôle, des programmes de prévention et de dépistage). Précisons enfin que la branche de l'épidémiologie dite sociale s'intéresse quant à elle à l'identification des facteurs sociaux et psychosociaux influençant l'état de santé.

Les approches chiffrées des inégalités sociales de santé, ou de la problématique santé-précarité dans laquelle nous situons davantage notre objet, restent prédominantes. Toutefois, inversement, nous ne pouvons pas en conclure que les analyses qualitatives sont de ce fait peu reconnues. En effet, ces dernières sont de plus en plus présentes dans les travaux ou colloques portant sur ces sujets, le dialogue entre plusieurs approches et la mise en commun de leurs résultats reflétant l'objectif de mettre en œuvre une recherche pluridisciplinaire sur ces questions (Chauvin et Parizot, 2005a). Plusieurs usages sont faits des approches qualitatives, positionnant, selon Marie Jauffret-Roustide (2006), ces dernières dans un rapport de complémentarité directe avec les approches statistiques – affiner leurs résultats grâce à d'autres données et opérer un retour en proposant de nouveaux indicateurs – ou d'indépendance – enquêter auprès de populations échappant aux statistiques ou sur des objets peu visibles, c'est-à-dire, pour reprendre D. Fassin, « identifier l'impondérable » et « dévoiler l'invisible » (Fassin, 2000 : 128). Un usage de la démarche qualitative est ainsi davantage plébiscité par les chercheurs. Bien que la statistique puisse également être un outil méthodologique y parvenant (Martuccelli et de Singly, 2009), cette démarche est associée au courant de la sociologie dite « compréhensive ». Elle permettrait de restituer plus aisément les points de vue des individus sur leurs situations et de reconstruire le sens qu'ils attribuent à leurs pratiques, expériences et actions. Il s'agit bien de laisser la place à la subjectivité et à la compréhension de l'action comme le voulait le principal initiateur de la démarche compréhensive, Max Weber. Il définit cette dernière comme une modalité d'enquête destinée à « comprendre par interprétation l'activité sociale et par là d'expliquer causalement son déroulement et ses effets. Nous entendons par « activité » un comportement humain (peu importe qu'il s'agisse d'un acte extérieur ou intime, d'une omission ou d'une tolérance), quand et pour autant que l'agent ou les agents lui communiquent un sens subjectif. Et par activité « sociale », l'activité qui, d'après son sens visé par l'agent ou les agents, se rapporte au comportement d'autrui, par rapport auquel s'oriente son déroulement » (Weber, 1997 : 336).

C'est dans cette démarche de sociologie compréhensive que nous nous inscrivons. Ce choix méthodologique se veut en cohérence avec l'objet et nos problématiques de recherche. De plus, du point de vue de la connaissance, nous sommes convaincu par le fait que la démarche compréhensive permet de mettre en œuvre la « description dense » défendue par Clifford Geertz (2003). Toute pratique, conduite ou action humaine se

caractérisant par le lien entre des gestes (mouvements corporels...) et du sens (des intentions, des représentations...), le chercheur doit procéder à une description dense intégrant cette dualité, en questionnant les acteurs sur leurs actions et leurs significations. Le postulat certes sous-jacent mais aux implications fortes et multiples, est que chaque individu est en capacité de savoir ce qu'il fait et à quoi se réfèrent ses actions, de même qu'il dispose de savoirs et d'une intelligence sur ce qu'il vit (liés par exemple aux expériences des situations). Autrement dit, « la démarche compréhensive s'appuie sur la conviction que les hommes ne sont pas de simples agents porteurs de structures mais des producteurs actifs du social, donc des dépositaires d'un savoir important qu'il s'agit de saisir de l'intérieur, par le biais du système de valeurs des individus (Kaufmann, 2003 : 23). Partant de ce postulat, proche de celui développé dans la sociologie pragmatiste et de la sociologie de l'individu<sup>13</sup>, le chercheur tente de saisir et de comprendre les catégories de perceptions de ses interlocuteurs. Dans la manière de guider les entretiens, la posture du chercheur repose alors sur l'emploi de l'empathie, de l'écoute ou de la curiosité pour ce que l'interlocuteur dévoile sur la signification de ses actions, tout en maintenant les attributs du rôle d'enquêteur pour que celui-ci ne soit pas neutre. Ainsi que le préconise Jean-Claude Kaufmann, « l'idéal est de rompre la hiérarchie sans tomber dans une équivalence des positions : chacun des deux partenaires garde un rôle différent » et « l'échange parvient à trouver son équilibre, entre deux rôles forts et contrastés » (Kaufmann, 2003 : 48).

Nous avons basé notre démarche compréhensive, parmi les différentes techniques d'enquête qualitatives envisageables, sur le recueil d'entretiens semi-directifs avec les individus identifiés par les acteurs du champ médical et social comme étant précaires et en non-recours aux soins – nous reviendrons plus loin sur les critères permettant cette identification. Le contenu des entretiens était donc moins orienté vers le récit de pratiques recueillant des données factuelles que dans une finalité compréhensive, cherchant par des questionnements souples et ouverts à saisir la manière dont les individus enquêtés perçoivent les situations et pratiques dont ils sont acteurs, à en capter le sens. Autrement dit, il s'agissait non pas d'accéder à la *réalité* des pratiques – ce qu'une observation aurait permise – mais à la perception qu'ont les individus de la *réalité*, à la manière dont ils vivent cette *réalité*, bref le *rapport à* leurs pratiques. Dès lors, les entretiens sont la source principale de nos données et ont une place fondamentale dans l'élaboration de

---

<sup>13</sup> Jean-François Dortier (2006) rappelle bien ce changement de perspectives de l'individu moderne, non plus analysé comme un « idiot culturel » mais un individu qui dispose de réflexivité sur sa propre situation.

connaissances sur le non-recours aux soins, dans l'esprit d'une enquête par entretiens et à la différence d'une enquête de terrain qui repose sur une inscription personnelle et de long terme dans le groupe étudié et qui mobilise davantage d'outils méthodologiques.

Pour autant, le choix d'une échelle d'observation microsociale et l'importance accordée aux entretiens ne signifient pas une absence totale de recours aux travaux statistiques. Même si nous abordons les individus dans ce qui fait leur singularité, ceux-ci ne sont pas pour autant en « apesanteur sociale » ou en dehors de la société : ils pensent et agissent dans des contextes sociaux spécifiques, en fonction de contraintes et avec des supports sociaux inégalement répartis (Castel et Haroche, 2001). En associant l'analyse qualitative de nos entretiens avec des données statistiques, notre démarche n'est ainsi pas de « remplacer l'objectivation par la subjectivation, mais d'élargir le point de vue objectivant en y intégrant un point de vue subjectivant » (Fassin, 2000 : 138).

## **1.2. Accepter et dépasser les limites d'une démarche qualitative**

Nous avons ainsi choisi de fonder notre analyse du non-recours aux soins sur des entretiens qualitatifs, à visée compréhensive, auprès d'individus en situation précaire. Si ce choix est motivé par les raisons évoquées précédemment, il nous reste toutefois à faire preuve d'une certaine forme de réflexivité à l'égard des limites et biais impliqués par l'usage des entretiens dans cette situation d'enquête. Cette réflexivité revêt une importance accrue dans un paysage de la recherche en sciences sociales mobilisant très largement la technique des entretiens, au risque d'être appliquée de manière routinière y compris lorsqu'elle n'est pas pertinente – ce que Philippe Bongrand et Pascale Laborier (2005) ont dénommé « l'impensé méthodologique ». Elle l'est également au regard de l'enjeu pluridisciplinaire dont il est question dans les travaux sur les inégalités sociales de santé et les relations entre santé et précarité. Ainsi que le soulignent Pierre Chauvin et Isabelle Parizot, la pluridisciplinarité est « bien plus fondamentalement, partage et compréhension (au sens littéral de « prendre avec soi ») des concepts et des paradigmes dominants de chaque discipline... et acceptation mutuelle de leurs limites respectives » (Chauvin et Parizot, 2005b : 10).

Le principe est par conséquent de fonctionner à partir d'un usage des entretiens, mais un usage raisonné qui tient compte de ses limites et qui cherche à les réduire. En

cela, nous sommes proche de la position qu'Olivier Schwartz qualifie d'« ambivalence épistémologique », même si sa réflexion porte au départ sur l'ethnologue. Selon lui, pour que le chercheur puisse concilier l'exigence d'une critique méthodologique avec « l'impureté » qui caractérise tout matériau d'enquête<sup>14</sup>, « il lui faut une « conscience », un capital de réflexions et d'exigences méthodologiques le contraignant à critiquer, à évaluer ses résultats ; mais il lui faut aussi, pour en obtenir d'autres, un modèle suffisamment souple, qui tolère une part de « bricolage », de contingence et d'incertitude » (Schwartz, 1993 : 267).

Plutôt que de revenir sur l'ensemble des biais envisageables liés à la méthode de l'entretien, nous en restituons ici les deux principaux. La première limite tient au statut de la parole des enquêtés, telle que recueillie en situation d'entretien. C'est sur la fiabilité de ces données et, au-delà, sur la confiance à accorder ou non aux individus enquêtés, que la critique est la plus fréquente. Questionnant le recours croissant aux récits de vie, Pierre Bourdieu pense par exemple que les entretiens ne donnent à voir qu'une illusion biographique, la « création artificielle de sens » ayant une fonction de « production de soi » centrale lors du face-à-face entre l'enquêteur et l'enquêté (Bourdieu, 1986 : 71). Prolongeant cette réflexion, Corinne Lanzarini et Patrick Bruneteaux (1999) interpellent sur le risque « d'onirisme social » lors d'entretiens avec les populations qu'ils qualifient de « sous-prolétaires ». Le recours, par ces personnes, aux mensonges, aux récits imaginaires sur leur passé ou aux rêves concernant le futur, ne serait pas seulement un effet de la situation d'entretien mais leur servirait également de tactique de survie essentielle. Défini alors comme « un des processus de maintien ou de création identitaire auquel les personnes en situation extrême peuvent se raccrocher » (Lanzarini, 2000 : 104), l'onirisme social a une fonction : il permettrait, par exemple, d'esthétiser une réalité difficile, de se mettre en valeur positivement pour contrebalancer sa situation sociale ou de se réinscrire dans le temps. Autrement dit, il aurait une face sociale (théâtralisation de soi, constitution d'un public de pairs...) et individuelle (se parler pour ne pas tomber dans la folie, protection imaginaire pour lutter contre la dépression...). Tout en ne rejetant pas la méthode d'enquête par entretien, C. Lanzarini et P. Bruneteaux préconisent pour ces raisons de ne pas utiliser l'entretien semi-directif, mais plutôt les entretiens informels. D'autres positions

---

<sup>14</sup> Dans sa défense pour un « empirisme irréductible », O. Schwartz revient sur la plus grande fiabilité supposée de l'observation par rapport à l'entretien, en rappelant que toutes les données produites par l'enquête « ne peuvent échapper à une dose plus ou moins importante de contingence, d'approximation et d'incertitude. Une ethnographie qui, par fidélité à un modèle de rigueur trop fort, refuserait cette dimension et prétendrait à la pureté, mutilerait ses possibilités de découverte et s'interdirait de multiples opérations » (Schwartz, 1993 : 266).

sur les entretiens sont plus radicales, à l'instar de Jean Peneff (1992) qui fonde presque exclusivement son analyse de la division du travail en milieu hospitalier sur de l'observation directe. Pour autant, l'entretien ne nous semble pas devoir être disqualifié dès lors que nous considérons, tel qu'évoqué précédemment, les individus comme capables de réflexivité sur leurs situations.

Mais, au sujet du statut de la parole, le biais central est celui d'accéder à un discours qui ne soit que le reflet de ce que l'enquêté pense être la « bonne » réponse à donner à l'enquêteur. L'enquêté, pour plusieurs raisons (mettre fin aux questions de l'entretien, donner une image de soi comme quelqu'un respectant les normes sociales...), peut en effet produire un discours stéréotypé sur ses pratiques de soins, son rapport à la santé et aux institutions sanitaires, dans la situation d'interaction qu'est l'entretien. Concrètement, cet « effet de légitimité » se traduit par la possibilité qu'une « personne risque de sous-évaluer (ou de ne pas mentionner) les pratiques qu'elle perçoit comme les moins légitimes, aussi bien que de surévaluer les pratiques qu'elle perçoit comme les plus légitimes » (Lahire, 1995 : 64). Ce biais nous a semblé particulièrement envisageable du fait du sujet de notre enquête. Il nous positionne dans le champ de la santé, où chacun est de plus en plus incité à prendre en charge sa santé en suivant des pratiques légitimées par le corps médical et diffusées par les messages de prévention (ne pas fumer ni boire, manger cinq fruits et légumes par jour...), à tel point qu'il est difficile d'y échapper. Le lieu où les entretiens ont été réalisés, c'est-à-dire principalement dans des institutions sanitaires, pouvait également avoir une influence. Nous avons pu être assimilé par nos interlocuteurs à un professionnel de santé. Lors d'un de nos premiers entretiens, un jeune homme a écourté un appel sur son téléphone mobile en expliquant qu'il était « *en rendez-vous avec un médecin* ». A d'autres moments, ce sont des conseils de santé et de diagnostics qui nous étaient demandés par nos interlocuteurs. L'évocation de ces épisodes est loin d'être anecdotique ; elle nous rappelle combien il faut tenir compte de « l'enquête, plus ou moins implicite, des enquêtés sur l'enquêteur [et qui] conduit à lui assigner une place dans le cadre de leur représentation de l'espace social, dans les hiérarchies de l'âge, de la richesse, du pouvoir, de la culture » (Mauger, 1991 : 133). Or, la manière dont les enquêtés se représentent les enquêteurs est source de modification de la parole et du discours produits en situation d'entretien. Ainsi que le rappelle Gérard Mauger, partant de ses enquêtes auprès de jeunes de milieu populaire, « c'est non seulement la langue, les formes d'expression employées (ton, mimique, plaisanteries, etc.), le style adopté, mais également les ressources mises en avant, l'angle adopté dans la présentation de soi qui se trouvent comme objectivement

appelés par la structure de la relation entre enquêteur et enquêtés, définie par leurs positions relatives dans la hiérarchie des différentes espèces de capital, mais aussi du sexe et de l'âge. Du fait que cette présentation de soi est vouée à recevoir « une valeur » dans la situation d'enquête (par celui qui l'énonce comme par celui qui l'écoute), elle est nécessairement affectée par l'anticipation des jugements prêtés à l'enquêteur » (Mauger, 1991 : 137). Ci-dessous, la manière dont cet homme justifie son absence de complémentaire santé nous démontre explicitement comment les interlocuteurs ont pu être tentés de produire une réponse convenable aux yeux d'un enquêteur venu « contrôler » ou évaluer leurs pratiques de santé :

« - Ça fait combien de temps que vous êtes sans mutuelle ?

- Depuis le mois de septembre.

- Ça commence à devenir limite ?

- Oui. Mais d'un autre côté, si vous voulez... mais si j'en ai besoin... j'allais dire une bêtise parce que je suis ici, je peux me dire que j'en ai pas vraiment besoin mais c'est idiot. »

Entretien 43 : Homme, 49 ans, Français, divorcé, brevet, en formation professionnelle, sans complémentaire, 73,37 (Q5)

Conscients de cet effet de légitimité, nous avons cherché à le réduire par deux moyens. Le premier a consisté à accentuer les éléments nous distinguant du corps médical<sup>15</sup>. Nous avons traduit cela dans notre apparence physique puisque, en particulier dans les centres d'examen de santé, nous ne portions ni la blouse blanche ni le badge identifiant les membres du personnel. De plus, nous avons tenu, dans la mesure du possible, à aller rencontrer nous-même les personnes susceptibles d'accepter l'entretien et non par l'intermédiaire d'un médecin. Lors de la présentation de l'objet et des finalités de l'enquête, nous précisions que nous étions là en tant que sociologue – quitte à définir le métier et à mettre en évidence le matériel s'y rapportant (dictaphone, carnet de notes, grille d'entretien...) – extérieur aux institutions dans lesquelles l'entretien se déroulait, afin de recueillir leur point de vue de manière anonyme sur leurs pratiques de soins et l'accès au système de soins. Enfin, une partie de la formulation des questions était délibérément

---

<sup>15</sup> Si cela valait pour les enquêtés, ce positionnement avait également comme objectif pour nous d'éviter de « virer indigène » pour reprendre l'expression de Raymond Gold (2003). Ayant travaillé dès le départ avec les professionnels de santé, le risque était de s'identifier aux médecins et d'acquiescer leurs positions sur le non-recours aux soins des populations précaires. C'est en substance ce qui nous a été reproché lors de la première restitution de notre travail avec les professionnels de santé, au congrès de l'Association française de sociologie, en 2006.



destinée à renforcer la distance avec le corps médical, en les débutant par exemple par « *d'après les médecins...* ».

Plus généralement, les questions composant la grille d'entretien ont représenté pour nous le second moyen de réduire les risques de recueillir un discours essentiellement normatif. Cela consistait simplement à débiter l'entretien par des questions très précises, portant sur des faits et des pratiques. Cette méthode est couramment préconisée et employée, à l'instar de Gilles Pinson et Valérie Sala-Pala, qui ont publié un article en réponse aux critiques de l'usage de l'entretien comme « impensé méthodologique ». Selon eux, elle a le mérite de réduire le risque d'imposition de la problématique qui guette l'entretien compréhensif, de même qu'elle permet de « décriper les enquêtés en évitant de les assaillir d'entrée de questions renvoyant davantage à leur propre positionnement, leurs propres « croyances » et pratiques et donc leur propre responsabilité » (Pinson et Sala-Pala, 2007 : 9). C'est dans ce sens de libération de la parole des enquêtés, que nous supposons plus bloquée chez des individus *a priori* faiblement diplômés (contrairement à l'enquêteur) et sur un sujet tel que la santé<sup>16</sup>, que nous avons ainsi formulé la première question de la manière la plus objective possible : « *A quand remonte votre dernière consultation chez un médecin généraliste ?* ». Celle-ci a eu un rôle central par la suite pour saisir la signification de l'absence de consultation puisque, très fréquemment, nos interlocuteurs ne se contentaient pas de donner une date mais avançaient également la raison de cette situation. Il ne nous restait alors plus qu'à tirer le fil proposé par les enquêtés.

Nous souhaitons développer une seconde source de biais liée à notre dispositif d'enquête. Elle se rapporte autant sinon plus aux caractéristiques de la population enquêtée, qu'à la démarche qualitative menée au plus près de l'individu et de sa parole. En se focalisant sur des individus dont le dénominateur commun serait leur situation sociale

---

<sup>16</sup> Bien que ce ne soit pas le seul, le sujet de la santé touche en partie à des dimensions relevant de l'intime et de la sphère privée, sur des aspects non pas uniquement physiques mais aussi à tout ce que la personne juge déterminant dans l'explication des troubles de santé (situation familiale, logement...). Les individus pouvaient donc avoir une réticence à parler, et ce notamment dans le cadre d'un entretien avec quelqu'un qui n'appartient pas *stricto sensu* au champ médical et ne disposant pas de la légitimité qu'ont les médecins, grâce au secret médical. Sylvie Fainzang pointe les conséquences dans le déroulement de l'entretien puisque, étant donné le « caractère intime que peut revêtir l'expérience de la maladie, en tant qu'expérience du corps [il] est donc nécessaire d'établir des relations de familiarité et de confiance suffisantes pour que les sujets se prêtent au dialogue et à l'observation » (Fainzang, 1989 : 31). Toutefois, nous avons observé très peu de réticences à aborder les questions de santé lors des entretiens. Il semble que les difficultés initiales à aborder la santé tenaient également à l'autocensure dont les enquêteurs font preuve sur certains sujets (Pinçon et Pinçon-Charlot, 2005).

dégradée, le risque en question est de décrire et d'analyser leurs pratiques sous l'angle d'une « culture du pauvre » (Hoggart, 1970), en la réifiant ou en réduisant celle-ci aux manques et aux privations qui la caractériseraient. Nous retrouvons là l'un des débats toujours aussi prégnants lorsqu'il est question des travaux sur la pauvreté, la domination ou la précarité sociale dans notre cas. Il s'agit des risques de misérabilisme et de populisme développés par Claude Grignon et Jean-Claude Passeron, dans leur ouvrage *Le savant et le populaire* (1989). Pour résumer les propos, complets et complexes<sup>17</sup>, des deux chercheurs, le misérabilisme est issu de la théorie de la légitimité culturelle dont le principe constitutif est de « restituer le sens des différences culturelles au système des différences de force entre les groupes d'une même société » (Grignon et Passeron, 1989 : 34) et ainsi de prendre en compte le rapport de domination. Le misérabilisme est un biais de cette théorie, par la simple référence à un ordre culturel légitime et « par l'oubli de ce qui échappe à l'ordre symbolique » (Grignon et Passeron, 1989 : 68). Il empêche en effet de « décrire positivement l'arbitraire des cultures dominées, c'est-à-dire décrire dans toutes ses dimensions symboliques ce qui est et ce qui fonctionne encore comme culture même quand il s'agit de cultures dominées » (Grignon et Passeron, 1989 : 36) et amène un « déni de sens » (par exemple les différences avec la culture dominante sont perçues comme des manques).

De son côté, le populisme découle du relativisme culturel qui, basé sur le postulat que « tout groupe social possède son symbolisme irréductible, ou si l'on veut, son arbitraire culturel », est « le principe que les cultures doivent être décrites et non hiérarchisées, ou plutôt qu'on ne peut plus les hiérarchiser dès lors qu'on les décrit complètement à partir de leurs propres codes et de leurs propres valeurs » (Grignon et Passeron, 1989 : 33). L'écueil du populisme est alors d'entrer dans une « logique de rattrapage et de surenchère », en traitant la culture comme un univers symbolique autonome et surtout en inversant les valeurs dominantes (avec par exemple la formule « les gens du peuple valent mieux que nous », la mise en avant de « l'abondance » de la nourriture populaire...). Selon C. Grignon et J.C. Passeron, cette attitude constitue une « forme paradoxale de mépris de classe à l'égard des dominés » étant donné que « rien ne [leur] semble plus faux que l'idée selon laquelle l'oubli de la domination assorti de l'intention de réhabilitation serait pour le chercheur la voie directe, obligée et facile pour rendre justice aux cultures populaires. » (Grignon et Passeron, 1989 : 10).

---

<sup>17</sup> Nous renvoyons le lecteur au schéma situé page 65 de leur ouvrage, qui reprend ces risques de misérabilisme et de populisme, ainsi que les logiques sous-tendant les passages de l'un à l'autre (rupture, dérives et régression).

Ce risque de misérabilisme et de populisme parcourt l'ensemble de la démarche de recherche. Il s'agissait donc pour nous d'y être vigilant depuis l'élaboration de nos premières hypothèses et de la grille d'entretien jusqu'à l'interprétation des données issues de notre enquête, en passant par la gestion de la « situation d'entretien [qui] engage, dans une interrelation délicate, la position sociale de l'un et de l'autre, de l'interviewé et de l'intervieweur » (Pinçon et Pinçon-Charlot, 2005 : 29).

## **2. LA COMPLEMENTARITE DES TERRAINS D'ENQUETE ET L'APPUI DES DISPOSITIFS DE TRAVAIL**

Avant de traiter de la manière dont nous avons analysé les entretiens, il nous faut auparavant présenter les lieux dans lesquels ces derniers se sont déroulés. Le choix de circonscrire à certains terrains d'enquête particuliers a reposé sur deux grands critères.

Le premier critère est d'ordre scientifique. Les terrains d'enquête doivent présenter un intérêt pour la question étudiée. Critère simple mais qui, au vu du profil socioéconomique des individus ciblés dans notre démarche d'enquête, soulève deux difficultés. D'un côté, prendre pour objet d'étude des populations socialement désignées comme précaires réunit les caractéristiques de « milieux difficiles » pour une enquête (Boumaza et Campana, 2007) et, de l'autre, l'analyse du phénomène du non-recours pose des problèmes particuliers. En effet, par définition, nous aurions affaire à des populations « invisibles » (Beaud, Confavreux et Lindgaard, 2006) puisque ne fréquentant pas les institutions sanitaires et sociales pour faire valoir leurs droits, ce qui compliquerait voire rendrait vain tout effort d'action et de mesure du non-recours. Cette difficulté était connue dès les premières publications scientifiques sur ce phénomène ; Antoine Math, chercheur ayant participé à l'introduction de la question en France, y voit là l'une des raisons de la faible attention portée au non-recours dans ce pays par rapport à d'autres (Math, 1996b). D'autre part, les données issues des administrations publiques (ou de la statistique publique) ne permettent pas de mesurer ou d'estimer ces phénomènes qui les concernent pourtant directement, le non-recours révélant ainsi la tendance à la « myopie des politiques publiques » (Warin, 2004b). Pour contourner ces difficultés, des travaux plus récents mobilisent différentes méthodes : requêtes statistiques sur des bases de données associatives ou administratives (Revil, 2008a), enquêtes mobilisant le point de vue d'acteurs associatifs ou politiques (Warin, 2002b) ou enquêtes *ad hoc* dans des lieux de vie

(Berrat et Paul, 2007). Pour notre part, s'il est sûr que l'invisibilité se pose pour des populations très précises, telles que les étrangers sans papiers, nous ne pensons pas qu'elle soit insurmontable pour notre analyse du non-recours aux soins des populations précaires. Nous faisons l'hypothèse que l'invisibilité est avant tout partielle et qu'elle ne peut pas être réduite à l'image d'« exclus » ne participant aucunement à la société : être « éloigné » du système de soins ne signifie pas être invisible dans d'autres structures, il y a différents niveaux et lieux de l'invisibilité. Dès lors, nous avons choisi des terrains d'enquête où des populations en non-recours aux soins pouvaient *a priori* être rencontrées<sup>18</sup>. Ces lieux, du champ sanitaire et/ou social, devaient plus précisément avoir comme particularité de cibler, totalement ou partiellement, des populations qualifiées de précaires et de mettre en œuvre des actions face au non-recours aux soins.

Le second critère déterminant le choix des lieux pour l'enquête est d'ordre pratique. Il est lié à la faisabilité et la praticabilité du terrain. Sous ces termes sont généralement regroupés des aspects matériels comme le coût financier de l'enquête et l'accessibilité géographique des terrains. Ils devaient être pris en compte pour pouvoir effectuer, dans la logique d'une démarche inductive et dans l'esprit de la « *grounded theory* », plusieurs vagues d'enquête et ainsi affiner progressivement les résultats en fonction des précédentes observations. Mais surtout, la question de la faisabilité englobe ce qui a trait à l'autorisation de mener une enquête dans le champ de la santé, où les démarches de recherches sociologiques ne sont pas nécessairement aisées. Il nous fallait alors rechercher des points d'appui pour faciliter l'entrée sur le terrain. Les différents dispositifs de travail dans lesquels nous avons pu être intégrés au cours de cette thèse ont été à ce titre très précieux. Pour cette raison, nous présentons chacun de ces dispositifs dans les sections suivantes.

---

<sup>18</sup> C'est également de cette manière que Marie Avenel et Julien Damon (2003) ont pu estimer des taux de non-recours au Revenu minimum d'insertion (RMI) parmi les SDF, en menant une enquête dans des services d'hébergement et de distribution de repas chauds.

## **2.1 Le terrain principal d'enquête : le Centre technique d'appui et de formation des Centres d'examens de santé de l'Assurance maladie (CETAF) et les Centres d'examens de santé (CES)**

### ***a) Participation à la recherche : « le non-recours aux soins des actifs précaires » (NOSAP)***

Le principal dispositif de travail ayant facilité notre accès à des terrains d'enquête pour la thèse est celui organisé autour de la recherche intitulée : « le non-recours aux soins des actifs précaires (NOSAP) ». Cette recherche a été financée par l'Agence Nationale de la Recherche (ANR) dans le cadre de son programme « Santé environnement/Santé travail », pour la période 2006-2009. Elle avait pour objectif d'analyser, à partir de requêtes statistiques et d'entretiens qualitatifs, les relations entre non-recours aux soins et cumul de précarités d'emploi, de revenus et de protection sociale (voir encadré 1).

#### **Encadré 1 : Synthèse de la recherche « Le non-recours aux soins des actifs précaires (NOSAP) »**

L'objectif de cette recherche était de développer une analyse quantitative et qualitative du non-recours aux soins des actifs précaires. L'interrogation initiale portait sur les relations entre absences de suivi médical ou renoncements aux soins, et cumul de précarités d'emploi, de revenus, dans le travail et la protection sociale.

L'étude des données des Centres d'examens de santé (CES) financés par l'Assurance Maladie a été au cœur de cette recherche. Une analyse de la base de données des CES gérée par le CETAF pour le compte de l'Assurance Maladie a été réalisée. Cette base de données sociales et médicales est unique en France : plus de 600 000 consultants par an sur l'ensemble du territoire. Le non-recours aux soins a été mesuré à partir de 3 variables : absence de consultation médicale au cours des 2 ans ; absence de consultation dentaire au cours des 2 ans ; absence de suivi gynécologique. Plusieurs travaux statistiques ont été réalisés pour décrire finement les profils des personnes en situation de non-recours aux soins. Ils ont été complétés par des travaux qualitatifs réalisés auprès de consultants de certains Centres d'examens de santé (150 entretiens semi directifs).

#### **Le non-recours aux soins des actifs précaires dans la problématique des inégalités sociales de santé.**

Précaires ou non précaires, les populations actives sont toutes concernées. Elles le sont toutefois dans des proportions variables. Malgré cette différence de fréquence, le phénomène est cependant associé aux mêmes variables, quelle que soit la population considérée. Plus précisément, le non-recours aux soins est fortement associé à des variables socioéconomiques liées aux conditions d'existence des individus :

- Ce résultat général donne raison à l'approche systémique des inégalités sociales qui montre en particulier comment les inégalités face à la santé peuvent être la conséquence d'un faisceau d'inégalités. Cela a été clairement démontré par la littérature internationale.

- Ce résultat complète toutefois cette analyse générale dans la mesure où il indique que les inégalités de recours aux soins – l'un des déterminants des inégalités de santé – relèvent de multiples causes, qui ne proviennent pas seulement des conditions de travail et des modes de vie, mais aussi de facteurs relatifs à *l'environnement social*, tels que *l'isolement* et *la responsabilité familiale*.

Ces facteurs mis en exergue par l'étude statistique et par l'enquête par entretiens, réalisées dans le cadre de cette recherche, indiquent que les inégalités de recours aux soins ont des déterminants autres que les variables habituellement remarquées en épidémiologie sociale, tel que *le capital social* des individus. Elle conduit notamment à tenir compte de dimensions d'ordre psychologique, dès lors qu'elle observe *in fine* que les individus « vivant seuls », sans *support social* et sans responsabilité d'autrui sont davantage que d'autres vulnérables au non-recours du fait d'un repli sur soi plus prononcé.

Dans ces conditions, une action menée dans le but de réduire le phénomène de non-recours aux soins ne peut pas s'attaquer à une cause unique. Certes, les conditions matérielles de vie des actifs précaires constituent bien une cible prioritaire pour améliorer l'accès à la santé et corriger ainsi des inégalités sociales. De ce point de vue, notre travail montre l'importance des difficultés financières liées à la précarité du travail et de l'emploi parmi les facteurs associés au non-recours. La très forte prévalence du risque de non-recours en cas d'absence de complémentaire santé le confirme. Il n'en demeure pas moins que l'enjeu qui apparaît ici est aussi de (re)constituer la santé comme un bien individuel et collectif dans une société où à la fois la montée des précarités, la transformation des relations familiales et la progression du « vivre seul » bousculent vraisemblablement les mécanismes d'apprentissage ou de socialisation par lesquels la santé est transmise à la fois comme norme, valeur et croyance. Au terme de cette recherche, le phénomène du non-recours aux soins dévoile aussi la nature du risque qu'il représente, à savoir celui d'une situation qui peut conduire les individus à renier leur propre importance.

-----  
Source : Warin, P. coord. 2009. « Le non-recours aux soins des actifs précaires », Article scientifique de synthèse pour le colloque de l'Agence nationale de la recherche : *Santé-environnement/santé-travail*. Paris, octobre : 2-3.

La recherche NOSAP a réuni deux équipes : une représentant le programme « Précarités – Inégalités de santé » du Centre technique d'appui et de formation des Centres d'examen de santé de l'Assurance maladie (CETAF), que nous présenterons plus en détail par la suite, et une autre de l'Observatoire des non-recours aux droits et aux services (ODENORE), auquel nous appartenons. Cet observatoire a été fondé en 2003, par Philippe Warin et Catherine Chauveaud, puis a été constitué en Equipe de recherche technologique par le Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche en 2009. Rattaché à l'Unité mixte de recherche n°5194 du CNRS, à Grenoble, il est composé de chercheurs, d'enseignants, de chargés d'étude, ainsi que de doctorants. Il fonctionne à partir d'un partenariat, dans un but scientifique et non pas de prestation de service, avec

différents acteurs administratifs et associatifs locaux et nationaux (le Fonds CMU, le Médiateur de la République, la Caisse régionale d'assurance maladie de Rhône Alpes, la Ville de Grenoble, le Secours populaire français, etc.). L'objectif de l'observatoire est de produire des informations et des connaissances sur le phénomène du non-recours<sup>19</sup>, mais également de proposer des outils d'identification et de mesure utiles pour l'action. Ses travaux portent principalement sur les domaines de la santé, de l'insertion socioprofessionnelle, des prestations sociales et de l'autonomie (handicap et vieillissement). Du fait de ses partenariats mais également de l'histoire de l'émergence du thème du non-recours, dont il est par ailleurs acteur, l'ODENORE a inscrit principalement ses travaux dans le champ de la pauvreté, que révéleraient les inégalités dans l'accès aux droits sociaux. Pour autant, la position commune aux membres de l'observatoire est de ne pas considérer le non-recours comme un « problème » à solutionner mais comme un phénomène ou une question sociale sur laquelle une observation permanente peut être menée<sup>20</sup>.

Le démarrage de la recherche NOSAP coïncidant avec celui de notre thèse, début 2006, nous avons pu prendre part à l'ensemble de ce travail, en étant présent aux réunions régulières, en collaborant à la production des données sur le non-recours aux soins, à leur analyse et à la rédaction du rapport final. Au-delà de ces aspects, notre implication a également permis d'observer comment et pourquoi un organisme de santé publique tel que le CETAF se saisit de ce thème du non-recours aux soins. Les entretiens, menés de manière informelle avec plusieurs de ses membres ou formelle avec le responsable du programme « Précarité – Inégalités de santé » du CETAF, le docteur Jean-Jacques Moulin, ont été instructifs à cet égard.

### ***b) Présentation du CETAF et des Centres d'examens de santé (CES)***

Le Centre technique d'appui et de formation des centres d'examens de santé (CETAF) est une association loi 1901, privée à but non lucratif. Localisée à Saint-Étienne, elle a été créée par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) en 1994. Sa mission principale est d'accompagner et de coordonner les centres d'examens de

---

<sup>19</sup> Pour cela, plusieurs membres de l'ODENORE participent également au réseau scientifique de la Région Rhône-Alpes, le Cluster 12. L'axe 1 du Programme 1 « Exclusions, Territoires et Action Publique » porte précisément sur « Exclusions et non-recours aux droits et services » et regroupe des chercheurs et doctorants de plusieurs disciplines (juristes, politistes, sociologues, psychosociologues, économistes...).

<sup>20</sup> Pour une présentation plus détaillée de l'ODENORE et de ses travaux : <http://odenore.msh-alpes.fr/>

santé (CES) dans leurs différentes missions, à savoir les activités d'examens de santé, de prévention, d'éducation pour la santé et de recherche en épidémiologie. A ce titre, le CETAF a une fonction d'appui des CES pour ce qui concerne par exemple le développement de programmes prioritaires ou la mise en place de réseaux. Il est également en charge de la gestion et de l'analyse de la base de données des CES, la base RAIDE (Recueil annuel informatisé des données épidémiologiques). Celle-ci centralise les données recueillies lors des 650 000 examens de santé annuels. Ces données portent à la fois sur les dimensions socioéconomiques des individus (sexe, âge, situation professionnelle, conditions et horaires de travail, niveau d'études...), leur mode de vie et leur consommation de soins, mais également sur des dimensions sanitaires (état de santé ressenti et données de santé issues des différents examens proposés). A partir de cette base, le CETAF réalise des tableaux de bord cartographiques des données de santé indiquant pour chacune d'entre elles les tendances générales, l'effet de la précarité et la variation géographique. Deux de ces tableaux portent notamment sur le non-recours aux soins au médecin et au dentiste<sup>21</sup>. Notons cependant la particularité de la base du CETAF qui, en dépendant principalement des modes de recrutement des consultants dans les CES, n'a pas vocation à représenter l'ensemble de la population française. Les examens de santé sont proposés aux assurés du régime général de la Sécurité sociale et en priorité aux personnes identifiées par leur précarité sociale. Dès lors, la base RAIDE comporte une large part de la population dans cette situation sociale et n'intègre par exemple pas les commerçants et/ou les artisans ; ces derniers sont pourtant peu consommateurs de soins (Mormiche, 1993) et, pour cette raison, ils nous auraient intéressé. Dans la base RAIDE ne sont pas présentes non plus les personnes exerçant des professions intellectuelles supérieures libérales, alors que celles-ci ont 3,7 fois plus de risque qu'une personne exerçant une profession intermédiaire dans les services de ne pas être couvertes par une complémentaire santé (Marical et de Saint Pol, 2007).

Enfin, ajoutons que la CNAMTS, en 2002, a défini trois programmes prioritaires pour le CETAF : les risques post-professionnels, la prévention des risques liés au vieillissement, la précarité et les inégalités de santé. C'est avec ce dernier programme, que nous étions en relation pendant la recherche NOSAP et la thèse.

---

<sup>21</sup> Ces tableaux de bord sont accessibles sur le site Internet du CETAF, à la page suivante : <http://www.cetaf.asso.fr/geographie/geographie.htm>



Les centres d'examens de santé, quant à eux, sont des structures créées dans l'objectif d'offrir un bilan de santé gratuit à chaque assuré du régime général et à ses ayants droit – obligation faite aux caisses primaires d'assurance maladie et prévue dans le code de la Sécurité sociale depuis 1946<sup>22</sup>. Ces examens se composent de plusieurs éléments variant en fonction des CES : un questionnaire, des tests fonctionnels (audition, vue, fonction respiratoire...), des examens clinique et dentaire, de biologie sanguine et urinaire. Les CES s'inscrivent ainsi dans une démarche de santé publique axée sur la prévention ; ils ne sont donc pas à confondre avec des centres de santé puisqu'ils ne délivrent aucun soin curatif.

Les missions des CES ont profondément évolué et, du fait des évolutions sanitaires ayant affecté la population française, leur efficacité et utilité médicale sont sujets à débat depuis les années 1990<sup>23</sup>. Initialement, ils étaient prévus pour prendre en charge les grands fléaux (principalement la syphilis et la tuberculose) à une époque où la maladie était encore considérée comme une réalité collective (Herzlich et Pierret, 1991) et dans le contexte sanitaire particulier de l'après Seconde guerre mondiale. L'arrêté ministériel du 20 juillet 1992, qui sert encore de support réglementaire, définit de nouvelles orientations pour les CES. Partant du constat qu'une partie de la population française est éloignée des soins curatifs et préventifs, cet arrêté fixe en particulier comme priorité les actions à destination des populations précaires<sup>24</sup> ou n'ayant pas de suivi médical régulier. Le nombre de consultants en situation de précarité ne fait qu'augmenter au fil des ans pour représenter maintenant environ 30% des bilans annuels. Plus récemment, la Convention d'objectifs et de gestion (COG) 2006-2009, signée entre la CNAMTS et l'Etat et sur laquelle nous reviendrons dans notre première partie, confirme ces orientations en invitant à focaliser les actions sur les populations caractérisées par le déficit de soins et de prévention, au premier plan desquelles celles en situation de précarité. La CNAMTS fixe par exemple pour chaque CES un objectif minimum de populations en situation de précarité à atteindre – toujours au-dessus de 30% – et évalue les CES en conséquence.

---

<sup>22</sup> Article L321-3 du Code de la sécurité sociale.

<sup>23</sup> Dans son rapport de 2009 sur la Sécurité sociale, la Cour des comptes relance ce débat en mentionnant notamment le défaut de pilotage des CES, leur ciblage « peu performant » au sujet des populations précaires et, malgré des coûts croissants, une utilité médicale peu évidente. Le rapport préconise ainsi une transformation des CES en centres de santé, assurant une fonction sanitaire, ainsi que la suppression de certains d'entre eux.

<sup>24</sup> La définition de la précarité alors retenue dans cet arrêté est une définition principalement administrative et juridique. Pour être identifié comme précaire, il faut remplir l'un de ces critères : être chômeur ; en contrat emploi solidarité ; être bénéficiaire du Revenu minimum d'insertion ; être bénéficiaire de la Couverture maladie universelle ; être SDF ; être âgé de 16 à 26 ans en insertion professionnelle.

Pour améliorer le ciblage des populations en situation de précarité, et envisager cette dernière sous un angle non plus seulement administratif mais multifactoriel, le CETAF et les CES ont produit un score individuel de précarité : le score EPICES (« Evaluation de la précarité et des inégalités de santé dans les CES »). Il a été établi en administrant un questionnaire à un échantillon de 7 200 consultants des centres (Moulin, Labbe, Sass et *al.*, 2005). Ce questionnaire comportait 42 questions explorant plusieurs dimensions de la précarité : diplômes, profession, famille, logement, protection sociale, revenus, difficultés financières, évènements de vie, santé perçue, recours aux soins. En mettant en œuvre les méthodes d'analyse factorielle des correspondances et de régression multiple, il a été possible de sélectionner 11 questions qui résumaient 90 % de l'information apportée par les 42 questions, et d'attribuer un poids à chacune de ces 11 questions (voir encadré 2). Ainsi est calculé un score individuel de précarité, variant de 0 à 100<sup>25</sup>. La population est ensuite divisée en quintile ; une personne ayant un score supérieur ou égal à 30 est considérée comme socialement précaire<sup>26</sup>.

Le score EPICES a été validé dans un échantillon de près de 200 000 consultants des centres, en montrant qu'il était significativement associé à tous les indicateurs de l'examen de santé, et ce particulièrement pour une partie des populations « discordantes »<sup>27</sup> : position socioéconomique, accès aux soins, comportements, santé perçue et santé mesurée (Sass, Moulin, Guéguen et *al.*, 2006). S'il est utilisé principalement par le CETAF, son usage s'est également étendu en dehors de ses études épidémiologiques. En 2009, le CETAF a recensé 43 usages externes du score EPICES, principalement dans des études ou actions de santé publique mais aussi dans des enseignements<sup>28</sup>. Les professionnels de

---

<sup>25</sup> Le score EPICES est le reflet d'une tendance, que nous avons observé dans les colloques sur les inégalités de santé, à proposer des indices et autres scores positionnant les individus sur un axe allant du « moins » au « plus » favorisé (Pampalon et Raymond, 2000). La société est ainsi représentée de manière linéaire, comme composée d'individus mis les uns à côté des autres ; cela réduit la possibilité de penser en termes de « classes », « groupes » ou même de « catégories » sociales, ainsi que de comprendre les rapports sociaux entre ces strates. Pour ces raisons, nous souscrivons pleinement aux propos récents de Patrick Peretti-Watel et de Jean-Paul Moatti lorsqu'ils mettent en garde sur le risque de « privilégier une conception unidimensionnelle de la société, qui distribue les individus le long d'un axe censé représenter leur position dans la hiérarchie sociale en fonction de leurs ressources » (Peretti-Watel et J.P. Moatti, 2009 : 94).

<sup>26</sup> Nous avons reporté en dessous de chacun de nos extraits d'entretiens le score EPICES de nos interlocuteurs, ainsi que le quintile correspondant.

<sup>27</sup> Pour le CETAF, les populations discordantes sont celles qui sont définies comme précaires d'après les critères retenus lors de l'arrêt de 1992, mais ne le sont pas selon le score EPICES, et inversement. Non repérées comme précaires avant l'introduction du score EPICES, ces populations cumulent un non-suivi dentaire et gynécologique, un moins bon état de santé et une situation socioéconomique dégradée.

<sup>28</sup> *Réseaux. Le journal d'information du CETAF et des CES*, « Score EPICES : quelles utilisations hors du réseau des CES ? », n°17, février/mars/avril 2009.

santé y voient par exemple là un outil simple pour caractériser leur patient sur le plan social (Pilod, 2009).

## **Encadré 2 : Les onze questions du score EPICES**

- 1 - Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?
- 2 - Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?
- 3 - Vivez-vous en couple ?
- 4 - Etes-vous propriétaire de votre logement ?
- 5 - Y a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins ?
- 6 - Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?
- 7 - Etes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ?
- 8 - Etes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?
- 9 - Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants ?
- 10 - En cas de difficultés, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger en cas de besoin ?
- 11 - En cas de difficultés, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ?

-----

Source : Moulin, J.J., E. Labbe, C. Sass, R. Guéguen, V. Dauphinot, C. Dupré, F. Naudin et L. Gerbaud. 2005. *Le score EPICES : l'indicateur de précarité des Centres d'examen de santé de l'Assurance maladie*. Saint-Etienne, Rapport d'étude CETAF.

### **c) La sélection des CES de Bobigny, Bourg-en-Bresse et Dijon**

Intégrant des actions à destination des populations précaires et du non-recours aux soins, les CES remplissent ainsi les critères scientifiques que nous avons définis pour le choix d'un terrain d'enquête. D'un point de vue pratique, il a fallu opérer une sélection parmi les 112 CES qui sont répartis sur le territoire français, au sein de 8 réseaux (voir carte en annexe 3). Pour cela, nous avons bénéficié de l'aide de Carine Chatain, sociologue au CETAF rattachée au programme « Précarité – Inégalités de santé », qui a analysé les approches de la précarité dans les CES. Elle a notamment démontré que ces structures ne suivent pas toutes un fonctionnement standard mais font preuve d'adaptation dans leur pratique à l'égard des consultants en situation de précarité, au niveau local, en développant des approches « partenariales » ou « globales » visant à tenir compte des spécificités de ce public (Chatain, Sass, Gutton et *al.*, 2008). Nous avons fait le choix de nous rapprocher des structures relevant de ces deux dernières approches, de manière à

augmenter les possibilités d'y rencontrer des populations précaires en non-recours aux soins.

Après avoir tenu compte d'autres critères annexes (ne pas aller dans un CES trop régulièrement sollicité par le CETAF, favoriser les centres où l'examen de santé se déroule en une journée entière...), nous avons sélectionné trois centres pour l'enquête : Bobigny, Bourg-en-Bresse et Dijon. Ils se distinguaient d'autres centres par la diversité de leurs activités à destination des publics précaires (voir tableau 1) et par la possibilité d'y rencontrer des individus de milieu semi-rural pour Bourg-en-Bresse et Dijon ou de quartiers situés en zones urbaines sensibles pour Bobigny.

Le contact avec les médecins directeurs de ces trois CES a été effectué par les membres du CETAF, afin d'obtenir leur accord et avant de les rencontrer sur place pour fixer les modalités concrètes de l'enquête. Une convention de recherche entre l'Institut d'Etudes Politiques de Grenoble, le CETAF, la CPAM agissant pour le compte des CES et nous-même a ensuite été établie pour chacun de ces terrains. Elle définit les principes régissant chaque étape de l'étude, c'est-à-dire de la définition de l'objet de l'enquête jusqu'à la diffusion des résultats. Nous pouvons analyser ce conventionnement comme une particularité des enquêtes dans le champ de la santé, mais aussi comme une tendance de la recherche en sciences sociales à s'organiser sur un plan juridique<sup>29</sup>.

---

<sup>29</sup> C'est ce qui ressort de nos participations au groupe de travail « CAPAS », traitant de l'analyse secondaire des données qualitatives et organisé au laboratoire PACTE par Anne-Marie Benoit et Annie-Claude Salomon. D'autres moments nous ont permis de prendre conscience de ce mouvement croissant, que ce soit à Grenoble au travers de formations à l'école doctorale sur la responsabilité juridique du chercheur ou dans des colloques récents. Voir en particulier le colloque organisé par le GRESCO : « Droit d'enquêter, droits des enquêtés », Limoges, 30 septembre et 1<sup>er</sup> octobre 2009.

**Tableau 1 : Caractéristiques des Centres d'examens de santé retenus pour l'enquête<sup>30</sup>**

	<b>CES de Dijon</b>	<b>CES de Bourg-en-Bresse</b>	<b>CES de Bobigny</b>
<b>Nombre d'examens de santé réalisés par an</b>	10 000 examens par an	3 500 examens par an	10 000 examens par an
<b>Pourcentage de populations précaires passant un bilan de santé</b>	26 %	32 %	40 %
<b>Principaux partenariats permettant le recrutement des populations précaires</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●CPAM</li> <li>●CAF</li> <li>●Missions locales</li> <li>●Centres de formation</li> <li>●Pôle emploi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●Centres d'hébergements</li> <li>●Organismes de formation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●Foyers de travailleurs migrants</li> <li>●Point Accueil Jeunes de Saint Denis</li> <li>●Assistants sociaux de la CRAMIF (Caisse Régionale d'Assurance Maladie d'Île de France)</li> <li>●Médecins généralistes</li> </ul>
<b>Principales actions à destination des populations précaires</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●Consultation avec un psychologue</li> <li>●Information collective en amont du bilan de santé, sur le lieu de stage ou de vie</li> <li>●Public précaire issu du secteur rural</li> <li>●Permanences sociales dans des foyers ou des associations</li> <li>●Cellule précarité en charge des publics précaires, du recrutement jusqu'au suivi médico-social</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●Réunion avec des partenaires pour faire du CES un lieu incontournable dans les parcours d'insertion</li> <li>●Information collective autour du bilan, sur le lieu de stage ou de vie</li> <li>●Intervention collective et/ou individuelle avec une diététicienne, une kinésithérapeute et un psychologue</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●Information collective autour du bilan, sur le lieu de stage ou de vie</li> <li>●Groupe de parole</li> <li>●Traducteur</li> <li>●Travail en réseau avec l'hôpital public</li> <li>●Suivi médico-social des publics précaires</li> </ul>

## **2.2. L'accès à des terrains d'enquête complémentaires à Grenoble : les centres de santé et la Direction santé publique et environnementale (DSPE)**

Parallèlement à l'enquête menée dans les CES, d'autres dispositifs de travail nous ont permis d'étayer nos réflexions et d'accéder à des terrains d'enquête. Ces derniers avaient une double fonction. Leur rôle était tout d'abord exploratoire : les entretiens auprès

<sup>30</sup> Tableau réalisé à partir de données présentes dans un document de travail intitulé « Expériences des centres – Public précaire », rédigé par C. Chatain en 2006. Nous la remercions de nous l'avoir fait parvenir.

d'usagers des structures concernées ont été menés afin de construire une première grille d'entretien assez simple, de la tester en situation puis de l'affiner au fur et à mesure de l'avancée de l'enquête de terrain<sup>31</sup>. Cette étape est centrale pour cadrer une enquête menée dans une démarche inductive, où les hypothèses évoluent au fur et à mesure des entretiens et où des résultats apparaissent peu à peu, partant d'éléments très larges pour aboutir à des éléments plus précis ; c'est par exemple de cette manière que nous en sommes venus à introduire la thématique du rapport au risque dans la grille d'entretien.

Ces terrains grenoblois avaient enfin pour objectif d'être complémentaires aux entretiens menés auprès de personnes considérées en non-recours aux soins. Par ce biais, nous avons réalisé des entretiens informels et formels auprès de certains de leurs professionnels, de manière à saisir les raisons qui les avaient amenés à s'intéresser aux questions de non-recours aux soins et/ou à développer des actions pour prendre en charge ces situations.

#### ***a) Les centres de santé de Grenoble***

Parmi les terrains d'enquête grenoblois, commençons par le cas particulier de l'Association de gestion des centres de santé de Grenoble (AGECSA). C'est un cas particulier puisque, rappelons-le, un stage de long terme (6 mois) a été réalisé en Master dans les cinq centres de santé de Grenoble. Ce stage, à l'origine d'un partenariat entre l'ODENORE et l'AGECSA, avait pour objet l'analyse du retard et du renoncement aux soins des patients précaires des centres. Dans ce cadre, nous avons effectué 24 entretiens, qui sont par ailleurs intégrés dans le corpus constituant la thèse. Cette antériorité nous a également permis de ne pas avoir à repasser par la phase de prise de contact et d'entrée sur le terrain d'enquête, par ce qui nous avait pris du temps lors du stage (moments d'observation des lieux, de connaissances des équipes, de présentation et d'acceptation de la démarche de recherche sociologique dans une structure qui n'a pas cette vocation, de mise en place d'une méthodologie adaptée aux contraintes institutionnelles des centres...).

L'AGECSA est une association de loi 1901 à but non lucratif en charge de gérer et de développer les centres de santé de Grenoble. Ces derniers, au nombre de cinq, ont été implantés dans des quartiers à faible densité sanitaire – qui pour certains le sont d'ailleurs restés – et où la proportion de personnes en situation de précarité est supérieure au reste

---

<sup>31</sup> La grille d'entretien, dans sa dernière version, est disponible en annexe 2.

de la ville de Grenoble<sup>32</sup>. Les centres ont avant tout des activités de soins (médicaux et paramédicaux). Plus de 20 000 patients sont ainsi accueillis chaque année. Dans le statut de l'association, les principales missions en lien avec ces activités sont énumérées. Notons que les centres de santé doivent contribuer au développement de l'accès aux soins pour tous, au bon usage du soin et au développement d'actions sanitaires ainsi qu'au recueil et traitement de données permettant d'étudier les besoins des populations en matière de santé. A travers leurs missions, il est possible de repérer en quelque sorte la philosophie des centres de santé. Sans être des structures spécifiques pour les personnes démunies, ce sont des équipements de proximité avec pour objectif central de faciliter l'accès aux soins d'un plus grand nombre de personnes possibles. Leur pratique est ainsi orientée vers une partie de la population démunie des quartiers, sans créer de filières de soins spécifiquement dédiées à ces dernières. Une enquête menée en 2006, sur les trois quarts des consultations de cette année-là, évalue à 24,3% le nombre de patients bénéficiant de la CMU-C (contre 7,6% de la population française et 4,3% de la population iséroise). Autre indicateur recueilli par une enquête menée sur un échantillon plus restreint, 62,41% des patients sont identifiés comme précaires selon le score EPICES (ANSA, 2008).

Les centres de santé sont nés d'une volonté de développer une pratique professionnelle particulière. Le travail est basé sur des équipes pluridisciplinaires (composées de généralistes, pédiatres, psychiatre, infirmières, kiné...) et est soutenu par un accueil spécifique géré par le secrétariat médical, qui fait également de l'accompagnement social. Les professionnels des centres de santé disposent d'un réseau de partenaires (centres sociaux, entreprises d'insertion, Centres médico-psychologiques, réseaux autour de la jeunesse, de la toxicomanie, de la fin de vie...) afin d'orienter les personnes. Les consultations, quant à elles, doivent être adaptées aux problématiques socio-sanitaires de la personne, passant par une « prise en charge globale » tenant compte de l'aspect médical et social du patient, une réponse personnalisée et, surtout, s'inscrivant dans une durée longue.

L'un des principes historiquement défendus dans les centres de santé, pour se distinguer des autres cabinets de médecine générale, est celui de la médecine de prévention. Plusieurs programmes sont ainsi menés par les différents membres des centres

---

<sup>32</sup> Une étude du « groupe précarité » des centres de santé démontrait que, en 2002, selon les 4 critères de l'INSEE (travail, composition des ménages, logement et voiture), les indices de précarité étaient 1,5 à 2 fois plus élevés dans les quartiers où sont implantés les centres de santé que dans le reste du territoire grenoblois (Chantalou, Lagabrielle et Cassaro, 2003).

autour de la nutrition, de la petite enfance, des maladies sexuellement transmissibles, de la santé mentale et des conduites addictives. Un dernier programme porte sur la précarité et l'accès aux soins. C'est dans ce programme que nous avons travaillé. Le « groupe précarité » des centres de santé regroupe une dizaine de personnes des centres (médecins, secrétaires, infirmières...) et développe plusieurs projets (action collective à destination des jeunes des quartiers où sont implantés les centres, organisation de la coordination médicosociale...). L'un de ses projets s'intitule « accès aux soins, prise en charge et accompagnement de personnes en situation de précarité et d'insertion ». Il inclut la formation aux problématiques d'accès aux soins et le développement d'outils de diagnostic de la situation sociale et médicale des patients ; dans ce but, le « groupe précarité » a initié plusieurs études et a travaillé en partenariat avec des organismes de recherche, dont l'ODENORE. Nous aurons l'occasion dans la première partie de revenir sur ces aspects.

Notons pour le moment que l'AGECSA est intéressante pour comprendre l'attention portée au non-recours aux soins au niveau local. Nous avons effectué, parallèlement aux entretiens avec les patients des centres, deux entretiens avec l'ancien puis l'actuel responsable du programme « Précarité » des centres de santé (respectivement Dominique Lagabrielle et Philippe Pichon).

### ***b) Le dispositif de travail avec la Direction santé publique et environnementale (DSPE) de la ville de Grenoble***

Le dernier dispositif de travail que nous voulions mentionner est le « groupe de travail interassociatif concernant l'accès aux soins », que nous avons animé en collaboration avec Isabelle Gamot, responsable du secteur « Promotion de la santé » à la Direction santé publique et environnementale (DSPE) de la ville de Grenoble. Ce dispositif nous a plus particulièrement permis d'accéder à des terrains exploratoires pour l'enquête par entretien et d'analyser la manière dont la problématique du non-recours aux soins des populations précaires s'est diffusée au niveau local et qu'un ensemble d'acteurs associatifs s'est réappropriée.

Pour bien comprendre, il nous faut évoquer la genèse de ce dispositif. Parmi ses missions, la DSPE subventionne environ 80 associations intervenant dans le champ de la santé publique à l'échelle du territoire grenoblois ou dont une partie du public vient de



Grenoble<sup>33</sup>. Afin de créer de l'échange entre ces associations et de leur proposer des formations, la DSPE a organisé un forum interassociatif en décembre 2005, au cours duquel plusieurs ateliers ont été proposés par les associations et animés par elles. L'un des ateliers thématiques portait sur l'accès aux soins et était co-organisé par D. Lagabrielle, à l'époque médecin à l'AGECSA. C'est en y présentant les recherches menées par cette structure, dont celles que nous avons effectuées avec l'ODENORE, que ce médecin a fait connaître nos travaux et suscité l'intérêt de la DSPE.

Les associations et la DSPE ont souhaité assurer une continuité à ce forum, en développant de nouvelles initiatives autour de deux axes : la santé mentale et l'accès aux soins. Nous avons été contactés par I. Gamot pour proposer aux associations une réflexion sur l'accès aux soins, dans la suite de ce qui avait été fait avec l'AGECSA et l'ODENORE, en prenant comme point de départ la question du non-recours. Nous avons ainsi pu présenter les résultats de notre étude précédente ainsi que le projet de recherche doctorale, lors d'une réunion avec l'ensemble des associations souhaitant continuer d'échanger sur les deux axes du forum interassociatif. Les débats lors de cette présentation ont confirmé l'intérêt pour plusieurs associations de travailler sur la question du non-recours aux soins.

Un « groupe de travail interassociatif concernant l'accès aux soins » est né à la suite de cette première réunion. Le projet initial que nous avons rédigé avec I. Gamot s'articulait autour de trois points : élaborer une définition partagée du non-recours aux soins ; prendre en compte le point de vue des usagers sur le phénomène ; échanger au sujet des pratiques mises en œuvre pour remédier au non-recours et proposer de nouvelles interventions. Ce groupe, formé d'associations intervenant principalement dans le champ de l'accompagnement social et sanitaire auprès de populations en situation de pauvreté ou de précarité<sup>34</sup>, s'est réuni à six reprises entre avril 2006 et juin 2007. Nous avons partagé l'objet de ces réunions entre, d'un côté, les échanges entre associations sur leurs pratiques permettant de répondre au non-recours en matière de santé et les difficultés qu'elles rencontraient et, de l'autre, les présentations de l'avancée de notre recherche doctorale. Lors de ces réunions, nous avons ainsi pu recueillir le regard que ces associations portaient sur le phénomène de non-recours aux soins et sur les populations précaires, de même que nous y avons affiné nos résultats en les confrontant à leur avis. Cela nous a également

---

<sup>33</sup> La majeure partie du financement est cependant attribuée à l'association qui gère les centres de santé, l'AGECSA.

<sup>34</sup> Ces associations étaient : l'Amicale du nid, Roms action, le Fournil, Couples et familles en Isère, Axes, Femmes SDF, Accueil SDF, l'Appart'.

permis d'entrer en contact avec des associations et ainsi ouvrir des terrains d'enquête pour des entretiens exploratoires<sup>35</sup>.

Parmi la dizaine d'associations ayant participé, de manière variable, à ce groupe de travail, nous avons prévu de réaliser des entretiens auprès de personnes en situation de non-recours aux soins dans trois d'entre elles : le Fournil, l'Appart' et l'Amicale du Nid. Si celles-ci avaient toutes répondu favorablement à notre demande, voyant notamment dans le non-recours un indicateur intéressant pour rendre compte de leurs actions auprès de leurs financeurs, les entretiens n'ont pu se faire que dans deux associations. Nous n'avons fait aucun entretien au Fournil. Créé en 1995, le Fournil est un accueil de jour se définissant comme « un lieu de convivialité et d'échanges souhaités, de lutte contre l'isolement, de lutte contre la souffrance sociale et psychique »<sup>36</sup>. Il est organisé principalement autour d'un service de restauration (ayant statut de chantier d'insertion), mais il intervient également dans le domaine de l'accès aux droits et aux soins (permanences de Médecins du monde, partenariat avec la Permanence d'accès aux soins de santé...). Le lieu, tenu par des bénévoles et des professionnels, est ouvert à tous et accueille de fait un public très diversifié (demandeurs d'asile, personnes sortant de prison, SDF, employés d'entreprises voisines...). Suite aux périodes d'observation effectuées dans cette structure grenobloise, nous nous sommes aperçu que son architecture et son fonctionnement le rendaient inadapté à une enquête par entretiens (membres de l'association privilégiant l'accueil anonyme des usagers et réservés quant à l'idée de recueillir des données sur ces derniers, absence d'endroit isolé de la salle de restauration pour passer les entretiens...). Le critère pratique a donc empêché la faisabilité d'entretiens exploratoires dans cette association, contrairement à l'Appart' et l'Amicale du Nid.

Ces deux associations sont assez proches dans leurs objectifs généraux. L'Appart' comme l'Amicale du Nid sont des associations d'aide aux prostitué(e)s ou aux personnes en voie de prostitution. Pour autant, il ne faut pas les confondre : le profil de leurs usagers et leurs modes d'intervention diffèrent. L'Appart', qui est un service social spécialisé créé en 1967 à Grenoble, accueille un public plus jeune que l'Amicale du Nid (majoritairement

---

<sup>35</sup> Le dispositif de travail avec la DSPE et la diffusion de notre précédente enquête effectuée dans les centres de santé de Grenoble nous a également permis d'être en contact avec d'autres intervenants du champ de la précarité-santé sur Grenoble. Nous avons ainsi effectué des entretiens exploratoires avec ces acteurs, qui ont porté un intérêt au non-recours aux soins. Plus précisément, il s'agissait d'un travailleur social de l'association Point d'eau, du médecin directeur du service de santé de la ville de Fontaine, du médecin responsable de Santé pour tous, de l'assistant social ainsi que du médecin de la PASS rattachée au Centre hospitalier universitaire de Grenoble.

<sup>36</sup> Rapport d'activité du Fournil, 2006, p. 10.

moins de 30 ans). L'Amicale du Nid Grenoble est un service en milieu ouvert lancé en 1974 (l'Amicale du Nid au niveau national existe depuis 1946) qui accueille des personnes en risque de prostitution ; elle se situe donc davantage dans le domaine de la prévention de ces situations que l'Appart'. Elle réalise également des actions là où la prostitution est exercée – tout du moins dans les lieux où elle est visible – principalement au bord des routes nationales.

Ces deux associations représentent un intérêt pour notre enquête puisqu'elles interviennent dans le domaine de la santé, notamment avec l'objectif de faciliter l'accès aux soins et aux droits sociaux en la matière. Au moment de l'enquête, l'Amicale du Nid Grenoble disposait d'une infirmière à mi-temps, avec un rôle d'accompagnement santé (y compris lors des consultations médicales) et de développement de projet de prévention santé. L'accompagnement est aussi présent à l'Appart', qui a développé un dispositif santé sans pour autant avoir recruté de salarié pour ce domaine. Ce sont les assistantes sociales et éducatrices qui intègrent cette dimension dans leurs actions. Le rapport d'activité de l'Appart' démontre d'ailleurs la prise en compte du non-recours dans les démarches d'accompagnement santé – sans que le terme même n'apparaisse – puisque l'évaluation décrit l'évolution de la situation de chaque personne accompagnée, à son entrée dans le dispositif et un an après, sur le plan de la couverture maladie et du suivi des soins de santé psychique et physique. On y apprend par exemple que, en 2005, sur les 52 personnes ayant des problèmes de santé physique non suivis lors de la première rencontre avec le service social, seules 9 restent sans suivi un an après<sup>37</sup>.

### **2.3. Analyses secondaires de sources écrites et orales**

En complément des enquêtes menées sur ces différents terrains, nous avons effectué une analyse secondaire de plusieurs sources écrites et orales, principalement francophones. Elle avait pour objectif de comprendre comment le phénomène de non-recours aux soins chez les populations précaires a été construit comme un problème public par un ensemble d'acteurs, dont il s'agissait d'analyser les discours et les représentations. Les sources écrites comprenaient, d'une part, des articles de revues présentes dans le champ médical, de la santé publique et des sciences sociales et, d'autre part, des rapports administratifs et associatifs (voir tableau 2). Par sources orales, nous renvoyons

---

<sup>37</sup> Rapport d'activité de l'Appart', 2006, p. 25.

principalement aux manifestations publiques et scientifiques qui ont eu lieu ces dernières années sur les questions d'accès aux soins, en particulier, et sur les inégalités sociales de santé, en général – colloque scientifique « Politiques publiques et pratiques professionnelles face aux inégalités sociales de santé », journées de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), congrès national des Observatoires régionaux de la santé (ORS) sur « Les inégalités de santé », etc.

**Tableau 2 : Liste des principales sources écrites consultées**

<p><b>Revue et publications médicales, de santé publique et de sciences sociales</b></p>	<p>Actualité et dossier en santé publique (ADSP), Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH), Etudes et résultats et publications de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), Questions d'économie de la santé, Revue du Praticien, Sciences sociales et santé</p>
<p><b>Rapports administratifs et institutionnels</b></p>	<p>Conseil d'Analyse de la Société (CAS), Cour des comptes, Haut Conseil de la santé publique (HCSP), Direction Générale de l'Action Sociale (DGAS), Fonds CMU, Inspection générale des affaires sociales (IGAS), Mission d'Information sur la Pauvreté et l'Exclusion Sociale (MIPES), Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale (ONPES), Observatoire national des zones urbaines sensibles (ONZUS), Observatoires régionaux de la santé (ORS), Organisation mondiale de la santé (OMS), Rapports sénatoriaux</p>
<p><b>Rapports associatifs</b></p>	<p>Collectif inter-associatif sur la santé (CISS), Médecins du monde (MDM), Mission régionale d'information sur l'exclusion (MRIE), Secours catholique, Secours populaire français</p>

### 3. PASSATION ET ANALYSE DES ENTRETIENS

#### 3.1. Passation des entretiens

La sélection des personnes en vue d'un entretien variait selon les lieux d'enquête, plus précisément selon leur fonctionnement et leur composition professionnelle. Le principe était toutefois toujours le même : il s'agissait de faire reposer cette sélection sur la désignation, par ces structures, des personnes en situation de *précarité sociale* et de *non-recours aux soins* généralistes, dentaires et/ou gynécologiques.

Concrètement, dans les structures associatives grenobloises, ce sont les personnels qui repéraient, en fonction de leur connaissance des usagers et de leurs problématiques, des personnes en non-recours aux soins puis qui leur présentaient l'enquête et leur proposaient d'y participer. Nous n'avions fixé avec eux aucune définition de ce qu'ils entendaient par les situations de non-recours aux soins et de précarité. Cette démarche a demandé un temps plus long que dans les CES ; nous ne pouvions pas par nous-même entrer en contact avec les personnes (accroissant notre dépendance à l'égard des professionnels et de leur temporalité) et nous devions également nous immerger dans ces associations, de manière à nous faire connaître des usagers.

Dans les CES, la sélection des enquêtés était facilitée par l'existence du questionnaire passé à l'ensemble des consultants à leur arrivée au centre. En effet, ce questionnaire, administré par le personnel, comporte d'une part les éléments définissant la précarité – qui sont, rappelons-le, le score EPICES ainsi que les catégories issues de l'article 2 de 1992 – et les situations de non-recours aux soins<sup>38</sup>. Contrairement à la démarche d'enquête dans les associations, les personnes nous étaient moins orientées à partir des représentations sociales des personnels que d'une définition institutionnelle. L'étape suivante différait selon les CES. A Bourg-en-Bresse, le plus petit de ces centres, l'unique médecin – qui est par ailleurs son responsable – nous signalait lorsqu'un consultant relevait des critères fixés préalablement et lui expliquait l'enquête. Ce lien nous a permis de recueillir les remarques du médecin sur le type de non-recours aux soins et la situation générale de nos interlocuteurs. A Dijon et Bobigny, centres d'une taille plus importante, ce sont les agents d'accueil qui repéraient les personnes au moment du questionnaire. Ils notaient sur une

---

<sup>38</sup> Les questions permettant de définir les situations de non-recours aux soins, dans les CES, seront présentées dans le premier chapitre de la partie 1.

feuille à part les éléments relatifs à la précarité et au non-recours aux soins pour chacune des personnes concernées. A côté de ces informations, le numéro de passage attribué à chaque consultant était reporté afin que nous puissions aller nous-mêmes à sa rencontre dans le centre.

Au total, notre corpus se compose de 85 entretiens recueillis lors de la thèse, auprès d'individus identifiés en situation de précarité et de non-recours aux soins<sup>39</sup>. Nous avons également réutilisé les 24 entretiens effectués lors de notre enquête de master à l'AGECSA, ce qui porte à 109 le nombre total d'entretiens utilisés ici (voir tableau 3)<sup>40</sup>. Ajoutons que, pour obtenir ces entretiens, nous n'avons été confrontés qu'à très peu de refus de la part de personnes qui ne souhaitaient ou ne pouvaient pas nous accorder d'entretien. Les 8 refus d'entretiens ont eu lieu principalement dans les CES où le bilan de santé se fait en deux temps distincts, les personnes reprenant ensuite leur emploi ou leurs activités et expliquant ainsi ne pas disposer de temps suffisant pour l'enquête. Dans les associations grenobloises, les décalages et refus d'entretiens ont été expliqués, par les professionnels, par un rapport au temps (annulation au dernier moment, absence à l'heure fixée pour l'entretien...) et un déficit de confiance envers l'enquêteur, inconnu.

**Tableau 3 : Nombre d'entretiens réalisés lors de la thèse avec des individus identifiés en situation de précarité et non-recours aux soins**

Lieu d'enquête (par ordre chronologique)	Nombre d'entretiens réalisés	Période(s) d'enquête
<b>Centres de santé de Grenoble</b>	4 entretiens	Une vague d'enquête entre le 02 et le 18 mai 2006
<b>Amicale du Nid</b>	4 entretiens	Deux vagues d'enquête entre le 13 juillet et le 27 novembre 2006
<b>CES de Bourg en Bresse</b>	12 entretiens	Deux vagues d'enquête, entre le 26 octobre 2006 et 15 mars 2007
<b>CES de Dijon</b>	21 entretiens	Deux vagues d'enquête, entre

<sup>39</sup> L'annexe 1 présente les principales caractéristiques sociodémographiques des personnes interrogées lors de nos enquêtes de terrain.

<sup>40</sup> Dans le corps du texte, les entretiens recueillis lors de la thèse sont numérotés de 1 à 85 tandis que ceux recueillis lors du master sont répartis de la lettre A à X.

		le 4 décembre 2006 et le 15 février 2007
<b>Appart'</b>	4 entretiens, dont un collectif avec 5 personnes	Deux vagues d'enquête du 06 au 27 février 2007
<b>CES de Bobigny</b>	39 entretiens	Une vague d'enquête du 14 au 25 mai 2007

Nous avons fait le choix d'arrêter le recueil d'entretiens à partir du moment où nous avons été confronté à ce qui est communément appelé la « saturation des données ». Cette étape correspond au constat, dont J.C. Kaufmann (2003) note le caractère potentiellement illusoire, que les nouveaux entretiens n'apportent pas ou peu d'informations différentes de ceux réalisés auparavant et où de nouvelles hypothèses n'émergent plus. Les données s'accumulent ainsi pour affiner et stabiliser les résultats.

### **3.2. Recueil, analyse et restitution des entretiens**

Les entretiens ont été enregistrés sur un dictaphone numérique, à partir du moment où nous avons obtenu l'accord des interlocuteurs. Nous avons également pris des notes lors des échanges, de manière à isoler les principales idées et à relancer l'enquête sur ces dernières, mais également pour compléter la retranscription des entretiens et éviter des difficultés éventuelles au moment d'écouter la bande.

Les entretiens ont ensuite été retranscrits dans leur intégralité pour la quasi-totalité d'entre eux, à l'aide du logiciel *Dragon Naturally speaking®*. Nous ne l'avons pas fait pour plusieurs d'entre eux compte tenu de la mauvaise qualité d'enregistrement (bruits, dictaphone trop éloigné) ou de difficultés linguistiques de la part de l'enquêté. L'objectif de la retranscription intégrale des entretiens est double. Elle est utile bien avant l'analyse *stricto sensu* des entretiens imprimés dès lors qu'elle est faite par l'enquêteur et surtout qu'elle se situe dans le cadre d'une démarche inductive. En effet, pour reprendre G. Pinson et V. Sala-Pala, cette démarche, « dans laquelle les hypothèses et la théorisation sont enracinées dans le matériau empirique, suppose une imprégnation du terrain que favorise la retranscription intégrale » (Pinson et Sala-Pala, 2007 : 14). Le second objectif de la retranscription est de tenir compte le plus fidèlement possible des propos et réactions des enquêtés, ce qui est central pour reconstruire le sens des situations de non-recours aux

soins, en respectant les mots qu'ils emploient et en observant et annotant leurs attitudes face aux différents sujets abordés (assurance, embarras, gêne...). Pour ce faire, nous avons très concrètement analysé séparément chaque entretien et produit une synthèse d'environ une page pour chacun. Dans cette synthèse, nous avons dégagé l'aspect central et le fil conducteur de l'entretien, de même que nous avons trié puis regroupé les thématiques et catégories observées (par exemple celles relatives au rapport au corps et à la maladie, au rapport au temps, à la situation sociale...). Les thématiques ainsi isolées nous ont permis de formuler un certain nombre d'hypothèses. L'exploitation finale des entretiens a consisté à redécouper les entretiens en fonction de ces thématiques pour ainsi obtenir un semi-brut.

Compte tenu de la place centrale des entretiens dans notre démarche méthodologique, et convaincu de la nécessité de faire apparaître la manière dont le chercheur utilise et interprète ses données, nous intégrerons de nombreux extraits d'entretiens, parfois longs, dans notre texte. Tant que cela s'avère pertinent, ces *verbatim* seront introduits ou suivis de leur analyse. Le choix – difficile – d'un extrait plutôt qu'un autre dépendait moins de leur qualité illustrative que de leur capacité à démontrer le sens et les représentations d'un individu sur un sujet donné.

#### **4. ANNONCE DU PLAN**

Nous avons organisé notre travail en trois parties, et ce de manière à interroger les différentes dimensions présentées en introduction. La première partie revient sur l'émergence du « non-recours aux soins » ou, plus précisément, sur la façon dont cette question a été construite par un ensemble d'acteurs sociaux comme un « problème » social et de santé publique. Nous repartirons pour cela de l'analyse des sources orales et écrites produites sur ce phénomène. Nous expliquerons pourquoi la question a émergé autour de la figure des populations précaires, en regardant comment le problème a été formulé, sur quelles représentations sociales de ces populations et sur quelles normes sociales, médicales et épidémiologiques il repose.

Les deux parties suivantes ont été organisées autour de l'analyse des entretiens effectués auprès d'individus identifiés dans ces situations de non-recours aux soins et de précarité sociale. La seconde partie développera plus précisément les caractéristiques de



l'offre de soins, sa répartition et ses modes d'accessibilité. Les observations ainsi menées viendront étayer l'idée selon laquelle les disparités sociales dans l'accès et l'utilisation des soins sont le résultat de contraintes institutionnelles.

La troisième et dernière partie vise à dépasser cette seule grille de lecture des causes du non-recours aux soins. Elle présentera les motifs et raisons de non-recours aux soins avancés par nos interlocuteurs, ce qui nous permettra de comprendre le rapport qu'ils entretiennent avec le système de soins et ses normes et qui déborde largement le seul champ de la médecine. Par l'analyse compréhensive de nos entretiens, nous accèderons ainsi aux significations des pratiques de non-recours aux soins.

## **PARTIE 1**

**L'émergence du « non-recours aux soins » :  
un problème de santé publique, entre enjeu  
d'égalité d'accès aux soins et enjeu de  
performance du système de soins.**

## Introduction

La notion de « non-recours » a suscité une littérature croissante en France depuis les années 1990. Son usage s'est étendu à des domaines autres que celui de la protection sociale et des prestations sociales. La santé fait partie de ces domaines : le non-recours est l'objet de débats et d'analyses, il est perçu par les professionnels et donne lieu à des mesures (Warin, 2005). Nous assistons à « l'émergence de » la problématique du non-recours aux soins et plus généralement du non-recours dans le domaine de la santé, dans le sens où Pierre Favre l'entend, comme d'un moment distinct de « l'émergence dans » (le champ politique principalement)<sup>41</sup> (Favre, 1992 : 10).

Dans cette première partie, nous nous attacherons alors à analyser les raisons de l'émergence, en France, du problème du non-recours dans le domaine de la santé et du soin. Nous suivrons en cela l'invitation faite par Antoine Math, un économiste qui a participé à l'introduction de la notion de non-recours aux droits sociaux dans le champ académique français. Il suggère d'être attentif aux raisons pour lesquelles la question émerge ou non selon les catégories de population ou selon les services et prestations sociales (Math, 2003b). Ainsi, cela revient à nous interroger, comme point de départ à cette première partie, sur un aspect simple mais essentiel. Pourquoi y a-t-il un intérêt particulier pour le non-recours dans le champ du soin, de surcroît lorsqu'il concerne les populations « précaires » ? Quelles sont les raisons qui ont permis à un fait individuel – ne pas réaliser des soins pour améliorer sa santé – de devenir un problème public et de revêtir une dimension collective ?

Deux postures épistémologiques s'offrent à nous pour répondre à cette interrogation. En simplifiant<sup>42</sup>, nous pourrions suivre une première démarche dite réaliste ou positiviste. Elle rejoint la célèbre formule d'Emile Durkheim pour qui « la première règle et la plus fondamentale est de considérer les faits sociaux comme des choses » (Durkheim, 1988 :

---

<sup>41</sup> Cette étape de l'émergence du non-recours « dans » le champ politique peut être observée dans d'autres champs que celui de la santé. Le non-recours au Revenu de solidarité active (RSA), très fort selon les premières évaluations, devient par exemple une question politique : il viendrait montrer les limites et le peu d'intérêt porté à cette prestation fortement soutenue par le gouvernement.

<sup>42</sup> Cyprien Avenel rappelle bien que la posture positiviste et celle constructiviste ne sont pas tant opposées que complémentaires. Chaque « problème social » ne peut être analysé uniquement comme le produit d'une transformation objective, au risque d'oublier le rôle des acteurs sociaux dans la définition des problèmes, ni comme le résultat d'une construction sociale. En effet, « les représentations liées à un phénomène sont d'autant plus efficaces qu'elles correspondent à des transformations objectives et qu'elles s'inscrivent concrètement dans des rapports sociaux » (Avenel, 2005 : 15). Pour une illustration de cette complémentarité, dans le champ de la santé, voir Fassin, 2008.

108). Selon celle-ci, l'émergence du problème du non-recours aux soins ferait suite à un fait objectif, par exemple à l'aggravation des difficultés d'accès aux soins, pesant davantage sur les catégories sociales les plus défavorisées. Autrement dit, il s'agirait d'analyser plus profondément en quoi l'évolution de cette situation, « réalité » identifiable et mesurable par une série d'indicateurs, produit des situations de non-recours aux soins, quelles en sont les conditions et causes (réformes du système de soins, paupérisation d'une partie de la population, etc.). Ici, le problème serait social et public dès lors qu'il est le résultat de dysfonctionnements de la société, touchant de nombreuses personnes, et qu'il est l'objet d'interventions publiques destinées à y remédier, comme une réponse s'imposant naturellement.

Ce n'est pas cette démarche que nous avons souhaité privilégier dans cette partie. Nous suivrons la deuxième posture, celle dite constructiviste. Comme sa dénomination le laisse entendre, elle analyse comment une situation ou une condition est socialement et progressivement construite en un problème et qualifiée de la sorte. D'une part, elle nous a semblé la plus adaptée pour répondre à notre interrogation initiale sur les raisons de l'émergence d'un intérêt particulier pour le non-recours aux soins des populations précaires. En effet, les travaux en science politique et en sociologie sur les problèmes sociaux – pensons par exemple à ceux de John W. Kingdon ou d'Howard Becker – ont démontré que l'attention accordée par la société à un fait social plutôt qu'à un autre, à un moment donné, était issue d'un processus sélectif. Ainsi, pour rester dans le champ de la santé, certains phénomènes deviennent des problèmes ayant une forte visibilité et suscitant la mobilisation d'acteurs publics, comme l'alcool au volant (Gusfield, 2009), tandis que d'autres n'accèdent pas à l'attention publique ou le sont en retard, comme dans le cas de l'amiante (Henry, 2007). Il s'agit alors de partir du postulat suivant : « aucune question ne constitue un problème public *a priori*, et aucun problème public ne l'est par essence ni automatiquement » (Sheppard, 2004 : 348). D'autre part, la démarche constructiviste permet de porter le regard sur la définition et la représentation sociales du problème, qui orientent en retour la manière de conduire les politiques publiques s'y rapportant (Jobert, 1992). Le processus de problématisation étant envisagé comme le résultat de l'action ou de la mobilisation de plusieurs acteurs sociaux, la formulation d'un problème et les discours produits à son encontre doivent faire l'objet de l'analyse (Lahire, 1999). Ce qui nous intéresse ici, c'est que cette analyse permet de relever sur quelles normes et valeurs s'appuient ces discours présentant les situations de non-recours comme un problème.

Ainsi, si « de façon la plus simple, on peut dire d'un problème qu'il devient public à partir du moment où il est pris en compte par une ou des autorités publiques [...] la question essentielle est de savoir comment et pourquoi un problème donné devient l'objet d'une attention publique » (Hassenteufel, 2008 : 39). Pour mener à bien cette réflexion, nous pouvons poser plusieurs questions ouvrant chacune sur différentes dimensions du « problème » étudié. Sous quelles formes la question du non-recours aux soins des populations précaires a-t-elle accédé à l'attention publique ? Dans quel contexte cette préoccupation apparaît-elle et en quoi ce contexte pourrait-il jouer ou non un rôle ? Qui sont les acteurs sociaux participant à sa construction ? Quels sont les discours sur le non-recours et les usages institutionnels de la notion ? Quelles sont les représentations et dimensions du problème qui ont été sélectionnées ?

Pour répondre à ces questions, nous organiserons notre propos en trois chapitres. Ces chapitres correspondent chacun à trois hypothèses sur les raisons de l'émergence de la notion du non-recours. Dans un premier chapitre, nous analyserons en quoi celle-ci prend place dans une logique de santé publique, étant associée à la valeur santé et au paradigme du « risque ». Les deux chapitres suivants présenteront en quoi le caractère extensif de la notion du non-recours aux soins permet à des acteurs aux intentions différentes de l'utiliser. Le deuxième chapitre démontrera que le non-recours peut être relié par certains acteurs à l'enjeu principal de l'effectivité du droit aux soins. Cela fait du non-recours une question relative à la citoyenneté sociale et également un déterminant des inégalités sociales de santé. Mais, et c'est ce que nous verrons dans un troisième chapitre, la question est observée aussi dans un ensemble de discours sur les incitations à faire respecter des devoirs de soin. Le non-recours, envisagé au travers de son coût économique, met l'accent sur les responsabilités des citoyens dans le déséquilibre financier du système de soins français. L'enjeu d'efficacité est en toile de fond de ces usages-là de la notion de non-recours aux soins.

# **CHAPITRE 1**

## **L'ÉMERGENCE DU NON-RECOURS AUX SOINS**

### **COMME PROBLEME DE SANTE PUBLIQUE**

---

Les travaux sur la construction des problèmes sociaux ont identifié plusieurs facteurs permettant de comprendre pourquoi, à un moment donné et dans un contexte précis, certains faits privés deviennent des préoccupations collectives. Rémi Lenoir isole notamment la taille de la population et la multiplicité des secteurs concernés par le problème, ainsi que la gravité de ce dernier (Lenoir, 1996). Chaque facteur à leur manière suscite des réactions sociales, de la part d'experts scientifiques, de responsables administratifs ou politiques, qui visent à légitimer le problème sur la scène des débats publics. Si R. Lenoir met au même plan ces trois facteurs, nous ne pensons pas qu'ils aient un impact similaire. En effet, l'analyse de l'émergence de certains problèmes sociaux plutôt que d'autres témoigne de l'importance du facteur relatif à la gravité du problème, et ce surtout lorsque cette gravité s'exprime sous l'angle sanitaire. Didier Fassin donne plusieurs exemples de ce mouvement qualifié de « sanitarisant du social » (Fassin, 2008). Que ce soit dans le domaine de la toxicomanie, de la souffrance sociale ou du saturnisme, il y voit un aspect commun, à savoir le fait que ces faits sont devenus des problèmes sociaux dès lors que des risques sanitaires ont été perçus par différents acteurs.

Nous sommes repartis de ces travaux pour formuler l'hypothèse suivante. Si des comportements privés, relatifs au non-recours aux soins, sont devenus un problème social, ce serait avant tout parce qu'ils sont perçus comme affectant une valeur centrale de nos sociétés, la santé, et engendrant des souffrances dans le corps des individus. Tout comme les autres exemples mentionnés, la dimension sanitaire du problème serait alors un facteur prédominant de son émergence.

Nous allons ainsi nous attacher à démontrer en quoi le non-recours aux soins est inscrit comme une question de santé publique<sup>43</sup>. Nous verrons tout d'abord comment ce

---

<sup>43</sup> La « santé publique » a fait l'objet de nombreuses définitions. Une de celles les plus utilisées, mais pourtant ancienne, a été proposée par Charles-Edward A. Winslow en 1920. Il entend la santé publique comme « la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et de promouvoir la santé et l'efficacité physiques à travers les efforts coordonnés de la communauté pour l'assainissement de l'environnement, le contrôle des

phénomène est défini, ou non, et quelles normes et valeurs issues du champ médical cette définition reflète (section 1). Nous verrons ensuite que, dans un mouvement général de développement de l'épidémiologie, le non-recours aux soins est associé à un « risque » de santé (section 2). Nous terminerons par la présentation des populations identifiées à « risque », c'est-à-dire celles désignées comme davantage concernées par le problème (section 3).

---

infections dans la population, l'éducation de l'individu aux principes de l'hygiène personnelle, l'organisation des services médicaux et infirmiers pour le diagnostic précoce et le traitement préventif des pathologies, le développement des dispositifs sociaux qui assureront à chacun un niveau de vie adéquat pour le maintien de la santé » (Winslow cité dans Fassin, 2008 : 9-10). D. Fassin, pour qui cette définition a le mérite de délimiter la santé publique aux interventions publiques destinées à favoriser la santé (et non la seule maladie) des populations (et non du simple malade), note à juste titre que la santé publique regroupe depuis d'autres dimensions ; il en inclut quatre : une réalité épidémiologique, un mode de gestion, un domaine d'activité et un champ disciplinaire (Fassin, 2008).

## **1. DEFINIR LE « NON-RECOURS » AUX SOINS**

Les travaux mobilisant une démarche constructiviste insistent sur les enjeux de définition des problèmes sociaux. Herbert Blumer en fait même une caractéristique propre de ces problèmes qui, bien plutôt que le reflet de situations objectives, « sont les produits d'un processus de définition collective, au lieu d'exister par eux-mêmes » (Blumer, 1971 : 1). Il met l'accent sur la nécessité d'analyser comment la société en vient à préciser la nature, la forme, la perception et la solution à apporter à ce qui est construit comme problème social à un moment donné. Ce processus de définition, dont il décline les cinq étapes, est d'autant plus central qu'il permet de « préciser l'évolution et le devenir des problèmes sociaux » (Blumer, 1971 : 4). Cette proposition faite par H. Blumer est féconde pour entrer dans l'analyse de l'émergence du non-recours aux soins. Nous allons ainsi traiter de la manière avec laquelle ce phénomène est défini, dans le champ des droits sociaux puis des soins, par les différents acteurs qui l'abordent.

### **1.1. Non-recours et éligibilité**

En France, à notre connaissance, le premier usage explicite du terme de « non-recours » est présent dans un article d'Antoinette Catrice-Lorey, publié en 1976 dans la *Revue française des affaires sociales* (Catrice-Lorey, 1976). Cette chercheuse spécialiste des politiques sociales, sans définir le non-recours, y fait référence dans son analyse de l'efficacité du système de protection sociale ; efficacité qu'elle mesure notamment sous l'angle de l'accès aux droits sociaux – y compris dans le domaine du droit aux soins<sup>44</sup>. Elle fait le constat suivant : « ainsi certains bénéficiaires, témoignant d'un faible niveau culturel, qui vient souvent s'ajouter à un faible niveau de ressources, sont-ils moins armés pour utiliser les systèmes de protection sociale, parce que moins informés de ce à quoi ils peuvent prétendre, et plus déconcertés par le jeu administratif. Faute d'une gamme d'interventions spécifiques des responsables de la Sécurité sociale à leur intention, ils risquent de rester en deçà des droits que le législateur leur a reconnus » (Catrice-Lorey, 1976 : 130-131). Sans l'usage de la formulation « d'handicaps socioculturels » pour désigner les situations de pauvreté, reflétant la manière dont les « populations cibles » des

---

<sup>44</sup> Partant des travaux du Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie (CREDOC), elle pointe en quoi « un certain retard culturel semble donc freiner la démarche de recours aux soins, alors même que les frais de ces derniers sont couverts par la Sécurité sociale. Ainsi ceux qui sont en fait le plus atteints utilisent-ils moins les ressources offertes par un système de protection sociale pour garantir leur droit à la santé » (Catrice-Lorey, 1976 : 132).



politiques sociales ont été définies dans les années 1970 (Mansanti, 2005), ce texte serait difficile à dater tant la réflexion d'A. Catrice-Lorey reste d'actualité. Pour expliquer la difficulté d'une partie de la population française à faire-valoir ses droits, elle avance plusieurs facteurs qui continuent à être mentionnés dans les travaux actuels sur le non-recours aux droits sociaux (complexité et fragmentation du système de protection sociale, inadaptation des politiques d'information sur les droits sociaux, rapport au temps et faible niveau de participation sociale des bénéficiaires potentiels, etc.).

Il faudra toutefois attendre précisément vingt ans pour que la thématique du non-recours soit davantage développée et introduite en France, bien qu'elle soit déjà traitée dans d'autres pays comme la Grande-Bretagne, dès les années 1950, ou les Pays-Bas, dès les années 1970<sup>45</sup>. En effet, en 1996, la revue de la Caisse nationale d'allocations familiales (CNAF) *Recherches et Prévisions* publie un numéro intitulé : « L'Accès aux droits sociaux – Non-recours aux prestations - Complexité ». Des définitions, des analyses ainsi que des éléments bibliographiques sont proposés par les différents contributeurs, alertant sur ce qui est présenté dès le premier article comme un « problème grave de politiques sociales » (Math et van Oorschot, 1996 : 6). Le rôle essentiel de ce numéro 43 de la revue *Recherches et Prévisions* peut être illustré par l'usage qu'en a fait l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale (ONPES). Les premiers travaux de l'Observatoire, parus en 2000 et alimentant le rapport annuel, se sont penchés sur « les relations des personnes les plus démunies avec les organismes chargés de leur venir en aide » (ONPES, 2000 : 14). Un des chapitres qui composent ces travaux traite explicitement du non-recours aux prestations sociales. Son auteur, l'inspecteur général des affaires sociales Jean-Luc Vieillerivière, mentionne le numéro de la revue *Recherches et Prévisions* comme étant la source principale de sa réflexion sur le non-recours (Vieillerivière, 2000).

L'introduction des recherches anglo-saxonnes et néerlandaises, sur le « non take up » et le « niet-gebruik », pose la question de la traduction en français du terme à employer. La difficulté est d'en trouver un suffisamment neutre pour ne pas renvoyer le phénomène ni du simple côté des individus (comme l'évoquent la « non-demande » et la

---

<sup>45</sup> Sur l'émergence du non-recours dans ces deux pays, voir l'éclairage apporté par Marie-Pierre Hamel dans le rapport rendu en 2006 à la Direction générale de l'action sociale (DGAS), intitulé « Le non-recours aux prestations sociales chez les populations vivant en situation de précarité et d'exclusion » (Hamel, 2006b), de même que sa thèse de science politique (Hamel, 2009). Elle rappelle l'importance, dans ce processus, des débats relatifs à la mise sous conditions de ressources des prestations sociales, quant à leur efficacité à atteindre les populations ciblées et à réduire les situations de pauvreté. Cela a conduit ces pays à introduire des indicateurs de non-recours dans l'évaluation des politiques publiques et autres rapports nationaux ou à mettre en place des outils destinés à réduire ces situations.

« non-utilisation ») ni de celui des institutions (le « non-accès »). Les débats dans le champ scientifique se sont d'ailleurs en grande partie centrés sur cet aspect – pensons à l'opposition entre l'approche comportementaliste de Peter Taylor-Gooby (Taylor-Gooby, 1976) et celle institutionnaliste de W. van Oorschot (van Oorschot, 1991). Sans mettre un terme définitif à cette difficulté, comme nous le verrons pour le non-recours aux soins, le choix du terme de non-recours représente à l'époque, selon l'expression d'A. Math, « la moins mauvaise des solutions pour rendre compte du sens du phénomène » (Math, 1996b : 21).

La question de la définition du phénomène ainsi dénommé se pose également. P. Warin remarque que cette importation ne se traduit pas par un simple transfert de définition (Warin, 2006), malgré la contribution au numéro de *Recherche et Prévisions* de W. van Oorschot<sup>46</sup>, l'un des rares chercheurs européens à s'intéresser à l'époque au non-recours. Plusieurs chercheurs soulèvent la nécessité de réfléchir à une définition, applicable à la situation française, de ce phénomène perçu par les acteurs institutionnels et associatifs au contact des personnes pauvres (Warin et al., 2002a), mais sans que chacun puisse clarifier précisément ses contours et son contenu.

### ***a) Présentation de la définition du non-recours aux droits sociaux***

Une des définitions les plus partagées dans les travaux sur le non-recours, telle qu'elle est reprise par W. van Oorschot et A. Math, renvoie ce phénomène à la situation d'une personne qui « ne perçoit pas tout ou partie d'une prestation à laquelle elle a droit » (Math et van Oorschot, 1996 : 5). Tout en étant simple, cette définition mérite qu'on s'y arrête, plus précisément pour sa dernière partie. En effet, formulée de cette manière, l'identification d'une situation de non-recours est dépendante du critère de l'éligibilité, c'est-à-dire de l'ensemble des conditions et des règles nécessaires pour qu'un individu puisse bénéficier d'un droit ou d'une prestation sociale (âge, conditions de résidence et de ressources, situation familiale...). Pour le dire autrement, le non-recours n'est alors circonscrit qu'à une population particulière – celle remplissant les règles d'éligibilité variant en fonction des droits et des prestations sociales – et non à la population générale.

---

<sup>46</sup> Le sociologue Wim van Oorschot a joué un rôle central dans le développement puis la large diffusion des travaux sur le non-recours aux droits sociaux dans les années 1990, ayant été sollicité par plusieurs organismes néerlandais pour étudier le phénomène (Hamel, 2006b). Citons notamment l'ouvrage *Realizing rights*, paru en 1995, qui regroupe ses principales contributions à l'analyse du non-recours (proposition d'éléments de définition, recensement de données empiriques, développement d'un modèle d'analyse dynamique du non-recours).

L'importance du critère de l'éligibilité dans la définition du non-recours se comprend par l'introduction de cette question par une institution comme la CNAF, dont le rôle est central dans ce processus (Warin, 2006). La CNAF, intéressée dès les années 1970 à l'accès aux droits sociaux (Outin, 1979), se saisit par la suite de la notion opérationnelle du non-recours dans des objectifs de lutte contre les exclusions mais également gestionnaires (Kesteman, 2004). Face à la montée de la « nouvelle pauvreté », traduisant l'arrivée de publics jusque-là inconnus des Caisses d'allocations familiales (CAF), et dans un contexte de complexification des prestations sociales, liée notamment à leur mise sous conditions de ressources croissante, la CNAF se penche sur les difficultés d'accès à ces prestations et réfléchit à des démarches de prospection des droits potentiels. Cette « révolution copernicienne de l'Institution » (Outin, 2003 : 70), cherchant à aller au devant des allocataires et à ne plus attendre que ce soit le bénéficiaire qui fasse la démarche de réclamer ses droits, sera formalisée dans les Conventions d'objectif et de gestion (COG) entre l'Etat et la CNAF. La première a été signée pour la période 1997-2001. Plusieurs études sur le non-recours seront initiées par la CNAF, de manière à en connaître les raisons mais surtout à en évaluer des taux, nécessitant la production d'indicateurs et la possibilité méthodologique d'effectuer des requêtes sur les bases de données des CAF (Warin, 2003a).

Ce calcul des taux de non-recours est facilité par le critère d'éligibilité, même si celui-ci reste parfois difficile à identifier précisément dans certaines situations<sup>47</sup> et même s'il ne règle pas la « myopie » des politiques publiques et l'inadaptation des systèmes d'information sur les publics vulnérables (Warin, 2004b). Concrètement, le calcul correspond au ratio de la population éligible qui ne perçoit pas une prestation sur le total des populations éligibles<sup>48</sup>. Parmi ses applications, citons par exemple l'étude réalisée pour la CNAF par Anne Reinstadler sur le non-recours à l'Allocation parentale d'éducation<sup>49</sup>

---

<sup>47</sup> En témoignent les échanges sur la liste de diffusion Internet du groupe intitulé « Pour l'égalité des droits sociaux. Groupe de travail juridique sur la protection sociale des étrangers et précaires », liste gérée par A. Math. Ce groupe, composé d'une centaine de personnes issues du milieu associatif et universitaire ou d'organismes sociaux, échange régulièrement sur des cas concrets pour lesquels les conditions d'éligibilité aux prestations sociales sont complexes (par exemple l'accès à l'assurance maladie pour les enfants de parents sans-papier).

<sup>48</sup> Pour la formule mathématique correspondante, voir [http://odenore.msh-alpes.fr/documents/de\\_quoi\\_parle\\_t\\_on.pdf](http://odenore.msh-alpes.fr/documents/de_quoi_parle_t_on.pdf). Voir également la note « Data and measurement in France » produite par les chercheurs français ayant participé au réseau européen EXNOTA (Exit from and non-take up of public services), disponible sur <http://www.exnota.org>.

<sup>49</sup> L'Allocation parentale d'éducation (APE), remplacée depuis 2004 par la Prestation accueil jeune enfant (PAJE), est une aide financière versée par les CAF aux parents d'un ou plusieurs enfants de moins de six ans

(Reinstadler, 1999). Elle démontre que, parmi les parents éligibles à cette allocation, 10% n'en bénéficiaient pas. Son analyse du phénomène rejoint d'autres études françaises (Terracol, 2001) et étrangères (Riphahn, 2001) qui illustrent l'importance prise par les approches microéconomiques et la recherche de données statistiques sur le non-recours, partant du critère de l'éligibilité.

Ainsi, la définition classique du non-recours divise la population en deux ensembles distincts entre, d'un côté, les personnes éligibles à une prestation et, de l'autre, celles qui ne le sont pas. Les situations de non-recours ne sont pas envisagées chez ces dernières personnes. Cette conception est très claire dans le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), intitulé « Quelle intervention sociale pour ceux qui ne demandent plus rien ? » (Hautchamp, Naves et Tricard, 2005). Les rapporteurs reprennent cette définition en établissant un tableau laissant apparaître quatre cas de figure, dont deux ne sont pas problématiques. Le non-recours est circonscrit aux personnes éligibles à une prestation ou un droit mais n'en bénéficiant pas, quelle qu'en soit la raison (voir tableau 4).

**Tableau 4 : Distinction des situations de non-recours selon le critère de l'éligibilité**

<b>Personne</b>	<b>Bénéficiaire</b>	<b>Non bénéficiaire</b>
<b>Eligible</b>	A : Accès effectif	B : Non-recours
<b>Non éligible</b>	C : Erreur (ou fraude)	D

Source : Hautchamp et *al.*, 2005 : 9.

D'autres travaux de recherches vont s'attacher à rendre compte de la complexité des situations de non-recours, qui ne se résument pas à un seul de ces quatre cas de figure. Une typologie est ainsi proposée par des chercheurs. Elle fonctionne comme une grille d'analyse d'un phénomène se manifestant sous différentes formes et à différentes temporalités (voir encadré 3).

---

afin de compenser la perte de revenu liée à la cessation ou à la réduction d'une activité professionnelle pour élever leurs enfants. En analysant l'APE en particulier, A. Reinstadler cherchait à comprendre le phénomène de non-recours à une prestation sans condition de ressource, contrairement aux études de l'époque qui associaient non-recours et mise sous condition de ressources des prestations sociales (Reinstadler, 1996).

### Encadré 3 : Typologie des formes de non-recours

- **Non-recours primaire** : une personne éligible ne perçoit pas une prestation pour ne pas l'avoir demandée.
- **Non-recours secondaire** : une personne demande une prestation, mais ne la perçoit pas.
- **Non-recours partiel** : une personne éligible demande une prestation et n'en reçoit qu'une partie.
- **Non-recours temporaire** : apparaît entre le moment où une personne devient éligible et le moment où elle demande une prestation.
- **Non-recours permanent** : apparaît quand une personne ne demande pas une prestation entre le moment où elle devient éligible et le moment où elle ne l'est plus.
- **Non-recours frictionnel** : dû au non-versement complet de prestations alors que des droits sont ouverts.
- **Non-recours cumulatif** : une personne éligible à plusieurs prestations mais qui n'en perçoit pas plusieurs.
- **Quasi non-recours** : une personne répond à toutes les conditions sauf à celle(s) liée(s) au comportement et qui, si elle avait eu une connaissance de la prestation et des conditions d'accès, aurait eu le comportement souhaité pour être éligible.

-----  
Source : ODENORE . 2003. *De quoi parle-t-on ? Définitions et repères*. Grenoble, Document de travail ODENORE. [http://odenore.msh-alpes.fr/documents/de\\_quoi\\_parle\\_t\\_on.pdf](http://odenore.msh-alpes.fr/documents/de_quoi_parle_t_on.pdf)

Le critère de l'éligibilité est ainsi central dans le développement des différentes définitions du non-recours. Il permet de décliner l'analyse de ce phénomène aux différentes prestations, aux droits sociaux ou aux services associés, par exemple dans des travaux sur le non-recours aux contrats d'insertion des allocataires du Revenu minimum d'insertion (RMI), à l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA)<sup>50</sup> ou sur les refus de l'offre d'hébergement d'urgence (Gardella, 2007). Il permet également d'en apprécier l'ampleur, par des taux mesurant le différentiel entre le nombre de bénéficiaires estimés et le nombre de bénéficiaires effectifs.

---

<sup>50</sup> Pour ces deux derniers exemples, voir les travaux de l'ODENORE.

## ***b) La production récente de définitions du non-recours aux soins***

La question ne peut pas se poser en ces termes dans le domaine des soins. En effet, en France, le critère de « l'éligibilité » aux soins ne fait pas sens : tout un chacun a le droit de recevoir des soins. Nous développerons ce point relatif au droit aux soins dans le chapitre suivant. Pour le moment, avançons simplement qu'il n'est pas possible, comme cela est fait pour les prestations sociales, de scinder la population en deux, entre éligibles ou inéligibles aux soins, recevant ou non les soins appropriés. Ainsi, cette spécificité du domaine des soins demande à ceux qui s'intéressent au non-recours aux soins de réfléchir à une autre manière de le définir. Elle est évoquée dès les premières études portant explicitement sur cette question. La recherche exploratoire intitulée : « Le non-recours aux services de l'Etat. Mesure et analyse d'un phénomène méconnu » (Warin et *al.*, 2002a) en atteste. Inscrite dans le programme de recherche de la Direction générale de l'administration et de la fonction publique (DGAFP) « Réformer l'Etat, nouveaux enjeux, nouveaux défis », cette recherche souhaitait se décaler de la littérature sur les relations de services, dominante à l'époque. L'équipe de chercheurs faisait l'hypothèse qu'une partie de la population échappait aux services publics, impliquant, si cela se confirmait, que tout projet de modernisation administrative et de réforme de l'Etat ne pouvait pas évincer ces phénomènes. Ils se sont alors attachés à apporter de la connaissance sur le non-recours – plus précisément sur sa définition, ses explications, ainsi que sa mesure quantitative – dans plusieurs secteurs : police et justice, enseignement, lutte contre les exclusions et offre publique de santé. Concernant cette dernière, Odile Griette<sup>51</sup> revient sur la difficulté à repérer et à mesurer le non-recours aux services de santé étant données l'absence de définition partagée du phénomène et l'impossibilité de s'accorder sur un seul critère, tel que l'éligibilité. Elle indique que « la définition usuelle du non-recours – entendu comme la situation de personnes qui ne perçoivent pas tout ou partie des prestations ou des droits qu'elles peuvent faire valoir – si elle permet d'appréhender le non-recours à la protection sociale s'avère peu opérationnelle en matière de non-recours aux services de santé, la notion d'ayant droit qui découle de découpages catégoriels sur lesquels repose classiquement l'action publique ne pouvant ici s'appliquer stricto sensu » (Griette, 2002 : 193). Elle en déduit « une incidence directe sur les capacités de repérage et donc de mesure de ce phénomène » et en conclut que les « indicateurs de quantification et de qualification du phénomène restent ainsi à construire » (Griette, 2002 : 193).

---

<sup>51</sup> Signalons qu'O. Griette, chercheuse contractuelle associée à cette recherche, avait auparavant participé au rapport du Haut conseil de santé publique (HCSP) intitulé « La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé » (1998), dans lequel les inégalités d'accès aux soins sont largement traitées.

La spécificité du non-recours aux services de santé et aux soins tient ainsi à l'impossibilité d'appliquer les définitions établies à partir des prestations sociales et des droits sociaux, demandant à réfléchir à une définition *ad hoc*. Ce constat, effectué par O. Griette au début des années 2000, se confirmera par la suite. Les diverses sollicitations faites à l'équipe du programme « Précarité – Inégalités de santé » du CETAF<sup>52</sup> le démontrent. A l'échelle nationale comme régionale, deux acteurs institutionnels se sont tournés vers cette équipe dans l'objectif principal de réfléchir à des variables du non-recours aux soins. C'est l'une des raisons pour lesquelles il est intéressant de s'arrêter sur le CETAF.

La première sollicitation vient du Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie (Fonds CMU). Cet établissement public national à caractère administratif, créé par la loi du 27 juillet 1999, a pour mission de financer la Couverture maladie universelle de base et complémentaire (CMU-B et CMU-C) et l'Aide complémentaire santé (ACS), ainsi que d'évaluer ces dispositifs<sup>53</sup>. Dans le cadre de la loi organique relative aux lois de finances (LOLF)<sup>54</sup>, le Fonds analyse l'efficacité de la CMU-C en utilisant deux indicateurs de satisfaction du point de vue de l'utilisateur : un « indice de satisfaction administrative » (qui porte sur l'information, les réclamations et les remboursements) et un « indice de satisfaction sanitaire »<sup>55</sup>. Pour ce dernier, le Fonds a contacté différentes structures, dont le CETAF et l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES)<sup>56</sup>, qui ont la particularité de disposer de bases de données permettant d'approcher le non-recours aux soins et d'en assurer un suivi régulier. Le CETAF a été retenu pour ses données et l'approche plus complète du non-

---

<sup>52</sup> Pour rappel, le CETAF ainsi que les CES ont été présentés dans notre introduction générale.

<sup>53</sup> Voir la présentation du Fonds CMU sur le site : <http://www.cmu.fr/site/cmu.php4?Id=16>.

<sup>54</sup> La LOLF correspond à la loi organique relative aux lois de finances du 1<sup>er</sup> août 2001. Elle vise à améliorer la gestion des administrations publiques. Elle repose sur la définition de programmes de politiques publiques puis d'actions prioritaires à partir desquelles les budgets sont alloués. Chacun de ces programmes est évalué sur la base d'« objectifs de performance », introduisant ainsi une logique de résultats qui modifie profondément la manière de gouverner les politiques publiques (Warin, 2009b).

<sup>55</sup> Pour ces deux indicateurs, voir les pages 13 et 14 du rapport d'activité 2007 du Fonds CMU, paru en 2008.

<sup>56</sup> L'IRDES (connu sous le nom du CREDES avant 2004) développe des études et des recherches en économie de la santé, avec toutefois une approche pluridisciplinaire, sur des thématiques liées à l'état de santé, aux consommations et à la production de soins, ainsi qu'à la couverture maladie. Ses travaux s'appuient notamment sur ses propres données recueillies lors de l'Enquête Santé Protection Sociale (ESPS) et sont régulièrement diffusés *via* le mensuel *Questions d'économie de la santé* ou des rapports et articles. L'IRDES, que ce soit avant 1982 lorsqu'il était une ancienne division d'économie médicale du CREDOC ou actuellement par les travaux qu'il soutient, est un des acteurs contribuant à l'émergence de la question du non-recours dans le champ de la santé en France. Cette dernière, appliquée aux soins ou à la couverture maladie, est présente de manière explicite dans les rapports d'activité de l'IRDES dès 2005.

recours aux soins qu'elles proposent : « à la différence des données de l'IRDES fournies jusqu'en 2008 qui fournissent une indication qui concerne principalement le renoncement aux soins dentaires pour raisons financières, l'indice fourni par le CETAF mesure également le non-recours au médecin et prend en compte des raisons du non-recours tels les refus de soins, l'absence d'attitude de prévention, l'absence de maladie... »<sup>57</sup>. Une convention a été établie en 2006 pour que ces deux organismes de l'Assurance maladie travaillent ensemble sur ces indicateurs de non-recours, auxquels a été ajouté un indicateur de santé perçue, le CETAF alimentant le Fonds CMU par les données recueillies dans les Centres d'examen de santé (CES).

Une seconde sollicitation intéressante faite au CETAF émane de la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS) de Rhône-Alpes. Les DRASS<sup>58</sup>, dans le domaine de la santé publique, élaborent des Plans régionaux de santé publique (PRSP). Ces plans, introduits par la loi du 9 août 2004 relative à la santé publique, définissent sur cinq ans des objectifs de santé publique à l'échelle régionale. En l'occurrence, le PRSP de Rhône-Alpes arrêté par le Préfet de région pour la période 2006-2010 a été organisé autour de trois axes : la réduction des inégalités de santé, la prévention des pathologies les plus graves, l'amélioration de la prise en charge et de la qualité de vie des personnes fragilisées<sup>59</sup>. Dans le cadre du premier axe, la DRASS a soutenu en 2005 un projet de « construction d'un indicateur local de non-recours aux soins » (voir le tableau 5). La DRASS souhaitait une approche territorialisée de ce phénomène, consistant à « *analyser le non-recours aux soins par petites zones géographiques pour voir à quel endroit il y avait des risques importants de non-recours par rapport à d'autres endroits de la région et pour focaliser des politiques pour lutter contre le non-recours* »<sup>60</sup>. Ce projet, qui devait être initialement réalisé par le CETAF en collaboration avec l'ODENORE, a donné lieu à un rapport d'étude intitulé : « Le non-recours aux soins en Rhône-Alpes : caractéristiques des consultants examinés dans les CES de l'Assurance Maladie, données 2002-2005 » (Dupré, Guéguen et Simo, 2007). Au-delà de la construction de l'indicateur de non-recours aux soins, détaillée dans la section suivante, cette étude statistique constate la variabilité de ce phénomène en fonction des découpages géographiques intra-régionaux retenus.

---

<sup>57</sup> <http://www.performance-publique.gouv.fr/farandole/2007/rap/html/DRGPGMOBJNDPGM183.htm>.

<sup>58</sup> Les DRASS, tout comme les Directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS) et les Agences régionales de l'hospitalisation (ARH), seront remplacées par les Agences régionales de santé (ARS) en 2010.

<sup>59</sup> Pour plus d'informations sur le contenu de ce PRSP, voir <http://www.prsp-ra.com>.

<sup>60</sup> Entretien avec Jean-Jacques Moulin, le 15/10/2008.



**Tableau 5 : Projet de construction d'un indicateur local de non-recours aux soins**

<b>INTITULE</b>	<b>CONSTRUCTION D'UN INDICATEUR LOCAL DE NON-RECOURS AUX SOINS</b>
<i><b>Nom du responsable</b></i>	Ph. Laperrouse (DRASS Rhône-Alpes)
<i><b>Partenariat</b></i>	Observatoire du non-recours – CETAF
<i><b>Objectif de l'étude et résultats attendus</b></i>	Produire à partir des données recueillies dans les Centres d'Examens de Santé un indicateur de non-recours aux soins
<i><b>Thèmes abordés</b></i>	Recours aux soins – Indicateur de performance
<i><b>Zone géographique</b></i>	Rhône-Alpes selon des territoires à préciser
<i><b>Méthodologie utilisée</b></i>	Traitements statistiques de données existantes
<i><b>Calendrier des opérations</b></i>	2006
<i><b>Valorisation envisagée</b></i>	4 pages
<i><b>Cadre de travail</b></i>	PRSP – Bop « santé »
<i><b>Articulation éventuelle avec d'autres projets ou études</b></i>	L'indicateur de non-recours aux soins pourrait être interprété comme un « indicateur de performance » du système de santé. Extension éventuelle de l'étude « France entière »

Source : <http://www.sante.gouv.fr/drees/serieprog/servdec2006/rhones-alpes.pdf>

Ces deux exemples nous renseignent sur le mouvement récent de production d'indicateurs ou de variables du non-recours aux soins. Ils s'inscrivent dans un contexte marqué par la demande exponentielle d'indicateurs – notamment quantitatifs – destinés à évaluer la performance de l'action publique (Lascoumes et Le Galès, 2007). Mais, outre ce point, ces exemples traduisent la difficulté à appréhender un phénomène complexe, le non-recours aux soins, à la définition restée longtemps imprécise. Toutefois, des acteurs de santé publique et des chercheurs ont proposé plusieurs définitions que nous allons à présent aborder.

## **1.2. Non-recours et absence de consommation de soins**

L'analyse de la littérature et des discours se rapportant au non-recours aux soins fait ressortir une définition principale. Celle-ci rejoint le sens premier du verbe « recourir à » qui signifie demander une aide (à quelqu'un) ou, dit d'une autre manière, faire appel à ou

s'adresser à quelqu'un pour obtenir de l'aide<sup>61</sup>. Appliqué aux soins, le non-recours est alors entendu comme *le fait de ne pas avoir consulté de médecin, quel qu'il soit, au cours d'une période donnée*. L'approche la plus fréquente du non-recours aux soins, et somme toute la plus logique, est ainsi une approche par la (non) consommation de soins. Elle s'intègre dans l'accès dit « primaire », pour reprendre la typologie de Nicole Lurie sur l'accès aux soins, chercheuse qui défend la nécessité de développer la couverture santé pour réduire les inégalités de santé (Lurie, Ward, Shapiro et Brook, 1986). Selon cette typologie citée par Pierre Lombrail, professeur de santé publique au Centre hospitalier universitaire de Nantes et spécialiste de l'accès aux soins, l'accès primaire correspond à « l'entrée dans le système [de soins] ou son degré d'utilisation ». Il se différencie de l'accès « secondaire » qui, lui, correspond à « la manière (structurellement déterminée) dont se déroulent les soins ensuite » (Lombrail, 2000 : 404).

Cette approche du non-recours, pointant l'absence de contact avec le système de soins, désigne les individus comme à l'écart, éloignés ou en marge de ce système. La notion véhicule une représentation binaire, dualisante. En cela, elle renoue avec la distinction développée par le théoricien de l'exclusion Alain Touraine entre les individus « in » et ceux « out », typique d'une société horizontale (Touraine, 1991).

Définir le non-recours comme l'absence de consommation de soins au cours d'une période donnée nécessite de fixer à partir de quand une personne est considérée ou non comme étant en non-recours. Comment ce phénomène est-il délimité temporellement ? La réponse à cette question diffère selon le soin concerné. L'exemple le plus significatif est celui des soins dentaires ; domaine dans lequel les mentions du non-recours sont nombreuses<sup>62</sup>. Des recommandations fixent une norme dans la fréquence de consultation dentaire. L'Assurance maladie préconise ainsi que chaque personne adulte consulte un dentiste une fois par an, dans un objectif de prévention bucco-dentaire. Disposer d'une recommandation médicale établie et consensuelle permet de définir plus aisément le moment à partir duquel il y aura non-recours. Cette possibilité se retrouve pour les soins gynécologiques, toute femme adulte devant être suivie une fois par an.

Toutefois, de telles recommandations n'existent pas pour les soins généralistes. Des débats sur l'opportunité d'une consultation préventive ont bien lieu, mais sans aboutir à

---

<sup>61</sup> D'après une définition du Petit Robert, 1996.

<sup>62</sup> Voir les rapports du HCSP (notamment celui de 2002) ou encore les travaux de l'Union régionale des caisses d'assurance maladie d'Ile-de-France (Albertini, Del Volgo, Renault et Baillon-Javon, 2001).

l'élaboration de recommandations précises et partagées. Sur quoi les différentes définitions du non-recours aux soins généralistes se fondent-elles alors ? L'analyse de nos différentes sources écrites et orales nous invite à rechercher l'origine des définitions du non-recours, non pas dans les recommandations médicales, mais dans les sources statistiques existantes en matière de consommation de soins. Deux exemples peuvent le démontrer : celui du CETAF et de l'ONPES.

### **a) Le CETAF : un exemple de l'usage d'une base de données interne**

La première parution du CETAF traitant du non-recours aux soins date de 2005, dans une étude statistique destinée à comparer des populations précaires à des populations non précaires sur plusieurs indicateurs de comportements, d'accès aux soins et de santé (Moulin, Dauphinot, Dupré et *al.*, 2005). Depuis, cet organisme, principalement l'équipe de son programme « Précarité – Inégalités de santé », inclut presque systématiquement le non-recours dans ses études et programmes de travail<sup>63</sup>. Il utilise trois variables pour définir le non-recours aux soins (voir l'encadré 4), fixant le seuil d'absence de consultation à deux ans pour un médecin généraliste et spécialiste et à un an pour les soins gynécologiques.

#### **Encadré 4 : Définition du non-recours aux soins par le CETAF**

**Non-recours aux soins :** absence de consultation, au cours des deux dernières années, d'un médecin (généraliste ou spécialiste).

**Non-recours aux soins dentaires :** absence de consultation, au cours des deux dernières années, d'un dentiste.

**Non-recours aux soins gynécologiques :** absence de suivi régulier, une fois par an, sur le plan gynécologique.

-----  
*Source :* Moulin et *al.*, 2005 : 13.

<sup>63</sup> Le programme Précarité-Inégalités de santé mène par exemple depuis 2006 un protocole d'étude intitulé « Suivi prospectif de l'Examen de santé » qui vise à « déterminer et comprendre les facteurs favorisant ou freinant l'observance des recommandations émises lors de l'examen de santé pour les populations en situation de précarité dans le but de préconiser des solutions pour favoriser l'application des recommandations, c'est-à-dire l'accès aux soins des populations en situation de précarité. Ce protocole participera par ailleurs à la production de connaissances sur le phénomène de l'observance et du non-recours aux soins » (CETAF, 2006 : 6).

Nous avons fait l'hypothèse que le choix de ces variables, pour cet acteur de la santé publique, s'appuyait sur des recommandations médicales émanant de l'Assurance maladie. Mais l'histoire de l'introduction de la notion de non-recours aux soins ne valide pas cette hypothèse. La rencontre en 2004 entre le CETAF et l'ODENORE, initiée par l'intermédiaire de la CNAMTS<sup>64</sup> et qui a débouché sur la production de l'étude commune sur le non-recours aux soins des actifs précaires (NOSAP)<sup>65</sup>, n'est pas étrangère au choix du terme même de non-recours. Pour approcher le phénomène, le CETAF est parti des variables existantes dans la base de données qu'il gère, la base RAIDE.

René Guéguen, statisticien au CETAF, explique le cadre contraint dans lequel la sélection de ces variables a été faite :

*« La variable que nous avons baptisée "non-recours au médecin" est construite à partir d'une question du questionnaire général des CES demandant à chaque consultant combien de fois il a consulté un médecin depuis 2 ans, les réponses possibles étant : jamais, 1 fois par an, 2 fois par an, davantage. Il n'existe évidemment pas de norme en matière de consultation médicale et nous avons convenu que l'absence de consultation depuis 2 ans traduisait un comportement de non-recours, mais ce n'est qu'une approche assez grossière du non-recours au médecin. Nous n'avons pas d'autre information dans la base RAIDE sur le recours au médecin.<sup>66</sup> »*

Les variables sur le non-recours aux soins ne proviennent donc pas d'une création *ad hoc*, mais sont simplement une retraduction de variables présentes dans la base RAIDE sur l'absence de consultation d'un médecin. Accepter de partir de cette base pour définir le non-recours revient à en accepter les limites. C'est ce qu'indique J.J. Moulin, médecin épidémiologiste et responsable du programme « Précarité – Inégalités de santé », lorsqu'il pointe le caractère inadapté d'une variable :

---

<sup>64</sup> Il s'agit plus précisément de Danielle Jafflin qui, lorsqu'elle travaillait à la CNAMTS, s'intéressait notamment au rôle de cet organisme dans la réduction des inégalités de santé. Sa réflexion portait sur les actions pouvant favoriser l'effectivité des droits à l'accès aux soins et à une couverture maladie (Jafflin, 1998).

<sup>65</sup> Pour rappel, cette étude est présentée en introduction.

<sup>66</sup> Extrait du mail envoyé par René Guéguen, le 21/10/2008.

« - Les trois variables prises pour décrire le non-recours venaient de la base RAIDE. Quel était leur objectif initial ?

*- Le questionnaire a été fait il y a à peu près 20 ans. Donc il a été fait par des gens qui à l'époque ont formulé les questions de la meilleure manière pour répondre à ce qu'ils voulaient comme information. Et puis, voilà, c'est resté. Mais on peut en discuter. Par exemple il n'y a pas la variable non-recours au généraliste et au spécialiste. Parce qu'à l'époque ils n'avaient pas jugé utile de la mettre. Mais on n'a pas la prétention de dire que c'est la meilleure manière de faire. Ces questionnaires sont empiriques, ils ont été faits dans le temps par des gens qui ont posé des questions... alors les questions on peut les discuter, par exemple sur l'alcool ou le tabac, elles ont été faites comme ça mais comme c'est très très lourd de changer les questionnaires...<sup>67</sup> »*

Les limites de cette définition du non-recours n'empêchent pas sa mise en circulation rapide après la parution de l'étude précédemment citée, en 2005. Cette diffusion est liée à la place du CETAF dans la production de données de santé publique et aux nombreuses possibilités de traitements statistiques offertes par la base RAIDE. Sans rechercher l'exhaustivité, notons que les usages de la définition du non-recours par le CETAF se retrouvent dans des productions aussi diverses que des tableaux de bord des Observatoires Régionaux de Santé (ORS du Centre, 2006), des rapports associatifs (FEANSTA, 2006) ou parlementaires sur la pauvreté et l'exclusion (Seillier, 2008) ou encore dans une thèse de médecine générale (Beccegato, 2008). Mais, cette diffusion d'une définition particulière du non-recours aux soins, proposée par le CETAF, ne relève pas de ce que Claude Gilbert et Emmanuel Henry nomment les « luttes définitionnelles » et qui traverseraient la construction des principaux problèmes de santé publique contemporains (Gilbert et Henry, 2009a). Selon eux, les définitions sont nécessairement l'objet d'enjeux « liés aux rapports de force entre groupes concernés par un problème » puisqu'elles « constituent en effet une part importante de l'activité des acteurs qui, au sein des différentes organisations ou aux points de jonction entre organisations, prêtent une attention particulière à ces définitions, à leurs possibles évolutions, et ce d'autant plus qu'ils sont conscients des enjeux qui sont liés aux transformations de ces définitions » (Gilbert et Henry, 2009a : 16). Ces derniers éléments ne sont pas présents dans le cas de la définition produite par le CETAF. Il semble bien plutôt que sa diffusion tienne à la position particulière du CETAF dans le champ de la santé publique, étant reconnu par d'autres acteurs comme producteur

---

<sup>67</sup> Entretien avec Jean-Jacques Moulin, le 15/10/2008.

de données et d'analyses, mais également à la publication de travaux sur le non-recours aux soins dans le *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* (BEH), la revue de l'Institut national de veille sanitaire (InVS) ciblant un large public de professionnels de santé et d'acteurs de santé publique.

### ***b) D'autres exemples de l'exploitation secondaire de bases de données existantes***

Un second exemple démontre comment la définition du non-recours aux soins a été construite à partir de l'usage de bases de données existantes. Il s'agit de l'ONPES. Cet organisme, créé par la loi d'orientation du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions, dépend du ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville. Il a pour mission principale de contribuer à la connaissance des phénomènes de pauvreté et d'exclusion sociale. Composé à la fois d'acteurs institutionnels, de chercheurs et d'acteurs associatifs, il dispose d'un budget lui permettant de financer des travaux d'études sur des sujets liés à ces thématiques (conditions de logement et d'emploi, données statistiques sur la pauvreté...). L'ensemble de ces travaux sont diffusés dans un rapport annuel, publié à la Documentation française.

L'ONPES, nous l'avons dit, est un acteur important dans l'émergence du non-recours aux droits sociaux en France. La question est présente dès son premier rapport en 2000<sup>68</sup> ; l'insuffisance de connaissance sur le non-recours, que l'observatoire intègre pleinement dans les réflexions sur la pauvreté et l'exclusion sociale, est pointée. En conclusion de ce rapport, l'ONPES liste les thèmes qui mériteraient d'être davantage approfondis, comme « l'exclusion, l'examen des problèmes rencontrés par les populations défavorisées en matière de logement, d'éducation, de culture, une évaluation de certains segments d'action publique, ou encore la référence à des débats comme les « trappes à pauvreté », le non-recours aux prestations sociales et ses causes... » (ONPES, 2000 : 110).

L'observatoire continuera à mentionner régulièrement le non-recours dans ses rapports suivants et soutiendra des études sur ce sujet. Son intérêt se porte surtout sur le non-recours aux prestations sociales, telles que la CMU-C, ou aux services d'aides. Le non-recours aux soins est brièvement évoqué dans l'un des travaux commandités en 2003-2004

---

<sup>68</sup> A l'heure actuelle, l'ONPES a publié cinq rapports (2000, 2001-2002, 2003-2004, 2005-2006, 2007-2008). Tous sont disponibles en ligne sur le site de l'ONPES : <http://www.travail-solidarite.gouv.fr/web/observatoire-national-pauvrete-exclusion-sociale>.

à la démographe Emmanuelle Cambois (2004) et dans le rapport 2005-2006 (2006). Par contre, il est traité de manière plus approfondie dans le rapport 2007-2008. Pour le définir, l'ONPES fait référence aux enquêtes de l'Institut national des statistiques et des études économiques (INSEE), notamment « l'enquête décennale santé » dont la dernière en date couvre la période 2002-2003. Cette enquête croise plusieurs variables : la consommation de soins, l'état de santé déclaré et les caractéristiques sociodémographiques des individus et des ménages. Elle dispose d'une variable intéressante qui est celle du nombre de visites chez un médecin ou un spécialiste au cours des 12 derniers mois. Jusque-là, cette variable n'était prise en compte que pour mesurer les différences dans les volumes de consommation de soins<sup>69</sup>. Elle fait ici l'objet d'une analyse secondaire dans laquelle le regard est déplacé vers ceux qui n'ont pas consulté de médecin sur cette période. Cela permet à l'ONPES d'avancer une estimation statistique du non-recours aux soins. Reprenant une étude de l'INSEE (de Saint Pol, 2007), l'ONPES précise par exemple que « 21% des personnes de moins de 50 ans appartenant à des ménages pauvres n'ont effectué aucune visite chez le médecin généraliste au cours des douze derniers mois, contre 17% pour le reste de la population du même âge » (ONPES, 2008 : 170).

A travers cet exemple de l'ONPES, nous voyons comment le non-recours est défini dans le sens d'une non-consommation de soins, et ce à partir de l'exploitation de bases de données existantes. En l'occurrence, la variable « absence de consultation d'un médecin au cours des douze derniers mois » se retrouve dans des études mesurant le recours aux soins et évoquant le non-recours, par exemple dans celles de l'INSEE (de la Rochère, 2003) ou, entre autres, dans les rapports de l'Observatoire national des zones urbaines sensibles (ONZUS, 2008)<sup>70</sup> et de la Mission régionale d'information sur l'exclusion (MRIE, 2008)<sup>71</sup>.

Nous pouvons enfin observer cette même variable dans des travaux de recherche. Parmi ces derniers, c'est le cas de l'équipe de recherche « Déterminants sociaux de la

---

<sup>69</sup> C'est une variable assez classique pour mesurer l'accès aux soins, présente dans la littérature internationale (Evans, Stoddart, 1994).

<sup>70</sup> L'ONZUS a été créé en 2003 et est placé auprès du Ministre chargé de la ville. Il a pour missions principales d'apporter de la connaissance sur ce qui touche la politique de la ville, d'accompagner et d'évaluer la mise en œuvre de cette dernière. A ce titre, l'ONZUS publie chaque année un rapport, remis au gouvernement, commentant plusieurs indicateurs territorialisés (dans les domaines de l'économie, des revenus des habitants, de l'habitat, de la santé, etc.). Voir <http://www.ville.gouv.fr/spip.php?rubrique24000000>.

<sup>71</sup> La MRIE, basée sur Lyon, a été créée en 1992 sur l'initiative d'ATD Quart-Monde. Elle a pour missions principales l'observation, la communication et l'animation de la réflexion en région Rhône-Alpes autour des phénomènes de pauvreté. Depuis peu, la MRIE souhaite exercer une veille particulière sur les questions de « Santé-précarité ». Voir <http://www.mrie.org/mission-regionale-information-exclusion/>.

santé et du recours aux soins »<sup>72</sup>, dirigée par le médecin épidémiologiste Pierre Chauvin et rattachée à l'INSERM. Cette équipe pluridisciplinaire occupe une position particulière pour notre sujet en ce qu'elle a été créée initialement dans l'objectif de soutenir des recherches sur le recours aux soins des populations précaires. Ses recherches ont été par la suite élargies à d'autres thèmes (santé, précarité et migration ; déterminants psychosociaux et territoriaux de la santé) et à d'autres populations (une cohorte analyse les déterminants de la santé et du recours aux soins en population générale). Cette équipe est notamment à l'origine d'un modèle des déterminants sociaux de la santé et du recours aux soins, où prennent place plusieurs facteurs – principalement psychosociaux et contextuels – dont le non-recours aux soins (voir encadré 5). Notre rencontre avec deux des membres de cette équipe, la sociologue Isabelle Parizot et P. Chauvin<sup>73</sup>, confirme le fait que le non-recours est défini *a posteriori*. Leur choix de prendre comme variable l'absence de consultations au cours des 12 derniers mois, dans leurs études, n'est pas lié à une norme médicale précise, mais au dispositif d'enquête. Par ailleurs, ce choix est lié au caractère discriminant de cette variable : la majorité des Français allant au moins une fois par an chez le médecin, retenir la période de 12 mois permettrait d'isoler les populations précaires.

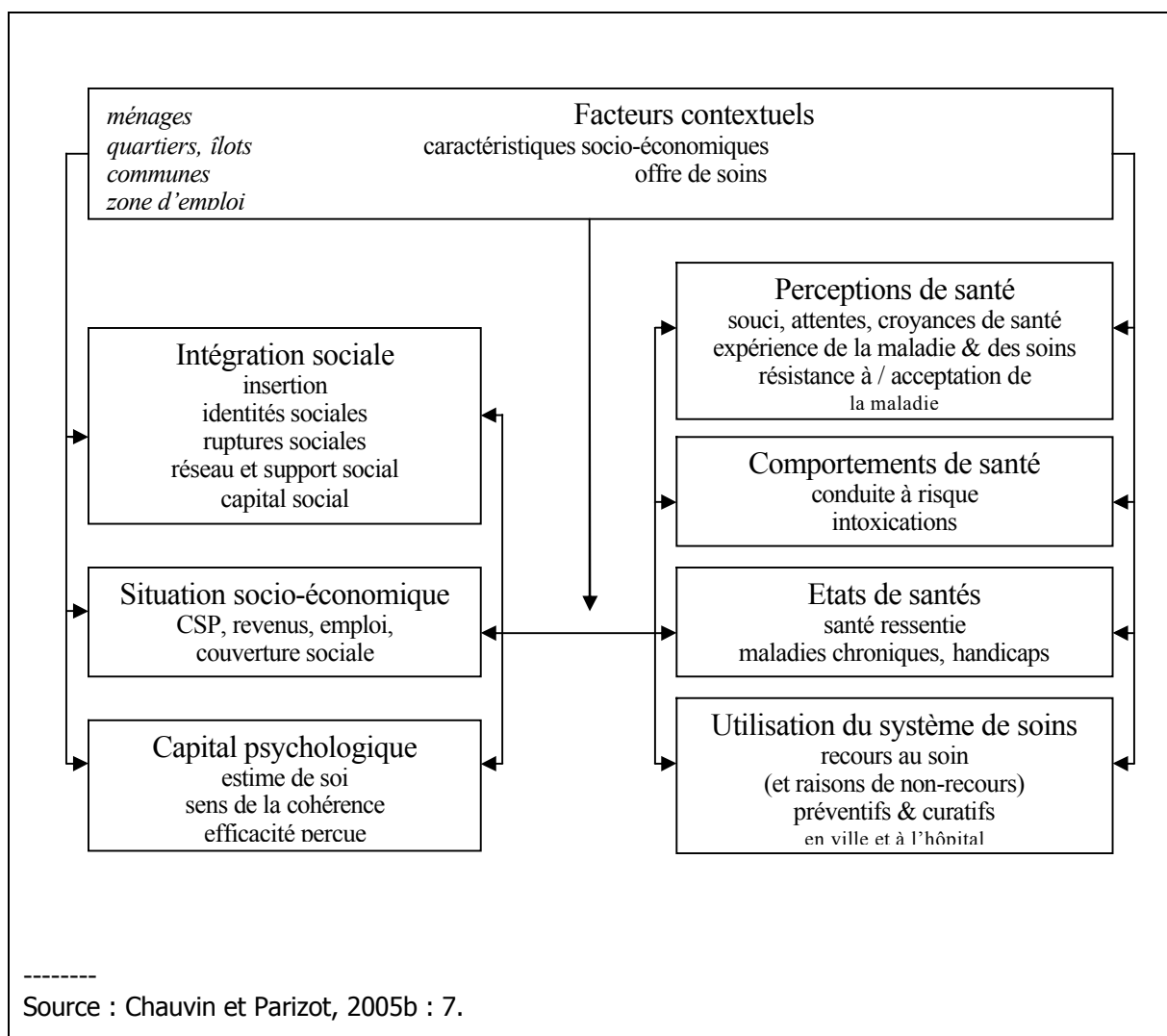
---

<sup>72</sup> Voir <http://www.u707.jussieu.fr/ds3/index.html>.

<sup>73</sup> Rencontre avec I. Parizot et P. Chauvin, le 16/08/2008.



## Encadré 5 : Modèle des déterminants sociaux de la santé et du recours aux soins



Les définitions du non-recours aux soins retiennent souvent un ou deux ans comme critère exclusif<sup>74</sup>. Cette différence ne révèle ainsi pas d'une discordance sur la régularité des consultations, chez un médecin, que devrait avoir chaque individu. L'émergence de ce phénomène, à laquelle des épidémiologistes et des statisticiens de la santé prennent part, a été indexée sur des bases de données et des enquêtes statistiques existantes. Ces enquêtes s'attachaient à la consommation de soins. Dès lors, cela explique pourquoi l'approche principale du non-recours aux soins est une approche par la non-consommation. Il s'agit ainsi d'une construction *a posteriori* du phénomène.

<sup>74</sup> Les quelques cas exposés jusqu'ici ne visent pas l'exhaustivité. Nous aurions pu prendre d'autres illustrations de la variété des définitions. L'absence de consultation au cours des deux derniers mois a par exemple été retenue dans une étude pour appréhender le non-recours aux soins des personnes hébergées en Centre d'hébergement d'urgence (Voir la synthèse sur [http://www.mipes.org/IMG/pdf/Les\\_personnes\\_hebergees\\_en\\_CHRS\\_d\\_Ile-de-France\\_-\\_Decembre\\_2004\\_6\\_pages\\_.pdf](http://www.mipes.org/IMG/pdf/Les_personnes_hebergees_en_CHRS_d_Ile-de-France_-_Decembre_2004_6_pages_.pdf)).

### **1.3. Dépasser l'approche du non-recours par l'absence de consommation de soins : le rôle des indicateurs médicaux préexistants**

Si la définition principale du non-recours aux soins est une approche en termes de non-consommation, il ne s'agit pas pour autant de la définition unique. Le souci pour les populations « invisibles » du système de soins ne résume pas à lui seul l'intérêt porté à ce phénomène. Définir le non-recours à partir de l'absence de consultation d'un médecin au cours d'une période donnée laisse à penser que seules ces personnes invisibles sont concernées. Autrement dit, en creux, cela signifie que les autres ne relèvent pas d'une situation « problématique » de non-recours. Cette approche du non-recours est bien une approche « *grossière* », pour reprendre les termes de R. Guéguen, qui ne laisse entrevoir qu'une partie d'un phénomène caractérisé par ses manifestations multiformes (Griette, 2002). Ce constat est également réalisé par des professionnels du champ sanitaire et social travaillant auprès des populations précaires.

Un entretien avec l'assistant social de la Permanence d'accès aux soins de santé (PASS)<sup>75</sup> du Centre hospitalier universitaire de Grenoble en témoigne. Pour lui, deux catégories de populations confrontées aux difficultés d'accès aux soins se distinguent. La première regroupe celles ayant des problèmes de couverture sociale du fait de leur situation administrative et de leur statut sur le territoire français (les étrangers demandeurs d'asile, les primo arrivants ou encore les « ni ni<sup>76</sup> »). La seconde catégorie regroupe celles pour lesquelles ce type de problème ne se pose pas encore tant elles sont marquées par la « *désocialisation* » ou la « *clochardisation* ». Elles seraient davantage concernées par le non-recours aux soins, nécessitant la mise en place d'un dispositif partenarial pour les faire venir aux soins et en assurer la continuité. Le problème posé par ces populations n'est ainsi pas tant d'être des populations invisibles. Bien au contraire, c'est la visibilité et la connaissance de leurs problèmes de santé insatisfaits, voire insolubles, qui le questionnent en tant que professionnel :

---

<sup>75</sup> Les PASS ont été instituées en continuité avec la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions de juillet 1998 et la circulaire de la direction des hôpitaux du 17/12/1998. Elles découlent des Programmes d'accès régionaux à la prévention et aux soins (PRAPS). Ce sont, au sein des hôpitaux publics, des cellules de prise en charge constituées de professionnels du secteur médical, paramédical et social (assistant social, infirmier, médecin...) qui travaillent en réseau et assurent des missions d'accueil, d'information, de prévention, d'orientation et de soins. Les PASS sont destinées à prendre en charge des personnes ayant des difficultés d'accès au système de soins, du fait de l'absence de couverture sociale ou médicale, de difficultés financières, d'une inégale répartition géographique de l'offre de soins, etc.

<sup>76</sup> La catégorie des « ni ni » désigne les personnes qui, du fait de leur statut, ne sont ni régularisables ni expulsables au regard de la législation française.

« - Qui sont les personnes en dehors des soins selon vous ?

- *On connaît des gens... c'est vraiment un problème... Par exemple, il y a tous ceux du Passage [une structure d'hébergement grenobloise, basée sur l'accueil inconditionnel et accueillant les personnes avec animaux] qui sont dans un sale état, mais pour qui on ne sait pas comment faire.*

- Vous utilisez le terme de problème. En quoi ces situations sont-elles un problème ?

- *Parce que ce sont des gens qu'on connaît ! C'est ça. J'ai le cas d'une femme qui était au Passage justement, qui était presque sortie de la rue à une époque mais qui a rechuté. Bon, il faut prendre en compte l'alcoolisme dans ces situations-là et aussi tout ce qui est dépendance.<sup>77</sup> »*

Au-delà de ce que cet entretien indique sur le caractère perturbateur du non-recours pour les professionnels (nous reviendrons sur cela dans une prochaine section), il fait porter le regard sur un ensemble de situations qui relèvent d'une forme de non-recours aux soins ne se résumant pas à l'absence de consultation depuis plusieurs années. Autrement dit, il se réfère à la différence entre « l'accès » et « l'utilisation » du système de soins, pointant ainsi toutes ces différentes situations qui, sans relever au sens strict du non-recours, s'en approchent.

Etant donnée la multiplicité des formes que peut alors prendre le non-recours aux soins, différentes variables – autres que celles sur l'absence de consultation – sont utilisées par plusieurs acteurs pour approcher le phénomène. Elles peuvent l'être une à une ou de manière conjointe. C'est dans ce dernier sens que le « groupe précarité » de l'Association de gestion des centres de santé (AGECSA) de Grenoble<sup>78</sup> a retenu une définition du non-recours aux soins fondée sur quatre variables : le renoncement aux soins, le retard aux soins, l'inobservance thérapeutique et les rendez-vous non honorés.

L'usage de ces variables n'est pas l'apanage de l'AGECSA. Elles se retrouvent dans différents travaux abordant les questions de non-recours aux soins. Le choix de ces variables provient d'ailleurs d'une revue de littérature. L'un des médecins des centres à l'origine de ces travaux, D. Lagabrielle, s'est inspiré du rapport du Haut conseil de la santé publique sur « la progression de la précarité en France et ses effets sur la santé » (HCSP,

---

<sup>77</sup> Entretien avec Bernard Montier, le 18/06/2008.

<sup>78</sup> Pour rappel, cette structure, dans laquelle une partie de notre enquête de terrain a été menée est présentée en introduction.

1998) et d'une monographie sur les inégalités de santé parue dans la *Revue du praticien* en 2004<sup>79</sup>. C'est pourquoi l'exemple du travail du « groupe précarité » dépasse le seul cadre des centres de santé grenoblois<sup>80</sup>. Voyons à présent ces variables une à une<sup>81</sup>.

### **a) Le renoncement aux soins**

Plusieurs formulations de cette variable de renoncement aux soins existent. Elles se démarquent selon les causes du renoncement, le type de soins concernés (« soins dentaires et optiques », « au moins un soin »...), ou encore la durée du renoncement (« reporté » ou « définitif »). Les centres de santé, pour leur part, regroupent sous ce terme le renoncement à un examen complémentaire et/ou à la consultation d'un spécialiste dès lors que cela a été prescrit par le médecin généraliste. Cette variable traduit par-là principalement un abandon de soins. En cela, elle se démarque de la définition habituelle du renoncement aux soins, qui mesure davantage une restriction à ne pas pouvoir effectuer des soins.

La variable du renoncement aux soins, entendue principalement « pour raisons financières », est la plus fréquemment utilisée comme synonyme du non-recours aux soins. Elle peut l'être autant par des chercheurs – l'économiste de la santé Pierre Volovitch parle ainsi du lien entre le « non-recours aux soins pour raisons financières » et l'absence d'une complémentaire santé (Volovitch, 2007) – ou par des acteurs de la santé publique<sup>82</sup>. Ces usages se comprennent par la place importante prise par la variable « renoncement aux soins pour raisons financières » dans de nombreuses études, malgré ses limites. La principale limite concerne la subjectivité introduite par cette variable. En effet, la mesure du renoncement dépend essentiellement du contenu donné par les individus interrogés au

---

<sup>79</sup> Entretien avec Dominique Lagabrielle, le 08/04/2008.

<sup>80</sup> Des travaux de définition complexe du non-recours aux soins, autres que ceux réalisés par la commission précarité des centres de santé de Grenoble, s'observent également dans la littérature sur l'accès aux soins des populations précaires. Les études de l'IRDES menées par Marc Collet, Georges Menahem et Hervé Picard en fournissent un bon exemple (Collet, Menahem et Picard, 2006). Sans revenir sur l'essentiel de leur travail, notons qu'ils présentent trois logiques de recours aux soins des consultants de centres de soins gratuits. Une retient particulièrement notre attention, la logique qualifiée de « refus de soins ». Celle-ci se définit par un fort renoncement au recours et au suivi médical, ce que les auteurs de l'étude ont divisé en non-recours aux soins lors d'une douleur ou d'un symptôme récent, non-observance ou observance très partielle des dernières prescriptions (médicaments, examens complémentaires) et forte entrave financière déclarée.

<sup>81</sup> Cette section reprend en partie le travail réalisé dans le cadre de la recherche NOSAP, l'un des objectifs de cette étude étant de recenser les différentes définitions du non-recours aux soins. Le CETAF manifeste d'ailleurs un intérêt pour complexifier cette notion et ne pas garder les seules variables issues de la base RAIDE.

<sup>82</sup> Voir le Programme d'accès régional à la prévention et aux soins (PRAPS) du Nord Pas-de-Calais, validé par le Comité régional des politiques de santé en 2005 (disponible sur [http://nord-pas-de-calais.sante.gouv.fr/sante-publique/sante\\_prevention/prsp/praps\\_2.pdf](http://nord-pas-de-calais.sante.gouv.fr/sante-publique/sante_prevention/prsp/praps_2.pdf)).

« soin » concerné. Ce dernier étant relatif et extensible, le renoncement peut alors aussi bien porter sur des soins vitaux – médicalement justifiés – que sur des soins dits de « confort »<sup>83</sup>.

Les principales études sur la santé et le recours aux soins intègrent cette variable du renoncement aux soins pour raisons financières au cours d'une période donnée. L'IRDES l'inclut notamment dans l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) qu'elle mène depuis 1988, tous les deux ans et auprès de plus de 20 000 personnes dans une perspective longitudinale. Les publications de cette enquête, portant sur l'état de santé, le recours aux soins et la couverture maladie, mettent particulièrement en avant les résultats concernant le renoncement aux différents soins (à savoir les soins et prothèses dentaires, lunettes et lentilles, consultations de spécialistes, consultations de généralistes, analyse de laboratoire, pharmacie, autres soins)<sup>84</sup>. Facilitée par la réactivité de l'enquête ESPS, pour laquelle il est possible d'intégrer des questions entre chaque vague, cette variable permet notamment de mesurer les conséquences des réformes de l'Assurance maladie sur les comportements de recours aux soins. Cela fut le cas avec le médecin traitant (Dourgnon, Guillaume, Naiditch et Ordonneau, 2007) et bientôt avec les franchises. Le travail de l'IRDES et son enquête ESPS, autour de cette variable, sert également de référence pour le suivi de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique<sup>85</sup>.

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)<sup>86</sup> utilise également cette variable dans les études régulières sur l'impact de la CMU sur le recours aux soins de ses bénéficiaires (Raynaud, 2002) ou plus généralement dans celles sur les comportements de soins des allocataires des minimas sociaux (Boisguérin, 2007). Cette variable est également centrale pour la DREES puisque c'est la seule retenue pour approcher les éléments relatifs à l'accès aux soins. Elle diffère cependant de celle recueillie

---

<sup>83</sup> Le caractère subjectif du renoncement aux soins nous permet de comprendre pourquoi, selon certaines études, le renoncement augmente à mesure que le niveau d'éducation s'élève (Azogui-Levy et Rochereau, 2005).

<sup>84</sup> Voir IRDES, Premiers résultats de l'Enquête santé protection sociale - dossier de presse, avril 2008.

<sup>85</sup> La proportion de personnes qui ont renoncé à des soins dentaires ou optiques au cours des douze derniers mois est l'un des indicateurs destinés à évaluer les dispositifs permettant la réduction des obstacles à l'accès aux soins. Voir le document réalisé par le ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement, le ministère de la santé et des solidarités, la direction générale de la santé et la DREES, intitulé : « Indicateurs de suivi de l'atteinte des 100 objectifs du rapport annexé à la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique », juillet 2005.

<sup>86</sup> La DREES, créée en 1998, est sous la tutelle du ministère de la santé et des sports. Elle réalise des enquêtes ou en commandite dans les domaines de la santé et de la protection sociale, les publiant ensuite par le biais de la série *Etudes et résultats* ou, entre autres, de la *Revue française des affaires sociales*.

par l'IRDES, dans le sens où elle propose une mesure globale du phénomène à travers le renoncement à au moins un soin, et non en en proposant une approche soin par soin.

La DREES et l'IRDES sont deux sources de données régulières sur le renoncement aux soins. Elles ne sont pas exclusives d'autres études ponctuelles sur cet aspect particulier du non-recours aux soins, à l'image des travaux de l'équipe « Déterminants sociaux de la santé et du recours aux soins » de l'INSERM (Bazin, Parizot et Chauvin, 2006 ; Cadot, Gueguen et Spira, 2008). Notons également que le renoncement aux soins pour raisons financières a été intégré récemment dans plusieurs initiatives de construction d'indicateurs relatifs à la pauvreté. L'ONPES l'a retenu dans la liste des onze indicateurs « centraux » de la pauvreté<sup>87</sup>. Le renoncement y figure pour mesurer, en plus des droits en matière de scolarité, d'emploi et de logement, le « nonaccès aux droits fondamentaux ». Dans une démarche institutionnelle similaire, le « tableau de bord pour le suivi de l'objectif de baisse d'un tiers de la pauvreté en 5 ans », demandé par le Haut commissaire aux solidarités actives contre la pauvreté, contient l'indicateur « écart du taux de renoncement aux soins pour raisons financières des bénéficiaires de la CMU-C et des bénéficiaires de complémentaire santé ». Il mesure l'objectif appelé ainsi : « favoriser l'égalité d'accès aux soins » (HCSA, 2009).

### ***b) Le retard aux soins***

La seconde variable utilisée par les centres de santé pour approcher le non-recours est le retard aux soins. Elle correspond au fait d'avoir consulté trop tardivement un médecin. En cela, elle s'approche d'une définition américaine de l'accès aux soins, citée par P. Lombrail, qui correspond à « l'utilisation en temps utile des services de santé par les individus de façon à atteindre le meilleur résultat possible en termes de santé » (Lombrail, 2000 : 403).

La notion de retard se retrouve principalement dans les travaux sur le Sida. Ils portent à la fois sur le retard au dépistage et le retard aux soins. Les deux sont d'ailleurs

---

<sup>87</sup> L'ONPES mène une réflexion sur ces indicateurs dès le début des années 2000, dans l'objectif d'appréhender la pauvreté de manière multidimensionnelle (et non pas seulement à partir du taux de pauvreté monétaire), de pouvoir en comparer l'évolution dans le temps et avec d'autres données européennes. La liste des dix autres indicateurs, portant sur la pauvreté, les minimas sociaux et les inégalités de revenu, est disponible sur <http://www.onpes.gouv.fr/Indicateurs.html>.

profondément liés comme en conclut l'enquête RETARD<sup>88</sup> selon laquelle « l'accès tardif aux soins est un accès tardif au dépistage » (Calvez, Fierro, Laporte et Semaille, 2006 : 21). Envisager le retard aux soins dans ce domaine précis est rendu possible par la mesure clinique de ce qui est considéré comme un accès tardif, à partir du taux de CD4<sup>89</sup>.

L'identification d'un retard aux soins n'est pas aussi aisée dans le cas des maladies pour lesquelles un tel seuil médical n'existe pas. Définir le retard devient plus délicat. Pour autant, la notion n'est pas abandonnée, étant reprise par exemple dans les études sur le cancer<sup>90</sup> ou dans celles de l'Observatoire du samusocial de Paris (Brunet, Carpentier, Laporte, Pourette et Guillon, 2005). L'une des possibilités est de demander au professionnel de santé qui reçoit le patient d'estimer l'éventuel retard, à partir du ressenti et du diagnostic réalisé. C'est ce que fait l'Observatoire de Médecins du monde dans ses rapports sur l'accès aux soins. Deux types de dossiers sont remplis par les bénévoles de Médecins du monde (MDM) lorsqu'une personne se présente dans l'un des centres de soins de l'association : un dossier social (comprenant des renseignements sur la situation familiale de la personne, son statut administratif, ses ressources, son logement, etc.) et un dossier médical. Ce dernier comporte notamment un encart dans lequel le médecin code les éventuels problèmes de santé rencontrés par le patient (système digestif, œil, système urinaire, psychologique...), puis les traitements et examens complémentaires prescrits. A la suite de ces renseignements, le médecin est invité à évaluer le retard aux soins en répondant à la question : « Le(s) problème(s) de santé aurai(en)t-il(s) dû(s) être traité(s) plus tôt ? » (MDM, 2008b : 203). Cette question est identique si le dossier médical est un dossier dentaire, auquel cas le soignant doit évaluer si les problèmes dentaires rencontrés auraient dû être traités plus tôt ou non. Cette évaluation du « retard de recours aux soins » est la manière retenue par MDM pour approcher le non-recours aux soins, l'hypothèse étant que ce retard traduit un non-recours antérieur. C'est ce qu'a confirmé Nathalie Simonnot lorsqu'elle a présenté comment MDM investit cette problématique dans les rapports de l'Observatoire de l'accès aux soins de la mission France et maintenant dans ceux de l'Observatoire européen dont elle a la charge (Simonnot, 2009). A Grenoble, cette

---

<sup>88</sup> Cette enquête RETARD (Recours TARDif aux soins) définit, par accès tardif, « un accès du patient au système de soins à un moment clinique qui ne lui permet pas de bénéficier de façon optimale des réponses thérapeutiques disponibles » (Calvez et al., 2006 : 2).

<sup>89</sup> Le taux de CD4 est la mesure du nombre de cellules CD4 (globules blancs) dans un millimètre cube de sang. Le taux d'une personne séronégative est situé entre 500 et 1200. Lorsque le taux est en dessous de 350, un traitement antirétroviral peut être envisagé (selon l'OMS). L'enquête RETARD considère qu'il y a un recours tardif lorsque la personne passe sous le seuil de 350/mm<sup>3</sup> CD4 au moment de la première prise en charge.

<sup>90</sup> Dans le cas de certains cancers de type pulmonaire, le retard correspond au fait d'avoir consulté au moins 6 semaines après les premiers symptômes perçus (Beaune, Caron, Lafitte et al., 2006).

manière de définir le non-recours aux soins à partir de la variable retard aux soins se retrouve dans une étude réalisée par l'ODENORE, en collaboration avec MDM Grenoble (ODENORE, 2004). Deux sous-groupes de populations ont été retenus pour traiter du non-recours dans le domaine de la santé à partir des éléments existants dans leur base de données, à savoir « les personnes sans droits ouverts à une couverture maladie de base » et « les personnes en retard de soins lors de la première consultation ».

### ***c) L'inobservance thérapeutique***

L'inobservance thérapeutique est une autre variable choisie par les centres de santé pour aborder le non-recours. Elle est entendue comme le renoncement à des traitements médicamenteux prescrits lors d'une consultation.

La question de l'observance a produit une littérature croissante dans le champ de la santé depuis plusieurs années, en lien avec le développement des maladies chroniques. Pour l'appréhender, des grilles existent dans la littérature consacrée à ces maladies, telle que celle de Xavier Girerd<sup>91</sup>. Elle suscite un intérêt en ce qu'elle serait la garantie de la réussite d'une thérapie, mais également en ce que l'accroissement des traitements pour ces pathologies augmenterait les risques iatrogéniques. La définition de l'observance reste toutefois débattue. Ces débats portent, d'une part, sur l'étendue du périmètre de l'observance. Assez couramment, comme dans les études des centres de santé, elle consiste à observer si l'usage des médicaments par un patient correspond aux prescriptions effectuées par les médecins. D'autres conceptions de l'observance tendent à y inclure une plus large gamme de prescriptions et de comportements de santé. Par exemple, la DREES la définit comme « la concordance entre le comportement d'un patient et les prescriptions hygiéniques, diététiques et médicamenteuses qui lui ont été faites »<sup>92</sup>. La délimitation de la définition de l'observance est un enjeu important dans le contexte actuel où se pose la question de la responsabilité des patients en la matière (Laude et Tabuteau, 2007).

Les débats sur l'observance portent, d'autre part, sur la relation médecin-patient suggérée par les définitions. En effet, l'observance suppose que le patient se conforme aux

---

<sup>91</sup> La grille proposée par X. Girerd est composée de 6 questions (par exemple, « ce matin avez-vous oublié de prendre votre médicament », « vous est-il arrivé de prendre votre traitement avec retard par rapport à l'heure habituelle »...). Chaque réponse positive compte un point. Au-delà de trois points, la personne interrogée est considérée comme ayant une mauvaise observance (Girerd, Hanon, Anagnostopoulos et al., 2001).

<sup>92</sup> Voir DREES, « L'observance », Appel à projets de recherche 2008, p.1.



demandes du médecin – le terme anglais de *compliance* rend bien compte de cette conformité –, qu'il adopte des « bons » comportements respectueux de l'avis médical. Cette conception de l'observance comporte le biais d'une « tentation normalisante », étant donné que « parler dans ces termes revient à évaluer la consommation à l'aune des critères médicaux » fixés par le médecin (Fainzang, 2004). L'autre biais, dans une critique formulée par de nombreux chercheurs, est de ne regarder le phénomène que d'un point de vue médical, dans une logique de contrôle (Conrad, 1985), voire de cautionner cette « idéologie qui assure et justifie l'autorité du médecin » (Trostle, 1988 : 1299). Ici, le patient serait alors tenu d'adopter des comportements médicalement « rationnels » et de respecter les normes édictées par les médecins, en quelque sorte soumis à leur pouvoir. A travers l'évocation de ces biais, nous mesurons mieux l'enjeu pour les recherches en sciences sociales travaillant sur l'observance.

#### ***d) Les rendez-vous non honorés***

La troisième variable utilisée par les centres de santé pour approcher le non-recours aux soins est celle des rendez-vous non honorés. Une personne est considérée comme telle dès lors qu'elle n'est pas venue à au moins un rendez-vous dans l'année. Les rendez-vous non honorés font l'objet d'une comptabilité aux secrétariats de quelques centres de santé, pointant la logique gestionnaire<sup>93</sup> et économique<sup>94</sup> derrière l'intérêt porté à ces rendez-vous. C'est d'ailleurs dans ce sens que des études anglo-saxonnes sur le sujet des « missed appointments » ou des « defaulters », principalement en médecine générale, ont été menées. Ces études analysent le profil (Neal, Lawlor, Allgar et *al.*, 2001) mais surtout les causes de ces rendez-vous non honorés (Gruzd, Shear et Rodney, 1986), de manière à envisager des modes d'organisation et des stratégies de management permettant d'y remédier (Waller et Hodgkin, 2000). Elles insistent sur les conséquences de ces comportements sur la relation médecin-patient, les médecins rejetant la faute sur les patients et pouvant mettre en place des systèmes de sanction envers eux. En France, même si les travaux sur les rendez-vous non honorés sont rares, nous retrouvons une logique similaire. Pensons aux études sur les refus de soins des bénéficiaires de la CMU et de l'AME (Desprès et Naiditch, 2006). Elles montrent comment les médecins justifient leur

---

<sup>93</sup> Des aides (logiciel rappelant les patients...) et conseils sont par exemple vendus aux médecins généralistes pour diminuer ces rendez-vous.

<sup>94</sup> Une secrétaire avancera même un jour le manque à gagner lié à ces rendez-vous non honorés, pour le centre dans lequel elle travaille. Les « pas venus », terme fréquent dans le langage de nombreux professionnels des centres, coûteraient ainsi annuellement 100 000 francs (33 000 euros) à ce centre. Notes issues du cahier de terrain.

refus par les comportements de ces patients, supposés majoritairement rater leur rendez-vous, sans prévenir.

Les rendez-vous non honorés ont été retenus dans les études du « groupe précarité » des centres de santé de Grenoble, comme variable du non-recours, pour deux raisons. D'une part, il s'agissait toujours de s'appuyer sur des données ou des éléments déjà recueillis, ou faciles à recueillir, que chaque professionnel des centres pouvait identifier. D'autre part, ces rendez-vous manqués traduiraient, chez les patients concernés, une gestion au « coup par coup » de leur santé et pourraient entraîner des retards ou des abandons de soins. De cette manière, il s'agit d'envisager le non-recours de manière dynamique, comme une situation évolutive, et non comme un état figé. A notre connaissance, les centres de santé sont les seuls à intégrer cette variable dans la définition du non-recours aux soins.

### ***Conclusion 1.***

Le processus de définition du non-recours aux soins est ainsi un processus empirique. C'est en repartant de variables existantes, utilisées dans le vocabulaire médical mais surtout présentes dans les bases de données relatives à la consommation de soins, que différents acteurs ont pu préciser et décliner ce que recouvrait ce phénomène. Ce faisant, cette notion de non-recours aux soins apparaît avant tout flexible. Les différents acteurs qui s'en saisissent mettent derrière la notion des réalités disparates, allant jusqu'à regrouper un ensemble de comportements ne se réduisant pas à une absence de consommation de soins. Le point commun des logiques englobées derrière la notion de non-recours est de faire référence à des comportements « inadéquats »<sup>95</sup> et décalés à l'égard du système de soins, en quelque sorte éloignés de normes de santé publique implicites ou non.

---

<sup>95</sup> D'après les termes employés par l'Observatoire régional de la santé du Nord Pas-de-Calais (Spinosi, Debeugny, Lacoste et al., 2000).

## **2. RISQUE ET NON-RECOURS**

Les approches du non-recours aux soins renvoient toutes à un rapport problématique entre les (non) usagers et le système de soins, que ce soit lié à un défaut d'observance des traitements prescrits ou à un retard à la consultation par exemple. Un autre point commun à ces approches nous permet de comprendre pourquoi cette question du non-recours a émergé récemment, et ce par le biais d'acteurs hétérogènes. En l'occurrence, c'est l'association avec la notion de « risque » qui donne toute sa force au thème. Elle appuie la conception du non-recours comme un danger pour la santé de l'individu concerné. Nous verrons en l'occurrence de quel type de risque il s'agit, avant de présenter comment cette conception est permise par le développement de l'épidémiologie sociale.

### **2.1. Le non-recours aux soins : entre approche curative et préventive**

Nous avons évoqué jusque-là plusieurs définitions du non-recours, la principale étant l'absence de consultation d'un médecin au cours d'une période donnée. Au sujet de cette dernière approche, nous n'avons pas fait référence à l'état de santé de l'individu identifié en non-recours. Il nous paraît important de soulever cet aspect pour aborder comment le risque de non-recours est traité. Pour cela, nous reprendrons la distinction entre ce qui relève du domaine curatif et du domaine préventif. Elle permet de savoir si le non-recours est envisagé uniquement lorsqu'il y a un besoin de santé à traiter ou à guérir ou si cette notion a été étendue à la prévention des maladies.

#### ***a) L'approche curative du non-recours aux soins***

La principale conception du non-recours, que nous attendions le plus, relève du domaine curatif. Le non-recours concerne alors les situations où une personne n'a pas effectué de soins alors que son état de santé le demandait. Cette approche se retrouve dans plusieurs définitions et usages du non-recours, en étant d'ailleurs déclinée à tous types de soins. Nous la retrouvons par exemple dans le domaine des soins dentaires (Beynet et Menahem, 2002), des maladies chroniques ou des maladies mentales. Pour ces dernières, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) repère, dans sa campagne d'information sur la dépression faite à destination des professionnels de santé, deux difficultés caractéristiques : le « non-recours aux soins et à des traitements

adéquats » et la longueur du délai entre le diagnostic d'un trouble dépressif majeur et la consultation. Pour évaluer le non-recours aux soins, l'INPES réutilise des données d'un Baromètre santé<sup>96</sup> en croisant la consommation ou non de soins au cours des 12 derniers mois et le diagnostic d'un trouble dépressif majeur. Cela permet à l'INPES de faire un constat pessimiste<sup>97</sup> selon lequel « seule une personne dépressive sur cinq serait traitée de façon adéquate au regard des recommandations de bonne pratique actuelles »<sup>98</sup>. Le décalage pointé ici est un décalage entre le diagnostic médical, censé être objectiviste, et le type de recours aux soins mis en place ou non par la personne concernée.

D'autres manières d'aborder le non-recours complètent cette perspective en intégrant également un point de vue subjectif. L'étude « Préalogue » réalisée par l'IRDES entre 1999 et 2000, dont l'objectif était d'analyser l'état de santé et les recours aux soins de consultants de centres de soins gratuits, combine les deux dimensions. L'indicateur « réaction face à un épisode douloureux (recours direct, recours différé, non-recours) » mesure les comportements en fonction de l'état de santé ressenti, tandis que ceux « historique d'un problème ORL détecté pendant la consultation » et « historique d'un problème de peau détecté pendant la consultation (recours, non-recours) » tiennent compte de l'état de santé objectif (Collet, 2001).

Ces approches croisent ainsi les variables relatives aux recours aux soins avec celles des besoins de santé, appréhendés subjectivement et/ou objectivement. Le risque ici pour la personne est alors une stagnation voire une aggravation des pathologies existantes, non prises en charge sanitaire. L'exemple du diabète est significatif. La prévalence de cette maladie est plus forte chez les personnes situées en bas de l'échelle sociale qui, de surcroît, consultent moins souvent de médecins spécialistes mais davantage de médecins généralistes (Romon, Duplin, Fosse et *al.*, 2006). Une enquête auprès de personnes sans-domicile fixe fréquentant les centres d'hébergement d'urgence montrait ainsi leurs risques de complications plus importants (de type maladies cardiovasculaires, troubles oculaires, perte de la sensibilité des pieds et amputation) que pour la population générale (Arnaud,

---

<sup>96</sup> L'INPES publie régulièrement depuis 1992 ce qu'il nomme les Baromètres santé, qui regroupent plusieurs études sur des sujets portés par l'INPES et la CNAMTS notamment (le Baromètre santé sur les cancers, sur la nutrition, etc.). Ces études ont vocation à apporter des connaissances sur les comportements et attitudes des Français à l'égard de la santé. Voir <http://www.inpes.sante.fr>.

<sup>97</sup> Ce constat diffère de beaucoup avec celui de la DREES, dans une étude sur la population ayant un épisode dépressif diagnostiqué mais sans recours aux soins (hormis le soutien relationnel), c'est-à-dire qui ni ne consulte un professionnel, ni ne prend de médicaments, ni ne séjourne dans des structures de soins. Cette population qui ne « se soigne pas » est estimée à un quart des personnes dépressives (Morin, 2007).

<sup>98</sup> INPES, « la dépression et vos patients », disponible sur [http://infos-depression.org/dist/\\_doc/inpes-et-votre-pratique.pdf](http://infos-depression.org/dist/_doc/inpes-et-votre-pratique.pdf).

Fagot-Campagna, Reach, Basin et Laporte, 2008). Les auteurs de l'étude font l'hypothèse que ces risques sont liés à un retard aux soins, à une inobservance ou à une observance partielle des traitements ou encore à un suivi inadapté, et ce cumulés aux conditions de vie aggravant les risques.

### ***b) L'approche préventive du non-recours aux soins***

Une seconde approche du non-recours aux soins, quant à elle, ne tient pas compte de l'état de santé de la personne. Autrement dit, est considérée en non-recours toute personne n'ayant pas consulté sur une période donnée, qu'elle ait ou non besoin de soins. Il s'agit ici d'un non-recours aux soins *préventifs*. Cette approche repose sur la logique de prévention primaire, telle que définie selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS)<sup>99</sup>. Le risque dont il est question ici se situe en amont de l'apparition d'une maladie ou d'une pathologie.

Cette approche se retrouve de manière évidente dans le domaine des soins dentaires et gynécologiques. Nous l'avons évoqué, un ensemble de recommandations insiste sur les bienfaits des visites régulières chez les professionnels de santé, y compris en l'absence de besoins de soins ressentis. A l'âge adulte, l'Assurance maladie préconise par exemple de consulter un dentiste au moins une par an, de manière à observer un ensemble de points de contrôle et à assurer un suivi dans la prévention bucco-dentaire. Pour les soins gynécologiques, la fréquence est la même. La consultation annuelle, par un gynécologue ou un médecin généraliste, permet de traiter à la fois des problèmes gynécologiques et de réaliser des actes de prévention et de dépistage (frottis, mammographie...).

Dans ces deux précédents cas, les normes démontrant l'utilité d'une consultation préventive sont relativement établies et partagées par les professionnels concernés. La situation n'est pas identique pour ce qui relève du médecin généraliste. En effet, en quoi l'absence de consultation de ce médecin pendant un ou deux ans engendrerait-elle des risques pour la santé ? Le rôle du médecin généraliste est rarement perçu, par les médecins comme par les patients, sous l'angle de la prévention. Leurs missions intègrent

---

<sup>99</sup> L'OMS, dans sa distinction devenue classique, définit trois niveaux de prévention : la prévention primaire (empêcher l'apparition d'une maladie), secondaire (dépister de manière précoce les maladies) et tertiaire (éviter les complications ou les risques de rechute de maladies déjà diagnostiquées). Voir [http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ho\\_glossary\\_fr.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ho_glossary_fr.pdf). Une prévention quaternaire a été proposée par la suite par J.A. Bury (1988) ; elle serait dédiée à l'accompagnement des personnes invalides ou en fin de vie.

pourtant ces dimensions : elles apparaissent dans la liste des onze compétences fondamentales de la médecine générale, dans les objectifs du dispositif du médecin traitant et, plus récemment, dans la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST)<sup>100</sup>. Le médecin généraliste devrait alors participer aux actions de prévention et de dépistage, notamment en matière de cancers où la gestion des risques passe par une détection de plus en plus précoce (Ménoret, 2007). Dans la pratique, le modèle dominant reste celui de la médecine curative, modèle favorisé par le mode de rémunération à l'acte des médecins français (Palier, 2008).

Quoi qu'il en soit, nous observons des approches du non-recours aux soins reprenant l'idée d'une consultation préventive. La DREES démontre dans une étude que le fait de disposer d'une complémentaire santé augmente la probabilité de consulter une fois dans l'année. L'enjeu de ce constat est appuyé sur le principe suivant : « la consultation annuelle d'un médecin généraliste, dentiste ou ophtalmologiste est recommandée dans la perspective d'une meilleure prévention des maladies » (Raynaud, 2005 : 9). La position de l'équipe du programme « Précarité – Inégalités de santé » du CETAF n'est pas éloignée de cette dernière assertion. Lors de la recherche NOSAP, des débats ont eu lieu autour du choix des variables définissant le non-recours aux soins et la nécessité ou non d'inclure des éléments portant sur l'état de santé. Plusieurs membres de l'équipe maintenaient l'intérêt de garder la définition du non-recours comme l'absence de consultation durant deux ans, peu importe l'état de santé, au regard d'une logique de prévention.

## **2.2. L'influence du « paradigme épidémiologique » dans la construction du non-recours aux soins**

Les différentes approches et définitions du non-recours oscillent entre une logique curative et une logique préventive. Outre le fait qu'elles illustrent la variété des positions par rapport au thème du non-recours aux soins, elles donnent un sens particulier à ces comportements. Quels qu'en soient les aspects retenus, ils sont représentés comme un facteur aggravant pour la santé, par l'absence de soins appropriés à un moment  $t$  ou par l'absence de prévention sur le moyen ou le long terme.

---

<sup>100</sup> L'article L. 4130-1 de la loi HPST définit notamment, dans les missions du médecin généraliste de premier recours, de « contribuer à l'offre de soins ambulatoires, en assurant pour ses patients, la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé ».

Cette représentation du non-recours aux soins comme un risque sanitaire est accentuée par le traitement statistique qui a accompagné l'émergence de la notion. Outre les études sur la consommation de soins, évoquées précédemment, ce qui retient davantage notre attention est le rôle de l'épidémiologie. Le travail mené sur la question par le programme « Précarité – Inégalités de santé » du CETAF en donne un bon exemple. L'analyse de la composition de l'équipe, dont le profil est proche de l'ensemble du personnel du CETAF, démontre déjà la place dominante de la statistique épidémiologique. Le responsable est un médecin formé dès les années 1980 à l'application de la statistique en santé et à l'épidémiologie, tandis que les chargés de mission ont soit un profil d'épidémiologiste, soit un profil de statisticien. Seule une sociologue qualitative a été recrutée plus tardivement pour compléter l'équipe. Les études les plus récentes réalisées par ce programme permettent ensuite de confirmer le recours dominant à l'approche épidémiologique. Elles croisent le non-recours aux soins à d'autres indicateurs concernant l'état de santé (état de santé perçu, caries dentaires, déficit auditif, la maigreur ou l'obésité...) et les caractéristiques sociodémographiques (à partir des 11 questions du score EPICES). Cette même méthode est appliquée à différentes populations comme les jeunes en insertion (Labbe, Moulin, Sass et *al.*, 2007) ou les travailleurs en situation de vulnérabilité (Moulin, Labbe, Sass et Gerbaud, 2009), en les comparant à une population de référence. De cette manière, plutôt qu'en termes de « prévalences », les études établissent des « risques relatifs » de non-recours. Elles mesurent par exemple la probabilité pour un individu d'être en non-recours aux soins lorsqu'il appartient à une catégorie précise par rapport à la population de référence. Les hommes allocataires du RMI ont ainsi 2,83 fois plus de risques d'être en non-recours aux soins que les hommes définis comme non précaires alors qu'ils présentent des indicateurs de santé moins bons (Moulin et *al.*, 2005).

Le CETAF, dans ses études, rappelle bien qu'il ne s'agit ici que d'une association statistique et non d'un lien de causalité entre ces variables. Toutefois, ce rappel méthodologique n'empêche pas le changement de regard provoqué par l'épidémiologie. Ainsi que Jean-Pierre Dozon et Didier Fassin le proposent, « l'identification d'un facteur de risque ne procède pas simplement d'une mise en statistique du réel, elle implique également des présupposés à travers lesquels le monde social est déchiffré et interprété » (Fassin et Dozon, 2002 : 8). Des hypothèses de causalité entre moindre recours aux soins et état de santé dégradé, partant des constats statistiques, sont fréquemment avancées. Citons l'étude « Précalog » de l'IRDES, déjà mentionnée, qui avance ainsi qu'« à travers les

parcours et expériences de la précarité, les comportements et représentations du corps, de la maladie, des soins ou encore des institutions sociomédicales peuvent se trouver profondément modifiées. Lorsque ces attitudes s'expriment sous la forme de retard ou de renoncement à recourir aux soins, de moindre écoute du corps ou de plus grandes prises de risque, elles agissent de manière interactive sur l'état de santé et le degré de précarisation des individus » (Collet et *al.*, 2006 : 2). Les « tentations causales » (Descarpentries, 2007) apparaissent dans la manière dont les résultats des études statistiques<sup>101</sup> et épidémiologiques sont analysées ; tentations se traduisant par le glissement d'une association statistique entre plusieurs variables à des relations de causalité.

L'émergence de la problématique du non-recours aux soins comme un risque est ainsi accentuée par l'usage du « paradigme épidémiologique » développé par Patrick Peretti-Watel (2004). Selon ce sociologue, l'une des évolutions sociétales contemporaines et majeures repose sur l'augmentation – ou la « prolifération » selon ses termes – des « conduites à risque », touchant l'ensemble de la sphère sociale. Il explique ce processus non pas par des mécanismes psychosociaux comme les sentiments de malaise ou d'angoisse (Pommereau, 2005), ni par le développement d'une « culture du risque » (Furedi, 2002), mais par le développement de l'épidémiologie. Cette science, à partir du moment où elle a été appliquée à l'étude des comportements humains, a participé à l'extension des facteurs de risque censés être objectifs. Autrement dit, il se dessine une « toile des causes » biologiques au centre de laquelle est placé l'individu. Dès qu'un facteur de risque renvoie à un comportement ou s'en approche, une nouvelle « conduite à risque » est constituée. Ce sont bien les conduites qui sont étiquetées comme déviantes, impliquant que la « source du risque est de plus en plus recherchée au niveau des individus » (Peretti-Watel, 2005 : 6-7) et non au niveau de l'environnement sociétal (Beck, 2001). Les risques ainsi représentés sont avérés ou simplement potentiels. Cela est sous-tendu par un raisonnement probabiliste, l'un des traits caractéristiques de l'épidémiologie moderne (Berlivet, 2001), et ce sans que les controverses scientifiques ne soient closes. Le nombre de facteurs de risques se développe aussi au rythme des recherches en santé publique, dont les résultats sont difficilement généralisables et suscitent de nombreux débats les

---

<sup>101</sup> Les études statistiques sont en effet visées aussi ici. L'exemple d'une étude sur les affections de longue durée (ALD) des bénéficiaires de la CMU le démontre. Elle soumet, comme explication de la surmortalité de ces bénéficiaires en ALD par rapport à la population générale, leur « moindre recours aux soins appropriés (dépistage plus tardif) à la fois pour des raisons économiques et culturelles (orientation dans le système de soins) » (Païta, Ricordeau, de Roquefeuil et al., 2007 : 4).



validant ou les invalidant tour à tour. Ce fait s'observe au sujet des controverses importantes sur le rôle joué réellement ou non par le système de soins sur la santé ou, plus récemment, sur l'efficacité des dépistages de cancers<sup>102</sup>.

Appliqués au non-recours aux soins, les facteurs de risques se situent du côté des comportements de l'individu, des mauvais ou des non-usages que ce dernier fait du système de soins. Par défaut<sup>103</sup>, il en ressort l'idée que tout recours aux soins serait positif – ce qui est loin d'être démontré – et ainsi que le risque se trouverait seulement du côté de ceux qui ne font pas la démarche de se soigner ou qui ne peuvent le faire.

### **2.3. Le non-recours aux soins, un symptôme de la médicalisation de la société**

La question du non-recours aux soins, dans ses différentes formulations, est ainsi rattachée à la notion de risque objectif. Oscillant entre une approche curative et une approche préventive, elle concerne alors autant les individus en mauvaise santé que ceux en bonne santé. Cela induit un changement de regard, celui-ci s'élargissant ainsi des malades aux personnes asymptomatiques, tout au long d'un *continuum* aux bornes indéfinies. Cette dernière idée est très clairement exprimée dans le rapport d'André Flajolet, publié en 2008 et portant sur « les disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire ». Ce député préconise, pour répondre à l'enjeu majeur des « populations éloignées du système de santé », de développer une prévention globale. Celle-ci reposerait sur « une gestion active et responsabilisée du patrimoine santé dans tous les aspects de la vie pour un *continuum* prévention soin » (Flajolet, 2008 : 50). Plus précisément, ce *continuum* « engloberait la santé dans son ensemble de l'apprentissage progressif depuis l'enfance de sa capacité à gérer sa santé, à se faire soigner au bon moment, à la réinsertion post maladie et, ultimement, jusqu'aux soins palliatifs » (Flajolet, 2008 : 66).

---

<sup>102</sup> Un cas emblématique concerne le dépistage des cancers. Le dépistage systématique, précoce, est organisé sur le plan national, bien que des incertitudes subsistent sur l'efficacité des tests et leur éventuelle contre-productivité (en conduisant à un surdiagnostic de cancers indolents, qui ne se seraient jamais traduits de manière symptomatique, ou en engageant des traitements incertains...). Une contribution récente à ce débat a été apportée par Gilbert H. Welch (2005).

<sup>103</sup> Marcel Calvez insiste bien sur le fait que les débats sur le risque dans le domaine de la santé publique sont aussi importants, voire plus, pour ce qu'ils présupposent par défaut. Les débats sur le Sida et l'homosexualité que ce sociologue observe reposent sur le présupposé que les hétérosexuels, blancs de surcroît, ne sont pas concernés par les risques (Calvez, 2001).

Le constat selon lequel le non-recours illustre la tendance à concevoir la santé dans un *continuum* soin/prévention (et derrière le *continuum* santé/maladie) mérite l'attention, au-delà de son caractère factuel. Il permet de soulever une dimension importante qui sous-tend l'émergence du problème du non-recours aux soins. Cette dernière ne se comprend que replacée dans un contexte de médicalisation de la société, dont elle paraît être le symptôme à de multiples égards.

Les principaux travaux sur ce qui est appelé la « médicalisation » de la société datent des années 1970 et ont été principalement effectués par des historiens ou des sociologues. Le processus, quant à lui, prendrait ses sources bien avant, dès le 19<sup>e</sup> siècle (Faure, 1998) et s'intensifierait à la fin du 20<sup>e</sup> siècle. Nombreux sont les constats de son extension dans l'ensemble des pays développés, évoquant l'avènement d'une « ère de la médicalisation » (Aïach et Delanoë, 1998) et de la « promotion de l'*homo medicus* » (Peretti-Watel et Moatti, 2009 : 9). Plusieurs facteurs expliquent ce processus. Les recherches qui lui sont consacrés mettent en avant le rôle du progrès technique dans le domaine médical, la mise en place de l'Etat-providence ou encore la montée de la valeur santé. Derrière ce constat partagé, la notion de médicalisation est utilisée pour traduire des évolutions sociétales différentes, devenant un concept aux multiples dimensions (Ballard et Elston, 2005). Pierre Aïach, qui a co-édité avec Daniel Delanoë un des ouvrages importants sur la question en France, observe quatre témoins principaux de la médicalisation : l'extension du domaine médical (évoquée dans les thèses sur le « contrôle social » effectué par les médecins sur le corps des individus), l'extension du champ de compétence de la médecine (le regard médical étant sollicité sur des questions d'exclusion sociale, de scolarité, etc.), la « santéisation » de la société (en référence au néologisme « healthism »<sup>104</sup> qui renvoie à la place centrale de la valeur santé) et enfin la pathologisation croissante de l'existence (c'est-à-dire la propension à déclarer davantage de maladies ou de troubles).

L'émergence de la question du non-recours aux soins, oscillant entre l'aspect curatif et préventif, renoue avec deux dimensions de la médicalisation. Isolons tout d'abord la question du non-recours aux soins curatifs. Elle rejoint le premier témoin de la médicalisation évoqué par P. Aïach, relatif à « l'expansion du corps médical et l'utilisation par les individus des services de santé mis à leur disposition » (Aïach, 1998 : 21). Selon ce sociologue, qui reprend les premiers travaux sur la médicalisation (développée notamment par Ivan Illitch dans son ouvrage sur la « Némésis médicale », en 1975), cette dernière

---

<sup>104</sup> Se reporter plus particulièrement aux travaux de Robert Crawford (1980).

peut être observée statistiquement par l'accroissement de l'offre de soins (le nombre de professionnels de santé) et de la demande de soins (la consommation médicale). Les facteurs explicatifs de cette augmentation de la demande, outre les facteurs habituellement avancés (mise en place d'une assurance maladie, vieillissement de la population...), puiseraient directement leur source dans le processus de médicalisation. En effet, celui-ci diffuse l'idée qu'« être malade, c'est être un « soigné » : le diagnostic, les prescriptions du médecin, les examens et les traitements auxquels le patient se soumet, conditionnent sa guérison mais aussi rythment et structurent sa perception et son expérience de la maladie » (Adam et Herzlich, 2003 : 36). Ainsi, la logique médicale – nommée par Philip M. Strong « l'impérialisme médical » (Strong, 1979) – qui demande à s'adresser à un professionnel de santé au moindre doute est alors perçue comme un progrès. En ce sens, le non-recours aux soins curatifs est à contre-courant de ce mouvement, renforçant de la sorte l'idée de risque. Ne pas participer à cette évolution, que ce soit en consultant rarement un médecin ou encore en n'adhérant pas aux dispositifs ou à « l'idéologie de la prévention » (d'après les termes de P. Aiach), relève d'une déviance, sur laquelle il convient d'intervenir.

Une seconde dimension nous permet de dire que le non-recours aux soins est un symptôme de la médicalisation. Il s'agit, en reprenant la typologie de P. Aiach, de celle relative à la médicalisation de la vie. Elle repose sur la définition extensive de la santé – dont la définition proposée par l'OMS en est le symbole – élargissant les niveaux de risque de l'individu sain jusqu'au malade avéré et passant ainsi d'une perspective clinique (où la « santé » était distincte de la « maladie ») à une approche épidémiologique fondée sur la distribution de variables continues. Autrement dit, cela signifie une nouvelle approche du couple santé/maladie, que nous observons avec le rapprochement entre les domaines curatifs et préventifs dans le cas du non-recours aux soins. Auparavant bien distinct, ce couple santé/maladie s'exprime maintenant sous l'angle d'un continuum. Le récent travail de J. Collin permet d'éclairer ce passage qu'elle nomme la « transition épidémiologique », reflétée par un « changement du regard médical, allant du chevet du malade à la sphère publique et de la clinique à la surveillance des populations normales » (Collin, 2007 : 101). Elle appuie son analyse sur l'évolution historique de trois maladies (l'hypertension, la dysfonction érectile et la dépression) qui démontrent toutes le développement de la « quête du mieux que bien ». Concrètement, cela a un impact sur le champ d'action de la médecine qui se trouve élargi. Il passe ainsi de la réparation et du contrôle de la maladie

chronique au rétablissement fonctionnel en passant par l'amélioration des potentialités de l'individu (*enhancement*).

## **Conclusion 2.**

Le non-recours aux soins émerge ainsi dans un contexte où le « risque » se diffuse, à différents domaines et sous différentes formes. En l'occurrence, il est accolé au risque sanitaire, entendu à travers ses déclinaisons comme « facteur de risque » ou « comportement à risque ». Le risque est au centre de ce qui constitue l'intérêt porté aux populations en marge du système de soins<sup>105</sup>, que ces dernières aient ou non des besoins de soins. Les acteurs qui s'intéressent à ces situations mobilisent l'argument du risque à un moment ou un autre, notamment en l'objectivant *via* l'usage du paradigme épidémiologique. Donner une telle dimension au non-recours aux soins fait pleinement entrer cette question dans le registre de la santé publique. Celle-ci – et par là les professionnels qui en composent le champ – trouve en effet sa légitimité dans l'observation, la prévention puis la gestion des risques. Avec son regard historique, Georges Vigarello note à ce titre que « la révolution de l'épidémiologie », fondée sur l'objectivation des facteurs de risques, au plus près de l'individu, a bouleversé dès la moitié du 20<sup>e</sup> siècle la manière de considérer la santé ; il constate que, dorénavant, « c'est à épier ces facteurs de risque que s'oriente le régime de vie : adapter le comportement aux menaces individuelles et chiffrées » (Vigarello, 1993 : 305).

Les implications sont doubles, si nous reconnaissons avec D. Fassin que « faire de la santé publique, c'est ainsi – pour le meilleur et pour le pire – changer à la fois notre regard et notre intervention sur le monde » (Fassin, 2008 : 13). Son propos rejoint, d'une part, ce que nous venons d'aborder sur l'élargissement du regard des individus sains, asymptomatiques, aux individus malades ou à risque de l'être. La figure qui ressort des personnes concernées par le non-recours aux soins est celle d'individus souffrants ou

---

<sup>105</sup> Un récent exemple a pu être donné dans les débats sur les risques de pandémie grippale, liés à la grippe A(H1N1). L'une des questions soulevées était celle des dispositifs d'information et de prévention à mettre en place pour toucher les populations en marge du système de santé, telles que les SDF (ASH, 2009). L'objectif sous-jacent reposait sur un souci de protection de leur santé mais également de protection de la santé de l'ensemble de la population. Cette ambiguïté, ainsi que l'opportunité de « lever contre l'exclusion » que représente la lutte contre la pandémie grippale, a été bien analysée par Jean-Claude Ameisen (2007). Plus généralement, nous pouvons faire l'hypothèse que l'intérêt porté au non-recours aux soins tient à la volonté de protéger la santé des individus qui sont concernés directement mais également celle de l'ensemble de la population. Toutefois, peu d'éléments empiriques nous permettent de traiter cette hypothèse.

vulnérables. Et, d'autre part, D. Fassin nous invite à comprendre en quoi cette modification du regard induit une modification dans les modes d'intervention en santé publique. C'est ce que nous allons traiter en analysant la manière dont les incitations à cibler ces interventions sur les « populations éloignées du système de santé » ont contribué à l'émergence du non-recours aux soins.

### **3. CONSTRUCTION DES « POPULATIONS A RISQUE » DE NON-RECOURS AUX SOINS**

L'observation d'une approche probabiliste du risque de non-recours aux soins nous amène à envisager une autre dimension. Aborder en ces termes le phénomène entraîne, par cette construction, la qualification de populations davantage exposées que d'autres à ces situations. Or, jusqu'à présent, dans cette partie, nous n'avons fait que très peu mention des populations concernées par le non-recours ou, plus précisément, de celles mises au centre des regards.

Nous verrons que les populations désignées à risque sont principalement caractérisées sur le plan social. Il s'agit presque uniquement des populations « précaires ». Nous tenterons alors d'analyser les raisons de cette focalisation sur ces dernières, avant de voir ce que cela engendre comme conséquence dans les représentations des enjeux du non-recours aux soins.

#### **3.1. Les populations précaires emblématiques des « populations à risque »**

Analyser quelle est la figure au centre des discours sur le non-recours aux soins nous amène vite à un constat simple, mais central. Il n'est pas difficile d'observer que les débats publics, les études et autres travaux de recherches évoquant le non-recours aux soins traitent principalement d'une même population. De la même manière que pour le non-recours aux droits sociaux, un consensus existe sur le fait que ce phénomène toucherait principalement les populations socialement désavantagées, qualifiées davantage de « précaires », de « fragiles » ou de « vulnérables » que de « pauvres »<sup>106</sup>. Il s'agit bien

---

<sup>106</sup> Nous soulignons ici que l'usage tour à tour de ces qualificatifs ne signifie pas qu'ils sont équivalents pour nous, en termes de réalité sociologique. Ils sont notés ici pour présenter comment les acteurs se saisissant du non-recours nomment les populations concernées.

d'un consensus dans le sens où, quelle que soit la position adoptée face au phénomène, la grande majorité des acteurs mentionnant le non-recours aux soins le fait en traitant précisément de ces populations-là. Les exemples pris précédemment pour présenter l'émergence du non-recours aux soins le démontrent bien, que ce soit l'investissement de la thématique par le programme « Précarité – Inégalités de santé » du CETAF, l'ONPES ou, entre autres, par des chercheurs de l'IRDES travaillant précisément sur ces populations.

Nous allons examiner trois hypothèses pour expliquer en quoi l'émergence du non-recours aux soins se conçoit plutôt comme l'émergence du non-recours aux soins « des populations précaires ».

***a) Populations éloignées du système de soins et populations précaires : une représentation sociale dominante***

La première des hypothèses repose sur une variable centrale, celle des représentations sociales. Par là nous entendons tout ce qui relève du « savoir de sens commun, socialement élaboré et partagé, construit pour et par la pratique et qui concourt à la structuration de notre réalité » (Ferréol, 1996 : 242). Les discours permettent d'accéder, d'un point de vue sociologique, au contenu de ces représentations sociales. Ils en sont également l'un des vecteurs. Or les populations pauvres ou précaires en sont un objet privilégié (Thomas, 1997), y compris de la part des acteurs du champ sanitaire. D. Fassin et J.P. Dozon voient, dans cette production de discours sur les populations disqualifiées, l'un des traits caractéristiques de la santé publique (Fassin et Dozon, 2001). Cette dernière, rappellent-ils à juste titre, ne répond pas qu'à un postulat positiviste (qui voudrait que ses interventions soient fondées sur des faits scientifiques, censés être objectifs) mais est mise en œuvre selon des croyances, des normes et valeurs partagées par les acteurs de ce champ. Ces auteurs insistent sur l'importance de saisir la santé publique en tant que culture, déclinant celle-ci entre les « cultures politiques de la santé publique » puis les « politiques culturelles de la santé publique ». La santé publique comme fait de culture rencontre dans son exercice d'autres cultures, que celles-ci s'appuient sur une caractéristique géographique ou sociale. D. Fassin et J.P. Dozon énoncent alors que « la distance culturelle supposée ne tient cependant pas aux seules différences liées à l'origine géographique, elle opère aussi sur la base des inégalités sociales : ainsi, les milieux populaires ou pauvres sont-ils vus comme particulièrement rétifs au discours sanitaire ». Ils poursuivent en insistant sur l'importance des représentations

sociales : « pour autant, on n'a pas affaire à des cultures déjà constituées, celles des populations africaines ou des catégories précaires, mais bien à des constructions sociales qui se cristallisent dans la rencontre entre la santé publique et ses « publics » » (Fassin et Dozon, 2001 : 10).

De nombreux discours portant sur les populations précaires, dans leur rapport au système de soins, les représentent sous l'angle de leur surconsommation et leurs abus supposés. La CMU est par exemple pointée du doigt par des acteurs politiques ou des professionnels de santé pour ses conséquences déresponsabilisantes, censée provoquer une consommation de soins superflue du fait de l'absence de paiement. La sous-consommation ou la non-consommation de soins de ces populations fait également l'objet de discours. En l'occurrence, elle est perçue comme étroitement corrélée à leur situation sociale. Nous pouvons reprendre les propos de C. Deschamps dans le débat public intitulé « comment aller chercher les personnes les plus éloignées du système de santé », dont est issu l'un des extraits utilisés en introduction. Elle fait le lien explicite entre la situation sociale et « l'éloignement du système de santé », en commençant son intervention de la sorte : « il est impossible de répondre rapidement à une telle question. En effet, les personnes les plus éloignées du système de santé sont souvent les plus pauvres et je n'arrive pas à parler de la pauvreté en quelques minutes » (Deschamps, 2008 : 1). Cet exemple, identique aux discours entendus par ailleurs lors de l'enquête de terrain<sup>107</sup>, est illustratif du lien de causalité explicite ou implicite qui est établi entre la précarité, d'un côté, et une position et un usage particuliers à l'égard du système de soins, de l'autre.

Ce constat est important pour comprendre pourquoi l'émergence du non-recours aux soins s'est accompagnée d'une focalisation sur ces catégories sociales. Il n'est toutefois pas nouveau. L'un des rapports publics les plus cités sur la précarité et la santé, réalisé par le HCSP en 1998, écrivait ceci à propos de l'exclusion, terme utilisé à l'époque pour qualifier la question sociale : « l'exclusion pose bien d'autres problèmes que la seule absence de ressources financières qui peut toujours être compensée par différentes formes d'assistance. Le problème essentiel est que l'exclusion est intimement liée à des sentiments d'inutilité sociale et de dévalorisation de soi qui entraînent une intense souffrance psychique et la difficulté à s'insérer dans un tissu relationnel. C'est également cette souffrance qui conduit au renoncement y compris des soins à son propre corps et

---

<sup>107</sup> Dans l'entretien avec D. Lagabrielle, qui fut auparavant médecin et responsable du « groupe précarité » à l'AGECSA, celui-ci faisait du non-recours aux soins « *l'expression d'une vulnérabilité sociale* ».

finalement à l'adoption de comportements pathogènes qui aggravent une vulnérabilité souvent déjà importante aux maladies organiques et psychiques » (HCSP, 1998 : 46).

Ainsi, les regards et les discours sont orientés vers le non-recours des populations socialement disqualifiées, le non-recours étant l'un des symptômes de ces déficits d'avoir, de savoir et de pouvoir qui caractériseraient la pauvreté et les inégalités (Bihl et Pfefferkorn, 2008).

### ***b) Le lien entre niveau social et (non-)recours aux soins dans les études statistiques***

Notre première hypothèse met l'accent sur l'importance des représentations de la pauvreté ou des cadres cognitifs préalables à l'émergence du non-recours aux soins autour d'une figure précise. La seconde est articulée à cette hypothèse en analysant les études qui croisent la consommation de soins, sous ses différentes natures (recours au médecin généraliste, spécialiste, hospitalisation, soins de prévention...), avec des variables sociodémographiques. Nous nous arrêtons particulièrement sur les études mesurant la consommation de soins puisque, tel que nous venons de le voir, une grande partie des approches du non-recours aux soins repose sur leur exploitation secondaire, à travers la variable du nombre de consultation de médecin au cours des 12 derniers mois. Dans ce sens, nous pensons qu'elles peuvent favoriser certaines représentations du problème plutôt que d'autres.

Deux sources principales de données ont démontré dès les années 1980 et 1990 les disparités et inégalités de consommation de soins en fonction de la catégorie sociale. La première provient de l'enquête annuelle sur la santé et la protection sociale, menée depuis 1988 par le CREDES – qui rappelons-le est connu actuellement sous le nom de l'IRDES. Les questionnaires et entretiens comportent des questions sur la consommation de soins, les traitements médicamenteux, la protection maladie ou, entre autres, l'état de santé. Andrée et Arié Mizrahi, deux directeurs de recherche au CREDES, ont exploité ces données et mené plusieurs études sur les inégalités d'accès aux soins. Ils différencient à juste titre ces dernières des disparités d'accès aux soins, les inégalités mesurant des différences d'accès aux soins, selon la catégorie sociale par exemple, en fonction de besoins de soins égaux. Une de leurs études publiée en 1991 avec Thérèse Lecomte, sur *Les bénéficiaires du RMI fréquentant les centres de soins gratuits*, évoquait explicitement la question des « motifs



de non-recours au système de soins ordinaire » (Lecomte, Mizrahi et Mizrahi, 1991 : 7). D'autres de leurs études pointaient le rôle du milieu social ou de la profession dans les inégalités de consommation de soins, de même que les difficultés financières d'accès aux soins qui se sont accrues à mesure que la part du financement public dans les dépenses de santé baisse (Mizrahi et Mizrahi, 1998).

La seconde source de données sur les consommations de soins est celle de l'enquête décennale sur la santé et les soins médicaux, menée par l'INSEE depuis 1960. Plusieurs de ses questions portent sur les nombres de recours au médecin généraliste, au dentiste, les dépenses individuelles de santé et l'état de santé. Plus particulièrement, Pierre Mormiche, exploitant ces données pour analyser les inégalités et disparités de recours aux soins, considère que « la fréquence des séances de médecins fournit un bon indicateur synthétique de l'accès aux soins ambulatoires » (Mormiche, 1993 : 46). Une mention est faite au retard aux soins ainsi qu'aux « motifs de non-recours au dentiste » (Mormiche, 1993 : 50). Là aussi la démarche du chercheur est d'alerter quant aux conséquences des réformes du système de soins sur les disparités de recours aux soins. Constatant entre 1980 et 1991, c'est-à-dire dans un contexte d'extension de la couverture complémentaire, l'existence d'une « minorité résiduelle » qui ne dispose pas de cette dernière (principalement des ouvriers non qualifiés et des chômeurs), P. Mormiche avance que : « la question se pose de savoir si à terme une minorité cumulant de faibles ressources, des conditions de vie peu favorables à un bon état de santé et des remboursements de soins inférieurs ne va pas demeurer à l'écart du système mutualiste ou assurantiel privé » (Mormiche, 1995 : 6). Il conclut ainsi son analyse : « alors que jusqu'en 1980 il semblait que toutes les catégories de la population acquéraient progressivement une attitude plus négative à l'égard de la santé, y compris au stade de la prévention, la pression qui se manifeste aujourd'hui sur les revenus et les dépenses pour les consommateurs, et sur l'équilibre des régimes maladie, peut faire craindre un retour en arrière pour une minorité croissante de personnes très démunies » (Mormiche, 1995 : 17).

D'autres études sur la consommation de soins se sont cumulées à celles du CREDES et de l'INSEE, de manière plus ponctuelle, à l'image de celles du CREDOC. Que nous apprennent toutes ces études ? Tout d'abord, elles s'accordent pour démontrer que, « au-delà de l'influence de l'âge, du sexe et de l'état de santé, les caractéristiques socioéconomiques et le bénéfice d'une assurance maladie complémentaire influent sur la consommation de soins » (Raynaud, 2005 : 1). Plus précisément, c'est la nature des soins

qui diffère le plus en fonction de la catégorie socioprofessionnelle, du revenu et du niveau d'éducation. Si les ouvriers ont davantage de dépenses de santé que les cadres, il reste que la structure de consommation n'est pas la même. Les premiers ont principalement recours aux soins hospitaliers, tandis que les seconds consomment plus de soins spécialistes et initient davantage de démarches de prévention. Les soins spécialistes et techniques, au premier plan desquels se trouvent les soins dentaires (Azogui-Lévy et Rochereau, 2005) et ophtalmologiques, sont ceux où les disparités sont les plus fortes. Cette tendance est majoritairement la même d'une étude à l'autre, en France comme dans les pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) (van Doorslaer, Masseria et Koolman, 2006), quel que soit le type de variables retenues pour définir le statut ou le niveau socioéconomique d'un individu (catégories socioprofessionnelles, revenus, statut administratif, etc.).

Le constat de disparités dans le recours aux soins spécialistes, et plus généralement celui des différences qualitatives de consommations de soins selon les groupes sociaux, est ainsi partagé quelles que soient les études. Il n'en est pas de même pour les soins généralistes ; les comparaisons internationales menées dans le cadre du projet européen « Ecuity »<sup>108</sup> démontrent *a contrario* que, dans certains pays, la probabilité de consulter un médecin généraliste est plus grande pour les groupes sociaux disposant de faibles revenus que pour les autres (van Doorslaer, Koolman et Jones, 2002). Plusieurs études portant uniquement sur le cas français démontrent une très faible disparité dans le recours aux médecins généralistes. L'écart est par exemple mince dans la probabilité d'avoir consulté un médecin généraliste au cours des douze derniers mois entre les immigrés étrangers (80,6%), les immigrés naturalisés (83,5%) et les Français de naissance (84,7%), contrairement à la consultation d'un spécialiste (Dourgnon, Jusot, Sermet et Silva, 2009). Le constat est le même dans une enquête sur la population générale de l'INSEE (de Saint Pol, 2007). Elle établit que 21% des individus de moins de 50 ans ayant les revenus les plus bas n'ont pas consulté de médecin généraliste au cours de l'année précédente, contre 17% pour le reste de la population du même âge. L'écart est plus net concernant la consultation d'un médecin spécialiste (53% contre 40%) et touche également le suivi des enfants (58% contre 41%).

---

<sup>108</sup> Le projet Ecuity a pour objectif général d'analyser les inégalités et les iniquités en matière de santé et de soins médicaux. Voir <http://www2.eur.nl/ecuity/>.

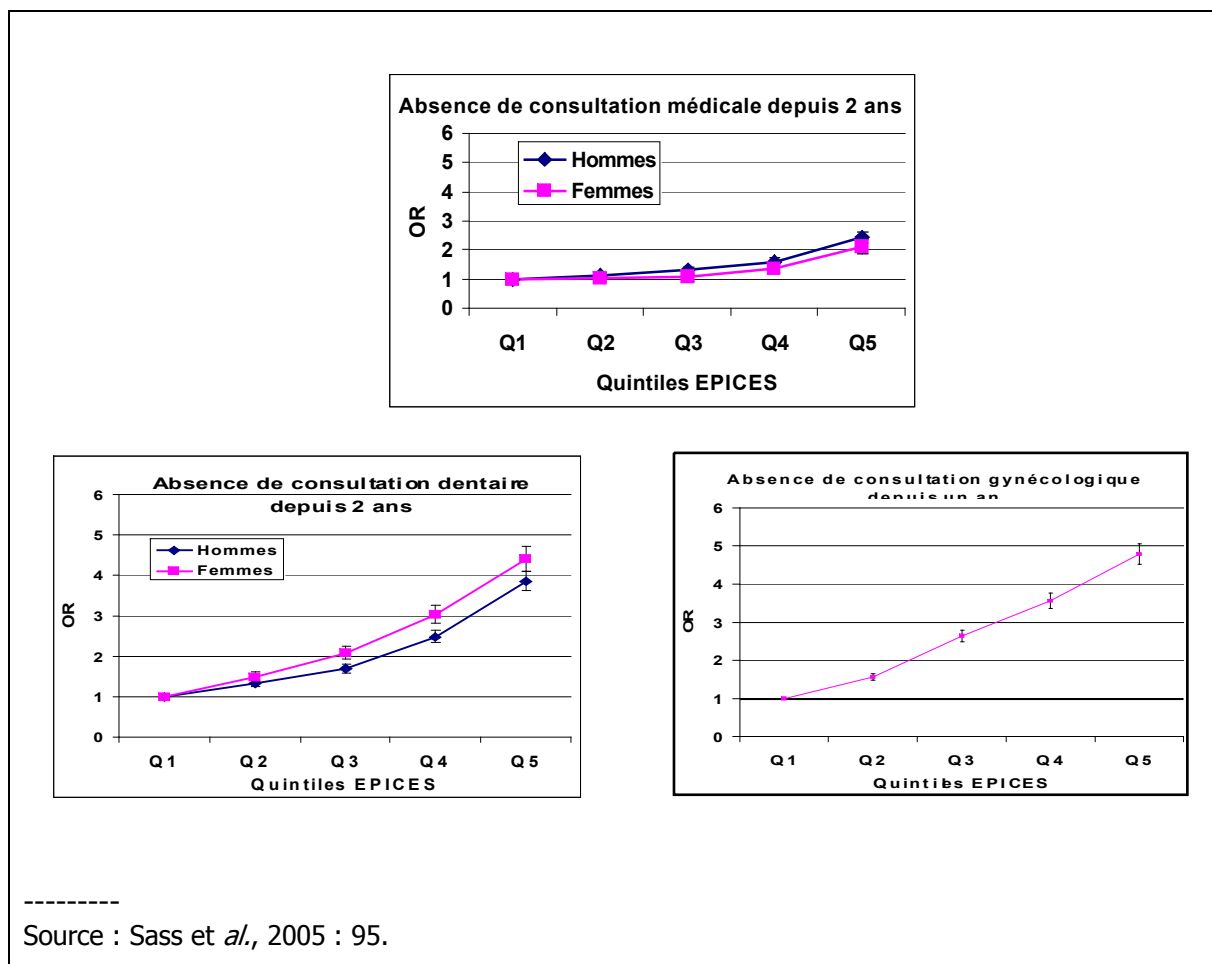
Pour autant, les études s'intéressant spécifiquement au non-recours aux soins constatent des disparités sociales plus importantes en la matière, voire en font un phénomène propre à la précarité sociale. L'étude « Préalogue » de l'IRDES indique que la probabilité d'adopter une logique de refus de soins est d'autant plus grande que l'individu cumule les « facteurs exogènes et endogènes de la précarité » (absence de couverture sociale, être sans emploi, déclarer avoir eu des problèmes dans l'enfance...), tels que les auteurs les nomment (Collet et *al.*, 2006). L'une des explications de ce décalage entre études peut venir du choix des variables de non-recours aux soins. C'est tout du moins de cette façon que nous pouvons analyser les études effectuées par le CETAF sur sa base de données. En retenant la période de deux ans sans consultation, elles mettent davantage en évidence ce phénomène chez les populations en bas de l'échelle sociale<sup>109</sup>. Les relations statistiques sont en effet nettes. Prenons les études croisant les variables relatives aux comportements de soins avec la définition initiale de la précarité selon le CETAF, qui regroupe cinq catégories socio-administratives (chômeurs, bénéficiaires du RMI, titulaires d'un CES, personnes SDF, jeunes 16-25 ans en insertion professionnelle). Parmi les personnes de 16 à 59 ans, la probabilité d'être en non-recours aux soins est de 29,66% chez les SDF, de 15,42% chez les bénéficiaires du RMI, de 13,73% chez les jeunes 16-25 ans en insertion professionnelle, de 13,50% chez les titulaires d'un CES et de 11,01% chez les chômeurs. Elle est par contre seulement de 5,07% chez les non précaires (Moulin et *al.*, 2005). La manière actuelle dont le CETAF définit la précarité, à partir du score EPICES, donne un autre éclairage. Cet indicateur individuel de précarité, multivarié, est davantage associé au non-recours aux soins que la définition précédente de la précarité. Autrement dit, il permet « d'identifier des populations socialement et/ou médicalement fragilisées qui ne sont pas repérées par les critères socio-administratifs habituels » (Sass, Guéguen, Moulin et *al.*, 2006 : 520). Le score EPICES, en positionnant un individu sur un « axe précarité », matérialise un *continuum* dans la probabilité d'être en non-recours aux soins. Peu importe leur situation, les différentes populations sont toutes concernées par le non-recours, mais dans des proportions variables. Les taux de non-recours diffèrent en effet progressivement d'une population à l'autre, selon les quintiles du score EPICES (voir encadré 6 ci-dessous). Cela est d'autant plus important que le CETAF a démontré, chez les hommes, une association statistique entre le non-recours au médecin généraliste et au

---

<sup>109</sup> De la même manière, la représentation statistique du phénomène de non-recours serait sûrement différente si elle associait d'autres variables que l'absence de consultation au cours des deux dernières années. Pensons par exemple à la question de l'inobservance thérapeutique qui, *a priori*, semble concerner une large partie de la population.

dentiste et, chez les femmes mais de manière moins marquée, le non-recours au médecin généraliste, au dentiste et le non-suivi gynécologique (Gutton, 2006).

### Encadré 6 : Les taux de non-recours aux soins en fonction des quintiles du score EPICES



Le non-recours aux soins s'avère ainsi être corrélé au statut social des individus. L'étude NOSAP permet de distinguer d'autres déterminants du non-recours aux soins. La comparaison entre les six populations d'actifs précaires et une population non précaire confirme à nouveau le gradient social dans la prévalence du non-recours aux soins. Ce dernier s'étend des jeunes en insertion et des bénéficiaires de la CMU jusqu'à la population de référence, non précaire. Toutefois, malgré cette différence de fréquence, le phénomène est associé aux mêmes variables, quelle que soit la population considérée. Le traitement statistique de la base RAIDE du CETAF démontre que la variable la plus influente est l'absence de complémentaire santé<sup>110</sup>. Le risque relatif de non-recours est 1,7 à 2 fois plus

<sup>110</sup> Ce constat se retrouve dans la majorité des études sur la consommation de soins, selon lesquelles « couverture santé et recours aux soins sont liés » (Marical, de Saint Pol, 2007 : 3).

élevé quand les personnes sont sans complémentaire santé que lorsqu'elles ont une mutuelle complémentaire. Le genre a également une influence. Les taux de non-recours au médecin et au dentiste diffèrent entre hommes et femmes, quelle que soit la population considérée. Les hommes sont systématiquement plus exposés que les femmes au non-recours, surtout lorsqu'ils ont un faible support relationnel. Enfin, et c'est le constat principal de cette étude, le non-recours aux soins renvoie fortement à l'isolement des personnes et à la faiblesse de leur support social, que les populations d'actifs précaires travaillent ou pas. Sur ce plan, les analyses multivariées réalisées pour rechercher les variables socioéconomiques associées aux différents types de non-recours pour les populations d'actifs précaires mettent nettement en évidence des relations entre le non-recours et le fait de « ne pas vivre en couple », de « ne pas avoir de contact avec la famille », de « ne pas pouvoir être hébergé » ni « aidé financièrement en cas de besoin ». Ce n'est pas tant la précarité du travail ou de l'emploi qui augmente la possibilité de non-recours que la faiblesse des liens sociaux et des solidarités qui leur permettraient de s'intéresser à leur santé. Le non-recours ne renverrait donc pas seulement à la situation par rapport à l'emploi (ou au non-emploi), mais aussi plus largement à l'affaiblissement des protections rapprochées (familles, amis) qui est la caractéristique d'un processus de « désaffiliation »<sup>111</sup>. Ainsi, cette étude démontre que le non-recours présente des caractéristiques qui dépassent la précarité ou la non-précarité du travail ou de l'emploi, renvoyant à des variables socioéconomiques liées aux conditions d'existence des individus.

### ***c) Les conséquences du développement du ciblage***

Nous avons fait une troisième hypothèse pour comprendre l'émergence du non-recours aux soins autour de la figure des populations précaires. Nous pouvons penser que cette émergence découle des logiques d'intervention à l'œuvre dans les politiques de santé publique. Cette hypothèse nous est permise par les recherches sur la construction des problèmes sociaux et le rôle joué par les politiques publiques. Il s'agit de se départir des « fausses évidences » entourant les politiques publiques (Muller, 2003 : 27), ces dernières étant présentées par les acteurs politiques comme une intervention rationnelle et naturelle en réponse à des « problèmes sociaux » évidents et objectifs. Bref,

---

<sup>111</sup> La désaffiliation a été conceptualisée par Robert Castel pour rendre compte des situations, contemporaines et inédites selon lui, vécues par des populations qui cumulent difficultés d'intégration sur le plan professionnel et sur le plan des relations sociales. Plus précisément, il propose d'« envisager les situations de dénuement comme un *effet*, à la conjonction de deux vecteurs ; un axe d'intégration – non-intégration par le travail : un axe d'insertion – non-insertion dans une sociabilité socio-familiale » (Castel, 1991 : 139).

la réponse publique s'imposerait à eux. Or le type de politiques publiques, leurs logiques et leur mise en œuvre, modifient la réalité et créent des nouvelles catégories. Dans leur analyse de « l'histoire naturelle d'un problème social », Richard C. Fuller et Richard R. Myers déclinaient ainsi trois phases du processus dynamique par lequel une situation devient un problème : la prise de conscience (*awareness*), la définition des politiques (*policy determination*) et la mise en œuvre des réformes (*reform*) (Fuller et Myers, 1941). Si cette analyse est ancienne, elle mérite de pointer en quoi la construction sociale et politique d'un problème est un processus continu et rétroactif, se transformant par l'effet de la conception des politiques publiques mais également de leur mise en œuvre.

Nous avons plus précisément décidé de nous pencher sur le rôle joué par une logique d'intervention croissante dans le champ des politiques sociales et de santé publique, celle du ciblage. Présentons avant tout de quoi il s'agit. Le ciblage « renvoie à une pratique consistant à circonscrire, au sein d'un ensemble global, une entité plus restreinte (la cible) que, pour diverses raisons, l'on souhaite voir devenir bénéficiaire prioritaire, voire exclusif, d'une action donnée » (Borgetto, 2003b : 4). Le choix de la cible peut se focaliser sur un groupe d'individus (les jeunes, les SDF<sup>112</sup>...), un territoire (les politiques éducatives à destination des quartiers dits sensibles...) ou des risques précis (handicap, chômage...). Même si plusieurs critères existent pour opérer le ciblage, tel que l'âge, celui-ci repose principalement sur la mise sous conditions de ressources<sup>113</sup>. Concrètement, pour bénéficier d'un certain nombre de prestations sociales comme la CMU-C, un individu doit disposer de ressources inférieures à un seuil en fonction de sa situation personnelle<sup>114</sup>.

Dans le débat sur la réforme de l'Etat, le ciblage est présenté comme une garantie du « succès et donc de l'utilité » des politiques sociales au vu de leur « efficacité indispensable » (Barrot, 2003 : 118). Derrière cette logique de « modernité », le ciblage n'est pourtant pas une innovation récente. La définition de public cible dans les années 1970 le démontre bien et, en remontant plus loin dans l'histoire des politiques sociales,

---

<sup>112</sup> X. Emmanuelli, fondateur du Samu social de Paris, schématise très bien ce principe d'un affinage au sein d'un cercle concentrique des difficultés. Il constitue ainsi un cœur de cible jugé prioritaire (Emmanuelli et Fremontier, 2002 : 88), celui des « grands exclus », que représenteraient les SDF.

<sup>113</sup> A. Math rappelle que la part des prestations mises sous conditions de ressources a sensiblement augmenté, dans les principaux pays européens, dans les années 1990. Cette augmentation touche surtout les prestations familiales et très peu les prestations concernant la maladie et les soins (Math, 2003a).

<sup>114</sup> Pour obtenir la CMU complémentaire, selon le barème du 1<sup>er</sup> juillet 2009, un individu vivant en métropole et seul doit avoir des ressources inférieures à 627 euros par mois. Voir <http://www.cmu.fr>.

certaines chercheurs en font un élément consubstantiel de ces dernières<sup>115</sup>. Plus précisément, le ciblage est issu d'une « double migration sectorielle et linguistique » (Renard, 2003 : 18) du terme anglo-saxon « targeting ». C'est la première de ces migrations qui est la plus riche d'enseignements sur les visées du ciblage. Elle témoigne du passage de ce terme de son domaine économique initial au domaine social avec, dans ce mouvement, l'objectif de maîtrise des dépenses publiques. Le « targeting » est en effet apparu sur la scène internationale dans les politiques monétaires du Fonds monétaire international (FMI) puis, dans le champ des politiques sociales, au sein des programmes de lutte contre la pauvreté de la Banque mondiale. Cette filiation inscrit le ciblage dans une logique libérale de baisse des dépenses sociales en n'accordant des prestations qu'aux plus pauvres, renouvelant les débats sur l'universalité et la sélectivité des systèmes de protection sociale. Dans les trois répertoires de la protection sociale développés par Bruno Palier, la technique du ciblage apparaît en effet dans le modèle dit libéral (Palier, 2002 : 27). Ainsi, bien que « l'opération [de ciblage] visant en premier lieu dans cette acceptation sociale des populations et non plus des dépenses », il semble que « *in fine*, la sélection des bénéficiaires soit un moyen de la réduction des budgets » (Renard, 2003 : 20). Les évaluations des pratiques de ciblage, dans le domaine des politiques sociales, ont alors porté sur son réel impact quant à la lutte contre la pauvreté. Un travail de comparaison internationale constate l'effet négatif de la mise sous conditions de ressources, faisant dire à Michel Borgetto que « plus les prestations sont ciblées vers les pauvres d'un pays, plus la réduction des inégalités résultant du système de protection sociale est faible » (Borgetto, 2003b : 14). Dit de manière plus directe, « les prestations pour les pauvres sont de pauvres prestations » (Belorgey et Fourquet, 2000 : 29), constat fait dès les années 1980, dans le contexte anglo-saxon, par Richard Titmuss (1974).

Le développement des pratiques de ciblage a fortement influencé l'émergence de la problématique du non-recours aux droits sociaux dans les pays anglo-saxons (Warin, 2006). Pour prendre le cas britannique, le développement des programmes ciblés et leur mise sous condition de ressources ont été annoncés comme des réponses à l'augmentation des dépenses publiques dès les années 1930. Cela a suscité de nombreux débats par la suite, notamment sur l'efficacité du ciblage et de la sélectivité des prestations sociales. Le Parti travailliste commande alors dans les années 1960 une série d'études afin de savoir si ces prestations sont consommées ; ces études marqueront l'introduction d'indicateurs sur

---

<sup>115</sup> Voir les contributions présentes dans le numéro 108 de la revue *Informations sociales*, intitulé « le ciblage en question(s) » et paru en 2003.

le non-recours (*non-take up*) dans le champ des politiques sociales britanniques. D'autres effets de cette sélectivité des prestations seront sujets à débat. Amartya Sen a bien rappelé en quoi l'analyse du ciblage devait intégrer non seulement ses effets économiques sur la réduction de la pauvreté, mais également ses effets sociaux et indirects (Sen, 1995). Il évoque notamment les aspects psychosociaux, en termes du ressenti de stigmatisation chez les bénéficiaires potentiels. Ce sur quoi A. Sen insiste également, c'est sur la manière dont les politiques de ciblage construisent les représentations sociales des personnes ainsi concernées. Nous laissons de côté la question de la stigmatisation – nous aurons l'occasion d'y revenir au cours de notre seconde partie – pour développer plus particulièrement ce dernier aspect. Le ciblage, en faisant entrer l'idée d'orientation prioritaire des prestations et dispositifs vers des groupes d'individus spécifiques, implique une orientation du regard vers ceux considérés comme les « plus en nécessité », de même que la construction d'une représentation particulière du problème social. L'observation des programmes en santé publique s'y prête bien ; la logique de ciblage est par exemple caractéristique de nombreuses interventions destinées à réduire les inégalités de santé (Ridde et Guichard, 2008).

Là encore, l'analyse du travail réalisé par le CETAF éclaire avec acuité cet effet du ciblage. Avant tout, précisons que cet organisme est sous la contrainte des Conventions d'objectifs et de gestion signées entre la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (la CNAMTS) et l'Etat<sup>116</sup>. La convention portant sur la période 2006-2009 invite à améliorer l'efficacité de l'action des CES et à mener des interventions particulières « en direction des populations les plus éloignées du système de santé », « celles qui ont le plus besoin » de prévention. La convention définit trois populations prioritaires, dont les populations précaires du fait de leur « recours trop insuffisant et tardif aux soins »<sup>117</sup> et de leur absence de « prévention spontanée » (Guénot, 2006). L'avenant destiné spécifiquement à définir les orientations stratégiques pour le CETAF précise ainsi le besoin « d'accentuer le ciblage de l'examen périodique de santé (EPS) sur les populations qui ne bénéficient pas, peu ou mal de la démarche de prévention du médecin traitant, faute de l'avoir désigné ou de le consulter, ou qui ne s'inscrivent pas dans des dispositifs

---

<sup>116</sup> Convention d'objectifs et de gestion signée entre l'Etat et la CNAMTS pour la Branche maladie, août 2006.

<sup>117</sup> La présence de ces termes dans la convention explique principalement l'intérêt que porte le CETAF aux recherches sur le non-recours aux droits et aux services. Lors d'une réunion du groupe de travail du « Cluster 12 » (mentionné en introduction), qui a eu lieu au CETAF en décembre 2006, le directeur de cet organisme nous a accueilli en insistant sur l'importance de travailler sur le non-recours aux soins afin d'avoir une traduction concrète des orientations stratégiques arrêtées dans la COG, qui en ferait, selon lui, une priorité dans les actions de réduction des inégalités sociales de santé.



organisés de suivi, de dépistage ou de vaccinations qui leur sont offerts »<sup>118</sup>. Les motifs d'efficacité de soins et de l'action des CES, de lutte contre la précarité et les inégalités d'accès aux soins, mais surtout la logique de régulation des dépenses de santé, guident ce ciblage. J.J. Moulin résume bien ce dernier objectif, en justifiant pourquoi l'Assurance maladie incite fortement les CES à mettre l'accent sur les populations précaires :

*« Comme les CES ne peuvent voir que 600 000 personnes par an, la priorité c'est sur ceux qui en ont le plus besoin. Si on voit que 1% de la population, on a besoin de faire des choix alors c'est eux qu'on choisit. Actuellement les CES voient 40-45% de précaires. L'objectif c'est de remplacer les 60% restants par plus de précaires comme les travailleurs pauvres, les étudiants, les retraités pauvres... parce que les autres n'ont pas de problème, ils fument pas, ils font du sport, ils mangent bien, ils sont soignés s'ils sont diabétiques... ils sont bien suivis en moyenne. Je dis bien en moyenne. Donc l'examen pour eux n'est pas efficace. On rentabilise moins les CES si on le fait sur des populations qui n'ont pas de problème, on ne rentabilise pas le système.<sup>119</sup> »*

Les CES sont évalués par la CNAMTS selon cette politique de recrutement orientée vers la cible des populations précaires, « les plus éloignées du système de santé ». Cela se matérialise par un indicateur précis : le nombre de consultants précaires au sens du score EPICES. L'équipe du programme « Précarité – Inégalités de santé » du CETAF a été constituée pour les aider à répondre à ces objectifs et à « affiner les cibles »<sup>120</sup>. Pour ce faire, comme évoqué auparavant, cette équipe produit une analyse statistique et épidémiologique des données recueillies lors de chaque examen périodique de santé (EPS). Elle se tourne également vers la recherche dans cet objectif d'opérationnalité. Le partenariat avec l'ODENORE se comprend bien<sup>121</sup>, cet observatoire défendant également le principe d'une recherche appliquée. La recherche NOSAP menée conjointement stipulait

---

<sup>118</sup> Orientations stratégiques pour le CETAF sur la période 2006-2009, note approuvée par le conseil d'administration du CETAF le 21 décembre 2006.

<sup>119</sup> Entretien avec Jean-Jacques Moulin, le 15/10/2008.

<sup>120</sup> Un groupe de travail du programme « Précarité-Inégalités de santé » porte spécifiquement sur le « Ciblage des populations en situation de précarité ».

<sup>121</sup> De même, l'acceptation par le CETAF et les CES de ma recherche doctorale sur le non-recours aux soins peut être expliquée de cette manière. Lors des premières discussions sur la thèse mais aussi lors de la présentation de l'enquête aux différents CES, à la question habituelle de l'utilité sociale d'une telle recherche, les membres du CETAF et des CES retenaient l'apport de connaissances sur le phénomène et de ce fait la possibilité pour eux de favoriser le ciblage sur telle ou telle catégorie de populations.

ainsi dans son projet initial<sup>122</sup> : « *l'analyse proposée* [du non-recours aux soins des actifs précaires] *intéresse directement la définition de programmes de politiques publiques, puisqu'elle débouche sur la proposition d'outils de calcul de probabilité de risques de non-recours aux soins* ». Cet objectif se traduira, après le travail d'exploitation des variables les plus associées au non-recours aux soins, par la création d'un « outil de repérage du non-recours aux soins », intitulé NORES (voir en annexe sa présentation). Cet outil est actuellement en cours d'expérimentation dans une commune de 12 000 habitants et sur un échantillon d'environ 10% (soit 1 200 personnes). Quelle qu'en soit son application actuelle, il illustre bien comment le CETAF réfléchit à la mise en œuvre du ciblage, dont la difficulté repose précisément sur les critères de définition des cibles. Une fois passée cette étape, et sur cette base, le CETAF propose des pistes de partenariats locaux entre les CES et différents services (la médecine du travail pour cibler les « travailleurs pauvres », les services universitaires pour les « étudiants en difficultés socio-économiques »...). Ce travail de partenariat, « *une nécessité*<sup>123</sup> » occupant plusieurs employés de chaque centre, est destiné à « *recruter* » (selon le terme indigène) les populations en marge du système de soins et à leur proposer un examen de santé<sup>124</sup>.

Cet exemple de politique de ciblage participe à la retraduction de la question du non-recours aux soins en catégorie d'action pour les acteurs de la santé publique. Les interventions doivent avant tout porter sur les individus qui ont le plus de besoins ou, à défaut, ceux qui sont le plus à risque. L'un et l'autre se confondent d'ailleurs : les populations précaires sont les cibles prioritaires autant parce que parmi elles se trouvent des personnes à l'état de santé dégradé, qui nécessitent une prise en charge sanitaire, que parce que ces populations ont une plus forte exposition au risque de maladie. Nous retrouvons ici la vision probabiliste de la maladie qui se concrétise dans les interventions à destination du non-recours aux soins ; en effet, les populations précaires ne sont « certes pas encore malades, mais leur probabilité plus élevée de développer la maladie semble déjà interdire qu'on puisse [les] dire en bonne santé » (Berlivet, 2001 : 102). La

---

<sup>122</sup> Le document d'orientation stratégique pour le CETAF précédemment mentionné reprend, dans des termes différents, l'objectif d'opérationnalité de la recherche NOSAP. Elle est ainsi présentée comme une aide au ciblage : « le CETAF, dans le cadre d'une étude financée par l'ANR, cherche également à décrire et à comprendre les mécanismes de non-recours aux soins afin de contribuer aux orientations de l'Assurance maladie sur les problèmes du défaut d'accès aux soins et de cibler les personnes en marge du système pour leur proposer un EPS », p. 3.

<sup>123</sup> Selon les termes de Hervé Le Clésiau, directeur du CES de Bobigny qui a beaucoup insisté sur l'importance du partenariat lors de ma visite de ce centre (visite préparatoire à l'enquête de terrain).

<sup>124</sup> Voir l'article intitulé « Comment recruter les populations éloignées du système de santé ? Premières pistes... », paru en janvier 2007 dans le numéro 9 de *Réseaux. Le journal d'information du CETAF et des CES*.

conjonction entre ces deux aspects, d'un côté la représentation probabiliste de la maladie<sup>125</sup> et de l'autre le ciblage, participe ainsi à la focalisation sur le non-recours aux soins chez les populations précaires, isolant ces dernières et forgeant l'image d'un ensemble caractérisé par un état de santé et un rapport au système de soins problématiques. Il s'agit là d'un des traits de la culture de la santé publique qui « a en quelque sorte besoin, pour fonctionner et pour se diffuser, de se donner des pôles négatifs, c'est-à-dire de construire des mondes particuliers (des nations, des classes, des colonisés, des races et aujourd'hui des groupes à risque), contraires ou non conformes à ses idéaux, ses normes et ses savoirs, de manière à pouvoir agir sur eux et à les transformer » (Dozon et Fassin, 2001 : 345).

### **3.2. Non-recours aux soins et inégalités sociales de santé**

Du non-recours aux soins au non-recours aux soins des populations précaires : le glissement vers cette population particulière traduit certes une tendance au ciblage vers celles jugées les plus en besoin de soins, mais il induit également une signification différente quant aux enjeux du phénomène nous intéressant. En effet, les préoccupations en la matière s'observent dans les débats sur les inégalités sociales de santé, auxquelles elles apportent une contribution. Le souci porté aux populations en marge du système de soins est justifié par le fait que de telles situations participeraient au maintien, voire à l'aggravation, d'un gradient social dans la corrélation entre l'état de santé et la situation socioéconomique. C'est d'ailleurs dans ce cadre problématique que notre travail s'est inscrit dès le début : l'initiative d'une enquête réalisée sur ce sujet dans les centres de santé de Grenoble entraine dans un ensemble de réflexions sur « la façon dont les professionnels [de ces centres] peuvent s'adapter aux publics concernés en vue de réduire les inégalités sociales de santé » (Noyaret et Lagabrielle, 2005 : 20). C'est à partir de cette représentation des enjeux du non-recours aux soins que nous avons d'ailleurs choisi un type particulier de littérature et une enquête de terrain centrée sur les individus qualifiés de précaires. Toutefois, c'est précisément ce postulat, de l'ordre des représentations

---

<sup>125</sup> Précisons que cette représentation, selon laquelle être en situation de précarité expose nécessairement à une altération de l'état de santé, n'est pas seulement incarnée dans les programmes de santé publique. Les chercheurs en sciences sociales peuvent parfois en être le vecteur ; cela est par exemple observable dans les termes utilisés par Gisèle Dambuyant-Wargny pour décrire ces personnes : « malnutrition voire dénutrition, manque d'hygiène et pratique de conduites addictives... il est presque impensable de trouver une personne, en situation précaire, qui soit en bonne santé » (Dambuyant-Wargny, 2006 : 44).

sociales partagées par différents acteurs, qu'il est nécessaire de réinterroger à la lecture des débats et controverses qui traversent la question des inégalités sociales de santé.

### ***a) L'inscription des inégalités sociales de santé sur l'agenda public français***

L'émergence du non-recours aux soins, en France, est concomitante d'un intérêt pour les inégalités sociales de santé porté au niveau international (par l'OMS), européen (par la Commission européenne) et plus récemment au niveau national. La thématique des inégalités sociales de santé a été mise ces dernières années sur l'agenda politique et scientifique<sup>126</sup>. Plusieurs publications ont certainement permis de relancer ce processus, notamment la diffusion d'une étude de l'INSEE – très commentée – concluant que les hommes ouvriers ont, à 35 ans, une espérance de vie de 7 ans de moins que les hommes cadres à 35 ans (Monteil et Robert-Bobée, 2005). L'actualisation d'un constat, réalisé vingt ans auparavant par Guy Desplanques dans ses travaux sur l'espérance de vie (Desplanques, 1984), vient rappeler en quoi l'égalité devant la mort n'est pas une réalité et renseigne sur le niveau des inégalités sociales de santé<sup>127</sup>. Ces dernières se traduisent par des inégalités face à la mort, mais également face à la maladie et au handicap. Le numéro thématique du *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* (BEH), consacré aux inégalités sociales de santé et paru en janvier 2007, condense quelques constats ; constats qui touchent, dans des proportions assez proches, la plupart des pays européens et qui sont applicables chez les adultes mais également chez les enfants. On y apprend que les causes de la surmortalité des ouvriers et des employés, par rapport aux cadres, sont de plus en plus dues aux maladies respiratoires et au diabète (Cambois et Jusot, 2007). On y apprend également que les risques d'avoir une lombalgie invalidante, source de difficultés d'insertion professionnelle, sont supérieurs chez les fils d'agriculteurs (Leclerc, Chastang, Regnard et Ravaud, 2007). Enfin, entre autres constats, les femmes de statut socioéconomique bas ont plus de risque d'avoir des cancers et de ne pas participer au

---

<sup>126</sup> La mise sous agenda correspond à « l'étude et la mise en évidence de l'ensemble des processus qui conduisent des faits sociaux à acquérir un statut de « problème public » ne relevant plus de la fatalité (naturelle ou sociale) ou de la sphère privée, et faisant l'objet de débats et de controverses médiatiques et politiques » (Garraud, 2004 : 50).

<sup>127</sup> Les études constatant les variations de taux de mortalité en fonction de la situation sociale et géographique des individus ont eu, dès le 19<sup>e</sup> siècle, un rôle central dans l'émergence d'un intérêt pour les inégalités sociales de santé. L'existence de données n'explique pas à elle seule la prédominance des études sur la mortalité. En effet, ainsi que le rappelle P. Aïach, « le choix de la mortalité a certes des raisons d'ordre démographique qui tiennent au caractère à la fois définitif et irréfutable de la mort, avec une déclaration obligatoire à l'état civil, par opposition à la maladie ou à l'état de santé ; mais il tient aussi au fait que la mort est considérée comme le terme d'un processus dans lequel interviennent tous les éléments de la vie sociale et psychique qui se sont inscrits dans le corps [...]. D'où l'idée que la différence dans la durée de vie est l'expression synthétique de l'ensemble des inégalités sociales entre des groupes sociaux hiérarchisés [...] » (Aïach, 2000 : 86).

dépistage (Prouvost et Poirier, 2007). Il ne s'agit pas pour nous de constituer un état des lieux des inégalités sociales de santé, déjà fait par ailleurs. Mais notons que les publications de ces études, par des médias qui touchent aussi bien le public de spécialistes de la santé qu'un public plus général, viennent contrecarrer l'idée rousseauiste qui veut que les inégalités physiques soient avant tout naturelles, biologiques ; idée pourtant profondément ancrée dans les esprits. Tel que le rappelle P. Aiach, « l'inégalité dans le domaine de la maladie et de la mort n'est pas souvent ressentie et dénoncée comme une injustice. Elle semble inscrite dans l'ordre naturel des choses admises ; sinon on se révolterait contre Dieu, la nature, ses parents, le destin, la malchance ou encore la loi des grands nombres. Plus l'inégalité semble proche du pôle naturel et éloignée du pôle social, plus elle est facilement ou fatalement admise » (Aiach cité dans Carricaburu et Ménoret, 2004 : 141).

En dehors des publications d'études, de nombreuses manifestations ont eu lieu sur le thème des inégalités sociales de santé. Citons des séminaires de recherche et des colloques scientifiques (comme celui de Lille en 2007 ou celui de l'Association des épidémiologistes de langue française (ADELF) en 2009), des conférences de santé publique (les Journées de la prévention de 2008 de l'INPES, le congrès des Observatoires régionaux de la santé en 2008), des séminaires de formation professionnelle à destination des médecins généralistes (séminaires organisés par la Société de formation thérapeutique du généraliste (SFTG) et le syndicat MG Form), ainsi que des prises de position associatives (le dossier du Secours populaire français en 2008) et politiques. Dans la plupart de ces manifestations, chercheurs, acteurs de santé publique, militants associatifs et, parfois, décideurs politiques sont conviés à échanger sur la compréhension de ces inégalités et les actions à mettre en place pour les réduire.

Si ces différentes observations témoignent des intérêts politiques et scientifiques pour les inégalités sociales de santé, cela n'a pas toujours été le cas. Les travaux Margaret Whitehead sont instructifs à cet égard, notamment pour son modèle d'analyse retraçant les différentes phases de la mise sur agenda de cette question des inégalités sociales de santé (Whitehead, 1998 : 471). Elle note que la France s'y est intéressée avec retard par rapport à d'autres pays européens, où la question est portée sur le plan politique et soutenue, y compris financièrement, sur le plan scientifique. Elle expose sa difficulté à positionner la France sur un spectre d'actions contre les inégalités de santé allant de la mesure du phénomène à la mise en œuvre d'une politique globale et coordonnée dédiée à cet objectif – stade auquel aucun pays européen n'est arrivé (Whitehead, 2008). Poursuivant cette

réflexion, les auteurs d'un récent ouvrage sur les inégalités sociales de santé (Leclerc, Kaminski et Lang, 2009) situent la France dans la phase « contemplative » ; celle-ci se caractérise par la prise de conscience progressive de ces inégalités, sans pour autant que des politiques publiques spécifiques soient menées pour les réduire ni que d'autres politiques soient évaluées sous l'angle de la réduction des inégalités sociales de santé. Les raisons de ce retard français, telles qu'elles ont été analysées par plusieurs chercheurs, sont diverses. Elles puisent aussi bien dans la prégnance d'une lecture individuelle de la santé n'intégrant pas ses déterminants sociaux (Drulhe, 1996), liée à l'organisation de la profession médicale qui repose sur la relation entre deux individus (Drulhe, 2000), que dans le développement et les caractéristiques de notre système de soins (Berthod-Wurmser, 2000). A ce titre, le présupposé selon lequel la mise en place de mesures de protection sociale, couvrant le risque maladie, permettrait de réduire mécaniquement les inégalités de santé a longtemps perduré en France. En effet, pourquoi y aurait-il de telles inégalités dans un pays disposant d'un système de soins longtemps classé comme le « plus performant » par l'OMS<sup>128</sup>, construit sur une norme égalitariste et à l'accès reposant sur l'universalité ? Nous ne sommes pas loin des mêmes facteurs expliquant la prise en compte tardive des phénomènes de non-recours aux droits sociaux en France par rapport à d'autres pays ; être dans un pays où la protection sociale se veut généreuse et où chacun est censé pouvoir en bénéficier de manière égale<sup>129</sup> a longtemps permis d'occulter les inégalités internes d'accès aux droits et aux prestations.

Ainsi, malgré le retard pris par la France et même s'il « existe souvent un écart significatif entre les déclarations politiques visant la réduction des inégalités sociales de santé et les actions nécessaires pour atteindre cet objectif » (Whitehead, 2008 : 111), force est de constater l'inscription de cette question dans l'agenda public et scientifique. Nous pouvons faire l'hypothèse que cet intérêt porté par de multiples acteurs constitue un contexte favorisant l'émergence du non-recours aux soins. En l'occurrence, deux

---

<sup>128</sup> Ce classement des pays disposant des meilleurs soins de santé, publié par l'OMS en 2000 dans son « Rapport sur la santé dans le monde », a été l'objet de débats sur les cinq critères retenus et sur la position qu'il attribuait à la France. Il a été revu récemment, faisant reculer la France dans le classement.

<sup>129</sup> A juste titre, un rapport du Centre d'analyse stratégique sur *La société française : entre convergences et nouveaux clivages*, explique que « cet égalitarisme normatif, au demeurant plus mythique que réaliste, a subi les effets corrosifs de nombreuses études montrant les inégalités d'accès aux biens collectifs – inégalités que le droit ne fait parfois que renforcer – et l'inertie des prestations ainsi offertes au regard des transformations des attentes des citoyens. Ces inégalités sont apparues autant sur le plan social que territorial avec le développement de quartiers de « relégation », de distorsions territoriales dans l'application de normes censées être universalistes, de phénomènes de non-recours aux prestations sociales de la part de fragments marginalisés de la population, etc. Le constat est bien là : les individus ou les territoires sont inégaux devant les opportunités offertes par les politiques publiques qui contribuent, à leur façon, à renforcer des rapports de domination » (Cadiou, 2006 : 136).

particularités françaises de cette prise en compte des inégalités sociales de santé nous permettent de démontrer en quoi la question du non-recours aux soins prend place dans des débats plus généraux. Les deux caractéristiques, que nous allons présenter l'une après l'autre, sont d'une part la focalisation des actions et regards sur les personnes exclues ou précaires et, de l'autre, la conception du rôle de l'accès au système de soins dans les inégalités sociales de santé.

### ***b) Une problématique « précarité-santé » dominante en France***

En France, la parution simultanée de deux ouvrages issus de programmes de recherche de l'INSERM à la fin des années 1990 et au début des années 2000 marque une étape centrale dans l'introduction de la question des inégalités sociales de santé dans le débat public. Le premier est intitulé *Précarité et santé* (Lebas et Chauvin, 1998) et le second *Les inégalités sociales de santé* (Leclerc, Fassin, Grandjean, Kaminski et Lang, 2000). Ces titres témoignent à eux seuls de l'opposition qui a eu lieu<sup>130</sup>, au-delà de ces deux seuls ouvrages, entre les défenseurs de la problématique « santé-précarité » et de la problématique des « inégalités de santé ». Dans le premier ouvrage, les chercheurs concentrent leurs regards et intérêts sur une frange particulière de la société. Le paradigme qui sous-tend leur démarche est celui de la « précarité » mais également de « l'exclusion ». Il présuppose l'existence de groupes sociaux distincts des autres, dont le dénominateur commun serait d'être situé aux marges de la société. Cette analyse a été critiquée pour son caractère statique et sa tendance à homogénéiser des populations différentes ; elle ne tiendrait ainsi pas compte des relations qui existent entre ces populations et le reste de la société ni même des processus qui produisent ces situations, mais se concentreraient sur les « out » (Emmanuelli, 2003), symboles de la fracture sociale<sup>131</sup>. Partant de cette représentation de la société, l'objectif est de « décrire les inégalités de santé, rechercher les déterminants sociaux prédictifs de l'état de santé d'un

---

<sup>130</sup> L'opposition, dans le champ scientifique, entre ces deux problématiques n'est plus aussi marquée actuellement. Il s'agit plutôt de montrer comment « ces deux problématiques proches s'enrichissent mutuellement à travers leur éclairage particulier » (Cambois, 2004 : 104). Dans une position qui nous semble pertinente, Maryse Bresson, posant la question de la compatibilité de ces deux problématiques, « invite à repenser leur articulation » et à envisager la coexistence de « plusieurs échelles de stratifications » (Bresson, 2008 : 256).

<sup>131</sup> Cette conception en termes d'exclusion a été très commentée, notamment en sociologie par R. Castel – son ouvrage *Les métamorphoses de la question sociale* repart d'ailleurs d'une lecture critique de la notion d'exclusion (Castel, 1995). Selon lui, parler d'exclus désocialisés « c'est faire comme s'ils vivaient dans un hors-social. Or personne, et pas même « l'exclu », n'existe dans le hors social, et *la décollectivisation elle-même est une situation collective* » (Castel, 2003 : 47). Pour une synthèse précise de ce débat, voir Frétygné, 1998.

individu, décrire et analyser de façon quantitative les interrelations entre la situation sociale d'un individu et sa situation sanitaire », c'est-à-dire de répondre à la « question suivante : existe-t-il une association statistique entre une « exposition » (ici la situation sociale) et un « évènement » (de santé). » (Chauvin, 1998 : 65-66).

Dans le second ouvrage, l'intérêt des chercheurs se porte sur le gradient social de santé, de manière à montrer comment les risques de mortalité et de morbidité se distribuent tout au long d'un *continuum* social en fonction de l'appartenance à une classe sociale ou à une catégorie socioprofessionnelle par exemple. Ainsi, « dans une perspective sociologique, dont les données démographiques et épidémiologiques confirment le bien-fondé, il s'agit de rappeler que, loin de ne concerner que des groupes aux marges de la société, les phénomènes dont nous traitons sont structurels et la traversent de part en part : l'espérance de vie, par exemple, suit un continuum et ne permet pas de distinguer des pauvres et des riches ou des exclus ou inclus » (Fassin, Grandjean, Kaminski, Lang et Leclerc, 2000a : 15). La seconde raison de ce choix d'une problématique d'inégalités sociales de santé tient au type d'action publique sous-jacent. Selon les auteurs, « il s'agit de considérer que c'est la société qui produit les disparités que nous observons, que l'on n'assiste pas à la dérive d'une catégorie précaire ou vulnérable, mais à des évolutions dont tous les groupes sociaux sont, qu'ils le reconnaissent ou non, solidaires : là où la misère concerne la seule extrémité inférieure de la hiérarchie sociale, les inégalités lient au contraire de manière indissociable toutes les composantes de la société, et leur réduction suppose des interventions redistributives qui portent sur l'ensemble de la structure sociale » (Fassin et *al.*, 2000 : 15-16).

La manière dont la question des inégalités sociales de santé est prise en compte en France par les acteurs des champs politiques et de la santé publique notamment relève principalement de la problématique « précarité-santé ». Les actions destinées à réduire ces inégalités en témoignent. La typologie élaborée par Hilary Graham est utile pour positionner la France. Il distingue trois types d'interventions, en fonction de la cible choisie : concentrer les efforts sur les plus pauvres, réduire les écarts de santé et enfin réduire les inégalités sociales de santé à l'échelle de la société (Graham, 2004). Nous pouvons situer la position française dans la première stratégie, puisqu'elle consiste à mettre en œuvre des actions destinées à améliorer en priorité l'état de santé des plus pauvres et à les évaluer dans ce sens, sans tenir compte de la réduction ou du creusement des écarts de santé entre les groupes sociaux. La loi relative à la politique de santé



publique du 9 août 2004 nous donne un exemple significatif de cette position française<sup>132</sup>. Il nous semble intéressant de la mentionner précisément ici, plutôt que la loi de lutte contre les exclusions de 1998 qui relève pourtant de la même problématique en ne se centrant que sur les populations exclues. En effet, elle marque la première mention législative de la question des inégalités sociales de santé, même si cela n'a pas été aussi important que voulu lors du projet de loi<sup>133</sup> et bien qu'aucun objectif chiffré n'ait été arrêté contrairement aux autres objectifs. Un des principes de cette loi est de réduire les inégalités en prenant en compte « les groupes les plus vulnérables », par la mobilisation de l'ensemble des intervenants de santé, et ce sans mettre en place de dispositif spécifique. Deux objectifs de santé publique, sur les 100 fixés par la loi, concernent directement les inégalités. Le premier est l'objectif 33 : il vise à réduire les obstacles financiers à l'accès aux soins pour les personnes dont le niveau de revenu est supérieur au seuil ouvrant droit à la CMU, par la création de l'Aide complémentaire santé. Le second est l'objectif 34 : il vise à réduire les inégalités devant la maladie et la mort, par une augmentation de l'espérance de vie des populations précaires. Sans plus les détailler, la présence de ces deux éléments dans la loi relative à la politique de santé publique traduit la singularité française, où la représentation dominante des problèmes à régler emprunte à la problématique « précarité-santé ». Cela engendre une cible particulière pour des interventions tournées uniquement vers les groupes sociaux les plus pauvres. Bien que choisi par la majeure partie des pays ayant développé des actions destinées à réduire les inégalités de santé, ce type d'intervention comporte pourtant le risque que, « dans une telle perspective, n'importe quel progrès dans le statut de santé des groupes les plus désavantagés peut être considéré comme un succès, même si la différence dans l'état de santé entre riches et pauvres s'accroît » (Whitehead, 2008 : 115).

Cette première caractéristique permet de comprendre la façon dont le non-recours aux soins a émergé en France. Son émergence prolonge la problématique « précarité-santé », tel que nous l'avons démontré sur le choix de la cible. Il reste maintenant à analyser quels types de mesures sont mis en place pour répondre aux inégalités sociales de santé, afin de montrer en quoi la question du non-recours s'inscrit également dans une continuité.

---

<sup>132</sup> Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

<sup>133</sup> D. Fassin rappelle que « le mot même [d'inégalités de santé] n'y a pas sa place et ce malgré la demande que Jack Ralite, ancien ministre de la santé, avait faite au Sénat, lors de la discussion du texte. » Il en conclut que « quand on se refuse même à les nommer, on comprend qu'il soit difficile de les combattre » (Fassin, 2007).

### ***c) Intervenir sur l'accès et le recours au système de soins pour réduire les inégalités sociales de santé***

Nous avons vu que la manière dont le non-recours aux soins des populations précaires avait émergé, en tant que problème de santé publique, favorisait l'image de populations en mauvais état de santé ou à risque de l'être. De plus, la représentation ainsi forgée laisse envisager que le problème se situe dans la façon dont ces populations mobilisent le système de soins. Autrement dit, ce serait l'usage de ce dernier qui expliquerait leur situation sanitaire plus dégradée que le reste de la population et c'est à travers lui que les difficultés peuvent être résolues. C'est sur ce point que nous retrouvons la deuxième caractéristique française de la mise sur l'agenda scientifique et politique des inégalités sociales de santé.

En France, en effet, les inégalités de recours aux soins sont perçues comme facteur déterminant des inégalités sociales de santé, ce qui implique que, pour « ne plus cumuler inégalités sociales et inégalités de santé », la solution passe par « renforcer – encore – l'accessibilité du système de soins »<sup>134</sup>. L'idée que la réduction des inégalités de santé passe par l'accès aux soins n'est pas récente. Marcel Drulhe situe son origine au « tournant de la Sécurité sociale (1945), [où] le problème se pose en d'autres termes : un accès individuel aux soins plus égalitaire va-t-il enfin permettre de réduire les inégalités sociales de santé ? En réalité, cette sorte de questionnement est une reconstruction *a posteriori* : dans l'esprit du moment, offrir à chacun les progrès de la médecine fait considérer implicitement que cette démocratisation des soins rend caduque la question des inégalités sociales de santé » (Drulhe, 2000 : 42). La prégnance de cette approche biomédicale continue à être observée par la suite dans les rapports officiels (Briatte, 2006). Elle trouve une de ses traductions dans la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004. La philosophie de cette loi, telle qu'elle est présentée par la Société française de santé publique, rend compte du rôle de l'accès aux soins : « les différences importantes qui persistent entre catégories sociales pour les principaux indicateurs de santé sont en partie la conséquence de différences d'exposition à différents facteurs de risque, mais résultent aussi de l'utilisation inégale des services de soins et de prévention (accès insuffisants ou trop tardifs à des soins efficaces), malgré les mécanismes de solidarité qui réduisent dans notre pays l'influence des barrières financières » (SFSP, 2004). Au niveau territorial, nous

---

<sup>134</sup> Les termes entre guillemets sont issus de la résolution n°8 du rapport de la Commission Familles, vulnérabilité, pauvreté (présidée par Martin Hirsch), intitulé « Au possible nous sommes tenus. La nouvelle équation sociale » et publié en avril 2005.

pouvons faire le même constat de l'importance accordée à l'accessibilité du système de soins. L'un des trois axes du Plan régional de santé publique en Rhône Alpes, intitulé « réduire les inégalités de santé », explicite cet objectif par le sous-titre suivant : « c'est-à-dire faciliter l'accès aux soins et à la prévention ». Il est décliné en deux modalités de travail selon la cible : pour les « populations marginalisées (jeunes isolés en errance, travailleurs saisonniers, populations précaires) en développant l'accès au dépistage, aux bilans de santé, en repérant les risques liés à l'environnement » et pour les « personnes manquant de mobilité ou situées loin de tout auxquelles une offre de transport ou le développement de services mobiles seraient utiles »<sup>135</sup>. Nous aurions pu multiplier les exemples, mais tous démontrent comment, en France, l'accès aux soins curatifs et préventifs est privilégié dans la lutte contre les inégalités sociales de santé.

Cette position apparaît encore plus nettement lorsqu'on la compare aux stratégies adoptées par d'autres pays qui, eux, favorisent des actions en amont du système de soins et suivent en cela les recommandations internationales<sup>136</sup>. C'est le cas de l'approche globale de la santé développée au Canada (Ridde, 2004) ou en Grande-Bretagne. Ce dernier pays est fréquemment cité en modèle pour avoir investi très tôt la question des inégalités de santé, devenant l'objet de confrontations politiques intenses dès les années 1980 (Hudebine, 2008). La publication du *Rapport Black* à cette époque (Black, Morris, Smith et Townsend, 1980) puis celle du *Rapport Acheson* vingt ans plus tard (Acheson, Barker, Chambers et al., 1998) auront des implications nationales sur la prise en compte de la réalité des inégalités sociales de santé, mais seront également des facteurs de la mise sur agenda politique de cette question dans d'autres pays européens, qui s'en inspireront directement (Whitehead, 2008). Tenant compte des résultats de ces rapports, indiquant que les inégalités de santé trouvent leurs origines dans des causes extérieures au système de soins, la Grande-Bretagne a développé des plans d'action transversaux, engageant plusieurs ministères et évalués sur des objectifs quantifiés. Sans les détailler<sup>137</sup>, ces plans visaient explicitement à réduire la pauvreté matérielle et à améliorer les conditions de vie et de logement, l'accès à l'éducation et aux services publics<sup>138</sup>. Ils « visaient » car, comme

---

<sup>135</sup> [http://www.prsp-ra.com/prsp\\_grsp/prsp\\_priorites.htm](http://www.prsp-ra.com/prsp_grsp/prsp_priorites.htm).

<sup>136</sup> Pour un exemple récent de ces recommandations, par l'OMS (2008), voir le dernier rapport de la Commission des déterminants sociaux de la santé qui préconise de développer des actions en dehors des systèmes de santé pour « instaurer l'équité en santé » (amélioration des conditions de vie et des conditions de travail, partage des ressources, des richesses et du pouvoir, etc.).

<sup>137</sup> Pour une présentation plus complète, voir Couffinal, Dourgnon, Geoffard et al., 2005b.

<sup>138</sup> Il est intéressant à ce titre de noter la position de deux chercheurs ayant contribué aux développements des travaux sur les inégalités sociales de santé en France et en Grande-Bretagne – respectivement Pierre Aiach et David Blane. Dans leurs énumérations de mesures locales simples à mettre en œuvre pour réduire ces

l'a observé très récemment H. Graham, la Grande Bretagne privilégie à son tour des actions passant par le système de santé public (National health service) pour réduire les inégalités de santé (Graham, 2008).

Le choix d'une stratégie plutôt qu'une autre n'est pas sans conséquence. Comme le rappellent Catherine E. Ross et John Mirowsky, nombreuses et récurrentes sont les prises de positions politiques réclamant l'amélioration de l'accessibilité au système de soins, par la mise en place d'assurances médicales, sans que la conséquence sur l'état de santé et la réduction des inégalités de santé soit prouvée scientifiquement (Ross et Mirowsky, 2000). Leur analyse, portant sur le cas des Etats-Unis, peut être appliquée à la France. Dans le champ politique, le rôle du système de soins sur les inégalités de santé est admis : la stratégie de lutter contre les inégalités de santé en favorisant l'accessibilité du système de soins repose sur la représentation selon laquelle un état de santé dégradé est le produit de l'absence de soins et/ou est réparable par l'action des professionnels du soin. Pourtant, dans le champ scientifique, de nombreuses controverses existent sur cet aspect précis. En schématisant, nous trouvons d'un côté les positions affirmant que les inégalités de santé s'expliquent peu par l'accès au système de soins, les déterminants sociaux de la santé se situant ailleurs. Ainsi, ces inégalités « sont essentiellement le résultat, le produit final des autres inégalités sociales structurelles qui caractérisent le pays à un moment donné de son histoire et de son développement économique » (Aïach et Fassin, 2004 : 2225). Nous pouvons citer la contribution récente de P. Chauvin, selon qui l'un des deux préjugés concernant les origines des inégalités sociales de santé est de dire que celles-ci « soient la conséquence des écarts sociaux de consommation de soins et de couverture maladie ». Il avance que, « en réalité, inégalités de santé et de soins ne sont pas tant liées par un rapport de cause à effet que par des déterminants sociaux communs, et plus complexes »<sup>139</sup>. La recherche doit alors privilégier l'analyse des déterminants sociaux de la santé et des inégalités de santé tels que les comportements individuels, les conditions de vie et de travail, l'environnement physique et social des individus, les facteurs psychosociaux, le niveau de revenu et d'éducation. Plusieurs modèles sont ainsi proposés pour rendre compte de la complexité de ces déterminants (Whitehead et Dahlgren, 1991 ; Evans et Stoddart, 1994 ; Chauvin et Parizot, 2005a), la compréhension de leur articulation étant actuellement l'objet de plusieurs travaux. Dans ces modèles, l'accès aux services de

---

inégalités, ils évoquent l'importance de lutter contre le non-recours aux droits sociaux : les trois billions de livres d'aide sociale non utilisés annuellement correspondent à une perte de revenus pour les ménages pauvres et empêcheraient de réduire les inégalités de santé (Blane et Aïach, 2008).

<sup>139</sup> Libération, « Les origines des inégalités sociales de santé », 12 février 2008.

santé est présent comme un déterminant parmi d'autres, sans que le rôle de ces services ne soit central. Michael Marmot et Richard Wilkinson font partie des chercheurs qui ont évalués la part minimale des inégalités de santé due à un accès aux soins et à la prévention déficients (Marmot et Wilkinson, 1999). Plusieurs arguments sont mobilisés dans les recherches pour conforter cette position ; citons le constat de l'augmentation de l'espérance de vie bien avant l'introduction des techniques médicales, le constat d'inégalités au sein même des systèmes de santé à l'accès aux soins universel (comme la France), ainsi que les éventuels effets iatrogéniques de l'accès aux soins. En conséquence, des interventions qui privilégieraient l'accès au système de soins manqueraient d'efficacité pour réduire les inégalités de santé (Ridde et Guichard, 2008), engendreraient des coûts exponentiels dédiés au fonctionnement du système de soins qui ne pourraient être attribués à d'autres dépenses sociales<sup>140</sup> et, au-delà, « détourneraient l'attention des inégalités sociales au niveau des déterminants plus larges » (Graham, 2008). Evacuant les déterminants politiques, économiques et sociaux de la santé, ce type d'interventions renforcerait ce que Pierre Volovitch a nommé la « solidarité inachevée » (Volovitch, 1999 : 18).

Des chercheurs tentent de prendre le contre-pied de cette première lecture des déterminants des inégalités de santé. Une récente publication de l'IRDES synthétise très clairement cette position. Les auteurs de cette étude s'inscrivent dans la lignée des travaux de John Mackenbach, qui critiquait le « scepticisme » de ceux qui récusent le rôle des soins dans les inégalités de santé alors que lui le démontre dans la baisse de la mortalité (Mackenbach, Stronks et Kunst, 1989 : 369 ; Mackenbach, 2003). Les chercheurs de l'IRDES énoncent que « ce n'est pas, en effet, parce que les inégalités sociales de santé ne sont pas entièrement expliquées par les différences de recours aux soins que le système de santé n'a aucun rôle à jouer » (Couffinhal, Dourgnon, Geoffard et *al.*, 2005a : 4). L'analyse doit alors porter sur l'impact, sur les inégalités de santé, de divers éléments relatifs au système de soins. En France, plusieurs études sont parues dans ce sens, à l'instar de celles de Pierre Lombrail, Jean Pascal et Thierry Lang pour qui « le système de soins a sa part de responsabilité » dans les inégalités de santé (Lombrail, Pascal et Lang, 2004 : 61). Pour le

---

<sup>140</sup> A ce titre, R.G. Evans et G.L. Stoddart, concepteurs d'un modèle des déterminants de la santé très influent au Canada, avancent que « une fois que l'on reconnaît l'importance et la maîtrise potentiel de facteurs autres que les soins de santé, à la fois dans la réduction des maladies et la promotion de la santé, on ouvre en même temps la possibilité que les effets négatifs liés à la compétition des ressources avec d'autres activités bonnes pour la santé l'emportent sur les effets positifs directs des soins sur la santé. Une société qui dépense tellement dans les soins de santé qu'elle ne peut ou ne souhaite pas dépenser autant dans d'autres activités participant à la santé pourrait au contraire réduire la santé de sa population » (Evans et Stoddart, 1994 : 55). Traduction personnelle.

démontrer, ces chercheurs en santé publique ont impulsé des recherches sur le rôle du système de soins ambulatoires et hospitaliers (Lang, Ducimetière, Arveilier et *al.*, 1998), des interactions médecins-patients (Rolland, Mantovani, Pascal et *al.*, 2008) ou encore sur le fonctionnement général du système de soins qui omet la dimension sociale des problèmes de santé. En son sein, ils observent des « inégalités par omission », c'est-à-dire « liées à l'inertie du fonctionnement d'un système de soins qui méconnaît ces inégalités et n'a aucun projet de rattrapage », et des « inégalités par construction », ayant davantage de conséquences puisque « la non prise en compte des inégalités de santé dans l'élaboration de certains programmes institutionnels ou recommandations de pratique médicale aboutit à des modalités de prise en charge qui *a minima* ne réduisent pas les inégalités, voire contribuent à les accentuer » (Lombrail et *al.*, 2004 : 61).

Là aussi, des arguments de diverses natures sont mobilisés par les chercheurs défendant cette position. Nous retrouvons en premier lieu le constat d'une disparité de consommation de soins selon la catégorie sociale, avec une moindre consultation de médecins généralistes et surtout spécialistes en bas de la hiérarchie sociale. D'autres éléments sont avancés sur le rôle joué par la complémentaire santé (Marical et de Saint Pol, 2007) ou, plus largement, par la couverture médicale (Dourgnon, Grignon et Jusot, 2001). Une meilleure couverture aurait ainsi des effets directs sur la santé (réduction des maladies infantiles, des problèmes de vision ou d'hypertension)<sup>141</sup> et indirects (permettre aux ménages de consacrer une partie de leur budget à des consommations non médicales mais bénéfiques pour l'état de santé : alimentation...). Ensuite, un autre argument repose sur le contexte d'amélioration de la technique médicale, permettant d'avancer que « les différences résiduelles d'accès aux soins ont sans doute plus de conséquences aujourd'hui sur les inégalités de santé que les fortes différences d'accès aux soins qui existaient auparavant, mais dans le contexte d'une médecine peu efficace » (Couffinhal et *al.*, 2005 : 5). P. Lombrail ajoute que « c'est pour ces groupes les moins favorisés que les soins ont l'impact potentiel le plus fort. Pour les personnes en situation défavorisée, les soins peuvent être le seul moyen de protéger leur capital santé, tandis que dans les autres groupes sociaux la possibilité d'accès à des ressources sociales et environnementales rend la contribution marginale des soins plus modeste » (Lombrail, 2000 : 403). Enfin, une part importante de la mortalité prématurée<sup>142</sup> serait évitable, notamment par un meilleur usage

---

<sup>141</sup> Aux Etats-Unis, un rapport de l'Institute of medicine of the national academies (2009) évalue à 20 000 le nombre de morts causées annuellement par l'absence de couverture maladie.

<sup>142</sup> La mortalité prématurée correspond aux décès avant 65 ans. C'est un indicateur pertinent des inégalités sociales de santé, sur lequel la France se distingue par son haut niveau. Le dernier rapport de la DREES sur

du système de soins : prévention accrue, couverture vaccinale supérieure, meilleur traitement des maladies, etc. (Péquino, Le Toulec, Bovet et Jouglu, 2003). Ce dernier argument renvoie au thème des « opportunités perdues » (Fassin, Grandjean, Kaminski, Lang et Leclerc, 2000b : 432) dès lors que, par exemple, des actes préventifs ne sont pas réalisés par le médecin lorsqu'un individu consulte pour des soins curatifs, alors que celui-ci consulte rarement<sup>143</sup>.

Restituer une partie des controverses qui ont lieu, principalement dans les « forums » scientifiques<sup>144</sup>, sur le rôle des soins dans les inégalités sociales de santé permet de comprendre dans quelle perspective le non-recours aux soins des populations précaires a émergé. Ce dernier est principalement envisagé dans ses conséquences sanitaires et, ainsi, s'intègre dans le champ des inégalités sociales de santé. C'est dans ce sens que l'une des conclusions d'un colloque récent sur les inégalités de santé appuyait sur « *la nécessité de prendre de plus en plus en compte les comportements de recours aux soins mais aussi les non-recours pour comprendre l'état de santé* » (Feroni, 2008). Cette inscription du non-recours aux soins dans les débats des inégalités sociales de santé a un rôle important. Nous retrouvons ici un processus habituel de la construction des problèmes sociaux. Une des manières de faciliter l'intérêt pour un problème social est de le rattacher à un débat plus général. Pierre Lascoumes et Patrick Le Galès rappellent bien que cela permet « une légitimation de la cause en effectuant une montée en généralité qui départicularise le fait social désigné en le mettant en relation avec des enjeux de rang supérieur (des valeurs et des principes) » (Lascoumes et Le Galès, 2008 : 76). La question du non-recours aux soins prend son importance dans le fait que l'enjeu auquel elle est rattachée constitue un danger pour la santé de la personne et vient traduire des inégalités

---

l'état de santé de la population française pointe particulièrement cette question. La synthèse de ce rapport débute ainsi : « l'état de santé des Français apparaît globalement bon, mais la mortalité prématurée, c'est-à-dire survenant avant l'âge de 65 ans, reste, dans notre pays, l'une des plus élevées de l'Union européenne. En outre, des disparités sensibles perdurent tant entre hommes et femmes qu'entre territoires ou entre catégories sociales » (DREES, 2009 : 2).

<sup>143</sup> Sur ce point, nous observons des réflexions émanant de médecins généralistes quant au rôle qu'ils pourraient avoir dans la réduction des inégalités sociales de santé (Furler, 2006 ; Denantes, Chevillard, Renard et Flores, 2009). Ils plaident notamment pour l'introduction de cette problématique dans leur cursus de formation et, dans leur pratique, pour une vigilance particulière à l'égard des populations vulnérables, accédant rarement au système de soins ou en cas d'urgence, afin de « corriger la part des inégalités qui dépend des soins » (Florès et Falcoff, 2004 : 54).

<sup>144</sup> Les « forums » correspondent à « des scènes plus ou moins institutionnalisées, régies par des règles et des dynamiques spécifiques, au sein desquelles des acteurs ont des débats touchant de près ou de loin à la politique publique que l'on étudie » (Fouilleux, citée dans Boussaguet, 2004 : 226). Eve Fouilleux, repartant des travaux de Bruno Jobert, décline quatre forums : le forum de la communication politique, le forum des professionnels, le forum des communautés de politiques publiques et le forum scientifique des spécialistes. Au sein de chacun, des idées et des représentations se construisent, avant de circuler d'un forum à un autre et orienter l'action publique.

sociales de santé. Cet appui sur la valeur santé et la justice sociale fait du non-recours aux soins une question prioritaire sur d'autres, suscitant une adhésion sociale indispensable à la légitimation de ce problème social.



## Conclusion du chapitre 1

Ce chapitre a démontré deux points. Premièrement, l'émergence de la notion de non-recours aux soins s'est effectuée sans qu'il n'y ait, hormis dans les domaines où des normes de santé existaient préalablement (soins dentaires et gynécologiques), de définition stabilisée. Cela tient à la spécificité du domaine des soins dans lequel la définition du non-recours ne peut s'appuyer sur la notion de l'éligibilité, contrairement au domaine des droits sociaux. L'absence de définition précise de la notion n'empêche en rien sa diffusion importante et ses usages différents par des acteurs, tel que nous l'avons vu. Sur ce point, nous pouvons faire un parallèle avec la construction de l'illettrisme. Bernard Lahire, après avoir présenté cette dernière comme une « catégorie attrape tout, extensible et redéfinissable à loisir, permettant à des acteurs et actions différentes de se réunir », tire comme conclusion générale que « le flou sémantique n'est pas un défaut ou le signe d'un dysfonctionnement social mais la condition même de la rentabilité et de l'utilité sociale de la notion » (Lahire, 2000). Le même constat peut être fait avec la notion de non-recours aux soins, la plasticité de celle-ci étant un facteur important de sa diffusion.

Deuxièmement, la notion a émergé en tant que risque sanitaire, dû à l'implication d'acteurs du champ de la santé publique et du champ médical. Elle a donc été intégrée pleinement comme préoccupation de santé publique, champ historiquement constitué autour de la gestion du risque. Le fait que ce soit la valeur santé, centrale dans nos sociétés et véritable « carrefour idéologique » (Fassin, 2001b : 55), sur laquelle porte ce non-recours influence beaucoup son émergence. Cela en fait un objet consensuel, chacun des acteurs le trouvant illégitime en ce qu'il serait une menace sur la santé des individus et qu'il contraindrait « l'obsession de la santé parfaite » (pour reprendre une expression d'I. Illitch, 1999). Il dessine alors l'image d'individus – surtout ceux en situation de précarité – aux corps souffrants, ou pouvant l'être dans un avenir proche. En cela, le problème du non-recours aux soins ne se comprend qu'en le rapportant au contexte environnant. Le processus de médicalisation, qui traverse la majorité des sociétés occidentales, favorise l'émergence de la question dans un *continuum* entre les approches curative et préventive. Les individus en bonne santé mais « éloignés du système de santé » et ceux en mauvaise santé ne réalisant par les soins appropriés sont ainsi au centre des regards et deviennent des cibles de l'action publique.

Le consensus apparent pour faire du non-recours aux soins des populations précaires un problème public ne doit pas masquer les significations différentes qui lui sont données. Après avoir vu la plasticité de la notion de non-recours aux soins, nous en verrons sa polysémie.



## CHAPITRE 2

### NON-RECOURS ET DROIT AUX SOINS

---

Dans le chapitre précédent, l'émergence du non-recours aux soins des populations précaires, en tant que problème social ou plus précisément en tant que problème de santé publique, fait consensus parmi les acteurs ayant participé à ce processus. Toutefois, il nous a semblé nécessaire de ne pas s'arrêter à cet apparent consensus. En effet, l'un des apports des travaux sur la construction des problèmes publics est de souligner les usages et les sens différents donnés à une même catégorie. L'exemple du saturnisme infantile est significatif à cet égard des problèmes publics qualifiés de « fluides » par Christine Dourlens (2009). Ces derniers se caractérisent par l'imprécision de leur définition mais surtout par les différentes problématisations qu'ils suscitent. La catégorie du « saturnisme » a été ainsi investie de significations différentes (médicales, psychologiques, culturelles), parfois de manière simultanée et souvent ambivalente, en fonction des situations locales et en fonction des acteurs s'en emparant. Cette polysémie et ce flou ont plusieurs fonctions, dont une politique. En fédérant des intérêts divers, ils seraient, selon l'analyse de B. Palier (2009), à la source des principales réformes du système français de protection sociale. Partant des accords ayant permis la création du RMI et de la Contribution sociale généralisée (CSG), il constate « qu'au-delà de ce consensus sur les recettes de politique publique, les interprétations et les attentes sont très différentes selon les acteurs et les groupes sociaux concernés, et sont parfois contradictoires » (Palier, 2009 : 93).

Ces réflexions nous amènent à dépasser le consensus observé derrière le problème du non-recours aux soins, afin de réfléchir aux différentes significations qui lui ont été attribuées. A quels enjeux les acteurs intéressés par ce problème l'associent-ils ? Nous allons voir, dans ce chapitre, comment cette question permet de poser un autre regard sur l'individu précaire en tant que citoyen doté de droits, en l'occurrence ici d'un droit aux soins.

Pour ce faire, nous nous attarderons d'abord sur le fait que le non-recours aux soins permet de pointer l'ineffectivité du droit aux soins (section 1), de manière similaire aux premiers travaux sur le non-recours aux droits sociaux. Le non-recours aux soins vient alors interpeller un ensemble d'acteurs en ce qu'il symbolise l'exclusion d'une des formes

de la citoyenneté, venant par-là renouveler les conceptions de la pauvreté et de la précarité. Enfin, nous présenterons comment ces acteurs se saisissent de cette question pour ouvrir la voie à une réflexion critique sur les facteurs, liés à l'organisation du système de soins, empêchant l'ineffectivité du droit aux soins (section 2).

## **1. LE NON-RECOURS : UN INDICATEUR DE L'EFFECTIVITE DU DROIT AUX SOINS**

Le non-recours aux soins peut être reformulé comme le différentiel entre les possibilités théoriques de consulter un soignant et la réalisation de ces soins par la personne concernée, et ce quelles qu'en soient les raisons. Dit de cette manière, et comme suggéré en introduction, s'intéresser à ces situations revient à questionner l'effectivité du droit aux soins. Cette section vient développer cet aspect, en présentant pourquoi l'effectivité est devenue une préoccupation centrale en France, dans le champ des droits sociaux en général et du droit aux soins en particulier, et en présentant ce qu'elle induit comme changement de regard sur les populations ne bénéficiant pas de leurs droits.

### **1.1. La montée d'un appel à l'effectivité des droits sociaux**

Un retour sur la manière dont a émergé la problématique du non-recours aux droits sociaux est une nouvelle fois utile pour analyser notre objet et, plus précisément, pour distinguer ce qui est commun ou différent entre le domaine des soins et celui des droits sociaux en général. En l'occurrence, la caractéristique de l'émergence du non-recours aux soins sur laquelle nous allons nous arrêter vient rejoindre une de celles concernant les droits sociaux. Comme énoncé dans le chapitre précédent, la notion de non-recours a été définie, en France, à partir du critère central de l'éligibilité aux prestations et aux droits sociaux. Cela permet de pouvoir estimer des taux de non-recours. Au-delà de cet intérêt statistique et économétrique, porté par quelques économistes, ce critère de l'éligibilité donne la possibilité d'évaluer l'effectivité des droits sociaux, c'est-à-dire, rappelons-le, de mesurer « le degré d'adéquation entre les objectifs normatifs d'une politique et le comportement réel des groupes cibles » (Knoepfel, Larrue et Varone, 2001 : 262). L'intérêt pour cette effectivité est rendu possible par la nature particulière des droits sociaux par rapport aux droits civils et politiques. Les premiers travaux sur le non-recours datent en effet d'une époque marquée par des débats forts sur l'effectivité des prestations constituant l'ossature institutionnelle de notre système de protection sociale<sup>145</sup> (prestations d'assurance maladie, allocation logement, allocation parentale d'éducation, etc.).

---

<sup>145</sup> Pour Jean-Claude Barbier et Bruno Théret, parler de « systèmes » de protection sociale permet de rappeler que ces derniers sont certes composés de multiples acteurs sociaux en relation les uns avec les autres, qu'ils couvrent des besoins sociaux hétérogènes, etc. mais que « ce sont aussi des *macrosystèmes* dotés d'une relative cohérence d'ensemble et participant en tant que tels à la reproduction des sociétés salariales » (Barbier et Théret, 2004 : 7).

### **a) Des droits civils et politiques aux droits sociaux**

Il est indispensable de rappeler la transformation qui a affecté le système juridique français pour bien comprendre dans quelles conditions et dans quel objectif la question du non-recours émerge. Les premiers droits affirmés, en France, sont les droits civils et politiques. Ces droits sont appelés « de première génération » mais également « droits-libertés » (liberté d'expression, liberté d'association, droit de propriété...). Ils reposent de ce fait sur la liberté, individuelle, ce qui implique un Etat-gendarme ou une action négative de sa part (abstention d'agir). Ils ont été complétés plus tard par les droits sociaux, notamment dans le Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 qui constitue toujours un texte de référence<sup>146</sup>. Ces derniers – les « droits à » (droit au travail, au logement, droit à la santé...) – sont également appelés droits de seconde génération et se sont superposés aux « droits-créances ». Cette dernière caractéristique est centrale puisqu'elle est souvent interprétée comme une obligation de l'Etat à l'encontre de ces droits collectifs. Cela suppose une action positive de l'Etat, se traduisant par l'obligation de tout mettre en œuvre pour protéger ces droits, les garantir et les promouvoir ou, entre autres, pour en faciliter l'accès. La réponse publique est dans ce cas celle d'un Etat-providence, offrant des prestations *via* les services publics. La nature entre ces deux droits serait donc différente. Carlos Miguel Herrera rappelle pourtant que, d'un point de vue juridique, les critères couramment employés pour distinguer entre les droits-libertés et les droits sociaux ne se suffisent pas à eux-mêmes<sup>147</sup>. Selon ce professeur de droit public, qui préfère parler de « droits de l'homme de contenu social et économique » (Herrera, 2009 : 124), « aucun de ces critères n'est faux, mais aucun n'en est exclusif. En matière de droits sociaux, l'obligation de l'Etat peut consister aussi en une abstention. Les droits sociaux peuvent être des droits collectifs, mais sont aussi des droits individuels » (Herrera, 2009 : 9). Il prend par exemple les mesures gouvernementales prônant l'interdiction de fumer dans les lieux publics pour démontrer en quoi la garantie des droits sociaux ne passe pas nécessairement par une dépense économique et une action positive de l'Etat. Qui plus est, sur l'obligation de l'Etat, « la réalisation de ces droits sociaux dépendrait finalement d'une décision politique. Ce qui permet de penser que, dans des circonstances économiques précises (récession, crise fiscale, déséquilibre budgétaire, etc.), ils peuvent être écartés au bénéfice

---

<sup>146</sup> Historiquement, la première évocation des droits sociaux, sans que le terme ne soit employé, date de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789. Elle évoque en particulier un droit à la subsistance dont la société devrait être garante.

<sup>147</sup> Une autre analyse critiquant la pertinence de cette opposition entre la nature des droits civils et politiques et celle des droits économiques et sociaux est proposée par Diane Roman (2007).

d'autres choix » (Herrera, 2009 : 60-61). Considérés au départ comme moins importants que les droits civils et politiques (Roman, 2007), et longtemps perçus seulement comme des « droits des pauvres », les droits sociaux ont été reconnus dans un ensemble de textes français, européens<sup>148</sup> et internationaux<sup>149</sup> comme des droits fondamentaux.

L'extension des droits sociaux tient à une autre donnée historique, relative à l'évolution du système français de protection sociale et de l'Etat-providence. Au lendemain de la seconde Guerre mondiale<sup>150</sup>, ce dernier a été constitué en combinant des principes bévériégiens – *via* l'aspiration à l'uniformité et à l'universalité, c'est-à-dire à offrir une couverture similaire des besoins sociaux à l'ensemble de la population, ainsi qu'à l'unité du système – avec des modalités bismarckiennes – *via* le développement d'un système d'assurance sociale, pour ceux qui ont le statut de travailleurs, financé par les contributions professionnelles et géré par des organisations corporatistes et les employeurs (Palier, 2006). Les droits sociaux ont ainsi été définis initialement comme des droits des travailleurs. Ils visaient à assurer une protection contre les aléas de l'existence aux travailleurs et à leurs ayants droit, proportionnelle à leurs cotisations et revenus, en s'opposant à la logique de l'assistance. Le modèle de société qui sous-tend le développement de ce système de protection sociale est celui d'une société salariale (Castel, 1995) et, qui plus est, de plein emploi. Des années 1945 aux années 1970, la généralisation du système de protection sociale a été recherchée en cohérence avec ces principes initiaux, en couvrant d'autres catégories de population que les seuls salariés et ayants droit et en couvrant d'autres risques sociaux. Si des prestations sous conditions de ressources sont créées, dans le domaine de l'aide sociale, elles sont pensées comme provisoires et dans l'objectif de généralisation de la protection sociale, en complétant ce dernier par un filet de sécurité, à la marge (Hamel, 2009). Toutes ces évolutions sont permises par la représentation positive dont jouit la protection sociale ; celle-ci, dans une logique keynésienne, participe à soutenir l'emploi et la croissance économique mais également à améliorer les conditions de vie de la population et à favoriser l'unification de la

---

<sup>148</sup> Voir la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, signée le 7 décembre 2000 lors du sommet de Nice mais modifiée et ratifiée en décembre 2007. De portée juridique limitée, cette charte reconnaît, à côté des droits civils, les droits sociaux comme des droits fondamentaux.

<sup>149</sup> Voir le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels adopté le 16 décembre 1966 par l'Assemblée générale de l'Organisation des nations unies (ONU) et ratifié par la France le 4 novembre 1980.

<sup>150</sup> Nous présentons ici des aspects historiques permettant de comprendre comment se sont développés les droits sociaux après 1945. Notre propos ne vise donc pas à restituer l'ensemble des éléments historiques concernant l'origine des interventions publiques à destination des pauvres, dès la Révolution française et la rupture des principes de la charité et de la philanthropie. Nous renvoyons le lecteur à l'ouvrage central de R. Castel (Castel, 1995).



société. Par ailleurs, elle dispose de l'adhésion de la population puisque « l'obtention des droits sociaux [est] liée au travail et dotée d'un caractère de forte légitimité : les gens travaillent pour leur propre sécurité sociale » (Palier, 2006 : 201).

Les années 1970, avec la fin des « Trente Glorieuses » verront la remise en cause progressive du fonctionnement et des principes du système de protection sociale. Les dépenses sociales s'accroissent sous la conjoncture de plusieurs causes : changements économiques et démographiques, diversification et expansion des besoins des populations (en matière de santé notamment), etc. Tandis que, de leur côté, les recettes provenant des contributions professionnelles baissent. Le modèle de société de plein emploi sur lequel a été basée la protection sociale s'éloigne et contraste avec l'observation des situations de pauvreté et d'exclusion. L'Etat-providence est alors considéré comme « en crise » et comme un facteur des difficultés économiques et sociales. Plusieurs solutions destinées à résoudre cette situation budgétaire sont avancées par les pouvoirs publics et testées : hausse des cotisations sociales puis, dans les années 1990, baisse du niveau des prestations sociales ; introduction de nouvelles prestations complémentaires (privées) ou d'assistance (non contributives) ; développement du ciblage des prestations sociales ; recherche d'autres sources de financements ; renforcement du pouvoir de l'Etat dans la gestion du système. B. Palier conclut que ces réformes, mises bout à bout, ne se contentent plus d'aménager le système français de protection sociale, mais le transforme profondément. Discrètement, « ces évolutions structurelles, qui contribuent toutes à modifier la nature bismarckienne (d'assurance sociale) originelle du système de sécurité sociale français, tendent vers une logique et des pratiques nouvelles, reposant sur la gestion de la protection sociale par l'Etat et le financement par l'impôt dans les domaines de la santé, des prestations familiales et de la lutte contre la pauvreté » (Palier, 2006 : 220). Ce constat est essentiel puisqu'il explique pourquoi les droits sociaux, contrairement à leur origine, ne se sont plus développés autour des droits des travailleurs. Pour l'illustrer, B. Palier revient sur la création en 1990 de la Contribution sociale généralisée (CSG), impôt conçu en partie pour financer les prestations non contributives, et qui « brise le lien entre emploi et droits ». En effet, plus précisément, « l'accès aux prestations financées par la CSG ne peut pas être réservée à une catégorie particulière de la société. La modification du financement crée donc les conditions de l'instauration de droits sociaux fondés sur la citoyenneté » (Palier, 2006 : 219). Les droits sociaux ont ainsi pris de l'ampleur en France en étant au fur et à mesure rattachés à la citoyenneté. Le domaine de la santé a été affecté par cette évolution structurelle puisque, à côté du système assurantiel classique, un

individu a droit à l'accès aux soins, à être couvert par l'Assurance maladie et à percevoir des prestations relevant de l'assistance comme la CMU-C. Cette dernière n'est pas dépendante du niveau de cotisation ou non, mais est assise sur la citoyenneté. « Aussi, depuis le début des années 1980, le principe de l'assurance sociale dans le domaine de la santé est-il remis partiellement en cause et l'idée que le droit à la santé est un attribut de la citoyenneté et non pas du travailleur a fait son chemin » (Barbier et Théret, 2004 : 67).

***b) S'assurer de l'effectivité des droits sociaux : les effets des revendications associatives et de la modernisation administrative***

Les droits sociaux sont de la sorte reconnus dans les textes comme des droits fondamentaux. De plus, ceux-ci se développent suite à l'extension de la société salariale puis l'extension de la notion de citoyenneté. La reconnaissance récente du droit au logement opposable fournit la preuve la plus évidente de cette « irrésistible ascension des « droits à » », principalement marquée depuis la fin des années 1990 (Borgetto, 2000). D'autres exemples auraient pu être pris, par exemple dans le domaine de la garde d'enfant (« le droit opposable à la garde d'enfants » faisait partie du programme présidentiel de Nicolas Sarkozy en 2007) ou de la téléphonie (le « droit à être joignable » défendu par la sociologue Catherine Lejealle<sup>151</sup>).

Progressivement, des revendications se font entendre pour réclamer l'effectivité de ces droits créances. Cette particularité dans la nature des droits sociaux est centrale pour comprendre la place de l'effectivité. Ainsi que le souligne Michel Borgetto, il convient de « rappeler que pour garantir l'effectivité d'un droit, il importe, outre qu'il soit consacré par des textes nationaux et internationaux créant une obligation pour la collectivité, que la législation nationale admette et organise son opposabilité : ce qui suppose à tout le moins d'une part, que soit désignée une autorité responsable de sa mise en œuvre, d'autre part que le citoyen puisse, si nécessaire, revendiquer son droit devant une instance compétente » (Borgetto, 2007 : 108). Ce juriste poursuit en indiquant que « de ce point de vue, on doit constater que la très grande majorité des droits sociaux fondamentaux tels que le droit à l'éducation, aux soins ou l'accès à la justice [...] sont assez bien assurés en France dans la mesure où un dispositif est mis en place et garanti par l'Etat pour ouvrir leur accès à tous sans condition de statut, d'origine ou de fortune » (Borgetto, 2007 : 108).

---

<sup>151</sup> Libération, « C. Lejealle : Ne pas avoir de portable est discriminant », 13 mai 2009.

C'est au nom de cette obligation de l'Etat que les revendications pour la garantie de l'effectivité des droits sociaux se développeront, entraînant ce que Robert Lafore a à juste titre nommé la rhétorique du « droit aux droits » (Lafore, 2000). Elles ont été en grande partie menées par des acteurs associatifs dont l'action militante a pu s'organiser autour de ce thème – et s'organisent toujours actuellement d'ailleurs<sup>152</sup>. Ce souci pour l'accès aux droits sociaux puis leur effectivité est principalement apparu dans les années 1980 et au début des années 1990. Tout comme ce fut le cas pour l'Allemagne<sup>153</sup>, cela s'intègre dans une période historique spécifique, celle qui a été marquée par les débats sur la « nouvelle pauvreté ». En contraste avec les Trente Glorieuses, la redécouverte de formes de pauvreté, étendue à des catégories sociales jusque-là protégées du fait d'un chômage de masse et de la précarisation de l'emploi, a entraîné des réactions dans l'opinion publique et une montée des incertitudes quant au futur. Confortés par les constats qui s'accumulent, les acteurs associatifs exercent une pression sur les pouvoirs publics pour qu'ils se saisissent de la question des droits sociaux et de leur effectivité. Cette question change d'ailleurs de nature. Comme le décrit C.M. Herrera, « si la catégorie de « droits sociaux » paraît contestable d'un point de vue strictement conceptuel – en ce qu'elle pourrait induire à imaginer une « nature juridique » différente de celle des autres droits de l'homme – sa signification politique, produit de cette histoire, est incontournable, car l'expression a servi à véhiculer, et organiser même, un ensemble de demandes des travailleurs, puis des dominés » (Herrera, 2009 : 118). D'autres observateurs confirmeront le fait que l'action de cette partie de la société civile sera centrale dans la mise sur agenda politique de la question des droits sociaux (Warin, 2006).

Cette époque verra un regain d'intérêt de la sociologie pour les questions de pauvreté (Paugam, 1991), mais également la production de plusieurs rapports associatifs sur ce thème. Parmi ceux qui compteront, le rapport remis au Conseil économique et social par le Père J. Wresinski retient plus particulièrement notre attention. Souvent cité pour la

---

<sup>152</sup> Nous pouvons prendre l'exemple ici du Groupe d'information et de soutien des immigrés (GISTI) qui, avec d'autres associations réunies au sein de l'Observatoire du droit à la santé des étrangers (ODSE), s'appuient très fortement sur des compétences juridiques pour développer leurs actions et défendre les personnes dont elles veulent porter la cause – en l'occurrence les étrangers en situation irrégulière. Pour une analyse de cette « judiciarisation de l'action publique », appliquée au cas du droit aux soins des étrangers atteints par le VIH/sida, voir Mbaye, 2009.

<sup>153</sup> Le rapport d'EXNOTA « Emergence of « non-take-up theme » revient sur les aspects similaires ou différents dans l'introduction du thème du non-recours dans 6 pays (France, Pays-Bas, Allemagne, Hongrie, Grèce, Espagne). Les causes de cette émergence en France et en Allemagne sont assez proches, même si elle a eu lieu à des moments distincts. Rapport disponible à l'adresse : <http://www.exnota.org/story.php?synth=1&sum=1>.

définition qu'il propose de la précarité<sup>154</sup>, ce rapport intitulé *Grande pauvreté et précarité économique et sociale* et commandé par le gouvernement de l'époque, est central dans la prise de conscience de l'effectivité des droits fondamentaux, au premier plan desquels les droits sociaux. Il fait de l'accès effectif à ces derniers une composante essentielle de la lutte contre la pauvreté, sans quoi « c'est en définitif au droit de vivre dans la dignité qu'il est porté atteinte » (Wresinski, 1987 : 94). Notons d'ailleurs que la santé, entendue comme « l'accès de tous aux soins » (Wresinski, 1987 : 102), est, à côté des ressources économiques et de l'habitat, présentée dans ce rapport comme un des droits cruciaux pour assurer une sécurité aux personnes et familles et ainsi les éloigner de la précarité. Un chapitre entier du rapport est occupé par la question des soins de santé – le chapitre 4 – où sont répertoriées les difficultés d'accès aux soins et plusieurs initiatives locales destinées à les réduire. Le second rapport qui « marque un tournant dans la reconnaissance officielle du problème de l'accès aux droits et du non-recours aux services publics » (Hamel, 2006b : 21) paraît peu de temps après, en 1995. Il a été rédigé par Geneviève de Gaulle Anthonioz, alors présidente d'ATD Quart-Monde, et s'intitule *La grande pauvreté. Evaluation des politiques publiques de lutte contre la grande pauvreté*. Il fait du non-recours aux droits sociaux une des clés de lecture de l'efficacité des politiques publiques, mais surtout une des clés de lecture de la pauvreté, en se fondant pour cela sur plusieurs études. Ce rapport interpelle très fortement les pouvoirs publics pour faire de l'effectivité des droits sociaux une priorité.

Ces revendications trouveront leur point d'aboutissement dans la loi du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions, pour reprendre le constat fait par de nombreux observateurs (Borgetto, 2000). Cette loi scelle par là le rôle des acteurs associatifs dans le débat public. Elle reconnaît formellement un ensemble de droits sociaux comme étant des droits fondamentaux, dans les domaines de l'emploi, du logement, de la protection de la santé, de la justice, de l'éducation, de la formation et de la culture, de la protection de la famille et de l'enfance. Si l'institution du RMI en 1988 avait déjà marqué le premier moment de l'accès aux droits sociaux (Borgetto, Chauvière, Frottié et *al.*, 2003) en reconnaissant le droit constitutionnel d'obtenir de la collectivité des moyens de subsistance et en instaurant un « panier de droits », la loi de 1998 vient rappeler que « le dispositif du RMI est capital et indispensable, mais il est insuffisant » (Chauvière, 2007 : 105). Elle réaffirme que l'accès aux droits est une condition indispensable à l'insertion sociale des

---

<sup>154</sup> Selon la définition proposée par ce rapport, la « précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux » (Wresinski, 1987 : 6).

personnes qualifiées d'exclues, mais surtout que l'affirmation des droits par la loi est inutile s'il existe toujours un décalage avec leur exercice réel. L'effectivité des droits y prend alors une place centrale, dès son article premier. Celui-ci énonce le principe suivant : « la présente loi tend à garantir sur l'ensemble du territoire l'accès effectif de tous aux droits fondamentaux dans les domaines de l'emploi, du logement, de la protection de la santé, de la justice, de l'éducation, de la formation et de la culture, de la protection de la famille et de l'enfance »<sup>155</sup>.

La centralité de l'accès effectif aux droits sociaux, principalement mise en forme par la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions, s'est maintenue et est observable encore actuellement. L'initiative d'un *Code des droits contre l'exclusion*, publiée aux éditions Dalloz en 2006, nous en donne une illustration. Ce code a pour objectif de concentrer dans un même ouvrage les textes juridiques relatifs à la lutte contre l'exclusion, jusque-là dispersés. Les auteurs l'inscrivent ouvertement et dès la préface dans l'idée que « le droit est la seule arme du pauvre » et qu'il est nécessaire de « rendre effective l'égalité des droits, si souvent proclamée, si rarement appliquée » (Hirsch et Chemla, 2006 : 9). Prenant acte des changements initiés par la loi de 1998 puis de celle du 18 janvier 2005, relative à la cohésion sociale, les auteurs de ce code revendiquent le besoin de passer à l'étape suivante, l'effectivité, dont le code en est un outil : « il ne suffit pas d'ouvrir des droits théoriques, encore faut-il rendre ces droits effectifs. Pour cela le préalable est de les connaître » (Hirsch et Chemla, 2006 : 14).

Du fait de revendications d'acteurs associatifs, la garantie de l'effectivité de l'accès aux droits sociaux est progressivement devenue « un défi pour les pouvoirs publics », selon les termes d'un rapport public de la Cour des comptes sur les personnes sans-domicile qui s'inquiétait du problème du non-recours, insuffisamment connu et mesuré<sup>156</sup>. L'émergence de la notion de non-recours prend alors tout son sens. Elle permet, à ceux qui s'en saisissent d'être vigilants ou d'agir sur ce décalage entre accès théorique et accès effectif aux droits ; autrement dit de partir du constat selon lequel « l'accès au droit n'est pas le droit réalisé » (Chauvière, 2004 : 27).

---

<sup>155</sup> Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions.

<sup>156</sup> Voir « Les personnes sans domicile : rapport public thématique », publié en 2007 à la Documentation française. Ce rapport est également intéressant en ce qu'il évoque, à demi-mot, en quoi la reconnaissance des phénomènes de non-recours est une question politique.

Au-delà de l'importance des rapports consacrés à l'exclusion sociale, il nous reste à mentionner, pour être complet, le rôle joué par la politique dite de « modernisation administrative » et de réforme de l'Etat dans ce processus<sup>157</sup>. Cette politique, présente dans les années 1970 mais surtout dans les années 1990, vise à améliorer la qualité des rapports entre les services publics et leurs usagers et à s'adapter au mieux à des populations dont les besoins et les attentes ne sont plus aussi homogènes qu'auparavant. Elle cherche par-dessus tout à favoriser des économies budgétaires, en développant une logique de résultat et en répartissant les moyens en fonction des objectifs chiffrés et fixés à l'avance. La LOLF, présentée auparavant, ainsi que la Révision générale des politiques publiques (RGPP), en sont les expressions contemporaines. D'autres outils sont utilisés dans cet objectif de performance publique et de modernisation administrative, passant par l'allocation des ressources sur des territoires et des populations précises (le ciblage), la mise en œuvre territoriale de guichet unique (les PARADS<sup>158</sup>), la simplification du vocabulaire administratif ou l'introduction de nouvelles relations entre les institutions et leurs usagers (autour des contrats<sup>159</sup> ou de la *e-administration*<sup>160</sup>). La capacité des administrations et des services publics à répondre aux besoins de l'ensemble des usagers concernés, y compris de ceux qui échappent aux services publics, est alors au centre des évaluations. Les débats sur le non-recours ont été observés autour de cette politique de modernisation administrative (Warin, 2003c) et des administrations tiennent compte de ce phénomène pour évaluer et modifier leurs pratiques. Bien qu'abandonné par la suite, un indicateur portant sur le taux de non-recours aux prestations sociales a d'ailleurs été un moment pensé par la DGAS. Pourtant, au départ, l'absence de préoccupations de cet ordre a entraîné des critiques de chercheurs sur la politique de modernisation. En effet, comme le notait P. Warin, « ce n'est pas le moindre des paradoxes de cette politique, qui vise à

---

<sup>157</sup> Ce double processus d'émergence de l'accès aux droits sociaux se retrouve directement dans le titre d'un rapport remis par plusieurs chercheurs à la CNAF en 2004 : « Les débats sur l'accès aux droits sociaux. Entre lutte contre les exclusions et modernisation administrative » (Borgetto et al., 2004).

<sup>158</sup> Les PARADS sont les Pôles d'accueil en réseau pour l'accès aux droits sociaux. Ils ont été créés, dans la continuité du Plan de cohésion sociale de 2004 et d'une réflexion de la Direction générale de l'action sociale (DGAS), dans l'objectif de faciliter l'accès aux droits sociaux pour les populations en situation de précarité. Ils prennent la forme, sur des territoires qualifiés par leurs difficultés, de guichets uniques dédiés à l'accueil et l'information sur les droits sociaux. Le principe est, pour lever les obstacles à l'accès à ces derniers, d'initier de la coordination entre les organismes et acteurs concernés (Caisses d'allocations familiales, Caisses primaires d'assurance maladie, Centres communaux d'action sociale, associations...), sur un même territoire.

<sup>159</sup> Le développement des contrats comme outil de gestion de la question sociale, bien que sous des formes diversifiées, repose en effet sur une référence commune à la logique de modernisation de l'action publique (Berthet et Glasman, 2005).

<sup>160</sup> Voir à ce titre le numéro 86 de la revue *Recherches et prévisions*, consacré à « La nouvelle administration. L'information numérique au sujet du citoyen », paru en 2006. La thèse de science politique de M.P. Hamel démontre également comment l'e-administration est considérée par les pouvoirs publics et les organismes sociaux comme une réponse à l'ineffectivité de l'offre publique (Hamel, 2009).

accroître la qualité et la performance des administrations et des services publics, que d'ignorer ce retrait d'une partie des publics » (Warin, 2003b : 94). Des critiques d'un autre ordre provenaient de recherches démontrant en quoi les mesures contenues dans la politique de modernisation amplifiaient les difficultés d'accès aux droits, en matière de police et de justice notamment (Delpeuch, Dumoulin et Kaluszynski, 2002).

## **1.2. Le cas du droit à la santé**

Le terme de « non-recours » a été introduit dans un contexte de lutte contre l'exclusion et de modernisation administrative, où la reconnaissance des droits sociaux puis la garantie de leur accès effectif sont devenues des objets de débats publics et politiques. Jusque-là, nous avons évoqué les droits sociaux pris de manière générale. Qu'en est-il du domaine nous intéressant, celui de la santé ? Le droit à la santé est un de ces droits sociaux. Il nous semble important de présenter comment il a été pensé, en France, pour comprendre dans quel cadre problématique émerge la question du non-recours aux soins des populations précaires.

### ***a) Le droit à la santé entendu comme droit aux soins***

François Ewald a analysé la manière avec laquelle la santé est apparue comme une question relevant des compétences de l'Etat (Ewald, 1997). Il démontre notamment que le souci pour la santé, par le truisme de l'hygiène publique, a depuis longtemps été l'objet de l'intervention étatique, par le biais par exemple d'une police de salubrité publique. L'idée d'un droit aux soins, quant à elle, est observée au moment du développement de l'Etat-providence à la fin du 19<sup>e</sup> siècle. Ce changement n'a pu se faire qu'à partir du moment où l'action de l'Etat ne s'est plus limitée à la salubrité et la prévention des maux, mais s'est également étendue aux comportements des citoyens. F. Ewald fait ici référence aux travaux de Michel Foucault sur la biopolitique, et plus particulièrement l'ouvrage intitulé *La volonté de savoir*. De ce processus historique, F. Ewald avance que « c'est en administrant les soins que l'Etat moderne pense trouver le principe de sa légitimité » (Ewald, 1997 : 21). De cela, ainsi que par le rôle du mouvement mutualiste, naîtra le régime actuel de Sécurité sociale, reposant notamment sur le principe d'un risque maladie nécessitant une couverture collective.

Cette conception a son importance pour comprendre pourquoi le droit à la santé s'est constitué en France sous l'angle du droit à une protection sociale mais surtout du droit aux soins, en tant que prérogative de l'Etat-providence, et non dans le sens d'un droit à vivre en bonne santé<sup>161</sup>. En effet, il s'agit bien plutôt du droit à la protection de sa santé, c'est-à-dire, pour reprendre la définition proposée dans le code des droits contre l'exclusion, du « droit de bénéficier de soins dispensés par des professionnels de santé » (Hirsch et Chemla, 2006 : 708). L'ensemble des textes encadrant le droit à la santé va dans ce sens. Le Préambule de la Constitution française du 27 octobre 1946, en particulier dans son alinéa 11, énonce ainsi que la Nation garantit à chacun le droit à la protection de la santé. Ce texte est majeur puisqu'il permet la reconnaissance constitutionnelle de ce droit – bien que des juristes remettent en cause l'idée de droit à la santé par la suite, le présentant davantage comme un « objectif », à la justiciabilité problématique (Herrera, 2009 : 82). De plus, il introduit l'idée d'un devoir de la société et de l'Etat, sous la forme de prestations, vis-à-vis de la santé des citoyens vivant sur le territoire. D'autres textes complémentaires démontrent la constitution d'un droit à la santé comme droit aux soins ; la loi de 1998 de lutte contre les exclusions intègre l'accès à la prévention et aux soins parmi les 5 droits sociaux fondamentaux tandis que, entre autres, la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et la qualité du système de soins rappelle que le droit le plus fondamental est de pouvoir accéder aux soins afin de respecter le droit à la protection de la santé.

Le droit aux soins, et par-là l'accès aux soins, sont reconnus comme des droits fondamentaux universels en France et en Europe<sup>162</sup>, indissociables des droits de l'homme. Selon la théorie égalitariste démocratique de la justice sur laquelle le système de soins français est basé (Rameix, 1997), il s'agit du droit de chacun de bénéficier de soins en fonction de ses besoins de soins. Ces derniers sont le seul critère de justice permettant d'arbitrer dans l'allocation des (rares) ressources de soins, et non pas en fonction de la condition socioéconomique de la personne.

---

<sup>161</sup> Ce principe se retrouve dans des textes internationaux tels que le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels. Son article 12, traitant de la santé, énonce que « les Etats parties au présent Pacte reconnaissent le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre ».

<sup>162</sup> La Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, dans son article 5 sur la protection de la santé, énonce que « toute personne a le droit d'accéder à la prévention en matière de santé et de bénéficier de soins médicaux dans les conditions établies par les législations et pratiques nationales. Un niveau élevé de protection de la santé humaine est assuré dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de l'Union ».



Cela se traduit par la mise en place de dispositifs destinés à rendre effectif et opérationnel ce droit aux soins pour tous, y compris ceux qui se retrouvent dans une situation sociale défavorisée. Pour ces derniers, les mesures ont mis l'accent sur l'accès à des structures spécifiques comme les PASS ou sur l'accès à une protection sociale *via* par exemple l'instauration de la CMU-C. Ce dernier dispositif a été créé par la loi du 27 juillet 1999 pour « mettre fin à l'une des pires exclusions : l'exclusion des soins »<sup>163</sup>. La CMU reconcentre vers l'Etat la compétence d'Aide médicale, anciennement détenue par les départements et délègue sa mise en œuvre aux directeurs des caisses d'Assurance maladie. La mise en place de cette loi poursuit deux objectifs : généraliser l'accès à l'Assurance maladie pour tous les résidents stables et réguliers non couverts par un régime de base (CMU B) et assurer à tous les ménages à faible revenu l'accès aux soins, par la mise en place d'une couverture complémentaire gratuite (CMU-C). Cette dernière prend en charge, avec dispense d'avance de frais, le ticket modérateur, le forfait journalier hospitalier et certains produits spécifiques (par exemple, selon un barème, les lunettes et prothèses dentaires). La CMU-C, accordée pour un an sous conditions de ressources, concernait 4,3 millions de personnes en 2007 (Boisguérin, 2009).

### ***b) Le non-recours aux soins comme indicateur d'évaluation de l'effectivité du droit à la santé***

L'évaluation de la CMU-C illustre très bien la logique selon laquelle le non-recours est là pour porter attention à l'effectivité du droit à la santé, entendu sous l'angle du droit aux soins. Plus précisément, elle applique au domaine de la santé ce que P. Warin a dénommé « l'approche administrative du phénomène de non-recours » (Warin, 2009a), qui envisage la réduction des difficultés d'accès aux droits et aux services en termes de non-réception ou de non-connaissance par les populations<sup>164</sup>. Elle est distinguée de « l'approche compréhensive » en ce qu'elle ne cherche pas à savoir si l'offre de prestations et de droits correspond aux attentes et aux besoins des personnes concernées. Nous sommes dans le premier cas avec l'évaluation de la CMU-C. Comme présenté dans le chapitre 1, plusieurs indicateurs ont été intégrés pour suivre l'un des objectifs en matière de protection maladie, celui visant à garantir l'accès aux soins des personnes disposant de faibles ressources. Parmi eux, l'« indicateur de satisfaction des bénéficiaires de la CMU-C » mesure l'écart

---

<sup>163</sup> Loi de 1999 portant création de la CMU et de l'Aide médicale de l'Etat, citée dans Revil, 2008 : 108.

<sup>164</sup> Cette approche administrative est analysée dans le cas de l'Assurance maladie par H. Revil, dans sa thèse de doctorat de science politique, en cours.

entre le non-recours au médecin et au dentiste des bénéficiaires de la CMU-C et le non-recours des autres catégories de la population française (voir encadré 7 ci-dessous).

### **Encadré 7 : Objectifs et indicateurs de performance en matière de protection maladie**

#### **OBJECTIF N°1 : Garantir l'accès aux soins des personnes disposant de faibles ressources**

La loi a prévu des dispositifs pour favoriser l'accès aux soins des personnes dont les ressources sont les plus modestes, qui reposent à la fois sur les caisses d'assurance maladie et les organismes complémentaires. Dès lors, il convient de s'assurer que ces personnes ne rencontrent pas de difficultés pour bénéficier de ces dispositifs : il s'agit de veiller à la bonne effectivité du droit à la CMUc et à l'aide à l'acquisition d'une assurance santé complémentaire. Les caisses contractualisant régulièrement autour d'objectifs, les indicateurs ci-dessous complètent les objectifs fixés aux caisses dans le cadre des conventions d'objectifs et de gestion (COG).

#### **INDICATEUR 1.1 : Indices de satisfaction (du point de vue de l'utilisateur)**

	Unité	2006 Réalisation	2007 Réalisation	2008 Prévision PAP 2008	2008 Prévision actualisée	2009 Prévision	2011 Cible
Indice de satisfaction administrative	/10	7,9	7,6	8	8	8	8
Ecart de non recours au médecin et au dentiste avec les autres populations	Point	2,2	n.c.	5	-	8	7
Ecart de santé global avec les autres populations	point	0,7	n.c.		0,6	0,6	0,5

Précisions méthodologiques En brut, les données sont exprimées par une note sur 10 pour le premier sous-indicateur, et en points d'écart pour les deux autres sous-indicateurs.

- Sources des données : Fonds CMU
- Explication sur la construction de l'indicateur :

Le premier sous-indicateur est renseigné à partir des données annuelles de l'indice de satisfaction administrative de la CNAMTS et mesure le degré de satisfaction des bénéficiaires de la CMU complémentaire par rapport au service qui leur est offert. C'est une note sur 10 attribuée par les bénéficiaires sur les critères de diffusion de l'information, de réclamation, de remboursement.

Le sous-indicateur relatif à l'écart de renoncement aux soins entre les bénéficiaires de la CMU complémentaire et les bénéficiaires d'une couverture privée du PAP 2008 est remplacé en 2009 par deux sous-indicateurs :

- un sous-indicateur qui mesure l'écart de non recours au médecin et au dentiste entre les bénéficiaires de la CMU complémentaire et les autres catégories de la population ; il est issu également des données annuelles collectées par le CETAF mais, à la différence des données de l'IRDES fournies jusqu'en 2008 qui fournissent une indication qui concerne principalement le renoncement aux soins dentaires pour raisons financières, l'indice fourni par le CETAF mesure également le non recours au médecin et prend en compte des raisons du non recours tels les refus de soins, l'absence d'attitude de prévention, l'absence de maladie... ; les écarts mentionnés jusqu'en 2008 ne sont donc pas comparables à ceux qui seront fournis à partir de 2009 ; sur cette nouvelle base, le non recours dans la population CMUc atteignait 10,4 % pour le médecin et 30,1 % pour le dentiste, soit une moyenne de 20,25 % et hors population CMUc 5,5 % pour le médecin et 18,1 % pour le dentiste, soit une moyenne de 11,8 %, d'où un écart de 8,45 points, alors que l'écart de renoncement aux soins selon les données de l'IRDES était de 2,2 points ; l'objectif recherché est également une réduction de l'écart entre les deux catégories de population.

- un sous-indicateur qui mesure l'écart de santé global entre les bénéficiaires de la CMU complémentaire et les autres catégories de la population ; il est issu des données annuelles collectées par le centre

technique d'appui et de formation des centres d'examen de santé –CETAF– de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés –CNAMTS– ; les données du CETAF concernant une année donnée sont disponibles au dernier trimestre de l'année suivante ; en conséquence, les données fournies pour le rapport annuel de performance de l'année N concerneront l'année N – 1 ; il retrace l'état de santé réel des individus et leur place par rapport au système et à l'offre de soins par une mesure de satisfaction sanitaire fondée sur la santé perçue par une note sur 10 ; en 2006, cet indice était de 6,6 pour la population CMUc et de 7,3 pour la population hors CMUc, d'où un écart de 0,7 ; l'objectif recherché est donc une réduction de cet écart.

-----

Source : *Projet de loi de finances pour 2009 : mission « santé », Programme 183 « Protection maladie », « Objectifs et indicateurs de performance »*. <http://www.performance-publique.gouv.fr/farandole/2009/pap/html/DBGPGMOBJINDPGM183.htm>.

Cet indicateur de non-recours aux soins rappelle le compromis autour duquel se recentraient, selon Marie-Pierre Hamel et Pierre Muller, les politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion. Pour contrebalancer le ciblage accru des prestations sociales sur « les plus vulnérables », ces politiques doivent alors faire l'objet d'une évaluation de leur efficacité et de leur performance, tout en respectant des principes de justice sociale (Hamel et Muller, 2007). Ici, l'impact de telles politiques sur l'accessibilité aux soins des populations précaires est mesuré par la capacité de la CMU-C à faire entrer dans le système de soins des populations qui en auraient été exclues.

### **1.3. Ineffectivité du droit aux soins, citoyenneté sociale et pauvreté**

Un ensemble d'acteurs se saisit du non-recours en tant que variable permettant d'estimer si l'effectivité du droit aux soins est garantie ou non, au sujet des populations précaires. Ce constat nous amène à repenser la question du sens donné au non-recours ou, autrement dit, à s'intéresser à nouveau à la raison motivant un regard sur ce phénomène particulier et chez cette catégorie particulière de la population. Dans le premier chapitre, nous avons insisté sur l'aspect sanitaire de cette question en analysant comment elle était représentée comme un risque pour la santé, au niveau des individus, et comme un facteur d'aggravation des inégalités sociales de santé, au niveau collectif. Nous allons à présent voir qu'en plus d'être construit comme un enjeu de santé publique, le non-recours aux soins émerge comme un enjeu de nature sociale et politique.

### **a) Les dimensions sociales et politiques de l'accès aux soins**

La conclusion de l'ouvrage collectif *Les inégalités sociales de santé*, intitulée « Perspectives pour la recherche et pour l'action », est utile pour mieux comprendre cet enjeu. Les cinq chercheurs qui ont dirigé cet ouvrage reviennent sur le rôle de l'accès aux soins. Après avoir mentionné que « la manière la plus efficace de réduire les inégalités sociales de santé est de *réduire les inégalités dans la société* », ils avancent que « la question de *l'égalité devant les soins* n'en demeure pas moins essentielle, non seulement du point de vue de l'efficacité sur la santé, mais aussi en termes de respect des droits sociaux » (Fassin et al., 2000b : 434). Ils situent l'importance des difficultés d'accès aux soins ailleurs, comme étalon de l'effectivité du droit aux soins. Cette réflexion sera poursuivie par l'un des auteurs de cette conclusion, D. Fassin. Ce sociologue et anthropologue, de formation médicale, revient dans un entretien accordé à la revue *Pratiques* sur la nécessité de ne pas écarter la question de l'accès aux soins des populations précaires. Voici ce qu'il indique : « améliorer son état de santé, cela ne dépend pas seulement du domaine des soins : obtenir un logement décent, une meilleure éducation, un accès à l'emploi, des conditions correctes de travail, ce sont des facteurs bien plus déterminants. Ce qui ne veut pas dire que l'accès aux soins soit sans importance. En fait, plus que pour ses conséquences sur la santé, l'accès aux soins doit être défendu en tant que droit. Et c'est précisément cette dimension qu'on perd de vue quand on avance des mesures pour financer la Sécurité sociale comme le forfait hospitalier ou la franchise médicale dont il s'agit moins de contester le bien-fondé dans l'absolu que le fait qu'en l'appliquant à tous, on ne pénalise que les plus pauvres, les excluant du droit à des soins. La conséquence, c'est qu'ils renoncent à des soins ou n'achètent pas des médicaments » (Fassin, 2007). L'argument de l'effectivité des droits, et non pas celui de nature sanitaire, se situe en arrière plan de son analyse des réformes du système de soins. Il précise ses propos plus loin : « L'accès aux soins n'est donc pas tellement accès à une meilleure santé, je viens de le dire. C'est bien sûr un droit : droit d'être soigné, d'être aidé, d'avoir accès à des conseils, à des mesures de prévention. Ce droit est une forme de reconnaissance de l'individu par la société, une façon de lui faire une place, au titre de la solidarité » (Fassin, 2007).

Ces extraits illustrent les dimensions sociales et politiques de l'accès aux soins ; dimensions que D. Fassin décline en un besoin de reconnaissance et un devoir de protection à accorder à l'ensemble des individus, au premier plan desquels ceux qui sont

socialement fragilisés. Dans ce dernier sens, le non-recours aux soins relève d'un enjeu de citoyenneté. Cette position n'est pas isolée et se retrouve chez d'autres chercheurs. Signalons le travail de Caroline Desprès, anthropologue et médecin elle aussi, qui a travaillé explicitement sur le non-recours dans le domaine des soins et de la protection maladie. Elle énonce que « quand des personnes ne font pas valoir leurs droits, c'est l'exercice de la citoyenneté qui est alors en cause » (Desprès, 2008 : 21). Ainsi, la question se déplace : l'intérêt n'est pas de regarder ce qu'une prestation ou un service apporte concrètement et matériellement aux bénéficiaires – par exemple la prise en charge financières des soins par la CMU-C –, mais ce qu'il octroie symboliquement et socialement aux individus – ici le statut de citoyen.

### ***b) Privation du droit aux soins et exclusion de la citoyenneté sociale***

La citoyenneté ne se résume pas à l'exercice de ses droits civils et politiques, mais intègre en outre les droits sociaux. La notion de « citoyenneté sociale » proposée par Thomas Humphrey Marshall en 1950 est restée une référence (Marshall, 1950). Elle doit être resituée dans le contexte du développement de l'Etat-providence britannique, avec la reconnaissance progressive de droits sociaux, et dans la tradition de l'individualisme anglais. Cette dernière est caractérisée par la recherche permanente d'un équilibre entre les libertés individuelles et les protections sociales, indispensables supports pour qu'un individu se construise en tant que tel. Dès lors, pour concilier ces deux facettes de l'individu, « la réponse sera progressivement construite autour de la citoyenneté, certains insistant sur les besoins de « libération » des entraves, d'autres reconnaissant le besoin de « protections » » (Martuccelli et de Singly, 2009 : 45). T.H. Marshall propose alors d'étendre aux protections sociales la conception de la citoyenneté, celle-ci étant appréhendée jusque-là en termes de citoyenneté civique puis de citoyenneté politique. Plus précisément, la citoyenneté sociale regroupe un ensemble de droits sociaux, dont chaque individu devrait bénéficier de manière égale pour garantir des conditions de vie dignes (droits concernant la santé, l'éducation, le travail...), ainsi qu'un ensemble de devoirs (dont la contribution au financement du système de protection sociale, par l'impôt).

Patrick Hassenteufel a par la suite proposé de compléter l'approche de T.H. Marshall (Hassenteufel, 1997). Selon lui, cette dernière ne se résumerait qu'à une dimension de la citoyenneté, à savoir la dimension statutaire qui fixe juridiquement les droits et devoirs des individus. Deux dimensions pourraient être ajoutées. La première est la dimension effective

de la citoyenneté, « c'est-à-dire l'existence concrète, observable empiriquement, des principes de la citoyenneté statutaire » (Hassenteufel, 1997 : 52) et dont les résultats amènent une égalisation des conditions face aux risques sociaux. La seconde dimension est la dimension identitaire, « c'est-à-dire des modes d'identification collective produits par la construction de l'Etat-nation » (Hassenteufel, 1997 : 52). Cette approche de P. Hassenteufel est intéressante à double titre. Premièrement, elle intègre le critère de l'effectivité des droits définissant la citoyenneté sociale, critère important dans l'émergence du thème du non-recours, et, deuxièmement, elle tient compte du fait que l'exercice de ces droits participe au sentiment d'intégration à une même communauté sociale et politique. Partant de là, il avance que « l'exclusion remet en cause fondamentalement la citoyenneté tant au niveau statutaire (perte des droits sociaux mais aussi parfois des droits politiques pour les sans-domicile-fixe en particulier) qu'au niveau identitaire (le délitement du lien social conduisant à une perte d'identifications collectives) et au niveau effectif (creusement des inégalités face aux risques sociaux » (Hassenteufel, 1997 : 53).

Difficulté à faire valoir ses droits sociaux, exclusion et citoyenneté sociales sont mises ensemble pour poser un autre regard sur les évolutions de la société française. Pour le dire autrement, l'accès et le non-recours aux droits sociaux deviennent alors, dans les années 1990, une « nouvelle clef de lecture de la question sociale » (Borgetto, 2004 : 14). Cette période où la rhétorique de l'exclusion a été le plus mobilisée, qui a vu également l'émergence du non-recours aux droits sociaux dans le débat public, a favorisé un changement de représentation de la question sociale. Comme le rappelle A. Math, l'un des facteurs de l'émergence du non-recours tient à la nécessité, dès lors que la notion d'exclusion s'est imposée, de préciser de quoi les personnes désignées comme telles étaient exclues (Math, 2003b). Au-delà de l'accès à un bien-être matériel, les analyses produites à cette époque par des chercheurs et des acteurs associatifs pointent les situations d'exclusion aux droits fondamentaux. L'idée se diffusant à l'époque est que la définition de la pauvreté ne peut être basée uniquement sur des indicateurs économiques<sup>165</sup>. Cette idée n'est pourtant pas nouvelle, les chercheurs en sociologie de la pauvreté ayant depuis longtemps intégré cet aspect. Dès le début du 20<sup>e</sup> siècle, G. Simmel faisait de la citoyenneté un rapport particulier entre les pauvres et la communauté nationale. Il avançait que « les pauvres ne sont pas seulement pauvres, ils sont aussi citoyens. En tant que tels, ils participent aux droits que la loi octroie à la totalité des

---

<sup>165</sup> La pauvreté est traditionnellement appréhendée par le calcul du taux de pauvreté monétaire, qui correspond à la part des individus disposant de revenus inférieurs à 60% du revenu médian.

citoyens, et cela en accord avec l'obligation qu'à l'Etat d'assister les pauvres » (Simmel, 2005 : 55). Plus tard, les travaux sociologiques d'inspiration culturaliste évoquent cette dimension. L'ouvrage classique d'Oscar Lewis, intitulé *Les enfants de Sanchez*, explique qu'un des traits de la « culture de la pauvreté » concerne la méfiance dans les institutions et une vie en marge qui prive les membres de cette culture de l'accès aux ressources disponibles (Lewis, 1963). Citons également les ouvrages de Richard Hoggart (1970) ou de Michael Harrington (1993). Ce dernier, parmi les cultures de la pauvreté qui composent cette « autre Amérique » des années 1960, décrit une « pauvreté héréditaire » qui se traduit par une distance vis-à-vis des droits sociaux et des programmes d'aide sociale ciblés et conduit à du non-recours – en cela cet ouvrage a participé à l'introduction de cette question dans le débat public américain.

Un ensemble de facteurs remet cette représentation de la pauvreté en avant dans les années 1990, intégrant les conséquences économiques de ces absences de droit et plus généralement reliant cette représentation à la question de la citoyenneté<sup>166</sup>. L'ONPES, dont l'une des missions est de rassembler les différentes connaissances et approches sur la pauvreté et l'exclusion, en est un bon exemple. Le dernier rapport, ainsi que les appels à projets récents<sup>167</sup>, témoigne d'un élargissement des conceptions de la pauvreté en intégrant la privation de droits (et le non-recours) dans les facteurs de pauvreté et d'exclusion. Ce rapport rappelle ce déplacement du regard, induisant un déplacement dans les objectifs d'intervention, en énonçant que « les personnes en difficulté sont donc moins considérées comme des « inadaptés » que comme des citoyens dotés de droits fondamentaux qu'il s'agit de faire valoir » (ONPES, 2008 : 148). Enfin, en introduction des actes du séminaire « Droit et pauvreté », quatre des membres de l'ONPES reviennent sur l'importance du droit pour comprendre les phénomènes de précarité et pauvreté aujourd'hui. Ils avancent en particulier que « la question de l'accès au droit semble parfois plus déterminante, du fait de ses conséquences pratiques, que celle du droit lui-même » (Brevan, Legros, Maurel et Outin, 2007 : 14) et invitent à porter le regard sur le non-recours.

---

<sup>166</sup> Un témoin en est l'organisation d'un programme de recherche, par le PUCA, dont l'intitulé est : « les SDF. Visibles, proches, citoyens ». Toutefois, dans les actes du colloque clôturant ce programme, N. Murad parle d'une « drôle d'idée » d'interroger la citoyenneté en partant des catégories les plus défavorisées de la société (Murard, 2005). Sa réaction illustre du caractère encore parfois inhabituel de se représenter la pauvreté comme déficit de citoyenneté.

<sup>167</sup> Voir l'appel à projets intitulé « Droit et pauvreté » et mené avec la mission de recherche Droit et Justice ainsi que la DREES/MiRe.

Ce détour présentant les caractéristiques et la manière dont la question sociale est appréhendée permet de comprendre pourquoi les difficultés d'accès aux soins et le non-recours aux soins ont émergé dans le débat public autour de la figure des populations en situation de précarité ou d'exclusion. Dès lors, l'individu, dans ces situations de non-recours, est représenté comme loin de ses droits et exclu de la citoyenneté sociale. En effet, comme le pense P. Hassenteufel, « parmi la multitude d'autres indicateurs possibles, ceux concernant l'accès aux soins sont [...] particulièrement révélateurs de la remise en cause de fait de la citoyenneté sociale » (Hassenteufel, 1997 : 54).

### ***Conclusion 1.***

L'intérêt pour l'observation et la mesure de l'effectivité des droits sociaux sont les principales raisons de l'émergence du non-recours en France, contrairement à d'autres pays où la question a pu être introduite suite à des changements en profondeur des systèmes de protection sociale – comme aux Pays-Bas – ou à des injonctions extérieures aux pays – comme en Espagne et en Grèce où les plans d'inclusion sociale européens ont eu une incidence (EXNOTA, 2005). Il est également intéressant de noter que la question du non-recours est inexistante dans des pays où la catégorie des « droits sociaux » n'est pas pensée comme telle ou ne fait pas l'objet de revendication. C'est le cas de la Pologne (Barcik, 2008) et du Québec, les droits sociaux y étant envisagés comme des « privilèges ». Quoi qu'il en soit, la question du non-recours ne deviendrait ainsi un problème public qu'à condition d'avoir des droits sociaux reconnus autant que les droits civils et politiques et traduits en offres publiques.

La position française se comprend comme le résultat de revendications, de la part de la « société civile », pour la reconnaissance des « droits à », ces droits dits créances dont l'Etat doit être le garant de leur bonne application. Parmi ces droits, nous avons vu que celui relatif à la santé a été défini dans les textes législatifs comme un droit aux soins. Cette perspective permet de comprendre les intérêts portés par différents acteurs pour le non-recours aux soins. Ce dernier est utilisé pour réinterroger l'effectivité d'un droit aux soins dont les personnes précaires auraient d'autant plus besoin qu'elles sont en plus mauvaise santé que la population générale. Toutefois, ce n'est plus cet argument sanitaire qui s'impose ici. Etre privé du droit aux soins revêt une dimension propre à la citoyenneté sociale. Si le non-recours est un problème social, c'est qu'il traduit explicitement la rupture



du lien de citoyenneté, l'un des quatre types de liens fondamentaux selon S. Paugam (Paugam, 2005). Il met alors l'accent sur le fait qu'un individu est exclu ou précaire dès lors qu'il ne peut bénéficier de ces droits sociaux, de manière égale à tout citoyen.

## **2. NON-RECOURS ET CRITIQUES DU SYSTEME DE SOINS**

Le thème du non-recours émerge dans les débats sur les difficultés à garantir l'effectivité du droit aux soins. Les acteurs associatifs et chercheurs qui font ce constat évoquent également les causes de ces difficultés. En l'occurrence, ils insistent sur le fait que, au sujet des populations précaires, « les situations de santé et les parcours de soins (ou leur non-recours aux soins) révèlent les obstacles et ratés de notre système de santé et de protection sociale » (Chauvin et Lebas, 2007 : 339). La posture privilégiée est une posture critique vis-à-vis de la manière dont le système de santé répond, ou non, aux besoins des populations précaires. Observer comment sont traitées ces populations apparaît comme l'étalon permettant d'évaluer ce système, de la même manière qu'une société est évaluée en fonction du traitement qu'elle fait de la pauvreté.

Plus précisément, deux types de critiques sont portés à l'encontre du système de soins. Nous pouvons les présenter en suivant la dichotomie proposée ci-dessus par P. Chauvin et J. Lebas, entre celles relatives aux « obstacles » d'un côté et, de l'autre, aux « ratés » du système de soins.

### **2.1. Les « obstacles » : évolutions du système de soins et difficultés matérielles d'accès aux soins**

Le premier type de critiques repose sur l'organisation et les réformes du système de soins. Dans cette perspective, plus qu'un simple témoin, les situations de non-recours aux soins sont présentées comme l'une des conséquences directes de la manière dont l'offre de soins est constituée, répartie et accessible. Il s'agit de montrer pourquoi et comment l'interaction entre la demande et l'offre de soins est contrainte par un ensemble de facteurs relevant du système de soins.

### ***a) La rhétorique de l'obstacle***

Cette position est par exemple portée par l'ONPES. Tout comme il analyse le non-recours aux droits sociaux sous l'angle du système juridique, cet observatoire met l'accent sur les causes institutionnelles du non-recours aux soins (ONPES, 2008). Nous retrouvons une démarche similaire chez des acteurs associatifs du champ sanitaire et social dès lors que ceux-ci produisent des informations sur leurs usagers et revendiquent un rôle d'interpellation des pouvoirs publics, auprès desquels leur parole est davantage entendue en matière de droits sociaux depuis la loi de 1998 (Chauvière, 2004). Ces associations, comme le Secours populaire français ou MDM, légitiment leurs prises de position par la référence à une « *réalité* » dont elles se feraient l'écho. C'est dans ce sens que Julien Lauprêtre, actuel président du Secours populaire français, appuyait ses propos lors de la parution d'un sondage commandé à l'institut IPSOS par son association<sup>168</sup>. Les inégalités de santé et les difficultés d'accès aux soins, objets du sondage, seraient aggravées selon J. Lauprêtre par les réformes récentes du système de soins qui font que « se soigner est de moins en moins une évidence »<sup>169</sup>. Dans une interview accordée à la radio *France Inter* le 25 septembre 2008, il justifie l'ampleur du chiffre issu du sondage, selon lequel 39% des français auraient déjà renoncé à au moins un soin pour des raisons financières, par le fait que ce constat est issu du « *terrain* ». Et, afin de faire face aux « abstractions désincarnées des chiffres de la pauvreté et des tendances statistiques » (Hopper cité dans Joseph, 2003 : 328), il précise que « *ce ne sont pas des statistiques en l'air, tous les reportages du numéro sont des témoignages vivants, malheureusement, qui montrent le malaise dans le domaine des soins, sans parler des autres. [...] Tous les faits montrent qu'il y a des difficultés financières à se soigner correctement. Nous avons des témoignages tous les jours de ça, comme cette femme qui préfère soigner son fils plutôt qu'elle* ».

Ce positionnement en observateur critique vis-à-vis du système de soins est ponctuel de la part du Secours populaire français. Comme contribution régulière, nous pouvons citer le travail réalisé par MDM, plus précisément dans les rapports produits depuis 2000 par son « Observatoire de l'accès aux soins ». Les positions de cette association, dont les antennes sont « témoins chaque jour de l'exclusion des soins »<sup>170</sup>, correspondent bien à une posture

---

<sup>168</sup> Partant de ce sondage, d'autres données et de contributions de chercheurs, le Secours populaire français a consacré en octobre 2008 un numéro spécial de sa revue *Convergence* sur le thème suivant : « Les inégalités ruinent la santé ».

<sup>169</sup> Extrait de l'interview accordé à la radio *France Inter* le 25 septembre 2008.

<sup>170</sup> Extrait du document de MDM « 12 propositions pour l'accès aux soins pour tous ».

de vigilance face aux conséquences des réformes du système de soins sur l'effectivité du droit aux soins. L'alerte porte sur ce « droit fondamental à la santé pour tous, et en particulier pour les plus démunis, [qui] semble inexorablement bafoué », situation face à laquelle MDM en appelle à une « responsabilité collective [qui] est de contribuer à ce que l'accès aux soins ne devienne pas un privilège<sup>171</sup> ». Ainsi, malgré l'hétérogénéité du public accueilli dans leurs centres de soins, ces personnes ont « toutes un point commun : [être] exclues du système de soins, oubliées des politiques de santé<sup>172</sup> ». Le non-recours aux droits en matière d'assurance maladie – 80% des personnes accueillies en 2007 n'ont aucune couverture maladie bien qu'elles en aient le droit (MDM, 2008a) – ainsi que le non-recours aux soins sont deux des indicateurs permettant de démontrer les difficultés rencontrées par les personnes dans la prise en charge de leur santé. Les prises de position répétées de cette association (seule ou en collectif<sup>173</sup>), concernant les franchises, les modifications dans l'attribution de la CMU-C ou encore les refus de soins, démontrent bien la primauté donnée aux causes institutionnelles et organisationnelles pour expliquer pourquoi les personnes en situation de pauvreté se retrouvent en retrait du système de soins. Autrement dit, tout le travail d'observation et d'interpellation repose sur l'analyse des « obstacles que ces populations rencontrent sur leur chemin vers un accès facile et opérationnel aux structures de soins disponibles actuellement » (Leriche et Simonnot, 2004 : 44).

Le point commun à ces acteurs, qui utilisent les registres du constat ou de la dénonciation, se situe à ce niveau. Ils appuient tous sur les dysfonctionnements organisationnels et législatifs contraignant l'accès aux soins des personnes précaires nécessitant des soins. De même que cela a été observé en matière d'accès aux droits sociaux (Math, 2003b), une des limites de ce positionnement tient au fait que l'importance est principalement accordée aux conditions d'accessibilité plutôt qu'au contenu des droits, rendant alors les choses plus consensuelles. Mais ce qui nous intéresse davantage ici, c'est que la rhétorique des « *barrières* » et des « *obstacles* » à l'accès aux soins, qui induiraient les situations de non-recours, contribuent à façonner la représentation d'un individu

---

<sup>171</sup> Extraits du communiqué de presse du 17 octobre 2008, à l'occasion de la sortie du rapport 2008 de l'Observatoire de Médecins du monde.

<sup>172</sup> *Ibid.*

<sup>173</sup> MDM est l'une des 32 associations réunies au sein du CISS, le Comité interassociatif sur la santé. Les positions du CISS, qui a été créé en 1996 dans l'objectif principal de défendre les usagers du système de santé, s'inscrivent également dans une lecture en termes « d'obstacles » ou de « barrières » aux soins. La partie du « Guide CISS du représentant des usagers du système de santé », consacrée au droit à l'accès aux soins, précise par exemple que « au-delà des aspects théoriques sur l'accès aux soins, il convient d'être vigilant sur l'effectivité de ce droit. En effet, certaines pratiques, faits ou autres textes sont de nature à mettre en péril ce droit fondamental qu'est l'accès aux soins » (CISS, 2008 : 37).

confronté à un « parcours du combattant »<sup>174</sup> pour trouver réponse à sa demande de soins. En l'occurrence, de quels types de barrières est-il question ? Leur nature est très diverse. Sans chercher à en faire une liste exhaustive, nous pouvons toutefois développer quatre dimensions qui ressortent des débats récents autour des difficultés d'accès aux soins, à savoir les dimensions économique, démographique, professionnelle et législative.

### ***b) La barrière économique***

La première de ces dimensions, d'ordre économique, est la plus observée. Il n'en a pas toujours été ainsi. J.-C. Barbier et B. Théret situent l'arrivée de telles préoccupations dans les années 1990, époque à partir de laquelle « la détérioration de la situation des plus pauvres a commencé à apparaître politiquement insoutenable, du fait qu'elle provenait de réformes aux effets cumulatifs » (Barbier et Théret, 2004 : 70). Les réformes du système de soins dont traitent ces chercheurs reposent sur le principe selon lequel il faut agir sur la demande de soins pour maîtriser les comptes de l'Assurance maladie et réduire le déficit. Bien qu'ayant une efficacité limitée (Elbaum, 2008), la participation financière des patients s'est développée à travers différentes formes : développement des médecins en secteur 2<sup>175</sup>, dépassement d'honoraires, mise en place d'un forfait hospitalier, hausse des tickets modérateurs, renforcement de la place des complémentaires santé, remboursements de certains médicaments ou, plus récemment, baisse des niveaux de remboursements des consultations « hors parcours de soins »<sup>176</sup>. Ces multiples réformes ont en commun de développer des mécanismes marchands et ce, comme le rappelle B. Palier, non pas pour s'adapter « naturellement » aux évolutions démographiques et technologiques, mais pour se mettre en conformité avec les politiques macroéconomiques fondées sur l'orthodoxie

---

<sup>174</sup> Le « parcours du combattant » est l'expression charnière proposée par les participants du film « Tous pour une complémentaire santé », issu d'une expérimentation du Haut commissariat aux solidarités actives et réalisé par l'ODENORE en 2009. Lors de cette expérimentation, plusieurs personnes en non-recours à la CMU-C ou à l'ACS ont été réunies, de même que des professionnels des secteurs concernés (assistante sociale, secrétaire médicale...), afin d'identifier les difficultés d'accès aux droits sociaux et les leviers d'intervention possible. Ces réunions ont été animées par Suzanne Rosenberg, initiatrice de la « méthode de qualification mutuelle ». Film téléchargeable sur <http://odenore.msh-alpes.fr/>.

<sup>175</sup> Le secteur 2, ou « secteur conventionné à honoraires libres », a été créé en 1980. A la différence des médecins de secteur 1, qui doivent respecter le tarif des actes médicaux fixé par l'Assurance maladie, les médecins exerçant en secteur 2 peuvent facturer leurs honoraires à un tarif supérieur à celui de l'Assurance maladie, mais « avec tact et mesure ». Une étude de la DREES effectuée dans 5 régions françaises estimait à moins de 10% le nombre de médecins de secteur 2, ceux-ci étant de moins en moins nombreux depuis les réformes des années 1990 (Aulagnier, Obadia, Paraponaris et al., 2007),

<sup>176</sup> Il est significatif d'ailleurs que le renoncement aux soins ait été intégré parmi les indicateurs de suivi et d'évaluation de la réforme du médecin traitant. Il s'agit notamment de voir si cette réforme, en mettant en place une contrainte supplémentaire à l'accès aux soins, a ou non des impacts sur les niveaux de consommations de soins (Dourgnon, Guillaume, Naiditch et Ordonneau, 2007).

budgétaire et l'impératif de compétitivité (Palier, 2008). La réduction des dépenses prises en charge par l'Assurance maladie suscite alors des craintes de la part des observateurs (associatifs mais également chercheurs) et les situations de non-recours ou de renoncement aux soins en deviennent le symbole. C'est ce que résume B. Palier, en prenant l'exemple du ticket modérateur qui, selon lui, « ne modère rien du tout, sauf les dépenses de ceux qui ne peuvent se payer de mutuelles » et qui a des « conséquences très fortes sur l'accès aux soins des plus démunis, qui sont amenés à annuler ou reporter certains soins, et [qui] attendent une aggravation de leur pathologie pour aller à l'hôpital, où les soins sont gratuits (mais plus coûteux pour le système) » (Palier, 2008 : 34).

Les débats relatifs aux franchises médicales ont été l'occasion de recueillir ces craintes d'un renforcement de l'obstacle financier aux soins. Les franchises, mises en place en janvier 2008, visent à faire participer les patients aux dépenses de santé. Une partie des sommes concernant les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires n'est pas remboursée ni par les caisses d'assurance maladie, ni par les organismes complémentaires. Les franchises ont été présentées comme un outil de responsabilisation des usagers et un moyen « d'assurer une meilleure qualité des soins pour tous<sup>177</sup> ». Elles ont rapidement suscité des réactions de détracteurs qui y voyaient une « menace inacceptable sur l'accès aux soins en France », une mesure « socialement injuste, économiquement inefficace et dangereuse pour la santé publique ». Plusieurs associations, réunies au sein du Collectif national contre les franchises médicales, ont mis en garde les pouvoirs publics sur les risques de « pénaliser les patients aux revenus les moins élevés », c'est-à-dire de les « dissuader de se faire soigner » et de « les inciter à reporter à plus tard les actes de prévention<sup>178</sup> ». A travers ces débats, nous percevons comment le non-recours aux soins – sans que le terme ne soit explicitement utilisé – est présenté comme une conséquence directe de l'organisation du système de soins.

### ***c) La barrière démographique***

La seconde barrière se rapporte à la démographie médicale. Le principe ici est assez simple et repose sur deux constats. D'une part, les effectifs de médecins vont diminuer de manière très variable selon les spécialités dans les années à venir, sous l'effet de plusieurs facteurs (vieillesse de la profession, une moindre attractivité de la filière de médecine

---

<sup>177</sup> Le Monde, « R. Bachelot-Narquin : La vérité sur les franchises médicales », 27 septembre 2007.

<sup>178</sup> Selon les termes utilisés par Collectif national contre les franchises médicales, extraits de leur site Internet ([www.contre-les-franchises.org](http://www.contre-les-franchises.org)).

générale...). Les dernières projections réalisées par la DREES estiment que le nombre de médecins en activité va diminuer de 9,7% jusqu'en 2019, alors que la population française continuera de croître, pour remonter ensuite. A ce rythme, « le nombre de médecins en activité ne retrouverait son niveau actuel qu'en 2030 » (Attal-Toubert et Vanderschelden, 2009 : 1).

D'autre part, la répartition géographique des professionnels de santé en France est déséquilibrée. Les études et rapports consacrés y voient l'effet de la féminisation de la profession et des changements de pratiques des médecins. La densité médicale est plus forte dans les régions du Sud de la France et en Ile de France, par rapport à des régions telles que la Picardie, la Normandie ou encore le Centre. Deux de ces évolutions – vieillissement de la profession et densité inégale – se conjuguent dans certains départements d'après le dernier rapport de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS)<sup>179</sup>. Ainsi, « l'inégalité de densité qui caractérise la répartition des médecins généralistes libéraux de premier recours est renforcée dans certains départements si l'on tient compte de l'âge des médecins en activité » (ONDPS, 2007 : 17).

Les conséquences de ces évolutions démographiques sur l'accès aux soins sont régulièrement au centre des débats publics. Médecins, élus locaux et pouvoirs publics<sup>180</sup> s'en saisissent. Les débats qui ont eu lieu lors des Etats généraux de l'offre de soins (EGOS) en 2008 puis de l'avant-projet de la loi Hôpital patients santé territoire (HSPT) ont démontré la place centrale de la question de la démographie médicale et de sa répartition sur le territoire. A cette occasion, plusieurs mesures destinées à répondre à cette « menace » sur l'accès aux soins ont été proposées. Elles viennent compléter les actions réalisées au niveau national et régional (augmentation du *numerus clausus*, incitation financière à l'installation des médecins et soutien à des formes d'organisation des soins dans les territoires à faible densité médicale ...), qui n'ont pas eu les impacts escomptés. Une étude de l'IRDES, remarquant le manque d'évaluation de ces mesures, démontre que « les inégalités de répartition des médecins sont anciennes et n'ont été que faiblement réduites en vingt ans ». Autrement dit, malgré les différentes mesures prises entre temps,

---

<sup>179</sup> L'ONDPS a été créé en 2003 afin d'analyser les évolutions présentes et futures de la démographie médicale. Il préconise également des mesures pour organiser les professions de santé, *via* par exemple le Plan de démographie médicale.

<sup>180</sup> Pour ceux-ci, la problématique de l'accès aux soins se résume souvent à la seule démographie médicale, comme en témoigne le rapport parlementaire intitulé « L'égal accès de tous aux soins de premier recours : une priorité de santé publique ». La majeure partie des 30 recommandations effectuées dans ce rapport, en vue de la préparation de la loi Hôpital Patients Santé Territoire, se concentre sur l'organisation territoriale de l'offre de soins.

« la hiérarchie régionale, comme départementale, ne s'est pas modifiée et les régions les moins bien dotées en 1985 le sont toujours en 2005 » (Bourgueil, Mousquès, Marek et Tajahmadi, 2007 : 2).

Ainsi, bien qu'en France le nombre de professionnels de santé n'a jamais été aussi haut, les estimations des évolutions à venir tablent sur une contraction de l'offre de soins, plus particulièrement dans certaines zones géographiques. La tendance est bien à anticiper des conséquences négatives, ce dont témoignent les échanges lors du colloque organisé au Sénat par le syndicat MG France en 2008 et intitulé « l'accès aux soins, un droit constitutionnel en danger ? »<sup>181</sup>. Dans ce contexte, le non-recours aux soins serait l'expression de cette raréfaction de l'offre de soins.

#### ***d) La barrière professionnelle***

D'autres débats récents ont été l'occasion de mettre en avant une troisième barrière à l'accès aux soins. Elle a rapport aux pratiques des professionnels de santé, dès lors que ceux-ci refusent de soigner certains patients. Deux études ont « révélé » ces pratiques, pourtant anticipées dès la création de la CMU-C – les refus de soins des bénéficiaires de la CMU-C pouvant n'être que le reflet de discriminations existantes avant la mise en œuvre de ce dispositif – et constatées entre temps<sup>182</sup>. La première a été réalisée par C. Desprès et M. Naiditch, pour le DIES<sup>183</sup> à la demande du Fonds CMU (Desprès et Naiditch, 2006). Elle a été suivie d'une étude de MDM publiée en octobre 2006 et à l'intitulé évocateur – *Je ne m'occupe pas de ces patients* (MDM, 2006). L'une et l'autre ont cherché à mesurer puis à comprendre les refus de soins auxquels pouvaient faire face les patients disposant de la CMU-C et de l'AME, en utilisant la méthode dite du *testing*. Les chiffres avancés dans ces enquêtes effectuées sur des territoires circonscrits présentaient des taux de refus importants, variant selon le mode d'exercice des médecins (les refus les plus importants venant de médecins exerçant en secteur 2) ou leur spécialité (41% des médecins spécialistes interrogés dans l'enquête du DIES ont refusé un patient ayant la CMU-C). Les patients disposant de l'AME sont ceux qui sont les plus exposés aux refus de soins. L'enquête de Médecins du monde avance un taux de refus global de 37% pour ces patients

---

<sup>181</sup> Les actes du colloque sont disponibles sur <http://www.mgfrance.org/content/view/full/639/992/>.

<sup>182</sup> En 2004, la revue *Que Choisir* avait fait un dossier sur les refus de soins et la DREES indiquait dans son enquête sur les bénéficiaires de la CMU-C l'existence de telles pratiques (Boisguérin, 2004).

<sup>183</sup> Le DIES (pour Développement, Innovation, Evaluation, Santé) était une filiale de la Fondation de l'Avenir pour la recherche médicale appliquée. Avant qu'elle ne cesse ses activités, elle avait la mission de réaliser des études dans le domaine de la santé publique.

(dont 59% de refus de la part des médecins généralistes de secteur 2) contre 10% pour les personnes ayant la CMU-C.

Ces enquêtes ont été très commentées par la suite. De nombreuses voix – y compris venant des professionnels de la santé, divisés à cette occasion – se sont élevées pour justifier<sup>184</sup> mais le plus souvent pour dénoncer ces pratiques sur différents registres. Selon les points de vue, les refus de soins ont été jugés contraires à la déontologie médicale car discriminatoires<sup>185</sup>, illégaux ou encore facteurs d'augmentation des inégalités de santé du fait du non-recours subi qu'ils induiraient chez les patients concernés<sup>186</sup>. Le problème des refus de soins a été inscrit sur l'agenda public et politique, en grande partie suite à la parution de ces deux enquêtes. Xavier Bertrand (alors ministre de la santé) a saisi le Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) et a demandé une mission au directeur général du Fonds CMU, Jean-François Chadelat. De leur côté, le CISS et le COMEGAS ont saisi la Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité (HALDE). Enfin, l'Assurance maladie a commandité une enquête à la DREES de manière à mesurer les refus de soins autrement que par la méthode du *testing*.

Plus récemment, l'actuelle ministre de la santé, Roselyne Bachelot, a voulu relancer des mesures de sanctions à l'encontre des professionnels de santé refusant de soigner certains patients. L'avant-projet de loi HSPT revenait ainsi sur cette question en énonçant « qu'un professionnel de santé ne peut refuser de soigner une personne en raison de ses mœurs, de sa situation de famille, de sa situation financière ou sociale, de son handicap ou de son état de santé, de son origine ou de son appartenance ou non-appartenance, vraie ou supposée à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminée ». Il introduisait ensuite une disposition d'aménagement de la charge de la preuve : « Toute personne qui s'estime victime d'un refus de soins illégitime présente à l'autorité ou à la juridiction compétente, notamment au directeur de l'organisme local d'assurance maladie,

---

<sup>184</sup> Plusieurs syndicats de médecins, dont la puissante Confédération des syndicats médicaux français (CSMF), ont participé au débat initié par la publication des deux enquêtes, en remettant en cause la méthodologie de ces dernières puis en évoquant des raisons légitimes de refuser les bénéficiaires de la CMU-C et de l'AME. Les difficultés administratives (délais de remboursements des consultations d'un patient ayant la CMU-C, entraînant des retards voire des non-remboursements) font partie des arguments fréquemment mobilisés.

<sup>185</sup> Voir le Serment d'Hippocrate et le code de déontologie médicale.

<sup>186</sup> Voir à ce propos la position du Collectif des médecins généralistes pour l'accès aux soins (COMEGAS) qui, créé en 2003, « regroupe des médecins soucieux de l'accès aux soins de leurs patients, particulièrement des plus démunis » (<http://leblogducomegas.blogspot.com/>). Parmi eux, notons la présence de Mady Denantes, médecin généraliste co-auteur d'un article sur le rôle des médecins généralistes dans les inégalités sociales de santé (Denantes et al., 2009). Le COMEGAS intervient régulièrement dans les débats publics pour porter un « cri d'alerte sur l'accès aux soins », comme il le fit avec le Syndicat de la médecine générale lors de l'examen du projet de loi Hôpital, patients, santé, territoire, en mai 2009.



les faits qui permettent d'en présumer l'existence. Au vu de ces éléments, il appartient à la partie défenderesse de prouver que le refus en cause est justifié par des éléments objectifs étrangers à toute discrimination. Cette disposition est applicable également quand le refus est commis à l'encontre d'une personne ayant sollicité les soins dans le but de démontrer l'existence du refus discriminatoire ». Concrètement, il se serait agi pour le médecin de prouver qu'il n'a pas refusé de soigner un patient, et non l'inverse comme jusqu'à présent, dès lors que ce dernier aura saisi l'instance ayant pour mission de réguler ce type de problèmes. Si un refus est avéré, l'avant-projet de loi prévoyait des sanctions (financières notamment) à l'encontre des médecins. Toutefois, un amendement adopté à l'Assemblée annule ces différentes dispositions, sous la pression d'une partie des professionnels de santé qui ne souhaitent pas que leur profession soit « stigmatisée ». En réaction à cet amendement et, de manière plus générale au contenu de la loi HPST, plusieurs associations, réunies au sein du collectif ALERTE, en ont conclu que « l'accès aux soins risque de devenir de plus en plus théorique pour un certain nombre de personnes » (Chartreau, 2009).

Quoi qu'il en soit, l'actualité continue autour des refus de soins<sup>187</sup> témoigne de l'importance accordée à ce qui est présenté comme un motif de difficultés d'accès et de non-recours induit par le fonctionnement du système de soins.

### ***e) La barrière législative***

La dernière barrière à l'accès aux soins, revenant périodiquement dans les débats publics, est d'ordre législatif. Elle renvoie aux textes dont le point commun est, selon les acteurs associatifs par exemple, de causer des difficultés dans l'accès aux soins des populations précaires. L'un de ces textes est la circulaire du 21 février 2006 relative aux conditions d'interpellation d'un étranger en situation irrégulière, de sa garde à vue et des réponses pénales<sup>188</sup>. Elle autorise les pouvoirs publics à interpellier des personnes en situation irrégulière dans l'enceinte des préfectures, des associations ou au domicile, et ce y compris dans un bloc opératoire puisque celui-ci n'est pas reconnu comme domicile. L'application de cette circulaire a été dénoncée dès sa ratification par plusieurs associations

---

<sup>187</sup> Le 25 mai 2009, au moment de l'examen du projet de loi HSPT au Sénat, le CISS, la FNATH et l'UNAF publiaient une enquête sur les refus de soins en affichant le principe selon lequel « renoncer à combattre les refus de soins, c'est renoncer au droit à la santé pour tous ». Extrait du communiqué de presse, disponible sur <http://www.unaf.fr/spip.php?article9013>.

<sup>188</sup> Circulaire n°NOR : JUSD0630020C du 21 février 2006 relative aux conditions de l'interpellation d'un étranger en situation irrégulière, garde à vue de l'étranger en situation irrégulière, réponses pénales.

de défense des étrangers (le GISTI, Uni(e)s contre une immigration jetable...). MDM s'est associé à ce mouvement. La possibilité d'interpellation rejoint le constat effectué dans les rapports européens de son observatoire, selon lesquels le facteur « peur » est l'un des déterminants principaux du non-recours aux soins des étrangers en situation irrégulière. L'application de la circulaire, autorisée par le Conseil d'Etat et pouvant prendre la forme de « convocation pièges », a également suscité des réactions. L'Association des médecins urgentistes de France (AMUF) a par exemple publié un communiqué suite à l'interpellation au sein des urgences hospitalières de Marseille d'une patient algérien sans papier, rappelant « au ministère de la santé de veiller à faire respecter la déontologie et qu'il rappelle à son administration qu'elle travaille pour le ministère de la santé et des solidarités et non pour le ministère de l'intérieur »<sup>189</sup>.

Cette circulaire, de même que d'autres textes législatifs<sup>190</sup>, entraînent des prises de position dénonçant la menace sur le droit aux soins pour tous. Des chercheurs comme A. Math y voit le signe de l'ambiguïté dans laquelle se trouvent les pouvoirs publics dans la gestion du non-recours. Cet économiste, par ailleurs membre du GISTI, posait à l'occasion d'une rencontre sur le non-recours la question suivante : « les pouvoirs publics veulent-ils réellement lutter contre le non-recours ? ». Il expose notamment comment l'AME a d'abord été créée pour réduire les difficultés inhérentes à l'ancienne Aide médicale, puis comment différentes restrictions ont été peu à peu introduites pour réduire l'accès à l'AME. Il en conclut que « contrairement aux discours officiels et souvent lénifiants, les pouvoirs publics ne cherchant pas toujours à combattre le non-recours, parfois ils le recherchent activement » (Math, 2003b : 9).

Présenter ces différentes barrières, qu'elles soient d'ordre financier, démographique, professionnel ou législatif, nous a permis de montrer comment le non-recours peut être analysé comme le résultat de dysfonctionnements propres au système de soins. Les situations de non-recours sont en effet présentées comme la conséquence des différentes évolutions de ce système et autorisent, de la part des acteurs associatifs notamment, à « alerter » sur ces évolutions. Le non-recours aux soins est alors d'autant plus inacceptable qu'il questionne directement la réalité de la solidarité et de l'universalité du système de protection sociale. Autrement dit, c'est parce qu'il témoignerait d'une remise en cause de la

---

<sup>189</sup> Communiqué Associated Press, 30 octobre 2006.

<sup>190</sup> Plus récemment, les changements dans la période d'attribution de la CMU-C, passant de un an à 3 mois, ont été au centre des réactions de défenseurs des patients en situation de précarité, qui évoquaient le risque de renoncement aux soins.

norme d'égalité d'accès aux soins, l'une des « pierres angulaires » des systèmes de santé européens (Palier, 2008) et à laquelle la population française est attachée (Boisselot, 2006), qu'il suscite un intérêt croissant.

## **2.2. Les « ratés » : un système de soins inadapté à la prise en compte des capacités inégales des individus**

La question du non-recours aux soins n'émerge pas seulement en France pour renouveler, sous une autre forme, les débats sur les difficultés matérielles d'accessibilité au système de soins déjà étudiées et commentées. Elle permet de poser un autre regard sur des facteurs d'inégalités de recours aux soins qui se créent bien avant qu'une personne soit face à un refus de soins ou renonce à des soins pour raisons financières. Pour que les comportements de non-recours soient rapportés et ressentis par la personne, encore faut-il que cette dernière ait exprimé une demande de soins auprès d'un professionnel de santé. Or, les recherches en sciences sociales ont démontré les capacités inégales à percevoir une maladie, ainsi que « les dispositions différentielles socialement acquises à l'appropriation des ressources et connaissances existantes en matière de soins ou de conduites préventives » (Aïach, 2004 : 39). Il s'agit ici d'éclairer les « ratés » d'un système de soins qui ne tiendrait pas en compte de ces inégalités.

### ***a) Approche capacitaire et développement de l'accompagnement santé en réponse au non-recours aux soins***

L'approche en question est une approche par les capacités, dont A. Sen en est le principal inspirateur. Ce dernier, prix Nobel d'économie, a profondément modifié les manières d'aborder les théories de l'égalité et de la justice sociale, ainsi que la pauvreté. A ce titre, il critique l'approche classique de la pauvreté, mesurant uniquement les différences de niveaux de revenus, en ce qu'elle « peut être à mille lieues de la grande motivation qui sous-tend notre intérêt pour la pauvreté (la limitation de la *vie* que certaines personnes sont forcées de vivre). Elle risque aussi d'être incapable de nous guider dans la pratique pour comprendre la genèse et la réalité actuelle du dénuement » (Sen, 2000 : 168). Plutôt que de définir la pauvreté sous l'angle économique, A. Sen préconise d'y inclure d'autres dimensions liées aux possibilités et aux capacités réelles qu'ont les individus, en fonction du contexte sociétal, de se saisir d'un ensemble de ressources économiques, sociales et

politiques. Ce n'est qu'à ces conditions qu'un individu peut accéder à la liberté, entendue « comme pouvoir effectif d'avoir ce que l'on choisirait », pour son propre bien-être et selon sa propre conception du bien-être (Sen, 2000 : 104). A. Sen a proposé dans cet esprit le concept de « *capabilities* », ce qui a donné lieu en français au néologisme des « capacités ». La pauvreté est alors « perçue comme un déficit de capacités de base permettant d'atteindre certains niveaux de bien être minimalement acceptables ». Ces capacités de base, dont disposent les individus, sont définies comme « la capacité de satisfaire jusqu'à un certain point des fonctionnements élémentaires d'une importance cruciale » (Sen, 2000 : 72). Elles intègrent la possibilité de se nourrir et de se loger ou, entre autres, d'échapper à des maladies et à une mort prématurée. Les implications de l'approche par les capacités dans les programmes de lutte contre la pauvreté sont essentielles : il ne suffit plus seulement d'organiser et de distribuer des ressources (financières, alimentaires...) aux individus, mais de faire qu'ils puissent s'en saisir, individuellement et collectivement. En renforçant leurs capacités, par le biais de l'éducation et de la santé notamment, l'objectif est de leur permettre d'arriver au mode de vie qui leur convient. En cela, l'approche d'A. Sen a le mérite de faire tenir ensemble, d'un côté, le souci de l'égalité dans les conditions objectives de vie avec, de l'autre, la réflexivité et la subjectivité des individus (de Munck et Zimmermann, 2008).

L'approche par les capacités nous intéresse ici puisqu'elle est appliquée aux droits sociaux<sup>191</sup>. Elle est utilisée pour porter le regard sur les opportunités et possibilités qu'ont les individus d'exercer effectivement leurs droits, et non plus seulement sur la nécessité de développer ces derniers. Elle a d'autant plus d'importance que, en reprenant l'interprétation que fait l'ONPES des travaux d'A. Sen, elle requestionne la distinction entre les droits civils et les droits sociaux qui seraient moins fondamentaux. En effet, cette distinction est « relativisée par des approches contemporaines de la justice sociale qui dépassent la séparation traditionnelle entre libertés et droits sociaux » (ONPES, 2008 : 151). Cette approche est également utilisée puisqu'elle laisse la possibilité d'évaluer les politiques sociales et, d'une certaine manière, d'expliquer le non-recours aux droits sociaux. Dans une contribution pour l'ONPES, Christine Le Clainche avance de la sorte que « cette perspective théorique permet de comprendre pourquoi les mêmes ressources publiques peuvent n'avoir pas les mêmes effets sur les individus. Ainsi, les dispositifs de la politique de l'emploi ou de la politique sanitaire préventive, disponibles pour certains individus – les

---

<sup>191</sup> Voir par exemple le travail de Mathieu Biancucci au sujet des inégalités dans l'accès au droit et à la justice qui, selon son hypothèse, « se créent sur les inégales capacités à remplir son réservoir de savoir judiciaire » (Biancucci, 2007).

bénéficiaires – sont des « ressources » plus ou moins différenciées (les contrats aidés ou les soins préventifs ciblés) en fonction des caractéristiques exogènes supposées des individus (liées pour une part aux facteurs de conversion). Les choix des individus – leur utilisation personnelle des « ressources » - ont également un impact sur l'efficacité de la politique de l'emploi ou de la politique sanitaire de prévention » (Le Clainche, 2007 : 77).

La diffusion de l'approche par les capacités est observable dans le champ sanitaire et social. Citons par exemple Florence Jusot qui, lors d'un colloque sur les inégalités sociales de santé, envisage le non-recours aux soins comme une « *mesure de la perte de chances en matière de santé* » (Jusot, 2008). L'inégale capacité en question renvoie à la formulation d'une demande de soins ou à la gestion du temps empêchant de se projeter dans l'avenir et d'anticiper un besoin de soins. Plusieurs travaux de recherche évoquent notamment en quoi ces capacités peuvent être influencées par les représentations de la maladie (Menahem, 2000), les dimensions psychosociales (Chauvin et Bazin, 2005) ou plus largement par des trajectoires de vie chaotiques (Gardella, Laporte et Le Mener, 2008).

Le lien entre la question du non-recours aux soins et cette thématique des capacités, et au-delà de l'égalité des chances, ouvre la voie à une critique du fonctionnement du système de soins. Celui-ci est construit sur la liberté de patients supposés tous capables de formuler des demandes de soins. Autrement dit, il repose sur un fonctionnement mécanique de la rencontre entre une offre et une demande solvable, partant du présupposé que celle-ci est égale quel que soit le milieu social auquel appartient la personne. Or, « à l'échelon individuel, ce modèle consumériste, où chacun consulte aujourd'hui qui il veut et quand il le souhaite et où, demain, chacun consommerait des soins de santé au même titre que n'importe quel bien ou service, ne vaut qu'à partir du moment où on postule que chacun porte une même attention à sa santé (et à son corps), possède un niveau de connaissance suffisant et toute l'information nécessaire pour prendre en charge sa santé et formuler ses attentes vis-à-vis du système de soins » (Chauvin et Lebas, 1998 : 5).

Il est ainsi inadapté à la problématique des populations « invisibles » et, plus globalement, à la problématique de celles et ceux qui auraient des capacités plus faibles que d'autres à formuler les demandes de soins au moment nécessaire. C'est en ces termes

que Nicole Maestracci, présidente de la FNARS<sup>192</sup>, décrit « *une conception individualisée des comportements à risque, où l'on ne demande pas de soins à ceux qui n'en demandent pas, selon le principe que chacun est responsable de son destin* », sans que soit « *développée l'idée d'aller vers ces personnes* » (Maestracci, 2008). Elle illustre les volontés d'acteurs associatifs et institutionnels travaillant auprès de ces populations, notamment dans le domaine de l'urgence sociale, de développer une « *approche compréhensive du non-recours* » (Warin, 2009a), qui intègre dans la définition de l'offre de soins les capacités inégales des individus à exprimer leur besoin de santé ainsi que leurs demandes particulières. Car l'approche par les capacités a débordé du champ scientifique pour trouver des applications dans l'action publique. Cela se traduit notamment par l'une des réponses principales au non-recours, celle de l'accompagnement santé<sup>193</sup>. Prenant des formes hétérogènes, cette pratique cherche à favoriser l'accès aux droits en matière de santé (vérifier l'ouverture des droits à la CMU-C, éviter des ruptures de droits...) et à prévenir les situations de non-recours parmi les personnes prioritaires. Elle part du principe « *d'aller vers* » qui s'est développé ces dernières années dans le champ du travail social (Ravon, Pichon, Franguiadakis et Laval, 2000) et s'est exporté dans le champ médical<sup>194</sup>. La réponse au non-recours par cette forme d'intervention sociale particulière rejoint les préconisations du rapport de l'IGAS sur la non-demande (Hautchamp et *al.*, 2005). Ce rapport, envisageant cet « *enjeu majeur pour l'intervention sociale de proximité* » qu'est la non-demande, invite à favoriser le développement social local. Ce dernier consiste à « *aller chercher [les personnes en non-demande] dans le cercle de repli qui est devenu le leur* », de leur « *donner [...] l'occasion de s'exprimer, de prendre la parole* », reposant sur l'idée que si « *l'initiative ne vient pas de la personne, il faut qu'elle vienne de l'intervenant social* » (Hautchamp et *al.*, 2005 : 1). Nous retrouvons cet élément dans le champ de la santé. Selon le guide méthodologique de l'accompagnement santé (FNARS, 2006), cette pratique a pour objectif de « *faire émerger la demande* » de soins médicaux puis d'accompagner celle-ci tout au long du parcours de soin, par exemple par la prise de

---

<sup>192</sup> La Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale (FNARS) regroupe 800 organismes et associations gérant près de 2 200 établissements et services destinés à venir en aide aux populations en difficultés sociales (à travers l'hébergement, l'accueil, l'insertion, la santé...).

<sup>193</sup> Il ne s'agit en effet pas que d'accompagnement médical. La logique est de lier le social et le médical, c'est-à-dire de faciliter le recours au système de soins par la présence des travailleurs sociaux.

<sup>194</sup> Le travail de MDM est une nouvelle fois illustratif, l'association s'appuyant sur le principe d'aller vers ceux ayant des difficultés d'accès aux soins c'est-à-dire, selon leurs termes, aller « *là où les autres ne veulent ou ne peuvent se rendre* ». Lors de la conférence de presse accompagnant la parution du rapport 2006 de l'observation de MDM, P. Micheletti, alors président, insistait sur la priorité de « *sortir des murs* » pour « *aller au contact de ceux qui ne peuvent aller eux-mêmes dans les consultations* ». Une psychiatre de l'association, Claude Martine, évoquait ensuite dans son domaine le problème des « *pratiques peu dociles des patients échappant aux soins* » et des pratiques à développer pour « *recupérer le malade mental en cavale* ».

rendez-vous et l'accompagnement physique dans un cabinet médical, jusqu'aux conseils pour le suivi des prescriptions. L'approche défendue est une approche individuelle fondée sur la proximité : c'est la « personne », l'entité individuelle, qui bénéficie d'aides particulières. La logique de capacitation sous-tendant ces dispositifs d'accompagnement repose sur « une forme de reconnaissance subjective qui vise à permettre à l'individu de retrouver ses capacités susceptibles d'en faire un sujet apte à se prendre en charge lui-même » (de Munck, Genard, Vrancken, Kuty cités dans Cultiaux et Périlleux, 2007 : 141). La philosophie de ces interventions, plaçant au centre l'individu, confirme le tournant « subjectiviste » de l'action publique observé par Fabrizio Cantelli dans les politiques sanitaires et sociales (Cantelli, 2007).

Ainsi, le fonctionnement du système de soins ne permettrait pas de tenir compte des capacités inégales des individus, excluant par là ceux qui ne peuvent ou ne savent verbaliser une demande de soins. Dès son premier rapport sur le lien entre précarité et santé, publiée en 1998, le HCSP préconisait d'établir une « révolution culturelle » pour résoudre le problème culturel qu'il énonçait de cette manière : « plus qu'un problème de droits pour lequel des progrès importants ont été réalisés au cours des dernières années et qui pourrait facilement être résolu par l'adoption du principe d'universalité lié à la personne et non au statut de celle-ci par rapport au travail, l'incapacité du système médico-social à prendre en charge la détresse sociale et ses multiples symptômes est avant tout un problème culturel. Le système médicosocial français a été conçu et s'est développé pour répondre à une demande qui était celle de catégories sociales marginalisées parce que n'ayant pas les capacités de participer pleinement et activement à la croissance économique. Il doit aujourd'hui faire face dans un contexte de pénurie à l'insécurité sociale d'une partie considérable de la population en particulier de la jeunesse avec des formes d'expression auxquelles il n'a pas été préparé [...]. Ce malaise – cette détresse sociale – est à l'origine d'une demande particulière qui est souvent éloignée de la pathologie classique à laquelle les médecins sont plus habitués à répondre. Il n'en reste pas moins qu'une bonne partie de cette demande, à la fois sociale et médicale, s'adresse aux médecins généralistes et à l'hôpital. Malgré les principes d'égalité de tous vis-à-vis des soins et d'équité qui sont à la base de l'organisation du système de soins en France, celui-ci n'est que très partiellement capable d'y faire face, contribuant ainsi à augmenter l'inégalité d'accès aux soins » (HCSP, 1998 : 152-153). Cet extrait combine en quelque sorte deux sources d'incapacités ; d'un côté les incapacités provenant du système de soins et, de l'autre, celles des individus. Adapter le système de soins à ces populations, de manière à ce qu'il prenne

davantage en compte les capacités inégales à demander des soins, est devenu pour certains une nécessité. Et, en l'occurrence, ce sont les médecins qui peuvent être sollicités sur ce point. Nous pouvons nous référer à nouveau ici au débat public organisé par la Conférence nationale de santé<sup>195</sup> et la Conférence régionale de santé d'Ile-de-France intitulé « Comment aller chercher les populations les plus éloignées du système de santé ? », qui s'est tenu le 18 décembre 2008. Un des intervenants, Sadek Beloucif, médecin et président du conseil d'orientation de l'Agence de biomédecine, concluait ainsi son intervention : « face à une population précaire, non pleinement autonome et ayant donc du mal à faire valoir ses droits, il est donc un devoir du médecin à l'aider à acquérir cette « capacité » » (Beloucif, 2008). Placer les médecins au centre des changements du système de soins, c'est ce principe que nous retrouvons à l'origine d'un intérêt pour le non-recours aux soins à l'échelle de Grenoble.

### ***b) Emergence d'un intérêt local pour le non-recours aux soins : l'exemple de Grenoble***

A Grenoble, la problématique du non-recours aux soins a émergé en lien avec des réflexions sur le type de pratiques médicales à organiser pour améliorer les soins des populations précaires. L'un des acteurs majeurs de cette émergence est l'Association de gestion des centres de santé de Grenoble (AGECSA), présentée en introduction. Il est intéressant de développer ici l'histoire de cette structure et ce qui fait sa singularité. L'AGECSA a vu le jour en 1990, néanmoins les centres de santé existent depuis 1973 à l'initiative de la Mairie et du secteur mutualiste (fédération mutualiste de l'Isère)<sup>196</sup>. Le premier centre a été celui de l'Arlequin, appelé « la maison médicale ». Ensuite, se sont ajoutés les centres dans les quartiers des Géants-Baladins en 1977, de Teisseire (fermé en 1991), de l'Abbaye et de Mistral l'année d'après, puis, le dernier, celui de Vieux Temple en 1982. En 1975, une rupture apparaît au sein des mutuelles. La gestion des centres est reprise par l'Union des sociétés mutualistes de l'Isère (UDMI) et la ville de Grenoble. Pour ce faire, l'ACS ou Association des centres de santé est créée. En 1985, les centres de santé

---

<sup>195</sup> La Conférence nationale de santé (CNS) a été instituée par la loi relative à la politique de santé publique, de 2004. Il s'agit d'un organisme consultatif placé auprès de la ministre de la santé et un lieu de concertation sur les des questions de santé. La CNS est composée de différents collèges de représentants (des usagers du système de santé, des professionnels et établissements de santé, des organismes d'Assurance maladie, etc.). Elle produit une série d'avis et de rapports, dont le rapport sur le respect des droits des usagers du système de santé. Pour cela, elle s'appuie sur les rapports produits par les Conférences régionales de santé (CRS). Le rôle de ces dernières est également de contribuer à la définition et à l'évaluation des politiques régionales de santé.

<sup>196</sup> Pour une information plus complète sur l'histoire des centres de santé, voir la thèse de doctorat de Monika Steffen (1983).



font face à des problèmes financiers. Des nouveaux partenaires sont recherchés afin de participer au financement des centres. La CNAMTS, la Mutuelle nationale, la DRASS et le Département se joignent alors au projet. Cependant, quatre ans plus tard, l'association dépose le bilan, suite à des crises internes et au déficit financier. Même si les centres de santé défendent une mission de service public, ils n'appartiennent pas au service public – puisque structures de droit privé – et demeurent donc assujettis à un équilibre de leurs comptes. L'AGECSA est ainsi créée, par l'UDMI, la ville de Grenoble et le Conseil général de l'Isère, dans l'optique de redonner un nouveau souffle aux centres de santé. Le financement de l'association reposait en 2005 sur quatre sources principales : les actes des professionnels (consultations, visites, soins...), à 57% ; les prestations de services rendus au Conseil général, à la ville, au CCAS et au secteur hospitalier (vaccinations, vacations à la Protection Maternelle et Infantile...), à 4% ; la participation à des programmes de prévention sanitaire ou médico-sociale, dans le cadre de conventions avec les collectivités locales, le secteur mutualiste et la Sécurité sociale, à 15% ; les subventions de fonctionnement et d'équipement accordées par la ville de Grenoble et le Conseil général de l'Isère ainsi que la mise à disposition gracieuse, ou à loyer modéré, de certains locaux, à 24% (ANSA, 2006).

L'AGECSA se retrouve dans la situation de faire coïncider d'un côté les contraintes gestionnaires et, de l'autre, la défense de pratiques professionnelles par le biais d'un « activisme médical » spécifique (Warin, 2009e). Depuis sa création, l'équilibre budgétaire et organisationnel de l'AGECSA reste précaire<sup>197</sup>. C'est dans ces conditions particulières que la problématique du non-recours aux soins a émergé dans les centres de santé, comme le résume un médecin ayant pris une part importante à ce processus :

*« L'origine des études sur le thème du non-recours date de l'arrivée de Pierre Micheletti qui était responsable à la DSPE<sup>198</sup>. Il est arrivé à un moment de conflits dans les centres de santé, autour d'une logique gestionnaire qui cherchait à réduire la durée des consultations pour trouver un équilibre financier à la structure*

---

<sup>197</sup> La volonté de défendre le travail effectué par les centres de santé a amené l'AGECSA à travailler avec l'Agence nouvelle des solidarités actives (ANSA). L'objectif de ce travail est de « créer les conditions d'une meilleure reconnaissance de l'action menée par les centres de santé de Grenoble, dans un contexte où l'accès aux soins des plus démunis reste un véritable problème social et une question majeure de santé publique ». Extrait de la convention signée en 2007 entre l'AGECSA, l'ANSA, la ville de Grenoble et le département de l'Isère, disponible dans la synthèse des travaux conduits sur les centres de santé de Grenoble avec l'ANSA (2008).

<sup>198</sup> C'est-à-dire la Direction santé publique et environnementale, de la ville de Grenoble, présentée en introduction. Rappelons que P. Micheletti fut par la suite président de MDM, jusqu'en 2009.

*et la volonté de médecins de défendre leur manière de faire de la santé. Il s'est concentré sur les centres de santé car il s'est rendu compte du décalage, qui est allé jusqu'au conflit prudhomme, entre les professionnels de santé et les responsables politiques du dossier [...]. Le conflit était entre ceux qui voulaient augmenter les cadences dans les centres pour améliorer la rentabilité du système et les médecins qui étaient contre, au contraire, les cas sont tellement difficiles que si on augmente notre fréquence, nos consultations, on fera pas plus de travail. Notre idée c'était de dire il y a la prolongation du soin, c'est plus difficile et on voulait justement mesurer le temps passé en consultation.<sup>199</sup> »*

Ce médecin, D. Lagabrielle, ainsi que Marie-Laure Chantalou, une de ses collègues coresponsable à l'époque du « groupe précarité » des centres de santé, ont alors suivi une formation de planification de projet en santé, sur conseil de P. Micheletti et sur le modèle de celle donnée par MDM. Lors de cette formation, ils ont eu à réaliser un projet qu'ils ont orienté autour de l'accès aux soins, la prise en charge et l'accompagnement de personnes en situation de précarité et d'insertion. Ils ont mis en place une étude prospective en 2002 afin de caractériser les consultants des centres de santé sur le plan de la précarité et d'analyser l'influence de cette dernière sur le contenu des consultations. Pour préciser ce dernier, les auteurs de l'étude ont retenu plusieurs critères comme la réalisation d'une action de dépistage ou de prévention, le retard et le renoncement aux soins ou encore la prise de contact par le médecin d'un partenaire social, médical ou paramédical. Cette étude conclut notamment que, sur les 585 consultations de l'échantillon, les patients définis comme « précaires + », c'est-à-dire les 15% de patients cumulant des critères de vulnérabilité par les revenus, les conditions de vie et la santé<sup>200</sup>, sont quatre à cinq fois plus concernés par le retard et le renoncement aux soins que les autres patients, de même qu'ils nécessitent cinq fois plus de prise de contact avec un partenaire extérieur (Chantalou et al., 2003). Les professionnels des centres de santé se saisiront de ces résultats en ce qu'ils démontrent la plus grande complexité des consultations auprès des populations précaires, ce que confirmera une autre étude en 2003.

A partir de ces constats répétés et affinés, le travail réalisé par le « groupe précarité » des centres de santé s'orientera vers une réflexion sur le type de pratiques à

---

<sup>199</sup> Entretien avec Dominique Lagabrielle, le 08/04/2008.

<sup>200</sup> Trois critères ont été retenus par les centres de santé : le critère financier (disposer du RMI et/ou de la CMU-C, être au chômage...), le critère socio-familial (rencontrer des difficultés de communications, de logement, des problèmes de la vie de famille, être confronté à la justice...) et le critère médical (avoir une invalidité, l'ALD, des conduites addictives...) (Chantalou et al., 2003 : 26).

mettre en œuvre pour répondre à ce qui a été identifié comme une singularité des populations précaires. La question vers laquelle tendaient les travaux a été formulée de la manière suivante : « la performance dans l'usage du système de soins [par les populations vulnérables] peut-elle être améliorée par l'attitude des professionnels ? » (Noyaret et Lagabrielle, 2005 : 21). D'après D. Lagabrielle, la rencontre avec l'ODENORE, également basé à Grenoble, a été déterminante à ce moment :

*« - On a lu surtout le rapport du Haut comité de santé publique sur « précarité et santé ». C'est eux qui ont fait le point et qui se sont appuyés sur les travaux de Wresinski sur la définition de la précarité. Ça correspondait vraiment avec ce qu'on voyait. On voyait bien que c'était plus compliqué de soigner un diabétique qui avait des soucis dans la vie qu'un diabétique prof de fac. Cette étude nous a démontré la plus grande diversité du non-recours selon la vulnérabilité. Et après on s'est dit... après on a eu l'ouverture de l'ODENORE et la visite de C. Chauveaud [chargée d'études à l'ODENORE] nous a dynamisés là-dessus.*

*- Ça a été un élément...*

*- C'est sûr que la présence d'un observatoire du non-recours sur Grenoble a été un élément déterminant parce que c'est à partir de là qu'on s'est dit il faut prendre un stagiaire pour étudier le non-recours parce que là il y a quelque chose à creuser en termes de résultats de santé.<sup>201</sup> »*

Trois initiatives ont été prises dans ce sens par le « groupe précarité » entre 2004 et 2005. Une étude auprès des médecins, réalisée en 2004, les invitait à se prononcer sur l'absentéisme, le retard et le renoncement aux soins, ainsi que sur l'inobservance thérapeutique de leurs patients. Ils devaient en donner les déterminants (l'anxiété, le déni de la pathologie, la compréhension intellectuelle...) et les conséquences (aggravation de la situation médicale et sociale...), mais également décrire quelles étaient leurs réactions face à un patient en non-recours aux soins. Cette étude permet de présenter les pratiques (ou non) des médecins face à ce « problème ». Ils retenaient comme stratégie à 60% l'accompagnement et une disponibilité plus grande et à 42% l'adaptation au patient (être moins exigeant, fixer un rendez-vous systématique...), ce qui renvoie bien à la logique exposée dans cette sous-section. Notons toutefois que, dans 12% des 152 situations étudiées, les médecins renonçaient eux-mêmes à réaliser une consultation approfondie ou à proposer des démarches de prévention à des patients en non-recours aux soins.

---

<sup>201</sup> Entretien avec Dominique Lagabrielle, le 08/04/2008.

La première étude réalisée en 2004 n'envisageait toutefois que les pratiques des médecins généralistes des centres de santé, oubliant la dimension pluridisciplinaire qui caractérise ces structures. Celle-ci a été abordée dans la deuxième initiative en 2004, sous la forme d'un focus groupe réunissant par deux fois médecins et secrétaires médicales<sup>202</sup> autour du retard et du renoncement aux soins. L'organisation et l'analyse ont été confiées à l'ODENORE. Au-delà de ce que ce groupe a donné à voir sur le point de vue des professionnels des centres sur le non-recours, il a surtout engendré une réflexion sur « *les manières d'être à développer pour faire émerger la demande et accueillir les personnes* »<sup>203</sup>. En particulier, c'est le rôle du secrétariat médical dans la prise en charge de ces situations qui est ressorti : « cette première expérience de formation partagée entre médecins et secrétaires a permis de prendre conscience qu'au-delà des procédures, c'est bien la qualité de l'accueil dans sa dimension personnalisée qui constitue le meilleur atout pour réduire les conséquences pour la santé des retards et des renoncements aux soins » (Noyaret et Lagabrielle, 2005 : 21).

La troisième initiative s'inscrit dans la continuité du partenariat entre l'AGECSA et l'ODENORE. Elle a pris la forme de l'enquête de sociologie qualitative sur le non-recours aux soins, abordée en introduction. La démarche générale était d'interroger cette fois-ci des personnes précaires concernées par ces situations, et non plus seulement les professionnels. Dès les premières discussions avec le « groupe précarité », et jusqu'aux différents rendus de l'enquête dans les centres de santé<sup>204</sup>, les attentes se sont centrées sur un type de « *recherche pour l'action* »<sup>205</sup>. L'enquête s'inscrivait dans un axe de travail du « groupe précarité », intitulé « limiter l'impact de la précarité sur la santé », et avait pour objectif de « comprendre l'impact des retards et des renoncements aux soins sur les pratiques médicales » et « essayer d'envisager des réponses et des ajustements à mettre

---

<sup>202</sup> L'invitation faite aux secrétaires, ainsi que les observations dont elles ont rendu compte lors du dernier focus groupe, démontrent bien en quoi le non-recours aux soins pose des problèmes organisationnels aux centres, renvoyant en partie à une forme de « débordement du social » lié à l'arrivée de nouveaux profils de patients. Cela se traduit notamment par les rendez-vous non honorés, tel qu'abordés dans le premier chapitre.

<sup>203</sup> Notes issues du cahier de terrain.

<sup>204</sup> La restitution des résultats de l'enquête, dans les cinq centres mais également dans d'autres lieux extérieurs, se déroulait à chaque fois de la même manière. Les professionnels manifestaient d'abord leur intérêt pour la compréhension du non-recours puis exprimaient des demandes de solutions à ces situations. Voici par exemple la réaction d'un médecin après la présentation des résultats : « *ça permet de mettre des mots sur ce qu'on ressent jusque là, d'apporter le point de vue des patients par rapport à ce que les médecins pensaient. Mais d'accord, il y a une diversité de déterminants du non-recours, et une diversité de patients qui sont exposés... mais du coup est-ce que ça veut dire qu'il n'y a pas de solution envisageable ?* ». Notes issues du cahier de terrain.

<sup>205</sup> Notes issues du cahier de terrain.

en place » (AGECSA, 2005). Les entretiens effectués lors de cette enquête insistent sur l'influence des ruptures de vie dans l'usage du système de soins et le niveau de méfiance, ainsi que l'importance du rapport au temps dans la gestion des problèmes de santé (Rode, 2005). De cela, D. Lagabrielle a engagé une réflexion sur le rôle du médecin généraliste. Il a dégagé trois compétences que les médecins généralistes devraient développer : ne pas juger trop vite en cas de retard ou de renoncement aux soins ; comprendre l'effet des échecs et ruptures caractérisant les parcours de vie de ces personnes ; tisser du lien avec les autres acteurs médicaux ou sociaux dans le respect de la confidentialité et des règles déontologiques spécifiques de chaque profession (voir le document en annexe 5).

La présentation des différentes initiatives des centres de santé, autour du non-recours aux soins des populations précaires, amène à comprendre comment cette problématique a émergé dans un souci pluriel. Il s'agissait à la fois d'adapter les pratiques professionnelles à la (non) demande de ces populations et de défendre une structure qui expérimente d'autres manières de concevoir l'offre de soins et qui, pour cela, nécessite sans cesse de légitimer son action. C'est ce double intérêt que résume très bien l'actuel responsable du « groupe précarité » à l'AGECSA, le médecin Philippe Pichon, pour qui le non-recours aux soins est révélateur d'une « *inégalité des chances* » :

« - Sur le non-recours, cela vient d'un intérêt pour le « groupe précarité » et d'autres médecins généralistes par rapport au type d'actions à mener. Mais est-ce qu'il y a aussi un intérêt pour la structure AGECSA, de légitimer son action de prise en charge d'une population difficile à soigner, qui demande plus de temps... ?

- *Alors... l'intérêt est multiple, il est professionnel. C'est vrai que comme c'est quelque chose auquel on est confronté, c'est bien d'y réfléchir pour s'appuyer sur les expériences collectives des médecins de l'AGECSA puisque c'est une pratique ancienne, se poser à des réflexions extérieures, l'ODENORE, les sociaux, les psy... donc oui comme c'est une difficulté à laquelle on est confronté, une spécificité de notre métier au quotidien, c'est bien d'essayer de voir comment on peut mutualiser des connaissances, des compétences, pour avoir moins de difficultés et mieux faire notre travail. Pour moi il y a aussi un intérêt institutionnel ou politique. C'est vrai qu'on est une structure financée par les collectivités territoriales, des intervenants extérieurs, avec cette mission qui est, dans des quartiers difficiles, de s'occuper de populations difficiles dans lesquelles on a identifié du non-recours et pour lesquelles il y a des inégalités sociales de santé.*

*C'est notre job, on est missionné pour intervenir là-dessus, pour pouvoir être meilleur sur ce sujet-là. On a des comptes à rendre là-dessus. Donc en formalisant les choses ça nous permet d'être meilleur et ça permet de rendre compte... là c'est plus ma casquette CME [Commission médicale d'établissement] mais il faut qu'on puisse dire au Conseil général et à la Mairie essentiellement, les autres ils s'en foutent, la Sécu on les sent pas motivés par la question, l'Etat de moins en moins, mais pour ces deux partenaires locaux ils nous ont missionné là-dessus donc il faut pouvoir leur dire : « oui, vos sous on les a pas jetés par la fenêtre ».<sup>206</sup> »*

Nous pouvons également dégager de ces initiatives un élément participant à l'émergence du non-recours aux soins, celui de la relation entre les acteurs du champ sanitaire et les acteurs du champ scientifique. L'ODENORE a eu un impact sur le développement et le soutien de réflexions sur ce thème, avec des allers-retours entre analyses sociologiques et outils pratiques de prévention des situations de non-recours aux soins. Comme évoqué en introduction, l'enquête réalisée avec l'AGECSA et l'ODENORE a intéressé d'autres acteurs grenoblois, principalement des professionnels intervenant dans le champ sanitaire et social. Le service santé de la Ville de Grenoble, la DSPE, nous a sollicité avec D. Lagabrielle. La responsable du programme souhaitait notamment savoir comment le travail sur le non-recours avait interrogé l'institution des centres de santé et les pratiques professionnelles, ce que le regard extérieur avait amené comme changement de pratiques, afin d'initier un « groupe interassociatif concernant l'accès aux soins » des populations précaires. Ce groupe a réuni, de manière variable, une dizaine d'associations du secteur sanitaire et social dont l'intérêt commun était de réfléchir au non-recours, auquel toutes se disaient confrontées quotidiennement et dans « *l'impuissance* » d'y répondre. Les thèmes de discussions de ce groupe, choisis par les associations, se sont orientés vers les dysfonctionnements institutionnels puis vers l'inadaptation du système de soins aux besoins des populations précaires. Pour répondre à cela, les acteurs présents sont vite arrivés à un consensus, pointant la « *nécessité* » du rôle de l'accompagnement et de la démarche d'aller vers les personnes en marge du système de soins. Ces pratiques leur ont paru la solution adaptée aux différents déterminants du non-recours, permettant de « *favoriser la demande de soins* », « *respecter le temps de la personne* », « *reconnaître l'individu* », « *restaurer l'image de soi* », ou encore « *restaurer la confiance dans les structures de santé* ».

---

<sup>206</sup> Entretien avec Philippe Pichon, le 30/05/2008.

Le cheminement de la question du non-recours à Grenoble témoigne d'une même préoccupation, celle d'ajuster le système de soins aux besoins des populations précaires, au nom d'un principe d'équité. Il s'agit plus précisément de passer d'une démarche passive, selon laquelle il faut attendre que les personnes expriment leur demande, à une démarche active, en allant à la rencontre de celles qui n'expriment rien et qui sont dans « l'impossibilité à agir par eux-mêmes »<sup>207</sup>.

---

<sup>207</sup> Le phénomène de non-recours soulève les questions de l'activation de l'offre et de l'intermédiation, abordées dans une note du groupe de recherche « Cluster 12 » (Collectif, 2008).

## **Conclusion du chapitre 2**

L'une des raisons de l'émergence du non-recours aux soins, en France, tient aux craintes quant à l'effectivité du droit à la santé, entendu comme droit aux soins et reconnu comme tel dans plusieurs textes législatifs. Le contexte marqué par un développement des « droits à », puis par les revendications à la garantie de leur effectivité, favorise un intérêt, de la part des chercheurs en sciences sociales et des acteurs associatifs, pour cette question. Il ne s'agit plus seulement de s'inquiéter des conséquences sanitaires potentiellement induites par les comportements décalés à l'égard du système de soins. Ce qui retient l'attention des différents acteurs, ce sont les conséquences sociales et politiques du non-recours. Il vient en effet requestionner la réalité de la citoyenneté sociale, de même qu'il sert de baromètre de la question sociale. La figure de la précarité contemporaine est celle d'un individu qui se voit privé de – ou qui n'est pas en mesure de les faire valoir – ses droits, civils et politiques mais également sociaux.

Deux positionnements critiques envisagent le non-recours aux soins comme un témoin des difficultés à rendre effectif le droit aux soins pour tous. Dans une approche administrative ou compréhensive du phénomène, l'accent est mis sur les « blocages » et autres « barrières » à l'entrée du système de soins ou sur les « capacités » inégales des personnes. Autant de facteurs qui rendraient compte des difficultés à assurer l'égalité d'accès aux soins et de l'inadaptation du système de soins à la problématique des personnes précaires. Face à ces « problèmes », ces approches critiques se rejoignent autour de l'appel à un devoir de la collectivité ou de l'Etat dans la garantie du droit aux soins.

Ces constats rejoignent les propos de Michel Chauvière. Dans un récent ouvrage, au chapitre consacré à l'accès aux droits, il énonce que « comme rhétorique manifeste, l'accès évoque d'abord les obstacles matériels, les déficits de moyens, les chicanes bureaucratiques, les pratiques discriminatoires, notamment au guichet qui gênent la pleine jouissance de certains droits individuels : droits-liberté, droits-créances, droit de circuler, droits de la consommation, etc. » (Chauvière, 2007 : 103). La manière dont nous avons listé les « obstacles » qui se dressent entre l'offre et la demande de soins, comme autant de facteurs explicatifs du non-recours aux soins, s'inscrit pleinement dans cette analyse. Mais M. Chauvière va plus loin en levant quelques effets pervers de la problématique de



l'accès aux droits, notamment dans les représentations sociales qu'elle véhicule sur les populations concernées. Selon lui, « conséquence ultime, l'accès à certains espaces ou à certains droits crée, entretient et sur-inscrit socialement la différence entre ceux qui seraient guidés, accompagnés ou assistés pour y accéder. Avec l'accès, un problème social devient un peu plus identitaire pour les personnes concernées et s'éloigne du droit commun » (Chauvière, 2007 : 103-104). L'accès aux droits ne serait que « promesse », alors que les contreparties exigées des individus sont réelles. C'est le cas des injonctions au respect de devoirs sociaux, en échange de droits, auxquelles nous consacrons le dernier chapitre de cette partie.

## **CHAPITRE 3**

### **NON-RECOURS ET DEVOIR DE SOINS**

---

Le chapitre précédent et celui-ci ont comme objectif d'analyser si le « problème » du non-recours aux soins émerge selon différentes significations et, le cas échéant, lesquelles. Nous partions de l'hypothèse que, si la notion de non-recours est une notion plastique, elle serait également polysémique. Jusqu'à présent, nous avons présenté comment le non-recours relevait du domaine de la santé publique, puis comment certains acteurs s'en saisissaient pour observer la réalité de l'effectivité du droit aux soins. L'individu dont il est question dans cette dernière approche est un citoyen porteur de droits, l'exercice de ces derniers étant garant de sa pleine intégration sociale. Or, lorsqu'il est question des droits, il est de plus en plus rappelé que l'individu a également des devoirs. Cette articulation des droits et devoirs se retrouve dans le champ de la santé, tel que nous allons le voir. Ce chapitre vise ainsi à présenter comment le non-recours aux soins émerge avec une autre signification, relative aux rappels faits aux individus de respecter des devoirs de soins.

Pour bien comprendre cette dernière signification et ses enjeux, nous débuterons ce chapitre en présentant la logique économique qui porte la question du non-recours aux soins. Selon celle-ci, être éloigné du système de soins représenterait un coût, participant à l'augmentation des dépenses publiques de santé. Dans ce sens, les interventions destinées à réduire le non-recours témoignent d'une transformation du rapport au corps, la gestion de celui-ci se déplaçant d'une sphère privée à une sphère publique (section 1). Dès lors, après avoir vu l'affirmation du droit à la santé et aux soins dans le second chapitre, nous analyserons ici les différents discours appelant à un rééquilibrage avec les devoirs de soins et autres obligations incombant à l'individu. En l'occurrence, ce sont les populations précaires et les bénéficiaires des prestations sociales qui sont visés en priorité par ces discours. Il s'agit pour eux de prouver qu'ils méritent leurs droits et prestations en respectant un ensemble d'obligations, dans une logique de contrepartie s'étendant du champ des politiques sociales à celui des politiques sanitaires (section 2).

## **1. INCITER CHACUN A (BIEN) SE SOIGNER POUR ECONOMISER**

Nous avons vu que la question du non-recours aux soins était apparue autour d'une forte logique de santé publique. C'est principalement celle-ci qui retient l'attention et explique le succès relatif de la notion. Or, les travaux sur les politiques de santé démontrent que ces dernières ne répondent pas qu'à une seule logique, exclusive d'autres. Elles répondent plutôt à diverses logiques qui peuvent parfois être contradictoires. Pensons au cas des étrangers en situation irrégulière et malades envers qui les politiques menées sont au croisement de deux paradigmes opposés, entre d'un côté celui de la santé publique et, de l'autre, celle de l'immigration (Mbaye, 2009). Dans notre sujet, une logique économique entre en jeu et éclaire sous un angle différent l'émergence de préoccupations pour le non-recours aux soins.

### **1.1. Le coût du non-recours**

La logique économique est présente dans les débats sur le non-recours aux droits sociaux. La question du coût engendré par ces situations a été posée dès l'introduction de la notion en France. A. Math et W. van Oorschot, dans le numéro de la revue *Recherches et prévisions* consacré au non-recours aux prestations sociales, avançaient son impact économique sur la pauvreté. Selon eux, l'une des raisons de qualifier ces situations comme un « problème grave de politiques sociales », tient au fait que le non-recours « constitue également une cause de pauvreté et de problèmes liés à la faiblesse des revenus » et qu'il produit de « l'injustice [...] non seulement parce que la protection sociale est l'institution qui, par excellence, participe à une juste redistribution des ressources dans une société moderne, mais aussi parce que de nombreuses personnes éligibles à une prestation sont dans une situation de réel besoin » (Math et van Oorschot, 1996 : 6). Ces auteurs traitent du coût pour l'individu engendré par le fait de ne pas bénéficier de droits et de prestations sociales, ces derniers participant à la réduction des inégalités de niveaux de vie. Une étude de l'INSEE a, à ce titre, conclut que les services publics de santé, d'éducation et de logement contribuaient deux fois plus que les transferts monétaires à la réduction des inégalités de niveau de vie (Amar, Beffy, Marical et Raynaud, 2008).

Le rapport de l'IGAS sur la non-demande d'aides ou de services sociaux situe le coût à une autre échelle que l'échelle individuelle. Il est question dans ce rapport de l'argument

budgétaire employé par les intervenants sociaux pour justifier leur gêne ou réticence à traiter les situations de non-demande ; argument reposant sur le principe d'un coût supplémentaire induit par la recherche de ces personnes « invisibles ». Selon les auteurs du rapport, il s'agirait avant tout « d'une prise de position qui apparaît donc souvent plus doctrinaire qu'économiquement fondée » (Hautchamp et *al.*, 2005 : 45). Face à cela, ils insistent sur l'importance de faire varier les échelles temporelles. Le principe est le suivant : développer des moyens pour rechercher des non-demandeurs représente un surcoût pour les organismes sociaux sur le court terme, mais éviterait des dépenses supplémentaires sur le long terme. Les auteurs du rapport avancent un « souci de prévention, qui, d'un point de vue budgétaire est souvent préférable » (Hautchamp et *al.*, 2005 : 46). Dans leurs préconisations, ils invitent ainsi à « poursuivre des études quantifiées sur l'impact de la détection et du traitement des non-demandeurs, les coûts des aides et des actions à apporter à ces personnes lorsqu'elles sont identifiées, en les comparant aux coûts à moyen ou à long terme engendrés par une non-détection précoce » (Hautchamp et *al.*, 2005 : 70). Ils soulèvent la nécessité mais également la difficulté à calculer le coût de la non-demande ou du non-recours aux droits sociaux, le nombre de dimensions à prendre en compte et le nombre d'échelles à envisager rendant le travail complexe. Au-delà, la question de savoir pour qui le non-recours est un coût – ou une économie – n'est pas posée, mais il nous semble qu'elle mériterait d'être approfondie.

### ***a) La mobilisation de l'argument économique dans le champ du soin***

Nous pourrions faire la même observation dans le champ particulier du soin. Mesurer l'impact économique de la prise en charge tardive ou nulle d'une pathologie pose des difficultés similaires. Mais, à la différence d'autres droits sociaux, la représentation des conséquences économiques liées à un défaut de soins, ou de prévention, est plus facilement envisagée. A ce titre, il est intéressant de noter la manière dont une chercheuse en épidémiologie et en géographie, Emmanuelle Cadot, répond à la question des conséquences d'un renoncement ou d'un retard aux soins : « qui dit retard de soins, dit état de santé aggravé, et prise en charge bien plus difficile. Il n'y a pas eu, à ma connaissance, d'études statistiques pour évaluer le surcoût que cela représente ensuite pour la dépense publique mais, intuitivement on peut imaginer qu'une prise en charge plus tardive, plus difficile va entraîner des coûts supplémentaires » (Cadot, 2009). Ici, l'accent est mis sur la dimension intuitive. Ailleurs, elle se mêle à l'observation de situations telles que celle évoquée par Céline Spolti, dans une thèse de médecine générale traitant de

l'absence de prise en charge sanitaire des populations précaires. Elle y décrit le cas d'une personne nécessitant « 3 semaines de réanimation et 3 mois d'hospitalisation pour une hépatite toxique consécutive à une prise d'antalgiques pour une fracture du péroné non radiographiée ni plâtrée pour des raisons financières » (Spolti, 2006 : 36). Dans la continuité, les études sur la « mortalité potentiellement évitable », présentée comme un indicateur d'efficacité et d'équité des systèmes de soins, permettent d'évaluer indirectement les conséquences médicales et les coûts économiques liés à des retards aux soins ou à des soins ambulatoires inadéquats (Freund, 2009). Elles restent toutefois controversées, puisque rien ne vient dire que les soins auraient réellement empêché l'hospitalisation et les critères retenus pour définir ce qu'est une hospitalisation évitable demeurent sujet de débats. Ces études ne font que supposer des liens entre les difficultés d'accès aux soins (primaires) et les hospitalisations évitables. Une étude américaine sur la mortalité potentiellement évitable indique par exemple que « ceux sans assurance médicale pourraient ne pas recevoir les soins primaires adéquats, pourraient retarder la consultation médicale nécessaire, et ainsi pourraient être confrontés à des hospitalisations évitables, ou ils pourraient solliciter les urgences qui les soigneraient et les renverraient chez eux sans les garder à l'hôpital » (Pappas, Hadden, Kozak et Fisher, 1997 : 815). Enfin, citons un récent document de travail de la DREES dans lequel toute une partie de l'analyse porte sur les « surcoûts » induits par la prise en charge des patients précaires dans les établissements de santé. Parmi les facteurs de surcoûts, les auteurs de cette étude isolent notamment les difficultés d'accès aux droits et aux soins, ainsi que la non-compliance des prescriptions (Maric, Gregoire et Leporcher, 2008). Aucune estimation chiffrée de ces surcoûts n'est proposée.

L'absence d'études s'attachant à modéliser précisément le coût du non-recours aux soins n'empêche donc pas la mobilisation de l'argument économique pour défendre l'intérêt à porter à ces situations. Bien au contraire, nombreux sont les acteurs à s'y référer. Tous le font dans l'idée qu'il est possible d'éviter des dépenses supplémentaires induites par l'aggravation de pathologies restées trop longtemps sans soin médicalisé ou par une moindre prévention. Autrement dit, pour cette dernière, nous retrouvons certainement l'« idée reçue [qui] est que la prévention est par essence toujours rentable économiquement, comme le suggère l'adage que mieux vaut prévenir que guérir » (Moatti, 1992 : 158) bien que cela fasse débat chez les économistes de la santé. Cet intérêt économique est assez clair dans le cas de la CNAMTS. Dans l'entretien avec J.J. Moulin, nous percevons que ce qui intéresse la CNAMTS, c'est moins le non-recours aux soins en

tant que tel que le fait qu'il présuppose un déficit de prévention et un retard aux soins, coûteux économiquement. J.J. Moulin fait passer, dès la réponse à notre question de départ, la logique économique en premier :

« - De quand date l'intérêt du CETAF pour le non-recours aux soins ?  
- *En fait c'est pas l'intérêt du CETAF mais c'est l'intérêt de l'Assurance maladie, de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, qui s'intéresse à ce problème du non-recours dans la mesure où la CNAMTS a pour charge de faire en sorte que les dépenses de santé coûtent le moins cher possible au budget de l'Assurance maladie et que pour éviter... une des mesures pour éviter la croissance des dépenses c'est d'éviter que les sujets soient... que les maladies soient diagnostiquées le plus tôt possible. Or les gens qui sont en non-recours aux soins voient leur médecin trop tard, à un stade avancé de la maladie et à ce moment là ça coûte beaucoup plus cher de les prendre en charge que si on les voyait plus tôt. Or pour ces populations-là, elles sont en non-recours aux soins pendant longtemps, ça fait des diagnostics tardifs et des maladies qui sont vues à un stade beaucoup plus avancé. De manière générale, les agents de l'Assurance maladie essaient d'identifier les causes de non-recours aux soins parmi certaines populations, et parmi les causes il y a après à essayer d'y remédier, de trouver des solutions pour que les gens ne soient plus... soient le moins possible en non-recours aux soins.*<sup>208</sup> »

J.J. Moulin fait référence ici à la « politique de gestion du risque », notion apparue dans la loi du 13 août 2004 réformant l'Assurance maladie. Depuis, elle est placée « au cœur de l'action de l'Assurance maladie » dans la Convention d'objectifs et de gestion 2006-2009. Elle y est présentée comme « l'action sur les comportements des assurés [qui] doit amener ces derniers à améliorer la prise en charge de leur santé, notamment par le recours aux soins appropriés et à des actions de prévention »<sup>209</sup>. C'est d'ailleurs dans la partie se référant à la gestion du risque que les actions « menées en direction des populations les plus éloignées du système de santé »<sup>210</sup> sont intégrées. La gestion du risque repose principalement, dans cette COG<sup>211</sup>, sur les assurés qui sont présentés comme

---

<sup>208</sup> Entretien avec Jean-Jacques Moulin, le 15/10/2008.

<sup>209</sup> Convention d'objectifs et de gestion signée entre l'Etat et la CNAMTS pour la Branche maladie, août 2006, p.2.

<sup>210</sup> *Ibid*, p.4.

<sup>211</sup> Nous ne rendons compte que de 5 orientations de la politique de gestion du risque, telles qu'adoptées par le Conseil de la CNAMTS en 2005. Ces 5 orientations sont les suivantes : le développement de la prévention pour contenir la dépense des soins, c'est-à-dire agir sur le comportement avant l'apparition d'une pathologie ;

les acteurs centraux. D'eux dépend « la mise en œuvre de ce cercle vertueux [passant] par la connaissance des parcours de soins et l'application de mesures de prévention ou d'incitation »<sup>212</sup>. La signification du « risque » ici est différente de celle évoquée dans le premier chapitre. Ou tout du moins, elle n'en reprend qu'une partie. En effet, elle est définie comme « la politique qui vise à promouvoir un recours aux soins et une organisation du système de santé les plus efficaces possibles<sup>213</sup> » ou autrement dit, à « [maîtriser] l'évolution des dépenses tout en améliorant l'état de santé de la population<sup>214</sup> ». Il s'agit d'une « gestion » du risque positionnant les impératifs budgétaires en arrière plan de toute démarche de santé publique. L'objectif est d'établir l'équilibre entre ces deux dimensions, l'une sanitaire et l'autre budgétaire. Nous retrouvons ici un des traits caractéristiques des discours de responsabilisation, analysés dans le champ de la santé par John Cultiaux et Thomas Périlleux. Reprenant les travaux de Luc Boltanski et Laurent Thévenot, ces auteurs démontrent comment sont mobilisés, dans ces discours, les arguments du type « bénéfices individuels » et d'autres du type « bien commun ». Selon eux, « parler d'« argumentaire de la responsabilisation » dans le domaine de la santé implique donc de se mettre à l'écoute des « bonnes raisons », pour les pouvoirs publics, les institutions et les citoyens eux-mêmes, de favoriser, d'une part, certains comportements en matière d'information, de prévention, de sécurité publique et de soin mais également, d'autre part, certaines conceptions des droits et devoirs des patients, des prestataires de soin et des gouvernements » (Cultiaux et Périlleux, 2007 : 135).

Ce double registre est tout aussi repérable dans d'autres exemples que celui de la CNAMTS. Prenons le rapport du sénateur Bernard Seillier sur les politiques de lutte contre la pauvreté et les exclusions. Ce rapport traite à plusieurs endroits et de manière explicite de la question du non-recours aux droits sociaux, qu'il perçoit comme une composante essentielle de la pauvreté et de l'exclusion sociale. Parmi les propositions de ce rapport, il préconise de favoriser l'accès à la CMU, à la CMU-C et à l'ACS. Pour cela, une mesure

---

l'information et l'accompagnement de tous les acteurs du système, en particulier les assurés et les professionnels de santé ; la limitation des dépenses inutiles par le contrôle du périmètre des soins pris en charge, la fixation des tarifs et la justification médicale du recours aux soins ; l'organisation de l'offre de soins ; le pilotage et le contrôle du système de soins. La question du non-recours aux soins se retrouve dans la première orientation.

<http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/connaître-l-assurance-maladie/missions-et-organisation/l-assurance-maladie/metier-gestionnaire-du-risque.php>.

<sup>212</sup> *Ibid* p.25.

<sup>213</sup> Point d'information mensuelle de l'Assurance maladie, 14 avril 2005.

<sup>214</sup> Extrait de :

<http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/connaître-l-assurance-maladie/missions-et-organisation/l-assurance-maladie/metier-gestionnaire-du-risque.php>.

consisterait à « protéger d'une éventuelle suspension des droits à la CMU les personnes de bonne foi, accusées de fraude ou de fausses déclarations de ressources, dont la situation financière est particulièrement fragile » (Seillier, 2008 : 135). L'objectif de cette mesure est d'éviter les suspensions de droits. Pour appuyer ses propos, B. Seillier avance qu'il « ne paraît en effet pas judicieux de placer des individus en grande fragilité sociale dans une situation de non-recours aux soins. Le coût pour la société peut s'avérer à terme plus élevé que les économies réalisées grâce à ses nouvelles dispositions » (Seillier, 2008 : 135).

Un autre rapport, celui du député A. Flajolet sur les disparités de prévention sanitaire, témoigne d'une double argumentation lorsqu'il est question des populations éloignées du système de soins. Elle repose sur des éléments à une échelle individuelle, avec un enjeu sanitaire, et à une échelle collective, avec un enjeu économique. L'une des principales recommandations du rapport, l'instauration de « communautés de santé », a ainsi pour finalité de « réinsérer dans le système de santé les personnes et les populations qui en sont aujourd'hui absentes et arriveront tardivement dans le système de soins avec de lourdes conséquences humaines, financières et économiques » (Flajolet, 2008 : 65).

Enfin, dernier exemple venant cette fois-ci du champ associatif, MDM recourt à cette double argumentation, évoquant sur le long terme « la production d'économies réelles » à favoriser l'accès aux soins (Leriche et Simonnot, 2004 : 51). A l'opposé, l'association dénonce « le coût humain et financier sans commune mesure avec les soi-disant économies réalisées<sup>215</sup> », coût potentiellement causé par les mesures de lutte contre la fraude à la CMU-C. L'usage d'un argument économique vient ici appuyer les prises de position de MDM. Nous pouvons faire l'hypothèse que cela leur permet de susciter une adhésion plus grande à la cause défendue.

---

<sup>215</sup> Médecins du monde, « Lutter contre la fraude ou lutter contre les pauvres ? », Communiqué de presse du 15 février 2008.



## ***b) Inciter à consulter pour économiser***

Que ces surcoûts induits par le non-recours aux soins soient réels ou non, importants ou non, cela n'empêche en rien l'usage partagé, par plusieurs acteurs, de l'argument économique. La formulation suivante pourrait résumer cette idée : inciter à consulter (maintenant) pour économiser (après)<sup>216</sup>.

Cette incitation peut de prime abord paraître surprenante pour qui observe les mutations actuelles du système de soins. En effet, de plus en plus d'initiatives gouvernementales tentent plutôt à favoriser des pratiques de santé et de soins limitant le recours à un professionnel de santé, toujours dans l'optique de réduire les dépenses publiques de santé. L'autorisation de la vente de plus de 200 médicaments<sup>217</sup> « devant le comptoir », selon l'expression consacrée (contrairement aux médicaments derrière le comptoir), peut être analysée sous cet angle. Elle met ces médicaments sans ordonnance en accès libre, dans les pharmacies et sur conseil du pharmacien<sup>218</sup>. La publication du décret<sup>219</sup>, ainsi que la publication antérieure d'un rapport préconisant le développement de l'automédication (Coulomb et Baumelou, 2007), ont suscité de nombreux débats sur les risques pour la santé publique (liés à l'interaction médicamenteuse ou au risque de retard aux soins par exemple), sur la place des pharmaciens dans le parcours de soins ou encore sur le prix des médicaments. Mais l'un des arguments en faveur du développement de l'automédication repose sur les économies effectuées de cette manière, puisque les individus se soigneraient sans passer par le médecin. Ainsi, « il suffirait que 5% des médicaments prescrits passent à l'automédication pour réaliser 2,5 milliards d'économies »<sup>220</sup>. D'autres initiatives sont à l'étude, comme celle du développement du *disease management* qui vise à améliorer la prise en charge des patients atteints de maladie chronique<sup>221</sup>. Elles suivent toutes un principe commun, celui d'agir sur la demande de soins pour maîtriser les dépenses publiques de santé, dont la croissance est

---

<sup>216</sup> Ce raisonnement se retrouve lorsque, à l'image du rapport de la commission présidée par Jacques Attali (2008), il est préconisé de moduler le tarif de la mutuelle ou la prise en charge des soins en fonction de la réalisation par les individus d'actes préventifs ou d'autres comportements jugés « protecteurs » pour la santé.

<sup>217</sup> L'objectif à terme est de mettre en accès libre près de 3 000 médicaments.

<sup>218</sup> La demande faite par Michel Edouard Leclerc d'étendre la vente de ces médicaments dans les centres commerciaux n'a pas été retenue.

<sup>219</sup> Décret 2008-641 du 30 juin 2008 relatif aux médicaments disponibles en accès direct dans les officines des pharmacies.

<sup>220</sup> *L'Express*, 27 décembre 2006.

<sup>221</sup> Le rapport consacré au *disease management* par l'IGAS estime ainsi que le coût de la mise en œuvre de ces programmes serait atténué par la baisse du nombre d'hospitalisations liées à une mauvaise gestion des pathologies (Bras, Duhamel et Grasse, 2006).

problématique pour les Etats (Palier, 2008). Ainsi, réduire le non-recours aux soins d'un côté, tout en cherchant à éviter les consultations « inutiles » de l'autre, ne sont pas deux préconisations antagonistes. Ce sont bien les deux facettes d'une même tendance à la responsabilisation du patient, mettant l'accent sur la dimension économique de ses (non) comportements de santé et de soins.

Le vocabulaire utilisé dans le champ de la santé traduit ce dernier aspect. Si nous regardons celui employé dans les discours préconisant d'intervenir sur le non-recours aux soins, nous pouvons voir qu'il est question de favoriser un recours aux soins qui soit « efficient », selon la COG 2006-2009, ou, plus « *performant* » selon les médecins de l'AGECSA intéressés par cette question. Quant aux individus éloignés du système de soins, ils sont invités à effectuer une « gestion active de leur patrimoine santé » (Flajolet, 2008 : 4) ou de leur « capital santé » (Flajolet, 2008 : 35). La présence d'un vocabulaire emprunté au champ économique pour envisager la santé et les soins renforce l'idée d'une préoccupation économique pour le non-recours.

## **1.2. Vers une publicisation des corps**

Nous pouvons faire l'hypothèse que l'emploi de cette préoccupation de nature économique n'est pas sans effet. Elle vient modifier à la fois le regard porté sur l'individu concerné par ces situations de non-recours aux soins, mais également sur son corps.

### ***a) Intervenir sur « l'individu social »***

Le premier aspect concerne la représentation de l'individu, cible des interventions destinées à réduire le non-recours aux soins. Nous aurions pu analyser ces dernières comme une figure du renouveau de l'hygiénisme. Celui-ci était conçu principalement comme une démarche de civilisation orientée vers les populations pauvres dont il s'agissait de dresser les corps et les esprits (Bourdelaïs, 2001). Ce courant, fort au 18<sup>e</sup> et au 19<sup>e</sup> siècle, reprendrait vigueur dans nos sociétés, tout en se diffusant par d'autres moyens. Ce ne serait plus seulement les médecins qui entretiendraient l'hygiénisme, ce dernier se retrouvant dans différents dispositifs publiques (Fassin, 2001b). L'arrière-plan commun à l'ensemble des manifestations de ce courant est la forte empreinte morale.

Or, cette dimension ne se retrouve pas aussi fortement autour du non-recours aux soins. Les débats participant à l'émergence de ce dernier insistent plutôt sur la mise sous responsabilité des individus au nom d'impératifs collectifs, liés à la réduction des dépenses publiques de santé. Le rapport d'A. Flajolet nous en propose une nouvelle illustration. Il insiste sur l'importance de la diffusion d'une « culture républicaine » de gestion de sa santé par chacun (Flajolet, 2008 : 36). Elle serait basée sur la nécessité « de donner à chaque personne les moyens de prendre conscience de la valeur de son patrimoine santé afin qu'elle s'implique dans le développement et dans la gestion de sa santé, concrètement et collectivement pour obtenir un effet d'entraînement et une amélioration mesurable de l'état de santé dans la population » (Flajolet, 2008 : 50). En ces termes, A. Flajolet démontre bien que ce n'est pas, à travers ses comportements, l'individu en soi qui est visé, mais l'individu en tant qu'acteur collectif. Autrement dit, en reprenant la distinction établie par Pierre Rosanvallon à partir de son analyse des interventions de l'Etat-providence moderne, il s'agit moins de viser « l'individu moral » que « l'individu social ». Nous rejoignons son constat selon lequel « c'est de plus en plus en invoquant des impératifs collectifs que l'on entend maintenant régir le comportement des individus », c'est-à-dire que « c'est l'incidence sociale des comportements individuels qui est visée et non la rectification morale » (Rosanvallon, 1995 : 215).

### ***b) Une application du « modèle contractuel »***

Envisager les comportements individuels sous l'angle de leurs conséquences collectives, dans le domaine de la santé, induit un deuxième changement. Cela implique une transformation de la manière d'appréhender le corps des individus concernés. D'une relation privée à son corps, qui ne regarderait que l'individu, nous assistons au passage à une relation publicisée, voire politisée si nous reprenons les propos de D. Fassin et D. Memmi sur le « gouvernement des corps ». L'une des caractéristiques de ce dernier renvoie en effet à « l'immixtion des pouvoirs publics dans la relation privée de l'individu à son destin physique » (Fassin et Memmi, 2004 : 10). Le rapport que l'individu entretient avec sa santé, pouvant se traduire par l'absence et le défaut de soin préventif ou curatif, n'est plus une affaire privée mais bien collective. C'est en suivant cette conception, élargissant ce qui est du domaine du public par rapport à ce qui est du domaine du privé, que la société ou les pouvoirs publics ont un droit de regard et d'action sur ces comportements.

Cette observation est un élément supplémentaire qui nous permet d'analyser l'émergence du non-recours aux soins comme le reflet du « modèle contractuel ». Il s'agit de l'un des quatre modèles de prévention développés par J.P. Dozon (Dozon, 2001), les autres modèles étant le magico-religieux, celui de la contrainte profane et le modèle pastorien. Tout en insistant sur leur caractère non irréductible, l'auteur situe chacun d'entre eux dans un contexte et une temporalité spécifiques. Le modèle contractuel domine dans les « sociétés démocratiques avancées », typiques des civilisations occidentales contemporaines. Il est caractérisé par un fort appui sur les sciences biomédicales, au premier plan desquelles l'épidémiologie, ce qui nous rappelle les éléments observés dans le premier chapitre. Toutefois, en complément de ce mouvement d'objectivation, J.P. Dozon décrit également un mouvement de subjectivation. Le principe est que chaque individu accepte de devenir, suite à un travail pédagogique, un « patient sentinelle » constamment attentif à ses comportements de manière à les rendre les plus rationnels possibles. C'est de cette manière que J.P. Dozon analyse l'importance que les individus accordent de plus en plus aux régimes alimentaires. Et, ce qui nous intéresse plus directement ici, ce modèle repose sur une conception collective du corps et de la gestion, par chacun, des risques pour sa santé. J.P. Dozon décrit cette dimension collective en ces termes : « dans l'attention portée à soi, éclairée par les indications de la biomédecine, il y a bien davantage qu'un tête-à-tête du citoyen patient avec son corps et sa santé : il y a tout l'espace d'une acculturation qui fait que ce corps et cette santé ne lui appartiennent pas entièrement, qu'ils sont également choses collectives intéressant son employeur, sa caisse d'assurance et de retraites ou son fonds de pension, et, pour tout dire, son pays qui semble le vouloir vivant et alerte le plus longtemps possible » (Dozon, 2001 : 42). Les aspects caractéristiques de ce que l'anthropologue nomme le modèle contractuel de prévention rejoignent les préoccupations ayant participé à l'émergence de la problématique du non-recours aux soins. Si ce phénomène intéresse, il semble que ce soit autant pour ses répercussions individuelles que pour ses répercussions collectives, dans une philosophie du contrat entre chaque citoyen enjoint à prendre en charge sa santé de la meilleure manière possible.

### ***Conclusion 1.***

Ce faisant, nous pouvons resituer l'émergence du non-recours aux soins dans une dynamique affectant les sociétés contemporaines, dans lesquelles la santé et le corps sont

de plus en plus des enjeux et des objets d'interventions publiques. L'argument économique permet de comprendre pourquoi un intérêt est porté au type de consommation de soins, ou de non-consommation, dans un souci d'agir sur la demande de soins pour réduire les dépenses publiques de santé. De la sorte, la problématique du non-recours aux soins n'est pas isolée d'un contexte général où domine, en France, le modèle contractuel de prévention. Bien au contraire, elle en est une nouvelle application. Toutefois, il nous manque une caractéristique centrale pour que ce modèle puisse effectivement fonctionner. En effet, selon J.P. Dozon, ce modèle est défini comme contractuel dans le sens où il s'appuie sur la complémentarité entre « le droit à la santé dont seraient garants les pouvoirs publics et la recherche, et un devoir de santé auquel seraient tenus l'ensemble des citoyens », redéfinissant ainsi le « lien démocratique » (Dozon, 2001 : 41). Si nous avons évoqué dans le chapitre 2 la dimension relative au droit à la santé, il nous reste à évoquer dans cette dernière section l'autre versant, relatif au devoir de santé.

## **2. D'UN DROIT A UN DEVOIR DE SOINS**

Tout un chacun, comme nous venons de le voir, est invité à participer collectivement à l'équilibre financier du système de soins, en adoptant des comportements jugés « sains ». Après la défense d'un droit aux soins, nous assistons à une articulation entre droits et devoirs de soins, ces derniers étant entendus comme l'ensemble des obligations incombant au citoyen bénéficiant de droits. Nous allons développer ce point, avant de présenter en quoi les populations précaires sont davantage concernées par ces logiques que les autres populations.

### **2.1. L'articulation droits et devoirs de soins : des discours à son application**

Le constat de la diffusion de discours insistant sur l'articulation des droits et des devoirs dans le champ de la santé n'est pas nouveau. L'ouvrage de Claudine Herzlich et de Janine Pierret (1991), analysant sur une vingtaine d'années d'écart le statut du malade dans la société française est éclairant à ce sujet. Parmi les changements qu'elles observent, ces sociologues démontrent que la notion de droit à la santé est passée d'un « droit d'être malade » (et de bénéficier d'une offre de soins accessible à tous) à un « devoir d'être bien portant » (en suivant des habitudes de vie responsables). Peu à peu, elles constatent

l'émergence de discours sur les devoirs de santé, portés selon elles par le corps médical et les responsables administratifs et politiques, dans un souci préventif mais également économique. Ce que les auteurs nomment une « nouvelle éthique » repose sur le principe selon lequel « votre santé est votre affaire » et sur la figure d'un « usager responsable » et non « d'un malade passif » (Herzlich et Pierret, 1991 : 288), avec ce que cela entraîne comme risque d'ériger une morale culpabilisatrice<sup>222</sup>.

L'anticipation d'une intensification de la diffusion des devoirs de santé et de santé, que font C. Herzlich et J. Pierret en 1991, est confirmée par des observations actuelles. Un ensemble d'éléments viennent en témoigner. Dans le champ médical, nous pouvons citer la position du Conseil de l'ordre national des médecins (CNOM) lors des débats présidentiels de 2007. Parmi les trois thèmes composant son « Manifeste pour la qualité de la médecine », le CNOM revient sur la loi du 4 mars 2002<sup>223</sup>, donnant de nouveaux droits aux patients<sup>224</sup>, pour insister sur les devoirs attendus des patients envers la collectivité et les médecins. Il énonce que « les citoyens sont acteurs de leur santé, collectivement mais aussi individuellement, et les médecins ne sont pas de simples distributeurs de soins ou prestataires de services », demandant alors au patient d'être « sujet de sa santé »<sup>225</sup>. Un point de vue similaire se retrouve dans le champ universitaire, à travers les propos d'Anne Laude. Ce professeur de droit à l'Université Paris Descartes est également codirectrice de l'Institut Droit et santé<sup>226</sup>. Elle avance dans un entretien que « très logiquement, si le malade se voit reconnaître des droits, il est également tenu au respect d'un certain nombre d'obligations. [...] La responsabilité peut en second lieu se concevoir de manière plus

---

<sup>222</sup> Nous retrouvons la même précaution dans les propos de John M. Last : « le droit à la santé existe-t-il ? Les mouvements sociaux revendiquent le concept de santé comme un droit de l'homme, mais cette approche comporte plusieurs problèmes. S'il existe un droit à la santé, il doit nécessairement y avoir un devoir lié à ce droit ; à qui revient ce devoir ? La réponse pourrait être que ce devoir revient à l'individu pour qui la santé est le « droit » en question – mais cela encourage le *victim blaming* lorsque la santé est affaiblie » (Last, 1998 : 388). Traduction personnelle.

<sup>223</sup> A noter d'ailleurs à propos de cette loi qu'elle inclut, comme le rappelle Didier Tabuteau, l'article L1111-1 qui précise que « les droits reconnus aux usagers s'accompagnent des responsabilités de nature à garantir la pérennité du système de santé et des principes sur lesquels il repose ». D. Tabuteau, au cours d'un colloque intitulé « De l'observance à la gouvernance de sa santé » (Laude et Tabuteau, 2007), mettait en garde sur le recours possible à cet article pour accroître la responsabilité du patient et ainsi conditionner les remboursements des soins en fonction de l'observance des patients.

<sup>224</sup> Cette loi affirme par exemple le droit à l'accès direct au dossier médical, mais également le droit à la codécision entre patient et professionnels de santé. C'est ce dernier qui a été vu par le corps médical comme une attaque à leur exercice professionnel et une trop grande extension des droits des patients.

<sup>225</sup> Disponible sur : [http://bulletin.conseil-national.medecin.fr/article.php3?id\\_article=91](http://bulletin.conseil-national.medecin.fr/article.php3?id_article=91)

<sup>226</sup> L'Institut Droit et santé, hébergé dans l'Université Paris-Descartes, a été créé en 2006. Il est composé de chercheurs issus de différentes disciplines (droit, sociologie, médecine, économie...). Il a pour mission de « mener des réflexions juridiques dans le domaine du droit de la santé », assurant entre autres une veille juridique et des formations et publiant sur ces questions. L'Institut dispose également d'un « observatoire des droits et responsabilités des personnes en matière de santé ». Voir : <http://www.institutdroitsante.com>.

individuelle et signifier aussi que le patient a l'obligation, à l'instar de celle qui pèse sur le médecin, de respecter dans sa demande de soins [...] la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins, voire même qu'il a l'obligation de minimiser son dommage. A ce titre, pourrait peut-être s'en trouver renforcée l'obligation de collaboration [...] ou l'obligation d'observance des recommandations des professionnels de santé » (Laude, 2007).

L'extrait précédent avance quelques éléments de ce que pourraient recouvrir les « obligations » et « devoirs » en matière de soins. Pour le moment, ces derniers n'ont pas été beaucoup formalisés<sup>227</sup>, d'après D. Tabuteau. Dans un récent article sur « Santé et devoirs sociaux » (Tabuteau, 2009), il avance quelques uns des devoirs présents dans le code de la santé publique et le droit de la sécurité sociale. Il s'agit des devoirs de cotisation, de modération, de soumission dans l'intérêt de la collectivité ou encore de sujétion au médecin. Mais D. Tabuteau avance également une tendance au développement de nouveaux devoirs, pour les usagers du système de soins, qui visent à rééquilibrer les droits et les devoirs. Il développe tout particulièrement le « devoir d'économie et d'observance », né dans la continuité de l'article L.111-1-2-1 du Code de la Sécurité sociale et selon lequel « chacun contribue, pour sa part, au bon usage des ressources consacrées par la Nation à l'assurance maladie » (Tabuteau, 2009 : 50). Ce devoir se retrouve dans des dispositifs de manière explicite, comme dans ceux du médecin traitant et des affections de longue durée, et implicite, dans le développement des programmes d'aide à l'observance ou du *disease management*. Selon lui, nous n'en sommes qu'au début du développement diffus d'un devoir d'économie et d'observance, puisque ce dernier trouverait sa source dans l'amélioration des connaissances médicales mais surtout dans les contraintes pesant sur les dépenses publiques de santé. Il invite tout particulièrement les associations de défense des usagers du système de santé à être vigilantes vis-à-vis de ce qui pourrait conduire à « l'apparition d'un véritable principe de « remboursement conditionnel par l'assurance maladie ». Derrière la notion de « capital santé » et l'invocation de la responsabilité individuelle pour préserver ce capital, pourrait se profiler la tentation de différencier la prise en charge des dépenses de santé en fonction des

---

<sup>227</sup> Il est d'ailleurs intéressant sur ce point d'évoquer l'appel à candidatures pour un doctorat ou un post doctorat en sciences humaines et sociales, économie, droit, éthique et santé publique, lancé par la CNAMTS en 2008. L'un des cinq thèmes était intitulé « les droits et devoirs de l'individu face à sa santé ». Il y était noté que « L'Assurance maladie s'intéresse également, et de façon plus prospective, aux actions visant à équilibrer les droits octroyés au malade avec des responsabilités et des devoirs, qu'il s'agisse d'actions de promotion et d'éducation à la santé ou, plus prosaïquement, de mesures de prise en charge et de remboursement des soins visant à mettre à contribution le malade citoyen ». Cet appel à candidatures n'a pas été concrétisé, faute de candidats.

comportements des assurés. Au-delà de la consultation annuelle chez le dentiste comme condition d'une amélioration du remboursement des soins dentaires, de très nombreux volets des assurances santé, obligatoires ou complémentaires, pourraient, dans une telle logique, dépendre du respect de clauses imposant des bilans réguliers, des actions de prévention et de dépistage, mais aussi le suivi de régimes alimentaires ou la participation à des activités sportives » (Tabuteau, 2009 : 51). Il poursuit en indiquant que l'introduction de ce principe « signerait une dérive inacceptable, tant pour des raisons éthiques que de santé publique, puisqu'elle conduirait inévitablement au renforcement des inégalités sociales face à la santé [...], pénaliserait vraisemblablement les catégories les plus défavorisées et s'accompagnerait de retards accrus dans l'accès aux soins, et plus encore à la prévention, pour ces populations » (Tabuteau, 2009 : 51-52).

Un texte, que D. Tabuteau n'a pas cité, permet de mieux comprendre ce que pourraient recouvrir les devoirs de soins. Il concerne les bénéficiaires de la CMU-C. Ces derniers se distinguent des autres populations dans le sens où, depuis peu, la voie légale vient définir leurs devoirs vis-à-vis des soins.

Repartons pour cela du rapport public de J.F. Chadelat, remis le 30 novembre 2006 au ministre de la santé et des solidarités de l'époque, X. Bertrand. Il portait sur les refus de soins dont seraient victimes les bénéficiaires de la CMU-C et de l'AME. Le contenu de ce rapport associe aux constats un ensemble de propositions destinées à résoudre les difficultés posées par les refus de soins, en mobilisant les organismes de l'Assurance maladie, les associations ou encore les professionnels de santé. Les bénéficiaires de la CMU-C ne sont pas oubliés puisque l'avant-dernière des 13 propositions les concerne directement. C'est celle-ci qui nous intéresse. D'après l'auteur du rapport, elle part des protestations régulières, de la part des professionnels de santé, à l'égard des comportements des bénéficiaires de la CMU-C. Ces protestations reposent sur le « train de vie [de ces bénéficiaires] incompatible avec les conditions de ressources » mais aussi leurs « comportements spécifiques » qu'il qualifie « d'incivilité face aux soins » (Chadelat, 2006 : 20). Prenant en compte ces plaintes, et soucieux de trouver un « parallèle pour les bénéficiaires de la CMU » à l'action sur les professionnels de santé, J.F. Chadelat avance l'idée de « mettre au point une fiche simple et courte leur indiquant leurs droits et leurs devoirs ». Plus précisément, elle « exposerait le droit à la gratuité des soins, à la dispense d'avance des frais, à l'interdiction du refus de soins avec un téléphone vert à contacter, etc. Parallèlement seraient rappelés les devoirs de ne pas se considérer comme prioritaire,



de suivre les traitements jusqu'au bout, de respecter les rendez-vous, le parcours de soins, etc. » (Chadelat, 2006 : 20). A la même page, la proposition 12 synthétise cette idée en préconisant de « remettre à tous les bénéficiaires de la CMU une fiche simple et courte leur indiquant leurs droits et la manière de les faire respecter, mais leur indiquant également leurs devoirs ». L'articulation entre les droits et les devoirs en matière de soins, entendue comme un moyen de réduire les refus de soins, est ainsi explicite dans les propositions du rapport de J.F. Chadelat.

Cette logique prendra forme dans la circulaire CIR-33/2008 de la CNAMTS, signée par le directeur général de l'Assurance maladie le 30 juin 2008 et diffusée *via* le numéro 29 de la *Lettre d'information aux médecins*. La circulaire a pour objet « la prise en charge des réclamations et plaintes formulées par les bénéficiaires de la CMU complémentaire ou par les professionnels de santé »<sup>228</sup>, afin d'éviter les refus de soins. Elle permet, d'une part, la prise en compte des plaintes de patients s'étant vu refuser des soins du fait du bénéfice de la CMU-C. La circulaire rappelle en effet que ces pratiques de la part des professionnels sont contraires à la déontologie médicale et à de nombreux codes, et à ce titre passibles de sanctions. Face à cela, les personnes qui pensent avoir été victimes d'un refus de soins peuvent saisir un conciliateur de l'Assurance maladie. Il est prévu que, lorsque le refus de soins est avéré, le conciliateur demande au directeur de la caisse d'Assurance maladie de saisir le conseil départemental de l'ordre des médecins. Mais, d'autre part, la circulaire donne également la possibilité aux professionnels de santé de porter plainte auprès du conciliateur contre les patients bénéficiant de la CMU-C lorsque ceux-ci ne respectent pas leurs devoirs. Cette possibilité est justifiée en ce qu'elle permettrait « d'éradiquer les facteurs potentiellement générateurs de refus de soins ». Les motifs de dépôt d'une plainte par les professionnels de santé, qui sont énumérés, sont les suivants : « les rendez-vous manqués et non annulés », « les retards injustifiés aux rendez-vous » ou encore « les traitements non suivis ou interrompus » ou encore « les exigences exorbitantes ». Nous voyons ainsi que certains de ces « griefs admissibles » recourent des comportements pouvant approcher le non-recours aux soins, dans une définition large. Dans tous les cas, elle permet d'entrevoir davantage ce qui est entendu à travers la notion de devoirs de soins. Elle intègre tout ce qui est contraire au rôle social du « bon » malade, ce dernier ayant fait l'objet d'une conceptualisation par le sociologue fonctionnaliste Talcott Parsons (1951). Ce dernier partait du principe que le médecin comme le malade luttent tous deux

---

<sup>228</sup> Circulaire de la CNAMTS CIR-33/2008 du 30 juin 2008 relative à la prise en charge des réclamations et plaintes formulées par les bénéficiaires de la CMU complémentaire ou par les professionnels de santé.

contre la maladie, cette « déviance » à laquelle il faut nécessairement répondre. Dès lors, dans cet objectif, le malade doit respecter des normes de comportement comme solliciter en priorité un médecin en cas de troubles et coopérer avec ce professionnel – ou plutôt lui obéir puisque T. Parsons conçoit la relation médecin-malade comme étant asymétrique et fondée sur l'autorité médicale. Nous retrouvons ici la définition du rôle du malade se devant de prendre en charge sa santé, avec ses caractéristiques mais également ses limites. En effet, comme C. Herzlich le commente, « l'individu malade n'accepte pas toujours ce rôle qu'on veut lui imposer, il le refuse parfois et se fait, en quelque sorte, déviant dans sa déviance. Ce sont les « malades difficiles » qui ne se conforment pas aux anticipations du médecin, de l'entourage, de la société » (Herzlich, 1969 : 21).

La circulaire de la CNAMTS représente le document dans lequel l'articulation entre les droits et les devoirs est clairement présentée comme inséparable et dans lequel les devoirs des patients sont énumérés de manière concrète. Elle témoigne de la diffusion de l'idée selon laquelle chaque individu a des obligations quant à la prise en charge de sa santé, en faisant un usage « efficient » du système de soins puisqu'une part des dépenses de santé sont prises en charge par la collectivité. Toutefois, elle démontre que chaque individu n'est pas placé sur un pied d'égalité face à ces devoirs. En l'occurrence ce n'est qu'au sujet des personnes ayant la CMU-C que ce type de contrat est formalisé. Nous pouvons faire l'hypothèse que cela s'explique parce qu'elles sont considérées comme ayant les comportements les plus déviants à l'égard du système de soins, mais également parce qu'elles bénéficient d'une prestation sociale financée par la collectivité qui est, à cet égard, de plus en plus conditionnée par l'exigence de contreparties.

## **2.2. La diffusion d'une logique de contreparties dans le champ des politiques de santé**

La circulaire de la CNAMTS, en matière juridique, n'est pas du droit et n'a aucune valeur devant un juge. De plus, pour le moment, les demandes de conciliation ne sont pas nombreuses, qu'elles soient formulées par les patients ou par les professionnels de santé (CISS/FNATH/UNAF, 2009). En ce qui concerne ces derniers, la possibilité qui leur est laissée de porter plainte nous paraît plutôt de l'ordre du politique. Elle semble destinée à

répondre aux demandes d'une partie de ces professionnels<sup>229</sup> qui se sont perçus comme « stigmatisés » lors des débats publics sur les refus de soins et qui voulaient démontrer une responsabilité partagée avec les bénéficiaires de la CMU. A titre d'exemple, la Confédération des syndicats de médecins français (CSMF) avait proposé en 2007 un « Pacte social » au ministre de la santé et des solidarités ainsi qu'au directeur de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM). Ce pacte se déclinait en sept points dont « la lutte contre les rendez-vous non honorés » et des « mesures spécifiques pour les CMUistes en voie de marginalisation »<sup>230</sup>. La mise en place de cette circulaire peut ainsi être interprétée comme un moyen de tenir compte des positions d'une partie des professionnels de santé sur les refus de soins. Toutefois, au-delà de son application, c'est l'existence même de cette circulaire qui retient notre attention.

En effet, elle permet de comprendre une autre raison de l'émergence du non-recours aux soins des populations précaires. Si ce sont ces dernières qui sont au centre des préoccupations, c'est parce qu'il leur est demandé de plus en plus de respecter des contreparties individuelles aux droits et prestations sociales dont elles « bénéficient ». Les contreparties se définissent comme « l'ensemble des mesures d'aide qui comportent des conditions, par opposition à des aides ou des prestations attribuées de manière inconditionnelle » (Dufour, Boismenu et Noël, 2003 : 12). Les débats sur les contreparties ont eu lieu dans le domaine des politiques d'insertion, bien que l'histoire de la protection sociale en démontre un intérêt irrégulier mais présent de longue date (Borgetto, 2009). Selon Diane Roman, la nature même des droits sociaux en serait la cause : « un tel mouvement s'explique sur le plan théorique par le principe de solidarité selon lequel, dès lors que le coût des droits sociaux est mutualisé, il est quasiment inévitable que la société s'intéresse à la façon dont ces droits sont exercés » (Roman, 2009 : 3).

L'instauration du dispositif du RMI en 1988 est considérée comme l'étape marquant le principal développement de la contrepartie. Ainsi que le rappelle R. Lafore, « escamotés dans les constructions juridiques de l'ayant droit et du bénéficiaire, comme plus largement

---

<sup>229</sup> Tout comme lors des débats sur l'existence de refus de soins, les professionnels de santé ont été très divisés sur l'initiative de la CNAMTS. Le COMEGAS a par exemple réagi contre cette circulaire et la possibilité laissée aux professionnels de santé de porter plainte contre les bénéficiaires de la CMU-C. Il a notamment saisi la HALDE, dénonçant le caractère « discriminatoire » de cette circulaire, basée sur des « préjugés idéologiques et malsains » et allant dans le sens contraire d'une « politique de santé publique réduisant réellement les nombreuses inégalités sociales de santé ». Voir le communiqué du COMEGAS du 21 août 2008 sur <http://leblogducomegas.blogspot.com/>.

<sup>230</sup> Le médecin de France. Journal de la CSMF, « Un pacte social pour les patients en CMU », n°1077, 29 décembre 2006 : 23.

dans celle de l'usager du service public, les « droits » et les « devoirs » sociaux qui fondent tout système de redistribution vont progressivement réapparaître dans le champ de la protection sociale. Ils commencent à s'imposer de façon spectaculaire dans les débats qui conduisent à l'institution du RMI par la loi du 1<sup>er</sup> décembre 1988 » (Lafore, 2009 : 35-36). Cette prestation est en effet assortie de conditions qui ont certes été introduites au départ dans une optique pédagogique et non de contreparties, telles que la signature d'un contrat d'insertion, mais qui le sont devenues petit à petit (Duvoux, 2007). Ainsi le bénéficiaire du RMI doit signer un contrat d'insertion qui, individualisé, peut par exemple intégrer des actions de santé (éducation à la santé, sport, passation d'un examen périodique de santé dans les centres d'examen de santé...). Depuis lors, la demande de contreparties dans le champ de l'insertion s'est traduite en France dans différents dispositifs, le plus récent étant le Revenu de solidarité active (RSA) introduit en 2009. A un degré différent du *workfare*<sup>231</sup> à l'œuvre dans les pays anglo-saxons, le texte de loi définissant le RSA introduit bien la notion même de devoirs en échange des droits – notamment l'obligation, pour le bénéficiaire, de rechercher un emploi, d'entreprendre des démarches en vue de son insertion sociale ou professionnelle et d'en faire la démonstration.

Ces demandes de contrepartie s'étendent progressivement dans le champ de l'insertion économique, tout en se diffusant également à d'autres champs : politiques de santé, politiques d'immigration, politiques familiales<sup>232</sup>. Question qui « mérite plus que jamais de retenir l'attention », elle « contribue à irriguer voire à renouveler des pans entiers de notre système global de protection (Borgetto, 2009 : 4). Ce processus, aussi divers soit-il, répond à différents objectifs. L'analyse de leurs fondements ne se résume pas à une lecture uniquement en termes de contraintes. Marc-Henry Soulet rappelle bien que « l'échange d'activité contre les prestations ne doit en effet pas être lu comme l'application du principe de la carotte et du bâton » (Soulet, 2005). Trois aspects motivent les demandes de participation croissante des individus disposant de droits, selon Pascale Dufour, Gérard Boismenu et Alain Noël (2003). La première est d'ordre économique. La contrepartie prend le sens ici d'un meilleur contrôle des droits financés par la collectivité.

---

<sup>231</sup> Le *workfare* correspond initialement à l'obligation faite aux bénéficiaires des prestations chômage de travailler, dans le sens d'un « remboursement par le travail de l'aide offerte par la collectivité ». Il est à distinguer du *welfare to work*, plutôt mis en œuvre en France, qui lui repose sur « une activation des politiques sociales en vue de replacer les individus sur le marché du travail » (Périer, 2008 : 175-176). Une autre distinction courante est entre le *hard workfare* et le *soft workfare* selon le degré d'obligation auquel est soumis le bénéficiaire d'une aide sociale (Willmann, 2007).

<sup>232</sup> Pour ces deux derniers exemples, voir respectivement les articles de Danièle Lochak et M. Chauvière paru en 2009 dans le numéro 1, très complet, de la *Revue de droit sanitaire et social* consacré aux « Devoirs sociaux ».

La circulaire de la CNAMTS pourrait être analysée de cette manière. Dans un contexte de contraintes budgétaires, elle apparaît dans un objectif de contrôle de l'usage fait d'une prestation telle que la CMU-C, de manière à accroître son utilité et son efficacité. En échange, le bénéficiaire doit prouver qu'il mérite bien cette prestation en prenant en charge sa santé le « mieux » possible et en participant ainsi à l'équilibre des dépenses publiques de santé. Une notion décrivant cette philosophie est celle de « l'activation » des dépenses passives, sous-tendant la majeure partie des demandes de contreparties. L'activation s'articule également avec une deuxième raison motivant le développement de devoirs. Cette autre raison vise à lutter contre la pauvreté et ce qui est appelé plus communément la « trappe à pauvreté » ou « à inactivité ». Les aides et prestations sociales sont jugées sur leurs effets pervers : l'individu qui ferait un calcul entre le revenu issu d'un emploi et celui issu des aides sociales verrait la perte économique à reprendre un emploi et serait alors enfermé dans une pauvreté sans fin car entretenu par l'assistanat. L'activation des dépenses passives se comprend ici davantage dans le sens d'une activation des bénéficiaires, incités à se remettre dans une dynamique d'insertion socioprofessionnelle. Enfin, la dernière explication de ces demandes croissantes de contrepartie comprend les positions de ceux qui veulent laisser plus de place aux bénéficiaires, afin de satisfaire un besoin de « reconnaissance » et restaurer leur « dignité » (Berthet et Glasman, 2005).

La question du mérite est au centre de chacune de ces explications, question d'autant plus importante qu'elle induit un renversement de la dette (Duvoux, 2007). Ce n'est plus aux pouvoirs publics, ou à la collectivité, de prouver sa solidarité vis-à-vis de la personne vulnérable. Au contraire, c'est cette dernière qui, recevant une aide ou une prestation financée par la collectivité, doit démontrer qu'elle mérite cette aide et qu'elle fait tout pour s'en sortir de manière autonome et responsable<sup>233</sup>. Dans le champ de la santé, ce mérite se traduirait par la nécessité de respecter certaines normes de soins et, plus généralement, de santé (gestion responsable de son capital santé, attention continue à son corps, démarche volontaire de prévention, etc.) dès lors que l'on bénéficie d'une aide de la collectivité.

---

<sup>233</sup> A nouveau, les débats sur le RSA illustrent particulièrement ces changements. Dans une critique de ce dispositif, Jacques Rigaudiat constate qu'« il ne s'agit donc plus comme avec le RMI d'équilibre entre les droits et les devoirs réciproques. Il s'agit bien d'obligations auxquelles les pauvres sont soumis, dès lors du moins qu'ils prétendent bénéficier du RSA » (Rigaudiat, 2009 : 316). Derrière le langage moderniste prônant la responsabilité et l'autonomie individuelle, il voit dans le RSA un retour d'anciens principes de gestion des pauvres, reposant sur la volonté de les éduquer moralement et de les aider à transformer leurs comportements en échange des secours de la collectivité.

### **Conclusion du chapitre 3**

Les interventions destinées à réduire le non-recours aux soins, en ciblant sur les populations à « risque » se comprend ainsi comme une solution pour faire face à la croissance des dépenses publiques de santé. C'est le surcoût de ces situations qui retient l'attention ici, à l'échelle collective, et non plus seulement les conséquences sanitaires, à l'échelle individuelle. Dès lors, la relation de l'individu à son corps et à sa santé n'est plus une relation privée, mais se publicise. Tout un chacun, en sa qualité de citoyen, est invité à se responsabiliser, à gérer sa santé en tant que « capital » individuel et collectif en évitant des comportements économiquement défavorables. Le mouvement de subjectivation, observable dans les politiques sociales, se retrouve ici sous la forme d'une invitation à ce que chacun soit acteur de sa santé de manière appropriée, réfléchie et rationnelle.

Ce « modèle contractuel » concerne certes chaque individu. Toutefois, nous avons vu que les discours s'orientaient plutôt vers une population particulière, les populations précaires, bénéficiaires des prestations sociales. Elles sont au centre des regards parce que leur état de santé est plus dégradé que la population générale. Elles le sont également parce que, en contrepartie des prestations et aides sociales, elles doivent respecter un ensemble de devoirs : des devoirs d'insertion professionnelle, de bonne gestion familiale et maintenant des devoirs de soins. Lorsque ces derniers sont définis, il est flagrant qu'ils s'opposent à la conception d'individus passifs vis-à-vis de leur santé et ainsi à ce que le « non-recours » aux soins véhicule comme représentation.

Ainsi, c'est un autre appel au citoyen qui se dessine : ce n'est plus au citoyen porteur de droits, mais plutôt au citoyen porteur de droits *et* de devoirs.

## Conclusion de la partie

Cette partie a exposé les raisons de l'émergence du non-recours dans le domaine du soin et de sa construction en tant que « problème ». Un ensemble d'acteurs hétérogènes a pris part à ce processus, acteurs appartenant aux champs de la santé publique, associatif, scientifique et politique. Toutefois, si les regards et discours portés sur le non-recours aux soins peuvent être très disparates selon la position de ces acteurs, ils se retrouvent autour d'un aspect commun. Il s'agit de considérer le non-recours comme un problème de santé publique, c'est-à-dire comme un « risque » pour la santé de celui qui met en œuvre ces comportements. Ainsi se dessine la figure d'un individu qui serait « souffrant » ou « vulnérable », et ce d'autant plus lorsqu'il est en situation de précarité. Dans un contexte où la sanitarisation du social s'étend à travers de multiples manifestations (Pelchat, Gagnon et Thomassin, 2006), et où la santé a accédé au statut de « bien en soi » (Dodier, 2003), cette dimension explique le caractère inacceptable des inégalités face au « risque » de non-recours aux soins et, plus généralement, des inégalités de santé qui lui seraient liées<sup>234</sup>. Ce faisant, les recommandations et les interventions destinées à favoriser l'accessibilité primaire aux soins des populations jusque-là « éloignées du système de santé » font l'objet d'un consensus. Elles sont d'autant plus consensuelles qu'elles évacuent des problèmes aussi importants mais peu étudiés, relatifs à la qualité des soins et aux inégalités créées une fois réalisée l'entrée dans le système de soins (Pascal, Abbey-Huguenin et Lombrail, 2006).

Après cet aspect commun et consensuel, les chapitres suivants ont soulevé une opposition traversant les sources orales et écrites analysées. L'opposition renvoie à deux conceptions de l'individu comme citoyen. D'une part, l'ineffectivité de ses droits sociaux, dont le droit aux soins, est représentée comme le symbole de son exclusion par la société et comme une caractéristique de sa situation précaire. Cette ineffectivité serait due au fonctionnement du système de soins ou aux inégales capacités des individus. Quelle qu'en soit la raison, la position des acteurs défendant ce point de vue est de faire appel à la responsabilité de l'Etat et de la collectivité. D'autre part, les comportements de non-recours sont envisagés dans leurs conséquences individuelles mais également collectives, en considérant les potentiels surcoûts sur le long terme. Les individus sont appelés à adopter des usages plus « performants » du système de soins et des comportements de protection

---

<sup>234</sup> L'inégalité touchant à la maladie et à la mort est considérée comme l'une des moins acceptables par les Français (Boisselot, 2006).

de leur santé. En ce sens, après la rhétorique des droits, c'est la rhétorique des devoirs du citoyen qui prend le pas. Pour les populations précaires, disposant de prestations sociales telles que la CMU-C, les devoirs de soins sont présentés comme une forme de contrepartie.

Plus fondamentalement, cette articulation entre droits aux soins et devoirs de soins repose sur un principe de responsabilisation des individus. Ils sont incités à participer à la préservation de leur « capital santé », à être les acteurs principaux de leur santé, que ce soit sous la forme d'injonctions ou d'accompagnements destinés à restaurer leurs capacités. La notion de « non-recours » aux soins, en renvoyant à première vue aux causes individuelles et en véhiculant la représentation d'individus passifs face à leur santé, s'oppose directement à cette conception des sujets actifs et responsables de leur santé. Pour y remédier, l'individu est placé au centre des interventions. Cela peut se décliner par les objectifs de « donner à chaque personne les moyens de prendre conscience de la valeur de son patrimoine santé » ou par des volontés de modifier les identités d'individus qui ont « ce sentiment d'appartenance à la communauté de ceux qui ne fréquentent pas le système de santé et font preuve d'un esprit fort, insubordonné à la science et aux recommandations sanitaires » (Flajolet, 2008 : 38). C'est vers cet individu que nous allons à présent nous tourner.





## **DEUXIEME PARTIE**

### **Une analyse du non-recours aux soins par le système de soins et le rapport à l'offre de soins**

## Introduction

Si, au milieu des années 1990, le non-recours aux droits sociaux pouvait être présenté en France comme « un vrai problème, [disposant d'] un intérêt limité », tel que le titrait Antoine Math (Math, 1996b), il n'en est pas de même une décennie plus tard. Des préoccupations envers ces situations, certes jugées insuffisantes par plusieurs acteurs (ONPES, 2008 ; Seillier, 2008), se font entendre dans le débat public, de même que des appels à projets de recherche intègrent ce thème<sup>235</sup>. Comme observée pour d'autres problèmes publics, cette émergence façonne une représentation particulière du fait social devenu problématique et appelé à être résolu. Dans le domaine des soins, nous avons présenté comment le non-recours avait été construit autour d'une figure sociale précise, celle des populations qualifiées de précaires et définies par leurs manques (déficit dans les capacités à prendre en charge leur santé, dans l'exercice de leurs droits et de leurs devoirs sociaux). Les différentes sources écrites et orales que nous avons analysées participent d'une forme d'expertise de la question du non-recours aux soins des populations précaires. Plusieurs facteurs explicatifs y sont ainsi avancés, partant notamment de travaux statistiques et épidémiologiques, mais également de représentations communes de ce qui caractériseraient les populations exclues.

Toutefois, rare est la prise en compte du point de vue des populations et individus dont il est question à travers le non-recours aux soins. Partant de ce constat, nous allons étudier les déterminants du non-recours aux soins à partir de ce que, précisément, en disent ces individus, de la manière dont ils perçoivent et se représentent ce phénomène. Les entretiens sociologiques réalisés dans les différents terrains d'enquête formeront le matériau principal de cette partie et de la suivante. Cela ne veut pas pour autant dire que nous envisagerons uniquement les déterminants individuels du non-recours. Les analyses de ce phénomène nous rappellent en effet, si besoin en était, que le non-recours est le résultat de causes liées à l'individu, mais également à l'organisme et aux dispositifs délivrant des prestations sociales ou des services<sup>236</sup>. Par ailleurs, plusieurs études empiriques ont pointé un ensemble de facteurs liés aux institutions, depuis les règles de droit et les dispositifs procéduraux conditionnant l'accès effectif aux droits, leur mode

---

<sup>235</sup> Voir l'appel à projets 2006 de la DREES/MiRe intitulé « Migrations et protection sociale » ; l'appel à projets 2007 de la Mission de recherche Droit et Justice intitulé « Le non-recours à la justice » ; l'appel à projets 2009 de l'Institut de recherche en santé publique (IReSP) intitulé « Services de santé – politiques publiques et santé ».

<sup>236</sup> Un tableau de l'ODENORE synthétisant les causes de non-recours à ces trois niveaux est reproduit en annexe.

d'organisation et de fonctionnement, jusqu'aux pratiques des agents travaillant dans ces situations (Sayn, 2007 ; Siblot, 2003).

Ces recherches nous invitent à comprendre en quoi le rapport de l'individu au système de soins est influencé par des éléments caractérisant l'offre de soins. Autrement dit, il s'agit de porter attention à ces dimensions contextuelles et, également, à la manière dont les individus les interprètent et les vivent. Notre fil rouge sera dans cette partie celui de « l'expérience » de tels rapports au système de soins, qu'elle soit vécue directement par les individus ou rapportées par des proches. Précisons tout de suite que nous ne nous inscrivons pas dans l'approche de « l'expérience sociale » développée par François Dubet (1994). Sa démarche générale s'attache à articuler les dimensions subjectives (l'acteur) et objectives (le système) présentes dans chaque action. Elle s'inscrit dans le cadre d'une sociologie de l'action soucieuse de ne pas comprendre les conduites individuelles comme seulement rationnelles ni comme totalement déterminées, mais de déclinier les différentes logiques d'action qui les organisent. Elle repose également sur un principe d'intervention sociologique selon lequel les individus sont « des experts de leur propre expérience » (Dubet, 2007 : 106). En cela, nous pourrions nous sentir proche de cette démarche. Pour autant, F. Dubet distingue son analyse d'une signification de l'expérience qui « évoque le vécu, le flux des émotions, des sentiments et des idées » – que nous privilégions ici – pour appréhender celle « qui désigne des techniques de mesure, de vérification et de résolution des problèmes » (Dubet, 2007 : 104). Par ce biais, il propose de réfléchir à la manière dont les acteurs se construisent et agissent dans un système social donné et, au-delà, il pose la question de ce qui fait société. Selon lui, « c'est pour cette raison que l'analyse de l'expérience sociale est utile, non pour décrire le « vécu » des individus, mais pour comprendre comment se produisent nos façons de vivre ensemble, malgré tout » (Dubet, 2007 : 110). Ces objectifs dépassent notre cadre d'analyse, ce qui explique pourquoi nous n'avons pas retenu cette approche de l'expérience sociale.

Les facteurs institutionnels et contextuels, relatifs à l'offre de soins, sont multiformes comme le suggère le « modèle des déterminants sociaux de la santé et du recours aux soins » reproduit dans notre première partie. L'analyse gagne en clarté si elle est scindée en différentes dimensions. Pour cela, nous avons choisi de retenir trois aspects qui nous ont semblé, à la lecture des entretiens, primordiaux sur l'accès et le recours aux soins. Le premier chapitre analysera le rôle des contraintes financières sur le non-recours aux soins. Nous l'aborderons par le biais des différents mécanismes de mise à contribution des

patients, ainsi que par la part croissante des complémentaires santé dans le financement des dépenses de soins. Etre couvert par une complémentaire étant l'un des facteurs déterminants dans la consommation de soins, nous approfondirons dans ce chapitre l'absence de complémentaire. Le chapitre suivant sera consacré à l'analyse de la composition géographique de l'offre de soins et à sa réelle accessibilité. A travers ce thème, nous verrons aussi bien les problèmes liés à la répartition géographique de l'offre de soins et aux problèmes de mobilité des populations précaires, que les questions des refus de soins observables sur certains territoires. Enfin, le troisième chapitre traitera des conditions symboliques de l'accès aux soins. Par ces termes, nous verrons ce qui relève de la confiance ou de la méfiance que l'individu a vis-à-vis du système de soins et des professionnels évoluant dans ce champ. Nous ferons l'hypothèse que le niveau de confiance est déterminé par l'organisation et le fonctionnement du système de soins, mais surtout par la relation thérapeutique entre le médecin et le patient. Les formes, les conditions et les origines de cette confiance – ou de son absence – seront abordées pour décrire ce qui est revenu dans les entretiens comme un déterminant du non-recours aux soins.

# CHAPITRE 1

## NON-RECOURS AUX SOINS ET ACCESSIBILITE FINANCIERE DU SYSTEME DE SOINS

---

L'analyse des inégalités dans la consommation de soins, en fonction de la catégorie sociale, prend souvent comme point de départ les théories de l'économie de la santé. En ce sens, il s'agit d'observer la rencontre entre une offre de soins et une demande de soins. Dans un souci de justice sociale et d'équité du système de soins, l'individu en position de demandeur de soins doit être en capacité de payer la part des soins non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. Les économistes de la santé réfléchissent par exemple sur la manière d'allouer les biens de soins et sur ce que serait un plafond « juste » de remboursement des soins, sans que cela fasse renoncer les populations pauvres ni n'entraîne « d'aléa moral »<sup>237</sup> (Rameix, 1997). Autrement dit, dans cette approche, le coût des soins en vigueur dans un système de soins donné est le déterminant majeur de la consommation de soins. Un récent article de Florence Jusot et Jérôme Wittwer indique bien que « si la décision prise par un individu de se soigner est avant tout motivée par ses problèmes de santé perçus, cette décision est également un choix économique contraint par le revenu disponible de l'individu et les prix auxquels il fait face » (Jusot et Wittwer, 2009 : 103). Les conclusions de plusieurs enquêtes statistiques sur le non-recours aux soins, menées à l'échelle nationale ou locale<sup>238</sup>, semblent donner raison au facteur financier. Par ailleurs, nous avons vu dans la première partie comment les acteurs participant à l'émergence du non-recours aux soins mettaient en avant les « barrières » financières à l'accès aux soins pour appuyer leur discours.

Le facteur financier apparaît ainsi central pour expliquer les phénomènes de non-recours aux soins des populations précaires. Pour cette raison, il nous semble pertinent de débiter l'analyse par cette entrée, et ce de surcroît dans un contexte de réformes du

---

<sup>237</sup> « L'aléa moral », également connu sous le terme de « hasard moral » est une notion propre aux théories de l'assurance. Partant du principe que les besoins subjectifs de soins sont illimités, un système d'assurance qui couvrirait la majeure partie des risques et qui rembourserait les principales prestations entraînerait des dépenses croissantes. En effet, les individus ne seraient alors pas incités à éviter la prise de risque pour leur santé et à modérer leurs dépenses de santé. B. Palier voit dans cette notion le fondement des réformes du système de santé introduisant davantage de participation financière de la part des patients (Palier, 2008).

<sup>238</sup> Par exemple, l'enquête de l'ODENORE sur les données recueillies au Centre d'accueil, de soins et d'orientation de Médecin du monde Grenoble concluait que « les obstacles à l'accès et à la continuité des soins sont avant tout financiers » (ODENORE, 2004).

système de soins allant vers une diversification et une augmentation des charges financières incombant aux patients. Nous pouvons alors nous demander si l'introduction progressive des différentes mesures de mise à contribution financière des patients a des conséquences sur les comportements de non-recours. Jusque-là, rares sont les travaux évaluant l'impact de ces mesures sur les comportements des patients, à l'instar de l'expérience de la RAND menée outre-atlantique<sup>239</sup>.

Nous porterons tout d'abord notre regard sur la nature des renoncements aux soins pour raisons financières. Il sera nécessaire d'analyser sur quels types de soins portent les renoncements déclarés dans les entretiens et s'ils se traduisent par des reports ou des abandons de soins. Nous verrons, par l'intermédiaire de notre démarche qualitative, le vécu de ces renoncements (section 1). Nous décrirons par la suite les causes de ces renoncements. Deux axes sont particulièrement ressortis. Le premier a trait au budget général des individus et à la part disponible pour financer les soins de santé et le second au rôle de la complémentaire santé et plus encore aux conséquences de son absence (section 2).

---

<sup>239</sup> L'expérience de la RAND Corporation, commandée par le gouvernement fédéral américain en 1974, est connue pour être la seule enquête de grande ampleur interrogeant l'impact d'une contribution financière des patients sur les dépenses de soins et leur état de santé. Elle démontre qu'une augmentation de cette contribution, même minime, entraîne une baisse de la consommation de soins utiles par les personnes les plus modestes et, sur le moyen et long terme, une dégradation de leur état de santé (Newhouse, 1993).

## **1. LES DIFFERENTES DIMENSIONS DU RENONCEMENT AUX SOINS POUR RAISONS FINANCIERES**

Nous avons vu, dans la première partie, que la variable de renoncement aux soins est la plus souvent employée pour approcher et mesurer les phénomènes de non-recours. Ses biais subjectifs n'ont pas empêché son usage depuis longtemps dans plusieurs enquêtes ; pour notre part, pour ce motif précis, nous parlerons de renoncements *rapportés, déclarés* ou *mentionnés* par les personnes. L'utilité de cette variable est évidente pour nous : les questions posées à ce sujet dans les entretiens permettent de pointer deux des aspects sur lesquels nous allons nous concentrer. D'une part, elle éclaire les formes et les causes des contraintes financières à l'accès aux soins. D'autre part, dans une approche compréhensive, elle donne accès aux différents ressentis de ces situations par les individus qui se passent ainsi de soins.

### **1.1. La concentration des renoncements sur les soins de spécialistes**

La variable de renoncement aux soins est couramment utilisée dans le débat public sans être spécifiée, les soins dont il est question n'étant pas précisés. Or, renoncer à consulter un médecin généraliste, un médecin spécialiste ou à acheter les traitements pharmaceutiques sont des comportements guidés par des logiques hétérogènes. Notamment, ils ne renvoient pas aux mêmes modalités d'accès, concernant leur répartition géographique ou leur niveau de remboursement par l'Assurance maladie et les complémentaires santé. Les mécanismes financiers à l'œuvre pour faire contribuer les patients se sont diversifiés, allant des dépassements d'honoraires jusqu'aux franchises. Ils diffèrent par exemple selon qu'il s'agit des soins hospitaliers (forfait journalier), des médicaments (déremboursements partiels selon l'évaluation de leur « service médical rendu ») ou des soins généralistes (remboursement évoluant en fonction du respect du parcours de soins coordonné par le patient). Ces quelques règles sont complexifiées par un système d'exonération selon la situation médicale et socio-économique de la personne. Dès lors, tenant compte de la diversité de ces mécanismes régissant l'accessibilité financière au système de soins, il nous a paru important de distinguer sur quels types de soins portaient les renoncements déclarés.

Le premier constat issu de l'analyse de nos entretiens contraste avec le bref rappel que nous venons de faire sur l'extension et la diversification des mécanismes de



participation financière. Les cas de renoncements aux soins rapportés par les personnes ne sont pas mis en relation avec l'introduction progressive de ces différentes mesures<sup>240</sup> et évolutions dans le financement des dépenses de santé. Contrairement aux propos qui mettent en avant les risques dissuasifs de telles mesures, nos interlocuteurs ne se réfèrent pas aux dépassements d'honoraires<sup>241</sup>, ticket modérateur ou autres forfaits. Les renoncements sont concentrés sur le coût brut d'un nombre peu important de soins ambulatoires, et ce quel que soit le mécanisme de participation financière applicable.

En l'occurrence, les renoncements portent principalement sur les consultations de spécialistes. Nous avons certes pu entendre des témoignages de renoncements à la consultation d'un médecin généraliste. Si leur nombre est faible, ils illustrent bien ce que peut signifier être « éloigné » ou mis à distance du système de soins dès lors que le recours au médecin généraliste, par qui se fait principalement les premiers recours aux soins (Boisguérin, Raynaud et Breuil-Genier, 2006), est contraint par l'avance des frais. C'est tout le sens de cet entretien avec un jeune rencontré au CES de Bobigny. Bien avant l'enregistrement, dès la présentation de l'objectif de l'enquête pour laquelle il était sollicité, il évoque les problèmes d'accès aux soins et exprime la demande « *d'ajouter au questionnaire la question de l'argent* ». La première idée lui venant à l'esprit à l'évocation de l'enquête est le manque d'argent pour se soigner ; cela le contraint dans la prise en charge des besoins de santé qu'il identifie (douleur dans les bronches, problème de dents...). Cela freine y compris le recours au médecin généraliste, comme en témoigne le premier échange démarrant la discussion formelle de cet entretien :

« - C'est intéressant ce que vous venez de me dire [avant le démarrage du dictaphone]. Si vous êtes là en partie aujourd'hui, c'est parce avant que vous avez eu des difficultés financières pour vous soigner.

- *En fait j'ai eu le RMI, et avec le RMI j'ai la CMU et je savais que je pouvais faire le bilan de santé et que c'était gratuit. Ça fait des années... Je venais même pas une fois par an chez le médecin. Franchement je suis jamais malade, à part des rhumes, rien de grave. Et même quand je suis malade, j'évite, ouais, pour des*

---

<sup>240</sup> Rappelons toutefois que le dispositif des franchises médicales n'était pas encore appliqué au moment de la passation des entretiens.

<sup>241</sup> L'absence de personnes évoquant les dépassements d'honoraire dans notre corpus peut être expliquée par l'inégale exposition aux dépassements selon la catégorie sociale. De manière générale, ce sont les cadres et professions intellectuelles supérieures qui y sont le plus confrontés, tandis que les bénéficiaires de la CMU-C le sont le moins (IPSOS, 2007).

*raisons financières principalement. Le médecin c'est 21 euros, plus la pharmacie. C'est de l'argent que je préfère utiliser pour autre chose.*

- Vous venez d'avoir le RMI parce que vous venez d'avoir 25 ans ?

- *Oui. [...] Avant j'étais aux ASSEDIC, mais c'est pareil en fait, au niveau financier c'était voilà, j'avais pas d'argent à mettre chez le médecin. J'ai pas 20 euros à mettre. Et avant j'avais pas la CMU donc j'étais obligé de tout payer. »*

Entretien 80 : Homme, 25 ans, Français, célibataire, BEP, sans emploi, CMU-C, 65,09 (Q5)

Au-delà de quelques cas rares de ce type, la majeure partie des renoncements déclarés par les individus sont relatifs aux soins spécialisés et en particulier à deux catégories de soins. Viennent en premier lieu les soins dentaires puis les soins ophtalmologiques. Pour chacun d'eux, la question financière est évoquée sur le coût de la consultation du spécialiste concerné (avance des frais et faibles remboursements) et sur les frais annexes à la consultation elle-même (appareillages, prothèses dentaires, lunettes...). Ce n'est pas un hasard si ce sont ces soins qui font l'objet de restrictions de la part des individus interrogés. Contrairement aux soins les plus coûteux qui sont relativement bien remboursés en France, notamment ceux liés à une Affection de longue durée (ALD)<sup>242</sup>, les soins dentaires et optiques font partie des soins ambulatoires les moins bien remboursés par le régime de base. De plus, le remboursement par les complémentaires santé est très variable selon les contrats collectifs ou individuels. Le coût augmente d'autant plus que, comme nous l'avons rencontré, les personnes avaient retardé ou retardent encore leurs soins dentaires et optiques à tel point que les interventions médicales deviennent plus lourdes à effectuer.

En cela, les entretiens donnent un éclairage qualitatif aux résultats des études statistiques examinant en détail sur quel type de soins portent les renoncements, telles que l'Enquête santé protection sociale de l'IRDES, parue en 2008 et issue de données recueillies en 2006. Elle indique clairement que, si au cours des douze derniers mois, 14% de la population métropolitaine déclare avoir renoncé à des soins pour raisons financières, ces renoncements ne concernent que quelques soins. Ainsi, les renoncements portent à 62,8% sur les soins et prothèses dentaires, à 25% sur les lunettes et lentilles puis à 16,4%

---

<sup>242</sup> Les Affections de longue durée (ALD) sont des maladies pour lesquelles un suivi long (plus de 6 mois) et coûteux est nécessaire. Pour cette raison, la trentaine d'ALD inscrites sur la liste établie par le ministère de la santé ouvre droit à une prise en charge à 100% de la part de l'Assurance maladie. C'est par exemple le cas de la maladie d'Alzheimer, des diabètes de type 1 et 2 et du VIH. Ce dispositif est sujet à débat, notamment du fait des dépenses importantes qu'il génère. En effet, les ALD représentent 60% des dépenses d'Assurance maladie bien qu'elles ne concernent que 14% des assurés du régime général (Elbaum, 2008).

sur les consultations et visites de spécialistes. Pour ce qui concerne les visites de généralistes ou la pharmacie, les pourcentages passent sous les 10% de leur échantillon (Allonier, Dourgnon et Rochereau, 2008 : 179). Cette structure vaut pour la population générale et est exacerbée dès lors que le niveau de revenu des ménages diminue, toujours selon cette étude. Autrement dit, les ménages pauvres sont ceux qui consomment le moins de soins de spécialistes mais également, sans y voir là un nécessaire lien de causalité, ceux qui y renoncent le plus.

Les multiples cas de renoncements aux soins spécialisés illustrent comment les difficultés financières se posent aux individus à chacune des étapes, de la consultation à la prise en charge des soins. Les entretiens renseignent également sur le fait que ces soins optiques et dentaires, souvent interprétés par les individus comme des soins de « *luxé* » (l'expression d'un interlocuteur prenant tout son sens ici), sont représentés comme un critère d'évaluation de l'accessibilité du système de soins français<sup>243</sup>. Cela rend compte de l'importance de ces soins et explique en partie pourquoi il en a été beaucoup question lors de nos échanges :

« - Et au niveau des soins spécialisés, vous avez évoqué les soins dentaires, ça remonte à quand la dernière visite ?

- *J'y vais tous les six mois.*

- Pour un bilan ?

- *De toute façon j'ai besoin d'un bridge, je n'ai plus de dents. Comme ça on est tranquille. J'ai besoin d'implants, mais les implants c'est plus de 10 000 francs non remboursés. C'est un coup de 1500 ou 2000 euros.*

- Rien n'est remboursé ?

- *Nib.*

- Vous allez quand même le faire ?

- *Il y a bien un moment où je vais être obligé. Ça fait trois mois que je perds ma dent quand je parle, quand je travaille... C'est pas évident. Je les retrouve par coup de chance. C'est pour ça que les thalasso, à trois ou quatre mille euros la semaine, c'est pris en charge et là, rien n'est pris en charge, je ne suis pas d'accord.*

---

<sup>243</sup> En témoignent également les réactions suscitées par la proposition de la ministre de la santé R. Bachelot, au début de l'année 2008, de laisser le remboursement des soins optiques aux seuls organismes complémentaires. Le rapport annuel du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) paru en juillet de cette même année reprend cette proposition en l'étendant aux prothèses dentaires et aux audioprothèses, partant du constat d'un faible niveau de remboursement de l'assurance maladie obligatoire sur ces secteurs (HCAAM, 2008).

- Alors que vous savez que vous avez besoin d'y aller et que ce n'est pas pris en charge.

- *Il n'y a pas que moi, c'est tout le monde autour de vous, les yeux et les dents, ça devrait être pris à 100 %.* »

Entretien 21 : Homme, 40 ans, Français, en concubinage, CAP, chef de chantier, complémentaire privée, 55,63 (Q5)

## **1.2. Les effets des renoncements : entre abandon et report des soins**

Une des raisons du non-recours aux soins est ainsi celle des renoncements pour raison financière, principalement déclarés au sujet des problèmes dentaires et optiques. Dans l'objectif de caractériser les différentes formes du phénomène, les études sur le non-recours aux droits sociaux distinguent le non-recours temporaire ou permanent, par exemple selon que l'individu demande une prestation sociale après un délai ou ne la demande jamais. Dans le même ordre d'idée, nous pouvons nous demander si les renoncements aux soins se traduisent par des abandons de soins – de type non-recours permanent – ou bien des reports – de type non-recours temporaire.

### ***a) Abandon de soins***

Le terme de « renoncer », pris dans son sens premier, signifie cesser, par une décision volontaire, de prétendre (à quelque chose) et d'agir pour l'obtenir, mais également abandonner un droit (sur quelque chose)<sup>244</sup>. L'abandon de soins, causé par des contraintes financières pour ce qui nous intéresse ici, est observable dans les entretiens sur un aspect précis. Les individus rencontrés déclarant renoncer définitivement le font pour tout ce qui est lié à la pharmacie. Ils sélectionnent les médicaments et appareillages pour ne prendre que ceux jugés « utiles » ou remboursés à 100% par l'Assurance maladie. Une partie de l'explication de cette décision tient probablement au statut particulier de ces biens. Ces derniers peuvent être jugés facultatifs, le corps pouvant se soigner par lui-même, voire même négatifs, en entraînant des effets secondaires.

Toutefois, la plupart des individus concernés par les renoncements définitifs se distinguent des autres par leur profil particulier. Ils sont dans une situation économique plus dégradée alors même que ce sont plutôt des ménages de petite taille. Leur budget est

---

<sup>244</sup> D'après une définition du *Petit Robert*, 1996.

en quelque sorte en tension et ne peut souffrir de dépenses excédentaires sur le plan de la santé. Sur ce dernier point, nous rejoignons les constats faits par une étude de la DREES, sur les seuls bénéficiaires de la CMU, qui notait que ce sont les familles monoparentales qui renoncent le plus aux soins (Boisguérin, 2004). Le cas de ces familles est illustratif de cette logique de renoncements définitifs, en particulier aux traitements pharmaceutiques. Nous pouvons donc nous y arrêter un instant.

Les femmes rencontrées – puisque ce n'étaient que des femmes qui composaient les familles monoparentales dans notre corpus – ont exprimé à plusieurs reprises être confrontées à des difficultés financières pour l'achat des traitements (et parfois même pour la consultation) et ne payer que ce qu'il fallait pour leurs enfants, à la santé prioritaire sur la leur. C'est le cas de cette femme qui expliquait ne pouvoir prendre que les médicaments pour ses enfants. Et encore, pour cela, elle s'arrange avec la pharmacie de son quartier qui n'encaisse le paiement qu'après le 6 de chaque mois, date à laquelle l'Allocation parent isolé (API)<sup>245</sup> était versée. Pour bien comprendre la situation de ces femmes, nommées dans le débat public sous la catégorie des « mères de familles monoparentales », il est nécessaire de préciser quelques unes de leurs caractéristiques socioéconomiques. Ce sont tout d'abord des familles davantage exposées à la pauvreté et à la précarité. Selon l'INSEE, 27,8% des familles monoparentales composées de mères inactives et 10,6% de celles composées de mères actives disposaient d'un revenu sous le seuil de pauvreté, contre 8,8% des familles monoparentales dont le père est actif (INSEE, 2004). Cela explique en partie les caractéristiques des bénéficiaires de la CMU, avec un poids plus fort des femmes et des familles monoparentales organisées autour des mères (Boisguérin et Gissot, 2002). De plus, ces familles se distinguent par leur état de santé perçu comme préoccupant, handicapant leur insertion sociale et professionnelle. C'est ainsi que le développe Véronique Mougin : « les mères de familles monoparentales récoltent la palme de la mauvaise santé : elles présentent deux fois plus souvent que la moyenne des troubles mentaux et du sommeil. A âge et sexe comparables, elles sont plus nombreuses à souffrir d'affections de l'appareil digestif, de maladies du système nerveux et du système ostéo-articulaire. Et elles fument deux fois plus que les femmes en couple avec enfants ». Quant au recours aux soins, « dépositaires traditionnelles du carnet de santé de toute la famille quand elles sont en couple, garantes de la forme de leurs enfants quand elles vivent seules, les femmes, en l'an 2000 encore, faisaient passer la santé de leur petite famille avant la leur. Les

---

<sup>245</sup> L'API ou Allocation parent isolé a été créée en 1976. Elle fournit une allocation aux personnes vivant seules, attendant un enfant ou élevant un ou plusieurs enfants. L'attribution de cette allocation est conditionnée par un barème de ressources. L'API a été remplacée en 2009 par le Revenu de solidarité active (RSA).

« cheffes » de famille monoparentales « oubliaient » de se soigner deux fois plus souvent que leurs homologues en couple » (Mougin, 2005 : 181).

### ***b) Report de soins***

Nous l'avons dit, renoncer définitivement à des traitements peut prendre un sens particulier du fait des représentations qui les entourent. Il existe en quelque sorte une alternative à l'inobservance des traitements, passant par exemple par une attente supplémentaire dans la disparition d'un symptôme. De plus, les signes liés à l'inobservance thérapeutique peuvent être non perçus et indolores pour l'individu. En cela, ce comportement se distingue du renoncement pour les soins dentaires et optiques. Si ces derniers sont jugés d'une utilité plus importante par les individus, ils peuvent également avoir des conséquences aux dimensions multiples. En effet, les cas que nous avons rencontrés témoignent de l'impact de l'absence de soins dentaires, optiques ou ophtalmologiques sur le plan professionnel (avoir des difficultés de vision posant problème pour le travail), physique (ne pas pouvoir manger correctement) ou encore psychologique (se sentir humilié de devoir arborer un visage sans dent).

La forme et le degré d'incidence d'une absence de soins diffèrent ainsi selon le type de soins et la partie du corps concernés. Cela explique certainement pourquoi les individus mentionnent avant tout reporter les soins dentaires et optiques, ceux-ci étant « *obligatoires* » au vu de leurs besoins. Là aussi, ce résultat est cohérent avec les différentes enquêtes sur le renoncement aux soins pour raisons financières. D'après l'IRDES, seulement 22% des renoncements sont déclarés définitifs, la majeure partie étant décalée à plus tard (IRDES, 2008 : 15). Les renoncements se comprennent comme la gestion d'une transition, plus ou moins longue. Il s'agit de laisser momentanément de côté les soins tant que la contrainte financière se pose ou, pour reprendre les propos d'un interlocuteur en non-recours aux soins dentaires, « *de décaler par rapport à [ses] possibilités financières* ». La consultation d'un spécialiste reste envisagée, mais uniquement lorsque certaines conditions seront réunies. Les individus rencontrés évoquent l'attente de voir leur situation économique s'améliorer, de trouver une alternative à des soins coûteux (comme partir en Hongrie pour se faire soigner les dents<sup>246</sup>) ou encore de disposer d'une complémentaire santé.

---

<sup>246</sup> Quelques individus ont ainsi déclaré consulter des dentistes à l'étranger ou vouloir le faire. Ils témoignent d'un mouvement appelé « tourisme médical » ou « soins transfrontaliers ». Dans une logique d'ouverture à la

C'est le cas de cet homme d'une cinquantaine d'années, sans mutuelle, dont plusieurs problèmes de santé non suivis ont été relevés par le médecin du CES de Bourg en Bresse. Sur le plan dentaire, même s'il n'est pas considéré en non-recours aux soins statistiquement parlant, il nécessite plusieurs soins dont des implants. Lors de l'entretien, il explique accorder une importance centrale à son hygiène buccodentaire, décrivant en quoi « *c'est vital les dents* ». En cohérence avec ce discours, il démontre son adhésion aux normes de prévention en la matière et se dit habitué à consulter régulièrement un dentiste. Pourtant, pour le moment, il pourvoit seulement « *aux cas urgents* ». Il est clair dans son cas que ses démarches et de soins curatifs et de soins préventifs sont contraintes par des préoccupations financières qui l'obligent à modifier temporairement son rapport au système de soins. Ses renoncements sont temporaires, tant qu'il ne dispose pas de mutuelle. Voilà ce qu'il nous dit après avoir évoqué la dernière consultation chez un dentiste et les conséquences négatives qui ont suivi (perte du bridge réalisé par le soignant) :

- « - Depuis vous n'y êtes pas retourné ?
- *Depuis je peux rien faire, j'attends d'avoir une mutuelle pour pouvoir faire quelque chose parce que c'est assez pénible.*
- Depuis combien de temps vous n'est pas allé chez le dentiste alors ?
- *Un an et demi à peu près.*
- Alors que vous savez qu'il y a des besoins ?
- *Oui. Et puis une fois par an c'est bien.*
- Vous auriez besoin d'y aller mais là ce qui bloque...
- *C'est les finances. »*

Entretien 43 : Homme, 49 ans, Français, divorcé, brevet, en formation professionnelle, sans complémentaire, 73,37 (Q5)

---

concurrence et de libre circulation à l'échelle européenne, et dans un contexte d'augmentation de la mobilité internationale, il s'agit de ces stratégies de contournement des systèmes de santé nationaux dans lesquels le coût de certains soins est inaccessible à une partie de la population ou dans lesquels les délais de consultation sont trop longs. Des pays, notamment à l'est de l'Europe, se sont spécialisés dans l'accueil de ces patients mobiles et développent des structures spécifiques (par exemple le « centre médical de tourisme dentaire » de Budapest). Il est relativement aisé de trouver par le biais des moteurs de recherche sur Internet, voire de recevoir directement de la publicité sur sa messagerie, des sites consacrés au tourisme médical où sont proposées des formules associant soins dentaires et visite du pays. Les gouvernements européens réagissent progressivement pour encadrer juridiquement ou restreindre ces mobilités ; les ministères français en charge du tourisme et de la santé mettent en garde les patients français sur les risques sanitaires qu'ils encourent par de telles pratiques.

Le moment de l'acquisition d'une complémentaire santé est présenté comme la fin de cette transition marquée par un renoncement aux soins dentaires. Même s'il n'est pas dit que cet homme puisse obtenir une complémentaire qui prenne suffisamment en charge ses besoins de soins, cela permet de comprendre pourquoi l'horizon d'un recours aux soins n'est pas abandonné et est relié à la contractualisation pour une couverture complémentaire<sup>247</sup>.

Le terme de « *frein* », employé par plusieurs interlocuteurs ainsi que par les acteurs qui participent à l'émergence de la problématique du non-recours aux soins<sup>248</sup>, prend tout son sens. Il image ces situations dont le point commun est, malgré l'expression de besoins de soins, l'impossibilité de les prendre en charge sans pour autant en abandonner définitivement l'idée. La démarche en est principalement ralentie, entravée par des règles d'accessibilité financière au système de soins. Ces dernières, fixant en particulier le niveau de prise en charge des soins par l'assurance maladie de base et le reste à charge des assurés, déterminent de beaucoup la possibilité et le moment de la consultation ou non de spécialistes.

Toutes ces situations renvoient bien à la *perception* que les individus concernés ont des causes de leur non-recours aux soins, qu'ils attribuent aux règles et aux conditions d'accessibilité propres au système de soins. Au-delà des conséquences sur des reports ou des abandons de soins, il est intéressant de regarder d'autres effets du renoncement aux soins, reliés à cette dimension subjective. Dans une perspective de sociologie compréhensive, cela permet de donner une dimension complémentaire aux enquêtes statistiques qui en disent peu sur les effets que nous allons à présent traiter.

---

<sup>247</sup> Les études sur la CMU-C confortent le constat de renoncements aux soins temporaires, dans l'attente de bénéficier d'une complémentaire santé. En effet, les premières évaluations de cette prestation notaient déjà que « les plus concernés par une démarche active vis-à-vis de la CMU sont ceux qui ont renoncé à des soins » (Boisguérin, Gissot, Grignon et Auvray, 2001 : 7). L'idée que la CMU-C permet un « rattrapage » des soins, et non une surconsommation de soins, sera confirmée par la suite. Les demandes de CMU-C se font en effet le plus souvent après que les individus aient renoncé à des soins pour des raisons financières.

<sup>248</sup> Nous renvoyons le lecteur au chapitre 2 de la première partie.



### **1.3. Les vécus des renoncements : frustration et tension sociale**

La variable de renoncement aux soins pour raisons financières nous renseigne sur l'un des principaux déterminants du non-recours aux soins et, par ce biais, sur le degré d'accessibilité du système de soins. Mais, pour bien comprendre comment s'élabore le rapport entre ce dernier et l'individu, il nous semble important de compléter cette dimension en observant le vécu des situations de renoncement par l'individu, quelles significations elles ont et ce qu'elles produisent comme réactions chez lui.

L'acte de « renoncer » à des soins fait suite à une décision prise de manière consciente par les individus. Suivant la « ficelle de l'hypothèse zéro » proposée par Howard Becker, c'est-à-dire celle « qui consiste à poser une hypothèse [...] dont on soupçonne fortement qu'elle ne correspond pas à la réalité » (Becker, 2002 : 51), nous aurions pu nous attendre, dans les entretiens, à recueillir des significations vécues du renoncement aussi bien positives que négatives. Après tout, le biais subjectif de cette variable ouvre la possibilité qu'une part de ces renoncements porte sur des besoins de soins « esthétiques », facultatifs, desquels les individus pourraient se passer sans que cela soit un problème.

Toutefois, nos entretiens n'ont pas donné à voir de telles significations de l'acte de renoncer. La manière dont les renoncements étaient rapportés démontre explicitement leur signification négative pour les individus. Renoncer aux soins pour des motifs financiers est vécu comme l'épreuve de se priver d'un service de soins, bien que des besoins de soins se fassent ressentir. Pour le formuler autrement, cela apparaît comme une mesure de la frustration liée à la conscience d'une restriction de consommation de soins et au décalage entre le souhait et la réalisation de ces derniers.

Le rapport de cause à effet entre des contraintes financières et l'absence de réalisation de soins, ainsi que la frustration engendrée par cette situation, se perçoivent très bien dans l'un des derniers entretiens réalisés au CES de Bobigny. Il s'agit d'un homme d'une quarantaine d'années, d'origine marocaine, qui nous avait été orienté par un médecin pour son absence de mutuelle et ses « besoins de soins non satisfaits ». D'après les réponses au questionnaire rempli lors de sa visite au centre, il ne rentrait pas dans les critères du non-recours aux soins généralistes ou spécialistes retenus par les CES et le CETAF. Pourtant, c'est autour de l'absence de soins dentaires que se centrera l'entretien.

Dès son entrée dans le bureau, nous avons pu remarquer l'état de ses dents de devant, cassées, qu'il tentait de masquer par un sourire fermé. Cela ne nous a pas surpris. Il n'était pas le premier, parmi les individus rencontrés dans les différents lieux d'enquête, à présenter de tels aspects corporels ; qui plus est l'état de santé bucco-dentaire est reconnu comme un marqueur visible des situations de pauvreté (Dargent-Paré et Bourgeois, 2000). Mais sa situation est singulière. La perte d'une partie de ses dents n'est pas initialement la cause d'un déficit de soins. Elle résulte d'un accident du travail, reconnu par l'Assurance maladie, lors de l'une de ses interventions comme plombier. Plus que la douleur ou la gêne, cet accident a des conséquences en termes d'image de soi. Pour reprendre la distinction chère à Erving Goffman dans l'analyse qu'il fait du rapport entre stigmaté et identité sociale (Goffman, 1975), la perte d'une partie de ses dents fait de cet homme un « individu discrédité » et non un « individu discréditable ». Très rapidement visible de tous, elle le stigmatise au sens où elle est un « attribut qui jette un discrédit profond » (Goffman, 1975 : 13) en le faisant ressembler aux personnes les plus défavorisées, celles qui ne prendraient pas soin d'elles-mêmes. C'est tout du moins de cette manière qu'il le ressent, ainsi qu'il l'indique explicitement pendant l'entretien :

« - Le stress, le tabac. Il y a d'autres choses comme ça [que vous pensez nuisibles pour votre santé] ?

- *C'est le problème de mes dents déjà ! Parce que c'est pas présentable. J'ai pas les moyens de les refaire. Donc ça, déjà ça me pose... Problème.*

- Ça joue sur le stress ?

- *Bien sûr. Parce que franchement, on dirait... J'ai l'impression qu'on dirait un clochard. Les gens des fois ne se disent pas que c'est un accident, ils disent que j'ai ça parce que... Ils pensent qu'ils voient un clochard qui parce que il boit trop, parce qu'il fume trop, il a perdu ses dents.*

- Pour les gens, quelqu'un qui a perdu ses dents, c'est quelqu'un qui a pas fait attention, que c'est de la négligence. C'est pour ça que ça induit du stress quotidien du coup. »

Entretien 81 : Homme, 41 ans, Marocain, marié, BTS, plombier, complémentaire privée, 43,79 (Q4)

L'importance que cet homme donne à ce stigmaté se comprend par les éléments qu'il indiquera à la fin de l'entretien. Disposant d'un diplôme universitaire, il expliquera avoir toujours travaillé, y compris en acceptant des emplois ne correspondant pas à son niveau de diplôme. Il se présente comme quelqu'un ayant tout fait pour éviter la précarité sociale et

professionnelle, situation à laquelle il pense être assimilé du fait de la perte de ses dents. Pour faire face à ce qu'il ressent comme une injustice, il s'est d'abord renseigné pour faire les soins nécessaires, avant de se résigner. Le faible niveau de remboursement l'en empêche. Il lui reste à sa charge 7 500 euros sur les 9 000 euros estimés par les devis des dentistes. Déclarant de manière générale avoir des difficultés financières à faire face à ses besoins, cet homme ne peut engager une telle somme pour ses dents. Le seul espoir qu'il lui reste est, au moment de l'entretien, la réponse que fera l'Assurance maladie à sa nouvelle demande d'aide. A travers l'exposé de sa situation et l'analyse de ses propos, nous pouvons mesurer la frustration générée par le renoncement aux soins.

Il est par ailleurs intéressant de noter le parallèle que notre interlocuteur établit entre l'impossibilité financière de se soigner et ses cotisations régulières d'Assurance maladie. Il se pense en conséquence légitime de bénéficier du soutien de la collectivité nationale pour la résolution de problèmes de santé dont il n'est pas responsable :

« - Certaines personnes [interrogées dans les centres d'examens de santé] m'ont dit qu'on devrait faciliter les crédits pour les dents. Qu'est-ce que vous en pensez ?

- Non, mais... Moi à la rigueur, ce n'est pas un luxe que je voudrais me permettre. C'est un accident de travail. Je travaillais, je cotisais... À la rigueur, je vois les Rmistes, ils ont plus d'avantages que moi, quoi. Alors que moi c'était pour le travail. »

Entretien 81

Ces derniers propos, que cet homme formulera différemment plus tard en expliquant qu'il n'est pas « *normal que quelqu'un qui cotise a moins de droits que quelqu'un qui ne travaille pas* », éclairent une autre facette du vécu du renoncement aux soins pour raisons financières. De la même manière que pour d'autres interlocuteurs, ils permettent de comprendre comment le sentiment de frustration s'accompagne de celui d'être désavantagé par rapport aux autres personnes.

L'idée partagée par plusieurs interlocuteurs et qui se retrouve en toile de fond est celle d'une « *médecine à deux vitesses* ». Les jugements critiques se font entendre sur une situation où « *ceux qui subissent sont toujours ceux qui sont au plus bas niveau de la santé, et au niveau des revenus les plus bas* » et où les difficultés rencontrées sont

réinterprétées comme l'expression d'un rejet de la société (« *je suis pauvre, je crève* »). Les craintes face au développement d'un système de soins « *à l'américaine* », présenté comme le plus inégalitaire qui soit dans les pays développés, appuient souvent ces jugements sur l'inégal accès au système de soins français en fonction de critères économiques. Les individus qui tiennent ces propos se sentent désavantagés vis-à-vis de ceux qui, disposant de ressources financières supérieures et d'une complémentaire santé, n'auraient pas à réfléchir avant d'envisager des soins et qui pourraient en plus bénéficier de soins de meilleure qualité.

D'autres individus se sentant désavantagés sur le plan de l'accessibilité financière aux soins comparent également leur situation aux personnes plus pauvres qu'eux mais qui sont éligibles à des aides et prestations sociales. Pour résumer leur point de vue, la possession de la CMU-C ou de l'AME privilégierait les plus pauvres dans la prise en charge de leur santé et ne les exposerait alors pas à des renoncements financiers. La frustration nous semble plus grande pour ceux qui subissent l'effet de seuil dans l'accès à une mutuelle ou qui sont contraints de prendre des mutuelles aux paniers de soins de moindre qualité que celui octroyé par la CMU-C. Chez eux, cette frustration est caractéristique du ressentiment, c'est-à-dire de ce « mélange d'envie et de mépris qui joue sur un *différentiel de situation sociale* et fixe les responsabilités du malheur que l'on subit sur les catégories placées juste au-dessus ou juste au-dessous sur l'échelle sociale » (Castel, 2003 : 48-49).

Que ces sentiments soient à l'égard des plus riches ou des plus pauvres, le renoncement aux soins prend ici une signification différente, que nous rattachons à un enjeu de cohésion sociale. Ce concept est certes l'objet de définitions et d'utilisations très hétérogènes mais, selon Jacques Donzelot, il a le mérite de traduire « la recherche d'une nouvelle manière d'appréhender les questions de solidarité à toutes les échelles » (Donzelot, 2006 : 7), à un moment où les instances produisant traditionnellement de la solidarité objective (le travail, la protection sociale...) ne rempliraient plus cette fonction. La question dépasse alors le strict cadre de l'accès aux soins et se pose de manière générale pour ce qui a trait à l'accès aux droits sociaux. Ne pas bénéficier de ces derniers est le signe d'un échec de l'idée selon laquelle les droits permettent l'intégration des individus au sein d'une société donnée. Cette position se retrouve dans le rapport européen coordonné par la sociologue Mary Daly et initié par le Comité européen pour la cohésion sociale, dans lequel les experts listent les différents obstacles à l'accès aux droits sociaux et analysent les renoncements à ces derniers. Ils font de l'accès aux droits sociaux une modalité

concrète pour mettre en œuvre, à l'échelle européenne, la citoyenneté sociale, et un instrument de la lutte contre la pauvreté et du développement de la cohésion sociale. Dans leur définition, cette dernière englobe « à la fois l'état de la société dans son ensemble et le rôle et la place que les groupes et les individus vulnérables tiennent en son sein » (Daly, 2002 : 13)<sup>249</sup>.

L'enjeu de cohésion sociale se pose également lorsque l'offre publique n'est pas accessible à tous. En cela, il a été évoqué dans les débats concernant l'importation des politiques de ciblage en France et la mise sous contribution de ressources de plusieurs prestations sociales. Y étaient notifiés les risques de différencier des populations, en créant un fossé entre celles qui pourraient s'assurer sur le marché privé et celles qui, ne le pouvant pas, seraient dépendantes de l'assistance octroyée par la collectivité. De plus, la dualisation renverrait au fossé entre un nombre restreint de bénéficiaires éligibles à des prestations et ceux qui ne peuvent prétendre en bénéficier. Cette situation peut amener ces derniers à critiquer et à affaiblir la légitimité d'un système de protection sociale ainsi bâti. Or comme le rappelle M. Borgetto, un ciblage massif des prestations sociales, en substituant le principe de l'équité à celui de la solidarité, « remettrait en cause l'intuition centrale des pères fondateurs de la Sécurité sociale selon laquelle la force de celle-ci comme facteur de cohésion sociale résulte au premier chef de ce que tous peuvent en attendre un bénéfice » (Borgetto, 2003a : 48). Constatant un « *nouveau régime de la protection sociale* en direction des laissés-pour-compte des protections classiques » (Castel, 2003 : 69), dont le ciblage est une des manifestations, R. Castel mettait en garde contre ce type de risques. Ainsi, « ce à quoi on a assisté au long de ces vingt dernières années, c'est en fait à une transformation profonde, dans le sens d'une dégradation, de la *conception de la solidarité*. A la limite, il ne s'agirait plus de protéger collectivement l'ensemble des membres d'une société contre les principaux risques sociaux. Les dépenses de solidarité, dont l'Etat continuerait d'avoir la responsabilité, s'adresseraient préférentiellement au secteur résiduel de la vie sociale que peuplent « les plus démunis ». Etre protégé signifierait alors être juste pourvu du minimum de ressources pour survivre dans une société qui limiterait ses ambitions à assurer un service minimum contre les formes extrêmes de la déprivation. Une telle dichotomie dans le régime des protections serait ruineuse pour la cohésion sociale » (Castel, 2003 : 73).

---

<sup>249</sup> Pour une analyse complète de ce rapport, voir le chapitre 2 de l'ouvrage *L'accès aux droits sociaux* de P. Warin (2006).

Il est clair que notre terrain d'enquête confirme l'existence d'un tel fossé et ceci, nous l'avons dit, particulièrement chez ceux qui font face à l'effet de seuil dans l'accès à une complémentaire santé. Sous un autre angle, l'enjeu de cohésion sociale trouve son application dans le racisme que nous observons par moment dans les entretiens, à l'égard des « *réfugiés politiques* » qui « *quand ils arrivent en France, ils ont tout, le logement, la voiture, la Sécu* ». Ces réactions, basées sur la critique des « *étrangers assistés* », sont à peine dissimulées comme l'illustrent les propos de cette femme âgée, qui avait jusque-là parlé de ses nombreux renoncements aux soins :

« - Comment vous prenez le fait que maintenant il y ait beaucoup plus de choses qui soient déremboursées ?

- *Je trouve ça pas normal parce que quand je vois tous les gens qui arrivent de l'extérieur, on les soigne gratuitement parce qu'on a peur sûrement qu'ils nous amènent des maladies et puis les gens qui sont quand même... en payant... enfin, les... ceux qui payent la sécu quoi... on participe quand même. Moi je trouve que c'est inadmissible.*

- Vous pensez qu'il y en a qui sont favorisés parce qu'ils viennent de l'étranger ?  
*Ouais.*

- Et vous vous sentez pris entre les deux ?

- *Oui, c'est vrai parce qu'il y a des choses qu'on ne rembourse pas sous prétexte qu'il faut faire des économies, pour... Je trouve pas ça tellement logique. »*

Entretien 28 : Femme, 75 ans, Française, mariée, BEP, retraitée, complémentaire privée, 35,51 (Q4)

Nicolas Duvoux, dans son étude sociologique sur le RMI et le rapport qu'en ont les ressortissants des politiques d'insertion, retrouve des expressions similaires de racisme. Deux de ses analyses nous semblent particulièrement pertinentes pour en comprendre les raisons. Il y voit là, d'une part, la conséquence des changements structurels en matière d'emploi ou, pour reprendre ses termes, « une des manifestations les plus criantes de la précarisation des couches populaires et de leur cohabitation contrainte avec des pauvres issus de l'immigration dans des quartiers disqualifiés » (Duvoux, 2008 : 377). Les propos que nous avons relevés sur l'opposition à une frange de la population qui serait « *privilegiée* » par rapport à d'autres renvoient bien à ce processus d'une « concurrence des victimes que se livrent aujourd'hui différentes catégories défavorisées de la société française » (Duvoux, 2008 : 378). Et, d'autre part, ce racisme trouverait une partie de son origine dans l'organisation même des politiques sociales. N. Duvoux fait à juste titre

référence à l'ouvrage de Martin Gilens intitulé *Why American hate welfare. Race, media and the politics of antipoverty policy*. Publié en 2000, cet ouvrage est central en ce qu'il présente les conséquences des politiques de ciblage sur l'adhésion à l'Etat-providence. M. Gilens situe le rejet de ce dernier dans le développement d'une culture de la suspicion à l'encontre des « assistés », en particulier lorsqu'ils sont issus des minorités dites ethniques.

### **Conclusion 1.**

Les motifs économiques sont bien présents lorsque les individus expliquent les causes de non-recours aux soins. Les renoncements rapportés concernent avant tout les soins les moins bien remboursés, dont les soins dentaires et optiques. Autrement dit, nous avons par ce biais pu entendre des individus se percevant en situation de non-recours aux soins et capables d'en fournir une explication, de nature financière<sup>250</sup>. Leur rapport au système de soins, et la manière dont ils se pensent légitimés à en faire usage, sont alors clairement conditionnés par les règles répartissant les dépenses entre celles qui sont prises en charge par l'Assurance maladie, les mutuelles et les patients.

Ces renoncements peuvent conduire à des abandons, mais surtout à des reports de soins puisque ces derniers sont considérés comme inévitables. Les effets de ces renoncements sont également d'un autre ordre. Ils s'accompagnent dans les discours de critiques à l'égard des catégories qui sont plus favorisées, c'est-à-dire celles situées au-dessus ou en-dessous dans l'échelle sociale, « profitant » d'un système de soins perçu comme injuste dans son fonctionnement et dans son attribution des ressources. Ainsi, il s'agit autant sinon plus de la critique du système de soins évoquée par B. Palier – qui serait la crise de légitimité de ce système qui rembourse peu les soins courants contrairement aux soins aigus alors que les cotisations augmentent (Palier, 2008). Elle se double en effet d'une opposition entre les franges dominées de la population.

---

<sup>250</sup> Sur ce point, il est à noter que le nombre de cas rapportés de renoncements aux soins pour raisons financières auraient certainement pu être supérieur dans un autre contexte d'enquête. De nombreux individus décrivaient notamment comment des pratiques d'acteurs du système de soins (pharmaciens, médecins...) s'organisaient pour trouver toutes sortes d'arrangements aux situations financières compromettantes pour l'accès aux soins (encaisser les chèques à un autre moment...). D'autres personnes mentionnaient leur usage de dispositifs de soins plus accessibles financièrement (faire les soins dentaires dans une école dentaire, aller aux centres municipaux de santé à proximité...).

## **2. LES CAUSES DU RENONCEMENT AUX SOINS POUR RAISONS FINANCIERES**

Nous venons d'analyser sur quoi portent les renoncements aux soins pour raisons financières, mais également les effets de ces derniers. Il nous reste à comprendre quels sont les aspects financiers qui pèsent le plus dans ces décisions de renoncer. Pourquoi ces problèmes se posent avec acuité pour certains interlocuteurs plus que d'autres ? Nous verrons dans un premier temps l'intérêt qu'il y a à replacer l'analyse de cette question dans le budget global des ménages. Nous verrons dans un deuxième temps le rôle joué par la complémentaire santé et plus encore par son absence.

### **2.1. Des dépenses de santé contraintes par d'autres dépenses**

Une partie des entretiens se centrait sur les soins de santé et leur accès, autour de questions ayant notamment trait aux difficultés financières auxquelles pouvaient être confrontés les individus rencontrés. L'avance des frais ou bien encore le reste à charge était évoqué pour en témoigner et pour donner une explication aux situations de non-recours aux soins, temporaires ou définitives. Ces éléments sont liés à la structuration même de l'offre de soins. Ce n'est toutefois pas là le seul élément. Les entretiens ont également été l'occasion pour nos interlocuteurs de faire partager les difficultés plus générales qu'ils rencontrent dans leur vie quotidienne. Car il est vite apparu que les restrictions sur les soins ne sont pas les seules lorsque le budget est mince et fragile. La capacité de financer des soins est en grande partie dépendante de ce qu'il reste une fois d'autres dépenses effectuées.

#### ***a) L'importance des dépenses de logement***

Un poste de dépenses ressort plus particulièrement des entretiens pour son poids et, *in fine*, son impact sur la capacité à financer des soins de santé. Il englobe le budget consacré au logement, que nous avons principalement observé chez les individus rencontrés qui résident en région parisienne et de surcroît dans le parc locatif privé. Le rapport 2008 de la Fondation Abbé Pierre rappelle d'ailleurs que l'écart entre le prix des loyers dans ce secteur et celui des Habitations à loyer modéré (HLM) ne cesse d'augmenter, limitant encore plus les possibilités d'accès au logement des populations précaires (FAP, 2008). Même si nous assistons à un renversement de tendance avec la



première baisse des loyers depuis dix ans<sup>251</sup>, les inégalités demeurent face au coût du logement. Ainsi, les derniers chiffres de l'INSEE indiquaient que, si entre 2002 et 2006, le taux d'effort net des aides<sup>252</sup> augmentait pour chaque décile de revenus, l'augmentation touchait principalement les ménages les plus pauvres. Le taux d'effort des ménages du premier décile de revenus s'élevait à 39,1% dans le parc privé et à 21,5% dans le parc public, tandis qu'il était de 15,3% et de 13% pour les ménages du dernier décile<sup>253</sup>.

Le jeune de 25 ans rencontré au CES de Bobigny, dont nous avons évoqué précédemment la situation au sujet de ses difficultés financières à consulter un médecin généraliste, nous donne un exemple très illustratif des contraintes posées par le loyer. Il avait été identifié en non-recours par les secrétaires du centre puisque, bénéficiant d'une complémentaire santé (la CMU-C en l'occurrence), il avait indiqué ne pas avoir consulté de médecin généraliste ni de dentiste depuis deux ans. Lui-même ne sait d'ailleurs pas dater à quand remonte sa dernière consultation chez un dentiste. Le loyer et les questions de budget ne sont pas les seuls facteurs expliquant ses non-recours, toutefois une large partie des explications qu'il donne se centre sur cet aspect. Il utilise le registre de la contrainte, indiquant au sujet des consultations que « *tant [qu'il] peut éviter, [il] évite* », cela afin de ne pas passer face à l'enquêteur pour un « *radin* ». La décision de consulter ou non repose ainsi sur la gestion du budget et les arbitrages financiers, au vu de ce qu'il juge être un besoin de soins prioritaire ou non, tel qu'il l'indique ci-dessous :

*« Voilà, si vraiment j'avais eu quelque chose au niveau de la santé, j'aurais pris... j'aurais dû me priver sur autre chose »*

Entretien 80

A la recherche d'emploi, suite à une volonté de reconversion professionnelle, il explique bien comment ses faibles revenus issus d'allocations chômage puis, au moment de l'entretien, du RMI l'obligent à arbitrer entre certaines dépenses. Au-delà, les difficultés qu'ils rencontrent se comprennent comme le cumul de trois éléments. A la précarité du travail et de l'emploi s'ajoutent l'isolement familial et les difficultés relatives au logement :

---

<sup>251</sup> Le Monde, « La montée de la précarité oblige les bailleurs à réduire les loyers », 4 septembre 2009.

<sup>252</sup> Le taux d'effort, défini par l'INSEE, « rapporte la somme des montants de loyer et de charges locatives, payés par l'ensemble des locataires à la somme des revenus perçus par ces ménages ». Lorsque les aides au logement sont enlevées de la dépense consacrée au logement, il s'agit alors du taux d'effort net. <http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/taux-effort-res-princ.htm>.

<sup>253</sup> [http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg\\_id=0&ref\\_id=NATnon05239](http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATnon05239).

« - Est-ce qu'il y a d'autres choses auxquelles vous auriez déjà renoncé pour des raisons financières, au niveau des soins ?

- *Comme quoi ?*

- Pour vos oreilles par exemple.

- *C'est pour ça aussi que j'ai pas été. Parce que c'est un spécialiste, et comme la Sécu rembourse... Ça coûte cher. Entre la pharmacie et tout ça, c'est cher. Enfin cher, je ne sais pas, en tout cas trop cher pour mon budget voilà. Je sais qu'on a de la chance et tout ça en France, je dis pas mais c'est vrai, c'est cher.*

- Est-ce que vous pensez qu'en France on a une médecine à deux vitesses ?

- *On a le meilleur système de santé au monde. [Il prend un ton ironique] Il y avait le reportage de Michael Moore sur la médecine aux États-Unis, mais voilà... je pense qu'en France le plafond de la CMU est peut-être trop bas et que pour avoir droit à la CMU c'est que... Mais heureusement d'ailleurs qu'il y a la CMU, mais une fois qu'on a trop de ressources pour avoir la CMU, c'est clair qu'on peut plus payer le médecin. Mais pour les autres je sais pas comment les gens ils font, personnellement je vis seul, j'ai toutes les charges et voilà seul... après les gens je sais pas comment ils font mais voilà... Il faudrait peut-être remonter [le seuil], parce qu'il y a des gens entre les deux, parce qu'à un moment j'étais pas assez pauvre pour la CMU et en même temps j'étais pas assez riche pour pouvoir me payer une mutuelle. Voilà, pour ces gens-là, pour ces situations-là. »*

Entretien 80

La part importante prise par son loyer dans son budget mensuel est significative et contraint tout autre type de dépenses. Conscient de cette situation mais également des difficultés de logement en région parisienne, il ne peut trouver de solutions :

« - C'était parce que quand vous étiez aux ASSÉDIC, vous étiez juste au-dessus du seuil ?

- *J'avais 800 euros par mois, avec 600 euros de loyer, ça me laisse 200 euros et ça va vite. J'ai pas que ça à faire de mettre 20 euros chez les médecins et 30 euros à la pharmacie. Voilà, c'est ça.*

- C'est vraiment le logement qui prend tout.

- *Ouais c'est le logement. Je suis à M. [une ville de la couronne parisienne] et je suis dans le privé. Quand j'ai pris l'appartement je travaillais, donc ça allait, j'avais un bon salaire je pouvais payer, il me restait de l'argent bien et tout mais après*

*comme la situation voilà elle a changé, et comme avec les ASSEDIC on ne peut pas déménager...*

- Pourquoi ?

- *Parce qu'on n'a pas de fiche de paye et comment faire pour la caution... C'est mort.*

- Personne n'accepterait de vous louer un appartement.

- *C'est ça. Voilà, c'est compliqué. Voilà. »*

#### Entretien 80

L'entretien avec ce jeune homme donne à voir l'importance du loyer dans les dépenses relatives au logement. D'autres frais auraient pu être intégrés pour avoir une vision plus large du poids de ce poste de dépenses. Les charges et les dépenses d'énergies et de fluides sont celles que l'on imagine le plus aisément.

A cela s'ajoutent d'autres dépenses indirectes induites par les déplacements auxquels sont contraints certains ménages. Le dernier dossier de la Mission régionale d'information sur l'exclusion (MRIE, 2008)<sup>254</sup> pointe bien les processus à l'œuvre dans la région Rhône-Alpes : du fait d'une forte pression immobilière et des loyers élevés dans les agglomérations centre (Grenoble, Lyon...), nombreux sont les ménages qui s'installent à plusieurs dizaines de kilomètres, dans le parc privé en milieu rural et loin de leur travail. Plusieurs frais en sont occasionnés (autour de la voiture, des modes de garde des enfants...) et viennent ainsi s'ajouter au poste de dépenses consacré au logement.

#### ***b) Envisager le « reste à vivre » pour comprendre les difficultés financières d'accès aux soins***

Quelle que soit la composition précise de ce poste de dépenses, le fait que les individus rencontrés aient souligné son rôle invite à intégrer dans l'analyse du non-recours aux soins pour raison financière la question plus générale du « reste à vivre ». Ce dernier correspond à la somme dont dispose un individu ou un ménage une fois qu'il a payé les dépenses incompressibles telles que le loyer, l'électricité, les crédits, les dépenses de

---

<sup>254</sup> Par ailleurs, ce dossier laisse une place centrale à la question du non-recours aux droits sociaux. Parmi les « leviers d'action pour une meilleure mise en œuvre territoriale des politiques publiques », elle préconise notamment de « démultiplier les lieux d'expression des usagers. Lutter contre le phénomène du non-recours pour permettre l'accès aux droits des plus défavorisés » (MRIE, 2008 : 166).

téléphonie, etc.<sup>255</sup> La prise en compte du reste à vivre nous semble importante compte tenu de l'évolution de la pauvreté. Le dernier rapport de l'ONPES indique que, si le taux de pauvreté monétaire<sup>256</sup> en France reste stable depuis le début des années 2000, l'intensité de la pauvreté<sup>257</sup>, elle, augmente. A partir des données de 2005, l'ONPES fait le constat d'une dégradation de la situation financière des personnes concernées par la pauvreté, leur revenu médian s'éloignant du seuil de pauvreté.

La compréhension de la gestion des budgets dans ces conditions est essentielle. Un outil statistique donne pour cela quelques indications. Il s'agit du « baromètre social », réalisé par le CREDOC et initié par le Haut-commissaire aux solidarités actives contre la pauvreté, Martin Hirsch, afin d'observer les effets de la crise financière sur la consommation des ménages pauvres. La première publication de ce baromètre, évoqué en première partie à propos de la variable des renoncements aux soins financiers, nous intéresse doublement. D'une part, sur le « reste à vivre », il indique que 56% des ménages pauvres interrogés par le CREDOC ne disposent plus que de 250 euros par mois pour vivre, après avoir payé leurs dépenses, tandis que 15% ne peuvent y faire face et s'endettent. D'autre part, ce baromètre évalue les restrictions de consommation faites par les ménages les plus pauvres de l'échantillon par rapport aux ménages moyens. Il s'avère que ces restrictions concernent principalement la téléphonie (à 69%) et l'alimentation (à 66%). Les soins sont également affectés puisque 31% des ménages les plus pauvres déclarent avoir restreint les dépenses de soins.

En tenant compte de ces éléments, la santé et l'accès aux soins deviennent ainsi une variable d'ajustement des budgets des ménages. Ceux-ci, caractérisés par une forte pression des dépenses incompressibles, ne peuvent guère parer à une dégradation économique supplémentaire, à moins de faire preuve de stratégies de gestion des budgets

---

<sup>255</sup> Le reste à vivre – à ne pas confondre avec le « pouvoir d'achat – fait débat, ses contours étant difficiles à préciser pour pouvoir s'adapter au plus près des situations individuelles (Thouvenot, 2009).

<sup>256</sup> Le taux de pauvreté monétaire est l'indicateur le plus couramment utilisé pour mesurer la pauvreté. Selon cet indicateur, sont qualifiées de « pauvres » les personnes vivant dans des ménages dont le niveau de vie est inférieur au « seuil de pauvreté ». Ce dernier correspond à 60% du revenu médian, c'est-à-dire à 880 euros en 2008. Ce chiffre est revu par l'INSEE chaque année pour tenir compte de l'inflation. En 2005, 12,1% de la population générale était considérée comme pauvre (ONPES, 2008).

<sup>257</sup> L'intensité de la pauvreté (ou « poverty gap ») permet d'apprécier à quel point le niveau de vie de la population pauvre est éloigné du seuil de pauvreté. L'INSEE mesure cet indicateur comme l'écart relatif entre le niveau de vie médian de la population pauvre et le seuil de pauvreté. Formellement, il est calculé de la manière suivante : (seuil de pauvreté - niveau de vie médian de la population pauvre) / seuil de pauvreté. Plus cet indicateur est élevé et plus la pauvreté est dite intense, au sens où le niveau de vie des plus pauvres est très inférieur au seuil de pauvreté.

Source : <http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/intensite-pauvrete.htm>

à l'euro près. Ces dernières ont été très bien décrites par Catherine Delcroix dans sa monographie de la famille Nour (Delcroix, 2001), présentant en quoi l'énergie et le temps requis dans cette optique s'apparente à un « travail », sans être reconnu. Mais il n'en est pas ainsi pour la majorité des individus que nous avons rencontrés, tout du moins ceux manifestant des difficultés financières pour faire face aux dépenses de santé. Leurs situations renvoient davantage au « fait social majeur » observé par J. Rigaudiat, à savoir le fait « qu'une part très importante de la population, sans être pauvre à proprement parler, est en permanence sur le fil du rasoir, connaît des difficultés sans jamais en voir la fin, ni même en espérer la sortie. Elle est, au sens propre, en précarité, et se trouve ainsi en risque récurrent de paupérisation. Qu'un accident de vie, de santé, ou professionnel survienne, et c'est le basculement » (Rigaudiat, 2005 : 247).

## **2.2. Complémentaire santé et renoncement aux soins pour raisons financières**

Le non-recours aux soins, sous la forme de renoncements pour motifs financiers, porte principalement sur les soins dentaires et optiques. Pour cette raison, il ressort des entretiens que la complémentaire santé, et qui plus est son absence, est un facteur central dans l'explication du non-recours aux soins. Cela s'inscrit dans le contexte, rappelé en première partie, de la progression de la place prise par les mutuelles dans le financement des soins de santé.

### ***a) Ne pas avoir de complémentaire santé expose davantage au non-recours***

Le sujet de la complémentaire santé revient de manière récurrente dans les entretiens lorsque nos interlocuteurs abordent les difficultés financières qu'ils rencontrent pour se soigner. D'une certaine manière, ils donnent raison aux approches en économie de la santé en expliquant prendre la décision de consulter non pas simplement en fonction de leurs besoins de soins, mais en tenant également compte de leur capacité à financer les soins. Si quelques individus évoquent le niveau de remboursement de leur complémentaire santé, de manière évidente, les difficultés se posent davantage pour ceux qui sont sans complémentaire. Le reste à charge devient trop important et freine leurs décisions de se soigner.

Ce constat est cohérent avec les différentes études qui font de la complémentaire santé le déterminant principal de la consommation de soins et une variable centrale pour repérer les individus ayant des difficultés à accéder au système de soins<sup>258</sup>. Par exemple, le niveau de couverture influence la consommation de soins de spécialistes, et dans des proportions moindres les soins de généralistes. Les personnes disposant d'une bonne couverture dépensent ainsi davantage que ceux ayant une couverture faible (Buchmueller, Couffinhal, Grignon, Perronnin et Szwarzensztejn, 2002). En l'occurrence, ce sont les contrats collectifs qui offrent les meilleures garanties (Garnero et Rattier, 2009). Si la qualité de la complémentaire santé a un rôle sur la structure et le niveau de dépenses de soins, c'est l'absence de complémentaire qui a l'impact le plus conséquent<sup>259</sup> pour les 7% de la population française se déclarant dans cette situation (IRDES, 2008). En matière d'accès aux soins, les personnes qui se retrouvent dans cette situation sont celles qui renoncent le plus aux soins pour raisons financières. L'écart n'est pas moindre. Une étude récente constate que le renoncement concerne 32% des personnes sans assurance complémentaire, contre 13% de celles ayant une complémentaire autre que la CMU-C. Mais, si être couvert par la CMU-C augmente les dépenses de soins de 20% et la probabilité de recourir à un médecin dans l'année, par rapport à quelqu'un sans complémentaire (Raynaud, 2003), ses bénéficiaires ne sont pas nécessairement à l'abri. Contrairement à ce qui était attendu lors de la mise en œuvre de cette prestation, 19% d'entre eux déclarent avoir renoncé à des soins au cours des douze derniers mois (Kambia-Chopin, Perronnin, Pierre et Rochereau, 2008).

Enfin, au-delà du renoncement aux soins pour raison financière, l'étude sur le non-recours aux soins des actifs précaires (NOSAP) a confirmé l'existence d'un lien entre la complémentaire santé et le non-recours au médecin, au dentiste et le non-suivi gynécologique. Parmi les variables associées à ces trois phénomènes, la complémentaire santé est ressortie quelle que soit la situation socioéconomique (voir le tableau 6 ci-dessous). Le risque relatif de non-recours est 1.7 à 2 fois plus élevé quand les personnes sont sans complémentaire santé que lorsqu'elles ont une complémentaire santé.

---

<sup>258</sup> Pensons par exemple au résultat de l'expérimentation d'un outil de repérage des usagers en situation de vulnérabilité sociale à l'hôpital. Les auteurs de ce travail en sont arrivés à retenir uniquement, sur les 5 caractéristiques initialement intégrées, deux critères pour composer cet outil, dont l'absence de complémentaire santé (Pascal, Abbey-Huguenin, Agard et al., 2004).

<sup>259</sup> Ces constats valent pour le contexte français dans lequel notre analyse se situe. Soulignons qu'ils ont été également faits dans le contexte des Etats-Unis. Une étude récente menée dans ce pays démontre que plus une personne reste longtemps sans assurance, plus elle a de probabilité de ne pas consulter de médecins pour des raisons financières, de ne pas bénéficier de bilans de santé durant les deux dernières années et de présenter un état de santé dégradé (Ayanian, Weissman, Schneider, Ginsburg et Zaslavsky, 2000).

**Tableau 6 : Analyse multivariée : les variables socio-économiques (ajustées sur les variables de santé)**

	Non-recours au médecin		Non-recours au dentiste		Non-suivi gynécologique
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Femmes
<i>Sans complémentaire santé</i>					
<i>Pas de contact avec la famille</i>					
<i>Ne pas vivre en couple</i>					
<i>Pas d'hébergement si besoin</i>					
<i>Age &lt; 30 ans</i>					
<i>Pas d'aide matérielle si besoin</i>					
<i>Avoir des problèmes financiers</i>					
<i>Ouvriers</i>					
<i>Sans diplôme</i>					
<i>Rencontrer parfois un travailleur social</i>					

Source : Warin, 2009c : 14.

Note de lecture : Ce tableau porte sur un effectif de 1 427 431 consultants des Centres d'examen de santé. Lorsque les cases sont en rouge, la variable est associée dans les 7 populations de l'étude NOSAP. Ensuite, la variable est associée à 6 populations dans les cases en orange, à 5 dans les cases en rose, à 4 dans les cases en jaune. La variable n'est pas liée au non-recours pour toutes les populations lorsque les cases sont en blanc.

***b) « L'insécurité sociale » produite par l'absence de complémentaire santé***

Arrêtons-nous à présent sur la signification de ces situations d'absence de complémentaire, telles qu'elles se sont traduites dans les entretiens avec des individus déclarant renoncer par ailleurs à des soins. Prenons l'exemple de cette jeune femme de 26 ans. Exprimant l'intention de prendre une mutuelle, elle reporte cette décision faute de ressources financières suffisantes et surtout stables. Ses revenus sont issus de quelques vacations à mi-temps pendant la période scolaire et du travail au noir. Elle espère un changement rapide de situation professionnelle – elle dira plusieurs fois porter un projet de création d'entreprise – afin de pouvoir avoir des revenus réguliers. C'est la seule condition selon elle pour se procurer une mutuelle :

« - Ce n'est pas suffisant pour la mutuelle ?

- *On ne sait jamais quand ça s'arrête et quand ça continue. Alors autant avoir quelque chose de fixe et payer bien la mutuelle, quand on est tranquille, pour ne pas avoir de problème.*

- C'est aussi le fait que...

- *J'ai pas envie qu'on me harcèle, ou qu'on nous ramène directement chez le créancier ou autre. Ça, c'est pas... C'est vraiment pas ça. »*

Entretien 49: Femme, 26 ans, Française, célibataire, baccalauréat, aide à la vie scolaire, sans complémentaire, 35,51 (Q4)

Ce court extrait restitue un argument récurrent de l'entretien mené avec cette jeune femme : souscrire à une complémentaire santé, aux paiements mensuels, demande de pouvoir être dans la prévisibilité et non dans la gestion quotidienne et aléatoire de ses dépenses personnelles. Il ne lui reste plus qu'à attendre cette amélioration professionnelle afin d'être « *tranquille* », c'est-à-dire couverte – dans le sens de mise à l'abri – par une complémentaire santé et pouvoir ainsi prendre en charge ses besoins de soins mis temporairement de côté.

Les propos de cette femme rejoignent d'autres témoignages d'individus sans complémentaire. Nous pouvons en effet en isoler plusieurs dont le point commun est de concevoir cette situation comme une situation exposée, sous-entendue comme exposée à faire face à une dépense qu'ils ne pourraient assumer. Le vocabulaire utilisé à ce sujet est très instructif. Il renvoie à « *l'inquiétude* », au « *risque* » ou à la « *menace* ». Les risques tiennent notamment à la particularité du domaine de la santé marqué, selon ces individus, par l'imprévisibilité des maladies (« *on est jamais à l'abri de problèmes* ») et l'absence de contrôle sur ce qui peut survenir :

« - Ça ne vous pose pas problème d'être sans mutuelle ?

- *Si quand même. Ça m'inquiète un peu.*

- Ça vous inquiète par rapport à quoi ?

- *Parce que je ne sais pas, je peux tomber malade du jour au lendemain et il faudra aller directement chez le médecin et payer... Comme je n'ai pas de mutuelle. Même si on me donne après la facture, je sais pas ce que je vais en faire. »*

Entretien 65 : Femme, 32 ans, Française, célibataire, BEP, employée, sans complémentaire, 57,30 (Q5)



Ce vocabulaire tranche avec celui utilisé par les individus couverts par une complémentaire santé<sup>260</sup>, qui mettent en avant le rôle de celle-ci dans la « *protection* » et la « *sécurité* ». Ce regard en miroir apparaît de manière plus claire au sujet d'individus ayant été sans complémentaire par le passé mais ayant décidé d'en prendre une par la suite – notamment une fois l'avancée dans l'âge (principalement après 50 ans) et/ou une fois changés leurs statuts familial (devenir parents) et professionnel (reprise d'un emploi stable). Le sentiment qui se dégage est celui d'être soulagé d'avoir pu souscrire à une complémentaire santé, tel que cela ressort dans cet entretien :

« - Vous avez toujours été avec une mutuelle ?

- *Il y a eu un moment... Au début j'étais avec la mutuelle de mes parents, puis j'étais un an sans mutuelle et puis là j'ai repris par la banque.*

- Comment ça se fait que vous avez eu un moment de creux ?

- *C'était par rapport à ma situation d'avant en fait. J'étais avec une personne... Et quand je me suis séparée, enfin voilà... [Elle ne veut pas s'étendre visiblement]*

- C'était du côté financier ?

- *Non, pas forcément, c'était tout un contexte qui a fait que je me suis retrouvée dans cette situation-là. C'est vrai que si j'avais pris les devants aussi, je ne me serais pas retrouvée sans mutuelle à ce moment-là. Heureusement pour moi il ne m'était rien arrivé.*

- C'est vrai, sans mutuelle comment on fait ?

- *Eh bien on craint un peu. Donc j'ai eu de la chance, maintenant je fais attention. »*

Entretien 30 : Femme, 23 ans, Française, en concubinage, BTS, en formation professionnelle, complémentaire privée, 27,21 (Q3)

Le rapport de causalité entre l'absence de complémentaire, vécue sur le mode de l'exposition à des risques, et un recours aux soins minime peut se trouver explicitement exprimé :

---

<sup>260</sup> Une part de notre corpus dispose d'une complémentaire santé, notamment par le biais des contrats collectifs liés à l'entreprise. Leur rôle dans la généralisation de la complémentaire santé dans la population française, avec les inégalités que cela crée par rapport aux personnes qui ne travaillent pas ou qui sont en intérim, a été souligné dans une étude de l'INSEE (Marical et de Saint Pol, 2007). Beaucoup de ceux ayant souscrit à une complémentaire ont ce type de contrats, que ce soit par obligation ou par intérêt (meilleure couverture, prise en charge partielle par l'employeur...).

- « - Vous avez repris une mutuelle dès que vous avez retrouvé un travail ?
- *Oui. Enfin pas dans les débuts parce que je faisais que deux heures par jour mais après, une fois que je suis à trois-quarts temps j'ai pris ma mutuelle.*
- Avant vous ne pouviez pas ?
- *Non.*
- Et vous saviez que vous aviez besoin d'une mutuelle ?
- *Ah oui. Combien de fois je me disais « j'espère qu'il n'arrivera pas quelque chose de grave » parce que sans mutuelle après il faut payer. Ah bah oui.*
- C'était un peu le stress à chaque fois ?
- *Ah bah oui.*
- Parce que je rencontre parfois des gens qui disent que c'est inutile d'avoir une mutuelle.
- *Non. Non, non, non, sans mutuelle, non là-dessus. Moi je suis pour les mutuelles, c'est important. Surtout quand on est hospitalisé et tout.*
- C'est aussi parce que vous avez des besoins ?
- *Oui mais même, j'ai jamais été le genre de personne à dire une mutuelle j'ai autre chose à payer que ça. Ça non. Non, non. En plus quand on a des enfants et tout... non.*
- L'année où vous étiez sans mutuelle, vous étiez vraiment dans l'incertitude. Comment vous avez fait ?
- *De toute façon quand il fallait aller aux médecins, il fallait y aller mais par contre je priais entre parenthèses le bon Dieu pour qu'il n'arrive rien de grave.*
- Est-ce que c'est arrivé que vous alliez moins chez le médecin, pour faire des économies ?
- Oui, j'y allais quand vraiment c'était nécessaire. »*

Entretien 24 : Femme, 40 ans, Française, divorcée, brevet, agent de service, complémentaire privée, 68,64 (Q5)

Nous aurions pu encore développer d'autres entretiens allant dans ce même sens. Que nous apprendraient-ils ? Ils confirmeraient l'intérêt d'une lecture des situations de non-couverture complémentaire sous l'angle de « l'insécurité » face aux aléas de l'existence. L'apport des travaux de R. Castel est central à ce titre. Dans son ouvrage *L'insécurité sociale. Qu'est-ce qu'être protégé ?*, il analyse dans une approche sociohistorique le paradoxe contemporain entre, d'un côté, une demande accrue de sécurité de la part de la population et, de l'autre, le constat d'une société actuelle offrant des garanties de sécurité meilleures que par le passé. Il émet donc l'hypothèse que cette augmentation d'une demande de sécurité n'est pas que l'expression d'expositions

croissantes et objectives à des risques de nature diverse. Elle serait « plutôt l'effet d'un décalage entre une attente socialement construite de protections, et les capacités effectives d'une société donnée à les mettre en œuvre » (Castel, 2003 : 7). Autrement dit, sans que R. Castel ne remette en cause la nécessité de garantir des protections à l'individu, l'existence d'un sentiment d'insécurité est en large partie dû à l'existence d'une offre de protections. Il décrit ensuite deux types d'insécurité : « l'insécurité civile », découlant historiquement de la constitution d'un Etat de droit, et « l'insécurité sociale », découlant historiquement de la constitution d'un Etat social. Plus précisément, « être protégé dans cette [dernière] sphère signifie être à l'abri des péripéties qui risquent de dégrader le statut social de l'individu. Le sentiment d'insécurité est alors la conscience d'être à la merci de ces événements » (Castel, 2003 : 25). C'est à ce type d'insécurité, observable de manière continue à travers les siècles selon R. Castel, que nous raccrochons une partie des significations accordées par nos interlocuteurs à l'absence de complémentaire santé. Cette situation ne leur permet en effet pas d'être couverts – collectivement – face aux risques et aux aléas en matière de maladie. Ils ne disposeraient alors pas des supports nécessaires pour accéder au statut d'individu, « ces supports qui ne consistent pas seulement en ressources matérielles ou en accompagnement psychologique, mais aussi en droits et en reconnaissance sociale nécessaires pour assurer les conditions de l'indépendance » (Castel, 2003 : 76).

### ***c) Déficit d'information et absence de complémentaire santé***

La complémentaire santé et surtout son absence jouent un rôle majeur pour comprendre les formes de non-recours qui s'apparentent à des renoncements aux soins pour motifs financiers. Décrivons alors quelques unes des raisons expliquant l'absence de complémentaire santé tel que cela est ressorti dans les entretiens menés auprès d'individus en situation de précarité. Précisons toutefois que nos choix méthodologiques ne nous permettent pas d'aborder certains facteurs institutionnels, par ailleurs développés dans la littérature. Nous pensons ici, pour prendre un seul exemple concernant la CMU-C, au rôle des agents de l'Assurance maladie (Leduc, 2008). Nous n'aborderons pas non plus les arguments relatifs à l'absence de besoins de soins, pour le moment, puisqu'ils seront développés dans la partie suivante.

Les travaux qui se sont consacrés à l'absence de complémentaire santé mentionnent quasi systématiquement la question de l'information<sup>261</sup>. Elle serait déficiente chez les individus qui ne connaîtraient pas le rôle d'une complémentaire santé ou l'existence de prestations de type CMU-C. D'autre part, l'information est conçue comme un levier d'intervention pour les acteurs institutionnels qui se préoccupent de l'accès aux soins et aux droits sociaux en matière de santé – quand elle n'est pas une difficulté rencontrée par eux-mêmes<sup>262</sup>.

Si l'information revient de manière aussi centrale, c'est parce que cette catégorie large englobe des dimensions hétérogènes. L'analyse des entretiens en donne quelques facettes. L'information se repère tout d'abord dans les situations où nos interlocuteurs n'étaient pas en mesure de dire s'ils étaient ou non couverts par une complémentaire. Dans un même ordre d'idée, certains pensaient être couverts par le biais de la « *sécurité* » (c'est-à-dire de la Sécurité sociale) ou du dispositif des ALD :

« - Comme vous n'avez que la pension invalidité, vous êtes pas en dessous du plafond pour la CMU ? vous y avez droit si vous allez voir une assistante sociale ?  
- *Non. Parce que j'ai le 100 % [une prise en charge à 100% au titre de l'ALD]. Je n'ai pas droit à la CMU, on ne peut pas cumuler.*  
- Vous avez demandé à votre médecin ?  
- *Non parce que j'avais ça avant. Avant que je sois en invalidité j'avais la CMU mais comme je suis passé à 100 % ils m'ont enlevé la CMU pour me laisser en 100% invalidité. C'est la même chose. C'est comme si j'avais la CMU de toute façon. [...] C'est pareil, c'est les mêmes tarifs que maintenant. De toute façon ce qui était à 35% n'était pas pris en charge par la CMU. C'est de votre poche, comme tout le monde. Ceux qui n'ont pas le 100% et qui ont la CMU, s'ils ont des médicaments à 35 % ils payent quelque chose de leur poche. C'est comme moi, j'ai le 100 % invalidité mais c'est pareil je suis au même niveau. Que j'ai la CMU ou pas et que j'ai le 100 %, c'est kiff kiff, c'est pareil. C'est pareil. C'est exactement pareil. »*

Entretien 3 : Homme, 52 ans, Français, célibataire, CAP, sans emploi, sans complémentaire, 73,37 (Q5)

---

<sup>261</sup> Pour ne prendre que le cas de la CMU-C, les premières études commandées par le Fonds CMU sur le non-recours à ce dispositif, pourtant réalisées par trois organismes différents (l'IRTS, le LEGOS et l'ODENORE) font toutes de l'information une explication centrale (FONDS-CMU, 2007).

<sup>262</sup> Les différents intervenants sociaux avec qui nous avons été en contact au cours de notre enquête manifestaient leur difficulté à suivre les nombreuses évolutions législatives conditionnant l'accès à la CMU-C ou à l'AME notamment.

Lorsque nous abordons la complémentaire santé, l'information porte sur le rôle et l'intérêt d'être couvert de la sorte. Nous nous situons au-delà du cas particulier de la connaissance des dispositifs de la CMU-C et de l'ACS<sup>263</sup>, ainsi que de leurs conditions d'éligibilité. Certains interlocuteurs indiquaient par exemple que la CMU-C était réservée aux personnes malades ou aux seuls bénéficiaires des minimas sociaux. Autre exemple, nous avons pu assister à une réunion d'information sur le thème de la Sécurité sociale, des réformes et des complémentaires santé, au CES de Bourg en Bresse. Cette réunion fait partie intégrante du bilan de santé proposé aux groupes, tel que celui orienté par l'Association nationale pour la formation professionnelle des adultes (AFPA)<sup>264</sup> le jour de l'enquête de terrain. Plusieurs consultants revenaient fréquemment sur l'idée que « *personne ne refusera de nous soigner si on a pas les moyens* », concluant que souscrire à une complémentaire santé reste très facultatif. L'animatrice de cette réunion, pour invalider cette idée, développera l'exemple concret d'une personne non couverte qui a eu une grave hospitalisation et qui a dû faire un emprunt pour payer ses soins, et ce malgré sa situation de précarité financière initiale.

L'information sur les démarches de souscription à une complémentaire santé est l'un des aspects qui est également ressorti. Cette difficulté est par exemple revenue avec des individus qui étaient auparavant à la CMU-C mais qui, une fois sortis du dispositif, ne savaient pas où chercher et à qui s'adresser pour obtenir l'information et reprendre une complémentaire santé<sup>265</sup>. Les demandes d'information adressées par nos interlocuteurs dans le cadre de l'entretien sont d'ailleurs symptomatiques de cette difficulté à se repérer dans le secteur concerné :

---

<sup>263</sup> La méconnaissance des dispositifs ne date bien sûr pas de la CMU-C. Elle se posait également avant pour l'Aide médicale gratuite comme cela a été démontré dans une enquête de l'INSEE réalisée auprès de bénéficiaires du RMI et qui, par ailleurs, évoquait les conséquences sur le recours aux soins (Blanpain et Eneau, 1998).

<sup>264</sup> L'AFPA, créée en 1949, est un organisme de formation professionnelle des adultes. Elle participe au service public de l'emploi en proposant des stages ou des formations aux demandeurs d'emploi ou, entre autres, aux salariés.

<sup>265</sup> Pourtant, en matière juridique, les organismes de sécurité sociale, de même que l'Etat, les collectivités territoriales, les établissements publics et autres institutions sociales, ont « une obligation d'informer » leurs usagers sur leurs droits. L'article premier de la loi de lutte contre les exclusions stipule notamment que ces institutions doivent prendre « les dispositions nécessaires pour informer chacun de la nature et de l'étendue de ses droits et pour l'aider, éventuellement par un accompagnement personnalisé, à accomplir les démarches administratives ou sociales nécessaires à leur mise en œuvre dans les délais les plus rapides ». Cette obligation d'informer, reprise dans l'article 76 de la loi du 4 mars 2002, vise à prévenir les ruptures de droit des assurés sociaux ; c'est en particulier le cas pour la CMU-C, les CPAM devant envoyer deux mois avant la fin de droit un courrier à l'assuré pour l'informer de cette situation. Toutefois, la mise en œuvre de cette obligation est l'objet de critiques dans les rapports de l'IGAS évaluant la loi de 1998, du fait des lacunes dans l'information donnée aux publics (Fourcade, Jeske et Naves, 2004).

« - Une mutuelle, c'est aussi s'il arrive quelque chose de pas prévu, ça prend en charge l'hospitalisation, les frais... Au cas où.

- *Ah bon. Mais comment ça se trouve une mutuelle ?*

- Pardon ?

- *Comment ça je fais... Si j'en veux une de mutuelle, comment ça je fais pour trouver une mutuelle. Je m'ai renseigné et tout et franchement il y a des gens qui m'ont dit « si tu vas là comme ça, tu prendras ça, si tu vas là, il faut prendre ça ». C'est pour ça que je veux pas, si je vais perdre mon temps pour chercher, parce que j'ai pas trouvé. Il faut beaucoup des dossiers. »*

Entretien 71 : Homme, 30 ans, Malien, en concubinage, sans diplôme, magasinier, sans complémentaire, 63,9 (Q5)

« - Le seul risque, c'est de ne pas avoir de mutuelle. Je ne sais pas si vous voyez ça comme un risque d'ailleurs... pour les enfants, s'il arrive quelque chose à l'école par exemple.

- *Ma fille est assurée à l'école. J'ai pris une assurance. Et bon, peut-être qu'une mutuelle... bon, moi, il faudrait qu'on m'explique franchement le bien-fondé de la mutuelle quoi. [Je lui explique ce que rembourse une mutuelle] Et moi aussi, il y a tellement de mutuelles que franchement je ne sais pas... Quel genre de mutuelle vous pouvez me conseiller ? »*

Entretien 74 : Homme, 32 ans, Ivoirien, en concubinage, baccalauréat, agent de surveillance, CMU-C, 60,36 (Q5)

La complexité du secteur des complémentaires santé, vaste et à l'information éparpillée, et la complexité des situations se cumulent ainsi pour expliquer l'absence de complémentaire santé.

#### ***d) Le « choix » financier de l'absence de complémentaire santé***

Les motifs financiers reviennent à nouveau pour expliquer autrement que par l'information l'absence de complémentaire santé. Par là, nous aurions pu y voir le résultat du mouvement de démutualisation qui peut être observé à différents endroits et qui repose sur le calcul rationnel coût/avantage<sup>266</sup>. Ce calcul permet de savoir en fonction des

---

<sup>266</sup> Une illustration est donnée dans le dossier intitulé « Se passer d'une mutuelle, un calcul rentable » paru en juin 2007 dans la revue *Le Particulier*. Partant du constat de l'augmentation des tarifs des organismes complémentaires et d'un reste à charge conséquent pour les patients, les auteurs de ce dossier avancent que, sous réserve d'avoir un apport financier préalable, l'absence de mutuelle est « un choix qui peut se révéler tout

situations individuelles si le coût de la souscription à une mutuelle n'est pas supérieur aux bénéfices reçus. Pour nos interlocuteurs, des décisions de ce type se rencontrent peu. Dans la prolongation du sentiment d'insécurité sociale analysé précédemment, ils évacuent la question du choix :

*« Il n'y a pas le choix. Non. Le choix, c'est mieux la mutuelle. On aurait tout remboursé. Mais on n'a pas le choix ».*

Entretien 85 : Homme, 39 ans, Marocain, marié, sans diplôme, sans emploi, sans complémentaire, 56,21 (Q5)

*« Ceux qui peuvent se permettre de prendre une mutuelle, c'est des gens en général qui ont un peu plus de moyens déjà, qui travaillent, parce qu'eux les travailleurs ils ont une couverture sociale au niveau de leurs revenus et qui leur permet de se procurer des soins et se dire de toute façon j'ai des meilleurs soins, j'ai une mutuelle et comme je travaille donc il y a de la rentrée [d'argent]... Donc automatiquement d'une manière ou d'une autre ils s'y retrouvent. Mais des gens comme nous qui vivent avec 400 euros ou 600 euros minimum, comme le RMI, ils ne peuvent pas se permettre de s'engager dans ceci dans cela. Si moi je dois donner 40 euros à une mutuelle ou 30 euros à une mutuelle, c'est 30 euros qu'on m'enlève de bouffe par mois. »*

Entretien 3

Les tarifs des complémentaires santé, point de mécontentement général<sup>267</sup>, pèsent davantage dans les budgets des ménages pauvres chez qui nous avons vu la forte place des dépenses incompressibles. Si la santé est une variable d'ajustement de ces budgets, c'est autant en se restreignant sur les soins que sur l'acquisition d'une complémentaire santé. Le calcul du « taux d'effort financier », présent dans les enquêtes de l'IRDES, est

---

à fait rentable et dénué de risques ». Ils appuient leur propos sur des simulations différentes selon l'âge, l'état de santé et la situation familiale, démontrant que la majorité des frais médicaux reste prise en charge par l'assurance maladie de base et que, selon les situations, soit il est possible de s'auto-assurer, soit il convient de ne souscrire qu'une complémentaire pour les frais relatifs aux hospitalisations. Enfin, ils en concluent que ces recommandations ne valent que pour les « assurés sociaux responsables » (ayant une consommation de soins raisonnée) et, dans une autre mesure, pour les « adeptes des médecines alternatives ». *A priori* anecdotique, la valorisation de ce type de comportements nous semble pour autant à prendre au sérieux pour analyser, sous un autre angle et auprès de populations d'un autre profil socioéconomique, les significations et les raisons de l'absence de complémentaire santé et du non-recours aux soins. Toutefois, à notre connaissance, aucun travail de recherche n'a été mené sur cette question précise de la démutualisation.

<sup>267</sup> Un sondage du CREDOC sur « les Français, la réforme de l'assurance maladie et la complémentaire santé » avance que, si de plus en plus de Français adhèrent à l'intérêt d'une complémentaire, 50% des sondés jugent payer leur cotisation trop chère au regard des garanties offertes. Une nouvelle augmentation des tarifs occasionnerait, pour 15% des personnes, une diminution des garanties (CREDOC, 2006).

utile pour donner davantage de relief à ce que nous avons perçu dans les entretiens. Il permet en effet d'analyser le pourcentage du revenu avant impôt qu'un ménage doit consacrer pour souscrire à une complémentaire. Les premiers résultats de l'ESPS indique très clairement les inégalités dans l'accès financier à la complémentaire. Tout au long d'un *continuum*, plus un ménage dispose de revenus, plus son effort financier baisse et plus la proportion de personnes sans couverture complémentaire baisse. Le taux d'effort financier est ainsi de 2,9% pour les ménages les plus riches tandis qu'il est de 10,3% pour les ménages les plus pauvres, qui de surcroît obtiennent une complémentaire santé de moins bonne qualité (Allonier et *al.*, 2008 : 53).

Plusieurs dispositifs, dont la CMU-C, ont été créés dans l'objectif de faciliter l'acquisition d'une complémentaire santé. Or, ceux-ci sont eux-mêmes l'objet de non-recours. De plus, pour prendre le cas de la CMU-C, ils ne résolvent pas l'ensemble des obstacles financiers à cet accès. L'explication tient principalement à ce qui est appelé « l'effet de seuil ». Le mécanisme est simple : un individu ne peut pas bénéficier d'une prestation conditionnée par un niveau de ressources parce que ses revenus dépassent le plafond, mais il ne peut en même temps avoir d'alternative faute de revenus suffisants. A titre d'exemple, le plafond de ressources ouvrant droit à la CMU-C établit une frontière fine entre les individus qui peuvent être éligibles<sup>268</sup>, après analyse des revenus qu'ils ont perçus au cours des 12 derniers mois précédant la demande, et ceux qui ne peuvent pas l'être. L'existence de biais liés à un seuil coupeur a été envisagée dès la création du dispositif et, en 2001, des mesures ont été prises pour ne pas exclure automatiquement tous ceux qui se situent au dessus du seuil. L'effet de seuil est bien connu des chercheurs analysant les évolutions des politiques sociales, ainsi que l'accès et le non-recours aux droits sociaux. Ils y voient là une des manières de comprendre ce phénomène (Borgetto et *al.*, 2004).

Pour notre part, les entretiens nous permettent de constater que l'effet de seuil est ressenti par les individus concernés. Plusieurs des individus sans mutuelle ont déclaré y être confrontés, critiquant le fait que cela joue dès que l'on a simplement « dépassé d'un euro le plafond ». Prenons le cas de ce Malien de 50 ans, sans mutuelle depuis son entrée sur le territoire français il y a 27 ans. Son assurance lui proposait chaque année une mutuelle mais il l'a refusée. Quand on lui demande pourquoi, il paraît étonné de la question. Pour lui, c'est évident que c'est le coût qui explique cette situation. Avant d'être

---

<sup>268</sup> Ce plafond de ressources est revu annuellement au 1<sup>er</sup> juillet selon l'article D.861-1 du code de la sécurité sociale, pris en application de l'article L.861-1 du même code.



récemment mis au chômage suite à un licenciement économique, ses revenus issus de son emploi de manutentionnaire ne lui suffisaient pas pour souscrire à une complémentaire santé et il se savait inéligible à la CMU-C. D'autres de nos interlocuteurs présentent une situation inverse. C'est la reprise d'une activité salariée qui provoque leur sortie du dispositif de la CMU-C et qui explique pourquoi ils ne sont plus couverts par une complémentaire santé<sup>269</sup>. Ces situations posent la question de la gestion des transitions dans les parcours professionnels. En effet, après avoir bénéficié de la CMU-C, le nouveau calcul de leurs ressources les en exclut, sans pour autant qu'ils puissent financièrement souscrire à une complémentaire santé dans le secteur privé. Ces situations d'entre deux sont présentées dans les études socioéconomiques et dans les débats publics comme étant typiques de la catégorie des « salariés pauvres » – à distinguer des « travailleurs pauvres » puisque la définition de ces derniers est basée sur les revenus familiaux, et non individuels, et rend ainsi invisible la plus forte exposition des femmes aux bas salaires (Maruani, 2003). Les situations de ces personnes qui, bien que salariées, rencontrent des difficultés financières chroniques pour faire face à leurs besoins fondamentaux nous permettent d'ouvrir la question du non-recours à d'autres populations que les « grands exclus ». Comme l'explique P. Warin, qui en fait un signe du « phénomène de précarisation » et non de grande pauvreté, « le non-recours aux services publics le plus préoccupant, car le plus difficile à cerner, concerne les populations qui se trouvent juste au-dessus des minimas sociaux [...]. Ces groupes subissent des seuils qui leur sont défavorables, notamment dans l'accès aux prestations sous conditions de ressources. Ils ne rencontrent pas forcément de problèmes aigus de désocialisation ou de désaffiliation, mais ils sont assez fragilisés pour ne pas être en mesure de supporter les coûts induits non pris en charge, qui conditionnent l'accès à de nombreux services publics (d'éducation, de santé, de loisir, de transport, etc.) » (Warin, 2003b : 96-97).

Pour atténuer l'effet de seuil dans l'accès à la CMU-C, et ce dans un souci affiché de lutter contre les inégalités sociales de santé<sup>270</sup>, un dispositif d'aide à la mutualisation a été institué par la loi de santé publique de 2004. L'objectif 33 de cette loi avait, rappelons-le,

---

<sup>269</sup> Une étude de la DREES sur les allocataires de trois minimas sociaux (RMI, API et ASS) démontrait que le non-recours à la CMU-C était dû au fait que les personnes étaient déjà couvertes par ailleurs ou qu'elles avaient des revenus trop élevés pour en bénéficier. Cette explication est d'autant plus vraie lorsque les personnes ont repris un emploi. C'est le cas par exemple de 52% des allocataires de l'ASS sortis du dispositif après avoir retrouvé un emploi : ils déclarent ne pas disposer de la CMU-C du fait de revenus trop élevés (Boisguérin, 2007).

<sup>270</sup> L'intérêt porté par les pouvoirs publics à l'ACS dépasse celui des inégalités sociales de santé. Il se comprend dans la continuité des mesures visant à transférer de plus en plus les remboursements des soins vers les complémentaires santé. Cet objectif n'est politiquement viable, du fait des inégalités d'accès aux soins qu'il induit, que s'il est assorti du maintien d'un filet de sécurité pour les plus pauvres.

explicitement pour but de « réduire les obstacles financiers à l'accès aux soins pour les personnes dont le niveau de revenu est un peu supérieur au seuil ouvrant droit à la CMU »<sup>271</sup>. Ce projet de crédit d'impôt prendra la forme en 2005 de l'Aide au paiement pour une complémentaire santé (ACS) – plus généralement appelée Aide complémentaire santé. Elle permet aux personnes dont le niveau de ressources dépasse de 20% le plafond ouvrant droit à la CMU-C<sup>272</sup> d'obtenir une réduction sur la cotisation d'une protection complémentaire. Concrètement, les bénéficiaires reçoivent un « chèque santé » d'un montant variable en fonction de leur âge<sup>273</sup> et qu'ils déduiront au moment de souscrire à un contrat d'assurance maladie complémentaire. Même si le dispositif connaît une utilisation croissante – on appelle cela la « montée en charge » dans le langage administratif – il reste sous-employé au regard de la population cible. Prenant ses précautions compte tenu de la difficulté à produire une statistique précise, le rapport IV d'évaluation de la CMU-C, réalisé par le Fonds CMU, avance que l'ACS ne serait utilisée que par 20% des bénéficiaires potentiels (FONDS-CMU, 2009). Suite à ce rapport, dans lequel il est mentionné que « le non-recours à l'ACS, même si le nombre de bénéficiaires a fortement augmenté, reste une question à résoudre » (FONDS-CMU, 2009 : 5), deux études ont été initiées pour comprendre le phénomène. Elles privilégient chacune deux pistes d'explications. La première repose sur le type d'information donnée par les organismes sociaux pour expliquer l'ACS et la CMU-C (par courrier, par téléphone...) et les conséquences sur le recours ou non au dispositif<sup>274</sup>. Notre corpus ne contenait pas beaucoup de personnes qui auraient pu en bénéficier, toutefois, lorsque cela était le cas, c'est l'information qui était source de non-recours. Elles ne connaissaient pas le dispositif avant que l'on vienne à en parler durant l'entretien. L'autre piste d'explication privilégie une approche économique en regardant si le montant de l'ACS est suffisamment incitateur ou non pour permettre aux personnes de souscrire à un contrat d'assurance complémentaire<sup>275</sup>.

---

<sup>271</sup> Voir l'annexe de cette loi sur :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000787078&dateTexte=#LEGISCTA000006125495>.

<sup>272</sup> Par exemple, pour une personne seule vivant en métropole, si ses ressources mensuelles sont supérieures à 627 euros (plafond CMU-C) mais inférieures à 752 euros, elle peut bénéficier de l'ACS.

<sup>273</sup> Ce montant varie de 100 euros pour une personne de moins de 16 ans à 500 euros pour celles âgées de 60 ans et plus. Voir <http://www.cmu.fr>.

<sup>274</sup> Une expérimentation sociale, intitulée « Favoriser l'accès aux soins des bénéficiaires de minima sociaux - Expliquer la CMU-C et l'ACS aux populations potentiellement éligibles », est actuellement menée par l'ODENORE sur ce point (Chauveaud et Warin, 2009a).

<sup>275</sup> D'après les premiers résultats d'une étude menée par l'IRDES, l'ACS a un faible rôle sur la souscription à une complémentaire santé. La raison principale est que le reste à charge serait encore trop conséquent pour les ménages (Grignon et Kambia-Chopin, 2009). Cette étude vient confirmer des résultats déjà réalisés par l'IRDES en 2007, soit deux ans après la mise en place de l'ACS, démontrant que 60% du prix de contrat reste

Un faisceau de raisons explique ainsi une large partie de l'absence de complémentaire santé et donne à voir de profondes inégalités à ce niveau, liées aux capacités à disposer ou à se saisir de l'information ou encore aux capacités de financement des contrats concernés. Ces constatations donnent raison à P. Volovitch lorsqu'il parle du « mensonge de la complémentaire pour tous ». D'après lui, au vu des difficultés à favoriser un accès égal à une complémentaire santé, il serait préférable d'augmenter le niveau de couverture de l'assurance maladie de base plutôt que de vouloir à tout prix (au dépend de la solidarité) accroître la place des organismes complémentaires (Volovitch, 2007).

---

à la charge des bénéficiaires de l'ACS, ce qui équivaut à environ 4,5% de leur revenu annuel (Franc et Perronnin, 2007).

## **Conclusion du chapitre 1**

Ce chapitre a démontré comment les choix pris en France pour réguler les dépenses de santé orientent le rapport que l'individu a avec le système de soins et, de cette manière, expliquent une part du phénomène de non-recours aux soins chez les populations précaires. Derrière cela, nous pensons principalement à la part laissée progressivement aux complémentaires santé, alors que leur accès demeure inégal. En disposer ou non détermine fortement la consommation de soins et fait que, pour reprendre l'approche des économistes de la santé, la demande ne rencontre pas toujours l'offre de soins. C'est aussi pour cette raison que les renoncements pour raisons financières sont observés davantage sur les soins dentaires et optiques, c'est-à-dire sur les soins les moins bien remboursés par l'assurance maladie obligatoire et pris en charge de manière inégale selon la complémentaire santé. C'est enfin aussi pour cette raison que ces comportements sont rarement synonymes d'abandons de soins. Les individus gardent en tête le « besoin » qu'ils pensent avoir de se soigner, mais reportent les soins jusqu'au jour où les contraintes financières se feront moins fortes et où leur budget autorisera la souscription d'une complémentaire santé.

Au demeurant, il est aussi important de compléter cette analyse par le regard sur les significations et le vécu de ces situations de renoncements aux soins pour raisons financières, par les individus qui y sont confrontés. Plusieurs sentiments ont été observés dans les entretiens, principalement caractéristiques d'une frustration à ne pouvoir bénéficier du droit aux soins et du droit à une protection maladie. Ils nous semblent tous tenir à l'insécurité sociale dans laquelle les individus se sentent placés, à cette perception subjective d'une vulnérabilité liée à l'absence ou à la perte de protections collectives face aux risques de maladie, confirmant en cela la justesse de l'analyse proposée par R. Castel.



## CHAPITRE 2

### L'ÉLOIGNEMENT DU SYSTÈME DE SOINS : DISTANCE GÉOGRAPHIQUE ET REFUS DE SOINS

---

La compréhension du non-recours aux soins repose en premier lieu sur l'analyse des caractéristiques du système de soins, afin de tenir compte du contexte dans lequel ces situations prennent place. Parmi ces caractéristiques, nous venons de voir celles liées au financement des dépenses de soins. D'autres règles influent sur la rencontre entre une offre et une demande de soins et, *in fine*, autorisent ou non un individu à entrer en contact avec le système de soins. La littérature et les débats publics sur l'accès aux soins ont identifié une règle principale. Elle concerne la distance géographique qui sépare l'offre de la demande de soins. Lorsqu'elle est trop importante, elle pose des problèmes d'équité – chacun devant avoir le même accès au système de soins quelle que soit sa localisation sur le territoire français – et d'efficacité du système de soins (Lucas-Gabrielli, Nabet et Tonnellier, 2001). Cet angle d'analyse a donné lieu à un domaine de recherche spécifique, la géographie de la santé, qui est défini comme « l'analyse spatiale des disparités de niveaux de santé des populations et des facteurs environnementaux (au sens large) qui concourent à expliquer ces inégalités » (Picheral cité dans Vigneron, 2000 : 1). Trois grandes questions sont au centre de l'intérêt de la géographie de la santé selon Emmanuel Vigneron : l'état de santé des populations (besoins de soins), la localisation de l'offre et de sa répartition sur le territoire (offre), la variation géographique de la consommation de soins (consommation).

Ces trois éléments entrent en résonance avec une approche rigoureuse des différents mécanismes conduisant au non-recours aux soins. Il ne s'agit bien sûr pas pour nous de reproduire les méthodes et d'utiliser les outils et concepts de la géographie de la santé, ni même ceux de l'épidémiologie sociale qui se tourne de plus en plus vers les approches géographiques et spatiales<sup>276</sup>. Mais, tout comme nous l'avons fait au chapitre précédent

---

<sup>276</sup> Nous pouvons faire ce constat pour les recherches sur les inégalités sociales de santé. Il est frappant de voir dans les colloques scientifiques dédiés à cette question le nombre de présentations en épidémiologie qui tentent de saisir les difficultés d'accès aux soins, les différences d'états de santé ou de comportements, en fonction de différentes zones géographiques ou spatiales. Ces approches sont toutefois l'objet de critiques ; P. Aïach reproche notamment leur faible approfondissement théorique, lorsqu'elles mobilisent des notions comme le « contexte » et « l'environnement » sans les définir et sans tenir compte des conditions et modes de vie des individus qui les composent. De la sorte, ces notions ne seraient que des sortes de boîte noire,

avec l'économie de la santé, ces travaux nous permettent de formuler et préciser nos hypothèses quant aux déterminants du non-recours aux soins. Marqués par la complexité, les phénomènes de non-recours aux soins demandent d'élaborer des hypothèses au croisement de différentes disciplines. Nous pouvons ainsi nous demander si l'éloignement entre un individu et les services de santé est un facteur de non-recours aux soins<sup>277</sup>. C'est ce que nous aborderons dans un premier temps, en analysant les difficultés de recours aux soins que rencontrent ou non les individus, du fait de la distance géographique. De plus, parler d'éloignement des services de santé requiert, dans une perspective sociologique, de tenir compte des différentes capacités des individus à se déplacer et, en l'occurrence, des différents freins matériels et psychologiques à cette mobilité (section 1).

Avoir des soins à proximité ne veut pas pour autant dire que ceux-ci soient accessibles. En réduisant notre focale d'observation, nous aborderons le rôle des médecins généralistes qui sont, de surcroît depuis la réforme du médecin traitant, le point d'entrée principal dans le système de soins. Nous verrons ainsi dans un second temps la question des refus de soins de la part des professionnels de santé à l'encontre des patients bénéficiant de la CMU-C et de l'AME. Notre analyse décrira en quoi ils induisent de l'éloignement, matériel et symbolique, pour les individus en situation de précarité (section 2).

---

présentées comme des déterminants de la santé, et empêcheraient de comprendre « les mécanismes qui relie, d'une part, l'aire de résidence et, d'autre part, les comportements de santé et l'état de santé » (Aïach, 2008 : 4).

<sup>277</sup> Rappelons qu'une étude du CETAF établit des variations de non-recours aux soins en fonction de zones géographiques, à l'échelle de la région Rhône-Alpes (Dupré et al., 2007).

## **1. REPARTITION GEOGRAPHIQUE DE L'OFFRE DE SOINS ET FREINS INDIVIDUELS**

Les rapports et travaux de recherche sur l'accès et le recours aux soins invitent à comprendre ces phénomènes dans le contexte d'une offre de soins donnée. De même que l'accessibilité financière, l'accessibilité géographique est citée comme facteur important dans le recours aux soins. Le rapport 2007-2008 de l'ONPES en donne un exemple. La faible densité médicale sur certains territoires français y est évoquée en premier pour préciser en quoi « le non-recours aux soins s'explique aussi par l'organisation du système de santé » (ONPES, 2008 : 173).

Il nous a semblé intéressant de tester cette hypothèse à partir des terrains d'enquête qui, rappelons-le, sont répartis sur quatre territoires. Ces derniers, certes hétérogènes, ont en commun de refléter des zones à l'offre de soins plus faibles qu'ailleurs (zones urbaines sensibles, milieu rural du centre et de l'est de la France...). Dès lors, les questions introduites dans la grille d'entretien nous ont permis d'analyser si la répartition de l'offre de soins, ainsi que sa composition, ont un effet sur le non-recours aux soins des populations précaires. Nous évoquerons tout d'abord le facteur de la densité médicale avant d'envisager la dimension propre à la mobilité des personnes.

### **1.1. Distance, disponibilité de l'offre de soins et rapport au temps**

Deux éléments peuvent être distingués derrière la catégorie « densité médicale ». Le premier, auquel il est le plus souvent fait référence, correspond à la distance physique, kilométrique, entre la demande et l'offre de soins. Le second, perçu à travers les entretiens, renvoie à la disponibilité de l'offre de soins vis-à-vis des demandes exprimées sur un territoire. Pour le dire autrement, en plus de regarder statistiquement l'absence d'offre de soins, il est intéressant de regarder en quoi une sous-offre de soins à l'égard des besoins peut contribuer à l'explication des formes de non-recours aux soins.

#### ***a) Une offre de soins éloignée et/ou peu disponible***

Les contraintes liées à une faible densité médicale varient selon le type de médecins auquel veulent faire appel nos interlocuteurs. A nouveau, les difficultés rencontrées se concentrent sur les soins de médecins spécialistes. En effet, à aucun moment le manque



de médecin généraliste sur un territoire n'a été présenté ou ressenti comme une difficulté suffisante pour expliquer directement le non-recours aux soins. Les quelques remarques faites par les personnes habitant l'Ain ou la campagne environnante de Dijon portaient plutôt sur l'absence de choix. Elles évoquaient par exemple le manque d'alternative, autour de leur lieu de résidence, à un médecin généraliste avec lequel elles ne s'entendent pas ou qui n'a pas bonne réputation. Dans d'autres lieux, nos interlocuteurs insistaient sur l'instabilité des médecins généralistes et leur *turn over* plus fortement critiqués qu'ailleurs. Une préoccupation s'est fait ressentir, sachant la place importante donnée à la relation avec les soignants, construite sur un temps long et seulement une fois la confiance éprouvée. Le départ de deux médecins traitants, vécu comme un « choc » ou moins violemment comme un « embarras » par plusieurs individus rencontrés aux centres de santé de Grenoble, a bien permis de le démontrer. Voici en quels termes cet homme évoque ce changement, après avoir été confronté à plusieurs départs de soignants lors du suivi de sa maladie chronique, laissant apparaître une forme de lassitude :

*« Mais je me dis pourquoi quand on tombe sur des personnes qui sont potables, elles s'en vont. C'est ça, je me dis toujours qu'on est rattaché à quelque chose et cette chose ne reste pas. Alors ça me décourage. Vous vous dites à quoi ça sert de s'engager si à chaque fois que la personne avec qui vous êtes engagé s'en va. À chaque fois, à chaque fois il faut redémarrer à zéro, il faut dire ceci, il faut reparler de cela, il faut redire son problème. »*

### Entretien 3

Par contre, la faible densité médicale et ses contraintes sur le recours aux soins sont revenues à propos des médecins spécialistes<sup>278</sup>. Les déclarations de reports ou d'abandons de soins pour ce motif se sont surtout concentrées sur les soins dentaires et gynécologiques, où le manque de soignants était présenté comme problématique. L'ONZUS a bien démontré dans ses rapports annuels la situation des « Zones urbaines sensibles » (ZUS), pour ne prendre que ce type de territoire en exemple. Dans sa partie sur la santé, le rapport de 2008 indique une densité médicale deux fois moindre en ZUS qu'en France métropolitaine. Il affirme que « les médecins en ZUS représentent 3,9% des médecins métropolitains, alors que ces quartiers regroupaient 7,6% de la population métropolitaine

---

<sup>278</sup> Inversement, une forte densité médicale, ainsi qu'un contexte de résidence marqué par un niveau socioéconomique élevé, augmentent la probabilité de recourir à un spécialiste (Chaix et Chauvin, 2005).

au recensement de 1999 » (ONZUS, 2008 : 134). Cette sous-représentation est plus marquée pour les médecins spécialistes que pour les médecins généralistes.

Un entretien effectué au CES de Bobigny illustre l'absence d'offre de soins sur un territoire donné et les conséquences sur la fréquence et le type de recours aux soins. Cet entretien était initialement prévu avec un homme identifié par les secrétaires du centre puisque, bien qu'ayant une complémentaire santé, il se trouvait en non-recours aux soins dentaires et généralistes. Mais il s'effectuera avec sa femme venue accompagner son mari au bilan de santé. Tous deux sont originaires des Comores et lui, arrivé récemment en France, ne maîtrise pas suffisamment le français pour être autonome dans ce type de démarches. L'entretien, bien qu'il ne porte pas uniquement sur la situation de cet homme, se révélera enrichissant. Tout au long de celui-ci, sa femme se présentera comme celle ayant en charge la santé de sa famille, que ce soit pour ses six enfants ou pour son mari. Elle insistera notamment sur l'attention qu'elle porte au respect des préconisations des médecins. C'est également elle qui défendra l'intérêt d'être couvert par une complémentaire santé afin de faire face aux dépenses de santé régulières ou imprévues. Toutefois, malgré ses volontés, cette femme rencontre des difficultés à appliquer les principes qui guident le suivi de la santé de sa famille. Celles-ci tiennent en particulier à l'offre de soins inexistante dans le quartier où la famille est installée, situé dans un département de la couronne parisienne caractérisé par son fort taux de pauvreté et sa faible densité médicale. En particulier, cette femme expliquera que le quartier, accueillant plus de 15 000 habitants, ne compte plus qu'un cabinet dentaire depuis que le second a fermé. Cela a eu comme conséquence pour la famille de modifier ses comportements de santé et de stopper les démarches de prévention. Bien qu'informée de la recommandation d'une visite annuelle chez un dentiste, et y adhérant, cette femme reconnaît ne plus pouvoir la suivre :

« - Qu'est-ce que vous pensez de ce que les dentistes demandent alors, d'y aller une fois par an ?

- *Si, c'est bon mais vous savez le problème, comme je vous disais [dans mon quartier], pour aller prendre un rendez-vous, tu prends six mois et des fois... Franchement, c'est long. Parce que avant il y avait les dentistes qui étaient privés, là c'était bon parce qu'on pouvait prendre rendez-vous, c'était 10 jours ou 15 jours ou des fois il te prend en urgence et c'est bon. Mais maintenant, il est parti ce médecin et il y a personne. Tout d'un coup...*

- Maintenant vous êtes obligés de passer par le centre de santé ?
- *Oui. Même moi ma fille, elle a eu ses 13 ans, on devait aller voir le dentiste mais comme il n'y en a pas à côté je cherche des adresses ! Je demande aux gens mais après j'ai pris rendez-vous au centre et on ne nous l'a pas accordé.*
- Ça freine un peu d'aller chez le dentiste ?
- *Oui, c'est énervant. Des fois, on a pas le choix.*
- Quand est-ce que vous allez chez le dentiste alors ? Quand ça fait mal ou est-ce que vous y allez par prévention, pour une visite de routine ?
- *Moi avant, j'y allais quelquefois pour soigner les dents, mais maintenant comme il n'y en a pas, ça fait loin que j'ai pas allé.*
- Avant vous étiez suivis régulièrement ?
- *Oui. »*

Entretien 84 : Femme, 39 ans, Comorienne, mariée, sans diplôme, femme de ménage, complémentaire privée, 36,09 (Q4)

Ce que cette femme met en cause, c'est à la fois la distance à l'offre médicale – distance géographique et symbolique puisque les cabinets se trouvent principalement dans une ville limitrophe où elle ne veut « *pas aller traîner* » – que la disponibilité de l'offre de soins située à proximité du domicile familial. Les rendez-vous au centre dentaire restant dans son quartier sont jugés par elle être dans des délais trop longs (de l'ordre de six mois) par rapport aux anciens dentistes et surtout avec des modalités de prise de rendez-vous complexes. Ces deux facteurs réunis ont occasionné un rendez-vous non honoré, expérience qui a été décisive dans le choix de ne plus consulter pour le moment de dentiste de manière préventive.

### ***b) Délais de rendez-vous et rapport au temps des populations précaires***

D'autres entretiens retracent les problèmes induits par les délais de rendez-vous et l'absence de disponibilité des soignants<sup>279</sup>. Quelques spécialités focalisent l'attention sur ce point. C'est le cas de l'ophtalmologie, connue par ailleurs pour avoir de longues listes d'attente et un faible nombre de praticiens ne demandant pas de dépassements d'honoraires. La démographie médicale décroissante ne permet pas une prise en charge appropriée des besoins de soins et de dépistage, nécessitant une adaptation de la profession et une redéfinition de ses périmètres de compétences avec les opticiens et

---

<sup>279</sup> C'est le plus souvent autour de ces indicateurs que les travaux anglais sur l'accessibilité aux soins se sont penchés, regardant le rôle des délais de rendez-vous plutôt que celui de la distance géographique.

orthoptistes (Hamard, 2003). La situation structurelle de cette profession a des répercussions dans le processus de décision de consulter ou non. Plusieurs interlocuteurs ont ainsi expliqué avoir reporté leurs soins, voire les avoir abandonnés totalement. Ils envisageaient facilement cette dernière possibilité puisque des solutions alternatives à la consultation d'un ophtalmologiste existeraient, et qui plus est au résultat perçu comme similaire tout en étant plus rapide. Ainsi de l'achat de lunettes sur le marché ou, comme ci-dessous, du recours à l'opticien :

« - [Pour les spécialistes] *il faut aller à Bourg en Bresse ou à Villefranche. C'est fini l'époque où ils étaient ici et en plus c'est tous des charlatans. Ils jouent sur leur monopole. Par exemple, les ophtalmo ne font pas plus de tests qu'un opticien, c'est un spécialiste sans être un spécialiste, on se demande en quoi il est spécialisé.*

- Pour vos lunettes, vous êtes allé chez l'opticien ?

- *Oui et il m'a fait tous les tests comme il fallait et m'a dit que ce n'était pas encore le moment de mettre des verres progressifs.*

- Ce n'est pas un problème de coût qui fait que vous n'êtes pas allé chez ophtalmo ?

- *Non, j'ai gardé la mutuelle que j'avais quand j'étais à la banque. J'ai démissionné mais ils ont accepté de garder mon contrat pour la mutuelle. Je paye cher mais je suis bien remboursé. Sinon, c'est clair qu'on voit que la médecine à deux vitesses arrive. Quand j'étais à la banque, je voyais souvent des personnes qui n'arrivaient pas à boucler leur mois, même pour se soigner ils avaient pas l'argent.*

- Alors pourquoi ne pas être allé chez un ophtalmo ?

- *Je n'avais pas envie d'attendre 6 mois un rendez-vous. J'avais besoin pour mon travail, je ne voyais pas la cote alors que c'est nécessaire pour ma formation de menuisier. Mais en plus ce que j'ai vu, c'est qu'on attend 6 mois alors qu'un opticien fait la même chose qu'un ophtalmo.*

- Il y a d'autres tests qui sont faits, comme le fond de l'œil, etc.

- *Oui mais je savais aussi que comme le médecin j'avais rien de grave, que ma dégradation était due au temps mais qu'elle restait encore légère et normale.*

*Alors l'opticien ça a suffi. »*

Entretien 7 : Homme, 47 ans, Français, divorcé, BEP, sans emploi, complémentaire privée, 59,17 (Q5)

Les exemples de ce type, revenant sur le fait que « *c'est pas motivant* » de devoir attendre longtemps pour consulter, nous rappellent ici les « processus d'entonnoir qui créent un non-recours massif dès lors que des usagers potentiels, peu confiants dans les solutions proposées, supposent que leurs demandes n'aboutiront pas ou trop difficilement » (Warin, 2003b : 99). P. Warin fait ici référence aux « stratégies délibérées visant à sélectionner des publics d'ayants droit », provoquer de la non-demande étant une solution à l'engorgement des services administratifs<sup>280</sup>. En cela, il n'est pas loin d'une hypothèse émise dans le sondage sur « Le système de santé, l'accès aux soins et les couvertures complémentaires », réalisé par l'Institut IPSOS à la demande du CISS. Ce sondage démontrait notamment des disparités, en fonction de la protection santé, dans la probabilité de renoncer à des soins à cause de la difficulté d'obtenir un rendez-vous dans un délai suffisamment rapide. Les bénéficiaires de la CMU étaient ainsi 44% à déclarer renoncer pour cette raison, tandis qu'ils étaient 32% dans le reste de la population. Pour expliquer ce pourcentage plus élevé parmi les bénéficiaires de la CMU, le sondage avance « qu'on ne peut exclure les discriminations dont ils sont l'objet, des délais excessifs étant une manière détournée de leur refuser une consultation » (IPSOS, 2007 : 5).

Il est également important d'aborder, comme explication complémentaire, le rapport au temps des personnes en situation de précarité. C'est une condition essentielle pour comprendre pourquoi la longueur du délai de rendez-vous chez un soignant peut être un frein au recours aux soins pour certains individus. Ceux qui ont indiqué abandonner ou reporter les soins à cause de ces délais exprimaient des difficultés à organiser leur emploi du temps. Il est admis que l'une des caractéristiques de la précarité et des formes « d'insécurité sociale » se situe à ce niveau. Pour reprendre l'analyse à nouveau éclairante de R. Castel, « la précarité est aussi un rapport au temps. Car pour maîtriser l'avenir, il faut une certaine stabilité du présent. Les droits constitutifs de la propriété sociale permettent de planifier sa vie. Si on en est privé, on est obsédé par le présent sans savoir de quoi demain sera fait. La remontée de l'insécurité sociale, c'est aussi le retour de la vie « au jour la journée », qui était la condition générale de la plus grande partie du peuple au 19e siècle, et donc à nouveau le risque de ne pas avoir les éléments de maîtrise de son destin

---

<sup>280</sup> Ce non-recours par effet de sélection est observé dans le champ de l'insertion professionnelle. Les intervenants sociaux peuvent sélectionner, parmi ceux qu'ils inscrivent dans leurs dispositifs, les personnes qui leur semblent les plus facilement « employables ». La sélection de ces publics peut également se faire par « bienveillance », les intervenants sociaux indiquant par exemple ne pas proposer de services à des publics qui auraient trop de difficultés à s'insérer, pour ainsi leur éviter un nouvel échec. Voir Blanchet N., en cours. *Responsabilisation individuelle et non-recours aux dispositifs d'insertion socioprofessionnelle : le cas des PLIE en Rhône-Alpes*. Grenoble, Thèse de doctorat de science politique.

social » (Castel, 2006). Le sociologue relie ce rapport particulier au temps, non pas à une caractéristique psychosociale, mais aux transformations de la condition salariale et à l'émergence d'un « précarité ». Il poursuit : « beaucoup de difficultés actuelles peuvent ainsi se lire en termes de transformation du rapport au temps. La conception que nous pouvions avoir de l'avenir, il y a trente ans, avec la croyance assez générale que demain serait meilleur qu'aujourd'hui, permettait de se projeter. Le salarié pouvait par exemple accéder à la propriété, faire ses emprunts sur dix ans parce qu'il avait la quasi-certitude que dans dix ans il travaillerait encore et que son salaire aurait augmenté... Il pouvait maîtriser son avenir. Comment le salarié qui, aujourd'hui, prend son Contrat Nouvelle Embauche (CNE) et peut être licencié du jour au lendemain, peut-il penser sa vie dans trois ans, voire même dans six mois ou dans quinze jours ? C'est cela aussi la précarité » (Castel, 2006).

L'anticipation et la projection dans le futur seraient ainsi contraintes par la situation de précarité actuelle. Ce serait là l'une des explications de non-recours aux soins ou, de manière générale, aux droits sociaux. C'est en tout cas dans ce sens que vont les travaux de Nicolas Fieulaine. Ce chercheur en psychologie sociale met en effet la variable du rapport au temps au centre de ces phénomènes, en envisageant le rôle joué par la « perspective temporelle » intégrant la manière de se représenter le présent, le passé et le futur. Cette dernière, en plus d'avoir des conséquences sur la santé psychologique des populations précaires<sup>281</sup>, sert de variable explicative au non-recours. Comme l'exprime N. Fieulaine, « avoir recours à l'aide ou aux droits sociaux, c'est concevoir sa situation comme durable (condition d'un besoin et de la possibilité d'envisager une solution) et s'engager dans une pratique de planification, c'est-à-dire de mise en œuvre d'actions présentes en vue de transformer l'avenir » (Fieulaine, 2007 : 43). Son approche invite ainsi à nous interroger sur l'inadéquation entre les temporalités portées par les dispositifs d'action étudiées, dans le domaine de l'insertion économique et la santé, et les temporalités portées par les individus en situation de précarité, en tant qu'elle peut provoquer des phénomènes de non-recours aux droits sociaux.

---

<sup>281</sup> C'est plus précisément le fait de se reporter au passé, et de considérer celui-ci comme négatif, qui induit des troubles psychologiques de type anxiété et dépression (Fieulaine, Apostolidis et Olivetto, 2006).

## **1.2. Les freins matériels et psychologiques à la mobilité des populations précaires**

Au-delà de la densité médicale et de la disponibilité de l'offre de soins sur un territoire, il nous a semblé pertinent d'intégrer la dimension propre à la mobilité des personnes. La compréhension des déterminants géographiques du non-recours aux soins ne peut se faire sans tenir compte de cette dimension. Le développement récent de nombreuses recherches sur la mobilité, en sciences sociales, confirme le besoin de ne plus envisager la distance en soi, mais de la réinterroger en tenant compte des capacités de déplacement, inégalement réparties. La mobilité devient d'ailleurs un nouvel enjeu, de plus en plus intégré pour comprendre les phénomènes de pauvreté sous cet angle mais également pour y répondre, les politiques publiques s'organisant parfois autour d'une « injonction à la mobilité » contestable (Fol, 2009). Cet élément est ressorti avec force dans un entretien qui, avec sa description, va nous permettre de comprendre en quoi les « obstacles » géographiques aux soins, la « distance » à une offre de soins, doivent être analysés dans leur articulation avec les situations et capacités individuelles. Plus précisément, la question du non-recours peut être interprétée au regard de la capacité ou la « motilité » telle que la nomment Vincent Kaufmann et Eric Widmer. Ces deux sociologues la définissent comme « la manière dont un individu ou un groupe fait sien le champ du possible en matière de mobilité et en fait usage » (Kaufmann et Widmer, 2005 : 200). Ils déclinent la motilité en trois dimensions : l'offre en matière d'accessibilité, les compétences nécessaires à l'usage de cette offre et l'appropriation qui renvoie aux représentations et aux sens donnés aux possibilités de mobilité. Selon eux, l'étude de la motilité doit tenir compte de chacune de ces trois dimensions qui « font système » (Kaufmann et Widmer, 2005 : 201).

L'entretien sur lequel nous nous baserons ici, en appliquant la grille d'analyse de V. Kaufmann et E. Widmer, a eu lieu dans l'un des cinq centres de santé de Grenoble. Précisons que ce centre est localisé dans un quartier desservi par les transports en commun. Rallier le centre ville où se situe l'offre de soins spécialisés ne prend ainsi que quelques minutes en tramway, la ligne étant directe. Rappelons également le profil particulier des individus rencontrés au cours de cette première enquête, qui se distinguent de ceux choisis dans les CES en fonction de leurs réponses sur le recours aux soins généralistes et spécialistes et sur la complémentaire santé. Les personnes vues à l'AGECSA étaient des patients des centres de santé, chez qui les médecins généralistes repéraient, de

leur perspective professionnelle, une prise en charge incomplète ou aléatoire de la santé. Elles étaient donc en contact avec cet acteur du système de soins, implanté dans des quartiers de relégation et défendant dès son origine le maintien d'une médecine de proximité. Pour ces raisons, l'explication d'un non-recours aux soins par l'accessibilité géographique et la distance nous semblait *a priori* peu pertinente – hormis pour les soins spécialisés – de surcroît lorsqu'une offre en matière d'accessibilité est disponible. Le cas d'une jeune femme que nous appellerons Djamila<sup>282</sup> nous démontre, pour autant, par quel intermédiaire la question de la motilité revient pour expliquer le non-recours aux soins.

Djamila est une femme de 33 ans qui fréquente régulièrement ce centre de santé de Grenoble, y étant suivie notamment pour des problèmes de santé mentale par son médecin traitant, en complément de son médecin spécialiste en dehors. Sur proposition de son médecin traitant, elle a accepté de revenir au centre pour participer à l'entretien bien qu'elle reconnaît avoir « *du mal à aller vers les autres* ». La confiance qu'elle accorde à son médecin traitant, qui l'a épaulée et qui continue à le faire dans de nombreux moments difficiles, joue sans conteste dans l'acceptation de l'entretien. Ce dernier fut très riche en informations. Une fois le dictaphone en route, marqueur d'un moment formel et anonyme durant lequel elle peut se livrer, Djamila narre les éléments de sa trajectoire sociale, depuis son départ forcé en Algérie puis son retour en France jusqu'aux passages en service de psychiatrie. Même si la naissance de sa deuxième fille lui redonne « *un peu de soleil* », elle confiera combien la dépression l'empêche de mener une vie « *normale* » en lui donnant une identité disqualifiée auprès de ses proches. Pour le moment, « *l'énergie* », ce nécessaire carburant sur lequel elle revient régulièrement, lui manque. Cela se traduit par le fait que, dès « [que je me] *lève*, [je suis] *crevée et n'ai qu'une hâte, c'est d'aller [me] recoucher* ». Sa situation reste de ce fait marquée par la « *survie* » telle qu'elle la décrira longuement. Elle conçoit l'énergie comme indispensable pour s'insérer et se maintenir dans le milieu professionnel, par des emplois qu'elle accumule de manière irrégulière, mais énergie également pour effectuer les soins dont elle pense avoir besoin. Les conséquences se font ressentir dès les démarches administratives :

---

<sup>282</sup> Nous avons fait le choix d'appeler par un prénom certains de nos interlocuteurs. Nous nous gardons ici de tout « paternalisme latent ou affiché » à leur égard, biais qui serait observable dans les recherches sur les populations dominées par l'attribution, par le sociologue, d'un prénom à chaque enquêté (Pinçon et Pinçon-Charlot, 2005 : 103). Notre recours au prénom découle de pratiques méthodologiques en sociologie de l'individu qui consistent, par l'intermédiaire des portraits, à « partir du singulier pour comprendre le social » (Martucelli et de Singly, 2009 : 111).



« - Même pour les spécialistes, vous n'avez pas eu de renoncement aux soins pour causes financières ?

- *Si par fainéantise car il fallait renouveler mon dossier, ça devait mal aller à cette période parce que je suis un peu déprimée. Donc j'ai dû payer quelques consultations.*

- Vos droits sont irréguliers. Vous ne savez pas comment faire pour éviter cela ?

- *Il faut aller à la sécu alors quand on est malade on arrive pas à sortir.*

- C'est loin ?

- *C'est cour de la libération [à un peu plus de 2 kilomètres de chez elle], ça fait pas loin pour quelqu'un de dynamique mais moi... là ça m'arrive plus heureusement depuis des années mais...*

- Peur d'aller dehors ?

- *Ouais, c'est la peur de tout. »*

Entretien J : Femme, 33 ans, Française, séparée, CAP, sans emploi, CMU-C

La caractéristique anxiogène de chaque déplacement, et le repli évoqué ici, se retrouvent lorsque nous abordons les soins dentaires. Djamilia ressent des besoins urgents sur ce plan puisqu'elle déclare avoir perdu une dent juste avant l'entretien. Elle témoigne du même registre de difficulté dans la prise en charge régulière et dans leur totalité de ses soins dentaires :

« - *Je mets dans les priorités, la bouffe, le lait...*

- C'est ça les priorités ? La santé aussi ?

- *Ouais ouais. Surtout pour mes filles, moi j'ai tendance à me délaisser comme j'ai des soins à faire pour les dents, j'ai attendu des années avant de m'y mettre mais là j'ai pris rendez-vous et je vais y aller. C'est vrai que j'ai tendance à me délaisser.*

- Il n'y a pas de risque pour vos dents ?

- *Oui je sais mais la peur, la peur du dentiste, faire les démarches, y aller, des trucs comme ça. C'est une phobie. [...]*

- [Maintenant que vous avez repris rendez-vous], est-ce que c'est parce que la peur du dentiste est finie ?

- *Il m'a rien fait là ! Juste des radios et on verra la prochaine fois.*

- Où ?

- *A Echirolles à la mutuelle.*

- Ce n'est pas loin quand on fait la démarche alors.
- *Oui mais pour moi c'est loin.*
- C'est loin ?
- *Oui pour moi loin c'est sortir de [mon quartier]. »*

Entretien J

La moindre sortie envisagée en dehors de l'espace connu et rassurant est vécue sur le mode de la difficulté. Les termes comme la « peur », la « fatigue » ou encore le besoin de « supporter » les trajets sont utilisés. Eric Le Breton, dans une recherche-action sur les relations entre mobilité et insertion sociale, a une très belle formule pour rendre compte de ces sentiments : « avant d'être mobile physiquement, il faut avoir une représentation du territoire où le déplacement s'effectue. Nous sommes mobiles par la pensée avant d'être mobiles par le corps ou, pour le dire autrement, nous ne pouvons être mobiles par le corps que dans les limites du territoire que l'on maîtrise par la pensée » (Le Breton, 2005 : 102-103). Et en effet, de la même manière qu'il l'observe chez des personnes en situation d'insertion professionnelle, de nombreux freins sont évoqués par notre interlocutrice avant que le déplacement ne soit engagé. Ils interviennent dans le moment même où elle se projette dans un territoire inconnu et dans l'effort physique et psychologique que cela va demander. A cela s'ajoute le fait que la motilité demande une organisation et des compétences matérielles, cognitives et psychosociales (gérer son agenda, repérer et s'approprier les réseaux de transports, anticiper les contacts avec la population...). Djamila démontre comment le cumul de ces différentes dimensions entraîne des difficultés à sortir des « territoires de l'assurance », « ces territoires du proche [qui] sont ceux de l'autonomie » (Le Breton, 2005 : 104) :

- « - *C'est ça qu'est bien [dans mon quartier] c'est que y a tout à proximité.*
- Et si [les cabinets de médecin généraliste avaient été] loin ?
- *Ça compliquerait la vie. J'ai du mal... j'ai pas d'énergie, j'ai que de l'énergie pour faire l'essentiel... du coup courir à droite à gauche c'est pas mon truc. Vous allez rigoler mais la dernière fois je devais emmener ma fille chez l'orthodontiste, j'ai honte mais j'ai appelé la TAG [la compagnie de transport de l'agglomération grenobloise], c'était à Pont de Claix et ils m'ont dit vous prenez le [bus numéro] 1 et vous vous arrêtez à tel arrêt et moi je croyais que le 1 c'était à Grand place. Le bus. Du coup j'y suis allé, on a perdu du temps à chercher, à tourner en rond, à*

*demander et en fait c'était pas à Grand place mais en ville qu'il fallait le prendre. Du coup j'ai annulé, j'étais dégoûtée, j'ai du mal... pourtant je suis de Grenoble...*

- Vous avez fait quoi après ?

- *J'ai rappelé tout de suite et j'ai repris un autre rendez-vous. J'y vais le 3 février. J'ai honte, ma fille me regardait comme ça [elle mime quelqu'un d'éberlué et en rigole]. Ça craint. »*

Entretien J

Les références dans cet extrait d'entretien au sentiment de « *honte* » que Djamilia ressent à l'égard des difficultés à se déplacer sont intéressantes à double titre. En premier lieu, elles viennent signaler le rôle joué par le « capital psychologique » qui, d'après le modèle des déterminants sociaux de la santé et du recours aux soins, recouvre l'estime de soi, le sens de la cohérence et l'efficacité perçue (Chauvin et Parizot, 2005b). L'étude de Fabienne Bazin sur les déterminants psychosociaux du renoncement aux soins pour raisons financières en donne un exemple. En plus de ce qui a trait aux ruptures sociales et aux représentations de la santé, cette épidémiologiste constate une association entre la variable de renoncement aux soins et celles, psychologiques, appréhendant l'estime de soi. L'une des manières d'expliquer cette association est que « la perte d'estime de soi peut s'accompagner d'une diminution du souci de soi en général et donc, en particulier, de mobiliser ses ressources (y compris financières) pour des soins médicaux » (Bazin et al., 2006 : 26). Ici, dans le cas de Djamilia, l'estime de soi aurait un impact sur la motilité. En second lieu, la référence à la honte vient imager l'analyse que F. Dubet fait des épreuves de l'égalité, plus précisément celle qu'il nomme la « conscience malheureuse ». Du fait de l'émergence d'une conception de l'égalité fondée sur le sujet et de l'affaiblissement des grands collectifs d'appartenance à la société, « l'individu lui-même se perçoit comme le responsable de son propre malheur et se laisse envahir par la conscience malheureuse. Le triomphe du principe d'égalité désocialise l'expérience des inégalités dans une société restant fondamentalement inégalitaire, mais qui tend à produire les inégalités à travers une série d'épreuves individuelles et non plus d'enjeux collectifs ou, plus exactement, qui tend à masquer les enjeux collectifs derrière les épreuves personnelles » (Dubet, 2004 : 40). Les difficultés d'accès et de recours aux soins, sur lesquelles nous interrogeons Djamilia, verbalisées à travers le vocable de la honte, nous semblent être une manière d'éclairer ce changement dans la conception de l'égalité et les épreuves subjectives qu'elle induit pour les sujets fragilisés, dès lors qu'ils ont conscience de ne pas bénéficier de leurs droits de manière égale aux autres.

Au-delà de cette analyse de la « honte », l'entretien avec Djamilia restitue la « barrière géographique » qui peut se poser à l'accessibilité aux soins. Ce déterminant tient autant aux représentations et au vécu de la distance (influencés par des facteurs tels que le « capital psychologique » dans le cas présent), qu'à la distance physique. Ce à quoi il faut ajouter, pour envisager la motilité sous toutes ses dimensions, les compétences et ressources nécessaires, pourtant inégales. Les déplacements ont des coûts moraux, symboliques, financiers et matériels<sup>283</sup>, qui, en se superposant, peuvent expliquer des formes de non-recours aux soins chez les populations précaires. Les nombreuses références dans d'autres entretiens au « *dégoût de tout* », au fait d'avoir « *du mal* » ou ne pas avoir « *envie* » de sortir de chez soi, se « *mettre des freins* », se « *traîner* » ou avoir la « *flemme* », viennent confirmer ce constat au-delà du seul cas de Djamilia.

### **Conclusion 1.**

Ainsi, la distance géographique entre l'offre et la demande de soins n'est pas en soi un déterminant du non-recours chez les populations précaires<sup>284</sup>. L'analyse des entretiens démontre que c'est avant toute chose la disponibilité d'une offre de soins faiblement présente dans le contexte de résidence des individus qui peut induire de telles situations. Nous pouvons y voir un effet de la « loi des soins inversés » (*the inverse care law*) proposée en 1971 par Julian Tudor Hart. A cette époque en Angleterre, ce médecin a constaté un taux de morbi-mortalité supérieur dans les territoires les plus défavorisés et les moins équipés en services de santé (au niveau hospitalier ou en médecine générale). Il en a déduit une loi générale selon laquelle « la disponibilité des soins médicaux de qualité tend à être inversement proportionnelle aux besoins de la population desservie » (Hart, 1971 : 7696). Plus de trois décennies plus tard, et dans un contexte national différent, le constat pourrait être le même. Alors que des besoins de soins sont particulièrement forts

---

<sup>283</sup> Les entretiens avec des jeunes au CES de Bourg en Bresse ont pu démontrer cet aspect. Vivant dans des villages éloignés des principales villes, la question de la mobilité se posait à eux avant tout dans des termes matériels : le permis puis la voiture sont considérés comme les facteurs déterminants dans la possibilité de se déplacer. En l'absence de possession de moyen de locomotion propre, inégalement réparti (Le Breton, 2005), ces jeunes expliquaient la nécessité de compter sur des solidarités familiales et/ou de voisinage pour se déplacer et se rendre à leurs différents rendez-vous, avec le coût symbolique que ces situations de dépendances demandent.

<sup>284</sup> Ce constat rejoint l'une des conclusions d'une étude de l'ORS du Nord-Pas de Calais sur « distance, proximité, accessibilité, attraction et recours de la population vis-à-vis du système de soins ». Elle indique en effet que les distances à l'offre de soins, observées sur un territoire pourtant connu pour avoir une faible densité médicale, provoquent peu de phénomènes de non-recours aux soins.

dans des territoires maintenant bien identifiés, grâce au développement de l'épidémiologie et plus généralement de l'observation sociale locale, ils ne peuvent être pris en charge faute d'une offre de services de santé suffisante et adaptée.

Toutefois, l'autre facteur que nous avons isolé, non mentionné en son temps par J.T. Hall et très rarement présent dans des études sur le recours aux soins, concerne la capacité de mobilité des individus en situation de précarité. Elle nous est apparue très explicitement en interrogeant des personnes qui, bien qu'ayant une offre de soins à proximité, ressentaient des difficultés à s'y rendre. En cela, et quelles qu'en soient les raisons, la construction d'un système de soins basée sur l'idée que c'est au patient de se déplacer, et que chacun est en mesure de se déplacer *a minima*, néglige cette motilité inégale.

## **2. AVOIR DES SOINS A PROXIMITE ET NE PAS POUVOIR Y ACCEDER : LES REFUS DE SOINS.**

L'analyse de l'accessibilité géographique et des capacités de mobilité renvoie les causes du non-recours du côté individuel (les potentiels patients) et institutionnel (l'organisation de l'offre de soins sur un territoire). En d'autres termes, une telle perspective n'appréhende pas le rôle que peuvent jouer les acteurs pivots dans ce système de soins, à savoir les médecins. Nous avons vu, dans notre première partie, comment l'émergence de préoccupations pour le non-recours aux soins des populations précaires a été concomitante à l'inscription dans le débat public du « problème » des refus de soins. Les refus de soins, dont seraient victimes les bénéficiaires de la CMU-C et de l'AME sont devenus le symbole des discriminations dans l'accès aux soins, bien que celles-ci soient multifformes<sup>285</sup>. Dans ce contexte, les entretiens avec des individus bénéficiant de ces deux prestations, ou y étant éligibles, nous ont permis d'aborder cette question. Nous en proposons une analyse complémentaire aux études parues récemment, en donnant notamment accès aux répercussions des refus de soins sur l'individu et sur la gestion de sa santé.

---

<sup>285</sup> En effet, alors que le débat public s'est focalisé sur les refus de soins, les discriminations en matière d'accès aux soins recouvrent des formes et des pratiques plus hétérogènes. Une étude sur les discriminations à l'encontre des personnes d'origine étrangère en France (Carde, Fassin, Ferré et Musso-Dimitrijevic, 2002) décline des pratiques allant du plus explicite (propos racistes, reports indéfinis de rendez-vous...) au plus implicite (prise en charge différenciée du patient en lui proposant moins d'examen complémentaires ou de traitements, organisation de filières de soins spécifiques ...).

## **2.1. Refus de soins et sentiment de relégation**

### ***a) Des refus de soins difficiles à repérer par les patients***

Décrire la situation d'une femme avec qui nous avons effectué un entretien est utile pour entrer dans l'analyse des refus de soins. Sa situation permet d'explicitier un des biais centraux sur cette question, relatif à la visibilité ou la perception des pratiques des professionnels de santé. Cet entretien a eu lieu lors de l'une des matinées passées au CES de Dijon. Ce jour-là, beaucoup de consultants sont des jeunes issus d'un Centre de formation d'apprentis (CFA), c'est-à-dire des mineurs que nous ne pouvons interroger. La secrétaire d'accueil nous indique une seule personne entrant dans les critères de l'étude. Il s'agit d'une femme ayant un score EPICES élevé – elle appartient au dernier quintile – et désignée selon le vocabulaire des centres comme « article 2 CMU ». Nous faisons plusieurs fois le tour de ce grand centre avant de la rencontrer à la cafétéria. En nous présentant à elle et en lui expliquant l'enquête, nous ressentons une certaine distance de sa part. Elle nous interrompra d'ailleurs directement en expliquant être venue au centre pour rencontrer le dentiste, mais qu'elle n'a pas encore pu le voir ce matin. Elle indique ainsi la possibilité de devoir annuler l'entretien à tout moment.

Dans ces conditions, nous commençons par échanger autour de ses problèmes dentaires. Elle nous montre sa cavité bucco-dentaire, et également à la personne chargée de servir les collations à la cafétéria. Le sang et le tartre se mêlent à une gencive inexistante. De nombreuses dents bougent sur une simple pression de sa part. Ce constat nous amène à prendre la décision d'aller directement voir la dentiste. Elle nous expliquera toutefois ne pas pouvoir accueillir cette consultante pour le moment, étant seule pour effectuer le bilan dentaire aux nombreux jeunes du CFA. Nous nous réinstallons alors à la cafétéria, sans l'agent d'accueil qui est repartie à ses tâches, dans l'attente d'une éventuelle place chez la dentiste. L'entretien pourra se dérouler et durera une vingtaine de minutes. Il ne sera pas enregistré puisque cette femme n'a pas donné son accord – c'est le premier et le seul dans ce cas. Demandeuse d'asile depuis deux ans, elle déclare avoir fui son pays pour des raisons politiques. Pour cette raison, elle ne veut pas être reconnue et souhaite garder l'anonymat. Elle jettera un coup d'œil, tout au long de l'entretien, sur les notes que nous prenons. Avant de partir, elle redemandera des précisions sur l'enquête et l'effacement des données qui permettraient de la reconnaître (son pays d'origine et ses activités politiques, son lieu actuel de vie...).

Pour lancer cet entretien particulier, pouvant être interrompu à chaque instant, nous repartons de ses problèmes dentaires et nous décidons de ne pas suivre la grille d'entretien. Celle-ci aurait été du reste inutile puisque nous avons surtout traité de sa santé dentaire, n'évoquant pas d'autres problèmes. Elle consulte régulièrement un médecin généraliste et observe les traitements indiqués pour ses allergies. Par contre, elle déclare ressentir depuis longtemps le besoin d'aller chez un dentiste et, pour le prouver, montre à nouveau ses dents. Ses problèmes la gênent au quotidien. Tous les matins, ses dents saignent et il se forme parfois un abcès en dessous du nez et au dessus de la lèvre, qu'elle perce elle-même. Elle ne peut plus manger qu'en utilisant les dents des côtés, celles du milieu pouvant tomber. Nous lui demandons donc si elle a entrepris de consulter un dentiste depuis qu'elle est en France. Dans l'optique de mettre fin à ce qui apparaît une préoccupation forte pour elle, elle a fait la démarche d'ouvrir ses droits à la CMU-C<sup>286</sup> dès son arrivée. Elle a ensuite pris contact avec un dentiste pour faire les soins nécessaires. Or, le premier dentiste qu'elle a rencontré lui a indiqué que les soins dentaires n'étaient pas couverts par la CMU-C. Croyant ce professionnel et démunie de ressources financières – elle répétera plusieurs fois à propos de cette situation : « *j'ai plus rien, j'ai plus rien* » –, elle a renoncé à ses soins. La seule solution qu'elle a envisagée était de venir au bilan de santé. Elle a ainsi fait la démarche elle-même de solliciter le CES le plus proche de son habitation. Malheureusement, elle n'aura pas pu faire ces soins dentaires. Nous la recroiserons après son passage auprès du médecin du centre qui, au vu de la situation sanitaire, avait essayé de trouver une solution avec la dentiste. Celle-ci n'a pas pu la consulter. Après s'être demandé comment l'aider, le reste de l'équipe du CES n'a pu que lui proposer d'appeler la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de sa région pour obtenir la liste des dentistes acceptant la CMU-C.

Le cas de cette femme fait réfléchir à la difficulté méthodologique d'estimer les refus de soins. Les études portant sur cette question ont employé la méthode du *testing* dans ce sens, pour contourner le biais du déclaratif par une observation des pratiques. Au-delà de ces aspects relatifs à la production de connaissance sur les refus de soins, nous voyons comment des individus perçoivent et interprètent, ou non, ces situations. En l'occurrence, cette femme ne mentionna nullement avoir été sujette à une telle discrimination. Cette absence de perception est vraisemblablement due au fait qu'elle n'avait pas de

---

<sup>286</sup> Les demandeurs d'asile relèvent de la CMU et de la CMU-C et non de l'AME, à partir du moment où ils en remplissent les conditions. Ils doivent notamment justifier d'une présence de trois mois sur le territoire français. A ce titre, l'attestation de dépôt d'une demande d'asile peut servir de justificatif.

connaissances suffisantes sur le fonctionnement de la CMU-C, pensant qu'aucun dentiste ne pouvait prendre en charge ses soins. Le cas de cette femme n'est sûrement pas isolé. Les enquêtes sur le refus de soins ont donné à voir les différentes attitudes, voire les stratégies volontaires, mises en œuvre par les professionnels de santé pour ne pas prendre en charge un patient bénéficiant de la CMU-C ou de l'AME. Tous les refus de soins ne sont pas des refus directs. Les typologies proposées par ces enquêtes démontrent d'autres pratiques ressortant d'une logique similaire. Des médecins évoquent par exemple qu'ils ne peuvent prendre de bénéficiaires de la CMU au-delà d'un certain quota ou qu'ils ont un emploi du temps surchargé (Desprès et Naiditch, 2006 ; MDM, 2006).

### ***b) Les sentiments de rejet provoqués par les refus de soins***

L'analyse des refus de soins demande par conséquent quelques précautions. Il est probable que d'autres interlocuteurs y aient été confrontés, mais sans en avoir eu conscience. Le phénomène pourrait avoir été sous-estimé. Il reste que plusieurs interlocuteurs ont déclaré avoir fait face à des refus de soins, principalement de la part de spécialistes (dentistes, gynécologues, dermatologues). Ce constat est cohérent avec toutes les études sur le sujet. Par contre, ces dernières ne permettent pas de connaître comment sont vécus les refus de soins par ceux qui en sont victimes. En effet, par leur méthode du *testing*, les refus sont mesurés sur des situations fictives. Elle consiste à prendre un rendez-vous factice chez un soignant, l'enquêteur se faisant passer pour un bénéficiaire de la CMU-C ou de l'AME. La construction de ces études passe par l'élaboration de plusieurs scénarios très précis, indiquant les caractéristiques sociales et médicales à présenter lors des appels au médecin. L'enjeu est central puisque c'est à partir de ces scénarios, comparant deux situations identiques (hormis sur le plan de la protection sociale) que le refus pourra être imputé ou non au bénéfice de la CMU ou de l'AME. De plus, ce ne sont jamais des bénéficiaires de la CMU ou de l'AME qui participent aux études. MDM fait appel à des bénévoles (MDM, 2006), tandis que C. Desprès et ses collaborateurs mobilisent les compétences de comédiens professionnels. L'idée est de « travailler sur un personnage qui correspond au plus près à la réalité socioculturelle des bénéficiaires de la CMU complémentaire » (Desprès, Guillaume et Couralet, 2009 : 20). Cette méthode n'est pas sans susciter d'interrogations : quelles sont les manières d'être, de parler, de se présenter qui, au téléphone, peuvent refléter une situation de précarité ? Elle présupposerait surtout que des indices objectifs puissent être définis pour se faire passer pour un patient précaire,



mésestimant l'hétérogénéité sociale de ceux qui sont regroupés sous le terme de « précarité ».

Aussi centraux soient-ils, laissons de côté ces débats méthodologiques<sup>287</sup>. Nous souhaitons simplement relever le fait que les *testings*, s'ils ont l'avantage de déceler l'ensemble des stratégies mises en place par les professionnels de santé pour ne pas prendre en consultation certains patients, ne permettent pas de connaître les réactions provoquées par les refus de soins. Car ces derniers en suscitent, les individus ne restant pas indifférents et déclarant que « *ça fait mal* » ou « *ça fait bizarre, ouais. Ça m'a secoué quand même. Je me suis dit que je viens là pour me faire soigner et lui il m'envoie chier* ». En la matière, les témoignages de refus dans les entretiens laissent entrevoir des sentiments assez proches d'un individu à un autre. L'incompréhension et l'indignation vis-à-vis de ces pratiques dominant. Mais les conséquences dépassent la seule critique dirigée contre les médecins concernés. Ils peuvent avoir des effets sur l'identité même de l'individu.

Les refus de soins ont, comme premier élément observable, des effets sur une image de soi déjà dégradée par la situation sociale. S. Paugam, attentif à cette dimension dans ses recherches, a très bien démontré comment le vécu des situations de pauvreté pouvait avoir des conséquences identitaires. Il décrit comment l'entrée dans la pauvreté induit une perte de dignité et le confinement à un statut social disqualifié (Paugam, 1991). Les personnes passant par cette étape, qu'il nomme la « fragilité », tentent de mettre à distance cette nouvelle identité et de réduire les coûts symboliques que cela implique. Cela se traduit concrètement par un refus d'entrer en contact avec la sphère de l'assistance et par un repli sur la sphère privée, voire par un repli sur soi. Nous le repérons très bien lors de l'entretien avec une femme qui vit avec difficulté la dégradation de sa situation professionnelle et sociale. Elle a particulièrement du mal à l'assumer face au regard des autres. Elle dira par exemple ne pas vouloir être aidée par des proches, qui pourraient lui indiquer des médecins acceptant la CMU-C, pour ne pas avoir à exposer sa situation de femme, divorcée et ayant un enfant à charge, travaillant de surcroît à mi-temps en tant que femme de ménage, qui « *vit de quoi, de pas grand-chose* ». Ses volontés de ne pas être assimilée à un statut disqualifié se verront remises en cause par les refus de soins

---

<sup>287</sup> Pour un aperçu des questions méthodologiques soulevées par le *testing*, ce qui fait sa force mais également sa faiblesse, voir le compte rendu du séminaire qui lui a été consacré au Conseil d'analyse stratégique en 2007. Disponible sur [http://www.strategie.gouv.fr/revue/article.php?id\\_article=480](http://www.strategie.gouv.fr/revue/article.php?id_article=480).

auxquels elle a été confrontée avec l'Aide médicale gratuite puis la CMU. Ils symbolisent en effet, telle qu'elle la perçoit, l'infériorité sociale de sa situation :

« - Vous n'aviez pas fait la demande pour l'aide médicale gratuite qui existait à l'époque [avant la création de la CMU] ?

- *Si, j'ai fait une demande mais alors, je sais pas ce que ça devient maintenant mais c'était la cata. J'avais fait une demande parce que j'avais des gros problèmes dentaires et le dentiste refusait de me prendre la CMU, il était hors de question qu'il me soigne si j'avais la CMU.*

- C'était pas la CMU à cette époque-là.

- *Oui, c'était pas la CMU mais je sais plus comment ça s'appelait. Enfin bref, il y a certains dentistes... même à l'heure actuelle, qui refusent.*

- Ça vous est arrivé ?

- *Oui. Même quand on allait quelque part, on était vraiment mal vu. C'était... Moi je trouve ça inadmissible qu'il y ait des choses comme ça, mais bon.*

- Comment on ressent ça au moment où ça arrive ?

- *On se sent vraiment diminué quoi. C'est déjà pas facile et en plus on se sent, ouais, rejeté. C'est vrai que c'est pas évident.* »

#### Entretien 24

Le sentiment d'être « *rejetée* », qu'elle aborde également, correspond au deuxième effet des refus de soins observables dans les entretiens. Il renvoie à l'idée que l'on n'est plus intégré au système de soins, ni légitime à le mobiliser. A la critique d'une médecine à deux vitesses excluant en fonction des ressources économiques s'ajoute celle d'une médecine sélectionnant ses patients sur le statut social. Les processus discriminatoires, de par la dichotomie qu'ils portent, induisent cet effet de se sentir extérieur au système ou au groupe excluant<sup>288</sup>. Pour le confirmer, il est intéressant de noter les revendications à une application du principe de l'égalité d'accès aux soins. Il y a en effet correspondance entre, notamment, les discours d'acteurs associatifs qui défendent l'effectivité du droit aux soins, tel que vus dans la première partie, et ceux portés par les individus, à l'image d'une femme qui indique que « *c'est pas parce que on n'a plus de boulot, qu'on est... qu'on n'a pas le droit de se soigner* ». Les propos de cet homme développent également cette idée :

---

<sup>288</sup> Cela s'observe également dans le cas de la discrimination positive, dont les tenants et les aboutissants sont bien analysés par Dominique Schnapper (2007).

« - Vous n'avez jamais eu de problèmes, de gens qui vous refusaient parce que vous aviez [la CMU-C] ?

- *Si, il y a des médecins qui... Ça c'est quand j'ai fait des lunettes. Ils me disaient qu'ils ne prenaient pas la CMU. Ça je ne trouve pas ça bien normal, on a l'impression d'être plus bas que terre... alors qu'on a besoin de... enfin comme les autres, de se sentir comme les autres personnes. Ça, ces gens-là je ne les aime pas. Ils nous prennent pour des moins que rien, pour des zéros. Ça fait pas plaisir quand on entend ça... « Non, on ne vous prend pas parce que vous avez la CMU ». Ce n'est pas normal, c'est des choses qui ne sont pas normales. »*

Entretien 10 : Homme, 45 ans, Français, divorcé, CAP, sans emploi, CMU-C, 100 (Q5)

« Etre éloigné du système de santé » : la formule utilisée par A. Flajolet prend un sens différent de ce que ce député, comme d'autres, entend par là. Elle signifie ici non pas une disposition morale de personnes souhaitant rester loin des soins, mais elle rend compte du sentiment de mise à l'écart d'une partie de la population. L'accessibilité au système de soins ne se pose pas qu'en termes financiers ou géographiques. Cette accessibilité repose également sur l'accueil réservé par les médecins, à leur rôle central puisqu'ils ont le pouvoir de déterminer qui peut, et à quelles conditions, recevoir des soins.

## **2.2. Les réactions face aux refus de soins : entre se mettre à distance du système de soins et s'adapter aux contraintes d'accès aux soins**

Les refus de soins, lorsqu'ils sont suffisamment explicites pour être constatés par les bénéficiaires de la CMU ou de l'AME, ont des conséquences identitaires pour ces derniers. Nous avons vu que cela participait au sentiment d'être exclu du système de soins ou d'être moins légitime que d'autres à pouvoir en bénéficier. Mais cela est-il suffisant pour induire des phénomènes de non-recours aux soins ? Et, le cas échéant, quel type de non-recours ? Les études réalisées sur les refus de soins cherchent à « mesurer les attitudes des professionnels » (Desprès et *al.*, 2009 :18) et non à observer les incidences sur les parcours de soins ou les éventuels non-recours aux soins chez les bénéficiaires de la CMU et de l'AME.

C'est pourtant une question essentielle à laquelle les études sur la discrimination nous invitent à répondre, en portant le regard « moins sur les préjugés comme idées que

sur les préjugés comme réalisations » (Fassin, 2002 : 410). En accord avec cette suggestion, une étude de l'ODENORE a cherché à tester l'hypothèse d'un non-recours comme conséquence de discriminations (Chauveaud, Mandran et Warin, 2006). Elle s'appuyait sur une analyse secondaire de l'enquête INSEE « Histoire de vie - Construction des identités » qui, de par la richesse de ses données, permet de croiser des items sur la discrimination ressentie et les « traitements injustes » ou « refus de droits », ainsi que d'en percevoir les conséquences potentielles en terme d'abandon de droits. Complété par une enquête par questionnaires (Chauveaud, Mokhtari et Warin, 2006), l'étude de l'ODENORE démontre que la moitié des individus ayant ressenti une discrimination abandonnent leurs droits. Les auteurs en concluent que « les refus de droits ne constituent pas nécessairement l'expression d'une discrimination, ni systématiquement la source de renoncements (non-recours). Pour autant, ils représentent une *expression factuelle et observable* utile pour l'étude des relations entre les deux. En d'autres termes, les refus de droits peuvent donner lieu avec intérêt à une analyse de cas systématique pour comprendre les fois où ils débouchent sur du non-recours engendré par des situations perçues comme discriminatoires » (Chauveaud et al., 2006 : 30). Nous pouvons appliquer cette idée des refus de droits comme point d'observation pour analyser si un lien existe entre non-recours aux soins et refus de soins.

### ***a) Rechercher des alternatives aux professionnels pratiquant des refus de soins***

Le témoignage précédent de cette femme confrontée à des refus de soins et qui s'est sentie « diminuée » par cette expérience répétée, laissait entendre de possibles abandons de soins, définitifs dans son cas. Un sentiment de découragement peut naître du cumul de refus de soins. Nous retrouvons ici ce que Jean-Michel Belorgey appelle la non-demande « par lassitude », ce phénomène qu'il perçoit comme émergent et qu'il explique par le « refus et/ou la mauvaise volonté des administrations » (Belorgey cité dans Hautchamp et al., 2005 : 10). Toutefois, s'il nous est impossible de les quantifier, les réactions d'autres de nos interlocuteurs en non-recours aux soins nous ont plutôt donné à voir l'inverse. Autrement dit, rares sont les déclarations de non-recours aux soins directement corrélés à un refus de soins. La raison avancée par les individus est simple. Elle tient au fait qu'ils ont « *vraiment besoin* »<sup>289</sup> des soins programmés et au caractère « *nécessaire* » de la consultation. C'est par exemple le cas de cet homme qui s'est vu refuser l'accès à plusieurs

---

<sup>289</sup> Cette expression récurrente renvoie à la logique curative de recours aux soins, que nous traiterons dans la troisième partie.

consultations d'ophtalmologistes. Il n'a pas abandonné pour autant, sachant qu'il était « *vraiment obligé* » d'avoir ses lunettes pour passer son permis et obtenir un travail de chauffeur routier. Nous pouvons ainsi faire l'hypothèse que l'abandon dans le domaine des soins, plus que dans d'autres domaines, est moins envisageable du fait des conséquences et des « risques » potentiels.

Dans ces circonstances, quelles sont les réactions des individus ? Ce qui ressort des entretiens, c'est la manière dont ils mettent en place des stratégies de contournement des refus de soins. Les individus ne font pas preuve de passivité face à ces pratiques mais mobilisent différents répertoires d'action qui reposent sur l'objectivation de leur situation. Cela passe principalement par la recherche d'alternatives aux professionnels les ayant refusés ou risquant de le faire. Il s'agit concrètement de « *chercher ailleurs* », « *d'insister [pour] aller en voir un autre* » de « *sympa* », ce dernier terme renvoyant ici moins à une attitude amicale du médecin qu'à une forme de reconnaissance envers le fait qu'il accepte des patients bénéficiaires de la CMU ou de l'AME. Entamer cette démarche n'est pas sans induire de coûts supplémentaires, d'ordres matériels ou psychologiques, et ce d'autant plus si l'offre de soins disponible sur un territoire est déficitaire. Or les différentes études sur le refus de soins ont démontré que ces pratiques professionnelles étaient territorialisées, la probabilité d'y être exposé variant fortement selon le lieu de résidence. Elle nécessite donc des ressources individuelles portant particulièrement sur le capital de mobilité, dont nous avons vu l'importance précédemment, et le capital social. Parmi les multiples définitions de ce dernier, nous retiendrons ici celle qui met l'accent sur les fonctions du capital social, comme ressource non pas collective mais individuelle, et sur sa contribution aux inégalités sociales. Pour Pierre Mercklé, qui redéveloppe l'approche de P. Bourdieu sur les trois formes de capitaux, le capital social est ainsi « constitué du réseau de relations sociales d'un individu et des volumes des différentes sortes de capital détenus par les agents qu'il peut ainsi atteindre et mobiliser pour son propre intérêt » (Mercklé, 2004 : 55). Nous observons en effet en quoi le réseau de relations sociales – composé d'amis, de membres de la famille voire de professionnels de l'accompagnement médical – a un rôle important dans la transmission d'informations sur les médecins à voir ou pas<sup>290</sup>. Ce constat va dans le sens d'une hypothèse formulée dans une étude de la DREES. Relevant des disparités d'accueil des bénéficiaires de la CMU-C entre les médecins, les auteurs de l'étude avancent l'idée suivante : « un professionnel de santé peut accueillir davantage de bénéficiaires de la

---

<sup>290</sup> Dans les échanges du « groupe de travail interassociatif concernant l'accès aux soins », à Grenoble, les acteurs associatifs présents mentionnaient l'existence d'une « *liste noire* » de spécialistes (psychiatres et dentistes) connus pour refuser les soins aux personnes précaires.

CMU que ses confrères, non parce que ceux-ci les refusent, mais parce qu'il bénéficie d'une réputation favorable auprès des bénéficiaires de la CMU qui tendent à s'adresser à lui plus spontanément » (Boisguerin et Pichetti, 2008 : 2).

***b) Modifier ses comportements en réaction au risque de refus de soins et au caractère stigmatisant de la CMU-C***

Deux autres moyens d'éviter les refus de soins ont pu être recueillis dans les entretiens. Plutôt que de contourner les professionnels, ils reposent tous deux sur le refus de l'assimilation au stigmate du bénéficiaire de la CMU-C. Pour le dire autrement, il s'agit moins de critiquer directement les pratiques de certains professionnels que de souligner le caractère stigmatisant d'une telle prestation. C'est cette dernière qui porterait, en soi, des risques d'exposition au refus de soins. Nous retrouvons ici la question classique du « *welfare stigma* », c'est-à-dire le sentiment que produit, chez les individus, le fait de percevoir ou d'être éligible à des droits sociaux et à l'aide sociale. A juste titre, Peter F. Taylor-Gooby (1976) distingue cet aspect subjectif des processus – objectifs – de stigmatisation. L'application qu'il fait de cette question a participé à l'émergence de travaux sur le non-recours, et ce de manière centrale dans les travaux anglo-saxons des années 1960 et 1970. Elle permettait, et le permet toujours, d'analyser les conséquences de la sélectivité des prestations sociales et de leur mise sous conditions de ressources. Contrairement à la logique de l'universalité, et en lien avec les effets de dualisation de la société, le ciblage des prestations produirait chez les bénéficiaires potentiels le sentiment d'être redevable de la « charité » ou d'être maintenu dans un statut « d'assisté », socialement disqualifié et disqualifiant. Défendu par les acteurs publics pour son efficacité, le ciblage aurait alors pour effet d'écarter les bénéficiaires potentiels.

Pour ces raisons, Patrick Horan et Patricia Lee Austin, dans un article retraçant les différentes approches théoriques du *welfare stigma* et abordant en quoi ce dernier modifie les conduites individuelles, y voient une piste féconde pour les « analystes cherchant à comprendre les faibles taux de participation parmi les personnes éligibles aux prestations sociales » (Horan et Austin, 1974 : 648). Ils insistent particulièrement sur la pertinence de la « théorie de l'étiquetage » (*labeling theory*) qui éclaire comment les individus intériorisant le stigmate en viennent à se sentir « couper du monde normal » et à se replier sur eux-mêmes. Ces travaux démontrent avec pertinence comment ressentir un stigmate, du fait du statut de « pauvre » conféré par l'assistance, modifie l'identité individuelle et,

au-delà, se répercute sur l'ensemble des rapports sociaux que ces personnes entretiennent avec autrui ou avec les institutions sociales (Coser, 1965 ; Harrington, 1993). Les économistes s'en sont également saisis en modélisant le stigmate comme l'un des « coûts » psychosociaux induits par la demande et la perception d'une aide ou prestation sociale (Moffit, 1983 ; Terracol, 2001 ; Riphahn, 2001) ; dans cette perspective, si les coûts sont trop élevés et trop dissuasifs pour l'individu, ce dernier ne formulera pas de demande et se trouvera dans une situation de non-recours. La question du *welfare stigma* nous intéresse ainsi en ce qu'elle donne à voir le rapport entre une offre et un individu et qu'elle permet « la mise en relation entre ciblage (cause), stigmatisation (effet), et non recours ou repli (conséquence) » (Chauveaud et al., 2006).

Nous pouvons donner deux exemples de ces sentiments de stigmatisation liés à la CMU-C<sup>291</sup>. La première est celle qui a le plus de conséquences puisqu'elle passe par le rejet total de la CMU-C. Une jeune femme a fait ainsi le choix de rester sans complémentaire, bien qu'elle soit informée de l'existence de la CMU-C et qu'elle en soit éligible. Pour elle, la CMU c'est « *quelque chose de merdique* » et surtout « *la CMU c'est pour d'autres* », sous-entendus plus pauvres qu'elle et nécessitant d'être assistés. Sa critique de la CMU-C repose sur la manière dont elle est attribuée et le caractère socialement dévalorisant du bénéfice de cette prestation, réactivant la distinction établie par Yasmine Siblot entre « faire valoir ses droits » et « demander l'aumône » (Siblot, 2005). L'image de soi produite par cette prestation ne l'incite pas à y recourir. Mais sa critique porte également sur les limites de cette prestation, dont les refus de soins en seraient l'exemple phare et justifieraient à eux seuls le non-recours à la CMU-C. Les refus de soins ne provoquent pas, dans les propos de cette femme, de non-recours aux soins de manière *directe*. Toutefois, compte tenu du lien entre l'absence de complémentaire santé et le recours aux soins, nous pouvons penser qu'ils exposent au risque d'entraîner de telles conséquences.

Le second exemple souligne comment les refus de soins peuvent entraîner une modification des usages du système de soins. Il s'agit là d'un jeune homme qui, lui, a la

---

<sup>291</sup> Nous renvoyons le lecteur aux études sur le non-recours à la CMU-C qui développent davantage ce facteur explicatif (Dufour-Kippelen, Legal et Wittwer, 2006 ; Revil, 2006 ; Berrat et Paul, 2007). Le processus est double : ce non-recours provient à la fois du refus par les individus d'être associés à un statut « d'assisté », qui ne demandent alors jamais la CMU-C, mais est également la conséquence de stigmatisation, voire de discrimination (refus de soins), ressentie par les individus lorsqu'ils ont utilisés leur prestation. Par exemple, en analysant les non renouvellements de la CMU-C, H. Revil démontre que 7% des personnes interrogées disent ne pas avoir repris la CMU-C car ils ont rencontré des refus de soins de la part des médecins lorsqu'ils en bénéficiaient. Ce chiffre est mineur par rapport au 50% de personnes qui déclarent ne pas avoir renouvelées leur CMU-C, pensant que ce renouvellement était automatique (Revil, 2008b).

CMU-C depuis peu. Nous évoquerons la question des refus de soins. Ses propos ne sont pas sans démontrer une forme d'ambiguïté : alors qu'il expliquera en début d'entretien ne pas être allé chez un médecin depuis plusieurs années, il évoquera ensuite s'être vu refuser des soins par un professionnel de santé. Il est difficile de distinguer le vrai du faux dans son discours et cela n'est pas sans rappeler les biais du déclaratif, liés à notre protocole d'enquête. Il semble que les propos de ce jeune homme sur les refus de soins renvoient davantage à du spéculatif, c'est-à-dire au risque d'y faire face plus qu'à l'expérience vécue ; risques qui, d'ailleurs, sont peut être d'autant plus présents dans l'imaginaire collectif que les refus de soins ont fait l'objet d'une forte couverture médiatique. Cet entretien demeure pour autant instructif. Ce jeune homme explique réfléchir à la mise en place de tactiques afin de dissimuler le bénéfice de la CMU-C aux professionnels de santé. Il se rendrait par exemple chez un médecin et annoncerait uniquement à la fin de la consultation, au moment de payer, qu'il bénéficie de la CMU-C. Il témoigne comme d'autres individus de l'effet des refus de soins sur la transformation des relations avec les acteurs du système de soins et, au-delà, du sentiment d'être une catégorie d'utilisateur à part entière.



## **Conclusion du chapitre 2**

Ce chapitre a participé à l'analyse du rôle des caractéristiques du système de soins, à différents niveaux, sur le non-recours aux soins des populations précaires. Ce qui était au centre ici, c'est cette notion souvent évoquée de « l'éloignement ». Ce dernier est le plus souvent entendu dans les débats publics en termes d'éloignement géographique. La faible densité médicale expliquerait des moindres recours aux soins dans certains territoires, alors qu'ailleurs une forte densité médicale provoquerait des soins inutiles. Les entretiens ne nous ont pas permis de relever ce type de freins ou tout du moins pas de manière directe. Ainsi, plutôt que la distance kilométrique, c'est la forte contrainte que font peser des besoins de soins importants sur une offre de soins rare – dans la lignée de la « loi des soins inversés » – qui a été signalée par nos interlocuteurs. Cela donne lieu à des reports ou des abandons de soins. Les délais de rendez-vous ont été jugés trop longs ou difficiles à tenir par les individus rencontrés, compte tenu également de leur rapport au temps.

Les entretiens qualitatifs ont par ailleurs permis de montrer en quoi la distance géographique, aussi faible soit-elle, n'est pas vécue de la même manière selon les individus. En l'occurrence, nous avons décrit les freins à la mobilité de certaines personnes, pour qui sortir de leur environnement protecteur exige un coût matériel, social, voire psychologique, supplémentaire. L'éloignement géographique ne se comprend que par rapport au capital de mobilité – ou de motilité – dont disposent les individus.

Si les personnes ont des soins à proximité, ceux-ci ne leur sont pas toujours accessibles. Les refus de soins par les professionnels de santé peuvent provoquer une autre mobilité, celle rendue nécessaire pour trouver un médecin acceptant les bénéficiaires de la CMU-C ou de l'AME. Mais les refus de soins donnent à voir un autre éloignement. Les réactions qu'ils suscitent chez ceux qui en sont victimes illustrent le sentiment de ne pas pouvoir bénéficier des mêmes soins, et donc des mêmes droits, que le reste des citoyens. Des sentiments de disqualification sociale et de relégation du système de soins sont induits par ces pratiques professionnelles. Les risques de non-recours aux soins ne se retrouvent que chez une partie des individus, en fonction de leurs ressources et de leurs parcours de vie.

### CHAPITRE 3

## CONFIANCE ET MEFIANCE DANS LE RAPPORT AUX MEDECINS ET AU SYSTEME DE SOINS

---

Après l'accessibilité au système de soins envisagée sous l'angle matériel (financier et géographique), il nous reste à voir l'accessibilité que nous qualifierons de symbolique. Derrière ce terme, nous allons aborder la question de la confiance dans le rapport aux médecins et au système de soins. Elle nous semble essentielle pour comprendre le non-recours aux soins comme révélateur du rapport qu'un individu entretient avec le système de soins. Plusieurs raisons nous font le dire. Tout d'abord, une large partie des travaux en sciences sociales sur la confiance analyse celle-ci sous l'angle de ses fonctions. Elle serait en quelque sorte le moteur de l'action et des interactions. Ensuite, la question de la confiance est très présente dans le champ de la santé. Les débats liés à la loi du 4 mars 2002 sur la qualité du système de soins et du respect des droits des personnes en sont désormais représentatifs. Nombreuses des dispositions introduites dans cette loi, que ce soit le droit à l'information et à une « personne de confiance » ou plus généralement l'accroissement de la place des usagers dans le système de soins, sont sous-tendues par l'objectif de « démocratiser et moderniser le fonctionnement du système de santé en améliorant la confiance du public » (Ponchon, 2002 : 121). Les évolutions du rapport entre le patient et le médecin, marquées par ces volontés de développement d'une « démocratie sanitaire » et de refus du paternalisme médical<sup>292</sup>, ainsi que par un certain désenchantement à l'égard de la médecine, ne font qu'accroître l'enjeu autour d'une confiance entre chacune des deux parties. Enfin, la confiance est retraduite dans l'action publique pour répondre aux situations de non-recours ou de non-demande des populations précaires. Le rapport de l'IGAS en fait un levier d'intervention. Il énonce la nécessité, pour faire émerger la demande, d'instaurer « une relation de confiance avec les personnes tenant compte de leur propre rythme d'évolution » (Hautchamp et *al.*, 2005 : 4). Le travail réalisé par les équipes de maraude allant vers les SDF en est emblématique. Les membres composant ces équipes (infirmiers, travailleurs sociaux...) sont des intermédiaires dont l'une des missions est de recréer de la confiance, par un processus dit

---

<sup>292</sup> Pour une analyse des enjeux relatifs à la démocratie sanitaire, rendant compte des avancées, des limites et ambiguïtés de la loi du 4 mars 2002, voir le dossier de *Problèmes politiques et sociaux*, intitulé « Droits des malades. Vers une démocratie sanitaire ? » et coordonné par Michèle Guillaume-Hofnung (2003).

« d’apprivoisement » des SDF. En cela, ces équipes participeraient à l’élaboration d’une « politique de la confiance » (Le Méner, 2007). A Grenoble, nous avons pu faire une observation similaire. Les professionnels du champ médical et social intéressés par le non-recours s’accordent pour faire de la « remise en confiance » des personnes un objectif central de leur travail d’accompagnement social et médicosocial.

La confiance fait ainsi partie de ces notions qui entourent la question du non-recours aux soins, sans pour autant être définie ni précisée. Car la notion de confiance est marquée par sa polysémie. Vincent Mangematin et Christian Thuderoz, coordinateurs d’un ouvrage sur la question, parlent à juste titre de « mondes de confiance » pour appuyer sur la caractéristique plurielle de la confiance et l’importance d’une approche pluridisciplinaire (Mangematin et Thuderoz, 2003). Ne pouvant envisager une telle approche, il nous faut dès lors volontairement écarter certaines facettes de la confiance et sélectionner celle qui, après analyse des entretiens, nous a semblé le plus éclairer le rapport de l’individu au système de soins<sup>293</sup>. En l’occurrence, nous nous centrerons sur la confiance envers les médecins et le système de soins. Nous faisons l’hypothèse que ces deux axes permettent de voir comment le fonctionnement du système de soins, ainsi que le comportement des professionnels y participant engendrent une confiance, une méfiance ou une défiance, ce qui, en retour, peut avoir un impact sur le recours aux soins chez certaines populations.

Pour analyser cette question, nous commencerons par aborder la confiance dans la relation de l’individu au médecin généraliste (section 1). C’est celle qui est le plus ressortie des entretiens, donnant à voir comment elle se constituait, sur quoi elle portait et en quoi elle pouvait être un facteur de retard ou de renoncement aux soins. Nous verrons ensuite que la confiance agit à un autre niveau, celui relatif au système de soins (section 2). Les expériences vécues, par soi-même ou par des proches, construisent en effet un socle de confiance ou de méfiance qui peut freiner à un moment ou un autre la démarche de soins.

---

<sup>293</sup> Même si incontestablement d’autres aspects de la confiance, celle placée en autrui notamment, peuvent jouer. Pensons par exemple aux raisons évoquées par un homme lors de son refus de faire un entretien (la peur et le manque de confiance) et qui pourraient être analysées sous un angle psychosocial.

## **1. LA CONFIANCE DANS LE MEDECIN**

L'analyse du rôle de la confiance dans le non-recours aux soins nous a conduit à nous recentrer sur celle en jeu dans le rapport au médecin. Deux raisons nous amènent à débiter par cette forme de confiance. La première est empirique. Les individus rencontrés dans les entretiens, lorsqu'il a été question de la confiance, ont principalement abordé la relation qu'ils avaient, ou qu'ils aimeraient avoir, avec un médecin (le plus souvent avec un généraliste). La confiance n'est pas une notion utilisée de manière vague, elle est mobilisée dans des récits sur la répartition du rôle entre médecin et patient. La seconde raison est théorique. Les principaux travaux interactionnistes sur la confiance prennent souvent pour exemple la relation médecin-patient.

Cette dernière concentre en effet les trois caractéristiques isolées par Louis Quéré dans un article paru dans la revue *Réseaux*, dont un numéro a été consacré à la confiance (Quéré, 2001). Selon lui, la confiance ne peut être engagée que dans le cadre d'une activité ou d'un rôle spécifique. Il ne s'agit pas de la concevoir dans un modèle de relation duale (entre X et Y), mais ternaire (entre X et Y pour faire Z). Dès lors, une première caractéristique de la confiance tient à la nécessité d'avoir des attentes favorables concernant les intentions et actions futures d'un tiers. La seconde « implique une conjecture *ex ante* qui peut s'avérer non valide » (Quéré, 2001 : 131) où l'individu X qui fait confiance prend conscience du risque d'un mauvais comportement de Y, mais préfère ne pas en tenir compte. Enfin, la dernière caractéristique repose sur la délégation de pouvoir et l'acceptation de subordination et une réciprocité des engagements. Projection hypothétique dans l'action de l'autre, prise de risque, rapport de pouvoir : ces trois caractéristiques constitutives de toute relation de confiance se retrouvent précisément dans le rapport entretenu entre le médecin et le patient.

### **1.1. Les formes de la confiance médecins-patients**

N. Luhmann fait partie des chercheurs qui ont proposé une approche théorique de la confiance, en l'illustrant beaucoup par la relation médecin-patient. Ce sociologue fonctionnaliste propose une distinction essentielle et utile de la notion de confiance. Repartant des nuances apportées par l'anglais, il différencie *confidence* de *trust* (Luhmann, 2001). Tous deux renvoient à deux conceptions de la confiance. Ils diffèrent selon le type

d'attentes qu'un individu a envers celui à qui il donne sa confiance et, surtout, selon la probabilité d'être déçu ou non par le comportement de l'autre. Le terme de *confidence* désigne une situation où l'individu fera facilement confiance à l'autre, étant garanti que ses attentes seront réalisées. Cette garantie est rendue possible par les règles du jeu ou, entre autres, par les possibles sanctions qui rendent quasi impossible de voir celui qui reçoit la confiance transgresser son rôle. C'est cette confiance « immédiate et tranquille » que N. Luhmann appelle la « confiance assurée », ou *confidence* (Luhmann, 2001 : 17). Elle pourrait s'incarner dans la confiance envers un juge, dont on s'attend à ce qu'il applique une sanction juste. Ce type de confiance se distingue de celle dite « décidée », ou *trust*. Ici, la possibilité de voir ses attentes déçues et la confiance trahie est plus grande. Celui qui fait confiance prend donc un risque. Dans une approche similaire à celle des économistes<sup>294</sup>, N. Luhmann explique que cette forme de confiance demande d'arbitrer, en amont de la délégation de confiance, entre ce risque et les avantages obtenus en échange. Autrement dit, il est possible de renoncer à faire confiance à quelqu'un en vue d'obtenir quelque chose (un service par exemple) si le risque est trop grand face à l'avantage acquis. Cela pourrait être le cas de la confiance que l'on décide de donner à un garagiste par rapport au risque de se faire escroquer.

La distinction proposée ici par N. Luhmann est essentielle pour comprendre en quoi la confiance a une fonction centrale dans les décisions d'agir et d'interagir, selon les risques pris de voir ses attentes déçues. Ce sociologue ajoute que le choix de tel ou tel type de confiance dépend des représentations et est « une question de définition » (Luhmann, 2001 : 26). Elle n'est pas attribuée définitivement et peut varier selon les individus et les contextes sociaux. Dès lors, dans les entretiens, qu'en est-il de la confiance lorsqu'un individu envisage sa relation à un médecin ? S'agit-il de confiance assurée ou de confiance décidée ?

### ***a) La confiance envers les médecins : une confiance assurée ou décidée ?***

Dans les entretiens, quelques exemples de confiance assurée à l'égard du médecin nous ont été rapportés, y compris par des individus en situation de non-recours aux soins généralistes. Cela se traduit par cette expression commune à plusieurs d'entre eux : « *y aller les yeux fermés* ». Consulter un médecin ne s'apparente pas à une prise de risque et

---

<sup>294</sup> Les économistes se saisissent en effet de la confiance comme variable explicative des choix et décisions d'un agent ou d'un organisme.

les attentes quant au service que l'on va y recevoir auraient peu de probabilités d'être déçues. Un ensemble de garanties attribuées au médecin favorise cette absence de risque :

*« Ouais, au médecin j'y vais les yeux fermés. [...] C'est quelques années d'études. Et puis même, le médecin il a le code de déontologie, normalement quand on va chez le médecin jamais... y a bien des pourris partout mais... je sais pas. [...] J'ai toujours rencontré de bons médecins, je pense, et demain je partirai et j'irai les yeux fermés, en confiance. [...] Voilà, il y a le secret médical et le code qui fait que le médecin sera toujours là pour nous aider. Moi c'est ce que je me dis, un médecin on pourra tout lui dire. »*

Entretien 80

Le risque est diminué par la référence à un haut niveau d'études, à la vocation qui présiderait au choix de ce métier, à la « *compétence* » ou encore à une « *conscience professionnelle* » basée sur des règles établies. Ainsi, au-delà du médecin en tant que personne, cette confiance assurée est davantage une confiance dans l'institution qui forme le médecin, qui l'autorise à exercer et peut éventuellement le sanctionner en cas d'écart. Cela nous permet de comprendre pourquoi les individus qui en font preuve conçoivent les médecins comme interchangeables :

*« Ils sont tous compétents de la même manière. J'ai pas d'avis, c'est pas mon travail. Pour moi c'est pas mon boulot. Moi je fais mon boulot correctement, eux doivent faire leur boulot correctement, enfin moi je fonctionne comme ça. »*

Entretien 19 : Homme, 27 ans, Français, célibataire, BEP, chauffeur livreur, complémentaire privée, 46,15 (Q4)

Nous sommes bien en présence d'une confiance assurée dans le sens où, pour ces individus, consulter un médecin ne demande pas une décision évaluant si les risques pris sont supérieurs aux avantages reçus. Les compétences des médecins étant identiques et reconnues académiquement, il leur est aisément possible d'imaginer que leurs attentes de soins seront satisfaites.

Mais, si pour certains, ces éléments formels suffisent à garantir un « *capital confiance pour tous* » les médecins, pour la majorité de nos interlocuteurs ils ne sont pas suffisants. Cela confirme l'analyse proposée par N. Luhmann selon laquelle l'attribution d'un type de

confiance plutôt qu'un autre est variable selon les individus pour un même objet. Ainsi de ces individus qui, étant à distance du milieu médical et ne pouvant évaluer des savoirs médicaux connus pour être difficiles à obtenir, ne trouvent pas suffisamment de repères sur lesquels fonder leur confiance. Le dialogue qui suit est significatif de cette position :

- « - Et c'est difficile pour vous de savoir si c'est un bon professionnel ou pas ?
- *On peut le déduire par rapport à l'attitude de la personne, si elle est plus ou moins compétente mais déduire ses réelles compétences... il faudrait pouvoir rentrer dans la tête et voir vraiment ce qu'il a à l'intérieur de sa caboche. Après, c'est justement là où la confiance intervient. Si on le trouve un petit peu d'aplomb, on peut lui faire confiance, s'il est un peu hésitant... Mais les vrais compétents, c'est difficile d'évaluer, c'est au niveau de l'esprit de la personne quoi.*
- Un médecin peut être très sûr de lui, en posant beaucoup de questions mais...
- *Parce qu'il se pose beaucoup de questions à l'intérieur ! « J'espère que je suis pas en train de dire une connerie » ! Non, c'est difficile à évaluer justement. En fait, c'est approximatif. C'est de l'approximatif. On ne peut pas vraiment vérifier ses compétences parce que c'est à l'intérieur du cerveau, après ça n'a aucune...*
- C'est pour ça qu'il faut être en confiance avec les médecins ?
- *C'est pour ça que ça joue, c'est justement pour ça. Parce que s'il y a pas cette relation de confiance qui s'établit, comment être sûr vraiment qu'on va laisser ce type nous charcuter ? Ça passe aussi par une relation de confiance. »*

Entretien 9 : Homme, 26 ans, Français, célibataire, BEP, en formation professionnelle, complémentaire privée, 40,23 (Q4)

Cette réaction face à la difficulté d'évaluer les compétences réelles du médecin à qui on délègue la prise en charge de sa santé est observable chez plusieurs de nos interlocuteurs. Cet aspect particulièrement prégnant dans le champ de la médecine, lié à des connaissances difficiles à évaluer, permet de comprendre pourquoi la confiance prend autant d'importance. Mais, pour ces individus, la confiance ne peut pas se fonder ni se construire sur un jugement quant à la qualité professionnelle du médecin. Il ne s'agira pas pour eux de la « confiance fondée sur les compétences » (*competence trust*) dont traite Edward Lorenz (2003) et qui aurait dû se retrouver aisément dans le champ médical. Dès lors, une part d'incertitude entoure la relation à un médecin et la décision de le consulter. C'est ainsi la confiance décidée qui ressort principalement des entretiens et non, contrairement à nos hypothèses initiales, une confiance assurée ou une méfiance totale à l'égard des médecins.

## ***b) Des critères relationnels plutôt que professionnels dans la construction de la confiance***

Si le risque tient moins aux compétences professionnelles du médecin, puisque celles-ci sont difficilement évaluables, sur quoi repose-t-il ? Comment expliquer la « peur » et « l'appréhension » dont certaines personnes nous faisaient part à l'idée de devoir consulter un médecin ? L'aléa principal permettant d'attribuer une confiance décidée plutôt qu'une confiance assurée à la consultation d'un médecin tient à la qualité de la relation que ce professionnel va entretenir avec le patient et à la manière dont ce dernier va la ressentir. Il est frappant de voir comment dans la majorité des entretiens, sur cette question, les individus insistent sur la relation du médecin vis-à-vis du patient. Les attentes sont moins envers des compétences techniques *stricto sensu*, mais envers des compétences de type relationnelles, c'est-à-dire « *la manière d'être* » du médecin ou « *sa personnalité* ».

Un ensemble de termes est employé pour définir ce qu'est un bon médecin, en qui on a confiance. Plusieurs d'entre eux sont imprécis, indéfinis, comme « *le feeling* », le « *contact* » ou les « *vibrations* » ressenties, marquant par-là l'importance d'éléments subjectifs dans le contact avec le médecin. Un moment ressort comme particulièrement fondateur dans l'instauration d'une relation de confiance ou non avec le médecin. Il s'agit du premier contact, là où se forgera une appréhension particulière du médecin et, plus particulièrement, là où se fera l'évaluation de ses compétences relationnelles :

*« - Après c'est une question de confiance. S'il m'avait pas plu à la première visite, je serais passé chez un concurrent. Mais il se trouve que... j'ai apprécié son attitude, j'ai vu qu'il était compétent. Par la suite il avait acheté une baraque dans le patelin par chez moi donc c'est vrai que ça a noué des liens. Après il l'a revendue mais on se voit toujours. Mais c'est vrai que le premier contact... Déjà, c'est beaucoup. Moi c'est vraiment la première fois.*

*- Vous dites que c'est une question de confiance. Mais si ça n'était pas passé le premier jour, vous seriez parti ?*

*- Voilà. La confiance ça se fait aussi au feeling. Si on ne sent pas le type, ça vaut pas la peine d'insister. On va être mal à l'aise, alors déjà qu'on n'est pas bien quand on va chez le médecin, si en plus on tombe sur quelqu'un sur qui ça va pas passer ! Moi la confiance, c'est aussi le feeling pour moi. Après pour d'autres*



*personnes, la confiance ça sera plus par rapport aux diplômes marqués sur le mur, après c'est une question de point de vue. Moi c'est plus comme ça. »*

#### Entretien 9

« - Comment vient la confiance ?

- *Je dirais que c'est par rapport aux contacts avec la personne. Quand on rencontre pour la première fois la personne, si on voit que ça arrive pas bien, on va voir quelqu'un d'autre. Mais du moment que ça se passe bien, je pense qu'après on revient voir la même personne.*

- C'est plus au niveau relationnel, le contact, que les compétences techniques ?

- *Oui. Je pense que la compétence, ils l'ont. »*

Entretien 68 : Homme, 20 ans, Français, célibataire, BTS, en formation professionnelle, complémentaire privée, 65,09 (Q5)

Les compétences relationnelles font également l'objet de descriptions précises, qui renvoient en quelque sorte au portrait idéal du médecin. C'est dans celles-ci que la confiance s'incarne. Une compétence présentée comme indispensable et comme préalable à la confiance est celle de « *l'écoute* ». Elle favoriserait l'ouverture d'un espace de discussions autour de la pathologie à l'origine de la consultation, mais également autour d'éléments propres à la vie sociale, familiale ou professionnelle du patient. Ces demandes sont courantes, relevant d'une conception de la santé comme un tout où les dimensions médicales seraient nourries de ces autres dimensions. Autre capacité favorisant la relation, la « *compréhension* » du médecin, par opposition à une attitude de jugement, est appréciée. Enfin, le dernier élément partagé par de nombreux interlocuteurs renvoie à l'information et aux explications données par le médecin sur la maladie ou la prescription par exemple, laissant le sentiment de transparence de sa part et indiquant sa volonté d'impliquer les patients dans le processus de soin. L'ensemble de ces descriptions tranche avec les médecins qu'il faut éviter, les « *autres* » médecins non définis qui sont « *froids* » et trop techniques, consultant « *à la chaîne* » sans adresser la parole.

Pour un profil particulier de personnes rencontrées, des femmes ayant des troubles psychologiques diagnostiqués par le médecin mais suivis par intermittence, le médecin prend une autre dimension. Lorsqu'il est question de ce professionnel, c'est la figure du « *père* » et du « *confident* », celui qui va « *prendre soin de moi* » qui est mobilisée :

*« Un médecin ce n'est pas quelqu'un d'anodin. C'est un peu comme un proche. »*

Entretien 4 : Femme, 37 ans, Française, célibataire, BTS, en contrat de professionnalisation, CMU-C, 33,13 (Q3)

*« C'est comme un père pour moi. C'est comme un père. Parce que je peux me confier à lui. »*

Entretien 6 : Femme, 39 ans, Française, célibataire, sans diplôme, sans emploi, CMU-C, 49,07 (Q5)

*« Quand je vois un médecin, je sais à qui parler, je suis en confiance, je sais qu'il ne me trahira pas, je parle comme si c'était un confident. »*

Entretien 12 : Femme, 37 ans, Française, célibataire, baccalauréat, sans emploi, complémentaire privée, 41,42 (Q4)

La relation au médecin est perçue dans sa forte proximité sociale, nous renvoyant à bien des égards à ce qu'I. Parizot décrit à propos de « l'univers symbolique humaniste », où se créent des liens sociaux d'intégration (Parizot, 2003). Cela se comprend dans le parcours de vie de ces femmes. Le médecin est avant tout le réceptacle de leurs histoires personnelles difficiles, le seul en capacité d'en garder le secret et qui, à la différence des proches, est envisagé comme celui pouvant apporter des solutions. La construction de ce rapport paternaliste passe souvent par des périodes difficiles caractérisées par la forte présence du médecin, offrant secours :

*« - Moi personnellement, je considérais que c'était vraiment un confident. Je pouvais lui dire tout ce que je voulais, il donnait des conseils... Et on va dire que quand je suis vraiment tombée au fond, et bien heureusement qu'il était là parce qu'il m'a bien aidée à remonter. Et à chaque fois que j'ai eu un gros, gros souci, et bien on peut dire qu'il m'a soignée, il m'a toujours super bien soignée. Sans me donner une tonne de médicaments... Mais oui, il était bien comme médecin. [Il donnait des conseils] aussi bien sur la santé que on va dire les à-côtés. Bon, je suis séparée, j'ai des enfants, j'ai pas mal galéré et il arrive un moment où on coule. C'est vrai qu'il m'a énormément aidée et c'est vrai qu'il a toujours été là quand j'en avais besoin. [...] Au début, on va dire au tout début, je le connaissais sans plus donc c'est clair qu'on se confie pas trop mais petit à petit j'ai appris à le connaître. Il est père de famille, il est marié, donc il sait très bien ce que c'est que la vie... Après il m'a tellement apporté de choses... oui je le considérais un peu comme mon père. C'est con à dire mais c'est ça. »*

Entretien 24

L'importance accordée à ce professionnel, et de manière générale à ses compétences relationnelles, explique pourquoi le choix d'un médecin se base sur le « *bouche à oreille* » et les conseils donnés par des proches. Nombreux sont les individus à indiquer ne pas chercher un médecin « *au hasard* », mais se renseigner avant sur sa réputation, sur ses compétences techniques et relationnelles. Cette démarche supplémentaire peut d'ailleurs entraîner des retards aux soins, le temps de trouver un « *bon* » médecin :

*« - C'est quand j'ai déménagé que mon dentiste m'a dit qu'il allait prendre sa retraite et je voulais en trouver un qui ne soit pas trop loin de chez moi mais j'en connais point. Et aller au hasard ça me convenait pas, j'attendais de trouver quelqu'un qui me dise « oui j'en connais un et j'en suis content », quitte à ce que j'en sois pas contente mais c'était plus facile pour moi d'aller avec une adresse. Ça c'est vrai aussi parce qu'aller comme ça dans un cabinet au hasard, pour un dentiste non. Parce que voilà, c'est malheureux, je sais pas, maintenant c'est peut-être un tort de ma part mais j'ai dans l'idée que tous les dentistes ne sont pas forcément de bons dentistes. Je cherche un peu la relation que j'avais avant avec mon dentiste quand j'étais gamine, c'est à dire que je lui dis où j'ai mal, je peux lui poser la question de ce qu'il va me faire, il va m'expliquer et il va pas avoir l'air de dire « celle-là me fait chier avec ses questions ». Et puis si je lui dis « vous allez me faire mal », qu'il ne croit pas que je le l'agresse... Donc ça nécessitera peut-être du temps parce que maintenant comme je suis adulte et que j'ai réfléchi à tout ça, je peux lui dire « vous savez je vous pose juste la question parce que »... Je peux lui dire. Mais voilà prendre comme ça au hasard, j'en ai marre, parce que les dents, ça doit être psychologique d'avoir quelque chose, je sais pas ce que ça signifie les dents, ça doit un peu me manquer dans la vie ! Parce que dieu sait qu'on s'en sert ! Et la dentiste que j'ai vu m'a dit « si vous continuez comme ça vous n'aurez plus rien », alors ça m'a fait un peu réfléchir ! Elle a pas été douce mais c'est bien rentré ! J'aimerais arriver à ce que les soins soient de qualité assez bonne pour que dans un an je me dise pas « merde il y a encore un pansement qui est tombé ». Malheureusement j'ai de très mauvaises dents et même avec mon dentiste qui était bon quand j'étais gamine, il y a des pansements qui sont tombés.*

- Et là vous êtes allée où du coup ?

- J'avais très mal, j'ai demandé à ma patronne si elle connaissait quelqu'un, elle connaissait quelqu'un et j'ai pris rendez-vous, et j'ai pu aller la voir le lendemain

*donc j'ai foncé, direct. Alors que j'ai pris rendez-vous ailleurs mais c'était pas avant la fin du mois. »*

#### Entretien 4

Cet aspect confirme que la confiance en jeu derrière la consultation d'un médecin relève moins d'une confiance assurée que d'une confiance décidée, dans laquelle une part de risque est envisagée. Recueillir plusieurs avis sur un médecin avant de se décider à le consulter représente un moyen de réduire la part de risque et de favoriser la prise de décision dans ce sens.

### **1.2. Défaut de confiance relationnelle et non-recours aux soins**

Nous l'avons vu, la relation de confiance vis-à-vis du médecin est principalement une confiance décidée. Pour nos interlocuteurs, l'incertitude et les risques de voir les attentes déçues sont plus grands que si c'était une confiance assurée qui était mobilisée. L'anticipation ne repose pas tant sur les compétences professionnelles du médecin que sur son attitude personnelle, ses capacités relationnelles. L'importance de ce dernier aspect se retrouve de manière très explicite lorsque la relation ne correspond pas aux attentes des patients, altérant ainsi la confiance. Car cette dernière n'est pas statique mais dynamique et fragile comme le rappellent V. Mangematin et C. Thuderoz (Mangematin et Thuderoz, 2003c). En ce sens, elle se teste et s'éprouve à diverses occasions.

Cela nous demande alors d'être attentif aux effets éventuels de cette altération de la confiance sur la décision ou non de consulter. Esther Gonzalez-Martinez insiste sur le fait que la confiance doit être observée sur ce point, celle-ci étant « visible dans le « oui à l'action » » pour reprendre son expression (Gonzalez-Martinez, 2001 : 114). Ne pas disposer de confiance décidée, lorsque c'est ce type de confiance qui est en jeu<sup>295</sup>, engendre-t-il des situations de non-recours aux soins ? Nous pouvons nous permettre de faire cette hypothèse en reprenant N. Luhmann qui lui-même trouve ses exemples dans le champ médical. Le sociologue avance que, au sujet du « défaut de confiance décidée, il conduit à s'abstenir d'agir. Il réduit la gamme des possibilités d'actions rationnelles. Il empêche par exemple de se soigner à temps » (Luhmann, 2001 : 30). Nous

---

<sup>295</sup> Nous avons vu que d'autres personnes, plus minoritaires, mobilisaient une confiance assurée. Cela n'empêchait pas d'être en non-recours aux soins, les déterminants de ces comportements étant autres.

aborderons cet aspect en présentant les éléments qui altèrent la relation de confiance entre médecin et patient et qui peuvent entraîner des formes de non-recours aux soins.

### ***a) Déficit d'information, déficit de confiance***

La place du dialogue est ressortie parmi les capacités appréciées des médecins par les patients. Ce dialogue, dont il a été question dans les entretiens, a une double nature. Il recouvre un dialogue permettant aux patients de livrer une parole dans ce qu'ils perçoivent comme un espace privilégié, la consultation, mais également un dialogue attendu avec le médecin quant à la maladie, à son origine, aux traitements et aux motifs de leurs prescriptions. Ce dernier type de dialogue est à visée informative ou cognitive.

La question de l'information est en toile de fond. Elle est reconnue comme une composante essentielle de la consultation et dans l'établissement d'une relation de confiance<sup>296</sup>. Les travaux de l'anthropologue Sylvie Fainzang le relèvent bien. Son dernier ouvrage traite de ce sujet, parallèlement au mensonge. Dans une critique de la « démocratie sanitaire », supposant que les patients aient un accès à l'information, elle observe en particulier comment les médecins généralistes se positionnent différemment sur la question de l'information, analysant ce qu'ils disent ou pas – le mensonge étant pour elle un « ingrédient de la relation thérapeutique » parmi d'autres (Fainzang, 2006 : 148) – en fonction des patients. Une de ses analyses, sur ce dernier point, retient notre attention : « de même qu'il existe une inégalité sociale d'accès à l'information, à travers la sélection que les médecins font de ceux à qui ils délivrent l'information, de même il existe une certaine sélection sociale des destinataires du mensonge » (Fainzang, 2006 : 150). Les inégalités sociales se traduisent, dans la relation médecin-patient, autour de la question de l'information et du mensonge. Si le recours à ce dernier fait l'objet de stratégies volontaires de la part des médecins (par exemple en contestant les effets secondaires de médicaments pour en faciliter l'observance), il dépend en partie des représentations qu'ont ces professionnels de l'appartenance sociale des patients. S. Fainzang écrit à ce sujet que « les inégalités d'accès à l'information médicale ne résultent donc pas seulement d'une insuffisance au niveau des outils que la société donne à certains malades pour la

---

<sup>296</sup> Sur ce point, nous pouvons faire le parallèle avec les propos de V. Mangematin et C. Thuderoz qui voient dans la subjectivation de la société l'une des raisons de la croissance de la problématique de la confiance (Mangematin et Thuderoz, 2003b). L'essor de la figure du « sujet » peut se traduire, dans le champ de la santé, par une demande croissante d'information de la part de patients destinés et incités à être co-acteurs de leur santé.

comprendre, mais aussi d'une rétention, a priori, de l'information en direction des malades issus de ces milieux sociaux [populaires]. En définitive, ce que les médecins choisissent de dire ou de ne pas dire à leurs patients est donc largement motivé, non pas tant – ou, en tout cas, pas exclusivement – par la psychologie particulière du destinataire de l'information et de son aptitude à l'entendre, mais – avant même parfois l'état pathologique du malade – par son statut socioculturel réel ou supposé. On a vu, à cet égard, que les attitudes des médecins varient, à leur propre insu, en fonction non pas toujours de ce que le malade *est* mais de ce qu'ils *croient qu'il est* » (Fainzang, 2006 : 150).

Or, lorsque le patient pense ne pas avoir assez d'information de la part du médecin, et ce d'autant plus vue la difficulté à évaluer les compétences du médecin, le sentiment de doute peut s'installer :

« - Mais ils vous expliquent pourquoi ils prescrivent les choses, ils ne cachent rien ?

- *Mais c'est parce que je le demande la plupart du temps. Des fois je vois le médecin qui réfléchit, qui regarde mon dossier, qui réfléchit pendant deux minutes et là je demande il y a un problème ? Tout de suite je me dis qu'il y a un problème. Je pense dans ma tête il y a un problème, elle veut pas me dire, elle veut pas me le dire. Voilà. »*

### Entretien 3

Le doute peut être passager. Cependant, lorsqu'il s'installe, le fait de penser que le médecin garde pour lui des informations amène à des formes de « nomadisme médical », le temps de trouver un médecin en qui placer sa confiance. L'évocation de mauvaises expériences avec des médecins revient souvent sur cet aspect. La volonté d'en changer est guidée par le fait que le médecin « *n'expliquait pas* [ce que j'avais] », qu'il ne « *consulte pas* » et « *va vite* », sans prendre le temps d'examiner et d'échanger, ou plus généralement que les médecins « *doutent énormément de la parole de leurs patients* ». Autant d'éléments qui ne participent pas à la constitution d'une relation de confiance stable entre les deux parties.

L'altération de cette relation, par un défaut d'information, peut également participer à l'inobservance thérapeutique – au-delà de la confiance dans la qualité et l'efficacité des médicaments eux-mêmes (Rode, 2005) – et à une mise à distance volontaire vis-à-vis du

médecin<sup>297</sup>. C'est le cas de cette femme de 40 ans qui indique dès le début de l'entretien préférer éviter le médecin. Elle dit n'être « *pas du genre à y courir pour un oui pour un non* » notamment parce qu'elle « *ne trouve pas [les médecins] vraiment à l'écoute* », ayant « *beaucoup de préjugés sur la personne quand elle arrive* ». Ces propos ne relèvent pas d'une position de principe. Ils se fondent sur l'actuelle expérience qu'elle fait de sa relation avec son médecin traitant. Elle consulte son médecin depuis quelques temps pour prendre en charge ce qu'elle appelle un « *réel problème* » de santé, comparé aux motifs antécédents de consultation (rhume...). Toutefois, elle est en désaccord avec son médecin sur le diagnostic. Cette patiente se plaint de douleurs répétées qu'elle met sur le compte de son travail – elle fait un travail manuel dans une usine de fromagerie – alors que son médecin pense plutôt à des troubles psychologiques liés à des événements personnels passés, sans qu'il soit en mesure d'en expliquer le mécanisme. Dès lors, notre interlocutrice souhaite réaliser des examens complémentaires et se met en position de le demander à son médecin, ce qui provoque une altération de leur relation (« *résultat elle a dit que j'avais pas confiance en elle* »). Cela aura des conséquences sur le suivi des préconisations faites par le médecin. Elle décide ainsi d'arrêter son traitement, tant que son diagnostic et celui du médecin ne coïncide pas, bien qu'elle fasse part de l'importance de la confiance (essentielle selon elle) et du compromis avec son médecin. Cet exemple est caractéristique des situations de « mal-entendus », désignées ainsi par S. Fainzang « soit parce qu'elles témoignent de l'incompréhension langagière existant parfois entre médecins et malades, soit parce qu'elles révèlent que de nombreuses questions posées par les malades restent sans réponse » (Fainzang, 2006 : 134). Le décalage entre la demande du patient et la réponse donnée par le médecin, ainsi que l'information différente sur le diagnostic, fragilise la relation de confiance :

« - Du coup maintenant vous devez un peu douter de l'efficacité de la médecine ?  
- Ah bah oui. Mais j'ai pas confiance, franchement. J'ai des faits sur moi et des faits sur des membres de ma famille ou amis, je n'ai pas confiance du tout. Et même, avant qu'elle me donne tous ces tas de médicaments à prendre, j'aimerais qu'elle soit sûre que c'est le bon diagnostic. Elle m'a déjà donné tout et moi, je ne

---

<sup>297</sup> Une étude sur le retard de consultation lié à la précarité, dans le cas du cancer bronchique, aboutit à une conclusion similaire. Comparant un groupe « retard » et un groupe « contrôle », composé de personnes qui ont consulté précocement, elle démontre une plus forte confiance envers les médecins, « ce qui leur permet d'adhérer plus facilement aux prescriptions qui leur sont faites et d'être partie prenante dans un processus thérapeutique ». Ainsi, « cette confiance, qui confère au médecin et à sa parole prescriptive un pouvoir de *suggérer* le processus de guérison, constitue le moteur indispensable à toute adhésion thérapeutique et permet de comprendre pourquoi ce groupe consulte plus facilement dès l'apparition des premiers symptômes » (Beaune et al., 2006 : 112).

*suis pas très médicament déjà... on est à moitié [elle mime quelqu'un qui aurait bu] après. »*

Entretien 26 : Femme, 40 ans, Française, mariée, brevet, employée de commerce, complémentaire privée, 45,57 (Q4)

Nous touchons ici à l'une des caractéristiques de la confiance qui est sa réciprocité. Le patient accorde sa confiance dans le diagnostic du médecin, mais en échange celui-ci doit être capable d'écouter les demandes du patient. V. Mangematin et C. Thuderoz reviennent en effet sur cet aspect, estimant que les « attentes doivent être réciproques », prenant comme exemple typique la relation médecin-patient (Mangematin et Thuderoz, 2003c : 252).

### ***b) Distance sociale et confiance***

Un autre aspect participant à la confiance décidée concerne l'incertitude quant à la capacité du médecin à ne pas être dans le jugement mais dans la « *compréhension* ». Par ce terme, l'emphase est mise sur l'absence de remarques, par le médecin, sur les conduites à risque pour la santé et, ce qui peut être lié, sur les situations sociale, professionnelle et familiale dans lesquelles sont les patients précaires. Faire confiance à un médecin, c'est également faire confiance en sa manière d'accueillir les patients avec leur différence, c'est être un « *confident* » et non une personne qui se permettra une fois de plus de juger leur vie. La confiance ressort d'autant plus qu'elle « est éprouvée quand deux mondes se rencontrent » (Mangematin et Thuderoz, 2003 : 3). Or, ici ce sont deux mondes socialement hétérogènes voire opposés, que ce soit au niveau de la détention des capitaux sociaux, économiques, culturels et symboliques. Rappelons que les médecins restent issus en large partie de catégories sociales favorisées. Une étude de la DREES, analysant le recrutement social des professionnels de santé, note que 45% des médecins proviennent d'une famille de cadres et professions intellectuelles supérieures, contre 8% issus d'une famille d'ouvriers. Cette proportion est également forte chez les pharmaciens et dentistes (41%), mais elle n'est plus que de 13% chez les infirmiers (Breuil-Genier et Sicart, 2006).

Dès lors, la confiance peut ne pas être donnée à un médecin qui se comporte à l'inverse de la manière attendue. Cela ressort très nettement des propos d'interlocuteurs critiquant les comportements des médecins qui marquent ou ne cherchent pas à réduire la distance sociale avec eux. Ici s'expriment de la méfiance voire de la défiance. La différence entre ces deux sentiments est une différence de degré de confiance dans les relations avec



les médecins. Le *continuum* proposé par C. Thuderoz, V. Mangematin et Denis Harrison est utile à cet égard (Thuderoz, Mangematin et Harrison, 1999) et sert de base à notre réflexion. Ces trois chercheurs situent la défiance, la méfiance, la confiance et la foi<sup>298</sup> sur un même axe horizontal, allant du plus négatif au plus positif. La méfiance relève alors d'une mésalliance, tandis que la défiance se traduirait par une rupture, un éloignement. Et en effet, plutôt rare dans notre corpus, la défiance est rapportée par les individus les plus éloignés du système de soins. Le corps professionnel des médecins y est assimilé à une profession de pouvoir et d'autorité, animé principalement par la recherche du profit personnel. Un interlocuteur confiera ressentir la même « *haine* » envers les médecins qu'envers les professions de la justice. Ce constat est cohérent avec les travaux de M. Collet. Il évoque la relation dialectique préexistante entre niveau de confiance et fréquentation du système de soins, qui se traduirait par « l'auto-exclusion des soins ». Il conclut ainsi son travail : « on peut supposer alors que les degrés les plus importants de l'apprentissage de l'usage des structures de soins correspondent à une plus grande emprise des « logiques de confiance » ; et qu'inversement, plus la personne est étrangère au symbolisme et aux pratiques des professionnels de santé, plus ses comportements obéissent à une « logique de défiance ». La détention d'un niveau important de ressources économiques, professionnelles et culturelles correspondrait plus fréquemment aux logiques de confiance alors que le fait de se trouver dans une situation de précarité de ressources, tant financières que de sociabilité, induirait une fragilité des repères qui s'associerait souvent avec les logiques de défiance. On suppose que l'importance de la méfiance à l'égard du système de soins ne trouve pas son origine principale dans la faiblesse du niveau des droits ou l'insuffisante protection sociale de l'intéressé. Mais, d'un autre côté, on constate qu'elle est notablement renforcée dans les situations de précarité des droits ou des ressources financières. Réciproquement, la défiance à l'égard du système de soins engendre des retards de prise en charge des maladies qui, à leur tour, accentuent la gravité des troubles de santé et, de ce fait, concourent à la précarisation de la personne » (Collet, 2001 : 233-234).

---

<sup>298</sup> Par le terme de foi, C. Thuderoz, V. Mangematin et D. Harrison font y compris référence à la croyance religieuse. Un entretien à Bobigny avec un Comorien a abordé cette question. Nous avons interrogé ce jeune homme juste après son passage chez le médecin, où il lui avait été diagnostiqué plusieurs problèmes dentaires et ophtalmologiques nécessitant des soins. Lui ne savait pas qu'il avait besoin de consulter des médecins. Il déclarera vouloir faire la démarche d'aller se soigner après le bilan de santé, comme l'a invité à faire le médecin du centre. Selon ce jeune homme, musulman, il est important de suivre les indications du médecin « *parce que Dieu a donné le médecin* » et donc « *il faut la confiance, comme Dieu, il faut [la confiance dans le] médecin* ». Cette foi dans le médecin, observée uniquement dans le cas de ce jeune homme, fait l'objet d'une analyse complète dans une étude sur le rapport aux droits et aux services de santé chez les hommes maghrébins et âgés. Pour ces derniers, « la parole du médecin est parole « d'évangile » » (Louyot, 2007 : 83).

Dans notre corpus, une telle représentation des médecins entraîne également des retards aux soins, telle cette jeune femme qui avait peur que les docteurs la prennent pour une « *gigolotte* » (c'est-à-dire une simple d'esprit), du « nomadisme médical » ou des non-recours aux soins définitifs. Un interlocuteur, dont la dernière consultation remonte à plus de deux ans malgré ses besoins de soins (diabète et cholestérol), a insisté sur sa défiance envers les médecins, c'est-à-dire « *la dent* » qu'il a à leur rencontre depuis qu'il pense qu'ils lui ont « *caché* » son problème ophtalmologique. Il leur reproche également leur attitude, leur demandant d'être « *moins fiers d'eux* » et de « *moins nous écraser* ».

Ces discours ne sont pas nécessairement orientés vers l'ensemble du corps médical<sup>299</sup>. En est illustratif ce récit de la part d'un homme ayant abandonné les soins, suite au remplacement de son médecin traitant :

*« - Comme celle que j'avais dans le quartier à B. quand j'étais dans ma période de vie difficile et bien celle-là, je peux vous assurer qu'il fallait y aller, c'était complet toute la journée. Elle travaillait bien, mais elle a laissé son cabinet à quelqu'un d'autre. Le jour où j'ai téléphoné et que c'était quelqu'un d'autre, c'était un homme, et je m'entends pas du tout avec les hommes en général !*

*- Surtout quand c'est un médecin ou pas ?*

*- Non.*

*- Ça n'avait rien à voir avec le statut de médecin ?*

*- Non, non. Il y avait des remplaçants chez elle quand elle partait en vacances d'été et c'était des hommes et j'y allais. Mais quand il m'a dit au téléphone, des trucs comme ça... J'ai senti que ça allait pas et j'y ai pas été. Je voulais me faire ausculter et j'ai laissé tomber, j'y ai plus retourné. Je le sentais pas, je le sentais pas du tout. Il avait une voix autoritaire, un peu comme ça... Je le sentais pas.*

*- Pourtant toute à l'heure vous avez dit qu'en général vous faisiez confiance aux médecins ?*

*- Oui mais... en gros oui, mais si je vois quelqu'un où les vibrations ne passent pas, je veux dire c'est comme quand vous rencontrez quelqu'un dans la rue qui vous semble antipathique, il y a avec des gens où ça ne passe pas du tout, c'est comme ça. J'ai rien contre la médecine. Quels que soient les médecins. Mais lui*

---

<sup>299</sup> M. Collet, G. Menahem et H. Picard démontrent également que ce qu'ils nomment la méfiance, exprimée davantage chez les individus les plus précarisés de leur échantillon que chez les autres, porte sur un nombre limité de professionnels de santé, en premier desquels nous trouvons les médecins libéraux et psychiatres (Collet et al., 2006). Ces chercheurs mesurent la méfiance à partir du niveau de satisfaction vis-à-vis du traitement d'un épisode douloureux.

*j'ai senti au téléphone, « mmmmh » [il imite quelqu'un qui bougonne], une voix brusque, « il n'y a pas de problème, le docteur B. est partie, vous pouvez venir ici »... non... je sais pas si elle a vendu la clientèle mais bon. »*

Entretien 76 : Homme, 62 ans, Algérien, célibataire, licence, sans emploi, sans complémentaire, 86,39 (Q5)

Plus que le fonctionnement de l'institution médicale, c'est ici l'attitude même des professionnels de santé à l'égard des patients défavorisés qui est mise en cause. Celle-ci a pour impact d'augmenter la distance au système de soins de patients qui ne se sentent pas accueillis de manière égale à l'ensemble des citoyens, voire sujets à des violences symboliques au-delà des refus de soins traités auparavant.

### **Conclusion 1.**

La question de la confiance vient ici d'être abordée à propos de la relation médecin-patient, qui est un sujet de débats fréquent. En l'occurrence, déposer sa confiance envers ce professionnel de santé induit des risques, de l'incertitude quant à l'attitude qu'il va adopter, faisant alors entrer cette confiance dans une confiance décidée et non assurée. Il est apparu, d'une part, que l'absence de confiance ne caractérisait pas l'ensemble des individus rencontrés. Les attentes envers les médecins peuvent au contraire être très fortes<sup>300</sup>. Toutefois, d'autre part, des altérations de confiance peuvent entraîner des formes de non-recours aux soins. En l'occurrence, l'analyse de cette question nous a démontré le rôle-clé des médecins, et surtout les médecins généralistes. Si le degré de confiance est souvent renvoyé à une caractéristique propre aux individus en situation de précarité, à un de leur trait psychologique (un déficit de confiance en soi qui aurait un impact dans tous types de relations sociales), il ne faut pas oublier comment la confiance est également dépendante des relations instituées par le fonctionnement du système de soins et par les acteurs qui composent ce dernier<sup>301</sup>.

---

<sup>300</sup> A noter d'ailleurs que les bénéficiaires de la CMU-C ne sont pas ceux qui respectent le moins le parcours de soins. Au contraire, le Fonds CMU précise qu'ils sont plus nombreux à avoir déclaré un médecin traitant que les autres assurés sociaux (Références CMU, 2009).

<sup>301</sup> L'analyse mériterait alors d'être complétée en interrogeant les médecins sur le type et le niveau de confiance qu'ils ont envers les patients, et en particulier ceux en situation de précarité. Nous pouvons par exemple faire l'hypothèse qu'un médecin qui se représente un patient comme étant un « abuseur » du système de soins, ou un de ceux n'honorant pas leurs rendez-vous, a une attitude teintée de méfiance. Cette attitude se ressentirait alors dans la relation avec le patient.

## **2. LA CONFIANCE DANS LE SYSTEME DE SOINS**

Nous avons mis l'accent pour le moment sur le rôle d'un type de confiance particulier, interpersonnel, dans le non-recours aux soins. Il renvoie à la confiance placée dans le médecin ou plus précisément celle au centre de la relation médecin-patient. La confiance interpersonnelle n'est pas la seule à avoir été évoquée dans les entretiens. Ces derniers ont également été l'occasion d'en aborder une autre, située à un niveau plus global. Il s'agit de la confiance institutionnelle, en l'occurrence ici celle placée dans le système de soins. E. Lorenz, repartant de la typologie de la confiance proposée par Lynne Goodman Zucker<sup>302</sup>, rappelle bien que celle-ci n'a pas pour seul objet l'individu, mais également les structures formelles et ses attributs. Quel que soit l'objet, le principe est le même puisque la confiance renvoie aux attentes que l'on a envers le comportement d'un individu ou d'une institution. E. Lorenz note enfin la dialectique entre les objets de confiance ; il souligne le fait que la confiance institutionnelle peut « générer des relations de confiance en des individus indépendamment d'une quelconque connaissance personnelle de ceux-ci, ou d'une interaction directe avec eux » (Lorenz, 2003 : 113).

Nous pouvons analyser la question de la confiance institutionnelle qu'un individu donne ou non, non pas dans le médecin en tant qu'acteur, mais dans le système de soins pris dans sa globalité. Cette hypothèse fait porter le regard sur la manière dont les individus perçoivent les institutions sanitaires, comme un autre niveau d'explication du non-recours. Elle fait écho aux conclusions d'une série d'études sur le non-recours aux droits sociaux qui indiquent le lien entre ce phénomène et le déficit de confiance qu'ont les populations précaires à l'encontre des institutions sociales, judiciaires ou encore scolaires (Warin, 2002a).

### **2.1. Une méfiance qui se traduit par un scepticisme sur l'efficacité et l'utilité du recours au système de soins**

Le sentiment d'imprévisibilité, le doute ou l'incertitude – qui rappelons-le sont des conditions de mobilisation de la confiance – caractérisent le rapport que certains individus rencontrés entretiennent avec les institutions sanitaires. Si les risques ne concernent pas

---

<sup>302</sup> L.G. Zucker isole trois formes de confiance : la confiance *intuitu persona*, la confiance relationnelle et la confiance institutionnelle (Zucker, 1986).

l'attitude des professionnels de santé, tel que nous venons de le voir, sur quoi portent-ils ? Il apparaît clairement que les risques qu'une personne envisage au niveau du système de soins portent sur les soins médicaux. Ces risques peuvent prendre le dessus sur l'avantage à retirer des soins et ainsi expliquer des comportements de non-recours.

Pour bien comprendre ce point, revenons sur ce qui caractérise la confiance. Nous avons déjà présenté plusieurs de ses facettes, sauf une, pourtant partagée dans la majorité des recherches sur la confiance quelle que soit la discipline ou l'approche privilégiée. Placer sa confiance en une personne, en un service, en une institution, ne se réduit pas à un choix basé sur des aspects rationnels. Cet acte intègre également des éléments de l'ordre de la croyance. Lucien Karpik en fait même une variable incontournable puisque, selon lui, il n'y a « pas de confiance sans croyance » (Karpik, 2003 : 11). Il note au passage le manque de conceptualisation de ce que recouvre la croyance. Pour en donner une définition, nous pouvons prendre les travaux de Claus Offe qui se saisit explicitement de cette dernière dans sa réflexion sur la confiance. Il envisage la confiance comme « une croyance concernant l'action à attendre d'un autre. Cette croyance se réfère à la probabilité que l'autre fera certaines choses, ou s'en abstiendra, qui affectent le bien-être de celui qui la nourrit (...). La confiance est la croyance que les autres, à travers leurs actions ou leurs abstentions, contribueront à mon bien-être et s'abstiendront de me nuire » (Offe cité dans Queré, 2001 : 133). Définie de la sorte, la croyance intègre ce qui est de l'ordre du symbolique et qui participe à la prise de décision d'engager ou non la confiance envers quelqu'un ou une institution.

Sur quels aspects pouvons-nous trouver traces de la croyance ? Elle apparaît dans les entretiens lorsque la confiance porte sur la *croyance* en la capacité des institutions sanitaires à apporter une réponse à un besoin de santé. Elle reste à décliner en deux aspects situés l'un en amont, l'autre en aval. Le premier peut être formulé comme la capacité à obtenir des soins ou à accéder à un service de santé, ce qui renvoie aux questions d'accessibilité financière et géographique, aux refus de soins, etc., abordées précédemment. Il nous reste donc à voir le second aspect. Il renvoie à la croyance dans la qualité du résultat obtenu par ce service. Ce dernier point est ressorti de manière saillante dans les entretiens où était évoqué le degré de fiabilité des institutions sanitaires. Plus précisément, nos interlocuteurs se demandaient si ces dernières allaient se comporter comme attendu, c'est-à-dire en recherchant de la manière la plus efficace et sûre toutes les solutions afin de soigner le besoin identifié et non de l'aggraver. Or, les individus

exprimant ici une méfiance envers le système de soins remettent justement en cause cette image de la médecine. Ils font preuve de critiques ou de scepticisme sur l'utilité puis l'efficacité des soins prodigués.

Nous avons isolé trois critères sur lesquels sont fondées les critiques des individus. Ils correspondent à trois moments distincts de la prise en charge des besoins de santé par le système de soins. Le premier critère renvoie à une étape-clé puisque cristallisant la demande faite aux institutions sanitaires, à savoir celle du diagnostic d'un problème de santé. Pour le formuler simplement, les individus ne font plus confiance dans un système de soins qui n'a pas été capable de détecter une maladie. Ainsi en est-il de cette femme qui ne croit pas au rôle de la médecine du travail et qui, bien que souffrant de pathologies qu'elle pense associées à ses conditions de travail, indique ne pas vouloir les solliciter :

« - Vous n'êtes pas allée voir le médecin du travail ?

- *Pff alors eux, c'est bon. C'est même pas la peine, j'ai ma belle-soeur qui avait un cancer, hop, très bien, « vous avez une bonne santé et tout »... Alors moi c'est bon, la médecine du travail, je ne leur raconte rien du tout, ah non !*

- Mais ils sont là aussi pour... [Elle me coupe]

- *Alors eux ce n'est pas la peine. Je ne leur raconte rien, je pourrais avoir je ne sais quoi, je ne leur dis rien, ce n'est pas la peine. »*

Entretien 26

Le second critère interroge la plus-value offerte par les soins. Le vocabulaire de l'utilité se retrouve en effet à plusieurs endroits, dans les cas d'individus ayant effectué et suivi des soins sans qu'ils ne voient une amélioration de leur état de santé. Cela était très présent chez cet homme qui a peu à peu abandonné les soins correspondant à sa maladie chronique :

« *Et puis je me dis, « ça sert à quoi ? » ça fait plus d'un an que je vais au kiné et j'en suis toujours au même point. »*

Entretien 3

Enfin, le dernier critère regroupe les récits d'individus ayant vu une aggravation de leur état de santé suite à des soins. La méfiance exprimée renvoie à un système de soins qui aurait des effets iatrogènes plutôt que réparateurs, et vis-à-vis duquel il est préférable

de rester éloigné. Un exemple peut être donné par le témoignage de cet homme qui alterne en permanence, tout au long de l'entretien, entre confiance et méfiance à l'égard du système de soins. Il ponctue d'ailleurs l'entretien par plusieurs anecdotes pour donner force à son récit :

*« - Mais bon il est vrai que j'ai fait les frais de certaines choses qui n'ont pas toujours fonctionné. Je viens de vous en citer deux, je peux vous en citer un même qui est très très vieux, au niveau de ma main j'ai eu un problème avec un accident de voiture, j'ai eu une fracture ouverte, j'ai eu un problème une fois ici, je n'arrivais plus à bouger mon pouce. Ce qu'ils ont fait, c'est une transplantation de tendon. Donc ils m'ont ouvert ici tout le long, ils m'ont pris un tendon de par-là, et ils me l'ont greffé sur le pouce. Bon, je ne suis pas médecin mais je constate un truc, lors de mon accident il y a quand même eu quelques trous de fait, notamment un ici et ici, et bien sûr ici parce que l'os ressortait mais je constate une chose quand je resserre mon pouce, regardez ce qu'il se passe.*

*- Vous avez un trou.*

*- Je me dis, là où j'avais ce trou-là, il me manque quelque chose, peut-être que le tendon a été sectionné à cet endroit-là. Ils auraient pu m'ouvrir un peu plus et me rafistoler ou autre... et peut-être qu'ils ne l'ont pas vu. Du coup ils ont dû faire une opération autour, donc mon pouce fonctionne, ça va, mon index est resté un petit peu en retrait des autres... Je peux le plier mais bon, encore un exemple où on peut avoir des doutes. »*

Entretien 43

Ces trois critères, mobilisés séparément ou conjointement, sont utilisés par les interlocuteurs pour venir expliquer l'absence de confiance envers un système de soins, peu fiable quant aux résultats sanitaires auxquels il est parvenu. Ces éléments d'évaluation renforcent en particulier la conviction d'individus qui défendent l'intérêt de garder une distance avec les institutions sanitaires, n'acceptant pas de leur déléguer totalement la prise en charge de leur santé et de se subordonner à elles.

## **2.2. Les sources de la méfiance : entre expériences vécues et expériences rapportées**

Les récents travaux de recherche sur la confiance se sont principalement concentrés sur les différentes définitions de cette notion, sa nature et ses fonctions sociales. A l'inverse, comme le souligne L. Queré, la réflexion sur les sources de la confiance reste peu développée (Queré, 2001). Partant de ce constat, nous avons décidé d'interroger les sources de ces croyances d'un système de soins iatrogène. Pour ce faire, nous pouvons à nouveau nous référer aux analyses de V. Mangematin et C. Thuderoz. Ils isolent deux modes de construction de la confiance. Le premier est progressif et passe par un apprentissage relationnel, tandis que l'autre est intuitif et repose sur le pari sur la personne (Mangematin, Thuderoz, 2003c). Pour illustrer la différence entre les deux, nous pourrions prendre l'exemple de la confiance envers un professionnel du bâtiment. Elle peut être soit le résultat de plusieurs contacts permettant de tester petit à petit la compétence de ce professionnel, soit le produit d'un choix spontané ou guidé par des signes extérieurs de confiance (exemples visibles de travaux effectués précédemment, accueil, machines bien entretenues...).

La distinction que ces deux auteurs opèrent est intéressante pour analyser les sources de la méfiance à l'égard du système de soins. Cette dernière est-elle intuitive ou s'est-elle construite au fur et à mesure des contacts avec le système de soins ?

### ***a) L'importance des expériences vécues personnellement***

Les quelques extraits d'entretiens présentés dans le point précédent de ce chapitre donnaient déjà une piste sur la manière dont des individus en viennent à exprimer une méfiance vis-à-vis du système de soins. Ce sont principalement les différentes fréquentations des institutions médicales passées qui orientent la perception actuelle que les personnes ont du système de soins<sup>303</sup> et, corrélativement, le recours qu'elles en font. Autrement dit, les entretiens révèlent l'importance, comme source de confiance, de ce que nous regrouperons sous le terme des expériences vécues.

---

<sup>303</sup> Notre constat s'inscrit ainsi en faux avec les conclusions d'une étude de l'OMS, publiée en 2009. Les auteurs cherchaient précisément à tester le lien « entre la satisfaction à l'égard du système de santé et l'expérience des soins vécue par les patients ». Ils en concluent que « contrairement à ce qu'indiquent les rapports publiés, la satisfaction des personnes à l'égard du système de santé dépend plus de facteurs externes à ce système que de l'expérience vécue par ces personnes en tant que patients » (Bleich, Ozaltin et Murray, 2009 : 276).



Par ce terme, nous nous attachons ici uniquement à la fréquentation concrète des institutions dont les individus ont parlé. Elle semble *a priori* plus significative pour eux puisqu'elle recrée un système de signification allant dans le sens – ou à l'encontre – de leurs présupposés initiaux. Ce dernier point est important à ajouter. En effet, si une analyse ayant pour objet le non-recours se centre sur les impacts d'expériences négatives, celles-ci ne représentent pas l'unique cas. Cela est particulièrement vrai des recours réguliers, dans le cadre des maladies chroniques notamment. Cette fréquence est à double tranchant. D'un côté, elle favorise la confiance envers l'institution sanitaire dans laquelle la personne est suivie. C'est le constat qui émerge d'une analyse de G. Menahem sur 500 questionnaires de patients de centres de soins gratuits ; il en ressort que « les usagers développent d'autant plus leurs relations avec le personnel qu'ils viennent fréquemment consulter le centre de santé » mais encore que « les appréciations positives des centres de soins gratuits augmentent avec le niveau d'intégration » (Menahem, 2000 : 3). Il est entendu que les conclusions de cette étude ont quelques particularités étant donné le contexte – les centres de soins gratuits ayant souvent un souci plus aigu de l'accueil – et l'échantillon des enquêtés – des personnes recherchant probablement plus le contact avec les professionnels. Toutefois, la tendance générale d'une amélioration de la perception d'un établissement médical en fonction d'une augmentation des recours est une hypothèse recevable. A mesure de la fréquentation, les personnes peuvent remettre en cause leurs *a priori* initiaux, réduire leurs appréhensions (en osant faire la « première démarche »), créer des liens avec des membres du personnel<sup>304</sup> et y trouver des éléments appréciables. Il en est ainsi de quelques individus interrogés dans les centres de santé de Grenoble pour qui, au bout d'un certain temps, venir au centre de santé n'est plus synonyme de venir consulter, mais venir discuter avec une secrétaire, trouver une ambiance chaleureuse, voire demander un conseil de tout ordre concernant la vie quotidienne et non plus seulement la santé (Rode, 2005).

Néanmoins, d'un autre côté, une perception négative des institutions du champ sanitaire peut venir d'un passé médical chargé et de fréquents contacts avec elles. Ainsi

---

<sup>304</sup> I. Parizot met bien en lumière la création de liens lors du recours aux soins et, dans la continuité des travaux de S. Paugam, la distinction entre les types de liens en fonction du lieu de soin. Ainsi, l'univers symbolique humaniste (des centres de soins gratuits, dispensaires humanitaires...) favorise la création du lien social d'intégration, tandis que l'univers symbolique médical (des hôpitaux publics...) développe un lien de citoyenneté (Parizot, 2003). La différence entre ces deux univers symboliques est ressentie par les patients les fréquentant et a un impact sur leur rapport aux structures concernées, mais également sur leur recours aux soins. I. Parizot en conclut que « pour comprendre les modes de recours, ou de non-recours, aux soins, on le voit, il convient de s'interroger sur les conséquences de la fréquentation de telle ou telle structure – notamment les conséquences identitaires et relationnelles attachées à chacune » (Parizot, 2005 : 82).

des récits d'expériences vécues où s'est exprimé de manière visible un sentiment de méfiance, voire de rejet virulent d'institutions mises en cause et où il s'agit de ne plus y aller sauf en cas de forte nécessité. C'est particulièrement récurrent vis-à-vis des institutions dédiées à la prise en charge des troubles psychiatriques ou encore de l'hôpital public. Les récits des contacts avec cette dernière institution, davantage fréquentée par les populations précaires rappelons-le, sont toujours connotés de manière négative, quels que soient les motifs de recours aux soins. Tous les aspects de la fréquentation y passent : de la configuration de la structure aux soins prodigués, en passant par l'accueil. Ce dernier apparaît quand même central dans le regard que les personnes portent sur l'hôpital. A titre d'illustration, il est qualifié de « *pas serviable* » ou de « *robotisant* », s'ajoutant à une structure comparée par plusieurs patients à l'« *usine* ». Une femme témoigne ainsi d'une mauvaise expérience à l'hôpital, la confortant dans l'idée d'éviter d'y retourner ou de ne le faire qu'*a minima* et cela non sans appréhension :

*« - A l'hôpital j'étais paumée, en plus c'est l'usine là-bas. Et moralement il y avait personne pour me soutenir, les infirmières sont complètement à côté de la plaque, je pleurais, j'étais super angoissée et une infirmière me dit « qu'est-ce que vous avez », je lui dis « je suis pas bien, mon bébé arrête pas de pleurer, j'arrive pas à la calmer » et elle au lieu de me rassurer, de me remonter le moral, elle me dit « attendez elle doit avoir faim, je vais lui donner une compote » [rires]. Mais aucun soutien moral, allez t'es hospitalisée, tu restes et là et tu attends tes soins. Et même la nuit, ils sont même pas attentionnés, il y a des enfants qui dorment et eux ils claquent les portes, ils font du bruit... c'était l'horreur.*

- Du coup si vous avez besoin d'y aller...

- *Oh purée...* [elle prend un air angoissé] *Si j'ai pas le choix on y va... mais je passerai par [le médecin du centre] si elle est là. »*

Entretien J

Ces expériences passées, telles qu'elles sont racontées, orientent les pratiques actuelles de recours ou de non-recours – volontaire – aux soins hospitaliers et, dans le même sens, spécialisés.

Le cas des soins dentaires peut être pris comme exemple pour comprendre comment la croyance dans l'inefficacité de certains soins se construit sur la base d'expériences passées. Plus précisément, elle se forme lorsque ces expériences se sont révélées infructueuses ou insuffisantes au regard de leurs résultats, malgré une démarche initiale de

soins. Evoquons cet homme en non-recours provisoire aux soins dentaires, malgré des signes très visibles d'une dentition en mauvais état et un besoin de soins subjectif :

« - Et au niveau des dents ?

- *Quand j'avais entre 18 et 30 ans, j'allais une fois par semaine chez le dentiste tout ça pour un résultat désastreux. J'ai fait soin sur soin et mes dents se dégradaient tout le temps. En fait, les dentistes ne savent pas soigner les dents, ils ne font que les réparer, en mettant un plombage par exemple. Ça reste une logique économique. Ce que j'en ai vu donc, c'était que mes dents continuaient de pourrir sans qu'aucun dentiste n'arrive à y faire quelque chose.*

- Depuis combien de temps vous n'y êtes pas allé ?

- *Ça va faire 8 ans que je n'ai pas vu de dentiste, sans que ça s'arrange ou que ça soit pire qu'avant, sauf un plombage qui est parti. Par contre, c'est sûr que si j'ai vraiment un problème j'irai tout de suite, je sais ce que c'est que d'avoir une douleur dentaire. Et là les remèdes de grand-mère sont inefficaces.*

- Ce n'est pas non plus une question de coût alors ?

- *Non, mais c'est plus à quoi ça sert. Je n'ai pas eu d'amélioration de l'état de mes dents alors que j'y passais du temps. Ils ont pas de réponse ni de remède. Si j'avais eu un problème d'os friables ils m'auraient donné du calcium mais là pour mes dents ils n'y arrivent pas. A la limite, je peux mettre un clou de girofle. Mais mes dents pourrissent toujours sur place. J'ai tiré une croix sur mes dents. Vu que ça change pas depuis trois ans, à part ce plombage, j'attends le moment où je pourrai aller acheter un dentier. Je mets de l'argent de côté en n'allant pas chez le dentiste pour tel ou tel problème, alors comme ça je pourrais me faire le dentier quand je verrai qu'il sera temps. »*

#### Entretien 7

Ce type de récits est mobilisé par nos interlocuteurs pour appuyer par quels mécanismes, et à partir de quel moment, ils ont « préféré » se mettre à distance des institutions de soins. Ces récits donnent à voir comment la méfiance peut être le résultat, progressif, d'un cumul d'interactions avec ces institutions. A ce sujet, analysant les rapports de confiance, en soi et dans les institutions sociales, chez les chômeurs, Nathalie Burnay reprend les propos d'Anthony Giddens selon qui « les attitudes de confiance ou de méfiance envers les systèmes abstraits peuvent être fortement influencées par des expériences vécues aux points d'accès » (Giddens cité dans Burnay, 2005 : 131). De la même manière que ce que nous avons observé, elle en conclut le principe suivant : ce sont

« les perceptions négatives de certaines expériences vécues qui provoquent chez l'individu un *a priori* tout aussi négatif pour les expériences à venir » (Burnay, 2005 : 131-132). Cela peut, rajoutons-le, engendrer une distance avec ces institutions et les droits ou services auxquels elles donnent accès.

### ***b) Expériences rapportées et rôle du réseau social***

D'autres sources que « l'expérience » participent à la construction de la confiance et ici de la méfiance à l'égard du système de soins. S. Paugam y voit par exemple l'influence de facteurs sociaux et familiaux sur le long terme. Il évoque la corrélation entre « un faible sentiment de confiance dans les institutions », révélateur de la rupture du lien de citoyenneté, et « un nombre élevé de difficultés dans l'enfance » (Paugam, 2005). I. Parizot, pour expliquer sociologiquement le scepticisme à l'égard de la médecine chez les catégories défavorisées, mentionne l'inégale information et accès aux savoirs médicaux. Ce scepticisme, que nous observons également dans notre corpus, trouverait alors son origine dans la distance entre ces personnes, d'un côté, et les valeurs ainsi que la culture de la médecine moderne, de l'autre, qui sont véhiculées principalement au travers de l'école et de l'environnement social (Parizot, 1998). Enfin, comme autre source, nous pouvons penser aux représentations que se donnent elles-mêmes les institutions sanitaires, ou qu'on leur attribue, et qui peuvent être des garanties de confiance. Pensons par exemple à leurs politiques de communication ou aux classements des hôpitaux, « marronnier » des magazines.

Toutefois, il nous semble que l'expérience tient une place particulière dans les sources de la méfiance, et ce pour deux raisons. D'une part, elle donne une objectivité et surtout une légitimité à ceux qui l'ont vécue d'asseoir leur point de vue critique à l'égard du système de soins. D'autre part, l'expérience qui donne lieu à de la confiance ou à de la méfiance peut être vécue par la personne ou bien rapportée par d'autres. En effet, de la même manière que pour les récits d'expériences vécues personnellement, les individus qui ont un rapport de méfiance avec le système de soins appuient également leur avis par des anecdotes de proches. Ils se réapproprient en quelque sorte ces dernières dans un objectif similaire. Il s'agit toujours de démontrer en quoi les institutions sanitaires peuvent mal soigner, faire des erreurs de diagnostic aggravant les problèmes de santé initiaux voire causer la mort, comme le rapporte cet enquêté par ailleurs très exposé au non-recours aux soins :

*« J'ai un copain qui est décédé au foyer. Il s'était plaint qu'il avait mal au ventre plusieurs fois. Il est venu nous voir pour savoir si on n'avait pas quelque chose pour le ventre. Je lui dis que je pouvais pas donner n'importe quoi et je lui ai dit d'aller voir le médecin. Il a dit qu'il l'avait vu, je lui dis « alors il t'a donné quelque chose ? » Il m'a dit « oui mais ça fait rien ». Je lui dis que je pouvais pas lui donner n'importe quoi. Mais j'ai commencé à douter, parce que s'il vient me voir pour me demander des médicaments, je trouvais ça bizarre. Trois jours après mon collègue de chambre est venu me chercher pour me dire qu'il ne l'avait pas vu sortir de sa chambre et qu'il y avait une drôle d'odeur. J'ai dit « est-ce que t'as appelé les pompiers ? » Il ne l'avait pas fait. Je suis descendu et en effet ça sentait le pourri. J'ai appelé les pompiers, ils sont venus, ils sont passés par la fenêtre parce qu'il s'était enfermé dedans et en effet il était mort chez lui. À cause d'une hernie qui a éclaté, comment on appelle ça... une péritonite. Je me suis dit mais c'est quoi ça ? Il est mort d'une péritonite mais attendez, il a vu le médecin ! C'est ce qu'il m'a dit. J'avais un doute, mais ils ont retrouvé l'ordonnance en effet. Il avait vu le médecin. Ils l'ont regardé les médecins, ils ont vu que c'était rien du tout comme traitement, c'était pas spécifique à la péritonite et pourtant il est allé voir le médecin pour le mal de ventre. Vous voyez ce que je veux dire. Une péritonite, ça se voit, ça fout les boules. Ça vous laisse froid, j'aimerais bien savoir quel est le médecin qui l'a vu... Il y a un problème. »*

### Entretien 3

L'usage de récits d'expériences de proches à l'égard du système de soins démontre une autre source de la confiance, mais également un de ses supports. Celle-ci se construit également par le biais du réseau de relations sociales d'un individu, dans lequel circulent différentes informations et anecdotes portant sur des expériences de contact avec les institutions sanitaires. Cela fait directement écho au travail d'Ethan Cohen-Cole et de Giulio Zanella (2008), de même qu'à ce que V. Mangematin nomme la « confiance transitive ». Elle réunit les situations où un individu fait « confiance à un tiers parce qu'une personne digne de confiance lui accorde son crédit » (Mangematin, 2003 : 122). L'inverse est vrai d'ailleurs, la méfiance entre un individu et le système de soins se transmettant de manière indirecte, par l'intermédiaire d'individus « passeurs » ou « générateurs » de méfiance. Cet aspect vient confirmer notre constat selon lequel la confiance dans le système de soins n'est pas de nature intuitive mais se construit en permanence en fonction des différents contacts et expériences, qu'ils soient vécus personnellement ou non.

### **Conclusion du chapitre 3**

La confiance est revenue de manière récurrente dans les entretiens, en particulier lorsqu'il a été question de la relation médecin-patient. Accorder sa confiance est un acte d'engagement qui comporte une part de risque ou d'incertitude quant aux comportements futurs des médecins, moins sur leur compétences techniques que sur celles relationnelles. Elle est caractéristique d'une confiance dite « décidée », et non « assurée ». La fragilité caractérise bien cette confiance. Les professionnels de santé ont un rôle central dans l'instauration et le maintien ou non d'une relation de confiance, par une écoute et une attitude de compréhension jugées centrales par les individus rencontrés. En leur absence, ces derniers peuvent se détourner de médecins, temporairement ou définitivement, ou bien abandonner leurs traitements.

Toutefois, l'action des professionnels de santé s'inscrit dans une structure formelle qui participe également à la production de la confiance. En l'occurrence, nous avons observé dans les entretiens une méfiance et, plus occasionnellement, une défiance envers le système de soins. Elles reposent sur un déficit de croyance dans la capacité du système de soins à prendre en charge les besoins de santé de manière adaptée, efficace et sûre. Ce sentiment prend sa source dans les expériences vécues, par l'individu ou par des proches, au sujet desquelles plusieurs récits lui ont été faits. La place importante prise par l'expérience contredit l'idée selon laquelle nous aurions affaire à une défiance généralisée qui serait soit le reflet d'un trait psychosociologique des populations précaires, soit la caractéristique homogène de leur rapport avec les institutions, soit encore la caractéristique d'une « société de défiance » (Algan et Cahuc, 2007). Elle confirme bien plutôt l'importance des règles d'accessibilité et de fonctionnement du système de soins, le regard que les acteurs de ses institutions portent sur les patients, sur le niveau de confiance et au-delà sur les trajectoires de recours aux soins. Lorsque les doutes et les risques encourus par la fréquentation des institutions sanitaires sont supérieurs aux bénéfices attendus, les individus peuvent décider de ne pas recourir aux soins.

## Conclusion de la partie

Cette partie a permis de relever plusieurs contraintes qui pèsent sur l'individu en situation de précarité lorsqu'il souhaite réaliser des soins. Ces contraintes sont connues des chercheurs ou des acteurs associatifs qui « alertent » à ce sujet, mais également des décideurs qui mettent en œuvre des dispositifs d'action publique destinés à les pallier. Nous avons complété leur point en vue en intégrant celui des individus concernés. Nonobstant, le fait que ces contraintes ressortent dans les entretiens indique bien en quoi elles méritent de s'y arrêter à nouveau, étant en quelque sorte incontournables. Elles confirment le lien entre les situations de non-recours aux soins, les choix politiques opérés en France en matière de financement du système de soins ainsi que la manière dont l'offre de soins est organisée ; autant de paramètres observés pour notre part à l'échelle des individus, mais constatés également à une échelle plus collective (Jusot, Or et Yilmaz, 2009). Ces facteurs contextuels sont ainsi des déterminants-clés du non-recours aux soins sur lesquels les individus n'ont pas de prise et qui compliquent la réalisation de cette incitation à « faire de chacun un acteur responsable de sa santé ».

L'analyse de ces contraintes permet également de donner du sens à la formule résumant les situations de non-recours aux soins, tel que ce thème est apparu, à savoir celle d'être « éloigné du système de soins ». Au terme de cette partie, que pouvons-nous dire sur ce qu'elle recouvre ? L'éloignement est d'abord matériel. Le premier facteur est de nature financière. L'accès à une complémentaire santé, le tarif de certains soins spécialisés ou même parfois d'une simple consultation engendrent des coûts guère supportables pour des budgets déjà limités. Ajouter à cela des dispositifs d'accès à une protection complémentaire existants mais inefficients et l'on se rend compte de la persistance des difficultés à prendre en charge des soins qui sont amenés à être de plus en plus onéreux et de moins en moins remboursés. La rencontre entre une offre de soins et une demande ne peut qu'en être altérée. Elle l'est d'autant plus au regard du second facteur, rendant compte d'un éloignement géographique. A l'heure où la lutte contre les « déserts médicaux » est mise sur l'agenda politique, ce risque nous est apparu moins important que celui relatif à la disponibilité de l'offre de soins présente sur un territoire proche de l'individu. Ce n'est pas tant la distance kilométrique en soi qui crée l'éloignement mais le fait que l'offre de soins à proximité – rare dans les territoires enquêtés – soit saturée. La difficulté est d'autant plus forte pour des individus en situation de précarité, à la « motilité » plus restreinte, que pour les autres populations.

L'éloignement est matériel, mais il est également symbolique. Reprenons pour cela le cas des refus de soins qui, comme pour d'autres facteurs de non-recours aux soins, laisse apparaître le sentiment d'être exclu d'un système de soins devenant de plus en plus inaccessible. Ne pas pouvoir se soigner est le symbole d'un droit aux soins bafoué pour ceux qui se sentent déjà socialement disqualifiés et économiquement inutiles. Ce sentiment est renforcé par l'avis critique, ou le scepticisme, vis-à-vis d'un système de soins jugé incapable de bien soigner. La mise à distance symbolique passe par ce déficit de confiance envers les médecins – et partiellement créé par leur attitude – et le système de soins pris dans sa globalité. Autant de facteurs qui peuvent participer à un repli vis-à-vis de l'offre publique de santé ou à des réactions de « défection », pour reprendre l'une des notions d'Albert O. Hirschman (1995), à l'égard d'un système de soins qui serait de faible qualité et destiné à se dégrader.

Ce faisant, pour résumer les causes de la distance entre les individus et le système de soins, nous pouvons emprunter les propos suivants à I. Parizot : « il est certain que la compréhension des attitudes et comportements en matière de santé nécessite une analyse globale de l'organisation de la prise en charge médico-sociale et de la profession médicale elle-même. La décision de consulter ou non un médecin dépend effectivement des possibilités de recours, à la fois financières, géographiques, et matérielles. Or de manière générale, les structures sanitaires ne sont pas accessibles à tous de la même manière. Par ailleurs, les circuits d'accès, l'orientation des patients par les professionnels, ainsi que la distance sociale et l'image des centres médicaux conduisent à des phénomènes de dissuasion symbolique qui tendent à éloigner certains types de clientèles de certaines structures. Parfois même, la dissuasion dépasse le stade du symbolisme... » (Parizot, 1998 : 39).

Il reste que, pour être confronté à ces difficultés, il faut qu'un individu identifie d'abord des besoins de soins et envisage de faire appel au médecin pour les traiter. Ce sont là deux des facteurs influençant la décision de recourir ou non aux soins, sur lesquels nous allons nous arrêter dans la partie suivante.





## **TROISIEME PARTIE**

**Le non-recours aux soins comme  
expression d'une non-utilisation des soins :  
sens et légitimité d'après les individus  
concernés**

## Introduction

Les situations de non-recours aux soins observées précédemment parmi des individus en situation de précarité donnent à voir un rapport au système de soins marqué par un ensemble de contraintes d'ordres économiques, géographiques et professionnels. Les récits recueillis témoignent de difficultés rencontrées en matière d'accès aux soins, vécues comme telles et engendrant des renoncements aux soins temporaires. Ces récits valent pour des individus qui envisagent ou font la démarche de solliciter un médecin pour soigner un problème de santé ressenti ou pour réaliser un suivi préventif. En cela, ce sont des individus qui adhèrent à la norme selon laquelle une bonne prise en charge de la santé est une prise en charge par un professionnel adéquat, en temps voulu.

C'est précisément ce rapport à la norme que nous voulons questionner dans cette dernière partie. Ce choix tient à une raison avant tout empirique, à mesure que l'enquête de terrain se déroulait. Lors de la préparation de cette enquête, et plus précisément pendant la phase de définition et de rédaction d'une grille d'entretien, nous avons formulé des hypothèses allant toutes dans le sens d'un rapport contraint au système de soins ; hypothèses élaborées à la lecture de la littérature sur l'accès aux soins. C'est pour ces raisons que nous avons introduit des questions sur le renoncement aux soins pour raisons financières, l'éloignement géographique ou encore les refus de soins<sup>305</sup>. Nous pensions *a priori* entendre le plus de témoignages sur ces points. Or, non sans surprise, ces questions ne semblaient pas faire sens à l'ensemble de nos interlocuteurs, bien au contraire. Autrement dit, ils n'expliquaient pas l'absence de consultation à un médecin par ce type de « barrières » ou d'obstacles voire ils n'avaient que peu de choses à dire dessus. Malgré les relances, les aspects économiques, géographiques et professionnels étaient rapidement abordés, pour ne pas dire évacués. Un décalage entre la construction du problème du non-recours aux soins, la perception et la représentation qu'en ont les individus concernés commençait à apparaître.

D'autres éléments explicatifs méritaient ainsi d'être recherchés quant aux causes du non-recours aux soins. A ce titre, la démarche de sociologie compréhensive a démontré toute son utilité. A l'instar du travail réalisé par Julien Damon dans son travail sur les

---

<sup>305</sup> Pour rappel, la dernière version de la grille d'entretien – celle-ci s'étant ajustée en fonction des différents terrains – est disponible en annexe.

SDF<sup>306</sup>, elle nous a permis de recueillir les « bonnes raisons du non-recours » (Damon, 2002 : 236) selon le point de vue des personnes concernées.

Ce sont ces « bonnes raisons » du non-recours aux soins que nous allons évoquer dans les trois chapitres qui composent cette partie. Elles permettent de décrire et de comprendre le décalage précédemment évoqué. Le premier chapitre sera consacré à la valeur santé puis à la définition de ce qu'est un besoin de soins. La santé reste une valeur à laquelle nos interlocuteurs adhèrent, mais non pas dans un objectif esthétique ou de bien-être, mais dans des objectifs fonctionnels que nous présenterons. Le non-recours aux soins peut alors être le produit d'une mise en sommeil provisoire de la santé, sous l'effet des conditions de vie. Mais il provient également d'une conception des soins qui doivent être motivés par des « besoins », dépendant d'une définition subjective de ce qu'ils recouvrent.

Le second chapitre revient sur les conséquences des « besoins de soins » dans la construction d'un rapport particulier au médecin. Celui-ci est principalement envisagé dans une logique curative. La médecine est perçue dans sa fonction réparatrice, dès lors que l'individu ressent des douleurs ou une gêne l'empêchant de réaliser ses tâches quotidiennes. Lorsque ces deux moteurs principaux ne sont pas réunis, l'individu ne reste pas pour autant inactif face aux problèmes de santé ressentis. Plusieurs ressources en matière d'automédication sont ainsi utilisées. Elles ont fait l'objet de longues et diverses descriptions dont nous rendrons compte. L'automédication, si elle prend pour certains le sens d'un évitement du système de soins, repose principalement sur la valorisation d'une norme d'autonomie à l'égard de la santé.

Enfin, nous verrons au cours du troisième chapitre plusieurs justifications du non-recours aux soins : celle qui correspond à une logique que nous avons qualifiée de « citoyenne » et celle qui met l'accent sur un trait identitaire. Elles mettent toutes deux l'accent sur l'importance des éléments de contexte dans la compréhension de comportements jusque-là perçus sous l'angle individuel. Ce dernier point sera l'occasion de revenir sur la manière dont se sont constituées ces pratiques de santé, intériorisées par les

---

<sup>306</sup> J. Damon, influencé par l'individualisme méthodologique et la sociologie boudonnienne, isole trois raisons de non-recours aux structures d'hébergement énoncées par les SDF eux-mêmes : la particularité de leur situation (avoir des chiens, etc.), les préférences individuelles (ne pas vouloir de la promiscuité des centres d'hébergement, etc.) et l'inadaptation de la prise en charge (horaires et règles de fonctionnement contraignantes, etc.). Ce sont des « bonnes raisons » en ce qu'elles sont argumentées et font sens pour ces individus, tout en questionnant le type et la gestion des politiques publiques menées en leur direction.

individus au fur et à mesure de leur existence. Si l'analyse des « bonnes raisons » du non-recours aux soins est importante, il reste qu'elle doit être complétée par l'analyse des processus de socialisation qui ont participé à la formation de ces points de vue.

## **CHAPITRE 1**

### **LES NON-SENS DU NON-RECOURS AUX SOINS : NI UN PROBLEME, NI UN RISQUE POUR SA SANTE**

---

Dans la partie précédente, nous avons porté notre regard sur les principales difficultés auxquelles font face des individus pour se soigner. Ils se sont retrouvés contraints à renoncer à consulter les professionnels de santé, bien qu'ils en exprimaient la demande. Ainsi, cette analyse coïncide avec une partie des discours publics qui ont participé à l'émergence de la problématique du non-recours aux soins chez les populations précaires. Ces dernières se retrouvent confrontées aux différentes « barrières » induites par la manière dont le système de soins est organisé et fonctionne.

Cette analyse présuppose l'existence d'une demande de la part des individus. L'inadéquation entre celle-ci et l'offre de soins, non disponible ou non accessible pour les raisons évoquées précédemment, fait problème pour eux. Or, la problématique du non-recours aux soins questionne également les raisons pour lesquelles, en amont, des individus n'expriment pas de demande. Si cette interrogation se retrouve au sujet de l'accès aux droits sociaux de manière générale, elle prend un sens particulier dans le cas du droit aux soins, en venant notamment s'appuyer sur la notion de « risque ». Pourquoi n'existe-t-il pas de demande de soins de la part d'individus en situation de précarité qui ont davantage de risque, par rapport à la population générale, d'avoir une santé dégradée ?

Nous centrerons dans ce chapitre notre analyse sur l'absence de demande de soins, en ne portant plus notre regard du côté des institutions mais du côté des individus. Pour aborder cet aspect, nous commencerons par observer quelle place ces derniers accordent à la santé. Nous verrons si la santé fait partie des priorités. Plus largement, nous reviendrons sur la définition qu'en donnent ces individus et sur les conditions qu'ils pensent nécessaires à sa prise en charge (section 1). Après nous être intéressé à la santé, nous analyserons ce qui est essentiel dans la décision de recourir ou non au système de soins, à savoir la notion de « besoin de soins ». L'interprétation par les individus des troubles ou des dysfonctionnements corporels sera abordée. Elle nous semble très dépendante du rapport à la maladie, par lequel nous terminerons notre chapitre (section 2).

## **1. UNE VALEUR SANTE IMPORTANTE MAIS POUVANT ETRE MISE EN SOMMEIL**

Pierre Aiach, Jean-Pierre Deschamps et Norbert Bon, en conclusion de l'ouvrage collectif *Comportements et santé. Questions pour la prévention*, soulèvent une série de questions destinées à guider les futures recherches en matière de prévention de santé. Parmi celles-ci, ils évoquent la nécessité de se garder de tout jugement sur les comportements de prévention et les « risques » que prendraient les individus pour leur santé, malgré les conseils dans ce domaine. Ils soulèvent ainsi la question suivante : « résistance au changement, négligence, masochisme... n'y a-t-il pas au-delà de ces qualificatifs techniques ou moraux à étudier la relativité de la santé comme valeur ? » (Aiach, Deschamps et Bon, 1992 : 242). Par là, ces trois auteurs critiquent le regard fréquemment posé sur des pratiques « irrationnelles » et « destructrices » pour la santé des individus ; regard qui s'appuierait sur la construction de la santé comme un bien en soi dont chacun doit être responsable. Ils suggèrent de réinterroger directement la réalité de ce cadre normatif qui s'imposerait dans nos sociétés et qui modifierait profondément le regard porté sur ceux qui y dérogeraient. Nous suivrons leur proposition en nous demandant si une partie des comportements de non-recours aux soins ne s'explique pas, au vu des entretiens, par l'absence de priorité accordée à la valeur santé.

### **1.1. Une adhésion à la valeur santé pour des raisons fonctionnelles et non esthétiques**

La grille d'entretien comporte deux questions classiques permettant d'interroger l'importance accordée à la valeur santé<sup>307</sup>. L'objectif était de laisser la possibilité aux personnes interrogées d'exprimer et leur positionnement à l'égard de la valeur santé, par rapport à d'autres valeurs, et la définition qu'elles en donnent. Ce dernier point est important en ce qu'il permet de réduire les biais méthodologiques très forts sur ce type de question. En effet, nous avons développé en introduction les biais, en situation d'entretien, de voir les individus déclarer ce qu'ils pensent être la « bonne » réponse aux yeux de l'enquêteur ; biais *a fortiori* plus grands lorsque l'entretien se déroule au sein d'une institution sanitaire. Plutôt que d'en rester à leurs réponses sur cette valeur santé,

---

<sup>307</sup> Nos deux questions étaient : « Votre santé est-elle une priorité dans votre vie ? » / « Par rapport à quoi d'autre ? ». Nous n'y avons pas inclus de modalités de réponses telles que, par exemple pour la première question, « tout à fait d'accord, plutôt d'accord, plutôt pas d'accord, pas du tout d'accord ».

indéfinie, nous avons ainsi accédé à la manière dont chaque individu entend ce qu'est la santé, par une autre question ouverte.

### **a) L'adhésion à la valeur santé**

Arrêtons-nous d'abord sur le degré d'importance que les individus rencontrés attribuent à la valeur santé. Il est rapidement apparu que le non-recours aux soins n'était pas systématiquement associé à l'absence de priorité mise sur la santé. Les hypothèses faites en écho aux propositions de P. Aiach, J.-P. Deschamps et N. Bon n'ont pas été validées. Il se dégage même de l'analyse une adhésion à la santé. En quelque sorte, c'est comme si la différence principale entre les travaux sociologiques réalisés dans les années 1980 et 1990 et ceux réalisés aujourd'hui résidait dans cette modification de l'échelle des valeurs, la santé devenant l'une de celles qui recueillent le plus l'intérêt des individus.

Encore faut-il clarifier ce que nos interlocuteurs entendent par « santé ». Cette question de définition est d'autant plus importante que la santé, tel que vu dans la première partie, tend à être définie de manière extensive. De plus, elle ne se réduit pas à une conception biomédicale mais fait l'objet de représentations sociales et culturelles différentes selon les individus et groupes sociaux. Nous retrouvons ce constat, commun à de nombreuses recherches en sociologie et anthropologie de la santé, dans les entretiens avec des définitions différentes accordées à la santé.

L'analyse dégage tout particulièrement une conception fonctionnelle ou instrumentale de la santé. Par là, nous entendons le fait que les individus accordent de l'importance à « être en bonne santé » à l'aune de ce que cela autorise ou interdit au quotidien. Indirectement, cela signifie que la référence n'est pas celle de la quête infinie du bien-être, qui serait généralisée à l'ensemble de la population selon certains observateurs (Langlois, 2006) et qui traduirait le principe de la santé comme but en soi pour l'individu. Non, la santé est bien plutôt représentée dans nos entretiens comme la condition nécessaire pour construire ou reconstruire des projets de vie ou, *a minima*, pour se maintenir ou ne pas voir sa position socioprofessionnelle se dégrader davantage :

« - La santé est une priorité dans votre vie ?

- *Oui.*

- Par rapport à quoi ?



*- Par rapport à tout ! Par rapport à tout ! La santé c'est avant tout. Par exemple si on a l'argent, si on a tout, si on est tranquille et bien... mais qu'on n'a pas la santé... Je préfère être pauvre si vous voulez et avoir ma santé. C'est le principe, c'est la base. »*

Entretien 13 : Femme, 21 ans, Algérienne, célibataire, baccalauréat, en formation professionnelle, sans complémentaire, 35,49 (Q4)

*« La santé, c'est le moteur. Si on a pas la santé... On a rien. »*

Entretien 44 : Homme, 29 ans, Français, marié, CAP, mécanicien, complémentaire privée, 53,85 (Q5)

Mettre la priorité sur la santé, lorsque cela est exprimé en ces termes<sup>308</sup>, c'est ainsi consolider sa « base » mais c'est aussi éviter, non pas tant la maladie en soi, mais d'être malade et d'être confronté à ses répercussions dans de nombreuses dimensions de la vie sociale :

*« - Est-ce que vous diriez que la santé c'est une priorité dans votre vie ?*

*- Oui. Parce que quand la santé va, tout va. Je pense que si on n'est pas bien... Si on a un passage où on n'est vraiment pas très bien, affaibli, fatigué, avec du stress, c'est vrai que c'est tout noir d'un côté... Je sais pas comment l'expliquer... On n'a pas la même joie de vivre que quand tout va bien.*

*- C'est un peu le socle qui a des conséquences ?*

*- Oui, et quand la base n'est pas bien, c'est certain. »*

Entretien 30

*« - Est-ce que pour vous la santé est une priorité ?*

*- Elle est bien. C'est la priorité, il y a pas de santé, ça y est [il fait signe de quelqu'un qui n'est pas bien].*

*- Certains disent que c'est moins important que la famille, le travail.*

*- Le travail, c'est normal mais après s'il est malade tu dois arrêter de travailler et partir chez le médecin. S'il n'y a pas de santé, il n'y a pas de travail. Il y a la santé, tu bouges, tu travailles. »*

Entretien 73 : Homme, 45 ans, Marocain, marié, sans diplôme, ouvrier, complémentaire privée, 53,26 (Q5)

---

<sup>308</sup> Plusieurs individus indiquaient ne pas mettre la priorité sur la santé. Toutefois, nous pouvons voir qu'ils ne se distinguent pas tant que ça, dans leur argumentaire, de ceux qui y mettent la priorité. En effet, ils avançaient le fait que la santé n'avait pas d'importance du moment où la maladie ne perturbe pas le fonctionnement quotidien. La formule « tant que ça va bien », utilisée à quelques reprises, illustre de manière pertinente cette idée.

## ***b) La santé comme support de la participation professionnelle et familiale***

La santé est définie par nos interlocuteurs à partir de critères sociaux similaires à ceux observés par C. Herzlich dans son étude sur la représentation sociale de la santé et de la maladie, interrogeant pourtant à l'époque les membres des classes moyennes ainsi que les cadres et professions libérales et intellectuelles. Partant de l'hypothèse selon laquelle, dans cette représentation sociale « se cristallise la double relation de l'individu à la maladie – ou à la santé – et à la société » (Herzlich, 1969 : 24), C. Herzlich constate tout « un langage de la santé et de la maladie [qui] s'élabore, tissé dans le langage même des relations de l'individu à la société : l'activité (ou l'inactivité), la participation sociale (ou l'exclusion) qui déterminent pour l'individu le sens de son expérience, sont aussi les notions logiques utilisées pour définir le malade et le bien-portant, pour différencier la santé de la maladie » (Herzlich, 1969 : 176). Ces deux critères participant à la manière dont les individus se construisent la santé et la maladie, dans leur rapport à la société et donc non réductible à une définition médicale de ces dernières, nous semblent toujours aussi pertinentes.

Arrêtons-nous par exemple sur le critère de la participation sociale. Là aussi comme l'évoquait C. Herzlich, nous pourrions préciser que sont concernées l'activité et la participation *professionnelle* et *familiale*. C'est autour de ces deux là que la santé est jugée particulièrement requise et prioritaire, à l'image de ce chômeur qui, bien qu'en non-recours aux soins, place la santé « *au-dessus de tout* » et en fait le « *capital* » central pour retrouver un emploi, ou de cette femme qui insiste sur l'importance de la santé pour effectuer ses différentes tâches familiales. Autrement dit, les entretiens donnent à voir une santé perçue dans son rôle monétaire, pour des individus aux ressources économiques rares ou fragiles. A l'inverse, la maladie est nommée comme telle dès lors que l'individu doit cesser ces activités professionnelles et familiales. En effet, « l'arrêt de l'activité est aussi le seuil de la maladie dans un autre sens ; elle permet de la distinguer de l'état intermédiaire ou de différencier la « vraie maladie » et les simples accroc » » (Herzlich, 1969 : 109).

Cette représentation sociale est expliquée par Gisèle Dambuyant-Wargny par le rapport au corps et l'usage de ce dernier. S'intéressant aux populations précaires et à leur « capital corporel », elle fait du corps leur « dernière ressource » (Dambuyant-Wargny, 2006 : 18). Elle rejoint les travaux d'Alain Ehrenberg décrivant un contexte où le corps, et

un corps entretenu et performant, est nécessaire pour répondre à l'exigence sociale « d'entreprendre de devenir soi-même » (Ehrenberg, 1994 : 279). L'adhésion de la santé ferait largement consensus puisqu'elle représente un moyen de préserver ce corps et de garder l'espoir d'agir, pour les individus, sur leur trajectoire socioprofessionnelle.

## **1.2. Les conditions nécessaires à une gestion de la santé**

Contrairement à nos premières hypothèses, la valeur santé n'est donc pas une valeur reniée, y compris chez les individus qualifiés de précaires et identifiés en non-recours aux soins. Or, dans les cas que nous développons ci-dessous, la volonté ou la nécessité de la préserver reste difficile à mettre en pratique. Un ensemble de contraintes, de natures différentes, vient les obliger à reporter à plus tard le souci pour leur santé.

D'un côté, il peut s'agir de ce qui vient directement aggraver l'état de santé. Le témoignage d'une femme d'origine malienne, rencontrée au CES de Bobigny, nous en a donné une illustration saisissante. Elle décrit bien comment selon elle ses conditions de vie ont un impact sur la santé. Cette femme élève seule deux enfants dont l'un est de surcroît malade. Le diagnostic d'une hyperactivité chez le plus jeune de ses enfants a de multiples conséquences pour cette femme : elle ne peut travailler (son enfant est en établissement spécialisé à plusieurs kilomètres et demande un suivi lourd) et elle a dû couper avec ses proches du fait des comportements de son fils, socialement mal acceptés. Par le biais du service de l'Aide sociale à l'enfance (ASE)<sup>309</sup>, ils sont hébergés dans une chambre d'hôtel depuis quatre années. Cette femme raconte comment cela ne lui permet ni de manger équilibré, la cuisine étant interdite, ni de trouver le sommeil nécessaire, puisqu'ils alternent pour dormir chacun leur tour sur le seul lit une place de la chambre. Elle dit ainsi ne pas avoir « *le choix* » de faire attention ou non à sa santé, ses conditions de vie actuelle ne le lui permettant pas.

Ici les contraintes quotidiennes sont présentées avant tout dans leur impact sur la mauvaise santé. Pour d'autres, elles sont surtout perçues comme contraignantes dans la

---

<sup>309</sup> L'ASE est une politique de protection de l'enfance qui a comme mission principale le soutien des enfants et familles en difficulté sociale, ainsi que la prise en charge d'enfants qui ne peuvent rester dans leur foyer familial. Les actions de ce service, géré par les Conseils généraux, sont diversifiées ; l'aide apportée aux familles peut notamment prendre la forme d'aides financières ou de solutions d'hébergement (par exemple en hôtel dans le cas de notre interlocutrice).

gestion des soins de santé. Nous renvoyons plus précisément aux témoignages d'individus qui perçoivent des besoins de soins mais qui, du fait d'autres priorités quotidiennes, ne peuvent ou ne veulent pas agir dessus. Pour le dire simplement, les besoins sociaux tels que se loger ou encore trouver un emploi passent au-dessus des besoins de soins, relégués temporairement. Les recherches sur l'accès aux soins sont nombreuses à faire de cet aspect une explication centrale des disparités sociales de recours aux soins. Citons par exemple Emilio La Rosa, anthropologue et médecin, auteur d'un ouvrage classique paru en 1998, intitulé *Santé, précarité, exclusion*. Dans son chapitre sur les soins médicaux des populations précaires, il avance que ce qui fait leur spécificité comparée aux autres populations « porte surtout sur leur comportement plutôt que sur une pathologie spécifique à la précarité » (La Rosa, 1998 : 160). Leur difficulté d'accès aux soins et leur retard aux soins s'expliqueraient par le fait qu'« elles sont plutôt préoccupées par les contraintes de la vie quotidienne (nourriture, ressources, logement, insécurité...), de telle sorte que la santé n'est pas une priorité » (La Rosa, 1998 : 160).

Ces constats ne sont pas généralisables à l'ensemble des individus rencontrés lors de notre enquête de terrain. Nous verrons dans les chapitres suivants que d'autres logiques interviennent pour comprendre le décalage entre l'adhésion à la valeur santé et le non-recours aux soins. Ce type de hiérarchisation des besoins, demandant une forme de réflexivité de la part des individus, se retrouve tout particulièrement pour ceux qui sont à des moments de forte instabilité dans leur trajectoire sociale. Deux exemples démontrent en quoi les étapes de ces trajectoires induisent des contraintes, principalement temporaires, sur la démarche de soins. Ils nous permettent également d'aborder quelles sont, d'après les personnes rencontrées, les conditions nécessaires à la concrétisation de démarches de soins.

#### ***a) Christian : instabilité professionnelle, instabilité familiale et souci de reconstruction de soi***

L'entretien avec un homme que nous nommerons Christian a eu lieu au CES de Bourg en Bresse. Il faisait partie d'un groupe de sept hommes de l'AFPA venus au centre dans le cadre de leur formation. En réinsertion professionnelle, tous passent un Contrat d'apprentissage professionnel (CAP). La directrice du centre nous mettra en contact avec cet homme en particulier. Il se distingue des autres qui sont majoritairement suivis sur le plan de la santé et qui ont une mutuelle. Christian, lui, n'en a pas, ce qui explique en partie

pourquoi son score EPICES est élevé. De plus, l'examen par le médecin relèvera un suivi insuffisant de sa santé pour cet homme approchant la cinquantaine d'années, que ce soit en termes de prévention – alors que ses parents sont tous deux décédés de cancers différents – ou de soins – il lui a été diagnostiqué des problèmes digestifs, cardiaques et pulmonaires tout en ayant une consommation de tabac élevée. Le médecin choisira d'ailleurs de déclencher une procédure appelée « suite d'examen de santé »<sup>310</sup> pour un électrocardiogramme et une coloscopie. Enfin, il est identifié en non-recours aux soins sur le plan dentaire.

Christian accepte sans difficulté l'entretien proposé par le médecin, pensant au début être face à un psychologue. L'entretien durera une heure. Parmi les thèmes abordés (relations aux médecins, absence de mutuelle...), nous reviendrons à plusieurs reprises sur l'intérêt qu'il porte ou non à sa santé. Il se présente au départ avec une forme de détachement à l'égard de celle-ci, sauf récemment, expliquant que « *tant que ça roule, ça roule !* ». En cohérence avec cela, il indique s'être toujours « *fait tirer l'oreille pour aller* » chez un médecin, y allant « *en cas de nécessité* » et préférant attendre en essayant de « *faire quelque chose pour se soulager [soi]-même* ». Pour lui, cette attitude provient de son passé professionnel : avoir été commerçant l'aurait habitué à ne pas prendre d'arrêt maladie. Il mettra aussi en avant sa « *super bonne santé* » et sa « *bonne morphologie* ». A d'autres moments, il confortera ce détachement à l'égard de sa santé en avançant plusieurs arguments qui relèvent des « biais d'optimisme ». Selon cette notion psychosociologique, dont P. Peretti-Watel retrace les usages et en présente les limites (notamment en ce qu'elle représente des individus aux comportements irrationnels), « les individus auraient donc tendance à surestimer leur capacité à maîtriser les événements, faisant preuve d'un optimisme excessif dans la perception des risques qu'ils courent » (Peretti-Watel, 2001 : 183-184). Alors que notre interlocuteur venait d'évoquer ses antécédents familiaux, il mettra en avant des anecdotes, réelles ou pas, qui sont là pour

---

<sup>310</sup> La procédure intitulée « Suite d'examen de santé » (SES) a été introduite dans les CES en 1986 dans l'objectif de favoriser « l'intégration dans le système de soins pour les facteurs de risque ou anomalies médicales décelés surtout pour les personnes en situation de précarité ». Le principe est le suivant : si une anomalie de santé a été repérée lors de l'examen de santé, le consultant est invité à consulter son médecin traitant afin de confirmer et de prendre en charge, le cas échéant, le problème concerné. Un SES est déclenché automatiquement en cas de diagnostic d'hypertension, de diabète, d'hépatite C, de risque de cancer colorectal et au cas par cas pour d'autres pathologies. La première consultation médicale est entièrement prise en charge par l'Assurance maladie. Le médecin reçoit le dossier médical et, en retour, informe directement ou par le biais du consultant les CES sur ce qu'il a diagnostiqué et le type de traitement qu'il a éventuellement prescrit. Les actions de dépistage des CES sont en partie évaluées sur cet aspect. Les personnes en situation précaire sont surreprésentées parmi les consultants pour qui un SES a été déclenché, mais qui ne le réalisent pas. Pour comprendre ce phénomène et le réduire, le CETAF a initié une étude sur le « non-recours aux recommandations émises lors de l'examen de santé » (CETAF, 2006).

défendre l'idée que les quelques risques qu'il admet prendre n'auront pas réellement de conséquences sur sa santé ou ne l'exposent pas plus que d'autres personnes à être atteint de maladie :

« - Par contre vous dites avoir un peu de négligence tout en sachant les risques qu'il y a derrière, avec les antécédents.

- *Ça fait partie du piquant de la vie je trouve.* [Il rigole]

- Il faut prendre des risques.

- *Vous devez vous dire qu'il disjoncte le gars mais complètement ! Quand c'est l'heure, c'est l'heure. J'ai connu des gens qui ne fumaient pas, qui ne buvaient pas, qui faisaient ci, qui faisaient ça et ils sont tombés pareil... Ils n'ont pas vécu vieux, ils sont morts dans leur lit alors bon [...].*

- Vous pensez que la prévention fonctionne quand même ?

- *Oui, ça fonctionne, bien sûr. Mais ça n'empêche pas la roulette de tourner. Il y a des gens qui font attention et quand ça frappe, ça frappe. C'est sûr que bon, on a plus de chances. C'est comme au loto, 100 % des gagnants ont joué !*

- Les exemples que vous avez autour de vous vous montrent que ça ne sert pas toujours d'avoir une vie réglo parce qu'au final...

- *J'ai vu des gens qui ont fait attention, qui se sont surveillés et qui sont morts comme ça, pas vieux ou autre. Alors qu'après j'ai vu des gens qui faisaient la bringue... Jeanne Calmant, à 114 ans, elle fumait toujours, elle buvait son verre de whisky par jour et voilà.*

- Et elle n'allait jamais voir le médecin.

- *Et elle n'allait jamais voir le médecin ! Qu'est-ce qu'on doit en conclure là-dessus ? je sais pas. »*

Entretien 43 : Homme, 49 ans, Français, divorcé, brevet, en formation professionnelle, sans complémentaire, 73,37 (Q5)

Toutefois, Christian présentera de manière totalement opposée son rapport à la santé et aux soins à la toute fin de l'entretien. C'est particulièrement visible dans ses réponses à la question de la priorité accordée ou non à la santé, laissant voir des propos qui pourraient être contradictoires :

« - La santé est une priorité dans votre vie ?

- *Oui.*

- Tout à l'heure vous me disiez que le principal c'était pourtant de se poser sur le travail par exemple ?

- *Oui, mais la santé c'est quand même une priorité, intérieurement c'est une priorité. Si on n'est pas en bonne santé, il y a plein de choses qu'on ne peut pas faire. Mais ce que je veux dire aujourd'hui, c'est pas que je m'en soucie pas mais c'est que c'est pas ma priorité au sens où j'ai tellement de soucis que je ne peux pas me permettre de me pencher sur ma santé. Quand je parle de ma santé, c'est me soigner, mes dents par exemple ou approfondir au niveau de mon cœur et des poumons ou autres. Mais non, la santé c'est quand même quelque chose d'important. Sans ça... c'est le moteur. »*

Entretien 43

Cet homme conçoit la santé comme un « *moteur* », confirmant la conception fonctionnelle de la santé abordée précédemment. Il n'évacue pas l'importance à y accorder. Il finira par déclarer que ce sont des préoccupations jugées plus urgentes qui passent avant les soins dont il a besoin, illustrant en cela le poids des contraintes quotidiennes sur la place laissée à la santé :

*« Si vous voulez aujourd'hui ce qui compte le plus pour moi, c'est me poser, avoir d'autres horizons. C'est vrai que la santé, bon... J'y pense... j'y pense et puis j'oublie comme on dit. »*

Entretien 43

« *Se poser* » est présenté par Christian comme un préalable indispensable à toute démarche de santé et de soins. Il faut replacer cette expression dans la trajectoire sociale de Christian pour bien en comprendre la signification. Il en donnera des éléments une fois l'entretien bien entamé et la confiance installée entre nous. Le bilan de santé a lieu à un moment de changement marqué par la succession de deux ruptures, qui sont liées selon Christian. La première rupture est familiale. Il explique être divorcé et avoir perdu la garde de ses trois enfants en grande partie à cause de son travail de commerçant, ne permettant pas de disposer de suffisamment de temps pour sa famille. Suite à cela, il a vendu son commerce et exercé plusieurs emplois dont chauffeur routier. Récemment, il a décidé de changer de région et de se relancer dans un projet de commerce de réparation de machines de motoculture. Sans diplôme, il est ainsi inscrit à l'AFPA dans l'objectif de passer un CAP et de se former dans ce secteur. Toutefois, la formation ne se déroule pas bien et il se heurte à des difficultés pour trouver un stage (expérience insuffisante dans le domaine, absence de moyens de transport dans une région économiquement peu dense...). Dès lors,

au sujet de l'avenir, il « *n'en [voit] pas* » et ne peut pas se projeter au-delà de la fin de la période de formation, 5 mois plus tard, durant laquelle il est par ailleurs hébergé.

Les conséquences des ruptures dans sa trajectoire familiale puis professionnelle sont multiples. Elles se perçoivent sur le plan matériel – les problèmes d'argent ont entraîné la résiliation de sa complémentaire santé – et psychologique – il juge moyen son état de santé morale. L'attention accordée à la santé physique est également affectée. C'est ce qu'il exprime ouvertement, déclarant à un moment faire preuve de « *négligence* » puis d'« *incohérences* », comme dans cet extrait :

« - Vous diriez que votre priorité au quotidien, c'est d'oublier votre corps ou d'y faire attention ?

- *De principe, c'est de faire attention à mon corps et au quotidien, c'est quand j'ai mal bon... Je vais voir. Mais sinon je dirai qu'il faut quand même s'entretenir, qu'il faut faire des choses parce que bon c'est comme un moteur de voiture, il faut l'entretenir pour aller plus loin. C'est ce que je dirai à mon fils, mais c'est pas forcément ce que je ferai ! Très honnêtement je pense que c'est important d'aller chez le médecin mais après on se demande merde comment je vais faire pour bouffer ou ceci, ou cela, merde encore une lettre de relance [par rapport à ses factures impayées], machin... Quelque part ça bouffe tellement que le reste ça passe un peu... [il fait signe « au-dessus »] Voilà. C'est ce que je vis aujourd'hui, ces incohérences. Mais je sais très bien qu'il y a des choses qui sont importantes et qu'il faut faire. »*

Entretien 43

Les « *incohérences* » évoquées par Christian renvoient au décalage entre ce qu'il voudrait faire sur le plan de sa santé (arrêter de fumer, passer les examens correspondant aux antécédents familiaux, retourner chez le dentiste) et ce qu'il peut actuellement faire. Il témoigne ainsi d'une mise en sommeil volontaire de la santé du fait de sa situation actuelle. Nous pouvons faire l'hypothèse que cette situation est passagère étant donnée la « *prise de conscience* » dont parle Christian à l'égard de sa santé, ainsi que l'attitude qu'il a eu au moment de la restitution des résultats du bilan de santé, où il a paru angoissé et peu sûr de lui. Les cas de changement de prise en charge de la santé, après le vécu de multiples ruptures, nous autorisent à faire cette hypothèse. L'exemple suivant vient l'appuyer.



## ***b) Salomon : de la migration à la stabilité et à la santé retrouvée***

Le deuxième cas que nous souhaitons développer est celui de Salomon, rencontré au CES de Bobigny. L'une des secrétaires avait mis de côté le profil d'une personne intéressante pour l'enquête puisque disposant d'une complémentaire santé tout en étant en non-recours aux soins. Le type de soin en question n'était pas précisé. Il s'avèrera pendant l'entretien que Salomon est en non-recours aux soins uniquement sur le plan dentaire. Pour le reste, il déclare accorder de l'importance à sa santé. Il avance plusieurs facteurs pour appuyer cette attitude, que ce soient ses responsabilités familiales (il a deux enfants), son âge (il a 32 ans) ou encore son état de santé qu'il juge moyen. Dans ce sens, il défend le principe de porter une attention à sa santé :

*« Enfin ma conception de la santé c'est qu'un être humain doit se connaître médicalement. Il doit avoir un suivi donc il ne faut pas attendre que tu sois malade, avoir de la fièvre, pour dire que bon ça ne va plus. »*

Entretien 74 : Homme, 32 ans, Ivoirien, en concubinage, baccalauréat, agent de surveillance, CMU-C, 60,36 (Q5)

Salomon consulte plusieurs fois par an un médecin généraliste. De même, il déclare adhérer à l'idée de passer un bilan de santé, ayant saisi cette occasion pour venir « *pour tout* » (dépistage du VIH, examen dentaire...) et pour déceler d'éventuels troubles à l'intérieur d'une « *carcasse* » dont il dit ne pas savoir ce qu'elle renferme. Toutefois, cela ne l'empêchera pas d'ajouter assez tôt dans l'entretien que « *le problème c'est* [qu'il n'est] *pas suivi médicalement* ». Tout comme Christian, il évoque également une « *négligence* » dans le suivi de sa santé. Ainsi, à première vue, son attitude pourrait paraître paradoxale.

Or il n'en est rien. Si cet homme admet ne pas tout mettre en œuvre pour préserver sa santé, c'est principalement parce qu'il sort d'une période d'instabilité. L'analyse de sa trajectoire migratoire est utile pour en saisir l'impact sur le suivi de la santé. Salomon est Ivoirien. Il déclare avoir quitté son pays peu après les événements de 1999, année qui a notamment vu le coup d'état militaire et le renouveau de fortes tensions sociales et politiques. Plusieurs membres de sa famille, occupant une position sociale privilégiée, ont également fui la Côte d'Ivoire pour l'Italie. Salomon, lui, a, avec sa femme, choisi la France pour envisager un autre « *avenir* » dans un pays qui n'est pas en guerre. Leur arrivée en France a été marquée par le basculement dans la précarité, n'ayant ni statut juridique, ni logement, ni ressources financières. Cette période a également coïncidé avec la mort de

son père et l'impossibilité de se rendre aux funérailles ce qui a, selon Salomon, entraîné une dépression. Toutes ces conditions réunies font qu'il n'a pas pu suivre sa santé. Voilà comment il objective sa situation passée :

*« Le problème c'est comme je disais, avec le travail ici... les conditions font qu'on n'a pas trop le temps d'aller à l'hôpital comme il le faut parce que moi dans mon cas personnellement, je sais que moi avant il a fallu chercher à être régularisé, je dormais un peu d'une manière précaire et chercher du boulot... donc il y avait des besoins au niveau de la santé, mais tu t'en fous de la santé. Il y a d'abord la survie, il faut vraiment assurer au niveau matériel. »*

Entretien 74

Là aussi, nous retrouvons la représentation de la maladie comme associée à la contrainte d'une inactivité, alors que de nombreuses autres démarches étaient nécessaires à Salomon :

*« - Quand tu as les difficultés dans la vie, c'est plus difficile de se soumettre aux problèmes de santé à moins que tu sois vraiment mal.*

*- Vous attendiez d'avoir vraiment mal pour vous soigner.*

*- Voilà. J'étais obligé parce que... Ça empêche aussi ce que je cherchais, voilà. Quand tu es sérieusement malade, tu ne peux pas aller le matin chercher du boulot, pour courir après les rendez-vous ou les papiers tout ça. Mais une fois que tu sens que tu as la force d'aller lutter, tu y vas, tu négliges le côté santé jusqu'à que tu sois touché sérieusement et là tu es obligé de te dire qu'il faut que tu ailles te soigner. [...]*

*- Avec quelques années de recul, vous vous rendez compte de la situation. C'était un peu prendre des risques par rapport à sa santé ?*

*- Oui. »*

Entretien 74

L'exemple de Salomon illustre pleinement en quoi les situations de non-recours aux soins, pour les individus ayant une trajectoire similaire, ne se réduisent pas à des traits psychologiques ou culturels. Il était principalement soigné par sa mère avec des médicaments traditionnels en Côte d'Ivoire, n'allant à l'hôpital qu'en cas de nécessité. Mais, depuis qu'il est en France, il fait plus rarement appel à ces pratiques et sollicite principalement des médecins généralistes. En cela, il illustre la modification courante des

pratiques de soins lors des migrations allant d'un pays où la médecine traditionnelle est d'usage commun à un autre pays, organisé autour de la médecine allopathique. Ainsi que l'expliquent I. Parizot et P. Chauvin, « les personnes étrangères ou issues de l'immigration évoluent dans deux systèmes de référence complémentaires plutôt que concurrentiels (la médecine occidentale et les pratiques de soins prévalant dans leur culture d'origine) » (Parizot et Chauvin, 2005). Ce ne sont pas non plus des obstacles posés par le système de soins lui-même qui expliquent pourquoi Salomon était en situation de non-recours aux soins par le passé. A ce sujet, il évacuera cette question en pointant son absence de difficulté d'accès aux soins du fait de la possibilité de se rendre à l'hôpital et de bénéficier de l'AME – ajoutant toutefois avoir dû renoncer à des soins après des refus de soins. Il défendra l'idée que la santé est « libre » en France. Ce sont bien plutôt les conditions socioéconomiques et sociopolitiques dans lesquelles sont placées les personnes comme Salomon qui ont un impact sur leur état de santé et qui contraignent leur accès aux soins (Fassin, 2001a) et aux droits sociaux<sup>311</sup>. Le quotidien est organisé autour d'autres nécessités puisque, dans ces situations, « *on est tellement stressé... comment tu vas faire pour dormir, tes papiers... tu penses plus à ça qu'à ta santé* ».

Le cas de Salomon est intéressant pour conforter ce constat puisqu'il a modifié la prise en charge de sa santé après être sorti de sa période d'instabilité. Les situations de non-recours aux soins peuvent donc être réversibles dès lors que les individus auparavant en situation irrégulière voient une amélioration de leurs conditions sur le plan socioéconomique et juridique, mais également psychologique comme dans son cas. Salomon, après avoir été régularisé, a en effet obtenu un emploi en tant qu'agent de sécurité, en Contrat à durée indéterminée (CDI), mettant fin par-là à l'accumulation d'emplois non déclarés et de missions d'intérim. Sa femme travaille également, mais en Contrat à durée déterminée (CDD) comme agent de service dans une collectivité. Depuis, ils ont pu accéder à leur propre logement dans le parc immobilier privé, même s'il s'agit d'un petit studio pour eux quatre. La stabilisation de la situation de Salomon et de sa famille, ainsi que l'hypothèse d'une trajectoire socioprofessionnelle meilleure, sont les éléments qu'il met en avant pour justifier la fin de sa « *négligence* ». Un témoin particulier de ce changement est son rapport au bilan de santé. Lors de sa période d'instabilité, il en avait commencé un mais l'avait abandonné par la suite. Tandis que maintenant, dans cette autre situation, il déclare être volontaire pour l'effectuer jusqu'au bout :

---

<sup>311</sup> L'explication vaut également pour de nombreux autres droits sociaux. Ainsi, « pour une part, le non-recours est la conséquence directe de situations juridiques précaires. Si bien que c'est l'absence de statut et de protection qui pousse diverses populations à ne pas recourir aux services publics » (Warin, 2003b : 97).

*« C'est mon cas précis, ça fait presque cinq ans ou six ans que je suis là, mais néanmoins j'ai fait le bilan mais je ne l'ai pas suivi, parce que je suis parti... On m'avait donné rendez-vous après mais je suis parti parce que j'avais trop de trucs dans la tête, j'avais le stress et tout ça, donc je suis parti. Maintenant j'ai loué un studio avec ma femme et mes deux enfants, donc j'ai des problèmes aujourd'hui pour trouver un autre logis, je viens d'avoir un travail qui est bien, je viens d'avoir un CDI donc c'est bon. Donc maintenant, quand j'ai eu la convocation, j'ai dit « écoutez c'est une occasion » donc je suis venu. »*

Entretien 74

La fin de son propos permet de comprendre pourquoi des convocations à un examen de santé ne donnent pas toujours suite, la réponse dépendant du moment dans la trajectoire sociale des individus.

### ***Conclusion 1.***

Les individus « éloignés du système de soins » que nous avons rencontrés ne relativisent pas la valeur santé. Au contraire, ils y attachent d'autant plus d'importance qu'elle est nécessaire à toute activité et qu'elle représente une dimension monétaire. Autrement dit, contrairement à ce qu'avance A. Flajolet, nous n'avons pas eu à faire à des individus pour qui il deviendrait nécessaire de « diffuser une culture santé » et « d'amener les esprits à s'approprier l'idée de la gestion par chacun de son patrimoine santé » (Flajolet, 2008 : 53). Nous pouvons plutôt avancer le fait que ces populations ne sont pas exclues d'un mouvement sociétal qui accorde de plus en plus d'importance à la santé, comme exigence normative.

Un décalage peut ainsi apparaître entre la place accordée à la santé et des situations de non-recours aux soins. Une partie de son explication provient de la mise en sommeil provisoire de sa santé, du fait de la situation sociale précaire et d'un cumul de ruptures. Toutefois, minorer sa santé de la sorte n'est pas une situation irréversible, nous l'avons vu, et le non-recours aux soins se comprend non comme un état mais comme un processus. La prise en charge de celle-ci est effectuée une fois réunies les conditions jugées nécessaires par les individus. S'intéresser à sa santé demande avant tout à ce que

l'individu puisse bénéficier d'une stabilité concernant d'autres dimensions de sa vie sociale. C'est ce que nous apprend la description des deux cas de Christian et Salomon, bien que relevant de trajectoires hétérogènes. *In fine*, l'autre enseignement de ces deux cas, de même que d'autres exemples que nous n'avons pu développer, est de réaffirmer la centralité de la variable temps. D'une part, la situation *actuelle* de l'individu, ses conditions socio-économiques vécues au moment présent, déterminent l'énergie engagée dans la « survie » et contraignent celle disponible dans le suivi de sa santé. D'autre part, la maîtrise du temps et la capacité de se projeter, et non d'être dans l'ici et le maintenant, apparaissent décisives pour envisager des soins.

## **2. DEFINITION ET VARIABILITE DU « BESOIN DE SOINS »**

Dans la section précédente, nous avons constaté que la santé était une valeur partagée y compris chez les populations précaires en non-recours aux soins. Toutefois, nous n'avons donné qu'une seule explication de ces situations de non-recours qui pourraient paraître paradoxales à première vue, en précisant que la mise en sommeil provisoire de la santé ne concernait qu'une partie des individus rencontrés lors de notre enquête de terrain.

Si le constat précédent n'est pas généralisable, comment alors expliquer les autres situations de décalage entre le non-recours aux soins d'un côté et un intérêt à la santé de l'autre ? La réponse nécessite ici de déplacer le regard non plus vers la demande de « santé » mais sur celle, distincte, de « soins ». Pour le dire simplement, il s'agit de sortir de la vision biomédicale selon laquelle la santé serait nécessairement recherchée par le soin. En ce sens, nous appliquons une réflexion de Michel Grignon. Cet économiste de la santé pose un regard critique sur les approches de sa sous-discipline dès lors qu'elle s'intéresse à comprendre le lien entre richesse, santé et consommation de soins. Selon lui, elles seraient assises essentiellement sur l'idée que les désirs de soins sont identiques pour chacun et donc que « si deux individus ont des préférences similaires, on peut rapporter leurs différences de recours aux soins à des différences objectives touchant par exemple leur revenu ou les prix auxquels ils sont confrontés » (Grignon, 2002 : 63)<sup>312</sup>. Ainsi, si nos

---

<sup>312</sup> Une position assez proche, à laquelle nous adhérons également, est exprimée par L. Boltanski. Il constate en effet qu'« on tend souvent à réduire, au moins de façon implicite, le « besoin médical » à un « besoin primaire » qui, directement subordonné aux exigences du corps, tendrait, en l'absence d'obstacle d'ordre économique (comme le prix du service médical), écologique (comme l'éloignement des équipements

interlocuteurs se retrouvaient dans l'idée de santé comme valeur centrale, qu'en est-il de leurs « désirs » ou « besoins » de soins ? Après avoir analysé la relativité de la valeur santé, nous allons à présent observer si ces désirs ou besoins sont relativisés par nos interlocuteurs.

## **2.1. « J'ai pas besoin » de soins : le vocabulaire de l'utilité et son intérêt pour la compréhension du vécu du non-recours aux soins comme non-problème**

M. Grignon invite à s'interroger sur la variation des préférences individuelles en matière de « désir » de soins. Pour notre part, nous garderons son idée générale mais en parlant non pas de désir, mais de « besoin » de soins. Ces termes ne renvoient pas au même registre. Le premier est lié à l'envie ou à l'aspiration, à tout ce qui relève du souhait d'un individu. Le second contient, lui, plus largement les principes de nécessité et d'utilité, et intègre certes les souhaits d'un individu mais également des éléments objectifs guidant ses comportements. Notre choix d'un terme plutôt que d'un autre répond à un constat empirique, la distinction entre les deux y apparaissant de manière nette.

### ***a) Un vocabulaire de l'utilité interchangeable et interconnecté***

En effet, l'analyse des entretiens nous amène à entrevoir un ensemble de propos d'individus justifiant les situations de non-recours par l'absence d'utilité ou de besoin de consulter. L'un des signes les plus concrets est l'usage récurrent d'un vocabulaire relatif au besoin de soins. L'expression emblématique est celle qui consiste à dire que « *ça sert à rien* » de consulter. Elle peut renvoyer à l'absence de confiance envers un système de soins aux effets jugés inefficaces mais, plus généralement, elle est employée par les individus pour signifier l'absence de raison apparente à entrer en contact avec les professionnels de santé.

Ce vocabulaire du besoin de soins se caractérise par son utilisation fréquente. De plus, nous l'observons pour tout type de soins, étant en quelque sorte interchangeable. C'est en cela que nous lui accordons une place importante dans l'analyse du non-recours aux soins. Qu'il s'agisse de la consultation d'un médecin généraliste ou d'un médecin

---

médicaux) ou technique, à apparaître dès qu'apparaît la maladie et à se satisfaire dès qu'il apparaît » (Boltanski, 1971 : 210).

spécialiste, l'argument est le même. Nous pouvons l'illustrer par ces extraits, tous deux étant issus d'entretiens avec des personnes à la fois en non-recours aux soins généralistes et dentaires :

*« C'est pas parce que j'ai pas les moyens [d'aller chez un médecin généraliste], c'est que j'en ai pas besoin. »*

Entretien 53 : Femme, 18 ans, Française, célibataire, sans diplôme, en formation professionnelle, complémentaire privée, 55,03 (Q5)

*« - Pour reprendre, tout à l'heure, vous nous disiez que le recours aux généralistes était assez rare.*

*- Oui, c'est quand je suis malade. Tant que j'en ai pas besoin, ils ne me voient pas. »*

Entretien 42 : Homme, 53 ans, Français, marié, CAP, sans emploi, CMU-C, 63,91 (Q5)

Enfin, l'argument du besoin de soins se caractérise par son interconnexion avec la question de l'absence de complémentaire santé. Il est en cela l'un des principaux facteurs explicatifs de cette dernière, après ceux mentionnés auparavant (le coût, le rôle de l'information et des démarches...). Nombreux sont les exemples de justification de la sorte dans les entretiens. Ils donnent à voir la recherche par les individus d'une certaine cohérence dans leurs comportements relatifs à la santé. Nous pouvons prendre l'exemple très intéressant de cet homme de 34 ans qui met en avant le fait de ne pas avoir de besoin de soins comme élément principal de son absence de complémentaire santé, alors qu'il est au chômage et qu'il pourrait être éligible à la CMU-C ou à l'ACS. D'après ses propos – mais précisons qu'il n'est pas le seul à penser ainsi – la complémentaire santé serait destinée à couvrir uniquement les besoins de personnes identifiées comme malades :

*« - Vous n'avez pas de mutuelle ?*

*- Non.*

*- Depuis combien de temps ?*

*- Je n'en ai jamais eu. Jamais.*

*- Même en étant jeune ?*

*- Non. Je n'ai pas de besoins particuliers de toute façon. Une mutuelle de toute façon c'est vrai que c'est surtout quand on a des lunettes, pour les dents éventuellement, et encore ça dépend. Non, franchement je n'ai jamais eu besoin de mutuelle.*

- Même pour les soins de spécialistes ? Comme le dentiste.
- *C'est vrai, oui. Mais bof... J'y vais pratiquement jamais, j'ai toujours eu de très bonnes dents donc franchement... Si un jour j'ai quelque chose, c'est vrai que je vais y réfléchir mais pour le moment...*
- Vous n'envisagez pas d'en prendre une dans l'année qui vient ?
- *Pas du tout. Alors là... Aucune espèce... Je veux dire je me suis jamais posé la question, je vous dirai franchement. Peut-être un jour mais pour le moment non.*
- Même quand vous étiez mineur, vous n'aviez donc pas de mutuelle ?
- *Non, c'est sûr. Évidemment, s'il y avait eu un très gros problème, on aurait eu la CMU ou autre chose. Mais ça c'est vraiment pour les très graves maladies. Mais sinon quand j'ai été mineur, je n'ai jamais eu de mutuelle. »*

Entretien 58 : Homme, 34 ans, Français, célibataire, BTS, sans emploi, sans complémentaire, 20,11 (Q3)

Pour cet homme qui se présente néanmoins comme soucieux de sa santé, l'absence de mutuelle est même perçue comme un moyen supplémentaire de se « responsabiliser » sur ce plan. En l'occurrence, le contenu de cette responsabilisation engloberait une attention régulière mais également un moindre recours au médecin :

- « - Par contre, vous êtes beaucoup dans la prévention, pour réfléchir au cas où vous auriez un problème, mais vous n'avez pas la même démarche pour la mutuelle. Pourtant c'est la même chose, pour une mutuelle c'est aussi « au cas où ». Vous ne vous posez pas la question dans ce sens ?
- *Oui mais je pense qu'on peut se poser la question dans l'autre sens. On peut se dire que c'est justement parce que je fais attention à ma santé que j'estime que j'ai aucune raison de me reposer sur une mutuelle. Plutôt que de me dire, je peux faire n'importe quoi parce que j'ai une mutuelle derrière. Quelque part, ça me pousse à faire un petit peu plus attention. Par exemple je me dis, il ne faut pas tomber dans l'escalier, c'est une première chose ! Et en plus, c'est vrai que ça responsabilise. Je pense qu'à un moment donné, ne plus avoir une assurance sociale dès qu'il y a un problème, ça oblige quelque part à prendre un peu sur soi, même si c'est pas toujours très agréable. C'est pour ça. Moi je trouve qu'il faut réfléchir dans les deux sens. De toute façon, les deux sont bons. On peut très bien se dire que c'est bien d'avoir une possibilité de se reposer sur une mutuelle, mais je pense que c'est déjà qu'on a une famille, par exemple pour les familles nombreuses, on sait très bien que les gosses des fois il leur arrive tout et n'importe quoi. Donc une mutuelle pour eux, c'est évident. Sinon c'est du suicide.*



*Même s'ils sont tous sur la sécurité sociale de leurs parents, il n'empêche qu'il peut arriver n'importe quoi ou qu'il peut arriver tout en même temps, on ne sait jamais. Alors que quand on est tout seul, moi c'est mon cas, franchement non, je n'ai pas besoin de mutuelle, je veux dire je fais attention à moi.*

- Et il y a moins de risque quand on est plus âgé ?

- *Il y a beaucoup moins de risques, c'est sûr.*

- Vous pensez être à l'abri ?

- *Bien sûr, oui. Je veux dire, on est pas en guerre civile, même si la vie est un peu dangereuse... Et puis moi, il ne m'arrive jamais rien. Comme on dit : « touchons du bois, pourvu que ça dure ». Mais c'est vrai qu'il faut pas penser comme ça, il vaut mieux penser positif que de se dire qu'il va m'arriver quelque chose et donc de se dire de prendre une mutuelle. Non. »*

Entretien 58

Les entretiens décrivent une relation entre non-recours aux soins, absence de besoin de soins et absence de complémentaire santé. Elle mériterait d'être creusée statistiquement, ce qui n'a pas été fait jusqu'ici. Les travaux sur le non-recours à la complémentaire intègrent la notion de « besoin », mais sans explicitement se référer au besoin de soins. Il s'agit d'une modalité de réponse par laquelle l'individu se positionne sur l'utilité d'une complémentaire santé, que nous supposons être reliée au besoin de soins dans ces enquêtes. Dans un sondage (IPSOS, 2007), 32% des personnes interrogées expliquaient ainsi l'absence de complémentaire par le fait qu'elles n'en ressentaient pas le besoin. Ce motif intervenait juste après le coût et les faibles niveaux de remboursement.

### ***b) Les usages et rôles du vocabulaire de l'utilité***

Voyons les raisons d'un tel usage, par nos interlocuteurs, de la notion de besoin de soins pour justifier leurs comportements de non-recours aux soins. Sans penser que ce soit là une attitude nécessairement volontaire de leur part, avancer ce type d'argument peut avoir pour objectif de mettre fin aux questions de l'enquêteur. Enquêteur qui est là pour rechercher des explications à des comportements aux ressorts difficilement explicables par certains individus. C'est de cette manière que nous pouvons par exemple analyser l'entretien effectué auprès d'un jeune homme de 25 ans rencontré au CES de Bobigny. Nous l'avons déjà évoqué à propos de l'incohérence de ses propos vis-à-vis des refus de soins, auxquels il dit avoir été confronté bien que n'ayant pas consulté de médecins depuis l'obtention de la CMU-C. Une même attitude ambivalente se retrouve lorsqu'il évoque les

raisons de son non-recours aux soins dentaires. Il estime approximativement la date de la dernière consultation à une dizaine d'années. Il avance plusieurs arguments les uns après les autres pour expliquer pourquoi il n'est pas retourné chez un dentiste depuis ce temps. Il renvoie cela tour à tour à son état de santé qu'il juge bon (« *J'ai jamais vu de dentiste, non. J'ai pas de problème particulier* »), au sentiment d'avoir un corps résistant ou tout du moins d'en contrôler les douleurs passagères (« *ça passe tout seul, je prends des antidouleurs, ça passe, après je laisse la nature faire* ») puis au coût financier de la consultation (« *avant [d'avoir la CMU-C] quand je me disais il faut aller chez le dentiste et bien forcément il faut que je dépense de l'argent. Donc c'est juste ça qui nous bloque des fois* »). Chacune des justifications qu'il avance demanderait à être analysée. Toutefois, c'est davantage leur accumulation rapide qui retient notre attention. Elle laisse entendre sa difficulté à objectiver sa situation de non-recours aux soins, allant puiser ça et là dans des arguments aisément mobilisables par tout un chacun. C'est ainsi que, devant la succession de questions destinées à trouver une explication là où ce jeune n'en trouve pas de centrale, il donne l'argument de l'absence de besoin de soins, non sans paraître gêné de le faire :

« - Pour en revenir au dentiste, on voit là [sur le fascicule présentant l'évolution d'une carie, qui est posé devant nous sur l'un des bureaux du CES] que parfois on ne sent pas quand on a un problème aux dents. Vous ne pensez pas que vous avez des choses comme ça qui peuvent vous arriver ?

- *Ouais, ouais mais non, je regarde, je suis curieux. Je regarde un peu et puis il faut que j'aille voir le dentiste, je crois que c'est au moins deux ou trois fois par an.*

- Ils disent que c'est au moins une fois par an.

- *Une fois par an ? Ah.*

- Vous connaissez la recommandation des dentistes. C'est pas pour autant que vous le faites.

- *C'est vrai, [il change de ton et parle à voix basse] c'est parce que j'ai pas eu mal et puis j'en ai pas... besoin.*

- Du coup, quand les dentistes voient quelqu'un qui n'est pas venu consulter depuis deux ou trois ans, ils peuvent penser qu'il a pris des risques. Est-ce que vous pensez que vous avez pris des risques à ne pas aller chez le dentiste pendant 10 ans ?

- *Ouais, un petit peu, pour voir l'état de mes dents parce que je ne suis pas spécialiste [rires gênés]. Si, j'ai pris des risques, c'est sûr... Je suis pas médecin mais bon... »*

Entretien 82 : Homme, 25 ans, Français, célibataire, BEP, sans emploi, CMU-C, 72,19 (Q5)

Utiliser l'argument du besoin de soins peut ainsi être un moyen commode de justifier les comportements de non-recours aux soins, comme s'il s'agissait de mobiliser une explication ne renvoyant pas à une préférence individuelle mais à un fait qui s'imposerait à soi, à savoir son état de santé « objectif ».

En dehors de ces raisons, la justification en terme d'absence de besoin de soins est essentielle. Elle permet de comprendre pourquoi, contrairement à nos hypothèses, le non-recours aux soins n'est pas une situation qui fait nécessairement sens pour les individus. Les représentations du non-recours en termes de « risque » ou de « problème » ne tiennent pas dès lors que ces situations sont liées à l'absence de besoin de soins. Sans éprouver de besoin de soins, l'individu ne peut être confronté aux multiples obstacles induits par l'organisation et le fonctionnement du système de soins. Les entretiens qualitatifs laissent apparaître le contraire de telles représentations en termes de « risque »<sup>313</sup> ou de « problème ». En évoquant l'absence de besoin de soins, ne pas avoir consulté de médecin sur un temps donné peut être présenté par les personnes comme quelque chose de positif, c'est-à-dire comme le signe d'un bon état de santé ou d'une bonne prise en charge de leur santé :

« - On a vu que vous n'êtes pas allé chez le médecin depuis longtemps.  
- *Je ne vois pas de médecin car je n'en ai pas besoin. J'ai toujours eu de la bonne nourriture, sans bactéries qui m'auraient causé des problèmes.* »

Entretien 7

« - A quand remonte la dernière consultation chez le dentiste ?  
- *Jamais je n'ai fait ça. Je n'ai pas de problème à ce niveau.* »

Entretien 38 : Femme, 22 ans, Camerounaise, célibataire, baccalauréat, sans emploi, sans complémentaire, 48,52 (Q5)

---

<sup>313</sup> Nous insistons à nouveau sur le fait que ces constats sont rendus possibles par l'usage d'une démarche de sociologie compréhensive, allant interroger les populations concernées par les « risques ». Nous souscrivons en cela aux propos suivants de P. Peretti-Watel : « si la démarche sociologique implique d'interroger les catégories qui servent à classer les gens et leurs comportements, elle réhabilite aussi le point de vue des profanes, leurs motivations et le discours qu'ils tiennent pour justifier leurs pratiques. Dans la perspective experte, les critères qui président à l'étiquetage « à risque » d'une conduite ne font pas intervenir l'intention de l'individu. [...] Adopter le point de vue profane implique d'examiner avec attention les raisons qui permettent à l'individu de nier le risque, sans les disqualifier d'emblée en considérant que l'individu est inconscient, ignorant ou qu'il n'a que de « mauvaises » raisons. Cela implique aussi de s'intéresser aux buts qu'il poursuit dans un contexte normatif donné » (Peretti-Watel, 2005b : 8).

« - Et au niveau des dents, ça ne vous a jamais posé problème pendant 15 ans de...

- *Je n'ai jamais eu de problème. Je les brosse tout le temps, le matin et le soir. A l'île Maurice, j'étais un petit peu... C'est pour ça que j'ai eu des rages et des plombages mais sinon ici, je prends bien soin.*

- Vous pensez que comme vous y faites attention tous les jours, cela réduit...

- *Tant que vous vous brossez les dents, il y a toutes les bactéries qui sortent. Et puis c'est bon, il n'y a pas de problème. »*

Entretien 66 : Homme, 41 ans, Mauricien, marié, baccalauréat, employé de commerce, sans complémentaire, 43,2 (Q4)

## **2.2. Ressentir et interpréter comme tel un besoin de soins : déterminant du recours et du non-recours aux soins.**

L'analyse du non-recours aux soins réinterroge ainsi la place du « besoin de soins » dans la prise de décision de consulter ou non un professionnel de santé. Or, l'un des acquis principaux des recherches de sciences sociales sur la santé est d'avoir démontré que la définition d'une maladie, d'un besoin de soins, est subjective. Pour reprendre les termes synthétiques de S. Fainzang, « c'est la désignation *par le sujet* de ce qu'il perçoit comme mal et l'interprétation qu'il en donne qui déterminent ses recours thérapeutiques » (Fainzang, 1989 : 55). Par là, l'anthropologue explique, comme d'autres avant elle<sup>314</sup>, qu'un symptôme ou un trouble corporel n'est pas réductible à un état biologique, organique et défini par le regard médical, mais fait l'objet d'un travail de construction sociale par les individus eux-mêmes. Tout dépend du « travail interprétatif » réalisé par l'individu (Adam et Herzlich, 2003 : 69), en fonction de nombreux facteurs tels que le contexte social dans

---

<sup>314</sup> Le chercheur le plus central sur cette question est bien entendu le philosophe Georges Canguilhem. Dans son célèbre ouvrage intitulé *Le normal et le pathologique*, il insistait dès 1943 sur l'importance de ne pas rabattre la maladie à un état ou un dysfonctionnement des organes. Selon lui, celle-ci est très variable étant donné que c'est l'individu qui décide ce qu'est un état pathologique, c'est-à-dire s'il est malade ou non et s'il a besoin de se soigner. Ainsi, « la frontière entre le normal et le pathologique est imprécise pour des individus multiples considérés simultanément, mais elle est parfaitement précise pour un seul et même individu considéré successivement » (Canguilhem, 1966 : 119). En cela, le regard que l'individu porte sur sa santé diffère de celui des médecins. G. Canguilhem précise en effet que « ce qui les [les médecins] intéresse, c'est de diagnostiquer et de guérir. Guérir, c'est en principe ramener à la norme une fonction ou un organisme qui s'en sont écartés. La norme, le médecin l'emprunte usuellement à sa connaissance de la physiologie, dite science de l'homme normal, à son expérience vécue des fonctions organiques, à la représentation commune de la norme dans un milieu social à un moment donné. Celle des trois autorités qui l'emporte est de loin la physiologie » (Canguilhem, 1966 : 75).

lequel il évolue, son origine sociale et culturelle ou bien encore ses conditions de vie actuelles.

C'est ce travail interprétatif que nous allons analyser à partir de cas d'individus ayant été, ou l'étant toujours au moment de l'entretien, en retard aux soins. En cela, nous rejoignons le rapport de l'IGAS sur la non-demande qui préconisait de porter attention aux demandes tardives – la non-demande interrogeant fondamentalement la question de la détermination de la demande sociale – afin de comprendre les formes de non-recours antérieurs (Hautchamp et *al.*, 2005). Nous porterons dans un premier temps notre regard sur des cas d'individus n'ayant pas ressenti de symptômes. Puis, dans un second temps, nous aborderons les exemples d'individus en ayant ressenti mais sans que cela soit suivi de recours aux soins. La diversité des rapports à la maladie sera explorée pour comprendre ces faits.

### ***a) Ne pas ressentir de besoin de soins : entre absence de besoin et problèmes de santé non perçus***

L'une des principales définitions du non-recours aux soins, présentée en première partie, repose sur un critère temporel. Un individu est considéré comme relevant de cette situation lorsqu'il n'a pas vu de médecin sur une période précise, pendant deux ans par exemple pour le CETAF. Le critère médical n'y est pas pris en compte, le présumé étant celui-ci : puisque les individus en non-recours aux soins sont majoritairement issus d'un milieu défavorisé, leur état de santé a plus de probabilité d'être mauvais.

Or, parmi les individus de notre corpus expliquant le non-recours par l'absence de besoin de soins, il est difficile d'imaginer qu'aucun ne soit en bonne santé. Gardons-nous donc de ne voir que des besoins de soins non satisfaits. Cela est *a fortiori* le cas pour les individus les plus jeunes pour qui l'absence de consultation chez un médecin sur la période de deux ans ne signifie pas nécessairement un risque ou un problème d'un point de vue médical. Statistiquement, l'étude sur le non-recours aux soins des actifs précaires a d'ailleurs démontré que les jeunes de 16-25 ans en insertion sont ceux qui ont le moins de variables de santé corrélées aux différents non-recours aux soins. Le non-recours au médecin reste associé chez les jeunes hommes à la maigreur et chez les jeunes femmes à la mauvaise santé perçue et le taux d'hémoglobine bas. Le non-recours aux soins

dentaires, de manière identique à l'ensemble des sept populations étudiées, est associé à la présence de caries dentaires non traitées.

**Tableau 7 : Analyse multivariée : les variables de santé (ajustées sur les variables socio-économiques)**

	Non-recours au médecin		Non-recours au dentiste		Non-suivi gynécologique
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Femmes
<i>Caries</i>					
<i>Santé perçue</i>					
<i>Vue</i>					
<i>Obésité</i>					
<i>Tension artérielle</i>					
<i>Audition</i>					
<i>Cholestérol</i>					
<i>Hémoglobine</i>					
<i>Glucose</i>					
<i>maigreur</i>					
<i>Triglycérides</i>					

Source : Warin, 2009c : 14.

Note de lecture : Ce tableau porte sur un effectif de 1 427 431 consultants des Centres d'examen de santé. Lorsque les cases sont en rouge, la variable est associée dans les 7 populations de l'étude NOSAP. Ensuite, la variable est associée à 6 populations dans les cases en orange, à 5 dans les cases en rose, à 4 dans les cases en jaune. La variable n'est pas liée au non-recours pour toutes les populations lorsque les cases sont en blanc.

La référence faite à l'absence de besoins de soins subjectifs pour justifier le non-recours, associée à l'idée d'un corps en bonne santé, se comprend chez les individus qui ne déclarent pas être malades. Toutefois, il est nécessaire de rappeler l'écart existant entre l'état de santé déclaré et l'état de santé diagnostiqué, ainsi qu'en conclut une étude portant sur cette question. Menée dans plusieurs CES, cette étude prend trois facteurs de risques cardiovasculaires (l'obésité, l'hypertension artérielle et l'hypercholestérolémie) pour lesquels les écarts entre l'état de santé ressenti et l'état de santé diagnostiqué lors de l'examen périodique de santé (EPS) ont été systématiquement observés. Les auteurs démontrent, pour ces trois cas, une sous-estimation des troubles de santé par les individus (Dauphinot, Naudin, Guéguen, Perronnin et Sermet, 2006). Par exemple, 43,1% des personnes pour qui une hypertension artérielle élevée a été diagnostiquée n'avaient pas déclaré être atteints de ce problème de santé avant l'EPS. Une sous-déclaration des maladies n'est pas le seul biais des mesures subjectives de l'état de santé. Une étude relève le risque inverse, de surcroît inégalement réparti, en observant « un potentiel biais

de déclaration puisqu'à niveau de sévérité donné, les individus ont tendance à s'accorder une note plus faible lorsqu'ils sont âgés, fumeurs, en surpoids ou obèses, agriculteurs ou ouvriers, inactifs ou non couverts par une complémentaire santé » (Perronnin, Rochaix et Tubeuf, 2006 : 5-6).

N'ayant pas accès aux dossiers médicaux dans les lieux d'enquête (du fait de la convention de recherche) et n'ayant que ponctuellement des retours sur les résultats du bilan de santé, nous n'avons pas pu isoler systématiquement les cas relevant de besoins de soins non satisfaits des autres. Nous avons par contre vu plusieurs situations induites par l'absence de perception d'un besoin de soins, qui pouvaient se révéler problématiques pour l'état de santé de la personne. Les discussions informelles avec les médecins des centres l'ont notamment permis. C'est le cas au CES de Bobigny lors d'un entretien qui n'aura même pas duré dix minutes. Ce fut l'un des plus rapides de notre enquête et il n'a d'ailleurs pas été enregistré. Cela tient d'abord au fait que l'homme rencontré, identifié initialement en non-recours aux soins dentaires, est Malien et parle très peu le français. L'échange en était complexifié, la plupart des questions donnant lieu à un signe d'incompréhension ou à des réponses courtes. Il parvient quand même à expliquer que le médecin vient de lui confirmer « *la maladie* » au niveau des yeux, dont il semblait avoir connaissance, et qu'il lui a de même diagnostiqué un problème aux oreilles. Il montre un papier correspondant à un rendez-vous chez un ophtalmologiste, mais aucun élément concernant ses oreilles. Il explique pourtant suivre ce que le médecin lui prescrit. Après avoir évoqué sa situation au niveau des droits sociaux – il a l'AME – et des soins dentaires – « *c'est bon* » – nous décidons de mettre un terme à l'entretien. Toutefois, nous aurons l'occasion d'avoir de ses nouvelles plus tard. A la fin du dernier entretien de la journée au centre, nous avons rencontré le médecin qui l'avait consulté et qui nous avait vu prendre cet homme en entretien. Elle indique l'avoir orienté, non sans difficulté, vers les urgences hospitalières afin de traiter ses problèmes auditifs. Son oreille droite était gravement infectée. Il n'entendait plus de celle-ci et risquait une rapide surdité s'il n'était pas pris en charge médicalement. C'est donc également pour cette raison que l'échange dans cet entretien fut difficile.

Il reste que, aussi court fut-il, cet entretien est instructif. Il témoigne de la possibilité de non-recours aux soins induit par une absence quasi-totale de problème de santé ressenti par les individus. Ou, tout du moins, cet entretien démontre comment un

problème qui devrait pourtant être handicapant dans le cas présent<sup>315</sup>, puisque altérant l'audition, n'est pas mentionné dans les questions sur l'état de santé. Cet homme n'avait en effet pas noté sa santé comme dégradée puisqu'il avait mis une note de 6 sur 10 à sa santé lors du questionnaire rempli au début de son EPS. Nous pouvons supposer qu'il serait resté plus longtemps avec ce trouble auditif grave sans sa venue au centre ; venue organisée par le CES dans le cadre d'une action collective à destination d'un foyer de travailleurs migrants de Seine Saint-Denis<sup>316</sup>. Les conséquences de ce surcroît de retard aux soins auraient donc pu être plus graves que cela ne l'était déjà.

***b) Ressentir des troubles mais ne pas les interpréter comme des symptômes nécessitant le recours au médecin***

Les propos qui mettent en avant l'absence de besoin de soins ressenti peuvent être autant le signe d'une bonne santé que d'une santé dégradée. Les non-recours aux soins concernés n'ont pas les mêmes conséquences si c'est l'une ou l'autre de ces deux possibilités. Cette analyse induit une représentation d'individus non conscients des risques sanitaires qu'ils prennent en restant en marge du système de soins, démunis des codes nécessaires pour décrypter des symptômes et verbaliser une demande de soins adaptée. Suivant cette représentation, il ne resterait plus qu'à développer des actions publiques destinées à favoriser, chez les individus, une prise de conscience et un recul sur leurs comportements « à risque »<sup>317</sup>. Toutefois, cette représentation oublie que, comme l'ont démontré les travaux sociologiques sur le risque, les individus ne sont pas nécessairement aveugles face au risque et irrationnels dans leurs comportements : mais « nous les construisons, nous en élaborons des représentations, en nous situant par rapport à eux, en y investissant une part de nous-mêmes, de ce que nous sommes comme de ce que nous voulons devenir, de sorte qu'il y a autant de représentations d'un risque que de positions et

---

<sup>315</sup> Cet exemple diffère en cela d'autres cas de retard au diagnostic concernant le diabète par exemple ou toute autre maladie plus « indolore » et plus difficile à ressentir par les personnes.

<sup>316</sup> Une situation similaire se retrouve chez un homme venant également de ce même groupe. L'entretien a eu lieu cette fois-ci après sa consultation par le médecin et à la fin du circuit du bilan de santé. Nous avons ainsi pu évoquer les résultats du bilan. Il raconte que le médecin lui a signalé un problème aux yeux et aux dents et lui a donné l'adresse d'un dispensaire pouvant le prendre rapidement pour ces deux types de consultation. Nous lui demandons notamment s'il a ressenti jusque-là le problème aux yeux. Il répondra qu'il sait qu'il n'a « pas la maladie des yeux mais le médecin a dit que je vois... que je vois pas bien », ajoutant plus loin en rigolant, que « c'est le chef! [c'est-à-dire le médecin], il m'a dit « qu'est-ce que tu as, c'est pas bon les yeux ». » L'altération de la vue n'est, dans ce cas, pas représentée comme un dysfonctionnement appartenant aux « maladies ».

<sup>317</sup> A ce sujet, voir le dossier « Les comportements à risque » coordonné par P. Peretti-Watel (2005) et paru dans la revue *Problèmes politiques et sociaux*. Se référer notamment à l'extrait d'un article de Maurice Tubiana et Marcel Legrain sur les risques des adolescents et le type de réponses à privilégier pour réduire ce qui est perçu comme un problème de santé publique.



de trajectoires sociales » (Peretti-Watel, 2001 : 36). R. Castel, dans ses travaux méconnus sur le risque et le développement des politiques de prévention, avait bien mis en garde contre « ces nouvelles stratégies [qui] passent par la dissolution de la notion de *sujet* ou d'individu concret, qu'elles remplacent par une combinatoire construite de *facteurs*, les facteurs de risque » (Castel, 1981 : 119). Les individus hiérarchisent les risques les uns par rapport aux autres, ils leur attribuent un sens ou une origine particulière. Ainsi, dans notre corpus, les individus en situation de non-recours aux soins n'ignorent pas tous les signaux émis par leur corps, au contraire. Tout dépend plutôt de la manière avec laquelle ils les interprètent. Cette étape de traduction subjective est, selon I. Parizot, déterminante dans la décision de consulter ou non. Selon elle, « derrière l'apparente évidence selon laquelle il faut en ressentir le besoin et l'envie pour recourir aux soins, prennent place en réalité divers mécanismes qui diffèrent fortement selon les individus. Car la maladie n'est pas une donnée objective réductible à un état particulier et précis de l'organisme. Consulter un médecin pour une maladie suppose tout d'abord que l'on ressente une sensation, et que celle-ci soit interprétée en tant que symptôme morbide, nécessitant un traitement. Il faut alors reconnaître à la médecine et au système sanitaire particulier la légitimité et la compétence à traiter le symptôme » (Parizot, 1998 : 37).

Ce qui est revenu très fréquemment dans les entretiens, c'est l'interprétation d'un trouble comme d'un événement « *normal* ». Les risques vis-à-vis de la santé sont acceptés par des individus qui les mettent sur le compte de deux facteurs, « *l'âge* » et « *la fatigue* ». Le premier facteur est présent, parmi l'ensemble de notre corpus, chez ceux qui ont plus de 40 ans. Ce seuil d'âge n'a pas de sens en soi mais, au-delà, un moins bon état de santé est renvoyé au vieillissement inéluctable du corps. Cette réalité doit donc être acceptée comme une étape naturelle de la vie. Le second facteur, la fatigue, renvoie à des symptômes jugés passagers par les individus. Cela signifie que, pour qu'ils soient reconnus comme relevant d'une maladie, il faudrait qu'ils s'inscrivent dans un temps plus long. Ainsi de ces deux hommes qui déclarent par le passé avoir consulté en retard pour un infarctus. Ils avaient interprété les symptômes comme une « *fatigue normale* » puisque liée au travail<sup>318</sup>. Le « *doute* » était jugé insuffisant pour consulter avant que l'urgence médicale ne s'impose à eux ou qu'un proche ne les pousse à le faire.

---

<sup>318</sup> Le travail est souvent avancé par nos interlocuteurs pour expliquer l'origine de douleurs et pour les accepter comme normales, et ce d'autant plus quand ils occupent des emplois physiques sollicitant force et endurance. Pour un éclairage récent et instructif de la diversité des atteintes à la santé liées au travail, ainsi que des enjeux sous-jacents à la relation santé/travail, se reporter aux recherches d'Annie Thébaud-Mony (2008).

Le rôle de ces personnes prescriptrices de santé ressort tout particulièrement dans l'entretien avec un homme rencontré au CES de Dijon. Cet entretien est par ailleurs intéressant pour illustrer comment des dysfonctionnements du corps ne sont pas interprétés comme des signes de maladie. Dès les premiers échanges de l'entretien, cet homme a indiqué ne pas consulter régulièrement les médecins, ajoutant que « *d'ailleurs [s'il] les [avait] fréquentés, [il] ne [serait] peut-être pas là aujourd'hui* ». Cette dernière phrase est à double sens. L'entretien a en effet lieu peu de temps après qu'il ait passé son examen de santé. Il revenait au CES pour approfondir ce qui a été diagnostiqué à cette occasion, à savoir du diabète, de l'hypertension et un problème cardiaque. Sans le dispositif de suivi de l'examen de santé déclenché pour ces maladies, il n'aurait pas eu à revenir au CES et nous n'aurions pas pu nous rencontrer pour un entretien. Mais s'il avait pu également ne pas « *être là aujourd'hui* » c'est parce que, selon lui, « *si je faisais pas le bilan, je crois que dans cinq ans j'étais mort* ».

Il est difficile de restituer cet entretien qui fut long, approchant les deux heures. Concentrons-nous sur ce qui nous intéresse ici, la manière dont il en est venu à définir un besoin de soins. Avant l'examen de santé, il se trouvait « *en pleine forme* », bien qu'il ait mis une note moyenne à son état de santé du fait de sa consommation régulière de tabac. Il s'attendait à ce que l'EPS se centre sur ce dernier comportement. Connaissant ces risques, il était prêt à les accepter. Il se déclarait donc distant du système de soins jusque-là, adoptant une position volontairement décalée à l'égard des médecins et valorisant sa bonne santé et son côté « *costaud* » comme gage de résistance aux maladies. Dès lors, cet homme n'a « *rien vu venir* » et a été « *pris au dépourvu* » lorsqu'il a appris les résultats du bilan de santé. Avec le recul, il explique pourtant avoir ressenti depuis quelque temps des changements dans son état de santé. Mais il provenait selon lui de la fatigue, d'un « *coup de pompe* » mis sur le compte d'une surcharge de travail. Une partie de l'entretien sera consacrée à la description de ses conditions de travail et de la pression qui serait la contrepartie à ses responsabilités de conducteur de travaux. Les risques sont associés à ce travail duquel, par ailleurs, il tire fierté. Détenteur d'un BEP de dessinateur en génie civil et d'un CAP de dessinateur en bâtiment, il explique avoir évolué progressivement en s'investissant dans une même entreprise de bâtiment. Les risques étant interprétés de cette manière, la réponse à ses troubles ne se trouverait pas dans la consultation d'un médecin, mais dans la fin d'une période chargée de travail. Ce n'est qu'après la rencontre avec l'un de ses anciens patrons, qui le trouve changé et affaibli et qui lui rappelle son âge – il a 45 ans –, qu'il décide de passer l'examen de santé. Au moment de l'entretien, il n'a

toujours pas intégré le fait d'être malade, ce qui témoigne de la manière avec laquelle il ne se pensait pas à risque sur le plan de la santé.

Plus largement, cet entretien illustre la manière par laquelle des symptômes peuvent ne pas être interprétés comme des signes d'une maladie, ce qui aurait pour conséquence un changement dans l'identité et dans les activités sociales de cet individu, ne permettant ainsi pas de déclencher de décision de se soigner. Autrement dit, il permet de comprendre pourquoi, statistiquement, le non-recours aux soins peut être associé à une santé dégradée mais sans que les individus ne se le représentent de cette manière. D'où l'importance de ne pas tant regarder « la réalité de la maladie que le sentiment que les sujets en ont et l'analyse qu'ils en font » (Fainzang, 1989 : 54).

### ***c) La représentation de la maladie et ses conséquences sur le recours aux soins***

L'interprétation des symptômes par les individus détermine le recours aux soins, correspondant à une première étape d'un phénomène s'analysant comme un processus dynamique – nous reviendrons sur cet élément par la suite. Plus précisément, les éléments précédents confirment que cette interprétation porte sur l'origine et la nature du mal, ainsi que sur la définition de ce qu'est une maladie. Le rapport à la maladie était ressorti dès les premiers entretiens réalisés dans les centres de santé de Grenoble pour comprendre les facteurs de retard et de renoncement aux soins parmi les patients précaires. La typologie effectuée par G. Menahem à partir d'un travail sur les usages du système de soins par les populations précaires (Menahem, 2000) nous donne des éléments analytiques utiles pour développer cet aspect.

G. Menahem répertorie quatre rapports à la maladie en se fondant sur deux types de distinction, entre maladie exogène/endogène et maladie relationnelle (être malade)/ontologique (avoir une maladie). Tous ces rapports puisent, selon lui, leur origine dans le passé des personnes. La première des représentations de la maladie est intitulée la « maladie-ordinaire ». G. Menahem fait référence ici à François Laplantine qui la définit dans son ouvrage *Anthropologie de la maladie* comme « à l'intérieur de moi, quelque chose de localisé contre lequel je ne peux rien et je n'y suis pour rien » (Laplantine cité dans Menahem, 2000 : 5). Il s'agit bien d'une maladie ontologique, qui a rapport à l'être. L'individu concerné s'approprie la maladie ; elle devient « sa » maladie. Cette dernière peut être interprétée en termes de transmission familiale et devient alors un signe distinctif de la famille. Nous en trouvons des traces chez un patient interrogé au centre de santé de Bourg

en Bresse, en non-recours aux soins généralistes et dentaires alors qu'il dispose de la CMU-C. Il explique ne pas être allé chez un dentiste depuis plus de dix ans, et ce « *malgré que* [sa] *dentition ne soit pas très belle* ». Pour expliquer une attitude qui pourrait être contradictoire, il avance différents arguments dont celui d'ordre héréditaire. Voici comment il justifie son absence de soins dentaires, en décrivant directement l'origine de sa maladie :

*« Vous allez me dire, pourquoi vous avez ça ? J'ai une explication, c'est ma paternité. Il s'avère que du côté de mon père, ses parents étaient cousins germains. Et quand vous auscultez la famille des quatre frères qui étaient issus des cousins germains vous vous apercevez qu'il y a quand même pas mal de défauts. C'est la consanguinité, elle fait des aberrations. Moi j'ai eu des dents... Je suis sûr que le médecin [du CES avec qui il a rendez-vous après l'entretien] va me mettre... Parce que ça fait quatre fois que je viens ici et ça fait quatre fois qu'ils me mettent la même chose. Mais je les laisse faire. Ils vont me dire vous avez cinq dents arrachées, cinq manquantes. Mais vous savez quoi, je ne me suis jamais fait arracher une dent de ma vie. Regardez ma dentition, elle est tout à fait normale. C'est la même chose que les yeux. »*

Entretien 27 : Homme, 53 ans, Français, célibataire, BTS, sans emploi, CMU-C, 47,33 (Q5)

Une telle explication de l'origine de sa dentition dégradée suffit à elle seule pour justifier l'absence du besoin de consulter un dentiste. En général, G. Menahem décrit comment ce cheminement entraîne une déculpabilisation de la personne vis-à-vis de cette maladie héritée, admise avec une certaine fatalité et face à laquelle on ne peut rien faire. Autre caractéristique, la maladie-ordinaire peut être déniée puisque ancrée dans une filiation, perçue comme normale.

La seconde maladie ontologique est « la maladie-destinée ». Elle rejoint la précédente du point de vue de la localisation – dans le corps même du malade – et de la filiation, mais cette fois d'une filiation marquée par des relations familiales perturbées. Elle se pare alors d'un sens négatif de contamination, de perturbation ou de souffrance individuelle. G. Menahem indique qu'elle « incarne le destin personnel », tout en ajoutant qu'elle « engage l'identité du malade » (Menahem, 2000 : 6). L'explication d'une telle conception renvoie à la place que la personne a eue au sein de sa famille, souvent en ayant été exclue. Face à cette maladie, qui est plus souvent le fait des maladies chroniques d'ailleurs, le malade se place en tant que victime – la maladie étant une intrusion d'un

corps étranger – et essaie de s'en accommoder, de « vivre avec ». C'est ce qu'exprime un patient rencontré dans les centres de santé de Grenoble, lorsqu'il fait allusion à sa maladie. Pour cet homme de 50 ans, celle-ci intervient à la fin d'une vie remplie d'efforts physiques liés au travail, mais surtout d'accumulation de troubles (rhumatologiques, neurologiques...) dont il veut se « libérer ». Malgré cela, il présente sa maladie comme étant « à vie », impliquant en lui un changement de vie sociale et d'identité (être vu comme malade par son entourage), une souffrance quotidienne, et essaie de s'en accommoder quitte à ne pas se soigner comme il le dira plus loin dans la discussion :

« - La maladie va en s'améliorant ?

- *Non, c'est stable... enfin quand je dis c'est stable, c'est moi qui la stabilise. J'essaie de me dire ça va mieux... je me dis allez ça va, un coup de force, allez ça va même si je sais que ça va pas. Un coup de force, on essaie de se dire que si ça va, c'est bon allez, je pense plus au mal, je pense à autre chose. Par exemple, j'ai mes échecs, je pense plus au mal et allez j'essaie de me concentrer et de penser qu'à mes échecs. Mais même en jouant aux échecs j'ai mal, je m'en aperçois pas tout de suite mais une fois que c'est fini, oh là l'accumulation de douleurs que j'ignorais ressortent tout d'un seul coup.*

- Ça ne va pas moins bien parce que vous vous soignez moins ?

- *Non d'après mon médecin il faut que je vive avec, c'est... j'ai ces problèmes de cervicales qui sont liés à de l'arthrose aussi, bah l'arthrose c'est comme les rhumatismes, c'est à vie. En général, on peut soulager la douleur au niveau de la kiné, pour que la douleur soit moins importante mais il n'y a pas de miracle. Même mon médecin l'a dit il y a pas de miracle, mon kiné l'a dit il y a pas de miracle, mon rhumato il y a pas de miracle. »*

Entretien J

L'autre série de maladies englobe celles d'ordre relationnel. Plutôt que d'« avoir une maladie », il est question d'« être malade », ce qui induit un état dans lequel la personne se sent responsable de sa situation. Ce sentiment est moins présent dans la « maladie-événement » puisque la cause d'une santé affaiblie est extérieure à l'individu. Il peut s'agir d'un traumatisme, des conditions de vie en général, d'un accident de travail, etc., qui ont en commun d'engendrer des incidences perçues sur le mode accidentel et temporaire. La personne se place ainsi en tant que victime innocente (« être rendue malade ») et envisage la guérison sous certaines conditions, notamment celles relatives aux causes de la

maladie. Ainsi, il s'agit d'un problème passager, impliquant peu ou pas de fragilité nouvelle pour l'individu. Bien au contraire, la personne réagit à l'agent extérieur qu'est la maladie. Nous retrouvons tous ces éléments chez une patiente souffrant de dépression causée, d'après les allusions qu'elle faisait, au père de ses enfants qui lui en a enlevé la garde. C'est cet homme qui est visé lorsqu'elle parle de quelqu'un qui lui fait mal, qui a été le facteur déclencheur d'une dépression progressive. Cette patiente voit cependant cette situation comme temporaire et envisage la guérison à condition que ces problèmes familiaux prennent fin.

La dernière forme à évoquer est la « maladie-sanction ». « Sanction » car là, les causes ne sont plus perçues comme extérieures à la personne mais elles lui sont inhérentes. C'est elle qui est responsable de sa situation sanitaire, de par des comportements, des manières d'être qui sont sanctionnées par la maladie (« tomber malade »). Elle est relationnelle aussi, dans le sens où les facteurs sont à rechercher du côté des considérations de la famille vis-à-vis de la personne, caractérisées par un manque (d'affection, d'intérêt...). Cette fois, contrairement à la maladie-événement, le malade ne réagit plus et fait preuve de fragilité. Là aussi, le vocabulaire du manque revient (manque de force, d'énergie pour se battre...). Toujours dans l'optique d'en donner une illustration à partir des entretiens, un patient exprimait certains des points évoqués dans cette forme de rapport à la maladie. Il se présente comme responsable de son alcoolisme (« *quand j'étais jeune avec les fêtes et tout* », « *c'est vrai que j'ai fait des abus* »), tout en le raccrochant à son passé familial :

« - Quand vous parliez des gens qui boivent au restaurant, vous avez commencé comme ça à boire ?

- *Non ça remonte à vieux moi, c'était avec mon père.*

- Vous buviez avec lui ?

- *Non. Et comme il était alcoolique on sait pas si ça nous a marqués, on sait pas. Il était pilot, il tapait sur ma mère, sur ma grand mère, tous les jours... c'était intenable. Peut être qu'on a pris là-dedans. Parce que j'ai plusieurs frères qui sont... j'en ai qui est resté trois jours dans le coma chez lui à cause de l'alcool.*

- Sans que personne ne vienne...

- *Si son voisin a défoncé la porte. A deux doigts. J'ai un autre frangin c'est pareil il se fait soigner.... c'est ça on a trop vécu là dedans. »*

Entretien K : Homme, 43 ans, Français, célibataire, brevet, sans emploi, sans complémentaire

Quant à la fragilité et au manque que G. Menahem associe à la « maladie-sanction », de nombreux moments de cet entretien ont abondé dans ce sens. Nous l'observons dans le regard que cet homme porte sur lui (« *j'ai tout perdu* », « *maintenant je suis cuit* », « *j'ai plus goût à rien* ») et sur le caractère incurable de sa maladie (« *la question c'est que j'y arrive pas, c'est en moi* », « *je peux pas, j'y arriverai pas* »).

Les quatre rapports à la maladie illustrent la diversité des réactions face à la maladie. Entre le sentiment d'une maladie causée par un agent extérieur ou par soi, entre la perception d'une maladie indomptable ou surmontable, les éventuelles combinaisons de ces situations favorisent l'hypothèse d'une correspondance étroite entre rapport à la maladie et (non-)recours aux soins. Certaines représentations plus que d'autres seraient associées au non-recours. En reprenant les distinctions proposées par G. Menahem, les maladies d'origine endogène, à savoir la maladie-sanction et la maladie-destinée, sont les plus explicatives. La maladie-destinée, nous l'avons vu, est appréhendée sous l'angle de la victimisation, suite à l'intrusion d'un corps étranger aux conséquences importantes sur la personne. Face à cela, choisir de « vivre avec » peut éloigner l'idée de guérison, et donc du recours aux soins, puisqu'il s'agit pour la personne de s'habituer à la maladie et à son cortège de douleur. Ce fatalisme vis-à-vis de l'évolution de la maladie et des soins englobe un horizon pouvant être celui de la mort, tel que cela fut exprimé dans un entretien. Quant à la maladie-sanction, le recours aux soins n'est guère facilité, premièrement par le fait de rechercher la cause du côté d'un manque relationnel et, deuxièmement, par le fait que la personne prenne à son compte la responsabilité de la maladie. Cela développe davantage la réaction de « prendre sur soi » ou de ne pas réagir pour atténuer la maladie. A l'inverse, les maladies d'origine exogène sont accompagnées d'un recours pragmatique aux structures de soins. C'est particulièrement le cas de la maladie-événement aux caractéristiques accidentelles et temporaires.

## **Conclusion du chapitre 1**

En se centrant sur l'absence de demande de soins, ce chapitre avance un aspect central de notre enquête de terrain : le décalage observé entre la manière dont la problématique du non-recours aux soins a été construite et le vécu du phénomène par les individus concernés. La démarche de sociologie compréhensive rend compte de ces individus qui ne se représentent pas leur situation de non-recours aux soins comme une difficulté ou un risque.

L'explication de ce décalage peut provenir d'une mise en sommeil provisoire de la santé. Ainsi, et là aussi de manière inattendue, nous avons vu que les individus ne se caractérisaient pas par un éloignement de cette valeur. Bien au contraire, à leur manière, ils disent combien la santé a pour fonction de maintenir ou de développer des activités professionnelles et familiales, dans des situations de précarité marquées par l'aléa. Toutefois, à différentes étapes de la trajectoire sociale, la gestion de la santé peut être contrainte par des événements et reportée à des moments plus stables. Cela nous a donné à voir quelles étaient les conditions, matérielles, symboliques, voire psychologiques, nécessaires à cette gestion de la santé.

Le décalage observé peut aussi être analysé au regard de ce qui détermine le recours aux soins, à savoir le « besoin de soins ». Ce dernier est avant tout dépendant de l'utilité conférée au recours au soignant par l'individu. De plus, le ressenti des besoins de soins, et sa traduction en symptômes nécessitant l'intervention d'un professionnel de santé, varient d'un individu à un autre. Plusieurs positionnements à l'égard des symptômes sont déclinables, allant de l'absence de conscience de leur existence jusqu'à leur interprétation en fonction des différents rapports à la maladie. Positionnements qui rappellent la diversité des rapports aux « risques » qui seraient, tel que nous l'avons vu dans la première partie, liés au non-recours aux soins et qui confirment la pertinence d'une approche sociologique des risques pour comprendre ce phénomène.

Plus généralement, le décalage dans les significations accordées au non-recours aux soins amène à repenser le regard sur les populations précaires. L'émergence de cette problématique fait référence à des populations qui seraient caractérisées par la difficulté ou l'absence de gestion de leur santé. Or, au terme de ce chapitre, nous pouvons commencer



à entrevoir des individus qui ne sont pas passifs ni même « éloignés » de leur santé et du système de soins. Comme d'autres, ils ont une définition de ce qu'est la santé et de la place à lui conférer. Comme d'autres, ils élaborent des représentations profanes de la maladie et des besoins de soins qui ne correspondent pas toujours aux représentations des professionnels de santé et à des considérations biologiques. La manière dont ils pensent leur rapport au système de soins nous en démontre un aspect complémentaire.

## **CHAPITRE 2**

### **LOGIQUES CURATIVES DE RECOURS AUX SOINS ET AUTOMEDICATION**

---

Contrairement à la représentation que nous en avons avant d'effectuer notre enquête de terrain, les populations identifiées comme étant dans une situation de précarité sociale et « éloignées » du système de soins ne perçoivent ni ne vivent pas toutes le non-recours aux soins comme une difficulté. La définition de la santé et de ce qu'est un besoin de soins participent à l'explication de ce constat, mais ne sont pas suffisants, sauf à vouloir réduire la complexité des phénomènes de non-recours. Pour poursuivre la réflexion, nous utiliserons une autre « ficelle du métier » livrée par H. Becker dans l'objectif de permettre aux chercheurs en sciences sociales de poser les questions différemment de ce qu'ils font habituellement. Celle qui nous intéresse ici est simple, connue, mais efficace : « ne demandez pas « pourquoi ? », demandez « comment ? » » (Becker, 2002 : 105). Sans dénigrer totalement la première question, H. Becker voit dans les questions « comment ? » davantage de liberté pour l'enquêteur. Ainsi, les « comment ? » posés dans ses enquêtes « donnaient plus de marge aux personnes interrogées ; ils étaient moins contraignants, plus ouverts ; ils leur permettaient de répondre exactement comme elles voulaient, et de raconter une histoire incluant tout ce qu'elles estimaient qu'elle dût inclure pour être compréhensible. Ils n'appelaient aucune « bonne » réponse, n'avaient pas l'air de chercher à trouver le coupable de telle ou telle mauvaise action ou de tel ou tel résultat regrettable » (Becker, 2002 : 107). Or, la majeure partie des approches du non-recours cherche à répondre à la question : « pourquoi les individus n'agissent pas pour faire-valoir leurs droits ? ». Pour notre part, en appliquant cette ficelle à notre objet, nous ne nous demanderons pas pourquoi les individus ne recourent pas aux soins, mais comment ils font lorsqu'ils ressentent un symptôme ou une maladie. La démarche qualitative est à ce titre adaptée puisqu'elle permet de comprendre les réactions et décisions des individus en la matière.

Ce changement de questionnement amène à porter notre regard sur les décisions prises par les individus face à un problème de santé. Plus précisément, ce qui nous intéresse ici, ce sont les logiques (sociales) de recours aux soins et le type de rapport au

système de soins qu'elles sous-tendent. Par « logique » sociale de recours aux soins, nous renvoyons aux différentes manières dont les individus se représentent l'usage du système de soins, en conformité avec des règles qui guident les comportements en matière de soins ; le qualificatif de social est quant à lui employé pour insister sur le fait que ces logiques ne se résument pas à une logique médicale. Le terme de logique est également utilisé volontairement pour rendre compte de la cohérence et l'adéquation entre, d'un côté, la définition d'un besoin de soins et de la santé par les individus et, de l'autre, leur usage du système de soins. En cela, notre démarche est similaire aux réflexions d'I. Parizot et P. Chauvin ; ils évoquent l'importance d'analyser les logiques de recours au système de soins dès lors que l'on considère « les individus comme étant à la fois soumis aux contraintes et au poids de leur environnement, mais également sujets de leurs comportements liés à la santé » (Chauvin et Parizot, 2005b : 8).

Nous organiserons notre propos en deux points. Le premier s'attachera à décrire la logique principale de recours aux soins, qui renvoie à un usage pragmatique, curatif, du système de soins. La décision de consulter ne se fait pas « *pour rien* » mais en réponse à deux facteurs déclencheurs analysés séparément. Ce sont la douleur et la gêne, faisant chacune l'objet d'interprétations différentes par les individus (section 1). Dans le second point, nous porterons notre attention sur les pratiques profanes de soins, en réaction à un symptôme ressenti. L'automédication est l'une des réponses privilégiées par nos interlocuteurs et est incontournable pour comprendre pourquoi les situations de non-recours aux soins ne sont pas vécues comme une difficulté. Il s'agit ici d'être attentif aux manières de faire mises en place par les individus pour prendre en charge leurs problèmes de santé. Nous suivons en cela l'invitation faite par Michel de Certeau à modifier nos pratiques d'observation des individus placés en situation de « faiblesse »<sup>319</sup>, pour voir en quoi ils agissent, en développant des « tactiques » et en inventant un « art du faible » (de Certeau, 1990 : 61). Nous développerons alors les principales caractéristiques de l'automédication, avant d'interroger la signification du recours à de telles pratiques (section 2).

---

<sup>319</sup> Si M. de Certeau conçoit principalement la faiblesse comme le résultat d'un rapport de force entre groupes sociaux, il y inclut également la maladie : « beaucoup de pratiques quotidiennes (parler, lire, circuler, faire le marché ou la cuisine, etc.) sont de type tactique. Et aussi, plus généralement, une grande partie des « manières de faire » : réussites du « faible » contre le plus « fort » (les puissants, la maladie, la violence des choses ou d'un ordre, etc.) » (de Certeau, 1990 : XLVII).

## **1. LES DEUX MOTEURS DE LA LOGIQUE CURATIVE DE RECOURS AUX SOINS**

Dans les entretiens, la manière dont les propos sont construits renseigne sur les facteurs influençant l'usage du système de soins. A cet égard, le terme le plus fréquemment utilisé par nos interlocuteurs est le terme « *si* ». Il cristallise à lui seul l'idée qu'il est indispensable de réunir certaines conditions pour qu'un recours aux soins soit motivé et envisagé. Nous avons vu dans le chapitre précédent la place du « besoin » de soins ressenti. Nous allons voir ici deux de ses composantes essentielles : la douleur et la gêne. En leur absence, la consultation d'un professionnel de santé ne fait pas sens pour les individus. Elles sont alors caractéristiques de la logique curative sur laquelle les comportements d'usage du système de soins sont basés.

La douleur et la gêne peuvent être liées et expliquer conjointement les situations de non-recours aux soins. Mais pour des soucis de clarté dans notre analyse, nous avons ici choisi de les développer l'une après l'autre.

### **1.1. Le rôle de la douleur**

Le premier motif déterminant la décision de consulter un professionnel de santé est celui de la douleur. Dans l'histoire de la maladie, la douleur a toujours eu un statut particulier du fait de la conjonction de deux éléments (Herzlich et Pierret, 1991). D'un côté, la douleur s'imposerait et dominerait l'individu, n'ayant que peu de prise sur elle. Elle n'est pas visible de l'extérieur et son origine est difficilement perceptible au profane. De l'autre, la médecine, vers laquelle l'individu se tournerait alors, n'apporte pas toujours de réponses précises. Une des critiques récurrentes adressée à cette dernière met en avant le décalage entre les progrès réalisés dans le soin apporté à de lourdes maladies et la faible capacité à répondre aux nombreuses demandes concernant la douleur. Pourtant, la prise en charge de cette dernière a été institutionnalisée, faisant l'objet de services spécialisés (comme à l'hôpital Ambroise-Paré ou au centre de la douleur de Lariboisière à Paris) et d'interventions publiques (un axe y est dédié dans le plan régional de santé publique en Rhône-Alpes), de même qu'elle est l'objet en droits européens<sup>320</sup>.

---

<sup>320</sup> Parmi les quatorze droits énoncés par la Charte européenne des droits des patients, élaborée en 2002, figure « le droit de ne pas supporter la souffrance ou la douleur inutiles ».

### **a) L'évaluation d'une douleur et de sa gravité par les individus**

Les entretiens effectués sur notre terrain d'enquête, malgré la diversité des profils de nos interlocuteurs, convergent pour faire de la douleur un élément déterminant de la décision de recourir aux services de soins. Il s'agit de (ne) consulter (que) si elle se fait ressentir :

*« Il faut vraiment que j'ai mal, il faut vraiment que j'ai quelque chose qui me dérange pour que j'aie consulté, franchement. »*

Entretien 19

*« A partir de quel moment ça se justifie [d'aller chez le médecin] ?... euh, je sais pas, vraiment quand j'ai une douleur horrible ou quelque chose d'anormal, je sais pas, si je tremble, je sais pas, ouais, si je vois quelque chose d'anormal pendant deux ou trois jours, je me poserai des questions et j'irai direct chez le médecin. »*

Entretien 82

La douleur dont il est question est ressentie individuellement et non diagnostiquée par les médecins. Tout comme nous avons insisté précédemment sur le caractère socialement construit d'une maladie, il est important ici de noter la place principale que prend l'évaluation réalisée par les individus eux-mêmes. Ils parlent ainsi de vouloir consulter si on « *sent* » quelque chose, si on « *estime* » ou « *éprouve* » un besoin. Mais rares sont les descriptions des indicateurs sur lesquels se base cette évaluation. La référence est faite à une « *douleur* » ou à un « *mal* » indéfinis. Le rôle central pris par la douleur dans les entretiens tient probablement à la multiplicité et à l'hétérogénéité des symptômes auxquels elle peut renvoyer, laissant place à une évaluation subjective et rendant son usage commode dans les cas d'une moindre capacité à verbaliser des demandes de soins.

Ce qui importe dans l'évaluation, plutôt que la traduction de la douleur en symptômes précis, c'est sa gravité. Autrement dit, si nous reprenons une formule déjà évoquée, il ne s'agit plus simplement de recourir si on a mal, mais si on a « *vraiment* » mal. La décision de consulter un professionnel de santé dépend alors d'une hiérarchisation, par l'individu, des dysfonctionnements corporels :

*« Oui, pour que j'aie vu un médecin, il faut vraiment que ça soit le pire. Sinon je n'y vais pas. »*

Entretien 38

*« Il y a des choses, quand je vois que je suis pas bien du tout, que j'ai besoin d'antibiotiques et que je sais qu'il faut soigner la chose, là j'y vais. Je vais pas dire que je suis du genre laisser-aller, mais il faut quand même que ça soit alarmant, que je me dise ça je ne sais pas ce que c'est, c'est bizarre. »*

Entretien 39 : Femme, 32 ans, Française, célibataire, brevet, sans emploi, CMU-C, 41,24 (Q4)

A quoi la référence, dans les entretiens, à cette gradation dans les symptômes ressentis renvoie-t-elle ? Elle peut témoigner, d'une part, d'une valorisation de la résistance à la douleur et de la dureté au mal. L'enjeu ici est un enjeu identitaire destiné à revaloriser l'image de soi par l'acceptation et la gestion de la douleur ou de la souffrance. Nombreux sont les travaux sociologiques à en faire l'une des caractéristiques des populations placées en situation de pauvreté ou de précarité et l'une des explications centrales de leur moindre recours aux soins. Une des analyses classiques est celle de L. Boltanski, dans son célèbre article sur « les usages sociaux du corps » (Boltanski, 1971). S'inspirant des travaux de P. Bourdieu sur l'habitus, l'auteur vise à dénaturer le rapport au corps en décrivant la variation des représentations et comportements à l'égard du corps suivant les classes sociales. La consommation médicale est l'un des indicateurs pour y parvenir et pour analyser les habitus corporels ; selon L. Boltanski « la fréquence du recours au médecin selon la classe sociale [est] le principal indicateur de l'intensité du « besoin médical » ressenti par les membres de chaque classe ou plus précisément, de l'intensité avec laquelle les membres de chaque classe perçoivent et tolèrent leurs sensations morbides » (Boltanski, 1971 : 211). Il poursuit en expliquant que « tout se passe, en effet, comme si la perception des sensations similaires était inégalement accrue dans les différentes classes sociales ou plutôt comme si des sensations similaires faisaient l'objet d'une « sélection » ou d'une « attribution » différente et étaient éprouvées avec une plus ou moins grande intensité selon la classe sociale de ceux qui l'éprouvent » (Boltanski, 1971 : 211). Parmi les explications d'une consommation de soins inférieure pour les classes populaires, L. Boltanski y voit l'effet d'une inégalité des « compétences médicales » (identifier et exprimer des symptômes, être familiarisé avec le langage médical...) qui, lorsqu'elles sont détenues par les individus, accroissent leur besoin médical. Il y voit également, et c'est cette explication qui nous intéresse plus particulièrement ici, un effet des différentes

« cultures somatiques ». Selon L. Boltanski, « l'intérêt et l'attention que les individus portent à leurs corps, c'est-à-dire, d'une part à leur apparence physique, plaisante ou déplaisante, d'autre part, à leurs sensations physiques, de plaisir ou de déplaisir, croît à mesure que l'on s'élève dans la hiérarchie sociale » (Boltanski, 1971 : 217). Si les membres des classes supérieures manifestent une sensibilité et une attention exacerbées à leur corps, selon L. Boltanski, il n'en est pas de même pour les autres. Ainsi, « les membres des classes populaires qui réproouvent celui qui « s'écoute trop » et qui « passe sa vie chez le médecin » et qui valorisent la « dureté au mal », attendent souvent avant de consulter le médecin que la sensation morbide soit devenue d'une intensité telle qu'elle leur interdise de faire un usage normal de leur corps » (Boltanski, 1971 : 219). Ce lien entre l'expression d'une résistance à la douleur et un moindre recours aux soins peut ainsi être l'une des manières d'interpréter nos entretiens.

Toutefois, aussi pertinent était-il en 1971, le cadre analytique général utilisé par L. Boltanski mériterait d'être réinterrogé à nouveau aujourd'hui, compte tenu des évolutions sociétales. Il avance notamment une opposition entre les classes populaires qui valorisent la force et la dureté et les classes privilégiées qui défendent la douceur et la grâce, ce qu'il explique par le fait que « le rapport que les individus entretiennent avec leur corps est de moins en moins fondé sur la nécessité d'agir physiquement à mesure que l'on s'élève dans la hiérarchie sociale » (Boltanski, 1971 : 224). Rien ne vient nous dire qu'actuellement la résistance à la douleur et le rapport instrumental au corps seraient l'apanage des catégories situées en bas de l'échelle sociale, ni que l'usage performant du corps n'est pas devenu une nécessité dans toutes les catégories sociales. David Le Breton va dans le même sens lorsqu'il fait l'hypothèse, à propos des rapports au corps selon les classes sociales, que « aujourd'hui sans doute, sous l'égide de la consommation et sous l'effet de l'accroissement en effectifs des classes moyennes, sous l'effet aussi de l'émergence d'une sensibilité individualiste qui donne à l'acteur une marge de manœuvre moins étroite qu'autrefois, les oppositions ne sont plus aussi nettes qu'elles le furent encore dans les années 1960-1970 » (Le Breton, 2008 : 103).

En outre, la hiérarchisation entre différents degrés de douleur, tel que nous l'avons observé dans les entretiens, éclaire le type de recours au système de soins. Lorsqu'ils ressentent un symptôme, les individus déclarent ne pas chercher à consulter tout de suite un médecin mais de décaler cette décision. Il s'agit d'attendre de voir si « ça passe », c'est-à-dire d'évaluer, puisqu'il en est encore question ici, l'évolution des symptômes. Le

recours à un soignant est complémentaire d'un premier regard, personnel, sur une perturbation ou un dysfonctionnement qui pourrait être requalifié par la suite en symptôme nécessitant l'intervention d'un soignant, en fonction de son évolution. Nous retrouvons là deux des types de réactions à la maladie isolés par M. Collet, G. Menahem et H. Picard (2006)<sup>321</sup>, l'un étant le recours en seconde intention (avec une première réponse en automédication, que nous verrons dans la prochaine section) et l'autre le comportement passif d'attente, cristallisé par les expressions *ça va « passer »* ou *« laisser faire la nature »*. Pour l'un comme pour l'autre, ce n'est qu'après un certain temps que la décision de recourir aux soins peut être enclenchée. Cela peut parfois avoir des conséquences sur l'état de santé. Cette jeune femme, qui a été plusieurs fois en retard aux soins et a dû se rendre à ces occasions aux urgences hospitalières, l'envisage bien :

*« C'est vraiment quand on sent vraiment, vraiment la douleur, que l'on va courir. Sinon, non, les maux de tête, les petites douleurs, on va prendre les médicaments et puis après ça ira, on n'ira pas chez le médecin. C'est quand on se sent vraiment, vraiment mal, là on court, mais là, il est trop tard ! »*

Entretien 75 : Femme, 34 ans, Française, mariée, BEP, en formation professionnelle, complémentaire privée, 43,79 (Q4)

Tout l'intérêt de l'usage du terme *« si »* se comprend à présent. Il rend compte des conditions devant être remplies pour qu'un recours aux soins soit justifié. En l'occurrence, ce n'est que s'il n'y a pas d'alternative, ce n'est que si et seulement si les autres réponses n'ont pas apporté d'effets suffisants que l'appel à un professionnel est envisagé. Il prend alors le sens d'une obligation ; pour reprendre L. Boltanski, « les membres des classes populaires, dont l'ethos ascétique n'est pas explicitement systématisé ni verbalisé et ne se manifeste « qu'à travers la conduite et son style particulier », invoquent très généralement, pour justifier leurs conduites médicales, la pression de la nécessité plutôt qu'une règle morale, un « principe » fermement institué et strictement suivi » (Boltanski, 1971 : 219). Les exemples de non-recours aux soins justifiés par cette logique sont nombreux :

---

<sup>321</sup> Dans leur étude, ces trois auteurs s'intéressent notamment aux réactions des consultants des centres de soins gratuits à l'égard d'une douleur difficile à supporter, qui est d'ailleurs déclarée davantage chez ces consultants que dans la population générale. Il ressort que la douleur est suivie d'une consultation pour 60%, tandis que 40% sont en non-recours à des soins médicaux. Les réactions pour ces derniers se partagent entre les comportements passifs d'attente puis l'automédication (Collet et al., 2006).



*« Moi je veux le voir uniquement si j'ai... si j'ai une grippe et tout ça je peux attendre 15 jours. Si vraiment ça s'aggrave, effectivement j'irai le voir. Mais si ça peut passer, ça passera. Non, là-dessus je vais le voir que si vraiment j'ai pas le choix on va dire. »*

Entretien 24

*« J'ai toujours été qu'en cas de nécessité. [...] Moi je pars du principe où si on peut pas vraiment se soigner soi-même il faut y aller. Mais maintenant, je vous dis, j'ai mal quelque part, je vais attendre. Je vais faire quelque chose pour me soulager moi-même et vraiment quand je vois que j'en peux plus et qu'il n'y a rien à faire, j'y vais. C'est un tort parce que des fois c'est peut-être un peu trop tard pour arriver à se soigner quelque chose mais bon, je n'y vais pas comme ça dès que j'ai un petit bobo. Je n'y vais pas. »*

Entretien 43

Ainsi, contrairement à l'idée que développent nos interlocuteurs, ce n'est pas uniquement le corps qui guide le recours aux soins en fonction des douleurs et des symptômes ressentis par l'individu ou diagnostiqués par les professionnels de santé. Le type et le moment du recours aux soins dépendent également des manières dont les individus répondent à un problème de santé et de leurs représentations du rôle du système de soins, c'est-à-dire de ce qui participe aux logiques sociales de recours de soins.

### ***b) La douleur comme motif de consultation. Le cas des soins dentaires.***

Reste à savoir si les individus agissent nécessairement en fonction des logiques de soins curatives qu'ils indiquent, en mobilisant le système de soins dans un objectif antalgique. Tout l'enjeu est en effet de savoir si cette posture oriente réellement les pratiques. En nous basant certes non sur des observations *in situ* de la manière dont un individu réagit face à un symptôme, mais sur des récits de pratiques, il semble que ce soit le cas. Nous retrouvons l'argument d'une douleur jugée nécessaire pour consulter aussi bien lorsque les individus se représentent quel type de contact avec le système de soins ils privilégient que lorsqu'ils décrivent les raisons et les motivations de leur dernière consultation.

Nous constatons l'application de la logique curative pour les différents soins, avec plus ou moins d'acuité. L'éventail des maladies, de la plus bénigne à la plus grave, est

concerné. Nous ne prendrons toutefois que les soins dentaires qui fournissent une illustration complète de la prégnance de la logique curative, dans les discours, et de son articulation avec les pratiques. La majeure partie de nos interlocuteurs se réfère en effet à cette logique lorsqu'il est question du suivi dentaire. La consultation d'un dentiste, potentiellement traumatisante (la fameuse « peur » du dentiste), ne se justifie que s'il y a des raisons apparentes. Parmi ces dernières, l'évaluation d'une douleur et de sa gravité est mise au premier plan : ce n'est pas « la peine » de consulter tant que ça ne « fait pas mal » ou tant que ce n'est pas « grave », ni « insupportable ». Deux extraits d'entretiens sont significatifs de cette logique. Le premier illustre la réaction de plusieurs interlocuteurs qui questionnent l'enquêteur sur la raison d'une consultation en dehors de toute douleur, tandis que le second illustre le rôle de la douleur verbalisée comme élément déclencheur dans la décision d'emmener des enfants consulter un spécialiste :

« - Pour le moment les dents il est bien, pour le moment ça va. Parfois j'ai mal avec les dents, j'ai parti chez le dentiste.

- Vous y allez seulement si vous avez mal ?

- Voilà, c'est ça. Il a pas mal, pourquoi tu irais chez le dentiste ? »

Entretien 73

« - C'est pas un problème [de ne pas avoir de mutuelle], je paye de ma poche.

- Et pour les enfants ?

- C'est pareil, on paye, les médicaments, la visite... Qu'est ce que tu veux faire ? Dès qu'ils sont malades on y va. Ça va quand même ils sont pas souvent malades.

- Même pour autre chose que le généraliste ?

- Le reste c'est bon, ils ont de bonnes dents et une bonne vue. Ça sert à rien d'y aller. S'ils ont besoin, s'ils se plaignent bien sûr qu'on ira. »

Entretien U : Femme, 50 ans, Tunisienne, mariée, sans emploi, sans complémentaire

Les extraits précédents soulignent une conséquence corollaire à la logique curative de recours aux soins. L'absence de consultation dentaire sur une longue période ne signifie pas, pour les individus qui se réfèrent à cette logique, prendre un risque. Au contraire, cela peut être perçu comme un indicateur d'une bonne santé dentaire. Cet homme, rassuré par l'examen dentaire réalisé dans le cadre du bilan de santé puisqu'il n'a pas décelé de caries, le confirme dans son usage du système de soins :

« - Mais est-ce que vous êtes allé voir pour les soins dentaires ? Ça remonte à quand le dentiste ?

- *J'étais gamin quand je suis allé voir la dernière fois le dentiste. Je devais être adolescent, j'avais eu une dent qui poussait et celle qui était en place ne pouvait pas tomber alors il me l'a arrachée pour laisser passer celle de dessous. Mais je ne suis pas retourné depuis. J'ai pas eu de problème.*

- C'est pareil, il y'a pas besoin de...

- *Tout à l'heure j'ai passé le bilan avec la dentiste et elle m'a dit que j'avais de bonnes dents, que ça nécessitait pas...rien.*

- Ça vous a conforté dans l'idée qu'il faut pas y retourner avant je sais pas combien de temps ?

- *Exactement, tant que ça fait pas mal, il y a pas besoin d'y aller.*

- Il n'y a pas de dents cariées, rien ?

- *Non. Non, elle a pas décelé une seule carie. Donc... De ce côté-là je suis tranquille. »*

#### Entretien 9

Le sentiment de prendre des risques est d'autant moins présent que les individus pensent gérer leur état de santé dentaire. Nous renvoyons par exemple à ceux qui indiquent se brosser les dents régulièrement et ainsi « *maîtriser* » le risque de caries, puisque « *tant que vous vous brossez les dents, il y a toutes les bactéries qui sortent* ». Ce processus, appelé le sentiment de contrôle, est observé par des psychologues et des sociologues dans de nombreux domaines de risques. Il est défini par Andreas Teuber, tel que synthétisé par P. Peretti-Watel, comme « une moindre aversion du risque généralement observée dans les cas où l'individu a la sensation de contrôler la situation » et il prendrait place dans « les valeurs individualistes des sociétés contemporaines : le risque contrôlé, maîtrisé, est d'autant plus recherché ou toléré que ce contrôle lui-même est valorisé en tant que tel, et affirme l'autonomie de celui qui l'exerce » (Peretti-Watel, 2001 : 72). Dans ces entretiens, prendre soin de son hygiène bucco-dentaire pourrait alors être perçu comme une volonté de valoriser l'autonomie individuelle.

L'application de la logique curative, particulièrement nette dans le cas des soins dentaires, peut être observée à partir des descriptions des motifs ayant entraîné la dernière consultation. Ceux-ci sont particulièrement éclairants. La décision de consulter un dentiste fait suite à l'interprétation des signaux émis par le corps, interprétés comme des dysfonctionnements demandant l'intervention du médecin spécialiste concerné. Outre les

caries dentaires et les pertes de dents, les motifs évoqués par les individus concernent les douleurs causées par les rages de dent, les abcès dentaires et les infections de la gencive. Autant de douleurs auxquelles il « *faut* » apporter un traitement. Les récits des consultations s'y rapportant décrivent d'ailleurs des interventions lourdes et importantes, mais acceptées comme le prix à payer occasionnellement pour calmer les douleurs ressenties. Ils informent aussi d'une manière indirecte sur les conséquences sanitaires de l'absence de prévention bucco-dentaire.

L'analyse des motifs de consultation permet de faire un dernier constat. Il ne concerne pas *stricto sensu* la compréhension des causes du non-recours aux soins, mais revient sur les limites de la définition du phénomène la plus utilisée. Il apparaît clairement que partir de l'absence de consultation d'un médecin sur une certaine période rend invisible d'autres situations de non-recours. En effet, en suivant la logique curative, la démarche de soins ne fait plus sens une fois la douleur traitée. Un individu peut ainsi avoir consulté un dentiste les deux dernières années sans envisager y recourir à nouveau tant qu'aucun besoin ne se fasse ressentir. L'hypothèse de l'absence de démarches de prévention au cours des années à venir est alors très probable. Les limites de la définition du non-recours, basées sur des critères quantitatifs et non sur des aspects qualitatifs relatifs au type de relation avec le système de soins, sont perceptibles dans l'extrait d'entretien suivant. Il s'agit d'un homme qui n'est certes pas défini, ni comptabilisé, en non-recours aux soins dentaires puisque ayant consulté un an auparavant, mais qui explique ne pas envisager recourir à un dentiste avant une certaine période :

« - Au niveau du dentiste, à quand remonte la dernière consultation ? C'était il y a longtemps ?

- *Non.*

- Plus d'un an, moins d'un an ?

- *Par là. A peu près un an.*

- Est-ce que tu vas chaque année chez le dentiste ?

- *Non... Pour l'instant c'est bon. Le dentiste, bon, je suis pas un problème pour le dentiste, tu vois.*

- Il y a rien à faire ?

- *Oui. J'avais quelque chose de petit comme ça [il montre une dent], au Mali, et voilà. Je n'ai rien à voir avec les dentistes maintenant. »*

Entretien 50 : Homme, 30 ans, Malien, célibataire, sans diplôme, ouvrier, sans complémentaire, 73,96 (Q5)

## 1.2. Le rôle de la gêne

En plus de la douleur, un second motif favorisant la décision de consulter un professionnel de santé est ressorti de l'analyse des entretiens. Il renvoie à la gêne, entendue comme la limitation des mouvements et de la mobilité individuelle. C. Herzlich et J. Pierret lui confèrent également un rôle central dans la définition de la maladie. Selon elles, « la gêne motrice et fonctionnelle, la réduction à l'inactivité marquent le seuil, le passage de la santé à la maladie » (Herzlich et Pierret, 1991 : 119). Toutefois, contrairement à la douleur dont elles voyaient le rôle continu à travers l'histoire, l'importance donnée à la gêne prend place dans un contexte récent. Elles avancent ainsi que « l'atteinte du corps moteur et fonctionnel n'est pas qu'un symptôme comme les autres. Dans une société où nous nous définissons comme producteur, la maladie et l'inactivité sont devenues équivalentes. C'est donc essentiellement à travers l'incapacité de faire, bien plus que par une altération du paraître, que nous appréhendons aujourd'hui le corps malade. C'est elle qui, pour beaucoup d'individus, constitue le vrai signal de la maladie » (Herzlich et Pierret, 1991 : 119).

Nous décrivons le rôle joué par la gêne plus rapidement que celui de la douleur étant données leurs caractéristiques communes.

### ***a) Consulter pour retrouver l'usage du corps***

C'est à travers la question des soins spécialisés que nous avons pu repérer le rôle de la gêne. En effet, une forme d'ambivalence est apparue à ce sujet : certains de nos interlocuteurs suivaient une logique curative pour les soins dentaires, tout en argumentant en faveur d'un suivi préventif pour d'autres. La référence à l'une n'est pas exclusive de l'autre et elle varie y compris chez un même individu. Les exemples les plus flagrants concernent la distinction faite entre les soins dentaires et les soins ophtalmologiques. Une démarche de prévention peut être recherchée pour ces derniers, jugés en quelque sorte plus « *importants* » que les autres<sup>322</sup>. Cette hiérarchisation dépend principalement de l'usage et de l'utilité conférés à cette partie du corps, contrairement aux dents qui ne sont perçues dans leurs fonctions que lorsqu'elles font défaut.

---

<sup>322</sup> Encore faut-il que les problèmes ophtalmologiques soient décelés par nos interlocuteurs. E. Cambois rappelle que les différentes études menées à ce sujet convergent pour démontrer que « les plus défavorisés ont des problèmes de vue équivalents à ceux du reste de la population, mais qu'ils sont moins souvent connus et moins corrigés » (Cambois, 2004 : 108).

Nous pouvons analyser sous cet angle l'entretien avec un jeune rencontré au CES de Bourg en Bresse, venu passer un bilan de santé par le biais de son institut de formation. En non-recours aux soins généralistes et dentaires, il se présente dans un rapport volontairement minimal au système de soins, sans qu'il puisse en donner de raisons précises et malgré un état de santé qu'il juge moyen. Bien que d'accord sur le principe des soins dentaires à visée préventive, ses dernières consultations ont été motivées par la présence de caries douloureuses à soigner. Au niveau du médecin généraliste, la logique est la même :

« - Après, c'est vrai [que le médecin généraliste] permet de voir des trucs qu'on ne voit pas nous, comme la tension. C'est pas pour ça que vous y allez pour autant, tous les ans par exemple ?

- [il est rigole] *Ouais, non, pour la tension, j'essaye de faire du sport, de faire attention, de pas... Même au quotidien, j'essaye de rester calme et de pas trop m'énerver. Je fais attention à tout ça ! J'essaye d'être calme et tout ça, je fais attention quoi. Au quotidien.*

- Vous n'êtes pas contre le médecin ?

- *Non, je ne suis pas contre. S'il faut aller le voir, je vais le voir sans problème mais... J'essaye d'éviter.* »

Entretien 14 : Homme, 20 ans, Français, célibataire, CAP, en formation professionnelle, complémentaire privée, 38,46 (Q4)

Toutefois, par ailleurs, son positionnement semble contradictoire. Non sans nous causer une surprise, il indique effectuer une fois par an une visite de routine chez un ophtalmologiste. La démarche préventive est ici assumée. Le principe qu'il énonce est de « *faire plus attention* » à ses yeux parce que c'est « *plus important* ». Sans mentionner par rapport à quoi, nous pouvons penser qu'il fait référence aux soins généralistes évoqués précédemment dans l'entretien. Il porte des lunettes et sent sa vue baisser. La possibilité future d'une vue plus dégradée n'est pas sans le préoccuper. Mais un autre élément, correspondant à l'importance quotidienne de la vue, participe à la décision de faire une démarche préventive au niveau ophtalmologique :

« - Donc c'est plus important d'aller chez l'ophtalmo que chez le généraliste ?

- *Ouais, ça dépend, ça dépend de l'état de santé, ça dépend de l'âge de la personne, ou... Ça dépend, mais moi à 20 ans je fais attention à mes yeux.*

*Enfin... Je veux bien prévenir le rhume et tout ça, me couvrir ou faire des trucs comme ça, mais pour les yeux, non. Je les utilise tout le temps. »*

#### Entretien 14

La référence à une logique préventive pour certains soins et curative pour d'autres, chez ce jeune homme, confirme l'importance du rapport au corps dans le recours aux soins. Lorsque l'usage qui en est fait est entravé, ou risque de l'être, consulter un professionnel de santé est justifié. L'objectif est d'éviter que la gêne ne soit trop forte, permettant à l'individu de reprendre rapidement ses activités.

Plusieurs expressions, utilisées par d'autres interlocuteurs que ce jeune homme, en témoignent. En accord avec une logique curative, elles illustrent un recours aux soins envisagé dès lors que les individus se sentent « *HS* », « *faibles* », « *secoués* » au point de ne plus marcher ou qu'ils disent ne pas « *aimer être handicapés* ». La démarche inverse est également vraie. L'absence d'entrave dans l'usage du corps et l'absence de gêne sont avancées comme explication du non-recours aux soins par une femme. Parlant de son corps, elle avancera que « *tant qu'il ne me gêne pas, je l'oublie* ».

Cette logique vaut même pour des symptômes importants. Lors de notre première enquête dans les centres de santé de Grenoble, nous avons rencontré un homme resté plus de quatre jours avec une clavicule cassée. Sa première réaction a été d'attendre la guérison de la blessure, d'elle-même. Selon ses termes et selon l'adage populaire, « *il faut laisser faire la nature* ». Pendant ce temps, il n'évacuait pas la possibilité de consulter en urgence, mais uniquement s'il avait « *vraiment hurlé la mort* ». Il consultera ensuite un médecin à l'occasion d'un rendez-vous pris avant sa fracture pour un autre motif. A l'issue de la consultation, cet homme ne suivra pas les préconisations effectuées par le médecin :

« - Le médecin n'a rien donné ?

- *Non elle a regardé ma radio, m'a dit que c'était cassé et c'est tout. Elle a voulu me mettre une espèce d'harnachement, vous savez avec des bandes velcro et tout, pour que ça tire sur les épaules et que ça se replace.*

- Vous ne l'avez pas pris ?

- *Non ça servait à rien, j'ai préféré attendre voir comment ça évoluait au bout de 3 semaines. En plus, c'était l'été, j'allais pas me trimballer avec ça, c'est lourd, tu peux pas porter de sac et mettre ça sous un t-shirt.*

- Ce n'est pas une question de coût ?
- *Il y a peut être ça aussi qui est rentré en compte car c'est le genre de trucs qui coûte cher et qui est peu remboursé. Comme tous ceux qui ont besoin d'appareillage. Je crois que c'était dans les 50 euros et c'était remboursé dans les 30 euros donc autant attendre voir si ça se répare pas... et comme j'avais plus mal au bout de 3 semaines puis au bout de 2 mois je savais que y avait rien à faire. Tant que ça me limitait pas dans mes mouvements...*
- C'est le plus important ?
- *Oui, c'est l'aspect fonctionnel. »*

Entretien R : Homme, 47 ans, Français, célibataire, BTS, sans emploi, CMU-C

La question financière est entrée en ligne de compte pour expliquer pourquoi cet homme n'a pas suivi les préconisations du médecin. Le second élément est ce qu'il nomme « *l'aspect fonctionnel* », c'est-à-dire la capacité de son corps à pouvoir réaliser les tâches qu'il lui demande. Les soins ne lui ont pas semblé utiles tant qu'il n'était pas gêné dans cette attente fonctionnelle du corps. Ce dernier aspect explique également, selon lui, le retard de diagnostic de son hépatite. La fatigue ressentie ne le dérangeait pas pour le travail qu'il exerçait alors et ne motivait pas suffisamment le recours à un professionnel de santé.

Que ce soit dans ce cas ou dans d'autres moins importants, la gêne, ou son absence, dans l'usage du corps détermine la décision de recourir aux soins et, nous l'avons vu ici, l'observance des prescriptions médicales. L'objectif recherché par les individus est de « *réparer* » le corps. En quelque sorte, la métaphore du « *mécano* » utilisée dans un entretien pour représenter le rôle des professions médicales cristallise très bien cette logique curative.

### ***b) Des motifs de consultation révélateurs de l'importance de la gêne***

Là encore, les motifs de consultation sont instructifs. Ils font bien ressortir cette logique selon laquelle le rapport aux soins diffère en fonction de la gêne induite par un problème de santé. Les individus déclarent par exemple, parmi les raisons de leur dernière consultation chez un médecin généraliste, y être allés pour des problèmes aux jambes, au dos ou encore aux reins. Ce sont là trois problèmes de santé ayant *a priori* un impact sur les déplacements, le travail salarié ou domestique. Leur présence confirme les données



recueillies par M. Collet, G. Menahem et H. Picard (2006). Analysant les motifs de consultation dans les centres de soins gratuits, ils démontrent une prédominance des troubles psychologiques ou, entre autres, des gênes de la mobilité et de la motricité. Ils font un autre constat intéressant : les réactions à l'égard des problèmes de santé dépendent de leur localisation. Ainsi, le recours au médecin est supérieur et surtout direct lorsque les problèmes de santé concernent les membres supérieurs et inférieurs ou encore le dos et les lombaires. A l'inverse, les problèmes dentaires et d'Oto-rhino-laryngologie (ORL), les douleurs au thorax et à la poitrine font plus l'objet de réactions minimalistes et de non-recours aux soins. Les auteurs avancent le principe suivant : « plus que l'intensité ou la durée de la douleur, c'est la perte d'autonomie de mouvement qui inciterait à prendre en considération leurs troubles » (Collet et *al.*, 2006 : 3). Notre enquête de terrain, ne reposant certes pas sur le matériau quantitatif de ces auteurs, tendrait à faire l'hypothèse inverse. Il n'empêche que nous retrouvons bien deux des facteurs déclencheurs dans la décision de consulter un professionnel de santé, de même que le constat d'un rapport au corps déterminant pour comprendre les ressorts de cette logique.

Enfin, n'oublions pas d'ajouter que cette surreprésentation des motifs de consultation liés à des difficultés de mobilité ou de motricité reflète également la prévalence de certaines pathologies chez les personnes en situation de précarité. Un ensemble de recherches s'est intéressé aux inégalités sociales en matière de handicaps et d'incapacités. Les inégalités traversent les trois niveaux de handicaps retenus par Pierre Mormiche et Vincent Boissonnat, à savoir les déficiences, les incapacités et les désavantages, tout au long d'un *continuum* social qui se creuse particulièrement pour ce dernier niveau (Boissonnat et Mormiche, 2007). D'autres travaux confirment la part plus importante de problèmes fonctionnels, que ce soient la lombalgie invalidante (Leclerc et *al.*, 2007) ou, entre autres, les accidents de diverse nature, en premier plan desquels ceux relatifs au travail (Huez, 1998). Accumulés, ces problèmes participent à la « double peine » observée par E. Cambois à partir de l'analyse de l'espérance de vie sans incapacité<sup>323</sup>. Ce phénomène est résumé par le fait que « les ouvriers et les ouvrières ne sont pas seulement désavantagés face à la mort : au sein d'une vie plus courte, ils passent aussi plus de temps que la moyenne en situation d'incapacité » (Cambois, Laborde et Robine, 2008 : 4).

---

<sup>323</sup> Les travaux sur les inégalités sociales de santé plaident pour compléter l'analyse de l'espérance de vie à la naissance par celle de l'espérance de vie sans incapacité ou « espérance de vie en santé ». Cette dernière correspond au « nombre d'années sans incapacité qu'il resterait à vivre en moyenne aux individus d'une population ou d'un groupe, si les conditions de vie et de santé du moment continuaient à s'appliquer dans le futur » (Cambois et *al.*, 2008 : 4).

## **Conclusion 1.**

Cette section est revenue sur deux des éléments participant au processus de décision de recourir ou non aux soins. D'après l'analyse des entretiens<sup>324</sup>, la douleur et la gêne ont un rôle essentiel dans le déclenchement d'une telle démarche. Elles participent à la construction d'une logique curative de recours aux soins, guidant les pratiques de soins. Cette logique repose sur un rapport minimal au système de soins, le recours ne faisant sens pour l'individu que lorsqu'il devient nécessaire de prendre en charge, rapidement, une douleur croissante et sérieuse ou une gêne identifiée comme telle. Elle marque à nouveau le renversement de la signification accordée au non-recours aux soins : l'absence de consultation valorise plutôt une bonne santé et une résistance au mal ou, *a minima*, témoigne d'un corps suffisamment « en état » pour remplir les fonctions attribuées par l'individu.

Dans la logique curative, la fonction et le rôle des médecins sont perçus dans ce qui caractérise le plus leur mode d'exercice, à savoir la dimension du soin curatif, antalgique. En cela, elle questionne sur la forte prégnance de la médecine curative ou, inversement, sur la place de la prévention dans l'organisation du système de soins français. « Parent pauvre » des dépenses de santé – 6,4% de la dépense courante de santé, en France et en 2002, y ont été consacrés (Fenina et Geffroy, 2006) – la prévention est peu intégrée aux consultations des médecins généralistes. Il n'est donc pas étonnant d'observer la non-attribution de cette tâche aux médecins lorsque l'on interroge les usagers potentiels du système de soins.

## **2. « JE POURRAIS PRESQUE ETRE MEDECIN » : FORMES ET SIGNIFICATIONS DE L'AUTOMEDICATION**

Un autre élément permet de poursuivre notre réflexion sur la manière dont les individus réagissent lorsqu'ils ressentent un problème de santé. Tel que nous venons de le voir, le recours direct à un médecin n'est pas la réaction principale, hormis en cas de

---

<sup>324</sup> M. Collet et Marie Gouyon démontrent que la douleur puis, dans une moindre mesure la gêne, sont les symptômes les plus évoqués par les personnes pour expliquer leurs recours urgents ou non programmés à la médecine générale. D'autre part, 43% des personnes interrogées dans leur enquête avaient eu recours à l'automédication avant de consulter un médecin en urgence (Collet et Gouyon, 2007). Ces comportements sont observés chez des personnes aux profils sociodémographiques hétérogènes ; dès lors, nous pouvons avancer que la logique de recours aux soins constatée chez nos interlocuteurs en situation de précarité n'est pas propre à ce groupe social.

douleur et de gêne suffisante. Notre analyse restait ici dans un schéma s'articulant autour du médecin. Autrement dit, l'objet de notre attention portait sur le temps entre les premiers ressentis d'un symptôme et la décision de consulter un professionnel adéquat, présupposant par là que la seule référence en matière de soin est celle du corps médical. Ce point de vue rend invisible le travail de soin opéré par d'autres acteurs n'appartenant pas à ce dernier et en amont de leurs interventions ; travail informel qui n'est pas sans rappeler les constats réalisés par A. Strauss : à l'aide de la *grounded theory*, il décrit comment le patient participe intégralement à l'activité de soins, par un travail qui n'est pourtant pas totalement reconnu comme tel par les autres acteurs du champ médical (Strauss, 1985).

Nous avons constaté que les individus rencontrés dans les différents terrains d'enquête ne restent pas passifs face à leurs problèmes de santé mais développent également des pratiques sanitaires profanes. L'automédication est une réponse apportée par nombre d'entre eux, notamment parce qu'elle recouvre des pratiques hétérogènes et parce qu'elle est investie de significations différentes selon les individus. A leur manière, les pratiques d'automédication permettent de fournir d'autres clés de compréhension du décalage que nous observons entre la construction du phénomène de non-recours aux soins et le vécu par les personnes concernées ; décalage renvoyant ici aux différentes normes en jeu de part et d'autre. C'est pour cette raison que nous en faisons l'objet d'un long développement.

### **2.1. Les caractéristiques de l'automédication**

Nous avons collecté un matériau riche en descriptions de pratiques relevant de l'automédication, quel que soit le lieu où les entretiens se sont déroulés. Les descriptions y ont été fines et détaillées, ce qui n'a pas été sans nous surprendre. Cette partie en donnera de nombreuses illustrations. Une analyse du non-recours aux soins ne peut pas évincer cet aspect reflétant comment les individus répondent aux symptômes et autres problèmes de santé qu'ils identifient. Au-delà, notons que ces descriptions ont eu des effets particuliers sur la situation d'entretien. Elles semblent avoir parfois permis de retourner le rapport de domination institué entre l'enquêteur – détenteur de savoirs symbolisés par les diplômes voire assimilé aux médecins et ainsi socialement valorisé – et l'enquêté. Aborder les pratiques d'automédication était un moyen pour les enquêtés de présenter leurs propres

savoirs. Ils n'avaient plus à répondre aux questions imposées par l'enquêteur, mais voyaient ainsi s'ouvrir un espace dans lequel faire part de compétences.

Nous avons pu le remarquer dès le premier entretien. Celui-ci, effectué dans l'un des centres de santé de Grenoble, donne une illustration de ce qui nous a été « transmis » et de la précision avec laquelle les pratiques d'automédication sont présentées. L'homme, un Tunisien de 60 ans, nous a été adressé par son médecin pour ses difficultés à suivre des soins et à ne pas les abandonner, hormis dans la prise en charge de son genou et de ses troubles psychiques. Il accorde une confiance très forte au médecin et au personnel du centre qui l'aident dans les démarches telles que les rendez-vous chez les spécialistes. Cette appréciation positive sur le rôle des professionnels de santé ne signifie pas pour autant qu'il leur confie toute la gestion de sa santé. Au contraire, il nous fait part des gestes qu'il déploie pour se soigner seul, en les décrivant dans le détail et en nous prenant comme cobaye pour le démontrer :

*« - Ici au centre de santé je viens que pour mon accident aux pieds. Le reste je suis jamais malade.*

*- Jamais ?*

*- Ça arrive mais je me soigne tout seul, avec des méthodes vieilles. Quand t'as de la fièvre, il faut prendre la soupe le soir, une soupe très très chaude, n'importe laquelle, un potage... mais il faut que ça te brûle là où t'as les boutons blancs dans la gorge. Tu bois tu bois, t'as la langue qui brûle mais c'est bien c'est ce qu'il faut. C'est la chaleur qui détruit tout. Ça c'est le soir, ou tu peux aussi prendre une tisane avec beaucoup de miel. Après le matin, tu presses plein de citrons, bien fort, et tu mets de l'huile d'olive. Il faut qu'elle soit pure, comme ça, le mélange il te fait du bien à la gorge.*

*- Ça marche ?*

*- Oui mieux que les cachets. Moi je dis les cachets c'est des cachets pour les poules, ça sert à rien, ça t'endort quelques jours, tu peux rien faire, t'es pas bien alors que moi en un jour c'est fini, t'es plus malade. Comme quand t'as mal à la tête, tu prends pas d'aspirine, rien.*

*- Alors comment ?*

*- Tout vient de la boule derrière la tête, qui est à droite ou à gauche, ça dépend. Tu vois où ? Les gens ils savent pas toujours que ça vient de ça. Alors quand t'as mal à la tête, tu prends cette boule et tu appuies fort fort dessus avec tes doigts, comme ça [il se retourne et me montre le geste à faire]. Quand tu la sens bien, tu*

*la fais bouger entre tes doigts mais il faut toujours appuyer fort dessus. Alors le caillot, car c'est un caillot, dur comme de la pierre et impossible à écraser, il se déplace et le sang il peut repasser jusqu'en haut de la tête. C'est ça qui bloquait le sang et qui faisait qu'on avait mal à la tête, qu'on avait la tête qui tournait et tout... c'est le sang, normalement il circule de haut en bas dans tout le corps mais là il est bloqué au niveau de la tête par le caillot. C'est pareil pour la grippe et si t'arrives pas à faire bouger le caillot, tu prends une cuillère et t'appuies comme ça. T'as plus de force avec la cuillère. Je vais te montrer, tu pourras le refaire quand t'auras mal [il se lève, passe derrière moi et m'appuie sur l'emplacement où peut se trouver le caillot puis fait bouger la « veine » pour m'expliquer le geste à faire].*

- Ça fait mal !

- *Oui mais c'est pas grave, c'est que ça se soigne. Il faut bien prendre et appuyer fort pendant longtemps. Bon ça part pas en un jour, il faut être patient. »*

Entretien A : Homme, 60 ans, Tunisien, marié, sans diplôme, retraité, sans complémentaire

Les conseils de cet homme valent pour la prise en charge de soins relevant d'une intervention du médecin généraliste, mêlant techniques et produits – il nous invitera à passer chez lui pour présenter sa pharmacie personnelle composée de produits chinois et pour expliquer la manière de les utiliser. Il nous donnera d'autres conseils qui concernent les soins bucco-dentaires. Y compris pour ces derniers, l'intervention d'un spécialiste n'est pas nécessaire à partir du moment où la mise en œuvre de pratiques précises permettent de pallier les problèmes rencontrés, ce qui explique son non-recours aux soins dentaires médicalisés :

*« - Le problème c'est les dents, ça peut faire mal.*

- Et vous allez chez le dentiste ?

- *Non non là aussi je sais comment faire. Tu prends de l'eau chaude, attention il faut bien que ça fasse des bulles, beaucoup de bulles et après tu fais comme ça sur ta joue, là où ça fait mal [il tamponne sa joue]. Tu fais ça 20 minutes, une heure, ça dépend si t'as vraiment mal. Mais il faut bien faire comme ça et après tu verras ça part, il y a plus de douleur. »*

Entretien A

Nous avons choisi les deux extraits de ce premier entretien, malgré leur longueur, non pas pour leur côté anecdotique ou représentatif de pratiques culturelles de soins,

contrairement à ce que laisserait entendre l'origine nationale de cet interlocuteur. Ils sont intéressants à double titre : ils concentrent plusieurs caractéristiques de l'automédication et ils permettent d'introduire les significations qui lui sont accordées et que nous développerons dans les points suivants.

Cet entretien est également utile pour poser la définition de l'automédication que nous avons retenue. Celle-ci est volontairement large puisque l'automédication « consiste à faire devant la perception d'un trouble de santé, un autodiagnostic et à se traiter sans un avis médical ; la décision thérapeutique peut être médicamenteuse ou autre » (Lecomte, 1999 : 30). Elle recouvre d'autres pratiques que la seule autoconsommation de médicaments, généralement synonyme de l'automédication – pensons aux réformes favorisant l'achat de médicaments « *over the counter* », évoquées dans la première partie. Nous avons pu observer cette hétérogénéité de manière empirique dans l'ensemble des entretiens traitant de l'automédication. Elle fait partie des trois caractéristiques centrales que nous avons isolées et qui demandent à être décrites plus en détails.

### ***a) L'automédication, des pratiques hétérogènes***

Les individus puisent dans des ressources très variées pour prendre en charge des symptômes sans passer par le médecin. L'automédication n'est pas seulement évoquée dans l'objectif de se présenter d'une meilleure manière auprès de l'enquêteur, mais se décline en pratiques concrètes. Autrement dit, selon les termes d'un de nos interlocuteurs, « *il existe plein de moyens pour se soigner et lutter contre les petites infections* ». Trois types de pratiques se distinguent.

Le premier type d'automédication est relatif à l'usage de médicaments disponibles en pharmacie. D'un côté, les individus se réfèrent aux médicaments prescrits antérieurement par un médecin et acquis sur ordonnance, mais qui sont réutilisés pour traiter des symptômes jugés similaires. Nombreux sont ceux qui disposent encore d'anciens traitements. De l'autre, ils renvoient aux médicaments acquis sans ordonnance et qui composent la médication familiale. La disponibilité apparente de ces médicaments est ce qui rassure d'ailleurs ; ainsi de ces « *médicaments qui sont sans risque, puisque de toute façon on peut les acheter sans ordonnance, et que je sais que je les utiliserai intelligemment* ». Les médicaments en question peuvent ne pas être spécifiés : il s'agit de prendre le « *premier cachet qui me vient à la tête* » ou d'accorder à chacun la même

valeur puisque, selon un autre homme, « *un cachet c'est un cachet [...] ça marche pour tout* ». Le Doliprane reste cependant très cité, le médicament « *un peu la réponse à tout* » qui compose le minimum d'une pharmacie familiale. Sa familiarité et l'efficacité conférée à ce médicament autorisent un usage pour tout type de soins :

« - *J'avais mal aux dents et j'avais le plombage qui c'était... et tout, j'ai mis du doliprane et je me suis dit ça va aller.* [Elle montre qu'elle a mis du doliprane sur la dent]

- Vous avez mis le doliprane sur la dent ?

- *Oui, un petit bout. Et franchement ça allait !*

- Ça a marché ?

- *Oui ça a marché ! »*

### Entretien 13

Le second type d'automédication se distingue nettement du premier. Nous pouvons même dire qu'il s'y oppose puisqu'il regroupe les réponses « *naturelles* » ou « *biologiques* » utilisées pour éviter ce qui est « *chimique* ». Cela reste des réponses mises en œuvre par les individus eux-mêmes et au regard de leur propre diagnostic, ce qui exclut le recours aux homéopathes qui n'a jamais été mentionné. C'est ce type d'automédication qui fait le plus l'objet de descriptions. Au-delà du fameux clou de girofle pour atténuer les douleurs dentaires, les individus indiquent le potentiel des « *vitamines naturelles* », du millepertuis pour la dépression, des myrtilles pour la vue, du lait pour l'infarctus, de l'eau chaude mise grâce à un « *gant de toilette sur la tronche* » en cas de mal de tête ou encore de la sève de sapin et des plantes aux multiples vertus. Après tout, « *les médicaments [...] sont tous pratiquement à base de plantes* ». L'usage de ces différentes ressources ne repose pas seulement sur leur qualité intrinsèque. Il peut également être analysé comme le recours à une bonne hygiène de vie, perçue comme ayant un rôle curatif et préventif au regard de la santé. Une des personnes rencontrées aux centres de santé de Grenoble valorise par exemple le sport en remplacement des médicaments « *chimiques* » prescrits par son médecin. Cet homme, également en non-recours aux soins sur d'autres plans, développe sa propre conception du sport comme un moyen d'« *amoindrir la douleur* », en libérant de l'endorphine, et comme un traitement suffisamment efficace en soi pour prendre en charge ses problèmes de santé chroniques :

« - Moi, comment dire, ce que je voudrais c'est d'améliorer, de guérir mon handicap car en fait les médecins j'ai vu quand ils m'ont fait des examens à l'hôpital, ils m'ont donné des médicaments, ça a rien fait. Alors que je vois qu'avec le sport j'arrive à améliorer. De temps en temps ça va plus ou moins bien, mais je vois que j'arrive à améliorer à des moments. Il y a une période par exemple j'étais en mauvaise santé chez ma mère à B., et vous savez là-bas il y avait pas d'ascenseur. Pour monter les escaliers et aller au 2<sup>ème</sup> étage, il fallait que je me tienne à la rampe. Et moi j'ai fait des expériences de sport, du rameur d'appartement pendant 3 jours et bien ça m'avait... en fait il y a beaucoup de trucs qui rentrent en ligne de compte dans la santé, et bien ça m'avait sorti du... comment je pourrais dire ça, du caca des oreilles, une grosse boule comme ça sortie sans rien toucher. Vous voyez rien qu'en faisant du rameur, en mettant de la circulation dans le circuit. Et bien après ça, les escaliers je les montais à la force des jambes.

- Tout serait lié au rameur ?

- Oui. Comme les médecins ils voient telle maladie, ils donnent des médicaments pour soigner cette maladie. Mais cette maladie, comment expliquer... par exemple quand on a mal aux oreilles, le docteur il donne des médicaments pour soigner le mal d'oreille, mais ce mal d'où il vient ? Ça dépend donc il y a différents trucs à faire, ça peut être une mauvaise circulation des choses comme ça alors moi je fais par le sport. J'y vais par là, ça marche pas à tous les coups, ça serait trop beau. Mais souvent ça marche. En fait une bonne circulation ça peut pratiquement tout améliorer dans le corps. Je sais pas c'est mon idée... Peut être pas guérir à fond mais ça renforce... [il cherche ses mots]

- Les défenses immunitaires ?

- Oui comme vous dites, ça les rend plus vaillantes. »

Entretien W : Homme, 42 ans, Français, célibataire, brevet, sans emploi, complémentaire privée

Le troisième type d'automédication est dans un registre proche du deuxième puisqu'il recouvre toutes les utilisations de produits naturels et tout ce qui n'intègre pas de médicaments. Il ne s'agit toutefois plus seulement d'utiliser une ressource à la fois, mais d'élaborer des pratiques plus complexes. Ce sont les « *trucs de grand-mère* » et les grogs qui demandent de connaître et de maîtriser certaines recettes :



« De toute façon, quand j'étais vraiment malade et que j'avais la crève, je me soignais tout seul. Je me faisais un grog et puis c'était terminé. Un quart d'eau chaude, trois verres de rhum, du miel et du sucre et au lit ! Le lendemain une bonne douche, et on est reparti. »

Entretien 42

### ***b) L'automédication, des pratiques efficaces***

L'hétérogénéité de ce que recouvre l'automédication participe à son succès. Outre les multiples possibilités qui leur sont offertes, les individus constatent également son intérêt dans un autre registre. L'automédication est caractérisée par l'efficacité des pratiques disponibles. Cette caractéristique tranche avec les critiques émises à l'égard d'une médecine jugée inefficace dans la prise en charge des maladies, tel que nous l'avons abordé au cours de la deuxième partie. A la différence, l'automédication mise en œuvre par les individus « *marche* » et « *fonctionne* » :

« - [Depuis la dernière visite chez le médecin généraliste] est-ce que vous avez eu des problèmes de santé ?

- *Non, peut-être j'ai mal à la tête, je suis mal tout le temps, j'ai des problèmes parce que tout le temps... mais doliprane et ça part. »*

Entretien 71

Plus précisément, deux qualités centrales de l'automédication sont mises en avant lorsque nous prêtons attention au vocabulaire employé autour de son efficacité supposée. Comme première qualité, elle donne des résultats visibles *sur* la douleur ou le symptôme. Pratique profane, l'automédication offre ainsi la possibilité à tout un chacun d'évaluer par lui-même, de manière pragmatique, les effets et l'action du traitement mis en place. Pour le dire autrement, du diagnostic des causes du symptôme au diagnostic de la guérison, l'individu peut gérer chacune des étapes-clés de la maladie. La seconde des qualités, moins partagée, de l'automédication tient à la rapidité de ses effets. Elle permet aux individus, en peu de temps, de recouvrer l'usage et les fonctions essentielles qu'ils attribuent à leur corps.

Deux qualités qui, réunies, autorisent certains de nos interlocuteurs à présenter le recours à l'automédication comme un équivalent à la consultation d'un professionnel de santé :

*« J'avais la crève au mois de décembre, je suis pas allé chez le toubib. Je me suis fait un bon grog tous les soirs, et puis une poignée d'aspirine et puis bon c'est parti pareil. »*

Entretien 37 : Homme, 45 ans, Français, en concubinage, CAP, technicien, complémentaire privée, 53,26 (Q5)

### ***c) La transmission et l'apprentissage des pratiques d'automédication, un gage de sérieux***

Une troisième et dernière caractéristique commune à l'automédication explique les nombreuses descriptions dans les entretiens. Ces pratiques se caractérisent par leur transmission et, de manière cohérente, leur transmissibilité. L'expression populaire des *« remèdes de grand-mère »* cristallise cette idée de la transmission, principalement orale d'après ce que nous avons pu observer. Le recours à l'automédication est d'autant plus justifié que ces pratiques ont été enseignées puis expérimentées. Le vocabulaire de l'apprentissage parcourt les récits sur l'automédication. Et, d'une certaine manière, nous avons pu être intégrés à ce processus lorsque nos interlocuteurs nous transmettaient leurs méthodes et tactiques pour prendre en charge tel ou tel symptôme.

Les différentes ressources sont maîtrisables par chacun à partir du moment où leur usage a été enseigné. Ce point est important. En effet, si l'automédication a cette valeur universelle, elle ne signifie pas pour autant faire n'importe quoi avec sa santé. Comme le dit une jeune femme mobilisant d'abord, face à un symptôme, la médication familiale, *« ce n'est jamais des trucs très graves l'automédication »*. Des règles sont à suivre pour faire bon usage de ces pratiques d'automédication et la transmission est un important gage de sérieux. L'existence de telles règles permettent d'ailleurs de comprendre pourquoi nous avons recueilli autant de récits sur l'automédication ; ces pratiques ne sont en effet pas perçues comme des déviances par ceux qui les utilisent de cette manière.

Un entretien illustre très bien le rôle central, dans la défense de l'automédication, de l'apprentissage. Il a été réalisé au CES de Dijon avec un homme s'exclamant dès notre rencontre : *« je ne suis pas le bon citoyen, moi je ne vais pas souvent chez le médecin ! »*.

La dernière visite chez un médecin généraliste remonte à plus de deux ans et pour les soins dentaires à 10 ans. Une grande partie de l'entretien sera consacré à la méfiance envers les médecins, en général, puis les médicaments. L'automédication est alors une manière pour cet homme de prendre en charge des problèmes de santé. Parmi ceux-ci, il évoque du cholestérol diagnostiqué lors d'un précédent bilan de santé et monté à un taux « *dangereux* » selon son médecin, au vu de sa dernière prise de sang. Conscient d'avoir été « *dans le rouge* », il ne se définit pas pour autant comme malade. Pour traiter son cholestérol, il refuse de prendre le traitement prescrit par le médecin puisque « *vous n'en finissez jamais et ça va vous pourrir la vie* ». Il utilise alors l'ortie, ce qui demande selon lui une maîtrise précise de plusieurs éléments sous peine de s'exposer à des risques :

*« - Grâce à un traitement que je me suis fait de façon personnelle, le cholestérol a très fortement chuté. Mais sans prendre de médicaments.*

*- Ça a marché ?*

*- Tout à fait. Je pourrais vous le dire ce que j'ai fait, c'est bête, parce que c'est des remèdes de grand-mère que beaucoup de personnes je pense connaissent en France, mais c'est long à utiliser parce qu'il faut vivre dans la campagne. Pour le cholestérol, j'ai réussi à le faire descendre de façon vertigineuse sans prendre aucun médicament, en faisant quoi, en buvant de l'infusion d'ortie verte. Fraîche, tous les soirs. [...] Et c'est spectaculaire comme résultat.*

*- C'est rapide ?*

*- Un mois. Vous faites ça tous les jours pendant un mois, et un mois après vous n'avez plus de cholestérol. Je sais pas s'il va revenir, ça fait presque huit mois que je n'en ai pas pris, parce que ça suit les saisons, en ce moment on n'a pas d'ortie verte. Donc moi j'ai fait quelques tisanes avec les sachets qu'on achète dans le commerce, mais l'ortie verte va reprendre au printemps et à ce moment-là elle est violente. Sans blague. Moi je suis un gars de la campagne, j'aime bien les périodes où les plantes sont en pleine forme, donc le jus d'ortie sera aussi plus fort. Ça, pour l'avoir fait... Il y a quand même une recette particulière, il y a quand même une combine, on ne fait pas ça m'importe comment. Vous mettez de l'eau à ébullition, vous mettez une pincée d'ortie, une petite poignée, je ne suis pas avare parce qu'à la campagne les orties poussent facilement, vous prenez les orties vertes et pas la blanche parce qu'elles ne sont pas faites pour ça. Parce que l'ortie, ça fonctionne grâce à ce qu'on appelle l'acide formique, qui est à l'intérieur et qui a tout expurgé, au niveau de la chaleur. Vous buvez ça le soir, c'est un peu indigeste pour certains. Sans sucre, c'est très amer. Vous faites*

*bouillir, vous arrêtez juste avant l'ébullition pour pas casser l'essence de l'ortie, vous ne devez pas la faire bouillir et donc vous arrêtez à l'ébullition, vous mettez l'ortie et vous la faites infuser avec un couvercle. Vous attendez un quart d'heure parce que c'est imbuvable à cette température là, vous tamisez ensuite et vous pouvez en prendre un bol. Mais là l'effet est encore plus spectaculaire, il faut faire attention à ne pas se dérégler non plus l'organisme. C'est comme tout, si vous abusez d'un truc, un jour ou l'autre... Donc vous buvez ça tous les jours pendant un mois et je vous garantis que le cholestérol est descendu. Enfin pour moi ça a marché. »*

Entretien 27

Selon cet homme, ce traitement à base d'orties, appris par son frère, fonctionne sur son cholestérol. Nous retrouvons l'importance de l'effet visible et rapide attribué à cette pratique d'automédication « *naturelle* ». Toutefois, pour en tirer tous les bénéfices, il insiste bien sur les règles à respecter dont celle centrale de se conformer à la recette transmise :

*« - Quand j'ai refait la prise de sang, le cholestérol avait baissé... Je ne dis pas qu'il avait complètement disparu, j'aurais pu continuer, mais j'avais le remède et j'en ai pas abusé. De temps en temps j'en refais une petite tournée, je sais que ça marche. D'ailleurs je l'ai senti aussitôt. Dans les articulations. C'est radical. Et pour beaucoup de choses à première vue.*

- Vous n'utilisez pas les orties que pour le cholestérol ?

*- Moi si, mais j'en ai confié à ma demi-soeur et elle s'aperçoit qu'au niveau de la fatigue, de beaucoup d'autres choses... Je ne veux pas m'avancer mais c'est à condition que vous faites comme je vous ai dit. Parce que moi je ne vais pas parler de ce que je n'ai pas fait, comme font les médecins. Je ne m'avance pas. Je parle de ce que je sais. »*

Entretien 27

## **2.2. Les significations de l'automédication**

Les trois traits caractéristiques de l'automédication, ainsi que la richesse des descriptions des pratiques, soulignent la place importante prise par ces dernières dans la gestion de la santé et comme réponses aux symptômes. L'automédication concernant un

nombre important de personnes dans notre corpus, qu'en est-il alors de sa ou de ses signification(s) ? La description des caractéristiques de l'automédication, sans que cela ait été l'objectif, laissait entrevoir la variété des sens donnés par les individus à ces pratiques. A ce titre, suivons Emmanuel Langlois qui, analysant le recours aux médecines parallèles, alternatives et naturelles (MPAN) chez les malades du sida, note que « l'investissement des malades dans les pratiques alternatives est une preuve supplémentaire de la désacralisation de la médecine et de la sécularisation de la maladie. Il n'y a plus de figure centrale et exclusive qui incarne le recours naturel face au mal, plus d'institution qui incarne l'espace de ce travail quasi magique de la guérison. Pour autant, il ne s'agit pas d'une *crise* ou d'une dissolution des repères car le recours aux MPAN renferme un sens dont il faut suivre le fil pas à pas et disséquer les différentes dimensions » (Langlois, 2006 : 180). Entrons à notre tour dans l'analyse sociologique des significations attribuées par les individus à l'automédication ; analyse qui permettra de comprendre, à l'égard de notre objet, si elle participe à l'explication des situations de non-recours aux soins ou si elle est un effet de renoncement aux soins.

### ***a) L'automédication comme stratégie d'évitement***

Dans un premier temps, nous avons fait l'hypothèse que l'automédication représentait une conséquence quasi mécanique des difficultés d'accès aux soins évoquées dans notre seconde partie, contraignant les individus à rechercher des solutions à leurs problèmes de santé ailleurs que dans la consultation d'un médecin. Une partie de notre corpus, et principalement les individus les plus jeunes, se retrouve dans cette signification de l'automédication. Cette dernière représente une modalité pratique pour prendre en charge un symptôme, tout en contournant les difficultés rencontrées dans le rapport au système de soins. Pallier soi-même un problème provisoire prend par exemple le sens d'une alternative au coût financier des soins. Par ce biais, vous pouvez éviter « *de prendre la place de quelqu'un en urgence, vous avez peut être aussi économisé de l'argent en même temps* ». L'automédication est ici présentée comme un choix, mais un choix par défaut par ce jeune homme sans complémentaire santé :

« - Vous vous soignez sans consulter de médecin ?

- *Oui, en pharmacie. Sans ordonnance. C'est vite fait, pour le rhume et tout ça, ça suffit. Ça fait quand même économiser 20 euros. »*

Entretien 80

Dans le même ordre d'idée, l'automédication permet de se soigner sans passer par un médecin en qui on n'a pas « *confiance* » ou à qui on « *en veut* ». Une jeune femme, dont nous avons décrit l'absence de complémentaire santé et les difficultés financières à faire face aux soins, recourt à l'automédication dans cette logique. Cela passe le plus possible par l'usage d'huiles essentielles, par exemple de la menthe pour ses sinusites, mais qu'elle choisit en faisant appel aux conseils d'un ami aromathérapeute. Elle défend son attitude en se référant à une conception respectueuse de l'équilibre de son corps, « *capable de se soigner tout seul* » s'il est entretenu ou nécessitant des interventions jugulées. Après tout indique-t-elle, « *notre corps est un temple, ne mettons pas n'importe quoi à l'intérieur* ». Le sens de ce recours à l'automédication se double également d'une critique des médecins. Cette jeune femme nous les décrit comme des gens qui font « *du chiffre* » et ne prennent pas soin de leurs patients, qui ne sont « *pas trop trop compréhensifs* » et qui « *bombardent trop de médicaments* ». Sa décision de ne pas prendre de médecin traitant nous éclaire sur la manière dont elle envisage le recours à l'automédication comme une alternative à la consultation de professionnels de santé tant décriés :

*« Voilà, j'ai pas pris de médecin traitant juste parce que... Enfin... Pour moi maintenant un objectif c'est de ne pas être malade, de pas aller chez le médecin et de me soigner... Aussi longtemps que possible. »*

Entretien 49

Ses expériences antérieures auprès d'acteurs du système de soins incitent cette jeune femme à minimiser les contacts avec les institutions sanitaires. Aujourd'hui suivie pour des douleurs articulaires compliquant ses projets professionnels, elle souhaite à l'avenir répondre davantage par elle-même à ses problèmes de santé : « *j'espère vraiment finir avec l'ostéopathe, après c'est bon les médecins. C'est moi-même qui me soigne, les médecins...* ». Dans cette dernière phrase, elle accole la volonté de s'auto-soigner avec un silence sur les médecins qui en dit long sur le regard qu'elle porte sur eux. Cela nous aide à comprendre, chez cette jeune femme, la signification des pratiques d'automédication au regard de la question plus générale du rapport entretenu avec les professionnels de santé.

L'analyse de l'automédication comme alternative au déficit de confiance a fait apparaître une opposition forte que nous n'avons pas développée jusque-là, concernant

davantage de personnes que ce qui vient d'être décrit. Dans la présentation de l'hétérogénéité des pratiques d'automédication, nous avons vu que le recours aux traitements « *naturels* » se comprenait comme le refus des médicaments « *chimiques* », allopathiques. Ici, l'automédication représente une alternative à la consultation d'un médecin qui, dans bien des cas, se solde par la prescription de ces médicaments<sup>325</sup> dont les individus se disent « *contre* ». Car, et c'est ce qui nourrit aussi l'inobservance thérapeutique, les médicaments sont très souvent dépeints de manière négative. L'imaginaire de la « *drogue* » parcourt notamment les représentations associées aux médicaments. Il est décliné par le risque de revêtir une identité d'un « *drogué* » qui « *se shoote* » et qui est dépendant (« *accoutumance* », « *manque* »...). De nombreux reproches sont faits sur la qualité même des médicaments : ils « *détruisent* » et sont « *agressifs* », ils deviennent « *un corps étranger* » qui fait « *du désordre dans le corps* ». Nous sommes ici en présence d'un mécanisme de l'ordre de la gestion « des risques concurrents » (Peretti-Watel, 2001 : 71), dont un des exemples classiques est de ne pas arrêter de fumer pour éviter de prendre du poids. Ici, du fait de leurs potentiels effets indésirables, qui plus est sont rapportés sur la notice, absorber des médicaments comporterait plus de risques que de ne pas en prendre ou de recourir à d'autres pratiques de soins. Dès lors, l'automédication puise sa légitimité dans l'opposition à d'autres modes de traitement. En schématisant, il se développe une confiance dans ce mode de soin qui répond à une diminution de la confiance envers ce qui est prescrit habituellement lors des consultations chez un médecin.

« - Depuis quatre ans, vous n'avez jamais eu de grippe ou de mal à la gorge ?

- *Pas encore. Le rhume un peu. Quelquefois.*

- Vous avez fait comment pour vous soigner ?

- *J'ai toujours fait comme ça [il fait le geste de tousser comme pour expulser la maladie]. Oui. Un peu mal. Après je prends de l'eau chaude [...]. Après c'est bon. Une semaine, c'est bon. Pas médicament. Jamais depuis 10 ans pas médicament. Toujours pas médicament parce que médicament pour moi difficile, c'est pas bon. Naturel. »*

Entretien 48 : Homme, 38 ans, Bangladais, célibataire, master, employé de commerce, CMU-C, 46,75 (Q4)

---

<sup>325</sup> Une étude de la DREES, menée auprès de médecins généralistes libéraux, estimait que près de 80% des consultations aboutissent à la prescription d'au moins un médicament (Amar et Pereira, 2005).

Nous retrouvons les mêmes raisons que celles prévalant aux recours aux médecines alternatives. S. Fainzang analyse la normalisation de l'homéopathie, et la fin de son image de transgression, comme le résultat d'un changement récent impulsé par « une nouvelle norme [...] autour de la consigne de ne pas consommer trop de médicaments. Celle-ci entraîne chez de nombreux patients, le refus d'une surconsommation de produits chimiques, et le recours à l'homéopathie, paradoxalement hors norme, est devenu une nouvelle norme » (Fainzang, 2004). La légitimité du recours à la médecine homéopathique est d'autant plus forte que les discours des patients sur les limites de la biomédecine s'appuient sur les avis d'une partie des médecins, défendant eux-mêmes ce type de pratiques. Cet exemple est intéressant en ce qu'il démontre comment évoluent, de manière dynamique, les normes médicales, mais également comment se constituent des « conduites qui répondent positivement à une norme médicale et qui sont, paradoxalement, contraires à une autre norme » (Fainzang, 2004). Le parallèle avec l'automédication, d'un côté objet d'incitations institutionnelles croissantes, y compris venant du champ des professionnels de la santé, et de l'autre objet de critiques sur ses risques, est réel. Le recours à ces pratiques vient ainsi être en accord avec une norme médico-administrative invitant à maîtriser ses consommations de médicaments, pour des raisons économiques et sanitaires, tout en étant d'un autre côté en désaccord avec une autre norme dès lors qu'il traduit un éloignement du système de soins et constitue une alternative totale à la médecine allopathique. Autant d'éléments qui nous permettent de dire que le non-recours aux soins ne se résume pas à un refus de la norme médicale, comme cela a été avancé dans plusieurs analyses (Griette, 2002).

### ***b) L'automédication comme défense d'une autonomie individuelle***

L'automédication est jusqu'ici analysée pour des individus qui y voient une alternative à leurs difficultés d'accès aux soins, ainsi qu'aux recours à des médecins et à des médicaments très critiqués. Ils sont alors contraints de se reporter sur d'autres modalités de prise en charge de leurs problèmes de santé, lorsqu'ils en ressentent le besoin. La réaction suscitée par ces contraintes est une réaction de repli sur les propres réponses dont disposent ces individus, et défendue comme telle. Nous touchons là, dans leur versant négatif, un point central des significations de l'automédication. Mais, que ce soit ou non pour éviter des difficultés, ces pratiques et la manière dont elles sont décrites par leurs utilisateurs se réfèrent plus particulièrement à une norme, celle de l'autonomie. Il s'agit de démontrer, en situation d'entretien, qu'on prend une part active dans la gestion de sa



santé en décidant de répondre par ses propres moyens, c'est-à-dire indépendamment du corps médical, à ses problèmes de santé. Au-delà, il s'agit également de démontrer qu'on agit en référence à ses propres normes et valeurs, de manière libre.

Cette valorisation de l'autonomie est ce qui est le plus partagé par nos interlocuteurs lorsqu'il est question des significations accordées à leur recours à l'automédication. Ce constat peut être expliqué par le contexte sociétal général. A. Ehrenberg considère que « si le fait d'agir de soi-même est une caractéristique générale de l'action humaine, seules nos sociétés modernes, individualistes, égalitaires, dont l'état social est démocratique (Tocqueville), valorisent l'autonomie au point d'en faire une valeur suprême » (Ehrenberg, 2005 : 200). L'autonomie serait devenue une valeur transversale aux sociétés représentatives de l'individualisme contemporain, mais plutôt sous la forme d'un idéal social accordant de l'importance à la subjectivité des individus. De ce fait, le regard sociologique s'en trouve transformé puisqu'il devient « décisif sociologiquement de bien comprendre ce que désigne « le fait d'agir de soi-même » » (Ehrenberg, 2005 : 201). Sans entrer dans le débat sur les confusions entraînées par la référence à l'autonomie – A. Ehrenberg note notamment que « ce n'est pas parce que les choses semblent plus « personnelles » aujourd'hui qu'elles sont pour autant plus intérieures et moins sociales » (Ehrenberg, Mingasson et Vulbeau, 2005 : 114) – retenons de ce processus que la référence à l'autonomie est à présent observable dans tous les champs sociaux. Le champ de la santé n'y échappe pas et elle marque la relation médecins-malades. Les incitations à être acteur et responsable de sa santé, dont quelques indicateurs ont été analysés en première partie, prennent appui sur l'autonomie. Les usagers du système de soins sont amenés à se comporter de la sorte, par exemple par l'éducation thérapeutique ou par le biais d'instruments médicaux permettant à chacun de faire « son autocontrôle » ; Georges Vigarello voit en ces derniers le signe d'un changement historique dans les pratiques de santé et d'entretien du corps, qui est cristallisé dans la formule « tu dois te prendre en charge » (Vigarello, 1993 : 291).

A travers l'autonomie, c'est ainsi l'individu qui est incité à décider, à agir, devant répondre de ses actes en ce qu'il en est responsable. Placée « au sommet de la hiérarchie des valeurs [l'autonomie] a donc l'autorité d'une règle » en fonction de laquelle les individus agissent (Ehrenberg et *al.*, 2005 : 115), son extension ne signifiant pas l'affaiblissement de la règle sociale. Nous pouvons repérer cette règle dans les entretiens. Nos interlocuteurs font référence à leur propre volonté de prendre en charge un problème

de santé. L'usage du pronom personnel « *je* » ou d'expressions telles que « *se soigner seul* », « *faire les choses moi-même* » ou « *gérer moi-même* » parcourent les entretiens lorsque les individus expliquent leur réactions face à un symptôme. Ces deux indices témoignent à leur manière de l'incorporation de la norme de l'autonomie :

*« Voilà, et ce que je me dis c'est que je peux me soigner tout seul. Je peux me soigner pour des petites bêtises, si c'est vraiment quelque chose que je ne comprends pas, je vais voir le médecin. Si j'arrive à comprendre pourquoi j'ai ça, pourquoi j'ai ci, je vais pas chipoter. »*

Entretien 82

*« Non moi c'est au dernier moment. Si je vois que c'est la grippe c'est bon, sauf si je suis vraiment secoué. Si ça passe ça passe, je sais faire de moi-même, doliprane machin. »*

Entretien K

L'autonomie dont il est question dans les entretiens ne peut pas être seulement analysée comme une forme de présentation de soi, d'ordre général. Nous l'observons également au sujet des savoirs en matière de pratiques d'automédication. Pour appuyer leur autonomie en matière de soins, les individus déclarent en effet disposer de ressources leur permettant de ne pas dépendre d'un professionnel de santé et de ses compétences. La présence du vocabulaire de la connaissance, voire de l'expertise, est là pour le démontrer. Rappelons-nous aussi comment l'automédication est caractérisée par la transmission d'un certain savoir, démontrant une autonomie maîtrisée et responsable.

Une autonomie aboutie demande des connaissances à chacune des étapes-clés de la gestion d'un problème de santé. Ces connaissances portent d'abord sur la phase du diagnostic par l'individu lui-même. Ainsi est mise en avant la capacité à discerner un symptôme, sa localisation ou son origine. Plusieurs termes empruntés aux compétences des médecins sont utilisés pour en rendre compte : il est par exemple important de « *regarder ce qui se passe* » et de voir si le symptôme « *évolue dans le bon sens* ». La mobilisation de connaissances lors de cette phase d'autodiagnostic est essentielle. En effet, poser soi-même un diagnostic réduit la part d'incertitude quant à la signification et l'ampleur d'une douleur par exemple. Or, l'incertitude vécue par les individus est l'un des moteurs de la consultation – et un élément central dans l'analyse en sociologie de la santé

puisque l'incertitude se pose aussi bien du côté des soignants que des patients, ainsi que tout au long de la gestion d'une maladie. En son absence, le motif de consultation peut ne pas avoir lieu d'être. En effet, en reprenant les travaux de Peter Conrad, Danièle Carricaburu et Marie Ménoret expliquent que « avant même la formulation du diagnostic, on peut repérer une première forme d'incertitude provoquée par la sensation ou la découverte qu'il y a quelque chose d'inhabituel qui est en train de se produire, comme, par exemple, la perte de mémoire, une douleur, des sensations vagues d'inconfort. Face à cette incertitude, la personne – qui n'est pas encore identifiée comme « malade » – peut en parler à son entourage, garder le silence ou bien avoir recours à un professionnel de santé » (Carricaburu et Ménoret, 2004 : 110).

Deux exemples de personnes n'ayant pas consulté pour un problème de santé (dont l'un grave) montrent bien comment le diagnostic personnel est parfois présenté comme équivalent au diagnostic d'un médecin :

« - Vous n'êtes pas allé chez le médecin ?

- *C'est vrai qu'on devrait pas se soigner soi-même, parce que les médecins sont là pour vous dire ce que vous avez et ce que vous devez employer comme traitement, c'est certain mais des fois ce que vous aurez fait vous, le médecin vous l'aurait fait faire. »*

Entretien P : Homme, 50 ans, Français, célibataire, CAP, sans emploi, sans complémentaire

*« Je ne m'inquiète pas mais ça dépend... si c'est un rhume admettons, je me dis que c'est qu'un rhume. Une coupure, c'est une coupure. Si il y a des raisons... Admettons je tombe, j'ai mal à la jambe, il y en a qui iraient chez le médecin mais moi je ne vais pas y aller. Il n'y a pas de raison. Mais quand il y a aucune raison particulière, que je sais pas d'où ça peut venir, là ça m'inquiète. Bon, je suis quand même tombé dans les pommes trois fois, j'ai rabattu la chose sur la spasmophilie, des crises d'angoisse. Je me suis dit ça. J'avais une réponse à ma question, à mon problème. Pour moi c'était bon. »*

Entretien 19

Les individus se présentent ainsi comme capables de poser un diagnostic sur leur état de santé et les troubles occasionnés. Cela entraîne du non-recours aux soins dès lors que, comme dans ce dernier extrait, l'individu a « réponse à [sa] question » ou qu'il

« *sait* » ce qu'il a. L'incertitude entourant le diagnostic est encore plus réduite lorsque les individus ont consulté par le passé pour telles maladies ou tels symptômes. Après observation de ce qu'a prescrit le médecin, il suffit de reproduire la même réponse pour un symptôme jugé similaire. L'utilité de la consultation en est réduite. L'apprentissage de connaissances médicales se fait donc par la transmission par des proches, mais également par le contact avec les médecins. C'est ce que nous dit par exemple cette jeune femme lorsqu'elle avance qu'« *il faut arriver à mesurer les choses* » et que « *si on a déjà connu ça et ça, je sais pas, par exemple quelque chose qu'on a déjà eu avant, on n'a pas besoin d'aller chez le médecin, on sait que ça va se passer comme ça* ». Ne pas y aller pour « *[s] entendre dire ce qu'[on sait] déjà* », ne pas y aller « *deux fois pour la même chose, c'est ridicule [puisqu'on sait] très bien ce [qu'on a]* »... autant d'expressions qui témoignent de la conception d'une autonomie dans le soin, où la légitimité du rôle du médecin est réduite par la défense de connaissances suffisantes pour diagnostiquer la majeure partie des symptômes ressentis par l'individu.

Dans la continuité, nous observons également les ressources constitutives de l'autonomie individuelle dans la phase de prescription du traitement adapté au diagnostic. Ici, l'expression commune n'est plus « *je sais ce que j'ai* », mais « *je sais quoi prendre* » ou « *comment faire* » en matière d'automédication :

« *C'est sûr que si je suis alitée avec 40 de fièvre, je vais venir. Et encore. Je vais prendre des dolipranes et un truc contre la grippe et je vais attendre quelques jours. De toute façon, le médecin aurait dit la même chose, il m'aurait donné des antibio et on sait très bien que les antibio n'agissent pas sur les virus.* »

Entretien 0 : Femme, 31 ans, Française, mariée, BTS, en congé parental, CMU-C

« - Depuis plus de deux ans, tu n'es pas retourné chez le médecin. Entre-temps tu as fait comment ?

- *J'ai pas eu de problème.*

- Tu n'as pas eu besoin d'y aller ? Par exemple pour un rhume ?

- *Non, je sais quoi prendre. Si j'ai des maux de gorge, je prends... Comment ça s'appelle... Lysopaïne. Si j'ai mal à la tête, je prends le doliprane.* »

Entretien 53

La défense d'une forme d'autonomie se comprend au regard de la maîtrise affichée par les individus de connaissances permettant de poser un diagnostic, mais également de techniques de soins dont ils « *savent* » leur efficacité et/ou les « *utiliser intelligemment* ». Un rapprochement avec la figure du médecin peut d'ailleurs être explicite, tel que nous l'apprennent les formulations suivantes de la part de plusieurs interlocuteurs : « *j'en connais des choses ! je pourrais presque être médecin !* », « *d'après mon médecin et moi* », « *il m'arrive de lire des trucs de médecins* ». Un homme nous explique ainsi ne pas rencontrer de difficultés à se soigner seul parce qu'il a fait « *4 ans de médecine* ».

Ces individus expliquent pouvoir faire face à certains symptômes, disposant de différentes compétences qui ne sont plus du seul ressort du médecin. Il s'agit de se prendre en charge en identifiant ce qu'est le rôle d'un médecin – diagnostiquer et en fonction de cela prescrire un traitement – et en appliquant ces compétences à son propre cas.

### ***c) Des pratiques complémentaires aux médecins***

Les individus revendiquent ainsi des compétences et une part de responsabilité individuelle dans la prise en charge de leur santé et des symptômes qu'ils peuvent déceler. Nous pouvons faire le rapprochement avec la figure contemporaine de « l'auto-soignant ». L'émergence de ce « nouveau malade » a été analysée par C. Herzlich et J. Pierret comme la conséquence du développement des maladies chroniques – engendrant une autre manière d'envisager la guérison – et de la normalisation de celles-ci. En effet, le malade chronique est appelé à participer de plus en plus à la gestion quotidienne de sa maladie, acquérant progressivement des savoirs et connaissances concernant sa pathologie et son traitement. Il devient moins dépendant des institutions sanitaires : il peut contrôler lui-même sa maladie sans avoir besoin de rester quotidiennement dans ces institutions et il peut arbitrer entre la « logique médicale », engendrant des contraintes liées au traitement de la maladie, et la « logique sociale », reposant sur l'envie de poursuivre des activités sociales. A ce titre, « le malade cesse donc d'être un « soigné » pour devenir un « soignant » : soignant de lui-même, « auto-soignant » » (Herzlich et Pierret, 1991 : 261).

L'enjeu du développement de cette figure de l'auto-soignant, qui « affirme son droit à tenir sur son corps malade un discours spécifique et proclame l'efficacité de la prise en charge autonome de son état », concerne ainsi principalement la relation médecins-

patients et la répartition du travail médical. En effet, « il énonce non seulement la possibilité mais la valeur d'une autre vision de la maladie et, patient qui n'est plus passif, il noue un nouveau rapport à l'expertise professionnelle » (Herzlich et Pierret, 1991 : 265). C'est de cette relation dont nous allons traiter. Même si le mécanisme n'est pas le même que pour les malades chroniques – notamment parce que les connaissances et savoirs médicaux ne sont pas acquis au fur et à mesure de la gestion d'une maladie –, nous observons bien une figure qui se rapproche de celle de l'auto-soignant parmi les populations désignées pourtant comme « éloignées du système de santé ». Au regard des travaux sur l'accès aux soins, nous faisons l'hypothèse que le rapport à l'autonomie derrière ces situations de non-recours aux soins témoignait d'un repli des individus sur leurs seules ressources<sup>326</sup> ; repli incompatible avec l'offre de santé proposée par les médecins.

Toutefois, dans notre corpus, l'autonomie ne signifie une opposition aux médecins que pour les individus très critiques à l'égard du corps médical. Ayant un rapport au médecin marqué par la défiance, l'offre de soins ne leur semble plus légitime. En dehors de ces individus, il s'agit plutôt, pour la plupart, d'un rapport de complémentarité avec le médecin qui n'est pas inconciliable avec la défense d'une forme d'autonomie. L'automédication représente certes une alternative au recours aux médecins, mais une alternative partielle<sup>327</sup>. Plus précisément, elle rend compte d'une division des rôles entre professionnels et profanes en fonction du type de problème de santé ressenti et de son évolution. Comme première réponse à un symptôme, l'individu ne se tourne pas directement vers un médecin mais cherche une solution personnelle. Le mécanisme est simple : « *c'est la même chose que pour une voiture, quand on pense qu'il y a un problème, on va d'abord voir sous le capot si c'est une petite panne et si on ne sait pas faire nous-mêmes* ». L'hypothèse de consulter un médecin n'est pas abandonnée mais elle n'est envisagée que quand l'automédication ne « *marche* » pas, quand on n'arrive pas à « *gérer* » ou si « *vraiment les plantes avant ne donnent pas satisfaction, de suite* ». Ces

---

<sup>326</sup> Nous nous référons en partie à l'analyse psychosociale proposée par Marc Collet. Partant des entretiens biographiques menés avec des personnes en situation de pauvreté, il fait l'hypothèse d'un lien entre l'automédication et le fait d'avoir été livré à soi-même tôt (Collet, 2001). Plus généralement, les études sur le recours aux soins des populations précaires constatent l'association entre moindre ou non-recours aux soins et faiblesse des supports sociaux et relationnels. Voir par exemple les travaux de l'équipe « Déterminants sociaux de la santé et du recours aux soins » et les résultats de la recherche NOSAP.

<sup>327</sup> En cela, l'automédication observée parmi nos enquêtés ne prend pas la signification de la quête d'un mode de vie alternatif, comme nous avons pu le constater par ailleurs. A Dijon, lors de notre enquête de terrain, nous avons trouvé de nombreux prospectus prônant l'automédication « face » à la médecine allopathique dans plusieurs magasins biologiques. De même, des forums Internet sur la décroissance (par exemple <http://forum.decroissance.info>) ou des magazines sont désormais dédiés à la promotion d'alternatives au recours au médecin. Nous y voyons une piste d'analyse féconde pour comprendre d'autres formes de non-recours, volontaires, venant d'autres catégories sociales que celles situées en bas de l'échelle sociale.

principes sont en cohérence avec la logique curative de recours aux soins puisque la décision de recourir à un professionnel de santé dépend des risques perçus pour la santé ou de l'aggravation des symptômes. Elle dépend aussi des limites attribuées aux connaissances en matière d'automédication. C'est en cela que les pratiques d'automédication ne peuvent offrir une alternative totale au travail des médecins mais qu'elles en sont complémentaires, tandis qu'en même temps elles participent à l'explication de non-recours ou de retards aux soins qui ne sont pas vécus comme tels.

Pour rendre compte de cette complexité, nous pouvons reprendre l'entretien effectué auprès d'un plombier au CES de Bobigny. Nous avons évoqué sa situation à propos du renoncement à des soins dentaires, ayant perdu une partie de sa dentition suite à un accident de travail. Sur le plan du médecin généraliste, il n'était pas considéré en non-recours aux soins puisque sa dernière consultation remontait à deux mois avant l'entretien. Toutefois, elle a été motivée par l'aggravation d'un kyste qu'il déclare ressentir depuis plus de 6 ans. Plutôt que de consulter dès l'apparition de ce kyste, cet homme a tenté de le prendre en charge seul en mettant de l'alcool dessus. Cette attitude est illustrative de son rapport au système de soins. En effet, lorsqu'il rencontre des symptômes, il privilégie d'y répondre dans un premier temps par de l'automédication personnelle. Cette étape demande d'être actif en portant une attention régulière à son corps et aux signaux qu'il émet :

*« Je suis pas du genre à m'alarmer dès qu'il y a un petit truc, je me précipite pas, je laisse un moment et je me dis « est-ce que c'est lié à ça ou à ça », donc j'essaye de regarder, de voir si je me remets pas, et si je me remets pas et donc là je suis obligé d'y aller. »*

Entretien 81

L'idée centrale dans ses propos est que chacun a non seulement le devoir de prendre en charge sa santé d'abord par lui-même, de manière autonome, mais également la possibilité de le faire :

« - Vous pensez que chacun a le contrôle de sa santé ?

- Bah bien sûr, bien sûr. On peut, comment dire, on peut même être son propre médecin.

- Ah oui ?

- *Oui parce que des fois quand même, on sent quand on a une anomalie. À part... Mais normalement, à mon avis, c'est ça, on peut être son propre médecin. C'est-à-dire qu'on peut prévoir... pas prévoir, mais on le sent quand on n'est pas bien, donc là il faut obligatoirement consulter un médecin bien sûr.*
- *On peut être son propre médecin, dans l'écoute du corps, savoir écouter.*
- *Ecouter, bien sûr et... En fait... Je sais pas, je sais pas comment vous expliquer ça mais... En fait, des fois on fait des trucs, on se sent très très bien dans sa peau, tu vois, et il y a des trucs qui nuisent, qu'il faut éviter... Il faut savoir éviter les bonnes et les mauvaises choses quoi. Entretenir sa santé dans les choses quotidiennes, manger... Pas mal de trucs.*
- *C'est être responsable de sa santé ?*
- *C'est être responsable de sa santé.*
- *Avec tous les comportements qu'on peut avoir.*
- *Au quotidien.*
- *On peut être son propre médecin, mais ça n'empêche pas de consulter ?*
- *Non, bien sûr, obligatoirement ! »*

#### Entretien 81

La fin de ce dernier extrait permet d'introduire un élément important dans l'analyse des significations de l'automédication. Les propos de cet homme reviennent sur le fondement de la complémentarité entre le travail du médecin et les pratiques des individus, à savoir l'adhésion à une même norme, celle de l'investissement actif de chacun pour protéger sa santé. Autrement dit, les ressources diffèrent mais l'objectif est le même. Cela n'est pas sans conséquence sur la manière d'envisager le non-recours aux soins. Cela signifie que celui qui est en non-recours aux soins parce qu'il répond à des symptômes par de l'automédication, de manière à « *être son propre médecin* », n'exprime pas de refus de toutes les normes véhiculées par le corps médical. Il peut y adhérer en agissant par des comportements reposant sur d'autres normes, à savoir ici celle sous-tendant la figure de l'autosoignant.

Ce constat donne un nouvel exemple de l'analyse proposée par S. Fainzang de cette construction dialogique, entre médecins et patients, des normes en santé. Ce qu'elle observe sur la non-observance et l'automédication, parmi la population générale, fait largement écho à la manière dont nous pouvons analyser les entretiens : « la non-observance des patients ne résulte pas tout simplement d'une transgression de la norme (sous-entendue médicale) mais elle relève elle-même d'une autre norme, celle qui consiste



à se prendre en charge et que préconisent désormais non seulement un nombre croissant de malades mais également de nombreux professionnels de santé. Parmi les normes médicales et les valeurs qui y sont rattachées, il y a à la fois valorisation de l'autonomie du malade, et valorisation de l'obéissance. Or, qui dit autonomie dit possibilité de désobéissance, ce qui est contraire à l'observance ». L'anthropologue conclut ainsi : « les effets que produit la conformité à une norme peuvent donc, paradoxalement, produire une déviance » (Fainzang, 2004). Seule une analyse partant du point de vue des personnes concernées permet de comprendre la manière dont elles investissent la notion de l'autonomie en matière de santé ; autonomie qui, répétons-le, ne signifie pas ici un rejet de l'ensemble du corps médical et de ses normes, mais bien l'adhésion en particulier à l'une de celles qui est de plus en plus diffusée et qui prône la gestion de la santé d'un individu par lui-même.

## Conclusion du chapitre 2

Ce chapitre a décrit comment les individus rencontrés au cours de notre enquête réagissent face à un symptôme, mais également, par ce biais, comment ils conçoivent leur rapport au système de soins. Prendre la décision de recourir immédiatement à un médecin ne se fait que si une douleur ou une gêne est jugée suffisamment préoccupante et/ou handicapante. En l'absence de ces deux facteurs déclencheurs, des retards ou des non-recours aux soins peuvent être observés. Les cas des soins dentaires et l'analyse des motifs de consultation nous en ont donné des illustrations saillantes et confirment l'importance du rapport aux corps. Il en ressort la prégnance d'une logique curative de recours aux soins qui justifie l'absence de consultation sur une période donnée sans raison particulière. Cette logique explique ainsi pourquoi le non-recours aux soins n'est pas vécu comme une difficulté ou un risque sanitaire.

Ce vécu se comprend également car les individus ne sont pas passifs face à un symptôme. Ils mettent en œuvre des pratiques d'automédication, caractérisées par leur diversité et leur supposée efficacité. Si elles peuvent être un moyen d'éviter les contraintes liées au système de soins ou d'être dans le « tout médicament », ces pratiques reposent aussi et surtout sur la valorisation de la norme d'autonomie dans la gestion de la santé. Les nombreuses descriptions concernant l'automédication insistent sur l'importance de l'acquisition et de la maîtrise de connaissances médicales. Dès lors, nous observons la figure de l'auto-soignant parmi notre corpus. Elle modifie le rapport médecin-patient ou plus largement celui de l'individu au système de soins. Il ne s'agit donc pas d'un refus de se soigner, ni même d'une opposition aux médecins. Les représentations communes selon lesquelles tous ceux qui composent les « populations précaires » ne disposeraient d'aucune capacité dans la gestion de leur santé et auraient du mal à suivre des devoirs de soins résistent mal à cette analyse des ressources, même rares, qu'ils mobilisent.

Pour le dire autrement, l'analyse qualitative a démontré pourquoi le non-recours aux soins ne signifie pas l'absence de pratiques de soins, contrairement à ce que laisse entendre ce terme binaire (je recours aux soins *versus* je n'y recours pas). L'existence d'alternatives, profanes, à la consultation d'un médecin explique une part du phénomène et de sa perception par les populations concernées. Il ne faut ainsi pas sous-estimer le fait que ces dernières puissent être considérées comme actrices de leur santé, en tenant en

même temps compte de plusieurs paramètres que nous évoquerons dans le chapitre suivant, afin de se garder de toute « vision idyllique » de l'autosoignant (Herzlich et Pierret, 1991 : 260) et des populations précaires.

## CHAPITRE 3

### LOGIQUES DE NON-RECOURS AUX SOINS

---

Le chapitre précédent a analysé les pratiques profanes de soins utilisées par les individus afin de prendre en charge leur santé sans recourir directement aux médecins. La question était de savoir « comment » les individus réagissent face à un symptôme identifié. Il nous reste maintenant à voir « pourquoi » ces derniers défendent des situations de non-recours aux soins. Autrement dit, après les logiques sociales de recours aux soins, voyons les logiques sociales de non-recours aux soins. L'étude de ces dernières nous permet d'analyser autre chose que des postures individuelles. Bien au contraire, par son biais, nous aborderons les éléments contextuels qui influencent les « bonnes raisons » d'être dans un rapport particulier au système de soins.

La première section démontrera l'effet, sur les justifications des situations de non-recours aux soins, des discours publics relatifs au déficit de la Sécurité sociale. A regarder de près les logiques de non-recours aux soins, nous notons une dimension que nous qualifierons de « citoyenne » (section 1). Restreindre sa consommation de soins est présenté comme un comportement civique, participant à l'enjeu collectif de réduction des dépenses publiques de santé. Cette logique fait nécessairement écho à ce que nous avons présenté dans la première partie de notre travail, concernant l'appel fait aux populations précaires de respecter des « devoirs de soins » dans un souci économique. Cette dernière préoccupation vient ici nourrir l'inverse, sorte de « devoir de non-recours aux soins ».

La seconde section analysera dans quelles conditions les individus ont acquis des normes, des valeurs et des savoirs en matière de soins. Nous débuterons par la description d'une logique de distinction, observable dans les entretiens, qui a pour effet d'inscrire le non-recours aux soins comme un trait de l'identité et un « *goût* » individuel. Les travaux de P. Bourdieu ayant bien souligné en quoi les goûts étaient socialement déterminés, nous aborderons ensuite par quels processus de socialisation les individus en viennent à exprimer le sentiment de « *ne pas aimer aller* » chez un médecin. La place de la famille, mais également des contraintes d'accès aux soins dans l'enfance, feront enfin l'objet d'un développement particulier en ce qu'elles sont structurantes dans la détermination de pratiques de santé pouvant entraîner du non-recours aux soins (section 2).

## **1. LA « LOGIQUE CITOYENNE » DE NON-RECOURS AUX SOINS**

La figure de l'auto-soignant, observée précédemment dans l'analyse des pratiques d'automédication, démontre chez nos interlocuteurs la défense d'une certaine forme de responsabilité à l'égard de leur santé. L'absence de consultation sur une période donnée serait le signe d'une prise en charge correcte de leur santé, faisant preuve d'autonomie et recourant au système de soins avec mesure. Si la responsabilité mise en avant ici est de nature individuelle, d'autres manières de justifier les situations de non-recours aux soins sont rapportées à une préoccupation collective. Solliciter le moins possible les professionnels de santé est présenté comme le respect d'un devoir citoyen, dans le contexte particulier du déficit de la Sécurité sociale. Nous allons décrire cette « logique citoyenne », et plus précisément ses principes et différentes significations selon le statut socioéconomique des individus qui la portent.

### **1.1. Le non-recours comme participation citoyenne à un objectif collectif de réduction des dépenses publiques de santé**

Nos interlocuteurs, au-delà de leurs propres préférences, raccrochent leur rapport au système de soins à des éléments issus des débats publics qui touchent aux questions de santé. De la même manière que les normes, les valeurs et les représentations dominantes dans une société donnée influencent le rapport à la maladie et l'identité du malade (Herzlich et Pierret, 1991), il semble que le rapport au système de soins ne se comprenne qu'en tenant compte du contexte sociétal. Les modalités relatives à l'offre de soins font partie de ces éléments de contexte. Ainsi des individus qui expliquent éviter de recourir trop souvent aux soins pour ne pas avoir à déranger des médecins que l'on dit débordés par une clientèle trop nombreuse. Mais la référence la plus observée dans les entretiens est liée au déficit public de santé ou, dit de manière plus ordinaire, au « *trou de la sécu* ». Ce constat n'est pas surprenant en soi. Nous avons rappelé dans la première partie comment cette question était fortement présente dans l'agenda politique et médiatique depuis les années 1980, ayant entraîné des conséquences pour les acteurs du système de soins, dont les usagers. Ces derniers sont appelés à être davantage responsabilisés à travers des mesures de mise à contribution financière afin de réduire des dépenses présentées comme négatives. Les populations qualifiées de précaires ne sont pas exclues de ces transformations puisqu'elles sont incitées à exercer cette responsabilité – qu'elles

n'auraient *a priori* pas du fait de leur « *négligence* » supposée – en respectant des devoirs de soins. Or, sans qu'elles ne fassent référence à leur situation sociale particulière, ces populations ont intériorisé les appels à participer à cet enjeu collectif.

***a) L'impact des discours sur le « trou de la sécu »***

L'intériorisation des appels à exercer une responsabilité à l'égard du déficit public de santé se remarque sur plusieurs aspects. Nous l'observons particulièrement dans la relation introduite par nos interlocuteurs entre, d'une part, leur usage curatif du système de soins et, d'autre part, l'absence de coût induit par leur non-recours aux soins. Le coût dont il est question ici n'est pas un coût pour l'individu, sur son budget, mais fait référence au coût pour la collectivité incarnée par « *l'Etat* » ou dans « *la Sécu* ». Le raisonnement est inversé par rapport à ce que nous avons analysé comme facteur d'émergence de la problématique du non-recours aux soins des populations précaires, à savoir réduire ces situations comme piste d'économie possible. En effet, dans la logique décrite ici, la modération de la consommation de soins aux seuls besoins « *utiles* » est réinterprétée sous l'angle d'une participation individuelle à la réduction des dépenses publiques de santé.

L'absence de recours direct aux soins et les réponses en termes d'automédication, lorsqu'un symptôme apparaît, peuvent être justifiées en ces termes. La consultation d'un médecin y est alors seulement perçue comme une dépense :

*« - Le dernier toubib que j'ai vu, c'était il y a 7 ans dans le cadre d'un accident. C'était un médecin de l'hôpital. Le reste, j'y vais que quand je sais pas quoi faire, quand je sais pas comment me soigner.*

*- Même pour un rhume ?*

*- Oui, pour un rhume je gère moi-même et je pense que ça ne vaut pas le coup de dépenser l'argent public pour soigner un rhume. »*

Entretien 7

Cette attitude peut exprimer une inquiétude par rapport à un système de soins qui serait condamné par l'augmentation continue des dépenses publiques de santé :

« - On y va pas tout de suite non plus [chez le médecin]. On se dit que ça va passer, on y va pas pour un rhume par exemple.

- Vous utilisez la pharmacie personnelle ?

- Oui, il me reste des médicaments chez moi qu'on reprend.

- Que vous reprenez sans ordonnance ?

- Oui, je sais que je ne devrais pas. Mais on fait un peu d'automédication, pour des choses chroniques notamment. Moi ça m'arrive d'avoir souvent des infections alors je sais quoi prendre à force. Par contre quand c'est quelque chose de grave ou quelque chose qui passe pas, on va chez le médecin. Et puis on nous dit qu'on doit faire des économies, ça joue aussi sur le fait qu'on ne va pas directement chez le médecin. On doit faire un effort, alors il faut que la visite chez le médecin se justifie.

- C'est important le discours sur le trou de la sécu ?

- Oui, on prépare quand même un drôle d'avenir à nos enfants. »

Entretien 33 : Femme, 42 ans, Française, séparée, licence, professeur des écoles, complémentaire privée, 31,36 (Q4)

D'autres entretiens confirment ce nouvel élément permettant de savoir au nom de quoi se fait ou non le recours au système de soins. Celui-ci n'est plus seulement dépendant de l'état de santé ressenti ou diagnostiqué, mais tient également compte de considérations économiques dépassant l'individu. Les discours publics sur le déficit de la Sécurité sociale ont un impact en renforçant l'idée selon laquelle une consultation d'un professionnel de santé n'est légitime que si « *ça vaut le coup* ».

## ***b) Vers une logique citoyenne***

De tels éléments participent au retournement de la signification des situations de non-recours aux soins pour les individus concernés. Si ces derniers ont de « bonnes raisons » d'agir de la sorte, c'est parce que cela prouverait leurs comportements vertueux et représenterait une forme de participation à l'effort collectif de lutte contre le déficit public de santé<sup>328</sup>. Ainsi de ce jeune homme qui n'a pas consulté de médecins depuis plusieurs années, bien que déclarant avoir un état de santé moyen et un manque de suivi sur ce plan, et qui avance : « *le trou de la sécu, c'est pas moi* ».

---

<sup>328</sup> Il est d'ailleurs intéressant de remarquer que le numéro de la revue *Le Particulier*, précédemment évoqué au sujet de la démutualisation des catégories moyennes et supérieures, recommande « d'éviter les consommations et examens inutiles » afin de se comporter en « assuré social responsable ». Nous retrouvons bien la même idée parmi nos interlocuteurs.

En cela, ces discours caractérisent une logique « citoyenne » de non-recours. Nous pouvons la qualifier ainsi au regard de ses attributs : ces derniers se rapprochent de ce que Jean Leca a appelé la « citoyenneté pour soi », dans un chapitre d'ouvrage analysant le problème des droits et obligations politiques au regard de l'individualisme (Leca, 1991 : 171). Distincte de la « citoyenneté en soi », elle correspond à une forme de citoyenneté « consciente d'elle-même » qui ne s'apparente pas totalement à du civisme. J. Leca y voit trois caractéristiques. La première correspond à l'intelligibilité du monde politique par le citoyen, ce dernier n'étant alors ni pleinement assujéti au pouvoir politique ni pleinement gouvernant. Elle suppose que l'individu puisse déceler les rôles de chacun (y compris le sien) dans le processus politique et puisse distinguer ce qui relève du domaine privé et du domaine public. La seconde caractéristique de la « citoyenneté pour soi », faisant davantage écho à nos observations, est l'empathie. Elle désigne « la capacité de concevoir des rôles différents du sien propre et de s'y ajuster » (Leca, 1991 : 173). Participant aux processus publics, le citoyen peut modifier ses comportements en fonction de choix collectifs. Cette caractéristique est alors de nature civique. Elle se distingue de la dernière caractéristique, la civilité qui, elle, renvoie à la tension entre la différenciation sociale et l'appartenance commune. J. Leca reprend la définition de Lloyd Fallers qui la définit comme « une reconnaissance tolérante et généreuse d'un attachement commun à l'ordre social, et d'une responsabilité commune envers lui, en dépit de la diversité » (Fallers cité dans Leca, 1991 : 174). J. Leca complexifie enfin son modèle de la « citoyenneté pour soi » en distinguant sur plusieurs axes ce qui relève du sentiment d'appartenance (axe communauté-société, axe haut-bas) et du sentiment d'engagement (axe public-privé, axe conformité-autonomie, axe revendication de droits-reconnaissance d'obligations).

La logique citoyenne de non-recours aux soins combine plusieurs caractéristiques de la « citoyenneté pour soi ». Elle est exprimée de manière consciente par les individus et repose sur leur intelligibilité de ce qui représenterait un enjeu collectif (ici « *le trou de la sécu* ») et de la manière dont ils peuvent y participer, par des comportements civiques. Et c'est là le point central. La logique citoyenne de non-recours aux soins témoigne bien de l'idée d'empathie dans le sens où il s'agit d'adapter (ou tout du moins de référer) ses comportements d'usage du système de soins aux objectifs collectifs. Plus que la revendication de droits, l'individu exprime ici reconnaître des obligations, des « devoirs de soins » dont nous avons vu le rôle croissant dans le discours public sur le non-recours aux soins.



Ce constat ouvre deux types de réflexion. Il permet, d'un côté, de revenir sur les dimensions proposées par T.H. Marshall puis P. Hassenteufel pour caractériser la citoyenneté sociale. Parmi ces dimensions, retracées en première partie de notre travail, ces deux chercheurs intègrent l'existence des droits sociaux et au-delà la pleine jouissance de ces derniers. La garantie de celle-ci serait l'un des vecteurs centraux de la participation à une communauté sociale et politique. Or, l'analyse de nos entretiens suggère une dimension complémentaire : être citoyen et exprimer son appartenance à une telle communauté peut également passer par un usage modéré voire un non-usage des droits sociaux. Ce n'est là qu'une hypothèse demandant à être confirmée par d'autres observations, mais elle représente un intérêt en ce qu'elle vient réinterroger l'un des concepts, celui de la citoyenneté sociale, sur lequel le thème du non-recours a pu s'appuyer.

D'un autre côté, la description d'une logique citoyenne du non-recours nous offre l'opportunité de réfléchir à une autre signification du phénomène. Nous pouvons nous demander si le non-recours, ici aux soins mais plus généralement aux droits sociaux, ne relève pas d'un comportement politique dès lors qu'il est justifié par les individus au nom d'une conception de la citoyenneté et du civisme. Bien entendu, il n'en est pas un si nous prenons les définitions classiques en science politique de ce qu'est un comportement ou une participation politique de la part des citoyens. Cette dernière « peut être définie comme l'ensemble des activités, individuelles ou collectives, susceptibles de donner aux gouvernés une influence sur le fonctionnement du système politique » (Braud, 2006 : 379). L'exercice du droit de vote, l'adhésion à un syndicat ou à un parti politique, de même que l'engagement citoyen dans des luttes collectives et des mouvements sociaux, pacifiques ou violents, en constituent les expressions les plus étudiées. Les significations du non-recours pour les individus ne sont pas du même ordre que les caractéristiques des comportements politiques entendus de la sorte ; notamment, le non-recours ne prend pas place sur une scène politique particulière et ne s'accompagne que très rarement d'expressions verbalisées, collectives, destinées à influencer directement les gouvernants.

Toutefois, ces arguments ne sont pas suffisants pour évincer l'hypothèse de toute signification politique du non-recours, à condition de considérer plus largement ce qu'est un comportement politique. Pour notre part, nous observons dans notre matériau empirique ce qui serait l'une des composantes de ce comportement, à savoir la participation ou l'intervention dans la vie publique. Comme le note J. Donzelot en

conclusion de son article « Refonder la cohésion sociale » – dans laquelle il prône un Etat-providence soucieux de garantir l'égalité des chances la plus grande et un civisme de tous –, le civisme recouvre le fait que chacun devrait être orienté « dans le souci de l'avenir de la société à laquelle il appartient au lieu qu'il attende de celle-ci la seule protection de son existence séparée » (Donzelot, 2006 : 23). Il renvoie à la conception d'un citoyen qui prend une part active ou, *a minima*, qui exprime son opinion sur la gestion des affaires publiques, sur la conception de la solidarité et des droits et obligations de chacun, etc. Les propos d'interlocuteurs justifiant un recours volontairement limité au système de soins, au nom d'un comportement moral tourné vers l'intérêt général et la participation de chacun à l'équilibre des dépenses publiques de santé, nous autorisent pleinement à faire l'hypothèse de ce civisme comme acte politique.

Tout comme l'exercice des droits civils et politiques, nous soutenons ainsi que la manière dont les droits sociaux sont exercés – ou non – peut être intégrée dans l'analyse des comportements politiques, du point de vue des citoyens. Cela nous permettrait d'envisager d'autres significations des situations de non-recours aux droits sociaux ; aspect qui gagnerait là aussi à être approfondi par des études complémentaires. Notons pour finir que ce déficit d'études est également constaté par P. Warin lorsqu'il évoque une possible signification politique du non-recours, mais d'une manière différente de la nôtre. Selon lui, mener de telles études permettrait de comprendre les comportements volontaires de non-recours aux droits sociaux, en particulier le désintérêt et le repli observés chez les jeunes par rapport à l'offre publique. Il fait l'hypothèse que « sur le plan politique, sans qu'il nous soit possible pour le moment de relier le non-recours volontaire à l'abstentionnisme électoral du fait d'un manque total d'enquêtes spécifiques, on peut également penser qu'une possible désocialisation des nouvelles générations puisse jouer non seulement en matière de droits civiques mais aussi de droits sociaux. Mais les choses seraient-elles de même nature à ces deux niveaux ? On peut se le demander » (Warin, 2006 : 113). Au-delà, il suggère que, en tant qu'expression sur le contenu de l'offre publique et sur le mode d'administration de cette dernière, les refus ou les non-adhésions aux droits et services sociaux mériteraient d'être analysés sous l'angle d'un comportement politique<sup>329</sup>.

---

<sup>329</sup> Une idée similaire se retrouve dans la récente analyse de Guillaume le Blanc portant sur la vaccination contre la grippe A(H1N1). Le philosophe voit dans le refus de la population de se faire vacciner « un malaise profond touchant l'administration de la vie » et, au-delà « un refus populaire de se laisser administrer dans son corps par une politique » (Le Blanc, 2010 : 232-233). Dans son schéma, ne pas se faire vacciner serait en quelque sorte l'expression d'une volonté par les gouvernés de ne pas se voir imposer de devoir – moral – de santé par les gouvernants, et non le refus d'adhésion à la valeur santé. La question de la non-vaccination devient une question politique. En effet, il indique en quoi cette défiance à l'égard des gouvernants « qui

## **1.2. Equilibrer un droit avec des devoirs de soins**

Revenons-en à l'analyse de nos entretiens. En particulier, qu'en est-il du profil des individus qui se retrouvent dans la logique citoyenne de non-recours aux soins ? Parmi notre corpus, cela concerne davantage les hommes, ayant entre 40 et 60 ans et ayant un niveau d'éducation supérieur au reste de nos enquêtés. Comparativement, une étude de l'IRDES avance que le tiers des répondants ayant choisi un médecin traitant pour des « raisons civiques » (c'est-à-dire réaliser des économies à la Sécurité sociale) est composé de personnes plus jeunes, en bonne santé et disposant d'un niveau d'éducation supérieur aux autres personnes de leur échantillon (Dourgnon et *al.*, 2007). Les constats de cette étude ne recouvrent pas totalement les nôtres. Toutefois, plutôt que d'expliquer le rôle de l'âge ou du niveau d'éducation dans la logique citoyenne de non-recours, nous avons choisi de nous arrêter sur deux autres variables. Celles-ci, à savoir le rapport à l'Etat-providence et à l'assistance, sont, dans nos entretiens, les plus pertinentes pour analyser cette logique.

### ***a) Le rôle des situations de dépendance à l'égard de l'Etat-providence***

Pour comprendre la signification de la logique citoyenne de non-recours aux soins, nous avons retenu trois cas de figure emblématiques de positionnements certes différents mais pour lesquels un point commun central se dégage. Ce sont tous des individus qui vivent leur situation sociale comme une « dépendance » à l'égard de la collectivité, dépendance qui a un impact dans la modération de leur recours aux soins.

Le premier cas de figure peut être illustré par un jeune homme au chômage depuis 9 mois au moment de l'entretien, au CES de Bobigny. Ses missions de technicien du spectacle s'étant arrêtées, il bénéficie temporairement des allocations chômage. Sans complémentaire santé, il expliquera au cours de l'entretien avoir renoncé à consulter un spécialiste pour des soins auditifs et, récemment, avoir privilégié un rapport curatif au système de soins. Face à un symptôme, il préfère faire appel à des pratiques d'automédication, parfois sur conseil du pharmacien, ou en reprenant les anciens traitements prescrits par le médecin. Selon lui, il ne faut pas aller chez le médecin pour un symptôme banal puisque, sinon, « *on creuse un petit peu le trou de la Sécu* ». En réponse

---

semble à l'œuvre dans le « touche pas à mon corps » d'aujourd'hui interroge non seulement l'incapacité d'un programme politique à s'imposer mais également ce qui tient lieu, pour les gens ainsi privés de confiance politique, de politique » (Le Blanc, 2010 : 233).

à la question sur l'importance de ce dernier aspect, il met en avant son statut particulier en expliquant que « *déjà [qu'il] ne cotise plus rien parce que [il est] chômeur, [il ne va] pas en plus continuer à le creuser, ça serait pas très juste. Surtout quand c'est inutile* ». En cohérence avec sa conception de la « justice », il défend le principe de réduire ses dépenses de santé, tout du moins tant qu'il reçoit des subsides de la collectivité. Il conçoit en effet cette situation comme étant passagère et dépendante des succès de sa recherche d'emploi. La situation de ce jeune homme rappelle les observations d'I. Parizot à propos de la « fréquentation ponctuelle » des centres de MDM ou des dispositifs précarité (Parizot, 2003). Les personnes qui se retrouvent dans ce mode de fréquentation – les deux autres étant la « fréquentation régulière » et la « fréquentation instable » – peuvent faire appel à ces structures par pragmatisme. Pour d'autres, qui connaissent un déclassement social récent, cette fréquentation provoque des sentiments d'humiliation et de culpabilité liés au rapport à l'assistance qu'ils expérimentent. Cela occasionne des réactions similaires à ce que nous avons observé : « leur volonté de « *ne pas abuser* » se ressent également dans le domaine médical. Cherchant en effet à minimiser le bénéfice de l'aide institutionnelle, les malades retardent souvent leurs recours médicaux et en réduisent aussi bien la fréquence que l'ampleur » (Parizot, 2003 : 103). Ces comportements seraient alors passagers et les personnes reprendraient un autre rapport aux soins une fois leur situation sociale et professionnelle améliorée.

Le second cas de figure, assez proche, regroupe un profil spécifique, celui des bénéficiaires de la CMU-C. Plusieurs d'entre eux évoquent leur envie de ne pas en « profiter » ou de ne pas « abuser de la Sécurité ». La thématique de plus en plus prégnante dans le discours public de la fraude aux prestations sociales est indéniablement en toile de fond de cette logique. C. Desprès, dans une enquête par entretiens auprès des bénéficiaires de la CMU-C, y voit également l'importance des usages et des représentations de la CMU-C. Elle note que les comportements de modération de soins – appelés « d'auto-restriction »<sup>330</sup> – sont principalement le fait de personnes qui ne conçoivent pas la CMU-C

---

<sup>330</sup> M. Grignon (2005), chargé de faire la critique de cet article dans le même numéro de la revue *Sciences sociales et santé*, reviendra sur cette question de l'auto-restriction. Selon lui, il n'est pas nécessaire de s'y attarder car cela ne représente en rien une réalité massive. Il s'appuie pour cela sur les études quantitatives disponibles qui notent un rattrapage de la consommation de soins une fois le bénéfice de la CMU-C. L'obstacle central aux soins est donc à rechercher du côté financier. Nous sommes d'accord avec plusieurs points de sa critique de l'article de C. Desprès, de même que nous sommes conscient que ces comportements sont probablement peu représentatifs statistiquement et n'expliquent pas à eux seuls le non-recours aux soins. Il n'en reste pas moins que les enquêtes qualitatives sont utiles pour indiquer des tendances émergentes sur lesquelles l'observation ou la « veille » peut porter. C'est le cas pour l'autolimitation des soins, à un moment où les prestations sociales comme l'AME et la CMU-C sont entachées de soupçons de fraude ou critiquées pour les usages de « consommateurs irresponsables » qu'elles génèreraient.

comme un droit mais comme une aide à utiliser ponctuellement, « dans une logique d'assistance inscrite dans un besoin et non celle du droit commun » (Desprès, 2005 : 96).

Le dernier cas de figure concerne des individus caractérisés par leur parcours de migrants, venus en France pour diverses raisons. Le fait d'être présents sur ce territoire est évoqué pour appuyer une forme de logique citoyenne de non-recours aux soins, l'intégration devant passer par une faible participation aux dépenses publiques de santé. Ainsi de cet Algérien qui indique en rigolant en quoi l'absence de recours au médecin depuis dix ans de même que le non-achat des traitements médicamenteux, lorsque des médecins lui en prescrivaient antérieurement, sont significatifs d'une envie de vivre sans déranger en France : « *on ne peut rien me reprocher ici en France. Je veux pas voir le médecin et je demande rien à la sécurité sociale !* ». Dans un même registre, une Marocaine explique ressentir de la « *honte* » lorsqu'elle consulte un médecin, malgré la nécessité de prendre en charge un diabète décelé avec un important retard et aux suivis complémentaires quasi inexistants (au niveau ophtalmologique par exemple), puisque cela « *demande beaucoup d'argent pour la sécurité* » – sous-entendu pour la sécurité sociale.

### ***b) Modérer sa consommation de soins en contrepartie aux droits sociaux octroyés***

Les précédents cas de figure ont, malgré leur diversité, le point commun de représenter des situations de dépendance – ou vécues comme telles – à l'égard de l'Etat-providence. La logique citoyenne apparaît comme une modalité permettant de retourner l'identité disqualifiée que ce type de rapport à la collectivité peut induire chez certaines personnes. En « contrepartie » de l'aide apportée, l'individu avance un comportement citoyen de modération de sa consommation de soins. Autrement dit, la décision de recourir ou de ne pas recourir aux soins serait ici influencée par le rapport à l'Etat-providence ou, plus précisément, à l'assistance. S. Paugam (1991) avait déjà insisté sur ce point et également, à la même époque, W. van Oorschot.

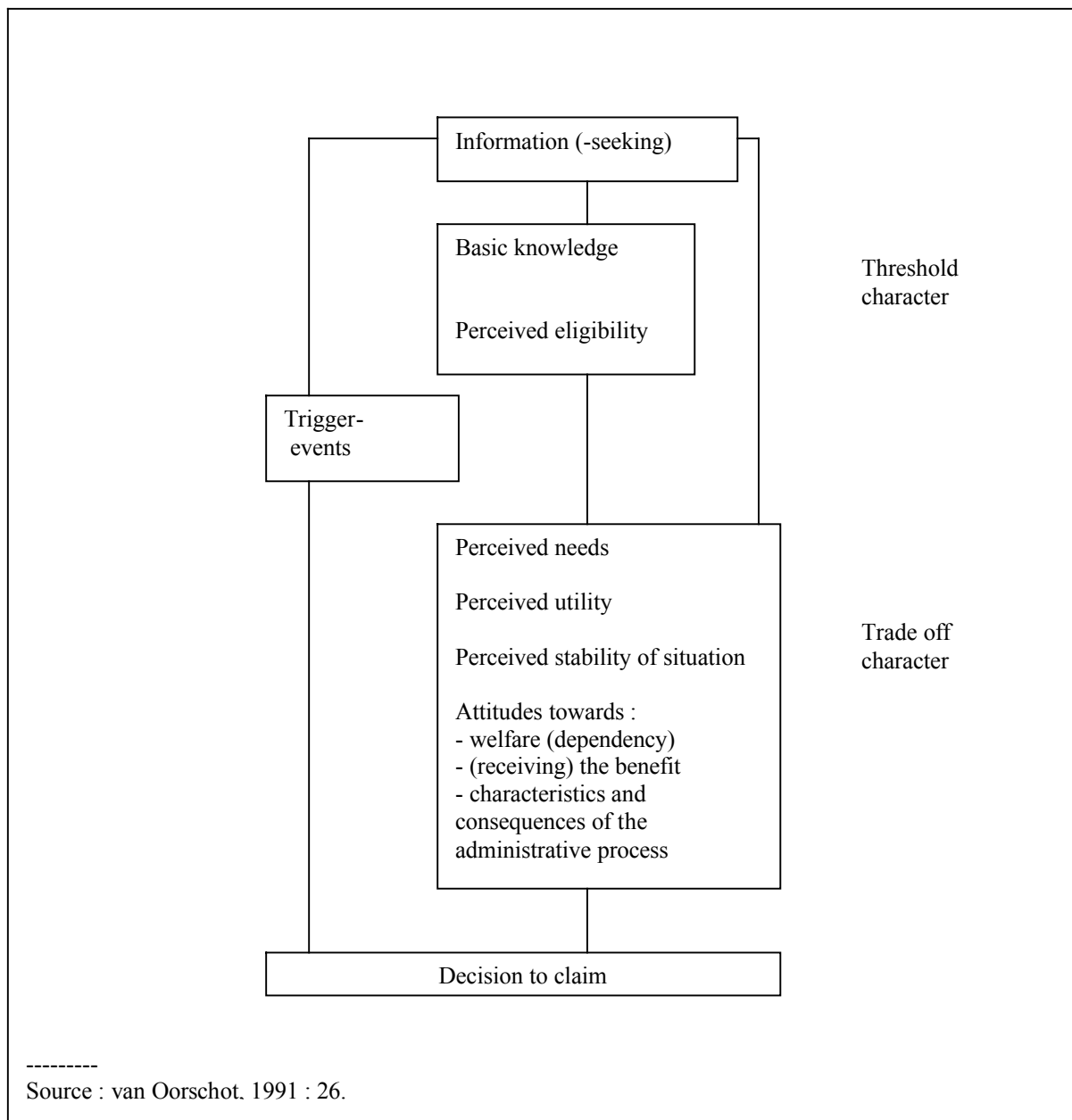
Ce chercheur, qui rappelons-le a le plus participé à l'émergence du thème du non-recours dans le champ académique et politique européen, a en effet intégré cette dimension dans ses modèles théoriques de réception des prestations sociales. Il faut savoir que W. van Oorschot a développé plusieurs modèles dynamiques destinés à analyser les

raisons du non-recours aux droits sociaux, convaincu que c'est sur cet aspect du phénomène que les chercheurs et les politiciens doivent travailler. Il privilégie dans cet objectif une analyse séquentielle du non-recours attentive à la variable du temps et aux décisions individuelles. Le modèle appelé « modèle des trois T » nous semble le plus approprié pour notre étude<sup>331</sup>, bien qu'il ne porte pas sur le recours à un service mais à une prestation sociale (Oorschot, 1991). Il se décompose en trois étapes successives (voir encadré 8 ci-dessous). La première est celle du seuil (*threshold character*). Elle inclut la connaissance de base et la perception qu'a un individu de son éligibilité. La seconde étape est celle des événements déclencheurs (*trigger-events*), tel que se retrouver subitement sans ressources financières. En matière de recours aux soins, l'apparition d'une douleur peut par exemple illustrer cette étape. W.van Oorschot définit une dernière étape avant qu'un individu prenne la décision de recourir à une prestation sociale. C'est celle du compromis et de l'arbitrage (*trade off character*). Parmi les éléments qui comptent à ce moment, il cite l'attitude à l'égard de l'assistance et du sentiment de dépendance corollaire (*welfare dependency*). Si ce point est important dans la décision de bénéficier d'une prestation sociale, dans le modèle de W.van Oorschot, il nous semble influencer en amont de cette décision, au moment de faire usage de la prestation. C'est ce que l'analyse des entretiens a illustré avec les cas de sous-consommation de soins chez les bénéficiaires de la CMU-C.

---

<sup>331</sup> W. van Oorschot a conçu à la fin des années 1990 un autre modèle, beaucoup plus complexe (Oorschot, 1998). Il voulait proposer un modèle alternatif à ceux utilisés à l'époque dans les travaux sur la réception des prestations sociales, principalement autour du modèle de Scott A. Kerr, inadaptés et incomplets selon lui. Cet autre modèle de W. van Oorschot reste dynamique : il est organisé autour de la variable temporelle et décline trois étapes successives (voir annexe 7). Il ouvre la possibilité de comprendre le non-recours frictionnel et permet d'analyser les situations où un individu entre, sort puis entre à nouveau dans les dispositifs. Enfin, W. van Oorschot intègre dans ce modèle le rôle joué par les acteurs concevant les politiques publiques puis les acteurs administratifs, de manière à ne pas considérer uniquement le rôle des bénéficiaires. Appliquant son modèle, il démontrera d'ailleurs le rôle central des administrations dans la diffusion de l'information, notamment lors de l'étape de seuil, la plus décisive dans le recours aux prestations sociales (Oorschot, 1998). Le « modèle des trois T » que nous privilégions ne recouvre donc qu'une partie de ce qui a été développé plus tard par W. van Oorschot ; toutefois son usage est moins complexe, tout en permettant d'affiner les facteurs intervenant dans les décisions individuelles de recourir ou non à un droit ou un service.

**Encadré 8 : Le « modèle des trois T » (threshold, trigger, trade off) de W. van Oorschot**



**Conclusion 1.**

La logique citoyenne de non-recours aux soins, qu'elle soit à analyser uniquement ou non sur le registre de la présentation de soi, introduit un autre élément de compréhension du décalage dans la représentation du phénomène, de même que des populations concernées. Le non-recours devient positif et est synonyme de responsabilité, tandis que les populations précaires, censées ne pas respecter de devoirs de santé, se retrouvent à

valoriser une certaine forme de retenue dans leur consommation de soins. La légitimité à utiliser le système de soins lorsqu'un symptôme est ressenti varie ainsi selon le statut social de l'individu, selon son niveau de dépendance à l'égard de l'Etat-providence et sa représentation de la figure des « profiteurs », mais varie aussi en fonction d'éléments contextuels tels que les débats sur le déficit public de santé.

## **2. « JE N'AI JAMAIS ETE TRES MEDECIN » : LE NON-RECOURS AUX SOINS ET SON INSCRIPTION BIOGRAPHIQUE**

L'analyse des entretiens nous a permis d'isoler des éléments relatifs à la logique curative de soins, à l'usage de l'automédication ou aux comportements citoyens ; éléments qui peuvent donc participer à un modèle explicatif du non-recours aux soins où l'attention est mise sur la prise de décision par les individus. Si ces explications ressortent particulièrement, nous l'avons dit, c'est en partie dû au décalage entre la représentation des populations précaires en non-recours aux soins et leur vécu de cette situation. Mais arrêter là l'analyse laisserait de côté des aspects importants dans la compréhension du non-recours aux soins et du rapport que les individus entretiennent avec le système de soins.

Pour envisager ces dimensions complémentaires, nous allons à présent nous intéresser à la manière dont les comportements se traduisant par du non-recours aux soins sont en quelque sorte inscrits dans la biographie des individus. De la sorte, nous porterons l'attention sur la façon dont les individus concernés pensent leur comportement, en se distinguant nettement de celui des autres individus et en l'inscrivant dans un trait identitaire, mais également aux processus qui les ont influencés dans le choix d'un certain rapport au système de soins.

### **2.1. Non-recours aux soins et identité**

M. Collet évoque, à propos des discours de personnes précaires qui mettent en avant une « résistance à la douleur », l'idée selon laquelle ils participeraient au « déni d'une identité fondée sur le manque » (Collet, 2001 : 158). Il poursuit en formulant ainsi : « abnégation, refus de se plaindre et résistance à la douleur [sont des] valeurs constitutives de l'identité et [donnent] sens à l'existence » (Collet, 2001 : 158). Le



sociologue invite à tenir compte des enjeux identitaires – l'identité étant entendue ici comme construction, par l'individu, d'une image de soi ou « identité pour soi »<sup>332</sup> – s'exprimant derrière le rapport qu'un individu entretient avec son corps et au-delà avec sa santé. Les mécanismes de définition de soi, dont nous avons pu parler à plusieurs endroits, confirment cet aspect. Il s'agit maintenant d'ouvrir cette réflexion non plus au rapport à la santé, mais au rapport au système de soins. Ce dernier peut-il être révélateur d'enjeux identitaires ? Trois points que nous développerons séparément tendent progressivement à répondre à cette question par la positive.

### **a) Se distinguer des « autres »**

Un constat nous a initialement amené à développer une analyse du lien entre non-recours et identité. Il s'agit de la manière dont les individus mobilisent régulièrement des mécanismes de distinction pour appuyer leur préférence d'un usage minimal du système de soins. Cela vaut à la fois pour ce qui est relatif à la logique curative de recours aux soins et à la logique citoyenne de non-recours. En décrivant ces logiques, les individus positionnent en effet leurs comportements en opposition à ceux des « autres ». Souvenons-nous de ce jeune homme pris en exemple pour illustrer la logique citoyenne et qui expliquait ainsi : « *le trou de la sécu, c'est pas moi* ». Ainsi formulée, sa phrase signifie indirectement que si ce n'est pas lui qui en est responsable, ce sont d'autres individus ou groupes sociaux. Pour lui, ce sont les « *gens qui vont chez le médecin dès qu'ils ont quelque chose* », c'est-à-dire ceux « *qui creusent le déficit, tous ces gens qui y vont mais qui n'ont rien* ».

Les « autres », visés dans plusieurs entretiens, ne sont pas caractérisées par des catégories sociales précises, telles que celle des « étrangers » évoquée au sujet des « privilèges » dont elle jouirait en matière d'accessibilité financière aux soins. Non, là, les « autres » dont il est question se distingueraient par leurs comportements négatifs : ils sont décrits comme les responsables du déficit public de santé en ce qu'ils consulteraient

---

<sup>332</sup> Pour une analyse des catégories de l'identité, et sur la distinction entre « l'identité pour autrui » (issue d'un processus relationnel) et « l'identité pour soi » (issue d'un processus biographique), voir le travail de Claude Dubar. Nous nous retrouvons particulièrement dans sa démarche qu'il introduit ainsi : « dès lors qu'on se refuse à réduire les acteurs sociaux – y compris et d'abord les personnes concrètes qui font l'objet des recherches empiriques – à une « catégorie » préétablie, qu'elle soit socio-économique (leur CSP ou leur origine sociale) ou socio-culturelle (leur niveau scolaire ou leur origine ethnique) – ou, parfois, à une combinaison des deux – la question centrale, pour le sociologue abordant un « terrain » quelconque, devient celle de la manière dont ces acteurs s'identifient les uns les autres. Cette question est inséparable de la définition du contexte d'action qui est aussi un contexte de définition de soi et des autres. En tant qu'acteur (considéré comme tel), chacun possède une certaine « définition de la situation » dans laquelle il est plongé. Cette définition inclut une manière de se définir soi-même et de définir les autres » (Dubar, 2006 : 10-11).

de manière inutile et/ou non justifiée. Nous retrouvons ici, dans les propos de nos interlocuteurs, la figure des « *abuseurs* » et des « *consommateurs* » de soins également pointés du doigt dans nos échanges avec les professionnels de santé<sup>333</sup>.

La référence aux « *autres* » permet à celui qui en fait usage de présenter ses pratiques de santé et de soins comme étant plus responsables et justes. Maîtriser sa santé par de l'automédication, de manière autonome, et ne recourir aux soins qu'en cas de besoin justifié passent, par contraste, pour des pratiques socialement et moralement plus vertueuses :

*« - Moi quand je suis mal, je le dis à personne. Mon amie est comme moi, elle dit rien quand elle est malade. Je me dis, si ça passe c'est bien si ça passe pas tant pis. Je m'affole pas, ça peut passer dans la nuit... sauf quand ça fait vraiment mal. »*

- C'est-à-dire ?

*- Quand on a une grosse maladie, le cancer par exemple. Il y en a qui viennent pour un bobo, pour un rien, moi non. »*

Entretien G : Homme, 66 ans, en concubinage, CAP, retraité, complémentaire privée

*« - Moi le médecin, moins je le vois mieux je me porte ! Le médecin c'est pas le truc... Parce qu'il y en a beaucoup quand même qui, dès qu'ils toussent, hop ils y vont, pour rien. Pour rien. [...] Autrement je vais y aller, un médecin c'est pour me soigner quand je suis vraiment malade. C'est pas pour une petite toux, si tu te mouches cinq minutes, c'est rien. »*

- Il faudrait donc éviter d'être dans l'excès.

*- Voilà, il faut quand même être un minimum bien malade. Ça sert à rien d'y aller pour rien. »*

Entretien 35 : Homme, 18 ans, Français, célibataire, CAP, en formation professionnelle, complémentaire privée, 38,46 (Q4)

---

<sup>333</sup> Lors de notre stage aux centres de santé de Grenoble, nous avons produit une typologie des comportements des patients à partir des représentations des différents professionnels y travaillant et de leur point de vue sur le retard et le renoncement aux soins. En était ressorti notamment le type des « *consommateurs* » qui auraient un recours immédiat et fréquent aux centres de santé pour des symptômes ne nécessitant pas l'intervention de médecins et qui consommeraient de la médecine comme tout autre produit. Cet usage *a priori* non médicalement justifié poserait problème en ce qu'il masquerait de réels problèmes de santé non discernables dans le lot de problèmes rapportés par la personne. Les bénéficiaires de la CMU-C étaient concernés par cette figure, considérés comme déresponsabilisés du fait de la gratuité des soins associée à cette prestation sociale.

## ***b) La défense d'un goût et d'un style de vie***

L'usage minimal du système de soins est présenté dans les entretiens comme un choix argumenté par l'opposition aux comportements ni citoyens, ni responsables d'une autre partie de la population. Ce qui est ainsi *exprimé* par nos interlocuteurs, ce sont des préférences qui seraient les leurs, dans le sens où eux-mêmes opéreraient une sélection, parmi différentes options possibles, pour un type particulier de rapport aux soins. Les pratiques qui se rapportent à ces préférences ne sont pas remises en cause par les individus, mais bien assumées. Les raisons profondes de ces préférences ne sont pas facilement verbalisables, ni immédiatement descriptibles à l'enquêteur. Contrairement à ceux qui renoncent aux soins pour des raisons matérielles ou de dissuasion symbolique développées dans notre seconde partie (refus de soins, déficit de confiance dans la relation avec les médecins...), les individus expriment ici davantage de difficultés à expliquer spontanément pourquoi ils plébiscitent un rapport curatif aux soins plutôt qu'une démarche préventive, pourquoi ils privilégient une réponse autonome face à un symptôme plutôt qu'une consultation directe d'un professionnel concerné. L'argument citoyen est bien avancé, mais principalement pour ceux qui sont placés dans une situation de dépendance à l'égard de la collectivité ou de l'Etat-providence.

Nous pouvons observer indirectement l'importance des préférences individuelles, et la difficulté à en donner les raisons précises, sur deux registres de vocabulaire. Le premier est celui du goût, ici dans le sens d'une disposition ou d'une préférence générale pour un minimum de contacts avec les médecins, généralistes ou spécialistes. Il ne s'agit pas là de revenir sur une critique à l'égard des médecins. Il ne s'agit pas non plus de mettre en avant un goût à être en dehors du système de santé (Flajolet, 2008), mais celui d'en réduire les contacts. Les nombreuses occurrences du verbe « ne pas aimer » est l'indice le plus évident de ce rapport entre le goût et le non-recours aux soins ou plutôt entre le goût et la logique curative ainsi que l'automédication. Nous illustrons son usage par deux extraits d'entretiens dans lesquels ce verbe apparaît très tôt dans les éléments avancés par les individus pour justifier leur absence de recours aux soins sur une période donnée :

« - À quand remonte la dernière visite chez un généraliste ?

- *Bonne question ! J'y vais pas souvent. Moi je me soigne vin rouge avec du sucre, et aspirine. Point barre, comme les vieux ! [...]*

- Vous y croyez [aux « remèdes de vieux »] ?

- Y croire... C'est un grand mot. C'est un grand mot d'y croire mais de toute façon je n'aime pas les médecins, ni les médicaments. C'est pas mon truc. »

Entretien 21

« Moi dentiste et médecin, j'aime pas trop. J'attends de voir, mais si je suis vraiment malade j'y vais. Au dentiste si j'ai une dent cassée ou un truc comme ça, j'y vais. Mais autrement j'y vais pas. Là par exemple je ne vais pas y retourner avant... Avant je sais pas ! »

Entretien 35

Des réponses similaires sont déclinées dans les entretiens sur d'autres points, au sujet des hôpitaux où on « *n'aime pas aller* » ou au sujet des médicaments que l'on n'« *aime pas prendre pour rien* » ou parce que l'on n'« *aime pas* » leur composition. Elles confirment que d'aller chez un médecin ou de prendre des médicaments ne sont pas des moments ni des gestes neutres pour les individus et engagent un positionnement de leur part. Ce positionnement en référence à un goût se veut être, pour les individus qui l'expriment de la sorte, quelque chose de profondément individuel, c'est-à-dire qui ne s'explique ni ne se débat. Il devient imparable lorsqu'il est mobilisé en réponse aux questions d'un enquêteur ; enquêteur qui est de la sorte invité à l'accepter comme une composante essentielle, sauf à vouloir remettre en cause ce qui fait cohérence pour l'enquêté.

Le principe est identique pour le second registre de vocabulaire employé dans les entretiens. Ce registre renvoie plus particulièrement au style de vie. Tout comme le goût, c'est une posture personnelle qui est mise en avant par nos interlocuteurs. Sous ce trait commun peuvent être regroupées des expressions variées telles qu'évoquer la « *mentalité* », le fait de ne pas être du « *genre* » ou du « *style à* » pour justifier l'absence de consultation pour des symptômes donnés ou l'absence de démarches de prévention :

« *Faire un check-up alors que tout va bien, que j'ai pas mal et que ça va, ça m'intéresse pas. C'est con, c'est con parce que je devrais ne serait-ce que pour dépister les choses qui se déclenchent et qui font mal plus tard. Mais bon, c'est une mentalité, une philosophie.* »

Entretien 9

« - Est-ce que c'est arrivé que vous alliez moins chez le médecin, pour faire des économies ?

- *Oui, j'y allais quand vraiment c'était nécessaire.*

- Encore plus que maintenant ?

- *Moi je dirais que... non mais maintenant je suis pas le style de personne à aller dire je vais voir le médecin parce que j'ai ça, j'ai ça, non. Si j'ai pas besoin d'y aller, je vais pas voir le médecin. »*

Entretien 24

« *On peut dire qu'à la limite, je serai plutôt du genre à attendre que ça commence à faire mal pour y aller [chez un dentiste]. »*

Entretien 79 : Homme, 28 ans, Français, célibataire, BEP, employé administratif, CMU-C, 31,95 (Q4)

« - Vous êtes souvent allé chez le médecin alors ?

- *Non là-bas moins, plus pour de la santé...des rhumes...enfin pas des petits rhumes, je suis pas du genre à aller toutes les 5 minutes chez le médecin... »*

Entretien 14

La référence à un style de vie laisse apparaître la forte logique de subjectivation qui accompagne le rapport au système de soins. L'usage des expressions que nous venons de voir incite à comprendre ce rapport comme faisant partie d'un tout, d'une unité des individus. Au-delà, ce sont vers des questions ayant rapport à l'identité que nous renvoient l'analyse de ces dimensions subjectives et de ces significations accordées aux situations de non-recours. Une certaine dimension ontologique du non-recours aux soins est présente de manière plus discrète dans les entretiens. Prenons l'usage du verbe « être » pour qualifier le rapport au médecin et aux soins. Il nous semble être le plus significatif de ce processus. Les phrases telles que « *je suis pas trop médecin* », « *j'ai jamais été le gars à courir chez le toubib pour un oui pour un non* » ou encore « *j'ai jamais été très médecin* » sont plus qu'anecdotiques. Nous pensons en effet, comme J.C. Kaufmann, que « les phrases socialement les plus importantes sont les plus banales et les plus passe-partout » (Kaufmann, 2003 : 96). Le chercheur doit alors s'interroger sur le sens de ces phrases qui retiennent petit à petit son attention du fait de leur récurrence et de leur similitude. Car, si « certaines jouent simplement le rôle d'argument commode, socialement répandu et donc disponible, permettant de ne pas s'interroger sur des facteurs plus profonds [...] d'autres sont le résultat de toute une histoire, sur laquelle il serait possible de mener l'enquête »

(Kaufmann, 2003 : 96-97). Dans notre cas, nous considérons ces phrases récurrentes comme importantes dans le sens où elles expriment la part subjective du rapport que nos interlocuteurs ont avec le système de soins.

Illustrons cela par le cas d'une jeune femme de 34 ans, que nous appellerons Elodie. Lors de l'entretien, elle exprime clairement un lien entre un trait identitaire et la logique curative de recours aux soins. Les secrétaires du CES de Bobigny avaient mis de côté le numéro de cette femme identifiée comme précaire selon le score EPICES et en non-recours aux soins dentaires bien qu'ayant une complémentaire santé. L'entretien d'une durée assez longue – près de 45 minutes – ne traitera pas de ce non-recours particulier mais des soins discontinus au niveau gynécologique et généraliste. Elodie présente, en ces termes mêmes, la situation « *paradoxe* » dans laquelle elle se trouve concernant sa santé. Elle juge moyen son état de santé et elle pense qu'il se dégrade, notamment à cause d'un moral affecté par la mort de son ancien mari et par la perte de son travail. Elle identifie plusieurs symptômes (insomnie, perte de mémoire, douleurs dorsales), sans pour autant être suivie médicalement sur ce plan. La dernière consultation chez un médecin, moins d'un an avant l'entretien, était motivée par une allergie. D'autre part, elle ajoute avoir déjà été en retard aux soins pour une infection urinaire, diagnostiquée par les médecins, et elle arrête systématiquement les traitements prescrits une fois les douleurs diminuées, « *n'aimant pas* » les médicaments. Enfin, bien qu'ayant eu un papillomavirus auparavant, elle n'est pas retournée chez un médecin gynécologue depuis sa guérison.

L'apparent décalage auquel elle parvient, entre des besoins de santé identifiés et des situations de non-recours aux soins, nous a amené à échanger pour en connaître les raisons. Décalage d'autant plus surprenant qu'Elodie vient d'un milieu médical : son père est pharmacien et elle a souvent travaillé auprès de lui étant jeune. Il lui sera difficile de trouver une explication à cette attitude. Regardons notamment l'enchaînement d'explications diverses et variées qu'elle avance dans un premier temps, en masquant souvent sa gêne par un rire franc caractéristique de son attitude tout au long de l'entretien :

« - Est ce que vous avez des antécédents familiaux de maladie ?

- *Je sais que j'ai appris que ma tante avait le cancer du sein, je sais que ma grand-mère paternelle est décédée suite à la tension. C'est tout.*

- Est-ce que vous faites attention à la tension du coup ?

- [Elle rigole] *Je m'occupe même pas de ça. Franchement je vous dis...* [elle met fin à sa phrase]
- Parce que vous sentez que vous n'êtes pas exposée ?
- *Par contre j'ai eu de la tension l'été dernier alors je sais pas... Non, j'ai jamais fait attention. Je sais pas, disons que... C'est-à-dire... Comment je vais expliquer... Je suis là, j'ai pas peur d'être là, je m'en fous.*
- Vous vous en foutez parce que la santé c'est pas important ou est-ce que c'est par peur d'apprendre des choses ?
- *Parce que j'en ai pris des médicaments. Depuis 99 à cause de la sciatique, j'en ai pris alors... Les médicaments j'évite d'en prendre.*
- Éviter de prendre les médicaments, c'est aussi éviter d'aller chez le médecin ?
- *Oui, j'évite aussi d'aller chez le médecin parce que je fais mon automédication ! Je vais à la pharmacie et je dis que je veux ça et ça... Mais bon, je sais pas... Je suis pas trop médecin en fait. C'est plutôt pour les enfants, le mal, je vais de temps en temps pour moi mais sinon.*
- Ne pas être trop médecin, ça veut dire quoi ?
- *Je sais pas... C'est pas que j'ai pas confiance en eux mais c'est que je... J'ai l'impression que c'est pas grave ce que j'ai, je préfère aller à la pharmacie plutôt que d'aller chez le médecin, voilà. Enfin je ne sais pas comment expliquer.*
- C'est juste dans votre façon de faire où vous n'allez pas courir chez le médecin.
- *Non, je ne cours pas... Comme mon mari est tout le temps en train de me prendre la tête « tu es malade et tu ne vas pas chez le médecin » alors... Quand c'est les autres, je les envoie, mais moi personnellement c'est rare !*
- Quand on vous pousse comme ça, ça ne suffit pas.
- *Non. Non.*
- Pourtant il y a des gens autour de vous qui vous disent...
- *D'y aller, mais... non !* [Elle rigole]
- Est-ce que vous pensez que moins on voit un médecin mieux on se porte ?
- *Non, c'est pas ça... Je sais pas, je sais pas, je ne pourrai pas vous expliquer pourquoi... C'est pas la peur, c'est une négligence, c'est que j'ai pas envie, je prends pas le temps de... Franchement je sais pas. C'est difficile de dire.* [Elle rigole].
- Vous parlez du temps qui joue.
- *Oui, oui... oui* [elle n'a pas l'air convaincu, puis elle rigole]. »

Entretien 75

Elodie ne peut nous expliquer pourquoi elle est en non-recours aux soins. En réponse à des questions ultérieures, cette jeune femme précisera que ce n'est l'effet ni d'un refus de soins ni d'un renoncement aux soins pour raisons financières. Elle déclare pourtant connaître régulièrement des difficultés financières, en particulier à cause du coût du logement. De plus, elle était sans mutuelle pendant un an, avant que son mari n'en prenne une. Mais, selon elle, « *ça change rien d'avoir une mutuelle* » et « *ça ne [l'a] jamais dérangée de pas en avoir* » vu le peu de consultation médicale. Les raisons de ses non-recours ne se trouvent donc pas à ce niveau. Elodie évoquera ensuite des éléments se rapportant à la logique curative de recours aux soins, allant chez un médecin uniquement quand la douleur devient trop forte pour elle. Pour le reste, comme elle n'est « *pas trop médecin* », elle « *préfère [elle]-même* » se soigner par des pratiques d'automédication, ce qui est « *normal mais irresponsable parce qu'une maladie peut cacher une autre maladie* ». Elle n'est pas passive vis-à-vis de ses problèmes de santé, laissant apparaître un rapport ambivalent à cette dernière puisqu'elle alternera au cours de l'entretien entre un souci affiché à son corps et une autocritique sur sa « *négligence* ». Cette situation ne la contente visiblement pas, mais elle ne sait en trouver la cause. Pour contourner cette difficulté, et peut être pour mettre fin à nos questions, elle mettra cette attitude sur le compte d'un trait identitaire. Le glissement d'une formule indéfinie (« *c'est comme ça* ») à une rapportée à elle en tant que sujet (« *je suis comme ça* »), à la fin de cet extrait d'entretien, est de ce point de vue très significative :

*« - Si vraiment, vraiment, je sens que vraiment ça commence à se dégrader, que je me sens vraiment mal, là, j'irai [elle insiste sur cette fin de phrase]. Sinon... Vous pourrez faire tout ce que vous voulez, je ferai mon automédication ! Mais j'irai pas chez le médecin. C'est comme ça.*

- Les médecins demandent quand même à ce que les gens ne viennent pas trop tard.

- *Oui, ils disent ça mais moi, ça entre par une oreille et ça sort par là ! Moi c'est comme ça.*

- Qu'est-ce que vous pensez un peu de tous ces discours des médecins ?

- *Non mais c'est vrai, c'est bien. Parce qu'au moins comme ça, il vaut mieux ça, prévenir...* [Elle cherche ses mots]

- Prévenir que guérir ?

- *Voilà, il vaut mieux prévenir que guérir !*

- Vous êtes d'accord avec ce principe ?

- *Je suis d'accord.*



- Mais...

- *Pour les autres ! [Elle rigole] Pour les autres, mais pas pour moi. Moi c'est autre chose. Je sais pas, si j'ai un problème à la tête... mais pour moi c'est autre chose. Je sais pas pourquoi. C'est comme ça. Je suis comme ça. »*

Entretien 75

Dans cet exemple comme dans d'autres, les comportements amenant à du non-recours aux soins se révèlent comme profondément intériorisés. Un témoin en est la difficulté à en objectiver les raisons précises et, à la place, à décliner plusieurs arguments généraux ou à laisser apparaître des sous-entendus. Un autre témoin en est la référence à une posture personnelle et différente de celles des autres individus, fondée sur un goût ou censée traduire un style de vie. C'est bien l'individu en tant que tel qui s'exprime et qui se positionne quant à ce que devrait être un rapport normal au système de soins.

## **2.2. Comprendre le non-recours aux soins comme le résultat d'un processus long**

Se distinguer des autres, mettre en avant un goût ou un style de vie, avoir du mal à expliquer des pratiques intériorisées et non intentionnelles : ces trois éléments, derrière leur banalité apparente pour ceux qui les évoquent, sont centraux pour comprendre le non-recours aux soins. Ils sont le lieu où le social est investi. L'image qu'ils renvoient et les usages qui en sont faits par les acteurs – comme l'expression des préférences individuelles – sont trompeurs. Parler du goût nous amène à évoquer les travaux de P. Bourdieu. Ce dernier se positionnait dès l'introduction de *La distinction* « contre l'idéologie charismatique qui tient les goûts en matière de culture légitime pour un don de la nature » (Bourdieu, 1979 : I). Selon ce sociologue, les goûts sont profondément marqués par le social et diffèrent selon la classe sociale en fonction des dispositions incorporées et des conditions matérielles d'existence. Ainsi, « le goût classe, et classe celui qui classe : les sujets sociaux se distinguent par les distinctions qu'ils opèrent entre le beau et le laid, le distingué et le vulgaire, et où s'exprime leur position dans les classements objectifs » (Bourdieu, 1979 : VI). Le goût serait l'un des facteurs centraux d'une domination sociale insaisissable pour l'agent car trop intériorisé. L'agent naturalise en effet spontanément son rapport au goût, bien que ce dernier reste profondément marqué par le social et le produit des conditions socioéconomiques.

Si P. Bourdieu traite principalement dans son ouvrage *La distinction* des goûts en matière de culture, il évoque également, par l'intermédiaire de l'analyse de la consommation alimentaire, le rapport au corps. Il fait alors du corps « l'objectivation la plus irrécusable du goût de classe, qu'il manifeste de plusieurs façons. D'abord dans ce qu'il a de plus naturel en apparence, c'est-à-dire dans les dimensions (volume, taille, poids, etc.) et les formes (rondes ou carrées, raides ou souples, droites ou courbes, etc.) de sa conformation visible, où s'exprime de mille façons tout un rapport au corps, c'est-à-dire une manière de traiter le corps, de le soigner, de le nourrir, de l'entretenir, qui est révélatrice des dispositions les plus profondes de l'habitus » (Bourdieu, 1979 : 210). L. Boltanski avait auparavant avancé la même idée, en invitant à ne pas oublier « que les déterminismes sociaux n'informent jamais le corps de façon immédiate par une action qui s'exercerait directement sur l'ordre biologique, mais sont relayés par l'ordre culturel qui les retraduit et les transforme en règles, en obligations, en interdits, en répulsions ou désirs, en goûts et dégoûts » (Boltanski, 1971 : 209).

Nous retenons de ces analyses l'importance d'envisager l'empreinte du passé sur l'incorporation des goûts et sur tout ce qui est retraduit en choix individuels par l'individu. Il s'agit alors pour nous de porter le regard sur la manière dont ce dernier en est venu à exprimer le goût pour un rapport curatif aux soins, en ne tenant plus seulement compte des contraintes quotidiennes qui induiraient des difficultés d'accès aux soins mais en intégrant des facteurs relevant d'un temps plus long. Autrement dit, nous envisageons les situations de non-recours aux soins non pas uniquement comme une réaction face à des événements de vie ou des ruptures présentes dans la trajectoire sociale, tel qu'analysé avec les cas d'individus faisant face à des difficultés passagères contraignant la prise en charge de leur santé. Ces situations peuvent également être issues de processus qui se sont sédimentés sur la durée.

***a) L'usage du vocabulaire de la continuité et de l'habitude pour évoquer l'origine des comportements de non-recours aux soins***

L'analyse des entretiens, pour nos interlocuteurs qui ne perçoivent pas leur non-recours aux soins comme un problème, relève une série de termes et de qualificatifs qui fonctionnent comme autant de marqueurs d'un rapport au système de soins construit sur une longue période. La référence à l'habitude est l'un de ces indices particulièrement récurrent lors de l'évocation des raisons de non-recours aux soins généralistes et surtout

dentaires. Elle explicite la manière dont « les comportements liés à la santé sont des traits routiniers de la vie quotidienne » (Williams, 1995 : 583) – ce qui expliquerait, selon Simon J. Williams, pourquoi les individus réfèrent leurs comportements au goût et à un choix volontaire alors que ceux-ci sont le produit de leur habitus et des contraintes structurelles. D'autres termes nourrissent un constat similaire, comme le font « *toujours* » et « *jamais* ». La continuité des pratiques liées à la manière de prendre en charge la santé est reflétée par ces différents biais :

« - Vous avez toujours été comme ça par rapport aux médecins ou est-ce que c'est récemment ?

- *Ah non, j'ai jamais été vraiment médecin.*

- Ce n'est pas depuis que vous vous rendez compte que votre médecin n'est pas compétent ?

- *Non, non. Ça a toujours été comme ça. »*

Entretien 24

« - Et quand vous étiez enfant, vos parents n'allaient pas non plus chez le médecin ?

- *Si, c'est un peu la même chose que maintenant, on allait chez le médecin que si les remèdes de grand-mère ne suffisaient pas. »*

Entretien 7

Les entretiens, dont nous venons d'extraire les deux exemples ci-dessus, indiquent que l'habitude dont il est question concerne non pas un rapport particulier au médecin, fait d'éventuelle opposition, mais un usage du système de soins dans une optique curative ou encore le recours à l'automédication tel que décrit dans le chapitre précédent. D'autres cas, parmi les quelques personnes adhérant à une logique de prévention, confirment une continuité des pratiques de santé en faisant le parallèle entre la gestion de leur santé pendant leur jeunesse et à l'âge adulte.

De ce fait, le rapport à l'offre de soins et les situations de non-recours aux soins prennent leur source du côté de « l'habitude ou l'accoutumance », deux explications présentes dans la typologie initiale des causes du non-recours mais ayant peu fait l'objet de travaux. P. Warin propose toutefois, comme explication d'un non-recours par désintérêt, l'absence d'intégration de l'idée des droits sociaux par les jeunes ayant vécu dans des

familles et des territoires marqués par la pauvreté. Il reprend les travaux de M. Harrington sur la pauvreté héréditaire, évoqués en première partie en ce qu'ils traitent du non-recours aux droits sociaux, et ceux de Louis Chauvel sur « l'involution générationnelle » pour avancer que « au sein des familles l'idée même de citoyenneté sociale disparaît lorsque, de génération en génération, passé, présent et futur ne sont qu'aux couleurs de la désespérance, ce qui entretient un déni d'intérêt pour l'offre publique » (Warin, 2008 : 15).

Dans le domaine de la santé, les auteurs d'une étude de l'IRDES font l'hypothèse de renoncements aux soins répétitifs et permanents. Cette étude longitudinale, portant sur l'accès et le recours aux soins bucco-dentaires, proposait entre autres de regarder si le renoncement aux soins en la matière était temporaire ou durable. Les chercheurs posent ainsi la question : « ce renoncement est-il plutôt un évènement ponctuel dans la vie des individus, qui peut intervenir de façon aléatoire quand ils se trouvent confrontés à d'importants besoins de soins, ou bien est-il le marqueur de comportements plus durables, s'inscrivant dans l'histoire de certains individus socialement plus fragiles ? » (Azogui-Lévy et Rochereau, 2005 : 5). En comparant les résultats dans plusieurs vagues de l'enquête ESPS, ils démontrent que « la probabilité de renoncer en 2000 est multipliée par 7 pour ceux qui avaient déclaré un renoncement aux soins dans les enquêtes antérieures » (Azogui-Lévy et Rochereau, 2005 : 7). Ils précisent que cette continuité ne se constate pas parmi l'ensemble de la population, mais est particulièrement forte chez ceux qui sont en situation de fragilité sociale (ouvriers, employés, salariés en CDD et personnes sans complémentaire santé).

### ***b) Le rôle de la famille dans l'apprentissage de pratiques de soins***

La notion d'habitude a fait l'objet de nombreux débats sociologiques réfléchissant aux principes et aux mécanismes qui guident les actions et comportements d'un individu. Nous retiendrons pour notre part l'approche de B. Lahire ; il propose une théorie de l'action combinant la prise en compte du passé et les opportunités offertes au moment présent, se décalant en cela de la théorie de l'habitus qu'il juge trop déterministe. L'un des éléments lui permettant d'avancer l'idée d'un acteur social « pluriel » est que ce dernier disposerait de plusieurs stocks d'habitudes qu'il utilise en fonction des contextes. B. Lahire propose une définition de cette dernière : « l'habitude, comme schème d'action, est ce qui est au principe de toute action involontaire (pareille à la mémoire involontaire). Elle est liée à tout un passé socialisateur qui l'a progressivement constituée, depuis les premiers pas, les

premiers balbutiements hésitants, maladroits, douloureux ou lents jusqu'aux pratiques virtuoses (qu'elles soient de l'ordre du geste, de la parole, de la perception, de l'évaluation...). Pour qu'il y ait habitude, schème d'action, il faut donc de la répétition » (Lahire, 2001 : 89-90). Nous retiendrons ici de cette définition le rôle de la socialisation<sup>334</sup> passée dans l'acquisition de dispositions guidant les actions présentes. Par ailleurs, pour analyser la formation de l'habitude, B. Lahire, contrairement à d'autres sociologues, n'exclut pas la possibilité d'intégrer le point de vue des acteurs. Il insiste à ce titre sur la distinction importante entre l'habitude comme modalité d'action (involontaire) et le genre d'habitude. Cette dernière peut être réflexive, alors qu'elle est généralement pensée comme non réflexive.

Nous en déduisons que nos entretiens peuvent être des outils éclairant les pratiques socialisatrices conduisant à la constitution d'un goût ou d'une habitude quant à l'usage du système de soins, palliant l'absence d'observation *in situ* dans notre méthodologie. Nous avons ainsi inclus dans la dernière grille d'entretien des questions portant sur la manière dont l'individu se soignait étant jeune, de façon à introduire une forme de réflexivité sur ce qu'il pense être à l'origine de son rapport au système de soins et de ses comportements de recours aux soins. En situation d'entretien, lorsque le passé est évoqué, c'est avant toute chose au travers de la famille. Elle est présentée par nos interlocuteurs comme ayant un rôle structurant dans la construction de leur rapport à la santé et au système de soins. L'analyse du non-recours aux soins, saisie à l'échelle de l'individu, demande à être complétée en tenant compte de ces insertions sociales passées dont l'empreinte se retrouve dans les actions présentes. Deux aspects ressortent particulièrement. La famille est vue comme lieu de ressources cognitives et subjectives en matière de pratiques de santé.

Par lieu de ressources subjectives, nous entendons le fait que la famille est le lieu où se transmettent certaines normes et valeurs qui participent à la construction de l'identité sociale et à l'intégration au sein d'un groupe particulier, partageant des conditions sociales similaires. L'influence qu'elle exerce en tant qu'instance de socialisation primaire est

---

<sup>334</sup> Entendue de manière contemporaine, la socialisation procède, selon F. Dubet et D. Martuccelli, à un « double mouvement par lequel une société se dote d'acteurs capables d'assurer son intégration, et d'individus, de sujets, susceptibles de produire une action autonome » (Dubet et Martuccelli, cités dans *Lexique de sociologie*, p.236).

centrale dans le temps<sup>335</sup>, bien que la socialisation soit un processus inachevé (Berger et Luckmann, 1997). La famille est évoquée par nos interlocuteurs pour justifier des modalités de recours aux soins, en s'identifiant aux membres de la famille<sup>336</sup> ou en suivant leurs conseils. Ceux qui suivent des logiques de prévention s'y réfèrent, tout comme ceux qui sont en non-recours aux soins et qui rappellent comment auparavant les parents « *se débrouillaient* » vis-à-vis de leur santé sans que cela leur soit préjudiciable. La norme de l'autonomie dans la gestion de la santé est présentée par ce jeune homme – représentatif d'un rapport curatif au système de soins – comme acquise au sein de la sphère familiale et comme un trait caractérisant cette dernière :

*« - Pour aller chez le médecin, je dis qu'il faut vraiment être malade. Si on a une petite toux, ça risque rien. Du sirop, du vin chaud avec du miel et c'est parti.*

*- Le vin chaud ça marche.*

*- Oui, voilà des trucs comme ça.*

*- Et les tisanes de la grand-mère [dont nous avons parlé précédemment] ?*

*- Non pas les tisanes, c'est le vin chaud.*

*- C'est ce que ta mère fait ?*

*- Non, c'est mon père. À chaque fois qu'il est malade il ne va pas chez le médecin.*

*- Pour tout ça soigne le vin chaud ?*

*- Oui, ça soigne bien. Tu prends un vin chaud, tu te couches et le lendemain c'est bon.*

*- C'est reparti !*

*- Oui !*

*- Et ton père du coup ne va jamais chez le médecin ?*

*- Ça fait longtemps qu'il n'y est pas allé. Et puis il ne se porte pas plus mal.*

*- Oui finalement c'est un peu un exemple ?*

*- Même pas. Mais je sais que dans la famille c'est un peu comme ça. Le médecin, franchement on n'y va pas beaucoup. »*

#### Entretien 35

---

<sup>335</sup> Rappelons la distinction classique entre la socialisation primaire (lors de l'enfance au sein de la famille et de l'école) et secondaire (à l'âge adulte au sein du travail, de la famille, des groupes religieux). Les travaux sur la socialisation reconnaissent le rôle central de la famille puisqu'elle intervient dès le premier âge de la vie et qu'elle s'opère dans un climat affectif.

<sup>336</sup> L'inverse peut également s'observer, lorsque ce sont les parents interrogés qui mettent en avant l'homogénéité des pratiques de la famille dont ils ont la charge. Ainsi de cette jeune femme qui explique : « *moi et mes gosses, toute la famille c'est pareil, c'est pas pour un petit bobo que je vais aller courir derrière le médecin* ».

Par ailleurs, la famille est considérée comme un lieu de ressources cognitives puisque les principales pratiques de santé utilisées présentement par l'individu y ont été acquises, en lien avec les normes et valeurs transmises en la matière. Cela est particulièrement net pour les pratiques d'automédication, dont nous avons vu la place dans l'explication de cas de non-recours aux soins et dont l'un des facteurs de légitimité est l'acquisition de savoirs profanes en matière de soins. Le vocable de l'apprentissage et du transfert de connaissances revient régulièrement lorsque les individus évoquent leur histoire de vie familiale, nous renvoyant ici aux « recherches sur la « production familiale » de santé qui soulignent combien les comportements liés à la santé et les recours thérapeutiques sont modelés par l'entourage familial » (Chauvin et Parizot, 2005b : 5). Plus particulièrement, c'est la mère qui est présentée comme celle participant le plus à ce processus. Son influence sur le rapport actuel au système de soins de nos interlocuteurs serait selon eux indiscutable. Une continuité, d'autant plus naturelle qu'elle est familiale, dans la manière de répondre aux besoins de santé est ainsi présentée dans les entretiens :

*« - La santé ça va pas. Comme je vous disais la santé ça va pas. J'ai bien appris avec ma mère à faire à manger, à me soigner...*

*- C'est votre mère qui vous a appris ?*

*- Heureusement, on était 7 dans la famille. Là-dessus on a jamais eu de problèmes.*

*- Vous arriviez à vous soigner seul quand vous étiez petit alors...*

*- Soigner... comment ?*

*- Si vous aviez un petit bobo...*

*- Nous ? Ah [rires] ! On prenait même avec les verrues, vous savez quand on chope une verrue il y a les pores, là les trucs jaunes, on les mettait au dessus du feu. On s'est toujours débrouillés.*

*- Vous n'alliez jamais chez le médecin ?*

*- Si, il venait, mais ma mère avec 7 enfants... Il venait quand il savait que c'était urgent mais sinon on s'est toujours débrouillés.*

*- Et maintenant c'est pareil ?*

*- Ah oui, oh là là ! [rires] »*

Entretien K

*« - Oui j'avais attendu très longtemps toute seule [avant de consulter un dentiste]. Mais je voulais me soigner toute seule.*

*- Tu sais faire ça ?*

- Avec des clous de girofle.

- Ah oui ?

- Oui. Il paraît que ça se fait avec les clous de girofle mais, ça s'est pas... Ça fait encore mal.

- Qui est ce qui t'a appris à faire ça ?

- C'est mon père, quand il avait mal aux dents, il mettait un clou de girofle à la dent où il avait le plus mal. Alors j'ai voulu faire pareil. Mais ça suffisait pas. »

#### Entretien 6

Une rupture avec les pratiques familiales de soins, une fois expérimentées à l'âge adulte, peut intervenir lorsqu'elles sont jugées à l'origine de l'aggravation de pathologies. Elle souligne que, si les pratiques sont influencées par le milieu familial, l'individu peut sous certaines conditions adopter d'autres conduites à l'égard de sa santé. C'est sur ce point qu'insiste C. Dubar, dans sa critique de la théorie de l'habitus, au profit d'une approche plus dynamique de la socialisation. Selon lui, cette dernière doit être appréhendée comme « un processus biographique d'incorporations des dispositions sociales issues non seulement de la famille et de la classe d'origine, mais de l'ensemble des systèmes d'actions traversés par l'individu au cours de son existence. Elle implique certes une causalité historique de l'avant sur le présent, de l'histoire vécue sur les pratiques actuelles, mais cette causalité est probabiliste : elle exclut toute détermination mécanique d'un « moment » privilégié sur les suivants. Plus les appartenances successives ou simultanées sont multiples et hétérogènes, plus s'ouvre le champ du possible et moins s'exerce la causalité d'un probable déterminé » (Dubar, 2006 : 79-80). C. Dubar met ainsi en garde contre une lecture trop déterministe qui, si nous appliquons cette grille de lecture à notre sujet, insiste sur la continuité des pratiques de soins, leur cohérence mais ne serait pas à même de restituer les changements chez les individus et la contradiction sous-jacente à certaines de leurs actions.

Il reste que c'est toujours *en fonction* de ces pratiques familiales – produits d'une socialisation ultérieure – que sont évalués les bons ou les mauvais comportements de recours aux soins. Nous pouvons d'ailleurs faire l'hypothèse, à l'analyse des entretiens, que cette rupture s'observe uniquement lorsque l'individu qui les critique a été confronté à des problèmes de santé. C'est ce qu'une de nos interlocutrices explicite quand elle revient sur l'attitude de sa famille. A la question sur la manière dont elle était soignée étant jeune, elle explique avoir eu « *des parents assez spécial, on allait déjà pas chez le dentiste et puis le médecin il fallait vraiment que ça soit un cas urgent parce que autrement non, on n'y allait*



*pas* ». Selon elle, l'absence de soins dentaires lors de son enfance est la cause de ces complications dentaires actuelles. Cela l'a convaincue de la nécessité de ne pas reproduire ces comportements familiaux pour elle et ses propres enfants. Alors qu'elle déclare avoir souvent consulté un médecin en retard, et le faire encore, elle s'est mise à suivre régulièrement sa santé bucco-dentaire dès qu'elle a pu le faire, lors de sa première grossesse :

« - *J'y vais une fois par an [chez le dentiste].*

- Vous êtes assez régulière là-dessus ?

- *Oui, oui, j'ai tellement souffert que... Oui.*

- Il y a des antécédents ?

- *Oui. Passer des nuits blanches quand on est gamine et tout... Non, des parents qui ne vous emmènent jamais chez le dentiste, non, non.*

- Quand vous disiez toute à l'heure que vos parents ne vous emmenaient pas chez le dentiste, c'était même pas parce que vous n'aviez pas de besoin ?

- *Oui, j'avais énormément de problèmes. D'ailleurs j'ai quasiment plus de dents à moi, mais mes parents ne nous emmenaient pas. Donc les nuits blanches à souffrir des dents, je veux pas que mes enfants souffrent comme j'ai souffert.* »

#### Entretien 24

Hormis pour ceux qui se détachent de ces pratiques, la majeure partie des individus se réfèrent à une transmission des pratiques de santé par le biais de la famille, au sein de laquelle les normes et les valeurs sont partagées et au sein de laquelle le « goût » se construit. Ce constat mériterait d'être confirmé sur un corpus plus large afin de comprendre les « inégalités de chances en santé ». (Devaux, Jusot, Trannoy et Tubeuf, 2007). Peu connue jusque-là, contrairement aux travaux sur les revenus ou le niveau d'éducation, une transmission intergénérationnelle de la santé a été démontrée récemment en France. La santé d'un individu à l'âge adulte varie par exemple en fonction de la profession et du niveau d'éducation des parents, mais également de leur état de santé. Les auteurs en concluent ainsi à un déterminisme social et familial en matière de santé. Pour autant, l'explication de ce phénomène reste à être documentée. Parallèlement à celle de l'héritage d'un patrimoine génétique, les chercheurs qui ont fait ce travail avancent l'hypothèse d'une « reproduction des comportements à risque, de recours aux soins et de prévention » (Duvaux et *al.*, 2007 : 1) – ce vers quoi notre corpus tend également.

Pour le moment, à notre connaissance, l'état de santé des enfants et leur suivi sont documentés à plusieurs âges de la vie, mais sans que cela ne fasse l'objet d'études longitudinales permettant de tester cette hypothèse de la reproduction des pratiques de santé à l'âge adulte. Or, plusieurs études confirment par exemple l'écart dans le recours aux soins entre les catégories sociales chez les adultes, mais également chez les enfants. Ainsi, au sujet des soins dentaires, les enfants issus des ménages les plus modestes cumulent une plus forte prévalence de caries alors qu'ils sont moins suivis en orthodontie. L'écart est également très net chez les enfants concernant le non-recours aux soins généralistes et spécialistes : 20% des enfants des ménages modestes n'ont pas consulté de médecin généraliste au cours des 12 derniers mois, contre 16% des autres enfants. Ils sont 58% à ne pas avoir vu de médecin spécialiste, contre 41% des autres enfants (de Saint Pol, 2007). Bien que des programmes spécifiques soient proposés par les professionnels de santé, gratuitement comme dans les centres de santé grenoblois, une partie des enfants en situation de précarité sociale et repérés en surpoids par la médecine scolaire abandonne voire ne démarre jamais cette prise en charge (Chauveaud et Warin, 2009b). Les constats de disparités et d'inégalités de recours aux soins sont renouvelés lors de l'adolescence. En matière de surpoids, d'état de santé bucco-dentaire et de troubles sensoriels, les enfants scolarisés en troisième en zone d'éducation prioritaire (ZEP) ont un état de santé plus dégradé que ceux scolarisés en dehors des ZEP alors que ceux-ci ont un suivi médical moindre (Guignon, Herbet, Danet et Fonteneau, 2007).

### ***c) L'intériorisation progressive des contraintes initiales d'accès aux soins***

Un autre élément relatif au passé, en grande partie relié au point précédent sur le rôle familial, est évoqué dans les entretiens. Il englobe ce qui a trait au contexte dans lequel cette transmission des normes et valeurs de santé et ces apprentissages de pratiques de santé ont été réalisés. La description de ce contexte est marquée par le rappel de contraintes qui pesaient sur la santé et sur la prise en charge de celle-ci. Ces contraintes sont de nature différente. Nous pouvons les décliner sans pour autant y revenir en détail dans le sens où elles rejoignent des éléments développés dans la deuxième partie de notre travail.

Le premier type de contraintes renvoie à l'accessibilité et à la disponibilité de l'offre de soins, à l'époque où nos interlocuteurs étaient enfants. Cela concerne ceux qui ont vécu en France dans un territoire rural, où ils devaient faire « *par [eux]-mêmes* » pour se

soigner faute de médecins présents. Un manque de professionnels de santé a par exemple pu être évoqué au sujet de l'absence de dentiste dans un périmètre proche de chez eux. Mais, plus majoritairement, cette contrainte est rappelée par nos interlocuteurs issus de pays étrangers, caractérisés par leur faible système de soins. Ici le manque d'habitude de recours au médecin en cas de problèmes de santé était alors expliqué par le fait que, dans leur pays d'origine, il ne faut consulter qu'en cas d'urgence sanitaire ou lorsque les recours traditionnels ne fonctionnent pas. Sont donc décrits autant des traits « *culturels* », pour reprendre le terme d'un Algérien, que des caractéristiques de l'offre de soins pour expliquer le manque d'habitude et/ou l'absence de consultation sur une longue période.

Le second type de contraintes intègre les contraintes économiques qui pesaient sur l'accès aux soins, aussi bien pour les personnes vivant en France ou à l'étranger. Par défaut de ressources économiques suffisantes, le recours aux soins dans l'enfance ne se faisait qu'en cas d'urgence, se résumant par exemple à une consultation pour l'ensemble de la famille.

Enfin, le dernier cas de figure concerne les individus qui ont fait face à de fortes instabilités personnelles ou familiales dans leur enfance. Plusieurs personnes nous ont par exemple expliqué ne pas avoir eu de cadre familial et avoir été placées de foyer en foyer. L'étude de F. Bazin sur les déterminants psychosociaux du renoncement aux soins indique d'ailleurs que ce phénomène est plus fréquent chez ceux « qui ont vécu un cumul de difficultés dans leur jeunesse » (Bazin et *al.*, 2006 : 24). Cette étude, comme d'autres, met l'accent sur les conséquences psychosociales de ces épreuves, vécues dans la jeunesse mais aux impacts présents à l'âge adulte. Pour notre part, nous pouvons compléter ce constat en démontrant en quoi l'instabilité qui caractérise ces épreuves et cette période a un effet sur la construction de pratiques de santé pouvant amener à du non-recours aux soins.

Ces trois types de contraintes n'épuisent pas la réalité. Ce qui est intéressant, c'est moins leur nombre et leur nature que la manière avec laquelle les individus y font référence. Les contraintes ne sont en effet présentées qu'à propos du passé, pour justifier l'absence de soins par les parents par exemple. Mais elles ne le sont plus une fois qu'il est question de l'absence de soins à l'âge adulte. Pour le dire autrement, si les raisons objectives d'être en non-recours aux soins valent pour leurs parents, la reproduction des pratiques de soins pourtant contraintes fait qu'elles sont intériorisées et *in fine* qu'elles ne

sont pas remises en cause par nos interlocuteurs. Nous pouvons faire l'hypothèse que les significations du non-recours aux soins changeraient entre les générations, c'est-à-dire, en simplifiant l'idée, qu'elle passerait d'une difficulté à une préférence. Cela expliquerait alors la durabilité de ces pratiques chez certains individus, la difficulté à les modifier, et/ou leur point de vue sur un non-recours qui serait de l'ordre d'un goût personnel.

Ces derniers éléments sont centraux dans notre analyse du non-recours aux soins privilégiant le rapport entre un individu et le système de soins. Jusque-là, dans cette partie, nous avons mis l'accent sur les expressions, recueillies dans les entretiens, d'un non-recours par préférence et par goût, adossé sur la norme de l'autonomie individuelle. Cette analyse croise en cela plusieurs caractéristiques de la thèse de l'individualisation, en tant qu'elle serait un processus social positif laissant davantage de marge de manœuvres aux individus, ceux-ci n'étant plus les agents façonnés par les déterminismes sociaux, structurels, et pouvant être dans de l'autodétermination. Selon Claude Martin, qui en constate la prégnance dans les sciences sociales, cette thèse a profondément modifié le regard et les pratiques sociologiques de ces dernières décennies. Le travail sociologique s'intéresse moins « à la question des sources de détermination, de reproduction, ou à celle des dispositions et opportunités qu'à l'autodéfinition identitaire dans les interactions avec d'autres que l'on a choisis » (Martin, 2007 : 222). Or, en faisant l'hypothèse que les significations positives du non-recours aux soins seraient issues de contraintes passées, ne rejoint-on pas la mise en garde de C. Martin sur la réalité de cette thèse de l'individualisation ? S'appuyant sur une analyse critique des « solidarités » familiales, il explique en effet que « les contraintes qui pèsent sur certaines couches sociales ou certains acteurs sociaux sont telles que le choix se résume bien souvent à une rationalisation *a posteriori*, compte tenu des faibles marges de manœuvre de l'acteur. Telle est bien la limite du projet d'individualisation » (Martin, 2007 : 225). Il réaffirme ainsi la nécessité, pour le travail sociologique, de privilégier l'analyse des conditions de possibilités de ces choix individuels et de ses volontés d'autodétermination.

Pour constater empiriquement comment se traduisent les limites de la thèse de l'individualisation, terminons par l'analyse de la situation d'un jeune homme rencontré au CES de Dijon. Cet homme, que nous prénommerons Sébastien, venait passer un bilan de santé non pas à son initiative, mais à celle de son patron – il occupe au moment de l'entretien un emploi de livreur. Cette décision fait suite à son troisième malaise qui a, cette fois-ci, occasionné un grave accident de la route pendant son travail. Sans cet incident et

l'incitation extérieure, Sébastien ne serait pas venu de lui-même au CES, « *pour le plaisir* » comme il dit. Pour autant, il ressent plusieurs problèmes de santé depuis plusieurs années. Il juge son état de santé moyen, ne se sentant « *pas en super forme* » que ce soit sur le plan mental ou physique. L'essentiel de ses préoccupations concerne son état de santé dentaire, ses dents étant « *vraiment foutues* », même s'il « *supporte* » et « *s'habitue* » aux douleurs chroniques. Malgré ces besoins de soins, il ne réalise pas les soins nécessaires. Son recours au médecin est essentiellement à visée curative, c'est-à-dire en cas de douleur ou de limitations dans l'exercice de son métier. Pour le reste, il dit se débrouiller par lui-même. Quant aux soins dentaires, il a d'abord été soigné en urgence à l'hôpital pour une rage de dents puis a engagé un suivi chez un dentiste. Il n'est pas allé jusqu'au bout des soins, les arrêtant après trois séances, après avoir raté involontairement un rendez-vous.

Sébastien déclarera à plusieurs reprises faire preuve d'un « *manque de sérieux* » dans la gestion de sa santé. Il avance plusieurs éléments pour l'expliquer. D'un côté, sa trajectoire sociale est marquée par une très forte instabilité, n'étant pas encore « *posé dans la vie* », ni « *dans la tête* ». Depuis la majorité, il a alterné travail au noir et emploi d'horticulteur, de même qu'il a vécu dans la rue et a été amené à déménager de nombreuses fois. La situation d'instabilité dans laquelle il se trouve le contraint au niveau des démarches administratives et du suivi de sa santé. D'un autre côté, l'absence de suivi de cette dernière tient au fort investissement dans son travail. Sans diplôme, il met en avant la nécessité « *d'être toujours présent, toujours OK, disponible* » pour son patron, reconnaissant le faire au dépend de sa santé. Mais un autre facteur explicatif de ses situations de non-recours aux soins se retrouve de manière transversale, tout au long de cet entretien dense, qui durera plus d'1h40. Il s'agit de l'importance de l'habitude. Sébastien y renvoie explicitement dès la première question de l'entretien :

« - À quand remonte la dernière fois où vous êtes allé chez le généraliste ?

- *Chez le généraliste... En fait moi j'y vais pas souvent chez le médecin. Donc la dernière fois que je suis allé chez le généraliste... Je peux même pas vous répondre. [Il a l'air gêné] Parce que c'est vraiment occasionnel, j'y vais vraiment quand admettons il y a quelque chose que je peux pas... quand il y a quelque chose qui va vraiment pas.*

- C'est pas le réflexe d'aller chez le médecin ?

- *Non, c'est pas le réflexe dans un premier temps.*

- C'est quoi le réflexe dans un premier temps ?

- Dans un premier temps, on va attendre l'évolution, on va attendre de voir l'évolution et puis si ça s'arrange pas, s'il n'y a pas l'arrangement et bien là je vais consulter.

- C'est quoi, c'est parce que vous n'aimez pas forcément le médecin ?

- Je sais pas, c'est peut-être parce que j'ai des habitudes... Une mauvaise habitude prise.

- Est-ce que c'est si mauvais que ça ? Est-ce que c'est une mauvaise habitude ?

- Je sais pas, je dis ça... Mauvaise habitude parce que peut-être je devrais peut-être prendre plus soin de ma santé. »

Entretien 19

Il expliquera par la suite cette « mauvaise habitude » par son passé, en prenant l'exemple du suivi de son hygiène bucco-dentaire :

« - Je pense comme je vous avais dit que c'est un manque d'habitudes... Je suis pas sérieux avec mes soins personnels, tous les petits soins de tous les jours on va dire.

- Il y a des choses que vous faites tous les jours qui améliorent votre santé ou qui la détériorent ? parce que la santé passe aussi par une attention quotidienne.

- Et bien on va dire que, au niveau de l'hygiène, je me lave pas les dents tous les jours. Ça c'est des habitudes qui déjà remontent à très loin. Et puis il y a aussi... depuis gamin, ça remonte à depuis gamin. Mon enfance, elle a pas été mise dessus, ou alors ça m'a été dit vite fait, on s'est pas préoccupé... On m'a pas mis dans le bain en disant « viens on se brosse les dents tous les jours », donc moi gamin je le faisais déjà pas donc j'ai jamais continué. Enfin ça m'arrive, ça m'arrive quand même de me broser les dents. »

Entretien 19

Sur le rôle du passé, Sébastien introduira au fur et à mesure de l'entretien des éléments de compréhension du contexte dans lequel il a vécu étant jeune. Il déclare avoir eu un passé difficile du point de vue familial, décrivant sa famille comme « bizarre » et expliquant avoir été renié par sa mère. L'extrait suivant rend compte de l'impact de ce passé sur la prise en charge de sa santé. Cet extrait est très révélateur pour voir comment, dans ses propos, Sébastien glisse des manières de faire *passées* vers des manières de faire *présentes*. Ainsi, malgré la déclaration d'habitudes qu'il qualifie lui-même de

« *mauvaises* », son discours présente une continuité de pratiques de (non-)soin. L'empreinte du passé est si forte qu'il éprouve des difficultés à modifier ces pratiques :

« - Par contre vous avez dit que vous n'aviez pas eu d'habitudes par rapport à la santé ou l'hygiène, comme se brosser les dents ?

- *On me l'a dit, on me l'a dit mais une fois dans l'année. Et puis après on ne venait pas vérifier. Mais là pareil, ça c'est mon parcours personnel mais j'ai toujours été baladé aussi, entre chez mon père, ma mère, et comment dire, les foyers, les familles d'accueil et compagnie. Donc ça a pas facilité du tout les choses et puis au bout du compte, c'est des habitudes qui ont jamais été prises, tout simplement.*

- Et au niveau du médecin, vous aviez l'habitude de le voir ?

- *Et bien j'allais chez le médecin que quand j'avais quelque chose. J'allais pas faire une visite annuelle pour voir, comme on va chez le dentiste. Maintenant c'est tous les trois mois, c'est ça ? Ou un truc comme ça.*

- Tous les ans.

- *Tous les ans, j'en sais rien. Et bien moi j'ai pas eu ça. J'ai eu « T'as mal aux dents ? Et bien on va chez le dentiste ». T'as pas mal, t'y vas pas. Moi j'y vais quand j'ai quelque chose.*

- Dès le début c'était comme ça.

- *Ça a toujours fonctionné comme ça. »*

#### Entretien 19

L'exemple de Sébastien est ainsi utile pour ne pas tomber dans le biais de la « fiction du « libre choix » » (Martin, 2007 : 237) puisqu'il démontre comment ses préférences se sont construites progressivement en fonction des ressources disponibles ou non et des événements ayant ponctué sa trajectoire sociale.

### **Conclusion du chapitre 3**

Les situations de non-recours aux soins, observées à l'échelle individuelle, sont à analyser en relation avec des éléments de contextes situés à différents niveaux. Parmi ceux-ci, nous avons isolé le rôle des débats publics sur le budget de la Sécurité sociale et les appels à une responsabilité de l'ensemble des assurés. Ils participent à la défense d'une logique citoyenne de non-recours. Les significations de ces situations de non-recours aux soins, pour nos interlocuteurs répondant à cette logique, se modifient et deviennent positives, l'adoption d'usage minimal du système de soins étant une preuve de leurs comportements civiques et responsables.

L'analyse compréhensive des entretiens nous permet également de concevoir le non-recours aux soins non plus comme une situation uniquement passagère, mais également durable. C'est la continuité qui est exprimée par nos interlocuteurs dans leur rapport curatif au système de soins et leur usage de pratiques d'automédication. La référence à l'habitude, mais aussi plus subtilement au goût, en sont deux marqueurs.

Les points développés dans ce chapitre sont ainsi essentiels pour comprendre en quoi l'individu est, dans son rapport avec le système de soins et dans la gestion de sa santé, un acteur. C'est de cette manière que nous pouvons l'analyser et c'est de cette manière qu'il se présente également. Gardons-nous cependant d'en faire un acteur pleinement rationnel et stratégique, conscient et parfaitement informé des choix qu'il réalise. Ses pratiques dépendent en effet des ressources qu'il peut mobiliser et elles sont le reflet de conditions sociales précises, notamment celles du passé, à l'empreinte structurante *via* la socialisation.



## Conclusion de la partie

Cette troisième partie s'est centrée sur les situations fréquentes, dans les entretiens, d'individus pour qui le non-recours aux soins ne fait pas sens et/ou ne se pose pas en termes de difficultés. Ce constat n'est pas dû au déni pour la santé, celle-ci étant perçue comme nécessaire dans des situations de précarité marquées par l'incertitude. Il tient plutôt à ce que, pour un individu, se reconnaître en non-recours aux soins demande de se définir comme nécessitant des soins. Or, nous avons pu voir le caractère construit du « besoin de soins » et de la « maladie ». Le rapport à la douleur et plus généralement au corps influencent beaucoup la définition qu'un individu donne à ses besoins de soins.

Après ce constat préalable, nous avons analysé comment les individus réagissent lorsqu'un symptôme se fait ressentir. La logique curative de recours aux soins est ressortie de manière prégnante. Selon celle-ci, un recours aux soins n'est légitime qu'à la condition de ressentir des douleurs et/ou une gêne suffisantes. Les médecins ne sont pas perçus pour leur rôle de prévention. Pour autant les individus apportent leur propre réponse aux symptômes, sous la forme de pratiques d'automédication. Ces ressources et connaissances sont mises en avant dans les entretiens. Elles sont jugées efficaces, légitimes, et prennent sens en référence à la norme de l'autonomie.

Le non-recours aux soins suit également une logique qualifiée de citoyenne. Ici, l'usage minimal du système de soins est justifié par des arguments civiques. En l'occurrence, l'absence de recours aux soins est présentée par nos interlocuteurs comme une participation à l'effort collectif de réduction des dépenses de santé. Nous ne sommes pas loin de ce que nous avons vu dans la première partie de ce travail autour de l'impératif croissant à « être acteur de sa santé », acteur bénéficiant de droits mais également de devoirs de soins. Enfin, l'analyse des entretiens a souligné en quoi les comportements à l'origine de non-recours aux soins sont façonnés par une socialisation, notamment familiale, qui facilite la verbalisation du non-recours comme un « goût » et l'intériorisation de pratiques difficiles à remettre en cause. Ce dernier point nous permet de faire l'articulation entre l'expression de préférences individuelles et les conditions sociales qui orientent ses conduites en matière de santé.

## CONCLUSION GENERALE

Dans cette recherche, nous nous sommes attaché à comprendre un phénomène qui nous a interpellé et a suscité notre curiosité, celui du « non-recours » aux soins des populations « précaires ». Comprendre parce qu'il a été question, en premier lieu, de se faire une idée claire de ce que ce phénomène recouvre ainsi que de connaître pourquoi et comment celui-ci a émergé dans le champ de la santé en France. Rien de plus surprenant et intéressant que de voir un phénomène sur lequel le regard d'un ensemble d'acteurs hétérogènes converge voire, pour certains, s'accorde pour en faire un « problème » appelant une réponse publique. Comprendre parce qu'il a été question, en second lieu, d'appréhender ce phénomène, de le déchiffrer et de l'interpréter, à partir des personnes directement concernées. La démarche fait ici référence au double sens avec lequel P. Bourdieu entend le travail scientifique de compréhension. Dans le débat sociologique traditionnel opposant les défenseurs de la démarche compréhensive à ceux de la démarche explicative, il souligne « que comprendre et expliquer ne font qu'un » (Bourdieu, 1993 : 1400). En application de ce principe, nos entretiens ont cherché à expliquer, d'un côté, dans quel contexte et par quels processus sociaux un individu en vient à adopter une conduite particulière et, de l'autre, à percevoir le sens que ce dernier donne à ses actions et situations, ainsi que la manière par laquelle il se les représente.

Le travail de compréhension ainsi mené nous a permis de rendre compte d'une caractéristique centrale de la notion de « non-recours », à savoir sa plasticité. En effet, elle ouvre la possibilité, aux chercheurs, d'analyser plusieurs problématiques de recherche et, aux acteurs sociaux, d'exprimer leurs différents points de vue sur ce phénomène et les populations concernées. Cette conclusion s'attache à en restituer les principales facettes, lorsqu'il est question des soins et des populations précaires.

Quatre temps rythmeront cette conclusion. Nous reviendrons tout d'abord sur nos constats, autour de la problématique initiale des normes. Il ne s'agit pas d'être exhaustif mais d'insister sur ce qui nous semble central et sur l'évolution de notre compréhension du phénomène de non-recours aux soins au fur et à mesure de l'enquête. En l'occurrence, nous verrons dans un deuxième temps pourquoi, par notre processus de recherche, nous sommes arrivé à faire de l'individu un point d'entrée central de la compréhension du non-recours. De là, nous tirerons ensuite deux types de conclusions, générales, qui porteront

sur l'analyse du phénomène de non-recours et de la précarité. Nous ouvrirons enfin la réflexion sur les enjeux de l'approche du non-recours pour l'action publique.

## **1. UNE COMPREHENSION DU PHENOMENE DE NON-RECOURS EVOLUANT AU FUR ET A MESURE DE L'ENQUETE**

Les dispositifs d'enquête, ainsi que la manière par laquelle nous sommes venu à nous intéresser au non-recours, ont eu toute leur importance dans notre travail de compréhension de ce phénomène. La relation avec les professionnels de la santé puis les acteurs de la santé publique, l'analyse des différentes sources écrites et orales portant sur l'accès et le (non)-recours aux soins des populations précaires, ont amené à comprendre l'émergence et la construction de ce phénomène comme un problème de santé publique – sans pour autant que cela donne lieu à une politique globale et générale. La première partie en a décrit les composantes.

Les définitions et approches du non-recours aux soins, aussi diverses soient-elles, ont pour point commun de renvoyer à des conduites non conformes à certaines normes médicales et épidémiologiques. En fonction de cela, être dans cette situation, c'est être exposé à un « risque » pour sa santé et/ou celle des autres. La place de l'épidémiologie sur ces questions, plus précisément à travers le « paradigme épidémiologique » (Peretti-Watel, 2004), est un des facteurs explicatifs de la référence centrale du risque. Dans ce cadre, des populations à « risque » sont définies, et en particulier les populations précaires. Ce choix provient des connaissances concernant leur état de santé et leur consommation de soins plus problématiques que pour le reste de la population, mais également des représentations sociales que les acteurs ont d'elles. Le ciblage des dispositifs sanitaires et sociaux, qui consiste à concentrer les moyens sur ceux qui auraient « le plus de problèmes », participe également à ce que progressivement les termes de « populations précaires » et « populations éloignées du système de soins » deviennent synonymes. Ces éléments font que le non-recours aux soins est évoqué dans les débats généraux sur les inégalités sociales de santé, caractéristique en cela d'une perspective française où l'accès et le recours aux soins sont perçus comme des déterminants et des leviers essentiels de ces inégalités.

La référence au risque, de même que l'intérêt porté par des acteurs tels que le CETAF, font pleinement entrer la question du non-recours aux soins dans le champ de la

santé publique, cette « entreprise publique de gestion de la santé de la population » (Massé, 2003 : 4). A travers ce prisme, elle donne à voir des individus « souffrants » sur le plan de la santé ou « vulnérables »<sup>337</sup>. Dans la continuité, la figure d'un individu citoyen, porteur de droits et de devoirs, est ressortie de notre analyse. Reprenons chacune des deux dernières caractéristiques de cette citoyenneté. D'une part, l'émergence du non-recours se comprend dans le contexte de l'affirmation des droits sociaux en tant que composants de la « citoyenneté sociale ». Le droit à la santé, entendu comme droit aux soins, participe à l'extension des « droits à » particulièrement forte depuis les années 1990. L'ineffectivité de ce droit est relevée, notamment par les chercheurs et les acteurs associatifs. Ces derniers y voient l'effet des différents « obstacles » auxquels sont confrontées les personnes précaires pour prendre en charge leur santé et, également, le symptôme d'une exclusion du statut de citoyen<sup>338</sup>. Par conséquent, « le critère de l'effectivité comporte [...] une forte dimension normative » (Knoepfel et *al.*, 2001 : 263), puisque ici une citoyenneté est aboutie uniquement si un individu exerce l'ensemble des droits qu'il a *de jure*.

D'autre part, des obligations de respecter des devoirs de santé et de soins pèsent de plus en plus sur le citoyen (en général), telles qu'elles sont présentes implicitement dans un ensemble de dispositifs législatifs (Tabuteau, 2009). De notre côté, nous observons cette référence aux devoirs dans les intérêts portés aux situations « d'éloignement » du système de soins, en particulier par les acteurs du champ politico-administratif. Ces derniers mobilisent à la fois le registre des bénéfices individuels (améliorer la santé) et celui du bien commun (réduire les coûts économiques attribués au non-recours). Inciter les usagers et non-usagers du système de soins à se soigner de la manière la plus « efficiente » possible est présenté comme une solution au déficit public en matière de santé. Ces obligations ont comme soubassement le « modèle contractuel » de prévention, modèle « constitutif de normes, de valeurs et d'habitus [impliquant] une dimension toute collective par laquelle les sujets ne deviennent des « patients sentinelles » que parce que

---

<sup>337</sup> Les différentes interventions, lors des Journées jeune recherche « Regards croisés sur les populations vulnérables », organisées en 2009 à Grenoble, ont bien rappelé en quoi parler de « vulnérabilité » suppose la présence d'un risque. La référence croissante à ce terme dans le champ des politiques sanitaires et sociales, observée également dans notre recherche, a fait l'objet de plusieurs critiques lors de ces journées puisqu'il est créateur de dispositions compassionnelles et favorise des logiques d'interventions sur le seul individu.

<sup>338</sup> En cela, au-delà de la seule « citoyenneté sociale », nous pourrions également parler d'une « citoyenneté biologique ». Ce concept, proposé par Adriana Petryna, est synthétisé par D. Fassin comme étant la citoyenneté « par laquelle les personnes les plus précarisées retrouvent une place dans la cité par la maladie – et même, on ose à peine le dire, grâce à elle ». Selon lui, elle est incarnée « dans la tendance croissante à légitimer par la souffrance ou par la maladie les droits que nous sommes prêts à reconnaître aux plus précaires et aux plus vulnérables » (Fassin, 2008 : 63).

leur corps n'intéressent pas qu'eux-mêmes » (Dozon, 2001 : 42). Toutefois, la référence aux devoirs prend un sens particulier pour les populations précaires, en s'inscrivant dans la diffusion d'une logique de contreparties au sein du système de protection sociale. En échange de droits sociaux et de prestations sociales, les personnes concernées sont incitées à être actrices et responsables de leur santé.

Ainsi, la question du non-recours aux soins est présente à la fois dans des débats réclamant l'effectivité du droit aux soins et dans ceux appelant au développement des devoirs de soins. Cela vient confirmer les observations, dans le champ de la santé, selon lesquelles « les normes ne sont pas des fins en soi, ce sont des intermédiaires, à la fois résultats de processus sociaux et outils au service des groupes et de leurs objectifs. Les fins elles-mêmes sont par définition contradictoires et conflictuelles. Une évolution normative se dessine qui oscille entre le respect de l'utilisateur (des droits humains, de la dignité humaine, etc.) et le souci de rentabilité, d'efficacité » (Bouchayer et *al.*, 2004 : 15).

Cette analyse de l'émergence du « non-recours aux soins » nous a amené vers un type particulier d'hypothèses sur ce phénomène avant de réaliser, sur les différents terrains d'enquête, des entretiens qualitatifs avec les individus en situation de précarité et de non-recours. En analysant les entretiens, nous avons retrouvé plusieurs difficultés ou « barrières » évoquées dans la littérature sur l'accès et le recours aux soins des populations précaires. L'étude du non-recours ne peut donc pas faire l'impasse d'une analyse de l'offre de soins, en étant plus particulièrement attentive à son organisation et à sa répartition géographique, aux impacts des réformes qui la concernent, à son réel degré d'accessibilité ou encore à la nature des relations entre les acteurs de l'offre et de la demande de soins.

Trois principaux types d'« obstacles » aux soins ont pu être répertoriés à partir des entretiens. Le premier type est économique et prend la forme du « renoncement aux soins pour raisons financières ». Une distinction claire est apparue en fonction des soins : ces renoncements touchent principalement les consultations de spécialistes, pour lesquelles les remboursements par l'assurance maladie de base sont les plus faibles et pour lesquelles la nécessité d'une complémentaire santé se fait ressentir. Ces constats réinterrogent les réformes du système de santé destinées à accroître et à diversifier la contribution financière des patients, mais surtout celles visant à accroître la place de la couverture complémentaire dans la prise en charge des dépenses de santé.

Le second type d'obstacle est géographique. Il renvoie à la distance entre un individu et l'offre de soins, dans un contexte où la lutte contre les « déserts médicaux » est inscrite à l'agenda public. Cet obstacle a également trait à la disponibilité de cette offre, c'est-à-dire au degré avec lequel il est possible de l'utiliser, ce qui se traduit par exemple dans les délais de rendez-vous et les refus de soins.

Le troisième et dernier type d'obstacle, moins facilement distinguable que les précédents, est relatif au niveau de confiance qu'a un individu envers les médecins et le système de soins. Recourir aux soins dépend en effet du type de confiance que l'on accorde aux soignants, ces derniers ayant un rôle central dans l'instauration d'une telle relation, et de la croyance que l'on a dans la capacité des institutions sanitaires à apporter des réponses, fiables et efficaces, aux besoins de soins.

Ces trois obstacles sont autant « d'inégalités d'opportunités » (Grand et Monney cités dans Rochaix, 2003) ayant une influence sur la possibilité matérielle et la décision de recourir ou de ne pas recourir aux soins pour des besoins donnés. Cette influence varie en fonction des situations, par exemple selon le revenu des individus (en particulier de leurs dépenses de logement), leur « motilité », leur réseau social ou, entre autres, leur rapport au temps. Les individus confrontés à ces obstacles abandonnent les soins envisagés ou, plus couramment, les reportent. Mais ces obstacles produisent également autre chose. L'analyse des entretiens souligne différents vécus de l'écart entre le désir de réaliser des soins, de prendre en charge sa santé comme tout un chacun, et les contraintes imposées par l'offre de soins. Cela va de la frustration jusqu'au repli vis-à-vis d'une offre de soins jugée stigmatisante et excluante, en passant par le sentiment d'insécurité sociale. Ces observations sont assez proches, nous semble-t-il, de ce que C. Martin évoque à propos de l'égalité entre hommes et femmes, que nous pouvons appliquer ici : « en aspirant à décider, à choisir, les personnes deviennent d'autant plus conscientes des contrastes existant [...] entre aspirations à l'égalité et conditions objectives d'inégalités » (Martin, 2007 : 225).

Pour autant, au fur et à mesure des entretiens, nous nous sommes rendu à l'évidence que ces explications en termes d'obstacles, de difficultés expérimentées et/ou ressenties dans l'accès aux soins et le rapport à l'offre de soins, ne sont pas suffisantes pour comprendre le phénomène de non-recours. Il s'agit là de l'un des constats centraux

de notre recherche : le non-recours n'est pas pour tous nos interlocuteurs vécu sur le mode d'un « problème » ou d'un « risque ».

Nous avons isolé plusieurs raisons de ce décalage entre la construction de ce phénomène et les significations accordées par les personnes concernées. Tout d'abord, et contrairement à ce que nous avons pensé, le non-recours n'est pas nécessairement lié à l'absence de priorité accordée à la valeur santé. Celle-ci peut être reléguée provisoirement ; certains besoins sociaux étant prioritaires à des moments d'instabilité dans les trajectoires des individus. Cependant, plus généralement nos interlocuteurs y adhèrent : la santé est présentée comme un support nécessaire à la participation dans la vie professionnelle et familiale. Plutôt que la valeur santé, c'est la question du besoin de soins qui est posée derrière le non-recours aux soins. Notre travail rappelle en effet que le besoin, tel qu'il est défini et formulé par les individus et non en fonction de critères médicaux ou du niveau de risque, est déterminant pour aboutir à une demande de services de la part des individus. Tout dépend si les individus perçoivent ou non des symptômes, mais tout dépend surtout de la manière avec laquelle ils se les représentent et leur attribuent une origine ou une nature particulière. Dans ce processus interviennent des éléments comme, entre autres, l'âge, la situation professionnelle ou les représentations de la maladie.

Les besoins – subjectifs – de soins ont leur importance puisqu'en leur absence, il n'est pas jugé « utile » ou « nécessaire » de consulter. Et encore, nous avons ensuite souligné, en observant comment nos interlocuteurs réagissaient face à des douleurs, que tout besoin de soin ressenti n'entraîne pas mécaniquement la décision de consulter un professionnel de santé. L'analyse des entretiens a fait ressortir une logique sociale de recours aux soins principale, la logique curative. La décision de recourir dépend alors de la présence de l'un des deux facteurs suivants : la gêne et la douleur. Là aussi, cela a lieu après évaluation, par l'individu, de leur gravité et de leur évolution.

Face à des symptômes, nos interlocuteurs développent également des pratiques de soins profanes. Autrement dit, répétons ce constat, le non-recours aux soins n'est pas synonyme d'absence de soins. Les descriptions abondantes des pratiques d'automédication sont intéressantes en ce sens. Elles font ressortir la présence dans les entretiens de tout un vocabulaire du savoir et de la connaissance personnelle en matière de soins. Ces descriptions sont également utiles pour comprendre la complexité de la question des

normes dans le champ de la santé. C'est en effet au nom de l'autonomie que ces pratiques alternatives à la consultation médicale sont justifiées par certains de nos interlocuteurs, en référence à la figure de l'auto-soignant présente explicitement dans la formule « *être son propre médecin* ». Il ne s'agit pas pour autant d'une simple opposition aux médecins, à leur fonction ou aux normes et valeurs qu'ils véhiculent, mais d'une complémentarité. La mise en avant de l'autonomie dans les entretiens peut apparaître comme une volonté de démontrer son adhésion à des normes présentes dans le champ de la santé, telle que celle d'être acteur de sa propre santé. En cela, « même très individualisés, les individus doivent faire avec la société, avec les rapports de force tels qu'ils existent au moment où ils agissent, et aussi avec les normes qui leur intiment l'ordre d'être « individus » » (de Singly, 2005 : 63).

Enfin, les entretiens, effectués dans une démarche compréhensive, indiquent d'autres éléments participant à l'explication des « bonnes raisons » du non-recours aux soins. La première d'entre elles relève d'une logique de non-recours par « citoyenneté » : l'usage modéré du système de soins s'inscrit dans la volonté de participer à la réduction des dépenses publiques de santé, en écho aux impératifs auxquels chaque usager est de plus en plus incité. La logique guidant le recours ou le non-recours au système de soins, pour les individus, intègre ainsi des paramètres collectifs. Nous avons évoqué la possibilité d'y voir des comportements politiques ; cette dimension mériterait d'ailleurs d'être creusée dans de futurs travaux pour envisager en quoi la référence au civisme dans le champ de la santé participe à la « redéfinition du lien démocratique » (Dozon, 2001 : 41).

La seconde « bonne raison » du non-recours tient à l'expression de préférences, par les individus, quant à ce qu'ils considèrent être un « bon » usage du système de soins. La référence à un goût ou un style de vie, qui distinguerait nos interlocuteurs des « autres », est présente dans les entretiens et permet de comprendre pourquoi les significations associées aux situations de non-recours ne relèvent pas toujours de « difficultés » ou de « problèmes ». L'analyse de la place du goût a également comme intérêt de retracer comment les individus en sont venus à formuler ce type de préférences, ainsi qu'à tenir compte, en particulier, du rôle joué par les habitudes de santé et de soins dans l'enfance et par la socialisation. Plusieurs exemples ont été pris pour relever la marque du passé dans les situations de non-recours et leur justification en termes de préférences par nos interlocuteurs. Ils illustrent le fait que « l'individu est le fruit d'un travail » passé et présent (Martuccelli et de Singly, 2009 : 51).



## 2. VERS LA FIGURE DE L'INDIVIDU

Nous le voyons, en retranchant une à une les différentes hypothèses du non-recours aux soins, dans une démarche inductive, c'est bien l'individu qui est ressorti progressivement dans notre travail. La première partie nous l'avait certes donné à voir, à travers les incitations à être un acteur responsable de sa santé ou, autre exemple, à travers la référence au citoyen qui constitue « à côté de *l'homo œconomicus* (l'entrepreneur ou le travailleur) [...] la seconde figure de l'individu moderne » (Ion, 2005 : 24). Mais c'est une fois dans l'analyse des significations et des raisons attribuées au non-recours, par ceux qui sont concernés, que l'individu s'est détaché.

Si finalement nous devons caractériser ce dernier, nous dirions qu'il correspond à « l'individu dialogique » ainsi théorisé par F. Dubet<sup>339</sup>. Ce sociologue a proposé une réflexion stimulante sur l'individu, considérant ce dernier « comme machine à poser et à résoudre les problèmes sociologiques ». Il nous invite, d'une part, à dépasser la traditionnelle opposition entre individu et société, qui ne ferait pas sociologiquement sens et, d'autre part, à analyser « comment, « concrètement », les individus s'y prennent pour être des individus dans les sociétés où l'individualisation est, à la fois, une exigence morale, le principe des droits fondamentaux, et une obligation « fonctionnelle » ». F. Dubet soutient l'idée selon laquelle les individus combinent trois figures dans le travail qui amène à se constituer comme tels. Chacune d'entre elles fait écho à ce que nous avons observé dans les situations de non-recours aux soins. La première de ces figures est celle de l'individu social : il apparaît comme un cas, unique, tout en étant le produit de déterminismes et d'habitus. Pensons ici, à nouveau, à la présence du vocabulaire du goût dans les entretiens puisqu'il démontre justement l'influence de la socialisation dans les pratiques de soins, de même que le travail identitaire de l'individu et sa volonté de « se saisir comme quelqu'un de singulier ». L'individu, dans la seconde figure, est qualifié de rationnel dans le sens où ses comportements sont stratégiques et font sens pour lui. Ce sont les « bonnes raisons » avancées par nos interlocuteurs, à propos de leur rapport au système de soins, et qui sont, précise F. Dubet, « liées à des contextes cognitifs, à des ressources socialement définies ». La dernière figure est celle de l'individu éthique qui est caractérisé, lui, par sa réflexivité et sa volonté de se constituer en sujet, autonome. Reprenant les travaux d'Alain Touraine et la thèse de la séparation entre subjectivité et

---

<sup>339</sup> Cet article, intitulé « Pour une conception dialogique de l'individu », est paru en 2005 dans la revue en ligne *EspacesTemps.net*. L'ensemble des citations utilisées ici se rapporte à la page Internet suivante : <http://espacestemps.net/document1438.html>.

objectivité, F. Dubet évoque ici le cas des individus qui, bien que placés dans un contexte de domination sociale, essaient de se construire en tant qu'acteurs. La manière dont nos interlocuteurs ont mis en avant leurs compétences et pratiques permettant de prendre en charge leur santé, à vouloir en être acteur malgré les difficultés sociales rencontrées par ailleurs, donne un exemple de ces situations.

De ce fait, nous concevons l'individu, dans la combinaison de ces trois figures, comme un point d'entrée pertinent pour comprendre le non-recours aux soins. Nous percevons plusieurs intérêts complémentaires à mobiliser l'individu. Tout d'abord, nous considérons nous-aussi celui-ci comme « un terrain riche pour une discussion approfondie entre la sociologie et les autres disciplines » (Caradec et Martuccelli, 2004 : 14), à l'image de la science politique, de l'épidémiologie, de l'économie ou encore de la géographie qui éclairent toutes de manière complémentaire la problématique complexe de l'accès et du recours aux soins. La sociologie trouve sa place en analysant le rapport aux institutions sous l'angle de l'individualisation, comme le rappelle Jacques Ion, et ce « non pas à partir d'une théorie générale, mais sur la base d'enquêtes approfondies, mettant en évidence à la fois d'autres articulations entre le je et le nous et cette « ouverture réflexive » qui contraint l'individu contemporain à un travail permanent de construction de sens » (Ion, 2005 : 30).

Une analyse basée sur l'individu permet ensuite de porter attention à la décision de recourir ou non à une offre de services ou de droits, en tenant compte des conditions sociales influençant cette décision. Nous pouvons revenir, à ce sujet, sur la distinction entre les échelles microsociale et micro-individuelle, présentées en introduction. A juste titre, Dominique Desjeux (2004) différencie la première échelle en ce qu'elle s'attache à décrire le « processus » décisionnel, tandis que la seconde s'intéresse à la décision prise à un moment t. La pertinence de l'échelle microsociale pour comprendre le non-recours peut être réaffirmée ici. Elle permet d'avancer l'intérêt qu'il y aurait à analyser ce phénomène de manière dynamique. L'une des pistes envisageables pour des travaux ultérieurs serait de combiner les différentes grilles explicatives du recours ou du non-recours (Parizot et Chauvin, 2005a ; Collectif, 2008) au modèle séquentiel développé par W. van Oorschot (1998). Cela permettrait, dans un premier temps, de mieux saisir quel déterminant influence, et surtout à quel moment, le recours ou le non-recours à une offre ou un service. Cela permettrait, dans un second temps, d'envisager les liens entre parcours de vie et institutions, en analysant par exemple comment et pourquoi un individu, à certaines

étapes de sa trajectoire sociale, fait la démarche d'accéder à ses droits, abandonne celle-ci puis la reprend.

Enfin, ajoutons que partir de l'individu n'oblitére en rien les facteurs institutionnels du non-recours, remarqués dans les études sur le phénomène. Notre travail en a donné des preuves empiriques : les entretiens qualitatifs avec les personnes concernées par le non-recours ont souligné l'effet des facteurs institutionnels et des évolutions du système de protection sociale, de même que leur vécu – comme ce que nous avons décrit à propos du renoncement aux soins pour raisons financières. Ces entretiens apportent une dimension complémentaire en venant réinterroger le rapport entre, d'un côté, les normes et valeurs véhiculées par les institutions sanitaires et sociales (et les acteurs qui les composent) et, de l'autre, celles véhiculées par leurs ressortissants.

### **3. UNE ANALYSE OUVRANT A D'AUTRES APPROCHES DU NON-RECOURS ET DES POPULATIONS PRECAIRES**

Nous pouvons à présent tirer deux types de conclusions générales de ce travail. Premièrement, en appréhendant le non-recours à partir de l'individu, nous avons constaté un ensemble de déterminants qualitatifs du non-recours. Certes, parce qu'ils sont justement qualitatifs, ces déterminants sont difficilement généralisables. Notre démarche ne nous permet pas – et ce n'était d'ailleurs pas l'objectif – de quantifier la contribution de certaines dimensions explicatives du non-recours par rapport à d'autres. Mais ils n'en sont pas moins instructifs. En l'occurrence, que nous apprennent les constats évoqués précédemment sur le phénomène en question ? Ils signalent, derrière le non-recours, l'existence de pratiques sociales, c'est-à-dire des manières d'agir définies et guidées par un ensemble de logiques. Autrement dit, le non-recours nous est apparu comme une forme d'action. C'est là un point central de notre recherche qui vient reconsidérer les approches et perceptions du non-recours qui l'associent trop souvent à la question suivante : « pourquoi les personnes n'agissent-elles pas pour faire valoir leurs droits ? ». Les pratiques et formes d'action derrière le non-recours sont visibles dans le champ des soins, où il existe des alternatives aux services médicalisés, telles que l'automédication, pour prendre en charge des besoins de soins. Mais nous pouvons également envisager des formes moins explicites d'actions qui pourraient valoir pour le non-recours à d'autres droits et services. Il en est ainsi du refus de l'offre publique ; s'il ne se traduit pas dans la

mobilisation de ressources concrètes, il renvoie toutefois bien à de l'action dans le sens où il s'agit pour le moins d'une prise de décision et d'un engagement de l'individu.

Notre travail de recherche vient ainsi contredire l'association entre « non-recours » et « passivité », très prégnante quand il est notamment question des populations précaires. Ouvrons d'ailleurs une parenthèse pour avancer que l'analyse du non-recours sous l'angle de l'individu, de ses logiques d'actions et de son rapport aux normes, fait sortir la problématique du seul champ de la précarité sociale. A ce titre, il serait intéressant de comprendre les déterminants de ce phénomène dans d'autres catégories de populations et ce d'autant plus que, d'après I. Parizot, « le non-recours aux soins en cas de maladie ne concerne pas uniquement les personnes désocialisées ou marginalisées. Un rapport distant à sa santé peut se retrouver dans toutes les franges de la population » (Parizot, 2003 : 139-140).

Mais restons-en à notre objet de travail, le non-recours aux soins chez les populations précaires. Car cela nous permet de rebondir sur la deuxième conclusion générale que nous tenions à souligner : envisager le non-recours comme une forme d'action permet de reconsidérer les représentations sociales qui qualifient les populations précaires par leurs manques. Analysant les liens entre insertion sociale et santé, G. Dambuyant-Wargny distingue par exemple « ceux sont « partie prenante » dans leur insertion, en effectuant encore d'éventuels projets (sur des changements de modes de vie, sur l'amélioration de leur état de santé) et, d'autre part, ceux qui ne demandent plus rien, soit parce qu'ils sont usés, ou démoralisés, soit parce qu'ils sont installés dans un fonctionnement trop marginal » (Dambuyant-Wargny, 2006 : 180-181). La dichotomie ainsi établie sous-entend que la non-demande ou le non-recours est caractéristique du poids de la précarité ; précarité qui induit, pour celui « subissant » ces situations, l'impossibilité matérielle et psychologique d'agir. Or nos résultats empiriques invitent à dépasser cette grille de lecture pour privilégier l'articulation des capacités des individus en situation de précarité avec les contraintes et déterminismes sociaux. Une telle perspective de recherche est stimulante pour renouveler les analyses de la question sociale, tout en soulevant immédiatement plusieurs difficultés. Le récent travail de Florence Bouillon (2009) est précieux pour rendre compte de ces éléments. Elle décrit comment elle a été amenée progressivement, en s'immergeant dans le milieu des squats, à changer son regard sur leurs occupants, en passant de la représentation de populations disqualifiées socialement à celle d'acteurs mobilisant plusieurs types de compétences. Cela l'amène ainsi à mettre en

garde, dans son épilogue intitulé « ce que l'ethnologue fait à (et de) la réalité », contre l'écueil de la « victimisation » puisque « on ne peut pas faire d'ethnographie sans rendre compte des résistances de toute nature construites par les acteurs sociaux, et il n'y aurait rien de pire, peut-être, que de laisser croire à leur passivité. Etre pauvre, faible, discriminé ne résume jamais une situation. S'arrêter là, c'est passer sous silence les procédures par lesquelles les individus construisent et affirment leur dignité » (Bouillon, 2009 : 231). F. Bouillon rappelle toutefois les risques de réifier et de « blâmer la victime » dès lors que cela laisse entendre que, pleinement autonomes, les individus seraient responsables de leur situation. Elle propose alors la notion de « compétences précaires » qui a le mérite de restituer les capacités d'action et de résistance des individus, tout en soulignant les limites de ces compétences inégales et peu reconnues.

Nous souscrivons aux propos de F. Bouillon, non par seule sensibilité<sup>340</sup>, mais parce que les données recueillies sur notre terrain d'enquête nous permettent d'envisager la pertinence d'une analyse similaire. Cela ouvre en effet un champ de réflexion complémentaire pour comprendre les déterminants du non-recours aux droits et services ; l'enjeu complexe restant de traduire le peu de supports théoriques disponibles – tel que le modèle proposé par Katherine Frohlich associant l'approche d'A. Sen sur les capacités à celles de P. Bourdieu et d'A. Giddens sur les capitaux et les déterminismes socio-structurels (Frohlich, Corin et Potvin, 2001) – dans des enquêtes empiriques.

#### **4. L'APPROCHE INDIVIDUELLE DU NON-RECOURS ET SES ENJEUX POUR L'ACTION PUBLIQUE**

Partant de ces conclusions et analyses du non-recours aux soins des populations précaires, nous voudrions ouvrir – en assumant le fait qu'ici la réflexion n'en est qu'à ces prémices – sur des éléments non plus relatifs au domaine scientifique, mais à celui de l'action publique. La proximité entre ces deux domaines dans les débats sur l'accès et le non-recours aux droits sociaux a toujours eu lieu (Borgetto et *al.* 2004), rendant d'ailleurs difficile l'établissement de frontières dans le rôle joué par les acteurs des champs politico-administratif, associatif et scientifique. Nous souhaitons alors aborder la question des

---

<sup>340</sup> Nous faisons référence avec le terme de sensibilité aux propos suivants de D. Martuccelli et F. de Singly, concernant la sociologie de l'individu : « il ne sert à rien de lire les grands processus sociaux si on est incapable de comprendre la vie des gens, les manières dont ils luttent, vivent et éprouvent le monde. Avant même d'être une démarche d'analyse, engageant des théories et des méthodes particulières, la sociologie de l'individu est une sensibilité. Intellectuelle et existentielle » (Martuccelli et de Singly, 2009 : 7).

limites de l'action publique ou, plus précisément, la nécessité d'un débat éthique autour des interventions destinées à réduire le « problème » du non-recours. Éthique est bien le terme approprié dès lors que, dans notre recherche, nous avons soulevé les enjeux liés aux normes avec, en particulier, la référence à l'autonomie individuelle. Il l'est également dès lors que nous avons observé un décalage entre les normes véhiculées par la construction de la catégorie du « non-recours » et celles en fonction desquelles agissent les individus concernés par les interventions publiques, remettant en question non plus seulement l'effectivité de ces dernières mais leur pertinence. Nous rejoignons en cela la réflexion de Raymond Massé qui fait de l'éthique en santé publique un enjeu central, lié « aux conflits qui émergent entre la hiérarchie des valeurs promues par certaines populations cibles et la hiérarchie des valeurs implicites dans les interventions de santé publique » (Massé, 2003 : 1). Il souligne le besoin pour les acteurs de santé publique de mettre à jour les normes et valeurs qu'ils favorisent – et non de les nier derrière « un discours scientifique prétendant à l'objectivité » (Massé, 2003 : 9) – ainsi que d'ouvrir des espaces de débat, entre chaque acteur concerné, où une série d'arbitrages entre des normes et valeurs doivent être effectués. L'enjeu d'un tel débat est, selon P. Peretti-Watel et J.P. Moatti, de « déboucher sur des propositions qui permettraient de mener des politiques plus légitimes et efficaces » (Peretti-Watel et Moatti, 2009 : 83).

Penser en terme éthique revient alors à soulever la série de questions suivantes : au nom de quoi agir sur autrui ? En l'occurrence, les différences sociales observées à propos du non-recours aux soins doivent-elles être considérées comme des inégalités justes ou des inégalités injustes, sur lesquelles intervenir ? Jusqu'où s'opposer à l'individu et à son désir d'autonomie dès lors qu'il prend des risques pour sa santé et celle des autres ? Ou, entre autres questions, pour reprendre P. Aiach, « faut-il ou non agir sur les comportements de façon à les rapprocher le plus possible des comportements normatifs les plus performants ? » (Aiach, 1992 : 34). Nous retrouvons là des questions de justice sociale telles qu'elles se posent à l'action publique<sup>341</sup>.

L'une des manières de répondre à ces interrogations est de reposer la question des besoins. Ces derniers font en effet partie des critères de justice sociale couramment cités, à côté du mérite ou de l'égalité, dont l'une des déclinaisons dans le champ des soins est le

---

<sup>341</sup> F. Gonthier a récemment synthétisé les débats entre justice sociale et action publique. Ils émergent de plus en plus, depuis les années 1980, du fait de la « conjonction de trois facteurs : la persistance des inégalités sociales ; l'accroissement de la sensibilité collective à leur égard ; et la diffusion continue de certains schèmes de pensée issus de la philosophie politique (Gonthier, 2008 : 7).

principe suivant : « à besoin égal, accès égal aux soins ». Suzanne Rameix (1997) évoque à ce titre deux difficultés liées aux besoins de soins, concernant les priorités à établir dans l'allocation de ressources et les arbitrages à opérer face à la demande de santé par définition illimitée. Mais au-delà, c'est la définition même d'un « besoin » qui semble se poser au terme de notre travail. Ce dernier a donné à voir, par une approche individu par individu, une pluralité et une diversité de besoins – dans la mesure où ceux-ci sont exprimés. En conséquence, l'une des réponses publiques serait que « chacun gère librement la hiérarchie de ses besoins [ce qui implique que] l'Etat n'a pas obligation de fournir des soins ou une assurance maladie » (Rameix, 1997 : 14). Pour le dire autrement, aucune réponse collective à un ou des besoins collectifs ne peut être pensée dès lors que l'approche est celle du cas par cas, et ce dans un contexte de développement des « politiques de l'individu » (Cantelli et Génard, 2007). C'est là l'un des pièges principaux de la problématique du non-recours, individualisée et individualisante. En cela, nous rejoignons Dominique Méda dans sa réflexion sur la mesure du progrès social, pouvant être appliquée à celle sur les besoins sociaux, lorsqu'elle avertit des biais d'une représentation d'un « monde d'individus » : « il n'y a pas de collectif ou de société, mais seulement des individus ; il est impossible d'agréger des préférences individuelles. Comment dès lors pourrait-on même parler de progrès social ? C'est l'idée même de société qui est niée » (Méda, 2009 : 99). La question de la définition des besoins collectifs se trouve ainsi de nouveau posée. A l'issue de cette recherche, nous pouvons considérer qu'elle constitue l'horizon d'un traitement social des situations de non-recours.

## BIBLIOGRAPHIE

*Note : La bibliographie comporte neuf sous-rubriques. Le – délicat – travail de répartition des références a été effectué en cohérence avec la manière dont elles ont été utilisées dans le cadre de cette thèse. Dès lors, cela implique que, pour une autre recherche, l'attribution d'une sous-rubrique à chacune des références pourrait être différente.*

### **Références générales**

- ALGAN, Y. et P. CAHUC. 2007. *La société de défiance. Comment le modèle français s'auto-détruit*. Paris, Editions Rue d'Ulm.
- BASZANGER, I. 1992. « Introduction. Les chantiers d'un interactionniste américain », dans A. STRAUSS. *La trame de la négociation : sociologie qualitative et interactionnisme*. Paris, L'Harmattan : 11-63.
- BECK, U. 2001 (1<sup>ère</sup> éd. 1986). *La société du risque, Sur la voie d'une autre modernité*. Paris, Flammarion.
- BECKER, H.S. 2002. *Les ficelles du métier. Comment mener sa recherche en sciences sociales*. Paris, La Découverte.
- BERGER P.L. et T. LUCKMANN. 1997 (1<sup>ère</sup> éd. 1966). *La construction sociale de la réalité*. Paris, Armand Colin.
- BLUMER, H. 1971. « Social problems as collective behavior », *Social problems*, vol. 18, 3 : 298-306.
- BONGRAND, P. et P. LABORIER. 2005. « L'entretien dans l'analyse des politiques publiques, un impensé méthodologique ? », *Revue française de science politique*, vol. 55, 1 : 73-111.
- BOUDON, R. et F. BOURRICAUD. 2004 (1<sup>ère</sup> éd. 1982). *Dictionnaire critique de sociologie*. Paris, PUF.
- BOUMAZA, M. et A. CAMPANA. 2007. « Enquêter en milieu « difficile ». Introduction », *Revue française de science politique*, vol. 57, 1 : 5-25.
- BOURDIEU, P. 1979. *La distinction. Critique sociale du jugement*. Paris, Éditions de Minuit.
- BOURDIEU, P. 1986. « L'illusion biographique », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 62-63 : 69-72.
- BOURDIEU, P. 1993. « Comprendre », P. dans BOURDIEU, dir. *La misère du monde*. Paris, Editions du Seuil : 1389-447.



- BOUSSAGUET, L. 2004. « Forums », dans L. BOUSSAGUET, S. JACQUOT et P. RAVINET, dirs. *Dictionnaire des politiques publiques*. Paris, Presses de Sciences Po : 226-232.
- BRAUD, P. 2006 (1<sup>ère</sup> éd. 1992). *Sociologie politique*. Paris, LGDJ.
- BURNAY, N. 2005. « Ruptures professionnelles et refondation des rapports de confiance », dans C. BALSÀ, dir. *Confiance et lien social*. Fribourg, Academic Press Fribourg : 127-138.
- CANTELLI, F. 2007. *L'Etat à tâtons. Pragmatique de l'action publique face au sida*. Bruxelles, PIE Peter Lang.
- CANTELLI, F. et J.L. GENARD. 2007. *Action publique et subjectivité*. Paris, LGDJ.
- CARADEC, V. et D. MARTUCCELLI. 2004. « Introduction », dans V. CARADEC et D. MARTUCCELLI, dirs. *Matériaux pour une sociologie de l'individu. Perspectives et débats*. Villeneuve d'Ascq, Presses Universitaires du Septentrion : 9 à 17.
- CASTEL, R. 1983. « De la dangerosité au risque », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 47, 1 : 119-127.
- CASTEL, R. et C. HAROCHE. 2001. *Propriété privée, propriété sociale, propriété de soi. Entretiens sur la construction de l'individu moderne*. Paris, Fayard.
- CERTEAU, M. de. 2008 (1<sup>ère</sup> éd. 1990). *L'invention du quotidien. 1. Arts de faire*. Paris, Gallimard.
- DESJEUX, D. 2004. *Les sciences sociales*. Paris, PUF.
- DESROSIERES, A. 2000 (1<sup>ère</sup> éd. 1993). *La politique des grands nombres : Histoire de la raison statistique*. Paris, La Découverte.
- DONZELOT, J. 2006. « Refonder la cohésion sociale », *Esprit*, 330 : 5-23.
- DORTIER, J.F. 2006. « Comment l'individu pense en société », dans X. MOLENAT, dir. *L'individu contemporain. Regards sociologiques*. Paris, Sciences Humaines Editions : 50-53.
- DOURLENS, C. 2009. « La « construction » des problèmes fluides, à propos du saturnisme infantile », dans C. GILBERT et E. HENRY, dirs. 2009. *Comment se construisent les problèmes de santé publique ?* Paris, La Découverte : 133-154.
- DUBAR, C. 2006 (1<sup>ère</sup> éd. 1991). *La socialisation : construction des identités sociales et professionnelles*. Paris, Armand Colin.
- DUBET, F. 1994. *Sociologie de l'expérience*. Paris, Editions du Seuil.
- DUBET, F. 2005. « Pour une conception dialogique de l'individu », *EspacesTemps.net*, Textuel, <http://espacestems.net/document1438.html>.
- DUBET, F. 2007. *L'expérience sociologique*. Paris, La Découverte.

- DURKHEIM, D. 1988 (1<sup>ère</sup> éd. 1895). *Les règles de la méthode sociologique*. Paris, Flammarion.
- EHRENBERG, A. 1994. *Le culte de la performance*. Paris, Calmann-Levy.
- EHRENBERG, A. 2005. « Agir de soi-même », *Esprit*, 316 : 200-209.
- EHRENBERG, A., L. MINGASSON et A. VULBEAU. 2005. « L'autonomie, nouvelle règle sociale. Entretien avec Alain Ehrenberg », *Informations sociales*, 126 : 112-115.
- FAVRE, P. 1992. « L'émergence des problèmes dans le champ politique », dans P. FAVRE, dir. *Sida et politique. Les premiers affrontements (1981-1987)*. Paris, L'Harmattan : 5-40.
- FERRÉOL, G. dir. 1996 (1<sup>ère</sup> éd. 1991). *Dictionnaire de sociologie*. Paris, Armand Colin.
- FULLER, R.C. et R.R. MYERS. 1941. « The natural history of a social problem », *American sociological review*, 6 : 320-329.
- FUREDI, F. 2002 (1<sup>ère</sup> éd. 1997). *Culture of fear*. London, Continuum.
- GARRAUD, P. 2004. « Agenda/émergence », dans L. BOUSSAGUET, S. JACQUOT et P. RAVINET, dirs. *Dictionnaire des politiques publiques*. Paris, Presses de Sciences Po : 49-57.
- GEERTZ, C. 2003. « La description dense. Vers une théorie interprétative de la culture », dans D. CEFAI, coord. *L'enquête de terrain*. Paris, La Découverte : 208-233.
- GILBERT, C. et E. HENRY. 2009a. « Introduction. Lire l'action publique au prisme des processus de définition des problèmes », dans C. GILBERT et E. HENRY, dirs. *Comment se construisent les problèmes de santé publique ?* Paris, La Découverte.
- GOFFMAN, E. 1975. *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*. Paris, Les Editions de minuit.
- GOLD, R.I. 2003. « Jeux de rôles sur le terrain. Observation et participation dans l'enquête sociologique », dans D. CEFAI, coord. *L'enquête de terrain*. Paris, La Découverte : 340-349.
- GONTHIER, F. 2008. « Avant-propos », dans F. GONTHIER, coord. *Justice sociale et action publique*. Problèmes politiques et sociaux n°949-950, La Documentation française : 5-13.
- GONZALEZ-MARTINEZ, E. 2001. « Comment agir en confiance avec un partenaire dont on se méfie ? », *Réseaux*, vol. 19, 108 : 87-124.
- GRIGNON, C. et J.-C. PASSERON. 1989. *Le savant et le populaire. Misérabilisme et populisme en sociologie et en littérature*. Paris, Seuil.
- GUSFIELD, J. 2009. *La culture des problèmes publics. L'alcool au volant : la production d'un ordre symbolique*. Paris, Economica.

- HASSENTEUFEL, P. 2008. *Sociologie politique : l'action publique*. Paris, Armand Colin.
- HENRY, E. 2007. *Amiante : un scandale improbable. Sociologie d'un problème public*. Rennes, Presses universitaires de Rennes.
- HIRSCHMAN, A.O. 1995 (1<sup>ère</sup> éd. 1970). *Exit, voice and loyalty : responses to decline in firms, organisations, and states*. Harvard, Harvard University Press.
- ION, J. 2005. « Brève généalogie de la « question individualiste » », dans P. CORCUFF, J. ION et F. DE SINGLY. *Politiques de l'individualisme. Entre sociologie et philosophie*. Paris, Les Editions Textuels : 18-36.
- JEANNOT, G. 1998. *Les usagers du service public*. Paris, PUF.
- JOBERT, B. 1992. « Représentations sociales, controverses et débats dans la conduite des politiques publiques », *Revue française de science politique*, vol. 42, 2 : 219-234.
- JOSEPH, I. coord. 1991. *La relation de service dans le secteur public. Tome 1*. Paris, Actes du séminaire (1989-1990), Plan urbain - RATP - DRI.
- KARPIK, L. 2003. « Préface », dans V. MANGEMATIN et C. THUDEROZ, dirs. *Des mondes de confiance. Un concept à l'épreuve de la réalité sociale*. Paris, CNRS Editions : 7-12.
- KAUFMANN, J.C. 2003 (1<sup>ère</sup> éd. 1996). *L'entretien compréhensif*. Paris, Nathan Université.
- KAUFMANN, V. et E. WIDMER. 2005. « L'acquisition de la motilité au sein des familles. Etat de la question et hypothèses de recherche », *Espaces et sociétés*, 120-121 : 199-217.
- KNOEPFEL, P., C. LARRUE et F. VARONE. 2001. *Analyse et pilotage des politiques publiques. Volume 2*. Basel, Helbing & Lichtenhahn.
- LAHIRE, B. 1995. *Tableaux de famille. Heurs et malheurs scolaires en milieux populaires*. Paris, Editions du Seuil.
- LAHIRE, B. 1999. *L'invention de l'« illettrisme » : Rhétorique publique, éthique et stigmates*. Paris, La Découverte.
- LAHIRE, B. 2000. « L'illettrisme ou le monde social à l'aune de la culture », Communication dans le cadre des Conférences de l'Université de tous les savoirs. Paris, 1<sup>er</sup> septembre.
- LAHIRE, B. 2001 (1<sup>ère</sup> éd. 1998). *L'homme pluriel : les ressorts de l'action*. Paris, Nathan.
- LASCOUMES, P. et P. LE GALES. 2007. *Sociologie de l'action publique*. Paris, Armand Colin.
- LE BRETON, D. 2008 (1<sup>ère</sup> éd. 1992). *La sociologie du corps*. Paris, PUF.
- LECA, J. 1991. « Individualisme et citoyenneté », dans P. BIRNBAUM et J. LECA, dirs. *Sur l'individualisme*. Paris, Presses de Sciences Po : 159-213.
- LENOIR, R. 1996 (1<sup>ère</sup> éd. 1989). « Objet sociologique et problème social », dans P. CHAMPAGNE, R. LENOIR, D. MERLIE et L. PINTO, dirs. *Initiation à la pratique sociologique*. Paris, Dunod : 51-100.

- LORENZ, E. 2003. « Que savons-nous à propos de la confiance ? Un tour d'horizon des contributions récentes », dans V. MANGEMATIN et C. THUDEROZ, dirs. *Des mondes de confiance. Un concept à l'épreuve de la réalité sociale*. Paris, CNRS Editions : 109-120.
- LUHMANN, N. 2001. « Confiance et familiarité. Problèmes et alternatives », *Réseaux*, vol. 19, 108 : 15-35.
- MANGEMATIN, V. 2003. « Cléopâtre et son goûteur », dans V. MANGEMATIN et C. THUDEROZ, dirs. *Des mondes de confiance. Un concept à l'épreuve de la réalité sociale*. Paris, CNRS Editions : 121-126.
- MANGEMATIN, V. et C. THUDEROZ, dirs. 2003a. *Des mondes de confiance. Un concept à l'épreuve de la réalité sociale*. Paris, CNRS Editions.
- MANGEMATIN, V. et C. THUDEROZ. 2003b. « Introduction », dans V. MANGEMATIN et C. THUDEROZ, dirs. *Des mondes de confiance. Un concept à l'épreuve de la réalité sociale*. Paris, CNRS Editions : 249-258.
- MANGEMATIN, V. et C. THUDEROZ. 2003c. « Conclusion », dans V. MANGEMATIN et C. THUDEROZ, dirs. *Des mondes de confiance. Un concept à l'épreuve de la réalité sociale*. Paris, CNRS Editions : 249-258.
- MARTIN, C. 2007. « Le souci de l'autre dans une société d'individus. Un débat savant et politique à l'échelle européenne », dans S. PAUGAM, dir. *Repenser la solidarité. L'apport des sciences sociales*. Paris, PUF : 219-240.
- MARTUCCELLI, D. et F. de SINGLY. 2009. *Les sociologies de l'individu*. Paris, Armand Colin.
- MASSON, P. 2008. *Faire de la sociologie. Les grandes enquêtes françaises depuis 1945*. Paris, La Découverte.
- MAUGER, G. 1991. « Enquêter en milieu populaire », *Genèses*, vol. 6, 6 : 125-143.
- MEDA, D. 2009. « Quel progrès faut-il mesurer », *Esprit*, 355 : 86-119.
- MERCKLE, P. 2004. *Sociologie des réseaux sociaux*. Paris, La Découverte.
- MULLER, P. 2003. *Les politiques publiques*. Paris, PUF.
- PALIER, B. 2008. « De l'ambiguïté en politique », dans O. GIRAUD et P. WARIN, dirs. *Politiques publiques et démocratie*. Paris, La Découverte : 93-108.
- PERETTI-WATEL, P. 2001. *La société du risque*. Paris, La Découverte.
- PERETTI-WATEL, P. 2005a. *La sociologie du risque*. Paris, La Découverte.
- PERETTI-WATEL, P. 2005b. « Avant-propos », dans P. PERETTI-WATEL, coord. *Les comportements à risque*. Problèmes politiques et sociaux n°919, La Documentation française : 5-11.
- PINÇON, M. et M. PINÇON-CHARLOT. 2005. *Sociologie de la bourgeoisie*. Paris, La Découverte.

- PINSON, G. et V. SALA-PALA. 2007. « Comprendre l'action publique par l'entretien. Entretien compréhensif et récit de vie en sociologie de l'action publique », Texte présenté dans le cadre de l'Atelier lecture-écriture du laboratoire PACTE. Grenoble, 29 janvier.
- POMMEREAU, X. 2005. « L'expression d'un malaise qui met en cause le rapport aux adultes », dans P. PERETTI-WATEL, coord. *Les comportements à risque*. Problèmes politiques et sociaux n°919, La Documentation française : 16-18.
- QUERE, L. 2001. « La structure cognitive et normative de la confiance », *Réseaux*, vol. 19, 108 : 125-152.
- SCHWARTZ, O. 1993. « L'empirisme irréductible », dans N. ANDERSON. *Le Hobo. Sociologie du sans-abri*. Paris, Nathan : 265-305.
- SHEPPARD, E. 2004. « Problème public », dans L. BOUSSAGUET, S. JACQUOT et P. RAVINET, dirs. *Dictionnaire des politiques publiques*. Paris, Presses de Sciences Po : 347-354.
- SINGLY, F. de 2005. « Les disparitions de l'individu singulier en sociologie », dans P. CORCUFF, J. ION et F. DE SINGLY. *Politiques de l'individualisme. Entre sociologie et philosophie*. Paris, Les Editions Textuels : 63-86.
- STRAUSS, A. 1985. « Work and the division of labor », *The sociological quarterly*, vol. 26, 1 : 1-19.
- STRAUSS, A. 1991. *La trame de la négociation : Sociologie qualitative et interactionnisme*. Paris, L'Harmattan.
- THUDEROZ, C., V. MANGEMATIN et D. HARRISON, dirs. 1999. *La confiance : approches économiques et sociologiques*. Paris/Montréal, G. Morin.
- WARIN, P. 1993. *Les usagers dans l'évaluation des politiques publiques. Étude des relations de service*. Paris, L'Harmattan.
- WARIN, P. 2004a. « Ressortissants », dans L. BOUSSAGUET, S. JACQUOT et P. RAVINET, dirs. *Dictionnaire des politiques publiques*. Paris, Presses de Sciences Po : 391-397.
- WARIN, P. 2009a. « L'hégémonie des « Argentiers » sur les politiques publiques substantielles – l'exemple de la LOLF et de la RGPP en France », dans P. KNOEPFEL, dir. *Contributions à l'action publique – Beiträge zum öffentlichen Handeln, n° 3 : « Réformes de politiques institutionnelles de gestion des ressources de l'action publique – Reformen institutioneller Politiken zur Ressourcensteuerung öffentlichen Handelns*. Lausanne/Berne, Presses polytechniques et universitaires romandes : 31-50.

- WARIN, P. 2010a. « Mise en œuvre des politiques et production normative : angle mort des politiques publiques ? », dans J. COMMAILLE, L. DUMOULIN et C. ROBERT. *La juridiciarisation du politique*. Paris, LGDJ : 141-158.
- WEBER, M. 1997. « Economie et société », dans K. VAN METER, dir. *La sociologie*. Paris, Larousse : 335-354.
- ZUCKER, L.G. 1986. « Production of trust : institutional sources of economic structure, 1840-1920 », *Research in organizational behaviour*, 8 : 53-111.

### **Accès aux droits sociaux et non-recours**

- AVENEL, M. et J. DAMON. 2003. « Les contacts avec les intervenants sociaux des sans-domicile usagers des services d'hébergement et de distribution de repas chauds », *Etudes et résultats*, n°277, décembre.
- BARCIK, B. 2008. *Un cas de « non-recours » en Pologne. Les jeunes chômeurs du (canton) district de Wadowice face aux politiques de l'emploi*. Grenoble, Mémoire de Master recherche, Institut d'études politiques de Grenoble.
- BERRAT, B. et V. PAUL. 2007. *Comprendre les causes de non-recours à la CMU complémentaire et à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire*. Montrouge, Rapport d'étude IRTS Ile de France pour le Fonds-CMU.
- BIANCUCCI, M. 2007. « Inégalités dans l'accès au droit et à la justice », article extrait de [http://www.inegalites.fr/spip.php?article400&var\\_recherche=biancucci&id\\_mot=28](http://www.inegalites.fr/spip.php?article400&var_recherche=biancucci&id_mot=28).
- BORGETTO, M. 2000. « L'irrésistible ascension des droits à », *Informations sociales*, 81 : 4-19.
- BORGETTO, M. 2004. « Les enjeux actuels de l'accès aux droits », *Informations sociales*, 120 : 6-19.
- BORGETTO, M., M. CHAUVIERE, B. FROTTIE, D. RENARD et M. POULAIN. 2004. *Les débats sur l'accès aux droits sociaux. Entre lutte contre les exclusions et modernisation administrative*. Paris, Rapport d'étude pour la CNAF.
- BORGETTO, M. 2007. « L'accès aux droits sociaux : quelle effectivité ? », dans P. DU CHEYRON et D. GELOT, coord. *Droit et pauvreté. Actes de colloque*. Paris, ONPES et DREES-MiRe : 105-126.
- BREVA, C., M. LEGROS, E. MAUREL et J.L. OUTIN. 2007. « Introduction », dans P. DU CHEYRON et D. GELOT, coord. *Droit et pauvreté. Actes de colloque*. Paris, ONPES et DREES-MiRe : 11-16.

- CATRICE-LOREY, A. 1976. « Inégalités d'accès aux systèmes de protection sociale et pauvreté culturelle », *Revue française des affaires sociales*, 4 : 127-137.
- CHAUVEAUD, C. et P. WARIN. 2006. *Le non-recours aux prestations sociales*. Grenoble, Document de travail, Groupe : Exclusion et non-recours aux droits et services - Cluster 12.
- CHAUVEAUD, C., N. MANDRAN et P. WARIN. 2006. *Refus de droits et traitements injustes. Analyse des biographies, caractéristiques sociales et réactions des personnes discriminées*. Grenoble, Rapport d'étude ODENORE pour la DREES.
- CHAUVEAUD, C., H. MOKHTARI et P. WARIN. 2006. *Les difficultés d'accès aux droits et services des populations modestes. Enquête par questionnaires auprès du public d'un Point information médiation multiservices (PIMMS) installé dans un quartier d'habitat social*. Grenoble, Rapport d'enquête ODENORE pour le PIMMS de Grenoble.
- CHAVIERE, M. 2004. « De l'affirmation à l'accès aux droits sociaux... Une nouvelle dynamique sociale ? », *Informations sociales*, 120 : 20-27.
- COHEN-COLE, E. et G. ZANELLA. 2008. *Welfare stigma or information sharing ? Decomposing social interactions effects in social benefits use*. Siena, Document de travail, Department of economics - University of Siena.
- COLLECTIF, 2008. *Le non-recours aux droits et aux services. Eléments pour une grille d'analyse*. Grenoble, Document de travail, Groupe : Exclusion et non-recours aux droits et services - Cluster 12.
- DALY, M. 2002. *L'accès aux droits sociaux en Europe*. Strasbourg, Rapport avec le CS-ASR pour le CDCS, Éditions du Conseil de l'Europe.
- DELPEUCH, T., L. DUMOULIN et M. KALUSZYNSKI. 2002. « Le non-recours à la Police et à la Justice, produit des contraintes de l'offre institutionnelle ou expression des mécanismes d'autorégulation locale des troubles de l'ordre public ? », dans P. WARIN, dir. *Le non-recours aux services de l'Etat. Mesure et analyse d'un phénomène méconnu*. Grenoble, Rapport de recherche CERAT-IEP : 105-167.
- DESPRES, C. 2008. « Le non-recours aux droits : l'exemple de la protection sociale », *Vie sociale*, 1 : 21-36.
- DUFOUR-KIPPELEN, S., A. LEGAL et J. WITTEWER. 2006. *Comprendre les causes du non-recours à la CMUC*. Paris, Rapport d'étude Université Paris Dauphine/LEGOS pour le Fonds-CMU.
- EXIT FROM AND NON-TAKE UP OF PUBLIC SERVICES. 2005a. *Emergence of « non-take-up » theme*. Rapport final de recherche EXNOTA.

- EXIT FROM AND NON-TAKE UP OF PUBLIC SERVICES. 2005b. *Data and measurement in France*. Rapport final de recherche EXNOTA.
- GARDELLA, E. 2007. « Le refus d'hébergement : un vrai problème ? », Communication à la Journée scientifique de l'Observatoire du Samusocial de Paris. Paris, 18 décembre.
- HAMEL, M.P. 2006a. « Les transformations de l'Etat-providence néerlandais et l'accès aux droits sociaux. L'exemple de la municipalité d'Amsterdam », *Recherches et Prévisions*, 86 : 55-63.
- HAMEL, M.P. 2006b. *Le non recours aux prestations sociales chez les populations vivant en situation de précarité et d'exclusion*. Paris, Rapport de recherche CEVIPOV pour la DGAS.
- HAMEL, M.P. et P. MULLER. 2007. « L'accès aux droits sociaux : un compromis entre performance gestionnaire et justice sociale », *Politiques et management public*, vol. 25, 3 : 131-150.
- HAMEL, M.P. 2009. *Les politiques d'accès aux droits sociaux : entre rationalisation budgétaire et lutte contre la pauvreté. Une comparaison France, Pays-Bas, Royaume-Uni*. Paris, Thèse de doctorat de science politique, Institut d'études politiques de Paris.
- HERRERA, C.M. 2009. *Les droits sociaux*. Paris, PUF.
- HIRSCH, M. et D. CHEMLA, dirs. 2006. *Code des droits contre l'exclusion*. Paris, DALLOZ.
- HORAN, E. et P. AUSTIN. 1974. « The social bases of welfare stigma », *Social problems*, 21 : 646-657.
- KESTEMAN, N. 2004. « Lutter contre le non-recours aux droits sociaux : dans la branche Famille du régime général de la Sécurité sociale », *Informations sociales*, 120 : 78-87.
- LAFORE, R. 2000. « Le droit aux droits », *Informations sociales*, 81 : 80-87.
- LE CLAINCHE, C. 2007. « Droits, libertés et capacités : une analyse juridique de la notion de « contrepartie » », dans P. DU CHEYRON et D. GELOT, coord. *Droit et pauvreté. Actes de colloque*. Paris, ONPES et DREES-MiRe : 59-82.
- LEDUC, S. 2008. « Le non-recours et les logiques discriminatoires dans l'accès aux soins. Le rôle des agents de l'Assurance maladie en question », *Vie sociale*, 1 : 69-93.
- MATH, A. 1996a. « *Non-take-up, niet-gebruik* ou non recours ? Le problème de la traduction des termes de protection sociale », *Recherches et prévisions*, 43 : 19-22.
- MATH, A. 1996b. « Le non-recours en France : un vrai problème, un intérêt limité », *Recherches et Prévisions*, 43 : 23-31.
- MATH, A. et W. VAN OORSCHOT. 1996. « La question du non-recours aux prestations sociales », *Recherches et prévisions*, 43 : 5-17.



- MATH, A. 2003a. « La mise sous conditions de ressources en Europe occidentale », *Informations sociales*, 108 : 88-99.
- MATH, A. 2003b. « Comment est abordée la question du non-recours aux prestations sociales en France ? L'émergence de la question et la position des décideurs politiques », Communication à la rencontre organisée par la Mission d'information sur la pauvreté et l'exclusion sociale en Ile-de-France : *Le non-recours ou pourquoi certains ne font pas valoir leurs droits ?*. Paris, 20 juin.
- MOFFIT, R. 1983. « An economic model of welfare stigma », *American economic review*, vol. 73, 5 : 1023-1035.
- OBSERVATOIRE DES NON-RECOURS AUX DROITS ET SERVICES. 2003. *De quoi parle-t-on ? Définitions et repères*. Grenoble, Document de travail ODENORE.
- OUTIN, J.L. 1979. *Familles et droits sociaux. Les modalités d'accès aux prestations familiales*. Paris, Rapport de recherche pour la CNAF.
- OUTIN, J.L. 2003. « Les CAF et l'accès aux droits : une longue aventure », *Recherches et prévisions*, 73 : 69-72.
- REINSTADLER, A. 1996. « Non-recours et quasi non-recours à des prestations sans conditions de ressources », *Recherches et prévisions*, 43 : 59-65.
- REINSTADLER, A. 1999. « Les causes de non-recours et de quasi non-recours à l'allocation parentale d'éducation », *Recherches et prévisions*, 59 : 31-40.
- REVIL, H. 2006. *Rupture de droits entre RMI et CMU C*. Grenoble, Rapport d'étude ODENORE.
- REVIL, H. 2008a. « Identifier des populations en non-recours aux dispositifs de l'Assurance maladie : proposition de méthode », *Recherches et Prévisions*, 93 : 102-109.
- REVIL, H. 2008b. *Améliorer l'accès à la CMU-C et à l'ACS : synthèse de l'étude*. Grenoble, Rapport d'étude ODENORE.
- REVIL, H. En cours. *L'information dans la conduite des politiques publiques. Produire une connaissance sur les publics vulnérables : le cas de l'Assurance Maladie*. Grenoble, Thèse de doctorat de science politique, Institut d'études politiques de Grenoble.
- RIPHAHN, R. T. 2001. « Rational poverty or poor rationality ? The take up of social assistance benefits », *Review of income and wealth*, vol. 47, 3 : 379-398.
- ROMAN, D. 2007. « Les droits sociaux : des droits à part entière ? Eléments pour une réflexion sur la nature et la justiciabilité des droits sociaux », dans P. DU CHEYRON et D. GELOT, coord. *Droit et pauvreté. Actes de colloque*. Paris, ONPES et DREES-MiRe : 39-58.
- ROMAN, D. 2009. « Droits sociaux : quelles contreparties ? », *La lettre de l'ONPES*, 1 : 2-6.

- SAYN, I. 2007. « La place des outils procéduraux dans l'accès au droit et à la justice des plus pauvres », dans P. DU CHEYRON et D. GELOT, coord. *Droit et pauvreté. Actes de colloque*. Paris, ONPES et DREES-MiRe : 139-160.
- TAYLOR-GOOBY, P. 1976. « Rent benefits and Tenant's attitudes. The Batley rent rebate and allowance study », *Journal of social policy*, vol. 5, 1: 33-48.
- TERRACOL, A. 2001. *Coût de perception et taux de non recours aux minima sociaux en France*. Paris, Rapport préliminaire Paris 1 et CNRS.
- VAN OORSCHOT, W. 1991. « Non-take-up of social, security benefits in Europe », *Journal of European social policy*, vol. 1, 1 : 15-30.
- VAN OORSCHOT, W. 1995. *Realizing rights. A multi-level approach to non-take-up of means-tested benefits*. Aldershot, Avebury.
- VAN OORSCHOT, W. 1996. « Les causes du non-recours. Des responsabilités largement partagées », *Recherches et prévisions*, 43 : 33-49.
- VAN OORSCHOT, W. 1998. « Failing selectivity : On the extent and causes of non-take-up of social security benefits », dans H.J. ANDRESS, dir. *Empirical poverty research in a comparative perspective*. Ashgate, Aldershot : 101-132.
- WARIN, P. dir. 2002a. *Le non-recours aux services de l'Etat. Mesure et analyse d'un phénomène méconnu*. Grenoble, Rapport de recherche CERAT-IEP.
- WARIN, P. 2002b. « Le non-recours vu par les associations intervenants dans le secteur de l'urgence sociale », dans P. WARIN, dir. 2002. *Le non-recours aux services de l'Etat. Mesure et analyse d'un phénomène méconnu*. Grenoble, Rapport de recherche CERAT-IEP : 203-245.
- WARIN, P. 2003a. « Mesurer le non-recours aux prestations : la recherche d'indicateur », *Recherches et prévisions*, 73 : 90-96.
- WARIN, P. 2003b. « Le non-recours aux services publics, une question en attente de reconnaissance », *Informations sociales*, 109 : 94-101.
- WARIN, P. 2003c. *Non-recours et politique de modernisation administrative en France*. Grenoble, Document de travail EXNOTA.
- WARIN, P. 2004b. « 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*. Paris, L'Harmattan : 347- 470.
- WARIN, P. 2006. *L'accès aux droits sociaux*. Grenoble, PUG.
- WARIN, P. 2008. « Le non-recours par désintérêt : la possibilité d'un « vivre hors droits » », *Vie Sociale*, 1 : 1-11.

- WARIN, P. 2009b. « Une approche de la pauvreté par le non-recours aux droits sociaux », *Lien social et politiques*, 61 : 137-146.
- WARIN, P. 2010b (à paraître). « Les politiques publiques face à la non demande sociale : un moment pour le *post-welfarisme* » in O. BORRAZ et V. GUIRAUDON, dirs. *Politiques publiques. 2/ Des politiques pour changer la société ?*. Paris, Presses de Science Po.

### **Analyses et traitement de la question sociale**

- AMAR, E., M. BEFFY, F. MARICAL et E. RAYNAUD. 2008. « Les services publics de santé, éducation et logement contribuent deux fois plus que les transferts monétaires à la réduction des inégalités de niveau de vie », *INSEE-Portrait social*, édition 2008.
- AVENEL, C. 2005. *Sociologie des « quartiers sensibles »*. Paris, Armand Colin.
- BARBIER, J.C. et B. THERET. 2004. *Le nouveau système de protection sociale*. Paris, La Découverte.
- BARROT, J. 2003. « Une démarche politique opérationnelle qui peut s'inscrire dans un projet de société », *Informations sociales*, 108 : 118-120.
- BEAUD, S., J. CONFAVREUX et J. LINDGAARD, dirs. 2006. *La France invisible*. Paris, La Découverte.
- BELORGEY, J.-M. et A. FOUQUET. 2000. « Quelle garantie de revenu aux personnes les plus défavorisées », *Problèmes économiques*, 2679 : 28-30.
- BERTHET, J.M. et D. GLASMAN. 2005. « Contrats et traitement de la question sociale », dans R. BALLAIN, D. GLASMAN et R. RAYMOND, dirs. *Entre protection et compassion. Des politiques publiques travaillées par la question sociale (1980-2005)*. Grenoble, PUG : 133-158.
- BIHR, A. et R. PFEFFERKORN. 2008. *Le système des inégalités*. Paris, La Découverte.
- BLANCHET, N. En cours. *Responsabilisation individuelle et non-recours aux dispositifs d'insertion socioprofessionnelle : le cas des PLIE en Rhône-Alpes*. Grenoble, Thèse de doctorat de science politique, Institut d'études politiques de Grenoble.
- BOISSELOT, P. 2006. « L'évolution des opinions des Français par rapport aux enjeux sociaux et à la protection sociale entre 2000 et 2006 », *Etudes et Résultats*, 517 : 1-8.
- BORGETTO, M. 2003a. « La solidarité, l'égalité et la responsabilité face aux transformations de l'Etat-providence », dans C. BEC et G. PROCACCI, dirs. *De la responsabilité solidaire. Mutations dans les politiques sociales d'aujourd'hui*. Paris, Syllepse : 51-67.

- BORGETTO, M. 2003b. « Identification, problèmes et enjeux du ciblage. Un état des lieux de la question », *Informations sociales*, 108 : 4-17.
- BORGETTO, M. 2009. « L'articulation des droits et des devoirs dans le champ de la protection sociale », *Revue de droit sanitaire et social*, 1 : 3-17.
- BOUILLON, F. 2009. *Les mondes du squat*. Paris, PUF.
- BRESSON, M. 2007. *Sociologie de la précarité*. Paris, Armand Colin.
- BRUNETEAUX, P. et C. LANZARINI. 1999. *Les nouvelles figures du sous-prolétariat*. Paris, L'Harmattan.
- CASTEL, R. 1991. « De l'indigence à l'exclusion, la désaffiliation. Précarité du travail et vulnérabilité relationnelle », dans J. DONZELOT, dir. *Face à l'exclusion. Le modèle français*. Paris, Éditions Esprit : 137-168.
- CASTEL, R. 1995. *Les métamorphoses de la question sociale*. Paris, Gallimard.
- CASTEL, R. 2003. *L'insécurité sociale. Qu'est-ce qu'être protégé ?* Paris, Editions du Seuil.
- CASTEL, R. 2006. « Repenser la protection sociale », Entretien avec X. MOLENAT, paru dans *Sciences Humaines* n°168 et extrait de [http://www.inegalites.fr/spip.php?article477&id\\_mot=40](http://www.inegalites.fr/spip.php?article477&id_mot=40).
- CHAUVIÈRE, M. 2007. *Trop de gestion tue le social. Essai sur une discrète chalandisation*. Paris, La Découverte.
- COSER, L.A. 1965. « The sociology of poverty », *Social problems*, vol. 13, 2 : 118-140.
- DAMON, J. 2002. *La question SDF*. Paris, PUF.
- DECLERCK, P. 2001. *Les Naufragés*. Paris, Pocket.
- DELCROIX, C. 2001. *Ombres et lumières de la famille Nour. Comment certains résistent face à la précarité*. Paris, Payot.
- DUBET, F. 2004. *Les inégalités multipliées*. La Tour d'Aigues, Editions de l'Aube.
- DUFOUR, P., G. BOISMENU et A. NOËL. 2003. *L'aide au conditionnel. La contrepartie dans les mesures envers les personnes sans emploi en Europe et en Amérique du Nord*. Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal.
- DUVOUX, N. 2007. « Le RMI et les dérives de la contractualisation », dans S. PAUGAM, dir. *Repenser la solidarité. L'apport des sciences sociales*. Paris, PUF : 451-473.
- DUVOUX, N. 2008. *L'injonction à l'autonomie. L'expérience vécue des politiques d'insertion*. Paris, Thèse de doctorat de sociologie, Ecoles des hautes études en sciences sociales.
- EMMANUELLI, X. et C. FREMONTIER. 2002. *La fracture sociale*. Paris, PUF.
- EMMANUELLI, X. 2003. *Out. L'exclusion peut-elle être vaincue ?* Paris, Laffont.

- EMMANUELLI, X. 2006. « Du Samu au Samusocial de Paris », Intervention dans le cadre du Diplôme universitaire : *Santé solidarité précarité*. Faculté de médecine de l'Université Joseph Fourier, Grenoble, 7 avril.
- FASSIN, D. 2002. « L'invention française de la discrimination », *Revue française de science politique*, vol. 52, 4 : 395-415.
- FIEULAINÉ, N., T. APOSTOLIDIS et F. OLIVETTO. 2006. « Précarité et troubles psychologiques : l'effet médiateur de la perspective temporelle », *Les cahiers internationaux de psychologie sociale*, 72 : 51-64.
- FOL, S. 2009. *La mobilité des pauvres. Pratiques d'habitants et politiques publiques*. Paris, Belin.
- FRETIGNE, C. 1998. *Sociologie de l'exclusion*. Paris, L'Harmattan.
- GARDELLA, E. 2003. « Au delà des lectures sociologiques et psychiatriques de l'exclusion ? A propos des Naufragés de Patrick Declerck (Note critique) », *Terrains et travaux*, vol. 2, 5 : 165-176.
- GILENS, M. 2000. *Why American hate welfare. Race, media and the politics of antipoverty policy*. Chicago, Chicago University Press.
- HARRINGTON, S. 1993 (1<sup>ère</sup> éd. 1962). *The Other America. Poverty in United States*. New York, Touchstone.
- HASSENFEL, P. 1997. « Exclusion sociale et citoyenneté », dans P. TRONQUOY, coord. *Citoyenneté et société*. Paris, La Documentation française/Cahiers français, 281 : 52-57.
- HOGGART, R. 1970. *La culture du pauvre*. Paris, Editions de Minuit.
- INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES ETUDES ECONOMIQUES, 2004. « Le taux de pauvreté », dans INSEE, éd. *Femmes et hommes : regard sur la parité*. <http://www.insee.fr/fr/ppp/sommaire/FHPARIT04.PDF>.
- JOSEPH, I. 2003. « Le ressort politique de l'assistance, le moralisme et l'expérience de l'induction morale (à propos de Simmel et de l'ethnographie des SDF) », dans D. BALLEST, dir. *Les SDF : représentations, trajectoires et politiques publiques*. Paris, PUCA : 321-345.
- LAFORE, R. 2009. « Obligations contractuelles et protection sociale », *Revue de droit sanitaire et social*, 1 : 31-41.
- LANZARINI, C. 2000. *Survivre dans le monde sous-prolétaire*. Paris, PUF.
- LE BRETON, D. 2005. *Bouger pour s'en sortir. Mobilité quotidienne et intégration sociale*. Paris, Armand Colin.

- LE MENER, E. 2007. « « Les funambules du tact » ou les Equipes d'aide mobiles au travail », Communication à la Journée scientifique de l'Observatoire du Samusocial de Paris. Paris, 18 décembre.
- LEWIS, O. 1963. *Les enfants de Sanchez. Autobiographie d'une famille mexicaine*. Paris, Gallimard.
- MANSANTI, D. 2005. « Des disqualifiés du travail aux exclus et aux pauvres. Le brouillage des publics et le réagencement de l'action », dans R. BALLAIN, D. GLASMAN et R. RAYMOND, dirs. *Entre protection et compassion. Des politiques publiques travaillées par la question sociale (1980-2005)*. Grenoble, PUG : 87-110.
- MARSHALL, T.H. 1950. *Citizenship and social class and other essays*. Cambridge, Cambridge University Press.
- MARUANI, M. 2003. « Les *working poor*, version française : travailleurs pauvres et/ou salarié(e)s pauvres ? », *Droit social*, 7/8 : 696-702.
- MOUGIN, V. 2005. *Femmes en galère. Enquête sur celles qui vivent avec moins de 600€ par mois*. Paris, Editions de la Martinière.
- MUNCK, J. de et B. ZIMMERMANN. 2008. *La liberté au prisme des capacités. Amartya Sen au-delà du libéralisme*. Paris, Editions de l'EHESS.
- MURARD, N. 2005. « Une drôle d'idée : la citoyenneté des sans-domicile », dans D. BALLEST, dir. *Les SDF : représentations, trajectoires et politiques publiques*. Paris, PUCA : 195-204.
- PALIER, B. 2002. *Gouverner la sécurité sociale. Les réformes du système de protection sociale depuis 1945*. Paris, PUF.
- PALIER, B. 2006. « Un long adieu à Bismarck ? », dans P. CULPEPPER, P. HALL et B. PALIER, dirs. *La France en mutation. 1980-2005*. Paris, Presses de Sciences Po : 197-228.
- PAUGAM, S. 1991. *La disqualification sociale. Essai sur la nouvelle pauvreté*. Paris, PUF.
- PAUGAM, S. 2005. « Les différents liens sociaux et leurs ruptures », dans P. CHAUVIN et I. PARIZOT, dirs. *Santé et recours aux soins des populations vulnérables*. Paris, INSERM : 38-60.
- PERIVIER, H. 2008. « Lutte contre la pauvreté : la France sur les traces de l'Oncle Sam ? », *Regards croisés sur l'économie*, vol. 2, 4 : 169-177.
- RAVON, B., P. PICHON, S. FRANGUIADAKIS et C. LAVAL. 2000. « « Aller à la rencontre » : l'engagement des professionnels et des bénévoles de l'aide auprès des « personnes en souffrance » », dans A. MICOUD et M. PERONI, dirs. *Ce qui nous relie*. La Tour d'Aigues, Éditions de l'Aube : 71-87.

- RENARD, D. 2003. « Le ciblage et ses visées. Eléments de la réflexion historiques et comparés », *Informations sociales*, 108 : 18-25.
- RIGAUDIAT, J. 2005. « A propos d'un fait social majeur : la montée des précarités et des insécurités sociales et économiques », *Droit social*, 3 : 243-261.
- RIGAUDIAT, J. 2009. « RSA : en avant vers le passé », *Droit social*, 677 : 315-319.
- RODE, A. 2004. *Les maraudes de nuit, un dispositif inscrit dans l'urgence sociale ? Analyse comparative des acteurs de la Croix-Rouge française et du Samusocial*. Paris, Mémoire de DEA de sociologie, Université René Descartes-Paris 5.
- ROSANVALLON, P. 1995. *La nouvelle question sociale. Repenser l'Etat Providence*. Paris, Editions du Seuil.
- RULLAC, S. 2004. *L'urgence de la misère. SDF et samu social*. Paris, Les Quatre chemins.
- SCHNAPPER, D. 2007. « Lutte contre les discriminations et lien social », dans S. PAUGAM, dir. *Repenser la solidarité. L'apport des sciences sociales*. Paris, PUF : 515-529.
- SEN, A. 1995. « The political economy of targeting », dans D. VAN DE WALLE et K. NEAD, dirs. *Public spending and the poor : theory and evidence*. Baltimore, The Johns Hopkins University Press : 11-24.
- SEN, A. 2000. *Repenser l'inégalité*. Paris, Editions du Seuil.
- SIBLOT, Y. 2003. « Les relations de guichet : interactions de classes et classements sociaux », *Lien social et politiques*, 49 : 183-190.
- SIBLOT, Y. 2005. « Les rapports quotidiens des classes populaires aux administrations. Analyse d'un sens pratique du service public », *Sociétés contemporaines*, 58 : 85-103.
- SIMMEL, G. 2005 (1<sup>ère</sup> éd. 1908). *Les pauvres*. Paris, PUF.
- SOULET, M.-H. 2005. « Une solidarité de responsabilisation ? », dans J. ION, dir. *Le travail social en débats*. Paris, La Découverte : 86-103.
- THOMAS, H. 1997. *La production des exclus. Politiques sociales et processus de désocialisation socio-politique*. Paris, PUF.
- THOUVENOT, A. 2009. « Reste à vivre : un calcul à géométrie très variable », *La gazette santé-social*, 52 : 1-2.
- TITMUSS, R. 1974. *Social policy*. London, Allen & Unwin.
- TOURAINÉ, A. 1991. « Face à l'exclusion », *Esprit*, 169 : 7-13.
- WILLMANN, C. 2007. « Emploi, chômage, minima sociaux : une analyse juridique de la notion de « contrepartie » », dans P. DU CHEYRON et D. GELOT, coord. *Droit et pauvreté*. Actes de colloque. Paris, ONPES et DREES-MiRe : 83-104.

## **Accès, recours aux soins et inégalités sociales de santé**

- ACHESON, D., D. BARKER, J. CHAMBERS, H. GRAHAM, M. MARMOT et M. WHITEHEAD. 1998. *Independent inquiry into inequalities in health report*. London, The Stationary office.
- ASSOCIATION DE GESTION DES CENTRES DE SANTE, 2005. « Bilan et évaluation 2004. Accès aux soins, prise en charge et accompagnement de personnes en situation de précarité et d'insertion ». Grenoble, Document de travail du « Groupe précarité » de l'AGECSA.
- AÏACH, P. 2000. « De la mesure des inégalités : enjeux sociopolitiques et théoriques », dans A. LECLERC, D. FASSIN, H. GRANDJEAN, M. KAMINSKI et T. LANG, dirs. *Les inégalités sociales de santé*. Paris, La Découverte : 83-92.
- AÏACH, P. 2004. « Processus cumulatif d'inégalités : effet d'amplification et disposition à l'appropriation sociale », *Santé, société et solidarité*, 2 : 39-47.
- AÏACH, P. et D. FASSIN. 2004. « L'origine et les fondements des inégalités sociales de santé », *La Revue du praticien*, 54 : 2221-2227.
- AÏACH, P. 2008. « Questions au sujet de l'approche géographique des inégalités de santé », Communication au congrès national des Observatoires régionaux de la santé : *Les inégalités de santé. Nouveaux savoirs, nouveaux enjeux politiques*. Marseille, 17 octobre.
- ALBERTINI, P., A. DEL VOLGO, F. RENAULT et E. BAILLON-JAVON. 2001. *La santé bucco-dentaire des jeunes Franciliens de moins de 20 ans. 1-Synthèse générale 2-Besoins en soins bucco-dentaires : analyse clinique 3-Besoins en soins bucco-dentaires : motifs de non recours*. Cergy, Rapport d'étude URCAM d'Ile de France.
- ALLONIER, C., P. DOURGNON et T. ROCHEREAU, dirs. 2008. *Enquête sur la santé et la protection sociale 2006*. Paris, IRDES.
- AMEISEN, J.C. 2007. « La lutte contre la pandémie grippale : un levier contre l'exclusion », *Esprit*, 336 : 78-95.
- ARNAUD, A., A. FAGOT-CAMPAGNA, G. REACH, C. BASIN et A. LAPORTE. 2008. « Prévalence et caractéristiques du diabète chez les personnes sans domicile fixe fréquentant des centres d'hébergement d'urgence à Paris », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 43 : 418-420.
- ATTAL-TOUBERT, K. et M. VANDERSCHULDEN. 2009. « La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales », *Etudes et résultats*, 679.



- AYANIAN, J.Z., J.S. WEISSMAN, E.C. SCHNEIDER, J.A. GINSBURG et A.M. ZASLAVSKY. 2000. « Unmet health needs of uninsured adults in the United States », *Journal of American medical association*, vol. 284, 16 : 2061-2069.
- AZOGUI-LEVY, S. et T. ROCHEREAU. 2005. « Comportements de recours aux soins et santé bucco-dentaire. Exploitation de l'enquête Santé et protection sociale 2000 », *Questions d'économie de la santé*, 94.
- BAZIN, F., I. PARIZOT et P. CHAUVIN. 2006. « Déterminants psychosociaux du renoncement aux soins pour raisons financières dans cinq zones urbaines sensibles de la région parisienne », *Sciences sociales et santé*, vol. 24, 3 : 11-32.
- BEAUNE, D., R. CARON, J.J. LAFITTE, F. STEENHOUWER, A. LELEUX, C. MENCUCCHI et C. MONTIGNY. 2006. « Cancer bronchique et retard à la consultation lié à la précarité dans la région Nord-Pas-de-Calais », *Revue francophone de psycho-oncologie*, vol. 5, 2 : 109-114.
- BECCEGATO, H. 2008. *Etude qualitative des déterminants de la mortalité prématurée en médecine générale*. Paris, Thèse présentée pour l'obtention du doctorat en médecine, Université René Descartes Paris 5.
- BELOUCIF, S. 2008. « Une réponse opérationnelle », Intervention à la table ronde *Comment aller chercher les personnes les plus éloignées du système de santé ?* organisée par la Conférence nationale de santé et la conférence régionale de santé d'Ile-de-France dans le cadre du débat : *Respecter et promouvoir les droits des usagers du système de santé*. Paris 18 décembre.
- BERTHOD-WUMSER, M. 2000. « Programmes de recherche et débat public sur les inégalités de santé : la France est-elle en retrait ? », dans A. LECLERC, D. FASSIN, H. GRANDJEAN, M. KAMINSKI et T. LANG, dirs. *Les inégalités sociales de santé*. Paris, La Découverte : 69-82.
- BEYNET, A. et G. MENAHEM. 2002. « Problèmes dentaires et précarité », *Questions d'économie de la santé*, 48.
- BLACK, D., J. MORRIS, C. SMITH et P. TOWNSEND. 1980. *Inequalities in health : report of a Research Working Group*. London, Department of health and social security.
- BLANE, D. et P. AÏACH. 2008. « Les réponses politiques européennes face aux inégalités sociales de santé », dans C. NIEWIADOMSKI et P. AÏACH, dirs. *Lutter contre les inégalités sociales de santé, politiques publiques et pratiques professionnelles*. Rennes, Editions EHESP : 99-107.
- BLANPAIN, N. et D. ENEAU. 1998. « Etat de santé et accès aux soins des allocataires du RMI », *INSEE Première*, 655.

- BOISGUERIN, B., C. GISSOT, M. GRIGNON et L. AUVRAY. 2001. « Les opinions sur la CMU et ses bénéficiaires au 1<sup>er</sup> janvier 2000 », *Etudes et résultats*, 123.
- BOISGUERIN, B. et C. GISSOT. 2002. « L'accès aux soins des bénéficiaires de la CMU. Résultats d'une enquête réalisée en novembre 2002 », *Etudes et résultats*, 152.
- BOISGUERIN, B. 2004. « Etat de santé et recours aux soins des bénéficiaires de la CMU. Un impact qui se consolide entre 2000 et 2003 », *Etudes et résultats*, 294.
- BOISGUERIN, B., D. RAYNAUD et P. BREUIL-GENIER. 2006. « Les trajectoires de soins en 2003 », *Etudes et résultats*, 463.
- BOISGUERIN, B. 2007. « Les allocataires des minima sociaux : CMU, état de santé et recours aux soins », *Etudes et résultats*, 603.
- BOISGUERIN, B. et S. PICHETTI. 2008. « Panorama de l'accès aux soins de ville des bénéficiaires de la CMU complémentaire en 2006 », *Etudes et résultats*, 629.
- BOISGUERIN, B. 2009. « Quelles caractéristiques sociales et quel recours aux soins pour les bénéficiaires de la CMU-C en 2006 », *Etudes et résultats*, 675.
- BOISSONNAT, V. et P. MORMICHE. 2007. « Handicap et inégalités sociales en France, 1999 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2-3 : 26-28.
- BOLTANSKI, L. 1971. « Les usages sociaux du corps », *Annales ESC*, tome 1, 26 : 205-233.
- BOURGUEIL, Y., J. MOUSQUES, A. MAREK et A. TAJAHMADI. 2007. « Améliorer la répartition géographique des médecins : les mesures adoptées en France », *Questions d'économie de la santé*, 122.
- BRESSON, M. 2008. « Les paradoxes des politiques et pratiques professionnelles à la frontière de la précarité et de la santé mentale », dans C. NIEWIADOMSKI et P. AÏACH, dirs. *Lutter contre les inégalités sociales de santé, politiques publiques et pratiques professionnelles*. Rennes, Editions EHESP : 253-270 .
- BREUIL-GENIER, P. et C. GOFFETTE. 2006. « La durée des séances des médecins généralistes », *Etudes et résultats*, 481.
- BRIATTE, F. 2006. *Réduire les inégalités de santé en France et en Grande-Bretagne. Eléments pour une analyse comparée*. Grenoble, Mémoire de Master recherche, Institut d'études politiques de Grenoble.
- BRUNET, L., S. CARPENTIER, A. LAPORTE, D. POURETTE et B. GUILLON. 2005. *Féminité, accès aux soins, maternité et risques vécus par les femmes en grande précarité. Une contribution à l'amélioration de leur santé gynécologique*. Paris, Rapport de recherche Observatoire du samusocial de Paris pour la Direction générale de la Santé.
- BUCHMUELLER, T., A. COUFFINHAL, M. GRIGNON, M. PERRONNIN et K. SZWARCENSZTEIN, 2002. « Consulter un généraliste ou un spécialiste : influence des

- couvertures complémentaires sur le recours aux soins », *Questions d'économie de la santé*, 47.
- BURDILLAT, M. 2009. « Les nouvelles questions posées à la démographie médicale », *Regards croisés sur l'économie*, vol. 1, 5 : 74-85.
- CADOT, E., J. GUEGUEN et A. SPIRA. 2008. « Le renoncement aux soins parmi la population parisienne, le poids des déterminants sociaux et économiques », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, vol. 56, 5S : 262.
- CADOT, E. 2009. « Lutter contre les inégalités de santé par les seules mesures économiques ne suffit plus », Entretien donné au Secours catholique. [http://www.secours-catholique.org/dossier\\_35\\_1750.htm](http://www.secours-catholique.org/dossier_35_1750.htm).
- CALVEZ, M., F. FIERRO, A. LAPORTE et C. SEMAILLE. 2006. *Le recours tardif aux soins des personnes séropositives pour le VIH. Modalités d'accès et contextes socioculturels*. Paris, Rapport de recherche pour l'ANRS.
- CAMBOIS, E. et F. JUSOT. 2007. « Ampleur, tendances et causes des inégalités sociales de santé et de mortalité en Europe : une revue des études comparatives », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2-3 : 10-14.
- CAMBOIS, E., C. LABORDE et J.M. ROBINE. 2008. « La « double peine » des ouvriers : plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte », *Population et sociétés*, 441 : 1-4.
- CARDE, E., D. FASSIN, N. FERRE et S. MUSSO-DIMITRIJEVIC. 2002. « Les discriminations dans l'accès aux soins », *Migrations études*, 106 : 1-12.
- CENTRE TECHNIQUE D'APPUI ET DE FORMATIONS DES CENTRES D'EXAMENS DE SANTE. 2006. *Protocole Suivi prospectif de l'examen de santé (SPES) – Suites de l'examen de santé*. Saint Etienne, Document de travail du Programme Précarité-Inégalités de santé.
- CHAIX, B. et P. CHAUVIN. 2005. « Influence du contexte de résidence sur les comportements de recours aux soins. L'apport des méthodes d'analyse multiniveaux et spatiales », *Questions d'économie de la santé*, 104.
- CHANTALOU, M.L., D. LAGABRIELLE et V. CASSARO. 2003. *Accès aux soins, prise en charge et accompagnement de personnes en situation de précarité et d'insertion*. Grenoble, Rapport d'étude AGECSA.
- CHARTREAU, C. 2009. « L'accès aux soins risque de devenir de plus en plus théorique pour un certain nombre de personnes », Intervention à la Conférence de presse ALERTE : *Crise et pauvreté : les associations alertent l'opinion*. Paris, 27 mai.
- CHATAIN, C. 2006. *Expériences des centres – Public précaire*. Saint-Etienne, Document de travail CETAF.

- CHATAIN, C., C. SASS, S. GUTTON, E. LABBE, J.J. MOULIN et L. GERBAUD. 2008. « Les Centres d'Examens de Santé face à la précarité : quelles adaptations des pratiques ? », *Sociologie santé*, 28 : 87-100.
- CHAUVEAUD, C. et P. WARIN. 2009a. *Favoriser l'accès aux soins des bénéficiaires de minima sociaux - Expliquer la CMU-C et l'ACS aux populations potentiellement éligibles*. Grenoble, Rapport d'étude intermédiaire ODENORE.
- CHAUVEAUD, C. et P. WARIN. 2009b. *GRIPPOP (Grenoble recherche inter-partenariale prévention de l'obésité pédiatrique)/Enquête ODENORE*. Grenoble, Rapport d'étude intermédiaire ODENORE.
- CHAUVIN, P. 1998. « Précarisation sociale et état de santé : le renouvellement d'un paradigme épidémiologique », dans J. LEBAS et P. CHAUVIN, dirs. *Précarité et santé*. Paris, Flammarion : 59-73.
- CHAUVIN, P. et J. LEBAS. 1998. « La problématique précarité et santé, un symptôme des dysfonctionnements de notre système de santé », dans J. LEBAS et P. CHAUVIN, dirs. *Précarité et santé*. Paris, Flammarion : 3-22.
- CHAUVIN, P. et I. PARIZOT, dirs. 2005a. *Santé et recours aux soins des populations vulnérables*. Paris, INSERM.
- CHAUVIN, P. et I. PARIZOT. 2005b. « Introduction. Les déterminants sociaux de la santé : une approche pluridisciplinaire », dans P. CHAUVIN et I. PARIZOT, dirs. *Santé et recours aux soins des populations vulnérables*. Paris, INSERM : 1-16.
- CHAUVIN, P. et F. BAZIN. 2005. « Santé et recours aux soins dans cinq zones urbaines sensibles d'Ile-de-France », dans P. CHAUVIN et I. PARIZOT, dirs. *Santé et recours aux soins des populations vulnérables*. Paris, INSERM : 17-37.
- CHAUVIN, P. et J. LEBAS. 2007. « Inégalités et disparités sociales de santé en France », dans F. BOURDILLON, G. BRUCKER et D. TABUTEAU, dirs. *Traité de santé publique*. Paris, Flammarion Médecine Sciences : 331-341.
- COLLET, M. 2001. *Dynamiques de précarisation, modes d'adaptation identitaire et interactions avec les logiques de santé*. Paris, Mémoire de DEA de sociologie, CREDES.
- COLLET, M., G. MENAHEM et H. PICARD. 2006. « Logiques de recours aux soins des consultants de centres de soins gratuits », *Question d'économie de la santé*, 113.
- COLLET, M. et M. GOUYON. 2007. « Genèse des recours urgents ou non programmés à la médecine générale », *Etudes et résultats*, 607.
- COUFFINHAL, A., P. DOURGNON, P.Y. GEOFFARD, M. GRIGNON, F. JUSOT, J. LAVIS et F. NAUDIN. 2005a. « Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé ? Un éclairage européen. Première partie : les déterminants des

- inégalités sociales de santé et le rôle du système de santé », *Questions d'économie de la santé*, 92.
- COUFFINHAL, A., P. DOURGNON, P.Y. GEOFFARD, M. GRIGNON, F. JUSOT, J. LAVIS et F. NAUDIN. 2005b. « Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé ? Un éclairage européen. Deuxième partie : quelques expériences européennes. », *Questions d'économie de la santé*, 93.
- CENTRE DE RECHERCHE POUR L'ETUDE ET L'OBSERVATION DES CONDITIONS DE VIE. 2006. *Les Français, la réforme de l'assurance maladie et la complémentaire santé*. Sondage CREDOC réalisé en novembre 2005 pour le CTIP.
- DAMBUYANT-WARGNY, G. 2006. *Quand on n'a plus que son corps. Soin et non-soin de soi en situation de précarité*. Paris, Armand Colin.
- DARGENT-PARE, C. et D. BOURGEOIS. 2000. « La santé bucco-dentaire », dans A. LECLERC, D. FASSIN, H. GRANDJEAN, M. KAMINSKI et T. LANG, dirs. *Les inégalités sociales de santé*. Paris, La Découverte : 267-282.
- DAUPHINOT, V. et F. NAUDIN, R. GUEGUEN, M. PERRONNIN et C. SERMET. 2006. « Ecart entre morbidité déclarée et morbidité diagnostiquée. L'exemple de l'obésité, de l'hypertension artérielle et de l'hypercholestérolémie », *Questions d'économie de la santé*, 114.
- DENANTES, M., M. CHEVILLARD, J.F. RENARD et P. FLORES. 2009. « Accès aux soins et inégalités sociales de santé en médecine générale », *Exercer*, 85 : 22-26.
- DESCHAMPS, C. 2008. « Le constat », Intervention à la table ronde *Comment aller chercher les personnes les plus éloignées du système de santé ?* organisée par la Conférence nationale de santé et la conférence régionale de santé d'Ile-de-France dans le cadre du débat : *Respecter et promouvoir les droits des usagers du système de santé*. Paris 18 décembre.
- DESPLANQUES, G. 1984. « L'inégalité sociale devant la mort », *Economie et statistique*, 162 : 29-50.
- DESPRES, C. 2005. « La couverture médicale universelle : des usages sociaux différenciés », *Sciences sociales et santé*, vol. 23, 4 : 79-110.
- DESPRES, C. et M. NAIDITCH. 2006. *Analyse des attitudes de médecins et de dentistes à l'égard des patients bénéficiant de la CMU. Une étude par testing dans 6 villes de Val-de-Marne*. Synthèse du rapport d'étude DIES pour le Fonds CMU.
- DESPRES, C., S. GUILLAUME et P.E. COURALET. 2009. *Le refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la CMU-C. Une étude par testing auprès d'un échantillon représentatif*

- de médecins (omnipraticiens, gynécologues, ophtalmologues, radiologues) et de dentistes parisiens*. Paris, Rapport d'étude IRDES pour le Fonds CMU.
- DEVAUX, M., F. JUSOT, A. TRANNOY et S. TUBEUF. 2007. « Inégalités des chances en santé : influence de la profession et de l'état de santé des parents », *Questions d'économie de la santé*, 118.
- DOURGNON, P., M. GRIGNON et F. JUSOT. 2001. « L'assurance maladie réduit-elle les inégalités sociales de santé ? », *Questions d'économie de la santé*, 43.
- DOURGNON, P., S. GUILLAUME, M. NAÏDITCH et C. ORDONNEAU. 2007. « Les assurés et le médecin traitant : premier bilan après la réforme », *Questions d'économie de la santé*, 124.
- DOURGNON, P., F. JUSOT, C. SERMET et J. SILVA. 2009. « Le recours aux soins de ville des immigrés en France », *Questions d'économie de la santé*, 146.
- DRUHLE, M. 1996. *Santé et société. Le façonnement sociétal de la santé*. Paris, PUF.
- DRULHE, M. 2000. « Fin de siècle et inégalités sociales de santé en France : l'amorce d'un débat ? », dans A. LECLERC, D. FASSIN, H. GRANDJEAN, M. KAMINSKI et T. LANG, dirs. 2000. *Les inégalités sociales de santé*. Paris, La Découverte : 41-52.
- DUPRE C., R. GUEGUEN et J.D. SIMO. 2007. *Le non-recours aux soins en Rhône-Alpes : caractéristiques des consultants examinés dans les CES de l'Assurance maladie. Données 2002-2005*. Saint-Etienne, Rapport d'étude CETAF.
- EVANS, R.G. et G.L. STODDART. 1994. « Producing health, consuming health care », dans R.G. EVANS, M.L. BARER et T.R. MARMOR, dirs. *Why are some people healthy and others not ? The determinants of health of populations*. New-York, Walter de Gruyter : 27-63.
- FASSIN, D. 2000. « Qualifier les inégalités », dans A. LECLERC, D. FASSIN, H. GRANDJEAN, M. KAMINSKI et T. LANG, dirs. *Les inégalités sociales de santé*. Paris, La Découverte : 123-146.
- FASSIN, D., H. GRANDJEAN, M. KAMINSKI, T. LANG et A. LECLERC. 2000a. « Introduction : connaître et comprendre les inégalités sociales de santé », dans A. LECLERC, D. FASSIN, H. GRANDJEAN, M. KAMINSKI et T. LANG, dirs. *Les inégalités sociales de santé*. Paris, La Découverte : 13-26.
- FASSIN, D., H. GRANDJEAN, M. KAMINSKI, T. LANG et A. LECLERC. 2000b. « Conclusion : perspectives pour la recherche et pour l'action », dans A. LECLERC, D. FASSIN, H. GRANDJEAN, M. KAMINSKI et T. LANG, dirs. *Les inégalités sociales de santé*. Paris, La Découverte : 429-436.

- FASSIN, D. 2007. « Des inégalités méconnues. Entretien avec Didier Fassin », entretien paru dans *Pratiques* n°39 et extrait de <http://www.inegalites.fr/spip.php?article777>.
- FERONI, I. 2008. « Synthèse du congrès », Communication au congrès national des Observatoires régionaux de la santé : *Les inégalités de santé. Nouveaux savoirs, nouveaux enjeux politiques*. Marseille, 16 et 17 octobre.
- FIEULAIN, N. 2007. *Temps de l'urgence, temps du projet : la rencontre des temporalités dans le recours aux soins et à l'aide sociale en situations de précarité*. Lyon, Dossier de la MRIE, 15: 41-45.
- FLORES, P. et H. FALCOFF. 2004. « Peut-on agir en médecine générale sur les inégalités sociales de santé ? », *La revue du praticien*, 54 : 2221-2227.
- FRANC, C. et M. PERRONNIN. 2007. « Aide à l'acquisition d'une assurance maladie complémentaire : une première évaluation du dispositif ACS », *Questions d'économie de la santé*, 121.
- FREUND, R.J. 2009. « Les hospitalisations potentiellement évitables, un indicateur d'accès aux soins primaires », Communication au colloque thématique de l'ADELFI : *Epidémiologie sociale et inégalités de santé*. Toulouse, 29 mai.
- FROHLICH, K., E. CORIN et L. POTVIN. 2001. « A theoretical proposal for the relationship between context and disease », *Sociology of health and illness*, vol. 23, 6 : 776-797.
- FURLER, J. 2006. « Social determinants of health and health inequalities : what role for general practice ? », *Health promotion journal of Australia*, 17 : 264-266.
- GARDELLA, E., A. LAPORTE et E. LE MENER. 2008. « Entre signification et injonction. Pour un travail sur le sens du recours aux soins des sans-abri », *Sciences sociales et santé*, vol. 26, 3 : 35-46.
- GARNERO, M. et M.O. RATTIER. 2009. « Les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2007 », *Etudes et résultats*, 698.
- GRAHAM, H. 2004. « Tackling health inequalities in England: remedying health disadvantages, narrowing gaps or reducing health gradients », *Journal of Social Policy*, vol. 33, 1 : 115-131.
- GRAHAM, H. 2008. « Des stratégies nationales pour lutter contre les inégalités sociales de santé », Communication aux 4<sup>èmes</sup> Journées de la prévention organisées par l'INPES. Paris, 10 avril.
- GRIETTE, O. « Le non-recours à l'offre de santé », dans P. WARIN, dir. 2002. *Le non-recours aux services de l'Etat. Mesure et analyse d'un phénomène méconnu*. Grenoble, Rapport de recherche CERAT-IEP : 169-201.

- GRIGNON, M. 2002. « Santé économique et santé physiologique », *Informations sociales*, 98 : 62-71.
- GRIGNON, M. 2005. « L'expérience de la couverture médicale universelle : que peut-on apprendre sur la segmentation dans les politiques sociales ? », *Sciences sociales et santé*, vol. 23, 4 : 111-120.
- GRIGNON, M. et B. KAMBIA-CHOPIN. 2009. *Income and the demand for complementary health insurance in France*. Paris, Document de travail IRDES.
- GRUZD, D.C., C. SHEAR et W. RODNEY. 1986. « Determinants of no-show appointment behaviour : the utility of multivariate analysis », *Family medicine*, vol. 18, 4 : 217-20.
- GUENOT, C. 2006. « Conventions d'objectifs et de gestion. Nouvelles missions pour les Centres d'examens de santé de l'Assurance maladie », Intervention au séminaire de la Société française de santé publique. Paris, 4 décembre.
- GUIGNON, N., J.-B. HERBET, S. DANET et L. FONTENEAU. 2007. « La santé des adolescents scolarisés en classe de troisième en 2003-2004 premiers résultats », *Etudes et résultats*, 573.
- GUTTON, S. 2006. « Le non-recours aux soins : données des Centres d'examens de santé », Intervention à la réunion du groupe Exclusion et non-recours aux droits et services - Cluster 12. Saint-Etienne, 15 décembre.
- HART, J.T. 1971. « The inverse care law », *The Lancet*, vol. 297, 7696 : 405-412.
- HUDEBINE, H. 2008. « La prise en compte des inégalités sociales dans les politiques de santé durant l'ère conservatrice en Grande-Bretagne (1979-1997) », dans C. NIEWIADOMSKI et P. AÏACH, dirs. *Lutter contre les inégalités sociales de santé, politiques publiques et pratiques professionnelles*. Rennes, Editions EHESP : 121-160.
- HUEZ, D. 1998. « Santé et précarisation du travail », dans J. LEBAS et P. CHAUVIN, dirs. *Précarité et santé*. Paris, Flammarion : 143-154.
- IPSOS. 2007. *Le système de santé, l'accès aux soins et les couvertures complémentaires. Enquête auprès des Français et des personnes en ALD*. Sondage réalisé en septembre 2007 pour le CISS.
- INSTITUT DE RECHERCHE ET DE DOCUMENTATION EN ECONOMIE DE LA SANTE. 2008. *Premiers résultats de l'Enquête santé protection sociale*. Paris, Dossier de presse IRDES.
- JAFFLIN, D. 1998. « Accès aux soins et couverture sociale, l'Assurance maladie confrontée à un impératif égalitaire », dans J. LEBAS et P. CHAUVIN, dirs. *Précarité et santé*. Paris, Flammarion : 239-249.



- JUSOT, F. 2008. « Méthode d'observation et de mesure des inégalités de santé », Communication au congrès national des Observatoires régionaux de la santé : *Les inégalités de santé. Nouveaux savoirs, nouveaux enjeux politiques*. Marseille, 16 et 17 octobre.
- JUSOT, J. et J. WITTEWER. 2009. « L'accès financier aux soins en France : Bilan et perspective », *Regards croisés sur l'économie*, vol. 1, 5 : 102-109.
- JUSOT, J., Z. OR et E. YILMAZ. 2009. « Inégalités de recours aux soins en Europe : quel rôle attribuable aux systèmes de santé ? », *Revue économique*, vol. 60, 2 : 521-543.
- KAMBIA-CHOPIN, B., M. PERRONNI, A. PIERRE et T. ROCHEREAU. 2008. « La complémentaire santé en France en 2006 : un accès qui reste inégalitaire. Résultats de l'Enquête santé protection sociale 2006 », *Questions d'économie de la santé*, 132.
- LABBE, E., J.J. MOULIN, C. SASS, C. CHATAIN, R. GUEGUEN et L. GERBAUD. 2007. « Etat de santé, comportements et environnement social de 105 901 jeunes en insertion professionnelle », *Pratiques et organisations des soins*, vol. 38, 1 : 43-53.
- LAGABRIELLE, D. 2006. *Compétences professionnelles des soignants et ruptures de vie*. Grenoble, Document de travail issu de la formation-action « accompagnement – santé » mise en place par la Communauté d'agglomération Grenoble-Alpes Métropole.
- LANG, T., P. DUCIMETIERE, D. ARVEILIER, P. AMOUYEL, J. FERRIERES, J.B. RUIDAVETS, M. MONTAYE, B. HAAS et A. BINGHAM. 1998. « Is hospital care involved in inequalities in coronary heart disease mortality ? Result from the French WHO-MONICA project in men aged 30-64 », *Journal of epidemiology community health*, 52 : 665-671.
- LA ROCHERE, B. de. 2003. « La santé des sans-domiciles usagers des services d'aide », *INSEE Première*, 893.
- LA ROSA, E. 1998. *Santé, précarité et exclusion*, Paris, PUF.
- LEBAS, J. et P. CHAUVIN, dirs. 1998. *Précarité et santé*. Paris, Flammarion.
- LECLERC, A., D. FASSIN, H. GRANDJEAN, M. KAMINSKI et T. LANG, dirs. 2000. *Les inégalités sociales de santé*. Paris, La Découverte.
- LECLERC, A., J.F. CHASTANG, I. REGNARD et J.F. RAVAUD. 2007. « Lombalgie invalidante et situation sociale. Résultats issus de l'enquête HID (Handicap-incapacité-dépendance) », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2-3 : 15-17.
- LECLERC, A., M. KAMINSKI et T. LANG. 2008. *Inégaux face à la santé*. Paris, La Découverte.
- LECOMTE, T., A. MIZRAHI et A. MIZRAHI. 1991. *Les bénéficiaires du RMI fréquentant les centres de soins gratuits*. Paris, Rapport d'étude CREDES.

- LERICHE, M. et N. SIMONNOT. 2004. « Un accès aux soins difficile. L'approche de Médecins du monde », *Informations sociales*, 120 : 42-51.
- LOMBRAIL, P. 2000. « Accès aux soins », dans A. LECLERC, D. FASSIN, H. GRANDJEAN, M. KAMINSKI et T. LANG, dirs. *Les inégalités sociales de santé*. Paris, La Découverte : 403-418.
- LOMBRAIL, P., J. PASCAL et T. LANG. 2004. « Accès au système de soins et inégalités sociales de santé : que sait-on de l'accès secondaire ? », *Santé, société et solidarité*, 2 : 61-72.
- LOUYOT, M. 2007. *Le rapport aux droits et services de santé (recours et non-recours) des hommes immigrés d'origine maghrébine âgés de plus de 55 ans et résidant en foyer*. Grenoble, Mémoire de Master recherche, Institut d'études politiques de Grenoble.
- LUCAS-GABRIELLI, V., N. NABET et F. TONNELIER. 2001. « Les soins de proximité : une exception française ? », *Questions d'économie de la santé*, 39.
- LURIE, N., N.B. WARD, N.F. SHAPIRO, C. GALLEGO, R. VAHAIWALLA et R.H. BROOK. 1986. « Termination of Medi-Cal benefits. A follow-up study one year later », *The new England journal of medicine*, vol. 314, 19 : 1266-1268.
- MACKENBACH, J.P., K. STRONKS et A.E. KUNST. 1989. « The contribution of medical care to inequalities in health : differences between socio-economic groups in decline of mortality from conditions amenable to medical intervention », *Social science and medicine*, vol. 29, 3 : 369-376.
- MACKENBACH, J.P. 2003. « An analysis of the role of health care in reducing socioeconomic inequalities in health : the case of the Netherlands », *Health care and social inequalities*, vol. 33, 3: 523-541.
- MAESTRACCI, N. 2008. « La pauvreté : un problème de santé publique ? Les limites des politiques sectorielles », Communication au congrès national des Observatoires régionaux de la santé : *Les inégalités de santé. Nouveaux savoirs, nouveaux enjeux politiques*. Marseille, 16 et 17 octobre.
- MARIC, M., E. GREGOIRE et L. LEPORCHER. 2008. *La prise en charge des populations précaires dans les établissements de soins*. Paris, Document de travail DREES.
- MARICAL, F. et T. DE SAINT POL. 2007. « La complémentaire santé : une généralisation qui n'efface pas les inégalités », *INSEE Première*, 1142.
- MARMOT, M et R.G. WILKINSON, dirs. 1999. *Social determinants of health*. Oxford, Oxford university press.
- MEDECINS DU MONDE, 2008. « Lutter contre la fraude ou lutter contre les pauvres ? », Communiqué de presse du 15 février.

- MENACHEM, G. 2000. *Spécificités des usages précaires des systèmes de soins : quelques hypothèses*. Paris, Document de travail CREDES.
- MIZRAHI, A. et A. MIZRAHI. 1998. « Inégalités d'accès aux soins : cumul des risques sociaux et consommation de soins », dans J. LEBAS et P. CHAUVIN, dirs. *Précarité et santé*. Paris, Flammarion : 45-57.
- MONTEIL, C. et C. ROBERT-BOBEE. 2005. « Les différences sociales de mortalité : en augmentation chez les hommes, stables chez les femmes », *INSEE première*, 1025.
- MORIN, T. 2007. « Classification des dépressifs selon leur type de recours aux soins », *Etudes et résultats*, 577.
- MORMICHE, P. 1993. « Les disparités de recours aux soins en 1991 », *Economie et statistique*, 265 : 45-52.
- MORMICHE, P. 1995. « L'accès aux soins : évolutions des inégalités entre 1980 et 1991 », *Economie et statistique*, 282 : 3-19.
- MORMICHE, P. 1998. « La médicalisation des comportements vue selon les résultats des enquêtes « santé-soins médicaux » », dans P. AÏACH et D. DELANOE, dirs. *L'ère de la médicalisation. Ecce homo sanitas*. Paris, Anthropos-Economica : 99-103.
- MOULIN, J.J., V. DAUPHINOT, C. DUPRE, C. SASS, E. LABBE, L. GERBAUD et R. GUEGUEN. 2005. « Inégalités de santé et comportements: comparaison d'une population de 704 128 personnes en situation de précarité à une population de 516 607 personnes non précaires, France 1995-2002 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 43 : 1-3.
- MOULIN, J.J., E. LABBE, C. SASS, R. GUEGUEN, V. DAUPHINOT, C. DUPRE, F. NAUDIN et L. GERBAUD. 2005. *Le score EPICES : l'indicateur de précarité des Centres d'examens de santé de l'Assurance maladie*. Saint-Etienne, Rapport d'étude CETAF.
- MOULIN, J.J., E. LABBE, C. SASS et L. GERBAUD. 2009. « Santé et instabilité professionnelle : résultats issus des centres d'examens de santé de l'assurance-maladie », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, vol. 57, 3 : 141-149.
- NEWHOUSE, J.P. 1993. *Free for all? Lessons from the Rand experiment*. Cambridge, Harvard University Press.
- NOYARET, M. et D. LAGABRIELLE. 2005. « Inégalités sociales et accès aux soins. L'expérience des centres de santé à Grenoble », *Les cahiers du DSU*, 43 : 20-21.
- OBSERVATOIRE DES NON-RECOURS AUX DROITS ET SERVICES. 2004. *Droits non ouverts et retards aux soins. Exploitation des données 2003 de Médecins du Monde Grenoble*. Grenoble, Document de travail ODENORE.

- PAÏTA, M., P. RICORDEAU, L. DE ROQUEFEUIL, A. STUDER, N. VALLIER et A. WEILL. 2007. « Les affections de longue durée des bénéficiaires de la CMU complémentaire », *Points de repère*, 8.
- PAMPALON, R. et G. RAYMOND. 2000. « A deprivation index for health and welfare planning in Québec », *Chronic diseases in Canada*, vol. 21, 3 : 104-113.
- PAPPAS, G., W. C. HADDEN, L. J. KOZAK et G. F. FISHER. 1997. « Potentially avoidable hospitalizations : inequalities in rates between US socioeconomic groups », *American Journal of Public Health*, vol. 87, 5 : 811-816.
- PARIZOT, I. 1998. « Trajectoires sociales et modes de relation aux structures sanitaires », dans J. LEBAS et P. CHAUVIN, dirs. *Précarité et santé*. Paris, Flammarion : 33-43.
- PARIZOT, I. 2003. *Soigner les exclus*. Paris, PUF.
- PARIZOT, I. 2005. « Recours aux soins et création de lien social », dans P. CHAUVIN et I. PARIZOT, dirs. *Santé et recours aux soins des populations vulnérables*. Paris, INSERM : 72-82.
- PARIZOT, I. et P. CHAUVIN. 2005. « Quel accès aux soins pour les plus démunis ? », Article paru dans *Sciences humaines* n°48 et issu de [http://www.scienceshumaines.com/index.php?id\\_article=13854&lg=fr](http://www.scienceshumaines.com/index.php?id_article=13854&lg=fr).
- PASCAL, J., H. ABBEY-HUGUENIN, C. AGARD, N. ASSERAY, E. BILLAUD, D. BARON et P. LOMBRAIL. 2004. « Élaboration d'un outil de repérage des usagers en situation de vulnérabilité sociale consultant à l'hôpital », *La Presse médicale*, vol. 33, 11 : 710-715.
- PASCAL, J., H. ABBEY-HUGUENIN et P. LOMBRAIL. 2006. « Inégalités sociales de santé : quels impacts sur l'accès aux soins de prévention ? », *Lien social et politiques*, 55 : 115-124.
- PEQUIGNOT, F., A. LE TOULLEC, M. BOVET et E. JOUGLA. 2003. « La mortalité « évitable » liée aux comportements à risque, une priorité de santé publique en France », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 30-31 : 139-141.
- PILOD, C. 2009. *Les inégalités sociales dans l'accès aux soins de prévention : étude parmi les patients d'un cabinet de médecine générale*. Grenoble, Thèse présentée pour l'obtention du doctorat en médecine, Université Joseph Fourier Grenoble 1.
- PROUVOST, H. et G. POIRIER. 2007. « Influence des facteurs socio-économiques sur le recours au dépistage du cancer chez les femmes du Nord-Pas-de-Calais. Résultats de l'enquête décennale santé, France, 2002 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2-3 : 17-20.
- RAYNAUD, D. 2002. « L'impact de la CMU sur la consommation individuelle de soins », *Etudes et Résultats*, 229.

- RAYNAUD, D. 2005. « Les déterminants individuels des dépenses de santé : l'influence de la catégorie sociale et de l'assurance complémentaire », *Etudes et résultats*, 378.
- RIDDE, V. 2004. « Une analyse comparative entre le Canada, le Québec et la France : L'importance des rapports sociaux et politiques eu égard aux déterminants et aux inégalités de la santé », *Recherches sociographiques*, vol. 45, 2 : 343-364.
- RIDDE, V. et A. GUICHARD. 2008. « Agir pour réduire les inégalités de santé : aporie, épistémologie et défis », dans C. NIEWIADOMSKI et P. AÏACH, dirs. *Lutter contre les inégalités sociales de santé, politiques publiques et pratiques professionnelles*. Rennes, Editions EHESP : 57-80.
- RODE, A. 2005. *Du point de vue des patients... Analyse du retard et du renoncement aux soins*. Grenoble, Rapport d'étude ODENORE et AGECSA.
- ROLLAND, C., J. MANTOVANI, J. PASCAL, A. AFRITE, M. MEMBRADO, T. LANG et le groupe INTERMEDE. 2008. « Comment l'étude sociologique des interactions médecin-patient peut-elle éclairer la question des inégalités sociales de santé ? », Communication au congrès national des Observatoires régionaux de la santé : *Les inégalités de santé. Nouveaux savoirs, nouveaux enjeux politiques*. Marseille, 16 octobre.
- ROMON, I., J. DUPLIN, S. FOSSE, M. DALICHAMPT, R. DRAY-SPIRA, M. VARROUD-VIAL, A. WEILL et A. FAGOT-CAMPAGNA. 2006. « Relations entre caractéristiques socio-économiques et état de santé, recours aux soins et qualité des soins des personnes diabétiques. Entred 2001 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 45 : 347-350.
- ROSS, C.-E. et J. MIROWSKY. 2000. « Does medical insurance contribute to socioeconomic differentials in health ? », *The Milbank Quarterly*, vol. 78, 2: 291-321.
- SAINT POL, T. de 2007. « La santé des plus pauvres », *INSEE Première*, 1161 : 1-4.
- SASS, C., J.-J. MOULIN, R. GUEGUEN, L. ABRIC, V. DAUPHINOT, C. DUPRE, J.-P. GIORDANELLA, F. GIRARD, C. GUENOT, E. LABBE, E. LA ROSA, P. MAGNIER, E. MARTIN, B. ROYER, M. RUBIROLA et L. GERBAUD. 2006. « Le score EPICES : un score individuel de précarité. Construction du score et mesure des relations avec des données de santé, dans une population 197 389 personnes », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 14 : 93-96.
- SPOLTI, C. 2006. *Retard et renoncement aux soins pour une population en situation de précarité*. Grenoble, Thèse présentée pour l'obtention du doctorat en médecine, Université Joseph Fourier Grenoble 1.
- THEBAUD-MONY, A. 2008. *Travailler peut nuire gravement à votre santé*. Paris, La Découverte.

- VAN DOORSLAER, E., X. KOOLMAN et A.M. JONES. 2002. « Explaining income-related inequalities in doctor utilisation in Europe : a decomposition approach ». Working paper.
- VAN DOORSLAER, E., C. MASSERIA, X. KOOLMAN and the OECD Health Equity Research Group. 2006. « Inequalities in access to medical care by income in developed countries », *Canadian medical association journal*, vol. 174, 2 : 177-183.
- VOLOVITCH, P. 1999. « Egalité devant les soins, égalité devant la santé : quel rôle pour l'assurance-maladie ? », *Revue de l'IRES*, 30 : 149-176.
- VOLOVITCH, P. 2007. « Le mensonge de la complémentaire pour tous », Article paru ds *Pratiques* n°36 et extrait de <http://www.pratiques.fr/Lire-Pratiques-Le-mensonge-de-la.html>.
- WARIN, P. 2005. « Mesurer le « non recours aux soins ». Des connaissances en pointillé, questions politiques », Communication au séminaire DIES/Fondation de l'Avenir : *Promotion des usagers et « modernisation » des pratiques professionnelles de santé*. Paris, 20-21 mai.
- WARIN, P. coord. 2009c. *Le non-recours aux soins des actifs précaires (NOSAP)*. Grenoble, Rapport de recherche ODENORE et CETAF pour l'ANR.
- WARIN, P. coord. 2009d. « Le non-recours aux soins des actifs précaires », Article scientifique de synthèse pour le colloque de l'Agence nationale de la recherche : *Santé-environnement/santé-travail*. Paris, octobre.
- WARIN, P. 2009e. « Medical activism and performance engineering : the case of associative health centres », *Quaderni*, 68 : 37-48.
- WHITEHEAD, M. et G.DAHLGREN. 1991. « What can be done about inequalities in health ? », *The Lancet*, vol. 338, 8774 : 1059-1063.
- WHITEHEAD, M. 1998. « Diffusion of ideas on social inequalities in health : a European perspective », *The Milbank quaterly*, vol. 76, 306: 469-492.
- WHITEHEAD, M. 2008. « La lutte contre les inégalités de santé en Europe : comment les réduire ? », dans C. NIEWIADOMSKI et P. AÏACH, dirs. *Lutter contre les inégalités sociales de santé, politiques publiques et pratiques professionnelles*. Rennes, Editions EHESP : 109-120.
- WILLIAMS, S.J. 1995. « Theorising class, health and lifestyles : can Bourdieu help us ? », *Sociology of health and illness*, vol. 17, 5 : 577-604.

## **Santé (généralités)**

- ADAM, P. et C. HERZLICH. 2003. *Sociologie de la maladie et de la médecine*. Paris, Nathan.
- AÏACH, P., J.P. DESCHAMPS et N. BON. 1992. « Questions et orientations pour la recherche », dans P. AÏACH, N. BON et J.P. DESCHAMPS, dirs. *Comportements et santé. Questions pour la prévention*. Nancy, Presses Universitaires de Nancy : 240-245.
- AÏACH, P. 1998. « Les voies de la médicalisation », dans P. AÏACH et D. DELANOE, dirs. *L'ère de la médicalisation. Ecce homo sanitas*. Paris, Anthropos-Economica : 15-36.
- AÏACH, P. et D. DELANOE, dirs. 1998. *L'ère de la médicalisation. Ecce homo sanitas*. Paris, Anthropos-Economica.
- AMAR, E. et C. PEREIRA. 2005. « La prescription des médecins généralistes et leurs déterminants », *Etudes et résultats*, 440.
- ANCELLE, T. 2004. « Epidémiologie », dans F. BOURDILLON, G. BRÜCKER et D. TABUTEAU, dirs. *Traité de santé publique*. Paris, Flammarion médecine-sciences.
- AULAGNIER, M., Y. OBADIA, A. PARAPONARIS, B. SALIBA-SERRE, B. VENTELOU et P. VERGER. 2007. « L'exercice de la médecine générale libérale premiers résultats d'un panel dans cinq régions françaises », *Etudes et résultats*, 610.
- BALLARD, K. et M.A. ELSTON. 2005. « Medicalisation : a multi-dimensional concept », *Social theory and health*, vol. 3, 3: 228-41.
- BERLIVET, L. 2001. « Déchiffrer la maladie », dans J.P. DOZON et D. FASSIN, dirs. *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*. Paris, Balland : 75-101.
- BLEICH, S.N., E. OZALTIN et C.J.L. MURRAY. 2009. « How does satisfaction with the health-care system relate to patient experience ? », *Bulletin of the World health organisation*, 87 : 271-278.
- BREUIL-GENIER, P. et D. SICART. 2006. « L'origine sociale des professionnels de santé », *Etudes et résultats*, 496.
- BOISSONNAT, V. 2004. « Artefact technique et pouvoir normatif : la mammographie de dépistage des cancers du sein », dans F.X. SCHWEYER, S. PENNEC, G. CRESSON et F. BOUCHAYER, dirs. *Normes et valeurs dans le champ de la santé*. Rennes, éditions de l'ENSP : 151-163.
- BOUCHAYER, F., G. CRESSON, S. PENNEC et F.X. SCHWEYER. 2004. « Introduction », dans F.X. SCHWEYER, S. PENNEC, G. CRESSON et F. BOUCHAYER, dirs. *Normes et valeurs dans le champ de la santé*. Rennes, éditions de l'ENSP : 5-16.

- BOURDELAIS, P. dir. 2001. *Les hygiénistes. Enjeux, modèles et pratiques (XVIIIème-XXème siècles)*. Paris, Belin.
- BURY, J.A. 1988. *L'éducation pour la santé : Concepts, enjeux et planification*. Bruxelles, De Boeck.
- CALVEZ, M. 2001. « Le risque comme ressource culturelle dans la prévention du sida », dans J.P. DOZON et D. FASSIN, dirs. *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*. Paris, Balland : 127-143.
- CANGUILHEM, G. 1966 (1ère é. 1943). *Le normal et le pathologique*. Paris, PUF.
- CARRICABURU, D. et M. MENORET. 2004. *Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladies*. Paris, Armand Colin.
- COLLIN, J. 2007. « Relations de sens et relations de fonction : risque et médicament », *Sociologie et sociétés*, vol. 39, 1 : 99-122.
- CONRAD, P. 1985. « The meaning of medications : another look at compliance », *Social science and medicine*, vol. 20, 1 : 29-37.
- CRAWFORD, R. 1980. « Healthism and the medicalization of everyday life », *International journal of health services*, vol. 10, 3 : 365-388.
- CULTIAUX, J. et T. PERILLEUX. 2007. « Etre responsable de sa santé ? Faces, accents et limites d'un argumentaire de responsabilisation des patients », dans F. CANTELLI et J.L. GENARD, dirs. *Action publique et subjectivité*. Paris, LGDJ.
- DESCARPENTRIES, J. 2007. « Entre prédiction et prévention : des questions pour l'épistémologie de l'éducation pour la santé ? », Communication au colloque international d'Actualité de la recherche en éducation et en formation. Strasbourg, 28 août.
- DODIER, N. 2003. *Leçons politiques de l'épidémie de sida*. Paris, Editions de l'EHESS.
- DOZON, J.P. 2001. « Quatre modèles de prévention », dans J.P. DOZON et D. FASSIN, dirs. *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*. Paris, Balland : 23-46.
- DOZON, J.P. et D. FASSIN. 2001. « Conclusion. Entre culture et politique. L'espace problématique d'une anthropologie de la santé », dans J.P. DOZON et D. FASSIN, dirs. *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*. Paris, Balland : 343-354.
- ELBAUM, M. 2008. « Participation financière des patients et équilibre de l'assurance maladie », *Lettre de l'OFCE*, 301.
- EWALD, F. 1997. « L'Etat-providence : origine et fondement du droit aux soins », dans F. LEMAIRE, S. RAMEIX et D. DREYFUSS, dirs. *Accès aux soins et justice sociale*. Paris, Flammarion Médecine-Sciences.



- FAINZANG, S. 1989. *Pour une anthropologie de la maladie en France, un regard africaniste*. Paris, Editions de l'EHESS.
- FAINZANG, S. 2006. *La relation médecins-malades : information et mensonge*. Paris, PUF.
- FASSIN, D. et J.P. DOZON. 2001. « Introduction. L'universalisme bien tempéré de la santé publique », dans J.P. DOZON et D. FASSIN, dirs. *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*. Paris, Balland : 7-22.
- FASSIN, D. 2001a. « Le culturalisme pratique de la santé publique. Critique d'un sens commun », dans J.P. DOZON et D. FASSIN, dirs. *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*. Paris, Balland : 181-208.
- FASSIN, D. 2001b. « Au cœur de la cité salubre. La santé publique entre les mots et les choses », dans J.P. DOZON et D. FASSIN, dirs. *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*. Paris, Balland : 47-74.
- FASSIN, D. et D. MEMMI. 2004. « Le gouvernement de la vie, mode d'emploi », dans D. FASSIN et D. MEMMI, dirs. *Le gouvernement des corps*. Paris, Editions de l'EHESS : 9-33.
- FASSIN, D. 2008. *Faire de la santé publique*. Rennes, Edition ENSP.
- FAURE, O. 1998. « La médicalisation vue par les historiens », dans P. AÏACH et D. DELANOE, dirs. *L'ère de la médicalisation. Ecce homo sanitas*. Paris, Anthropos-Economica : 53-58.
- FENINA, A. et Y. GEFFROY. 2006. « Les dépenses de prévention et les dépenses de soins par pathologie en France », *Etudes et résultats*, 504.
- GILBERT, C. et E. HENRY, dirs. 2009b. *Comment se construisent les problèmes de santé publique ?* Paris, La Découverte.
- GIRERD, X., O. HANON, K. ANAGNOSTOPOULOS, C. CIUPEK, J.J. MOURAD et S. CONSOLI. 2001. « Evaluation de l'observance du traitement antihypertenseur par un questionnaire : mise au point et utilisation dans un service spécialisé », *La presse médicale*, vol. 30, 21 : 1044-1048.
- GRIGNON, M. 2002. « Santé économique et santé physiologique », *Informations sociales*, 98 : 62-71.
- GUILLAUME-HOFNUNG, M. coord. 2003. « Droits des malades. Vers une démocratie sanitaire ? », *Problèmes politiques et sociaux*, 885.
- HERZLICH, C. 1969. *Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale*. Paris, École pratique des hautes études.
- HERZLICH, C. et J. PIERRET. 1991 (1<sup>ère</sup> éd. 1984). *Malades d'hier malades d'aujourd'hui. De la mort collective au devoir de guérison*. Paris, Payot.

- ILLICH, I. 1975. *Némésis médicale. L'expropriation de la santé*. Paris, Editions du Seuil.
- ILLICH, I. 1999. « L'obsession de la santé parfaite », *Le monde diplomatique*.  
<http://www.monde-diplomatique.fr/2009/03/>.
- JAUFFRET-ROUSTIDE, M. 2006. « Sciences sociales et épidémiologie : des approches méthodologiques qui se complètent, à propos de la question des pratiques à risque chez les usagers de drogues », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2/3 : 21-23.
- LANGLOIS, E. 2006. *L'épreuve du sida. Pour une sociologie du sujet fragile*. Rennes, Presses universitaires de Rennes.
- LAST, J. M. 1998 (1<sup>ère</sup> éd. 1987). *Human ecology and public health*. New-York, McGraw-Hill.
- LAUDE, A. 2007. « Patients : droits et responsabilités », Entretien paru dans le n°27/28 du *Concours médical* et extrait de <http://www.carnetsdesante.fr/Laude-Anne>.
- LAUDE, A. et D. TABUTEAU. 2007. *De l'observance à la gouvernance de sa santé*. Paris, PUF.
- LE BLANC, G. 2010. « Le devoir de santé. Journal de l'année de la grippe (III) », *Esprit*, 1 : 232-234.
- LECOMTE, T. 1999. « Chiffres de l'autoconsommation en France et à l'étranger », *ADSP*, 27 : 30-31.
- MASSE, R. 2003. *Ethique et santé publique. Enjeux, valeurs et normativité*. Québec, Presses de l'Université de Laval.
- MBAYE, M.E. 2009. *De la contradiction en politiques publiques : l'action publique en direction des migrants vivant avec le VIH/sida en France*. Grenoble, Thèse de doctorat de science politique, Institut d'études politiques de Grenoble.
- MENORET, M. 2007. « Le risque de cancer du sein en France : un mode unique de prévention », *Sociologie et sociétés*, vol. 39, 1 : 145-160.
- MOATTI, J.P. 1992. « L'analyse économique peut-elle servir la prévention ? », dans P. AÏACH, N. BON et J.P. DESCHAMPS, dirs. *Comportements et santé. Questions pour la prévention*. Nancy, Presses Universitaires de Nancy : 156-67.
- NEAL, R.D., D.A. LAWLOR, V. ALLGAR, M. COLLEDGE, S. ALI, A. HASSEY, C. PORTZ et A. WILSON. 2001. « Missed appointments in general practice : retrospective data analysis from four practices », *British journal of general practice*, vol. 51, 473 : 830-832.
- PALIER, B. 2008. *La réforme des systèmes de santé*. Paris, PUF.
- PARSONS, T. 1951. *The social system*. Glencoe, The Free Press.
- PELCHAT, Y., E. GAGNON et A. THOMASSIN. 2006. « Sanitarisation et construction de l'exclusion sociale », *Lien social et politiques*, 55 : 55-66.

- PENEFF, J. 1992. *L'hôpital en urgence. Étude par l'observation participante*. Paris, Métailié.
- PENEFF, J. 2005. *La France malade de ses médecins*. Paris, Les Empêcheurs de penser en rond.
- PERETTI-WATEL, P. 2004. « Du recours au paradigme épidémiologique pour l'étude des conduites à risque », *Revue française de sociologie*, vol. 45, 1 : 103-132.
- PERETTI-WATEL, P. et J.P. MOATTI. 2009. *Le principe de prévention. Le culte de la santé et ses dérives*. Paris, Editions du Seuil et La République des idées.
- PERRONNIN, N., L. ROCHAIX et S. TUBEUF. 2006. « Construction d'un indicateur continu d'état de santé agréant risque vital et incapacité », *Questions d'économie de la santé*, 107.
- PONCHON, F. 2002. *Le droit des patients à l'hôpital*. Paris, PUF.
- RAMEIX, S. 1997. « L'idée de justice », dans F. LEMAIRE, S. RAMEIX et D. DREYFUSS, dirs. *Accès aux soins et justice sociale*. Paris, Flammarion : 1-18.
- ROCHAIX, L. 2003. « La santé pour tous ? », dans Y. MICHAUD, dir. *Egalité et inégalités*. Paris, Odile Jacob : 145-178.
- SOCIETE FRANÇAISE DE SANTE PUBLIQUE, 2004. « La loi relative à la politique de santé publique : objectifs de santé, plans et programmes d'action », *Santé publique*, 44 : 588.
- STEFFEN, M. 1983. *Régulation politique et stratégies professionnelles : Médecine libérale et émergence des Centres de santé*. Grenoble, Thèse présentée pour l'obtention du doctorat de science politique, Université des Sciences sociales Grenoble II et Institut d'études politiques de Grenoble.
- STRONG, P.M. 1979. « Sociological imperialism and the profession of medicine. A critical examination of the thesis of medical imperialism », *Social science and medicine*, vol. 13, 2 : 199-215.
- TABUTEAU, D. 2009. « Santé et devoirs sociaux », *Revue de droit sanitaire et social*, 1 : 42-52.
- TABUTEAU, D. 2010. « La métamorphose silencieuse des assurances maladie », *Droit social*, 685 : 85-92.
- TROSTLE, J.A. 1988 « Medical compliance as an ideology », *Social science and medicine*, Vol. 27, 12 : 1299-1308.
- TUBIANA, M. et M. LEGRAIN. 2005. « Une priorité de santé publique, surtout à l'adolescence », dans P. PERETTI-WATEL, coord. *Les comportements à risque*. Problèmes politiques et sociaux n°919, La Documentation française : 15-16.

- VIGARELLO, G. 1993. *Histoire des pratiques de santé. Le sain et le malsain depuis le Moyen-Age*. Paris, Editions du Seuil.
- VIGNERON, E. 2000. « Santé et territoires », *Documentation photographique*, 8015.
- WALLER, J. et P. HODGKIN. 2000. « Defaulters in general practice : who are they and what can be done about them ? », *Family practice*, vol.17, 3 : 252-3.
- WELCH, G.H. 2005. *Dois-je me faire tester pour le cancer ? Peut-être pas et voici pourquoi*. Laval, Presses Universitaires de Laval.

### **Rapports, documents publics et associatifs**

- AGENCE NOUVELLE DES SOLIDARITES ACTIVES. 2006. *Les centres de santé de Grenoble. Mission d'appui*. Paris, Rapport de fin de mission.
- AGENCE NOUVELLE DES SOLIDARITES ACTIVES. 2008. *Centres de santé de la ville de Grenoble. Synthèse des travaux conduits avec l'ANSA*.
- ATTALI, J. 2008. *Rapport de la Commission pour la libération de la croissance française : 300 décisions pour changer la France*. Paris, La Documentation française.
- BRAS, P.L., G. DUHAMEL et E. GRASSE. 2006. *Améliorer la prise en charge des maladies chroniques : les enseignements des expériences étrangères de « disease management »*. Paris, La Documentation française.
- CADIOU, S. 2006. « Les effets et dilemmes de l'activité gouvernementale », dans CENTRE D'ANALYSE STRATEGIQUE. *La société française : entre convergences et nouveaux clivages. Rapport annuel 2006*. Paris, La Documentation française : 133-144.
- CAMBOIS, E. 2004. « Les personnes en situation sociale difficile et leur santé », dans OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA PAUVRETE ET DE L'EXCLUSION SOCIALE. *Les travaux de l'Observatoire 2003-2004*. Paris, La Documentation française : 101-126.
- CHADELAT, J.F. 2006. *Les refus de soins aux bénéficiaires de la CMU-C. Rapport pour Monsieur le ministre de la santé et des solidarités*. Paris, La Documentation française.
- COLLECTIF INTER-ASSOCIATIF SUR LA SANTE, 2008. *Guide CISS du représentant des usagers du système de santé. Edition 2008*.
- COLLECTIF INTER-ASSOCIATIF SUR LA SANTE, FEDERATION NATIONALE ACCIDENTES DU TRAVAIL ET HANDICAPES, UNION NATIONALE DES ASSOCIATIONS FAMILIALES. 2009. *Action contre les refus de soins*. Dossier de presse CISS/FNATH/UNAF.

- COMMISSION FAMILLES, VULNERABILITE, PAUVRETE. 2005. *Au possible nous sommes tenus. La nouvelle équation sociale. 15 résolutions pour combattre la pauvreté des enfants*. Paris, La Documentation française.
- COULOMB, A. et A. BAUMELOU. 2007. *Situation de l'automédication en France et perspectives d'évolutions. Marché, comportements, positions des acteurs*. Paris, La Documentation française.
- COUR DES COMPTES. 2007. *Les personnes sans domicile : rapport public thématique*. Paris, La Documentation française.
- COUR DES COMPTES. 2009. *La sécurité sociale*. Paris, La Documentation française.
- DE GAULLE ANTHONIOZ, G. 1995. *La grande pauvreté. Evaluation des politiques publiques de lutte contre la grande pauvreté. Avis présenté au Conseil économique et social*. Paris, Journal officiel de la République française.
- DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ETUDES, DE L'EVALUATION ET DES STATISTIQUES. 2009. *L'état de santé de la population en France – indicateurs associés à la loi relative de santé publique. Rapport 2008. Synthèse*. <http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/IMG/pdf/esp2008-synthese.pdf>.
- FEDERATION EUROPEENNE DES ASSOCIATIONS NATIONALES TRAVAILLANT AVEC LES SANS-ABRI. 2006. *Le droit à la santé est un droit humain : Garantir l'accès à la santé des personnes sans domicile fixe. Eléments de réponse pour le rapport de la FEANTSA*. Document de travail.
- FEDERATION NATIONALE DES ASSOCIATIONS D'ACCUEIL ET DE REINSERTION SOCIALE. 2006. « Guide méthodologique de l'accompagnement santé », *Recueils et documents*, 40.
- FLAJOLET, A. 2008. *Mission au profit du gouvernement relative aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire*. Paris, La Documentation française.
- FONDATION ABBE PIERRE POUR LE LOGEMENT DES DEFAVORISES. 2008. *L'état du mal-logement en France. Rapport annuel*. Paris, FAP.
- FONDS CMU. 2007. *Rapport n°III : évaluation de la loi CMU*. Paris, La Documentation CMU.
- FONDS CMU. 2008. *Rapport d'activité 2007*. Paris, La Documentation CMU.
- FONDS CMU. 2009. *Rapport n°IV : évaluation de la loi CMU*. Paris, La Documentation CMU.
- FOURCADE, M., V. JESKE et P. NAVES. 2004. *Synthèse des bilans de la loi d'orientation du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions*. Paris, La Documentation française.
- FOURNIL. 2006. *Rapport d'activité de l'association*. Grenoble.

- HAMARD, H. 2003. *Rapport sur la situation actuelle de la profession d'ophtalmologiste*. Paris, Rapport Académie nationale de médecine.
- HAUTCHAMP, M., P. NAVES et D. TRICARD. 2005. *Rapport de la mission de l'IGAS : « Quelle intervention sociale pour ceux qui ne demandent rien ? »* Paris, La Documentation française.
- HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE. 1998. *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*. Paris, La Documentation française.
- HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE. 2002. *La santé en France 2002*. Paris, La Documentation française.
- HAUT COMMISSAIRE AUX SOLIDARITES ACTIVES CONTRE LA PAUVRETE. 2009. *Rapport au Parlement : Suivi de l'objectif de baisse d'un tiers de la pauvreté en 5 ans*. Paris, La Documentation française.
- HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE. 2008. *Rapport du HCAAM*. Paris, La Documentation française.
- INSTITUT OF MEDICINE OF THE NATIONAL ACADEMIES. 2009. *America's uninsured Crisis : Consequences for health and health care*. Rapport de consensus.
- L'APPART. 2006. *Rapport d'activité de l'association*. Grenoble.
- MEDECINS DU MONDE. 2006. « *Je ne m'occupe pas de ces patients* ». *Testing sur les refus de soins des médecins généralistes pour les bénéficiaires de la CMU ou de l'AME dans 10 villes de France*. Rapport de la Coordination Mission France de MDM.
- MEDECINS DU MONDE. 2008a. *Rapport 2007 de l'observatoire de l'accès aux soins de la mission France de Médecins du monde*.
- MEDECINS DU MONDE. 2008b. *Rapport 2007 de l'observatoire de l'accès aux soins de la mission France de Médecins du monde. Annexes*.
- MISSION REGIONALE D'INFORMATION SUR L'EXCLUSION. 2008. *Dossier annuel 2008*.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. 2008. *Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*.
- OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA DEMOGRAPHIE DES PROFESSIONNELS DE SANTE. 2007. *Rapport annuel 2006-2007 de l'ONDPS*. Paris, Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative.
- OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA PAUVRETE ET DE L'EXCLUSION SOCIALE. 2000. « Introduction », dans OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA PAUVRETE ET DE L'EXCLUSION SOCIALE. *Les travaux de l'Observatoire 2000*. Paris, La Documentation française : 11-15.

- OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA PAUVRETE ET DE L'EXCLUSION SOCIALE. 2006. *Le rapport de l'ONPES 2005-2006*. Paris, La Documentation française.
- OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA PAUVRETE ET DE L'EXCLUSION SOCIALE. 2008. *Le rapport de l'ONPES 2007-2008*. Paris, La Documentation française.
- OBSERVATOIRE NATIONAL DES ZONES URBAINES SENSIBLES. 2008. *Rapport 2008*. Paris, Délégation interministérielle à la ville.
- OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE DU CENTRE. 2006. *L'accès aux soins en Région Centre*.
- PROGRAMMES REGIONAUX D'ACCES A LA PREVENTION ET AUX SOINS. 2005. *PRAPS Nord – Pas-de-Calais de seconde génération*. Document de travail.
- SEILLIER, B. 2008. *Rapport d'information fait au nom de la mission commune d'information sur les politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion*. Paris, Les Rapports du Sénat, La Documentation française.
- SPINOSI, L., S. DEBEUGNY, O. LACOSTE, C. DECLERCQ, M. SAMPIL, B. TILLARD ET J.L. SALOMEZ. 2000. Perception et utilisation du système de soins, inégalités sociales de recours. Lille, Rapport d'étude ORS Nord Pas-de-Calais.
- VIEILLERIBIERE, J.L. 2000. « Les difficultés administratives des personnes les plus démunies face au système de protection sociale », dans OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA PAUVRETE ET DE L'EXCLUSION SOCIALE. *Les travaux de l'Observatoire 2000*. Paris, La Documentation française : 229-259.
- WRESINSKI, J. 1987. *Grande pauvreté et précarité économique et sociale. Rapport présenté au nom du Conseil économique et social*. Paris, Journal officiel de la République française.

### **Articles de presse et de revue**

- ACTUALITES SOCIALES HEBDOMADAIRES, « Grippe A et personnes sans abri : ne pas oublier les questions éthiques », n°2625, 25 septembre 2009.
- ALTERNATIVES ECONOMIQUES, « Les chiffres de l'économie 2010 », Hors série n°82, octobre 2009.
- CONVERGENCE, Dossier « Les inégalités ruinent la santé », n°285, octobre 2008.
- LE MONDE, « R. Bachelot-Narquin : La vérité sur les franchises médicales », 27 septembre 2007.

LE MONDE, « Eric Woerth se dit hostile à une hausse de la TVA ou de la CSG et « réservé » sur le bouclier sanitaire », 07 février 2008.

LE MONDE, « La montée de la précarité oblige les bailleurs à réduire les loyers », 4 septembre 2009.

LE PARTICULIER, Dossier « Se passer d'une mutuelle, un calcul rentable », n°1014, juin 2007.

L'EXPRESS, « Un rapport prône l'automédication », 27 décembre 2006.

LIBERATION, « Les origines des inégalités sociales de santé », 12 février 2008.

LIBERATION, « C. Lejealle : Ne pas avoir de portable est discriminant », 13 mai 2009.

POINT D'INFORMATION MENSUELLE DE L'ASSURANCE MALADIE, 14 avril 2005.

REFERENCES CMU, n°36, juillet 2009.

RESEAUX. LE JOURNAL D'INFORMATION DU CETAF ET DES CES, « Comment recruter les populations éloignées du système de santé ? Premières pistes... », n°9, janvier 2007.

RESEAUX. LE JOURNAL D'INFORMATION DU CETAF ET DES CES, « Score EPICES : quelles utilisations hors du réseau des CES ? », n°17, février/mars/avril 2009.

LE MEDECIN DE FRANCE. JOURNAL DE LA CSMF, « Un pacte social pour les patients en CMU », n°1077, 29 décembre 2006.

### **Lois, circulaires, conventions et décrets**

Article L321-3 du Code de la sécurité sociale.

Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne (2000/C 364/01) signée le 7 décembre 2000 lors du sommet de Nice.

Charte européenne des droits des patients élaborée par le réseau Active Citizenship et présentée à Bruxelles le 15 novembre 2002.

Circulaire n°NOR : JUSD0630020C du 21 février 2006 relative aux conditions de l'interpellation d'un étranger en situation irrégulière, garde à vue de l'étranger en situation irrégulière, réponses pénales.

Circulaire de la CNAMTS CIR-33/2008 du 30 juin 2008 relative à la prise en charge des réclamations et plaintes formulées par les bénéficiaires de la CMU complémentaire ou par les professionnels de santé.

Convention d'objectifs et de gestion 2006-2010 signée entre l'Etat et la CNAMTS pour la Branche maladie, août 2006.



Convention d'objectifs et de gestion 2006-2010 signée entre l'Etat et la CNAMTS pour la Branche maladie. Document d'orientation stratégique pour le CETAF, août 2006.

Décret n°2008-641 du 30 juin 2008 relatif aux médicaments disponibles en accès direct dans les officines des pharmacies.

Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions.

Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels adopté le 16 décembre 1966 par l'Assemblée générale de l'Organisation des nations unies (ONU).

Préambule de la Constitution française du 27 octobre 1946.

Projet de loi de finances pour 2009, Mission « santé », Programme 183 « Protection maladie », « Objectifs et indicateurs de performance ». <http://www.performance-publique.gouv.fr/farandole/2009/pap/html/DBGPGMOBJINDPGM183.htm>

Projet de loi de finances pour 2007, Mission « santé », Programme 183 « Protection maladie », Objectifs et indicateurs de performance, Objectif n° 1 : Garantir l'accès aux soins des personnes disposant de faibles ressources. <http://www.performance-publique.gouv.fr/farandole/2007/rap/html/DRGPGMOBJINDPGM183.htm>

## **Sites Internet**

ASSURANCE MALADIE : <http://www.ameli.fr>

CENTRE TECHNIQUE D'APPUI ET DE FORMATIONS AUX CENTRES D'EXAMENS DE SANTE (CETAF) : <http://www.cetaf.asso.fr>

COLLECTIF DES MEDECINS GENERALISTES POUR L'ACCES AUX SOINS (COMEGAS) : <http://leblogducomegas.blogspot.com/>

COLLECTIF NATIONAL CONTRE LES FRANCHISES MEDICALES : [www.contre-les-franchises.org](http://www.contre-les-franchises.org)

EQUIPE DE RECHERCHE « DETERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTE ET DU RECOURS AUX SOINS » : <http://www.u707.jussieu.fr/ds3/index.html>

EXIT AND NON TAKE-UP OF PUBLIC SERVICES (EXNOTA) : <http://www.exnota.org>

FONDS CMU : <http://www.cmu.fr/site/cmu.php4?Id=16>

FORUM CONSACRE A LA DECROISSANCE : <http://forum.decroissance.info>

GROUPE DE RECHERCHE ECUITY : <http://www2.eur.nl/ecuity/>

INSTITUT DROIT ET SANTE : <http://www.instituddroitsante.com>

INSTITUT NATIONAL DE PREVENTION ET D'EDUCATION POUR LA SANTE (INPES) :  
<http://www.inpes.sante.fr>

INSTITUT NATIONAL DES STATISTIQUES ET DES ETUDES ECONOMIQUES (INSEE) :  
<http://www.insee.fr>

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (OMS) : <http://www.who.int>

OBSERVATOIRE DES NON-RECOURS AUX DROITS ET AUX SERVICES (ODENORE) :  
<http://odenore.msh-alpes.fr/>

OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA PAUVRETE ET DE L'EXCLUSION SOCIALE (ONPES) :  
<http://www.onpes.gouv.fr>.

PLAN REGIONAL DE SANTE PUBLIQUE RHONE-ALPES : <http://www.prsp-ra.com>

SERVICE PUBLIC DE LA DIFFUSION DU DROIT : <http://www.legifrance.gouv.fr>

SYNDICAT DES MEDECINS GENERALISTES : <http://www.mgfrance.org>

## **ANNEXES**

- 1.** Liste des entretiens et caractéristiques sociodémographiques des personnes interrogées
- 2.** Grille d'entretien
- 3.** Le réseau des centres d'examens de santé
- 4.** NORES : Outil de repérage de non-recours aux soins
- 5.** Compétences professionnelles des soignants et ruptures de vie
- 6.** Tableau synthétique des causes de non-recours
- 7.** Le modèle dynamique de réception des bénéficiaires, de Win van Oorschot

## Annexe 1 – Liste des entretiens et caractéristiques sociodémographiques des personnes interrogées

### Profil des 85 personnes interrogées lors de l'enquête de terrain de thèse

Entretien	Lieu de l'enquête	Age	Sexe	Nationalité	Situation familiale	Niveau d'étude	Situation professionnelle actuelle	Logement	Complémentaire santé	Score EPICES
1	AGECSA	53	Homme	Français	Célibataire	Brevet	Sans emploi (Ancien ouvrier qualifié)	Locataire en logement social	Sans complémentaire	78,7 (Q5)
2	AGECSA	61	Femme	Française	Veuve, un enfant	Sans diplôme	Sans emploi (ancien personnel des services particuliers)	Locataire en logement social	Sans complémentaire	90,53 (Q5)
3	AGECSA	52	Homme	Français	Célibataire	CAP	Sans emploi (invalide)	Hébergé en foyer	Sans complémentaire	73,37 (Q5)
4	AGECSA	37	Femme	Française	Célibataire	BTS	En contrat de professionnalisation	Locataire en logement privé	CMU-C	33,13 (Q3)
5	Amicale du Nid	53	Femme	Française	Mariée	BTS	Sans emploi	Locataire en logement privé	CMU-C	53,85 (Q5)
6	Amicale du Nid	39	Femme	Française	Célibataire	Sans diplôme	Sans emploi	Locataire en logement privé	CMU-C	49,07 (Q5)
7	CES Bourg en Bresse	47	Homme	Français	Divorcé	BEP	Sans emploi	Hébergé par la famille	Complémentaire privée	59,17 (Q5)
8	CES Bourg en Bresse	51	Femme	Française	Mariée	CAP	Aide ménagère	Locataire en logement	Sans complémentaire	50,89 (Q5)

								social		
<b>9</b>	CES Bourg en Bresse	26	Homme	Français	Célibataire	BEP	En formation professionnelle	Hébergé par la famille	Complémentaire privée	40,23 (Q4)
<b>10</b>	CES Bourg en Bresse	45	Homme	Français	Divorcé	CAP	En formation professionnelle	Hébergé en foyer	CMU-C	100 (Q5)
<b>11</b>	Amicale du Nid	32	Homme	Français	En concubinage	BTS	Sans emploi (invalide)	Locataire en logement privé	Complémentaire privée	24,85 (Q3)
<b>12</b>	Amicale du Nid	37	Femme	Française	Célibataire	Baccalauréat	Sans emploi	Locataire en logement privé	Complémentaire privée	41,42 (Q4)
<b>13</b>	CES Bourg en Bresse	21	Femme	Algérienne	Célibataire	Baccalauréat	En formation professionnelle	Hébergée par la famille	Sans complémentaire	35,49 (Q4)
<b>14</b>	CES Bourg en Bresse	20	Homme	Français	Célibataire	CAP	En formation professionnelle	Hébergé par la famille	Complémentaire privée	38,46 (Q4)
<b>15</b>	CES Bourg en Bresse	23	Femme	Comorienne	Séparée, un enfant	BEP	En formation professionnelle	Locataire en logement social	CMU-C	47,33 (Q4)
<b>16</b>	CES Bourg en Bresse	Entretien non retranscrit								
<b>17</b>	CES Dijon	Entretien non retranscrit								
<b>18</b>	CES Dijon	62	Homme	Français	Marié	Sans diplôme	Retraité (ancien agent des postes)	Locataire en logement privé	Complémentaire privée	36,69 (Q3)
<b>19</b>	CES Dijon	27	Homme	Français	Célibataire	BEP	Chauffeur livreur	Locataire en logement privé	Complémentaire privée	46,15 (Q4)
<b>20</b>	CES Dijon	19	Femme	Française	Célibataire	Baccalauréat	En formation	Hébergée	Complémentaire	33,14

							professionnelle	par la famille	privée	(Q3)
<b>21</b>	CES Dijon	40	Homme	Français	En concubinage	CAP	Chef de chantier	Propriétaire	Complémentaire privée	55,63 (Q5)
<b>22</b>	CES Dijon	29	Femme	Française	En concubinage, un enfant	BEP	Employée de commerce	Propriétaire	Complémentaire privée	35,41 (Q4)
<b>23</b>	CES Dijon	45	Femme	Française	En concubinage	Licence	Surveillante de nuit	Hébergée par un proche	Complémentaire privée	38,47 (Q4)
<b>24</b>	CES Dijon	40	Femme	Française	Divorcée	Brevet	Agent de service	Locataire	Complémentaire privée	68,64 (Q5)
<b>25</b>	CES Dijon		Femme	Chinoise	Entretien non retranscrit					
<b>26</b>	CES Dijon	40	Femme	Française	Mariée	Brevet	Employée de commerce	Propriétaire	Complémentaire privée	45,57 (Q4)
<b>27</b>	CES Dijon	53	Homme	Français	Célibataire	BTS	Sans emploi	Hébergé par la famille	CMU-C	47,33 (Q5)
<b>28</b>	CES Dijon	75	Femme	Française	Mariée	BEP	Retraitée	Propriétaire	Complémentaire privée	35,51 (Q4)
<b>29</b>	CES Dijon	24	Homme	Français	Séparé, une fille	Sans diplôme	Manœuvre dans le bâtiment	Hébergé par un proche	CMU-C	57,4 (Q5)
<b>30</b>	CES Dijon	23	Femme	Française	En concubinage	BTS	En formation professionnelle	Propriétaire	Complémentaire privée	27,21 (Q3)
<b>31</b>	CES Dijon	38	Femme	Française	Mariée, deux enfants	CAP	En formation professionnelle	Locataire en logement privé	Complémentaire privée	40,24 (Q4)
<b>32</b>	CES Dijon	43	Femme	Française	Divorcée, 3 enfants	CAP	Agent territorial spécialisée école maternelle	Locataire en logement privé	Complémentaire privée	36,69 (Q4)
<b>33</b>	CES Dijon	42	Femme	Française	Séparée	Licence	Professeur des écoles	Locataire en logement	Complémentaire privée	31,36 (Q4)

								privé		
<b>34</b>	CES Dijon		Femme	Mauritanienne					CMU-C	65,67 (Q5)
<b>35</b>	CES Dijon	18	Homme	Français	Célibataire	CAP	En formation professionnelle	Hébergé par la famille	Complémentaire privée	38,46 (Q4)
<b>36</b>	CES Dijon	68	Femme	Française	Veuve, un enfant	BEP	Retraitée (ancienne secrétaire)	Propriétaire	Complémentaire privée	55,62 (Q5)
<b>37</b>	CES Dijon	45	Homme	Français	En concubinage	CAP	Technicien	Locataire en logement privé	Complémentaire privée	53,26 (Q5)
<b>38</b>	Appart'	22	Femme	Camerounaise	Célibataire	Baccalauréat	Sans emploi	Hébergée en foyer	Sans complémentaire	48,52 (Q5)
<b>39</b>	Appart'	32	Femme	Française	Célibataire	Brevet	au chômage	locataire en logement privé	CMU-C	41,24 (Q4)
<b>40</b>	Appart'	34	Femme	française	Célibataire, trois enfants	Sans diplôme	Aide à domicile	Hébergée en foyer		33,13 (Q3)
<b>41</b>	Appart'	47	Femme	Sénégalaise	Séparée, deux enfants	Sans diplôme	Femme de ménage	Locataire en logement social	Complémentaire privée	71,6 (Q5)
<b>42</b>	CES Bourg en Bresse	53	Homme	Français	Marié	CAP	En formation professionnelle	Locataire en logement privé	CMU-C	63,91 (Q5)
<b>43</b>	CES Bourg en Bresse	49	Homme	Français	Divorcé	Brevet	En formation professionnelle	Locataire en logement privé	Sans complémentaire	73,37 (Q5)
<b>44</b>	CES Bourg en Bresse	29	Homme	Français	Marié	CAP	Mécanicien	Locataire en logement social	Complémentaire privée	53,85 (Q5)

<b>45</b>	CES Bourg en Bresse	39	Femme	Française	Séparée, un enfant	CAP	Sans emploi	Locataire en logement social	CMU-C	55,62 (Q5)
<b>46</b>	Appart'	42	Femme	Mauritanienne	Veuve, trois enfants	Sans diplôme	Femme de ménage	Locataire en logement social	Complémentaire privée	40,82 (Q4)
<b>47</b>	CES Bobigny	26	Homme	Français	Célibataire	BEP	Peintre industriel	Hébergé par la famille	Sans complémentaire	35,49 (Q4)
<b>48</b>	CES Bobigny	38	Homme	Bangladais	Célibataire	Master	Employé de commerce	Hébergé par un proche	CMU-C	46,75 (Q4)
<b>49</b>	CES Bobigny	26	Femme	Française	Célibataire	Baccalauréat	Aide à la vie scolaire	Locataire en logement privé	Sans complémentaire	35,51 (Q4)
<b>50</b>	CES Bobigny	30	Homme	Malien	Célibataire	Sans diplôme	Ouvrier	Hébergé en foyer	Sans complémentaire	73,96 (Q5)
<b>51</b>	CES Bobigny	52	Homme	Français	Marié, trois enfants	BTS	Réparateur électronique	Propriétaire	Sans complémentaire	33,14 (Q4)
<b>52</b>	CES Bobigny	75	Homme	Tunisien	Marié, 9 enfants	Sans diplôme	Retraité (ancien ouvrier qualifié)	Propriétaire	Sans complémentaire	63,91 (Q5)
<b>53</b>	CES Bobigny	18	Femme	Française	Célibataire	Sans diplôme	En formation professionnelle	Hébergée par la famille	Complémentaire privée	55,03 (Q5)
<b>54</b>	CES Bobigny	22	Femme	Sri lankaise	Mariée	Sans diplôme	En formation professionnelle	Locataire en logement social	Sans complémentaire	33,72 (Q4)
<b>55</b>	CES Bobigny	19	Femme	Française	Mariée	Sans diplôme	En formation professionnelle	Hébergée par un proche	Sans complémentaire	57,99 (Q5)
<b>56</b>	CES Bobigny	23	Homme	Comorien	Célibataire	Sans diplôme	En formation professionnelle	Hébergé par la	CMU-C	30,76 (Q4)



								famille		
<b>57</b>	CES Bobigny	50	Homme	Malien	Marié, 4 enfants	Sans diplôme	En formation professionnelle	Locataire en logement social	Sans complémentaire	60,36 (Q5)
<b>58</b>	CES Bobigny	34	Homme	Français	Célibataire	BTS	Sans emploi	Propriétaire	Sans complémentaire	34,91 (Q4)
<b>59</b>	CES Bobigny	60	Homme	Italien	Marié, 3 enfants	Sans diplôme	Retraité (Ancien employé bâtiment et métallurgie)	Propriétaire	Sans complémentaire	42,01 (Q4)
<b>60</b>	CES Bobigny	31	Femme	Sri lankaise	Mariée, 3 enfants	Baccalauréat	Congé parental (ancienne employée de commerce)	Propriétaire	Sans complémentaire	50,3 (Q5)
<b>61</b>	CES Bobigny	48	Femme	Roumaine	Mariée	Baccalauréat	Serveuse	Locataire en logement privé	Sans complémentaire	48,52 (Q4)
<b>62</b>	CES Bobigny	23	Homme	Malien	Célibataire	CAP	En formation professionnelle	Hébergé par la famille	Sans complémentaire	34,31 (Q4)
<b>63</b>	CES Bobigny	57	Femme	Française	Mariée, 3 enfants	Sans diplôme	Retraîtée (ancienne personnel de service aux particuliers)	Propriétaire	Sans complémentaire	40,83 (Q4)
<b>64</b>	CES Bobigny	19	Homme	Marocain	Célibataire	Sans diplôme	En formation professionnelle	Hébergé par la famille	Sans complémentaire	30,17 (Q3)
<b>65</b>	CES Bobigny	32	Femme	Française	Célibataire	BEP	Employée	Hébergée par un proche	Sans complémentaire	57,30 (Q5)
<b>66</b>	CES Bobigny	41	Homme	Mauricien	Marié	Baccalauréat	Employé de commerce	Propriétaire	Sans complémentaire	43,2 (Q4)
<b>67</b>	CES Bobigny	60	Femme	Turque	Mariée, un enfant	Sans diplôme	Sans emploi (ancienne ouvrière qualifiée)	Locataire en logement	Sans complémentaire	34,31 (Q4)

								privé		
<b>68</b>	CES Bobigny	20	Homme	Français	Célibataire	BTS	En formation professionnelle	Hébergé par la famille	Complémentaire privée	65,09 (Q5)
<b>69</b>	CES Bobigny	41	Femme	Maliennne	Célibataire, 2 enfants	Sans diplôme	Sans emploi	Hébergée à l'hôtel social	Sans complémentaire	100 (Q5)
<b>70</b>	CES Bobigny	37	Homme	Malien	Célibataire			Hébergé en foyer	Sans complémentaire	80,47 (Q5)
<b>71</b>	CES Bobigny	30	Homme	Malien	En concubinage	Sans diplôme	Magasinier	Hébergé en foyer	Sans complémentaire	63,9 (Q5)
<b>72</b>	CES Bobigny	34	Homme	Malien	Marié	Sans diplôme		Hébergé en foyer	Sans complémentaire	
<b>73</b>	CES Bobigny	45	Homme	Marocain	Marié	Sans diplôme	Ouvrier	Hébergé en foyer	Complémentaire privée	53,26 (Q5)
<b>74</b>	CES Bobigny	32	Homme	Ivoirien	En concubinage	Baccalauréat	Agent de surveillance	Locataire en logement privé	CMU-C	60,36 (Q5)
<b>75</b>	CES Bobigny	34	Femme	Française	Mariée	BEP	En formation professionnelle	Locataire en logement social	Complémentaire privée	43,79 (Q4)
<b>76</b>	CES Bobigny	62	Homme	Algérien	Célibataire	Licence	Sans emploi	Hébergé à l'hôtel social	Sans complémentaire	86,39 (Q5)
<b>77</b>	CES Bobigny	34	Femme	Camerounaise	Célibataire, 1 enfant	Brevet	Personnel de services aux particuliers	Locataire en logement social	CMU-C	73,37 Q5
<b>78</b>	CES Bobigny	45	Femme	Marocaine	Divorcée	Master	Sans emploi	Hébergée par la famille	AME	63,90 (Q5)

<b>79</b>	CES Bobigny	28	Homme	Français	Célibataire	BEP	Employé administratif	Hébergé par la famille	CMU-C	31,95 (Q4)
<b>80</b>	CES Bobigny	25	Homme	Français	Célibataire	BEP	Sans emploi	Locataire en logement privé	CMU-C	65,09 (Q5)
<b>81</b>	CES Bobigny	41	Homme	Marocain	Marié	BTS	Plombier	Locataire en logement social	Complémentaire privée	43,79 (Q4)
<b>82</b>	CES Bobigny	25	Homme	Français	Célibataire	BEP	Sans emploi	Locataire en logement privé	CMU-C	72,19 (Q5)
<b>83</b>	CES Bobigny	52	Homme	Turc	Marié, 1 enfant	Sans diplôme	Sans emploi (ancien employé en confection)	Propriétaire	CMU-C	43,79 (Q4)
<b>84</b>	CES Bobigny	39	Femme	Comorienne	Mariée	Sans diplôme	Femme de ménage	Locataire en logement social	Complémentaire privée	36,09 (Q4)
<b>85</b>	CES Bobigny	39	Homme	Marocain	Marié	Sans diplôme	Sans emploi	Locataire en logement social	Sans complémentaire	56,21 (Q5)

### Profil des 24 personnes enquêtées à l'AGECSA

Entretien	Age	Sexe	Nationalité	Situation familiale	Niveau d'étude	Situation professionnelle actuelle	Minima social/Pension	Complémentaire santé/Prise en charge ALD
<b>A</b>	60	Homme	Tunisien	Marié, 5 enfants		Retraité		ALD, sans complémentaire
<b>B</b>	65	Homme	Algérien	Divorcé, 3 enfants		Retraité	Pension de	Complémentaire

							retraite	privée
<b>C</b>	31	Homme	Turc			Sans emploi (ancien serveur)		ALD
<b>D</b>	37	Homme	Français	Célibataire, 1 enfant		Sans emploi (invalide)	Pension d'invalidité	Mutuelle (ne sait pas laquelle)
<b>E</b>	53	Homme	Français			Sans emploi (ancien peintre en bâtiment)	AAH	Ne sait pas
<b>F</b>	45	Homme	Français		Brevet	Sans emploi (invalide)	En attente de la pension invalidité	
<b>G</b>	66	Homme	Français	En concubinage	CAP	Retraité (ancien mécanicien, imprimeur)	Retraite	ALD, complémentaire privée
<b>H</b>	58	Homme	Algérien	Marié, 3 enfants	Sans diplôme	Sans emploi (invalide)	Pension d'invalidité	Complémentaire privée
<b>I</b>	59	Femme	Française	Divorcée, 1 enfant	Sans diplôme	Employée en cuisine en Contrat emploi solidarité		ALD ou CMU-C (ne sait pas)
<b>J</b>	33	Femme	Française	Célibataire, 2 enfants	CAP	Sans emploi (a travaillé comme aide à domicile)	API	CMU-C et ALD
<b>K</b>	43	Homme	Français	Célibataire	Sans diplôme	Sans emploi (ancien magasinier)	En attente de la pension d'invalidité	ALD, sans complémentaire
<b>L</b>	52	Femme	Algérienne	Célibataire, 2 enfants	Sans diplôme	Sans emploi (ancienne femme de ménage et auxiliaire de vie)	RMI	ALD ou CMU-C (ne sait pas)
<b>M</b>	34	Homme	Français	Célibataire	CAP	Sans emploi (ancien agent d'entretien en CES)	RMI	CMU-C
<b>N</b>	35	Femme	Française	Célibataire, 2 enfants	BEP	Sans emploi (ancienne secrétaire, puis femme de	Allocation chômage et AAH	ALD

						ménage)		
<b>O</b>	31	Femme	Française	Mariée, 3 enfants	BTS	Congé parental (ancienne commerciale)	Congé parental	CMU-C
<b>P</b>	50	Homme	Français	Célibataire, 1 enfant	CAP	Sans emploi (invalide)	Pension d'invalidité	ALD
<b>Q</b>	39	Homme	Français	Célibataire, 1 enfant	CAP et BEP	Conducteur routier		Complémentaire privée et ALD
<b>R</b>	47	Homme	Français	Célibataire	BTS	Sans emploi (ancien employé d'une entreprise de transport)	RMI	CMU-C
<b>S</b>	58	Homme	Algérien	Marié, 1 enfant (famille en Algérie)	Sans diplôme	Invalide (ancien employé BTP)	Pension invalidité	Mutuelle privée
<b>T</b>	24	Femme	Française	Divorcée, 3 enfants	Brevet	Sans emploi	API	CMU-C
<b>U</b>	50	Femme	Tunisienne	Mariée, 8 enfants		Sans emploi	Pension de retraite du mari (bâtiment)	ALD, pas de mutuelle
<b>V</b>	70	Homme	Algérien	Marié, 10 enfants		Retraité (ingénieur électronique)	Pension de retraite	Complémentaire privée
<b>W</b>	42	Homme	Français	Célibataire	Brevet	Sans emploi (invalide)	AAH	Complémentaire privée
<b>X</b>	15	Homme	Français			Lycéen		

## Annexe 2 – Grille d’entretien

*Note : Cette dernière version de la grille d’entretien se décompose en trois temps (en dehors de celui dédié à la présentation de l’enquête, où la garantie de l’anonymat est notamment rappelée). Les premières questions sont communes à tous les entretiens : elles visent à caractériser les personnes sur le plan du non-recours aux soins (sous différentes formes), de la complémentaire santé et de l’état de santé. De manière générale, ces questions suffisaient à tirer différents « fils » et à accéder à la compréhension et la signification du non-recours. Le second temps de la grille d’entretien liste une série de thèmes complémentaires à aborder lors de l’entretien, sans que les questions ne soient formalisées afin de s’adapter à chaque situation d’entretien. Enfin, le troisième temps est relatif aux caractéristiques sociodémographiques de la personne, auxquelles nous avons ajouté les questions du score EPICES.*

<b>Consultation généraliste</b>	<b>d’un</b>	<b>A quand remonte votre dernière consultation chez un médecin généraliste (hors médecine du travail) ?</b>
		<i>Et avant cette fois-là, est-ce que vous aviez consulté lors des deux années précédentes ?</i>
		<i>Vous arrive-t-il de vous soigner sans consulter de médecin ?</i>
<b>Consultation spécialiste</b>	<b>d’un</b>	<b>A quand remonte votre dernière consultation chez un médecin spécialiste ?</b>
		<b>A quand remonte votre dernière consultation chez un dentiste ?</b>
		<i>Quand envisagez-vous la prochaine consultation ?</i>
		<i>Comment jugeriez-vous l’état de vos dents ?</i>
<b>Suivi gynécologique</b>		<b>Avez-vous un suivi sur le plan gynécologique régulier ? (jamais, 1/an, 2/an, plus souvent)</b>
<b>Renoncement aux soins</b>	<b>aux</b>	<b>Avez-vous déjà renoncé (ou renoncez-vous) à des soins pour raisons financières ?</b>
		<i>Pour quel type de soins ?</i>
		<i>Quand ? depuis quand ?</i>
		<i>Y avez-vous renoncé définitivement ou les avez-vous reportés ?</i>
<b>Refus de soins</b>		<b>Avez-vous eu le sentiment qu’un médecin n’ait pas accepté de vous recevoir en consultation ?</b>
		<i>Si non : avez-vous entendu parler des refus de soins ?</i>
		<i>Si oui : quels soins, quelles conséquences, quel avis sur les refus</i>
<b>Retard aux soins</b>		<b>Y a-t-il eu un moment où vous pensez avoir attendu trop de temps entre l’apparition de symptômes et la consultation d’un médecin ?</b>
		<i>Avez-vous déjà eu à vous rendre dans un service d’urgences ?</i>
<b>Rendez-vous honorés</b>	<b>non</b>	<b>Y a-t-il eu un RDV chez un médecin cette année auquel vous ne seriez pas allé ?</b>
<b>Observance thérapeutique</b>		<i>Avez-vous aujourd’hui un traitement régulier ? Quel type ?</i>

	<b>Lorsqu'un médecin vous prescrit des médicaments, prenez-vous l'ensemble de ce qu'il y a marqué sur l'ordonnance ?</b>
	<b>De manière générale, prenez-vous les traitements prescrits jusqu'au bout ?</b>
<b>Examen complémentaire</b>	<b>Y a-t-il des examens prescrits par votre médecin que vous n'auriez pas fait ?</b>
<b>Calendrier vaccinal</b>	Êtes-vous à jour dans vos vaccins ?
<b>Dépistage (en fonction de l'âge)</b>	<b>Avez-vous réalisé un frottis, une mammographie, un test hemocult ?</b>
<b>Complémentaire santé</b>	<b>Avez-vous une couverture complémentaire ?</b>
	<i>De quel type (mutuelle d'entreprise, assurance, CMU-C...) ?</i>
	<i>Depuis quand êtes-vous dans cette situation ?</i>
	<i>Avez-vous été un moment sans couverture complémentaire ?</i>
	<i>Si vous n'en avez pas, envisagez-vous d'en prendre une ?</i>
	<b>Avez-vous une prise en charge à 100% pour une maladie ?</b>
<b>Etat de santé</b>	<b>Comment jugeriez-vous votre état de santé physique ? (Très bon, bon, mauvais, très mauvais)</b>
	<i>Avez-vous une maladie ou un problème de santé chronique, une invalidité, un handicap ?</i>
	<i>Avez-vous des antécédents familiaux de maladie ?</i>
<b>Place de la santé</b>	<b>Diriez-vous que votre santé est une priorité ou non dans votre vie ?</b>
	<i>Par rapport à quoi d'autres ?</i>

<b>Thèmes</b>	
	<b>Regard sur l'évolution du système de soins</b> (prise en charge financière, qualité des soins...)
	<b>Répartition géographique de l'offre de soins</b> (composition de l'offre de soins à proximité, difficultés de mobilité...)
	<b>Rapports aux médecins</b> (déclaration d'un médecin traitant, confiance, disponibilité, compétences...)
	<b>Réactions face au « risque » de ne pas avoir consulté de médecin pendant deux ans</b>
	<b>Réactions face aux préconisations médicales</b> (consultation dentaire régulière, campagnes de prévention...)
	<b>Information</b> en matière de santé
	<b>Problème de santé et rapport au système de soins étant jeune</b>
	<b>Rapport au corps</b> (priorité d'oublier son corps ou y faire attention...)

## Caractéristiques sociodémographiques

<b>Sexe</b>	
<b>Age</b>	
<b>Nationalité</b>	
<b>Profession des parents</b>	
<i>Avez-vous eu des difficultés financières dans votre jeunesse ?</i>	
<b>Niveau d'études</b>	
<b>Situation familiale</b>	
<b>Soutien social</b> (D'une façon générale vous diriez que vous vous sentez très seul, plutôt seul, plutôt entouré, très entouré)	
<b>Situation professionnelle actuelle</b>	
<i>Depuis combien de temps êtes-vous dans cette situation (-1 an, +1 an : précisez) ?</i>	
<i>Si vous êtes en activité précisez de quel type d'emploi il s'agit (CDI, CDD, intérim, stage ou emploi aidé, emploi non salarié) ?</i>	
<i>Travaillez-vous à temps plein, partiel, /jour, nuit, posté, pas horaire fixe ?</i>	
<b>Situation professionnelle du conjoint</b>	
<b>Bénéfice d'un minimal social</b>	
<b>Situation à l'égard du logement</b>	

### Questions du score EPICES :

- 1 - Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?
- 2 - Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?
- 3 - Vivez-vous en couple ?
- 4 - Etes-vous propriétaire de votre logement ?
- 5 - Y a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins ?
- 6 - Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?
- 7 - Etes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ?
- 8 - Etes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?
- 9 - Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants ?
- 10 - En cas de difficultés, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger en cas de besoin ?
- 11 - En cas de difficultés, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ?



### Annexe 3 – Le réseau des Centres d'examens de santé



Source : <http://www.cetaf.asso.fr/>

## Annexe 4 – NORES : Outil de repérage de non-recours aux soins

L'outil de repérage, Nores, a été conçu pour faciliter le repérage des personnes à risque de non recours aux soins.

Il a été construit à partir des données des Centres d'examens de santé (CES)<sup>1,2</sup> par le Cetaf (Centre Technique d'appui et de Formation des CES) et l'Odenore (l'Observatoire des non recours aux droits et services) dans le cadre d'un projet financé par l'Agence Nationale pour la Recherche.

Cet outil a été construit à partir des variables socioéconomiques les plus liées aux non recours au médecin, au dentiste et au non suivi gynécologique dans des populations présentant diverses situations de précarité et/ou de vulnérabilité sociale<sup>3</sup>. L'outil varie de 0 à 7, du risque le plus faible au risque le plus élevé de non recours aux soins.

Des relations score-dépendantes sont observées entre l'indicateur NORES et :

- le non recours au médecin, au dentiste et le non suivi gynécologique
- un mauvais état de santé perçue
- divers indicateurs de morbidité (en particulier : tabac, obésité, maigreur, hyperglycémie, anémie, présence de caries non traitées).

Sont considérés à risque élevé de non recours aux soins, les individus avec un score supérieur à 4.

### Questionnaire Nores d'évaluation du risque de non recours aux soins

Questions	Oui	Non
<b>Avoir moins de 30 ans</b>	1	0
<b>Ne pas vivre en couple</b>	1	0
<b>Niveau d'étude</b> Ne pas savoir lire ou écrire le français <b>ou</b> Etre sans diplôme	2	0
<b>Etre au chômage</b>	1	0
<b>Couverture maladie complémentaire</b> Etre bénéficiaire de la CMUC <b>ou</b> Etre bénéficiaire d'une autre aide que la CMUC <b>ou</b> Etre sans Complémentaire	2	0

<sup>1</sup> Le réseau des CES réalise pour le compte de l'Assurance Maladie environ 600 000 examens de santé par an.

<sup>2</sup> Examens de santé réalisés entre 2002 et 2005 : 1 427 431 hommes et femmes âgés de 16 à 59 ans.

<sup>3</sup> Jeunes de 16-25 ans en insertion, bénéficiaires de la CMUC, chômeurs de plus d'un an travailleurs en emploi non stable ou stable à temps partiel, travailleurs en emploi stable à temps plein déclarant rencontrer des problèmes financiers, travailleurs et chômeurs de moins de un an en situation de vulnérabilité sociale (selon le score EPICES).

#### Calcul

Les 5 questions doivent être renseignées.

Score obtenu par addition des réponses aux 5 questions.

Source : Warin, P. coord. 2009. « Le non-recours aux soins des actifs précaires », Article scientifique de synthèse pour le colloque de l'Agence nationale de la recherche : *Santé-environnement/santé-travail*. Paris, octobre.

## Annexe 5 – Compétences professionnelles des soignants et ruptures de vie

Dans les centres de santé de Grenoble en 2005, 22 patients en retard ou en renoncement aux soins ont pu être entendus au cours d'entretiens approfondis selon la technique des récits de vie par Antoine Rode, sociologue. Le rôle des ruptures de vie est apparu déterminant pour comprendre les phénomènes décrits comme « décrochage » ou « de repli sur soi ». Dans ces entretiens ce que l'on sait déjà se confirme. La vie des personnes en vulnérabilité sociale, se caractérise par une accumulation de multiples ruptures (affectives de la petite enfance, mésestime de soi dans le parcours scolaire, chômage, accidents, ruptures affectives, séparation des enfants, deuils, incarcérations, pertes de revenus etc...). L'analyse des entretiens apporte un élément nouveau : elle permet de comprendre comment certaines de ces personnes adoptent une stratégie de confiance qui s'oriente d'abord vers leurs propres ressources. Ceci paraît se faire aux dépens d'une démarche de demande de soutien ou d'aide.

Il convient de comprendre comment la difficulté à demander de l'aide provient du fait que, peut-être, dans des parcours marqués par ces ruptures, l'autre en général n'est pas celui sur qui on peut compter. Et la répétition du même type de déception lors des expériences successives de rupture vient alors alimenter un cercle vicieux : les ruptures provoquent le repli sur soi, le repli sur soi génère la solitude, la solitude aggravant les conséquences des accidents de la vie. De ce fait, ses propres forces, tout autant limitées qu'elles paraissent de l'extérieur, semblent, du point de vue du sujet, plus fiables que tout recours à un quelconque soutien venant d'autrui. C'est donc ici une forme de rapport à l'autre qui se trouve altérée car le sentiment de défiance prédomine.

Mais on peut aussi analyser le rapport au temps qui passe de la même manière. D'une manière un peu caricaturale on peut partir du fait que la personne, à ce jour, est restée vivante malgré tout. Donc, l'expérience montre que, lorsque l'on laisse le temps agir, les choses finissent tout de même par s'arranger. Ainsi il en est de la vie comme d'un abcès dentaire. De temps en temps il y a de grosses crises, la douleur peut être insupportable et la vie avec une telle douleur devient inimaginable. Pourtant, lorsqu'on laisse faire, la douleur cède, la dent est abîmée mais la vie redevient possible. Et même si, de crises en crises, l'ensemble des dents en pâtit, la vie redevient toujours possible ...même sans dents. C'est ainsi que le rapport au temps peut alors s'altérer : il n'est vu que comme un allié passif.

Comment se place le professionnel face à cela ? Quelles compétences justement, seulement attendre ?

Une attitude compréhensive de la part du soignant apparaît alors essentielle. En effet à partir de là, la stratégie de la personne qui paraît *a priori* dommageable, de manière évidente, au professionnel, n'est pas d'abord délégitimée. Dans le cas contraire, une dépréciation plus ou moins consciente chez le soignant ne manque pas de transparaître dans la relation.

L'expérience a montré que, dans un climat très singulier de dialogue, dans des circonstances particulières d'ouverture et d'échange, le soignant qui explique ce qu'il a compris de ces mécanismes intuitifs du patient semble ouvrir un espace permettant la prise de parole de la personne qui justement peine à s'exprimer. Le soignant qui prend alors en premier la parole pour dire ce qu'il a compris de ces phénomènes, exerce une compétence qui paraît nouvelle.

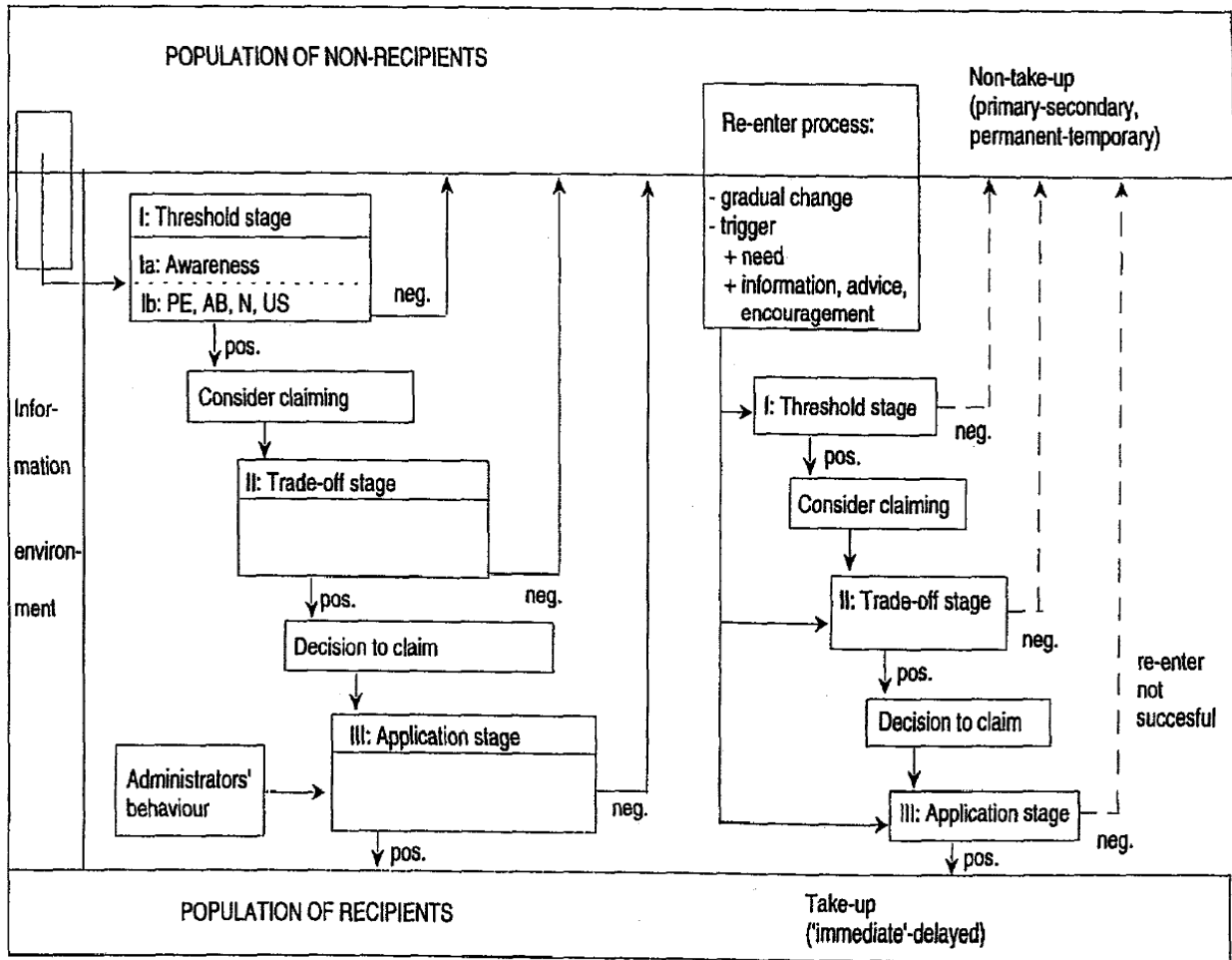
Source : Lagabrielle, D. 2006. *Compétences professionnelles des soignants et ruptures de vie*. Grenoble, Document de travail issu de la formation-action « accompagnement – santé » mise en place par la Communauté d'agglomération Grenoble-Alpes Métropole.

## Annexe 6 – Tableau synthétique des causes de non-recours

Origine du non-recours	Causes du non-recours
<b>Emanant du dispositif de prestations</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Inadaptation des prestations aux besoins</li> <li>b) Rationnement des prestations</li> <li>c) Manque de lisibilité des dispositifs ou des prestations</li> <li>d) Complexité du droit, des démarches administratives</li> <li>e) Effet désincitatif des dispositifs ou des prestations</li> </ul>
<b>Emanant de l'organisme prestataire</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Dysfonctionnement institutionnel</li> <li>b) Erreur d'interprétation</li> <li>c) Pratique discriminatoire</li> <li>d) Fonctionnements dissuasifs</li> </ul>
<b>Emanant de l'individu</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Manque d'information sur les dispositifs</li> <li>b) Erreur de perception de sa propre éligibilité</li> <li>c) Obstacles financiers</li> <li>d) Obstacles linguistiques</li> <li>e) Obstacles juridiques ou règlementaires</li> <li>f) Obstacles culturels ou religieux</li> <li>g) Obstacles psychologiques</li> <li>h) Obstacles de santé, de handicap</li> <li>i) Isolement familial et social</li> <li>j) Eloignement géographique</li> <li>k) Résignation, lassitude des institutions</li> <li>l) Négligence</li> <li>m) Stigmatisation</li> <li>n) Par habitude, par accoutumance</li> <li>o) Calcul et préférence donnée à d'autres solutions</li> </ul>

Source : ODENORE. 2003. *De quoi parle-t-on ? Définitions et repères*. Grenoble, Document de travail ODENORE. <http://odenore.msh-alpes.fr/>.

**Annexe 7 – Le modèle dynamique de réception des bénéfiques sociaux, de Win van Oorschot**



Source : Van Oorschot, W. 1998. « Failing selectivity : On the extent and causes of non-take-up of social security benefits », dans H.J. ANDRESS, dir. *Empirical poverty research in a comparative perspective*. Ashgate, Aldershot : 117.

## LISTE DES TABLEAUX ET ENCADRES

<b>Tableau 1</b> : Caractéristiques des Centres d'examens de santé retenus pour l'enquête	p. 44
<b>Tableau 2</b> : Liste des principales sources écrites consultées	p. 51
<b>Tableau 3</b> : Nombre d'entretiens réalisés lors de la thèse avec des individus identifiés en situation de précarité et non-recours aux soins	p. 53
<b>Tableau 4</b> : Distinction des situations de non-recours selon le critère de l'éligibilité	p. 67
<b>Tableau 5</b> : Projet de construction d'un indicateur local de non-recours aux soins	p. 72
<b>Tableau 6</b> : Analyse multivariée : les variables socio-économiques (ajustées sur les variables de santé)	p. 238
<b>Tableau 7</b> : Analyse multivariée : les variables de santé (ajustées sur les variables socio-économiques)	p. 333
<b>Encadré 1</b> : Synthèse de la recherche « Le non-recours aux soins des actifs précaires (NOSAP) »	p. 36
<b>Encadré 2</b> : Les onze questions du score EPICES	p. 42
<b>Encadré 3</b> : Typologie des formes de non-recours	p. 68
<b>Encadré 4</b> : Définition du non-recours aux soins par le CETAF	p. 74
<b>Encadré 5</b> : Modèle des déterminants sociaux de la santé et du recours aux soins	p. 80
<b>Encadré 6</b> : Les taux de non-recours aux soins en fonction des quintiles du score EPICES	p. 107
<b>Encadré 7</b> : Objectifs et indicateurs de performance en matière de protection maladie	p. 145
<b>Encadré 8</b> : Le « modèle des trois T » (threshold, trigger, trade off) de W. van Oorschot	p. 398

## TABLE DES MATIERES

<b>REMERCIEMENTS</b>	p. 5
<b>SOMMAIRE</b>	p. 7
<b>LISTE DES PRINCIPAUX SIGLES UTILISÉS</b>	p. 9
<b>INTRODUCTION GENERALE</b>	p. 11
<i>1. Présentation de la démarche méthodologique générale</i>	p. 24
1.1. Le choix d'une sociologie qualitative et compréhensive	p. 25
1.2. Accepter et dépasser les limites d'une démarche qualitative	p. 28
<i>2. La complémentarité des terrains d'enquête et l'appui des dispositifs de travail</i>	p. 34
2.1. Le terrain principal d'enquête : le Centre technique d'appui et de formation des Centres d'examens de santé de l'Assurance maladie (CETAF) et les Centres d'examens de santé (CES)	p. 36
a) Participation à la recherche : « le non-recours aux soins des actifs précaires »	p. 36
b) Présentation du CETAF et des Centres d'examens de santé (CES)	p. 38
c) La sélection des CES de Bobigny, Bourg en Bresse et Dijon	p. 42
2.2. L'accès à des terrains d'enquête complémentaires à Grenoble : les centres de santé et la Direction santé publique et environnementale (DSPE)	p. 44
a) Les centres de santé de Grenoble	p. 45
b) Le dispositif de travail avec la Direction santé publique et environnementale (DSPE) de la ville de Grenoble	p. 47
2.3. Analyses secondaires de sources écrites et orales	p. 50
<i>3. Passation et analyse des entretiens</i>	p. 52
3.1. Passation des entretiens	p. 52
3.1. Recueil, analyse et restitution des entretiens	p. 54
<i>4. Annonce du plan</i>	p. 55
<b>PARTIE 1. L'EMERGENCE DU « NON-RECOURS AUX SOINS » : UN PROBLEME DE SANTE PUBLIQUE, ENTRE ENJEU D'EGALITE D'ACCES AUX SOINS ET ENJEU DE PERFORMANCE DU SYSTEME DE SOINS</b>	p. 57
CHAPITRE 1 – L'EMERGENCE DU NON-RECOURS AUX SOINS COMME PROBLEME DE SANTE PUBLIQUE	p. 61
<i>1. Définir le « non-recours » aux soins</i>	p. 63
1.1. Non-recours et éligibilité	p. 63
a) Présentation de la définition du non-recours aux droits sociaux	p. 65
b) La production récente de définitions du non-recours aux soins	p. 69
1.2. Non-recours et absence de consommation de soins	p. 72
a) Le CETAF : un exemple de l'usage d'une base de données interne	p. 74
b) D'autres exemples de l'exploitation secondaire de bases de données existantes	p. 77
1.3. Dépasser l'approche du non-recours par l'absence de consommation de soins : le rôle des indicateurs médicaux préexistants	p. 81
a) Le renoncement aux soins	p. 83
b) Le retard aux soins	p. 85
c) L'inobservance thérapeutique	p. 87
d) Les rendez-vous non honorés	p. 88

2. <i>Risque et non-recours</i>	p. 90
2.1. Le non-recours aux soins : entre approche curative et préventive	p. 90
a) L'approche curative du non-recours aux soins	p. 90
b) L'approche préventive du non-recours aux soins	p. 92
2.2 L'influence du « paradigme épidémiologique » dans la construction du non-recours aux soins	p. 93
2.3. Le non-recours aux soins, un symptôme de la médicalisation de la société	p. 96
3. <i>Construction des « populations à risque » de non-recours aux soins</i>	p. 100
3.1. Les populations précaires emblématiques des « populations à risque »	p. 100
a) Populations éloignées du système de soins et populations précaires : une représentation sociale dominante	p. 101
b) Le lien entre niveau social et (non-)recours aux soins dans les études statistiques	p. 103
c) Les conséquences du développement du ciblage	p. 108
3.2. Non-recours aux soins et inégalités sociales de santé	p. 114
a) L'inscription des inégalités sociales de santé sur l'agenda public français	p. 115
b) Une problématique « précarité-santé » dominante en France	p. 118
c) Intervenir sur l'accès et le recours au système de soins pour réduire les inégalités sociales de santé	p. 121
<i>Conclusion de chapitre</i>	p. 128
CHAPITRE 2 – NON-RECOURS ET DROIT AUX SOINS	p. 131
1. <i>Le non-recours : un indicateur de l'effectivité du droit aux soins</i>	p. 133
1.1. La montée d'un appel à l'effectivité des droits sociaux	p. 133
a) Des droits civils et politiques aux droits sociaux	p. 134
b) S'assurer de l'effectivité des droits sociaux : les effets des revendications associatives et de la modernisation administrative	p. 137
1.2. Le cas du droit à la santé	p. 142
a) Le droit à la santé entendu comme droit aux soins	p. 142
b) Le non-recours aux soins comme indicateur d'évaluation de l'effectivité du droit à la santé	p. 144
1.3. Ineffectivité du droit aux soins, citoyenneté sociale et pauvreté	p. 146
a) Les dimensions sociales et politiques de l'accès aux soins	p. 147
b) Privation du droit aux soins et exclusion de la citoyenneté sociale	p. 148
2. <i>Non-recours et critiques du système de soins</i>	p. 152
2.1. Les « obstacles » : évolutions du système de soins et difficultés matérielles d'accès aux soins	p. 152
a) La rhétorique de l'obstacle	p. 153
b) La barrière économique	p. 155
c) La barrière démographique	p. 156
d) La barrière professionnelle	p. 158
e) La barrière législative	p. 160
2.2. Les « ratés » : un système de soins inadapté à la prise en compte des capacités inégales des individus	p. 162
a) Approche capacitaire et développement de l'accompagnement santé en réponse au non-recours aux soins	p. 162
b) Emergence d'un intérêt local pour le non-recours aux soins : l'exemple de Grenoble	p. 167
<i>Conclusion de chapitre</i>	p. 175
CHAPITRE 3 – NON-RECOURS ET DEVOIR DE SOINS	p. 177
1. <i>Inciter chacun à (bien) se soigner pour économiser</i>	p. 178
1.1. Le coût du non-recours	p. 178
a) La mobilisation de l'argument économique dans le champ du soin	p. 179
b) Inciter à consulter pour économiser	p. 184
1.2. Vers une publicisation des corps	p. 185



a) Intervenir sur « l'individu social »	p. 185
b) Une application du « modèle contractuel »	p. 186
<i>2. D'un droit à un devoir de soins</i>	p. 188
2.1. L'articulation droits et devoirs de soins : des discours à son application	p. 188
2.2. La diffusion d'une logique de contreparties dans le champ des politiques de santé	p. 193
<i>Conclusion de chapitre</i>	p. 197
 CONCLUSION DE PARTIE	 p. 198
 <b>PARTIE 2. UNE ANALYSE DU NON-RECOURS AUX SOINS PAR LE SYSTEME DE SOINS ET LE RAPPORT A L'OFFRE DE SOINS</b>	 p. 201
 CHAPITRE 1 : NON-RECOURS AUX SOINS ET ACCESSIBILITE FINANCIERE DU SYSTEME DE SOINS	 p. 205
<i>1. Les différentes dimensions du renoncement aux soins pour raisons financières</i>	p. 207
1.1. La concentration des renoncements sur les soins de spécialistes	p. 207
1.2. Les effets des renoncements : entre abandon et report des soins	p. 211
a) Abandon de soins	p. 211
b) Report de soins	p. 213
1.3. Les vécus des renoncements : frustration et tension sociale	p. 216
<i>2. Les causes du renoncement aux soins pour raisons financières</i>	p. 223
2.1. Des dépenses de santé contraintes par d'autres dépenses	p. 223
a) L'importance des dépenses de logement	p. 223
b) Envisager le « reste à vivre » pour comprendre les difficultés financières d'accès aux soins	p. 226
2.2. Complémentaire santé et renoncement aux soins pour raisons financières	p. 228
a) Ne pas avoir de complémentaire santé expose davantage au non-recours	p. 228
b) « L'insécurité sociale » produite par l'absence de complémentaire santé	p. 230
c) Déficit d'information et absence de complémentaire santé	p. 234
d) Le « choix » financier de l'absence de complémentaire santé	p. 237
<i>Conclusion de chapitre</i>	p. 243
 CHAPITRE 2 : L'ELOIGNEMENT DU SYSTEME DE SOINS : DISTANCE GEOGRAPHIQUE ET REFUS DE SOINS	 p. 245
<i>1. Répartition géographique de l'offre de soins et freins individuels</i>	p. 247
1.1. Distance, disponibilité de l'offre de soins et rapport au temps	p. 247
a) Une offre de soins éloignée et/ou peu disponible	p. 247
b) Délais de rendez-vous et rapport au temps des populations précaires	p. 250
1.2. Les freins matériels et psychologiques à la mobilité des populations précaires	p. 254
<i>2. Avoir des soins à proximité et ne pas pouvoir y accéder : les refus de soins</i>	p. 260
2.1. Refus de soins et sentiment de relégation	p. 261
a) Des refus de soins difficiles à repérer par les patients	p. 261
b) Les sentiments de rejet provoqués par les refus de soins	p. 263
2.2. Les réactions face aux refus de soins : entre se mettre à distance du système de soins et s'adapter aux contraintes d'accès aux soins	p. 266
a) Rechercher des alternatives aux professionnels de santé pratiquant des refus de soins	p. 267
b) Modifier ses comportements en réaction au risque de refus de soins et au caractère stigmatisant de la CMU-C	p. 269
<i>Conclusion de chapitre</i>	p. 272

CHAPITRE 3 : CONFIANCE ET MEFIANCE DANS LE RAPPORT AUX MEDECINS ET AU SYSTEME DE SOINS	p. 273
1. <i>La confiance dans le médecin</i>	p. 275
1.1. Les formes de la confiance médecins-patients	p. 275
a) La confiance envers les médecins : une confiance assurée ou décidée ?	p. 276
b) Des critères relationnels plutôt que professionnels dans la construction de la confiance	p. 279
1.2. Défaut de confiance relationnelle et non-recours aux soins	p. 283
a) Déficit d'information, déficit de confiance	p. 284
b) Distance sociale et confiance	p. 287
2. <i>La confiance dans le système de soins</i>	p. 291
2.1. Une méfiance qui se traduit par un scepticisme sur l'efficacité et l'utilité du recours au système de soins	p. 291
2.2. Les sources de la méfiance : entre expériences vécues et expériences rapportées	p. 295
a) L'importance des expériences vécues personnellement	p. 295
b) Expériences rapportées et rôle du réseau social	p. 299
<i>Conclusion de chapitre</i>	p. 301
 CONCLUSION DE PARTIE	 p. 302
 <b>PARTIE 3. LE NON-RECOURS AUX SOINS COMME EXPRESSION D'UNE NON-UTILISATION DES SOINS : SENS ET LEGITIMITE D'APRES LES INDIVIDUS CONCERNES</b>	 p. 305
 CHAPITRE 1 : LES NON-SENS DU NON-RECOURS AUX SOINS : NI UN PROBLEME, NI UN RISQUE POUR SA SANTE	p. 309
1. <i>Une valeur santé importante mais pouvant être mise en sommeil</i>	p. 310
1.1. Une adhésion à la valeur santé pour des raisons fonctionnelles et non esthétiques	p. 310
a) L'adhésion à la valeur santé	p. 311
b) La santé comme support de la participation professionnelle et familiale	p. 313
1.2. Les conditions nécessaires à une gestion de la santé	p. 314
a) Christian : instabilité professionnelle, instabilité familiale et souci de reconstruction de soi	p. 315
b) Salomon : de la migration à la stabilité et à la santé retrouvée	p. 320
2. <i>Définition et variabilité du « besoin de soins »</i>	p. 324
2.1. « J'ai pas besoin » de soins : le vocabulaire de l'utilité et son intérêt pour la compréhension du vécu du non-recours aux soins comme non-problème	p. 325
a) Un vocabulaire de l'utilité interchangeable et interconnecté	p. 325
b) Les usages et rôles du vocabulaire de l'utilité	p. 328
2.2. Ressentir et interpréter comme tel un besoin de soins : déterminant du recours et du non-recours aux soins	p. 331
a) Ne pas ressentir de besoin de soins : entre absence de besoin et problèmes de santé non perçus	p. 332
b) Ressentir des troubles mais ne pas les interpréter comme des symptômes nécessitant le recours au médecin	p. 335
c) La représentation de la maladie et ses conséquences sur le recours aux soins	p. 338
<i>Conclusion de chapitre</i>	p. 343
 CHAPITRE 2 : LOGIQUES CURATIVES DE RECOURS AUX SOINS ET AUTOMEDICATION	p. 345
1. <i>Les deux moteurs de la logique curative de recours aux soins</i>	p. 347
1.1. Le rôle de la douleur	p. 347
a) L'évaluation d'une douleur et de sa gravité par les individus	p. 348

b) La douleur comme motif de consultation. Le cas des soins dentaires	p. 352
1.2. Le rôle de la gêne	p. 356
a) Consulter pour retrouver l'usage du corps	p. 356
b) Des motifs de consultation révélateurs de l'importance de la gêne	p. 359
2. <i>« Je pourrais presque être médecin » : formes et significations de l'automédication</i>	p. 361
2.1. Les caractéristiques de l'automédication	p. 362
a) L'automédication, des pratiques hétérogènes	p. 365
b) L'automédication, des pratiques efficaces	p. 368
c) La transmission et l'apprentissage des pratiques d'automédication, un gage de sérieux	p. 369
2.2. Les significations de l'automédication	p. 371
a) L'automédication comme stratégie d'évitement	p. 372
b) L'automédication comme défense d'une autonomie individuelle	p. 375
c) Des pratiques complémentaires aux médecins	p. 380
<i>Conclusion de chapitre</i>	p. 385
<b>CHAPITRE 3 : LOGIQUES DE NON-RECOURS AUX SOINS</b>	p. 387
1. <i>La « logique citoyenne » de non-recours aux soins</i>	p. 388
1.1. Le non-recours comme participation citoyenne à un objectif collectif de réduction des dépenses publiques de santé	p. 388
a) L'impact des discours sur le « trou de la sécu »	p. 389
b) Vers une logique citoyenne	p. 390
1.2. Equilibrer un droit avec des devoirs de soins	p. 394
a) Le rôle des situations de dépendance à l'égard de l'Etat-providence	p. 394
b) Modérer sa consommation de soins en contrepartie aux droits sociaux octroyés	p. 396
2. <i>« Je n'ai jamais été très médecin » : le non-recours aux soins et son inscription biographique</i>	p. 399
2.1. Non-recours aux soins et identité	p. 399
a) Se distinguer des « autres »	p. 400
b) La défense d'un goût et d'un style de vie	p. 402
2.3. Comprendre le non-recours aux soins comme le résultat d'un processus long	p. 408
a) L'usage du vocabulaire de la continuité et de l'habitude pour évoquer l'origine des comportements de non-recours aux soins	p. 409
b) Le rôle de la famille dans l'apprentissage de pratiques de soins	p. 411
c) L'intériorisation progressive des contraintes initiales d'accès aux soins	p. 417
<i>Conclusion de chapitre</i>	p. 423
<b>CONCLUSION DE PARTIE</b>	p. 424
<b>CONCLUSION GENERALE</b>	p. 425
1. <i>Une compréhension du phénomène de non-recours évoluant au fur et à mesure de l'enquête</i>	p. 426
2. <i>Vers la figure de l'individu</i>	p. 432
3. <i>Une analyse ouvrant à d'autres approches du non-recours et des populations précaires</i>	p. 434
4. <i>L'approche individuelle du non-recours et ses enjeux pour l'action publique</i>	p. 436
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	p. 439
<b>ANNEXES</b>	p. 482
<b>LISTE DES TABLEAUX ET ENCADRES</b>	p. 501
<b>TABLE DES MATIERES</b>	p. 502



## **Le « non-recours aux soins » des populations précaires. Constructions et réceptions des normes.**

Les populations précaires sont celles pour qui persistent les difficultés dans l'accès et l'utilisation des soins, alors que leur état de santé est plus dégradé que pour le reste de la population. Ces constats communs à plusieurs études viennent pleinement réinterroger l'effectivité des dispositifs – protection et services de soins – mis en place en France depuis les années 1990 pour favoriser l'accès aux soins de tous. Dans ce contexte, la question du « non-recours » dans le domaine des soins, que nous pouvons approcher par une série d'indicateurs (renoncement aux soins, retard aux soins...), se pose avec acuité. Ce travail de doctorat tente précisément de proposer une analyse qualitative des déterminants du non-recours aux soins, attentive aux positionnements des individus et aux conflits de normes. L'enquête de terrain, menée dans plusieurs institutions sanitaires et sociales, emprunte aux méthodes et outils de la sociologie compréhensive. Cette approche, en donnant à voir le sens que prennent ces situations de non-recours pour les personnes concernées, permet d'interroger la signification des normes médicales pour les individus et, *in fine*, de revenir sur la construction actuelle du non-recours comme « problème » ou « risque ». Celui-ci, dans bien des cas, n'est pas vécu comme tel mais apparaît au contraire comme le reflet de préférences ou de formes d'action inscrites dans un contexte social donné. Cette thèse renvoie alors à l'action publique la possibilité de définir les besoins sociaux également à partir de la prise en compte de telles situations.

**Mots-clés :** Action publique ; santé publique ; précarité ; accès aux droits sociaux ; accès aux soins ; inégalités de santé ; normes ; individu.

---

## **The “non-take-up” of healthcare among precarious populations. Construction and reception of norms.**

Precarious populations are the ones who still have difficulties in access and use of healthcare, whereas their health is far more damaged than the rest of the population. These statements common to several studies question the effectiveness of the offer – social insurance and health services – developed in France since the 1990's to encourage health access for all. In this context, the non-take-up issue in the health sector is most relevant. We can tackle this issue through a number of indicators, *e.g.* healthcare delay and renunciation of healthcare. This doctoral thesis is an attempt at proposing a qualitative analysis of the non-take-up determinants of healthcare, paying particular attention to individual positioning and norm issues. The field study, conducted in several sanitary and social institutions, uses tools and methods of interpretative sociology. This approach while putting in light the meaning of non-taking-up situations for concerned people, enables us to question the meaning of medical norms for individuals. Thus leads us to come back to current non-take-up construction as a “problem” or a “risk”. In many times, this one is not lived like this but, on the contrary, reflects preferences and actions which take place in specific social context. This doctoral thesis returns to public policy the possibility to define social needs from theses situations.

**Keywords :** public policy; public health; precariousness; social rights access; healthcare access; health inequalities; norms; individuals.

### **Laboratoire PACTE – UMR 5194**

Institut d'études politiques

BP 48

38040 Grenoble cedex 9 - France