



HAL
open science

La construction du "non-recours" aux soins des populations précaires et ses enjeux de légitimité

Antoine Rode

► **To cite this version:**

Antoine Rode. La construction du "non-recours" aux soins des populations précaires et ses enjeux de légitimité. La légitimité des politiques sociales en question, Jan 2008, Grenoble, France. hal-00381504

HAL Id: hal-00381504

<https://hal.science/hal-00381504>

Submitted on 5 May 2009

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.

**La construction du « non-recours » aux soins des populations précaires
et ses enjeux de légitimité.**

« Menace inacceptable sur l'accès aux soins en France », mesure « socialement injuste, économiquement inefficace et dangereuse pour la santé publique », les franchises médicales ont été l'occasion de relancer le débat sur les difficultés d'accès aux soins des populations précaires, un an après la polémique sur les refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle (CMU) et de l'Aide Médicale de l'Etat (AME). Les détracteurs de ce dispositif mettent en garde 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 prévention¹ », tandis que ses défenseurs y voient, entre autres, un outil de responsabilisation des usagers et un moyen « d'assurer une meilleure qualité des soins pour tous² ».

C'est dans ce contexte particulier que nous nous penchons sur la question du « non-recours » en matière de santé, chez les populations précaires. Ce phénomène, dont l'intérêt croissant est observable dans d'autres domaines³, s'installe progressivement dans le débat public dont ces diverses actualités n'en sont qu'une des manifestations. La thématization actuelle constitue le point de départ de notre réflexion. Nous analyserons plus particulièrement la manière dont se construit le non-recours dans le domaine spécifique de la santé, quant aux représentations et valeurs qui le sous-tendent. En confrontant cette perspective avec celle des populations exposées au non-recours, recueillie lors d'une étude empirique, nous interrogerons ainsi la légitimité des actions destinées à faire face à ce phénomène devenu un « problème » ces dernières années.

Un phénomène défini à partir des variables médicales

Avant tout, que recouvre la notion de « non-recours » dans le domaine de la santé ? Sans qu'il n'existe de définition stabilisée, unique, le phénomène est approché par un faisceau de variables issues du vocabulaire médical. Ces dernières sont à la fois utilisées dans les pratiques des professionnels de santé, mais également dans de nombreuses études épidémiologiques françaises et internationales. Elles constituent la base de la définition du non-recours en matière de santé. Leur existence a en effet facilité la reconnaissance et la construction de ce type de non-recours, permettant de préciser les contours du phénomène ainsi que d'estimer son étendue par la production de données qui leur sont relatives (cf. encart).

¹ Selon les termes utilisés par Collectif national contre les franchises médicales, extraits notamment de leur site Internet (www.contre-les-franchises.org).

² BACHELOT-NARQUIN R., « La vérité sur les franchises médicales » in *Le Monde*, 27 septembre 2007.

³ WARIN P., *L'accès aux droits sociaux*, Grenoble : PUF, 2006.

Les variables dont il est question sont les suivantes :

- l'absence de suivi médical : ne pas avoir consulté un médecin au cours des deux dernières années. Cela est appliqué plus particulièrement pour les soins généralistes, gynécologiques et dentaires.
- le renoncement aux soins : ne pas avoir réalisé les soins qu'une personne envisageait d'entreprendre et que son état de santé le lui demandait. Le renoncement aux soins dentaires et optiques pour raisons financières est l'un des indicateurs de suivis retenus pour la loi de 2004 relative à la politique de santé publique, concernant plus précisément l'objectif portant sur l'accès aux soins⁴.
- le retard aux soins : avoir tardé à consulter un soignant pour une pathologie donnée.
- l'inobservance thérapeutique (appelée également non « compliance » ou non « adhérence ») : ne pas avoir suivi les prescriptions du professionnel soignant, aussi longtemps qu'il le fallait et selon la dose indiquée. A l'origine, les études sur cette question se sont référées presque essentiellement aux maladies chroniques, toutefois elles ont ensuite été étendues à l'ensemble des recommandations thérapeutiques.

D'autres variables peuvent approcher le phénomène complexe et multiforme du non-recours en matière de santé, comme les rendez-vous non honorés qui consistent à ne pas être allé à au moins un rendez-vous chez un soignant dans l'année. Très étudiés dans la littérature anglo-saxonne, ils sont parfois intégrés dans les tableaux de bord des structures sanitaires comme indicateur d'activité.

Le non-recours peut enfin être appréhendé sur le plan de la protection complémentaire maladie. L'absence de couverture complémentaire, le non-recours aux dispositifs tels que la CMU-C sont de plus en plus observés et pris en compte⁵. Est ainsi relevé le fait que, dans un contexte de généralisation de la complémentaire santé au cours de ces dernières décennies, une part de la population française n'est pas couverte⁶. Cela complète les variables construites par les professionnels de santé. En effet, plusieurs études ont démontré que le niveau de recours aux soins et le niveau de protection complémentaire en matière de santé sont fortement corrélés, les situations de non-recours s'observant davantage chez les personnes ne disposant pas de complémentaire santé⁷.

Plusieurs données sur le phénomène de non-recours dans le domaine de la santé sont disponibles, provenant de sources multiples. En voici quelques exemples récents :

⁴ Voir le rapport établi par la DGS et la DREES sur les « 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.

⁵ Le Rapport n°III d'évaluation de la loi CMU plaide pour situer le non-recours à la CMU-C au centre de la thématique de l'accès aux droits : « *la question de la fraude aux prestations sociales (et des nécessaires contrôles) occupe une place importante dans l'analyse des mises en œuvre des politiques publiques. Paradoxalement pourtant, et si on se réfère au nombre de personnes concernées, c'est la question du non-recours qui devrait occuper la place première* ». FONDS CMU, Rapport n°III : évaluation de la loi CMU, janvier 2007.

⁶ MARICAL F., DE SAINT POL T., « la complémentaire santé : une généralisation qui n'efface pas les inégalités », *INSEE Première*, juin 2007, n°1142.

⁷ Voir notamment RAYNAUD D., « Les déterminants individuels des dépenses de santé : l'influence de la catégorie sociale et de l'assurance complémentaire », *Etudes et Résultats*, février 2005, n°378.

- 21% des personnes interrogées dans les centres de soins gratuits présentent une « logique de refus de soins », caractérisée par un non-recours aux soins, une non-observance ou une observance thérapeutique très partielle, ainsi que par des risques de renoncements aux soins.

COLLET M., MENAHEM G., PICARD H., « Logiques de recours aux soins des consultants de centres de soins gratuits », *Question d'économie de la santé*, octobre 2006, n°113.

- 53% des individus de moins de 50 ans ayant de faibles revenus n'ont pas consulté de médecin spécialiste au cours de l'année précédente contre 40% du reste de la population.

DE SAINT POL T., « La santé des plus pauvres », *INSEE Première*, octobre 2007, n°1161

- Les hommes allocataires du RMI ont 2,83 [IC = 2,76 ; 2,89] plus de risques d'être en non-recours aux soins que les hommes définis comme non précaires.

DAUPHINOT V., DUPRE C., GERBAUD L., GUEGUEN R., LABBE E., MOULIN J.J., SASS C., « 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 Epidémiologique Hebdomadaire*, 31 octobre 2005, n°43.

- 14,7% des personnes interrogées, habitant une zone urbaine sensible, ont déjà renoncé à des soins pour des raisons financières. Ce taux passe à 21% pour les femmes étrangères.

CHAUVIN P. BAZIN F., « Santé et recours aux soins dans cinq zones urbaines sensibles d'Ile-de-France », in CHAUVIN P., PARIZOT I. (dir.), *Santé et recours aux soins des populations vulnérables*, Paris : INSERM, 2005.

- 82% des patients qui devraient avoir une complémentaire maladie n'en ont pas au moment où Médecins du Monde les rencontre.

Rapport 2006 de l'Observatoire de l'accès aux soins de la Mission France de Médecins du Monde, octobre 2007.

LA CONSTRUCTION DU PROBLEME DU « NON-RECOURS »

Défini à partir de variables médicales, mesuré, le phénomène du non-recours en matière de santé se construit comme « problème » sanitaire et social. Là où il y avait un fait identifié comme appartenant à la sphère des comportements personnels, il y a maintenant une question pouvant être qualifiée de problème public.

Partant du postulat qu'un problème social est avant tout le résultat d'une construction sociale⁸, il s'agit à présent d'analyser le processus de problématisation du non-recours en matière de santé⁹. Quelles sont les catégories de perception mobilisées ? Comment est interprété le non-recours ? Qu'est-ce qui légitime le regard porté dessus par les différents acteurs et les actions menées à son encontre ?

⁸ BLUMER H., « Social problems as collective behavior », *Social problems*, 1971, n°3.

⁹ Cette partie s'appuie sur des constats tirés d'entretiens informels avec différents acteurs réfléchissant et/ou intervenant sur le non-recours (médecins, épidémiologistes, responsables associatifs, ...), ainsi que sur une analyse de la littérature s'y rapportant. Elle ne se base donc pas sur une analyse sociohistorique à part entière, où le rôle des acteurs et des différents mécanismes participant au processus de problématisation du non-recours aurait été davantage approfondi.

Un facteur explicatif et descriptif des inégalités sociales de santé

Le non-recours en matière de santé fait l'objet, nous l'avons dit, d'une attention grandissante. Chercheurs, professionnels de santé ou responsables associatifs, nombreux sont ceux qui s'y intéressent. Comment expliquer cette brusque attention, contrastant avec les attitudes dominantes où la figure centrale est plutôt celle de l'usager du système de santé – parfois taxé de « surconsommateur » – et non le « non usager » ?

Sur cette question, il est particulièrement frappant d'observer que le phénomène de non-recours est abordé à propos d'une population précise, celle (ou plutôt celles) en situation de pauvreté et de précarité. Ce sont vers elles que les regards sont tournés, bien que rien ne vienne démontrer qu'elles soient les seules à renoncer à leurs soins ou à ne pas disposer de couverture complémentaire¹⁰.

Ainsi, le non-recours s'inscrit dans la problématique des inégalités d'accès aux soins, et plus généralement dans celle des inégalités sociales de santé. Aux enjeux économiques et de santé publique sous-jacents, ce sont davantage ces deux dimensions qui portent sur le devant de la scène la question du non-recours, reflétant des préoccupations d'équité du système de santé, de justice sociale. Si le non-recours émerge depuis peu, c'est principalement pour marquer les limites de la réponse française aux inégalités sociales de santé ; une réponse, timide et tardive contrairement à d'autres pays européens, qui s'est attachée quasi exclusivement à agir sur l'accès aux soins¹¹. Or, à titre d'exemple, le recul propice à l'évaluation du dispositif de la CMU, instituée en 1999, permet un constat nuancé de cette stratégie française. Les différentes études démontrent ainsi que, même si la CMU a amené un rattrapage des soins pour une partie de la population, les recours aux soins généralistes et aux soins spécialisés restent socialement distribués. De même, le niveau de complémentaire demeure fortement dépendant du niveau de revenu. En matière de santé, le constat est le même puisque l'état de santé (aussi bien subjectif qu'objectif) s'aggrave à mesure que nous descendons dans la hiérarchie sociale, tout au long d'un continuum.

Une illustration intéressante de ce lien entre inégalités de santé et non-recours est celle de la mortalité prématurée. Ces décès, survenus avant 65 ans, correspondent à 20% des décès annuels et placent la France à la tête des pays européens¹². Parmi ces décès, une partie importante s'explique par des comportements à risque et par des retards dans l'accès aux soins. La littérature épidémiologique évalue à un tiers cette mortalité qualifiée de « mortalité évitable ». Dans cette perspective, faciliter l'accès aux soins, améliorer l'utilisation de ce système de santé – c'est-à-dire finalement limiter les formes de non-recours – sont autant d'opportunités d'action pour réduire les inégalités sociales de santé.

A travers cet exemple, nous percevons que la problématique du non-recours prend place dans le débat actuel sur les déterminants des inégalités sociales de santé. Jusque-là, les principaux travaux¹³ se sont intéressés aux rôles des conditions de vie, des revenus, du logement ou encore des expositions professionnelles. Ces angles d'analyse, s'expliquant par des facteurs historiques et

¹⁰ A l'inverse, une simple requête sur un moteur de recherche Internet avec les termes « se soigner » ou « se passer de mutuelle » amène vers des sites argumentant chacun à leur manière pour une restriction de la consommation médicale ou pour le choix de ne pas cotiser à une mutuelle. Une autre illustration se retrouve également dans le dossier « Se passer d'une mutuelle, un calcul rentable » paru en juin 2007 dans la revue *Le Particulier*.

¹¹ COUFFINHAL A., DOURGNON P., GEOFFARD P.-Y., GRIGNON M., JUSOT F., LAVIS J., NAUDIN F., « 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*, février 2005, n°93.

¹² Pour plus de précisions, voir le numéro thématique du *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire* consacré à la mortalité prématurée (n°30/31, juillet 2003).

¹³ Voir notamment LECLERC A., FASSIN D., GRANDJEAN H., KAMINSKI M., LANG T. (dir.), *Les inégalités sociales de santé*, Paris : La Découverte, 2000 et JOUBERT M., CHAUVIN P., FACY F., RINGA V. (dir.), *Précarisation, risque et santé*, Paris : INSERM, 2001.

scientifiques, privilégient des stratégies globales de lutte contre les inégalités de santé. Il s'agit avant tout de réduire les disparités économiques et sociales d'un pays, notamment les différences de niveau d'éducation, en amont du système de santé. En effet ce dernier est perçu comme remplissant un faible rôle, partant principalement du constat que les pays ayant une protection sociale généreuse et un système de santé solidaire n'ont pas fait disparaître les inégalités de santé. Toutefois, dans une perspective plus récente, des auteurs se penchent sur l'impact du système de santé sur la production des inégalités sociales de santé. Autrement dit, il s'agit de voir si les « *inégalités d'accès à certains soins participent à la formation des inégalités de santé*¹⁴ ». L'hypothèse mérite d'autant plus d'être formulée dans un contexte d'amélioration de la technique médicale, où « *les différences résiduelles d'accès aux soins ont sans doute plus de conséquences aujourd'hui que les fortes différences d'accès aux soins auparavant*¹⁵ ».

La problématique du non-recours dans le domaine de la santé puise ainsi sa légitimité dans la question des inégalités sociales de santé, le non-recours étant présenté comme une des causes de ces dernières mais aussi comme une preuve des limites du système de santé français.

Une perception en terme de « risque »

Les différentes logiques de recours aux soins participant à la définition du non-recours en matière de santé (renoncer à des soins, les retarder, ne pas suivre les recommandations du soignant) sont associées à des états de santé dégradés. Les conséquences sanitaires sont estimées à partir de mesures statistiques, objectives, principalement par les études épidémiologiques. L'exemple du diabète, maladie à la forte prévalence chez les sujets précaires, est significatif. Un diabète qui n'est pas pris en charge suffisamment à temps ou qui est ignoré amplifie les risques de complications de type maladies cardiovasculaires, troubles oculaires voire les risques d'amputation.

Ce qui ressort alors, c'est que le non-recours vient alimenter la catégorie de « conduite à risque » en matière de santé. La construction de cette dernière illustre ce que P. Peretti-Watel appelle le « *recours au paradigme épidémiologique*¹⁶ ». Selon lui, d'une part, le développement de la statistique et de l'épidémiologie dans le champ médical participe à cette constante et forte augmentation des facteurs de risques, dessinant ainsi une « *toile des causes* » biologiques au centre de laquelle est placé l'individu. Ainsi, dès qu'un facteur de risque renvoie à un comportement ou s'en approche, une nouvelle « conduite à risque » est constituée. Ce processus est semblable à ce que nous observons pour les comportements individuels associés aux non-recours en matière de santé, perçus comme posant des « risques » sanitaires.

D'autre part, P. Peretti-Watel explique que ce paradigme épidémiologique se développe sans que les controverses scientifiques ne soient closes. Autrement dit, 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 validant ou les invalidant tour à tour. C'est ce qui s'observe dans le cas emblématique du cancer de la prostate, deuxième cause de mortalité par cancer chez les hommes, mais également de plus en plus pour l'ensemble des cancers¹⁷. Le dépistage systématique, précoce, s'organise sur le plan national, bien que des

¹⁴ COUFFINHAL A., DOURGNON P., GEOFFARD P.-Y., GRIGNON M., JUSOT F., LAVIS J., NAUDIN F., « 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*, février 2005, n°92.

¹⁵ *Ibid.*

¹⁶ PERETTI-WATEL P., « Du recours au paradigme épidémiologique pour l'étude des conduites à risque », *Revue française de sociologie*, 2004, n°45-1.

¹⁷ Pour une contribution récente à ce débat autour du dépistage du cancer, voir WELCH G.H., *Dois-je me faire tester pour le cancer ? Peut-être pas et voici pourquoi*, Laval : Presses Universitaires de Laval, 2005.

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...).

Le non-recours s'est donc construit comme une « conduite à risque », et ce d'autant plus facilement qu'il prend appui sur des risques « objectifs » ou tout du moins objectivés. Il ne s'agit pas de nier le lien entre recours aux soins et état de santé, mais de montrer que le non-recours, tout en s'inscrivant dans un contexte d'augmentation des conduites dites « à risque », est issu d'un processus de construction sociale dont l'un des mécanismes repose sur les concepts empruntés à l'épidémiologie, qui établissent notamment des corrélations statistiques entre comportements de recours aux soins et états de santé dégradés.

Une catégorie d'intervention publique

Face à ces situations de non-recours perçues comme problématiques, plusieurs dispositifs et actions sont mis en place pour y remédier, ou tout du moins pour essayer de les prévenir. Ces interventions sont mises en œuvre dans une logique se diffusant fortement, celle du ciblage. Ce sont en effet les groupes sociaux étiquetés comme « à risque » et ayant le « plus besoin » qui sont prioritaires et sur lesquels sont concentrées les aides. Dans la continuité de ce qui vient d'être présenté, les ressortissants de ces actions sont les populations définies comme pauvres, précaires.

Cela est observable à plusieurs niveaux. L'exemple de la Convention d'Objectif et de Gestion signée entre la CNAM et l'Etat pour la branche maladie, couvrant la période 2006-2009, est significatif de la logique de ciblage, ainsi que de l'inscription du thème du non-recours sur l'agenda public. Elle invite à engager, dans la « *politique globale de gestion du risque* » et dans le volet relatif aux programmes de prévention, des « *actions particulières [...] en direction des populations les plus éloignées du système de santé* » – c'est-à-dire celles qui ont un « *recours trop insuffisant et tardif aux soins* »¹⁸. A une autre échelle, la réponse au non-recours prend fréquemment la forme des dispositifs d'accompagnement santé. Hétérogènes, ces dispositifs ont néanmoins en commun de concourir à favoriser l'accès aux droits (vérifier l'ouverture des droits à la CMU-C, éviter des ruptures de droits...) et à prévenir les situations de non-recours en matière de santé parmi les personnes prioritaires. Il s'agit pour ce dernier aspect de « *faire émerger la demande*¹⁹ » de soins médicaux puis d'accompagner celle-ci tout au long du parcours de soin, par exemple par la prise de 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.

Le non-recours en matière de santé devient ainsi un problème à résoudre, soit par le biais d'objectifs généraux, soit par le biais d'objectifs spécifiques. La légitimité des actions instituées dans ce sens se fonde sur le fait qu'elles sont destinées à mettre fin à une injustice particulière – touchant la maladie et la mort – considérée comme l'une des moins acceptables par les Français²⁰.

¹⁸ Convention d'Objectifs et de Gestion signée entre l'Etat et la CNAMTS pour la branche maladie, août 2006.

¹⁹ Voir FNARS, « Guide méthodologique de l'accompagnement santé », *Recueils & documents*, décembre 2006, n°40.

²⁰ BOISSELOT P. « L'évolution des opinions des Français par rapport aux enjeux sociaux et à la protection sociale entre 2000 et 2006 », *Etudes et Résultats*, août 2006, n°517.

LA PERCEPTION DU NON-RECOURS PAR LES POPULATIONS PRECAIRES

Cadre et démarche de l'enquête

Pour interroger le non-recours et sa légitimité, nous nous appuyons sur une recherche doctorale en cours, dont l'objet est d'analyser les déterminants du non-recours en matière de santé des populations précaires. Outre les problématiques de recherche, ce travail répond à une demande de la part d'acteurs du champ sanitaire et social, désireux d'affiner plus efficacement les actions destinées à prévenir le non-recours (définition de publics prioritaires, mise en place de projets santé...). Ces situations les questionnent, face à cet apparent paradoxe qu'est le non-recours – les difficultés d'accès et d'utilisation des soins subsistent malgré les dispositifs législatifs et réglementaires – et les interpellent directement sur les limites de leurs interventions. C'est pourquoi cette recherche s'inscrit dans deux cadres partenariaux certes différents, mais aux objectifs similaires d'articulation entre recherche et action.

Ainsi, d'une part, ce travail est associé à une recherche financée par l'Agence Nationale de la Recherche sur le « non-recours aux soins des actifs précaires », réunissant l'ODENORE²¹ et l'équipe « Précarité-Inégalités de santé » du CETAF²². L'analyse proposée articule des données quantitatives issues de la base de données des centres d'examens de santé (ou CES)²³, rassemblant des éléments médicaux et sociaux sur plus de 650 000 personnes par an, et des données qualitatives, recueillies auprès de consultants précaires des CES. D'autre part, cette recherche doctorale est intégrée à un groupe de travail constitué de plusieurs associations grenobloises ; structures aux fonctionnements et publics certes différents mais dont le point commun est d'inclure dans leurs champs d'activité des préoccupations de santé à destination de personnes socialement vulnérables. L'objet du groupe, placé sous l'égide de la Direction de la Santé Publique et de l'Environnement (DSPE) de la Mairie de Grenoble, est de réfléchir aux difficultés d'accès aux soins, prises à partir de la question particulière du non-recours.

Pour ce faire donc, une centaine d'entretiens a été réalisée lors de l'enquête de terrain auprès de consultants précaires des centres d'examens de santé de Bourg en Bresse, Dijon et Bobigny, ainsi que d'usagers de trois associations participant au groupe de la DSPE (Le Fournil, L'Appart' et l'Amicale du Nid). Les entretiens ont été menés dans une perspective de sociologie compréhensive. Il s'agissait principalement de saisir la manière dont les personnes concernées par le non-recours perçoivent les situations et pratiques desquelles elles sont actrices, mais aussi et surtout le sens qu'elles leur donnent.

Les difficultés persistantes en matière d'accès aux soins

A la lecture des entretiens, une première série de déterminants du non-recours apparaît. Nous y englobons des déterminants déjà balisés par la littérature sur la santé et la précarité ; c'est la raison pour laquelle nous nous y arrêterons très peu²⁴. Les difficultés financières sont particulièrement revenues pour l'ensemble des variables définissant le non-recours. En prenant le simple exemple de l'absence de mutuelle, ces difficultés ont rappelé les conséquences de la mise

²¹ L'ODENORE (Observatoire du non-recours aux droits et aux services) produit des connaissances scientifiques sur le phénomène de non-recours en lien avec de nombreux partenaires institutionnels.

²² Le CETAF (Centre technique d'appui et de formation des centres d'examens de santé) a pour mission principale d'assister les Centres d'Examens de Santé dans leur politique de prévention.

²³ Les 112 CES, financés par l'Assurance Maladie et répartis sur tout le territoire français au sein de 8 réseaux, proposent des Examens Périodiques de Santé gratuits à tous les assurés sociaux du régime général.

²⁴ Il ne s'agit donc pas dans nos propos de relativiser – ni même d'évaluer – le poids de ces déterminants sociaux par rapport à d'autres dans l'explication du non-recours.

sous conditions de ressources des prestations sociales²⁵ sur le non-recours au dispositif de la CMU-C, pour les personnes exposées à l'effet de seuil. Ce jeune, resté longtemps sans complémentaire santé, en témoigne ainsi : « *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 de la CMU], 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.* » D'autres aspects se sont révélés significatifs, relevant en particulier de l'accès aux structures sanitaires (refus de soins, fonctionnements inadaptés, représentations attachées à certains lieux de soins...) ou encore du rapport de confiance qui peut se lier – ou non – avec ces dernières et leurs professionnels.

Dans ces entretiens, le non-recours renvoie davantage à l'accès aux soins, et à ses difficultés. Celui-ci est donc vécu par les populations concernées sous un angle problématique. A titre d'exemple, le renoncement aux soins prend toute sa valeur dans le sens où il met en lumière une frustration à ne pas pouvoir se soigner pour des motifs financiers, bien que le besoin soit ressenti et que la démarche ait été à un moment envisagée. Les personnes rencontrées expriment alors l'envie de voir cette situation réglée, étant dans l'attente de réponses – qui trouveraient légitimité à leurs yeux – quand elles n'ont pas déjà baissé les bras. Ces freins matériels et symboliques participent en effet à la reproduction, ou tout du moins au maintien, des situations de non-recours puisqu'ils entraînent dans certains cas des replis vis-à-vis d'une offre de santé jugée inaccessible, inadaptée.

Le « problème » relativisé de la non-utilisation des soins

Dans une autre partie des entretiens, les hypothèses formulées au départ autour des déterminants précédemment cités n'ont pas été validées comme explication du non-recours. Reprenons la question financière par exemple. Même pour des personnes ayant un faible budget, cela n'était pas toujours ressenti comme un obstacle aux soins. De manière identique, les personnes sans complémentaire santé que nous avons rencontrées évoquent peu cette situation en terme de contrainte. Sur ce point, il s'agit d'un constat peu étudié dans les études portant sur le non-recours. Nous l'observons dans une récente enquête de la DREES qui s'intéresse, outre à la probabilité de renoncement aux soins des bénéficiaires de minima sociaux, aux principaux motifs de non-recours à la CMU-C²⁶. Si la majorité explique ce non-recours par le fait de disposer déjà d'une mutuelle différente ou par des revenus trop élevés, une part non négligeable a répondu « *autre raison* » sans que cela soit précisé dans l'enquête, alors que cela concerne 17% des allocataires du Revenu Minimum d'Insertion et 11% des bénéficiaires de l'Allocation de Solidarité Spécifique.

Ce constat repose sur un point principal : si les personnes ne parlent pas des freins à l'accès aux soins, c'est qu'elles ne ressentent pas l'absence de suivi médical et de mutuelle comme une difficulté. Autrement dit, la perspective compréhensive adoptée dans les entretiens a bien permis de révéler le sens que les personnes concernées par le non-recours donnaient à leur situation ; situation qui n'est donc pas toujours vécue ni perçue comme étant problématique par les personnes concernées, mais bien au contraire, qui peut être présentée comme anodine, « *normale* », voire positive.

²⁵ Ce déterminant a été relevé dès les premiers travaux sur le non-recours. Voir notamment VAN OORSCHOT W. « Les causes du non-recours. Des responsabilités largement partagées », *Recherches et Prévisions*, mars 1996, n°43.

²⁶ BOISGUERIN B., « Les allocataires des minima sociaux : CMU, état de santé et recours aux soins », *Etudes et Résultats*, octobre 2007, n°603.

Quels sens prennent alors ces situations de non-recours pour les personnes rencontrées au cours de notre enquête ? Pour y répondre, arrêtons-nous un instant sur l'énonciation de trois des principaux arguments présents dans les entretiens.

Un premier aspect concerne le rapport au risque, partant du postulat que chacun construit sa propre perception du risque et que le risque ne se résume donc pas à un fait objectif, défini de l'extérieur. Une des questions posées dans les entretiens était ainsi destinée à observer comment les personnes se positionnaient par rapport à la conception du non-recours comme conduite à risque, si elles s'y retrouvaient ou non et le sens que cela prenait pour elles. Dès lors, une première explication tiendrait à la mauvaise (ou non) perception du risque par les personnes en situation de non-recours. Par défaut d'information, par méconnaissance des conséquences sanitaires de leurs actions, elles prendraient des risques sans même le savoir. C'est un constat particulièrement visible sur le non-recours aux soins gynécologiques, particulièrement chez les jeunes majeures rencontrées dans les centres d'examen de santé.

Mais les personnes n'ignorent pas tout le temps les risques qu'elles prennent. Elles peuvent en avoir conscience, mais elles en minimisent les conséquences. Les arguments – certes parfois erronés – sont nombreux pour justifier leur situation, dans des discours qui révèlent une certaine cohérence. Nous retrouvons plusieurs mécanismes psychosociaux déjà observés par ailleurs²⁷. Le biais d'optimisme, caractérisé par la sous-estimation de la probabilité d'être exposé à un problème de santé, est l'un d'eux : « *je vois pas pourquoi je prendrais une mutuelle. J'ai jamais eu de maladies ni rien* ». La « protection mentale » (penser que les risques sont plus importants pour les autres) et l'importance des risques concurrents (ne pas prendre son traitement, pensant être exposé à d'autres problèmes de santé liés aux effets secondaires des médicaments) sont également ressortis. Enfin, le sentiment de contrôle²⁸ a pu s'observer, dès lors que le risque était sous-estimé par le fait que la personne pensait gérer sa situation. Ainsi de ce jeune homme en non-recours aux soins dentaires, pourtant au courant des recommandations d'une consultation régulière, préventive, chez un dentiste : « *Je vais pas souvent chez le dentiste. Y a pas de problème, je me brosse les dents au moins deux fois par jour, ça les entretient et ça évite d'aller chez le dentiste* ». Dans ces exemples, le non-recours est justifié par l'absence de « besoin » de se soigner et/ou par le sentiment de bénéficier d'un bon état de santé²⁹, le non-recours étant alors présenté positivement comme une preuve d'une constitution physique favorable.

La question ne se résume pas à une simple myopie – ou déni – du risque, que des actions d'information et d'éducation à la santé permettraient de suppléer. Un second aspect concerne l'autonomie vis-à-vis de la santé. Les comportements d'automédication ont été valorisés dans les divers entretiens, avec un descriptif fourni des multiples manières de se soigner sans avoir à consulter. À côté des raisons de coût, relevant l'impact des remboursements récents, l'automédication est également défendue par la valeur de l'autonomie et fondée sur le sentiment d'avoir des connaissances suffisantes pour faire face aux désagréments du corps ; sentiment poussant parfois à l'analogie avec les professionnels de santé : « *j'en connais des choses, je pourrais presque être médecin* ». Il ne s'agit plus ici de suivre les recommandations du médecin, mais de faire confiance en ses capacités à se soigner, de prendre en charge soi-même sa santé, d'en être finalement responsable. Ce point appelle d'ailleurs un autre constat, celui démontrant que le non-recours n'est pas synonyme d'absence de soins.

²⁷ PERETTI-WATEL P., *La société du risque*, Paris : La Découverte, 2001.

²⁸ Le sentiment de contrôle (entendu comme la capacité ressentie à pouvoir agir sur sa santé, en particulier, et sur son existence, en général) est l'une des variables psychosociales qui se développe de plus en plus pour renouveler l'approche des relations entre état de santé et statut socioéconomique. Voir notamment DE KONINCK M. « Inégalités sociales de santé, milieu de vie et sentiment de contrôle », intervention au colloque international « Politiques publiques et pratiques professionnelles face aux inégalités sociales de santé », Lille, 25 janvier 2007.

²⁹ Nous insistons ici sur le fait qu'il s'agit uniquement de l'état de santé ressenti, et non pas mesuré par des critères biologiques et médicaux. N'ayant pas pu accéder aux dossiers médicaux des personnes interrogées, nous ne nous sommes en effet basés que sur l'état de santé perçu.

L'automédication est renforcée par le manque de confiance évoqué à l'égard du corps médical et d'une médecine perçue comme technique et paternaliste. Cela peut également refléter la volonté de ne pas voir le corps médical s'insérer dans des préoccupations personnelles, dans un domaine privé, celui de la santé. Mais il ne s'agit pas ici uniquement de non-recours induit par ce déficit de confiance et/ou cette distance sociale avec les soignants. Il peut s'agir plus simplement d'une volonté de gérer soi-même ses symptômes, quand ces derniers sont appréhendés comme tels.

Enfin, un dernier aspect, corollaire aux deux premiers, concerne la reproduction des habitudes de recours aux soins. Les comportements actuels de (non-)recours aux soins sont déterminés par la manière dont les personnes se soignaient étant plus jeunes. Les histoires de vie témoignent d'une continuité, que ce soit au niveau des suivis médicaux ou dentaires. La médecine y apparaît principalement mobilisée pour sa réponse curative (« *quand j'étais jeune, c'est pareil, ma mère m'amenait chez le dentiste que quand j'avais mal aux dents* »). Les personnes rencontrées ne remettent pas en cause ces comportements voire ne parviennent pas à les expliquer, telle une forme d'habitus incorporée de manière durable. Pour certaines, ces comportements sont même constitutifs de leur personnalité, ce qui ressort de la formule récurrente : « *je ne suis pas très médecin* ». Toutes ces observations rejoignent l'hypothèse encore peu explorée des « *inégalités des chances en matière de santé*³⁰ », selon laquelle une part de l'explication des inégalités sociales de santé tiendrait à la reproduction des comportements familiaux et sociaux de recours aux soins.

Quelles qu'en soient les raisons, la démarche compréhensive a permis de faire apparaître les différentes logiques sous-jacentes au non-recours aux soins et le sens qu'elles prennent pour les personnes concernées. En l'occurrence, le décalage qu'il peut y avoir dans la perception du phénomène de non-recours ressort particulièrement. D'un côté, la perception de ceux qui tentent d'enrayer ou de comprendre le non-recours, où l'accent est mis sur les aspects préoccupants, problématiques et sur les risques sanitaires encourus. De l'autre, la perception des personnes interrogées qui ne se représentent pas le phénomène sous cet angle-là, mais sous des aspects argumentés, et ce dès lors que nous nous attardons davantage sur l'*utilisation* des soins que sur l'*accès* aux soins.

NORMES ET LEGITIMITÉ DES INTERVENTIONS DESTINÉES À LUTTER CONTRE LE NON-RECOURS

Le non-recours, un décalage normatif

Le décalage observé entre ces différents points de vue sur le non-recours nous informe que, derrière cette problématique, la question des normes et valeurs traversant le champ de la santé ressurgit.

L'idée que la santé est une valeur partagée par tous et qu'il faut tendre vers la préservation d'une « bonne santé », telle que véhiculée dans les médias et encore plus dans les supports de prévention, apparaît relativisée. D'autres priorités et contraintes touchant aux conditions de vie interfèrent, reléguant les préoccupations de santé, entrant parfois en concurrence avec cette dernière et empêchant la réalisation de cet idéal. Constat simple, mais constat qu'il est nécessaire de rappeler dans un contexte où la santé prend une valeur croissante et où dominent les présupposés économiques de la santé comme bien concourant à la satisfaction, basés sur l'idée

³⁰ Discutée récemment dans DEVAUX M., JUSOT F., TRANNOY A., TUBEUF S., « Inégalités des chances en santé : influence de la profession et de l'état de santé des parents », *Questions d'économie de la santé*, février 2007, n°118.

que les désirs en la matière sont identiques pour chacun et donc que les différences de recours aux soins sont à rechercher du côté des différences objectives (revenus, coût des soins...) ³¹.

Quand bien même la santé est présentée comme une ressource importante, notamment par les personnes qui nécessitent de l'économiser un minimum pour se maintenir tant bien que mal sur le marché du travail, la gestion de ce « capital » et la réponse aux dysfonctionnements et désagréments du corps ne suivent pas toujours la rationalité prêtée aux acteurs. Là où on attend de chacun – et surtout des populations précaires aux besoins de santé jugés plus nombreux – de rechercher une solution dès qu'un risque (même infime) est perçu pour la santé, de mobiliser l'ensemble des ressources disponibles dans le souci d'une « utilisation en temps utile des services de santé par les individus afin d'atteindre le meilleur résultat en termes de santé » ³², les situations de retards ou de renoncements aux soins éclairent d'autres interprétations des symptômes, d'autres logiques de gestion de la maladie, d'autres normes de préservation – ou non – de la santé. Ces normes « profanes » peuvent naître soit d'une opposition volontaire à celles véhiculées par le corps médical, soit d'un effet involontaire lorsque « les individus s'écartent de la norme et adoptent des conduites déviantes en croyant agir en conformité avec elle » ³³. C'est ce qui ressort d'une logique de non-recours que nous pouvons qualifier de « citoyenne » ³⁴, pour laquelle ne pas consulter régulièrement un médecin ou un dentiste est présenté comme quelque chose de responsable, c'est-à-dire comme une manière de participer à l'effort collectif de réduction des dépenses de santé, contrairement à ceux qui consultent « pour rien », « pour un oui ou un non » et qui sont vus comme responsables du « trou de la sécu ». Les nombreux discours actuels sur les « abus » du système de santé ont été fréquemment entendus dans les entretiens, construisant en quelque sorte une norme de faible consommation de soins.

Au-delà, c'est finalement toute la conception du rôle du malade et l'interaction entre celui-ci et le médecin qui apparaissent. Il est attendu des patients qu'ils portent attention aux troubles éventuels, qu'ils cherchent à mettre fin aux symptômes en consultant un professionnel de santé, coopérant tout au long avec eux. Or les situations de non-recours évoquées dans les entretiens démontrent que cet idéal typique du « bon » patient n'est que peu partagé. Elles illustrent davantage un écart entre cette exigence normative et les comportements mis en œuvre. L'observance des prescriptions du médecin témoigne de manière pertinente de ce « conflit de perspective » ³⁵. Cette question nous interpelle sur l'importance de la norme médicale dans les variables retenues pour définir le non-recours. Le principe sur lequel l'observance repose est en effet celui du suivi conforme, consensuel, aux demandes des médecins, qui jugent l'arrêt des traitements ou la réduction des doses comme un risque ou une négligence. Pourtant, quand nous nous prenons l'observance du point de vue des patients, une partie de ces situations s'expliquent par une volonté de se préserver face à des médicaments jugés moins efficaces que dangereux pour la santé et par une volonté de gérer soi-même le suivi des symptômes. En cela, même si les personnes ne suivent pas une certaine norme médicale, dominante, elles répondent aux diverses incitations actuelles à l'automédication, portées notamment par le gouvernement mais également par d'autres professionnels de santé. Ainsi, le conflit de perspective ne peut être résumé à une opposition entre deux entités distinctes, les professionnels de santé et les profanes.

³¹ GRIGNON M., « Santé économique et santé physiologique », *Informations sociales*, février 2002, n°98.

³² D'après une définition américaine de l'accès aux soins, citée dans LOMBRAIL P., « Accès aux soins » in LECLERC A, FASSIN D, GRANDJEAN H, KAMINSKI M, LANG T (éd.), *Les inégalités sociales de santé*, La Découverte, Paris, 2000.

³³ FAINZANG S., « Les normes en santé. Entre médecins et patients, une construction dialogique », communication aux Rencontres organisées par le réseau SIRS (Santé-Inégalités-Ruptures sociales) sur « Représentations de santé et construction des normes », Paris, 4 novembre 2004.

³⁴ Sans développer davantage ici, les traits caractéristiques de cette logique se rapprochent de ce que J. Leca a appelé la « citoyenneté pour soi ». LECA J., « Individualisme et citoyenneté » in BIRNBAUM P., LECA J., *Sur l'individualisme*, Paris : Presses de Sciences Po, 1991.

³⁵ CARRICABURU D., MENORET M., *Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladies*, Paris : Armand Colin, 2004.

Agir sur le non-recours : intervenir sur l'écart à une norme

Le fait que les personnes concernées ne se reconnaissent pas dans les normes médicales illustre donc un décalage selon le point de vue adopté. Or, les actions destinées à prendre en charge le non-recours se sont développées, nous l'avons vu, à partir de variables construites par le corps soignant, de normes médicales mais aussi épidémiologiques considérant ces comportements de recours aux soins comme des conduites déviantes, des facteurs de risque. Agir sur le non-recours dans le domaine de la santé revient ainsi à vouloir réduire chez les populations jugées prioritaires et/ou en danger cet écart à la norme, à remplacer les normes que ces populations mobilisent par celles qui sont conformes aux valeurs dominantes³⁶. Dans ce sens, la légitimité dont se revendiquent ces interventions se fonde sur « *la reconnaissance de pratiques reconnues comme normales et justes (donc légitimes) et, ce faisant, la dénonciation de celles qui sont anormales et injustes (donc illégitimes)*³⁷ ».

Partant de là, la légitimité de ces actions peut être questionnée de deux manières. D'une part, il faut se demander si ces actions ne sont pas le symptôme d'une certaine « médicalisation de la société » constatée à plusieurs endroits³⁸. Outre le fait qu'il s'agit principalement d'une redéfinition extensive de nombreux aspects de la vie quotidienne en des préoccupations de santé (et donc des prérogatives de la médecine), une de ses caractéristiques serait de diffuser 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 maladie³⁹ ». Dans ce processus contemporain, la logique médicale demande à s'adresser à un professionnel de santé au moindre doute et la multiplication très forte des consultations⁴⁰ est alors perçue comme un progrès. A l'inverse donc, ne pas participer à cette évolution en fréquentant un médecin rarement ou encore en n'adoptant pas de conduites préventives (par le non-recours aux dispositifs préventifs ou dans ses comportements quotidiens) sont de l'ordre d'une déviance et deviennent un objet légitime d'intervention. Dans une perspective bio-politique empruntée à D. Fassin et D. Memmi, le risque est de voir ces interventions renvoyer au « *gouvernement des corps* », à savoir « *l'immixtion des pouvoirs publics dans la relation privée à son destin physique*⁴¹ », où l'on préconise de suivre ce qui est jugé « bon », c'est-à-dire c'est de se conformer aux manières d'agir et de penser relevant du registre biomédical dominant, sans que soit portée attention aux significations des comportements et à la diversité des expériences et conceptions dans le domaine de la santé et du soin. De ce point de vue, ces actions peuvent d'ailleurs être contre-productives, dans le sens où elles chercheraient à modifier (puisqu'elles y étant aveugles) des pratiques inscrites dans certaines logiques sociales ou constitutives d'identité sociale particulière. La question du non-recours des populations précaires soulève ainsi un ensemble de réflexions éthiques sur les limites que doivent se mettre – ou non – les acteurs du champ sanitaire et social qui tentent de pallier ce problème responsable d'inégalités de santé injustes. Faut-il tenter coûte que coûte de modifier les comportements de non-recours au nom de

³⁶ De manière générale, les actions de santé publique reposent sur le même objectif de normalisation des pratiques et comportements sociaux. BERLIVET L., « Une biopolitique de l'éducation pour la santé. La fabrique des campagnes de prévention », in FASSIN D., MEMMI D. (dir.), *Le gouvernement des corps*, Paris : Editions de l'EHESS, 2004.

³⁷ BOUSSAGUET L., JACQUOT S., RAVINET P. (dir.), *Dictionnaire des politiques publiques*, Paris : Presses de Sciences Po, 2004.

³⁸ AIACH P., DELANOË D. *L'ère de la médicalisation*, Paris : Economica, 1998.

³⁹ ADAM P., HERZLICH C., *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Paris : Nathan, 2003.

⁴⁰ Jean Peneff rappelle que le nombre de consultations a été multiplié par 20 en un demi-siècle. PENEFF J., *La France malade de ses médecins*, Paris : Les Empêcheurs de penser en rond, 2005.

⁴¹ FASSIN D., MEMMI D. (dir.), *op. cit.*, 2004.

valeurs comme l'assistance, la solidarité et la justice sociale ? Ces réflexions ne sont sur ce point pas propres au domaine de la santé, mais elles sont plus générales à la gestion du non-recours ou de la « non-demande », dès lors que s'opposent des intérêts contradictoires, des légitimités différentes. Les acteurs des dispositifs de type Samu sociaux, dont la démarche consiste à « aller vers » ceux qui n'expriment pas de demande, sont régulièrement confrontés à ces questionnements sur le bien-fondé de leurs interventions. Ainsi, comme le rappelle J. Furtos, « *les conflits de légitimité se posent comme la catégorie éthique de l'action*⁴² »

D'autre part, la légitimité est questionnée au regard de la norme de responsabilisation sous-jacente aux interventions destinées à réduire le non-recours. D'après T. Périlleux et J. Cultiaux⁴³, l'un des principaux changements normatifs observables dans nos sociétés contemporaines est celui de « *l'argumentaire de responsabilisation*⁴⁴ » qui s'est peu à peu étendu dans plusieurs champs, dont celui de la santé. Appuyés par des justifications relevant de « bénéfices individuels » et de « bien commun », cet argumentaire se distingue par trois formes de responsabilisation dont deux apparaissent dans les logiques d'intervention sur le non-recours. La responsabilisation peut, d'un côté, être orientée dans une visée de « capacitation » (ou « d'empowerment »). Les dispositifs d'accompagnement santé sont en partie développés selon ce référentiel, privilégiant une approche centrée sur la personne, attentive à sa singularité, de manière à développer leurs compétences dans le domaine de la prise en charge des besoins de santé. L'autre versant de la responsabilisation est celui de la « normalisation », déjà évoquée. Il s'agit plus particulièrement, dans un contexte où les droits des patients s'affirment progressivement, de rappeler les devoirs qui incombent également à ces derniers. Les comportements d'observance, de recours préventifs au système de santé, par exemple, deviennent des modalités à suivre afin de favoriser un état de santé personnel et d'adopter une attitude responsable quant à l'équilibre budgétaire du système de santé.

Quelle que soit la facette de la responsabilisation dont il est question dans les interventions sur le non-recours, il ressort pour chacun que c'est l'individu qui reste au centre des actions, puisque défini comme acteur de sa santé. De la même manière que l'accompagnement dans le champ social glisse vers une conception des problèmes sociaux comme une « *affaire d'individus* »⁴⁵, les différences observées de morbidité et de mortalité peuvent être renvoyées à la responsabilité individuelle, ici entendue au travers des comportements de recours ou non aux soins⁴⁶. Les politiques de prévention se sont d'ailleurs toujours basées sur ce modèle, en favorisant les campagnes d'information destinées à modifier en premier lieu les comportements. Outre le caractère stigmatisant (disqualifiant les individus qui adoptent des comportements jugés déviants et contraires aux normes dominantes), voire culpabilisateur, cette conception évite d'agir sur les causes structurelles des inégalités de santé.

⁴² FURTOS J., « Ethique de l'intervention, conflits de légitimité », *Rhizome*, novembre 2004, n°17.

⁴³ CULTIAUX J., PÉRILLEUX T., « Être responsable de sa santé ? Faces, accents et limites d'un argumentaire de responsabilisation des patients » in CANTELLI F., GENARD J.-L. (dir.), *Action publique et subjectivité*, Paris : LGDJ, 2007.

⁴⁴ Cette argumentaire repose plus précisément, selon ses auteurs, sur les principes suivants : « *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* ».

⁴⁵ MEGEVAND F., « L'accompagnement, nouveau paradigme de l'intervention publique » in BALLAIN R., GLASMAN D., RAYMOND R., *Entre protection et compassion. Des politiques publiques travaillées par la question sociale (1980-2005)*, Grenoble : PUG, 2005.

⁴⁶ Nous retrouvons là les premières analyses du phénomène général de non-recours qui avaient essentiellement mis en avant les causes comportementales. Cf. WARIN P., *op. cit.*, 2007.

POUR CONCLURE

Problématique récente, le non-recours en matière de santé se construit progressivement au gré de l'attention qui lui est portée par un ensemble d'acteurs divers (décideurs politiques, acteurs associatifs, chercheurs). Son inscription dans le débat a été facilitée par certaines prédispositions, notamment par l'existence de variables médicales s'en approchant. Ces dernières forment le socle de ce phénomène. En effet, c'est à partir d'elles que le non-recours se définit et est appréhendé dans une démarche d'explication des inégalités sociales de santé. Ce qui fait « problème » et est perçu comme tel, c'est que le non-recours se constate davantage chez les populations qualifiées de précaires ou de pauvres, c'est-à-dire celles qui ont le plus de besoins au regard des « risques » sanitaires en jeu. Le non-recours actualise la question de l'accès aux soins et de ses difficultés, l'étendant au passage à tout ce qui relève de l'utilisation de ces soins et des droits sociaux relatifs à la santé. Plus généralement, il se construit en quelque sorte comme aspect emblématique des limites du système de santé et du système de protection sociale français dont les caractéristiques d'universalité ont trop souvent masquées les exclusions internes. Il s'agit de rendre visibles ces « oubliés de la santé⁴⁷ », celles et ceux qui ne bénéficient ni d'un des systèmes de santé les plus « performants » au monde selon l'Organisation Mondiale de la Santé, ni des progrès médicaux croissants.

Une pluralité d'enjeux fonde ainsi, pour ceux qui les mettent en œuvre, la légitimité des dispositifs et autres interventions publiques aux objectifs spécifiquement ou non tournés vers la réduction des situations de non-recours dans le champ de la santé. Toutefois, c'est cette légitimité que nous avons tenté de questionner au cours de notre contribution, en mettant en regard le sens que pouvaient donner au non-recours les personnes concernées, d'un côté comme de l'autre. Là-dessus, cela dépend de l'endroit où nous portons le regard. En effet, les obstacles à l'accès aux soins, quelle que soit leur nature (économique, géographique, symbolique, etc.), apparaissent justifiés d'être levés, en ce qu'ils sont majoritairement subis et qu'ils impliquent des conséquences telles que la défiance envers le système de santé. Mais si nous déplaçons notre regard vers l'utilisation du système de santé, les variables utilisées pour préciser le phénomène de non-recours laissent apparaître leur caractère particulièrement normatif. Prendre en charge le non-recours revient alors à vouloir influencer sur les comportements jugés néfastes pour la santé – et encourager ceux jugés bénéfiques – sans que soit pris en compte le sens de ces derniers. Or, l'enquête empirique a démontré l'écart subsistant entre les normes véhiculées dans la construction du problème du non-recours et dans les dispositifs d'intervention en dépendants, d'une part, et les normes mobilisées par les populations désignées comme prioritaires de ces dispositifs, d'autre part.

En filigrane, considérer la légitimité des interventions publiques au regard des normes sur lesquelles elles s'appuient amène à se questionner sur leur efficacité, sur leur caractère performatif.

⁴⁷ RINCE M.L., « Oubliés de la santé. Quand la santé est l'une des choses les moins partagées » in BEAUD S., CONFAVREUX J., LINDGAARD J. (dir.), *La France invisible*, Paris : La Découverte, 2006.