



Antoine Rode

Master « Politiques publiques et changement social »
Spécialité « Ville, Territoire et Solidarités »
Deuxième année

**LE NON RECOURS AUX SOINS DE SANTE
CHEZ LES POPULATIONS PRECAIRES**

*Une approche exploratoire et compréhensive
de ses déterminants médicaux et sociaux*

Mémoire réalisé sous la direction de **Philippe Warin**

Année 2004-2005 – Session de septembre

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier mon directeur de mémoire, Philippe Warin, pour sa disponibilité à tous moments, son suivi, ses conseils et autres appuis nécessaires à ce travail.

Je remercie également Jean-Jacques Moulin, du CETAF, d'avoir accepté de participer au jury et apporter ainsi un regard extérieur – et donc formateur – à ce mémoire.

Ce travail étant la continuité de mon stage, je réitère mes remerciements vis-à-vis de celles et ceux qui y ont pris part, que ce soit du côté de l'AGECSA (particulièrement Dominique Lagabrielle et Marie-Laure Chantalou, ainsi que le « groupe précarité » et les secrétaires médicales) ou d'ODENORE (dont Catherine Chauveaud).

Je n'oublie pas non plus toutes les personnes qui ont accepté de m'accorder du temps et de répondre à mes questions au cours des entretiens. L'occasion de tant de rencontres nouvelles, aussi éphémères soient-elles, qui forgent ma motivation d'année en année.

Enfin, mes remerciements vont à mes proches, familles et amis, pour leurs aides diverses, soutiens et encouragements ô combien indispensables.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	p. 6
I. LE NON RECOURS SAISI A PARTIR DES CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES	p. 21
1 - LE GENRE	p. 21
2 - L'AGE	p. 24
3 - LA NATIONALITE	p. 26
4 - LE NIVEAU D'EDUCATION	p. 29
5 - LE REVENU	p. 32
6 - L'ACTIVITE PROFESSIONNELLE	p. 34
7 - LA COUVERTURE MALADIE	p. 36
8 - LA SITUATION FAMILIALE	p. 38
9 - LE LOGEMENT ET SON ENVIRONNEMENT SOCIAL	p. 39
10 - LE TYPE DE MALADIE	p. 43
II. LA MALADIE, UNE EXPERIENCE PERTURBATRICE A PLUSIEURS NIVEAUX	p. 45
1 - AU SUJET DES DIFFERENTS RAPPORTS A LA MALADIE	p. 46
2 - DU COTE DES EXPERIENCES PASSES...	p. 50
<i>a - Les conséquences d'expériences négatives dans la relation aux institutions</i>	p. 51
<i>b - Traumatisme et scepticisme à l'égard des traitements</i>	p. 54
3 - ... ET DES EXPERIENCES PRESENTES	p. 56
<i>a - Des formes de lassitude et de rejet des traitements dues à l'incertitude et aux contraintes de la maladie chronique</i>	p. 57
<i>b - La survenue de la maladie chronique dans la vie de la personne : entre adaptation et perturbation</i>	p. 59
<i>c - Etre « malade » et être désigné comme « malade » : une image de soi dépréciée</i>	p. 62
III. L' EXPERIENCE DE LA PRECARITE, UN ANGLE D'ANALYSE DU NON RECOURS AUX SOINS DE SANTE	p. 66
1 - PRECARITE ET RAPPORT A LA SANTE	p. 66
<i>a - La santé, une priorité ?</i>	p. 67
<i>b - Un besoin de santé minimisé par les personnes</i>	p. 71
2 - DES RELATIONS ESSENTIELLES, MAIS PROBLEMATIQUES, AVEC LES SERVICES DE SANTE	p. 76
<i>a - Le rapport aux institutions : du non recours institutionnel au non recours volontaire</i>	p. 77
<i>b - Appréhension puis méfiance dans le face-à-face avec le médecin</i>	p. 82
3 - LE TEMPS DE LA PRECARITE, MARQUE D'INCERTITUDE ET DE QUOTIDIENNETE	p. 85
CONCLUSION	p. 89
BIBLIOGRAPHIE	p. 93
ANNEXES	p. 96

INTRODUCTION

L'accès aux soins constitue l'un des axes des politiques publiques dès lors que la problématique santé-précarité est abordée. Pour ne prendre qu'un seul exemple, le plus significatif d'ailleurs, la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions de juillet 1998, comporte un chapitre explicite dédié à l'accès aux soins. Dans celui-ci, l'article 67 précise que « *l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies constitue un objectif prioritaire de la politique de santé* », et que « *les programmes de santé publique mis en oeuvre par l'Etat ainsi que par les collectivités territoriales et les organismes d'assurance maladie prennent en compte les difficultés spécifiques des personnes les plus démunies* »¹.

Un cadre législatif demeure donc en matière d'accès aux soins pour les personnes en situation de précarité, l'intégrant depuis peu au sein des droits fondamentaux ; cadre qui s'appuie par ailleurs sur des dispositifs, telles les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS)² instituées en continuité avec la loi citée précédemment et la circulaire de la direction des hôpitaux du 17/12/1998.

Quelles que soient les avancées effectives, la situation de celles et ceux qui se trouvent en quelque sorte en marge de ce droit, puisque ne le faisant pas valoir, commence à être évoquée. Autrement dit, ce constat, simple mais trop longtemps ignoré, est peu à peu pris en considération : l'existence des droits ne s'accompagne pas automatiquement de leur mise en œuvre. Et c'est précisément dans cette lignée que ce travail s'inscrit, en proposant une analyse des facteurs de non recours aux soins de santé.

¹ Loi n°98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions. Parue dans le J.O. n°375 du 31 juillet 1998.

² Les PASS découlent des Programmes d'Accès Régionaux à la Prévention et aux Soins (PRAPS). Ce sont, au sein des hôpitaux de l'AP-HP, des cellules de prise en charge constituées de professionnels du secteur médical et du secteur social. Les bénéficiaires sont des personnes définies et repérées comme « démunies » (des personnes sans couverture sociale ou médicale, ayant des difficultés financières, des SDF, des étrangers en situation irrégulière...). L'objectif est de leur faciliter l'accès au système de soins dans son ensemble, qu'il s'agisse du réseau institutionnel ou associatif.

Un travail au centre de deux thématiques émergentes

Ce mémoire se trouve donc au carrefour de deux thèmes : le non recours en général et son application dans le champ de la santé en particulier. Apportons dès maintenant les précisions essentielles pour la suite.

Le phénomène dénommé « non recours » n'évoque pas d'emblée une notion courante, à la définition partagée, tant il n'est pas familier en France. Son origine est à rechercher particulièrement du côté des travaux anglo-saxons (« non take up ») ou néerlandais (« niet-gebruik »), étant donnée notamment l'importance du principe de mise sous conditions de ressources des politiques sociales – dont on sait par ailleurs ses conséquences sur le non recours – dans les pays concernés. Le concept a été peu à peu introduit en France, avec les problèmes de traduction que cela pose³, certes dès le milieu des années 1970⁴ mais surtout vingt ans plus tard avec les travaux de la CNAF⁵. Depuis, la question prend place autant dans des recherches scientifiques, à l'image de la démarche d'ODENORE (l'Observatoire des non recours aux droits et services), dans des dispositifs (les équipes des Samu sociaux sont constamment confrontées au non recours, au niveau des droits sociaux, de l'hébergement, des soins de santé...), que dans des aspects institutionnels (la récente Loi relative organique aux lois de finance inclut un indicateur de « taux de non recours aux prestations sociales » dans l'objectif 1 du programme « Politiques pour l'inclusion sociale »). Le mémoire s'inscrit ainsi dans une période témoignant d'une reconnaissance institutionnelle et scientifique du phénomène de non recours.

Dans son acception générale, le non recours « *concerne des individus ou des ménages qui ne s'adressent pas aux services pour satisfaire leur droits. De ce fait, ils ne perçoivent pas les prestations ou les aides, ni n'accèdent aux dispositifs auxquels ils peuvent prétendre* »⁶. Deux éléments nous semblent importants à introduire pour compléter cette définition.

D'une part, le phénomène du non recours n'est pas une réalité homogène puisqu'il recouvre une diversité de situations. Il varie par exemple sur un critère temporel ; c'est le cas

³ Le non recours est ainsi la « *moins mauvaise solution* » des traductions possibles, rendant compte du phénomène mais favorisant toujours une analyse des déterminants du côté de l'individu. MATH A, « *Non-take-up, niet-gebruik ou non recours ? Le problème de la traduction des termes de protection sociale* », *Recherches et Prévisions*, 1996, n°43.

⁴ Le terme « non recours » est apparu dans un texte de 1976 : CATRICE-LOREY A, « *Inégalités d'accès aux systèmes de protection sociale et pauvreté culturelle* », *Revue française des affaires sociales*, octobre/novembre 1976, n°4, pp.127-137.

⁵ Se reporter au numéro 43 (1996) de la revue du bureau de recherche de la CNAF (Recherches et prévisions), portant uniquement sur ce thème et participant de beaucoup à son émergence.

⁶ Les définitions qui suivent, ainsi que d'autres, sont disponibles sur le site d'ODENORE : <http://odenore.msh-alpes.prd.fr>

du non recours permanent (ne pas demander une prestation entre le moment où la personne est éligible et le moment où elle ne l'est plus), du non recours temporaire (demander une prestation après un certain délai) ou encore du non recours frictionnel (dû au laps de temps nécessaire à la procédure de demande de prestation). Il varie aussi selon son ampleur, que ce soit un non recours complet (ne rien demander), partiel (ne percevoir qu'une partie) ou, entre autres, cumulatif (être éligible à plusieurs prestations et ne pas en percevoir).

D'autre part, ces différents types de non recours nous éclairent sur le deuxième point à introduire pour saisir le non recours dans son ensemble. Ce phénomène est souvent envisagé avec une grille de lecture des explications du côté des individus. Néanmoins, si le non recours volontaire est un indicateur en soi (lorsque la personne fait le choix de ne pas demander une prestation suite à un calcul de type coût/avantage), d'autres raisons, extérieures à l'individu, sont à rechercher. C'est ainsi que les causes du non recours sont envisageables sur trois niveaux : à partir de la personne, à partir de l'organisme prestataire et à partir du dispositif lui-même. Il resterait à affiner pour savoir si ces niveaux se combinent ou s'ils sont présents de manière exclusive.

Cette dernière remarque montre en quoi le non recours, à travers l'analyse des obstacles à l'accès aux droits, questionne autant les comportements des individus, leur rapport à l'offre publique, que l'inefficacité et l'ineffectivité des politiques et dispositifs mis en place.

Phénomène complexe, multiforme, large, le non recours semble difficilement saisissable par une analyse tentant de cerner l'ensemble des domaines dans lesquels une personne est potentiellement concernée. Nous pouvons postuler *a priori* que chacun de ces domaines implique des déterminants spécifiques, au côté certainement d'autres plus transversaux dans les cas de non recours cumulatifs. Etre en non recours en matière d'éducation, de justice, de santé, etc., induit des raisons diversifiées qui ne sont pas nécessairement sur le même plan. Dès lors, il se révèle primordial de sélectionner et de centrer l'analyse sur un champ spécifique.

Celui retenu est la santé, et ce pour plusieurs raisons. L'intérêt fécond que représente la santé en est une. En effet, à travers elle, de nombreuses thématiques entrent en jeu (logement, conditions de travail, revenu, rapport à soi...). C'est par ce biais qu'il m'a été permis de croiser ce thème sur différents travaux antérieurs (l'urgence sociale notamment) et de vouloir davantage en creuser ses aspects. De plus, le champ de la santé apparaît un bon axe pour l'étude du non recours puisque des indicateurs existent, relayant une préoccupation des médecins à ce sujet. Des données sont disponibles plus ou moins aisément : respect du

calendrier vaccinal, assiduité au programme de dépistage des cancers, réalisation des examens complémentaires, observance thérapeutique, etc. Dernière raison à mentionner, le non recours aux soins de santé était l'objet d'un stage de six mois cette année, dans le cadre du master. Il s'est déroulé au sein de deux structures basées sur Grenoble, l'ODENORE et l'AGECSA (Association de gestion des centres de santé). La mission du stage consistait en une analyse des déterminants du retard et du renoncement aux soins chez les patients précaires, et ce à partir d'entretiens auprès de ces personnes.

Le mémoire s'arrête de la sorte au non recours appliqué au champ de la santé. Si nous avons aperçu quelques éléments autour du non recours en général, comment ce phénomène prend-il forme en matière de santé ? Deux axes semblent revêtir une importance particulière, au regard de la littérature relative à ce sujet.

Le premier renvoie directement à la question des droits sociaux et plus précisément à celle des droits à l'assurance maladie. Etre en non recours consiste alors à voir ses droits effectifs à la couverture maladie de base non ouverts. Cet élément semble de fait le plus facilement identifiable même si, ce qu'a démontré le terrain d'enquête, les personnes ne sont pas toujours en situation de renseigner précisément sur leurs droits.

Le second axe concerne directement les services de santé. Plusieurs champs sont intégrés dans le non recours associé à ces derniers. A commencer par le retard aux soins. Dans la définition adoptée par les centres de santé de Grenoble et utilisée pour l'enquête du stage, il intervient lorsqu'il y a une rupture de traitement et/ou lors d'une consultation trop tardive du médecin pour une pathologie surajoutée. En cela, il rejoint en partie une des définitions américaines de l'accès aux soins comme « *utilisation en temps utile des services de santé par les individus afin d'atteindre le meilleur résultat en termes de santé* »⁷. Comme autre champ, le renoncement aux soins se définit, lui, par le renoncement au traitement, à un examen complémentaire et/ou à la consultation d'un spécialiste dès lors que tout cela est prescrit ou conseillé par le médecin généraliste. La phase initiale de l'enquête de terrain nous permet d'ajouter une autre forme de renoncement, celle des rendez-vous non honorés, c'est-à-dire l'absentéisme à une consultation quelque soit son motif.

Ce second axe amène plusieurs remarques. Tout d'abord, en incluant les « pathologies surajoutées », les « examens complémentaires », il devient nécessaire de nuancer le non recours aux services de santé en fonction du type de soin. Les études sur ce thème s'attachent

⁷ 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.

ainsi au non recours concernant les soins curatifs/préventifs, généralistes/spécialistes (notamment dentaires, ophtalmologiques et gynécologiques), etc. Ensuite, cet axe prend en compte la question du suivi du traitement médicamenteux. Cela rejoint des observations classiques en médecine en terme d'« observance thérapeutique ». A ce titre, le non recours sort des seuls cadres de l'accès effectif à une structure et de la consultation ; il justifie une investigation s'intéressant à la personne dans d'autres situations, dans l'ensemble de ses inscriptions sociales (et qui ne s'intéresse pas qu'au seul « patient »). Enfin, le non recours aux soins de santé apparaît ici comme étant l'observation du médecin d'une différence entre ce qu'il demande au patient, entre un besoin « objectif » (de soin, dans un temps déterminé...), et ce qui est réalisé par ce patient, son recours. En ce sens, il donne davantage la mesure de « *l'écart à la norme comportementale idéale* »⁸ dont M. Collet parle à juste titre.

Ainsi, le non recours en matière de santé – que nous désignerons plus largement de « non recours aux soins » – s'intéresse autant aux obstacles d'accès aux droits, à ceux de l'accès aux services de santé, qu'aux modes de recours à ces services par les patients. De ce fait, l'ensemble des déterminants peuvent être envisageables et il devient possible d'analyser les formes de non recours partiels, temporaires, totaux... avant, pendant et après l'acte de consultation.

Une dimension sociale centrale

La présentation qui vient d'être faite autour des thèmes du non recours laisse une question en suspens, en filigrane mais incontournable. Quelles sont les personnes qui se trouvent le plus souvent dans cette situation ? De prime abord, il semble que tout le monde est concerné. En effet, le recours à chacun de ses droits paraît être moins la norme que l'exception, et ce d'autant plus au regard des différentes formes de non recours. Celles partielles, frictionnelles... sont fréquentes ; pensons par exemple au formulaire des allocations familiales.

En rester là évincerait de nombreuses nuances, à en voir les principaux apports des études sur le non recours. Certaines prédispositions exposent plus ou moins les personnes à cette situation. Parmi celles-ci, la situation sociale semble être la plus influente. De fait, les

⁸ COLLET M., « Dynamiques de précarisation, modes d'adaptation identitaire et interactions avec les logiques de santé », cf. CREDES, mémoire de DEA de sociologie, sept. 2001.

personnes les plus exposées sont celles vivant dans la pauvreté et la précarité. Nombreux champs d'analyse du non recours viennent renforcer ce lien. Le domaine de la santé n'en est pas exempt, comme l'ont démontré des études nationales depuis les années 1990⁹. Pour ce qui est du terrain d'enquête de ce mémoire, les centres de santé, il a été établi que les patients précaires par les revenus, les conditions de vie et la santé, sont quatre à cinq fois plus concernés par le retard et le renoncement aux soins que les autres patients¹⁰. Ainsi, de la même manière que sur la morbidité – où les personnes précaires ne se démarquent pas par des pathologies spécifiques mais par une surreprésentation de certaines – le non recours n'est pas l'apanage des seules catégories sociales modestes ; pour reprendre un constat de P. Aiach et D. Cèbe, « *tout se passe comme si, à chaque fois qu'un facteur défavorable se manifeste, l'effet négatif était multiplié pour ceux qui sont dans une situation sociale la plus « mauvaise », c'est-à-dire ceux qui sont déjà exposés à l'un de ces facteurs de risques. Et inversement, à chaque fois qu'un facteur favorable intervient, l'effet positif semble plus fort pour les privilégiés* »¹¹.

Le mémoire s'inscrit ainsi dans une perspective en terme d'« inégalités sociales de santé », le non recours étant considéré comme un de leurs facteurs d'aggravation. Si la simple expression d'« inégalités de santé » est plus souvent employée, nous préférons ici celle ajoutant l'adjectif « sociales » en son sein. Nous nous inscrivons directement dans la lignée d'un ouvrage du même titre¹², réalisé par une équipe de l'INSERM, dont l'un des objectifs est de contrecarrer l'idée rousseauiste qui veut que les inégalités physiques soient avant tout naturelles, biologiques, et donc admises comme étant dans la logique des choses. Nous essaierons alors de mettre en avant en quoi les inégalités de santé sont déterminées par des inégalités sociales, d'où l'emploi du terme d'« inégalités sociales de santé » qui permet de garder en tête cette dimension.

Or, de manière analogique au non recours, cette question, en France, a été abordée dans les politiques publiques et dans la recherche avec du retard par rapport à des pays voisins tels la Grande-Bretagne ou encore les Pays-Bas. Ce n'est que depuis la moitié des années 1990

⁹ Pensons par exemple à l'enquête annuelle de l'IRDES (ex-CREDES) intitulée « Santé, soins et protection sociale ».

¹⁰ CHANTALOU M.L., LAGABRIELLE D., CASSARO V., (AGECSA : Centres de santé de Grenoble), « Accès aux soins, prise en charge et accompagnement de personnes en situation de précarité et d'insertion », bilan 2003.

¹¹ P. Aiach et D. Cèbe, cités dans BIHR A., PFEFFERKORN R., *Déchiffrer les inégalités*, Paris : La Découverte, 1999 (1^{ère} éd. : 1995).

¹² LECLERC A., FASSIN D., GRANDJEAN H., KAMINSKI M., LANG T. (éd.), *Les inégalités sociales de santé*, La Découverte, Paris, 2000.

qu'elle a été mise à l'ordre du jour – sans pour autant que cela signifie que les inégalités apparaissent seulement à cette époque, bien au contraire – notamment suite aux évolutions du fonctionnement du système de santé (développement de l'observation, problème de financement de la branche maladie de la Sécurité Sociale...) ¹³. De nombreuses contributions ont vu le jour depuis, laissant cependant de larges pans de recherche libres. L'analyse du non recours des populations précaires en matière de santé est l'un de ceux-là.

Problématique

Les cadres généraux de ce travail étant posés, sur quels aspects allons-nous nous centrer tout au long de ce mémoire ? Le cœur de ce travail est l'analyse des déterminants du non recours, dans chacune de ses formes, et ce chez les patients précaires. Quels sont les facteurs explicatifs de ce phénomène dans un domaine – la santé – qui est souvent perçu comme se basant sur des aspects scientifiques fondés et établis, sur des notions de danger, censés s'appliquer à tous et partagés par tous ? L'objectivité serait donc la norme, déterminant un recours égal en cas de besoin égal. Néanmoins, les sciences sociales amènent à interroger ce point de vue, tant les modes de recours médicaux face à un même état biologique affichent une diversité.

Le questionnement de ce mémoire suit un axe autour de la dialectique santé-précarité. Cette dernière fait l'objet de discussions récurrentes, s'attachant à connaître lequel de ces deux éléments a le plus d'influence sur l'autre, celui qui a l'impact initial, etc. Nous ne rentrerons pas dans le débat. Basons nous pour cela sur une enquête du CREDES, destinée en partie à cerner les personnes pouvant être considérées comme socialement précaires et/ou médicalement vulnérables, qui établit que « *les personnes en situation de précarité sociale sont deux fois plus vulnérables médicalement que les autres ; les personnes médicalement vulnérables sont deux fois plus souvent en situation de précarité sociale que les autres* » ¹⁴.

Il s'agira davantage de voir ce qui, séparément et conjointement, dans l'expérience de la précarité et de la santé (plus précisément la maladie), peut être explicatif du non recours.

¹³ BERTHOD-WUMSER M., « Programmes de recherche et débat public sur les inégalités de santé : la France est-elle en retrait ? » in LECLERC A., FASSIN D., GRANDJEAN H., KAMINSKI M., LANG T. (éd.), *op. cit.*, 2000.

¹⁴ LECOMTE T., MIZRAHI A., MIZRAHI A., « Précarité sociale : cumul des risques sociaux et médicaux », *Solidarité Santé*, avril - juin 1997, n°2.

L'hypothèse est que ces deux types d'expériences impliquent de multiples influences, aux conséquences éventuelles sur le recours aux soins et aux droits. Du côté de la santé, nous pouvons penser que l'expérience d'une maladie oriente, modifie, déplace, le regard de la personne qui en est porteuse sur les institutions médicales, sur la médecine en général ou encore sur soi mais aussi sur les autres. Plus que le regard, la maladie « *désorganise les rapports et ajustements d'une personne à la société et plus précisément dans ses insertions immédiates* »¹⁵. Cela le serait d'autant plus que lorsque les personnes présentent une maladie chronique, impliquant certainement l'intégration de la problématique de la santé dans une large part de leur vie quotidienne, dans leurs perspectives futures. Il demeure donc difficile de ne pas poser l'hypothèse que de tels changements potentiels sont sans implication sur le non recours.

Du côté de la précarité, la littérature en sciences sociales sur le sujet amène à être vigilant sur les réalités qui lui sont sous-jacentes. Loin des clichés misérabilistes et populistes, l'analyse demande à rendre compte de ces réalités et de leur lien éventuel avec notre questionnement. L'idée ici est de replacer la thématique de la santé dans la dimension sociale des personnes, leur vécu en général. Plutôt que de traiter de la personne en tant que « patient », centrant la réflexion sur le cadre médical, il s'agit de la prendre en considération en tant que personne en soi, qui dispose d'une identité ne se résumant pas au seul rôle de malade et qui vit des choses en dehors de son expérience de santé. Derrière, nous nous demandons si certaines expériences de la précarité – celles par exemple liées à la situation professionnelle, familiale, financière – déterminent des éléments centraux autour du recours aux soins et aux droits. La perception de son corps, la relation aux médecins ou aux professionnels de différentes institutions (travailleurs sociaux...) garants des droits, les conséquences psychosociales de la précarité, sont quelques uns des aspects du vécu de la personne, *a priori* indépendants de sa maladie, qui nous semblent particulièrement importants.

Cadre théorique

La principale entrée théorique de ce travail se base sur une approche sociologique particulière, celle de la sociologie compréhensive. Il s'agit, selon le principal initiateur de cette démarche, M. Weber, « *de comprendre par interprétation l'activité sociale et par là*

¹⁵ BASZANGER I., « Les maladies chroniques et leur ordre négocié », *Revue Française de Sociologie*, 1986, n°27, p.6.

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 »¹⁶.

Partant de cela, le non recours sera donc envisagé avant tout à partir du sens subjectif que donnent les personnes à leur activité sociale (ici, la maladie et la situation de précarité). Une large place est laissée aux significations, aux représentations et aux points de vue, c'est-à-dire, selon une formule courante, à « ce que les gens disent qu'ils font », plutôt qu'aux pratiques et situations réelles. Cela se base sur le principe que toute action humaine est porteuse de signification et que, en même temps, chacun est en capacité de savoir ce qu'il fait, en possédant en quelque sorte une intelligence du monde. A ce titre, nous pouvons faire référence aux travaux de C. Geertz sur la « *description dense* »¹⁷ ; l'action humaine étant nécessairement le lien entre des gestes (mouvements corporels...) et du sens (des intentions, des représentations...), le sociologue doit procéder à une « description dense » intégrant cette dualité, en questionnant les acteurs sur leurs actions et leurs significations. Il peut alors être amené à investiguer leur passé en fonction de la manière avec laquelle ils développent leur récit (en insistant sur les ruptures, le cumul d'évènements...).

Enfin, notons que la sociologie compréhensive, en se centrant sur la personne, ne doit pas oublier de recontextualiser le point de vue comme le rappelle A. Leclerc et J.-F. Chastang. Il ne s'agit pas de « *remplacer l'objectivation par la subjectivation mais d'élargir le point de vue objectivant en y intégrant un point de vue subjectivant* »¹⁸. Les variables sociodémographiques, amenées à situer la position sociale de la personne, sont ainsi un complément au sens que cette dernière donne de sa position.

L'analyse du non recours aux soins est ainsi orientée par cette approche compréhensive. Les travaux proches de ce cadre théorique seront mobilisés, à l'image de ceux de M. Collet, G. Menahem, I. Parizot ou encore S. Paugam.

¹⁶ WEBER M., *Economie et société*, in VAN METER K. (dir.), *La sociologie*, Paris : Larousse, 1997, p. 336.

¹⁷ GEERTZ C., « La description dense. Vers une théorie interprétative de la culture » in CEFAI D., *L'enquête de terrain*, Paris : la Découverte, 2003.

¹⁸ CHASTANG J.-F., LECLERC A., « Quantifier les inégalités » in LECLERC A., FASSIN D., GRANDJEAN H., KAMINSKI M., LANG T. (éd.), *op. cit.*, 2000.

Du théorique à l'empirique

Dans la lignée de ces entrées théoriques, le matériau principal du mémoire est celui d'entretiens sociologiques, de type compréhensif. Rappelons qu'ils ont donc pour objectif de saisir la manière dont les personnes interrogées perçoivent les situations et pratiques dont elles sont actrices.

Les entretiens utilisés sont issus de l'enquête effectuée pendant le stage. Elle se déroulait dans le contexte des centres de santé de Grenoble, qui sont des structures de santé (au nombre actuel de cinq), initiées en 1973 par le secteur mutualiste (la Fédération Mutualiste de l'Isère), le planning familial, un parti politique (le PSU) puis par la Mairie de Grenoble. Leur première spécificité est qu'elles se sont implantées volontairement dans des quartiers dits en difficultés (les Géants, la Villeneuve, Mistral, Vieux Temple et l'Abbaye), ayant comme points communs une proportion de personnes défavorisées supérieure au reste de la ville¹⁹ et, à l'époque ou encore maintenant dans certains quartiers, un faible nombre de professionnels y exerçant. A noter que cela n'empêche pas une certaine diversité des centres, tant du point de vue de leur histoire, des équipements disponibles, des professionnels du soin représentés (kinés, orthophonistes...), que des « profils » sociologiques du quartier.

Les centres de santé s'inscrivent de la sorte dans une logique de médecine de proximité, destinée de surcroît à favoriser l'accès aux soins de tous. Outre la dimension géographique, cette volonté passe par une accessibilité financière, à travers la pratique du tiers-payant notamment, des consultations gratuites (environ 80 annuelles), mais aussi d'autres pratiques « informelles » permettant à certaines personnes d'obtenir des délais de paiement de leur consultation. De plus, le souci de proximité passe, dans les centres de santé, par la volonté d'adapter au mieux les soins à l'environnement dans lequel ils sont prodigués. Une pratique professionnelle particulière est élaborée, passant par l'accueil d'un secrétariat médical s'orientant progressivement vers l'écoute et l'accompagnement social, des consultations adaptées aux problématiques socio-sanitaires de la personne (prise en charge globale, consultation longue...), les actions de prévention et d'éducation sanitaire, le travail en équipe pluridisciplinaire ou encore le travail en réseau avec des partenaires du champ médico-social.

¹⁹ Une étude du « groupe précarité » des centres de santé rappelle ainsi que, selon quatre critères de l'INSEE (travail, composition des ménages, logement et voiture), les indices de précarité sont 1,5 à 2 fois plus élevés dans les quartiers où sont implantés les centres de santé que dans Grenoble. Comme autre indicateur, 21,6% de leurs patients bénéficient de la CMU, contre 10% de la population générale de Grenoble. CHANTALOU M.L., LAGABRIELLE D., CASSARO V., (AGECSA : Centres de santé de Grenoble), *op. cit.* 2003.

Plus de 20 000 patients sont ainsi accueillis chaque année ; patients qui, même si le public majoritaire et ciblé est celui des populations en situation de précarité, ont un profil diversifié. En effet, aspect important à noter, les centres de santé se différencient des centres de santé gratuits, en se positionnant pour un accès aux soins de tous à des structures de droit commun. Le mémoire se distingue de ce fait de nombreuses enquêtes sur le (non) recours aux soins des personnes défavorisées, dont le terrain est bien souvent les centres gratuits de type Médecins du Monde. Le profil des personnes interrogées n'est alors *a priori* pas le même, sous-représentant par exemple des problématiques spécifiques comme les SDF²⁰ ou les demandeurs d'asile dans les centres de santé.

Qu'en est-il du profil des patients interrogés ? A voir l'annexe 2 qui fournit quelques données disparates sur les personnes rencontrées, les vingt-quatre entretiens formant le matériau de ce mémoire font de prime abord ressortir une variété de profil quant au sexe, à l'âge, la situation familiale et le temps de présence dans le quartier. Seuls les éléments concernant l'éducation, l'activité professionnelle et le revenu présentent des constantes. Cela n'est pas en soi étonnant au vu de la méthode d'échantillonnage de l'enquête. En effet, le stage portait sur l'analyse des déterminants du retard et du renoncement aux soins parmi les patients définis comme « précaires + » par les centres de santé depuis la constitution, par le « groupe précarité » et pour des études internes, d'une file active de 383 patients. Le point commun de ces personnes est de cumuler trois critères de vulnérabilité : financier (bénéficiaire des minima sociaux, type de couverture complémentaire...), socio-familial (logement, problème de vie de famille, de justice...) et médical (pathologie psycho comportementale, somatique...)²¹. Il est fondamental de garder la composition de cet échantillon à l'esprit afin de, si nécessaire, nuancer quelques éléments (éviter par exemple de surinterpréter la récurrence d'un profil). Néanmoins, nous tenterons au cours de ce mémoire de réinterroger ces données, présentées comme acquises lors de l'enquête du stage, mais pour autant fondamentales si l'on veut élargir l'analyse.

Voyons à présent comment se sont déroulés les entretiens. Plutôt que d'en montrer les éléments positifs, il est intéressant de revenir sur ce qui a posé problème au niveau

²⁰ Même si, à présent, il est possible de nuancer la « spécificité » de ce profil, notamment au regard de la situation professionnelle. De nombreux SDF sont à rapprocher du profil des « salariés pauvres », exerçant une activité professionnelle insuffisante pour se loger dans les grandes agglomérations.

²¹ Le détail de ces critères est disponible en annexe 1.

méthodologique et les conditions pouvant éventuellement les pallier. Plusieurs points ont été dégagés.

En premier lieu, le terrain a été l'occasion de se confronter aux difficultés des entretiens compréhensifs, en général, et de ceux avec des personnes précaires, en particulier. Les entretiens à finalité compréhensive, se basant essentiellement sur le discours des enquêtés, sont souvent critiqués. La validité de ce qui est échangé est questionnée au regard des risques d'effets d'enquête (parler de soi face à une personne anonyme, stratégie consciente ou non de présentation de soi valorisant certains côtés par rapport à d'autres...). Cela est visiblement arrivé une fois avec un patient toxicomane au sujet du mode d'acquisition de ses traitements de substitution. Discuter au sortir de l'entretien avec le médecin habituel de ce patient a permis de nuancer certaines des affirmations entendues.

Le fait que ces entretiens aient eu lieu avec des personnes précaires ajoute aux difficultés. Parmi ces dernières, il demeure celle, proche du populisme, qui découle du relativisme culturel et qui consiste en une « *logique de rattrapage et de surenchère* »²² de la culture des catégories populaires (dont l'exemple pertinent est la formule « les gens du peuple valent mieux que nous »), et du misérabilisme issu, lui, de la théorie de la légitimité culturelle et qui amène à se référer à l'ordre culturel dominant, légitime, en déniait ce qui n'y appartient pas (lorsque les différences avec la culture dominante sont perçues comme des manques notamment). L'écart entre la situation sociale de l'enquêteur et celle de l'enquêté expliquerait en grande partie ces écueils. Y être vigilant tout au long de l'enquête, savoir repérer les représentations dont nous sommes porteurs et qui induisent nécessairement un biais du regard, éviter autant que possible de marquer une distance sociale avec la personne interrogée, etc., sont quelques moyens de réduire ces risques. Il n'en demeure pas moins que la situation d'enquête existe, et doit exister. Au début du terrain, il semblait intéressant d'essayer de réduire au maximum cette situation (en n'enregistrant pas, en n'ayant pas de grille d'entretien visible, en cherchant à ne pas être dans un lieu aux dispositions trop rigides enquêteur/enquêté...). Néanmoins, cela s'avérait parfois contre-productif, plaçant les personnes dans une situation qu'ils n'identifiaient pas, la confondant par exemple avec une consultation. Suite à ce constat, il a été choisi de préférer assumer une réelle situation d'enquête, avec des objets la concrétisant, dans un lieu défini, chacun ayant un rôle précis.

En second lieu, les entretiens ont soulevé la difficulté du sujet abordé. D'une part, parler de la santé implique en partie de dévoiler plus ou moins son intimité, non pas uniquement

²² GRIGNON C., PASSERON J.-C., *Le savant et le populaire. Misérabilisme et populisme en sociologie et en littérature*, Paris : Seuil, 1989.

physique mais aussi de tout ce que la personne juge déterminant dans l'explication des troubles de santé (situation familiale, logement...)... et qu'on ne partage pas nécessairement avec autrui. Le médecin a un statut privilégié à ce niveau, étant légitime à entrer dans cette intimité, contrairement à celui d'un observateur extérieur (cela expliquait pourquoi des enquêtés justifiaient leur refus de poursuivre l'entretien dans un champ qu'ils disaient du seul ressort du médecin). Ainsi, c'est la confiance qui paraît être essentielle à ce niveau, comme le souligne à juste titre S. Fainzang : 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* »²³. Un protocole d'enquête doit intégrer cette donnée, or des entretiens de courte durée, uniques, ne permettent *a priori* pas cette confiance. Toutefois, il a été intéressant de remarquer que quelques éléments favorisent cette confiance : passer par une personne (secrétaire médicale, médecin...) connue de l'enquêté, être dans un cadre intime et propice à la discussion (contrairement aux entretiens dans un café), renouveler l'entretien (avec accord de la personne) ou encore avoir une attitude d'empathie. D'autre part, le sujet de la santé, avec les termes médicaux, les spécificités de certaines maladies, demande d'être à l'aise avec ces thèmes lors de l'entretien. En cela, ne pas disposer de compétences médicales, même sommaires, ou ne pas pouvoir échanger avec des professionnels de ce champ quand nécessaire, se sont trouvés être des freins à l'entretien (en ne sachant pas sur quels thèmes creusés, relever les contradictions...), puis à l'analyse.

Une fois énoncées toutes ces difficultés, il reste à présenter celle qui apparaît la plus importante. Elle concerne la majorité des recherches sur le non recours. En effet, comment pouvoir réellement toucher les personnes en non recours, par définition en partie invisibles des institutions et d'autres acteurs ? Le problème s'est posé lors de l'enquête. En règle générale, les personnes interrogées l'ont été à la sortie de leur consultation, écartant de fait toutes celles en situation de non recours total, volontaire ou non. La question de l'accès aux personnes est donc centrale, de même que l'estimation du non recours. Des moyens de le contourner existent, telles les observations clandestines qui me semblent poser des questions éthiques et scientifiques. Mais le meilleur moyen semble être de maximiser, puis de croiser, les sources d'informations. Une infirmière du quartier Mistral, à Grenoble, expliquait de la sorte qu'il était difficile de ne pas être au courant de la situation médicale d'une personne.

²³ FAINZANG S., *Pour une anthropologie de la maladie en France, un regard africaniste*, Ed. EHESS, 1989.

Elle faisait en effet tout un travail de recueil d'informations auprès de différents acteurs du quartier, allant des associations jusqu'aux commerçants. De la même manière, il est possible de penser un protocole d'enquête réunissant des sources d'informations diversifiées.

Un dernier aspect problématique ressort, celui-ci spécifique au non recours en matière de santé. Comme nous l'avons vu, c'est un phénomène qui emprunte de multiples formes (non recours partiel, frictionnel...), qui s'applique à de nombreux champs (traitement, consultation...) et qui s'explique par des raisons différentes. Il devient alors difficile d'en tracer de grandes explications, notamment au niveau des causalités propres.

De plus, c'est un phénomène qui, tel que défini, se mesure en partie à travers l'écart à une norme médicale, définie selon des critères médicaux et donc par le médecin. N'y a-t-il pas une nuance à mettre quant à cette norme ? Comment interpréter le non recours dans ce cas ? Le cas des jeunes est significatif d'un biais de ce type puisque nous verrons qu'ils constituent une catégorie sociale perçue dans une situation sanitaire problématique, bien que peu d'indicateurs aillent dans ce sens. Ne pas les voir consulter peut être interprété comme du non recours alors que le besoin peut être absent. De plus, une autre question se pose vis-à-vis des critères médicaux diagnostiqués par les professionnels de santé. Comment discerner clairement un non recours dès lors qu'il y a déni de la maladie ou que celle-ci ne se traduit pas par des symptômes évidents ni pour le patient, ni pour le corps médical comme cela semble être le cas de nombreuses maladies chroniques ? Enfin, autre possibilité, il a été démontré que certains médecins exerçant dans des quartiers en difficulté se spécialisaient plus ou moins de manière contrainte²⁴. Face aux non recours aux soins spécialisés, ils prenaient la démarche de réaliser eux-mêmes ces soins, dans la mesure du possible. Le non recours peut alors être sous-estimé ou, inversement, surestimé, lorsqu'un médecin indique qu'une personne n'est pas allée voir un spécialiste alors qu'un de ces confrères aurait pu avoir réalisé les soins nécessaires. La définition du non recours aux soins demande à être bien précisée ou, tout du moins, il nous faut garder en tête ces éventuels biais dans l'analyse des résultats.

Annonce du plan

Le déroulement de ce mémoire se fera de la manière suivante. Dans un premier temps, nous avons choisi de nous centrer sur des aspects objectifs, à savoir différentes variables sociales éclairant la précarité. Elles seront abordées en vue de distinguer leurs éventuelles

²⁴ COLLET M., *op. cit.*, 2001.

corrélations avec le non recours aux soins de santé, voire de faire ressortir un profil particulier de personnes davantage exposées à ce phénomène.

Dans un second temps, nous entrerons dans une autre partie de l'analyse, ne saisissant plus des caractéristiques sociodémographiques – par définition statiques – mais s'appliquant à rendre compte du vécu des personnes, de leur manière de percevoir leur situation. Le domaine de la maladie sera le premier à être traité. Il est entendu dans un sens large, puisqu'il englobe autant la vision de la maladie concernée que le rapport aux institutions, professionnels ou autres traitements ; rapports construits au cours du parcours médical de la personne que nous envisagerons.

Le second domaine abordé en terme d'expérience sera celui de la situation sociale de la personne, dans une dernière partie. Nous nous attacherons à fournir une explication du non recours aux soins à partir du vécu de la précarité, en témoignant de ses incidences dans un axe médical (sur la relation aux médecins, aux structures de soins...) et aussi extramédical (rapport au temps...).

I. LE NON RECOURS SAISI A PARTIR DES CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES

Le non recours, au vu d'autres enquêtes sur ce thème, est corrélé à différents profils de personnes. Parmi ceux-ci, nous avons établi qu'être placé dans une situation de précarité a un impact sur la probabilité d'être exposé au non recours. Avant d'envisager le non recours à partir du vécu des personnes, il demeure important de dégager les principales variables sociales, les constantes en termes de caractéristiques sociodémographiques autour de la précarité. Il ne s'agit pas de définir cette dernière. Il ne s'agit pas non plus de donner l'ensemble de ces caractéristiques, ni même d'en tenter une hiérarchisation. Bien au contraire, nous nous attacherons à faire ressortir les éléments qui ont un impact potentiel sur le non recours aux soins, quel que soit leur poids.

D'après le terrain d'enquête et les différentes lectures, il apparaît que dix facteurs amènent leur part d'explication du non recours aux soins. Si leur présentation peut paraître fastidieuse, il semble important de revenir sur chacun d'eux afin d'y être vigilant pour la suite de l'analyse. De plus, plutôt que de simplement les lister, nous essaierons de voir s'ils permettent de dégager un profil plus spécifique de personnes exposées au non recours et, le cas échéant, de cerner quels rôles jouent ces facteurs, comment ils interviennent.

1. Le genre

Une première distinction est à rechercher du côté du genre. Variable essentielle, elle n'est pourtant pas toujours questionnée dans les recherches sur la précarité et la pauvreté. En effet, ces situations sont fréquemment associées au genre masculin, dont il est à supposer que la figure du SDF – homme âgé dans les représentations – y est pour beaucoup. Un rapide coup d'œil sur les données INSEE relatives au nombre de personnes vivant sous le seuil de pauvreté amène à changer le regard sur la question du genre. En effet, numériquement, les femmes sont plus nombreuses à être concernées par cette situation que les hommes, soit

respectivement 1 886 000 contre 1 670 000²⁵. Même si un effet population existe (la France compte légèrement plus de femmes que d'hommes), ces chiffres sont révélateurs du fait que des femmes se trouvent aussi dans des conditions sociales défavorables. Et, corrélativement, il faut noter l'émergence de préoccupations autour de la problématique des femmes dans nombre de domaines²⁶. Simple effet de regard ou réalité des transformations sociales, il reste donc pertinent d'approcher la dimension du genre.

Or en matière de recours aux soins, la situation la plus préoccupante est bien celle des femmes (en France et dans le monde d'ailleurs comme en témoigne un récent rapport de l'OMS). En effet, elles sont plus nombreuses à renoncer aux soins²⁷, même si l'écart avec les hommes tend à se réduire sous l'effet de rattrapage lié à la mise en œuvre de la CMU. Ce sont elles qui, parmi les personnes qui avaient renoncé pour des raisons financières avant la CMU, ont le plus commencé de soins depuis qu'elles en bénéficient²⁸. Par conséquent, le renoncement des femmes implique à l'analyse d'être attentive aux recours aux soins qui leur sont spécifiques : soins gynécologiques ou encore mammographie et frottis, pour lesquels une femme ayant la CMU sur dix a renoncé²⁹.

Parler des femmes en général escamote un profil plus spécifique qui ressort. L'enquête de terrain et les récentes littératures autour des femmes précaires mettent en avant les difficultés rencontrées par les mères de familles monoparentales. Elles portent sur différents aspects. Tout d'abord, ce sont 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 actif³⁰. Cela explique en partie les caractéristiques des bénéficiaires de la CMU, avec un poids plus fort des femmes et des

²⁵ « Nombre et taux de personnes vivant sous le seuil de pauvreté selon leur âge » in INSEE, *Femmes et hommes : regard sur la parité*, 2004.

²⁶ Les données annuelles de l'observatoire du Samu Social de Paris témoignent de l'augmentation forte du nombre de femmes (en familles ou isolées) dans la rue et qui font appel au 115 ; public mal connu et pour lequel très peu de dispositifs existent. AGIER I., « Activité du 115 de Paris et évolution de la population des usagers du 115 et des EMA de 2002 à 2004 », Observatoire du Samu social de Paris, rapport d'activité de l'année 2004, mars 2005.

²⁷ LOMBRAIL P., *op. cit.*, 2000.

²⁸ BOISGUERIN B., GISSOT C., « L'accès aux soins des bénéficiaires de la CMU. Résultats d'une enquête réalisée en novembre 2002 », *DREES Etudes et résultats*, janvier 2002, n°152.

²⁹ MOUGIN V., *Femmes en galère. Enquête sur celles qui vivent avec moins de 600€ par mois*, Paris : Editions de la Martinière, 2005.

³⁰ « Nombre et taux de personnes vivant sous le seuil de pauvreté selon le type de ménage » in INSEE, *op. cit.*, 2004.

familles monoparentales organisées autour des mères³¹. De plus, l'état de santé des « mères isolées » témoigne d'une situation sanitaire préoccupante, tel que le développe V. 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* »³². 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 « cheffes » de famille monoparentales « oublient » de se soigner deux fois plus souvent que leurs homologues en couple* »³³.

Ce dernier constat recoupe l'analyse des entretiens effectués dans les centres de santé. Les quatre mères célibataires ou divorcées, parmi les sept femmes rencontrées, avaient un discours similaire sur leur santé et le recours aux soins. Il était déjà difficile d'évoquer avec elles leur santé, tant elles restaient assez vague et revenaient systématiquement sur la santé – prioritaire – de leurs enfants (« *c'est les enfants avant tout* »). Ainsi de cette femme qui ne prend les médicaments mal remboursés que s'ils sont pour ses filles. De plus, nombreuses d'entre elles expliquent « *s'interdire d'être malade* » étant données les responsabilités familiales qu'elles doivent supporter (« *si je suis malade, personne ne va s'occuper de mes enfants* »), le coût ou encore les problèmes de garde. Une jeune femme résume bien quelques uns de ces aspects :

20 Mais vous, vous vous soignez aussi ?

[elle sourit] *C'est vrai que quand on est une mère, on se met un peu de côté. C'est les enfants avant tout.*

C'est-à-dire ?

On fait attention à eux. Comme l'alimentation, je veux dire que s'il reste un tout petit peu, je leur donne et moi je me sers la ceinture.

Et au niveau de la santé ?

On se soigne moins.

Par exemple ?

La semaine dernière je suis tombée malade, mais comme c'était les vacances, j'ai attendu que là mes enfants repartent à l'école.

Pourquoi ?

Parce que quand vous avez trois enfants, c'est pas possible de prendre du temps pour aller vous faire soigner. Des fois on demande au père, mais bon... ou aux grands parents mais c'est rare qu'ils acceptent. Ils peuvent plus les garder, trois c'est trop. Bon si je suis bien malade je viens, j'essaie de m'arranger avec la crèche ou quoi mais là c'est vrai que j'ai préféré attendre que mes deux plus grands rentrent à l'école. J'avais pourtant pris rendez-vous pour moi et finalement j'ai dû décaler,

³¹ BOISGUERIN B., GISSOT C., *op. cit.*, janvier 2002.

³² *Ibid.*, p.181.

³³ *Ibid.*, p.181.

j'ai appelé le centre de santé pour laisser la place à quelqu'un d'autre. Et puis, c'est ce qu'on disait avant, en général c'est mes enfants qui passent les premiers, si je peux pas faire autrement pour moi je me débrouille

Ces quelques points illustrent en quoi le genre mérite d'être pris en compte en tant que variable potentielle du non recours aux soins. Il est très probable qu'il ne soit pas un facteur déterminant en soi, agissant de manière autonome mais, couplé à d'autres variables, il permet de donner des pistes d'analyse pertinentes.

2. L'âge

Autre caractéristique sociodémographique classique, l'âge amène à s'interroger sur une potentielle dimension générationnelle du non recours. Les âges des personnes rencontrées aléatoirement dans les centres de santé sont variables, hormis les jeunes pour qui il a fallu « provoquer la rencontre » afin de réaliser un entretien.

Ils forment en quelque sorte un profil « invisible », ce qui nous renseigne déjà en soi. Car les jeunes – catégorie floue entendue généralement comme les 12-25 ans – sont souvent présentés comme une population problématique en matière de santé. Cela se justifierait par une prévalence des comportements à risque. Au regard des questions qui nous intéressent directement, les jeunes disposent d'une moins bonne couverture médicale (1/4 des jeunes hommes et 1/5 des jeunes femmes déclarent ne pas en avoir avant la mise en place de la CMU³⁴). De plus, les jeunes suivraient plus que d'autres une logique de résistance aux soins, mêlant consultation, observance avec des retards aux soins et des suivis irréguliers d'après M. Collet³⁵.

Cela étant dit, il faut apporter quelques nuances à un constat donnant une grande importance à la variable de l'âge. Le chapitre dédié à la santé des jeunes dans l'ouvrage collectif intitulé « Ce que nous savons des jeunes »³⁶ met ainsi en garde en démontrant comment la jeunesse a été construite par les médecins et les psychologues comme catégorie à risque sanitaire, sans qu'une analyse fine des indicateurs le justifie. Ainsi, à travers différentes démonstrations mettant à mal certaines « *myopies de l'analyse* », il ressort que, « *en dehors*

³⁴ CREDES, « Vie et santé des jeunes sans domicile ou en situation précaire » in *Question d'économie de la santé*, n° 40, septembre 2001.

³⁵ COLLET M., *op. cit.*, 2001.

³⁶ PUGEAULT-CICCHELLI C., CICCHELLI V., RAGI T. (dir.), *Ce que nous savons des jeunes*, Paris : PUF, 2004.

des accidents de la route et de la consommation de drogues douces, les jeunes n'apparaissent pas particulièrement exposés du point de vue de la santé. La mortalité, la morbidité et les comportements nocifs semblent en fait plus déterminés par l'origine sociale que par l'âge ». Et c'est bien là le principal apport de ce chapitre. En effet, *« présenter les problèmes sanitaires des jeunes comme la conséquence de particularités physiologiques et psychologiques naturelles reviendrait à occulter le poids des évolutions économiques et sociales – comme la répartition inégale du chômage entre les différentes générations – dans les difficultés présentées par certains jeunes. La jeunesse en elle-même n'est pas le véritable problème ; celui-ci réside plutôt dans la difficulté accrue de trouver un emploi, et donc de fonder une famille et de trouver une place stable – toujours désirée – dans notre société »*³⁷. La jeunesse, réifiée comme période d'insouciance, de prise de risques, de mal-être..., demande ainsi moins à être interrogée en tant que telle comme variable discriminante du non recours. Elle nécessite d'être intégrée à une réflexion au côté d'autres variables relatives à la vulnérabilité des jeunes. Ceux qui connaissent un cumul de difficultés (rupture familiale précoce, niveau de diplôme bas, sans ressource, hébergement précaire...), représentent ainsi un profil particulier, potentiellement enclin au non recours. Nous aurons l'occasion d'y revenir au sujet de l'expérience de la précarité.

Les jeunes ne sont pas pour autant les seuls à présenter des caractéristiques qui les différencieraient. A l'extrême, les personnes âgées seraient elles aussi particulièrement exposées au non recours aux soins. Par exemple, alors que l'âge en fait une population nécessitant de soins, une étude de la DREES indique que le renoncement aux soins est plus présent chez les 60-79 ans (47% le déclarent) et les ménages dont la personne de référence a plus de 60 ans³⁸.

L'effet de génération pourrait jouer ici. C'est ce que laissent entendre certaines conclusions de l'enquête de terrain, notamment au sujet du rapport à la douleur. Une illustration parlante a été la visite à domicile chez une femme âgée, avec un médecin d'un centre de santé. Cette femme est restée plusieurs jours avec une fracture ouverte au coude en attendant le rendez-vous que le centre lui avait donné, avec pour conséquence une mauvaise cicatrisation et donc des soins plus importants que s'ils avaient été effectués en temps voulu. Elle justifiait l'attente par le fait qu'elle n'était pas dérangée dans son quotidien, pouvant

³⁷ LORIOU M., « « Etre jeune » est-il dangereux pour la santé ? » in PUGEAULT-CICCHELLI C., CICCHELLI V., RAGI T. (dir.), *op. cit.*, 2004, pp. 99-112.

³⁸ BOISGUERIN B., GISSOT C., *op. cit.*, janvier 2002.

toujours se déplacer pour chercher son pain. Son explication renvoie à une conception fonctionnelle du corps que nous réexaminerons. Toutefois, le médecin en donne une explication générationnelle ; ce retard aux soins serait le fait des anciennes générations qui ne consomment pas la médecine de la même manière que les plus jeunes, attendant davantage avant de consulter et sans demander en urgence même si là cela était justifié. Les conditions dans lesquelles ces personnes ont vécu, avec un système de soins moins bien développé, un plus grand poids des méthodes familiales légitimant l'automédication, pourraient donner une piste d'explication. Aucun élément issu des entretiens ne permet de valider ou d'invalider cette hypothèse, ni même d'en faire émerger d'autres.

Mais, là aussi, l'explication en terme d'âge est à prendre avec quelques précautions. Ainsi, même si le recours aux soins augmente avec l'âge, des différences de consommation de soins persistent entre les cadres retraités et les retraités agricoles, en défaveur de ces derniers³⁹. Cet exemple nous amène à être vigilant sur la question des personnes âgées de la même façon que nous l'avons été au sujet des jeunes.

3. La nationalité

Le critère de l'origine nationale est une autre de ces variables importantes – les immigrés étant dans une situation sanitaire défavorable – mais questionnée. Faut-il seulement prendre la nationalité ou s'intéresser aussi aux Français d'origine étrangère ? Et, dans ce cas, à quelle(s) « génération(s) » s'arrêter ? Pour notre part, seul le critère de la nationalité *stricto sensu* sera retenu puisqu'il est ressorti comme le plus pertinent dans de nombreux domaines. Trois points expliquent en quoi la nationalité peut avoir un effet sur le non recours.

Le premier concerne la situation administrative et la question des personnes en situation irrégulière, appelées communément « sans-papiers ». Ce point n'est pas apparu dans le terrain de stage, puisque ce public est absent de l'échantillon et très peu présent dans les centres de santé, à l'inverse des centres de soins gratuits. Il reste que leur situation au regard de l'accès aux soins est assez problématique, voire le devient de plus en plus comme ne manque pas de le souligner l'association Médecins du Monde au sujet du « *plan de réduction drastique de*

³⁹ D'après une enquête du CREDES, citée dans GRAND A. et al., « Personnes âgées » in LECLERC A., FASSIN D., GRANDJEAN H., KAMINSKI M., LANG T. (éd.), *op. cit.*, 2000.

l'AME » (c'est-à-dire l'Aide Médicale d'Etat, une couverture médicale pour toute personne de nationalité étrangère en situation irrégulière sur le territoire français) ou encore du droit au séjour pour raisons médicales⁴⁰. L'actualité récente en témoigne d'ailleurs avec la parution de deux décrets au Journal Officiel du 29 juillet 2005⁴¹, suite auxquels les personnes seront dans l'obligation de fournir des pièces justificatives difficiles à obtenir ou onéreuses (preuves d'identité basées sur un justificatif de présence ininterrompue de trois mois sur le territoire français ou sur une traduction du livret de famille, déclaration de ressources intégrant les « *avantages en nature* » comme « *un logement occupé à titre gratuit* » surévaluant les ressources, etc.). Ces personnes sont de ce fait exposées autant au non recours en matière de droits à l'assurance maladie⁴² qu'au non recours aux services de santé. Outre les raisons législatives et réglementaires qui viennent d'être évoquées, et outre celles liées à l'expérience de l'immigration sur lesquelles nous reviendrons, le non recours peut être volontaire, voire total. En effet, les « sans-papiers », sous la menace de l'expulsion, peuvent préférer rester « invisibles » et donc ne pas avoir de contact ni avec l'assistante sociale pour bénéficier de l'AME, ni avec le médecin ou une autre institution médicale afin de ne pas être repérés. Une puéricultrice d'une PMI (Protection Maternelle Infantile) rapportait ainsi lors d'un entretien avec elle les cas de femmes en situation irrégulière ne venant pas la consulter en raison du lieu de consultation. Celui-ci se situe en effet dans l'enceinte du CCAS de Grenoble qui arborent les sigles de la ville et du département de l'Isère ; un phénomène de dissuasion, de peur, expliquerait ainsi le non recours dès lors qu'un symbole institutionnel apparaît, pouvant devenir synonyme de risque d'expulsion du territoire.

Le second point essentiel à aborder est celui des difficultés linguistiques. Nous évoquerons seulement la question de la langue maternelle, excluant les difficultés de maîtrise des termes médicaux et le problème de l'illettrisme des personnes de langue française qui sont pourtant deux éléments explicatifs du non recours. Certaines conclusions de cette sous partie seront cependant, semble-t-il, généralisables à la dernière de ces situations.

⁴⁰ LERICHE M., SIMONNOT N., « Un accès aux soins difficile - L'approche de Médecins du monde », *Informations sociales*, décembre 2004, n°120. Des résultats confirment ce constat à l'échelle de Grenoble puisque 76% des étrangers accueillis en 2003 par MDM n'ont pas de droits ouverts à l'AMER, contre 30% des français pour la CMU. Cf. « Droits non ouverts et retards aux soins. Exploitation des données de Médecins du Monde Grenoble », ODENORE (disponible sur le site).

⁴¹ Décret n°2005-859 du 28 juillet 2005 relatif à l'aide médicale d'état et modifiant le décret du 2 septembre 1954 et décret n° 2005-860 du 28 juillet 2005 relatif aux modalités d'admission des demandes d'aide médicale d'Etat, JO du 29 juillet 2005.

⁴² Sur les 6 544 patients en situation irrégulière reçus par Médecins du Monde, seulement 6,7 % bénéficiaient de l'AME en 2002. MEDECINS DU MONDE, *Rapport 2002 de l'observatoire de l'accès aux soins de la mission France de MDM – Analyses des données 2002*, MDM et Ecole de santé publique de Nancy, 2003.

L'obstacle linguistique est un facteur de non recours mis en avant par de nombreux professionnels des centres de santé. Néanmoins, l'enquête de terrain ne l'a pas nécessairement fait apparaître, et ce, dû aux pratiques des centres de santé et à un biais méthodologique. Il se révèle en effet difficile d'interroger des personnes maîtrisant peu ou pas le français, pour des raisons évidentes, et il m'était recommandé de ne pas passer d'entretien avec telle ou telle personne connue pour ses difficultés de communication. Les limites de ces entretiens, en terme de contenu et de qualité du matériau d'analyse, ont été rapidement vues lors de tentatives avec quelques personnes. Plusieurs éléments d'explication ont quand même pu être abordés à travers des témoignages de personnes dont des proches ont des problèmes linguistiques (fils d'immigrés accompagnant ses parents en consultation par exemple) ou avec ceux maîtrisant un peu le français. Il ressort tout d'abord que le poids de ce facteur tient au fait qu'il soit transversal. Ses conséquences se font ressentir sur chacune des dimensions du non recours : au sujet des droits à l'assurance maladie (dans l'information, la démarche pour les faire valoir...), de la démarche de s'adresser à un établissement de soin (prise de rendez-vous, déplacement...), de la consultation (explication des symptômes, compréhension du diagnostic, participation...) ou encore de l'observance du traitement. Pour cette dernière, la difficulté linguistique prend son sens aussi à l'extérieur de la consultation, dans les pharmacies – dont certaines aident en traduisant et simplifiant la prescription en signes – et chez les personnes. Autre constat, les obstacles linguistiques ne se limitent pas aux effets réels que nous venons de traiter. Leurs effets sont aussi de l'ordre de l'anticipation, quand une personne décide volontairement de ne pas se confronter à cette difficulté par appréhension ou par honte à titre d'exemple. Des formes de non recours peuvent en découler.

Enfin, dernier point, la nationalité fait émerger la question des obstacles culturels. Elle revient régulièrement, surtout dans le discours des acteurs médicaux, comme une origine majeure du non recours aux droits et encore plus aux soins. Elle reste délicate à manier, non pas par interdit moral mais pour ce qu'il faut entendre là-dessous et l'analyse qu'il faut en tirer. Il ne s'agit pas non plus de l'évacuer ; des exemples relatés par les professionnels des centres de santé témoignent de l'existence de certains particularismes culturels empêchant le recours aux soins (à l'image d'une femme devant interrompre ses consultations le temps qu'une femme médecin puisse la suivre) ou l'observance thérapeutique (avec des préférences pour des méthodes « traditionnelles » de soin). Le rapport à la maladie et aux soins peuvent donc faire l'objet de différences culturelles. Toutefois, il faut se méfier d'une interprétation leur accordant une place centrale et tombant dans le biais du culturalisme, qui supposerait

alors que les différences culturelles seraient à la base des comportements et représentations variables. Cela repose sur plusieurs postulats infondés, comme le fait que chacun incarne une culture particulière et qu'il agit en fonction d'elle – alors que nous pouvons penser que c'est davantage l'expérience de tous les jours, la situation dans laquelle les personnes sont concrètement, qui les orientent –, que les cultures des « autres » sont homogènes, figées et/ou inconciliables avec « notre » culture – ce que contredisent certaines expériences comme dans ce foyer de travailleurs migrants dans lequel une infirmière a progressivement pu donner des soins intimes à des patients maghrébins âgés, perçus culturellement réfractaires. Mais ce qui nous intéresse surtout, c'est que le culturalisme évacue d'autres déterminants plus pertinents, à l'exemple du niveau d'études, de la structure familiale, du revenu ou encore du statut d'activité. L'hypothèse peut être faite que les comportements des personnes étrangères se rapprochent, de ce fait, des personnes de nationalité française placées dans les mêmes conditions sociales.

4. Le niveau d'éducation

La variable « éducation » est une variable partagée dans de nombreuses études, quant à son importance sur l'état de santé, la consommation de soin et le renoncement aux soins. Par exemple, une étude de la DREES estimait encore récemment que l'un des déterminants de la consommation de soins, est « *à état de santé identique, surtout le milieu social et le niveau d'éducation* »⁴³. En matière de droits, une autre enquête lors de la mise en place de la CMU démontrait que la non-demande touchait les moins scolarisés puisque déterminée en partie par l'aptitude à entrer en relation avec les administrations sociales⁴⁴.

Toutefois, cette variable est sujette à discussion sur ce qu'elle doit englober ou non. Elle est entendue presque uniquement sous l'angle de l'éducation scolaire, évinçant les autres sources d'éducation de la personne (environnement familial et social...). Le principal critère retenu est alors le dernier diplôme obtenu par la personne. Or, d'individu en individu, ce

⁴³ DREES, *Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 2003*, Paris : La Documentation Française, 2004.

⁴⁴ BOISGUERIN B., GISSOT C., GRIGNON M., AUVRAY L., « Les opinions sur la CMU et ses bénéficiaires au 1^{er} janvier 2000 », *DREES Etudes et Résultats*, juillet 2001, n°123.

critère ne prend pas la même signification. Par exemple, P. Chauvin⁴⁵ attire notre attention sur un « effet période », lorsque des évènements de type guerre privent de faire des études, un « effet cohorte », faisant que la durée moyenne des études augmente selon les générations, et un « effet d'âge », les études pouvant ne pas être terminées pour les classes d'âge les plus jeunes. D'autres éléments peuvent s'y ajouter, dont un problème d'équivalence entre des diplômes acquis à des périodes différentes ou dans des pays étrangers. Pour remédier à ces limites, la dernière année d'étude effectuée ou bien l'âge d'interruption des études peuvent servir d'indicateurs, laissant cependant le biais d'un défaut de mémoire, lorsque les personnes ne savent pas exactement quand elles ont arrêté.

Mis à part ce débat méthodologique, en quoi le facteur éducation influe-t-il éventuellement sur le non recours ? S'il est facile de discerner comment un état de santé critique est préjudiciable sur la variable éducation – entravant une scolarité régulière par exemple – l'impact de cette dernière sur le recours aux soins et l'état de santé est plus délicat à évaluer. Essayons d'en dégager quelques pistes explicatives à partir de l'enquête de terrain. Celle-ci est en effet représentative du profil des personnes en non recours aux soins ; ainsi, une majorité des personnes interrogées n'a pas de diplôme ou est faiblement diplômée.

Une explication pourrait résider dans le défaut d'information pour faire valoir ses droits. Le lien avec la variable éducation pourrait en être une hypothèse. Mais une autre interprétation, centrale celle-ci, se distingue tant elle se traduit de manière identique dans deux domaines très proches. La variable éducation jouerait sur l'écart à la médecine en général et au médecin en particulier. Le premier était particulièrement frappant dans les entretiens lorsque les patients justifiaient des moments de retard et de renoncement aux soins qu'ils identifiaient clairement comme tel. Quatre arguments ressortaient principalement, liés aux attitudes de patience et de résistance (que nous aborderons dans l'expérience de la précarité), à la recherche d'une autonomie personnelle (« *se débrouiller soi-même* ») et, celui qui nous intéresse directement, à la remise en cause de l'efficacité et de l'utilité de la médecine. Le témoignage de ce patient l'illustre (avec la formule récurrente « *ça sert à rien* ») au sujet des soins spécialisés, que nous pourrions étendre dans d'autres circonstances à des soins de type préventifs⁴⁶ ou même généralistes :

⁴⁵ CHAUVIN P., « Précarisation sociale et état de santé : le renouvellement d'un paradigme épidémiologique » in: LEBAS J., CHAUVIN P., (dir.), *Précarité et santé* - 2^e éd., Paris : Flammarion, 1998, p. 59-74.

⁴⁶ Le doute de l'efficacité serait ainsi l'une des causes des difficultés des mesures de prévention. LOMBRAIL P., *op. cit.*, 2000.

(6) *J'ai aussi un peu d'eczéma, mais ça c'est bon je reprends toujours la même pommade.*

Vous allez chez le dermatologue ?

Non, ça sert à rien, ça passera pas de toute façon. Si je vais chez le dermatologue, ça va me soulager d'accord mais ça va pas me guérir. Il va me dire toujours la même chose mais ça changera rien.

Si la variable éducation n'est pas la seule à déterminer ce point de vue – nous verrons que l'expérience d'une maladie chronique va dans ce même sens – elle fournit une partie de l'interprétation. En effet, nous pouvons rejoindre l'hypothèse d'I. Parizot⁴⁷ selon laquelle le scepticisme des personnes précaires témoigne d'un écart de ces personnes avec les valeurs et la culture scientifique particulières à la médecine moderne. Or, elle note que ces derniers sont véhiculés en partie par l'école, à côté d'autres vecteurs tels l'environnement social et la vulgarisation médicale.

Mais ce constat ne s'applique pas uniquement à la médecine en général comme nous l'avons évoqué. Il se retrouve aussi dans la consultation même, et ce de deux manières. D'une part, la variable éducation aurait un effet au niveau de l'expression des maladies. Les médecins des centres de santé remarquent ainsi la difficulté des patients à verbaliser leur douleur, employant des termes imprécis ne permettant pas de la localiser, ou, autrement dit, à leur « *présenter des symptômes clairs, intelligibles et significatifs, c'est-à-dire ces symptômes auxquels la médecine accorde du sens parce qu'elle les a reconnus, catalogués et décrits* »⁴⁸. C'est que, selon L. Boltanski, maîtriser ce langage passe par un apprentissage spécifique et l'acquisition de la « *compétence médicale* », afin d'exprimer les sensations morbides dans des taxinomies légitimes, issues de la médecine savante. Or, selon lui, cela passe par la fréquentation du médecin (donc faible pour les patients en non recours), mais est aussi « *en fonction de la distance sociale qui les sépare du monde intellectuel, c'est-à-dire de leur niveau d'instruction* »⁴⁹. L'auteur permet ainsi d'expliquer, à partir de la variable éducation, pourquoi l'aptitude à verbaliser les sensations morbides varie selon les catégories sociales.

D'autre part, les conséquences se ressentent sur le degré d'adhésion au discours médical. Le suivi du traitement, mais aussi le recours aux soins par exemple, peuvent en être modifiés. Les concepts utilisés par le médecin peuvent être moins intégrés pour les raisons évoquées précédemment. Une autre explication laisse envisager que la faible adhésion au propos du médecin se joue sur le discours en lui-même, son contenu. Les points de vue peuvent ne pas s'accorder entre les deux parties, notamment autour du diagnostic qui demande pourtant un consensus entre les deux. Or, dans une perspective interactionniste, H. Becker estime que

⁴⁷ PARIZOT I., « Trajectoires sociales et modes de relation aux structures sanitaires », in LEBAS J., CHAUVIN P., (dir.), *op. cit.*, 1998.

⁴⁸ BOLTANSKI L., « Les usages sociaux du corps », *Annales ESC*, 1971, n°26 (tome 1), p. 212.

⁴⁹ *Ibid.*, p. 213.

l'écart entre la théorie du malade et celle du patient explique certaines non observances thérapeutiques⁵⁰. Cela semble très pertinent au vu des entretiens. En effet, il s'est révélé intéressant de noter tout un champ lexical, la description de techniques pour se soigner, des attitudes, etc., chez les patients témoignant de la mise en avant d'un savoir médical. L'une des conséquences dans la consultation se rapproche du constat d'H. Becker lorsque les patients décrivent le rapport entre leur savoir et celui du médecin ; rapport parfois conflictuel et source de renoncement (« *si je vois qu'il y a des effets négatifs qui me déplaisent je lui dirai « vous avez vu c'est marqué là » »* »).

5. Le revenu

Le renoncement aux soins est envisagé dans de nombreuses études à partir des raisons financières. Variable essentielle, elle inclut différents indicateurs, dont le niveau de revenu qui peut être mesuré par le revenu par unité de consommation. S'il donne une estimation de ce avec quoi les personnes vivent et du taux de pauvreté, il demeure insuffisant pour analyser le non recours. Il en va de même pour le critère basé sur le fait de percevoir ou non des prestations sociales. En échange, la variable complémentaire centrale est l'instabilité des ressources, à lier avec la précarité de l'emploi, dont il est possible d'envisager de prime abord les effets sur le non recours. Nous verrons que ce ne sont pas les seuls. L'IRDES préfère parler dans plusieurs de ses enquêtes⁵¹ du revenu relatif – la santé étant un bien positionnel déterminé par les ressources relatives aux ressources moyennes de l'entourage – et des difficultés financières à l'âge adulte, qui auraient un rôle plus significatif que le niveau de revenu. Y est également introduit une dimension subjective destinée à évaluer la perception de la situation financière. Le renoncement aux soins financiers devient alors la mesure de la frustration entre le souhait et la réalisation des soins ; en conséquence, l'état de santé, psychologique notamment, peut être dégradé par des sentiments d'injustice ou d'envie.

Le non recours proviendrait ainsi de diverses raisons financières. Il était établi par exemple avant l'introduction de la CMU que, si le renoncement aux soins n'est pas spécifique

⁵⁰ H. Becker, cité dans LA ROSA E., *Santé, précarité et exclusion*, Paris : PUF, 1998.

⁵¹ Voir GRIGNON M. (dir.), « Mesurer l'impact des déterminants non médicaux des inégalités sociales de santé », IRDES, rapport de recherche, juin 2004 et BAZIN F., PARIZOT I., CHAUVIN P., *op. cit.*, 2001.

aux personnes disposant de faibles revenus, son taux augmente à mesure que le revenu baisse⁵². Autre chiffre plus récent, 38% des personnes sans couverture complémentaire et disposant d'un revenu par unité de consommation inférieur à 686 € déclarent avoir dû renoncer à certains soins pour des raisons financières⁵³. Tous les soins ne sont donc pas concernés. Cela nous renseigne sur un premier point du rôle de la variable revenu. En effet, le non recours est supérieur pour les soins onéreux, mal remboursés par l'assurance maladie de base et dont la part de ce qui reste à la charge du patient est importante ; ainsi des soins spécialisés dont les cas les plus significatifs sont les soins dentaires et optiques, pouvant être interprétés par les personnes comme des « *soins de luxe* ». De plus, c'est un effet qui serait sous-estimé puisqu'il écarte toutes les personnes qui ne renoncent pas à proprement parler mais qui recourent, à défaut de consulter un spécialiste, aux structures hospitalières ou bien à leur médecin généraliste opérant quelques soins spécialisés de manière palliative.

La question du type de soins renvoie aussi à celle de l'accès à la couverture sociale. A ce niveau, le revenu est la principale variable discriminante, distribuant l'accès entre la CMU (lorsque le revenu fiscal annuel est inférieur à 6849 € par an, soit 576,13 € par mois, pour une personne seule) et les assurances complémentaires privées. L'effet de seuil mérite d'être évoqué ici. C'est l'une des formes de non recours propres aux prestations sous conditions de ressources comme la CMU. Il concerne les personnes dont le revenu est supérieur au plafond permettant de bénéficier de la CMU, mais insuffisant pour s'octroyer une assurance privée. Le niveau de revenu, particulièrement celui des « salariés pauvres » aux bas salaires, n'est pas le seul à entrer en jeu. S'intéresser à l'instabilité des ressources paraît pertinent ici, au regard de la période de référence qui est prise pour le calcul du seuil de ressources pour la CMU. En effet, la base est l'ensemble des ressources du foyer perçues au cours des douze derniers mois, ce qui est inadapté aux situations d'une partie des personnes précaires (ressources hachées par les périodes de travail en intérim, CDD..., rendant difficile de mettre de l'argent de côté...). Un patient interrogé s'est retrouvé dans ce cas, ses droits à la CMU s'étant arrêtés compte tenu de ses revenus passés bien qu'entre-temps il se soit retrouvé au chômage. Autre exemple, une patiente exprime des difficultés à se payer une complémentaire puisque bénéficiant de l'ALD (Affection Longue Durée) pour sa maladie chronique, elle nécessite avant tout une couverture pour les soins dentaires et ophtalmologiques et donc au panier de soin onéreux.

⁵² Si nous prenons quelques chiffres, le taux de renoncement à des soins dans les 12 derniers mois concerne 24,4% des personnes disposant d'un revenu mensuel par unité de consommation inférieur à 2000 ff (env. 300 €), 16,1% de celles au revenu entre 4000 et 5000ff (600 et 750 €), contre 7,5% de celles dont le revenu est supérieur à 8 000ff (1200 €). CREDES, Santé, soins et protection sociale, enquête annuelle 1998.

⁵³ RAYNAUD D., « L'impact de la CMU sur la consommation individuelle de soins », *DREES Etudes et Résultats*, mars 2002, n°229.

Toujours au sujet du coût des soins, les dépassements d'honoraires sont un phénomène à ne pas ignorer. Ils n'apparaissent pas parmi les patients des centres de santé, néanmoins ils ont pu être sous-évalués du fait des pratiques des centres (orientant le plus possible vers des médecins connus, ne pratiquant pas de dépassement) ou des estimations des personnes (situation non identifiée comme telle). Il n'empêche qu'il s'agit d'une pratique courante, variant selon les lieux (plus courant en centre-ville et en station pour la région Rhône-Alpes) et le type de soins. Certaines spécialités (ophtalmologie, dermatologie, gynécologie...) recourent à plus de 50% aux dépassements d'honoraire, que le patient bénéficie de la CMU ou non⁵⁴. Ils fourniraient ainsi une autre explication du non recours à différents soins.

Pour finir, le revenu est apparu comme une donnée clé dans l'observance thérapeutique. En effet, des patients évoquaient leurs difficultés financières à la pharmacie, au sujet des médicaments et des appareillages. Ce problème était d'autant plus important qu'ils avaient une maladie chronique, demandant une répétition de petites sommes et l'achat de médicaments « de confort » pouvant ne pas être pris en charge par l'ALD. Certains y font face en ne prenant qu'une partie des traitements ou en sélectionnant des appareillages en fonction du prix, peu importe s'ils sont adaptés ou non et s'ils répondront au besoin sur le long terme.

Ainsi, même si des mesures diminuent les effets (la CMU et le tiers-payant, qui provoquent moins une surconsommation qu'un rattrapage de la consommation⁵⁵) et que cet obstacle n'est pas toujours évoqué par les patients (« *c'est cher mais c'est obligé* », « *il faut payer* »), le revenu saisi à travers les différents indicateurs apparaît comme une variable d'autant plus significative qu'elle est rencontrée dans chacune des formes de non recours en matière de santé, au niveau des droits et de l'accès aux soins de santé.

6. L'activité professionnelle

Proche de la variable du revenu, penchons-nous à présent sur toute la dimension relative à l'activité professionnelle de la personne, dans son acceptation large. Il y est inclus divers

⁵⁴ Ces éléments sont tirés de DRASS Rhône-Alpes et Fonds CMU, *Monographie territoriale des bénéficiaires de la CMU et analyse du recours aux soins et des consommations de soins*, CAREPS, rapport n°361, février 2003.

⁵⁵ Pour une discussion des effets du tiers-payant, voir DOURGNON P., GRIGNON M., « Le tiers-payant est-il inflationniste ? », *Questions d'économie de la santé*, mars 2000, n°27, p.1-4. Pour ceux de la CMU, voir BOISGUERIN B., *op. cit.*, mars 2004.

critères dont, nécessairement, la catégorie socioprofessionnelle mais aussi, pour saisir certaines nouvelles réalités professionnelles, le type de travail et le type de contrat de travail. Chacun de ces critères mérite d'être affiné, intégrant des éléments comme l'ancienneté au chômage, le secteur d'activité, etc.

A l'image d'autres variables, l'activité professionnelle revient régulièrement dans les déterminants de l'état de santé. C'est ce que démontre une étude récente de l'INSEE remettant au jour un constat ancien des inégalités – à la hausse – face à la mort : l'écart atteint 7 ans entre un ouvrier de 35 ans et un cadre du même âge⁵⁶. A côté des modes de vie (notamment le recours aux soins de santé), ce sont les expositions professionnelles qui expliquent majoritairement ces différences et les phénomènes d'usure professionnelle et de vieillissement précoce. Or, à ce niveau, le regard se focalise trop souvent sur les ouvriers et évince la dimension du contrat de travail. Ce sont les salariés subissant la précarité professionnelle (intérim, CDD...) qui sont les plus exposés, deux à trois fois plus que les salariés permanents, de par la nature et les conditions de travail, la dangerosité du secteur ou, entre autres, le niveau de qualification⁵⁷.

La situation la plus préoccupante semble être ainsi celle des « salariés pauvres », c'est-à-dire « tous ceux qui, de leur travail, perçoivent une rémunération mensuelle inférieure au SMIC »⁵⁸ (le niveau des « bas salaires »). Numériquement en augmentation⁵⁹, leur situation sanitaire est problématique et leur accès aux assurances complémentaires privées demeure aléatoire du fait de l'effet de seuil évoqué dans la partie précédente. Dès lors que cet accès est complexifié, la probabilité d'être exposé au non recours aux soins augmente, selon le lien entre l'absence de protection sociale et le non recours.

Outre les salariés pauvres, les chômeurs sont une catégorie, dont l'état de santé se dégrade parallèlement à l'allongement de la période d'inactivité⁶⁰, qui est vraisemblablement plus exposée au non recours. L'échantillon des enquêtés le laisse entendre ; sur les dix-huit

⁵⁶ MONTEIL C., ROBERT-BOBEE C., « Les différences sociales de mortalité : en augmentation chez les hommes, stables chez les femmes », *Insee première*, juin 2005, n°1025.

⁵⁷ BIHR A., PFEFFERKORN R., *op. cit.*, 1999.

⁵⁸ MARUANI M., « Les *working poor*, version française : travailleurs pauvres et/ou salarié(e)s pauvres ? », *Droit social*, juillet-Août 2003, n°7/8, p.696-702.

⁵⁹ M. Maruani estime, en France, le nombre de salariés pauvres à 3,4 millions et rappelle que les emplois rémunérés au niveau des bas salaires, principalement féminins, ont représenté la moitié des créations d'emploi entre 1983 et 1998. *Ibid.*, p.699.

⁶⁰ Annie Mesrine démontre que les risques de décès augmentent après cinq années de chômage, en l'expliquant par un « effet catalyseur du chômage ». MESRINE A., citée dans COLLET M., *op. cit.*, 2001.

personnes en âge de travailler, la moitié est au chômage (sans compter ceux qui sont en pension d'invalidité). Autant au niveau des ménages que des individus, la variable chômage augmente les probabilités d'être en non recours ; parmi les bénéficiaires de la CMU affiliés depuis un an, déclarant avoir renoncé pour des raisons financières à au moins un soin malgré le bénéfice de la couverture, ce sont les chômeurs qui sont les plus concernés (24%)⁶¹.

Il est difficile de donner quelques hypothèses sur les effets directs du chômage sur le renoncement aux soins, mis à part les aspects abordés au sujet du revenu. Il semble qu'il faille davantage regarder du côté de l'expérience que cela représente pour les personnes. Le constat que l'état de santé et le non recours aux soins s'amplifient quand la période de chômage s'allonge permet d'envisager des raisons liées à la dégradation statutaire de la personne, à l'isolement social issu d'un repli sur soi ou de l'absence de réseaux de sociabilité constitués autour du travail. D'autres explications sont bien sûr envisageables et seront traitées au cours de la dernière partie de ce mémoire.

Statut professionnel, longueur de la période d'inactivité, type de contrat de travail..., sont apparus être des éléments plus fins à intégrer que la traditionnelle catégorie socioprofessionnelle. Ils rendent compte des conséquences des évolutions socio-économiques contemporaines sur le recours aux soins de santé et permettent d'envisager un renversement dans l'analyse des déterminants ; ainsi, suivant une conclusion de M. Collet, la précarité professionnelle serait plus discriminante que la précarité économique. Une hypothèse forte, récente, qui préfigure les recherches futures.

7. La couverture maladie

Facteur central dans la définition du non recours en matière de santé, disposer ou non d'une assurance maladie l'est aussi dans l'explication du non recours. En effet, d'un côté, le taux de droits effectifs non ouverts peut être appréhendé. Sur ce plan, des personnes restent non couvertes, malgré, *a priori*, les démarches simplifiées de la CMU et les affiliations automatiques des personnes bénéficiant du revenu minimum d'insertion. Ainsi, selon des données de Médecins du Monde, 83% de leurs personnes nouvellement accueillies en 2003

⁶¹ BOISGUERIN B., *op. cit.*, mars 2004.

sont sans couverture maladie⁶², et ce taux monte jusqu'à 93,5% des personnes qui devraient bénéficier de l'AME. A plus grande échelle, même s'il demeure difficile d'évaluer pleinement la population éligible, l'association estime à un million le nombre de bénéficiaires de la CMU⁶³, tandis qu'une autre source évaluait en 2002 à 20% le nombre de chômeurs non couverts⁶⁴. Plusieurs des patients des centres de santé interrogés ne disposaient pas de couverture maladie. Les raisons étaient diverses ; citons les effets de seuil, les délais d'ouverture des droits ou, entre autres, le fait de ne pas ressentir la nécessité de disposer d'une couverture maladie (lié à la perception des besoins de santé, à la confusion entre l'ALD et la CMU). Nous retrouvons les niveaux d'explication du non recours, du côté de l'individu et du dispositif ici, ainsi que quelques formes de non recours (frictionnel, partiel...).

D'un autre côté, le non recours aux droits à l'assurance maladie est une variable discriminante du non recours aux soins. Les personnes sans couverture complémentaire sont plus sujettes au renoncement aux soins, que celles couvertes par la CMU ou par d'autres complémentaires. Toutefois, les personnes sans couverture complémentaire ne sont pas les seuls renonçants. De même que la consommation de soins, le renoncement aux soins évolue en fonction du niveau de la couverture complémentaire, là aussi malgré l'évolution depuis la CMU qui permet un meilleur accès aux soins que l'AMD. Cependant, à ce niveau, les personnes bénéficiant de la CMU ne sont pas dans la situation la plus désavantageuse. Le panier de soins de cette couverture est en effet plus avantageux que celui de certaines complémentaires privées, particulièrement pour les soins dentaires et optiques. Nous retrouvons la problématique des salariés pauvres, plus enclins à être couverts par ce type de complémentaire.

En filigrane, et de manière générale, c'est la question financière qui paraît la plus explicative du lien entre couverture maladie et non recours aux soins. Elle détermine autant le fait de ne pas disposer de couverture, que d'en disposer d'une au panier de soin ne prenant pas en charge certains soins pourtant essentiels pour des populations à la morbidité préoccupante.

⁶² MEDECINS DU MONDE, *L'accès aux soins des plus démunis en 2003*, Dossier de presse, octobre 2003.

⁶³ LERICHE M., SIMONNOT N., *op. cit.*, 2004.

⁶⁴ ONPES, *Rapport de l'Observatoire de la pauvreté et de l'exclusion sociale 2003-2004*, Paris : La Documentation française, 2004.

8. La situation familiale

Abordons à présent la situation familiale. Par ce terme, nous entendons aussi bien la situation maritale (marié ou non, divorcé, veuf, en couple ou vivant seul...), que le type (famille nucléaire, monoparentale...) et la taille de la famille. M. Collet inclut d'autres variables – la situation sentimentale et les ruptures conjugales – *a priori* pertinentes.

La variable de la situation familiale est intégrée dans quelques analyses sur le renoncement aux soins. Ainsi, une étude de la DREES⁶⁵ sur les bénéficiaires de la CMU note un effet du type de ménage sur le démarrage de soins après obtention de cette couverture ; démarrage qui concerne 70% des ménages avec enfants, contre 60% pour les autres ménages. Une nuance est aussi à apporter puisqu'il est mis en avant des disparités au sein même du ménage. En effet, dans les ménages avec enfants, les parents renoncent davantage que les enfants. Autre exemple d'enquêtes, celle de l'IRDES⁶⁶ dans cinq zones urbaines sensibles de la région parisienne démontre que le renoncement est plus marqué chez les ménages de petite taille. Elle rejoint ainsi un constat de la DREES autour du changement des profils des « renonçants » aux soins : ce sont les familles monoparentales qui le sont le plus dorénavant⁶⁷. Ce qui a été dit antérieurement au sujet des mères de familles monoparentales donne une part d'explication à ces résultats.

Comme de nombreuses variables, il semble important de ne pas trop isoler celle de la situation familiale. En effet, un autre indicateur paraît être davantage déterminant lorsqu'il lui est associé. Il s'agit du statut d'activité. L'étude de la DREES, citée à l'instant, le laisse entendre⁶⁸. En effet, les ménages avec enfant qui déclarent le plus renoncer aux soins sont ceux dont la personne de référence est au chômage et n'a jamais travaillé. Ainsi, de manière générale, la probabilité de renoncement est plus forte quand il n'y a pas d'actif dans le ménage. Ces quelques illustrations indiquent que, si la variable de la situation familiale est

⁶⁵ BOISGUERIN B., GISSOT C., *op. cit.*, janvier 2002.

⁶⁶ BAZIN F., PARIZOT I., CHAUVIN P., « Déterminants psychosociaux du renoncement aux soins pour raisons financières dans 5 zones urbaines sensibles de la région parisienne », IRDES, 2001.

⁶⁷ BOISGUERIN B., « Etat de santé et recours aux soins des bénéficiaires de la CMU. Un impact qui se consolide entre 2000 et 2003 », *DREES Etudes et résultats*, mars 2004, n° 294.

⁶⁸ Ce même type de nuance est observable aussi au sujet du niveau de pauvreté. Une requête sur la base de données INSEE relative à la proportion d'individus pauvres selon le type de ménage montre que, si le taux de pauvreté est fort chez les personnes (hommes et femmes) vivant seules, il l'est principalement lorsqu'elles sont inactives. A l'inverse, les couples d'actifs avec ou sans enfant ont un taux de pauvreté faible. « Nombre et taux de personnes vivant sous le seuil de pauvreté selon le type de ménage », in INSEE, *op. cit.*, 2004.

pertinente, elle paraît dominée par d'autres facteurs plus déterminants sur le non recours aux soins.

9. Le logement et son environnement social

Le logement pourrait être une dimension à inclure dans les déterminants du non recours. Les SDF – pour peu qu'ils ne soient envisagés que par leur situation à l'égard du logement – sont l'exemple significatif de l'association entre état de santé détérioré (le « décor pathologique » du SDF aux nombreuses pathologies) et, malgré un bon taux de couverture maladie, accès aux soins problématique. En dehors de la situation de ce public spécifique, le logement peut être appréhendé à travers différents indicateurs renvoyant au logement en lui-même et à la situation de la personne à l'égard du logement (hébergement chez des tiers, changement fréquent de domicile...).

Le logement n'a pas un rôle évident dans le non recours aux soins. C'est davantage l'instabilité de logement qui semble jouer. Une patiente interrogée, venant de s'installer temporairement dans un nouveau quartier, en donnait l'exemple dans le recours aux services de santé. Elle était prise entre l'attachement au centre de santé dans lequel elle est suivie depuis quelques années – avec ses repères, son médecin qui était au courant de ses problèmes plus sociaux que médicaux, la connaissance du fonctionnement de la structure... – et le besoin de retrouver un lieu de soins dans son nouveau quartier. En effet, lors de la survenue d'un traumatisme, elle s'est sentie déstabilisée, ne sachant pas comment réagir :

(14) C'est vrai que j'aime bien aller au centre de santé, parce que les autres je les connais, parce que c'est le lieu. Ici je sais même pas où il y a un médecin dans le coin. C'est tout bête mais j'ai pas encore vu de plaque dans une des rues de mon quartier. Je sais même pas où il y en un... c'est con d'ailleurs parce que si un week-end je suis malade il va falloir que je prenne mon annuaire, c'est pas pratique.

Ou tu peux appeler SOS médecin ?

Ah oui c'est vrai, en tout cas il faudrait que j'arrive à en trouver un si j'ai besoin le soir tard ou un week-end, que je sache où sonner. [...] Je sais qu'une fois j'ai eu mal tout le week-end et là j'ai regretté de pas connaître de médecin et que le centre de santé soit fermé le week-end, parce que j'ai vraiment souffert. Et là j'ai attendu parce que j'avais pas le choix et ça tombait bien parce que j'avais rendez-vous avec mon médecin le lundi matin. J'aurais pas eu rendez-vous, j'aurais demandé un rendez-vous en urgence [au centre de santé].

Et le week-end tu as eu mal ?

Oui très mal. J'ai essayé deux trucs sans insister, j'ai toujours une pharmacie avec moi, mais je suis pas... j'aime pas jouer. [...] Et bon, je me disais t'attends lundi et si j'avais eu vraiment hyper mal la

nuit, je me disais t'appelles les pompiers et ils m'auraient peut être rebalancée vers SOS médecin mais ils m'auraient donné une réponse.

Et la solution du médecin de garde ?

Je sais pas... je suis peut être tenue quelque part, attachée à mon médecin du centre et je préfère aller la voir elle que quelqu'un que je connaîtrais pas.

La façon dont elle met en avant la recherche de repères est à lier à sa situation sociale et l'expérience de la précarité dont elle est sujette. Néanmoins, elle renseigne aussi sur ce que peut occasionner des changements réguliers de domicile sur le recours aux soins.

L'observance du traitement peut être altérée de la même manière. Changer de domicile occasionne pour certaines des difficultés à se procurer les traitements, lorsque la pharmacie la plus proche ne pratique pas le tiers-payant par exemple. Toujours sur l'inobservance, une puéricultrice d'une PMI donnait l'exemple des conséquences de l'exiguïté du logement au sujet d'une patiente des centres de santé, ancienne toxicomane et mère de famille monoparentale partageant le foyer de ses parents. Devant prendre un traitement de substitution, sans que ses parents ni ses enfants ne la voient pour éviter de les mettre au courant de la situation et d'afficher un problème pour lequel elle se sent coupable, cette femme recherchait à s'isoler dans un coin de l'appartement. Cependant, comme cela n'était pas toujours possible, son traitement était alors pris de manière irrégulière.

La situation à l'égard du logement soulève aussi le problème de la domiciliation. Il s'agit de l'une des conditions nécessaires à l'obtention de la CMU et de l'AMER (en plus d'une condition de résidence de trois mois en France pour cette dernière qui demande des justificatifs de résidence « probants ») et est dispensée par des associations ou par les CCAS notamment. Cependant, certains CCAS n'assurent pas leur mission (obligatoire de surcroît) de domiciliation. Des exemples de non recours aux droits de l'assurance maladie faisant suite à ces raisons institutionnelles sont relevés par Médecins du Monde⁶⁹.

Ces quelques points sur le logement n'abordent pas une dimension plus large, celle de l'environnement social dans lequel il est situé. C'est une variable qui semble plus pertinente que le logement isolé de son contexte. L'environnement social pourrait inclure le « capital social », dans le sens où R. Putnam l'entend⁷⁰. Cela concerne les ressources collectives mises à disposition par une société afin de créer du lien social et réaliser le bien commun ; par exemple les services, les formes de solidarité ou encore le sentiment de sécurité dont un individu peut bénéficier dans son environnement. L'IRDES fait part de cette approche issue

⁶⁹ LERICHE M., SIMONNOT N., *op. cit.*, 2004.

⁷⁰ Voir notamment PUTNAM R.D., *Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community*, New York: Simon and Schuster, 2000.

de l'épidémiologie sociale⁷¹. Le capital social est placé comme déterminant de l'état de santé, le réseau social ayant par exemple des influences sur les facteurs psychosociaux des individus et sur leurs comportements, avec la diffusion de ceux qui apparaissent bénéfiques et le rejet de ceux à risque.

Mais, à l'heure où le « désert médical français » devient de plus en plus préoccupant, s'interroger sur l'environnement dans lequel s'inscrit le logement apparaît particulièrement pertinent pour éclairer le non recours aux soins. C'est l'offre de santé qui est directement questionnée ici comme potentiel facteur explicatif. Or, à ce titre, de nombreux constats se rejoignent sur les inégalités dans la répartition spatiale de cette offre. Cela touche la densité de médecins, avec un potentiel « effet d'offre » selon M. Collet⁷² qui voudrait que les médecins, quelle que soit leur discipline, anticipent une demande faible, non solvabilisée, dans certains quartiers et décident de ne pas s'y installer.

Un autre obstacle est la répartition territoriale des professionnels de santé, marquée par une surconcentration des soins spécialisés dans certains lieux des villes, en général dans leurs centres. Notons au passage que nous ne traitons l'aspect géographique que d'un point de vue urbain, à partir du terrain d'enquête dans une ville de taille moyenne ; la problématique des zones rurales n'est pas abordée même si elle est toute aussi préoccupante.

De plus, l'offre de santé peut être existante, mais d'une qualité très inégale selon les lieux. Le cas des PASS en est significatif ; si elles ne sont pas mises en place dans certaines villes (dont Grenoble), d'autres n'existent « *que sur le papier* »⁷³ et/ou font preuve d'une opérationnalité critiquée... Situation paradoxale d'un dispositif destiné à améliorer l'accès aux soins qui y introduit de nouvelles inégalités. Enfin, du côté de l'accès aux droits, des disparités régionales voire intrarégionales sont relevées en matière d'assurance maladie de base. Peu d'explications, si ce n'est du côté des obstacles institutionnels, avec les écarts entre pratiques professionnelles. O. Griette⁷⁴ pointe du doigt par exemple les différentes implications entre les caisses primaires d'assurance maladie, malgré leur rôle dans l'accès aux droits et aux soins (elles reçoivent 85% des bénéficiaires de la CMU). Certaines sont ainsi plus mobilisées dans cette optique, avec le recours à des médiateurs dont le rôle est de faciliter l'accès aux soins.

⁷¹ Pour cette approche et d'autres, voir GRIGNON (dir.), *op. cit.*, 2004.

⁷² COLLET M., *op. cit.*, 2001.

⁷³ LERICHE M., SIMONNOT N., *op. cit.*, 2004.

⁷⁴ GRIETTE O., « Le non-recours à l'offre de santé » in WARIN P. (dir.), *Le non-recours aux services de l'Etat. Mesure et analyse d'un phénomène méconnu*, Grenoble, CERAT-IEP.G., sept. 2002, pp.169-201.

Ces diverses formes d'inégalités spatiales étant, il ne s'agit pas d'évincer une discussion autour de leurs impacts sur le non recours aux soins. Selon le CREDES⁷⁵, la répartition géographique de l'offre de soins a peu d'effets sur le recours aux soins, hormis pour quelques personnes. Les difficultés que rencontrent ces dernières au sujet de la distance renvoient à des enjeux de mobilité et d'autonomie. Les résultats de l'enquête de terrain confirment ce constat. Parmi les personnes rencontrées indiquant renoncer ou retarder des soins jugés trop éloignés de leur domicile – ce qui est surtout le cas des soins spécialisés – les raisons évoquées tournaient autour des difficultés à se mouvoir à cause de troubles fonctionnels, à s'orienter de manière générale dans la ville et à faire usage des transports en commun, ou bien encore de l'absence de moyens de déplacements personnels lors de la survenue d'évènements douloureux urgents. Se déplacer pour consulter en dehors d'un périmètre proche de chez soi fait aussi ressurgir la question financière. Une secrétaire des centres de santé rapporte ainsi le cas d'un homme ne se rendant pas à plusieurs de ses rendez-vous à l'hôpital, jusqu'au moment où elle décida de l'aider dans sa démarche. Elle se rendit alors compte que ses rendez-vous non honorés étaient dus à l'heure de rendez-vous ; l'hôpital ne lui en donnait qu'en dehors des horaires de gratuité des transports en commun grenoblois. Cela impliquait un coût que l'homme ne pouvait supporter, mais qu'il n'osait pas signaler à la secrétaire de l'hôpital. Ici est envisagé le seul coût financier ; le coût moral est une autre variable à prendre en compte dans le déplacement et qui le sera dans la partie sur l'expérience de la précarité. Ajoutons que le manque d'offre de soins a aussi été rencontré comme explication du non recours, au niveau des soins infirmiers contraints par le retrait des infirmières libérales dans un quartier grenoblois. Celles du centre de santé doivent de fait assumer l'ensemble des besoins, pratique impossible au vu de l'effectif, leur demandant alors d'établir des priorités entre les patients et de ne pas les prendre tous en charge.

Les résultats semblent indiscutables sur le rôle de la situation de l'offre de soins sur le recours aux services de santé. Toutefois, il faut se garder d'envisager la proximité comme la solution unique, déterminante, et ce tout d'abord d'un point de vue médical. L'enquête précitée du CREDES envisage la proximité comme une « *exception française* », à valeur symbolique et basée sur le présupposé que « le plus proche est le mieux », sans que cela soit démontré sur le plan des soins médicaux⁷⁶. D'un point de vue sociologique ensuite, le simple constat d'entendre dans les entretiens des personnes éprouvant des difficultés de déplacement

⁷⁵ LUCAS-GABRIELLI V., NABET N., TONNELIER F., « Les soins de proximité : une exception française ? », *Questions d'économie de la santé*, juillet 2001, n°39, pp.1-4.

⁷⁶ *Ibid.*

pour se rendre au centre de santé, pourtant à proximité, éveille l'attention sur d'autres facteurs de renoncement aux soins qui ignorent la distance physique reliant les patients aux services de santé.

10. Le type de maladie

Dernière variable à aborder, le type de maladie aurait un impact sur le non recours aux soins. Plus qu'une distinction maladie par maladie, il ressort davantage la différenciation entre, d'une part, les maladies chroniques et, d'autre part, les maladies diverses, non chroniques. L'échantillon des personnes enquêtées était basé sur un critère médical incluant le fait d'avoir au moins une ALD ou une pathologie chronique, outre d'autres variables telles que les pathologies psycho-comportementales.

Le retard et le renoncement aux soins seraient alors corrélés à la maladie chronique. Quelques enquêtes vont dans ce sens. Une étude, dans le contexte des centres de soins gratuits, relève que 63% des patients ont une maladie chronique et que celle-ci est insuffisamment suivie dans un quart des cas⁷⁷, tandis que l'enquête de l'IRDES dans cinq ZUS de région parisienne démontre que le renoncement aux soins est plus fort pour les personnes ayant ces maladies⁷⁸.

Voilà les principaux déterminants du non recours aux soins qui nous sont apparus. Ils n'épuisent bien évidemment pas l'ensemble des pistes d'explications ; l'origine sociale des individus, le fait d'avoir vécu des événements difficiles pendant l'enfance, etc. auraient pu avoir leur place ici par exemple. Il a été fait le choix de les envisager ultérieurement.

Quelle analyse générale pouvons-nous faire ressortir de ces déterminants ? Tout d'abord, leur nombre réaffirme le constat d'une multiplicité des variables du non recours en matière de santé chez les patients précaires. Les principales caractéristiques de la personne –âge, activité professionnelle, lieu de vie... – méritent chacune d'être interrogées dans ce sens. La santé se retrouve bien au carrefour des différentes problématiques personnelles. Une grande richesse

⁷⁷ CHAUVIN P., GILG SOIT ILG A., LEBAS J., « De la médecine libérale aux dispositifs de soins gratuits : un continuum de situations » in LEBAS J., CHAUVIN P., (dir.), *op. cit.*, 1998.

⁷⁸ BAZIN F., PARIZOT I., CHAUVIN P., *op. cit.*, 2001.

de déterminants donc, mais, en contrepartie, une lisibilité difficile du poids de chacun d'eux dans l'explication du non recours.

Et c'est bien là un point essentiel de cette partie. En effet, parmi les variables successivement abordées, certaines laissent entendre qu'elles ont un rôle plus significatif que d'autres. A ce moment de l'analyse, le non recours aux soins paraît davantage déterminé par le niveau d'éducation, le revenu, la situation professionnelle et la couverture complémentaire. Ils nous sont apparus centraux pour plusieurs raisons, parce qu'ils étaient décisifs (le niveau de revenu est une contrainte pour des soins onéreux) ou parce qu'ils impliquaient des formes de non recours sur plusieurs niveaux (l'éducation intervient sur la relation au médecin, l'information sur les filières de soin...), renforçant de fait leurs impacts.

Cela ne veut pas pour autant dire que les autres variables n'ont pas d'incidences sur le non recours aux soins de santé, même si certaines pourraient voir leur rôle s'annuler (le cas de la distance géographique par exemple). Elles peuvent se révéler discriminantes uniquement lorsqu'elles sont associées à une variable plus significative. L'âge est à ce titre un bon exemple ; il semble qu'il prenne sens en complément de la situation sociale. Des profils de personnes davantage exposées au non recours peuvent de ce fait ressortir, tout en se gardant donc d'un écueil déterministe qui découperait par population *strico sensu*, à partir de variables isolées les unes des autres (« les jeunes », « les chômeurs »...). Il est plus pertinent de rendre compte du cumul de précarité auquel semblent faire face les personnes en situation de non recours et, de fait, d'intégrer les diverses variables dans le découpage analytique.

Pour finir, il nous faut aussi nous méfier d'une lecture trop statique que favoriserait cette partie. De même que la précarité ne se définit pas comme un état, l'analyse du non recours ne se résume pas à prendre la photo d'une des variables à un moment donné. Si des déterminants sont en soi facteurs de non recours, agissant de manière isolée comme le revenu au niveau des effets de seuil, ils sont aussi à envisager en termes de combinaison (de la même manière que le fait le dernier ouvrage de l'INSERM sur le recours aux soins des personnes précaires⁷⁹) et de processus. Il s'agit de regarder ce qui, dans le parcours des personnes, du côté de leur situation sanitaire et sociale, a des conséquences sur leur recours aux soins. L'expérience, présente et passée, qui est corrélée à certaines variables mérite par conséquent une attention particulière. C'est ce que nous allons tenter de faire dans la partie suivante.

⁷⁹ Voir le tableau p. 7 dans CHAUVIN P., PARIZOT I., *Santé et recours aux soins des populations vulnérables*, Paris : INSERM, 2005.

II. LA MALADIE, UNE EXPERIENCE PERTURBATRICE

Analyser de manière dynamique, au sein des variables dégagées précédemment, ce qui peut favoriser le non recours en matière de santé amène logiquement à se pencher sur l'expérience autour du sujet principal, la santé. Partant de l'hypothèse que les causes du non recours se différencient en fonction des domaines, il est justifié de se centrer en premier lieu sur le domaine en question dans ce mémoire.

Une difficulté initiale s'est posée. Comment dénommer cette expérience ? S'agit-il de l'expérience de la santé, celle médicale ou bien celle de la maladie ? De prime abord, il paraissait plus pertinent de traiter de la santé, du thème central de l'analyse. Toutefois, parler de l'expérience dans ce domaine renverrait, d'après une définition de l'OMS, à la santé comme « *état complet de bien être physique, mental et social, et pas seulement à l'absence de maladie* ». Les patients rencontrés sont loin de cet état et, de plus, même si la majorité garde en tête cet objectif, quelques uns en viennent même à ne plus imaginer retrouver une santé entendue dans ce sens. Dès lors, retenons l'option « d'expérience de la maladie », puisque c'est elle qui est censée désorganiser la vie du patient dans plusieurs de ses composantes, comme le traduit exactement la formule d'« *évènement-social maladie* » employée par I. Baszanger⁸⁰. L'échantillon composé de personnes porteuses d'une maladie chronique renforce cette position ; il s'agit bien d'analyser en quoi l'introduction puis le vécu de la maladie pouvaient avoir des incidences sur le non recours aux soins chez ces personnes.

Pour traiter de cette partie, nous la scinderons en trois points renvoyant successivement aux différents rapports à la maladie – dégageant ceux impliquant une potentialité de non recours –, aux expériences passées de la maladie et leurs conséquences, avant de finir par les expériences présentes.

⁸⁰ BASZANGER I., *op. cit.*, 1986.

1. Au sujet des différents rapports à la maladie

Avant d'entrer dans les expériences mêmes des personnes, il est important d'introduire quelques notions autour de la maladie. Car, si ce terme au singulier laisse à penser qu'il s'agit d'une situation homogène, la maladie est vécue de manière différente selon les individus. Constat évident, mais néanmoins central à rappeler. En effet, nous pouvons poser l'hypothèse que certains rapports à la maladie sont facteurs de non recours aux soins. Selon S. Fainzang, si « *la maladie n'a pas besoin d'exister (d'un point de vue bio-médical) pour être représentée voire même identifiée par les agents* », « *c'est la désignation par le sujet de ce qu'il perçoit comme son mal et l'interprétation qu'il en donne qui déterminent ses recours thérapeutiques* »⁸¹. Elle poursuivra en démontrant que ces perceptions orientent de la même manière l'itinéraire thérapeutique. Une illustration de ces processus pourrait être le cas des soins prodigués aux personnes âgées, lorsque des patients décident de ne plus recourir aux personnels soignants et au traitement, la maladie étant vécue comme appartenant à l'ordre (naturel) des choses, voire incurable.

L'analyse des différents rapports à la maladie paraît de ce fait féconde. Quels sont ces différents rapports et comment s'expriment-ils ? Parmi les différents travaux sur les perceptions de la maladie, celui de G. Menahem⁸² nous a semblé le plus pertinent pour notre propos. Il opère tout le travail de jonction entre rapport à la santé, déterminé par les trajectoires familiales d'après cet auteur, et type de recours aux soins. Quatre idéaux-types sont réalisés de la sorte avec, bien entendu, toutes les limites qu'implique cet exercice et l'impression d'une analyse superficielle, à grands traits, que cela peut laisser. Il n'en demeure pas moins intéressant pour dégrossir la question et guider notre réflexion. Présentons ces quatre points en essayant de les illustrer dans la mesure du possible avec des éléments issus des entretiens avec les patients des centres de santé, avant d'en voir les conséquences sur le recours aux soins.

G. Menahem établit deux types de distinction pour classer les quatre rapports à la maladie, entre maladie exogène/endogène et maladie relationnelle (être malade)/ontologique

⁸¹ FAINZANG S., *op. cit.*, 1989.

⁸² MENAHEM G., « Spécificités des usages précaires des systèmes de soins : quelques hypothèses », working paper, IRDES, mars 2000.

(avoir une maladie). Nous suivrons ici la seconde séparation, en commençant par les maladies ontologiques.

La première des représentations de la maladie est intitulée « maladie-ordinaire ». Ici, G. Menahem fait référence à Laplantine qui la définit comme « *à l'intérieur de moi, quelque chose de localisé contre lequel je ne peux rien et je n'y suis pour rien* ». Il s'agit donc 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 terme de transmission familiale et devient alors un signe distinctif de la famille. Nous en trouvons des traces chez une patiente interrogée. A la question de savoir d'où venait sa dépression, elle évoque d'abord un « *choc émotionnel* » puis le fait que « *d'autres disent que c'est génétique* », en enchaînant directement en démontrant que « *d'ailleurs [sa] mère elle a tendance à l'être* ». En général, G. Menahem explique que ce cheminement entraîne une déculpabilisation de la personne vis-à-vis de cette maladie héritée, avec une certaine fatalité, face à laquelle on ne peut rien faire. Autre caractéristique, la maladie-ordinaire est souvent 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 plus loin qu'elle « *engage l'identité du malade* ». L'explication d'une telle conception renvoie à la place que la personne a eu 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 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.

(16) 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 la l'accumulation de douleurs que j'ignorais ressortent tout d'un seul coup.

Ca 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.

L'autre série de maladies englobe celles d'ordre relationnel. Plutôt que d'« avoir une maladie », il est question d'« être malade » et d'un état envers lequel la personne se sent responsable de sa situation. Ce sentiment est moins diffus 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 ne voit cependant la situation que temporairement et envisage la guérison à la condition que ces problèmes familiaux prennent fin.

La dernière forme à évoquer est la « maladie-sanction ». « Sanction » car les causes là 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 sanctionnés 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...). Le manque relationnel peut aussi advenir des relations sociales plus larges, telle la mort d'un proche. 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* », au travail « *c'est vrai que j'ai fait des abus* »), tout en le raccrochant à son passé familial :

(11) *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 [alcoolisé], 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... moi j'ai manqué d'avoir un frère qui aurait pu mourir à cause de ça.

De l'alcool ?

Oui. Il est resté trois jours dans le coma chez lui.

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.

Quant à la fragilité et au manque que G. Menahem associe à la « maladie-sanction », de nombreux moments de l'entretien ont abondé en ce sens. Cela se ressent notamment vis-à-vis de lui (« *j'ai tout perdu* », « *maintenant je suis cuit* », « *j'ai plus goût à rien* ») et du 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 un même évènement, selon les personnes, leur parcours. Entre le sentiment d'une maladie causée par un agent extérieur ou par soi, entre la perception d'une maladie indomptable ou surmontable, etc., les éventuelles combinaisons de ces situations favorisent l'hypothèse d'une correspondance étroite entre rapport à la maladie et non recours aux soins. Ce sont donc certaines représentations plus que d'autres qui seraient significatives dans le non recours.

En reprenant les distinctions proposées par G. Menahem, ce sont les maladies d'origine endogène, à savoir la maladie-sanction et la maladie-destinée, les plus concernées. La maladie-destinée, nous l'avons vu, est appréhendée sous l'angle de la victimisation, quant à l'intrusion d'un corps étranger aux conséquences importantes sur la personne. Face à cela, choisir de « vivre avec » éloigne l'idée de guérison, et donc de recourir 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 se complète d'un horizon pouvant être celui de la mort. Quant à la maladie-sanction, à la fois le fait de rechercher la cause du côté d'un manque relationnel et le fait que la personne prenne à son compte la responsabilité de la

maladie, ne facilitent guère le recours aux soins. 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.

La genèse de ces rapports à la maladie selon G. Menahem est à sonder du côté de la trajectoire familiale, du vécu de l'enfance par les personnes. A travers ces indicateurs, la question sociale pointe et sera à revoir dans le cadre de notre troisième partie. Toutefois, ces conceptions de la maladie – et d'autres que nous n'aurions pas le temps de développer – ne semblent pas non plus être indépendantes du vécu de la maladie. Les diverses expériences passées, en matière de maladie et de recours médical, sont à interroger dans ce sens.

2. Du côté des expériences passées...

Les entretiens avec les patients des centres de santé n'étaient pas destinés à l'origine à recueillir une quantité d'informations de type récit de vie. Les expériences passées étaient davantage envisagées pour leur valeur illustrative, en demandant par exemple aux personnes de raconter leur dernier recours à une institution sanitaire autre que le centre de santé. Toutefois, il s'est révélé très intéressant de voir la manière avec laquelle les personnes remplaçaient d'elles-mêmes leurs explications du retard et du renoncement aux soins dans une temporalité large. Leurs maladies enfantines, leurs différentes prises en charge médicales... étaient ainsi évoquées, et ce de manière assez riche étant données leur(s) maladie(s) chronique(s) et, ne l'oublions pas, leurs conditions de vie.

Partant de ce constat, c'est alors tout un parcours médical à interroger, au regard de la situation actuelle de non recours aux soins. Qu'est-ce qui, dans les facteurs de non recours mis en avant par la personne, découle de l'expérience de la maladie passée ? Les éléments dégagés s'entremêlent souvent, rendant difficile le besoin d'isoler leur rôle propre et d'organiser la réflexion. Essayons de distinguer ce qui nous semble être basé sur des plans différents, à savoir celui du rapport aux institutions et celui du rapport à la médecine.

a. Les conséquences d'expériences négatives dans la relation aux institutions

Les différentes fréquentations des institutions médicales orientent la perception actuelle que les personnes en ont et, corrélativement, leur recours. Elles ne sont bien entendu pas les seules à construire ce regard. Certaines institutions plus que d'autres jouissent d'une image négative, partagée socialement et diffusée par différents vecteurs. Si un seul exemple serait à donner, ce seraient les diverses institutions dédiées à la prise en charge des troubles psychiatriques.

Nous ne nous attachons ici qu'à la fréquentation concrète des institutions dont les personnes ont parlé, *a priori* plus significatives puisqu'elles recréent un système de signification allant dans le sens – ou contre – les présupposés initiaux de la personne. 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 le recours aux institutions, tout du moins pour celles où la personne est suivie. C'est le constat qui émerge d'une requête 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* » ou encore que « *les appréciations positives des centres de soins gratuits augmentent avec le niveau d'intégration* »⁸³. Il est entendu que ce constat a 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 (la « première démarche »), créer des liens avec des membres du personnel⁸⁴ et y trouver des éléments appréciables. Il en est ainsi de ces patients interrogés pour qui, au bout d'un certain temps, venir au centre de santé n'est plus

⁸³ MENAHEM G., *op. cit.*, 2000.

⁸⁴ I. Parizot met bien en lumière la création de liens lors de recours aux soins et, dans la continuité des récents travaux de S. Paugam, la distinction entre les types de liens en fonction du lieu de soin. Ainsi, l'univers symbolique humaniste (centres de soin gratuit, associatifs, par exemple) favorise la création du lien social d'intégration, tandis que l'univers médical (hôpital) développe un lien de citoyenneté. PARIZOT I., *op. cit.*, 2003.

synonyme de venir consulter, mais venir discuter avec une secrétaire, trouver une ambiance chaleureuse, voire demander un conseil de tout ordre.

Néanmoins, d'un autre côté, un passé médical chargé peut influencer sur un mode négatif la perception des institutions. Dans de telles situations, l'accent est mis davantage sur la fréquentation elle-même, avec son rôle sur le non recours. Le principal facteur ne se situe pas à ce niveau. Il est la conséquence directe d'expériences vécues, ressenties comme négatives par les personnes. Là est l'intérêt de se centrer sur une analyse compréhensive puisqu'elle montre bien l'importance de toutes ces expériences, uniques ou répétées, qui laissent des marques chez la personne. Il peut y avoir eu un effet lié à l'entretien, dans lequel les personnes mettent particulièrement en avant ces situations, les développent plus longuement que toutes celles, plus courantes, jugées moins significatives. La manière avec laquelle ils décrivent certains lieux ne veut ainsi pas forcément dire que ce sont des lieux où la règle est à la maltraitance des patients, sans dénier le fait que certains n'ont pas la palme du meilleur accueil. Loin de cela. Il en demeure que ce sont ces expériences qui ressortent dans les discours, ce qui est en soi un indicateur.

Quelles sont les conséquences de ces expériences ? Elles sont souvent associées à un sentiment de défiance, voire de rejet virulent des institutions en cause. Il s'agit de ne plus y aller, ou qu'en cas de forte nécessité. C'est particulièrement récurrent vis-à-vis de l'hôpital public, institution avec laquelle de nombreuses personnes sont amenées à être en contact, mais qui est davantage fréquentée par les populations précaires. Les récits de ces contacts sont toujours connotés de manière négative, quels que soient les motifs de recours. Tous les aspects de la fréquentation y passe, 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 associée pour plusieurs patients à l'« *usine* ». Une femme témoigne ainsi d'une mauvaise expérience à l'hôpital, avec les conséquences sur le fait d'éviter d'y retourner ou préférer consulter les centres de santé :

(10) *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 » [rire] Mais aucun soutien moral, allez t'es hospitalisé, 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... [air angoissé] Si j'ai pas le choix on y va... mais je passerai par [le médecin du centre] si elle est là.

La manière dont les personnes racontent ces expériences passées et orientent leurs pratiques actuelles est envisagée comme facteur de non recours – volontaire – aux soins hospitaliers et, dans le même sens, spécialisés.

Mais la question ne se pose pas uniquement vis-à-vis des institutions envers lesquelles le rapport est d'ordre anonyme, impersonnel et bien souvent ponctuel ; c'est l'hôpital dans son ensemble qui est en cause, mais pas ses soignants. Or, la défiance se porte aussi sur des médecins généralistes, amenant de fait à envisager le non recours à ces soins plus réguliers. En effet, les patients interrogés raisonnent souvent en comparant les divers médecins qu'ils ont consultés. Ce système de représentation binaire amène à scinder deux groupes de praticiens : les médecins du centre de santé (ou plus précisément le médecin habituel, « *mon médecin* ») et les « *autres* » médecins. Les premiers disposent d'une image positive, partagée par l'ensemble des personnes rencontrées. Cette image leur est d'autant plus favorable qu'elle s'appuie sur une critique des « *autres* » médecins qui font défaut sur chaque critère d'évaluation des patients. A l'inverse donc, il est possible d'envisager que la perception négative est amplifiée dans les représentations par le décalage, la comparaison à partir de l'expérience vécue entre différentes pratiques professionnelles. Contrairement à la majorité des médecins des centres de santé, l'expérience auprès des « *autres* » médecins a amené à les juger peu enclins à l'écoute et peu humains, trop intéressés par le seul acte financier et dispensant des consultations trop rapides, sans explication, peu compétents sur le plan médical et laissant le sentiment de ne pas être assez bien ausculté et soigné ... Bref quelqu'un en qui on n'a pas confiance ; confiance qui est un élément important dans le champ de la santé. Cela se ressent à certains moments dans le discours de patients laissant spécialement entendre de la suspicion.

En terme de recours aux soins, certains patients expliquent entretenir un rapport similaire avec ces médecins quand ils doivent les consulter, et ce même si leurs expériences passées ne leur ont pas laissé bonne impression. D'autres, par contre, accompagnent leur regard négatif, leur défiance, d'éléments justifiant un recours différent. Il est à noter que la défiance ici à l'œuvre semble dépasser le seul médecin en cause : certains patients en viennent à englober tous les médecins autres que ceux qui les suivent habituellement dans un même ensemble de médecins à éviter. L'« *autre* » médecin, en tant que professionnel et personne, avec qui on a eu une mauvaise expérience devient les « *autres* » médecins, eux indéfinis. Le non recours

entraîné par ce processus a une intensité variable, graduée. Une forme peu conséquente intervient lorsque la personne décide de consulter un autre médecin, mais en entretenant avec lui un rapport différent. Le contenu de la consultation n'est pas le même, le patient m'expliquant moins s'étendre, restant sur l'aspect médical uniquement et invoquant le minimum nécessaire. A l'opposé une conséquence peut être plus importante avec un non recours total, dès lors que le patient, en l'absence de « son » médecin habituel, décide de ne pas consulter lors de l'apparition d'un symptôme.

Ces éléments laissent entrevoir les conséquences d'expériences passées rapportées de manière négative sur le phénomène de non recours. Elles se cumulent souvent à d'autres facteurs et prennent une ampleur certes variable, mais parfois décisive et préoccupante lorsque les institutions ou professionnels de santé concernés ont un champ d'action central (de type prise en charge des urgences), ne pouvant être remplacé par l'action des professionnels des lieux de soin appréciés des patients.

b. Traumatisme et scepticisme à l'égard des traitements

Un second impact des expériences passées apparaît particulièrement net et récurrent dans les propos des patients des centres de santé. Il s'applique au traitement, aux médicaments en général. Dans certains cas, ce sentiment n'est pas déconnecté de la perception de mauvaises expériences dans des institutions. Les patients ayant séjourné dans différents hôpitaux psychiatriques, souvent à plusieurs moments pour des séjours plus ou moins longs, sont une majorité à démontrer ce type de lien. Le récit de ces parenthèses médicales évoque le traumatisme. Parmi les raisons, avoir été soi-même l'objet de traitements lourds ou avoir vu des personnes avec des prises en charge médicamenteuses conséquentes amène des souvenirs sur ce ton du traumatisme. C'est ce que résume bien cette patiente, revenant à plusieurs moments dans l'entretien sur son expérience douloureuse en hôpital psychiatrique et en venant à utiliser elle-même directement le terme de « traumatisme » :

(14) De toute façon quand j'étais aussi HS les choses on n'a pas besoin de parler on les voit, quand on est à table et qu'on a trois personnes à table, ils tendent la main, moi je me souviens j'en avais qu'un ou 2 à l'époque alors que certaines personnes en avaient jusqu'à plus de 10... parce qu'il y a l'antidépresseur, l'anticorrecteur de ci, l'anticorrecteur de ça, un anxiolytique... je sais plus quoi exactement vous savez c'est tout des noms j'ai pas retenu mais on en voit ils en ont une pleine main !

On a beau être malade, je peux dire que je m'en souviens encore et même à l'époque je me disais que j'accepterais jamais qu'on aille aussi loin avec moi !

Même si admettons que c'est pour votre bien et que c'est justifié ?

18 cachets pour une dépression ?

Il y a une limite à pas dépasser ?

Je sais pas peut être si j'avais le cancer ! Mais... non je pense que vous vous rendez compte c'était surtout les histoires de correcteurs et puis c'est aussi on voit les gens qui arrivent à table, ils sont amorphes, ils marchent... ils sont penchés comme ça, les épaules en bas, ils sont presque pliés en deux comme des petits vieux, on voit qu'il y a plus de ressort de vie quelque part, on dirait presque des automates ! Et oui ça non je veux pas c'est clair, c'est évident, si c'est ça pour la médecine soigner les gens, moi je pense que c'est pas ça. Je pense que là dessus la médecine a des grands grands progrès à faire, plus que pour le cancer.

Vous avez peur que cette image vous arrive ?

Je sais pas quand on voit les gens, ceci dit avant que j'en arrive là je vais péter des flammes et je vais râler mais en plus quand on était à Saint Egrève [Hôpital psychiatrique dans les environs de Grenoble] les infirmières surveillaient qu'on prenait les cachets, surtout pour certains parce qu'il y en a qui leur faisaient confiance, mais vous imaginez si un jour on m'en met 18 dans la main et presque qu'on me les fout dans la bouche, qu'est ce que je vais pouvoir faire une fois que je les aurai avalés ? A part éventuellement me faire vomir, même si je sais pas faire, je pourrais apprendre. Voilà je pense pas avoir vu quelqu'un les refuser mais ça fait peur ! Ça fait peur ! ça fait peur de voir les gens comme des légumes, comme on dit, de voir qu'il n'y a plus de ressort, qu'ils marchent parce qu'on a appris à marcher mais de voir que c'est presque des automatismes qui les font se lever... oui c'est quelque chose d'assez traumatisant quelque part... donc savoir qu'un cachet il peut rendre quelqu'un comme ça oui c'est inquiétant.

Elle fera plus loin le lien entre ses souvenirs et son comportement actuel à l'égard des médicaments, marqué par des périodes d'inobservance de son traitement et de méfiance envers les médicaments prescrits pour d'autres symptômes. Son exemple est illustratif de la manière avec laquelle une seule expérience peut étendre ses conséquences à des domaines plus larges.

Ici, ce sont donc les expériences en institution mises en cause, même si le traitement en est au cœur. Pour davantage de patients, ce sont les traitements eux-mêmes qui se trouvent être à l'origine de leur défiance vis-à-vis des médicaments. La maladie chronique prend tout son sens à ce niveau. Elle est et a été souvent accompagnée de nombreux traitements, dus à un diagnostic délicat amenant à essayer différents traitements, ou à la prise en charge habituelle de certaines maladies. Le jeune patient interrogé donne une image de ce processus, de même qu'une autre raison liée au conditionnement des médicaments :

(24) Là vous êtes venu pour une entorse mais avant vous avez dit que vous aviez eu un problème par rapport au traitement d'une maladie ?

Oui, épileptique, c'était il y a 4 ans. Franchement j'ai changé de traitement au moins une bonne dizaine de fois, en fait je faisais des absences et on connaissait pas encore les médicaments pour stopper ça donc j'ai pris des médicaments, des sirops, et j'étais petit, en plus c'était des médicaments qui me faisaient vomir donc j'en ai eu marre et je les ai plus pris. Heureusement ça s'est arrêté parce qu'au bout d'un moment je les prenais vraiment plus. Encore à cet âge là j'étais en internat, j'étais suivi par des éducateurs donc j'étais obligé de les prendre à chaque fois. Ils me faisaient penser et après j'avais pas le choix je devais les prendre devant eux. Mais c'est vrai que plusieurs fois je les ai pas pris.

Les conséquences pour ce patient se sont restreintes à l'arrêt du traitement pour son épilepsie et à un certain recul vis-à-vis des médicaments lui rappelant ceux pris plus jeune.

Plus couramment enfin, avoir pris différents traitements au cours du passé développe chez plusieurs patients un scepticisme quant à l'utilité générale des médicaments. C'est un des arguments invoqués en faveur d'une automédication mobilisant d'autres réponses thérapeutiques jugées plus efficaces. En effet, si les quelques essais n'ont pas donné de résultats satisfaisants selon les patients, il est préféré agir seul – voire ne rien faire – avec des moyens universels, qui ont fait leur preuve.

Par extension, l'automédication est sous-tendue par un scepticisme à l'égard de la médecine comme nous le retrouvons par moment. Les patients en venant à affirmer que la médecine est sans résultat la mesure en partie à l'aune de l'efficacité des traitements médicamenteux expérimentés personnellement, ou d'autres modes de traitements d'ailleurs. Ainsi cette femme qui a arrêté ses séances de kiné étant donné que « *ça n'a pas réparé [sa] sciatique* ». En réponse, les attitudes de « patience » ou de « résistance » face à la douleur, la valorisation de l'autonomie personnelle... déjà évoquées, trouvent une part de leur explication dans la construction de cette perception au gré du passé médical.

Les points d'entrée présentés ici – le rapport aux institutions, aux traitements et à la médecine en général – procèdent d'un constat similaire. Les expériences passées dans différents domaines médicaux impriment leurs conséquences sur le mode de recours actuel des personnes. La santé étant particulièrement dépendante de ces expériences – on ne sait pas grand-chose tant qu'on n'y est pas confronté – leur poids ne fait qu'en être augmenté. De plus, le fait que l'ensemble des dimensions soit lié va dans le même sens. En effet, une expérience dans une institution peut renvoyer à la perception du corps professionnel, du traitement, etc. Une mauvaise expérience n'a par conséquent pas un impact isolé. Autant d'éléments qui entrent en jeu et complètent les expériences présentes.

3. ... et des expériences présentes.

Après s'être centré sur les expériences passées, voyons ce qui fait le plus sens pour les patients rencontrés, à savoir l'expérience présente de leur maladie chronique. Elle s'impose

comme étant centrale dans l'analyse des effets de l'introduction de la maladie sur la vie sociale des patients. C'est elle qui cristallise toutes les expériences passées, qui rend compte le mieux du vécu de la maladie et qui se trouve en même temps décisive dans les perspectives futures que peuvent avoir les personnes. Elle devient en quelque sorte la charnière d'une dialectique passé-présent-futur. Par ce biais, nous évoquons déjà une dimension fondamentale, celle du temps, que nous retrouverons plus loin dans notre propos.

En tenant compte de la diversité des maladies chroniques – et donc de leur implication – nous avons pu dégager des éléments significatifs dans l'analyse des déterminants du non recours aux soins de santé. Pour en faciliter la présentation, trois éléments seront abordés, reprenant la question du traitement, les conséquences de la survenue de la maladie chronique dans la vie de la personne ainsi que les incidences sur l'image de soi.

a. Des formes de lassitude et de rejet des traitements dues à l'incertitude et aux contraintes de la maladie chronique

Les maladies chroniques, tel qu'indiqué auparavant, ont en commun d'être marquées par l'incertitude du traitement. Ce dernier peut par exemple être lourd, demandant une prise en charge quotidienne, ou être souvent remis en cause. A ce niveau, le patient testera de nombreux traitements à la suite, avec un suivi régulier chez le médecin. Dans tous les cas, le traitement de la maladie chronique implique un rapport au temps particulier. C'est ce que nous allons voir, avec la question du temps contraint et de l'incertitude face au temps initiée par la maladie dont sont porteuses les personnes.

S'il est fait référence au temps autour du traitement, c'est que les maladies chroniques en demandent en quantité, étant en quelque sorte « chronophage ». Etre malade chronique implique un investissement en temps au patient : entre les rendez-vous chez le médecin pour diagnostiquer puis prescrire un traitement – quand ce n'est pas pour le renouveler ou le changer –, entre l'achat du traitement en pharmacie, entre la prise du traitement quotidien, à différentes échéances... ce sont autant d'occasions éparses qui, mises bout à bout, représentent du temps.

Il ne s'agit pas pour l'instant de perception de ce temps mais bien de temps concret pour les personnes. A leur niveau, cela peut être ressenti sous l'angle de la lassitude, face à ce parcours de soin chargé qu'il leur est demandé de gérer sans qu'ils ne l'aient voulu. Lassitude

qui, en terme d'observance thérapeutique, peut se traduire par exemple par un arrêt momentané du traitement. Ainsi de ces oublis, involontaires ou non, qui ont été justifiés par les patients interrogés. Les moments de discontinuité dans l'observance du traitement sont souvent minimisés lorsqu'il s'agit d'oublis involontaires, montrant par là qu'il s'agit de suivre le traitement avec une certaine souplesse sans pour autant le remettre en cause.

A l'opposé, la lassitude s'exprime aussi dans un rejet fort vis-à-vis du traitement de la maladie chronique. Ce rejet prend une explication particulière dans le cas des maladies chroniques. S'il naît en partie de la perception générale des médicaments, une large part s'explique par l'une des caractéristiques relevées par I. Baszanger. Les maladies chroniques ont en commun, d'après elle, une gestion spécifique où « *au schéma habituel symptôme-diagnostic-traitement-guérison (mort) doit se substituer un schéma toujours ouvert, autrement dit incertain : à l'aboutissement que constitue la guérison se substitue la gestion de la chronicité quotidienne* »⁸⁵. Le traitement de la maladie chronique prend donc une dimension toute particulière. Il n'est plus orienté par l'attente d'une guérison et la surveillance de l'évolution des symptômes. Il appartient, pour les patients, à la gestion quotidienne de leur maladie, sans aboutissement envisagé et dans une incertitude qui ne fait que s'étirer dans le temps. Or, à force d'incertitude, il semble que des patients choisissent de mettre un terme à leur traitement. C'est ce qui ressort d'entretiens dans lesquels des personnes expliquaient arrêter leur traitement, durablement ou non, dès que l'occasion se présentait (conseil d'un proche par exemple). Dans ce sens, l'arrêt est placé comme le signe de fin à cette incertitude, comme si la personne utilisait ce moyen pour introduire la perspective de guérison.

Derrière, c'est donc la question de l'incurabilité de la maladie qui est en jeu (ou lorsqu'elle l'est, de la lenteur de son évolution ou du sentiment d'impuissance envers son évolution). A ce titre, d'autres témoignages de patients indiquent des facteurs de renoncement au traitement. Certains considèrent ainsi leur maladie sous l'angle de la fatalité, doutant par ailleurs de l'action des médicaments, tant ils ne perçoivent pas d'évolution ni même envisagent une quelconque amélioration de leur maladie. L'absence de « *médicament miracle* » – formule récurrente significative de l'état de pensée – peut être alors corrélée à l'arrêt du traitement. En effet, les patients n'hésitent pas à arrêter de se soigner, cela d'autant plus lorsque l'arrêt n'est pas associé à l'idée de risque (« *c'est pas grave* » si on ne prend pas son traitement) et que les médicaments disposent d'une perception défavorable (puisque impliquant des conséquences négatives pour le corps).

⁸⁵ BASZANGER I., *op. cit.*, 1986.

b. La survenue de la maladie chronique dans la vie de la personne : entre adaptation et perturbation

Plus profondément derrière la question du temps que demandent le traitement et les divers rendez-vous autour de la maladie chronique, c'est toute la dimension du temps de la vie sociale même du patient qui est soulevée. De nombreux travaux sur la maladie chronique s'accordent sur un même constat : pour I. Baszanger, cette pathologie aujourd'hui dominante se caractérise par une durée qui fait qu'elle « *ne peut pas constituer une parenthèse [...] dans la vie privée et sociale des personnes malades et de leur entourage* »⁸⁶, tandis que pour P. Adam et S. Herzlich, les progrès de la médecine font qu'il n'est plus nécessaire d'être continuellement suivi et de tout arrêter à cause d'une maladie chronique, ce qui entraîne une situation nouvelle pour le malade, avec le besoin d'« *apprendre à composer entre les limitations que son état lui impose et les contraintes de la vie sociale, professionnelle et familiale* ». Ainsi, « *il doit réussir à faire de sa maladie une forme de vie* »⁸⁷.

Un des points communs des maladies chroniques est donc d'avoir des incidences sur la plupart des inscriptions sociales des individus. Les patients interrogés renvoient bien à leur manière ce fait. A l'évocation de leur maladie, les récits se caractérisaient par une présentation en terme de « rupture », dans le même sens d'un « *évènement social qui vient perturber le parcours de vie* »⁸⁸. Cette manière d'organiser leur récit permettait aux patients de bien appuyer sur l'implication qu'avait eu la survenue de leur maladie. L'« avant », passé pouvant être idéalisé, était marqué par une santé non problématique à leurs yeux, marquée par de petits évènements « normaux ». Tandis que l'« après » se complique au niveau sanitaire mais aussi et surtout, ce qui nous intéresse ici, sur de nombreux pans de la vie personnelle. Citons entre autres, l'impact sur la mobilité (sentiment de fatigue, perte de mobilité : « *physiquement je suis réduit, je suis cassé* »), sur le travail (perte ou difficulté d'en (re)trouver un) et sur les relations sociales (patients ne voulant pas faire subir aux autres leur maladie, absences longues en cas d'hospitalisation...). A travers l'énoncé de ces quelques conséquences, oeuvrant sur la personne et sur ses proches, il est à nouveau aisé de voir en quoi la maladie chronique est spécifique et se distingue d'autres pathologies banales, aux conséquences moins importantes ou, tout du moins, plus souvent temporaires.

⁸⁶ *Ibid.*

⁸⁷ ADAM P., HERZLICH S., *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Paris : Nathan, 1995.

⁸⁸ BARREYRE J.-Y., FIACRE P., « Les jeunes en grande difficulté et la santé », MIPES, mars 2004.

Une maladie chronique comme forme de vie et la possibilité grâce au progrès médicaux de le faire certes, mais est-ce que cela est voulu par les patients et comment est-ce vécu par eux ? Il s'est révélé intéressant d'écouter avec quels moyens certaines personnes l'ont intégrée dans leur vie quotidienne. Ajustement de leurs obligations personnelles autour de leur rendez-vous, organisation rigoureuse – proche d'un rituel – des moments de prise de traitement, choix d'un lieu d'habitation intégrant les complications physiques dues à la maladie... autant d'éléments allant dans le sens d'une maladie comme « forme de vie ». C'est elle qui détermine en partie certains aspects de la vie quotidienne, sans pour autant tous les guider ni laisser à ces patients le sentiment d'être totalement contraints. En revanche, d'autres personnes expriment davantage le rejet de cette forme de vie organisée autour de la maladie chronique. Le temps, dans différents domaines, cristallise ce phénomène.

Tout d'abord, dans les éléments de rupture repérables dans le discours des patients, le temps intervient autour du sentiment de contrainte que la maladie implique. Concrètement, comme nous l'avons déjà énoncé, la maladie chronique requiert beaucoup de temps et, de fait, une organisation rigoureuse de son temps personnel. Elle se confronte ainsi à la vie que les personnes avaient « avant », c'est-à-dire avant que la maladie ne prenne une place dans leur vie. Cette opposition est parfois accompagnée d'un sentiment de ras-le-bol. Prenons le cas significatif d'une femme, souffrant de troubles psychiques, qui décrivait le rythme de ses journées autour de sa maladie, remplies de visites chez différents médecins, de traitements à prendre à plusieurs moments et contraignant sa vie familiale en l'empêchant de se déplacer pour voir ses enfants en dehors de Grenoble. Selon elle, tout cela lui laisse « *l'impression de courir pour trouver [sa] santé* ». Le rejet de ce qu'elle ressent comme une contrainte sur sa vie quotidienne passe alors par l'abandon de ce qui est la face visible, abordable, de sa maladie, à savoir son traitement :

(12) *Vous avez toujours pris vos cachets ?*

Non, il y a une fois où le technicien qui vient pour la machine, il a travaillé dans une pharmacie, quand il a vu ce que je prenais il m'a dit d'arrêter de prendre ces médicaments. Je suis tombée malade après du 24 décembre au 1^{er} janvier, j'étais déprimée, j'ai pleuré. Alors après je suis passée ici car je me sentais pas bien, j'étais fatiguée et raide.

Pourquoi le technicien a dit d'arrêter ?

Je sais pas pourquoi il m'a dit ça. Il m'a dit « c'est pas bien de prendre des antidépresseurs, vous allez être comme une droguée, comme quelqu'un qui fume la cigarette et qui peut plus s'arrêter ». Et moi je voulais m'arrêter car j'en ai marre de prendre souvent des médicaments, je voulais la solution pour m'arrêter.

Une expérience présente marquée par la quotidienneté de la maladie chronique, lors de la plupart des moments personnels (vacances pendant lesquelles il faut prévoir les médicaments, gestion du traitement et de son renouvellement ...), se révèle ainsi source de renoncements aux soins. S'intéresser au vécu de la personne est primordial, tant les différences sont à noter entre personnes, certaines n'exprimant pas de problèmes à organiser leur vie après l'apparition de la maladie tandis que d'autres ont le sentiment qu'elle leur « *bouffe la vie* », occasionnant alors un rejet propice au renoncement. Ainsi, tout cela renseigne sur un préalable au rôle de « malade », celui d'accepter que sa vie se définisse en partie autour de la maladie ou, pour reprendre P. Conrad, de « *vivre avec et en dépit de la maladie* »⁸⁹, même si cette dernière entre en conflit avec des activités sociales antérieures et si elle impose des contraintes sans avoir *a priori* de terme.

Cela nous amène aussi à un autre aspect du temps. Après avoir parlé de temps concret, quantifiable puisque regroupant les visites, moments de traitements, etc., nous pouvons aborder la perception du temps. La maladie chronique, à ce niveau, entraîne une perception en terme de quotidienneté, autrement dit l'idée d'une vie au jour le jour. Non pas uniquement pour les éléments entrevus auparavant faisant qu'elle demande une gestion quotidienne, mais aussi dans la part d'incertitude qui lui est inhérente. C'est ce que décrivent P. Adam et S. Herzlich au sujet des maladies chroniques qui, en portant sur « *le cours de la vie des individus atteints* », font que ces derniers « *ont toujours à redouter un incident imprévu ; une évolution défavorable de leur état* » et, continuant, « *dans la mesure où les projets à long terme deviennent impossibles, les personnes les plus gravement atteintes prennent parfois le parti de vivre au jour le jour en valorisant l'instant présent* »⁹⁰.

La description d'une des caractéristiques de ces maladies selon I. Baszanger, à savoir le schéma ouvert et incertain, en rend bien compte. En effet, peu d'éléments dans la maladie amènent à se projeter à moyen ou long terme. Son évolution, indicateur de référence pour le patient, ne l'est d'ailleurs pas.

Un rapport au temps particulier s'instaure de cette manière, peu conciliable avec des soins de prévention par exemple ou laissant encore plus au patient le sentiment d'être pris dans une gestion quotidienne envers laquelle il a peu de marge de manœuvre. Sortir de ce carcan en rejetant sa maladie est une des solutions envisagées par certaines personnes. Dénier la maladie en est une autre, comme le reflètent les propos de patients rencontrés qui se refusent de

⁸⁹ P. Conrad cité dans ADAM P., HERZLICH S., *op. cit.*, 1995.

⁹⁰ *Ibid.*

connaître leur maladie, de peur que le médecin leur apprenne une aggravation des symptômes. Un homme donnait l'illustration de l'une de ces explications du déni de la maladie, expliquant ne pas vouloir trop en savoir sur son état de santé : les médecins me « *foutent les jetons* », « *je veux pas le savoir. Je veux mieux pas, ça va me mettre encore... ça va me turbiner* ».

Temps concret, temps perçu, la maladie chronique intervient sur chacun de ces aspects, s'harmonisant avec les différents temps que la personne avait avant d'être malade, ou entrant en conflit avec eux. Elle apparaît bien sur le mode de la rupture à ce niveau ; thème de la rupture qui va se retrouver dans le point suivant.

c. Etre « malade » et être désigné comme « malade » : une image de soi dépréciée

Attachons-nous maintenant au dernier élément du vécu présent de la maladie chronique. Il concerne la dimension des « points de vue », tout ce qui englobe le regard que le patient porte sur lui, l'image de soi, mais aussi le regard que les autres portent sur lui. La maladie n'est pas sans incidence à ce niveau puisque, comme le rappelle M. Bury, « *l'irruption de la maladie constitue toujours une « rupture biographique » dans la mesure où elle impose non seulement des modifications dans l'organisation concrète de la vie mais où elle met également en cause le sens de l'existence des individus, l'image qu'ils ont d'eux-mêmes et les explications qu'ils en donnent* »⁹¹. Une « rupture biographique », selon les termes de cet auteur, qui s'est bien retrouvée dans les entretiens. Les personnes opèrent le basculement depuis l'apparition de leur maladie aussi dans ces termes. A ce niveau, de la même manière que les autres sortes de rupture relevées, l'« après » est bien souvent négatif en comparaison avec l'« avant ».

Le point de vue déprécié sur soi-même n'est pas surprenant. En effet, se définir comme malade peut correspondre à s'envisager sous l'angle d'un jugement stigmatisant comme le rappelle P. Adam et S. Herzlich : « *la bonne santé s'identifie à la norme ; être en bonne santé et être « normal » d'une part, être malade et être dans un état « anormal » d'autre part, sont des notions quasiment synonymes. [...] Partout, la maladie est considérée comme indésirable et se dire malade ou bien portant constitue un jugement évaluatif* »⁹². Ainsi, les patients

⁹¹ BURY M., « Chronic illness as biographical disruption », *Sociology of health and illness*, juin 1982, vol. IV, n°2, cité dans ADAM P., HERZLICH S., *op. cit.*, 1995.

⁹² ADAM P., HERZLICH S., *op. cit.*, 1995.

associent le vécu de leur maladie à un regard sur soi négatif, issu en partie de leur maladie : étant « *dépendant du docteur, [...] de la pharmacie, des services sociaux... vous voyez on a l'impression qu'on est plus soi-même* » ou, comme le confie un autre patient, « *maintenant je suis cuit* ». C'est bien la maladie qui est désignée par ces patients comme le facteur décisif dans ce changement de rapport à soi ; la personne devient un « malade », après avoir été une « personne ». De ce fait, la maladie est envisagée par son seul aspect invalidant.

Il s'agit jusque ici de statuts d'« anormal », de « malade », avec lesquels se présentent les individus. Mais ces statuts sont aussi ceux qu'ils portent socialement. Le regard sur soi est en effet renforcé, alimenté, par le regard que portent les autres ou, en tout cas, par la manière avec laquelle la personne malade pense que les autres la regardent. Pour saisir ces différents degrés, donnons deux exemples. Le premier est celui d'une femme, mère isolée, souffrant de dépression. Sa maladie l'a amenée à prendre de la distance avec ses proches. Il ne reste que quelques personnes de sa famille autour d'elle, qui connaissent sa maladie et son passé personnel à l'origine de cette dernière. Pour autant, cette femme souffre de l'incompréhension de ses proches :

(10) *J'aimerais bien [connaître des endroits où parler de sa maladie]... parce que parler avec des gens qui connaissent pas ils se disent « pff n'importe quoi c'est dans ta tête, arrête ton traitement »... des choses comme ça ! [ton ironique] « C'est toi qui dis ça, tu viens me voir à l'hôpital, il y a personne qui vient me voir à l'hôpital, je me fais hospitalisée, je suis toute seule et tout et je regrette d'avoir arrêté et tu me dis d'arrêter ». « Non mais arrête c'est dans la tête »... Ils comprennent rien. J'ai des frères pour eux, je prends des médicaments pour rien. [J'aimerais] essayer d'en parler avec d'autres personnes qui connaissent de quoi je parle.*

Et parler à des personnes extérieures à la famille ?

Oui mais c'est pas évident, genre mon oncle il me dit « alors tu travailles pas ? » [ton accusateur] et je lui dis « non j'ai mon bébé ». « ah l'excuse », alors qu'il sait il m'a vue malade, il sait mais non pour lui je suis une fainéante.

C'est le regard des autres ?

Maintenant je fais plus attention, avant ça me blessait, ça me blesse encore un peu mais moins... mais avant...

Le second exemple est significatif de circonstances particulières, dues à la visibilité des signes de la maladie. Ici, la personne a conscience de ce que sa maladie renvoie, de l'identification que cela opère au statut de « malade » peu valorisé. Dès lors, tout un mécanisme d'anticipation se met en place, la personne préférant éviter les contacts, en anticipant le regard négatif que porteraient sur elle les autres :

(16) *Géographiquement j'essaie toujours de faire que [le cabinet de médecin] soit le plus proche de mon domicile. Par rapport à mes problèmes de santé pour avoir le moins de temps pour supporter physiquement le mal du trajet. Parce que plus c'est long, plus physiquement j'ai du mal à supporter. Si c'est trop loin, ça vous fait mal ?*

Oui, c'est des problèmes d'étourdissement, de vertige, vous avez l'impression....et c'est les gens qui vous regardent, qui doivent remarquer qu'on est pas bien et qui doivent se dire « il est bizarre celui-là », vous voyez.

Ca joue le regard des gens ?

Bien sûr. Ce que pensent les gens. Ils se disent « ah il va crever celui-là, qu'est ce qu'il a comme maladie, c'est infectieux »... vous savez pas ce qu'ils pensent. On peut pas dire on n'en a rien à foutre parce que vous le voyez le regard. Ceux qui disent j'en ai rien à foutre c'est qu'ils te respectent pas. T'es obligé de ressentir ça.

Se préoccupant du possible regard des autres sur lui (dû à sa minerve), cet homme préfère ainsi rester dans un périmètre restreint. Un peu plus loin, il expliquera rester chez lui autant que possible, réduisant sa vie sociale au minimum de peur d'« être un poids pour les autres » ou de ne pas gérer en cas de crise due à sa maladie. Le vécu de la maladie chronique a ainsi des répercussions en terme d'isolement social.

Ces deux exemples laissent envisager trois conséquences de la dégradation de l'image de soi liée à la maladie chronique et au renoncement aux soins. La première est à relier à ce qui a été dit dans la première partie au sujet de l'isolement social. La maladie entraîne un isolement qui est un facteur propice de renoncement aux soins, si nous pouvons schématiser le processus ainsi. La seconde reprend elle aussi un aspect déjà abordé auparavant dans notre discussion, à savoir le déni. Celui-ci étant entendu comme le fait de « *ne pas reconnaître une réalité dont la perception est traumatisante pour le sujet* »⁹³, il est aisé de voir par quel mécanisme de défense les personnes préfèrent se prémunir face à une nouvelle qui leur porterait atteinte. Or le traumatisme est aussi occasionné lorsqu'il s'agit d'accepter une maladie invalidante, notamment celles liées aux troubles psychiques où il est moins question d'être « malade » que « fou » comme l'a rappelé une patiente. Et, dernier élément, l'image de soi renvoyée par la prise régulière de traitements est souvent associée à l'imaginaire de la drogue, par le vocabulaire de la drogue (« se shooter »), de la dépendance (« *accoutumance* », « *manque* »...) ou encore du risque (« *poison* »). La femme qui, nous l'avons vu, avait arrêté son traitement rend bien compte de ce point de vue. Malgré le fait que son arrêt se soit mal terminé, elle reste méfiante vis-à-vis des traitements :

(12) Comme hier j'ai regardé à la télé une émission, Zone Interdite, sur « Mes enfants sont des drogués ». Il y avait des spécialistes qui parlaient, sur ce qu'on nous donne, et moi je me suis dit c'est pas mes enfants qui sont drogués mais c'est « la mère qui est droguée »... Je me fais des reproches comme quoi je pourrais réduire les médicaments mais [mon médecin] m'a dit que tant que j'habitais dans le quartier je devais prendre les médicaments.

⁹³ D'après une définition du Petit Robert, édition de 1996.

Regard sur soi, regard des autres, préjugés socialement partagés... chacun de ces aspects participe à l'expérience présente de la personne malade et, par delà, devient une potentielle cause de non recours aux soins de santé selon la manière avec laquelle la personne fait face à la maladie, réelle « *rupture biographique* ».

Et cela rejoint l'un des principaux apports de cette partie. Porter notre intérêt sur l'expérience de la maladie chronique, centrée sur la personne malade, ne nous a pas amené à uniquement traiter de l'aspect médical *stricto sensu*. Ce dernier était certes présent, à travers le recours aux institutions ou encore l'observance du traitement. Mais la maladie déborde ce cadre médical pour entrer pleinement dans la vie sociale de la personne concernée et de son entourage, et ce éventuellement de manière conflictuelle. Des arrangements deviennent nécessaires, que ce soit dans l'organisation de son temps ou bien à un niveau identitaire, en acceptant ou non de redéfinir son identité pour intégrer le nouveau statut de « malade ». Il est alors possible de parler d'un processus de construction identitaire, basé en partie sur le vécu (médical) passé et présent. Cela laisse place à une analyse en terme de trajectoire afin de témoigner des singularités de chaque « événement maladie », en fonction de la personne (son contexte, l'action de l'entourage...) ou, autre piste, des professionnels rencontrés.

III. L' EXPERIENCE DE LA PRECARITE, UN ANGLE D'ANALYSE DU NON RECOURS AUX SOINS DE SANTE

Revenons dans cette dernière partie sur ce qui constitue une caractéristique centrale des personnes rencontrées, le fait d'être dans une situation de précarité. Nous pouvons rappeler qu'il ne s'agit en aucun cas de placer tous les vécus de la précarité au même niveau et de leur donner une homogénéité ne correspondant pas à la réalité. Il n'y a pas une, mais des trajectoires de précarité, ni un profil, mais plusieurs profils de personnes précaires. La première partie sur les caractéristiques sociodémographiques le démontrait : elle insistait sur la diversité des facteurs à inclure dans ces situations, sur leur différents poids en fonction des histoires personnelles. L'échantillon aléatoire des personnes interrogées pour cette enquête le rappelle aussi dans une autre mesure.

Ces considérations en tête, cela ne nous empêchera pas de dégager les constantes nous semblant pertinentes dans l'étude du non recours aux soins de santé.

De même manière pour la partie précédente, l'angle retenu est celui du vécu des personnes quant à la situation de précarité et ses éventuelles incidences sur le non recours aux soins de santé. Ce vécu constitue un matériau riche grâce aux entretiens. En effet, au cours de ceux-ci, les personnes parlaient davantage de leur situation (sociale, familiale, professionnelle...) que de leur santé, ou alors renvoyaient directement leurs problèmes de santé à des thématiques non médicales. Dès lors, conscients de ce matériau riche, il nous a fallu sélectionner les éléments les plus pertinents. Nous en retiendrons deux, centraux puisque permettant de regrouper les autres points. Il s'agit de l'analyse des corrélations entre la précarité et, d'une part, la santé, et d'autre part, les institutions.

1. Précarité et rapport à la santé

Il est intéressant de débiter directement avec le rapport à la santé, tant il conditionne en grande partie d'autres éléments venant ultérieurement dans notre discussion. Il s'agit ici de l'isoler, en traitant de la santé entendue de manière générale, en dehors des considérations propres à la maladie chronique. En introduction, nous évoquons le débat autour de la

dialectique santé/précarité et des potentiels effets primaires de l'une sur l'autre. Nous resterons toujours, comme indiqué, en dehors de ce débat, mais en retenant seulement les points pertinents pour notre analyse. Ainsi, cette présente sous-partie s'attache à analyser de quelle manière le vécu de la précarité a des incidences sur la santé. Cela sera envisagé à travers l'évaluation de l'intérêt qui lui est porté par les personnes rencontrées et la façon dont elle est ressentie selon la position sociale.

Par delà, il sera bien question de voir où le non recours prend sa source, au niveau de la précarité. La santé n'est plus depuis longtemps envisagée sous le seul angle biologique ; les recherches scientifiques dans ce domaine ont ainsi incontestablement permis de rendre compte de sa dimension sociale. C'est pourquoi inclure le lien entre position sociale et rapport à la santé nous a semblé indispensable. En effet, même si les personnes se réfèrent moins à leur position sociale (avec la disparition d'une conscience de classe par exemple), il semble que la position sociale soit déterminante à de nombreux égards. C'est à partir de là que se construisent les points de vue des acteurs entre autres, ce qui nous intéresse ici directement.

a. La santé, une priorité ?

La notion de santé est couramment associée à celle de « capital » (capital santé, capital forme, capital jeunesse...), dont chacun disposerait et auquel il faudrait particulièrement porter intérêt afin de le préserver au mieux. Nombreux sont les éléments nous y invitant d'ailleurs, de manière collective (principe de précaution sanitaire...) et individuelle (faire du sport, manger équilibré...). La « bonne santé » est ainsi la norme centrale comme nous l'avons vu avec P. Adam et S. Herzlich auparavant. Une norme certes, mais est-elle pour autant partagée par tous ? A l'évidence, comme toute norme, non. Et les raisons sur ce point prennent une forme particulière avec les personnes en situation de précarité. En effet, cette dernière a des répercussions sur la place accordée aux différentes valeurs. La santé peut ne pas être une valeur centrale pour les personnes vivant dans ces conditions, et ceci s'explique de plusieurs façons.

Nous pouvons évoquer des considérations matérielles tout d'abord. La précarité implique un certain nombre de contraintes à ce niveau, en fonction de la situation de la personne : contrainte économique, problème de logement, rupture familiale... La santé, parmi cela, peut alors ne pas être une priorité. Cette analyse est bien entendu schématique, les individus ne

faisant pas d'eux-mêmes une échelle des priorités dans leur vie. Néanmoins, elle retranscrit une part de réalité qui veut que la santé est une préoccupation moindre face à d'autres besoins. C'est ce que laisse entendre une étude auprès des jeunes en difficulté, pour qui le recours aux soins de santé passe « *au second plan* », après d'autres impératifs quotidiens (logement et nourriture) liés à leur mode de vie⁹⁴. Ici, il s'agit de mode de vie, mais il pourrait aussi dépendre de considérations économiques, d'après la nuance introduite par O. Griette entre donner une faible priorité à la santé et donner une faible priorité aux dépenses de santé⁹⁵. Dans tous les cas, par extension de ces explications, il devient possible de comprendre les raisons du retard et du renoncement aux soins. Simples incidents de passage ou contraintes quotidiennes, les raisons sont nombreuses pour faire passer les soins après :

(1) Une fois où j'ai pas pu aller au rendez-vous, sinon j'y vais tout le temps, je pars une demi-heure avant et j'attends. Il faut être patient et calme. Mais si j'ai pas pu, c'est à cause des problèmes avec ma fille à Paris. Elle est très fatiguée, elle est à l'hôpital. J'ai dû tout quitter ici pour aller la voir, j'étais angoissé. Quand je suis revenu je suis venu m'excuser parce que j'étais pas venu. Il faut toujours le faire, sinon on se met à dos les gens et le docteur il mettra mon dossier tout en bas de la pile. Alors si on est gentil et poli, notre dossier il va remonter.

Raisons qui peuvent être jugées « légitimes » ici, donc davantage acceptées par les professionnels des centres de santé, qui ont souvent affaire aux rendez-vous non honorés. Ce n'est pas toujours le cas, certains patients ne venant pas à la consultation pour des motifs *a priori* anodins. L'exemple d'une patiente témoigne cependant du besoin d'être vigilant quant à l'appréciation des motifs de non venue :

(14) Donc c'est arrivé d'avoir un oubli ici alors que tu disais que venir au centre était une priorité. Ça c'est supposons qu'il soit dans la journée et puis je me lance dans autre chose et puis... par exemple j'avais rendez-vous lundi dernier le soir. Je m'étais dit tiens ça tombe bien, je vais d'abord faire ça et puis j'ai juste le temps quand je termine de prendre le bus et je suis juste à l'heure. Et bien j'ai mis un peu plus de temps que prévu à faire ce que j'avais à faire, j'ai pris mon temps pour terminer, tout le monde était sorti, on était deux à rester et puis bon, tout d'un coup je me suis dit « ah zut mon rendez-vous » et je suis arrivée je crois légèrement en retard, ¼ d'heure. Tu vois parce que voilà je le savais mais j'ai failli oublier presque parce que j'étais en train de faire autre chose, en plus c'était un moment de détente donc tu vois tu pff, hein ! [elle souffle comme pour relâcher la pression]

C'était quoi ?

Je fais de la peinture. Je vais à un atelier où on fait de la peinture, où on s'amuse. Donc tu vois hein... à une époque sur mon téléphone celui d'avant j'avais un aide mémoire. C'est-à-dire que je pouvais le faire sonner une demi heure avant pour me rappeler que j'allais avoir un rendez-vous avec le médecin mais ce téléphone le fait pas et je peux te dire que des fois ça me manque. Tu vois en ce moment où j'ai la tête assez prise, ça me ferait du bien. Ça me ferait du bien parce que hein tout d'un coup, si j'avais eu mon téléphone la semaine dernière qui me rappelait que j'avais rendez-vous à 5h30 j'aurais pas terminé mon dessin, j'aurais dit « je vais le terminer la prochaine fois ».

⁹⁴ BARREYRE J.-Y., FIACRE P., *op. cit.*, 2004.

⁹⁵ GRIETTE O., *op. cit.*, 2002.

Replacées dans l'histoire de vie complète de cette femme, les raisons de son absence peuvent être relativisées et comprises, montrant par là que les rendez-vous au centre peuvent passer après une activité (d'autant plus pour ceux ayant une maladie chronique). Ajoutons que cette priorité à d'autres réalités que la santé ne veut pas dire pour autant que cette femme remette en cause l'utilité générale du recours aux soins de santé. Une étude sur un plus long terme permettrait de nuancer ce constat et de fixer s'il s'agit davantage ou non d'effet contextuel et, ainsi, de non recours temporaire.

Différents degrés sont ainsi observables dans les incidences des contraintes liées à la précarité sur le non recours aux soins. Ajoutons-en une dernière qui permet de se rendre compte qu'il s'agit d'un phénomène qui touche certes d'abord ceux qui ne consultent pas, mais qui est aussi à envisager auprès de ceux qui consultent. C'est ce que révèlent en substance les médecins des centres de santé au cours des consultations. Bien que certains patients consultent, il leur arrive de venir pour parler principalement de problèmes sociaux avec leur médecin, étant donné la relation de confiance et le suivi avec ce dernier. La raison médicale de leur venue est reléguée après la raison sociale, démontrant par là l'ampleur que prennent certains problèmes par rapport à d'autres et le raisonnement de patients inscrivant les causes de leur maladie avant tout dans des éléments d'ordre social.

Outre ces facteurs matériels, ne pas accorder une forte importance à son capital santé peut aussi relever de facteurs psychosociaux, à replacer dans des composantes biographiques. La pertinence de cette dernière source de facteurs est primordiale. Elle s'est révélée être l'un des principaux apports – inattendus – des entretiens. En effet, de nombreuses personnes déclaraient des troubles psychiques, de type dépression, angoisse, insomnies, etc. Gardons-nous ici de parler de problème de santé mentale, qui ferait intervenir une problématique sanitaire lourde et qui amènerait le risque de réduire la question sociale à une question sanitaire (appelé « sanitarisation du social »). Nous pouvons davantage faire l'hypothèse que la prévalence de ces troubles psychiques parmi les personnes enquêtées, en étant symptomatique des personnes en situation de précarité *a priori* (d'après les différents professionnels rencontrés sur le terrain et à voir les nombreux travaux sur ce lien), s'expliquerait par une réaction psychologique des individus à leur condition. Sentiment d'exclusion et d'injustice⁹⁶, place dans la hiérarchie sociale, chômage, événements difficiles

⁹⁶ A ce titre, des études pointent la situation particulière des personnes immigrées, avec les conséquences du statut dévalorisé sur les troubles psychiques et le recours aux soins. Voir par exemple BRIXI O., « Santé et migration » in LEBAS J., CHAUVIN P., (dir.), *op. cit.*, 1998 et COLLET M., *op. cit.*, 2001.

dans l'enfance, environnement matériel... voilà quelques exemples de causes potentiellement génératrices de troubles psychiques, qui justifient le fait que nous parlions de ces troubles physiques dans cette partie traitant du vécu de la précarité. Certains des patients interrogés renvoient d'eux-mêmes ce système de cause à effet, qui fait donc sens pour eux, à l'image de cette femme, celle dont nous avons déjà eu l'occasion de parler au sujet de l'arrêt de son traitement, qui associe directement le déclenchement de sa dépression aux incidents qu'elle a connus, elle ou ses proches, dans le quartier (viol, violences, sentiment d'insécurité généré par les squats de jeunes, isolement...). Avec ces éléments, il devient possible d'envisager le lien entre conditions de vie difficiles et équilibre psychologique.

Ce point posé, en quoi peut-il nous éclairer sur la question de la priorité accordée à la santé ? Dans les conséquences du vécu présent et passé de la précarité, celle qui nous apparaît pertinente concerne l'image, au sens large, que la personne a d'elle. S. Paugam parle ainsi de la « *crise de statut* » qu'entraîne l'entrée dans la précarité (ou selon ses termes la fragilité), avec la perte de valeur sociale (une « *disqualification sociale* »), ce qui se traduit chez les personnes par des sentiments d'infériorité sociale, de dévalorisation de soi et de sa santé.

Les entretiens avec les patients des centres de santé relaient bien ce point de vue. Il ressort parfois le sentiment d'une image dépréciée, d'une faible estime de soi, qui peut être associé à une culpabilisation. Des exemples pourraient être donnés où les personnes se disent « *moins que rien* ». Or, dans ces situations, cela peut s'accompagner d'un moindre souci de sa santé, de son corps, où l'utilité de se soigner est déniée (« *ça vaut pas la peine* »). Prendre soin de soi, comme le veut l'expression, n'est une préoccupation que du moment où elle est intégrée dans une perspective globale de soi, la santé devenant l'un des aspects à intégrer pour être encore mieux. Ce mécanisme, qui est parfois entendu comme une « *négligence* » de sa santé, démontre ainsi le lien entre bouleversement identitaire dû à des situations de précarité et rapport à la santé.

Ces conséquences sont ambivalentes. Si d'un côté, elle accroît le besoin de consulter, en augmentant les troubles somatiques par exemple⁹⁷, de l'autre, elle devient facteur de non recours aux soins de santé. Cela a été testé dans une multitude d'études, dont l'enquête de l'IRDES indiquant que le renoncement aux soins était plus important pour ceux ayant un bas niveau d'estime de soi qui se portent ainsi un plus faible intérêt et qui mobilisent moins de ressources pour se soigner. Une patiente rencontrée verbalise cette idée :

⁹⁷ M. Collet parle ainsi de « *détresse somatisée des conditions* » de vie précaires. Cf. COLLET M., *op. cit.*, 2001.

(14) Tu es retournée chez le dentiste depuis ta mauvaise expérience de soin ?

Non j'y suis pas retournée, déjà parce que j'ai plus de mutuelle puis après c'est une question d'organisation j'ai pas pris le temps d'aller voir ne serait-ce que Médecins du monde, pour voir s'ils pouvaient faire quelque chose de provisoire qui serait moins vilain. Voilà c'est peut être plus psychologique parce que j'ai pas trop envie de prendre soin de moi en ce moment, c'est pas parce que je considère que d'aller voir le dentiste c'est du luxe parce que pour l'instant le moral passe avant le reste et le dentiste, c'est pas que je m'en fous mais un petit peu. Sinon c'est pas du luxe, je veux dire si un jour j'ai vraiment mal aux dents j'irai en voir un.

Le moral joue sur le fait de pas se soigner donc si je comprends.

Oui c'est peut être un cercle vicieux mais en ce moment c'est pas facile à faire pour moi, même si ça me ferait du bien le cas échéant.

Tu n'as pas du tout vu Médecins du Monde alors ?

Non je sais qu'ils sont pas très loin de chez moi mais je sais pas où exactement. Et comme je sais pas leurs horaires d'ouverture si tu veux, il vaut mieux que j'y aille quand c'est ouvert parce qu'autrement je risque de pas y retourner !

Tu as besoin d'y aller que quand c'est ouvert ?

Ca serait plus encourageant pour moi. J'ai pas de SOS galère [un répertoire des associations et des organismes d'aides sur Grenoble] pour leur téléphoner, prendre rdv, faudrait que j'en trouve un... c'est des petites choses, c'est n'importe quoi, c'est peut être des prétextes si ça se trouve. On va pas s'attarder là-dessus.

Juste si je peux dire qu'il y a des SOS galère dans certains centres. C'est possible de t'informer.

Au moins pour le consulter.

Oui comme ça la démarche peut t'être facilitée.

Oui, bon... j'ai pas la forme ces jours-ci.

A la question initiale de savoir si la santé est une valeur partagée de tous, les éléments qui viennent d'être évoqués permettent par conséquent de se rendre compte que ce n'est pas le cas. La situation de précarité a été présentée ici comme l'une des explications de cette faible importance au capital santé. D'autres explications auraient pu être envisagées, comme la prévalence des comportements à risque qui, lorsque la personne les envisage comme tels, en témoignent bien. Mais, la précarité semble plus explicative, notamment à travers l'enchevêtrement de raisons matérielles et psychosociales.

b. Un besoin de santé minimisé par les personnes

Toujours dans le vécu de la précarité et toujours dans le rapport à la santé, entrons plus profondément pour envisager la maladie et la douleur. Nous pouvons de prime abord nous intéresser à la déclaration d'une maladie qui « est l'expression d'une disposition à percevoir des symptômes physiques et psychiques et à leur donner un caractère pathologique ou, en tout cas, à les interpréter comme la manifestation d'un dysfonctionnement corporel par rapport à une norme sociale définissant ce que doit être un état de bonne santé »⁹⁸. Là aussi,

⁹⁸ P. Aïach, cité dans CARRICABURU D., MENORET M., *op. cit.*, 2004.

prendre en compte la position sociale est intéressante tant il apparaît que, face à un même évènement biologique, les réactions diffèrent entre individus de situations différentes, d'après un constat de L. Boltanski pour qui « *tout se passe, en effet, comme si des sensations similaires étaient inégalement acérées 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* »⁹⁹.

Dans la continuité, il s'agit d'analyser les réactions face à un symptôme. Face à ce que la personne évalue être une douleur, M. Collet¹⁰⁰ distingue par exemple le recours direct, différé, de seconde intention (après avoir usé de l'automédication), l'automédication (prise en charge seul) et le comportement minimaliste d'attente. La palette de possibilité est donc large et apparaît socialement distribuée. Une analyse comparative aurait été instructive à ce niveau, pour fournir une base argumentative et éviter de rester fixé sur des préjugés. Or, selon ces derniers, il vient d'emblée l'idée de durcissement au mal, fort parmi les catégories populaires, que l'on peut étendre aux personnes précaires.

Malgré l'impossibilité de comparer avec d'autres populations, nous pouvons toutefois avancer que ce durcissement au mal est l'un des éléments ressortant particulièrement des entretiens. Il n'est pas le seul d'ailleurs, pensons par exemple à l'attitude de patience mise en avant par des personnes interrogées. Ces deux manières – proches – de réagir face à un symptôme douloureux nous renseignent sur le non recours aux soins de santé et le lien avec le vécu de la précarité. Comment se sont-ils traduits dans les termes des enquêtés ? L'attitude de patience est apparue par des formules comme « *laisser faire la nature* » ou par des qualificatifs comme être « *patient* », « *calme* », etc. Il s'agit de s'accommoder à la douleur, de la relativiser, en attendant plus ou moins passivement qu'elle disparaisse d'elle-même. Elle renvoie de ce fait à une conception positive du corps humain, réparateur de ses propres dysfonctionnements sans qu'aucune action ne soit nécessaire.

En cela, l'attitude de patience se distingue de l'attitude de résistance. Cette dernière implique une action sur la douleur, non pas de professionnel de la santé mais de la personne elle-même. La douleur est ressentie, mais elle se fait plus forte alors il devient nécessaire d'agir face à elle pour mieux la supporter et à terme l'évincer. Un patient résume bien ce point de vue, en utilisant la métaphore du combat :

⁹⁹ BOLTANSKI L., *op. cit.*, 1971.

¹⁰⁰ COLLET M., *op. cit.*, 2001.

(16) ***Si je comprends vous essayez de vous dire je résiste...***

Oui je prends mes deux [médicaments] par jour, j'attends et le reste j'essaie de supporter, c'est pas non plus une douleur de torture. Elle est supportable. Bien sûr c'est énervant mais elle est supportable, c'est-à-dire c'est pas une douleur où je serais allongé par terre. Il faut pas que ça soit plus fort qu'une aiguille quand on fait une piquouze, voilà ce que je veux dire. Mais elle est, c'est pas une douleur atroce mais qui est gênante à la longue, elle vous procure une gêne qui vous énerve, qui vous empêche de réfléchir, qui vous empêche de faire ci ou ça.

Dans ce cas si vous avez une gêne, pourquoi lutter contre la douleur ?

C'est vraiment si on s'habitue au médicament, c'est se dire c'est le médicament qui soigne la douleur... en fait le mal pour le mal, c'est se persuader que si je combattais le mal par moi même, c'est-à-dire je l'ai déjà vu mes douleurs je les avais en travaillant, mais quand je travaillais je me suis aperçu que je les ressentais pas les douleurs, je les oubliais parce que j'étais concentré au travail. Et je les sentais pas, à la fin de la journée je les ressentais les douleurs. J'en ai fait une analyse, ça veut dire que si je fais attention à la douleur je vais avoir vraiment mal mais si je la combats en disant j'ai pas mal, je vais avoir moins mal, allez, c'est avec ça que j'essaie de réagir... pas physiquement mais avec ça [il montre sa tête]. C'est comme ça qu'on arrive à supporter en partie, je dis pas totalement, il n'y a pas de miracle. Mais je pense que le gros de l'effort est fait.

Ces deux attitudes éclairent sur les rapports à la douleur. Il faut aussi souligner la manière avec laquelle l'usage de ces différents termes était incorporé dans un discours assez valorisant pour les patients. Ainsi, la résistance à la douleur et le refus de la plainte qui l'accompagne participent d'une forme de valorisation identitaire, marquant peut être là la différence avec d'autres patients qui, s'il leur est courant de suivre ces attitudes, ne les mettent pas pour le moins en avant. Symbole de la dureté du caractère, la dureté vis-à-vis de la douleur écarte ainsi doublement les personnes du recours aux soins professionnels, en minimisant le besoin ressenti de soin et en favorisant le retrait volontaire du système de soins. L'échantillon de personnes enquêtées corrobore ce phénomène, de même que les résultats de plusieurs études. Citons toujours celle de l'IRDES sur le renoncement aux soins¹⁰¹ : parmi les profils de personnes renonçant davantage se trouvent celles qui se déclarent résistantes au mal. Et les conséquences peuvent être importantes au niveau sanitaire. Le recours ou non aux soins, le type de soin, le moment où il a lieu... dépendent en effet du besoin de santé ressenti et donc du rapport à la douleur. Prenons ici l'exemple de l'une des premières causes de mortalité en France, les cancers. Malgré le fait qu'ils concernent une large part de la société, les personnes les plus exposées sont celles dont la situation socioéconomique est la plus difficile. Or, selon C. Herbert et G. Launoy¹⁰², l'accès aux soins et les comportements face aux symptômes expliquent amplement cette inégalité.

¹⁰¹ BAZIN F., PARIZOT I., CHAUVIN P., *op. cit.*, 2001.

¹⁰² HERBERT C., LAUNOY G., « Les cancers » in LECLERC A., FASSIN D., GRANDJEAN H., KAMINSKI M., LANG T. (éd.), *op. cit.*, 2000.

Le durcissement au mal est certes reconnu comme facteur de non recours aux soins de santé mais quelle interprétation pouvons-nous en faire ? L'expérience de la précarité amène une partie de cette explication, tel que le laisse entendre M. Collet¹⁰³ pour qui le rapport à la douleur se construit à la fois sur le parcours de santé chargé (ce que nous avons vu dans la partie précédente sur l'expérience de la maladie) et sur les conditions de vie. Cherchons ainsi les pistes d'explications probables. En la matière, il nous semble que le corps est un aspect à saisir particulièrement. Réceptacle et mode d'expression de la douleur, il apparaît central. Il permet aussi de replacer la dimension sociale, puisque nous verrons que la relation diffère selon la position sociale des individus.

La relation au corps est ainsi riche en enseignement sur la question de la santé ressentie et des comportements face à une douleur. Les mécanismes présentent en effet quelques similitudes. D'un côté, de même que la douleur peut être mise à distance, le corps l'est par moment. Il s'agit de s'en détacher, d'oublier son existence et donc aussi par delà les signes perturbateurs qu'il peut émettre. En quoi la situation de précarité peut-elle jouer un rôle dans ces circonstances ? Il convient d'introduire ici quelques éléments permettant de saisir le statut du corps. Basons-nous pour ce faire sur un texte référence de L. Boltanski¹⁰⁴, paru certes il y a plus de trente ans mais toujours pertinent en regard de ses nombreux apports. Un de ceux-là rejoint notre propos. En effet selon cet auteur, pour les catégories populaires, être en bonne santé équivaut à « *pouvoir oublier son corps* » tandis que, dans les catégories sociales plus aisées, cela équivaut davantage à « *faire attention à son corps* », c'est-à-dire à adopter une attitude plus préventive, une écoute et une plus forte attention aux moindres signes corporels. Et, toujours dans cette analyse, le rapport au corps plus prédominant dans les classes populaires est lié à une conception fonctionnelle du corps. Autrement dit, avant d'être un potentiel objet d'attention, le corps est avant tout un outil, qui plus est d'usage quotidien.

Outil de travail, outil de force physique et outil de mobilité, le corps apparaît ainsi présenté au détour de certains entretiens. De plus, les usages des corps dont il est question sont exprimés sous le mode de la nécessité. Face à cela, et en lien avec la part d'incertitude qui régit la vie des personnes en situation de précarité, il s'agit d'éviter de trop se soumettre au corps, ce qui passe par le non recours aux soins ainsi que l'explique L. Boltanski : « *si on refuse de « s'écouter », si on attend la dernière extrémité pour aller « voir le médecin », se « faire opérer » ou « rentrer à l'hôpital », c'est que les contraintes de la vie quotidienne, les contraintes économiques notamment, interdisent ou rendent pour le moins extrêmement*

¹⁰³ COLLET M., *op. cit.*, 2001.

¹⁰⁴ BOLTANSKI L., *op. cit.*, 1971.

difficile l'abandon des tâches quotidiennes, du travail, du travail physique que l'on exige continuellement du corps »¹⁰⁵.

Pour aller dans ce sens, un bref regard sur les motifs de consultation des personnes précaires issus de plusieurs études, est aussi révélateur. En effet, l'IRDES relève moins de consultations de prévention mais davantage de consultations pour des pathologies perturbant l'autonomie de mouvement, à savoir celles associées, selon les personnes, aux contraintes du quotidien (troubles de motricité et mobilité physique)¹⁰⁶. M. Collet en arrive au même constat, démontrant la différence de traitement selon la localisation et le type de douleurs. Ce sont les douleurs aux membres qui recueillent le plus d'attention, avec les douleurs dorsales, lombaires et les membres supérieurs. Ainsi, d'après cet auteur, « *plus que par l'intensité ou la durée de la douleur, c'est davantage le fait de se sentir handicapé ou de pouvoir le devenir qui motive les individus à prendre en considération et en charge leurs troubles* »¹⁰⁷.

La crainte du handicap est bien l'une des causes de mobilisation des personnes pour les troubles affectant la mobilité et le travail, c'est-à-dire, en filigrane, pour ce qui risque de perturber une situation personnelle déjà difficile. Les autres douleurs sont traitées différemment : les problèmes de dents ou relevant de l'ORL sont ignorés, les douleurs morales sont abordées dans l'attente et les douleurs à la tête prises en charge personnellement en premier recours. Cela explique ainsi certains retards aux soins et consultations en urgence. Il s'agit de consulter uniquement lorsque la douleur se fait trop forte pour être supportée et traitée personnellement, ce que des patients laissent entendre : ne venir que si « *c'est insupportable, si je tiens plus* », au dernier moment « *si je suis vraiment secoué* ».

De l'autre côté, la résistance à la douleur passe par la mise en avant d'un corps fort, capable de lutter. Là aussi, les éléments distingués lors de la moindre écoute au corps rentrent en ligne de compte. La perception du corps comme un outil indispensable pour sa survie peut amener un comportement de résistance à la douleur. D'autres éléments pourraient être envisagés, non pas suite aux entretiens mais au regard de la littérature sur les catégories populaires. Le corps est souvent le symbole même de la virilité, cette dernière étant une valeur davantage partagée dans ces catégories. P. Bourdieu¹⁰⁸ le relie ainsi à la domination masculine où la virilité dans le corps passe par un surinvestissement des critères d'utilité et de

¹⁰⁵ *Ibid.*

¹⁰⁶ COLLET M., MENAHEM G., PARIS V., PICARD H., « Précarité, précarisation et logiques de recours aux soins », document de travail (CREDES).

¹⁰⁷ COLLET M., *op. cit.*, 2001.

¹⁰⁸ P. Bourdieu cité dans DURET P., ROUSSEL P., *Le corps et ses sociologies*, Paris : Nathan, 2003.

fonctionnalité du corps, étant alors l'une des principales ressources dont les personnes disposent puisqu'il est associé à la force de travail, à la nécessité dans le travail manuel. De plus, le corps, à travers la force physique, participe aussi à la définition de l'identité. Il est alors l'objet de toute une mise en scène d'un corps dur au mal, au prix parfois de prise de risque.

Autant dire que la conjugaison de ce rapport instrumental au corps, qui doit être oublié pour ne pas entraver ses fonctions, et de la valorisation de sa résistance joue sur le recours aux soins. Est-ce l'une des explications de la faible visibilité des jeunes dans l'enquête de terrain ? Voilà une question centrale qui, pour le moment, ne peut rester qu'à l'état d'hypothèse.

Le recours aux soins a, ici, été pris par l'axe du besoin de santé ressenti. Les facteurs médicaux, biologiques, nous ont paru dépendre aussi des facteurs sociaux. La place accordée à la santé, le statut de la douleur sont en effet socialement déterminés. Une situation de précarité devient une variable pertinente, tant elle joue sur des dimensions centrales (estime de soi, rapport au corps...) et tant elle provoque des phénomènes de non recours dans leur diversité.

2. Des relations essentielles, mais problématiques, avec les services de santé

Après les considérations autour de la santé et de ses manifestations douloureuses, il devient possible d'envisager une autre dimension centrale pour l'analyse du non recours aux soins de santé. Elle traite de différents points autour de la relation aux services de santé. De cette manière, elle complète les éléments qui viennent d'être vus, et ce, soit de manière chronologique (après avoir ressenti le besoin de soin, les personnes se confronteront aux institutions concernées), soit de manière autonome (elle peut être un facteur particulier de renoncement aux soins, indépendant des autres).

Qu'entendons-nous par cette relation aux services de santé ? Plusieurs axes étaient envisageables, parmi lesquels nous en avons retenu deux pour leur intérêt particulier. Envisager la fréquentation des institutions sanitaires passe ici par le besoin, d'un côté, de saisir le rapport à l'institution sanitaire elle-même (personne morale : cabinet médical, centre de soins, hôpital...) puis, d'un autre côté, de prendre en considération à la relation avec le médecin, porteur ou non de l'image de l'institution.

a. Le rapport aux institutions : du non recours institutionnel au non recours volontaire

Entamer une démarche de soin nécessite de s'adresser à une institution sanitaire parmi la diversité proposée dans l'environnement direct de la personne. Un effet de disparité géographique est ainsi observable tel que présenté dans la première partie de ce travail. Non recours aux soins donc quand ces derniers ne sont pas disponibles aux personnes. Mais des phénomènes de non recours sont aussi présents malgré une offre existante et *a priori* adaptée, comme cela l'est dans le terrain d'enquête. Quels facteurs expliquent ces faits, pouvant être pris comme des échecs des politiques d'accès aux soins ? En quoi la situation sociale des personnes est-elle un indicateur pertinent ?

L'analyse de la relation aux institutions englobe une richesse de facteurs de non recours, brossant les trois niveaux d'explications possibles. A commencer par un niveau peu envisagé jusqu'à présent – puisque ayant décidé de se centrer sur les expériences des personnes – le non recours institutionnel. Présenter uniquement ce qui faisait défaut chez les personnes, leur manque, comportements... aurait occulté tout un ensemble de données qui leur sont extérieures et qui sont primordiales. Plusieurs rapports du Haut Comité de Santé Publique nous invitent d'ailleurs à être vigilant sur ce point. Cette instance estimait par exemple en 1994 qu'un tiers des décès étaient évitables par une amélioration des dysfonctionnements du système de soins¹⁰⁹. Enjeux sanitaires lourds dont elle donne quelques éléments de compréhension : « *le problème ne réside, sauf pour une partie de la population en situation de précarité, ni dans la rareté de l'offre, ni dans l'absence de prise en compte administrative, ni dans l'absence de possibilité de recours aux soins. Ce sont plutôt la complexité du système médico-social, l'éclatement des compétences et l'inadaptation du système aux différentes caractéristiques des populations qui constituent autant d'obstacles pour le recours aux soins des populations défavorisées* »¹¹⁰.

Elle renvoie ainsi à des aspects administratifs lourds, à l'hétérogénéité des procédures (déjà évoquée), au cloisonnement entre les champs du travail social et du médical (peu propice notamment à l'échange d'informations complémentaires) ou encore la complexité des dispositifs. A ce titre, il ne faut pas nier que les démarches sont plus aisées à effectuer pour accéder à ses droits, particulièrement pour la CMU. Une personne interrogée montre

¹⁰⁹ LOMBRAIL P., *op. cit.*, 2000.

¹¹⁰ Le HCSP cité dans LA ROSA E., *op. cit.*, 1998.

cependant que certaines pratiques complexifient les choses, d'autant plus lorsqu'elles sont cumulées à des problèmes personnels (ici, des troubles psychiques à cause desquels cette femme avoue ne jamais sortir trop loin de chez elle) :

(10) Même pour le spécialiste, vous n'avez jamais eu à renoncer à cause du coût ?

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.

Comment vous faites quand vous n'avez plus vos droits momentanément ?

Il faut aller à la sécu alors quand on est malade on arrive pas à sortir.

C'est loin la sécu ?

C'est Cours de la libération, ça fait pas loin pour quelqu'un de dynamique mais moi... là ça m'arrive plus heureusement depuis des années mais...

C'est comme ce que d'autres patients me disaient, la peur d'aller dehors ?

Ouais, c'est la peur de tout. [...]

Et [à la sécu] les démarches sont faciles ?

Ça dépend l'année dernière, j'ai essayé de me mettre en couple avec le papa de mon bébé, c'était en Bretagne alors j'ai changé de centre de sécu, j'ai fait mon changement d'adresse. Ça s'est pas très bien passé donc je suis revenue à Grenoble et il a fallu que je refasse mon changement d'adresse, donc je suis allée à la sécu, je leur ai donné ma carte vitale ils m'ont dit « ouais c'est bon on s'en occupe »... J'ai attendu des mois et des mois, mais je sais pas ce qu'ils ont fait avec et je suis retournée demander ce qu'il se passe et ils m'ont dit que j'avais pas donné ma carte vitale...ouais d'accord... du coup elle m'a dit « remplissez cette feuille » et quelques temps après c'était fait.

D'autres faits permettent d'éclairer les raisons institutionnelles de non recours. Une mauvaise prise en compte des personnes en situation de précarité en est une. Cela intervient à divers moments, sur la question des délais d'ouverture de droits (non recours frictionnel dû à un temps de traitement des dossiers inadéquat face aux demandes urgentes) ou de prises de rendez-vous (particulièrement chez certains spécialistes). L'accueil vis-à-vis de ces personnes aussi est une dimension non négligeable dans l'analyse des facteurs de non recours. L'opposition des patients des centres de santé entre cette structure et les autres lieux de soin auxquels ils ont été confrontés est symptomatique de la centralité de l'accueil. L'écoute, le contact humain ou encore le besoin d'aides spécifiques dépassant ou non le rôle formel du secrétariat médical (noter le rendez-vous, réexpliquer, mais aussi donner des renseignements sur des droits sociaux, voire remplir des formulaires administratifs ...) ne sont pas toujours présents dans les autres institutions sanitaires. Le manque de formation des professionnels de santé à la spécificité de ces populations peut être mis en cause ici ; les pratiques de sélection des publics aussi, qu'elles soient directes (selon leur pathologie¹¹¹ ou selon leur couverture sociale, ce qu'a mis à jour une enquête de Médecins du Monde au sujet de dentistes qui

¹¹¹ Face à des situations auxquelles les médecins ne sont pas préparés, avec le sentiment d'être isolés et de manquer de moyens, 1/4 sélectionnent leur clientèle en fonction des pathologies telle que la toxicomanie. Voir ELGHOZI B., « Le médecin généraliste et les publics en difficulté », in LEBAS J., CHAUVIN P., (dir.), *op. cit.*, 1998.

refusent 52.6% des patients ayant l'AME et 35.3% de ceux ayant la CMU¹¹²) ou non (par le truchement des dépassements d'honoraires par exemple). La présence de centres de soins spécialisés pour les personnes démunies dans l'environnement de médecins libéraux peut aussi avoir un contre effet, si ces derniers se défaussent en réorientant directement les patients vers ces centres.

En parallèle de ces raisons institutionnelles, d'autres facteurs de non recours sont envisageables – du côté de la personne – pour comprendre ce qui peut amener à être à distance des lieux de soin. La méconnaissance de ces derniers, le manque d'informations sur la structure concernée pour un type de soin donné, voire de manière plus pratique, sur la manière de s'y rendre, les horaires d'ouverture, etc. vont dans ce sens. Ils correspondent en quelque sorte à l'étape initiale, centrale, du parcours de soin. Rappelons-nous cette femme n'étant pas encore allée consulter pour ses dents, pour des raisons psychologiques (relevant du regard sur elle) mais aussi pour des raisons de méconnaissance du fonctionnement du centre de soin gratuit.

Plus qu'un problème d'information, il ressort que c'est aussi la capacité générale des personnes à appréhender les services, à les utiliser. Sans parler de l'obstacle linguistique, qui a pourtant son rôle, fréquenter une institution sanitaire demande d'en saisir les codes pour s'y repérer et recourir à ses services comme il est attendu par les acteurs, comme la norme en vigueur le veut. Car il s'agit autant de la perception que l'on a des structures, que des pratiques à avoir en son sein, tel qu'en conclut I. Parizot dans son enquête sur deux « *univers symboliques de l'assistance socio-médicale* » (l'univers médical de l'hôpital et l'univers humaniste des centres associatifs) : « *en tant que « structures de sens », ces univers symboliques constituent des ensembles cohérents de représentations et de valeurs, qui encadrent et orientent les actions de chacun en même temps qu'ils leur donnent une signification* »¹¹³. Il est donc nécessaire de comprendre les structures, ce qui passe par une connaissance de leur fonctionnement, mais aussi par un apprentissage des rôles sociaux attendus des usagers, une socialisation. Or, à ce niveau, O. Griette y voit une source de renoncement aux soins dû au profil des personnes précaires. La désocialisation de ces personnes, leur condition de vie, se trouvent être des handicaps en la matière. De plus, en restant basées sur leurs peurs, les personnes peuvent s'éloigner des structures, sans vouloir se confronter à ces univers inconnus.

¹¹² MEDECINS DU MONDE, *op. cit.*, octobre 2003.

¹¹³ PARIZOT I., *op. cit.*, 2003.

Cette dernière idée est proche du point que nous allons aborder dès à présent. Il rejoint le non recours appréhendé du côté de l'individu avec, cette fois-ci, les formes volontaires de mise en retrait des institutions sanitaires. Tout comme il a été mis en garde de ne pas réduire le non recours à un phénomène causé uniquement par les comportements des individus, et donc de porter attention aux causes extérieures, il est important ici de montrer que le non recours est aussi recherché, voire revendiqué, par les personnes. Esquissons quelques points pour lesquels cela apparaît.

Le retrait volontaire peut prendre la forme d'une préservation de soi, ce qui a un sens particulier dans les structures visant un public spécifique. Si ces dernières permettent de proposer une offre de soin adaptée, y recourir implique un coût symbolique, avec les risques de stigmatisation. Pour les personnes, cela peut correspondre à la volonté de ne pas être assimilées aux publics y étant accueillis ou, dans certains cas, de ne pas être obligées de les côtoyer¹¹⁴. Il peut donc s'agir d'une sorte de protection identitaire, vis-à-vis de soi (ne pas se sentir appartenir aux « précaires ») ou des autres (ne pas être identifié comme précaire).

Les entretiens ont été peu instructifs sur ce sujet. Cela peut être dû au terrain d'enquête, les centres de santé, qui ne sont pas des structures uniquement tournées vers le public démuné. Il en est de même d'ailleurs pour la CMU, des patients indiquant que ce dispositif était moins stigmatisant de par le support identique à tous assurés (la carte vitale), contrairement à l'ancien système d'étiquettes à retirer et à présenter visiblement. Une patiente nous renseigne cependant sur une piste d'explication, à chercher du côté de l'expérience de la précarité. Pour elle en effet, faire une nouvelle demande de CMU signifie retourner à une situation sociale qu'elle cherche à quitter. Vivant entre chômage et contrats aidés, elle se place davantage dans une perspective de sortie des conditions de vie précaires qu'elle a eu plusieurs années durant. Or, la demande de droits se faisant par l'intermédiaire d'une assistante sociale – symbole d'une situation de besoin – ce recours apparaît « *comme un renoncement à un « vrai » statut social et la perte progressive de la dignité* »¹¹⁵. Dans ce cas, sa préférence a longtemps été de rester le plus possible en dehors du circuit d'assistance trop stigmatisant et dévalorisant à ses

¹¹⁴ S. Paugam a bien analysé ces processus de différenciation des personnes disqualifiées en fonction du type de marginalité (conjurée, revendiquée...). C'est un constat qu'il est possible de faire de manière récurrente dans les centres d'hébergement d'urgence ou les consultations spécifiques aux personnes démunies accueillant un grand nombre de SDF. Le décalage que peuvent ressentir d'autres personnes aux contacts de ceux qui sont souvent synonymes d'extrême misère a un effet repoussoir, en refusant de côtoyer des personnes leur rappelant leur passé ou leur signifiant trop fortement leur situation sociale.

¹¹⁵ PAUGAM S., *La disqualification sociale*, Paris : PUF, 1991.

yeux, quitte à être en marge de ses droits. Des besoins médicaux se faisant de plus en plus pressants, elle a pris la décision de retourner voir l'assistante sociale, ce qui la préoccupe :

(14) *C'est pour ça que je vais voir une assistante sociale parce que soit j'y ai droit et je demande, soit j'y ai pas droit et je demande le truc dont tu m'as parlé tout à l'heure [l'aide à la mutualisation] mais je t'avoue que je ne suis plus tellement les aides auxquelles j'ai droit. Ça fait bien longtemps que je suis pas allée chez une assistante sociale et quelque part tu vois c'était un peu... se dire « ah enfin j'ai plus besoin d'aller en voir une ». C'est une progression. Et je suis pas très contente de devoir y retourner parce que j'ai un peu l'impression que c'est une régression de mon statut et... ouais j'ai peut être un peu peur.*

Donc tu recules pour y aller ? Tu essaies d'éviter ?

Je sais pas parce que en ce moment comme le moral est pas bon non plus, je sais pas lequel des deux intervient le plus, si c'est reculer parce que se dire merde ça fait plus d'un an que j'étais pas allée en voir une et qu'il va peut être falloir recommencer, la peur de retomber dans un système dans lequel j'avais réussi à sortir ou si c'est parce que les idées étant noires, j'ai pas beaucoup d'énergie même si c'est pour faire des démarches qui sont importantes et nécessaires et qui me seraient utiles.

Cet exemple permet d'être vigilant sur le lien entre recours aux soins et vécu de la précarité. Il devient nécessaire d'introduire des différenciations en terme de processus, à l'image des apports des travaux de S. Paugam sur la disqualification sociale. Son enquête met bien en lumière les différents rapports aux services d'action sociale en fonction de la typologie établie à partir de processus de disqualification, à savoir la fragilité, la dépendance et la marginalité. Appliquée aux structures de santé, cette approche est pertinente au regard des écrits d'I. Parizot¹¹⁶. Elle permet d'élargir les remarques faites au sujet de la personne interrogée ci-dessus. En effet, s'il s'agissait de quelqu'un sortant d'un processus de précarité, ceux y entrant (les déclassés) peuvent ressentir le même type de stigmatisation à recourir à des couvertures sociales particulières ou à des structures de soins réservées aux populations démunies. Le sentiment d'échec personnel, la culpabilité et, en général, l'épreuve statutaire que cela demande, expliquent ainsi selon l'auteur des retards aux soins jusqu'à ce que les problèmes médicaux soient jugés trop importants et qu'ils mettent en péril la recherche ou l'exercice d'un travail.

En dernier lieu, nous pouvons évoquer une ultime forme de retrait volontaire des structures sanitaires. Elle regroupe toutes les expressions de revendications à garder une distance par rapport aux institutions. Cela pose la question de l'évaluation de l'offre publique (non pas restreinte au secteur sanitaire) et de sa réception par les publics cibles. Le retrait revendiqué peut en effet prendre son origine dans une méfiance vis-à-vis des institutions, ainsi que d'une contestation de l'efficacité, de l'utilité, des dispositifs proposés. Il en serait ainsi

¹¹⁶ PARIZOT I., *op. cit.*, 2003.

particulièrement pour les jeunes. Une étude du MIPES¹¹⁷ souligne le rapport particulier que les jeunes en difficulté ont avec le corps social en général et les institutions en particulier. Celles-ci, quelles qu'elles soient, sont par exemple appréhendées comme appartenant au monde des adultes. Vis-à-vis d'elles, la demande doit être la plus réduite possible et, surtout, sans contrepartie (expliquant le plus fort recours aux pharmacies et services des urgences hospitalières). Le fait que les engagements doivent être nuls renseigne aussi sur le mode de vie de certains jeunes, mais que nous pourrions étendre à d'autres catégories de population.

Cependant, de la même manière qu'il nous a fallu nous méfier de la catégorie « jeune » trop souvent associée à une classe d'âge préoccupante, nous pouvons indiquer que d'autres variables que l'âge semblent plus explicatives. La récente contribution de S. Paugam¹¹⁸ à un ouvrage de l'INSERM laisse entrevoir une autre explication, liée à l'enfance. Il remarque en effet une corrélation nette entre un sentiment de confiance faible envers les institutions et un nombre élevé de difficultés vécues pendant l'enfance. Il y voit les conséquences de la rupture des liens de filiation (la famille) et d'intégration (socialisation secondaire), sur le lien de citoyenneté (qui demande une participation aux institutions).

b. Appréhension puis méfiance dans le face-à-face avec le médecin

Entrons maintenant au cœur d'une dimension centrale dans le recours aux soins, celle la plus difficilement envisageable puisque marquée par un « colloque singulier », à savoir la relation entre médecin et patient. Cette dernière est, selon l'IRDES, l'un des quatre facteurs endogènes de renoncement aux soins. Elle peut s'expliquer par certains des éléments que nous venons de voir au sujet du rapport aux institutions (le médecin étant l'un des vecteurs principaux des normes de telle structure), mais d'autres aspects nous semblent plus particuliers. C'est pourquoi il a été choisi de se centrer sur cette relation.

Le premier point ne s'intéresse pas à la relation concrète avec le médecin. Avant d'être en contact avec ce professionnel, une première étape, celle couramment désignée comme la « première démarche », est à franchir. Il s'agit de passer outre l'appréhension que les personnes peuvent avoir vis-à-vis d'une telle rencontre avec un médecin. Elle peut naître d'une raison médicale, lorsque la personne appréhende davantage le diagnostic et préfère

¹¹⁷ BARREYRE J.-Y., FIACRE P., *op. cit.*, 2004.

¹¹⁸ PAUGAM S., « Les différents liens sociaux et leurs ruptures » in CHAUVIN P., PARIZOT I., *op.cit.*, 2005.

dénier ses troubles de santé, ou encore lors d'évènements douloureux et d'expériences médicales passées qui se sont mal déroulées. Mais la peur du médecin peut aussi être expliquée par les conditions de vie. Une étude de l'IRDES¹¹⁹ propose ainsi une corrélation entre l'appréhension envers le médecin et les situations d'isolement et de stigmatisation, plus fréquentes parmi les populations précaires. M. Collet¹²⁰ propose une interprétation plus originale en montrant que déclarer une peur du médecin allait fortement de pair avec l'expression d'une enfance douloureuse, et ce du simple au double. Selon lui, la « *fragilisation juvénile* » a des conséquences sur les représentations et la mobilisation pour prendre soin de soi une fois adulte de par l'anxiété et le mal-être.

Dans tous les cas, la peur du médecin dont il est question joue un rôle crucial, puisque capable de déterminer le recours aux soins dès la démarche initiale. De même que pour les institutions, les patients peuvent rester sur leurs représentations et éviter alors d'entrer en contact avec un corps professionnel qui cristallise de nombreuses inquiétudes.

Cette étape initiale passée, la relation n'en devient pas pour autant neutralisée entre patient et médecin. La logique de défiance abordée par moments ressurgit au cœur même de la relation, c'est-à-dire durant la consultation. Les données propres au niveau d'éducation nous ont permis de donner une hypothèse dans ce sens, sur le fait que le discours scientifique médical est différemment bien appréhendé. Cela joue sur la relation comme le développe L. Boltanski pour qui « *la fréquence et l'intensité des relations que les malades entretiennent avec le médecin et la qualité du « colloque singulier » croissent quand on s'élève dans la hiérarchie sociale, c'est-à-dire quand diminue la distance sociale entre le médecin et son malade. Ainsi, les membres des classes supérieures qui appartiennent, par définition, à la même classe sociale que leur médecin ou encore au même « milieu » [...] entretiennent avec lui des rapports de familiarité. Ils peuvent déclarer qu'ils sont « en parfait accord avec leur médecin », ou « qu'avec lui le dialogue est facile » parce qu'ils parlent le même langage, ont les mêmes « habitudes mentales », utilisent des catégories de pensées similaires, bref ont subi l'influence de la même « force formatrice d'habitudes » qui est en l'occurrence le système d'éducation* »¹²¹.

Les conditions de vie précaires et la faible estime de soi liées se superposent à cette explication en terme de niveau d'éducation. En effet, en plus de considérations sur le contenu du discours médical, la relation peut être déséquilibrée étant donnés les deux statuts des

¹¹⁹ COLLET M., MENAHEM G., PARIS V., PICARD H., *op. cit.*

¹²⁰ COLLET M., *op. cit.*, 2001.

¹²¹ BOLTANSKI L., *op. cit.*, 1971.

personnes ; si nous schématisons, il se trouve d'un côté, le médecin, symbole du savoir, au statut social valorisé légitimé par l'école et, de l'autre, une personne au statut social dévalorisé (sans travail par exemple), pouvant avoir vécu des échecs dans sa scolarité et au regard sur soi négatif. Un phénomène de dévalorisation de soi peut intervenir alors, par effet de dissuasion symbolique en restreignant le recours, ou bien après en réduisant la qualité de la consultation. L'information s'échangeant dans cette dernière est en effet dépendante de la relation entre médecin et malade, une relation asymétrique pouvant faire suite au sentiment d'être inférieur ou méprisé, de même qu'à la différence de poids du discours (avec le « discours fort » du médecin, seul détenteur de l'autorité de la science et de la légitimité médicale » selon L. Boltanski). Là aussi, au sujet du risque de déséquilibre de la relation, des données sur la trajectoire de précarité seraient intéressantes à introduire. Nous pourrions envisager le fait que l'écart est plus ressenti par les personnes dans une précarité « installée », plutôt que par celles étant sur une trajectoire ascendante, recherchant la proximité avec des gens de statut plus valorisé.

Peu d'éléments ressortent des entretiens, pour des raisons méthodologiques (la relation étant dans l'espace clos de la consultation) et pour des raisons de caractéristiques du terrain (avec un regard sur les médecins des centres uniquement positif de la part des patients). Une patiente nous permet quand même de saisir, à partir de sa confrontation d'expériences entre des médecins des centres de santé et d'autres ailleurs, comment une pratique professionnelle est un moyen de réduire les facteurs de renoncements aux soins dus à la distance sociale mais aussi comment le médecin peut être assimilé à une personne de morale :

(15) *J'ai pas de problèmes ici, je viens au centre de santé depuis longtemps et je suis bien soignée.*

« Bien soignée » ? C'est-à-dire ?

C'est parce que j'ai des bons rapports avec tout le monde, les médecins, les secrétaires.

Qu'est ce qui fait que ce sont des bons rapports ?

Ils sont attentifs, très à l'écoute. Ils sont sympas et présents.

Comment définiriez-vous l'écoute ?

C'est écouter tous les problèmes, alors que les autres médecins vont pas demander ça, on va pas leur parler de nos petits soucis. Alors que bon un médecin il est pas là que pour soigner, il doit aussi écouter. Ici, ils nous considèrent pas comme des clients mais comme des patients, qu'on écoute.

En quoi l'écoute apporte un intérêt ?

Ça enlève le rapport médecin-patient, un peu comme ça [elle fait un signe de distance]. Les médecins font en sorte d'être accessibles.

Par exemple ?

On se tutoie. Normalement on devrait pas, mais ça fait 7 ans que je viens, je tutoie autant les secrétaires que mon médecin traitant parce qu'elle c'est le médecin de famille, elle est déjà venue chez moi en plus, elle connaît mes problèmes, elle sait tout ce qui m'est arrivé. Voilà le tutoiement il enlève la barrière entre le médecin et le patient. Il y a pas de tabous. Avant avec mon ancien médecin traitant, il y avait des choses à dire, des choses à pas dire.

Par exemple ?

En fait moi j'ai une tension basse, quelques problèmes où je suis pas bien et je lui disais pas tout. Je lui disais pas que je fumais beaucoup, alors que bon voilà [mon médecin du centre] elle sait

pourquoi, elle sait que si je fume c'est l'adolescence mais aussi parce qu'il y a des choses qui me stressent, les enfants. Et lui il me faisait toujours le discours sur « la cigarette c'est pas bien, il faut arrêter, vos poumons »... donc ça sert à rien de tout dire si c'est pour entendre ça.

Cela a des conséquences sur le diagnostic ?

Oui quand même. Mais la barrière elle est là. Alors qu'ici pas de problèmes, ils sont disponibles.

Ces quelques points de compréhension rendent compte de quelle manière les facteurs d'éducation vus dans la première partie et le vécu de la précarité ont des incidences sur la relation au médecin. Celle-ci ne pouvait pas être neutre ; il a été présenté les éventuels non recours en cas de déséquilibre, perçu ou réel, de la relation.

3. Le temps de la précarité, marqué d'incertitude et de quotidienneté

Recourir aux soins, en dehors de ressentir un besoin médical et de se mettre en relation avec des institutions et des professionnels de santé, se base aussi sur un impératif d'ordre temporel. Il doit s'inscrire dans un temps donné, d'après un rythme déterminé par des considérations biologiques, sous peine d'être en retard aux soins (ou en renoncement). Pensons à la définition américaine de l'accès aux soins citée en introduction avec son idée d'utilisation en « temps utile » des services de santé. Il devient central de se pencher sur cette notion de temps.

S'il est également pertinent de traiter de la dimension temporelle, c'est qu'elle est apparue en filigrane ou distinctement à de nombreux moments de notre développement. Il est d'ailleurs remarquable que beaucoup de points soulevés convergent dans le même sens. Ils indiquent un rapport au temps particulier, marqué notamment par l'immédiateté et le quotidien. Revoyons quelques indicateurs pour mieux cerner cette conception.

Le recours aux soins des populations précaires est par exemple davantage orienté vers le recours aux urgences, bien entendu hospitalières, mais pas seulement. Les professionnels des centres de santé remarquent en effet la tendance d'une partie du public à demander des rendez-vous en urgence sans que cela ne soit médicalement justifié. C'est une préoccupation telle, en matière de gestion du secrétariat notamment, qu'elle fait l'objet de décompte dans certains centres. Il s'agit d'un phénomène non massif (quantitativement parlant) mais à intégrer dans l'analyse, sans pour autant évincer les cas de retard aux soins, avec un besoin médical immédiat. Autre indicateur, les motifs de consultation nous renseignent sur le rapport

au temps. Nous avons vu qu'ils se faisaient davantage pour les douleurs et autres traumatismes liés au quotidien, dès lors que les impératifs de travail et de mobilité étaient mis en jeu. Enfin, citons M. Collet au sujet de ce qu'il appelle « *l'observance limitative de la prescription* »¹²². Il démontre que les patients opèrent une sélection des médicaments sur leur ordonnance, non pas en fonction du prix comme il a pu être vu chez les patients des centres de santé, mais en fonction de leur rapidité d'effet (médicament à visée analgésique). C'est là un des arguments en faveur de l'automédication, trouvé dans les entretiens, où l'efficacité de ce type de soin est évaluée à l'aune de la rapidité d'action (en plus d'autres critères), contrairement aux médicaments prescrits.

Il ressort de ces indicateurs opérant tout au long de l'itinéraire de soin (du rendez-vous à la prise de traitement) un sentiment similaire de mise en avant d'un temps court. Cela va bien à l'encontre des impératifs temporels de la santé, qui demandent une visée à long terme, d'anticiper certains soins (dentaires par exemple).

Quelle interprétation avoir de ce rapport au temps particulier ? L'expérience de la maladie chronique nous en a fourni une, puisque nous avons vu que l'évolution et le traitement de ces maladies sont sources d'incertitude et de vie au jour le jour. A ce niveau, cette expérience rejoint celle de la précarité. Les conditions de vie des personnes dans cette dernière situation donnent en effet une clé d'interprétation. A d'autres degrés et sous d'autres manifestations, la précarité peut être vécue sur le mode de l'incertitude et de la quotidienneté.

L'incertitude découle par exemple des conditions de logement (ne pas savoir où dormir le soir d'après) ou des conditions de travail. La problématique des salariés précaires nous revient ici, avec toute cette population qui « *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 pouvoir en espérer la sortie* »¹²³. Cela peut entraîner une forme de nomadisme dans le temps comme l'évoque A. Thébaud-Mony¹²⁴ au sujet des femmes contraintes au temps partiel. Mais plus largement, la précarité professionnelle joue sur les perspectives futures, qui demeurent alors réduites tant l'incertitude et l'insécurité sociale dominant sur différents plans. Au fur et à mesure de l'entrée dans la précarité, ce rapport au temps peut se distendre encore plus, brouillant les repères temporels et contraignant les mobilisations pour sortir de cette situation.

¹²² COLLET M., *op. cit.*, 2001.

¹²³ RIGAUDIAT J., « A propos d'un fait social majeur : la montée des précarités et des insécurités sociales et économiques », *Droit social*, mars 2005, n° 3, p. 247.

¹²⁴ A. Thébaud-Mony, citée dans CARRICABURU D., MENORET M., *op. cit.*, 2004.

Une patiente exprime bien cette fragilisation de l'existence, en reprenant l'expression de manque « de projection dans l'avenir » :

(10) Votre invalidité pose problème pour le travail alors comment allez-vous faire quand l'allocation de parent isolé finira, dans 3 ans ?

Ça m'inquiète.

Vous avez quelqu'un pour vous aider ?

Bah, c'est-à-dire ?

Par exemple une assistante sociale ?

Oui j'ai une assistante sociale qui me suit, il faudrait que je prenne rendez-vous avec elle qu'on en discute. Déjà j'ai du mal à me projeter dans l'avenir, je vis au jour le jour.

Qu'est ce que ce « projeter dans l'avenir » ?

J'ai aucun projet, pour moi, je sors pas. Chaque jour suffit sa peine, déjà que j'ai du mal à m'en sortir dans un jour, que ça me demande beaucoup d'énergie. Alors un projet dans un an, dans deux ans...

C'est peril pour la santé, pour ce qui est des vaccins, des choses qui sont à prévoir dans un an ou deux ?

Quelque chose de régulier ?

Non en préventif ?

[elle rigole] Non non. Quand on a pas le moral, on a du mal à faire des projets.

Jusque là, il s'agissait d'envisager le vécu de la personne mais en référence au futur, à « l'avenir » dont ces personnes sont parfois sommées de construire strictement et de remplir de projet. Mais le vécu de la précarité au quotidien est également déterminant dans le rapport au temps. De la même manière que pour la maladie chronique, une forme de vie au jour le jour se retrouve dans l'expérience de la précarité. Le référent est le quotidien, au cours duquel il faut recommencer à satisfaire des besoins élémentaires (nourriture, logement...), quitte à leur donner un ordre de priorité en fonction duquel la santé est rarement en tête. Cela peut être vécu sous l'ordre de la routine du déroulement des activités et du fatalisme face à l'évolution des événements, toujours répétitifs sans avoir le sentiment de pouvoir influencer sur eux¹²⁵. La recherche de besoins quotidiens peut aussi se concilier à la revendication d'un mode de vie dans l'urgence et la quotidienneté, comme elle est à l'œuvre chez les jeunes précaires¹²⁶. Dans tous les cas, il s'agit bien de percevoir et de gérer son temps de manière quotidienne.

Ainsi, les éléments relevant du vécu de la précarité rendent compte de manière concrète des caractéristiques sociodémographiques des patients dans la première partie de ce travail. Ils nous renseignent sur la singularité et la diversité, selon chaque individu, des situations à l'égard de la santé. Une même maladie peut ainsi être vécue de façon très différente et ce même si les personnes sont placées dans une position socioéconomique similaire. Il s'agit

¹²⁵ PRONOVOST G., *Sociologie du temps*, Bruxelles : De Boeck Université, 1996.

¹²⁶ BARREYRE J.-Y., FIACRE P., *op. cit.*, 2004.

donc d'être vigilant afin de traduire ces nuances. La trajectoire dans la précarité semble être un indicateur à introduire à ce niveau, étant donnée son importance dans le rapport à la douleur, aux structures de soin ou, entre autre, au temps.

CONCLUSION

Le non recours aux soins de santé a pu être appréhendé dans sa diversité tout au long de l'analyse. Chacune des formes présentées comme constitutives de ce phénomène a été abordée au cours des entretiens avec les patients, démontrant par là l'importance de les saisir une à une dans une perspective globale ; droits sociaux, recours aux différents soins et observance thérapeutique nous semblent ainsi des axes pertinents dans l'analyse du non recours. Il reste à les affiner, notamment en fonction d'éléments relevés dans ce travail. Prenons l'exemple du type de soin, étant données les variations dans l'attention accordée par la personne, dans le mode de recours ou encore dans l'observance, selon qu'il s'agit de soins généralistes ou spécialisés, de soins pour des symptômes localisés sur les membres ou ailleurs, etc. D'autres aspects restent à introduire autour du recours aux services de santé. La question – rapidement évoquée – des comportements à l'égard de l'offre de santé mériterait d'être associée aux axes choisis ici (le retard et le renoncement aux soins) et être intégrée pleinement à l'analyse du non recours aux soins. Les problématiques du « nomadisme », des rendez-vous non honorés ou encore des patients qui consultent régulièrement sans raison médicale établie sont quelques uns de ces aspects à introduire. Il faut cependant rester vigilant quant au risque de faire reposer sur la personne l'entière responsabilité de sa situation (ou risque, défini en anglais, de « *blame the victim* »). Pour cela, rappelons que le non recours est saisi à travers trois niveaux d'analyse que sont la personne, les organismes prestataires et les dispositifs.

Au fur et à mesure, il s'agit bien de qualifier le phénomène du non recours aux soins de santé, à partir des indicateurs clés, explicatifs et disponibles à l'observation.

Phénomène à qualifier, le non recours aux soins est aussi un phénomène à déchiffrer, à saisir davantage. L'entrée par les variables sociodémographiques est instructive à ce niveau. Elle a permis d'identifier les variables *a priori* pertinentes – sans pour autant avoir pu déterminer les indicateurs appropriés à chacune, non sujets aux biais – puis d'envisager celles qui sont plus explicatives que d'autres. Le niveau d'éducation, le revenu, la situation professionnelle font partie des facteurs influant particulièrement le non recours et laissant apercevoir des profils de personnes spécifiques, davantage que par l'âge ou le genre.

Néanmoins, ce constat ne doit pas nous amener à isoler les variables descriptives des variables explicatives. Il nous semble plus intéressant de réfléchir en terme de cumul des facteurs afin, par exemple, d'établir si des combinaisons exposent davantage à des formes de non recours ou si des facteurs s'annulent les uns les autres.

L'usage d'un matériau statistique, sur une large population, est indispensable à ce stade pour valider ou invalider des hypothèses pressenties à partir de quelques entretiens. La littérature évoquée dans ce mémoire montre l'intérêt de cette méthode quantitative, en faisant ressortir des corrélations inattendues (entre problème dans l'enfance et non recours par exemple) qui sont de véritables pistes d'hypothèse. La statistique permettrait aussi d'affiner les résultats à l'intérieur des variables à partir d'autres éléments présentés (type de contrat de travail...) et surtout entre les variables pour apprécier plus précisément leur degré d'incidence sur le non recours aux droits d'assurance maladie et aux services de santé.

Il demeure que la statistique n'est pas suffisante en soi, de même qu'elle peut être un biais masquant l'individu derrière des chiffres selon K. Hopper : « *derrière les abstractions désincarnées des chiffres de la pauvreté et des tendances statistiques, il y a des vies avec leurs aspérités, et parfois leur proximité agaçante, qui réclament sans voix un partage équitable du bien commun* »¹²⁷.

La complémentarité avec l'approche qualitative est donc nécessaire. Parmi les méthodologies disponibles, la démarche compréhensive utilisée dans ce travail est apparue propice à l'étude du non recours. En se centrant sur le sens que les personnes donnaient à des événements ou des situations, elle a pu rendre compte de la manière avec laquelle les variables sociodémographiques sont appréhendées par les personnes, le poids qu'elles ont ou non (à l'image de l'offre de soin disponible dans l'environnement géographique des personnes mais pour autant non mobilisée). Elle a ainsi, plus généralement, pu nous renseigner sur les expériences retenues pour l'analyse, celles de la maladie et de la précarité.

Ces deux vécus ont été traités séparément. Ce choix se justifiait lorsque des facteurs éventuels du non recours leur étaient très spécifiques ; c'est le cas par exemple des différents rapports à la maladie et du poids des expériences passées ponctuant le parcours médical, mais aussi de la relation au corps dans une situation de précarité. L'une et l'autre de ces expériences éclairent ainsi à leur façon le non recours.

¹²⁷ HOPPER K., cité dans JOSPEH I., « 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) » in PUCA, *Les SDF : représentations, trajectoires et politiques publiques*, Paris : PUCA, 2003, p.328.

Toutefois, nous retiendrons davantage les similitudes entre l'expérience de la maladie et l'expérience de la précarité, traduites toutes deux dans le discours des personnes interrogées en terme de « rupture ». Même s'ils ne s'expriment pas de la même manière, les effets de la survenue de ces vécus tournent autour de mécanismes quasi identiques. Cela est particulièrement parlant dans deux aspects développés dans ce travail, se retrouvant à de nombreux moments.

Le premier concerne l'image que la personne a d'elle. Les deux expériences vont dans le même sens, avec un mécanisme de dévalorisation de soi issu de la « rupture biographique » impliquée par le statut stigmatisant de « malade » ou encore issu du sentiment d'infériorité et de la culpabilité face à une situation de précarité. Les conséquences sur le non recours se font par exemple ressentir par le biais de l'isolement social, de la relation au médecin et aux institutions.

Le second aspect qui ressort est celui du rapport au temps. Là aussi, les expériences de la maladie et de la précarité trouvent des effets similaires sur la perception et l'usage d'un temps au quotidien, marqué par l'incertitude. Il s'agit d'une dimension centrale se retrouvant tout au long de l'itinéraire médical (de l'appréciation d'un symptôme à l'observance thérapeutique) et qui mérite à ce titre une attention particulière.

Nonobstant, nous pouvons nous demander pourquoi le lien entre ces deux expériences nous est apparu avec autant de clarté. Est-il dû au fait que l'expérience et de la maladie et de la précarité ont vraiment chacune indépendamment de tels effets sur la personne ? Ou est-ce l'une des deux expériences qui imprime ses conséquences sur l'autre ? Le développement distinct de l'analyse du vécu de la précarité et de la maladie nous laisse penser qu'il y a un peu des deux. En effet, la dévalorisation de soi et le rapport au temps – pour reprendre ces aspects centraux – se retrouvent chez des personnes malades non précaires et inversement chez des personnes précaires non malades. Cependant, il semble que, si les incidences de la maladie sont présentées avec une telle ampleur, c'est qu'elles font écho à une situation de précarité, plus déterminante. La façon dont les personnes interrogées réintroduisaient leur problème de santé dans des problèmes sociaux, la présentation des remèdes à leur pathologie par l'écoute ou, autre exemple, le règlement de préoccupations familiales nous permettent de le penser.

Par conséquent, notre regard doit se centrer moins sur le type de maladie que sur la situation sociale de la personne afin de mieux interpréter les déterminants du non recours. Parmi cette situation sociale, la nuance, abordée par moment dans le développement, entre les différentes étapes de la précarité semble être pertinente. Elle propose une analyse dynamique

en terme de trajectoire, qui aurait l'avantage d'envisager la possibilité de non recours spécifique en fonction du parcours personnel (voire de n'envisager le non recours qu'à des moments de « rupture »). Elle appelle alors un protocole d'enquête de type longitudinal afin d'observer le déroulement du parcours de la personne, notamment lors de la survenue d'évènements.

L'analyse du non recours aux soins déborde ainsi du seul axe médical. La question sociale est plus que présente dans la réflexion et appuie alors le point de vue adopté dès le début de ce mémoire sur les inégalités de santé. Ces dernières sont bien avant tout déterminées par des inégalités sociales. Derrière ce constat, c'est la question de l'accès aux soins qui est posée. Si les efforts en faveur de cet accès sont essentiels pour de nombreux aspects distingués à partir de l'analyse du non recours, ils ne sont pas pour autant décisifs. Ils ne peuvent être déconnectés d'une réelle volonté de réduction des inégalités à l'échelle de la société, mobilisant des acteurs du secteur sanitaire mais pas seulement. Empruntons à ce propos les termes de D. Fassin, pour conclure ce mémoire, selon qui *« la question des inégalités de santé a été pensée presque exclusivement du point de vue de l'accès aux soins. Cette politique a un coût. Il n'est pas seulement dans l'accroissement des dépenses de santé qui fait l'objet de toutes les sollicitudes, il est aussi dans leur faible efficience au regard de la réduction des écarts d'état de santé entre les catégories sociales. »* En effet, poursuit-il au sujet du paradoxe entre la première place de la France dans le classement de l'Organisation Mondiale de la Santé du point de vue de sa performance globale et son dernier rang au sein des pays d'Europe de l'Ouest en termes d'inégalités sociales des hommes devant la mort, *« dans les pays industrialisés, l'état de santé d'une population ne dépend de son système médical que pour environ un cinquième, le reste relevant de facteurs proprement sociaux, à commencer par la structure plus ou moins inégalitaire de la société. Sur ce plan, la France est parmi les pays de l'OCDE qui ont les résultats les moins bons aussi bien pour la répartition des revenus que du point de vue des politiques de redistribution. En n'intégrant pas l'action contre les inégalités sociales et en limitant l'intervention au seul système de diagnostic et de soins, on ne se donne la possibilité de jouer au mieux que sur 20 % des disparités de santé. »*¹²⁸

¹²⁸ FASSIN D., « Santé : les lois de l'inégalité », *Mouvements*, mars-avril 2004, n°32. Article disponible sur le site de l'Observatoire des inégalités (www.inegalites.fr).

BIBLIOGRAPHIE

- ADAM P., HERZLICH S., *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Paris : Nathan, 1995.
- AGIER I., « Activité du 115 de Paris et évolution de la population des usagers du 115 et des EMA de 2002 à 2004 » in Observatoire du Samu social de Paris, *Rapport d'activité de l'année 2004*, mars 2005.
- BARREYRE J.-Y., FIACRE P., « Les jeunes en grande difficulté et la santé », MIPES, mars 2004.
- BASZANGER I., « Les maladies chroniques et leur ordre négocié », *Revue Française de Sociologie*, 1986, n°27.
- BAZIN F., PARIZOT I., CHAUVIN P., « Déterminants psychosociaux du renoncement aux soins pour raisons financières dans 5 zones urbaines sensibles de la région parisienne », IRDES, 2001.
- BERTHOD-WUMSER M., « Programmes de recherche et débat public sur les inégalités de santé : la France est-elle en retrait ? » in LECLERC A., FASSIN D., GRANDJEAN H., KAMINSKI M., LANG T. (éd.), *Les inégalités sociales de santé*, Paris : La Découverte, 2000.
- BIHR A., PFEFFERKORN R., *Déchiffrer les inégalités*, Paris : La Découverte, 1999 (1^{ère} éd. : 1995).
- BOISGUERIN B., « Etat de santé et recours aux soins des bénéficiaires de la CMU. Un impact qui se consolide entre 2000 et 2003 », *DREES Etudes et résultats*, mars 2004, n° 294.
- BOISGUERIN B., GISSOT C., « L'accès aux soins des bénéficiaires de la CMU. Résultats d'une enquête réalisée en novembre 2002 », *DREES Etudes et résultats*, janvier 2002, n°152.
- BOISGUERIN B., GISSOT C., GRIGNON M., AUVRAY L., « Les opinions sur la CMU et ses bénéficiaires au 1^{er} janvier 2000 », *DREES Etudes et Résultats*, juillet 2001, n°123.
- BOLTANSKI L., « Les usages sociaux du corps », *Annales ESC*, 1971, n°26 (tome 1).
- BRIXI O., « Santé et migration » in LEBAS J., CHAUVIN P., (dir.), *Précarité et santé - 2^e éd.*, Paris : Flammarion, 1998.
- BURY M., « Chronic illness as biographical disruption », *Sociology of health and illness*, juin 1982, vol.IV, n°2.
- CARRICABURU D., MENOIRET M., *Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladies*, Paris : Armand Collin, 2004.
- CATRICE-LOREY A., « Inégalités d'accès aux systèmes de protection sociale et pauvreté culturelle », *Revue française des affaires sociales*, octobre-novembre 1976, n°4.
- CEFAI D., *L'enquête de terrain*, Paris : la Découverte, 2003.
- CHANTALOU M.L., LAGABRIELLE D., CASSARO V., (AGECSA : Centres de santé de Grenoble), « Accès aux soins, prise en charge et accompagnement de personnes en situation de précarité et d'insertion », bilan 2003.
- CHASTANG J.-F., LECLERC A., « Quantifier les inégalités » in LECLERC A., FASSIN D., GRANDJEAN H., KAMINSKI M., LANG T. (éd.), *Les inégalités sociales de santé*, Paris : La Découverte, 2000.
- CHAUVIN P., GILG SOIT ILG A., LEBAS J., « De la médecine libérale aux dispositifs de soins gratuits : un continuum de situations » in LEBAS J., CHAUVIN P., (dir.), *Précarité et santé - 2^e éd.*, Paris : Flammarion, 1998.
- CHAUVIN P., PARIZOT I., *Santé et recours aux soins des populations vulnérables*, Paris : INSERM, 2005.
- CHAUVIN P., « Précarisation sociale et état de santé : le renouvellement d'un paradigme épidémiologique » in : LEBAS J., CHAUVIN P., (dir.), *Précarité et santé - 2^e éd.*, Paris : Flammarion, 1998.

COLLET M., « Dynamiques de précarisation, modes d'adaptation identitaire et interactions avec les logiques de santé », cf. CREDES, mémoire de DEA de sociologie, sept. 2001.

COLLET M., MENAHEM G., PARIS V., PICARD H., « Précarité, précarisation et logiques de recours aux soins », document de travail (CREDES).

CREDES, « Vie et santé des jeunes sans domicile ou en situation précaire » in *Question d'économie de la santé*, n° 40, septembre 2001.

–, Santé, soins et protection sociale, enquête annuelle 1998.

DOURGNON P., GRIGNON M., « Le tiers-payant est-il inflationniste ? », *Questions d'économie de la santé*, mars 2000, n°27.

DRASS Rhône-Alpes et Fonds CMU, *Monographie territoriale des bénéficiaires de la CMU et analyse du recours aux soins et des consommations de soins*, CAREPS, rapport n°361, février 2003.

DREES, *Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 2003*, Paris : La Documentation Française, 2004.

DURET P., ROUSSEL P., *Le corps et ses sociologies*, Paris : Nathan, 2003.

ELGHOZI B., « Le médecin généraliste et les publics en difficulté » in LEBAS J., CHAUVIN P., (dir.), *Précarité et santé - 2^e éd.*, Paris : Flammarion, 1998.

FAINZANG S., *Pour une anthropologie de la maladie en France, un regard africaniste*, Paris : Ed. EHESS, 1989.

FASSIN D., « Santé : les lois de l'inégalité », *Mouvements*, mars-avril 2004, n°32.

GEERTZ C., « La description dense. Vers une théorie interprétative de la culture » in CEFAI D., *L'enquête de terrain*, Paris : la Découverte, 2003.

GRIETTE O. « Le non-recours à l'offre de santé » in WARIN P. (dir.), *Le non-recours aux services de l'Etat. Mesure et analyse d'un phénomène méconnu*, Grenoble : CERAT-IEP.G., sept. 2002, pp.169-201.

GRIGNON C., PASSERON J.-C., *Le savant et le populaire. Misérabilisme et populisme en sociologie et en littérature*, Paris : Seuil, 1989.

GRIGNON M. (dir.), « Mesurer l'impact des déterminants non médicaux des inégalités sociales de santé », IRDES, rapport de recherche, juin 2004.

GRAND A. et al., « Personnes âgées » in LECLERC A., FASSIN D., GRANDJEAN H., KAMINSKI M., LANG T. (éd.), *Les inégalités sociales de santé*, Paris : La Découverte, 2000.

JOSPEH I., « 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) » in PUCA, *Les SDF : représentations, trajectoires et politiques publiques*, Paris : PUCA, 2003.

HERBERT C., LAUNOY G., « Les cancers » in LECLERC A., FASSIN D., GRANDJEAN H., KAMINSKI M., LANG T. (éd.), *Les inégalités sociales de santé*, Paris : La Découverte, 2000.

LA ROSA E., *Santé, précarité et exclusion*, Paris : PUF, 1998.

INSEE, *Femmes et hommes : regard sur la parité*, 2004.

LEBAS J., CHAUVIN P., (dir.), *Précarité et santé - 2^e éd.*, Paris : Flammarion, 1998.

LECLERC A., FASSIN D., GRANDJEAN H., KAMINSKI M., LANG T. (éd.), *Les inégalités sociales de santé*, Paris : La Découverte, 2000.

LECOMTE T., MIZRAHI A., MIZRAHI A., « Précarité sociale : cumul des risques sociaux et médicaux », *Solidarité Santé*, avril-juin 1997, n°2.

LERICHE M., SIMONNOT N., « Un accès aux soins difficile - L'approche de Médecins du monde », *Informations sociales*, décembre 2004, n°120.

LOMBRAIL P., « Accès aux soins » in LECLERC A., FASSIN D., GRANDJEAN H., KAMINSKI M., LANG T. (éd.), *Les inégalités sociales de santé*, Paris : La Découverte, 2000.

LORIOU M., « « Etre jeune » est-il dangereux pour la santé ? » in PUGEAULT-CICCHELLI C., CICCHELLI V., RAGI T. (dir.), *Ce que nous savons des jeunes*, Paris : PUF, 2004.

LUCAS-GABRIELLI V., NABET N., TONNELIER F., « Les soins de proximité : une exception française ? », *Questions d'économie de la santé*, juillet 2001, n°39.

MARUANI M., « Les *working poor*, version française : travailleurs pauvres et/ou salarié(e)s pauvres ? », *Droit social*, juillet-Août 2003, n°7/8.

MATH A., « *Non-take-up, niet-gebruik* ou non recours ? Le problème de la traduction des termes de protection sociale », *Recherches et Prévisions*, 1996, n°43.

MEDECINS DU MONDE, *Rapport 2002 de l'observatoire de l'accès aux soins de la mission France de MDM – Analyses des données 2002*, MDM et Ecole de santé publique de Nancy, 2003.

– , *L'accès aux soins des plus démunis en 2003*, Dossier de presse, octobre 2003.

MENACHEM G., « Spécificités des usages précaires des systèmes de soins : quelques hypothèses », working paper, IRDES, mars 2000.

MONTEIL C., ROBERT-BOBEE C., « Les différences sociales de mortalité : en augmentation chez les hommes, stables chez les femmes », *Insee première*, juin 2005, n°1025.

MOUGIN V., *Femmes en galère. Enquête sur celles qui vivent avec moins de 600€ par mois*, Paris : Editions de la Martinière, 2005.

ODENORE, « Droits non ouverts et retards aux soins. Exploitation des données de Médecins du Monde Grenoble ».

ONPES, *Rapport de l'Observatoire de la pauvreté et de l'exclusion sociale 2003-2004*, Paris, La Documentation française, 2004.

PARIZOT I., *Soigner les exclus*, Paris : PUF, 2003.

– ., « Trajectoires sociales et modes de relation aux structures sanitaires », in LEBAS J., CHAUVIN P., (dir.), *Précarité et santé - 2^e éd.*, Paris : Flammarion, 1998.

PAUGAM S., *La disqualification sociale*, Paris : PUF, 1991.

– , « Les différents liens sociaux et leurs ruptures » in CHAUVIN P., PARIZOT I., *Santé et recours aux soins des populations vulnérables*, Paris : INSERM, 2005.

PRONOVOST G., *Sociologie du temps*, Bruxelles : De Boeck Université, 1996.

PUCA, *Les SDF : représentations, trajectoires et politiques publiques*, Paris : PUCA, 2003.

PUGEAULT-CICCHELLI C., CICCHELLI V., RAGI T. (dir.), *Ce que nous savons des jeunes*, Paris : PUF, 2004.

PUTNAM R.D., *Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community*, New York: Simon and Schuster, 2000.

RAYNAUD D., « L'impact de la CMU sur la consommation individuelle de soins », *DREES Etudes et Résultats*, mars 2002, n°229.

RIGAUDIAT J., « A propos d'un fait social majeur : la montée des précarités et des insécurités sociales et économiques », *Droit social*, mars 2005, n° 3, p. 247.

VAN METER K. (dir.), *La sociologie*, Paris : Larousse, 1997.

WARIN P. (dir.), *Le non-recours aux services de l'Etat. Mesure et analyse d'un phénomène méconnu*, Grenoble : CERAT-IEP.G., sept. 2002.

ANNEXE 1

Critères de vulnérabilité par les revenus, les conditions de vie et la santé

<i>Critère financier</i>	<i>Critère socio familial</i>	<i>Critère médical</i>
<ul style="list-style-type: none"> ❖ CMU ❖ Pas de couverture complémentaire, ❖ Pas de couverture sociale, ❖ Chômage, ❖ RMI, ❖ Invalidité, ❖ Revenus précaires 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ <u>difficultés de communication</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ barrière linguistique, ▪ déficit sensoriel, ▪ trouble de personnalité, ▪ illettrisme, ▪ tutelle. ❖ <u>problèmes de la vie de famille</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ famille monoparentale, ▪ deuil récent de moins d'un an, ▪ séparation ou divorce de moins d'un an, ▪ placement d'enfant, ❖ <u>difficultés de logement</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ CHRS, ▪ foyers, ▪ logement surpeuplé (<i>au moins 1 personne de plus que le nombre de pièces, plus de 2 adultes (sauf tutelles et ascendants à charge)</i>) ▪ SDF, ❖ <u>confrontation dans la famille avec la justice ou le droit</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Incarcération ▪ procès en cours, ▪ demandeur d'asile ▪ situation irrégulière ▪ Travail d'Intérêt Général 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ <u>pathologie psycho comportementale</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ notion de traitement psychiatrique avec suivi réel ou nécessaire, ▪ conduites addictives autres qu'alcool ou tabac, substituées ou non, ▪ alcoolisme pris en charge et reconnu ou non ; buveur excessif ; ❖ <u>pathologie somatique</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ au moins une ALD, ▪ polyopathologies rendant complexes la consultation ▪ invalidité par handicap physique, mental ou pathologie chronique.

..2

Source : CHANTALOU M.L., LAGABRIELLE D., CASSARO V., (AGECSA : Centres de santé de Grenoble) (2003). « Accès aux soins, prise en charge et accompagnement de personnes en situation de précarité et d'insertion », bilan 2003, p.26.

ANNEXE 2

Profil des personnes enquêtées

Entretien (numéro et durée)	Age	Sexe	Nationalité	Education	Activité	Revenu	Couverture maladie	Situation familiale	Logement
1 (1h)	60	Homme	Tunisien		Retraité		ALD	Marié, 5 enfants	Depuis 30 ans dans le quartier
2 (1h30)	65	Homme	Algérien		Retraité	Pension de retraite (mais doit payer une pension pour son ex-femme)	Mutuelle privée	Divorcé, 3 enfants	
3 (30 min.)	31	Homme	Turc		Sans emploi (ancien serveur)		ALD		
4 (25 min.)	37	Homme	Français		Invalide	Pension d'invalidité	Mutuelle (ne sait pas laquelle)	Célibataire, 1 enfant (qui vit avec sa mère)	
5 (20 min.)	53	Homme	Français		Sans emploi (ancien peintre en bâtiment)	AAH	Ne sait pas		F1, seul, depuis 7 ans dans le quartier
6 (25 min.)	45	Homme	Français	Ecole jusque 18 ans, brevet.	Ne peut plus travailler, ancien agent entretien	Attente pension invalidité			F2, seul
7 (20 min.)	66	Homme	Français	CAP d'ajusteur mécanicien	Retraité (ancien mécanicien, imprimeur)	Retraite	ALD	En couple	Foyer de personnes âgées
8 (30 min.)	58	Homme	Algérien	Sans diplôme	Invalide (ancien employé dans	Pension invalidité	Mutuelle privée	Marié, 3 enfants	T4, problèmes humidité, froid...

					le BTP)				
9 (20 min.)	59	Femme	Française d'origine algérienne	Sans diplôme	Travaille dans les cuisines, en Contrat Emploi Solidarité		ALD ou CMU (ne sait pas)	Divorcée, 1 enfant	T3
10 (1h40)	33	Femme	Française d'origine algérienne	Niveau terminale, certificat d'aptitude d'aide à domicile	Sans emploi (a travaillé comme aide à domicile)	API	CMU et ALD	Célibataire, 2 enfants	T3, depuis 10 ans dans le quartier
11 (1h45)	43	Homme	Français	Sans diplôme, école jusque 16 ans	Sans emploi (ancien magasinier)	Attente pension invalidité	ALD, pas de mutuelle	Célibataire	F1
12 (1h30)	52	Femme	Algérienne	Sans diplôme, école jusque 16 ans	Sans emploi (ancienne femme de ménage et auxiliaire de vie)	RMI	ALD ou CMU (ne sait pas)	Célibataire, 2 enfants	F3, problème dans le quartier (agressions, bruits...)
13 (30 min.)	34	Homme	Français d'origine algérienne	Sans diplôme (niveau CAP plomberie)	Sans emploi (divers emplois avant en intérim, agent entretien en CES)	RMI	CMU	Célibataire	
14 (3 fois 1h30)	35	Femme	Française	Bac littéraire (niveau bac +2)	Sans emploi (avant petits contrats en secrétariat, femme de ménage...)	Chômage indemnisé, AAH	ALD	Célibataire, 2 enfants	T2, depuis 4 ans dans le quartier
15 (20 min.)	31	Femme	Française	BTS gestion comptabilité	Congé parental (ancienne VRP)	Congé parental	CMU	Mariée, 3 enfants	T3, trop petit à 5, depuis 7 ans dans le quartier

16 (2h30)	50	Homme	Français	CAP bâtiment	Invalide (ancien agent gardiennage, employé BTP)	Pension invalidité	ALD	Célibataire, 1 enfant	Foyer depuis 10 ans, depuis 20 ans dans le quartier
17 (10 min.)	39	Homme	Français	CAP et BEP mécanique	Conducteur routier		Mutuelle et ALD	Célibataire, 1 enfant	F3
18 (20 min.)	47	Homme	Français	Niveau BTS maintenance informatique	Chômage (ancien employé d'une entreprise de transport, maintenance informatique en CES, emplois en intérim)	RMI	CMU	Célibataire	F3
19 (20 min.)	58	Homme	Algérien	Sans diplôme, jamais allé à l'école	Invalide (ancien employé BTP)	Pension invalidité	Mutuelle privée	Marié, 1 enfant (famille en Algérie)	F2, depuis 37 ans dans le quartier
20 (15 min.)	24	Femme	Française	Sans diplôme (niveau 3 ^{ème})	Sans emploi	API	CMU	Divorcée, 3 enfants	F3
21 (10 min.)	50	Femme	Tunisienne		Sans emploi	Retraite du mari (bâtiment)	ALD, pas de mutuelle	Mariée, 8 enfants	F6, depuis 30 ans dans le quartier
22 (20 min.)	70	Homme	Algérien		Retraité (ingénieur électronique)	Retraite	Mutuelle privée	Marié, 10 enfants	
23 (3h)	42	Homme	Français	Diplôme de fin d'étude obligatoire	Invalide (ancien vendeur, ouvrier, blanchisseur...)	AAH	Mutuelle	Célibataire	
24 (25 min.)	15	Homme	Français d'origine algérienne		Lycéen (entre en seconde)				T4, depuis 15 ans dans le quartier

