

## Quand les implications multiples du non-recours aux soins catalysent une critique du système sanitaire et social

Hélène Revil\*

*Résumé* : Cet article montre que certaines expériences « non choisies » de non-recours aux soins qui ont des implications multiples pour les personnes et restent sans réponse du système de protection sociale et de santé, créent une situation perçue comme paradoxale. Il en découle, chez les personnes concernées, une déstabilisation des représentations du système, propice à la construction de critiques et de réactions amenant les personnes à se tenir, volontairement et par différents moyens, à distance de certaines offres sanitaires et sociales.

*Mots-clés* : Non-recours aux soins, conséquences pratiques et symboliques, critiques, non-demande volontaire

### When Multiple Implications of Non-Take-Up to Healthcare Catalyze a Critique of the Health and Social System

*Abstract*: This article shows that “not chosen” experiences of non-take up to healthcare, having multiple implications for people and remaining unanswered from the social protection and health system, create a paradoxical situation. The result, among the people concerned, is a destabilization of representations of system, conducive to the construction of criticisms and reactions leading people to keep, voluntarily and by different means, at a distance from certain health and social offers.

*Keywords*: Non-take up of healthcare, practical and symbolic consequences, criticisms, voluntary non-take up

### Wenn die Auswirkungen einer «Non-take-up» eine Kritik des Gesundheits und Sozialsystems katalysieren

*Zusammenfassung*: Dieser Artikel zeigt, dass bestimmte «nicht gewählte» Erfahrungen ohne Rückgriff auf Pflege, die vielfältige Auswirkungen auf die Menschen haben und nicht auf das Sozialschutz- und Gesundheitssystem reagieren, eine als paradox empfundene Situation schaffen. Das Ergebnis unter den Betroffenen ist eine Destabilisierung der Repräsentationen des Systems, die zur Konstruktion von Kritik und Reaktionen führt, die dazu führen, dass die Menschen freiwillig und auf unterschiedliche Weise Abstand zu bestimmten gesundheitlichen und sozialen Angeboten halten.

*Schlüsselwörter*: Nicht-Rückgriff auf Pflege, praktische und symbolische Konsequenzen, Bewertungen, freiwillige Nichtanfrage

---

\* Laboratoire de Sciences sociales Pacte, Maison des Sciences de l'Homme (MSH) Alpes, F-38040 Grenoble, helena.revil@umrpacte.fr

## 1 Introduction<sup>1</sup>

Dans les pays où le non-recours a été pris comme objet de recherche, les travaux s'intéressent en particulier à ses causes (Janssens et van Mechelen 2017). Ce sont ainsi les étapes du recours (Kerr 1982), les freins et obstacles jalonnant les processus de demande aux prestations sociales légales qui ont été décryptés (van Orschoot 1996), puis les enjeux différenciés du non-recours pour l'action publique, au travers notamment de la construction de typologies (Warin 2010). En France, l'Observatoire des non-recours aux droits et services (Odenore) a proposé une définition élargie selon laquelle le non-recours renvoie au fait que des personnes ne bénéficient pas, en tout état de cause, d'une offre publique, de droits ou de services, à laquelle elles pourraient prétendre (Warin 2016). On peut préciser cette définition en tenant compte de considérations relatives à l'intensité et à la temporalité du non-recours comme le proposait la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) en France, dès la fin des 1990. C'est dans cette perspective que nous nous inscrivons définissant le non-recours comme le fait que des personnes ne bénéficient pas, temporairement, durablement ou de manière définitive, de manière totale ou partielle, unique ou cumulative, d'offres auxquelles elles pourraient prétendre, quelle qu'en soit la raison.

En France, l'attention portée aux raisons du non-recours pour des offres sanitaires et sociales, légales ou extralégales, financières ou non, a permis de dépasser la perception du non-recours comme situation subie (Rode 2009), de s'intéresser aux formes *actives* (Vial 2016) et d'introduire l'idée du non-recours comme comportement politique et expression d'une critique de l'intérêt des offres sociales (Warin 2016). Des travaux suisses se sont inscrits dans ce sillage, soulignant que les personnes qui ne recourent pas « ne sont pas – en tout cas pas seulement – des victimes d'un système ou des personnes sous-informées » (Tabin et Leresche 2019).

*Dans cette optique, le non-recours raisonné peut être considéré comme l'expression d'une critique, au sens que Luc Boltanski lui donne, c'est-à-dire en envisageant le monde social, non pas comme le lieu d'une domination subie passivement et inconsciemment, mais plutôt comme un espace traversé par une multitude de disputes, de critiques, de désaccords et de tentatives pour réinstaurer localement des accords toujours fragiles.* (Boltanski 2009, 51, cité par Leresche 2019)

Notre thèse est que les expériences de non-recours aux soins, quand elles ont des implications fortes pour les personnes et qu'elles restent sans réponse, déstabilisent leurs représentations du système sanitaire et social et induisent des questionnements fournissant un terreau favorable à la construction de critiques du système et des offres qui le composent. Ces expériences et les critiques qui en découlent deviennent alors

1 Nous remercions Nathalie Blanchet, Grégory Beltran et Philippe Warin pour leurs conseils et/ou relectures de cet article.

un ingrédient de la non-demande. Elles conduisent en effet les personnes concernées à se passer temporairement ou durablement de certaines offres et/ou à en faire un usage davantage réfléchi, voire stratégique, et/ou à « se débrouiller » pour avoir le moins possible besoin du système sanitaire et social. Nous rejoignons l'idée que les normes sociales jouent un rôle dans la construction « d'attitudes de non-recours » (Hümbelin 2019).

À l'instar de travaux portant le regard sur les pratiques alternatives des personnes qui ne recourent pas à leurs droits (Tabin et Leresche 2016 ; Leresche 2019) ou sur les « petits arrangements » des personnes pour tenter de subvenir à certains besoins de soins malgré des situations financières difficiles (Guinchard et al. 2019), nous pensons que les personnes, même lorsqu'elles ne choisissent pas initialement d'être en non-recours, ne traversent pas passivement cette situation. Elles élaborent notamment, partant de cette expérience, de nouvelles manières de pratiquer leurs droits. L'expérience de conséquences à l'absence de soins dont les personnes ressentent le besoin, couplée à la non-prise en compte de leurs difficultés par le monde sanitaire et social, les amènent à agir et réagir, en tenant à distance tout ou partie des offres sanitaires et sociales ou en se repliant par rapport à celles-ci et en contrôlant leurs besoins.

Il y a plus de vingt ans, A. Math et W. van Oorschot écrivaient que « les recherches sur le non-recours [...] ne se sont pas beaucoup penchées sur les conséquences du non-recours du point de vue des ménages non-bénéficiaires » (van Oorschot et Math 1996, 10). Ce constat nous semble encore d'actualité. Certes l'interrogation sur les implications du non-recours est souvent en toile de fond des travaux sur le phénomène; ceux-ci rejoignent notamment la question des effets lorsqu'ils éclairent les raisons de la mise à l'agenda. Mais de manière indirecte et globale, sans les distribuer socialement à des groupes ou populations en particulier. Nous sommes en outre, le plus fréquemment, dans une appréhension des conséquences du point de vue d'acteurs du social (Revil 2019; Lucas et al. 2019), de professionnels, de cliniciens, impliqués dans la conception et/ou la mise en œuvre des offres. Se décaler du prisme des professionnels pour approcher les conséquences du point de vue des personnes concernées par le non-recours permet d'en saisir les dimensions pratiques et symboliques, de comprendre l'intensité des implications au regard des besoins et des situations de vie et de ce qui compte au quotidien pour les personnes. En parallèle, éclairer la manière dont les représentations du système sanitaire et social peuvent être bousculées par le non-recours, et dont la critique à son égard prend forme, sans se tourner vers les personnes, nous semble impossible. Leur donner la parole sur la façon dont elles vivent le non-recours donne accès à la complexité des incidences du phénomène et aux effets sociaux que ne peuvent percevoir les porteurs et metteurs en œuvre des offres.

## 2 Données et méthode

Ce texte est construit à partir de données collectées dans le cadre du « Baromètre du renoncement aux soins » (BRS) de l'Odenore, entre 2014 et 2019 (Revil et al. 2019). Cette enquête articule questionnaires et entretiens qualitatifs. L'enquête par questionnaires s'est déroulée dans les structures sanitaires et sociales, associatives et institutionnelles (en particulier des caisses locales d'assurance maladie), partenaires du BRS. Dans ces structures, ce sont les agents en contact avec le public qui ont passé les questionnaires. Au total, en quatre années, un peu plus de 160 000 personnes ont été interrogées sur leurs besoins de soins non-satisfaits.

Les entretiens qualitatifs ont également été réalisés en plusieurs vagues. Au fil de celles-ci, près de 450 personnes ayant répondu, dans le questionnaire, ne pas avoir recouru à au moins un soin ont été rencontrées par des chercheurs de l'Odenore. Leur recrutement a été effectué à partir de critères en lien avec les résultats des analyses intermédiaires des données collectées par questionnaires et de nos hypothèses de travail. Pour l'une des vagues d'entretiens, le critère, en sus de ne pas avoir recouru à au moins un soin, était le fait pour les personnes de déclarer des conséquence(s) à cette situation.

Pour construire ce texte, nous avons ré-analysé les données quantitatives du BRS (N = 160 000), en nous concentrant sur les réponses des personnes ayant déclaré avoir renoncé ou reporté au moins un soin au cours des douze mois précédant l'enquête et ayant indiqué au moins une conséquence à cette situation (N = 33 295). Cela nous a permis de différencier le type de conséquences, selon les caractéristiques sociologiques des personnes mais aussi en fonction des caractéristiques des besoins de soins qu'elles ne peuvent satisfaire, et de mettre en lumière des personnes évoquant plus fréquemment que les autres plusieurs conséquences à l'absence de soins dont elles ont besoin. Ce faisant, nous avons ainsi mis en exergue trois profils de personnes qui déclarent davantage que les autres répondants du BRS que le non-recours aux soins a des conséquences sur leur personne et/ou dans leur vie quotidienne.

Nous avons ensuite travaillé sur l'un des corpus qualitatifs du BRS, constitué d'entretiens effectués avec des personnes déclarant au moins une conséquence à l'absence de leur(s) soin(s) (N = 50). Dans ce corpus, nous avons porté l'attention sur les entretiens effectués avec des personnes correspondant aux trois profils ressortis de l'analyse quantitative comme plus touchés par les conséquences cumulatives de la non-réalisation de soins (N = 30). Il s'agissait ainsi d'entrer au cœur des implications pratiques et symboliques de ces situations.

Nous avons choisi de nous appuyer en particulier sur les entretiens de 4 enquêtés – Mme T., Mme A., Mme GM. et Mr G. – parce que chacune de leur situation représente bien les trois profils qui ressortent dans l'analyse quantitative comme plus concernés par les implications multiples de la non-réalisation de soins. En parallèle, leurs entretiens permettent de comprendre comment le non-recours, lorsqu'il a des

implications diverses, travaille les représentations et pratiques du système sanitaire et social, chez la majorité des personnes dont le profil correspond à ceux davantage concernés par les conséquences du non-recours.

Dans ce texte, nous commencerons par restituer les résultats des analyses quantitatives du BRS pour présenter les trois profils d'enquêtés qui déclarent plus que les autres que la non-réalisation de soins a des conséquences pour elles. Puis en croisant les résultats des analyses quantitatives et qualitatives, nous montrerons que les conséquences évoquées par les personnes diffèrent quelque peu en fonction des profils mais que, dans tous les cas, des conséquences symboliques s'ajoutent systématiquement aux implications pratiques. Nous verrons ensuite que l'un des points communs à toutes ces situations est d'être pensées comme graves et/ou urgentes par les personnes mais de ne pas recevoir une attention ou de réponse de la part des institutions du social et/ou des professionnels de la santé. Nous finirons en montrant que cette situation paradoxale du point de vue des personnes vient déstabiliser leurs représentations du système sanitaire et social, ouvrir un espace de questionnements et générer des critiques, desquels découlent différents positionnements et attitudes de mise à distance ou de repli par rapport au système.

### 3 Faire l'expérience du non-recours aux soins et de ses implications multiples

#### 3.1 Les enquêtés du BRS : des personnes précaires, des non-recours souvent « subis »

La majorité des personnes interrogées dans l'enquête par questionnaire du BRS qui ont déclaré ne pas réaliser certains soins dont elles ont besoin (N = 40 115) n'ont pas choisi cette situation. Le fait de ne pas se soigner n'est en outre, pour elles, pas lié à une envie de se soigner autrement. Les personnes rencontrées voudraient réaliser les soins dont elles ont besoin – et se soignent quand elles le peuvent – dans le système de santé « classique », même s'il peut arriver à certaines d'utiliser de temps à autre des thérapies non conventionnelles. Lorsqu'elles font de l'automédication, ce n'est généralement pas par choix mais plutôt de manière contrainte, en prenant parfois même des risques pour leur santé (usage de médicaments périmés et/ou appartenant à des proches par exemple). Leur non-recours porte en moyenne simultanément sur deux soins. Pour près des deux-tiers de ces 40 115 personnes, le besoin principal est dentaire. À côté, les soins qui manquent le plus souvent sont visuels (consultation d'ophtalmologie et achat d'optique) et spécialisés. Viennent ensuite les consultations généralistes, analyses et examens médicaux, appareillage auditifs, soins en kinésithérapie. Alors qu'une majorité des enquêtés du BRS disent avoir, malgré la non-réalisation de soins dont ils ont besoin, rencontré un médecin au cours des 6 derniers mois, 14 % déclarent ne recourir à aucun soin et ne voir aucun professionnel de santé, depuis plus ou moins longtemps, malgré des besoins.

La majeure partie des 40 115 personnes interrogées dans le volet quantitatif du BRS rencontrent des difficultés financières pour faire face aux besoins du quotidien et toutes sont précaires au regard du score Epices<sup>2</sup>. Elles ne se situent toutefois pas dans le quintile le plus précarisé. Les situations d'absence de soins dont elles parlent sont, pour les trois quarts, liés en premier lieu à des considérations financières. La quasi-totalité des personnes a des droits « maladie de base ». Une sur quatre n'a en revanche pas de complémentaire santé. Dans la plupart des cas, la raison financière s'articule avec d'autres, notamment le fait de méconnaître le système de santé et de protection sociale, les délais de rendez-vous et/ou le manque de disponibilité temporelle pour se soigner, et/ou des refus de prise en soins ou des traitements différenciés de la part des médecins.

### 3.2 Des conséquences plus présentes pour certains profils d'enquêtés

Parmi les 40 115 personnes qui déclarent dans le BRS ne pas recourir à un ou plusieurs soins dont elles ont besoin, 83 % (N = 33 295) répondent par l'affirmative à la question « cette situation a-t-elle des conséquences pour vous? ». 76 % (N = 25 304) d'entre elles disent constater des conséquences sur leur santé. 25 % (N = 8323) évoquent des conséquences sur leur vie sociale, 23 % (N = 7657) sur leur vie professionnelle et 19 % (N = 6326) sur leur vie familiale. L'analyse des données quantitatives du BRS permet de caractériser les personnes qui déclarent davantage que les autres des conséquences à la non-réalisation des soins dont elles ressentent le besoin.

Trois profils de personnes « plus concernées » – autrement dit, des personnes qui déclarent davantage que les autres que le non-recours aux soins a des conséquences – se dégagent : le premier correspond aux personnes qui renoncent durablement (depuis 2 ans au moins) à des soins dentaires, âgées de plus de 40 ans, sans emploi lorsqu'elles sont en âge d'être actives ou à la retraite (profil 1). Les personnes de ce profil indiquent une incidence de la non-réalisation des soins dentaires sur leur état de santé, couplée à au moins une conséquence d'une autre nature. Dans les 30 entretiens ré-analysés pour ce texte, 21 ont été menés avec des personnes correspondant à ce premier profil. Ils permettent de qualifier plus précisément ce que les personnes entendent par « conséquences sur la santé » de l'absence durable de soins dentaires : quelques-unes ont parlé d'infections au niveau buccal et la plupart ont évoqué des impacts sur l'alimentation, la digestion et/ou le sommeil ainsi que des douleurs plus ou moins fortes et régulières. C'est le cas de Mme GM., 60 ans, retraitée, vivant seule, qui n'arrive pas à soigner ses dents depuis plusieurs années. Lors de l'entretien, elle dit : « avoir des dents, c'est une priorité pour toute la personne. Je peux même plus manger. La digestion n'en parlons pas ». Ses propos font

2 Le score Epices est un indicateur de précarité multidimensionnelle. A ce sujet, voir par exemple Labbé, Émilie, et al. « Un indicateur de mesure de la précarité et de la « santé sociale » : le score EPICES. L'expérience des Centres d'examen de santé de l'Assurance maladie », *La Revue de l'Ires*, vol. 53, no. 1, 2007, pp. 3–49.

écho à ceux de Mr G., 40–59 ans, en recherche d'emploi, qui ne peut effectuer les soins dentaires dont il a besoin depuis trois ans également :

*j'ai commencé à avoir des soucis de dentition lié à mon diabète. J'en perdais, elles s'effritaient. J'avais décidé de tout enlever et de faire des dents provisoires mais ça me fait très mal. Le dentiste a dit : « il faut des implants ». Quand il m'a annoncé le prix, j'ai dit : « non impossible » et je suis resté comme ça même si je galère chaque fois que je mange, que ça me réveille la nuit.*

On peut souligner que Mr G. a un diabète et que Mme GM. est en rémission de cancer et que tous deux craignent que leurs problèmes dentaires aient une incidence sur leur maladie chronique ou sur les suites de celle-ci.

Si les conséquences sur l'état de santé sont autant citées par les femmes et les hommes de ce premier profil, les autres conséquences pointées sont plutôt de nature professionnelle pour les hommes de ce profil, et concernent davantage la vie sociale pour les femmes. Cette différence apparaît à la fois dans les analyses des données quantitatives et qualitatives des personnes du profil 1. Ainsi parmi les 11 hommes qui ne recourent pas à des soins dentaires dont ils ont besoin, 6 présentent un problème dentaire visible. Tous en sont venus lors de l'entretien à évoquer des incidences professionnelles à cette situation. Mr G. en fait partie. Il a été licencié il y a presque deux ans et est en recherche d'emploi. Il explique que

*c'est vraiment compliqué pour la présentation au niveau boulot. J'étais chef d'équipe et d'atelier, c'est des postes à responsabilité, on doit être à peu près irréprochable au niveau présentation (...). J'ai fait des recherches mais bon, rien n'a abouti, quand je vais pour des entretiens, je vois que ça dérange d'être sans dents.*

Chez 7 des 10 femmes interviewées concernées par un non-recours à des soins dentaires, le problème se remarque. Ces 7 femmes ont toutes abordé le caractère inesthétique de la situation et expliqué limiter leurs sorties et/ou ne pas oser sourire en public et/ou se cacher la bouche avec une main lors d'échanges avec d'autres personnes. Mme GM. qui est dans cette situation poursuit ainsi :

*sourire... Quand vous avez que ça et que ça [elle me montre ses deux dents de devant], allez-y! D'un point de vue esthétique – c'est vrai que j'ai pas 20 ans – mais je tiens à mon physique. C'est un gros complexe... Quand t'es comme ça, tu sors le moins possible pour pas qu'on te voit.*

Un second profil de personnes déclarant davantage que les autres des conséquences à la non-réalisation de soins ressort des analyses des données quantitatives du BRS : il s'agit des femmes sans emploi, en situation de monoparentalité ou vivant en couple avec des enfants à charge, qui ne réalisent aucun soin malgré des besoins, et ce depuis un an au moins (profil 2). Les conséquences les plus citées simultanément

par ces femmes concernent leur état de santé et leur vie familiale. Parmi les 30 entretiens ré-analysés, 5 ont été réalisés avec des femmes correspondant à ce profil. Toutes évoquent des implications familiales à leurs difficultés par rapport aux soins et/ou font part de questionnements concernant leur « capacité » à assumer leur rôle de mère. C'est le cas de Mme A., aide-soignante de 42 ans en recherche d'emploi, vivant en couple avec deux enfants à charge, qui dit ne plus faire aucun soin pour ses enfants, son mari et elle-même : « la dernière fois que j'ai vu ma médecin, elle m'a détecté beaucoup de tension et m'a dit qu'il faut que je surveille et que je prenne des médicaments. Je le fais pas et je l'ai pas revue depuis. On voit plus de médecin ». Mme A., fait un lien entre un état de santé qu'elle juge « moyen, avec beaucoup fatigue, des migraines » et cette histoire de tension. Elle parle de tâches quotidiennes devenues plus compliquées, de « l'impact de cette fatigue sur mes enfants parce que je suis énervée, j'y arrive pas pareil ».

Les analyses des données quantitatives du BRS montrent qu'un troisième profil de personnes déclarent davantage de conséquences à l'absence de soins dont elles ont besoin : il s'agit des enquêtés ayant entre 18 et 39 ans, vivant seul, déclarant ne réaliser aucun des soins dont ils ont besoin, depuis au moins une année (profil 3). Dans les 30 entretiens, 4 enquêtés correspondent à ce profil ; ils font part de conséquences à l'absence de soins sur leur santé et/ou sur leur vie professionnelle et/ou leur vie sociale. C'est le cas de Mme T., 22 ans, sans emploi, vivant seule :

*C'était devenu compliqué avec mes parents donc je me suis séparée de la maison. Je continuais une formation pour pouvoir m'occuper de personnes handicapées [...]. Un jour j'ai dû aller chez le docteur et j'avais plus de carte vitale. Je savais pas comment faire, j'avais pas de sous et des choses encore plus importantes à penser [...]. Depuis un an et demi, j'ai arrêté le docteur. En mai, j'ai eu la rougeole. Trois semaines dans mon lit, dans le noir tellement j'avais mal aux yeux. Et je pouvais pas aller chez le docteur. J'ai eu peur.*

Mme T. explique que « ses yeux vont moins bien depuis » et que son absence à sa formation pendant trois semaines, non justifiée par un certificat médical a été sanctionnée. N'ayant pas pu passer certains examens, elle n'a pas eu son diplôme. Elle évoque aussi les restrictions qu'elles s'imposent dans sa vie sociale et intime pour éviter des situations qui pourraient être « à risque » pour sa santé, ce qui renforce un sentiment de solitude.

### 3.3 Des implications pratiques mais aussi symboliques pour les « non-recourants » des trois profils

Les 21 entretiens réalisés avec des personnes correspondant au profil 1 (personnes âgées de plus de 40 ans, en situation d'inactivité, manquant de soins dentaires conséquents depuis plusieurs années) montrent que cette situation les oblige à adapter certaines dimensions de leur quotidien. Tout comme Mme GM. et Mr G., les



personnes se débrouillent pour « faire avec » mais évoquent le caractère très présent de cette situation. Mme GM. dit : « chaque fois que je mange, j'y pense ». Mr G. parle de ses problèmes de sommeil du fait des douleurs et « des techniques mises en place pour dormir avec la tête pas trop haute et un peu de travers ». Les entretiens indiquent que l'absence de soins dentaires peut aussi devenir une préoccupation permanente parce qu'elle heurte l'image que les personnes ont d'elles-mêmes (« faut que je passe les aliments à la moulinette comme une gamine. A mon âge, on n'a pas envie de ça » Mme GM.) et/ou des dimensions de leur vie qui définissent leur identité. Cette situation percute leur possibilité de répondre à certaines attentes sociales, à ces « autrui généralisés » renvoyant aux rôles dans lesquels les individus sont attendus tout au long de leurs parcours de vie (Mead 2006[1933]). Mr G. dit ainsi : « je veux juste bosser comme les autres mais on veut pas de moi avec cette tête. Etre comme j'étais avant, c'est tout ce que je veux, là je me sens moins que rien ».

On trouve également la trace d'impacts pratiques et symboliques de l'absence de soins dans les 9 entretiens conduits avec des femmes sans emploi, ayant des enfants à charge, qui ne recourent plus à aucun soin depuis au moins une année (profil 2). Mme A. trouve par exemple le quotidien avec les enfants plus compliqué du fait de la fatigue et de l'énervement générés par son hypertension non-traitée et explique avoir « chaque jour la pensée et le questionnement de dire : « mais est-ce que tes enfants ça va pas leur poser problème plus tard de pas faire ces soins ? » ». On perçoit de la culpabilité dans ses propos (« on se le reproche en tant que mère, je me dis : « mais tu te rends compte, il faudrait le faire ce suivi, et les vaccins » ») et une peur de ne plus pouvoir assumer son rôle de mère (« si je continue à pas pouvoir me soigner, je vais devenir vraiment malade, je vais pas réussir à élever mes enfants »).

Au-delà de compliquer le présent et de parasiter des sphères de leur vie auxquelles les personnes accordent une importance particulière, la non-réalisation de soins dont les personnes ont besoin peut contraindre leurs projections dans l'avenir et les amener à adapter leurs projets. On retrouve cette dimension dans 12 des 30 entretiens réalisés avec des personnes déclarant des conséquences cumulatives au non-recours aux soins, qu'elles appartiennent aux profils 1, 2 ou 3 d'ailleurs. Mr G. (profil 1) poursuit par exemple ainsi lors de son entretien : « j'ai fini par me dire que j'allais chercher des postes avec moins de responsabilité, que ça gênerait moins avec l'état de mes dents ». Pour Mme T. (profil 3), l'absence de soins quand elle a contracté la rougeole a induit un tournant par rapport à sa formation qu'elle n'a pu valider. Depuis, elle « galère pour trouver du travail sans diplôme ». L'impossibilité de se soigner est intervenu au moment où elle « tent[ait] de prendre son envol » et a, selon ses mots, « tout changé ».

Parmi les 30 personnes dont nous avons ré-analysé les entretiens, 25 ont des formules montrant une préoccupation forte pour leur santé. C'est en particulier le cas des femmes, qu'elles appartiennent aux profils 1, 2 ou 3. Mme GM. indique : « je fais attention à ma santé, je me laisse pas aller ». Une partie de ces femmes explique

en outre avoir à l'esprit les recommandations sanitaires qui prennent, de leur point de vue, une dimension injonctive quand des professionnels de santé leur rappellent « qu'il faut se soigner ». Leurs propos montrent qu'elles ont conscience de faire des « écarts » par rapport aux recommandations et plus globalement par rapport à la norme du « prendre soin de soi ». Ce ne sont pas les normes et autres recommandations en santé qu'elles remettent en cause ou dénoncent mais bien le fait que la société ne leur donne pas les moyens de les atteindre. Elles se sentent empêchées de répondre à l'attente sociale de se préoccuper de leur santé. Mme A. dit : « c'est bien beau de dire aux gens de se soigner, qu'il faut faire ci et ça pour être en bonne santé. Je sais tout ça, je suis dans le domaine de la santé. Mais on fait comment nous ? ». Cette situation provoque chez certaines de la colère, chez d'autres des inquiétudes voire de la peur, renforçant un sentiment de vulnérabilité. Mme T. explique : « quand on sait qu'on devrait y aller mais qu'on peut pas [chez le médecin] et ben on y pense deux fois plus et ça tracasse tout le temps ». Que ce soit en créant des inquiétudes, en alimentant l'anxiété et/ou en impactant l'estime de soi, l'absence de soins dont elles ressentent le besoin et auxquels elles pourraient prétendre, comme d'autres types de non-recours, n'est pas sans incidence sur la santé mentale des personnes (Mazet et Masson 2016 ; Lucas et Ludwig 2019). On retrouve pour notre part ce type d'incidence chez les personnes des trois profils précités, de manière plus marquée cependant chez les femmes de ces différents profils.

### 3.4 Une situation qui devient omniprésente dans la vie des personnes

La nature des conséquences dont parlent les personnes est en partie différente dans les trois profils ; les conséquences pratiques et quotidiennes sont notamment plus fréquentes pour les personnes renonçant à des soins dentaires. Mais pour tous les profils en revanche, et en particulier pour les femmes, on constate que des conséquences symboliques s'additionnent aux conséquences pratiques de l'absence de soins. On trouve d'ailleurs dans la quasi-totalité des 30 entretiens ré-analysés, des éléments montrant que le non-recours aux soins se rappelle régulièrement à l'esprit des personnes, du fait de la diversité et du cumul d'implications. En parallèle, ce sont les raisons de l'absence de soins qui semblent omniprésentes. Ce point est commun aux trois profils. Mme GM. (profil 1) déclare : « à chaque fois que tu manges, tu te demandes comment t'as pu en être à pas pouvoir te soigner les dents ». Mme A. (profil 2) indique pour sa part : « j'y pense tout le temps et je me dis « avant je pouvais payer des soins » ».

Notons que les 4 enquêtés dont nous avons retenu la situation pour notre démonstration, comme les 30 personnes rencontrées en entretien qui correspondent aux trois profils précités, mentionnent des considérations financières pour expliquer leur situation par rapport aux soins. Tous évoquent la faiblesse de leurs revenus (voire l'absence pour Mme T.), en lien, selon les cas, avec une faible pension de retraite ou l'absence d'emploi, et l'importance de leurs charges fixes. Mme GM.,

Mme A. et Mme T. n'ont pas de complémentaire santé. Mme T. n'a pour sa part plus de droits « maladie de base ». Mme GM. et Mr G. sont pris en charge à 100 % par la Sécurité sociale pour les soins relatifs à leur maladie chronique. Pour le reste, leurs remboursements obligatoires sont les mêmes que tout un chacun. Mr G. a une complémentaire santé mais avec de faibles garanties car il ne peut pas consacrer une part trop importante de son budget au paiement de ce type de protection.

Il est important de souligner que ces 4 personnes, comme la majorité des 30 interrogées, n'ont pas toujours eu des difficultés pour se soigner. Elles relient leur situation actuelle à un moment de leur vie (plus ou moins récent) qui a changé le cours des choses : pour Mme T., c'est le fait de « se séparer » de ses parents. Mr G. et Mme A. lient leurs problèmes pour se soigner à la perte de leur emploi, qui a en outre entraîné, dans le cas de Mme A., la perte de sa complémentaire. S'est ajouté pour elle l'accident de son mari qui a contraint celui-ci à arrêter de travailler et a accru les besoins de soins de la famille. Mr G. dit aussi que ses besoins de soins sont devenus plus importants au fil des années du fait de son diabète. On retrouve cet « effet ciseau » dans la plupart des entretiens : moins de ressources mais davantage de besoins de soins. Mme GM. en parle également :

*je travaillais chez un coiffeur renommé. A force d'être debout, j'ai dû être opérée de la colonne. Et puis il y a eu le cancer et le traitement, et mes dents. D'abord l'invalidité et maintenant la retraite, je touche 1100 euros par mois. Avec tous les frais que je supporte, je ne peux plus me permettre de me faire soigner.*

Cette situation subie par rapport aux soins, dont les implications se rappellent quotidiennement aux personnes appartenant aux trois profils précités, les renvoient à « leur dégringolade » selon les mots de Mme GM., à la précarité de leur situation financière – Mme A. dit : « avant je pouvais payer, on n'était pas sur le fil » – et aux incertitudes pour l'avenir. Les interrogations de Mme T. expriment cela : « mais comment je vais faire si c'est toute la vie comme ça ? ». Et comme Mr G. qui dit : « bah ça me fait me rendre compte que je suis plus ce que j'étais », c'est par ce vécu de l'absence de soins et des implications afférentes que plusieurs des 30 personnes interrogées disent avoir pris conscience de leur condition.

#### 4 Les implications cumulatives du non-recours : un terreau de la critique du système sanitaire et social

##### 4.1 Chercher sans succès de l'aide pour faire face à la situation

À travers les incidences corporelles et pratiques vécues par les personnes, mais aussi du fait de ce qu'elle leur fait vivre symboliquement, parce qu'elle conditionne certains actes du quotidien aussi banals que manger et peut induire des changements

de trajectoires, la non-réalisation des soins est devenue un élément central dans la vie de la majorité des 30 personnes appartenant aux trois profils précités. Pour elles, les conséquences de l'absence des soins dont elles ont besoin sont très présentes, bien que de nature quelque peu différente selon les profils, et elles donnent aux yeux des personnes une dimension d'urgence et/ou de gravité à la situation. Mais malgré cela, leur projet de soin ne trouve pas de réponse, sinon une attention, par le monde sanitaire et social.

26 personnes sur les 30 vues en entretien, appartenant à l'un ou l'autre des trois profils plus concernés par les conséquences de la non-réalisation de soins, disent avoir cherché de l'aide (auprès de professionnels du social ou de la santé et/ou de leurs proches), sans que cela ne leur ait toutefois permis de se soigner. Parmi les 4 personnes représentatives des trois profils, seule Mme T. dit n'avoir rien demandé et ne pas avoir cherché de solutions. Pour Mme A., Mme GM. et Mr G., l'expérience de l'absence de soins est aussi celle d'une recherche de solutions qui n'aboutit pas. Ces recherches d'aide qui ne mènent à aucune solution ont également été mis en exergue dans l'étude menée à Genève sur le non-recours aux prestations sociales (Lucas et al. 2019). Mr G. raconte par exemple qu'il s'est tourné vers « les caisses de Sécu pour voir si y avait une prise en charge au niveau des implants, on m'a dit non. Y avait pas d'aide pour moi ». Il a aussi tenté de négocier le devis avec son dentiste. Tout comme Mme A., Mme GM. a demandé la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU C) mais dépassait de peu le plafond de ressources; elle a ensuite sollicité son dentiste pour trouver une solution mais cela n'a rien donné. Dans un article paru en 2019 restituant certains résultats de l'enquête RENO-PARR portant sur les « petits arrangements » entre thérapeutes et personnes qui renoncent aux soins, B. Guinchard écrit que « les thérapeutes peuvent être considérés comme des alliés lors de petits arrangements [pour tenter de se soigner] » mais qu'ils peuvent être « aussi parfois identifiés comme source de dysfonctionnement du système ».

#### 4.2 La déstabilisation des représentations du système de santé et de protection sociale

On trouve dans 26 entretiens, des éléments indiquant que ces situations pensées comme urgentes ou graves par les personnes qui ne trouvent cependant pas d'écho auprès des professionnels du social et/ou de la santé, percutent la représentation d'un système de santé universel et accessible à tous. Les propos de Mme A. l'indiquent : « ce système qu'on dit le meilleur et qu'est censé s'occuper de tout le monde, y a des loupés [...]. Comme j'ai dit, je bosse dans le système hospitalier, j'en ai vu des difficultés mais c'est autre chose quand ça t'arrive ». Mr G. dit quant à lui :

*je savais pas qu'en France, on pouvait en arriver là. Enfin si... J'avais en tête que les dents, les oreilles, les yeux, c'est pas simple pour pas mal de monde. Mais là, c'est de moi que la France elle veut pas pour me soigner.*

Alors que les pratiques ordinaires participent à façonner les représentations sociales, des expériences extra-ordinaires (tout du moins vécues comme telles par les personnes) peuvent créer un sentiment d'étrangeté (Moscovici 2013) et fragiliser la manière de se représenter l'habituel et l'évident. Bien que la plupart des personnes rencontrées en entretien disent avoir entendu parler de situations de renoncement aux soins, parfois dans leur entourage, l'expérimenter pour elles-mêmes avec ce que cela implique de changements dans le quotidien ou dans leur parcours de vie, rompt le cours habituel de leur expérience avec le système de soins et bouscule leurs représentations de celui-ci.

Outre que cela ébrèche la conception d'un système de santé pensé universel et accessible à tous, les représentations des personnes qui font face à des conséquences multiples d'une absence de soins, sans qu'une attention soit portée à leur situation, peuvent aussi ne plus s'inscrire dans l'idée de justice. Le sentiment d'injustice est réifié par le fait que les institutions n'aient pas de réponse à apporter aux personnes (Béal et al. 2014) et/ou que les professionnels rencontrés semblent ne pas « voir le problème ». C'est notamment le fait d'avoir contribué mais de ne pas avoir de retour qui fait naître le sentiment d'injustice. Mr G. dit : « vous vous êtes battu, vous avez trimé, et au bout du compte, personne vous aide, vous êtes obligés de vous séparer de ce que vous avez pour essayer de vous soigner ». Le système de santé et de protection sociale peut ainsi être perçu comme injuste car ne récompensant pas suffisamment ceux qui ont contribué et/ou les « bons » pauvres, comme l'exprime Mme T. lorsqu'elle dit :

*je pense que je suis un bon citoyen de la France, dès que j'ai pu travailler, j'ai travaillé, même si après j'ai plus pu et j'ai jamais demandé d'aide, alors qu'on sait que y'en a qui... Alors oui je pense que j'ai le droit qu'on m'aide à trouver ma place et que c'est pas normal si on aide les autres et pas moi.*

Chez les personnes atteintes de maladie chronique rencontrées en entretien dont font partie Mme GM. et Mr G., cette expérience du non-recours et de ses implications leur fait dire que le système est injuste car il ne s'occupe pas de manière appropriée de ceux qui ont le plus besoin de soins, notamment les personnes atteintes d'une maladie chronique. Dans l'article précité, B. Guinchard évoque également ces sentiments d'injustice et de désillusion et expliquent que plusieurs des personnes qui renoncent à des soins rencontrées dans l'enquête RENO-PARR « partagent l'impression de s'être engagées et d'avoir beaucoup « donné » à un système qui, lorsqu'elles se retrouvent dans le besoin, leur demande encore plus de sacrifices [...]. La confiance dans le système sanitaire s'érode et s'accompagne d'un sentiment de révolte, d'amertume et de colère ».

Dans notre enquête, au-delà de ne pas se sentir entendues ni soutenues par le système de protection sociale et/ou de santé et de se rendre compte de limites dans son universalité et son accessibilité, un peu plus d'un tiers des personnes parmi les

30 interviewées en viennent à interroger leur place dans la société et/ou leur possibilité de s'insérer dans celle-ci. C'est le cas de Mr G. qui dit : « la France veut pas de moi pour soigner mes dents, elle veut pas m'aider, est-ce que je fais partie encore de la citoyenneté? » et de Mme T. : « je me sens seule... je me sens abandonnée par la société. C'est comme si personne se préoccupe de moi ». L'incompréhension des personnes appartenant aux trois profils plus concernés par les conséquences du non-recours aux soins est forte face à une situation qui a des implications quotidiennes pour elles et la non-attention, voire le désintérêt, ou la non-réponse du monde sanitaire et social à leur égard.

#### 4.3 Quand l'expérience du non-recours subi suscite une critique du système

La déstabilisation des représentations sociales n'est en l'occurrence pas nécessairement négative (Béal et al. 2014). Elle peut induire une recherche de sens et une mise en questionnement sources d'action et de réaction. Dans 25 des 30 entretiens menés avec des personnes appartenant aux trois profils davantage concernés par les conséquences du non-recours, dont ceux avec les 4 enquêtés précités, on constate des interrogations sur le système de protection sociale et de santé et/ou des éléments de réflexion sur ce qu'il n'est pas et devrait être, des mises en cause de certaines décisions aussi : cela peut porter sur le coût des soins, les montants des remboursements, les modalités d'accès aux aides, leur contenu ou montant, les comportements des dentistes. La critique concerne également la dimension commerciale du système, le manque de régulation par les organismes publics, le désinvestissement de l'État ou son inaction sur certains sujets, le caractère injustifié de l'attitude des professionnels. On note en outre dans une grande partie de ces 25 entretiens des indications de temporalité suggérant que les questionnements, la réflexion, et la critique du système, sont directement en lien avec l'insatisfaction des besoins de soins ; citons sur ce point Mme T. lorsqu'elle dit : « avant que ça m'arrive, c'est plein de choses sur lesquelles je m'étais pas vraiment interrogée ». Nous rejoignons les propos de Philippe Warin quand il écrit que

*lorsque la question du non-recours renvoie à des problèmes d'information et de traitement insuffisant de la demande sociale, elle ouvre la voie à une critique de l'offre publique qui porte pour l'essentiel sur l'organisation, les moyens, les pratiques, bref, sur ce que l'on peut appeler sa matérialité. Aussi forte et parfois excessive soit-elle, cette critique n'a cependant pas remis en cause l'intérêt en soi de l'offre publique. Beaucoup ont jugé qu'elle devait être mieux servie, mais aucun n'a dit qu'elle ne servait à rien.* (Warin 2008, 2)

Certes, les personnes ne disent pas que le système ou les offres ne servent à rien. Mais les entretiens montrent que des réactions de mise à distance du système – tout du moins d'une partie de celui-ci, des attitudes de non-demande choisie par rapport à certains soins ou prestations, des comportements plus stratégiques et réfléchis dans

l'usage des offres sociales et/ou de soins, peuvent émerger des questionnements, mises en causes, critiques du système de protection sociale et de santé. C'est le cas pour 16 enquêtés dont Mme GM., Mme A. et Mr G.. On peut aussi noter chez 3 enquêtés dont Mme GM. une volonté de rendre davantage visibles les difficultés d'accès aux soins aux yeux du monde sanitaire et social, d'adresser les questionnements, de faire part de certains étonnements. Pour d'autres – Mme T. et 6 autres personnes, c'est en revanche le découragement et le fatalisme qui prévalent. Toutes disent n'avoir pas, ou peu, de personne(s) autour d'elles sur qui s'appuyer et/ou à qui demander conseil par rapport à cette situation. C'est le cas de Mme T. Des travaux ont montré l'importance des « autrui significatifs » (notamment famille proche et amis dont la parole compte) dans les démarches vers les droits (Revil et Warin 2020) ainsi que dans les parcours de « raccrochage », par exemple le retour des jeunes vers les institutions d'insertion (Vial 2020).

#### 4.4 Des réactions mettant plus ou moins à distance les offres et/ou visant à limiter les besoins

Mme GM. critique successivement le comportement de certains professionnels de santé et les critères d'attribution des aides :

*j'ai conscience que le métier de dentiste c'est pas un métier facile, que le matériel est cher mais c'est une solution de s'en prendre aux gens qui ont pas les moyens? Comment on en est arrivé que ça coûte si cher? Y'eu des mauvaises décisions sur les soins. Et sur les aides aussi, faudrait peut-être revoir les plafonds.*

Elle ajoute :

*mais je m'arrête pas là. Je vais aller voir d'autres dentistes. Je continue à chercher des solutions, je me renseigne, je vais chercher des dépliants à la Sécu, je pose des questions et je redis ce qui se passe.*

Lors de l'entretien, Mme GM. demande s'il est possible de l'aider à « bien présenter ses besoins aux dentistes pour être plus sûre d'être écoutée ». Comme elle, d'autres enquêtés veulent s'informer, comprendre, pour avoir davantage de prise sur le système. Ils ne sont pas dans l'idée de ne plus rien demander et ne se désintéressent ni de l'offre de santé ni de celle du système de protection sociale mais veulent être davantage armés afin de se positionner autrement dans les interactions avec les professionnels du social et de la santé. Et comme c'est le cas de Mme GM qui pense que « dire » pourrait contribuer à faire évoluer les choses, quelques autres veulent faire entendre la critique. Mme GM. précise :

*je n'entends plus me taire, je fais pas de politique mais je vais dire ce que je pense. [À qui par exemple voulez-vous le dire?]: « bah aux gens à l'accueil*

*de la Sécu. J'estime, excusez-moi, que c'est le devoir de l'Etat d'aider les gens qui n'y arrivent pas!» Au Professeur qui me suit pour le cancer et qui me dit «faut pas rester comme ça!»*

Mr G., comme la plupart des 21 personnes qui renoncent à des soins dentaires, critique aussi les choix faits concernant la prise en charge de ce type de soins, dénonçant une logique commerciale et la catégorisation de certains besoins comme esthétiques :

*y'a un business sur les dents et sur la vue! [...] C'est le travail de la Sécu et du Ministre de la santé de régler, de réguler, de contrôler. C'est comme pour les mutuelles, faudrait mettre le nez là-dedans [...]. Au lieu de ça, la Sécu me dit que mes dents c'est des soins pour la beauté. Déjà que j'ai gaspillé de l'argent pour des devis, qu'on veut pas me donner une aide. Faut que j'avance. J'ai fait des devis à l'étranger et la clinique la moins chère c'est en Moldavie. J'y retourne bientôt.*

Chez Mr G., le refus d'aide financière par la Sécurité sociale, la demande de soutien à des proches ainsi que la vente de sa voiture ont été des étapes s'additionnant les unes aux autres et l'amenant à se rendre compte que ce type de ressources ne suffiraient pas. Actant en outre « que la France ne veut pas de lui pour se soigner », il a décidé de se tourner vers l'étranger. C'est également le cas de deux autres personnes rencontrées en entretien ayant besoin de soins dentaires.

Mme A., pour sa part, ne perd pas l'idée de se soigner en recourant au système de santé français mais elle refuse de se tourner vers le système de protection sociale. Ce n'est pas tant par principe que parce qu'elle garde un goût amer de ne pas avoir eu droit à la CMU C « pour quelques euros de trop ». Le ressentiment, que l'on retrouve dans les entretiens de plusieurs autres enquêtés, semble être un moteur pour se débrouiller seuls. Comme pour Mr G. et une dizaine d'autres enquêtés, retrouver un emploi est une priorité pour Mme A., « pour n'avoir besoin de rien demander au système. » Retrouver du travail c'est, pour elle, retrouver la possibilité de se soigner et pouvoir ainsi bénéficier à nouveau des conseils de son médecin, par exemple pour être orientée vers des offres de soins « compatibles » avec ses moyens. On retrouve dans d'autres entretiens, en particulier ceux faits avec des enquêtés qui ont la CMU C, comme dans d'autres travaux d'ailleurs, des comportements d'évitement ou de contournement de certaines offres pour ne pas s'exposer à des refus de soins liée à la nature de leur protection sociale et/ou de minimiser leurs frais de santé (Beltran et Revil 2019).

Si Mme A. construit une stratégie mêlant non-demande, appui sur un professionnel en qui elle a confiance et minimisation du coût des soins, Mme T. – comme 6 autres personnes rencontrées en entretien – ne voit pas comment les choses pourraient changer par rapport à leurs soins. Elle ne sait pas qui pourrait la conseiller sur le sujet : « c'est pas les quelques copains copines avec qui je vais parler de ça, et ma mère... ». Elle regrette que personne ne lui ait parlé de la manière de s'y prendre



pour obtenir des droits : « les jeunes sont pas très informés de ça. A l'école, on m'en a jamais parlé ». Consciente de ne pas avoir de protection en matière de santé, Mme T. explique être prudente. « J'essaie de pas prendre de risques. Je suis toujours dans la crainte, même en voiture, que ça m'arrive quelque chose [...]. Quand on n'est pas couvert, faut faire très attention ». Dans son cas, la non-demande de soins, outre la dimension financière, est liée à la méconnaissance du système de protection sociale. Comme les 6 autres enquêtés qui ne savent pas quels interlocuteurs solliciter ni quelle(s) aide(s) demander, Mme T. tente d'avoir une prise sur ses besoins de soins pour ne pas devoir utiliser le système de santé.

## 5 Conclusion

Travailler sur les conséquences du non-recours aux soins, dans ses formes subies et durables mais pas nécessairement totales, permet de porter l'attention sur les processus par lesquels des inégalités sociales et de santé se renforcent, ici notamment pour les femmes, mère de famille, de plus de 40 ans, mais aussi pour les personnes malades chroniques, à la retraite ou sans emploi quand elles ont l'âge d'être en activité. En outre, approcher ces situations subies de non-recours aux soins partant de la manière dont les personnes les vivent donne accès à la diversité et à la complexité de leurs implications. Certes les vulnérabilités matérielles et symboliques peuvent se cumuler et s'autoalimenter venant déstabiliser des représentations qu'ont les personnes d'elles-mêmes et du système sanitaire et social. Mais les situations subies de non-recours aux soins ne font pas qu'enlever des choses aux personnes et ne sont pas une fin en soi. Pour beaucoup, cette situation, en particulier quand elle se heurte au désintérêt et/ou à la non-réponse du monde sanitaire et social, crée un espace de questionnements, voire une prise de recul critique sur le système et des repositionnements pour soi et par soi par rapport aux offres sanitaires et sociales, les personnes gardant globalement l'idée de se soigner. Des usages raisonnés, parfois stratégiques, mêlant demande et non-demande voient le jour ; ils tendent à préserver des possibilités de soins sans cependant devoir demander (ou trop demander) au système social, les personnes préférant se tenir à l'écart de certaines aides qu'on leur a d'ailleurs souvent déjà refusées et privilégiant le travail, même précaire. Quelques-unes ne changent pas tant leurs usages que leurs comportements dans le système : elles veulent dire davantage ce qu'elles vivent et ne pas garder la critique pour elles. On note, dans quelques cas, des mises à distance plus radicales d'offres de soins, en particulier dentaires, les personnes refusant la dimension commerciale jugée inacceptable du système et de certaines pratiques, et cherchant des alternatives en dehors du système de soins français. Ces mises à distance d'offres de soins sont cependant rarement synonymes de rupture totale avec le système de santé ou de recherche d'une alternative à la citoyenneté sociale, les personnes – en particulier

lorsqu'elles sont des malades chroniques – n'ayant pas intérêt à se passer totalement du système et étant en l'occurrence captives de droits maladie de base obligatoires.

La non-demande peut ainsi s'ancrer sur des expériences de non-recours subis. Elle n'est pas nécessairement un état définitif et total mais un processus complexe qu'il convient de continuer à déconstruire. Nous avons ici procédé à une ré-analyse de matériaux qui n'ont pas été recueillis pour porter spécifiquement ou exclusivement le regard sur les conséquences du non-recours. Il s'agit certainement de réfléchir aux protocoles méthodologiques, potentiellement plus longitudinaux et/ou mêlant entretiens individuels et collectifs, qui permettraient de conforter la réflexion en donnant davantage à voir la mécanique processuelle des implications de certaines formes de non-recours et de leurs effets sociaux.

## 6 Références bibliographiques

- Beal, Arnaud, Nikos Kalampalikis, Nicolas Fieulaine et Valérie Haas. 2014. Expériences de justice et représentations sociales : l'exemple du non-recours aux droits. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale* 103(3) : 549–573.
- Beltran, Grégory et Hélène Revil. 2019. Les effets paradoxaux de la Couverture maladie Universelle. *Working Paper* 25, Odenore, <https://odenore.msh-alpes.fr/documents/defwp25.pdf> (20.12.2020).
- Boltanski, Luc. 2009. *De la critique. Précis de sociologie de l'émancipation*. Paris : Gallimard.
- Guinchard, Blaise, Mélanie Schmittler et Cindy Gerber. 25.03.2019. Renoncement aux soins et petits arrangements. *REISO Revue d'information sociale*, <https://www.reiso.org/document/4230> (20.12.2020).
- Hümbelin, Olivier. 2019. Non-Take-Up of Social Assistance : Regional Differences and the Role of Social Norms. *Swiss Journal of Sociology* 45(1) : 7–33.
- Kerr, Scott. 1982. Deciding about Supplementary Pensions. *Journal of Social Policy* 11 : 505–517.
- Leresche, Frédérique. 23.05.2019. La critique portée par le non-recours aux droits sociaux : propositions pour développer une approche subalterne. *SociologieS*, <http://journals.openedition.org/sociologies/11438> 19/09/2019 (20.12.2020).
- Lucas, Barbara et Catherine Ludwig. 11.11.2019. Non-recours aux aides sociales et santé perçue. *REISO Revue d'information sociale*, <https://www.reiso.org/document/5199> (20.12.2020).
- Lucas, Barbara, Catherine Ludwig, Jérôme Chapuis, Jenny Maggi J. et Eric Crettaz. 2019. Le non-recours aux prestations sociales à Genève. Quelles adaptations de la protection sociale aux attentes des familles en situation de précarité? Rapport de recherche. Genève : Haute Ecole de Travail Social et Haute Ecole de Santé.
- Mazet, Pierre et Claire Masson. 2016. Etude sociologique sur le renoncement aux soins dans le bassin de vie de Langogne. Rapport d'étude. Grenoble : Odenore [https://odenore.msh-alpes.fr/documents/rapport\\_final\\_renoncement\\_aux\\_soins\\_ccha\\_2016.pdf](https://odenore.msh-alpes.fr/documents/rapport_final_renoncement_aux_soins_ccha_2016.pdf) (20.12.2020).
- Mead, G. Herbert. 2006. *L'Esprit, le Soi et la Société*. Paris : Puf.
- Moscovici, Serge. 2013. *Le scandale de la pensée sociale*. Paris : Éditions de l'Ehess.
- Revil, Hélène. 2019. Faciliter l'accès aux soins et à la santé. In Warin Philippe (éd.), *Agir contre le non-recours aux droits sociaux. Scènes et enjeux politiques* (pp. 85–106). Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble.

- Revil, Hélène, Sébastien Bailly et Najeh Daabek. 2019. Synthèse des données du Baromètre du renoncement aux soins (BRS). Rapport d'étude: Odenore [https://odenore.msh-alpes.fr/documents/synthese\\_analyses\\_descriptives\\_brs\\_-\\_v2\\_-\\_odenore\\_-\\_hp2.pdf](https://odenore.msh-alpes.fr/documents/synthese_analyses_descriptives_brs_-_v2_-_odenore_-_hp2.pdf) (20.12.2020).
- Revil, Hélène et Philippe Warin. 2020. Les demandes d'aides induites par le renoncement aux soins. Une contribution à l'analyse des coûts sociaux du phénomène. Rapport d'étude: Odenore.
- Rode, Antoine. 2009. L'émergence du non-recours aux soins des populations précaires: entre droit aux soins et devoirs de soins. *Lien social et politiques* 61: 149–158.
- Tabin, Jean Pierre et Frédérique Leresche. 30.05. 2016. Le non-recours aux prestations sociales, ce mystère. *REISO, Revue d'information sociale*, <https://www.reiso.org/articles/themes/politiques/442-le-nonrecours-aux-prestations-sociales-ce-mystere> (20.12.2020).
- Tabin, Jean-Pierre et Frédérique Leresche. 09.10.2019. Une critique furtive de l'Etat social. Une perspective théorique pour comprendre le non-recours raisonné aux prestations sociales, *Émulations – Revue de sciences sociales*, 9990, doi: 10.14428/emulations.varia.026.
- Janssens, Julie et Natascha van Mechelen. 2017. Who is to Blame? An Overview of the Factors Contributing to the Non-Take-Up of Social Rights. *Working paper* 17(30). University of Antwerp.
- Van Oorschot, Wim. 1996. Les causes du non-recours: des responsabilités largement partagées. *Recherches et prévisions* 43: 33–49.
- Van Oorschot, Wim et Antoine Math. 1996. La question du non-recours aux prestations sociales. *Recherches et Prévisions* 43: 5–17.
- Vial, Benjamin. 2016. Ne pas se sentir concerné par ses droits. Une analyse du non-recours dans les parcours sociaux juvéniles. *Agora débats/jeunesses* 74(3): 77–88.
- Vial, Benjamin. 2020. *L'expérience du non-recours dans les parcours d'insertion des jeunes peu ou pas diplômés*, Thèse de doctorat, Science Politique, Université Grenoble-Alpes, France.
- Warin, Philippe. 2008. Le non-recours par désintérêt: la possibilité d'un « vivre hors droits ». *Vie sociale* 1(1): 9–19.
- Warin, Philippe. 2010. Le non-recours: définition et typologies. *Working Paper* 1. Odenore, <https://odenore.msh-alpes.fr/documents/wp1.pdf>
- Warin, Philippe. 2016. *Le non-recours aux politiques sociales*. Grenoble: Presses universitaires de Grenoble.