



HAL
open science

Non-recours aux soins et autonomie assumée. Récit d'enquête

Antoine Rode

► **To cite this version:**

| Antoine Rode. Non-recours aux soins et autonomie assumée. Récit d'enquête. 2011. halshs-00698623

HAL Id: halshs-00698623

<https://shs.hal.science/halshs-00698623>

Submitted on 17 May 2012

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Antoine Rode

Non-recours aux soins et autonomie assumée

Récit d'enquête

**Odenore**

Observatoire des non-recours aux droits et services

Pourquoi les populations précaires sont-elles les plus éloignées du système de soins, alors que leur état de santé est plus dégradé que pour le reste de la population ? La question a été posée à l'Odenore par certains de ses partenaires locaux et nationaux, dont l'Agecsa et le Cetaf¹. Ces situations ont en effet de quoi surprendre, à un moment où la consommation de soins continue de progresser en France et après la mise en place d'une offre de soins et de dispositifs destinés spécifiquement à améliorer l'accès aux soins de ces populations.

Ce document de travail restitue les principaux résultats d'une recherche doctorale menée sur le sujet du « non-recours » aux soins des populations précaires (Rode, 2010). En laissant une large place au récit d'enquête et aux données recueillies lors d'entretiens qualitatifs, il rend compte d'un décalage entre, d'un côté, la façon dont le « problème » du non-recours aux soins est construit actuellement par différents acteurs et, de l'autre, le vécu de ces situations par les personnes concernées. L'autonomie, à laquelle celles-ci aspirent en matière de santé et de soins, en est une clé d'interprétation.

Déconstruire le « problème » du non-recours aux soins

J'ai débuté cette recherche en cherchant d'abord à comprendre la double demande faite à l'Odenore, d'identifier et d'expliquer le non-recours aux soins des populations précaires. Le premier travail d'un sociologue, quand il est sollicité pour donner son avis sur les « problèmes sociaux », est en effet de construire son objet d'étude en prenant de la distance critique vis-à-vis de ce qui lui est présenté comme un fait objectif. Cela passe par une attention à la définition et à la représentation du problème en question.

Ainsi, que recouvre le terme de « non-recours » aux soins ? Plusieurs définitions coexistent. Le non-recours n'a pas fait l'objet d'une définition *ad hoc*, partagée, mais a été plutôt approché à l'aide de variables qui existaient auparavant. Prenons les exemples du Cetaf et de l'Agecsa. Le Cetaf, composé en partie d'épidémiologistes, a isolé deux variables de la base de données qu'il gère et qui centralise les données recueillies lors des 650 000 examens de santé annuels². Partant de ces variables sur la consommation de soins, le Cetaf considère qu'il y a non-recours dès lors qu'une personne n'a pas consulté de médecin (généraliste ou spécialiste) au cours des deux dernières années. Cette définition a été reprise dans les études statistiques du Cetaf (Moulin et al., 2005) mais également dans l'évaluation de la Couverture maladie universelle complémentaire (Cmu-C), où un indicateur mesure l'écart entre le non-recours des bénéficiaires et des non bénéficiaires de la Cmu-C (Fonds-Cmu, 2010). Les médecins de l'Agecsa, quant à eux, sont repartis de variables appréhendées dans leurs pratiques professionnelles pour approcher le non-recours : le retard et le renoncement aux soins, l'inobservance thérapeutique ou encore les rendez-vous non honorés. Toutes ces définitions du non-recours aux soins renvoient à un phénomène certes multiforme mais dont le point commun est de faire référence à des conduites qualifiées « d'inadéquates » (Spinosi et al., 2000) et de non conformes à certaines normes épidémiologiques et médicales (dont celles de consulter « à temps » par exemple).

Prendre de la distance par rapport à la demande sociale revient ensuite à se demander pourquoi – et pour qui – les écarts à ces normes, surtout lorsqu'ils sont le fait des populations précaires, posent problème. Or il intéressant d'observer à travers l'actualité tout un

ensemble d'acteurs issus de champs très différents (notamment de la santé publique, du milieu associatif ou politique) qui considèrent de plus en plus ces situations comme anormales et préoccupantes. Autrement dit, un consensus émerge autour du « problème » du non-recours et de la nécessité d'y répondre par des interventions spécifiques. Ce constat n'est pas anodin. J'avais en effet retenu de la littérature en sciences sociales le principe suivant : « aucune question ne constitue un problème public *a priori*, et aucun problème public ne l'est par essence ni automatiquement » (Sheppard, 2004 : 348). D'une autre manière, A. Math, l'un des premiers économistes à avoir travaillé sur la question du non-recours en France, suggère d'être attentif aux raisons pour lesquelles celle-ci émerge ou non, selon les catégories de population ou selon les services et prestations sociales (Math, 2003).

Partant de là, j'ai analysé les différents discours, rapports et prises de position publique portant sur le non-recours ou, plus généralement, sur les populations éloignées du système de soins, afin de comprendre la construction actuelle de ce phénomène en problème. Trois types d'enjeux sont ressortis (Rode, 2009). Le premier est de l'ordre de la santé publique. Le non-recours est présenté comme un facteur aggravant la santé ou, pour reprendre un terme issu de l'épidémiologie, un « risque » pour la santé de la personne et dans une moindre mesure celle de son entourage. Cette atteinte à la valeur santé, centrale dans les sociétés contemporaines, paraît d'autant plus inacceptable que le non-recours touche davantage les populations précaires. Le thème prend alors place dans les débats actuels sur les inégalités de santé en France³. Le non-recours aux soins est ensuite rattaché à un second enjeu, celui de la citoyenneté. Il est ici présenté comme un symptôme de l'ineffectivité du droit à la santé et aux soins pour tous. La réalité de la citoyenneté sociale est alors questionnée puisque cette dernière présuppose que chacun puisse exercer l'ensemble des droits dont il dispose. Toutefois la conception actuelle de la citoyenneté s'accompagne d'une autre face. Le citoyen a certes des droits mais également des devoirs, dont on retrouve de plus en plus d'exemples dans le champ de la santé (Tabuteau, 2009), au travers des incitations à gérer son « capital santé », à adopter une démarche de prévention et à respecter les prescriptions des médecins. Certains discours associent le non-recours aux soins à un comportement déviant impliquant un surcoût pour la société, lorsque la pathologie est aggravée faute de prise en charge à temps par exemple. L'argument économique et le souci de « bonne gestion » du système de soins correspondent ainsi au troisième enjeu auquel le non-recours est rattaché.

Une enquête de terrain centrée sur le point de vue des personnes

La première phase de la recherche a permis de faire apparaître la dimension normative des définitions du non-recours aux soins, ainsi que les enjeux sous-jacents à cette question, expliquant pourquoi des acteurs aux sensibilités différentes s'y retrouvent. L'analyse de l'émergence du non-recours aux soins comme « problème social » est instructive sur un autre point. En effet, indirectement, elle signale les absentes de ce processus que sont les populations concernées. Peu de rapports ou d'études s'appuient ni même simplement sollicitent leur point de vue sur le non-recours. Par contre, elles sont souvent représentées comme des personnes « souffrantes », « vulnérables », « désintéressées » de leur santé, ayant des comportements « irrationnels » ou, exemple parmi d'autres, comme appartenant « à la communauté de ceux qui ne fréquentent pas le système de santé et font preuve d'un esprit fort, insubordonné à la science et aux recommandations sanitaires » (Flajolet, 2008 : 38).

Or, dans le champ de la santé, la littérature sociologique met précisément en garde contre ce type de discours qui « réifie l'usager, le réduit à l'état d'un objet à corriger, sans lui accorder le statut d'un sujet disposant de connaissances, d'attitudes, de croyances, sans reconnaître la capacité de les mettre en œuvre pour prendre des décisions » (Peretti-Watel, 2005). L'enquête qualitative que j'ai élaborée partait d'un postulat de départ similaire, celui de considérer différemment les individus, comme ayant des savoirs et une intelligence de ce qu'ils vivent, liés par exemple aux expériences des situations. Je me suis tourné vers la sociologie dite compréhensive, la mieux à même de restituer les points de vue des individus sur leurs situations et de reconstruire le sens qu'ils attribuent à leurs pratiques, expériences et actions.

Je voulais comprendre comment les personnes pour qui il y aurait « problème » perçoivent et expliquent leur situation, pour réinterroger les représentations sociales du non-recours ainsi que ses différents modèles explicatifs. Plusieurs séries d'entretiens ont eu lieu avec les personnes étiquetées comme à la fois en non-recours aux soins et précaires et qui, à ce titre, constituent des cibles de l'action publique⁴. Dans une approche influencée par G. Simmel (2005), ce n'est donc pas moi qui définissais l'une et l'autre de ces situations, mais les acteurs avec qui j'ai fait cette recherche⁵. Signalons également que ce lien avec différents organismes et associations s'est révélé utile pour contourner un obstacle majeur lorsque l'on travaille sur le non-recours, à savoir l'invisibilité – *a priori* – des personnes concernées, celles-ci étant définies par l'absence de pratiques de soins. Prenons l'exemple des Centres d'examen de santé financés par l'Assurance maladie. Ils ont pour mandat de « cibler les personnes en marge du système de santé pour leur proposer un examen périodique de santé »⁶, et en priorité les personnes précaires qu'ils identifient à l'aune du score Epices (Moulin et al., 2005). Pour ce faire, ils les « recrutent » (selon leurs termes) grâce aux partenariats avec plusieurs services (la médecine du travail pour cibler les « travailleurs pauvres », les services universitaires pour les « étudiants en difficultés socio-économiques », les foyers de travailleurs migrants...). Ce dispositif d'enquête m'a permis de rencontrer, à l'occasion de leur convocation dans un centre d'examen de santé, des personnes auparavant « éloignées » du système de soins.

Du nonaccès à la non-utilisation des soins

Les témoignages de personnes en situation de non-recours rendent tout d'abord compte de l'accès difficile ou du nonaccès aux soins, faisant qu'un besoin de soins n'aboutit pas au service correspondant. La décision et la possibilité concrète de consulter un médecin sont influencées par les caractéristiques du système de soins français – son organisation, son fonctionnement et les conditions et modalités permettant (ou restreignant) son accès.

Parmi les obstacles qu'elles identifient, les personnes rencontrées reviennent sur la trop grande distance géographique qui les sépare de l'offre de soins, surtout lorsque des freins de diverses natures

viennent limiter leur mobilité – ou plus exactement leur motilité, c'est-à-dire « la manière dont un individu ou un groupe fait sien le champ du possible en matière de mobilité et en fait usage » (Kaufmann et Widmer, 2005 : 200). Parfois une offre de soins existe à proximité mais ne leur est pour autant pas disponible, à cause des refus de soins dont sont principalement victimes les bénéficiaires de la Cmu-C ou de l'Ame (Aide médicale de l'État). Ce sont toutefois les contraintes économiques qui concentrent le plus l'attention, pour les soins des médecins spécialistes et dans une moindre mesure ceux des médecins généralistes. Lorsque le budget d'un ménage est déjà bien entamé par les dépenses dites « incompressibles » (loyer, électricité, remboursement de crédits...), la part qu'il peut consacrer aux soins ne peut qu'être réduite. Il en est de même pour l'acquisition d'une complémentaire santé, dont on sait le rôle central dans la consommation de soins et le renoncement aux soins pour raisons financières. Alors que les ménages les plus riches doivent consacrer 2,9 % de leur revenu avant impôt pour souscrire à une complémentaire (le taux d'effort), les ménages les plus pauvres doivent y consacrer 10,3 %, de surcroît pour obtenir une complémentaire santé de moins bonne qualité (Kambia-Chopin et al., 2008). Cela expose à une série d'arbitrages comme le relate cet homme : « *si moi je dois donner 40 euros à une mutuelle ou 30 euros à une mutuelle, c'est 30 euros qu'on m'enlève de bouffe par mois* ». Sa situation interpelle sur un autre aspect. Au Rmi (Revenu minimum d'insertion) au moment de l'entretien, et donc automatiquement éligible à la Cmu-C⁷, il n'était couvert par aucune complémentaire santé. En effet il bénéficiait déjà de l'Aid (Affection longue durée) et, selon lui, « *on ne peut pas avoir le 100 % et la Cmu* ». Il illustre ainsi l'une des causes principales de non-recours à ce dispositif, le manque d'information par les bénéficiaires potentiels (Revil, 2010).

L'identification de ces différents obstacles est essentielle et devrait faire l'objet d'une veille constante, compte tenu des changements actuels. Pensons à l'accessibilité spatiale des soins qui pose des problèmes croissants dans certaines régions (Coldefy, Com-Ruelle, Lucas-Gabrielli, 2011), avec la création de « déserts médicaux ». Pensons également à la diversification et à l'augmentation des charges financières incombant aux patients, ainsi qu'à l'augmentation de la part de la couverture complémentaire dans la prise en charge des dépenses de santé (Elbaum, 2008). Les individus confrontés à ces obstacles abandonnent les soins envisagés – on peut retrouver ce que J.M. Belorgey appelle le non-recours « par lassitude » (Hautchamp et al., 2005) – ou, plus couramment, les reportent. Mais ces obstacles, lorsque les personnes en font l'expérience, produisent également autre chose que du renoncement temporaire ou définitif. Les entretiens ont cet avantage de donner à voir comment les personnes vivent ces difficultés, ce que ces dernières provoquent chez elles. Frustration – liée à la conscience d'une restriction de consommation de soins et au décalage entre le souhait et la réalisation de ces derniers – et ressentiment – lorsque l'on se sent désavantagé par rapport à ceux qui sont situés au-dessus mais aussi au-dessous de soi dans l'échelle sociale⁸ – sont deux expressions récurrentes de ces difficultés. Des réactions qui, signalons-le, dépassent bien souvent le simple rapport au système de soins. Ainsi de ces récits où se mêlent nonaccès aux soins et sentiment d'être exclu de la société (encadré 1).

⁴ Le choix de s'intéresser aux populations « problématiques », cibles de l'action publique, explique pourquoi je n'ai pas réalisé d'entretiens avec des personnes qui ne sont pas précaires.

⁵ Je tiens à remercier ici le Cetaf et les Centres d'examen de santé de Bobigny, Bourg-en-Bresse et Dijon, l'AGECSA, le Fournil, l'Amicale du Nid, l'Appart et la Direction santé publique et environnementale de la Ville de Grenoble.

⁶ Convention d'objectifs et de gestion signée entre l'État et la CNAMTS pour la Branche maladie, août 2006.

⁷ Dans la mesure où le bénéficiaire potentiel en fait la demande et choisit un organisme gestionnaire de la Cmu-C.

⁸ Il en est ainsi des personnes qui subissent l'effet de seuil dans l'accès à la Cmu-C, c'est-à-dire qu'ils ont des ressources supérieures au plafond y donnant accès mais insuffisantes pour souscrire à une complémentaire privée. Elles critiquent souvent en entretien le « *privilège* » de ceux qui ont, eux, la Cmu-C ou l'Ame. On retrouve dans cet exemple un effet pervers classique du ciblage des programmes sociaux et les enjeux de cohésion sociale qui lui sont rattachés.

¹ L'Agecsa est l'Association de gestion des centres de santé de Grenoble. Le Cetaf est le Centre technique d'appui et de formation des centres d'examen de santé. Le partenariat entre l'Odenore et l'équipe « Précarité – Inégalités de santé » du Cetaf a donné lieu à une recherche sur le non-recours aux soins des actifs précaires, financée par l'Agence nationale de la recherche. Voir le numéro 2 des Documents de travail de l'Odenore (Chauveaud, Rode, Warin, 2010).

² Les examens de santé sont proposés gratuitement aux assurés et ayants droit du régime général de la Sécurité sociale.

³ Pour autant, la contribution du système de soins aux inégalités de santé est toujours matière à débat dans le champ scientifique. Voir par exemple Couffinhal, Dourgnon, Geoffard et al., 2005.

« On se sent vraiment diminué quoi. C'est déjà pas facile et en plus on se sent, ouais, rejeté ». Voilà en quels termes Véronique raconte les refus de soins dont elle se dit avoir été victime. Le sentiment d'exclusion se comprend mieux lorsque l'on porte attention à sa trajectoire sociale. Divorcée et travaillant à mi-temps en tant que femme de ménage, elle s'est retrouvée depuis peu dans une situation de forte instabilité professionnelle et sociale, indiquant qu'à présent elle « vit de quoi, de pas grand-chose ». Elle raconte s'efforcer de garder une certaine « dignité » en cachant à ses proches la subite dégradation de sa situation. Ses efforts sont toutefois remis en cause par les refus de soins, dus selon elle au bénéfice de la Cmu. Ils symbolisent avec violence un statut social disqualifié avec lequel elle cherchait pourtant à prendre de la distance.

Les précédents constats faisaient directement écho aux rapports associatifs et aux travaux de recherche – statistiques notamment – que j'avais lus tout au début de notre enquête. Ces lectures avaient fortement orienté les questions posées dans la grille d'entretien vers la recherche « d'obstacles » et autres « barrières » qui viendraient freiner directement l'accessibilité primaire des soins⁹. Rien de bien surprenant si l'on suit le sociologue M. Chauvière, qui note que « comme rhétorique manifeste, l'accès évoque d'abord les obstacles matériels, les déficits de moyens, les chicanes bureaucratiques, les pratiques discriminatoires [...] qui gênent la pleine jouissance de certains droits individuels » (Chauvière, 2007 : 103).

Au fur et à mesure de l'enquête, il a bien fallu se rendre à l'évidence que les obstacles en question, malgré les témoignages forts qui leur sont associés, n'épuisent pas les raisons du non-recours aux soins. Les questions posées ne faisaient pas toujours sens pour les personnes rencontrées en entretien. C'est plutôt une autre question, la première de la grille d'entretien, *a priori* plutôt banale, qui s'est révélée centrale. Elle consistait tout simplement à demander : « à quand remonte votre dernière consultation chez un médecin généraliste ? ». Les personnes ne se contentaient pas seulement d'y répondre de manière factuelle, elles avançaient plusieurs justifications et autres « bonnes raisons » de ne pas avoir consultées depuis plusieurs années. Leurs réponses renvoyaient par exemple à la conception de la santé et à l'importance variable que les personnes lui donnent. Pour d'autres, tout se jouait dans leur interprétation des causes de leurs symptômes, qui les orientait vers un type particulier de prise en charge ou non. Mais c'est surtout ce qui a trait à l'autonomie qui est ressorti avec force.

C'est ce fil de l'autonomie que nous allons à présent tirer pour rendre compte de ses significations et de ses implications dans la manière de comprendre le non-recours. Il ouvre en effet sur une perspective différente du phénomène, qui est lié non plus seulement à du nonaccès mais aussi à de la non-utilisation des soins, c'est-à-dire en amont d'une demande de soins formulée à l'égard du système de soins¹⁰.

Autonomie et automédication

Il a été question de l'autonomie dès le premier entretien. Âgé d'une soixantaine d'années, l'homme que j'ai rencontré admet être malade de temps à autre mais ne pas s'adresser pour autant à un professionnel de santé. En effet, explique-t-il, « je me soigne tout seul, avec des méthodes vieilles ». Il expose ensuite avec détails les différentes possibilités et techniques qu'il a à sa disposition, avant de m'expliquer pour quels symptômes s'en servir et comment les reproduire. L'autonomie, c'est-à-dire le fait d'agir et de décider

de soi-même, s'est ainsi d'abord donnée à voir dans sa traduction très concrète, pratique, en termes d'automédication.

Je pensais au départ que les récits de ce type seraient anecdotiques. Mais, par la suite, de nombreux interlocuteurs prendront le temps de présenter et de partager avec moi leurs pratiques d'automédication. Les entretiens sont devenus un espace ouvert, où chacun pouvait faire part de ses compétences et savoirs – une personne me dira même « j'en connais des choses ! Je pourrais presque être médecin ! ». On peut rapidement remarquer en quoi, pour reprendre les termes d'un interlocuteur, « il existe plein de moyens pour se soigner et lutter contre les petites infections ». Et pour tout type d'infections pourrais-je rajouter. Citons simplement le doliprane « un peu la réponse à tout », utilisé y compris pour les douleurs dentaires, les myrtilles pour retrouver la vue ou le lait pour l'infarctus. Mais mobiliser une telle diversité de pratiques d'automédication ne signifie pas faire n'importe quoi avec sa santé. Il faut respecter des règles pour en faire un « bon » usage, « raisonné et responsable », notamment celle de se conformer aux conseils donnés par quelqu'un habitué à utiliser l'automédication. Quand les règles sont suivies et les conditions réunies, les pratiques d'automédication sont alors jugées efficaces par les personnes (encadré 2). Cela tranche avec la médecine et les traitements médicamenteux dont les effets sont vus comme difficiles à ressentir ou contre-productifs – la peur du médicament « chimique » et équivalent à une « drogue » parcourt de nombreux entretiens.

Le dernier médecin qu'André a consulté, il y a plus de deux ans, lui a diagnostiqué un taux élevé de cholestérol. Conscient de s'être retrouvé « dans le rouge » sur ce plan, André ne suivra pas la prescription du médecin puisque, parlant des médicaments, « vous n'en finissez jamais et ça va vous pourrir la vie ». Il préférera se soigner seul : « pour le cholestérol, j'ai réussi à le faire descendre de façon vertigineuse sans prendre aucun médicament, en faisant quoi, en buvant de l'infusion d'ortie verte ». Il prendra beaucoup de temps dans l'entretien pour décrire avec minutie « la recette particulière » apprise de son frère et qu'il faut surtout suivre avec attention. Les conséquences seront « spectaculaires » et les effets indésirables évités à « condition que vous faites comme je vous ai dit ».

En décrivant leurs savoirs et pratiques en matière de soins et d'automédication, les personnes rencontrées laissent entendre qu'il est possible et recommandable de « gérer soi-même » les symptômes ressentis, c'est-à-dire d'identifier leur origine et de choisir le traitement adapté. L'incertitude, analysée en sociologie de la santé comme l'un des moteurs principaux de la consultation, est réduite et l'idée de se tourner vers l'expertise d'un soignant ne fait pas sens. Pour schématiser, on ne recourt pas aux soins parce qu'on « sait ce qu'on a » et « quoi prendre » ou on a « réponse à sa question ».

La perspective sur le non-recours est alors tout autre. Habituellement, la question posée dans les enquêtes est « pourquoi » les personnes ne recourent-elles pas aux soins, avec le sous-entendu qu'elles sont passives et que leurs besoins ne sont pas comblés. On voit ici qu'il est tout aussi intéressant de leur demander « comment » elles font pour prendre en charge, autrement qu'en passant par le système de soins, les besoins qu'elles identifient¹¹. Le non-recours aux soins n'est ainsi pas synonyme d'absence de soins, contrairement à ce que laisse entendre ce terme binaire (je recours *versus* je n'y recours pas), mais bien plutôt l'action d'un auto-soignant qui « affirme son droit à tenir sur son corps malade un discours spécifique et proclame l'efficacité de la prise en charge autonome de son état » (Herzlich et Pierret, 1991 : 265).

La logique citoyenne du non-recours L'autonomie protectrice

La forte présence de l'autonomie m'a amené à vouloir creuser les différents sens qu'elle prend pour les personnes rencontrées. L'analyse des entretiens a dégagé trois significations principales.

Les travaux scientifiques sur le non-recours m'avaient porté vers l'hypothèse d'une non-adhésion aux normes voire d'un conflit entre celles évoquées précédemment, en arrière-plan de la question du non-recours aux soins et véhiculées à travers les politiques de santé, et celles des destinataires des politiques. Dans le champ de l'insertion professionnelle, ces conflits sont forts et expliquent pourquoi une partie des destinataires ciblés par l'offre publique s'en détournent (Collectif, 2008). Néanmoins, si on écoute les raisons avancées par les personnes rencontrées en entretien, l'inverse est également vrai. « Être son propre médecin » est présenté comme une manière de répondre à l'injonction de s'investir activement dans sa santé, de la surveiller régulièrement, de gérer rationnellement les risques en la matière ou encore d'être autonome dans sa prise en charge. Bref, il s'agit de reconnaître l'importance de la valeur santé et d'être conforme à l'*homo medicus*, tout deux étant fortement défendus actuellement (Peretti-Watel et Moatti, 2009), et ce y compris par les professionnels de santé. L'objectif est bien le même mais les façons d'y arriver et les conduites en découlant sont inattendues. De la sorte, « les effets que produit la conformité à une norme peuvent donc, paradoxalement, produire une déviance » (Fainzang, 2004).

La volonté de respecter ces différentes exigences se traduit de manière originale dans ce que j'ai appelé une logique de non-recours citoyenne. Citoyenne dans le sens où un recours modéré au système de soins, justifié seulement lorsque c'est « utile » et que « ça vaut le coup », devient une forme de participation, civique, à l'effort collectif de réduction du déficit public de santé. Ces conduites sont en effet rattachées à ce contexte particulier, où « on nous dit de faire des économies » et de « ne pas dépenser l'argent public ». Cela permet de comprendre pourquoi certaines personnes rencontrées estiment que ne pas avoir consulté depuis plusieurs années et faire appel avant tout à l'automédication sont des conduites positives et responsables – « le trou de la sécu, c'est pas moi ». La logique citoyenne s'observe particulièrement pour les personnes qui sont placées dans un rapport de dépendance à l'égard de l'État providence et qui se sentent « assistées », par exemple parce qu'elles bénéficient de la Cmu-C ou d'allocations chômage (encadré 3). Pour équilibrer le droit obtenu et en quelque sorte revaloriser une identité disqualifiée, elles s'imposent un devoir de modération et cherchent à ne pas être un coût supplémentaire pour la collectivité, ni à être assimilées à ceux qui « abusent de la sécu ».

Jérôme est au chômage depuis 9 mois au moment de l'entretien. Ses missions de technicien du spectacle se sont arrêtées et elles lui permettent de bénéficier des allocations chômage. Jérôme fait un lien direct entre ce statut, qu'il juge temporaire, et son rapport au système de soins. Il a renoncé à plusieurs soins et préfère se soigner par lui-même. Quand on lui demande pourquoi, il explique qu'aller chez un médecin « creuse un petit peu le trou de la sécu » et, ajoute-t-il, « déjà que je ne cotise plus rien parce que je suis chômeur, je ne vais pas en plus continuer à le creuser, ça serait pas très juste ».

Sans que l'on puisse dire statistiquement ce que cela représente (il y aurait là des variables originales à questionner dans de futures enquêtes), ces constats d'autolimitation ouvrent la réflexion sur une autre façon d'envisager la citoyenneté, où être citoyen passerait par un usage modéré voire un non-usage de ses droits sociaux.

Dans la conception que j'avais initialement retenue, l'autonomie signifiait uniquement « agir de soi-même ». Les entretiens ont par la suite permis de distinguer un deuxième sens, celui « d'agir sans ». Ce que les personnes expriment par là, c'est leur volonté de se détourner du système de soins et d'éviter tout contact avec les médecins et autres soignants. Pour comprendre, il faut suivre les sociologues de la santé qui conseillent d'être attentif au rapport social qui se noue entre médecin et patient, surtout lorsque les origines sociales des uns et des autres diffèrent grandement. En effet, « la rencontre entre ces deux personnages n'est pas qu'interpersonnelle. Elle met en présence des malades et leur entourage, appartenant à des groupes sociaux divers, et des membres d'une « profession » caractérisée par un statut très spécifique. Leurs rapports sont ceux de groupes différents par leurs compétences, leurs orientations, leur prestige, leur pouvoir ; ils sont donc inscrits dans les rapports structurels de la société globale » (Adam et Herzlich, 2003 : 75). En la matière, le rapport aux soignants est présenté sous un angle critique voire conflictuel. Il n'y a qu'à voir le portrait des médecins tel que dressé par certaines personnes, que ce soit sur le plan de leurs compétences médicales (ils sont « dans une logique économique » et ne « savent pas soigner ») et, surtout, sur le plan de leur attitude. Les médecins « doutent énormément de la parole de leurs patients », ont « beaucoup de préjugés sur la personne quand elle arrive », devraient être « moins fiers d'eux » et « moins nous écraser ». Les propos peuvent être parfois très durs, comme cet homme qui exprime la même « haine » envers les médecins qu'envers les juges, des professions proches selon lui puisque de pouvoir et d'autorité.

Ces perceptions négatives ne viennent pas seulement des représentations communes véhiculées sur la profession de médecin. Elles font le plus souvent suite à des expériences vécues par les personnes elles-mêmes. Les récits de fréquentations passées de tel soignant, de telle institution médicale, et la façon dont les personnes ont été accueillies et soignées sont ainsi mobilisés (encadré 4). Parfois, ce sont des anecdotes de proches qui sont racontées et qui produisent à leur tour un *a priori* négatif envers la médecine et les soignants. Le réseau social est vecteur d'histoires permettant aux personnes de se faire un jugement – critique – sur la façon dont on est traité médicalement et personnellement dans le système de soins, sans ou avant d'y recourir soi-même. Toute demande future adressée au système de soins est marquée par un déficit de confiance et les conséquences de cette demande sont alors anticipées de manière négative.

Minimiser les contacts avec les médecins et augmenter le plus possible le recours à l'homéopathie : Kathia, une jeune femme, explique qu'elle a d'abord fait ce choix pour préserver son corps – « notre corps est un temple, ne mettons pas n'importe quoi à l'intérieur ». Mais c'est surtout la conséquence des nombreux soins médicaux qu'elle a eus étant plus jeune, qui ont développé chez elle une critique assez forte des médecins. Elle les dépeint comme des gens qui ne font que « du chiffre », qui nous prennent « plus pour des numéros qu'autre chose », ne sont « pas trop trop compréhensifs » et « bombardent trop de médicaments ». Elle s'arrête notamment sur la dernière expérience de recours à un médecin qui, d'après elle, l'a mal soigné. Depuis, raconte-t-elle, « il m'a traumatisé des médecins, je n'en veux plus » et elle ne croit qu'en l'homéopathie, alternative moins risquée pour sa santé. Pour cette raison, elle refuse d'ailleurs de prendre un médecin traitant.

⁹ L'accès primaire correspond à « l'entrée dans le système [de soins] ou son degré d'utilisation ». Il se différencie de l'accès « secondaire » qui, lui, correspond à « la manière (structurellement déterminée) dont se déroulent les soins ensuite » (Lombrail, 2000 : 404).

¹⁰ Sur les enjeux de la non-demande, par rapport à d'autres types de non-recours, voir le numéro 1 des Documents de travail de l'Odenore (Warin, 2010).

¹¹ Privilégier des questions qui ne demandent pas « pourquoi » mais « comment » est l'une des nombreuses ficelles du métier de sociologue partagées par H. Becker (2002).

Ne pas recourir au système de soins et se tourner vers des réponses autonomes, indépendantes, pour prendre en charge leur santé sont alors de l'ordre du « choix » que font les personnes pour éviter le rapport aux soignants et certains risques associés : le risque d'être et de se sentir stigmatisé, le risque de subir un discours infantilisant, le risque d'être mal ou moins bien soigné que d'autres. Le non-recours prend ici le sens fort d'un agir protecteur.

L'autonomie, fruit d'une habitude

« *Je n'aime pas les médecins, ni les médicaments. C'est pas mon truc* ». C'est de cette manière qu'un homme répond à la première question de l'entretien, tout juste après avoir expliqué se soigner lui-même avec du vin, « *comme les vieux* ». La justification qu'il avance n'est pas sans faire écho à d'autres entendues au cours de l'enquête de terrain. Dans des formulations différentes, il est question de goût personnel : il s'agit de ne pas être du « *genre* » ou du « *style* » à aller chez le médecin « *pour un oui pour un non* », par opposition aux comportements des « *autres* », c'est-à-dire de « *tous ces gens qui y vont mais qui n'ont rien* ». De même pour les références à des traits identitaires comme la « *mentalité* » ou la « *philosophie* ». Autant d'arguments qui, en situation d'entretien, ont pu fermer toute possibilité de rebondir et de creuser davantage puisque les personnes me renvoyaient vers leurs propres préférences, vers quelque chose de profondément individuel qui ne s'explique ni ne se débat forcément. « *Je suis comme ça* », un point c'est tout. Insignifiantes prises isolément, ces phrases ont toutefois peu à peu retenu mon attention du fait de leur récurrence et de leur similitude. J'étais précisément en présence de ce sur quoi tout sociologue doit être vigilant, selon J.C. Kaufmann : « les phrases socialement les plus importantes sont les plus banales et les plus passe-partout ». Car, poursuit-il, si « certaines jouent simplement le rôle d'argument commode, socialement répandu et donc disponible, permettant de ne pas s'interroger sur des facteurs plus profonds [...] d'autres sont le résultat de toute une histoire, sur laquelle il serait possible de mener l'enquête » (Kaufmann, 2003 : 96-97).

Sa dernière hypothèse me semblait d'autant plus juste que je pouvais isoler, dans les entretiens, de nombreuses références à l'habitude et à la continuité lorsque les personnes évoquaient leur rapport distant au système de soins. L'expression « *j'ai jamais été très médecin* » en est la plus caractéristique. Ce constat permet d'envisager l'empreinte du passé dans ce que les personnes expriment comme des préférences personnelles à ne pas « *être* » très médecin et à se débrouiller seul. Le non-recours serait alors le résultat d'un processus long - hormis par exemple pour les personnes qui ont vécu des ruptures récentes dans leur trajectoire et qui indiquent la nécessité de se « *poser* » et de se « *reconstruire* » avant de prendre en charge leur santé.

Pour suivre cette piste, j'avais introduit de nouvelles questions dans la grille d'entretien, avant de retourner une dernière fois sur les différents terrains d'enquête. Elles visaient à m'informer sur les problèmes de santé et le rapport au système de soins que les personnes ont eu depuis leur enfance. Les réponses obtenues ont été centrales pour l'analyse. Elles montrent le rôle structurant de la famille et surtout des contraintes auxquelles ont été exposées les personnes, sur le plan de l'accès aux soins, dans leur rapport à la santé et aux soins. On retrouve ici des obstacles déjà évoqués tels qu'avoir habité sur un territoire où l'offre de soins était rare ou avoir vécu dans une famille aux faibles ressources économiques. Ce qui est intéressant, c'est moins leur nature que la manière avec laquelle les personnes y font référence. D'un côté, elles reconnaissent le rôle de ces contraintes matérielles lorsqu'elles étaient jeunes, venant expliquer par exemple pourquoi leurs parents avaient du mal à se soigner et à soigner leurs enfants. Mais, de l'autre, ces personnes ne mobilisent plus du tout ce type de contraintes pour expliquer leur non-recours aux soins actuel. Pour le dire autrement, on peut

faire l'hypothèse que les significations du non-recours aux soins changeraient entre les générations, c'est-à-dire, en simplifiant l'idée, qu'elle passerait d'une difficulté à une préférence (encadré 5). Cela expliquerait alors la durabilité de ces conduites chez certains individus et leur point de vue sur un non-recours qui serait de l'ordre de l'identité personnelle. Quoi qu'il en soit, on ne peut que rejoindre la mise en garde du sociologue C. Martin. Il explique en effet que « les contraintes qui pèsent sur certaines couches sociales ou certains acteurs sociaux sont telles que le choix se résume bien souvent à une rationalisation *a posteriori*, compte tenu des faibles marges de manœuvre de l'acteur » (Martin, 2007 : 225).

Sébastien est venu passer un bilan de santé à la demande de son patron, à la suite d'un accident de travail. Livreur, il a déjà eu plusieurs malaises lors de ses tournées. Il n'aurait pas fait la démarche de lui-même, parce qu'il veut préserver son emploi mais aussi parce qu'il dit avoir un « *manque de sérieux* » sur le plan de la santé. Il souffre de douleurs chroniques, a de sérieux problèmes dentaires, mais n'a pas consulté de médecin ni de dentiste depuis plusieurs années - il ne sait d'ailleurs pas à quand remonte sa dernière consultation. Tout est selon lui dû à une « *mauvaise habitude* » qu'il a prise, elle-même liée à son histoire personnelle. Il a vécu tour à tour chez ses parents, en foyers et en familles d'accueil et a connu plusieurs difficultés familiales et sociales depuis l'enfance. Tout cela a fortement contraint le suivi de sa santé et contribué à expliquer pourquoi il « *préfère* » se tenir à distance des soins et de sa santé en général. Le glissement de manières de faire *passées* vers des manières de faire *présentes*, à propos ici des soins dentaires, est à ce titre significatif : « *j'allais chez le médecin que quand j'avais quelque chose. J'allais pas faire une visite annuelle pour voir, comme on va chez le dentiste [...]. J'ai pas eu ça. J'ai eu « t'as mal aux dents ? et bien on va chez le dentiste. T'as pas mal, t'y va pas ».* Moi j'y vais quand j'ai quelque chose ».

Discussion

Le non-recours n'est pas nécessairement vécu ni perçu par les personnes concernées comme un « problème » ou un « risque ». En effet, si les obstacles à l'accès aux soins se posent avec acuité actuellement, ils n'expliquent pas pour autant à eux seuls pourquoi des personnes sont « éloignées » des soins. De même, le non-recours ne se réduit pas à l'absence de rapport au système de soins - on y voit un certain type de rapport, parfois empreint de méfiance par exemple - ni à de la passivité ou de l'inaction de la part des personnes. Les pratiques d'automédication et autres alternatives à la consultation d'un médecin sont là pour le rappeler. Refuser d'adresser une demande au système de soins, de manière critique et argumenté, est enfin également à lire comme une forme d'action en soi, certes plus implicite.

Le recueil et l'analyse du point de vue des individus censés être « à problème » viennent ainsi changer la perspective sur le non-recours. Peu à peu, comme le récit d'enquête en rend compte, je me suis orienté vers une sociologie de l'individu pour mieux comprendre le phénomène. C'est en particulier un individu « dialogique » (Dubet, 2005) qui est apparu, c'est-à-dire un individu certes réflexif, stratégique mais également, ne l'oublions pas, social. Toutefois, lire le phénomène du non-recours sous l'angle de l'individu est-il un piège, celui d'être une lecture simpliste de la réalité sociale, comme on l'entend souvent ? Il ne me semble pas. Cela offre au contraire un regard complémentaire aux analyses qui mettent l'accent sur les contraintes institutionnelles et dont les apports sont tout aussi essentiels pour éclairer la complexité du non-recours. Partir de l'individu permet la discussion entre différentes disciplines¹². Dans un autre registre, cela permet l'analyse

des normes en fonction desquelles les individus agissent, des logiques sur lesquelles ils fondent leurs décisions, des ressources et savoirs dont ils disposent ou entre autres du sens, y compris positif, que peut prendre le non-recours aux soins. Appliquée aux populations précaires, cette grille de lecture permet également de sortir d'une représentation courante qui ne voit que des personnes déterminées par les structures sociales et qui les qualifie par leurs manques, comme dépourvues de marge de manœuvre ou encore ignorantes. En avançant cela, on se retrouve en quelque sorte sur un fil : il ne s'agit ni de nier les déterminants sociaux - et l'analyse du « choix » exprimé par certains enquêtés le rappelle bien - ni de surestimer les capacités des individus et leur liberté - sous peine de faire porter la responsabilité des situations sur les seuls individus. Les biais interprétatifs existent dans les deux cas et les réponses sociales et politiques au non-recours, en fonction de l'un ou l'autre, ne sont pas les mêmes. Néanmoins, s'ouvre là un beau défi pour les sciences sociales, celui d'articuler les capacités des individus aux contraintes et déterminismes sociaux, défi sur lequel F. Bouillon (2009) propose des perspectives stimulantes avec son analyse des « compétences précaires » des squatteurs.

Enfin en terme d'action publique, une analyse attentive aux positionnements des individus invite à soulever d'autres aspects que ceux, habituels, des moyens à mettre en œuvre pour que les gens soient mieux informés sur leurs droits ou mieux « éduqués » pour prendre en charge leur santé. Elle permet, par exemple, d'évaluer la pertinence des systèmes et pratiques de soins à partir du point de vue des destinataires. De plus, elle ouvre à des questions qui pourraient être formulées ainsi : jusqu'où doit-on aller chercher les personnes en non-recours ? Au nom de quoi agir sur ces situations et tenter de modifier des conduites qui font parfois sens pour les personnes ? Que signifie être autonome et à quelle(s) condition(s) les personnes le sont-elles réellement ? Ces questions sont particulièrement sensibles dans le domaine du soin et des inégalités sociales : en effet, que faire quand une personne précaire exprime le « choix » de ne pas se soigner et pourrait alors s'exposer à des « risques » pour sa santé ? Je n'apporterai pas de réponse à ces questions d'ordre éthique où viennent se confronter des principes tels que l'autonomie, la bienfaisance, la justice et l'égalité. Non pas parce qu'elles sont déstabilisantes, mais parce que je suis convaincu qu'elles ne doivent pas faire l'objet d'un débat accaparé par les professionnels de la santé, chercheurs et autres « experts », et qu'il est nécessaire d'y associer les populations concernées dans le cadre d'une « éthique de la discussion » (Massé, 2003) qui reste encore à bâtir.

Références bibliographiques

Adam P. et C. Herzlich. 2003. *Sociologie de la maladie et de la médecine*. Paris, Nathan.

Becker H.S. 2002. *Les ficelles du métier. Comment mener sa recherche en sciences sociales*. Paris, La Découverte.

Bouillon F. 2009. *Les mondes du squat*. Paris, PUF.

Chauveaud C., Rode A. et P. Warin. 2010. « Le non-recours aux soins des actifs précaires ». Grenoble, Document de travail/Working paper de l'Odenore n° 2. http://odenore.msh-alpes.fr/documents/OdenoreWP2_1.pdf

Chauvière M. 2007. *Trop de gestion tue le social. Essai sur une discrète chalandisation*. Paris, La Découverte.

Coldefy M., Com-Ruelle L. et V. Lucas-Gabrielli. 2011. « Distance et temps d'accès aux soins en France métropolitaine ». *Questions d'économie de la santé*, n° 164.

Collectif. 2008. *Le non-recours aux droits et aux services. Éléments pour une grille d'analyse*. Grenoble, Document de travail, Groupe : Exclusion et non-recours aux droits et services - Cluster 12.

Couffinhal A., Dourgnon P., Geoffard P.Y., Grignon M., Jusot F., Lavis J. et F. Naudin. 2005. « Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé ? Un éclairage européen. Première partie : les déterminants des inégalités sociales de santé et le rôle du système de santé ». *Questions d'économie de la santé*, n° 92.

Dubet F. 2005. « Pour une conception dialogique de l'individu ». *Espaces Temps.net*, Textuel, <http://espacestemp.net/document1438.html>.

Elbaum M. 2008. « Participation financière des patients et équilibre de l'assurance maladie ». *Lettre de l'OFCE*, n° 301.

Fainzang S. 2004. « Les normes en santé. Entre médecins et patients, une construction dialogique ». Communication aux Rencontres organisées par le réseau SIRS (Santé-Inégalités-Ruptures sociales) sur « Représentations de santé et construction des normes », Paris. http://www.u707.jussieu.fr/ds3/List_seminaires_idf.htm

Flajolet A. 2008. *Mission au profit du gouvernement relative aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire*. Paris, La Documentation française.

Fonds-CMU. 2010. Rapport d'activité 2009. http://www.cmu.fr/userdocs/Rapport_2009.pdf.

Hautchamp M., Naves P. et D. Tricard. 2005. *Rapport de la mission de l'IGAS : « Quelle intervention sociale pour ceux qui ne demandent rien ? »* Paris, La Documentation française.

Herzlich C. et J. Pierret. 1991 (1^{ère} éd. 1984). *Malades d'hier malades d'aujourd'hui. De la mort collective au devoir de guérison*. Paris, Payot.

Kambia-Chopin B., Perronni M., Pierre A. et T. Rochereau. 2008. « La complémentaire santé en France en 2006 : un accès qui reste inégalitaire. Résultats de l'Enquête santé protection sociale 2006 ». *Questions d'économie de la santé*, n° 132.

Kaufmann J.C. 2003 (1^{ère} éd. 1996). *L'entretien compréhensif*. Paris, Nathan Université.

Kaufmann V. et E. Widmer. 2005. « L'acquisition de la motilité au sein des familles. État de la question et hypothèses de recherche ». *Espaces et sociétés*, n° 120-121, pp. 199-217.

Lombrail P. 2000. « Accès aux soins », dans A. Leclerc, D. Fassin, H. Grandjean, M. Kaminski et T. Lang (dirs.). *Les inégalités sociales de santé*. Paris, La Découverte, pp. 403-418.

Martin C. 2007. « Le souci de l'autre dans une société d'individus. Un débat savant et politique à l'échelle européenne », dans S. Paugam (dir.). *Repenser la solidarité. L'apport des sciences sociales*. Paris, PUF, pp. 219-240.

Massé R. 2003. *Éthique et santé publique. Enjeux, valeurs et normativité*. Laval, Les Presses de l'Université Laval.

Math A. 2003. « Comment est abordée la question du non-recours aux prestations sociales en France ? L'émergence de la question et la position des décideurs politiques ». Communication à la rencontre organisée par la Mission d'information sur la pauvreté et l'exclusion sociale en Île-de-France : *Le non-recours ou pourquoi certains ne font pas valoir leurs droits ?* Paris, 20 juin.

Moulin J.J., V. Dauphinot, C. Dupré, C. Sass, E. Labbe, L. Gerbaud et R. Gueguen. 2005. « Inégalités de santé et comportements : comparaison d'une population de 704 128 personnes en situation de précarité à une population de 516 607 personnes non précaires, France 1995-2002 ». *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 43, pp. 1-3.

¹² En témoignent les différentes recherches de l'Odenore, ainsi que les activités du réseau scientifique de la Région Rhône-Alpes, le Cluster 12. L'axe 1 du Programme 1 « Exclusions, Territoires et Action Publique » porte précisément sur « Exclusions et non-recours aux droits et services » et regroupe des chercheurs et doctorants de plusieurs disciplines (juristes, politistes, sociologues, psychosociologues, économistes..).

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

Peretti-Watel P. 2005. « Avant-propos », dans P. Peretti-Watel (coord.). *Les comportements à risque*. Problèmes politiques et sociaux n°919, La Documentation française, pp. 5-11.

Peretti-Watel, P. et J.P. Moatti. 2009. *Le principe de prévention. Le culte de la santé et ses dérives*. Paris, Editions du Seuil et La République des idées.

Revil H. 2010. « Le non-recours à la protection complémentaire gratuite ou aidée ». Grenoble, Document de travail/Working paper de l'Odenore n°5. http://odenore.msh-alpes.fr/documents/OdenoreWP5_1.pdf

Rode A. 2009. « L'émergence du non-recours aux soins des populations précaires : entre droit aux soins et devoirs de soins ». *Lien social et Politiques*, n°61, pp. 149-158.

Rode A. 2010. *Le « non-recours » aux soins des populations précaires. Constructions et réceptions des normes*. Thèse de doctorat en science politique (sous la dir. de P. Warin), Institut d'études politiques de Grenoble. <http://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00488403/fr>

Sheppard E. 2004. « Problème public », dans L. Boussaguet, S. Jacquot et P. Ravinet (dirs.). *Dictionnaire des politiques publiques*. Paris, Presses de Sciences Po, pp.347-354.

Simmel G. 2005 (1^{ère} éd. 1908). *Les pauvres*. Paris, PUF.

Spinosi L., S. Debeugny, O. Lacoste, C. Declercq, M. Sampil, B. Tillard et J.L. Salomez. 2000. *Perception et utilisation du système de soins, inégalités sociales de recours*. Lille, Rapport d'étude ORS Nord Pas-de-Calais.

Tabuteau D. 2009. « Santé et devoirs sociaux ». *Revue de droit sanitaire et social*, n°1, pp. 42-52.

Warin P. 2010. « Le non-recours : définition et typologies ». Grenoble, Document de travail/Working paper de l'Odenore n°1. <http://odenore.msh-alpes.fr/documents/odenorewp1.pdf>

Documents de travail de l'Odenore

Cette collection a pour but de rendre disponible un ensemble de documents de travail issus de recherches menées à l'Odenore (Observatoire des non-recours aux droits et services). Tous les droits afférant aux textes diffusés dans cette collection appartiennent aux auteurs. Des versions ultérieures des documents diffusés dans cette collection sont susceptibles de faire l'objet d'une publication. Veuillez consulter le site internet de l'Odenore pour obtenir la référence exacte d'une éventuelle version publiée.

Odenore Working Papers

The aim of this collection is to make available a set of working papers produced at the Odenore (Observatory on non-take up of social rights and public services). The copyright of the work made available within this collection remains with the authors. Further versions of these working papers may have been submitted for publication. Please check the Odenore website to obtain exact references of possible published versions.

Cette collection est accessible par :
Possibilities to have access to the collection:

- > <http://Odenore.msh-alpes.fr/>
- > <http://www.pacte.cnrs.fr/>
- > <http://halshs.archives-ouvertes.fr/>
- > <http://rt6-afs.org/>
- > www.ireon-portal.eu
- > www.vascoda.de

Odenore

Observatoire des non-recours aux droits et services
Laboratoire Pacte (UMR CNRS 5194)

Maison des Sciences de l'Homme - Alpes

Adresse postale :

MSH-Alpes - BP 47 - 38040 Grenoble cedex 9

Adresse géographique :

1221, avenue Centrale - Domaine Universitaire
Saint Martin-d'Hères



Odenore

Observatoire des non-recours aux droits et services