

Entretien avec Héléna Revil

« Dossier Discriminations et santé »

Héléna Revil : Chercheuse en science politique et responsable scientifique de l'Observatoire des non-recours aux droits et aux services (ODENORE).

Interview réalisée le 21 juin 2021

Pouvez-vous nous présenter les missions et les travaux de l'ODENORE ?

Héléna Revil : L'Observatoire des non-recours aux droits et aux services (ODENORE)¹, qui a bientôt une vingtaine d'années d'existence, a vocation à étudier le « non-recours » à différentes offres sociales et sanitaires, avec une approche scientifique, en particulier de sciences sociales.

Jusqu'à assez récemment, on regardait rarement les politiques publiques par le prisme de leurs destinataires. On les analysait plutôt à partir de celles et ceux qui les conçoivent et/ou les mettent en œuvre. C'était le point de départ de l'ODENORE que de chercher à mieux comprendre le rapport des personnes à leurs droits, aux services et plus globalement aux offres qui les concernent. Il s'agissait d'abord de s'intéresser à ce qui se passe pour les « vrais gens » : est-ce qu'ils-elles arrivent à accéder à des offres de droits, de services, ou à des aides facultatives auxquels ils-elles pourraient prétendre ? et est-ce qu'ils-elles veulent y accéder ?

On parle de « renoncement », de « non-recours », de « non-accès ». Qu'est-ce qui distingue ces trois phénomènes ?

HR : Souvent, on entend dire que « non-recours » est égal à « non-accès ». En effet, s'intéresser au non-recours, c'est s'intéresser à l'accessibilité des droits, services, offres extra-légales, mais c'est aussi s'intéresser à leur acceptabilité : il ne s'agit pas uniquement de comprendre pourquoi des personnes ne réussissent pas à accéder à des offres qui théoriquement leur sont destinées mais aussi de se demander : est-ce que les publics de ces offres les trouvent pertinentes ? que pensent-ils de leur contenu, des normes (par exemple comportementales) qui les sous-tendent ? sont-ils d'accord avec certains principes qui permettent d'en bénéficier ? A l'Odenore, nous pensons que la notion de non-recours permet certes de s'intéresser aux obstacles, aux difficultés, aux complications, que les personnes rencontrent sur le chemin de l'accès à des offres légales ou extra-légales, mais également aux raisonnements qui amènent des personnes à ne pas vouloir en bénéficier.

Pour les acteurs-trices de terrain, le non-recours c'est un phénomène sur lequel ils-elles veulent agir. Pour nous à l'Odenore, c'est également une notion, un outil, utile pour mieux comprendre ces situations dans lesquelles des personnes ne pas bénéficient de certains droits, services, aides extra-légales et pour s'intéresser aux mécanismes sous-jacents...

On a élaboré au fil de nos travaux une typologie du non-recours, qui distingue quatre grands types, partant des facteurs explicatifs sous-jacents : la non-connaissance, la non-réception, la non-proposition et la non-demande².

¹ <https://odenore.msh-alpes.fr/>

² <https://odenore.msh-alpes.fr/ressources/documents-travail/working-paper-ndeg1-juin-2010-actualise-en-decembre-2016-non-recours-definition-et-typologies>

> La non-connaissance renvoie à des situations dans lesquelles les personnes ne sont pas informées de l'existence des droits, services, offres facultatives...

> La non-demande concerne plutôt des situations dans lesquelles les personnes ne veulent pas devenir bénéficiaires de certaines offres ou continuer à l'être, parce qu'elles craignent d'être stigmatisées ou parce qu'en bénéficier a induit vis-à-vis d'elles des discriminations de la part de certain-es professionnel-les, ou encore parce qu'elles sont en désaccord avec certains principes liés au fait de bénéficier de certaines aides, etc.

> La non-proposition rappelle que le non-recours est, en partie, construit par les pratiques des professionnels que les personnes rencontrent.

> La non-réception interroge, quant à elle, les fonctionnements administratifs, les procédures, les modes de faire institutionnels... Comme la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) nous invitait à le faire il y a pas mal d'années maintenant, ces deux types rappellent que le non-recours n'est pas toujours « primaire » ; il peut être « secondaire » et intervenir alors que les personnes ont engagé des démarches, réalisé une partie de soins dont elles ont besoin...

Dans certains cas d'ailleurs, d'autres notions peuvent avoir plus de sens pour qualifier les situations dans lesquelles les personnes se trouvent : celle de « renoncement » par exemple, pour parler du découragement, de la lassitude, de certaines personnes parce que les démarches sont trop compliquées, parce qu'on leur demande de fournir des documents qu'elles n'ont pas en leur possession, parce que les restes à charge des soins sont impossibles à assumer pour elles, parce que les professionnel-les sont trop loin et/ou parce que les personnes se sentent déconsidérées voire « mal-traitées » durant leurs démarches ou au moment des prises en charge.

Le terme « renoncement » a beaucoup été utilisé, dans le champ de la santé, notamment dans de grandes enquêtes qui avaient vocation à mettre en lumière les inégalités d'accès aux soins. Au fil du temps, la notion s'est imposée pour parler des situations dans lesquelles des personnes ressentent des besoins de soins, mais ne les adressent pas ou les adressent partiellement. Mais on l'utilise maintenant un peu à tort et à travers. La notion de « report de soins » serait par exemple préférable à mobiliser dans certains cas. On l'a notamment vu durant la période du premier confinement, de nombreuses personnes n'ont pas consulté ou réalisé des actes médicaux alors qu'elles auraient eu besoin de le faire : la majorité de ces personnes a cependant « rattrapé » les soins quelques mois plus tard. Pour elles, on peut parler de renoncement temporaire, de report ou de recours différé. Environ une personne sur dix n'a en revanche jamais réalisé les soins alors que le besoin était toujours présent : dans ces cas, le terme renoncement est certainement approprié³.

De quelle manière le renoncement, le non-recours ou le non-accès affectent la santé et le parcours de soins des personnes ?

HR : On en a l'intuition, mais malheureusement c'est compliqué à prouver. Dans notre Baromètre du renoncement aux soins (BRS)⁴, on a interrogé plus de 160 000 personnes au fil des années : 25% d'entre elles ont dit avoir renoncé à au moins un soin dont elles ont eu besoin au cours des 12 derniers mois. On leur a aussi posé la question suivante : pensez-vous que cela a eu des conséquences sur votre santé ? Les 3/4 des personnes répondent « *oui cela a des conséquences sur ma santé physique et/ou sur ma santé mentale* ».

³ <https://odenore.msh->

alpes.fr/sites/odenore/files/Mediatheque/Documents_pdf/rapport_renoncer_a_se_soigner_pendant_le_confinement.pdf

⁴ [Synthèse descriptive des données du baromètre du renoncement aux soins \(BRS\) - Odenore](#)

Les entretiens qualitatifs réalisés avec une partie de ces personnes montrent bien que, par exemple, le renoncement à des soins dentaires peut avoir des conséquences physiques (douleurs, infections, etc.), mais également venir perturber d'autres déterminants de la santé, comme l'alimentation ou le sommeil. Cela peut aussi avoir des conséquences sur la santé mentale (l'estime et/ou la confiance en soi, le niveau d'anxiété voire d'angoisse par rapport à l'avenir, etc.).

Dans le BRS, environ une personne sur quatre parmi celles qui déclarent avoir renoncé à au moins un soin au cours des douze derniers mois parlent également de conséquences sur la vie professionnelle, sociale et/ou familiale. Enfin, on peut noter que le renoncement « subi » à des soins peut avoir un impact sur le sentiment des personnes d'appartenir « comme les autres » à la société⁵.

Justement parmi ces facteurs explicatifs du non-recours, est-ce que vous identifiez les discriminations comme une des pistes d'explication ? Est-ce que vous identifiez des pratiques discriminatoires de la part des professionnel·les de santé ?

HR : Dans l'enquête du BRS, parmi les personnes « renonçantes », 7% disent que leur renoncement est la conséquence d'un ou de refus de prise en soins par des professionnels de la santé. Ce n'est donc pas anecdotique. Ce chiffre est plus élevé si l'on zoome sur certaines populations, par exemple les bénéficiaires de l'ancienne Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C)⁶ (fusionnée en 2019 avec l'Aide complémentaire santé (ACS) pour devenir la Complémentaire santé solidaire (CSS)). De nombreux travaux ont montré que des professionnel·les de la santé, en particulier dans certaines spécialités, refusaient de recevoir les bénéficiaires de la CMU C ou les recevaient mais réalisaient des soins de moindre qualité et/ou leur signifiaient qu'ils-elles les soignaient « exceptionnellement » et/ou leur demandaient de régler des dépassements d'honoraires et/ou de faire l'avance de frais. Il sera nécessaire de regarder si la réforme de la CSS a changé quelque chose sur ce point.

Et il est important de dire qu'une grande majorité des personnes concernées n'utilisent pas le terme de discrimination pour parler de ces situations. Elles racontent qu'elles se sont senties traitées différemment et que ce traitement différencié était, d'après elles, lié au fait d'être bénéficiaires de la CMU-C. Très peu ont en l'occurrence signalé ces situations ou cherché à les faire reconnaître, beaucoup ne sachant pas si elles étaient « normales » ou non. La difficulté à prouver ce type de discriminations est aussi un vrai sujet.

Y a-t-il des profils de personnes qui ne recourent pas aux droits sociaux et aux soins ?

HR : Il n'y a pas de réponse unique. Cela dépend des droits ou des services dont il est question. Concernant le non-recours aux soins, si l'on s'appuie sur les données du BRS, on voit par exemple que le fait d'être en situation de monoparentalité augmente la probabilité de ne pas recourir aux soins dont on a besoin. C'est également le cas de l'absence d'activité professionnelle. Certaines catégories socio-professionnelles sont aussi plus représentées parmi les « renonçant·es », par exemple celle des employés. L'absence de complémentaire santé surexpose également au renoncement.

On remarque que la question de l'isolement joue globalement un rôle important dans les phénomènes de non-recours. L'absence de personnes autour de soi qui peuvent aider à la conscientisation d'un besoin, à connaître les offres, les aides, à se repérer parmi celles-ci, ne favorise pas le recours. Et on constate, comme d'autres, que depuis quelques années, le rôle joué par les problématiques d'accès et/ou d'usage du numérique dans les parcours vers les droits ou les soins n'est pas anecdotique.

⁵ <https://sciendo.com/pdf/10.2478/sjs-2021-0016>

⁶ [Les « effets paradoxaux » de la couverture maladie universelle complémentaire \(CMU-C\). Enquête auprès de 101 bénéficiaires du Gard](#)

Comment les villes et intercommunalités peuvent-elles agir sur le non-recours ?

HR : A l'Odenore, nous pouvons aider à travers nos enquêtes les acteurs·trices de terrain à mieux connaître et comprendre le non-recours. Nous avons en particulier mis en place ce qu'on appelle « les démarches barométriques » qui ont vocation à créer de la connaissance, de manière collaborative, sur le non-recours à l'échelle d'un territoire, sur les personnes concernées, les facteurs explicatifs, les conséquences... Cela peut aider les acteurs·trices, notamment au niveau des villes, à se représenter ce phénomène et à caractériser la manière dont « il s'exprime » sur leur territoire. Nous déployons actuellement un baromètre sur le non-recours avec la Ville et le Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) de Lyon, en lien avec de nombreux·euses acteurs·trices du territoire dont la Métropole.

Continuer à produire une connaissance territorialisée sur le non-recours, en lien direct avec les acteurs·trices de terrain, peut soutenir une prise de conscience, contribuer à déconstruire certaines représentations et à identifier les leviers d'action adaptés. Il y a encore beaucoup de méconnaissance sur les formes que prend le non-recours selon les territoires, ce qui ne facilite pas nécessairement l'action au local et par le local, alors même que c'est une échelle pertinente pour agir sur le non-recours. Mais ce ne peut pas être la seule.

Pour améliorer le recours aux droits et aux services mais aussi aux aides extra-légales, on peut notamment réfléchir à la manière dont on accueille les personnes. Actuellement, on parle beaucoup de « l'accueil social inconditionnel ». L'idée est « *de garantir à toute personne rencontrant des difficultés ou souhaitant exprimer une demande d'ordre social, une écoute attentionnée de la globalité de ses besoins et préoccupations pour lui proposer le plus tôt possible des conseils et une orientation adaptée* »⁷.

On peut également réfléchir à la manière dont on informe les personnes et, surtout, se demander si, au-delà de l'information « de masse », on leur explique suffisamment ce à quoi elles ont droit. Mais je pense aussi qu'au-delà du fait de continuer à repenser les manières d'accueillir, de guider, d'informer, d'expliquer, avoir un discours plus positif sur les droits sociaux, sur le système de protection sociale et sur ses bénéficiaires, serait essentiel et permettrait de relégitimer le fait que recourir à des aides n'est pas un aveu de faiblesse ou le signe d'une volonté d'abuser de l'État social.

S'agissant des professionnel·les de santé, intégrer davantage de modules sur la question de la précarité, du non-recours, dans les cursus de formation pourrait être pertinent. Il y a beaucoup de professionnel·les qui reconnaissent qu'ils-elles ne connaissent pas bien ces sujets, qu'ils-elles sont démuni·es dans la prise en charge des personnes en situation de précarité. La question des inégalités sociales de santé mériterait aussi d'être davantage abordée.

Focus sur les formations proposées par ODENORE

Le collectif « SOIF de connaissance » réunit ODENORE, la Fédération des acteurs de la solidarité (FAS) Auvergne-Rhône-Alpes et l'école des métiers du social et de la santé « OCELLIA ». Dans ce cadre, nous construisons notamment des formations à partir de différents savoirs dont ceux issus de l'expérience et donnons ensuite ces formations à « 4 voix » : une personne concernée ou ayant été concernée par la précarité et/ou par le non-recours, un·e chercheur·e, un·e travailleur·euse social·e et un·e formateur·trice en travail social.

⁷ [Guide d'appui à la structuration du premier accueil inconditionnel de proximité](#)

Dans un autre cadre, nous avons construit avec des médecins généralistes travaillant en centres de santé ou dans des lieux de santé collectifs, un module de formation sur les inégalités sociales de santé (ISS), à destination des futur-es médecins généralistes. Nous utilisons la méthode du théâtre forum pour dispenser certains des contenus de cette formation ; cela peut aider les futurs professionnel·les à entrer dans le sujet des ISS et à réfléchir à la manière dont ils-elles peuvent en tenir compte dans leur pratique.

On constate que des interventions de ce type contribuent à faire évoluer les représentations des professionnel·les ou des futur-es professionnel·les et à générer des questionnements sur les pratiques.

> Plus d'informations [ici](#)

Références

[Synthèse descriptive des données du baromètre du renoncement aux soins \(BRS\) - Odenore](#)

[Les « effets paradoxaux » de la couverture maladie universelle complémentaire \(CMU-C\). Enquête auprès de 101 bénéficiaires du Gard – Odenore](#)