

Chaire de migration, droit et société
Laboratoire d'études des processus sociaux
Centre de droit des migrations
Université de Neuchâtel
A.-L. Breguet 1
CH - 2000 Neuchâtel

FACULTÉ DES LETTRES ET SCIENCES HUMAINES

Mémoire de Master en sciences sociales

Pilier Migration et citoyenneté et Pilier Sociologie

Laura Isabel Cortina Bello

Non-recours et renoncement aux soins dans une perspective systémique-relationnelle

*Une cartographie relationnelle de parcours dans le cadre de
l'Assurance obligatoire des soins*

Directrice de mémoire : Prof. Christin Achermann
Expert.e : Denise Efionayi-Mäder

laura.cortina@unine.ch
17 septembre 2026

À mi abuelota bella
À Leo
À Alma

Remerciements

Me voici. J'aimerais remercier toutes les personnes qui ont fait partie de cette histoire. Plus que l'accomplissement d'un projet, me voir ici, en train d'écrire ces lignes, est la meilleure manière que j'ai trouvée de dire merci à toutes les personnes qui m'ont accompagnée tout au long de ce chemin et qui m'ont soutenue lorsque je croyais que les forces m'abandonnaient. À vous toutes : MERCI !

J'aimerais commencer par remercier Madame Achermann pour ses conseils toujours opportuns et visionnaires, ainsi que Noah Matthey, pour ses premiers conseils si précieux au début de ce travail. Merci à l'ensemble du corps enseignant qui, tout au long de mon parcours académique, a contribué à renforcer mon esprit critique, ma pensée sociologique, ma soif d'apprendre et mon envie d'interroger la réalité et le monde.

Merci à mes collègues du Bachelor et du Master. Vous faites aussi partie de mon histoire, et avoir partagé cette expérience avec vous est l'un des plus beaux cadeaux que j'ai pu recevoir en retour. Merci à toutes les personnes qui m'ont accompagné.

Et merci à ma famille. Gracias mami, papi, pucha, abuela, Leo, Alma et Luca. Vous avez été le moteur de ce parcours et ce travail vous appartient aussi. C'est un ouvrage collectif de force, de famille, et d'amour. MERCI.

Résumé

Le système suisse d'assurance-maladie repose sur une affiliation obligatoire et, dans le discours public et médiatique, est souvent présenté comme « universel ». Néanmoins, un écart subsiste entre la reconnaissance formelle du droit à une couverture et l'accès effectif aux soins. Ce mémoire s'intéresse au non-recours (NR) et au renoncement aux soins (RS) dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins (AOS), régie par la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal). Il cherche à comprendre comment le NR et le RS se configurent dans les parcours des assuré.es et ce que ces processus révèlent des dispositifs et des logiques institutionnelles qui organisent l'accès aux soins.

Adoptant une posture inductive, l'étude suit une démarche qualitative, exploratoire et constructiviste fondée sur les récits de santé d'affilié.es à l'AOS recueillis au moyen d'entretiens semi-directifs. Elle s'inscrit dans une approche systémique-relationnelle qui repose sur une cartographie relationnelle de parcours dans le cadre de l'AOS, construite à partir de sa structure institutionnelle. La théorie de l'agentivité d'Emirbayer et Mische (1998) se situe au cœur du cadre conceptuel mobilisé pour analyser l'action des assuré.es dans leur rapport au système de santé. Le travail mobilise également des apports de la sociologie médicale pour analyser la confiance dans ses dimensions interpersonnelle, organisationnelle et systémique.

L'étude montre que le NR et le RS ne se limitent pas au moment où le soin n'est pas réalisé, mais se configurent progressivement dans les parcours des assuré.es, à travers des processus agentiques qui prennent forme dans des contextes contraignants de l'action. Dans ces contextes, les assuré.es évaluent les possibilités qui leur restent accessibles et opèrent des arbitrages en fonction des ressources disponibles. Dans certains cas, les arbitrages ouvrent d'autres voies d'accès aux soins, conduisant à une reconfiguration des trajectoires, sans pour autant effacer le NR et le RS ayant pris forme dans le rapport à l'AOS/LAMal. L'analyse montre également comment les logiques institutionnelles de réduction des coûts, de responsabilisation individuelle et de retenue du recours sont réappropriées dans ces arbitrages, sans que cette réappropriation implique une adhésion à ces logiques. Dans les configurations analysées, le recours aux soins dans le système suisse de santé tend à intervenir lorsque les possibilités d'arbitrer se réduisent, que les alternatives disponibles s'épuisent ou que la prise en charge devient difficilement contournable. Le NR et le RS s'inscrivent ainsi dans une gestion individuelle du risque qui traverse les arbitrages et engage la santé des assuré.es.

Mots-clés : non-recours, renoncement aux soins, parcours de soins, accès effectif, contextes contraignants de l'action, arbitrages.

Table des matières

Introduction	1
Chapitre 1. Le cadre juridique et institutionnel de l'AOS/LAMal	5
1.1 Principes généraux de l'AOS/LAMal	5
1.2 Le système de franchises	6
1.2.1 Logiques institutionnelles sous-jacentes au système de franchises	6
1.3 La réduction de primes aux assurés	7
1.4 La prise en charge des prestations dans le cadre de l'AOS/LAMal	7
1.5 La définition institutionnelle des soins	8
Chapitre 2. Accès aux soins et inégalités sociales : état de la recherche	8
2.1 Les soins : Au-delà de leur définition institutionnelle	8
2.2 L'accès aux soins : de l'accessibilité au recours	9
2.3 Les inégalités sociales d'accès aux soins	10
2.4 Le cas suisse : universalité formelle et limites de l'accès effectif	11
Chapitre 3 Du non-recours aux prestations sociales au non-recours aux soins : état de la recherche	11
3.1 Les premières recherches sur le non-recours	11
3.2 Les limites de la définition orthodoxe	12
3.3 Non-recours et sortie des services publics	12
3.4 Vers une définition élargie du non-recours	14
3.5 Le non-recours dans le domaine de la santé	14
3.6 Non-recours et renoncement aux soins : distinctions analytiques	15
3.7 Le renoncement aux soins	16
3.8 Le renoncement aux soins dans le contexte suisse : apports de la littérature empirique	19
3.9 Le NR et le RS comme réponses au système	20
Chapitre 4 Cadre théorique. Vers une lecture systémique et relationnelle du non-recours et du renoncement aux soins	21
4.1 Les processus agentiques dans des contextes contraignants et habilitants de l'action	22
4.1.1 Les dimensions de l'agentivité : une triade à dominantes variables	23
4.1.2 Dimension pratique-évaluative de l'agentivité	25
4.1.3 Dimension Projective	27
4.2 Le principe d'universalité du système suisse d'assurance-maladie	28
4.3 La franchise comme dispositif régulateur des comportements de recours aux soins	29
4.4 La confiance dans les parcours de soins : un rapport à trois niveaux	30

Chapitre 5 Méthodologie.....	31
5.1 Construction progressive de l'objet d'étude.....	31
5.1.1 Réflexivité et construction progressive de l'objet de recherche	31
5.1.2 Méthode d'échantillonnage, choix et accès au terrain	32
5.1.3 Présentation des participant.es	34
5.2 Méthodes de récolte des données	36
5.2.1 Les méthodes d'entretien	36
5.2.2 Construction et évolution des guides d'entretien	37
5.3 Positionnalité.....	37
5.4 Cartographie relationnelle de parcours dans le cadre de l'AOS : démarche de codage. 39	
5.4.1 Codage de l'accès formel : des étapes institutionnelles aux espaces d'action	39
5.4.2 Codage de l'accès effectif : délimitation du NR et du RS et construction des familles de codes	42
5.5 Considérations éthiques.....	44
Chapitre 6. Analyse - Première partie : l'accès formel	45
6.1 L'affiliation à l'AOS.....	45
6.1.1 L'accès au système de soins comme stratégie : le cas des « sans-papiers ».....	46
6.1.2 Le non-recours « précoce » : vers une lecture processuelle du non-recours	50
6.1.3 Dispositif d'ouverture universel ET dispositif normatif	52
6.1.4 Le non-recours « précoce » : un espace de délibération et d'arbitrage	54
6.1.5 Repenser le NR dans le cadre de l'AOS : Entre assurance obligatoire et responsabilité financière.....	55
6.2 Le choix de la caisse-maladie : plus qu'une question de choix.....	56
6.2.1 Le choix de la caisse : un rapport détendu, stable et « allant de soi ».....	57
6.2.2 L'arbitrage économique comme critère de sélection.....	58
6.2.3 Le choix de la caisse d'assurance traversé par les rapports de genre.....	60
6.3 Introduction au système de franchise	61
6.3.1 Franchise maximale et faible recours anticipé	62
6.3.2 Le choix de la franchise comme stratégie de minimisation des coûts.....	65
6.3.3 La franchise comme désarticulation entre l'AOS et l'accès effectif aux soins : l'organisation de soins transnationaux	68
Cartographie relationnelle de parcours : l'accès formel à l'AOS/LAMal.....	70
Chapitre 7. Analyse – Deuxième partie : l'accès effectif. Le non-recours et le renoncement aux soins.....	71

7.1 Toutes les prises de distance du cadre de l'AOS ne relèvent pas du non-recours	71
7.2 La confiance comme ingrédient du NR et du RS.....	74
7.2.1 Fracturation de la confiance	74
7.2.2 Les processus agentiques face à la fracturation de la confiance	84
7.3 Le non-recours et le renoncement aux soins pour des raisons financières.....	86
7.3.1 Les limites du dispositif de réduction des primes face au non-recours et au renoncement aux soins	87
7.3.2 Entre prestation « prise en charge » et accès effectif aux soins	92
7.3.3 L'évaluation pratique dans la configuration du NR et du RS.....	95
7.3.4 Discussion	96
7.4 Transnationalité des soins.....	97
7.4.1 Les processus agentiques dans les pratiques transnationales	104
7.4.2 Le réseau social comme ressource dans les parcours transnationaux de soins	105
7.4.3 Le retour des pratiques transnationales vers le système suisse de santé	107
7.4.4 Le système suisse de santé comme espace de recours lorsque les marges de manœuvre s'épuisent	108
Cartographie relationnelle de parcours : l'accès effectif.....	109
7.5 Discussion	110
7.5.1 Agentivité, arbitrage et caractère volontaire du NR et du RS	110
7.5.2 La réappropriation des logiques du système et la gestion individuelle du risque	112
7.5.4 Enjeux méthodologiques et épistémologiques de la qualification du NR et du RS	114
Conclusion.....	115
Bibliographie.....	119
ANNEXE	128
1 Grilles d'entretiens	130
Entretien biographique-narratif	130
Entretiens qualitatifs approfondis.....	132
Entretien d'expert.e	136
2 Codage.....	138
3 Présentation détaillée de l'ensemble du corpus de l'enquête	141
4 Version étendue d'entretiens	128
5 Déclaration sur l'usage de l'intelligence artificielle.....	144
6 Déclaration sur l'honneur.....	153

Liste des abréviations

AOS : Assurance obligatoire des soins

DFI : Département fédéral de l'intérieur

LAMal : Loi fédérale sur l'assurance-maladie

LSAMal : Loi fédérale sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale

LVLAMal : Loi d'application vaudoise de la loi fédérale sur l'assurance-maladie

NR : Non-recours

ODENORE : Observatoire des non-recours aux droits et services

OFAS : Office fédéral des assurances sociales

OFS : Office fédéral de la statistique

OFSP : Office fédéral de la santé publique

OPAS : Ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins

PC familles : Prestations complémentaires cantonales pour familles

RS : Renoncement aux soins

Liste des schémas

Figure 1. *Représentation du traitement d'une demande d'asile en Suisse*

Figure 2. *L'affiliation à l'AOS/LAMal intégrée au « vivre en Suisse »*

Figure 3. *L'affiliation à l'AOS/LAMal*

Figure 4. *Le non-recours « précoce »*

Figure 5. *Principe d'universalité et principe normatif de l'affiliation à l'AOS*

Figure 6. *Affaiblissement du principe normatif de l'affiliation obligatoire*

Figure 7. *Cartographie de l'accès formel*

Figure 8. *Cartographie de l'accès effectif*

Figure 9. *Réappropriation des logiques institutionnelles de l'AOS/LAMal*

Figure 10. *Vue d'ensemble de la cartographie relationnelle de parcours*

Introduction

En Suisse, le système de santé suscite de vifs débats publics et politiques¹, notamment en raison de la forte participation financière exigée des ménages et de son coût de plus en plus élevé. L'Assurance obligatoire des soins (AOS), régie par la Loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal), constitue l'un des piliers du système d'assurances sociales (OFAS, s.d.). Elle vise à garantir une couverture d'assurance à travers l'affiliation obligatoire (LAMal ; RS 832.10). Son modèle de financement repose en grande partie sur des primes individuelles et des frais à la charge des assuré.es², ce qui exerce une pression importante sur les ménages à revenu modeste. À cet égard, le système de santé suisse reste marqué par une part élevée des dépenses de santé restant à la charge des ménages, ce qui contribue à produire des inégalités d'accès aux soins pour des raisons financières (Nehme et al., 2025 ; Remund et al., 2019 ; De Pietro et al., 2015).

Si l'affiliation obligatoire vise à garantir une couverture maladie à l'ensemble de la population domiciliée en Suisse (art. 3 LAMal), elle ne suffit pas à lui assurer un accès effectif aux soins. Une partie de la population renonce ainsi à des soins de santé pour des raisons économiques, phénomène désigné comme renoncement aux soins de santé (RS) (Guessous et al., 2012). La reconnaissance formelle d'un droit à la couverture ne garantit donc pas nécessairement son usage effectif. Notre objectif est alors de comprendre comment émergent et se manifestent les situations de non-recours (NR) et de renoncement aux soins (RS), en interrogeant les rapports entre les mécanismes institutionnels qui organisent l'accès aux soins dans le cadre de l'AOS/LAMal et l'accès effectif aux soins. Cette analyse s'appuie sur les expériences concrètes des participant.es et sur la reconstruction de leurs trajectoires dans leur rapport au système de santé.

Selon l'Observatoire suisse de la santé (Obsan) et l'Office fédérale de la santé publique (OFSP), « En 2024, la part de la population en Suisse qui a renoncé à des prestations de santé nécessaires pour des raisons financières s'est élevée à 5,5 %. [...] Entre 2015 et 2022, elle se situait autour de 3 % » (OFSP & Obsan, 2026). Ces données témoignent de l'importance croissante du phénomène en Suisse. Le RS pour des raisons financières constitue l'un des indicateurs

¹ Par exemple, en 2026 le Conseil fédéral met en consultation l'augmentation de la franchise minimale. En 2024, les citoyen.nes suisses ont été appelé.es à se prononcer lors de votations populaires du 9 juin sur l'« Initiative pour un frein aux coûts » et l'« Initiative d'allègement des primes » et celle du 24 novembre sur la « modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (financement uniforme des prestations) »

² On entend par « assuré.e » toute personne affiliée à l'AOS/LaMal et par extension, couverte par l'assurance de base.

mobilisés par l'OFSP et l'Obsan pour mesurer les inégalités et les difficultés d'accès aux soins pour des raisons financières.

Une étude menée entre 2011 et 2025 par la Faculté de médecine de l'Université de Genève montre par ailleurs que, si le RS pour raisons financières demeure fondamentalement associé aux faibles revenus, son augmentation a touché, de manière proportionnellement plus importante, les individus disposant d'un revenu plus élevé (Nehme et al., 2025). Ces constats invitent, d'un point de vue méthodologique, à élargir la focale d'analyse d'un phénomène traditionnellement associé à la pauvreté et principalement étudié auprès des populations les plus précaires.

La hausse continue des primes, conjuguée aux franchises et aux frais à la charge des patient.es, fragilise les personnes en situation de vulnérabilité et contribue à la persistance d'inégalités socio-économiques en matière de santé en Suisse (Nehme et al., 2025 ; Guessous et al., 2012). Ces inégalités peuvent être renforcées par le cumul de plusieurs formes de désavantage. À cet égard, le *Monitoring de la pauvreté en Suisse* souligne que « les ressortissants étrangers sont plus souvent touchés par la pauvreté que les Suisses » (OFAS, 2025 : 22), tout en rappelant l'hétérogénéité de cette catégorie, les risques de pauvreté variant notamment selon la raison de la migration, le statut de séjour, le niveau de formation, le parcours professionnel et l'expérience migratoire. Dans cette perspective, la littérature considère la migration comme un déterminant social de la santé (Davies et al., 2009), tandis que les parcours migratoires s'articulent à des politiques migratoires et à des dispositifs d'aide sociale qui participent à structurer les conditions de vie des personnes concernées (Borrelli et al., 2024 ; Guggisberg & Gerber, 2022).

Cependant, l'accès effectif aux soins ne dépend pas uniquement des caractéristiques sociales des personnes concernées. Il est façonné par les modalités d'organisation et de financement du système de santé dans lequel elles évoluent. Leu et ses collègues (2009) montrent que les systèmes suisse et néerlandais constituent deux cas étroitement comparables parmi les systèmes de santé européens quant à leur architecture, les deux reposant sur une couverture universelle, une assurance privée et une concurrence régulée du marché. Leur étude relève néanmoins que « le partage des coûts en Suisse, particulièrement sous la forme des franchises, est élevé selon les standards internationaux »³ (Leu et al., 2009 : 2). Cette spécificité apparaît susceptible de favoriser l'émergence de situations de NR et de RS.

³ [Ma traduction]

Notre intérêt est d'explorer les situations de NR et de RS comme des phénomènes multidimensionnels, résultant de l'articulation de dimensions individuelles, sociales, institutionnelles, économiques et subjectives, plutôt que comme la seule expression de décisions individuelles se manifestant par l'absence de consultation ou de suivi médical, ou comme relevant exclusivement de barrières financières. Dans cet ordre d'idées, Vincent Maginot parle du RS comme d'un « fait social total »⁴ qui demande, « pour agir, de relier le social et l'individuel, le physique et le psychique » (Revil, 2020 : 267). Ce constat rejoint celui de Lucas et ses collègues, qui situent les raisons du NR à différents niveaux d'analyse, macro, méso et micro, tout en signalant que les recherches sur le NR dans le domaine de la santé ont « souvent conduit à une forme de déconnexion entre l'agentivité et la structure » (2021 : 171). C'est en adoptant une approche systémique-relationnelle que nous cherchons à dépasser cette difficulté et à comprendre la manière dont le NR et le RS se configurent dans les rapports entre les assuré.es, les dispositifs institutionnels, les prestataires de soins, les ressources disponibles et les contraintes qui jalonnent leurs parcours.

C'est dans cette perspective que nous mobilisons la théorie de l'agentivité développée par Emirbayer et Mische, selon qui « le défi empirique consiste alors à repérer, comparer et anticiper les relations entre différents types de processus agentiques et les contextes structurels particuliers dans lesquels l'action se déploie »⁵ (1998 : 1005). Nous opérationnalisons ce défi en examinant les formes d'agentivité à l'œuvre dans les rapports entre les assuré.es et les contextes institutionnels, médicaux, économiques et sociaux qui structurent l'accès aux soins.

À la lumière des approches de Lucas et al. (2021) et d'Emirbayer et Mische (1998), nous appréhendons le NR et le RS comme des phénomènes qui se configurent dans les rapports entre les assuré.es et les contextes qui structurent l'accès aux soins. Dans cette perspective, nous proposons une cartographie relationnelle de parcours dans le cadre de l'AOS/LAMal. Nous la définissons comme une architecture analytique visant à reconstruire les parcours des assuré.es dans leur rapport au système de santé afin de saisir comment le NR et le RS s'y configurent. Construite à partir de la structure du cadre institutionnel de l'AOS/LAMal, cette cartographie permet de suivre analytiquement les parcours et de mettre en évidence les configurations relationnelles au sein desquelles le NR et le RS prennent forme.

⁴ L'expression « fait social total » renvoie au concept développé par Marcel Mauss. Elle est reprise ici en référence à la manière dont Vincent Maginot caractérise le RS, sans que le concept maussien de fait social total soit mobilisé dans le cadre théorique de cette recherche.

⁵ [Ma traduction]

*Les citations d'Emirbayer et Mische (1998) présentées dans ce travail ont été traduites par nos soins.

Notre analyse se déploie à trois niveaux complémentaires. Elle vise d'abord à reconstruire la manière dont le NR et le RS se configurent dans les parcours des assuré.es. Elle cherche ensuite, à partir des différentes formes d'agentivité, à comprendre les processus d'action qui participent à cette configuration dans les rapports entre les assuré.es et les contextes qui structurent l'accès aux soins. Enfin, elle interroge ce que la manière dont le NR et le RS prennent forme dans les parcours révèle des dispositifs institutionnels et de l'organisation des soins dans le cadre de l'AOS/LAMal.

Notre étude s'articule autour de la question de recherche suivante : comment le NR et le RS se configurent-ils dans les parcours des assuré.es dans le cadre de l'AOS/LAMal ? Cette question se décline en deux sous-questions : Comment les différentes formes d'agentivité permettent-elles de comprendre les processus d'action qui participent à la configuration du NR et du RS dans les rapports entre les assuré.es et les contextes qui structurent l'accès aux soins ? Dans quelle mesure la manière dont le NR et le RS prennent forme dans les parcours des assuré.es permet-elle d'interroger les dispositifs institutionnels et l'organisation des soins dans le cadre de l'AOS/LAMal ?

Alors que la recherche sur le NR et le RS en Suisse est majoritairement quantitative et centrée sur l'identification de facteurs socio-économiques ou institutionnels associés à ces phénomènes (Nehme et al., 2025 ; Kaiser & Gerfin, 2017 ; Guessous et al., 2012), notre étude adopte une approche fondée sur les récits de santé de personnes affiliées à l'AOS/LAMal. En plaçant leurs expériences au centre de notre intérêt, nous proposons une lecture relationnelle de parcours dans lesquels le NR et le RS se configurent. Il ne s'agit pas seulement d'identifier les facteurs qui contribuent à la configuration du NR et du RS, mais également de comprendre comment ces phénomènes prennent forme dans les parcours, comment se construisent les arbitrages, quelles ressources sont mobilisées et comment les assuré.es reconfigurent leurs trajectoires de soins. Si ces reconfigurations n'effacent pas le NR et le RS ayant pris forme dans leur rapport au système de santé, elles donnent à voir d'autres formes d'action pouvant se déployer face aux contraintes rencontrées.

Ce mémoire se structure en sept chapitres. Le premier présente les principales dispositions du cadre juridique et institutionnel de l'AOS/LAMal pertinentes pour notre objet. Le deuxième est consacré aux travaux sur l'accès aux soins et les inégalités sociales de santé, tandis que le troisième retrace la constitution progressive du champ de recherche sur le NR ainsi que son articulation avec les travaux sur le RS. Le chapitre 4 présente le cadre théorique à partir duquel nous développons une lecture systémique et relationnelle du NR et du RS, ainsi que les apports

de la sociologie médicale mobilisés pour l'analyse de la confiance, tandis que le cinquième expose la démarche méthodologique. L'analyse se déploie dans les chapitres 6 et 7 en suivant la cartographie relationnelle de parcours des assuré.es dans le cadre de l'AOS/LAMal. Le chapitre 6 porte sur l'accès formel et le chapitre 7 sur l'accès effectif aux soins. Enfin, la conclusion revient sur les principaux résultats de l'étude et leur portée au regard de la question de recherche.

Chapitre 1. Le cadre juridique et institutionnel de l'AOS/LAMal

Ce chapitre présente les principaux dispositifs juridiques et institutionnels de l'AOS/LAMal directement impliqués dans les situations de NR et de RS que nous analysons⁶. Il porte notamment sur l'affiliation à l'assurance obligatoire des soins, la participation financière des assuré.es, la réduction des primes, la prise en charge des prestations ainsi que la définition institutionnelle des soins.

1.1 Principes généraux de l'AOS/LAMal

L'affiliation à l'AOS est régie par la LAMal. Selon son article 3, « toute personne domiciliée en Suisse doit s'assurer pour les soins en cas de maladie, ou être assurée par son représentant légal, dans les trois mois qui suivent sa prise de domicile ou sa naissance en Suisse » (Art.3 LAMal). Cette disposition établit le principe obligatoire d'assurance.

Le financement de l'AOS repose sur trois piliers principaux : les primes d'assurance-maladie versées par les assuré.es, leur participation aux coûts des prestations, comprenant la franchise, la quote-part et la contribution aux frais de séjour hospitalier, ainsi que les subsides de la Confédération et des cantons par le biais de réductions de primes (OFSP, s.d.). Lors de leur affiliation à l'AOS, les assuré.es sont libres de choisir leur caisse-maladie parmi les assureurs autorisés (art. 4 LAMal), ceux-ci étant tenus d'« admettre, dans les limites de leur champ territorial d'activité, toute personne tenue de s'assurer » (art. 5 LSAMal). Iels peuvent choisir le niveau de leur franchise et changer d'assureur, en principe après une année (OFSP, s.d.).

⁶ Le système de santé suisse repose sur une répartition institutionnelle des compétences entre la Confédération et les cantons. Cette organisation n'est pas examinée dans ce travail. Nous retenons uniquement les éléments du cadre juridique de l'AOS, tels qu'ils sont définis par la LAMal et ses ordonnances d'application, ainsi que certaines dispositions cantonales nécessaires à la compréhension de nos données empiriques.

1.2 Le système de franchises

Dans le cadre de l'AOS, la franchise constitue l'un des mécanismes de participation des assurés.es aux coûts des prestations de santé. Elle correspond à un montant annuel fixe, compris entre 300 et 2'500 CHF, que l'assuré.e doit payer avant que l'assurance ne participe à leur prise en charge.

« Dans l'assurance obligatoire des soins, l'assuré peut choisir la franchise ordinaire ou les franchises à option » (OFSP, s.d.). Pour les adultes, la « franchise ordinaire » s'élève à 300 francs. En optant pour une franchise supérieure à ce montant, appelée « franchise à option », l'assuré.e bénéficie d'une réduction de sa prime d'assurance. En contrepartie, plus la franchise est élevée, plus l'assuré.e devra assumer les coûts des prestations de santé, jusqu'à concurrence du montant de la franchise au cours de l'année civile (OFSP, s.d.). Ce mécanisme participe à une logique de responsabilisation individuelle dans la consommation des soins, les assurés.es assumant une partie des coûts avant l'intervention de l'assurance (De Pietro et al., 2015).

1.2.1 Logiques institutionnelles sous-jacentes au système de franchises

Si la LAMal définit les modalités de participation financière des assurés.es, le rapport explicatif du Département fédéral de l'intérieur (DFI, 2026), accompagnant le projet de modification de la LAMal relatif à l'adaptation de la franchise⁷, dont l'objectif est d'« adapter la franchise minimale aux conditions réelles » (2026 : 2), permet de saisir des logiques institutionnelles qui sous-tendent ce dispositif. Le rapport indique que cette modification vise à « diminuer les coûts de la santé tout en favorisant la responsabilité individuelle des assurés » (2026 : 4). Il est en outre précisé que « la hausse de la franchise et le mécanisme d'adaptation ont pour objectif d'inciter les assurés à faire preuve de plus de retenue dans leur recours aux prestations médicales » (OFSP, 2026).

Ces éléments mettent en évidence que le système de franchises n'est pas conçu uniquement comme un mécanisme de participation financière, mais également comme un instrument visant à agir sur les comportements de recours aux soins. Nous proposons de conceptualiser cette orientation comportementale comme une logique de moindre usage des prestations médicales. Le rapport rappelle que « l'idée d'augmenter les franchises n'est pas nouvelle » (DFI, 2026 : 6). Il souligne que le Conseil fédéral a déjà adapté le montant de la franchise à plusieurs reprises, passant de 150 francs en 1996 à 230 francs entre 1998 et 2003, puis « à 300 francs par an lors

⁷ Projet élaboré en exécution de la motion Friedli 24.3636 adoptée par le Parlement le 19 mars 2025. Voir sur : <https://www.bag.admin.ch/fr/modification-de-la-lamal-adaptation-de-la-franchise>

de la dernière adaptation en 2004 » (DFI, 2026 : 6). La modification actuelle s'inscrit ainsi dans un recours récurrent à l'augmentation de la franchise ordinaire comme instrument d'évolution du dispositif.

1.3 La réduction de primes aux assuré.es

L'article 65 de la LAMal prévoit que « les cantons accordent une réduction de primes aux assurés de condition économique modeste. Ils versent directement le montant correspondant aux assureurs concernés » (art. 65, al. 1 LAMal). La mise en œuvre de ce dispositif relève néanmoins de la compétence cantonale. À cet égard, la loi précise que « chaque canton définit le pourcentage maximal que les primes doivent représenter par rapport au revenu disponible des assurés résidant dans le canton » (art. 65, al. 1^{er} LAMal).

À titre d'exemple, la Loi d'application vaudoise de la LAMal (LVLAMal) précise que ce dispositif a « pour but de soutenir l'assurance obligatoire des soins pour les assurés de condition économique modeste, en couvrant par des subsides tout ou partie de leurs primes dues aux assureurs reconnus au sens de la LAMal » (art. 1 LVLAMal). Elle ajoute que « seules les primes de l'assurance obligatoire des soins donnent droit à un subside » (art. 16 LVLAMal). Le montant du subside est alors déterminé en fonction de la situation économique de l'assuré.e. La loi prévoit que « la différence entre le subside déterminé et la prime facturée par l'assureur est à la charge de l'assuré » (art. 16 LVLAMal).

1.4 La prise en charge des prestations dans le cadre de l'AOS/LAMal

Nous retenons les dispositions relatives à la prise en charge des prestations, car elles permettent d'éclairer certaines situations observées dans notre matériau empirique, en particulier les représentations et expériences associées aux prestations prises en charge par l'AOS. Les modalités de prise en charge de ces prestations s'inscrivent dans le cadre général de l'AOS et des règles relatives à la participation des assuré.es aux coûts.

La LAMal pose le principe selon lequel « l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations définies aux art. 25 à 31 » (art. 24 LAMal). La loi précise que cette prise en charge concerne « les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles » (art. 25, al. 1 LAMal). En ce qui concerne les mesures de prévention, l'AOS prend en charge « les coûts de certains examens destinés à détecter à temps les maladies

ainsi que des mesures préventives en faveur d'assurés particulièrement menacés. Ces examens ou mesures préventives sont effectués ou prescrits par un médecin » (art. 26 LAMal).

Les mesures de prévention couvertes par l'AOS sont ensuite précisées par l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS). L'article 12e prévoit notamment la prise en charge des coûts de l'« examen gynécologique, y compris les prélèvements de dépistage cytologiques cervico-vaginaux » (art. 12e, let. b OPAS). L'ordonnance précise que les deux premiers examens sont réalisés annuellement, puis tous les trois ans lorsque les résultats sont normaux ; dans le cas contraire, leur fréquence dépend de l'évaluation clinique (Ibid.).

1.5 La définition institutionnelle des soins

L'article 7 de l'OPAS précise les prestations de soins reconnues dans le cadre de l'AOS. Il indique que celles-ci comprennent les examens, les traitements et les prestations de soins dispensées sur la base d'une évaluation des besoins du patient. Elles regroupent notamment les prestations d'évaluation, de conseil et de coordination, les examens et traitements, ainsi que les soins de base, et sont fournies par les prestataires reconnus par la LAMal et l'Ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal) (art. 7 OPAS).

Cette définition institutionnelle des soins constitue le point de départ de notre réflexion sur le NR et le RS. Dès lors, si l'on parle d'assurance obligatoire des soins, de NR, de RS et d'inégalités d'accès aux soins, une question se pose : qu'entend-on par « soin » au-delà de sa définition institutionnelle ?

Chapitre 2. Accès aux soins et inégalités sociales : état de la recherche

2.1 Les soins : Au-delà de leur définition institutionnelle

Notre recherche s'inscrit dans le cadre de l'AOS/LAMal, l'affiliation à cette assurance constituant le principal critère de sélection de notre population d'étude. Cependant, elle s'intéresse avant tout au vécu et aux trajectoires de soins des participant.es, raison pour laquelle nous visons à penser les soins au-delà du cadre institutionnel. En effet, au-delà des catégories juridiques qui structurent leur prise en charge, les soins renvoient à des pratiques, des vécus, des rapports relationnels et des expériences socialement situées. C'est pourquoi nous mobilisons la définition socioanthropologique proposée par Saillant et Gagnon :

« un ensemble de gestes et de paroles, répondant à des valeurs et visant le soutien, l'aide, l'accompagnement de personnes fragilisées dans leur corps et leur esprit, donc limitées de manière temporaire ou permanente dans leur capacité de vivre de manière "normale" ou "autonome" au sein de la collectivité » (1999 : 5)⁸.

Dans le prolongement de cette idée, iels montrent que les soins peuvent être pensés à partir de conceptions différentes, relevant tantôt de la nature, en s'opposant à la technologie médicale, tantôt de la culture, du symbolique, des valeurs, par opposition aux traitements qui ne toucheraient que la dimension organique ou naturelle de la maladie (1999 : 6). Nous retenons cette réflexion, car elle invite à considérer que les soins ne se réduisent pas aux traitements médicaux ni au cadre institutionnel dans lequel ils s'inscrivent. Elle ouvre la possibilité de penser la coexistence de différentes conceptions des soins, des savoirs qui les sous-tendent et des pratiques qui en découlent. C'est cette compréhension élargie des soins que nous retiendrons dans l'analyse de nos données, en complément de leur définition institutionnelle.

Cela dit, notre intérêt principal porte sur les phénomènes de NR et de RS, ceux-ci émergeant dans un contexte où l'accès aux soins constitue la norme. Dans une configuration où le droit est déjà ouvert et où les individus sont formellement assurés.es, les approches développées autour de l'accès aux soins permettent de mettre en évidence l'écart entre un droit reconnu et les dynamiques qui peuvent en entraver l'usage effectif.

2.2 L'accès aux soins : de l'accessibilité au recours

Pour Pascal et ses collègues « l'expression accès aux soins est polysémique et désigne tout autant une possibilité ou accessibilité, notamment en termes de droits sociaux, que l'usage ou recours qui en est fait ou pas » (2006 : 116). Cette polysémie renvoie à deux dimensions distinctes. D'une part, la notion d'accessibilité, qui se traduit par la possibilité d'un accès formel aux soins, en termes de droits, de couverture d'assurance et de dispositifs institutionnels et soignants. D'autre part, l'usage effectif des soins, qui se pose en termes de recours ou de NR, selon que cet accès est réalisé ou non. Dans le prolongement de cette distinction, nous proposons d'appréhender l'accès aux soins comme une articulation entre, d'une part, les dispositifs du système de santé, en termes d'organisation, d'octroi de droits et de conditions

⁸ Conscient.es que les termes « normale » et « autonome », tels qu'ils apparaissent dans cette définition, peuvent aujourd'hui faire l'objet d'une lecture critique, nous retenons néanmoins cette définition pour l'attention qu'elle porte aux dimensions relationnelles, pratiques et socialement situées des soins, que nous considérons comme centrales dans notre réflexion. Les guillemets entourant ces termes marquent par ailleurs une certaine prise de distance des auteur.rices à leur égard.

d'accessibilité, et d'autre part, les pratiques des assurés.es, notamment en matière de recours, de NR ou de RS.

L'Institute of Medicine définit l'accès aux soins comme « l'utilisation, en temps opportun, des services de santé personnels, afin d'atteindre les meilleurs résultats possibles en matière de santé » (1993 : 4). Cette définition introduit une dimension temporelle dans l'accès aux soins. En liant celui-ci à l'atteinte de résultats, elle renvoie à une temporalité qui dépasse le moment de l'usage des services. À notre avis, elle permet d'entrevoir une dimension postérieure à celui-ci et invite à appréhender l'accès aux soins comme un processus.

2.3 Les inégalités sociales d'accès aux soins

Si les définitions précédentes permettent de préciser ce que recouvre la notion d'accès aux soins, elles ne suffisent pas à comprendre comment celui-ci se trouve socialement différencié. Dans une perspective d'inégalités sociales, il est généralement admis que les inégalités sociales de santé s'expliquent en grande partie par des facteurs sociétaux. En ce sens, la possibilité pour une population d'accéder aux services de soins dépend elle d'une pluralité de facteurs (Lombrail, 2000). Cela dit, Dubet tient à préciser que les inégalités sociales « ne forment plus un système [mais] constituent un ensemble de tensions et de problèmes chaque fois spécifiques » (2000 : 68). Ces deux perspectives renforcent, de notre point de vue, la nécessité d'appréhender les inégalités d'accès aux soins selon une approche multifactorielle.

Si la disponibilité des services médicaux et leur caractère adéquat et suffisant constituent des conditions nécessaires à l'accès aux soins, elles ne sont pas suffisantes à elles seules. Des obstacles d'ordre financier, organisationnel, social ou culturel peuvent limiter le recours à ces services (Gulliford et al., 2002). Selon Gulliford et ses collègues (2002), l'utilisation des services dépend de leur caractère abordable, de leur accessibilité physique et de leur acceptabilité. Dans cette perspective, l'accès aux soins s'inscrit dans des contextes sociaux et culturels différenciés, à prendre en compte pour appréhender les besoins des individus ainsi que les conditions d'utilisation des services.

Ces approches montrent que l'existence de droits, de dispositifs assurantiels et de services de santé ne garantit pas l'accès effectif aux soins. Celui-ci demeure socialement différencié, dans la mesure où les possibilités de recourir aux soins sont façonnées par des conditions sociales, économiques et institutionnelles inégalement réparties. C'est dans ce contexte que s'inscrivent les phénomènes de NR et de RS.

2.4 Le cas suisse : universalité formelle et limites de l'accès effectif

Dans le cas de la Suisse, on observe une divergence entre les inégalités de morbidité, mesurées par l'espérance de vie en bonne santé, qui varient selon le niveau d'éducation, et les inégalités de mortalité, mesurées par l'espérance de vie, qui tendent à se réduire (Remund et al., 2019). Selon Remund et ses collègues, cette dissociation peut s'expliquer par les spécificités du système de santé suisse. Bien qu'il repose sur un accès universel aux soins, qu'il offre une grande diversité de traitements et qu'il se caractérise par un niveau élevé de dépenses de santé, favorisant une médecine curative performante et réduisant les risques de mortalité, l'accès aux soins préventifs demeure socialement inégal (Remund et al., 2019). Ce constat trouve un écho dans la position de la Suisse sur le plan international, où « les dépenses directes pour les soins de santé et les besoins de soins de santé non satisfaits pour des raisons financières sont parmi les plus élevés des pays de l'OCDE »⁹ (De Pietro et al., 2015 *cité par* Remund et al., 2019 : 1179).

L'approche proposée par Gulliford et ses collègues (2002) permet de rendre compte de cette situation. L'existence de droits, d'un cadre assurantiel et de services de santé ne garantit pas un accès effectif aux soins. Sans le formuler explicitement, cette approche ouvre, de notre point de vue, la voie à une lecture en termes de NR.

Chapitre 3 Du non-recours aux prestations sociales au non-recours aux soins : état de la recherche

Notre étude s'inscrit dans le champ de recherche sur le *non-take-up* (Math, 1996), ce qui rend nécessaire un retour aux travaux fondateurs qui lui ont été consacrés. Initialement, les recherches sur le NR se sont développées dans le champ des prestations sociales financières, notamment à partir des travaux pionniers de Kerr (1982) et de van Oorschot (1991). Nous retraçons ce parcours jusqu'au développement des recherches sur le NR dans le domaine de la santé, puis à leur mise en dialogue avec les travaux consacrés au RS.

3.1 Les premières recherches sur le non-recours

Les recherches sur le NR trouvent leur origine dans le constat d'une situation paradoxale : malgré l'existence de droits sociaux et de prestations destinées à une partie de la population,

⁹ [Ma traduction]

certaines personnes qui remplissent les conditions pour en bénéficier n'y recourent pas. Le NR est alors défini comme « le phénomène selon lequel des personnes ou des ménages ne perçoivent pas l'intégralité du montant de la prestation à laquelle ils ont légalement droit »¹⁰ (van Oorschot, 1991 : 16). Cette définition, que Warin qualifiera plus tard d'« orthodoxe » (2014 : 109), renvoie à « toute personne éligible à une prestation sociale (financière), qui - en tout état de cause - ne la perçoit pas » (2014 : 108).

van Oorschot distingue différentes formes de NR. Il oppose le « non-recours primaire », lorsque la demande n'est pas formulée, au « non-recours secondaire » (1995 : 2), lorsque la demande est effectuée sans aboutir à l'obtention de la prestation. Il introduit la notion de « non-recours cumulatif » (1995 : 12) à partir des « situations de prestations multiples » (Ibid.) afin de rendre compte des situations dans lesquelles une même personne ou un même ménage ne mobilise pas simultanément plusieurs droits ou prestations sociales.

3.2 Les limites de la définition orthodoxe

La définition orthodoxe du NR présente toutefois plusieurs limites. Elle suppose notamment que la population éligible puisse être identifiée et ne tient pas compte des individus qui perdent leur éligibilité à la prestation. La limite sur laquelle nous nous attarderons davantage concerne la restriction du NR aux prestations sociales financières. Warin soutient ainsi qu'« il y a une possibilité de non-recours dès lors qu'une offre s'adresse à un public » (2014 : 111). Cette critique constitue un tournant important pour les recherches sur le NR, puisqu'elle rend possible son extension vers d'autres domaines d'action publique, dont celui de la santé, qui nous intéresse ici.

3.3 Non-recours et sortie des services publics

Dans l'étude *Exit from and non take up of public services* [...], Warin (2006) distingue le « non-recours » de la « sortie ou défection des services publics »¹¹ (2006 : 11). Dans une première formulation, le NR est présenté comme une situation involontaire concernant des personnes qui, « pour différentes raisons (sociales, économiques ou culturelles), ne sont pas en mesure de faire valoir leurs demandes auprès des services publics et qui ne reçoivent pas tout ou partie des biens et services auxquels ils ont droit »¹² (2006 : 11). Cette définition met l'accent sur les difficultés rencontrées par les individus dans leur accès effectif aux prestations, le NR révélant

¹⁰ [Ma traduction]

¹¹ [Ma traduction]

¹² [Ma traduction]

un écart entre les droits et services en principe accessibles et leur utilisation réelle par les personnes concernées.

La sortie des services publics relève notamment d'un « choix » (Warin, 2006 : 11), correspondant aux « individus qui, pour diverses raisons, décident de se passer de prestations sociales ou de services publics et qui, par la suite, cherchent à se les procurer ailleurs »¹³ (Warin, 2006 : 11). Les personnes concernées ne renoncent donc pas nécessairement à répondre à leurs besoins, mais réorientent leurs demandes vers d'autres ressources, dispositifs ou réseaux de soutien. La distinction entre le NR et la sortie des services publics permet de ne pas assimiler toute prise de distance vis-à-vis de l'offre publique à une situation de NR.

Dans son travail, l'opposition entre le NR involontaire et la sortie volontaire n'est toutefois pas figée. Warin la nuance par la suite en montrant que le NR peut relever

« d'une démarche (pro)active, dans la mesure où il résulte d'un processus volontaire et d'un choix effectué par les individus, avec tout ce que cela implique en termes de mode de vie, de relations sociales propres à certains groupes, de calcul des coûts et même des risques associés au recours aux services publics »¹⁴ (2006 : 12).

L'auteur affirme en outre que « le non-recours constitue également un phénomène de défection volontaire » (Warin, 2006 : 12). Cette évolution fait apparaître une tension conceptuelle. Dans sa distinction initiale, Warin présente le NR comme un phénomène involontaire, en l'associant à des personnes qui « ne sont pas en mesure » de faire valoir leurs demandes. À l'inverse, la sortie des services publics renvoie à une démarche volontaire, portée par des individus qui « décident » de se passer des prestations et cherchent à se les procurer ailleurs (Warin, 2006 : 11). Il associe ensuite le NR à une démarche « (pro)active » résultant d'« un processus volontaire et d'un choix effectué » (Warin, 2006 : 12). Sans remettre en cause la distinction entre le NR et la sortie des services publics, ce déplacement conceptuel laisse ouverte l'articulation entre les catégories de volontaire et d'involontaire, d'une part, et la notion de (pro)activité, d'autre part. Warin souligne que les situations de non-recours mettent en évidence la vulnérabilité de certains groupes face à des mesures inadaptées aux « inégalités financières, sociales, culturelles et linguistiques »¹⁵ (Warin, 2006 : 9). Il montre que les personnes concernées peuvent développer des pratiques de solidarité, mobiliser des capacités individuelles et collectives ainsi que

¹³ [Ma traduction]

¹⁴ [Ma traduction]

¹⁵ [Ma traduction]

différentes ressources pour répondre à leurs besoins (2006 : 12). Ces évolutions marquent une étape importante dans les recherches sur le NR, en élargissant une conception jusque-là centrée sur la non-perception des prestations auxquelles les individus sont éligibles.

3.4 Vers une définition élargie du non-recours

L'une des définitions les plus répandues du NR, proposée par l'Observatoire des non-recours aux droits et services (ODENORE), le définit comme « toute personne qui ne reçoit pas - quelle qu'en soit la raison - une prestation ou un service auquel elle pourrait prétendre » (Warin, 2017 : 34). Son intérêt réside dans son caractère englobant, qui permet de faire du NR une notion mobilisable dans différents domaines de l'action publique. Cependant, cette définition conduit à regrouper sous une même catégorie des situations dont les logiques peuvent être très différentes. Pour nous, elle présente davantage un intérêt pour comprendre l'évolution du concept de NR que comme outil analytique central.

Tout en reprenant la définition élargie du NR proposée par l'ODENORE, Revil (2021) y ajoute plusieurs dimensions analytiques. Elle définit le NR 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 » (2021 : 222). Pour notre travail, l'intérêt de cette proposition réside principalement dans les catégories analytiques qu'elle introduit. En intégrant les dimensions de temporalité, d'intensité et de cumul, elle permet de saisir différentes configurations du NR ainsi que leurs évolutions au cours des parcours.

Si les distinctions proposées par van Oorschot (1995) constituent une première tentative de différenciation des situations de NR, les catégories introduites par Revil (2021) permettent d'en proposer une lecture plus dynamique, mieux adaptée à notre objet. Elles permettent d'appréhender le NR à partir de son évolution au cours des parcours plutôt que comme un événement ponctuel.

3.5 Le non-recours dans le domaine de la santé

Les approches développées dans le champ du NR aux prestations sociales ont fourni des contributions précieuses pour penser les situations observées dans le domaine de la santé. Cependant, en raison des spécificités propres à ce champ, elles nécessitent d'être repensées. Cette nécessité s'illustre de manière saillante dans un contexte comme celui du système suisse, où l'affiliation à l'assurance de soins est obligatoire et le droit à une couverture est garanti.

Dans un tel contexte, les situations de NR renvoient davantage à des formes différenciées de non-usage d'un système pourtant accessible qu'à l'absence de droits.

Dans sa thèse doctorale, *Le "non-recours" aux soins des populations précaires. Constructions et réceptions des normes*, Rode (2010) propose une analyse du NR aux soins qui dépasse une lecture strictement centrée sur l'accès aux droits. Il souligne que « Les approches du NR aux soins renvoient toutes à un rapport problématique entre les (non) usagers et le système de soins, que ce soit lié à un défaut d'observance des traitements prescrits ou à un retard à la consultation par exemple » (2010 : 90). L'approche de Rode marque ainsi un déplacement des droits vers le rapport au système de soins. Bien qu'il prenne en compte le fait que certaines personnes n'utilisent pas leurs droits, en considérant « le non-recours aux droits sociaux en matière d'assurance-maladie [...] en tant que variable explicative du non-recours aux soins » (2010 : 15), Rode soutient que le NR ne peut être réduit à un défaut d'accès ou à une absence de droits. Il propose « une définition du non-recours aux soins fondée sur quatre variables : le renoncement aux soins, le retard aux soins, l'inobservance thérapeutique et les rendez-vous non honorés » (2010 : 82), en intégrant le RS à sa définition du NR aux services de santé. L'auteur met en évidence des décalages entre les normes institutionnelles définissant les besoins de soins et les normes et représentations mobilisées par les individus. Cette approche distingue deux dimensions analytiques du NR dans le domaine de la santé, l'« accès » et l'« utilisation » du système de soins (2010 : 82).

Le NR aux droits sociaux en matière d'assurance maladie évoqué par Rode (2010) s'inscrit dans le contexte français, où ces droits renvoient à des dispositifs visant l'accès effectif aux soins. En somme, « la spécificité du NR aux services de santé et aux soins tient ainsi à l'impossibilité d'appliquer les définitions établies à partir des prestations sociales et des droits sociaux, demandant à réfléchir à une définition ad hoc » (2010 : 70). Cette approche conduit ainsi à prendre conjointement en considération les dimensions institutionnelles, sociales, normatives et individuelles du NR.

3.6 Non-recours et renoncement aux soins : distinctions analytiques

Le NR et le RS peuvent désigner des situations empiriques étroitement liées, tout en renvoyant à des focales analytiques différentes. Alors que le NR s'est principalement développé dans le champ des rapports aux droits sociaux, aux dispositifs institutionnels et à l'usage des services, le RS met davantage l'accent sur les expériences vécues, les arbitrages et les parcours de soins.

Comme nous l'avons vu, les premières recherches sur le NR interrogent notamment les raisons pour lesquelles une offre ou un droit ne sont pas utilisés. Toutefois, cette tradition de recherche témoigne d'un déplacement progressif du regard. En reconnaissant que le NR peut relever d'une démarche « (pro)active », résultant d'« un processus volontaire et d'un choix effectué » (Warin, 2006 : 12), Warin accorde une place plus importante aux capacités d'action des individus dans l'analyse du NR. Les travaux de Rode (2010) et de Revil (2021) accordent ensuite une place croissante aux expériences vécues, aux significations attribuées à ces situations et aux rapports au système de soins.

Les études sur le RS placent quant à elles la focale sur les processus par lesquels les personnes en viennent à renoncer à des soins qu'elles considèrent nécessaires (Desprès, 2013, 2012 ; Desprès et al., 2011). Le point de départ de l'analyse se situe alors dans les expériences vécues, les parcours de soins et les significations attribuées aux pratiques de santé.

Dans notre introduction, nous avons mentionné que le RS est mobilisé par l'Obsan et l'OFSP comme indicateur des inégalités d'accès aux soins. Cette utilisation rejoint les approches quantitatives du RS (Nehme et al., 2025 ; De Mestral et al., 2022 ; Guessous et al., 2012), qui l'appréhendent notamment comme indicateur de problèmes de santé publique ou de déterminants socio-économiques. Le rapprochement avec les recherches consacrées au NR apparaît notamment chez Rode (2010), qui identifie le RS comme l'une des variables permettant d'appréhender le NR.

Dans le prolongement de cette réflexion, Desprès et ses collègues, pour qui « le renoncement aux soins est fondé sur le besoin subjectif de l'individu » (2011 : 3), considèrent l'approche par le RS particulièrement intéressante pour étudier l'accès aux services de santé. Selon les auteur.rices, « en s'appuyant sur la subjectivité de l'individu, elle le positionne comme acteur de sa prise en charge et non comme objet » (2011 : 7). Nous retenons l'importance accordée à la subjectivité de l'individu dans l'appréhension de ses besoins de soins et de son expérience du renoncement.

3.7 Le renoncement aux soins

Parmi les quatre variables proposées par Rode (2010) pour définir le NR aux soins figure le renoncement aux soins. Pour Caroline Desprès, le RS « peut survenir à tout moment d'un

itinéraire thérapeutique »¹⁶ (2011 : 1). Cette réflexion résonne avec la distinction proposée par van Oorschot (1995) entre NR primaire et NR secondaire¹⁷, ainsi qu'avec la définition du NR proposée par Revil (2021). Bien qu'elles renvoient à des logiques analytiques différentes, ces approches ont en commun de considérer le NR et le RS comme des processus évolutifs et non linéaires, susceptibles de se configurer à différents moments du rapport aux soins. Desprès soutient que « le renoncement constitue une attitude ou une conduite individuelle. Il s'agit d'un acte volontaire qui suppose un certain degré de délibération qui va se concrétiser par une décision, plus ou moins consciente » (2012 : 14). Elle propose la définition suivante :

« Une personne renonce aux soins si, elle abandonne la poursuite d'un objectif visant à se soigner et recouvrer sa santé. Elle renonce à un soin spécifique si, elle abandonne la démarche d'obtention ou la mise en œuvre de ce soin (bien ou service) alors qu'elle ressent un désordre corporel ou psychique (soin curatif) ou souhaite protéger sa santé (soin préventif) » (Desprès, 2012 : 18).

Desprès précise que « le renoncement renvoie à l'idée de délibération, suggère une décision du sujet, même si cette décision relève d'un constat, d'une analyse rationnelle de l'inaccessibilité du soin projeté » (2012 : 18). En articulation avec sa réflexion de 2011, cette approche permet de penser le caractère multi-situé du renoncement au sein d'un itinéraire thérapeutique, ainsi qu'une distinction entre les soins curatifs et les soins préventifs.

L'autrice identifie deux types de renoncement : le « renoncement barrière » et le « renoncement refus » (2013 : 79). Le renoncement barrière renvoie à une situation dans laquelle « le sujet ne peut mener à bien le but poursuivi même s'il le désire. Cette catégorie rend compte de contraintes qui pèsent sur les choix des individus, liées à l'organisation de l'offre de santé et à l'efficacité de la protection sociale contre la maladie » (2013 : 79). Quant au renoncement refus, il désigne une situation où l'individu « refuse l'option qui lui est proposée parce qu'il en préfère une autre ; cette attitude relève d'un choix qui peut être considéré comme une prise d'autonomie à l'égard de sa santé » (2013 : 79).

Desprès relève la tendance à interpréter le renoncement barrière comme un « non-choix » (2013 : 85), en raison de l'impossibilité pour l'individu, soumis à de multiples déterminants sociaux et économiques, de satisfaire ses besoins et son projet de soin. Cependant, elle souligne que ce

¹⁶ « La notion d'itinéraires thérapeutiques renvoie à une série de choix au sein du parcours de soins, en fonction des possibles » (Desprès, 2012 : 12).

¹⁷ Voir section 3.1

type de renoncement suppose « une délibération n'excluant pas l'individu comme acteur de son existence » (2013 : 85). De ce fait, l'autrice tient à préciser que le renoncement barrière se traduit par « un choix sous contraintes, amenant à opérer des arbitrages » (2013 : 85). Nous retenons ici la notion de « choix sous contraintes », qui situe la délibération et les arbitrages des individus dans un contexte de contraintes sociales et institutionnelles.

La mise en dialogue de la définition générale du RS avec la catégorie de renoncement refus fait apparaître un glissement conceptuel qui nous amène à prendre une distance critique vis-à-vis de cette catégorie. Pour mieux comprendre ce glissement, revenons à la définition générale de Desprès : « Une personne renonce aux soins si elle abandonne la poursuite d'un objectif visant à se soigner et recouvrer sa santé » (2012 : 18). L'élément central de cette définition réside dans l'association entre le « renoncement » et « l'abandon » d'une démarche de soin visant à recouvrer ou préserver sa santé. Or, plus tard, lorsqu'elle définit le renoncement refus, Desprès affirme que l'individu « refuse l'option qui lui est proposée parce qu'il en préfère une autre » (2013 : 79). Le glissement s'opère ainsi d'une logique d'abandon d'une démarche de soin à une logique de préférence pour une autre option thérapeutique. En effet, dans certaines situations, la personne n'abandonne pas son projet de soin ni ce qu'elle considère nécessaire à sa santé, mais privilégie une autre option thérapeutique correspondant davantage à ses attentes, à ses valeurs ou à sa conception du soin.

Desprès précise que « la signification du refus renvoie alors à une insatisfaction à l'égard des soins proposés, à un doute porté sur leur efficacité et à l'adoption d'un choix alternatif, par exemple en s'adressant à des soins non conventionnels » (2013 : 83). Cette possibilité d'un choix alternatif soulève une question au regard de la définition générale du RS : le refus d'une option thérapeutique que la personne ne considère pas comme répondant à son objectif de protection de la santé peut-il être qualifié de renoncement aux soins au sens de la définition proposée par Desprès ?

La tension conceptuelle mise en évidence ici sera mise en dialogue, dans le chapitre suivant, avec celle précédemment identifiée dans les travaux de Warin. Ensemble, elles conduisent à mobiliser un cadre théorique permettant de penser autrement les capacités d'action, les arbitrages et leurs contextes d'exercice.

3.8 Le renoncement aux soins dans le contexte suisse : apports de la littérature empirique

Après avoir présenté, au Chapitre 1, les fondements institutionnels du système de franchises, nous examinons leurs effets sur le RS à partir du rapport *Leistungsverzicht und Wechselverhalten der OKP-Versicherten im Zusammenhang mit der Wahlfranchise*¹⁸ (Kaiser & Gerfin, 2017), consacré aux effets du système de franchises de l'assurance-maladie suisse sur les comportements des assuré.es. Cette étude montre que « les personnes ayant de faibles revenus, une faible capacité de paiement et des franchises élevées tendent plus fréquemment à renoncer à des prestations pour des raisons financières »¹⁹ (2017 : 2). Ce constat permet d'appréhender la franchise élevée non seulement comme un mécanisme de responsabilisation individuelle, mais également comme un dispositif pouvant participer à la configuration de situations de RS. L'étude montre que « les décisions liées au choix de la franchise dépendent essentiellement des coûts de santé attendus, des différences de primes, de la situation financière et de la disposition personnelle des assuré.es face au risque »²⁰ (2017 : 10). Le choix de la franchise résulte ainsi d'un arbitrage entre plusieurs éléments, au-delà de la seule situation financière des assuré.es.

Parmi les facteurs associés au RS, les faibles revenus apparaissent comme l'un des éléments explicatifs les plus fréquemment identifiés dans les recherches (Nehme et al., 2025 ; Bodenmann et al., 2012 ; Bodenmann et al., 2014 ; Guessous, 2012). Dans le *Monitoring de la pauvreté en Suisse* (OFAS, 2025), la réduction des primes d'assurance maladie figure parmi les trois « grandes » prestations sociales sous condition de ressources (2025 : 32) prédominantes dans tous les cantons.

Notre terrain nous a toutefois conduites à ne pas retenir le bénéfice du subside de réduction de primes comme critère de sélection. Des situations de RS ont été observées aussi bien chez des bénéficiaires de subsides que chez des personnes dont le revenu, bien que restreint, dépassait le seuil ouvrant droit à cette prestation²¹.

¹⁸ Traduction : *Renoncement aux prestations et changements de franchise des assuré.es de l'AOS dans le cadre du système des franchises à option*. Cette étude a été menée par BSS Volkswirtschaftliche Beratung et le département d'économie de l'Université de Berne.

¹⁹ [Ma traduction]

²⁰ [Ma traduction]

²¹ Ce constat rejoint les résultats de Nehme et al. (2025), qui mettent également en évidence des situations de RS parmi des personnes disposant de revenus plus élevés.

3.9 Le NR et le RS comme réponses au système

Comme nous l'avons vu dans la section 3.3, la distinction proposée par Warin (2006) entre NR et sortie des services publics ouvre une réflexion sur les différentes formes que peut prendre le rapport des individus à l'offre institutionnelle. Dans cette continuité, il souligne que « le recours aux alternatives est d'autant plus important quand l'offre publique est contingentée et soumise à des conditions d'accès restrictives ou contraignantes » (2014 : 111).

La littérature montre que ces alternatives ne relèvent pas uniquement de réponses pragmatiques aux contraintes d'accès. Elles peuvent être comprises comme l'expression d'un rapport particulier à l'offre institutionnelle. En ce sens, Tabin et Leresche (2019) montrent que la résistance des publics à la définition institutionnalisée et hégémonique des problèmes et de leurs solutions peut conduire à envisager le NR aux droits sociaux non seulement comme le résultat de dysfonctionnements administratifs ou de difficultés individuelles, mais comme une forme de réaction au pouvoir de l'État, reposant sur une critique « furtive » de ses dispositifs.

Dans son étude consacrée aux implications du NR aux soins, Revil (2021) montre que les expériences de NR peuvent transformer durablement les représentations que les personnes se font du système sanitaire et social. Les expériences de NR et les critiques qui en découlent deviennent ainsi un « ingrédient de la non-demande » (2021 : 223). Elles « viennent 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 » (2021 : 225). L'intérêt de son analyse réside dans le fait qu'elle ne réduit pas cette évolution à un simple passage du NR involontaire au NR volontaire. Elle montre comment des expériences initialement non choisies peuvent reconfigurer progressivement le rapport au système et conduire à des formes volontaires de mise à distance.

Au-delà des effets que produisent les expériences de NR sur les représentations du système, Revil souligne la manière dont les personnes concernées s'en saisissent pour élaborer des manières d'agir vis-à-vis de celui-ci. Elle met en avant la capacité de ces personnes à faire un usage des expériences de NR « davantage réfléchi, voire stratégique, et/ou à "se débrouiller" pour avoir le moins possible besoin du système sanitaire et social. » (2021 : 223). Les analyses de Revil s'inscrivent dans le prolongement du déplacement amorcé par Warin (2006), qui conduit à penser le NR non seulement comme une absence de recours, mais comme pouvant s'accompagner de stratégies, d'arbitrages et de formes de mise à distance vis-à-vis du système.

Lucas et ses collègues mettent en dialogue différentes études sur le NR en insistant sur sa dimension dynamique. Les auteur.rices soutiennent qu'« afin de déployer le potentiel des études sur le NR pour une analyse critique de la citoyenneté sociale, une approche systémique et relationnelle est nécessaire »²² (2021, 170-171). Les raisons du NR se situent, selon eux, à différents niveaux d'analyse, macro, méso et micro. Lucas et al. signalent cependant les difficultés rencontrées par les recherches sur le NR dans le domaine de la santé pour articuler ces différents niveaux dans une approche intégrée, ce qui a « souvent conduit à une forme de déconnexion entre l'agentivité et la structure »²³ (2021 : 171). Cette articulation entre agentivité et structure nous paraît pertinente au regard des questions soulevées précédemment autour de la place accordée à la volonté, à la délibération et aux conditions dans lesquelles s'exercent les choix.

Si les travaux sur le RS accordent d'emblée une place centrale à la dimension active des situations étudiées, les recherches sur le NR évoluent progressivement vers une conception qui lui accorde une place importante. La dimension active prend toutefois des significations différentes selon les auteur.rices. Chez Warin (2006), elle est associée à une démarche (pro)active et à un processus volontaire ; chez Desprès (2012), elle prend la forme d'un acte volontaire reposant sur une délibération ; chez Revil (2021), elle est pensée à partir d'expériences de NR non choisies qui transforment progressivement le rapport au système. Cette évolution conduit à accorder une place croissante aux capacités d'action des personnes concernées ainsi qu'à leurs rapports avec les dispositifs institutionnels. Lucas et al. (2021) soulignent la nécessité d'une approche multiniveau, systémique et relationnelle, afin d'éviter une dissociation entre la structure et l'agentivité.

Chapitre 4 Cadre théorique. Vers une lecture systémique et relationnelle du non-recours et du renoncement aux soins

Conformément à notre démarche inductive inspirée de la *Grounded Theory*, présentée plus en détail dans le chapitre méthodologique, les catégories analytiques mobilisées dans ce travail ne sont pas déduites d'un cadre théorique préétabli. Elles se construisent progressivement dans un dialogue entre les données recueillies, la littérature et les textes institutionnels mobilisés.

²² [Ma Traduction]

²³ [Ma Traduction]

Les travaux présentés jusqu'ici accordent une place importante aux capacités d'action des individus et aux rapports qu'ils entretiennent avec les dispositifs institutionnels. La question de l'articulation entre ces capacités d'action et les contextes sociaux et institutionnels dans lesquels elles se déploient reste toutefois ouverte. Cet enjeu s'est imposé au cours de notre enquête. C'est donc à partir de sa mise en dialogue avec l'état de la recherche que nous mobilisons la conception relationnelle de l'agentivité proposée par Emirbayer et Mische (1998). Elle nous permet d'interroger la manière dont les acteur.rices composent avec les contraintes et les possibilités d'action propres aux contextes dans lesquels se déroulent leurs parcours, et comment le NR et le RS prennent forme dans ces rapports. Elle permet de reprendre la question des conceptualisations du NR et du RS dans lesquelles la mise en évidence d'une dimension active conduit à qualifier ces phénomènes de volontaires, notamment chez Warin (2006) et Desprès (2012-2013)²⁴.

4.1 Les processus agentiques dans des contextes contraignants et habilitants de l'action

Nous appréhendons l'agentivité humaine comme :

« l'engagement construit temporellement par des acteurs de différents environnements structurels - les contextes temporels et relationnels de l'action - qui, par le jeu de l'habitude, de l'imagination et du jugement, reproduit et transforme ces structures en réponse interactive aux problèmes posés par l'évolution des situations historiques » (Emirbayer et Mische, 1998 : 970).

Cette définition place d'emblée l'agentivité dans une relation avec les environnements structurels au sein desquels l'action prend forme. Emirbayer et Mische soutiennent en ce sens qu'« il n'existe pas d'agents concrets, mais uniquement des acteur.rices qui agissent de manière agentique au sein de leurs environnements structurants » (1998 : 1004). À cet égard, les auteur.rices soulignent l'intérêt d'une notion « rendant possible une recherche empirique qui met en évidence à la fois l'importance causale de la structure en tant que condition contraignante et habilitante de l'action, et celle de la praxis comme "processus actif de constitution, accompli par les sujets agissants et consistant dans leurs actions mêmes" (Giddens, 1976) » (Emirbayer et Mische, 1998 : 1003).

²⁴ Voir notamment Warin (2006 : 12) sur le NR comme démarche « (pro)active, résultant d'un processus volontaire et d'un choix effectué », et Desprès (2012 : 14 ; 2013 : 85) sur le caractère volontaire et délibéré du renoncement. Ces conceptualisations ont été discutées au chapitre 3.

C'est cette conception de la structure comme condition à la fois contraignante et habilitante de l'action qui retient notre attention. Dans les parcours de soins, elle permet de considérer les rapports entre les personnes assurées et les contextes sociaux, institutionnels et économiques dans lesquels elles agissent. La seule observation d'une prise de distance vis-à-vis du cadre de l'AOS ne suffit alors pas à comprendre le rapport à la structure dans lequel celle-ci prend forme.

Emirbayer et Mische soutiennent à cet égard :

« en examinant les transformations de l'orientation agentique, nous disposons d'un levier analytique essentiel pour mettre en évidence les différents degrés de marge de manœuvre, d'inventivité et de choix réflexif dont font preuve les acteurs sociaux en relation avec les contextes d'action contraignants et habilitants » (1998 : 964).

Cette manière de penser conjointement structure et agentivité soulève toutefois la difficulté de parvenir à les distinguer dans l'analyse. Emirbayer et Mische soulignent que « ce qui tend à être éclipsé dans la notion d'inséparabilité entre structure et agentivité, c'est le degré de transformabilité ou de malléabilité des différentes structures existantes, ainsi que les manières variables (et changeantes) dont les acteurs sociaux se rapportent à celles-ci » (1998 : 1004).

Les processus agentiques adoptent « des formes empiriques diverses en réponse aux contextes spécifiques dans lesquels l'action se déroule » (Emirbayer et Mische, 1998 : 1004). Dans le contexte de l'AOS/LAMal, les décisions relatives à l'accès aux soins prennent place au sein de contextes sociaux, institutionnels et économiques qui orientent les possibilités d'action des personnes assurées. Afin d'analyser ces processus dans les situations de NR et de RS, nous mobilisons les dimensions constitutives de l'agentivité proposées par Emirbayer et Mische (1998).

4.1.1 Les dimensions de l'agentivité : une triade à dominantes variables

Pour saisir la manière dont l'agentivité se constitue, Emirbayer et Mische distinguent trois dimensions analytiques de l'agentivité, correspondant à différentes orientations temporelles : l'élément itératif, tourné vers le passé ; l'élément projectif, orienté vers le futur ; et l'élément pratique-évaluatif, ancré dans les contingences du présent (1998 : 971). L'élément itératif renvoie à la « réactivation sélective par les acteurs de schémas de pensée et d'action passés, tels qu'ils sont régulièrement intégrés dans l'activité pratique, assurant ainsi stabilité et ordre aux univers sociaux et contribuant à maintenir les identités, les interactions et les institutions au fil

du temps » (Ibid.). Pour nous, elle permet notamment de saisir le poids des habitudes, des manières de percevoir le monde et des rapports stables dans les parcours de soins des assurés.es.

En outre, selon Emirbayer et Mische, l'élément projectif renvoie à la « génération imaginative, par les acteurs, de trajectoires d'action futures possibles, dans laquelle les structures de pensée et d'action reçues peuvent être reconfigurées de manière créative en fonction des espoirs, des craintes et des désirs des acteurs pour l'avenir » (1998 : 971). Elle permet ici d'analyser les stratégies développées, les processus d'anticipation ainsi que les trajectoires d'action envisagées face aux contraintes rencontrées dans l'accès aux soins.

Enfin, la troisième composante de cette triade correspond à l'élément pratique-évaluatif. Il renvoie à « la capacité des acteurs à porter des jugements pratiques et normatifs sur les différentes trajectoires d'action possibles, en réponse aux exigences, aux dilemmes et aux ambiguïtés émergentes des situations en évolution » (Emirbayer & Mische, 1998 : 971). Selon les auteur.rices, le principal lieu de l'agentivité dans cette dimension « réside dans la contextualisation de l'expérience sociale » (1998 : 994).

Contrairement à la dimension itérative, dont le centre de gravité se situe dans la mobilisation de schémas d'interprétation préexistants, et à la dimension projective, davantage orientée vers l'anticipation de futurs possibles, la dimension pratique-évaluative s'ancre principalement dans les conditions et les possibilités du présent. C'est d'ailleurs ce qui conduit Emirbayer et Mische à distinguer le moment situationnel « fort » de la prise de décision délibérée, associé à l'élément pratique-évaluatif, du caractère plus tacite de l'action associé à l'itératif (1998 : 994).

Comme nous l'avons vu, Revil met en avant la capacité des personnes à faire un usage des expériences de NR « davantage réfléchi, voire stratégique, et/ou à "se débrouiller" pour avoir le moins possible besoin du système sanitaire et social » (2021 : 223). En ce sens, la dimension projective permet d'interroger la manière dont ces expériences peuvent participer à l'élaboration de stratégies orientées vers l'avenir. Emirbayer et Mische précisent que « dans un cas donné, l'un ou l'autre de ces trois aspects peut très bien prédominer. Il est ainsi possible de parler d'une action plus (ou moins) engagée dans le passé, plus (ou moins) orientée vers le futur et plus (ou moins) réactive au présent » (1998 : 972). Dans notre analyse, nous examinons quelle dimension de l'agentivité tend à prédominer dans les différentes situations observées et comment cette prédominance se reconfigure selon les contextes d'action.

La place des situations problématiques et d'arbitrage dans les expériences analysées nous conduit à approfondir, dans la section suivante, la dimension pratique-évaluative et le concept

d'évaluation pratique proposé par Emirbayer et Mische (1998). Nous revenons plus en détail sur la dimension projective, dont plusieurs composantes sont apparues au cours de nos premières analyses.

4.1.2 Dimension pratique-évaluative de l'agentivité

La dimension pratique-évaluative « répond aux exigences et aux contingences du présent » (Emirbayer & Mische, 1998 : 994). En la développant, les auteur.rices insistent sur l'ancrage des dispositions, même les moins réfléchies, dans les circonstances réelles. Iels constatent à cet égard que :

« les jugements et les choix doivent souvent être formulés dans un contexte marqué par une ambiguïté, une incertitude et des conflits considérables ; les moyens et les fins se contredisent parfois, et des conséquences imprévues exigent des changements de stratégie et d'orientation » (Ibid.)

Cette dimension conduit à porter l'attention sur les processus d'évaluation, de jugement et d'arbitrage à travers lesquels les acteur.rices composent avec les contraintes et les possibilités d'action propres à leurs contextes.

4.1.2.1 L'évaluation pratique et sa structure interne

Emirbayer et Mische approfondissent la dimension pratique-évaluative à travers la structure interne de l'évaluation pratique. Iels y distinguent trois tonalités dominantes : « la problématisation, la décision et l'exécution, qui exigent toutes la contextualisation des projets ou des pratiques habituelles dans les circonstances concrètes du moment » (1998 : 997). À celles-ci s'ajoutent deux tonalités secondaires : la caractérisation et la délibération (Ibid.).

La problématisation

La problématisation concerne la reconnaissance qu'une situation concrète est ambiguë, incertaine ou non résolue. « Dans le cas des projets, cette reconnaissance implique d'appréhender la réalité présente comme opposant, dans une certaine mesure, une résistance à leur réalisation immédiate et sans effort, posant ainsi des défis de mise en œuvre ou de contextualisation » (Emirbayer et Mische, 1998 : 998). Nous opérationnalisons la problématisation à partir des situations dans lesquelles l'accès aux soins rencontre des résistances dans le rapport au système de santé, cesse d'apparaître comme une évidence pratique et nécessite un travail d'évaluation. Une telle situation appelle alors un jugement pratique à

travers lequel « quelque chose doit être fait [...] afin de rendre la situation donnée non problématique, stabilisée et résolue » (Ibid.).

La caractérisation

La caractérisation renvoie au rapport des acteur.rices au passé à travers la mise en relation d'une situation problématique avec des principes, des schèmes ou des typifications issus de l'expérience passée (Emirbayer et Mische, 1998 : 998). Cette opération conduit notamment les acteur.rices à s'interroger sur la possibilité de réactiver une pratique itérative ou habituelle, d'accomplir une obligation particulière ou de poursuivre un projet d'action (Ibid.). Il ne s'agit toutefois pas d'une simple application de schèmes préétablis, mais d'un jugement capable de répondre aux nuances et aux particularités de la situation en s'adaptant aux circonstances rencontrées (Ibid.).

La délibération

La délibération renvoie au rapport au futur et consiste à envisager différentes trajectoires d'action possibles, en évaluant de manière critique les conséquences que leur mise en œuvre pourrait avoir dans les situations concrètes (Emirbayer et Mische, 1998 : 997).

« La délibération ne se limite pas à une simple adaptation, sans réflexion, des schémas d'action habituels aux exigences concrètes du moment présent ; elle implique également (du moins potentiellement) une réflexion approfondie et consciente sur la meilleure façon de répondre aux aléas de la situation, à la lumière d'objectifs et de projets plus larges » (1998: 998-999)

Cette conception conduit Emirbayer et Mische à souligner qu'elle « s'applique tout autant aux conflits entre différentes fins possibles qu'à la mise en contexte de fins singulières, impliquant la recherche de la ligne de conduite à adopter dans des circonstances ambiguës » (1998 : 999). Elle « implique une spécification plus poussée des habitudes et des projets, ainsi que la détermination des moyens spécifiques permettant de les concrétiser » (Ibid.). Si la caractérisation et la délibération constituent des composantes secondaires dans la structure de l'évaluation pratique, nous leur accordons une attention particulière afin d'affiner l'analyse de ce qui se joue entre la problématisation d'une situation et la décision.

La décision

La décision correspond à « la résolution d'agir ici et maintenant d'une manière particulière » (Emirbayer et Mische, 1998 : 999). Elle ne constitue toutefois pas toujours un moment

clairement identifiable. Si, dans certains cas, l'acteur.rice parvient finalement à une décision, « dans d'autres cas, elle se fond indistinctement dans le flux de l'activité pratique et n'est clairement perçue qu'après coup » (Ibid.). Elle peut être provisoire, fragile ou opportuniste et « s'engager (de manière synthétique ou polysémique) avec plusieurs situations problématiques simultanément » (Ibid.). Les choix peuvent relever « d'un ajustement ou d'une adaptation tacite aux contingences changeantes (...) ainsi que [d'un] raisonnement explicite et articulé » (Ibid.). Nous appréhendons la décision à partir de l'orientation prise par l'action, qui peut se fondre dans le flux de l'activité pratique et n'être clairement perçue qu'a posteriori.

L'exécution

Contrairement à la décision, qui oriente l'action, l'exécution renvoie à la manière dont cette action est effectivement accomplie dans un contexte concret. « C'est la capacité d'agir de manière juste et efficace dans des circonstances de vie concrètes et particulières » (Emirbayer et Mische, 1998 : 999). « [M]ême une exécution judicieuse peut parfois entraîner une perte tragique » (1998 : 1000). Dans certains cas, l'exécution peut mettre en concurrence d'autres biens ou besoins tout aussi impératifs. « L'exécution ne constitue [alors] pas une résolution heureuse, mais plutôt le choix d'un moindre mal » (Ibid.). C'est à travers l'exécution, comme référent de l'action accomplie, que « le cycle d'évaluation pratique est complet » (Ibid.), la contextualisation des habitudes, des fins, des devoirs et des projets requérant « non seulement la délibération et le jugement, mais aussi l'exécution » (Ibid.)

Dans notre étude, l'exécution permet d'appréhender les formes concrètes que prend l'action dans les situations de NR et de RS, y compris lorsqu'elle se traduit par un non-usage. Emirbayer et Mische soulignent par ailleurs que « des effets de rétroaction peuvent se produire, sur lesquels les acteurs n'ont que peu de contrôle et qu'ils ne souhaitent peut-être même pas » (1998 : 1000).

4.1.3 Dimension Projective

Dans la dimension projective de l'agentivité, l'action se déploie principalement à travers la capacité des acteur.rices à imaginer de nouvelles trajectoires d'action et à envisager des projets futurs. Il s'agit d'une dimension créative et reconstructive de l'agentivité à travers laquelle, selon Emirbayer et Mische, les acteur.rices deviennent les inventeur.rices « de nouvelles possibilités de pensée et d'action ». Les auteur.rices invitent ainsi à examiner la manière dont « les processus agentiques donnent forme et orientation aux possibilités futures » (1998 : 984). La projectivité se manifeste lorsque, face aux défis et aux incertitudes de la vie sociale, « les acteurs sont capables de se distancier - au moins de manière partielle et exploratoire - des

schèmes, des habitudes et des traditions qui contraignent les identités sociales et les institutions » (Ibid.). « Cette capacité [...] leur permet de reconstruire et de réinventer ces traditions en fonction de désirs et de finalités en constante évolution » (Ibid.).

Cette conception permet d'appréhender la manière dont les acteur.rices élaborent et reconfigurent leurs trajectoires d'action face aux contraintes qui traversent leurs parcours de soins. La distanciation permet notamment d'interroger la manière dont d'autres possibilités d'action deviennent envisageables dans leur rapport au cadre de l'AOS. Selon Emirbayer et Mische, « la projectivité n'est ni radicalement volontariste ni étroitement instrumentaliste » (1998 : 984). Les auteur.rices conçoivent en effet la formation des projets comme « un processus interactif, inscrit dans un contexte culturel, par lequel les acteurs sociaux négocient leurs trajectoires vers l'avenir, trouvant leur principal élan dans les conflits et les défis de la vie sociale. » (Ibid.). Ainsi, la projectivité occupe « une position charnière entre les dimensions itérative et pratique-évaluative de l'agentivité » (Ibid.), en restant liée aux schèmes issus du passé et aux contingences du présent.

La notion de « résolutions synthétiques » renvoie aux situations dans lesquelles les acteur.rices « chercheront souvent à résoudre simultanément plusieurs conflits et à intégrer différents domaines d'action envisagés » (Emirbayer et Mische, 1998 : 990). Nous présentons néanmoins la dimension projective après la dimension pratique-évaluative, en raison de la place prise par les situations d'arbitrage dans nos premières analyses.

4.2 Le principe d'universalité du système suisse d'assurance-maladie

Comme nous l'avons vu dans le Chapitre 1, « toute personne domiciliée en Suisse doit s'assurer [...] »²⁵ (Art.3 LAMal) indépendamment de son statut administratif. En ce sens, le système suisse d'assurance-maladie est généralement caractérisé dans la littérature comme un système de couverture universelle. Leu et al. (2009) l'inscrivent parmi les systèmes associant couverture universelle et marchés assurantiels concurrentiels régulés, tandis que Remund et al. (2019) le définissent comme un système universel orienté vers les consommateur.rices. Plus récemment, Nehme et al. (2025) soulignent que la Suisse repose sur une couverture universelle obligatoire. Le principe d'universalité s'étant révélé pertinent dès les premiers moments de notre enquête, nous le retenons comme catégorie analytique.

²⁵ « toute personne domiciliée en Suisse doit s'assurer pour les soins en cas de maladie, ou être assurée par son représentant légal, dans les trois mois qui suivent sa prise de domicile ou sa naissance en Suisse ».

4.3 La franchise comme dispositif régulateur des comportements de recours aux soins

Dans le chapitre 1²⁶, nous avons montré que le système de franchises ne constitue pas uniquement un mécanisme de participation financière. Il s'inscrit dans des logiques de responsabilisation individuelle (De Pietro et al., 2015) et de réduction des coûts, tout en visant à agir sur les comportements de recours aux soins. À partir des textes institutionnels mobilisés, nous avons conceptualisé cette orientation comportementale comme une logique de moindre usage des prestations médicales. Nous la mettons ici en dialogue avec l'étude de Gerfin et Schellhorn (2006), portant sur l'effet du montant de la franchise sur la probabilité de consulter un médecin en Suisse²⁷.

La distinction proposée par Gerfin et Schellhorn entre un effet de « sélectivité ou aléa moral » et un « effet causal des franchises » présente, à cet égard, un intérêt particulier. Le premier renvoie aux situations dans lesquelles les personnes choisissent une franchise élevée parce qu'elles sont « en bonne santé et ne vont de toute façon pas chez le médecin »²⁸ (2006 : 1011), anticipant ainsi un faible recours aux soins. Le second désigne les situations dans lesquelles « les personnes deviennent plus attentives aux coûts et modifient leur comportement de recours aux soins »²⁹(Ibid.).

C'est le second mécanisme qui retient principalement notre intérêt. L'effet de la participation aux coûts sur les comportements de recours mis en évidence par Gerfin et Schellhorn (2006), et mis en dialogue avec l'objectif consistant à « inciter les assurés à faire preuve de plus de retenue dans leur recours aux prestations médicales » (OFSP, 2026), permet d'appréhender la logique de moindre usage des prestations médicales. Gerfin et Schellhorn rappellent par ailleurs que « l'un des instruments envisagés pour réduire la croissance des dépenses de santé est l'augmentation de la participation aux coûts » (2006 : 1011). Nous retenons ainsi comme catégories analytiques les logiques de réduction des coûts, de responsabilisation individuelle et de moindre usage des prestations médicales, à partir de la mise en dialogue des logiques

²⁶ Section 1.2.1

²⁷ L'association entre le choix d'une franchise élevée et le renoncement aux soins a déjà été abordée dans la section 3.8. Nous ne revenons pas ici sur ces résultats, l'étude de Gerfin et Schellhorn (2006) étant mobilisée dans une autre perspective.

²⁸ [Ma traduction]

²⁹ [Ma traduction]

institutionnelles, des travaux remobilisés dans cette section et de certaines dynamiques observées sur notre terrain.

4.4 La confiance dans les parcours de soins : un rapport à trois niveaux

Définie par Bizouarn comme une attitude ou un état psychologique qui intervient dans un contexte d'incertitude, de risque et de vulnérabilité (2008 : 166), la confiance implique, selon Haberey-Knuessi, d'accorder un certain crédit sans disposer d'une certitude quant à la conduite de celui ou celle à qui on l'accorde (2024 : 14).

Dans nos premières analyses, la méfiance est apparue comme un élément intervenant dans plusieurs situations de NR et de RS. À partir de cette observation, nous intégrons la confiance à notre cadre théorique afin de mieux comprendre les formes de méfiance observées. Haberey-Knuessi souligne à cet égard que « le déclin des institutions (Dubet, 2000) et les crises que traverse notre société ont induit une transformation progressive de la confiance en méfiance. Est méfiant celui qui a peur d'être trompé, qui fait face à l'incomplétude de l'information, ou subit des ruptures d'engagement » (2024 : 15).

Nous retenons d'abord la distinction entre confiance interpersonnelle et confiance sociale proposée par Bizouarn (2008 : 168). La première résulte « des interactions répétées entre les patients et les médecins », tandis que la seconde est rattachée « à la confiance envers les institutions » (Ibid.). L'auteur souligne que la confiance sociale « est perçue comme nécessaire pour créer un sentiment de confiance interpersonnelle envers les patients et les médecins » (Ibid.).

Nous retenons « le relationnel et l'estimation de sa compétence » qui constituent les deux piliers sur lesquels repose la confiance des malades à l'égard des médecins (Haberey-Knuessi et Obertelli, 2017 : 114). Cette confiance ne se limite pas à la relation médecin-patient et s'inscrit dans une dynamique mobilisant les niveaux micro, méso et macro, qui renvoient respectivement à « la relation interpersonnelle », à « la confiance dans l'équipe soignante » et à celle accordée « à l'institution et au-delà dans le système de santé » (2017 : 114). Les soignant.es, en particulier le/la médecin, occupent une position singulière, « à l'interface entre le malade et le système expert » (2017 : 114).

Nous mobilisons la distinction entre confiance interpersonnelle et confiance sociale pour analyser les rapports de confiance et de méfiance qui apparaissent dans les parcours de soins.

L'estimation de la compétence et la dimension relationnelle permettent d'examiner la confiance engagée dans les relations avec les médecins. La lecture en termes de niveaux micro, méso et macro, ainsi que la position du médecin à l'interface entre le malade et le système, permettent d'appréhender les rapports qui se construisent entre la confiance interpersonnelle et celle accordée aux institutions et au système de santé.

Chapitre 5 Méthodologie

Ce travail s'inscrit dans une démarche scientifique qualitative inspirée de la *Grounded Theory*, laquelle désigne « une méthode systématique permettant de construire une analyse théorique à partir des données »³⁰ (Charmaz & Belgrave, 2012 : 347 ; Glaser et Strauss, 1967). Nous adoptons une posture inductive à travers une approche exploratoire et constructiviste. L'approche constructiviste, qui repose sur le principe selon lequel la réalité est socialement construite (Flick, 2023a), « accorde la priorité au phénomène étudié et considère que les données ainsi que leur analyse sont produites à partir des expériences partagées et des relations établies avec les participant.es »³¹ (Charmaz & Belgrave, 2012 : 349). Notre étude s'inscrit ainsi dans une approche empirique et critique, fondée sur l'observation de l'expérience, visant à « mettre en énigme ce qui paraît normal » (Lemieux, 2012 : 30).

5.1 Construction progressive de l'objet d'étude

5.1.1 Réflexivité et construction progressive de l'objet de recherche

Le premier entretien s'est inscrit dans une démarche de construction progressive de l'objet de recherche. Si celui-ci n'était pas encore défini, mon parcours académique dans le domaine des migrations, ainsi que mon propre parcours migratoire en Suisse, orientaient dans une certaine mesure mes réflexions. L'idée de saisir un phénomène concernant les personnes soumises à la LEI et leurs expériences en Suisse revenait encore de manière abstraite et a guidé mes premiers pas sur le terrain.

Dans l'esprit d'une démarche exploratoire, je me suis rendue à l'une des activités organisées au centre socioculturel Pôle Sud de l'Union syndicale vaudoise, connu comme espace multiculturel. Cette caractéristique en faisait, de mon point de vue, un lieu potentiellement favorable à la rencontre de personnes concernées par la LEI. La rencontre avec une enseignante d'une école de français pour adultes a constitué la première porte d'entrée sur mon terrain. Après

³⁰ [Ma traduction]

³¹ [Ma traduction]

lui avoir parlé de mon projet de recherche en construction, elle m'a proposé d'en parler à ses élèves et de me transmettre les coordonnées des personnes intéressées. C'est ainsi que j'ai rencontré María, première participante de notre enquête.

Lors de l'entretien, un élément est venu déstabiliser, dans une certaine mesure, mon idée initiale : María était une personne en situation irrégulière en Suisse. Un important travail de réflexivité s'est alors imposé lors de l'analyse de cet entretien.

Dans son récit, María évoquait des problèmes de santé auxquels elle ne donnait pas suite, malgré la reconnaissance de ses besoins et son souhait explicite de pouvoir se soigner. Cette situation relevait de ce que la littérature identifie comme du NR ou du RS. Or, malgré son statut irrégulier, María était affiliée à l'AOS. Ce qui semblait au départ constituer un obstacle méthodologique est progressivement devenu un point d'entrée pour la construction de l'objet de recherche : tout en étant assurée, María ne se soignait pas. Sans que l'objet soit encore stabilisé, cette première piste a orienté le deuxième entretien.

Toujours dans une démarche exploratoire, j'ai cette fois accordé davantage de place à la santé. Il s'agissait de voir si des dynamiques similaires à celles rencontrées avec María apparaissaient dans un autre parcours. Le deuxième entretien a effectivement fait émerger des situations de NR et de RS, confortant l'intérêt de poursuivre l'enquête autour de cette problématique.

L'analyse de ces deux premiers entretiens a constitué un moment de clarification de l'objet de recherche. La dimension migratoire restait présente dans les deux récits. Cependant, à partir du moment où le NR et le RS devenaient le phénomène auquel je souhaitais m'intéresser, construire l'échantillon autour de la migration ne se justifiait plus. Ce choix rejoint la démarche de démigrantisation de la recherche proposée par Dahinden et al. (2021). J'ai donc poursuivi l'enquête sans retenir la dimension migratoire comme critère de recrutement, tout en restant attentive à la place qu'elle pouvait prendre dans les récits. Au sens de Becker, ce cheminement illustre la manière dont les parties d'un tout complexe peuvent progressivement en révéler le plan d'ensemble, ainsi qu'un processus interactif permettant d'affiner les choix de recherche au fur et à mesure des connaissances produites (2002 : 123).

5.1.2 Méthode d'échantillonnage, choix et accès au terrain

La méthode retenue est l'échantillonnage théorique, qui vise à développer la théorie du/de la chercheur.euse plutôt qu'à représenter une population³² (Charmaz & Belgrave, 2012 : 358). Les

³² [Ma traduction]

cas sont ainsi sélectionnés non pour leurs caractéristiques sociodémographiques, mais pour leur capacité à enrichir, préciser ou mettre à l'épreuve les catégories analytiques en cours de construction. L'échantillonnage théorique constitue un mécanisme d'autocorrection, les nouvelles données permettant de compléter, nuancer ou réorienter des catégories encore incomplètes (Charmaz & Belgrave, 2012).

Or, les recherches sur l'accès aux soins se sont notamment intéressées à des groupes en situation de forte vulnérabilité, dans le domaine de l'asile, auprès des personnes « sans-papiers » (Walid et Ümit, 2022 ; Achermann & Chimienti, 2006) ou sans assurance-maladie (Roduit, 2020 ; Maillefer et al., 2019). Plusieurs recherches sur le NR et le RS ont été menées au sein d'institutions sanitaires ou sociales auprès de populations où les groupes socialement défavorisés étaient fortement représentés (Rode, 2010 ; Warin et al., 2013). Nous avons fait le choix de ne pas circonscrire notre terrain à un groupe social ou à un espace particulier. Concentrer le recrutement dans un contexte fortement marqué par certaines formes de vulnérabilité risquait de donner d'emblée un poids particulier à certaines dimensions du NR et du RS, notamment aux contraintes économiques et administratives, et de rendre moins visibles des distinctions analytiques importantes pour la compréhension de ces phénomènes. Cette orientation méthodologique soulevait toutefois une difficulté pratique d'accès au terrain. D'une part, dans un système où l'affiliation à l'assurance-maladie est obligatoire pour l'ensemble des personnes domiciliées, le critère d'affiliation à l'AOS concerne la quasi-totalité de la population. D'autre part, le NR et le RS portent précisément sur des situations se caractérisant par une absence de recours aux dispositifs de soins, ce qui rendait difficile le recrutement à partir des lieux de soins.

Pour accéder au terrain, j'ai parlé de ma recherche dans mon environnement et demandé à certaines de mes connaissances d'en parler autour d'elles. Cette démarche rejoint les modalités d'« *access to individuals* » décrites par Flick, notamment les « *strategies of reference in the sense of snowballing* » et le recrutement de « *friends of friends* » (2009 : 109-110). D'autres participant.es étaient déjà des connaissances avant l'entretien. J'ai évité de solliciter des personnes avec lesquelles j'entretenais une relation de proximité, une plus grande distance pouvant favoriser l'explicitation d'éléments que le/la chercheur.euse ne connaît pas déjà (Hildenbrand, 1995, cité par Flick, 2009 : 110). Certaines personnes ont été rencontrées dans d'autres contextes ou contactées directement.

À la fin de l'enquête, le corpus de cette recherche comptait 16 participant.es ayant pris part à 15 entretiens :

- 2 entretiens individuels biographiques-narratifs
- 11 entretiens qualitatifs approfondis, dont 10 individuels et 1 avec deux participantes
- 2 entretiens d'expert.es.

Parmi ces 15 entretiens, 13 ont été retenus dans l'analyse des données. Si deux entretiens n'ont pas été retenus en l'absence de situations de NR ou de RS, d'autres ont été mobilisés malgré l'absence de ces phénomènes. Dans la logique de la *Grounded Theory*, ces cas ont participé au développement progressif des catégories analytiques en contribuant à leur délimitation et à leur problématisation.

5.1.3 Présentation des participant.es

Les participant.es présent.e.s ci-dessous sont celles et ceux dont les entretiens ont été retenus dans notre analyse. Une présentation plus détaillée de l'ensemble des participant.es à l'enquête figure en annexe.

María a 54 ans et est originaire d'un pays latino-américain. Elle séjourne en Suisse en situation irrégulière. Elle est mère de trois enfants, dont les deux mineur.es vivent avec leur père dans son pays d'origine. Elle travaille dans le secteur du travail domestique informel. Sa franchise est de 2500 CHF.

Melba a 52 ans et est originaire d'un pays latino-américain. Elle détient la nationalité d'un pays de l'UE et un permis B. Elle vit en famille monoparentale avec sa fille de 16 ans. Au chômage au moment de l'entretien, elle travaille habituellement dans le domaine de l'aide et de l'accompagnement à domicile. Elle bénéficie d'un subside de réduction des primes et des PC Familles. Sa franchise est de 2500 CHF.

Elodie est une femme trans de 25 ans, originaire de Suisse. Étudiante, elle exerce un emploi à temps partiel. Sa franchise, auparavant de 2500 CHF, est de 300 CHF depuis 2026.

Francisca a 57 ans et est originaire d'un pays latino-américain. Elle détient la nationalité d'un pays de l'UE et un permis B. Elle vit en famille monoparentale avec ses trois enfants de 18 ans et travaille dans la restauration. Elle bénéficie d'un subside de réduction des primes et des PC Familles. Sa franchise est de 2500 CHF.

Mily a 67 ans et est originaire d'un pays de l'UE. Elle détient également la nationalité suisse. Veuve et vivant seule, elle est retraitée mais travaille encore à 50 % dans la restauration. Sa franchise est de 1000 CHF.

Lidia a 54 ans et est originaire de Suisse. Elle vit avec ses deux enfants et son époux. Informaticienne de formation, elle s'est reconvertie comme coach sportive indépendante. Sa franchise est de 1000 CHF.

Néri a 51 ans, est originaire de Suisse et vit seule. Elle exerce comme ostéopathe indépendante. Sa franchise est de 2500 CHF.

Jean-Claude a 69 ans et est originaire de Suisse. Il vit avec son épouse et l'une de ses deux filles. Architecte, il dirige un bureau d'architecture. Sa franchise est de 2500 CHF.

Aida a 42 ans et est originaire d'un pays latino-américain. Elle détient la nationalité suisse et vit avec ses deux enfants et son époux. Ancienne professeure de musique, elle est en reconversion professionnelle. Sa franchise est de 2500 CHF.

Maria Teresa et Lucila ont participé à un même entretien.

Maria Teresa a 50 ans et est originaire d'un pays latino-américain. Après avoir vécu en Suisse en situation irrégulière, elle détient actuellement un permis C. Elle vit seule à Genève et travaille à 50 % dans la garde d'enfants, tout en recherchant un emploi à plein temps. Elle bénéficie d'un subside de réduction des primes. Sa franchise, auparavant de 2500 CHF, est de 300 CHF depuis 2026.

Lucila a 63 ans et est originaire d'un pays latino-américain. Après avoir vécu en Suisse en situation irrégulière, elle détient aujourd'hui la nationalité suisse. Elle habite à Genève avec son père de 97 ans. Employée de maison, elle venait d'être licenciée au moment de l'entretien. Sa franchise est passée de 2500 à 300 CHF.

Carlos a 63 ans et est originaire d'un pays latino-américain. Il détient la nationalité d'un pays de l'UE et un permis B. Il vit avec son épouse et deux de ses cinq enfants. Il est architecte indépendant. Sa franchise est de 2500 CHF.

L'ostéopathe exerce à son compte dans un cabinet d'ostéopathie.

Le médecin généraliste exerce à son compte dans un cabinet de médecine interne générale.

5.2 Méthodes de récolte des données

5.2.1 Les méthodes d'entretien

Dans cette enquête, trois méthodes d'entretiens semi-directifs ont été mobilisées pour la récolte des données³³ : l'entretien biographique-narratif (Rosenthal, 2007), l'entretien qualitatif approfondi ou *in-depth qualitative interviewing* (Charmaz & Belgrave, 2012) et l'entretien d'expert.e (Meuser & Nagel, 2009).

La méthode biographique-narrative a été utilisée pour les deux premiers entretiens, lors de la phase exploratoire de l'enquête. Elle permet de saisir un phénomène social à partir du vécu et des significations attribuées aux expériences et aux pratiques, en les replaçant dans l'ensemble d'un parcours de vie, ainsi que de mettre en rapport les perspectives présentes avec celles adoptées dans le passé (Rosenthal, 2007 : 50). Pour l'ouverture du premier entretien, j'ai opté pour ce que Rosenthal recommande comme une question évitant « autant que possible toute restriction thématique » (2007 : 51). Dans un deuxième temps, j'ai orienté l'entretien vers l'expérience migratoire en Suisse, en suivant ce que l'autrice identifie comme une question qui combine « histoire de vie avec un focus thématique » (Ibid.). Pour le deuxième entretien, toujours dans l'approche biographique-narrative, ce focus thématique sur l'expérience migratoire a été introduit dès le départ, tout en accordant davantage de place aux questions autour de la santé.

L'entretien qualitatif approfondi est adapté aux recherches inspirées de la *Grounded Theory*, permettant une exploration ouverte d'un aspect de la vie dont les participant.es ont une expérience significative (Charmaz & Belgrave, 2012 : 348). Une fois l'objet de recherche établi lors de la première phase du terrain, les entretiens suivants ont été conduits à partir d'un guide semi-directif centré sur les parcours de santé. Les participant.es étaient invité.es à raconter leurs expériences en matière de santé, leurs recours aux soins et, plus largement, leurs expériences au sein du système suisse de santé, ainsi que les orientations et décisions ayant jalonné leurs parcours. L'entretien prend la forme d'une « conversation dirigée », combinant « souplesse et maîtrise » : le/la chercheur.euse oriente l'échange à l'aide d'un guide, tout en laissant les préoccupations et le récit des participant.es contribuer à son déroulement (Charmaz & Belgrave, 2012 : 348).

³³ Dans la section *Grilles d'entretiens* de l'annexe sont présentées les grilles utilisées lors des entretiens de l'enquête.

L'entretien d'expert.e ne faisait pas partie des méthodes prévues au début de l'enquête. Il a été introduit à partir de catégories analytiques ayant émergé de l'analyse des entretiens. Selon Meuser et Nagel, il vise à explorer un savoir spécifique lié à la position de l'expert.e et qui n'est pas accessible à n'importe quel acteur du champ (2009 : 18), sa désignation comme expert.e dépendant de l'objectif de recherche et de sa reconnaissance dans son champ d'action (Ibid.). Au cours de l'enquête, la méfiance occupait une place croissante dans l'analyse, dans les rapports entre patient.es et médecins comme envers le système de soins, tandis que d'autres éléments concernaient la « médecine classique », la « médecine alternative », ainsi que les logiques économiques dans les rapports aux soins. Le recours aux entretiens d'expert.es s'inscrivait dans une logique de triangulation des perspectives visant à compenser les éventuelles faiblesses et angles morts des méthodes utilisées isolément (Flick, 2023a : 41).

5.2.2 Construction et évolution des guides d'entretien

Conformément à la logique de la *Grounded Theory*, les grilles d'entretien n'ont pas été élaborées une fois pour toutes avant le début de l'enquête, mais progressivement ajustées au fur et à mesure de la collecte et de l'analyse des données (Charmaz & Belgrave, 2012). Ce va-et-vient permet d'obtenir des données de plus en plus ciblées et d'affiner les catégories analytiques en cours de construction (2012 : 348). Les guides ont été conçus sous la forme de grilles de type *mindmap*, regroupant les questions par champs thématiques. Leur structure générale est restée relativement stable au cours du terrain, tout en intégrant des relances et des questions plus ciblées à partir des éléments qui émergeaient des entretiens et de leur analyse. L'une des décisions méthodologiques a consisté à ne pas introduire le NR et le RS comme catégories pratiques au cours des entretiens, les participant.es étant invité.es à raconter leurs parcours de santé, leurs expériences et leurs recours aux soins. Il s'agissait d'éviter d'orienter leurs récits par l'emploi de ces catégories ou de leur demander de se situer elles-mêmes par rapport à celles-ci. Les expériences de NR ou de RS étaient explorées lorsqu'elles émergeaient au cours des récits.

5.3 Positionnalité

La recherche scientifique s'inscrit dans un processus de production de connaissances dont les chercheur.euse.s font partie. La théorie peut émerger d'un travail de compréhension critique de l'expérience vécue et constituer un outil de compréhension (hooks, 1991). La construction progressive de l'objet de recherche présentée dans la section 5.1.1 ne peut être comprise indépendamment de ma propre position dans cette recherche. Le travail réflexif qui l'a

accompagnée m'a conduite à interroger les effets de ma trajectoire personnelle, académique et migratoire sur les choix méthodologiques opérés au cours de l'enquête.

Cette réflexion peut être éclairée par la notion d'*ethnographic toolkit* proposée par Reyes, qui désigne l'ensemble des ressources sociales, biographiques et identitaires que les chercheur.euse.s mobilisent dans leur travail ethnographique (2020 : 225). Ces caractéristiques influencent la manière dont iels accèdent au terrain et y sont perçu.es, mais aussi leur manière de percevoir et de comprendre le monde social (Ibid.). Certaines composantes de ma « boîte à outils », comme ma langue maternelle, mes origines ethniques ou mon parcours migratoire, ont favorisé une certaine familiarité avec certain.es participant.es, facilitant les échanges et la compréhension de leurs expériences. Je mobilise cependant principalement cette notion pour interroger la manière dont ma propre trajectoire a contribué à la construction progressive de l'objet de recherche.

À cet égard, la comparaison entre ma propre expérience et celle de María s'est révélée déterminante. Si elle se trouvait dans une situation marquée par une forte vulnérabilité sociale liée notamment à son statut migratoire, ma situation était différente. Je détiens la nationalité suisse, ce qui constitue un privilège en termes de mobilité et d'accès au marché de l'emploi. J'habite avec mes enfants, je parle couramment le français et je ne suis pas confrontée aux peurs et à l'insécurité qui découlent du travail non déclaré et, plus largement, de l'irrégularité du séjour.

Pourtant, malgré ces différences importantes, la question d'aller consulter un médecin ne se présentait pas non plus pour moi comme allant de soi. Elle avait fait l'objet d'arbitrages. J'ai utilisé du temps de vacances pour aller me faire soigner dans mon pays d'origine, alors qu'en Suisse je paie une assurance et dispose de davantage de temps pour me soigner. Cette proximité partielle avec le récit de María a orienté mon regard, mais elle m'a également obligée à le questionner.

C'est de cette mise en dialogue entre nos expériences qu'est née l'interrogation sur laquelle reposait le choix méthodologique présenté en 5.1.2 : fallait-il circonscrire l'étude du NR et du RS aux populations identifiées *a priori* comme précaires ou déplacer le regard vers un phénomène susceptible d'être observé au sein de « segments de la population dans son ensemble » (Dahinden, 2016 : 2217) ? Cette réflexion rejoint les travaux sur la (dé)migrantisation de la recherche. Attribuer d'emblée les situations de NR et de RS à une catégorie migratoire reviendrait à essentialiser tant le phénomène que les personnes auxquelles il est associé. L'enjeu peut être éclairé par la notion de catégorisation sociale, entendue comme le processus consistant

à regrouper des personnes ou des événements dans des catégories considérées comme équivalentes (Tajfel, *cité par* Dahinden et al., 2021 : 538). Cette réflexion engage ma responsabilité en tant que chercheuse dans la production et la reproduction de catégories participant aux rapports de pouvoir.

Si l'expérience vécue peut constituer un terrain de théorisation lorsqu'elle est soumise à un travail critique de compréhension (hooks, 1991), elle exige un important travail réflexif. Ce travail a impliqué un « vide-sac » rigoureux, visant à limiter les biais d'interprétation et à éviter de projeter mes présupposés sur les données et les choix effectués au cours de la recherche. Cette réflexivité rejoint la conception de la recherche qualitative proposée par Flick (2023a), pour qui la subjectivité du/de la chercheur.euse ne constitue pas un biais à éliminer, mais une composante du processus de production des connaissances.

5.4 Cartographie relationnelle de parcours dans le cadre de l'AOS : démarche de codage

Conformément à la *Grounded Theory*, l'analyse a débuté dès les premières données recueillies, dans un processus progressif d'immersion, de lectures répétées et d'interprétation continue (Liamputtong, 2009 : 133). Les analyses entraient en résonance avec plusieurs travaux consacrés au NR, au RS et, plus largement, à l'accès aux soins. Les récits invitaient à dépasser une lecture du NR et du RS limitée aux seules difficultés d'accès aux droits ou aux soins et donnaient à voir différentes manières d'agir et de se rapporter aux dispositifs institutionnels. Les travaux de Revil (2021) contribuaient à éclairer ces processus, tandis que Lucas et al. (2021) invitaient à les appréhender dans une perspective multiniveau, systémique et relationnelle.

5.4.1 Codage de l'accès formel : des étapes institutionnelles aux espaces d'action

Les premières analyses permettaient d'observer que les participant.es passaient constamment, au sein d'un même récit, des modalités d'assurance aux expériences de soins, et inversement. Cette récurrence observée dans les entretiens ne constituait pas encore une catégorie analytique. Elle nous conduisait progressivement à distinguer ces deux registres comme un premier principe d'organisation des données. Les notions d'accès formel à l'AOS et d'accès effectif aux soins proposées par Gulliford et al. (2002) et Pascal et al. (2006) sont venues donner un appui conceptuel à cette distinction. Nous entendons ici l'accès formel et l'accès effectif comme deux

niveaux d'observation et non comme des résultats. Cette précision est importante puisque, vis-à-vis de notre objet d'étude, l'accès effectif ne désigne pas la réalisation des soins.

Parmi les éléments relevant des modalités d'assurance, la franchise occupait une place notable dans les passages observés entre ces deux registres. Si les questions relatives à la franchise figuraient déjà dans les guides d'entretien, elles n'étaient pas envisagées comme des catégories analytiques. Elles répondaient avant tout à l'intérêt porté aux expériences de santé des personnes assurées, le choix de la franchise constituant l'une des modalités à travers lesquelles les assuré.es personnalisent leur rapport à l'assurance. Ce n'est qu'au cours de l'analyse que la franchise a progressivement acquis une portée analytique. Les récits montraient qu'elle intervenait régulièrement dans les raisonnements des participant.es autour de leurs décisions et de leurs parcours de soins. Sa place dans l'organisation institutionnelle de l'AOS et dans les récits l'a imposée comme un principe d'organisation des données. La distinction entre accès formel et accès effectif fournissait alors une première entrée dans le codage, sans permettre encore d'articuler ces deux dimensions tout en préservant les liens observés entre modalités d'assurance et expériences de soins.

La masse de données recueillie et la diversité des parcours soulevaient la question de la manière de coder des situations très différentes sans perdre la dynamique dans laquelle elles prenaient forme. C'est en cherchant comment répondre à cette difficulté que les « codes d'action » proposés par Charmaz et Belgrave (2012) ont attiré notre attention. Plus qu'un outil de classement thématique, ils permettaient de coder et de comparer les différentes formes d'action qui pouvaient se déployer au sein d'un même passage institutionnel :

« L'utilisation de codes d'action nous aide à rester spécifiques et à éviter d'effectuer des sauts théoriques hasardeux. De plus, les codes d'action aident les théoriciens de la théorie ancrée à comparer des données provenant de différentes personnes à propos de processus similaires, des données provenant des mêmes individus à différents moments du déroulement ou de la trajectoire de l'expérience étudiée »³⁴ (Charmaz & Belgrave, 2012 : 357).

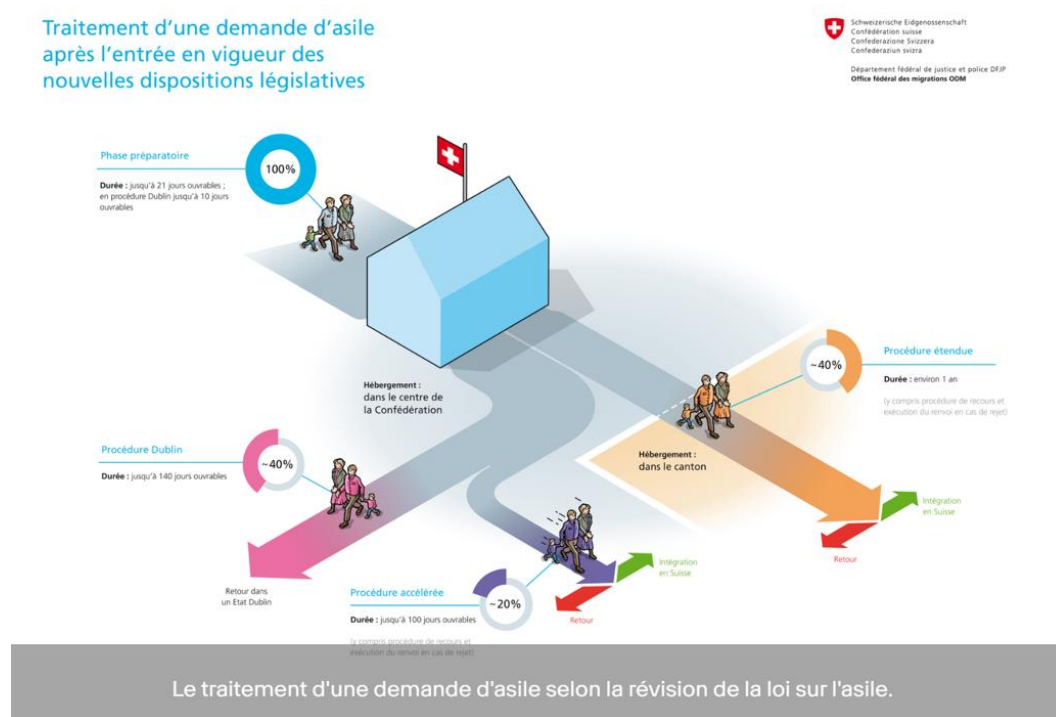
Charmaz et Belgrave (2012) soulignent que les codes d'action permettent de s'éloigner des thèmes et, lorsqu'ils portent sur la structure, de révéler comment celle-ci se construit à travers l'action (2012 : 356-357). S'agissant de « rendre visible l'action dans les données » (2012 : 357), les codes d'action m'ont conduite à déplacer le codage des thèmes évoqués vers les

³⁴ [Ma traduction]

actions décrites par les participant.es. Les récits ne relevaient pas seulement la franchise comme un thème récurrent ou comme un élément de l'accès formel, ils décrivaient différentes formes de rapports à ce dispositif, c'est-à-dire de choisir une franchise et l'intégrer à des arbitrages en matière de soins.

À ce stade de l'analyse, je cherchais une manière d'organiser ces différents éléments. J'ai alors fait une analogie avec la procédure d'asile suisse, étudiée dans le cadre du Master en migration et citoyenneté. L'étude de cette procédure m'avait familiarisée avec une manière de reconstruire les parcours à partir des différentes étapes d'un dispositif institutionnel et de le représenter graphiquement³⁵.

Figure 1. Représentation du traitement d'une demande d'asile en Suisse.



Je me suis demandé alors si cette manière d'organiser les parcours pouvait éclairer ceux des assuré.es dans le cadre de l'AOS. Il ne s'agissait pas de transposer la procédure d'asile au domaine de la santé, mais d'en reprendre la logique de reconstruction et d'analyse de parcours à partir de la structure d'un dispositif institutionnel. Cette analogie a constitué le point de départ de l'élaboration de ce que nous proposons de désigner comme une cartographie relationnelle

³⁵ Voir sur : <https://www.rts.ch/info/suisse/6869744-le-traitement-dune-demande-dasile-selon-la-nouvelle-loi.html>

de parcours dans le cadre de l'AOS/LAMal. Celle-ci permettait de reconstruire les parcours des assurés à partir des principales étapes de l'affiliation à l'AOS, tout en suivant les actions qui s'y déployaient. Cette articulation entre dimensions structurelles et formes d'action rejoignait l'approche relationnelle proposée par Lucas et al. (2021).

La décomposition de l'accès formel en trois étapes ne suppose pas qu'elles constituent, dans les parcours, des démarches nécessairement séparées ou successives. Elle répond à un choix analytique permettant d'examiner distinctement les formes d'action qui se déploient autour de l'affiliation, du choix de la caisse-maladie et du choix de la franchise. Les codes d'action appliqués à cette cartographie ont progressivement conduit à appréhender ces étapes institutionnelles comme des espaces d'action. Ce déplacement m'a conduite à appréhender l'affiliation à l'AOS à travers l'action de « s'affilier à l'AOS », le choix de la caisse-maladie à travers l'action de « choisir la caisse-maladie » et le choix de la franchise à travers celle de « choisir la franchise ». Ces codes permettaient ainsi d'identifier et de comparer les différentes formes que prenait l'action aux différentes étapes des parcours étudiés. À ce stade de la démarche, il devenait nécessaire d'aller plus loin dans la compréhension de l'action. La théorie de l'agentivité d'Emirbayer et Mische (1998) a alors été mobilisée pour interroger les processus agentiques à travers lesquels se configurent le NR et le RS.

5.4.2 Codage de l'accès effectif : délimitation du NR et du RS et construction des familles de codes

En ce qui concerne l'accès effectif, qui constitue la deuxième partie de la cartographie et ne présente pas une succession d'étapes institutionnelles comparable à celle de l'accès formel, l'unité d'analyse change. Elle n'est plus constituée par les différentes étapes qui structurent l'accès formel, mais par les expériences au sein desquelles le NR et le RS prennent forme dans les parcours de soins. Si certaines situations commencent à se configurer dès l'accès formel, c'est au niveau de l'accès effectif qu'elles se traduisent par des décisions et des actions de NR ou de RS. Cette modification de l'unité d'analyse conduisait à adopter une logique de codage différente.

Une première étape de l'analyse s'inscrit dans ce que Saldaña désigne comme le codage du premier cycle, qui consiste à décomposer les données avant leur recombinaison et leur synthèse dans les cycles ultérieurs (2025 : 19). Cette étape s'est imposée face aux différences que la comparaison des parcours de soins illustre entre les formes de prise de distance vis-à-vis du cadre de l'AOS. Afin de mieux saisir ce qui les distinguait, je suis revenue aux récits des participant.es, en portant une attention particulière au lexique et aux expressions mobilisés pour

raconter leurs expériences et leurs formes d'agir. J'ai alors eu recours au codage *in vivo*, consistant à utiliser comme codes « des mots ou de courtes expressions provenant du propre langage des participant.es dans les données recueillies » (Saldaña, 2025 : 50). Saldaña situe ce codage parmi les méthodes pouvant être incorporées à l'*Initial Coding*, fondé sur un examen comparatif des données visant à en dégager les similitudes et les différences (Ibid.). Ce codage est approprié aux études cherchant à accorder une place prioritaire à la voix des participant.es et à la respecter (Ibid.).

L'attention portée aux différentes formes de prise de distance a permis d'observer deux groupes de formulations relevant des rapports différents aux possibilités d'action. Des expressions telles que « Si je peux éviter la médecine standard, je l'évite », « Je crois assez à ça. Ça me plaît ça » ou « ça fait rien, je suis prête à payer moi-même » faisaient ressortir la préférence, l'envie et la possibilité d'agir selon ses propres orientations. D'autres formulations, telles que « Je suis restée sidérée [...] ils m'ont facturé la consultation », « je l'ai pas faite, malheureusement », « j'ai fait les comptes et je reste gagnante », « ça me demande un méga effort parce qu'il faut que je passe [...] chaque fois, je dois passer par des intermédiaires », « J'ai pleuré, parce qu'il m'a balancé ça comme ça, sans aucune délicatesse » ou « je me retiens, je me retiens, je ne vais pas chez le médecin », faisaient davantage ressortir le calcul, la frustration et les difficultés rencontrées pour agir.

Replacées dans les parcours au sein desquels elles prenaient sens, ces formulations m'ont permis d'opérationnaliser empiriquement la distinction proposée par Emirbayer et Mische (1998) entre contextes habilitants et contextes contraignants de l'action. Si l'ensemble des situations donnaient à voir des processus agentiques, le premier groupe renvoyait principalement à la possibilité d'orienter les parcours selon des préférences, des goûts ou des convictions, tandis que le second mettait en évidence des processus se construisant davantage au contact de contingences et de contraintes. Cette distinction a permis d'interroger les prises de distance vis-à-vis du cadre de l'AOS à partir des conditions dans lesquelles elles prenaient forme et des possibilités d'action dont disposaient les personnes assurées. Elle a contribué à délimiter les expériences relevant du NR et du RS. Cette démarche trouvait un appui dans le constat de Rode, selon lequel « les approches du NR aux soins renvoient toutes à un rapport problématique entre les (non) usagers et le système de soins » (2010 : 90).

Une fois ces expériences délimitées, leur analyse s'est poursuivie à travers un travail comparatif accompagné par l'écriture de mémos analytiques (Saldaña, 2025). Ceux-ci ont notamment permis de consigner les premières associations réflexives suscitées par chaque expérience de

NR ou de RS, par exemple autour de la « méfiance », des « limitations économiques » ou de la « recherche de solutions ». Au fil des relectures et des comparaisons successives, ces premières associations ont relevé des régularités dans la manière dont les situations de NR et de RS se configuraient. Une grande partie des expériences analysées gravitait autour de la confiance et des raisons financières. La « recherche de solutions » rendait observable différentes formes d'arbitrage mobilisées par les assuré.es dans leurs parcours de soins, face aux contraintes rencontrées, par exemple l'automédication, les traitements à domicile, la recherche d'information sur internet, les savoirs partagés, les réseaux communautaires ou encore l'externalisation de certains soins vers un espace transnational. Parmi ces formes d'arbitrage, nous avons choisi d'approfondir cette dernière à travers l'analyse des pratiques transnationales de soins. Ce travail de codage a progressivement conduit à dégager trois grandes familles de codes autour desquelles se configuraient les situations de NR et de RS : la confiance, les raisons financières et la transnationalité des soins.

5.5 Considérations éthiques

Les considérations éthiques ont accompagné les différentes étapes de cette recherche, des choix méthodologiques à la collecte, au traitement et à l'analyse des données. Avant chaque entretien, j'informais les participant.es du cadre et de l'objet de la recherche, du caractère volontaire et confidentiel de leur participation et de leur liberté de ne pas répondre à certaines questions ou d'interrompre l'entretien à tout moment (King & Horrocks, 2010). Leur consentement à participer et à être enregistré.es était demandé. Les entretiens ont eu lieu dans des bibliothèques, des bistros ou au domicile de certain.es participant.es, et les entretiens d'expert.es dans leurs cabinets médicaux. Dans chaque cas, j'ai cherché un endroit calme permettant de préserver la confidentialité des échanges.

Une attention particulière a été portée à la confidentialité et à l'anonymisation des données. Lors du premier entretien, avant même que j'aborde cette question, María m'a demandé de ne pas divulguer d'informations permettant de l'identifier. J'ai utilisé des prénoms d'emprunt et indiqué l'Amérique latine comme région d'origine plutôt que les pays concernés. Pour les participant.es originaires d'Amérique latine ayant acquis la nationalité d'un pays de l'UE, je n'ai pas non plus précisé le pays de naturalisation, cette information n'étant pas nécessaire à l'analyse. Les premiers entretiens ont été transcrits manuellement. Ensuite j'ai utilisé le logiciel *noScribe*, que j'ai connu dans le cadre de mon travail d'étudiante assistante au sein de l'Institut de sociologie. D'abord, le fait que ce logiciel soit utilisé dans le cadre d'un projet de recherche

transnational et interuniversitaire a constitué pour moi un marqueur de fiabilité. Ensuite, j'ai appris qu'il permettait de traiter les enregistrements localement, sans transfert vers des serveurs externes, conformément aux précautions prises en matière de confidentialité et de protection des données.

Chapitre 6. Analyse - Première partie : l'accès formel

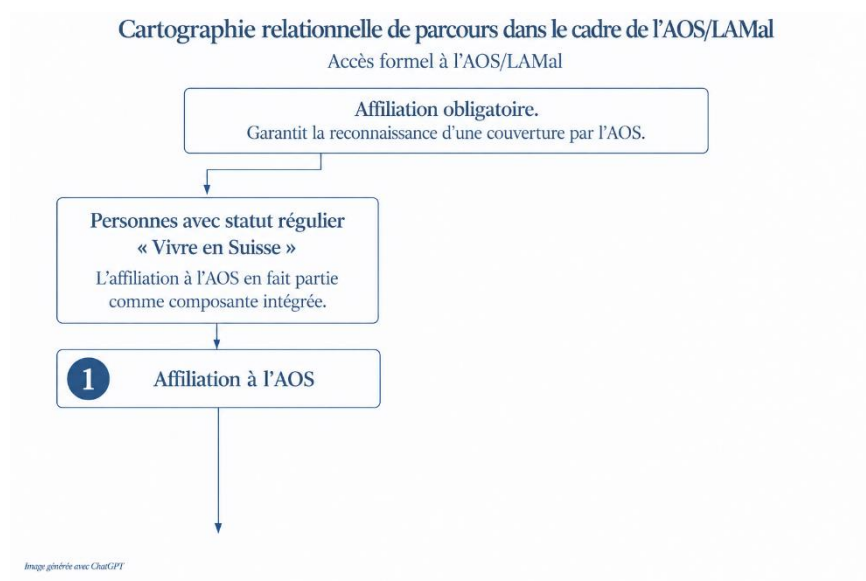
Afin de présenter l'analyse des résultats de notre enquête, nous organisons ce chapitre selon notre cartographie relationnelle de parcours dans le cadre de l'AOS/LAMal. Cette organisation nous permet de suivre les situations de NR et de RS à travers différents moments du parcours des assuré.es au sein du dispositif. Dans une première partie, nous examinons l'accès formel au système de soins à travers trois catégories analytiques : l'affiliation à l'assurance-maladie, le choix de la caisse-maladie et le choix de la franchise. Dans une seconde partie, nous analysons les situations correspondant à l'accès effectif au système de soins, c'est-à-dire au moment où les soins devraient se réaliser, qu'ils se réalisent ou non.

6.1 L'affiliation à l'AOS

L'affiliation à l'assurance-maladie constitue la première étape de l'accès formel au système de soins. C'est à ce niveau que se manifeste le plus directement le principe d'universalité qui gouverne l'AOS/LAMal. Pour la majorité des personnes domiciliées en Suisse, notamment celles dont le projet de vie dans le pays s'inscrit dans le cadre de la régularité administrative, l'affiliation tend à être intégrée au « vivre en Suisse »³⁶.

³⁶ Nous employons ici l'expression « Vivre en Suisse » comme une construction analytique désignant l'ensemble des démarches, des obligations et des pratiques qui, dans les parcours administrativement réguliers, tendent à être perçues comme allant de soi dans l'installation durable en Suisse. Parmi ces obligations, figure notamment l'affiliation à l'AOS.

Figure 2. *L'affiliation à l'AOS/LAMal intégrée au « vivre en Suisse »*



Notre terrain montre que cette affiliation, même si initialement elle peut être vécue comme contraignante, est intégrée comme une condition requise pour vivre dans le pays. Le récit de Carlos en donne un exemple. Ressortissant ayant la double nationalité, celle d'un pays sud-américain et celle d'un pays de l'UE, il a vécu vingt ans dans un pays de l'UE avant de s'installer en Suisse avec sa famille en 2021.

« alors, quand je suis arrivé ici, je me suis retrouvé confronté à cette situation où il faut payer simplement pour maintenir le système de santé. Je me suis senti un peu... au début un peu choqué, mais bon, je me suis dit, ce sont les conditions exigées pour le séjour. C'est-à-dire que tu n'as pas de permis de séjour si tu n'as pas d'assurance maladie, tout simplement, parce que c'est comme ça que ça fonctionne »

Carlos, homme de 63 ans. Permis B

Son récit montre que l'affiliation relève moins, dans son cas, d'une adhésion au principe de l'AOS que de l'acceptation de cet engagement comme condition du séjour en Suisse. Cette acceptation suffit néanmoins à intégrer progressivement l'affiliation parmi les conditions du « vivre en Suisse ». Cette intégration ne se produit cependant pas dans les mêmes conditions pour toutes les personnes domiciliées en Suisse. Les parcours des personnes en situation irrégulière rendent visible cette différence.

6.1.1 L'accès au système de soins comme stratégie : le cas des « sans-papiers »

Les parcours des personnes sans autorisation de séjour montrent que l'affiliation à l'assurance-maladie peut devenir, dans certains cas, un enjeu stratégique. Ils rendent observables des situations de NR antérieures à l'affiliation, ainsi que les processus par lesquels celle-ci est

progressivement négociée. Les trois situations présentées ci-dessous montrent différentes manières dont cette dimension stratégique de l'affiliation à l'AOS prend forme.

6.1.1.1 L'affiliation à l'AOS pensée comme stratégie d'accès aux soins

Le cas de María montre comment l'affiliation à l'AOS peut être pensée comme une stratégie d'accès aux soins.

« et j'ai aussi essayé, pour mon bien-être, pour ma santé, j'ai pris une assurance, parce que ce qui est bien dans ce pays, c'est que tu as droit à une assurance [...] je le savais pas [...] même si tu n'as aucun permis, même si tu es irrégulière, tu as droit à la santé [...] Et comme j'avais pris l'assurance, je me suis dit : bon, je vais chez le médecin puisque... je paie déjà ce que je paie pour l'assurance et ... NON ! Je suis restée sidérée, madame, parce qu'ils m'ont facturé la consultation »

María. Femme de 54 ans. En situation irrégulière

Pour María, l'affiliation n'apparaît pas comme une obligation administrative, mais comme un moyen d'accéder aux soins. Dans un contexte marqué par la précarité de son statut migratoire, les restrictions d'accès au marché du travail, de faibles revenus, une mobilité limitée et des contraintes familiales transnationales, le fait de pouvoir s'affilier représente une ouverture vers le système de santé.

Après s'être affiliée, María pensait que l'effort financier déjà consenti à travers le paiement mensuel des primes lui permettrait de bénéficier de la consultation. Son « je paie déjà ce que je paie pour l'assurance et... NON ! » marque le moment où cette attente se confronte aux modalités effectives de prise en charge des soins. La décision de s'affilier et la réception de la facture s'inscrivent dans la dimension pratique-évaluative de l'agentivité et prennent forme dans des contextes contraignants de l'action. La première conduit María à élaborer une stratégie d'accès aux soins, la seconde confronte cette stratégie aux conditions concrètes de sa mise en œuvre. Nous reviendrons sur cette expérience dans la seconde partie de notre analyse, consacrée à l'accès effectif aux soins.

6.1.1.2 La procédure de régularisation comme déclencheur de l'affiliation à l'AOS

Un autre exemple de la dimension stratégique de l'affiliation s'illustre dans les parcours des personnes sans statut de séjour engagées dans une procédure de régularisation³⁷. Dans ces situations, l'affiliation ne relève plus uniquement de son caractère obligatoire. Son moment peut être orienté par les temporalités de la procédure de régularisation et par les contraintes

³⁷ « procédure de régularisation » renvoie ici aux démarches administratives permettant à certaines personnes sans statut de séjour régulier de solliciter une autorisation de séjour.

économiques associées aux primes. Ces temporalités renvoient, d'une part, au temps nécessaire avant qu'une personne puisse engager une procédure de régularisation et, d'autre part, aux différentes étapes de son déroulement. D'après le récit de nos participantes, elles peuvent orienter le moment auquel les personnes jugent opportun de s'affilier à l'AOS.

Dans certains cas, les personnes attendent de s'affilier à l'assurance jusqu'au moment où elles reçoivent, de la part des autorités compétentes en matière de migration, la confirmation de l'ouverture ou de l'acceptation de leur procédure de régularisation. Les récits de Maria Teresa et Lucila, deux femmes latino-américaines domiciliées en Suisse depuis plus de vingt-cinq ans, illustrent cette temporalisation de l'affiliation.

« mais c'est une obligation pour pouvoir faire les papiers [...] Pour les papiers [...] parce que sinon, c'est toi qui dois payer. Comme ça, ils nous font payer deux fois ce qu'il y avait avant [...] quand tu vois que Genève te dit : nous avons reçu votre demande et elle est acceptée [...] alors là, à ce moment-là, tu vas vite et tu fais une assurance-maladie »

Maria Teresa, femme de 50 ans. Ex-sans-papiers. Permis C

« La première chose qu'on vous demande c'est l'assurance maladie. Donc, elles sont obligées de prendre une assurance pour ça [...] Moi, j'aide beaucoup [...] quand les gens viennent me demander conseil, je leur dis : ne paie pas l'assurance, fais d'abord tes papiers et ensuite lance-toi dans l'assurance quand tu l'auras déjà, parce qu'ils vont te faire payer rétroactivement [...] ne pas payer avant [...] parce que les assurances sont malines [...] elles vont te faire tout payer depuis que tu es arrivée ici »

Lucila, femme de 63 ans. Ex-sans-papiers. Citoyenne Suisse

Dans ces récits, l'affiliation n'est pas uniquement gouvernée par son caractère obligatoire. Maria Teresa attend la confirmation des autorités avant de s'affilier, alors que Lucila conseille aux personnes qui la consultent d'attendre l'avancement de leur procédure par crainte d'éventuels paiements rétroactifs. Le moment de l'affiliation fait ainsi l'objet d'un arbitrage qui tient compte de la procédure de régularisation et des coûts de l'assurance. Durant cette période, les personnes restent en dehors de l'AOS, et le NR se configure précédant l'affiliation.

6.1.1.3 La dimension stratégique de l'affiliation dans les décisions de non-régularisation

Dans ce qui précède, nous avons vu que la procédure de régularisation pouvait déclencher l'affiliation à l'AOS. L'articulation entre ces deux démarches peut cependant prendre une autre forme. Le cas de la mère de Maria Teresa permet d'abord de saisir la charge financière que

l'affiliation peut représenter pour une personne sans autorisation de séjour. Maria Teresa décrit cette entrée dans le dispositif à travers l'expression « se faire voir »³⁸.

« Ma mère avait l'assurance avant d'avoir les papiers [...] Elle avait une assurance et elle devait payer 550 fr. par mois, parce qu'elle n'avait pas de travail déclaré, elle n'avait rien, mais pour se faire voir elle devait 500.- et quelques par mois [...] Elle devait payer. Alors elle avait les échelonnés, les paiements, parce que sinon »

Maria Teresa. Ex-sans-papiers. Permis C

Le récit de Lucila permet d'observer ce rapport entre affiliation et régularisation depuis une autre position. Dans la situation qu'elle raconte, le coût de l'assurance-maladie intervient dans la décision de ne pas engager une régularisation, malgré les possibilités qu'aurait eues la personne de le faire.

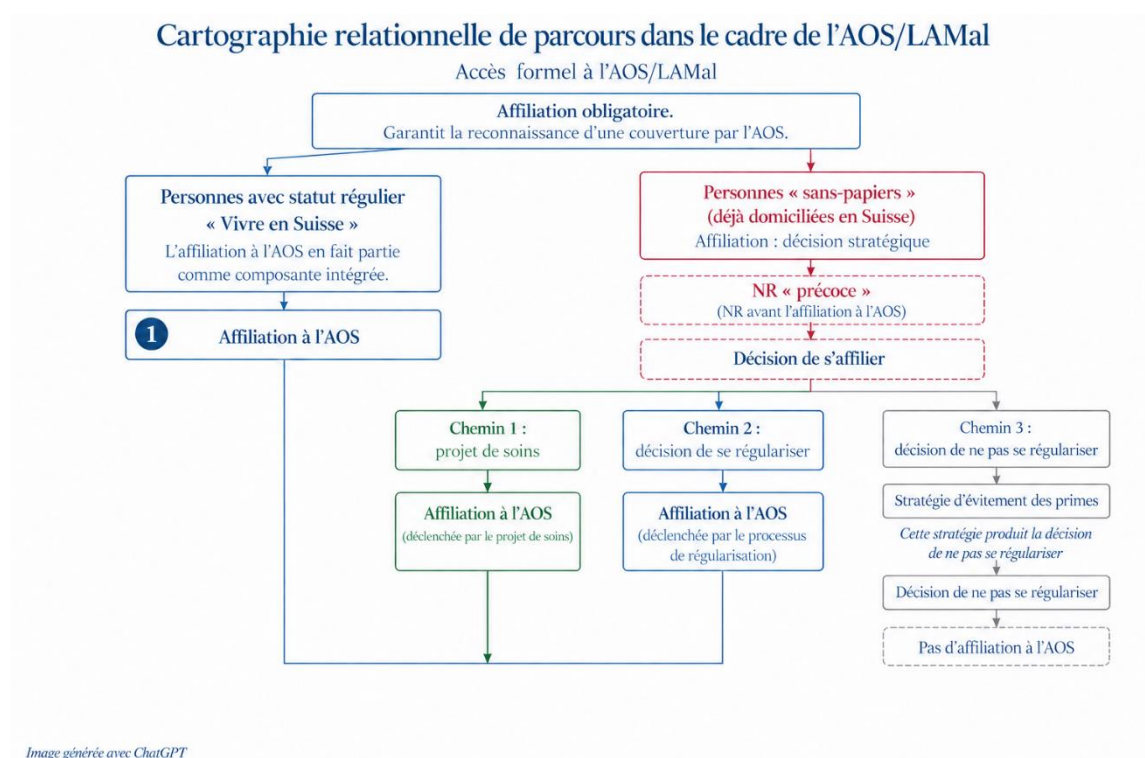
« Ma sœur aînée vit ici depuis plus de 25 ans, et elle n'a pas des papiers, elle est en situation irrégulière pour pas avoir à payer ça, pour pas payer l'assurance [...] Elle a eu de nombreuses occasions de régulariser sa situation, mais elle l'a pas fait pour ne pas avoir à payer. Elle dit : « Pourquoi devrais-je payer ces choses ? [...] elle est illégale. Elle ne paie pas, elle ne s'est pas fait les papiers et elle va pas les faire, comme elle le dit, pour pas payer »

Lucila. Ex-sans-papiers. Citoyenne Suisse

Les différentes configurations analysées jusqu'à ici, apparaissent dans notre cartographie relationnelle de parcours, comme le montre la figure 3.

³⁸ L'expression « se faire voir » renvoie ici au fait de devenir visible auprès de l'AOS par l'affiliation. Pour la mère de Maria Teresa l'entrée dans le dispositif a impliqué un engagement financier à travers le paiement des primes.

Figure 3. *L'affiliation à l'AOS/LAMal.*



6.1.2 Le non-recours « précoce » : vers une lecture processuelle du non-recours

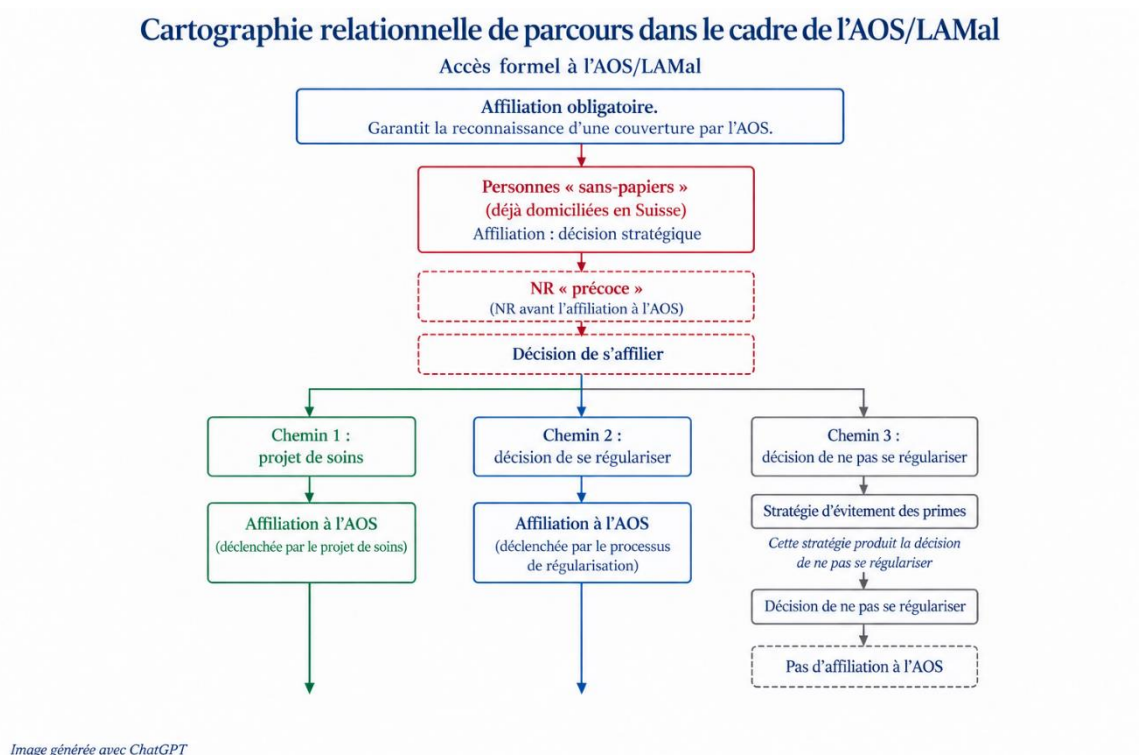
Les situations présentées à travers les cas des personnes « sans-papiers » mettent en évidence l'existence d'un NR à l'AOS avant même l'affiliation. Tant que les personnes sont domiciliées en Suisse sans être affiliées, elles se trouvent en situation de NR à ce dispositif. Son report ou la décision de ne pas s'affilier prolongent cette situation. Ces cas correspondent à ce que Warin décrit comme ceux où « des individus qui, pour différentes raisons (sociales, économiques ou culturelles), ne sont pas en mesure de faire valoir leurs demandes auprès des services publics et qui ne reçoivent pas tout ou partie des biens et services auxquels ils ont droit » (2006 : 11).

Le cas de María soulève une question concernant la définition du NR. Elle explique qu'elle ignorait pouvoir s'affilier à l'AOS en l'absence d'une autorisation de séjour. Cette méconnaissance nous a conduit.es à nous demander si elle remet en cause son éligibilité au dispositif et, par extension, la possibilité d'identifier sa situation comme relevant du NR. Comme le souligne Warin, « il y a une possibilité de non-recours dès lors qu'une offre s'adresse à un public » (2014 : 111). Revil définit pour sa part le NR 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 » (2021 : 222). La non-connaissance de la possibilité de s'affilier ne fait donc pas disparaître l'éligibilité de María et peut constituer une raison du NR. Le fait de penser que son statut irrégulier ne lui donne pas accès à l'assurance se répercute sur la possibilité même qu'elle envisage de se soigner.

Dans notre cartographie relationnelle des rapports à l'AOS, nous qualifions de NR « précoce » les situations de NR qui apparaissent avant l'affiliation. Cette catégorie ne renvoie pas à un processus unique. Le schéma suivant synthétise les situations observées sur notre terrain et illustre les différentes manières dont le NR prend forme à ce niveau du parcours.

Figure 4 *Le non-recours « précoce ».*



Dans le cas de María, la non-affiliation est d'abord liée à la méconnaissance de la possibilité de s'affilier malgré l'absence d'une autorisation de séjour, mais une fois cette possibilité connue, l'affiliation devient pour elle un moyen stratégique de se soigner. Dans les expériences partagées par Maria Teresa et Lucila, cette possibilité étant connue, l'affiliation fait plutôt l'objet d'un arbitrage lié aux procédures de régularisation, à leurs temporalités et aux coûts de l'assurance. Ces différents processus peuvent se succéder et s'articuler au sein d'un même parcours.

L'identification du NR « précoce » nous conduit à ne pas limiter le NR aux situations qui prennent forme après l'entrée dans le système, ni à l'appréhender uniquement comme un acte ponctuel. Il peut commencer avant l'affiliation et, comme nous le verrons, se prolonger ou se transformer au cours du parcours. Cette lecture nous conduit à interroger le principe de l'affiliation obligatoire et les logiques institutionnelles qui l'organisent, ce que nous examinons dans la section suivante.

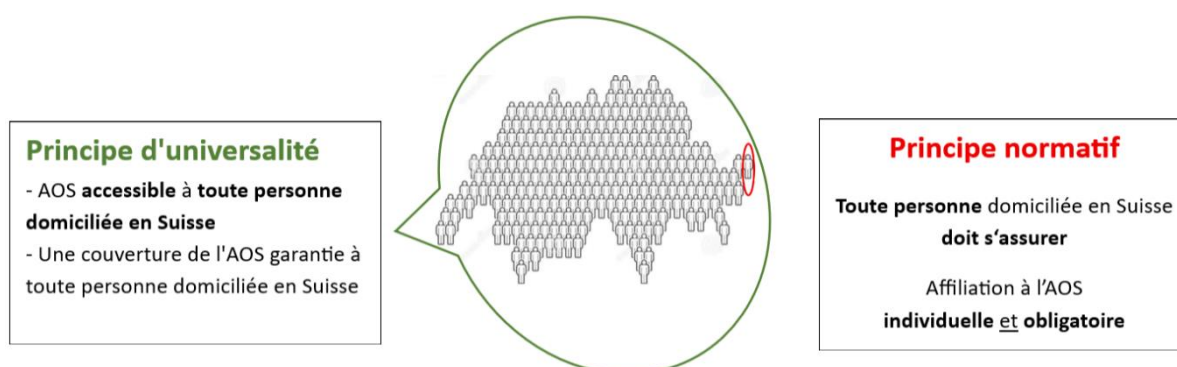
6.1.3 Dispositif d'ouverture universel ET dispositif normatif

Les situations racontées par María, María Teresa et Lucila nous ont amené.es à nous poser la question suivante : pourquoi une obligation légale devient-elle, dans leurs parcours, un objet d'arbitrage ? Si l'affiliation à l'AOS peut susciter des interrogations tant chez les personnes disposant d'un statut régulier que chez les personnes sans autorisation de séjour, les questions qui se posent diffèrent profondément. Chez Carlos, comme nous l'avons vu, l'alternative n'est pas de s'affilier ou non, mais d'accepter ou non les conditions institutionnelles qui rendent possible son projet de vie en Suisse.

Dans les récits de María, María Teresa et Lucila, l'affiliation n'est pas appréhendée de la même manière. Bien que les personnes concernées soient, comme toute personne domiciliée en Suisse, soumises à l'obligation d'assurance prévue par l'art. 3 LAMal, leur situation d'irrégularité ouvre un espace d'arbitrage quant à l'affiliation, celle-ci devenant l'objet d'une évaluation. Faut-il s'affilier ou non ? À quel moment ? Faut-il attendre d'entamer une procédure de régularisation, puis qu'elle soit acceptée ? Est-il préférable de rester dans l'anonymat administratif ou de « se faire voir » ? Pour quelles raisons s'affilier ?

Ces situations mettent en lumière deux dimensions de l'affiliation à l'AOS. D'une part, un principe d'universalité, identifié par la recherche (Nehme et al., 2025 ; Remund et al., 2019 ; Leu et al., 2009), dans la mesure où l'AOS est accessible à toute personne domiciliée en Suisse, quel que soit son statut administratif, et garantit à chacune une couverture. D'autre part, ce que nous identifions comme un principe normatif, inscrit à l'art. 3 LAMal, qui fait de l'affiliation à l'AOS un comportement attendu et obligatoire pour toute personne domiciliée en Suisse.

Figure 5. Principe d'universalité et principe normatif de l'affiliation à l'AOS/LAMal

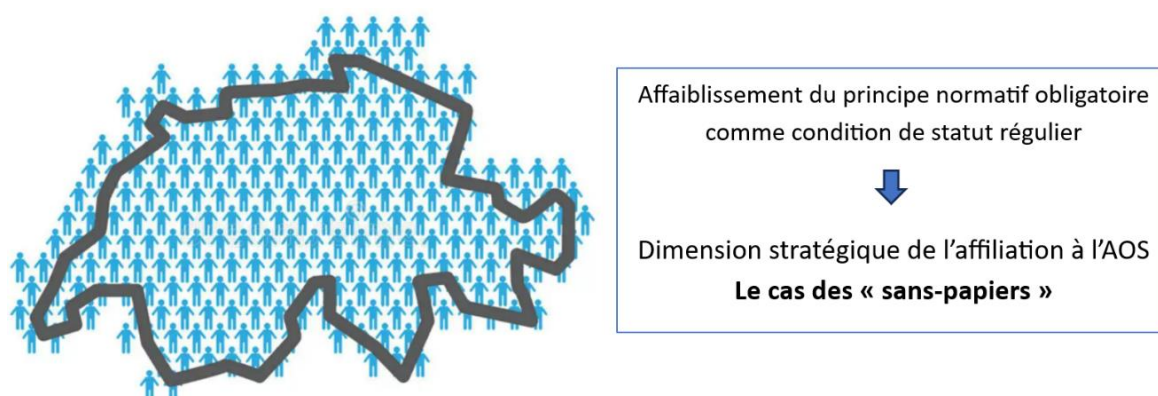


Or, ces deux dimensions produisent des effets différents. Les personnes sans-papiers se situent précisément à leur articulation : tout en étant concernées par le principe universel et par le normatif, elles sont, dans une certaine mesure, moins contraintes par l'obligation de l'affiliation. Nous revenons ici à notre question de départ : qu'est-ce qui fait que l'affiliation obligatoire devient, dans ces parcours, un objet d'arbitrage ? Quel est le mécanisme relationnel et systémique qui produit l'espace d'arbitrage qu'on retrouve chez les personnes en situation irrégulière ?

Les récits de nos trois participantes montrent que cette possibilité d'arbitrer tient au fait que les situations d'irrégularité brouillent l'articulation qui relie le statut régulier à l'affiliation obligatoire. Les expériences des « sans-papiers » montrent qu'il est possible d'être domicilié.e en Suisse sans pour autant être affilié.e à l'AOS. Le caractère obligatoire de l'affiliation perd alors une partie de son pouvoir normatif, du fait qu'il ne produit pas forcément le comportement prescrit par la loi, lequel se traduit par le lien fort entre vivre en Suisse et le principe normatif de l'AOS/LAMal consistant à rendre effective l'obligation de s'affilier. Dans les situations d'irrégularité, les limites de ce pouvoir ouvrent un espace dans lequel les personnes peuvent évaluer si elles s'affilient ou non, et à quel moment. La figure ci-dessous³⁹ synthétise notre réflexion.

³⁹ Image tirée du site : <https://es.dreamstime.com/mapa-de-poblaci%C3%B3n-suiza-esquema-pa%C3%ADs-hecho-cifras-personas-image210876763>

Figure 6. *Affaiblissement du principe normatif de l'affiliation obligatoire*



6.1.4 Le non-recours « précoce » : un espace de délibération et d'arbitrage

La réflexion précédente nous a permis de comprendre pourquoi l'affiliation obligatoire peut devenir un objet d'arbitrage dans les situations de NR « précoce » observées chez les personnes sans-papiers. Il reste maintenant à comprendre ce qui se passe, du point de vue de l'agentivité, à l'intérieur de cet espace de NR. La comparaison des processus agentiques autour d'une même action vis-à-vis de la structure - s'affilier à l'AOS - a permis d'observer des différences entre les expériences des personnes sans-papiers et celle de Carlos, pour qui l'affiliation ne devenait pas une alternative. Ces différences prennent forme dans les configurations relationnelles particulières qui se construisent entre les individus et le cadre institutionnel : dans les situations d'irrégularité, l'obligation d'affiliation ne suffit pas à rendre celle-ci effective. C'est dans cet écart que l'affiliation devient un objet de délibération et d'arbitrage.

Chez Carlos, le pouvoir normatif de l'affiliation obligatoire est fort. Il produit le comportement prescrit par la loi et agit sur son projet de vie en Suisse. Son récit permet d'observer le processus par lequel son rapport à l'affiliation se stabilise. La découverte du fonctionnement du système suscite d'abord chez lui un « choc », au moment où il prend connaissance des conditions institutionnelles qui encadrent son projet de vie en Suisse. Lorsqu'il affirme ensuite « mais bon, je me suis dit [...] tout simplement, parce que c'est comme ça que ça fonctionne », l'affiliation est déjà intégrée à ces conditions. Dès lors, le fait de s'affilier ne devient pas pour lui un objet d'arbitrage.

Dans les expériences des personnes sans-papiers, le rapport à l'affiliation reste problématique. Qu'elles connaissent ou non l'obligation de s'affilier à l'AOS, leurs parcours montrent que l'affiliation peut être soumise à l'arbitrage. La dimension pratique-évaluative, ancrée dans les contingences du présent, y domine. Le caractère obligatoire de l'affiliation ne suffit pas à

déterminer l'action. S'affilier ou non, le moment de le faire et les conditions dans lesquelles l'affiliation est envisagée font l'objet d'une évaluation.

La délibération ne porte cependant pas uniquement sur les possibilités de la situation présente. Emirbayer et Mische indiquent qu'elle s'effectue « à la lumière d'objectifs et de projets plus larges » (1998 : 998-999). C'est ici que la dimension projective intervient. Les arbitrages autour de l'affiliation sont liés à des projets différents selon les parcours : accéder aux soins, avancer dans une procédure de régularisation ou continuer à vivre en Suisse en situation irrégulière. Ces projets interviennent dans l'évaluation de la situation, aux côtés des contingences du présent.

Le NR « précoce », au-delà de la situation de non-affiliation à l'AOS qu'il désigne dans notre cartographie, permet de saisir les processus qui précèdent une éventuelle affiliation. Dans les situations d'irrégularité, l'affaiblissement du pouvoir normatif de l'affiliation obligatoire fait que celle-ci reste soumise à des arbitrages qui prennent forme en fonction des contingences du présent et des projets dans lesquels les décisions des personnes s'inscrivent.

6.1.5 Repenser le NR dans le cadre de l'AOS : Entre assurance obligatoire et responsabilité financière

Si le système suisse de santé est généralement présenté comme un système à couverture universelle, notre analyse précédente a mis en évidence le principe normatif qui gouverne l'affiliation à l'AOS, à travers son caractère individuel et obligatoire. Or, comme nous l'avons vu dans le chapitre 1, l'obligation d'affiliation implique un engagement financier individuel. En 2024, « près des deux tiers du financement du système de santé ont été assurés par les ménages, qui ont payé des prestations directement de leur poche et se sont acquittés de primes d'assurance-maladie » (OFS, 2026). L'importance des contributions individuelles constitue donc l'une des spécificités du système suisse, dont le financement repose en grande partie sur des mécanismes assurantiels et des dépenses directes des ménages (De Pietro et al., 2015). L'engagement financier des ménages prend ainsi forme à travers les primes d'assurance et les paiements directs. L'obligation de s'affilier implique alors, pour chaque assuré.e, une responsabilité financière à travers le paiement des primes, à laquelle s'ajoutent, lors de l'utilisation des soins, la franchise et la quote-part. Les conditions de cette participation sont déjà établies au niveau de l'accès formel à l'AOS, notamment à travers le choix de la franchise.

Lorsque nous avons commencé à articuler la littérature sur le NR et le RS avec les données produites par notre terrain, une tension est progressivement devenue visible. Nous avons notamment mobilisé l'approche de Rode (2010), qui invite à appréhender le NR comme une

expression des rapports différenciés au système de soins et distingue deux dimensions analytiques dans le domaine de la santé : l'« accès » et l'« utilisation » du système de soins. L'observation selon laquelle « la spécificité du NR aux services de santé et aux soins tient ainsi à l'impossibilité d'appliquer les définitions établies à partir des prestations sociales et des droits sociaux » (Rode, 2010 : 70) a alors pris une importance particulière au regard de notre terrain. Qu'est-ce qui rend si tendu le dialogue entre les approches du NR et les dynamiques que nous y observons ?

À cet égard, dans le contexte français analysé par Rode (2010), l'analyse porte notamment sur des dispositifs comme la CMU-B, la CMU-C ou l'ACS, qui visent à prendre en charge les coûts des prestations de soins. Dans le système suisse, les subsides d'assurance-maladie constituent une réduction des primes calculée en fonction du revenu du ménage. Ils ne suppriment pas l'engagement financier individuel lié à l'AOS : les bénéficiaires doivent encore assumer la part de la prime restant à leur charge et, lors de l'utilisation des soins, la franchise et la quote-part (OFSP, s.d.). Cette différence est progressivement devenue centrale dans notre analyse. Bien que les travaux sur le NR apportent des outils théoriques précieux à notre étude, la configuration particulière de l'AOS nous conduit à interroger la manière dont le NR et le RS se construisent dans un dispositif où l'accès formel implique déjà un engagement financier individuel, qui se prolonge lors de l'utilisation des soins. La distinction entre accès formel au système et accès effectif aux soins ne correspond alors pas à une séparation de la responsabilité financière celle-ci traversant les deux moments.

6.2 Le choix de la caisse-maladie : plus qu'une question de choix

Dans le cadre de l'accès formel au système de soins, le choix d'une caisse-maladie constitue une démarche commune à l'ensemble des assuré.es et apparaît étroitement lié à celui de la franchise. Notre terrain montre que les assuré.es entretiennent différents rapports à cette action. Trois grandes logiques se dégagent de ces rapports⁴⁰. Elles relèvent de considérations économiques, de la recherche de stabilité et de continuité, ainsi que de dimensions morales et de rapports de pouvoir.

⁴⁰ L'ordre dans lequel nous présentons ces différentes logiques ne reflète pas leur fréquence d'apparition dans notre enquête, mais répond à un choix analytique. Nous commençons par la configuration qui s'éloigne davantage de notre objet et constitue un point d'appui comparatif pour saisir, par contraste, les dynamiques qui apparaissent lorsque le choix de la caisse est davantage soumis à des arbitrages et fait émerger des processus que nous retrouverons dans l'analyse du NR et du RS.

6.2.1 Le choix de la caisse : un rapport détendu, stable et « allant de soi »

L'une des dynamiques apparues dans notre terrain concerne la recherche de stabilité dans le temps. Dans certains cas, le rapport à la caisse-maladie n'est pratiquement jamais remis en question. C'est notamment le cas de Lidia. Interrogée sur un éventuel changement de caisse-maladie, elle répond :

« Non [...] C'est des choses qu'on a, qu'on a décidées il y a ... je crois 15 ans, et on n'a pas remis en question »

Lidia, femme de 54 ans. Suissesse, entrepreneuse

Elle relie ensuite ce choix au moment où sa famille est revenue en Suisse après avoir vécu en France comme frontalière :

« on était mieux assurés que quand on était en Suisse et qu'on vivait en Suisse, pour moins cher [...] C'était la France qui nous assurait [...] une assurance frontalière [...] l'assurance qu'on avait on payait moins pour être plus assurés qu'en Suisse [...] et suite à ça, quand on est revenus en Suisse, du coup, c'est aussi là où on s'est dit qu'on n'avait pas envie d'être moins bien assurés »

Lidia, mère de 2 enfants adolescent.es, mariée

Dans son récit, Lidia présente son statut assurantiel comme quelque chose qui « va de soi », quelque chose « qu'on a » et qui n'est plus remis en question. La période en France, vécue comme le fait d'être « mieux assurés » « pour moins cher », semble avoir renforcé l'importance accordée au maintien d'un certain niveau de couverture. Lors du retour en Suisse, son récit montre une volonté de préserver ce confort assurantiel, y compris dans un contexte plus coûteux. À travers l'idée de ne pas vouloir être « moins bien assurés », la dimension financière ne semble pas orienter le choix effectué au retour, malgré les différences de coût d'assurance entre la France et la Suisse. Celui-ci peut ensuite être maintenu dans le temps, son récit montrant à la fois des dispositions favorables à ce maintien et une capacité financière à en assumer durablement les coûts.

Ce rapport laisse observer une dominante itérative dans le processus agentique au sein duquel se déploie, chez Lidia, l'action de choisir sa caisse-maladie. Le choix effectué dans le passé est reconduit dans le présent sans être remis en question. Cette reconduction évoque le caractère « tacite » qu'Emirbayer et Mische associent à la dimension itérative de l'agentivité (1998 : 994).

6.2.2 L'arbitrage économique comme critère de sélection

Parmi les critères intervenant dans le choix de la caisse-maladie, les considérations économiques apparaissent comme celles ayant été évoquées avec le plus d'intensité dans notre terrain, concernant principalement le coût des primes. Le choix de la caisse-maladie et celui de la franchise sont imbriqués dans les parcours de plusieurs participant.es, le premier s'effectuant souvent à partir des primes proposées selon la franchise sélectionnée.

De manière générale, nous avons observé que les personnes ayant changé le plus fréquemment de caisse-maladie sont souvent celles pour lesquelles le coût des primes occupe une place centrale. Dans ces cas, le changement d'assureur constitue une stratégie d'adaptation économique, rendue possible par le cadre juridique. À l'inverse, les participant.es exprimant davantage une recherche de stabilité ou de continuité semblent généralement moins centrés.es sur le critère financier. Nous illustrons cette logique d'arbitrage à travers le récit d'Aida.

« J'ai dû changer en 2024, j'étais chez Helsana, [...] avant j'étais avec KPT. Ça a augmenté un peu les prix et puis [...] on a fait les comparatifs et j'ai trouvé que Helsana était légèrement moins chère [...] même si c'est 2 francs de moins, pour moi ça fait 2 francs fois 12, alors tant mieux si je n'ai pas à les verser à l'assurance, car finalement je ne l'utilise pas. [...] et j'ai changé à nouveau, cette fois avec Assura, parce qu'il y avait à nouveau quelques petits francs de moins [...] c'est toujours en train chercher la moins chère, car c'est déjà insupportablement cher, alors moins je dois payer, moins pire c'est »

Aida. Femme de 42 ans. Mère de 2 enfants, mariée. En reconversion professionnelle

Dans le récit d'Aida, la logique financière occupe une place centrale dans le choix de la caisse d'assurance, sans qu'apparaisse d'attachement particulier à un assureur ni de recherche de prestations spécifiques. L'assurance est plutôt appréhendée à partir de son caractère obligatoire, avec lequel elle doit composer, sans qu'elle exprime une adhésion particulière à cette obligation, vécue par ailleurs comme « déjà insupportablement chère ». Le choix de la caisse se construit alors autour de la recherche des primes les moins chères. Des expressions comme « même si c'est 2 francs de moins, pour moi ça fait 2 francs fois 12 », « c'est déjà insupportablement cher » ou « moins pire c'est » constituent des indicateurs de la problématisation. L'ensemble du récit peut donc être lu comme l'expression d'une tension entre l'obligation d'assurance et la contrainte budgétaire.

Contrairement au processus agentique observé chez Lidia, dominé par la dimension itérative, le rapport d'Aida au choix de la caisse est dominé par la dimension pratique-évaluative, marquée par l'évaluation pragmatique des contingences du présent. Ici, l'enjeu principal «

réside dans la contextualisation de l'expérience sociale » (Emirbayer et Mische, 1998 : 994). Le processus agentique observé se traduit par un jugement pratique et normatif des trajectoires d'action possibles face aux exigences et aux dilemmes du présent (1998 : 971). La problématisation prend forme autour de la contrainte financière que représente le coût de l'assurance. Cette contrainte est périodiquement mise à l'épreuve par l'augmentation des primes, qui amène Aida à réévaluer le choix de sa caisse, à comparer les options disponibles et à ajuster son choix, toujours dans la recherche des primes les « moins chères ».

La logique de réduction des coûts, que nous avons présentée dans notre cadre théorique comme visant notamment à « inciter les assurés à faire preuve de plus de retenue dans leur recours aux prestations médicales » (OFSP, 2026) et dont l'augmentation de la participation aux coûts constitue « l'un des instruments envisagés pour réduire la croissance des dépenses de santé » (Gerfin & Schellhorn, 2006 : 1011), trouve ici un écho à l'échelle individuelle. Dans le récit d'Aida, elle est réappropriée dans un contexte où la recherche du moindre coût porte sur ses propres dépenses d'assurance. La recherche de la prime la moins chère traduit cette logique de réduction des coûts à l'échelle de sa propre situation, à travers le compromis le « moins pire ».

Une logique d'arbitrage économique apparaît dans le récit de Francisca.

« depuis que je suis arrivée, j'ai été chez beaucoup d'assurances, en ce moment je suis chez Visana [...] j'ai été chez Helsana, j'ai été chez Groupe Mutuel »

Francisca. Mère de 3 enfants adolescent.es. Famille monoparentale

Francisca explique la raison de ces changements :

« [...] à un moment, sans même t'y attendre, ils m'ont augmenté et j'ai cherché une autre assurance [...] pourquoi est-ce que je devrais payer plus si j'ai la possibilité de payer moins ? Parce qu'il faut aussi voir que je ne suis pas seule, nous sommes quatre, et nous vivons tous avec un seul salaire, donc je dois toujours faire attention à l'économie de ma famille »

On retrouve dans ce récit des logiques d'arbitrage économique similaires à celles observées chez Aida, ainsi qu'une même dominante pratique-évaluative, mais la recherche du moindre coût s'inscrit explicitement dans l'économie du ménage. « Pourquoi est-ce que je devrais payer plus si j'ai la possibilité de payer moins ? » rejoint le raisonnement observé chez Aida, tandis que « nous sommes quatre » et « nous vivons tous avec un seul salaire » situent cet arbitrage dans les conditions économiques de la famille.

Le fait que Francisca évoque « l'économie de ma famille » au moment d'expliquer ses changements de caisse permet aussi de mettre en perspective le caractère individuel de l'affiliation à l'assurance-maladie. Si chaque membre de la famille est individuellement affilié à l'AOS, le coût de l'assurance est, dans son récit, évalué à l'échelle du ménage. Comme nous l'avons vu, le revenu du ménage intervient dans l'octroi des subsides de réduction des primes dont sont bénéficiaires Francisca et ses enfants. Le caractère individuel de l'affiliation se trouve alors articulé, dans la pratique, à une gestion familiale des ressources et des dépenses.

6.2.3 Le choix de la caisse d'assurance traversé par les rapports de genre

Le récit d'Elodie fait apparaître les rapports de genre comme une autre dimension traversant le choix de la caisse-maladie. Si, dans les exemples précédents, les rapports entre les individus et les caisses d'assurance se construisaient principalement autour de la stabilité ou des coûts, la question des discriminations n'y apparaissait pas explicitement.

« il y a des assurances que je sais qu'il faut pas aller. Par exemple, Visana, qui sont connus pour être transphobes, tu ne vas pas chez qui [...] tu ne vas pas aller parce qu'ils acceptent beaucoup moins les remboursements d'hormonothérapie ou d'opérations. Visana, ils sont aussi... c'est eux qui financent des campagnes anti-avortement »

Elodie, femme transgenre de 25 ans. Etudiante

Nous tenons à souligner que nous analysons le récit d'Elodie, sans chercher à établir la véracité des affirmations qu'elle formule à propos de Visana. Ce qui nous intéresse ici est la manière dont ces représentations interviennent dans son rapport à l'action de choisir une caisse-maladie. En ce sens, une première raison d'écarter Visana tient à la réputation qu'elle lui associe lorsqu'elle la présente parmi les assurances « qui sont connus pour être transphobes ». À celle-ci s'ajoute l'anticipation de difficultés dans la prise en charge de certaines prestations liées à la transition de genre, notamment l'hormonothérapie et les opérations. Enfin, Elodie évoque le financement de campagnes anti-avortement qu'elle attribue à cette caisse, faisant intervenir dans son choix la représentation qu'elle se fait de son positionnement. Ces éléments participent à son jugement et la conduisent à écarter cette caisse des possibilités qu'elle envisage. En effet, ce qu'Elodie décrit traduit un positionnement vis-à-vis des représentations qui, selon elle, circulent autour de Visana et qu'elle perçoit comme discriminatoires. Ce positionnement ne la conduit pas seulement à privilégier certains critères dans la sélection d'une caisse, mais aussi à identifier explicitement un espace où elle « ne va pas aller ». Si les différentes caisses lui sont formellement accessibles, elles ne constituent pas toutes, de son point de vue, des possibilités envisageables. Dans son cas, cette délimitation prend forme dans un rapport à la caisse traversé

par les rapports de genre, notamment par les représentations liées à la transphobie et par les difficultés qu'elle anticipe dans la prise en charge des prestations liées à sa transition.

Il ne s'agit pas d'une situation de NR à l'AOS. Dans le cadre légal, Elodie doit s'affilier auprès d'une caisse-maladie et les assureurs reconnus sont tenus d'accepter toute personne soumise à l'obligation d'assurance. Cependant, son expression « il y a des assurances que je sais qu'il faut pas aller » rend compte de cette délimitation. L'accessibilité formelle ne suffit donc pas à définir l'espace des possibilités à partir duquel le choix prend forme.

Dans le processus agentique qui se déploie dans le rapport d'Elodie au choix de la caisse-maladie, les trois dimensions de l'agentivité sont particulièrement observables, rendant leur poids respectif plus difficile à distinguer que dans les cas précédents. Nous identifions toutefois une dominante pratique-évaluative. La dimension itérative est présente à travers le travail de caractérisation qui intervient dans l'évaluation pratique de la situation car Elodie mobilise des connaissances et des représentations préexistantes pour caractériser les possibilités auxquelles elle est confrontée. Contrairement au caractère « tacite » de la dimension itérative, particulièrement visible dans le récit de Lidia, ces éléments ne conduisent pas chez Elodie à la réactivation d'un schéma d'action allant de soi. Ils sont mobilisés dans un travail explicite d'évaluation et participent à la problématisation de la situation. La délibération porte alors sur les conséquences potentielles du choix, notamment en matière de prise en charge des soins liés à sa transition. Cette problématisation en lien avec son identité de genre ne se limite pas, dans le parcours d'Elodie, au choix de la caisse-maladie. Comme nous le verrons plus loin, elle intervient de manière récurrente dans ses interactions avec le système de soins, contribuant à rendre visible la dimension pratique-évaluative de l'action.

Les situations analysées dans cette section montrent que, derrière l'action commune de choisir la caisse-maladie, se déploient des processus agentiques différents. La stabilité et la continuité, les contraintes économiques, l'organisation économique du ménage ou encore les rapports de genre interviennent de manière variable dans la constitution de cette action. Dès lors, le choix de la caisse-maladie apparaît comme l'une des premières actions au sein desquelles se différencient les processus agentiques qui prennent forme dans les rapports des assurés.es au cadre de l'AOS.

6.3 Introduction au système de franchise

Des trois actions qui organisent, dans notre cartographie relationnelle de parcours, l'accès formel à l'AOS, le choix de la franchise constitue la dernière étape sur laquelle nous nous

attardons dans la première partie de notre analyse. C'est toutefois autour de la franchise que certaines des tensions les plus fortes ont commencé à émerger dans notre enquête. À ce niveau commencent à devenir visibles, dans toute leur complexité, les logiques qui sous-tendent l'accès effectif aux soins et les situations de NR et de RS que nous analyserons dans la deuxième partie. Le choix de la franchise s'inscrit dans des stratégies et des arbitrages directement articulés à l'usage anticipé et effectif des soins. Nous distinguons le choix d'une franchise élevée associé à l'anticipation d'un faible recours aux soins des situations dans lesquelles ce choix intervient dans une stratégie orientée vers un objectif particulier.

Notre démarche

En partant du constat que la franchise de 2500 CHF était la plus représentée parmi les personnes interrogées, nous avons commencé par regrouper les récits des personnes ayant fait ce choix. Or, ce premier regroupement a fait émerger des logiques d'action tout à fait diverses. Les franchises élevées occupent une place importante dans les études que nous avons mobilisées (Kaiser & Gerfin, 2017 ; Gerfin & Schellhorn, 2006). La franchise de 2500 CHF s'est alors imposée comme un premier point d'entrée dans notre analyse. Parmi les logiques apparues dans ce regroupement, l'une peut être rapprochée de l'« effet de sélectivité ou aléa moral » distingué par Gerfin et Schellhorn (2006), qui renvoie au choix d'une franchise élevée par des personnes qui sont « en bonne santé et ne vont de toute façon pas chez le médecin » (2006 : 1011). Les deux autres catégories retenues, la minimisation des coûts et l'organisation de soins transnationaux, sont issues de notre analyse des entretiens.

6.3.1 Franchise maximale et faible recours anticipé

Néri, décrit ainsi son état de santé :

« Je pense que j'ai une bonne santé [...] Je peux faire tout ce que je veux. Je voyage à vélo. Je dois faire un peu plus de sport. Idéalement plus d'exercice, mais sinon... »

Concernant le choix de sa franchise Néri ajoute :

« 2500 [...] je ne dépasse jamais les frais [...] pour baisser les cotisations, pour payer moins d'assurance »

Néri. Bonne santé perçue. Franchise 2'500 CHF

Bien que Néri affirme avoir choisi la franchise de 2'500 CHF « pour baisser les cotisations, pour payer moins d'assurance », la configuration dans laquelle son choix prend forme correspond à l'« effet de sélectivité ou aléa moral », qui renvoie aux personnes qui sont « en bonne santé et ne vont de toute façon pas chez le médecin » (Gerfin & Schellhorn, 2006 : 1011).

Dans cette configuration, le faible recours aux soins est déjà anticipé au moment du choix de la franchise ; ce n'est donc pas le choix d'une franchise élevée qui conduit à moins recourir aux soins. Son choix s'inscrit dans la logique assurantielle du système de franchises : plus le recours aux soins anticipé est faible, plus il devient avantageux d'opter pour une franchise élevée afin de réduire les primes et, avec elles, le coût de l'assurance.

Il nous semble important de distinguer la logique qui sous-tend le choix de la franchise des significations que les personnes attribuent à leur santé, aux soins ou au système médical. Ces significations peuvent prendre des formes diverses, y compris parmi les personnes dont le choix relève de cette première configuration. Chez Néri, elles apparaissent notamment dans son rapport à la médecine « classique ».

« À vrai dire, je n'ai pas du tout envie d'avoir affaire à la médecine classique [...] En vrai, je ne suis pas très rassurée par la médecine. Même que des fois, c'est quand même bien utile pour certaines choses, en vrai, genre l'antibiotique, ça c'est quand même très précieux. [...] j'ai une complémentaire, malheureusement, elle est pas très bonne, mais bon, ça fait rien, je suis prête à payer moi-même, parce que le pourcentage qu'ils me remboursent il est assez faible »

Néri

La prise de distance de Néri vis-à-vis de la médecine classique ne remet pas en cause la logique qui sous-tend son choix de la franchise, lequel demeure cohérent avec la manière dont elle perçoit son état de santé et anticipe son recours aux soins. Cependant, même lorsqu'elle relève de l'effet de sélectivité, une franchise élevée peut s'inscrire dans des univers de significations différents. Le cas de Jean-Claude permet d'observer d'autres significations associées à cette même configuration.

« Je pense que je suis en assez bonne santé. Après, je peux toujours être mieux [...] en faisant un peu plus de sport, en faisant plus attention à la nourriture »

Jean-Claude. Bonne santé perçue. Franchise à 2'500 CHF

Comme Néri, Jean-Claude se perçoit en bonne santé et anticipe un faible recours aux soins. Dans son cas, le choix de la franchise est directement relié à une conception de la santé dans laquelle l'autodiscipline occupe une place centrale.

« ça se passe dans la tête. Comme je disais, c'est la même chose pourquoi j'ai une assurance avec une franchise maximale, c'est parce que déjà, t'ouvres pas la porte mentale à être malade ou à avoir des problèmes, donc je fais quand même un peu attention à la nourriture, je fais quand même attention à faire un peu de gymnastique le matin, un minimum, et puis je pense que c'est le mieux qu'on peut faire [...] Si

tu te dis de toute façon, je suis couvert, de toute façon je suis assuré, le moindre truc, tu vas chez le médecin : donnez-moi une ordonnance. Et pour finir, tu tiens une personnalité chimique avec tout ce que la médecine va te fourguer »

Cette conception s'accompagne d'un rapport critique à la médecine conventionnelle et au système de soins.

« À moins que ce soit indispensable, moi, [...] si je peux éviter la médecine standard, je l'évite [...] Je suis hyper critique, le médecin doit vraiment me prouver qu'il faut que je prenne tel truc pour que je le prenne [...] pour moi le médecin c'est pas du tout un dieu, un passage obligé, c'est la dernière voie de recours quand c'est vraiment nécessaire »

Il ajoute :

« Je pense qu'il y a des abus énormes, et que le système de santé aujourd'hui est complètement bousillé par les pharmas qui doivent faire du chiffre, vendre, qui noyautent les médecins. [...] voilà, il faut faire marcher l'industrie »

Jean-Claude

Chez Néri comme chez Jean-Claude, le choix de la franchise maximale reste cohérent avec une bonne santé autoévaluée et l'anticipation d'un faible recours aux soins. Toutefois, les significations qui accompagnent ce choix diffèrent. Alors que Néri exprime une prise de distance vis-à-vis de la médecine classique, Jean-Claude inscrit davantage son choix dans une conception de la santé valorisant l'autodiscipline ainsi que dans une critique plus générale de la « médecine standard » et du système de soins.

Le cas d'Aida correspond aussi à un faible usage anticipé des prestations médicales et à un bon état de santé. Cependant, son rapport au système assurantiel se distingue de ceux de Néri et de Jean-Claude. À propos de sa franchise, Aida nous dit :

« j'ai une franchise de 2'500 francs [...] C'est la franchise la plus haute en fait [...] Je ne reçois pas d'aide financière pour l'assurance. Je l'ai demandée parce que je trouve que c'est pas normal que si j'ai pas de revenu, je sois tenue de payer une franchise et que je sois obligée de verser plus de 4'800 CHF par an à l'assurance [...] Je n'ai pas utilisé du tout mon assurance-maladie [...] Pas du tout parce que, comme je l'ai dit, je suis quelqu'un en bonne santé [...] je l'utilise pas parce que j'ai pas de gros frais [...] et l'assurance ne rentre pas en matière qu'à partir de 2'500 francs, ce qui n'a jamais été le cas, sauf lors de la naissance de mes enfants. Là, clairement, l'assurance a couvert les frais médicaux. Mais sinon, non, j'ai jamais utilisé mon assurance-maladie, je n'ai jamais eu recours à mon assurance »

Aida. Bonne santé perçue. Franchise à 2'500 CHF

Malgré les difficultés qu'Aida rencontre pour payer son assurance, celles-ci ne relèvent pas directement du montant de sa franchise, mais plus largement du poids économique que représente pour elle l'obligation d'assurance. Avec une franchise de 2500 CHF, un bon état de santé autoévalué et un très faible usage anticipé des soins, son cas correspond pleinement à la configuration décrite par Gerfin et Schellhorn (2006). Pourtant, les conditions dans lesquelles ce choix prend forme diffèrent fortement de celles observées chez Néri et Jean-Claude. Chez ces derniers, les conditions habilitantes de l'action s'expriment notamment dans leur rapport à la santé et aux soins. Dans le récit d'Aida, ce sont les conditions contraignantes qui apparaissent au premier plan.

C'est à partir de cette tension que la catégorie même de « choix » mérite d'être interrogée. Si les textes institutionnels indiquent que « l'assuré peut choisir la franchise ordinaire ou les franchises à option » (OFSP, s.d.), le récit d'Aida montre que le fait de devoir choisir parmi les franchises proposées par le dispositif ne signifie pas que le coût de l'assurance soit économiquement soutenable. Son cas ne remet donc pas en question la configuration décrite par Gerfin et Schellhorn (2006), mais il montre ce que cette configuration ne permet pas, à elle seule, de saisir. Une personne peut correspondre à la logique « franchise élevée, bon état de santé et faible usage anticipé des soins » tout en entretenant un rapport problématique au coût de l'assurance. Apparaissant dès l'accès formel à l'AOS, ces questions deviennent essentielles pour comprendre, dans notre perspective relationnelle, la manière dont se configurent, au fil des parcours, les situations de NR et de RS.

6.3.2 Le choix de la franchise comme stratégie de minimisation des coûts

Le cas de Francisca introduit une logique différente de celles que nous venons d'analyser. Contrairement aux cas précédents, son choix d'une franchise de 2500 CHF ne se justifie pas par un faible recours anticipé aux soins. Au cours des deux dernières années, son parcours a notamment été marqué par deux interventions chirurgicales et, malgré cet usage important des prestations médicales, Francisca maintient sa franchise à 2500 CHF. Elle explique ce choix à partir d'un calcul économique explicite :

« Moi, j'ai toujours choisi celle de 2500.- [...] parce que j'ai analysé que la prime de 2500.-, pour moi, personnellement, revient mieux que celle de 500.- et celle de 300.-, parce que si je prends une franchise de 500.-, chaque mois je devrai payer 600 et même un peu plus, [...] et en faisant les comptes [...] avec la franchise de 2500.-, je paie moins qu'avec la franchise de 500.- »

Elle poursuit :

« À deux reprises, j'ai été malade et au final j'en ai même davantage bénéficié que ceux qui ont la franchise de 500.-, avec ma franchise et avec l'opération que j'ai eue, j'ai eu une opération de la vésicule biliaire et maintenant j'ai eu l'opération de la hernie discale, eh bien j'ai fait les comptes et je reste gagnante [...] Selon mon propre critère, ma manière à moi de l'avoir étudié et de le voir »

Francisca. Fort usage des services médicaux. Franchise à 2'500 CHF

Francisca explique avoir « analysé », comparé, « fait les comptes » et conclu que la franchise de 2500 CHF demeure, selon elle, la solution la plus avantageuse, même après deux interventions chirurgicales. Son cas met en évidence les limites de la franchise élevée comme instrument visant à « inciter les assurés à faire preuve de plus de retenue dans leur recours aux prestations médicales » (OFSP, 2026). Les économies réalisées sur les primes ne conduisent pas, dans son cas, à un moindre recours aux soins. Elles restent, selon ses propres calculs, suffisamment importantes pour que cette option demeure plus avantageuse, même en assumant les frais liés à la franchise.

Nous observons ici une réappropriation stratégique de la logique assurantielle. Francisca ne remet pas en question le principe de la franchise élevée, elle mobilise la logique économique qui la sous-tend pour minimiser le coût global de son assurance. La logique institutionnelle n'est plus simplement activée par un faible recours anticipé, comme dans les cas précédents, elle devient l'objet d'un arbitrage explicite qui confère à son choix une dimension stratégique.

Alors que Francisca mobilise une stratégie consistant à maintenir une franchise élevée, Elodie adopte une autre forme d'action stratégique, fondée ici sur le changement de franchise. Dans le cadre des soins liés à sa transition de genre, elle modifie sa franchise en anticipant l'augmentation de ses dépenses de santé :

« 300 [...] ça, c'est nouveau, j'ai changé cette année. Avant, j'étais à 2'500.-, la plus haute »

Lorsqu'on lui a demandé de nous raconter la raison de son changement elle explique :

« parce que là, mes coûts de santé, ils ont augmenté [...] Du coup, c'est mes parents qui payent encore mes assurances [...] j'ai regardé avec eux et on a décidé de descendre à 300.- [...] ces dernières années, j'ai pris de plus en plus de médicaments, et puis, je pense l'année prochaine faire des opérations [...] Donc, c'était plus malin de descendre la franchise »

Elodie. Femme transgenre. Changement de la franchise de 2'500 à 300 CHF

Elodie anticipe une augmentation de ses dépenses et adapte sa franchise en conséquence. Son expression « c'était plus malin de descendre la franchise » rend compte du calcul qui intervient dans cette décision. La minimisation des coûts passe ici par l'ajustement de la franchise à

l'évolution anticipée de son recours aux soins mobilisant les possibilités prévues par le dispositif en fonction de l'évolution de ses besoins de santé.

Chez Maria Teresa, le passage de 2'500 à 300 CHF intervient dans un contexte d'augmentation du recours aux soins, mais à partir d'une expérience différente :

« Maintenant, c'est 300.-. Et quand je suis tombée malade, l'année dernière, j'avais 2'500. J'ai eu un problème aux yeux à cause d'un stress intense. [...] Du coup, toutes les opérations, toutes les consultations et tout ça, ça m'a coûté environ 9 000 francs. Je devais donc payer les 2'500 de franchise, et après ça, l'assurance a commencé à prendre le reste en charge et je ne payais plus que 10 %. Mais comme je ne tombais jamais malade, c'était toujours à moi de payer les consultations au cours de l'année. Comme je n'atteignais pas les 2'500 francs - j'avais atteint 2 300.- une fois -, j'ai dû tout payer de ma poche. Du coup, ça m'embêtait de toujours devoir avancer les frais »

Maria Teresa. Femme de 50 ans. Changement de franchise : de 2'500 à 300 CHF

Elle poursuit :

« la franchise de 300.- depuis l'année passée. Cette année, comme j'ai eu 50 ans, j'ai commencé à tomber malade. J'avais mal aux genoux, au dos, j'ai attrapé la grippe plusieurs fois, et d'autres choses comme ça »

Maria Teresa

Chez Maria Teresa, le changement de franchise prend forme à partir de l'expérience des coûts supportés avec une franchise de 2500 CHF. Tant qu'elle « ne tombait jamais malade », cette franchise restait cohérente avec son faible recours aux soins. L'évolution de son état de santé et l'augmentation de son recours ont cependant modifié ce rapport. Elle rapporte avoir atteint 2'300 CHF de dépenses sans dépasser le seuil de sa franchise, puis, une autre année, avoir déboursé, selon ses estimations, environ 9000 CHF en opérations et consultations. Le fait de devoir « toujours avancer les frais » intervient alors dans le passage à la franchise ordinaire.

Elodie et Maria Teresa passent donc toutes deux de 2'500 à 300 CHF dans une recherche de minimisation des coûts, mais leur arbitrage ne se construit pas à partir de la même temporalité. Elodie prend principalement en compte les dépenses qu'elle anticipe, notamment en raison des opérations qu'elle envisage, tandis que Maria Teresa réévalue sa franchise à partir des coûts déjà supportés et de l'évolution de son recours aux soins. C'est ce travail de calcul qui distingue les cas réunis dans cette section de la configuration précédente. Chez Néri, Jean-Claude et Aida, la franchise élevée va de soi, restant cohérente avec un faible recours aux soins déjà anticipé, tandis que chez Francisca, Elodie et Maria Teresa, les différentes options du dispositif sont mises en regard des coûts qu'elles impliquent.

6.3.3 La franchise comme désarticulation entre l'AOS et l'accès effectif aux soins : l'organisation de soins transnationaux

Comme nous l'avons vu avec Francisca, Elodie et Maria Teresa, le choix et le changement de la franchise relèvent d'une stratégie de minimisation des coûts. Or, dans certaines configurations, cette stratégie s'articule aussi à l'organisation des soins en dehors de la Suisse, en l'occurrence en France. C'est ce que nous observons lorsque le choix de la franchise s'inscrit dans l'organisation de soins transnationaux. Nous abordons ici ces pratiques à partir de ce qu'elles révèlent du choix de la franchise et de l'articulation entre l'affiliation à l'AOS et l'accès effectif aux soins.

Dans notre enquête, l'entretien avec Maria Teresa et Lucila apporte des données sur des pratiques transnationales de soins susceptibles de trouver, dans les zones frontalières de la Suisse, des conditions favorables à leur développement. La configuration de ces pratiques dans leurs parcours sera développée dans la deuxième partie de notre analyse. Le récit de Lucila permet ici d'observer le choix de la franchise comme stratégie d'accès aux soins, cette fois-ci dans le cadre de soins transnationaux, en l'occurrence en France.

« Nous, avec des amies [...] une fois, une amie est tombée très malade et elle n'avait pas, alors nous avons cotisé pour qu'elle puisse payer ce qui lui est arrivé ici, en Suisse. Et ensuite, une amie a dit : mais qu'est-ce qu'on est bêtes : prenons la plus haute, qu'elles prennent 2'500.-, et allons en France. Regardez, moi j'ai trouvé cette clinique, est magnifique, luxueuse. Et combien coûte le frottis ? Combien ça coûte ? Alors le frottis à l'époque nous coûtait 18 euros en France »

Lucila. Franchise de 2'500 à 300 CHF. Habite à Genève

Le récit de Lucila prolonge la logique de minimisation des coûts observée chez Francisca, mais dans une configuration où le choix de la franchise s'articule à l'organisation de soins en dehors du système suisse. Si, chez Francisca, la logique du faible usage se voit déjà contrariée, puisque le choix de la franchise maximale s'accompagne d'un recours important aux soins dans le système suisse, chez Lucila, la réappropriation de la logique institutionnelle se traduit en plus par l'externalisation d'une partie des soins. Chez Lucila et ses amies, le faible usage de l'AOS est maintenu, mais il ne correspond pas à un faible recours aux soins. Elles choisissent la franchise la plus élevée tout en organisant une partie de leurs soins en France. La logique de faible usage du système suisse est ainsi réappropriée et reconfigurée dans un parcours de soins qui s'étend de part et d'autre de la frontière.

L'affiliation obligatoire ne peut pas être remise en cause. Cependant, le choix de la franchise maximale participe à une organisation dans laquelle le lien entre l'affiliation à l'AOS et le recours effectif et régulier à certains soins dans le système suisse se désarticule. Lucila décrit cette organisation comme une pratique qu'elle maintient dans le temps :

« En général, jusqu'à maintenant, c'est ce que je fais [...] Moi, je conseille toujours ceci : Regarde, prends une assurance ici, mais va en France, et là-bas tu fais le frottis, tu fais toutes tes dents et tout. Combien est-ce que tu paies ? Moins que la franchise, et tu reviens ici toute neuve, et tu continues à payer »

Lucila

Lorsqu'elle dit « Prends une assurance ici, mais va en France » son récit rend visible la dissociation qui s'opère entre l'assurance à laquelle les assuré.es sont engagé.es en Suisse où les primes doivent continuer à être payées, tandis qu'une partie des soins est organisée en France. Dans cette configuration, la franchise ne structure plus principalement l'accès effectif aux soins à l'intérieur du système suisse. Elle continue cependant à organiser le rapport à l'AOS, puisque le choix de la franchise maximale est précisément articulé au maintien de l'affiliation et au paiement des primes.

Sans disparaître en tant que dispositif institutionnel, le rôle de la franchise se trouve alors resignifié par les assuré.es. Elle s'affaiblit comme principe organisateur de l'expérience du recours aux soins dans le cadre du système suisse de santé. Nous retrouvons ici la dynamique d'affaiblissement du pouvoir normatif de l'AOS, déjà observée dans les cas des personnes sans-papiers. Ce pouvoir demeure fort en ce qui concerne l'obligation d'affiliation et l'engagement financier que celle-ci suppose. Cependant, le recours régulier à des soins organisés en dehors du système suisse révèle les limites de l'AOS quant à sa capacité à structurer les espaces dans lesquels les soins sont effectivement réalisés. Cette configuration met en lumière le caractère processuel du NR et du RS, qui commencent à se configurer dès une démarche administrative structurant l'accès formel au système de santé, avant de prendre forme effective dans les parcours de soins.

Conclusion de la première partie

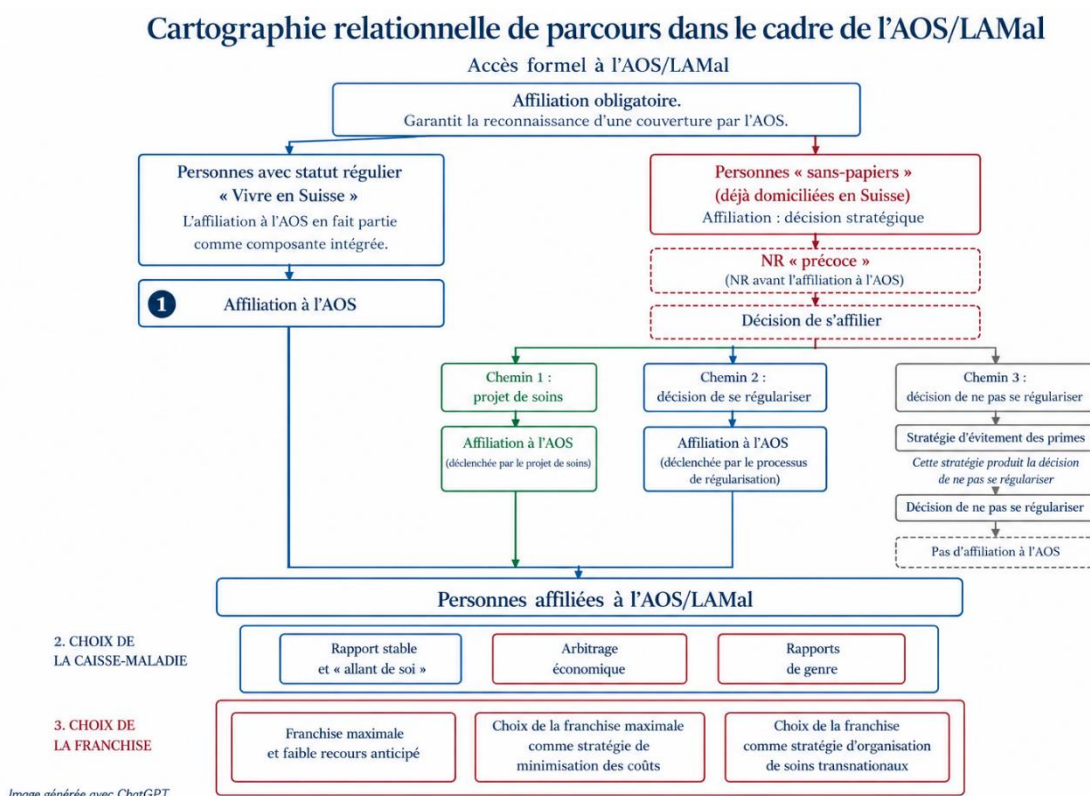
Les différentes configurations analysées dans cette première partie de notre analyse montrent que le rapport des assuré.es au cadre institutionnel de l'AOS ne se réduit pas à une adhésion formelle au dispositif ni à une succession de décisions administratives préalables au recours aux soins. Les actions qui structurent l'accès formel sont déjà traversées par la manière dont les assuré.es se rapportent à leur santé, aux coûts, aux soins et aux possibilités dont iels disposent

pour y accéder. Le NR et le RS commencent à prendre forme dès l'accès formel, au fil des arbitrages, des contraintes et des possibilités qui accompagnent l'affiliation, le choix de la caisse ou celui de la franchise. Leur configuration ne s'arrête pas à ces premières actions et se poursuit dans les parcours d'accès aux soins.

Cartographie relationnelle de parcours : l'accès formel à l'AOS/LAMal

Après avoir analysé les différentes configurations liées au processus d'affiliation, au choix de la caisse-maladie et au choix de la franchise relevées dans notre enquête, nous présentons la première partie de notre cartographie relationnelle de parcours, consacrée à l'accès formel à l'AOS.

Figure 7. *Cartographie de l'accès formel*



Chapitre 7. Analyse – Deuxième partie : l'accès effectif. Le non-recours et le renoncement aux soins

Après avoir consacré la première partie de notre analyse des résultats aux parcours dans le cadre de l'accès formel à l'AOS/LAMal, la deuxième partie porte sur les expériences qui prennent forme au niveau de l'accès effectif aux soins. Nous commencerons par distinguer les prises de distance vis-à-vis du cadre de l'AOS qui relèvent du NR et du RS de celles qui prennent forme dans des contextes habilitants de l'action. Nous analyserons ensuite les expériences de NR et de RS autour de deux enjeux particulièrement présents : la confiance et les raisons financières. Enfin, nous nous intéresserons aux pratiques transnationales de soins comme l'une des orientations de l'action par lesquelles les assuré.es reconfigurent, lorsque les conditions le permettent, certains parcours de soins.

Comme nous l'avons montré dans la revue de littérature, le NR et le RS peuvent renvoyer à une même situation empirique. Dans notre analyse, ils sont appréhendés comme deux focales analytiques distinctes et complémentaires. Le rapport à l'AOS/LAMal constitue le référentiel central à partir duquel ces deux focales sont mobilisées, notre analyse portant sur la manière dont le NR et le RS se configurent dans les parcours d'accès aux soins des assuré.es et dans leur rapport à ce cadre.

7.1 Toutes les prises de distance du cadre de l'AOS ne relèvent pas du non-recours et du renoncement aux soins

Les processus agentiques dans des contextes habilitants de l'action

Comme nous l'avons présenté dans la démarche de codage, la comparaison des différentes formes de prise de distance vis-à-vis du cadre de l'AOS a conduit à distinguer des contextes d'action contraignants et habilitants. Cette distinction constitue un premier point d'entrée dans l'analyse du NR et du RS. Une première configuration se caractérise par des possibilités d'action qui permettent aux personnes d'orienter leurs parcours selon leurs préférences, leurs goûts ou leurs convictions. C'est le cas de Jean-Claude et de Néri :

« La biorésonance, si tu veux, tout ce qui est vivant a des fréquences, et puis, tu peux, avec certains appareils quand tu le branches au corps par exemple, détecter toutes les fréquences de tous les organes et puis la machine elle sait à quelle fréquence doit fonctionner un corps en bonne santé [...] Je crois assez à ça. Ça me plaît ça [...] Alors j'ai pris quatre jours pour aller faire de la biorésonance et puis je crois plus à ça que si j'étais au CHUV où on me fait une biopsie et puis ils me donnent des petites crèmes avec du cortisone et des machins comme ça. Parce qu'en fait c'est ça, le CHUV il m'a donné des crèmes au

cortisone et puis alors un petit peu c'est bien mais en fait, c'est sans fin ces machins et puis pour finir ton corps c'est de la chimie. La cortisone, c'est typique, le corps il fabrique sa propre cortisone, un corps en bonne santé, mais quand tu prends de la cortisone tout le temps parce que t'as des petites démangeaisons et tout, le corps il dit : il me donne la cortisone j'arrête de le faire. Et puis pour finir t'es tributaire de ces médecines. Ça je trouve c'est pas terrible »

Jean-Claude. Architecte, chef d'entreprise

Le récit de Néri traduit une configuration similaire :

« je consulte des thérapeutes parallèles, c'est-à-dire pas la médecine classique comme on l'entend [...] principalement, moi, c'est pour les soins parallèles, ostéopathie, acupuncture, [...] tout ce truc-là, naturopathie »

« À vrai dire, je n'ai pas du tout envie d'avoir affaire à la médecine classique [...] j'ai une complémentaire, malheureusement, elle est pas très bonne, mais bon, ça fait rien, je suis prête à payer moi-même, parce que le pourcentage qu'ils me remboursent il est assez faible »

Néri. Ostéopathe. Travaille à son compte

Dans les deux cas, les orientations observées sont liées à des convictions personnelles, à un rapport critique à la médecine « classique » et à une préférence pour des approches thérapeutiques alternatives. Elles se déploient en dehors du cadre de l'AOS sans résulter d'une difficulté à y accéder ou d'un arbitrage imposé par la contrainte. Jean-Claude et Néri disposent de marges de manœuvre suffisantes pour orienter leurs pratiques de soins selon leurs préférences thérapeutiques et leurs conceptions de la santé.

Jean-Claude explicite certaines des ressources sur lesquelles repose cette possibilité :

« J'ai pas mal d'amis qui sont un peu dans les médecines parallèles, donc je vais déjà... Si on peut solutionner avec des choses douces, ça me plaît. Après, tu me diras, je peux me le permettre, parce que, justement, je ne suis pas dans la difficulté. La plupart des gens ne peuvent pas se permettre ça. Parce que ces trucs parallèles [...] tu paies chaque fois 120 balles, chaque fois que tu vas faire un traitement. Donc, [...] la plupart des gens qui sont limités au niveau économique, ils ont une assurance, puis ils vont chez le médecin »

Jean-Claude

Le « je peux me le permettre » de Jean-Claude est important pour la distinction que nous opérons. Les ressources financières dont il dispose, mais aussi son réseau, sa capacité de mobilité, le temps disponible et ses connaissances des médecines alternatives constituent des conditions habilitantes qui élargissent ses possibilités d'action. Jean-Claude établit d'ailleurs

lui-même cette différence lorsqu'il oppose sa situation à celle des personnes « limitées au niveau économique ».

La lecture de ces expériences à partir des dimensions constitutives de l'agentivité précise la configuration observée. Chez Jean-Claude et Néri, l'action ne s'oriente pas principalement à partir d'un dilemme émergent ou d'une résistance rencontrée dans les contingences du présent. Leur rapport aux soins repose sur des schémas de pensée et d'action déjà constitués, stabilisés et régulièrement mobilisés dans leurs pratiques (Emirbayer & Mische, 1998). La dimension itérative domine ici les processus agentiques.

Nous revenons ici sur la distinction entre le NR et la « sortie ou défection des services publics », cette dernière associée à un « choix » et aux « individus qui, pour diverses raisons, décident de se passer de prestations sociales ou de services publics et qui, par la suite, cherchent à se les procurer ailleurs » (Warin, 2006 : 11). Jean-Claude et Néri se passent de certaines prestations auxquelles ils pourraient recourir dans le cadre de l'AOS et cherchent ailleurs des réponses qui correspondent davantage à leurs conceptions et à leurs préférences.

Chez Néri, cette prise de distance concerne aussi les examens préventifs. Lorsqu'on aborde cette question, elle nous dit :

« tu reçois dans ta boîte aux lettres des invitations pour aller faire des mammographies, des coloscopies, enfin, tous des machins très désagréables [...] puis on s'est rendu compte que c'était pas si utile de faire ces examens fréquemment, parce qu'on détecte plein de choses qui ne se seraient jamais développées ».

Elle ajoute par la suite :

« le fait d'aller gratter dedans au cas où, ça les développe et j'ai pas envie de me donner à une technologie que je ne trouve pas très humaine »

Néri

Son refus de réaliser certains examens, comme les mammographies, ne répond pas à une limitation de ses possibilités d'accès. Il prend sens dans son rapport à la médecine et dans son désaccord avec certaines pratiques auxquelles elle ne souhaite pas se soumettre.

L'entretien réalisé avec une ostéopathe apporte un autre regard sur cette configuration. À propos de sa patientèle, elle raconte :

« je pense que j'ai affaire à des gens qui ont généralement un meilleur état de santé [...] c'est pas les gens qui prennent le plus de médicaments [...] la plupart ils ont [une complémentaire] ceux qui n'ont pas c'est

peut-être 15% [...] je pense que... j'ai pas l'impression d'avoir une population défavorisée [...] les gens qui vivent dans la précarité ont peut-être moins le temps de s'écouter »

Caractérisant sa patientèle, elle poursuit :

« des gens qui aiment bien comprendre je pense, c'est vrai qu'il y a beaucoup de gens qui viennent ici parce qu'ils aiment bien aussi que je leur donne des informations autres que juste la structure, donc c'est des gens qui sont intéressés je pense à leur vie, à comprendre »

Ostéopathe

Les expériences de Jean-Claude et de Néri, mises en perspective par l'entretien avec l'ostéopathe, permettent de caractériser des prises de distance vis-à-vis du cadre de l'AOS relevant de la « sortie ou défection des services publics » au sens de Warin (2006). Si elles se déploient en dehors du cadre de l'AOS, elles prennent forme dans des contextes habilitants de l'action, se distinguant des expériences de NR et de RS auxquelles nous consacrons la suite de notre analyse, qui prennent forme dans des contextes contraignants de l'action.

7.2 La confiance comme ingrédient du NR et du RS

Dans notre analyse des données, nous avons constaté qu'un certain nombre de situations de NR et de RS gravitaient autour de l'enjeu de la confiance, enjeu qui s'est manifesté à différents niveaux. Nous commencerons cette analyse par les interactions entre médecins et patient.es et la manière dont la confiance se fragilise. Des diagnostics, des traitements ou des prises en charge jugés déficients par les patient.es peuvent participer à la configuration du NR et du RS. Au fil des parcours, l'accumulation de ces expériences peut aussi conduire la méfiance au-delà des relations interpersonnelles et atteindre plus largement le rapport au système de santé.

7.2.1 Fracturation de la confiance

7.2.1.1 Les interactions médicales

Le cas de Francisca permet de suivre un parcours de soins marqué par une hernie discale qui, pendant six ans, n'a pas été identifiée comme telle, ses douleurs étant attribuées à une sciatique.

« pendant que j'étais dans ce processus de que ça me fait mal, ça me fait mal, ça me fait mal, ils n'arrivaient pas à une conclusion. Il a fallu que je sois vraiment très mal, très mal, pour qu'ils arrivent à la conclusion que j'avais une hernie discale. Ils ne me l'ont jamais détectée [...] Cela fait six ans que j'avais cette douleur dans la jambe. Ils m'ont fait l'IRM environ trois fois et il n'est jamais rien sorti. Rien n'est apparu. Le mot hernie discale n'a jamais été mentionné. Et je vous parle ici d'un processus de six ans. Eux, les médecins, disaient que c'était une sciatique. [...] Que ce n'était rien [...] des médicaments, ils me donnaient juste de l'ibuprofène, m'envoyaient chez le physio, rien de plus. Juste ça. »

Le récit de Francisca permet d'observer une fracturation progressive de la confiance interpersonnelle à travers les deux dimensions sur lesquelles repose, selon Haberey-Knuessi et Obertelli, la confiance des malades envers les médecins : « le relationnel et l'estimation de sa compétence » (2017 : 114). L'estimation de la compétence médicale se dégrade au fil d'expériences dans lesquelles les réponses apportées ne permettent ni d'identifier son problème ni de soulager durablement ses douleurs, malgré un suivi médical prolongé.

« Quand je suis allée le voir pour ma douleur à la jambe, je n'ai jamais obtenu de résultats. Et il m'a dit [...] : Madame, que voulez-vous ? Vous avez 53 ans. Vous n'avez plus 30 ans pour ne plus avoir mal. Vous devez vous faire à la douleur [...] Les larmes me sont montées aux yeux et j'ai pleuré. Et ma réponse a été : alors, à quoi ça sert de payer une assurance ? Si dès 50 ans, il n'y a plus de solution pour le malade qui vient avec des douleurs, à quoi ça sert ? Si l'assurance n'est là que pour les jeunes, parce qu'à partir de 50 ans, on a mal, on souffre, et on nous dit : Fais avec, parce que tu as déjà 50 ans. C'était ma façon de voir les choses. Et voilà. J'ai pleuré, parce qu'il m'a balancé ça comme ça, sans aucune délicatesse, parce que ça m'a vraiment touchée. »

Francisca

À la remise en question de la capacité de la prise en charge à répondre à son problème s'ajoute une atteinte à la dimension relationnelle de la confiance. Les propos du médecin, qui associent la persistance de ses douleurs à son âge, sont vécus par Francisca comme un manque de considération à son égard et contribuent à fragiliser l'autre pilier de la confiance interpersonnelle.

Cette fracturation ne reste cependant pas circonscrite à la relation interpersonnelle. Haberey-Knuessi et Obertelli identifient « le relationnel et l'estimation de sa compétence » comme les deux piliers sur lesquels repose la confiance des malades à l'égard des médecins (2017 : 114). Dans le cas de Francisca, les expériences répétées de prises en charge qu'elle juge sans résultat affectent notamment l'estimation de la compétence médicale. Sa réaction - « alors, à quoi ça sert de payer une assurance ? » - montre que son questionnement s'étend au-delà de la relation avec le médecin pour atteindre l'utilité même qu'elle attribue à l'assurance qu'elle paie. La lecture en termes de niveaux micro, méso et macro proposée par Haberey-Knuessi et Obertelli permet de saisir ce déplacement, le médecin occupant une position « à l'interface entre le malade et le système expert » (2017 : 114). La fracturation de la confiance interpersonnelle commence ainsi à se prolonger dans le registre de la confiance sociale.

« Comme j'ai vu que ça ne donnait rien, je suis pas allée chez le médecin [...] J'ai pris mes petits comprimés, j'ai suivi mon traitement ici même, j'ai fait mes exercices ici même, parce que ça ne me faisait aucun effet. C'est seulement quand j'étais vraiment, vraiment mal que j'y suis allée [...] Mais comme j'ai vu que j'y allais juste pour dire bonjour, qu'il fallait payer 140.- pour la consultation et tout ça, et que je voyais que ça ne donnait rien. Juste pour qu'on te donne un ibuprofène, pourquoi y aller ? Pourquoi y aller ? Pour rien »

Francisca

Le « comme j'ai vu que ça ne donnait rien » établit directement un lien entre l'expérience accumulée des prises en charge et la décision de ne plus consulter. Francisca ne cesse pas complètement de consulter : elle repousse le recours jusqu'au moment où elle est « vraiment, vraiment mal ». Le coût de la consultation intervient dans cette reconfiguration sans être dissocié de l'expérience médicale. Elle met directement les 140 CHF en rapport avec ce qu'elle estime obtenir en retour : « juste pour dire bonjour » ou recevoir « un ibuprofène ». Face à l'absence de réponse à son problème, le coût devient une raison supplémentaire de ne pas recourir aux soins.

L'expérience de Lucila permet de poursuivre cette réflexion à partir d'une autre trajectoire. Alors que, chez Francisca, la confiance se fragilise progressivement au cours d'un suivi prolongé sans réponse à son problème, le récit de Lucila fait apparaître un événement précis qui provoque une rupture avec sa médecin traitante et dont les effets se prolongent ensuite dans son rapport au recours médical.

« Ça m'est arrivé il y a deux ans. J'avais une médecin traitante. Je suis allée la voir et je lui ai dit : J'ai mal à la hanche. Elle m'a répondu : Prenez du Dalfalgan. Je lui ai dit : Mais j'ai mal, je n'arrive plus à marcher, envoyez-moi chez un spécialiste. » Elle m'a dit : « Prenez du Co-Dalfalgan [...] Je l'ai pris. Croyez-moi, j'ai eu le souffle coupé. J'ai commencé à trembler. J'ai fermé la porte, j'ai prévenu mon père, et je suis sortie comme ça. Les gens pensaient que j'étais droguée. C'est comme ça que je suis arrivée à l'hôpital. À l'hôpital, on m'a demandé ce que j'avais pris. J'ai répondu : « Du Co-Dalfalgan. J'ai été allergique au Co-Dalfalgan !! J'ai failli mourir. J'ai eu une inflammation du... comment ça s'appelle ? Le pancréas. Il s'est enflammé. J'ai passé près d'un mois à l'hôpital pour ces examens du pancréas et tout ce qu'on m'a fait subir »

Lucila. Employée domestique

La réaction allergique au Co-Dafalgan prescrit par sa médecin, suivie de graves conséquences sur sa santé et d'une hospitalisation prolongée, remet directement en question l'un des deux piliers de la confiance interpersonnelle identifiés par Haberey-Knuessi et Obertelli (2017 : 114), l'estimation de la compétence de sa médecin. Lucila poursuit :

« Je suis allée voir la médecin et je lui ai dit : Mais comment avez-vous pu me faire ça ? Je lui ai dit : C'était votre responsabilité. Elle a dit : Mais c'est que... à ce moment-là... Elle s'est mise à remplir des documents, tout ça pour m'envoyer parce qu'on me demandait des informations sur ce qu'on m'avait fait [...] Là, elle s'est mise à m'appeler sans arrêt parce que j'ai dû rester chez moi. "Madame, ça va ? Ça va ?" Là, oui, mais quand j'ai failli mourir... Je suis allée retirer tous mes dossiers chez cette médecin »

L'expérience racontée par Lucila peut être mise en relation avec les « ruptures d'engagement » évoquées par Haberey-Knuessi dans le passage de la confiance à la méfiance (2024 : 15). La fracturation de la confiance trouve une traduction concrète dans sa conduite lorsqu'elle retire son dossier. Son « Là, oui, mais quand j'ai failli mourir... » montre que l'attention manifestée ultérieurement par la médecin ne rétablissait pas une confiance déjà rompue.

Un peu plus tard, lorsqu'on lui demande s'il lui est déjà arrivé d'avoir besoin d'aller chez le médecin mais de finalement ne pas y aller, Lucila répond :

« Moi, je me retiens, je me retiens, je ne vais pas chez le médecin [...] Parce qu'ils ne me donnent que du Dalfalgan, à quoi ça sert d'y aller ? S'ils ne donnent que du Dalfalgan. Pareil, même avec mes petites-filles, quand elles tombent malades, et mon fils : c'était mon fils ? Non maman, du Dalfalgan pour les filles aussi, ces comprimés, juste ça. Et puis, comment on dit déjà... pourquoi aller chez le médecin ? Et combien ça coûte ? Les factures sont chères [...] c'est pas donné. »

Lucila

Le passage de « la médecin » à « ils ne me donnent que du Dalfalgan » est significatif. La méfiance ne porte plus uniquement sur la médecin avec laquelle Lucila a rompu la relation, mais s'étend à la prise en charge médicale au-delà de cette relation particulière. La distinction entre confiance interpersonnelle et confiance sociale proposée par Bizouarn (2008), ainsi que la lecture en termes de niveaux micro, méso et macro de Haberey-Knuessi et Obertelli (2017), permettent de saisir ce déplacement.

C'est dans cette reconfiguration plus large du rapport au recours que s'inscrivent le NR et le RS. En affirmant qu'elle « se retient » d'aller chez le médecin tout en s'interrogeant sur la pertinence même d'y recourir - « Pourquoi aller chez le médecin ? » -, Lucila donne à voir la manière dont ses expériences antérieures interviennent dans ses recours ultérieurs. Cette dynamique fait écho à l'analyse processuelle de Revil, qui montre comment les expériences de NR et les critiques qui en découlent peuvent devenir un « ingrédient de la non-demande » (2021 : 223) et « 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 » (2021 : 225).

Le coût des soins intervient dans cette reconfiguration. La question « Et combien ça coûte ? » s'inscrit dans la continuité immédiate de son interrogation sur l'utilité de consulter lorsque la réponse apportée se réduit, dans son expérience, à la prescription de Dafalgan. Comme chez Francisca, la contrainte économique ne constitue pas ici un facteur isolé : elle s'articule à une confiance déjà fragilisée et intervient à son tour dans la décision de se retenir de consulter. Dans les deux cas, les effets de ces expériences dépassent la relation médicale dans laquelle elles prennent forme et participent à une mise à distance plus générale du recours, dans laquelle s'imbriquent NR et RS. Qu'en est-il alors lorsque la méfiance ne se construit plus seulement à partir d'expériences situées dans la relation médicale, mais précède déjà l'entrée dans cette relation ? C'est ce que nous examinerons à travers les situations suivantes.

7.2.1.2 Une méfiance qui précède la relation médicale

Le cas d'Elodie déplace l'analyse vers une configuration différente de celles venant d'être présentées. Au-delà de la relation interpersonnelle, la méfiance se manifeste dans le rapport qu'Elodie entretient avec l'institution médicale et les modalités de prise en charge auxquelles elle est confrontée en tant que femme trans. Lorsqu'on lui demande comment elle perçoit sa santé, elle répond :

« Physiquement, ça va [...] Au niveau de la santé mentale, c'est pas ouf [...] je suis une personne très anxieuse. J'ai des assez gros traumatismes [...] Dans ma santé, il y a deux éléments qui prennent de la place, c'est ma santé mentale et ma transition de genre [...] J'ai rarement eu de gros soucis de santé physique, du coup c'est pas quelque chose qui prend une grosse place dans mon espace mental »

Elodie. Femme transgenre. Etudiante

La santé mentale et la transition de genre occupent une place centrale dans la manière dont Elodie décrit sa santé, tandis que la santé physique occupe, selon ses propres termes, une place moins importante dans son « espace mental ». C'est autour de la santé mentale et de sa transition de genre que se concentrent les tensions qu'Elodie rapporte dans son rapport au milieu médical.

« J'ai commencé ma transition il y a maintenant cinq ans. Je me suis *out-ée* en tant que femme trans il y a 5 ans en arrière, et puis là, ça fait trois ans et demi que je prends des hormones. Dès le début que j'ai commencé ma transition, j'ai assez vite compris que le milieu médical, c'était pas un milieu qui allait m'aider. C'est un milieu plutôt qui cherche à surmédicaliser nos vécus, donc, avoir un méga contrôle sur nos corps et aussi à méga psychiatriser, [...] nous voir comme des... il faut statuer qu'en effet, tu es un peu folle pour avoir accès à des médicaments »

Elodie

Contrairement aux situations précédentes, la méfiance exprimée ici ne porte pas prioritairement sur la compétence d'un médecin particulier. Elle concerne plus largement le « milieu médical », ses modalités de prise en charge et le pouvoir qu'Elodie lui attribue dans l'accès aux soins liés à sa transition. La distinction proposée par Bizouarn (2008) entre confiance interpersonnelle et confiance sociale permet ainsi de déplacer l'analyse vers ce second registre, rattaché à la confiance envers les institutions. La méfiance précède ici la relation interpersonnelle et concerne le cadre institutionnel dans lequel celle-ci est susceptible de prendre forme.

« Je pense que je suis une personne qui consulte quand même assez vite. Je ne vais pas laisser traîner. [...] Mais ça me demande un méga effort parce qu'il faut que je passe [...] chaque fois, je dois passer par des intermédiaires [...] cercles communautaires [...] listes de spécialistes *safe* pour les personnes trans. »

Elodie

La méfiance envers le cadre institutionnel n'empêche pas Elodie de recourir aux soins, mais ce recours lui demande un travail préalable qu'elle qualifie de « méga effort », comprenant notamment la recherche et la sélection de professionnel.les à travers des réseaux communautaires et des listes de spécialistes considérés comme *safe*. La confiance interpersonnelle ne va dès lors pas de soi car la possibilité de l'établir passe par la mobilisation de ressources extérieures à l'institution médicale. Les réseaux communautaires constituent, dans ce contexte, des espaces de confiance permettant d'orienter le recours plutôt que d'y renoncer. Cette dynamique se retrouve lorsqu'Elodie décrit l'accès institutionnel aux soins liés à sa transition :

« Chaque fois, il y a vraiment ce trouc qu'il faut prouver que t'es trans. Il y a quand même beaucoup de médecins qui vont... par exemple, si tu vas faire ta trans, si tu vas demander des soins de transition de genre au CHUV, c'est un parcours horrible. Tu vas passer devant un psychiatre qui va attester que t'es bien trans, que tu corresponds à leur vision de la transidentité pour accéder aux soins. Du coup, c'est des gens qui ont énormément de pouvoir par rapport à ça »

Le médecin apparaît ici dans la position d'interface entre le malade et le système expert décrite par Haberey-Knuessi et Obertelli (2017). Dans le récit d'Elodie, l'accès à certains soins dépend de professionnel.les habilité.és à valider sa demande et, par cette validation, à conditionner son accès au traitement. La relation interpersonnelle est donc difficilement dissociable du cadre institutionnel dans lequel elle prend forme et des rapports de pouvoir qu'Elodie lui attribue.

« T'es en danger psychologique parce qu'il y a des psychiatres qui *gatekeep* ton accès à des hormones parce que soi-disant tu serais pas assez stable psychologiquement [...] pas assez stable mentalement pour en prendre. Et pour moi, c'est extrêmement dangereux. Parce que ça a été prouvé que

l'accès aux hormones améliore ta santé mentale. Et il y a plein de médecins qui disent... ouais, c'est ça. Il y a plein de médecins qui disent non, on va pas te donner accès aux hormones parce que ça change tes humeurs, parce que t'as pas une bonne santé mentale. Pour moi, ça c'est vraiment dangereux, c'est dangereux »

La méfiance d'Elodie porte non seulement sur les modalités institutionnelles d'accès aux soins, mais également sur les conséquences qu'elle estime que celles-ci peuvent avoir sur la santé des personnes concernées. Il ne s'agit pourtant pas d'un rejet général de la biomédecine. Elodie consulte, recourt aux traitements hormonaux et recherche activement des professionnels auxquels elle peut faire confiance. Sa mise à distance concerne les modalités de prise en charge institutionnelle qu'elle décrit comme contraignantes ou dangereuses et participe à la recherche d'autres voies d'accès aux soins.

Si chez Jean-Claude et Néri, une position critique et distante vis-à-vis de la médecine « classique » conduisait à éviter le cadre de l'AOS, cette mise à distance se déployait dans un espace de choix sécurisé. Contrairement chez Elodie, elle s'inscrit dans un contexte où l'accès aux soins qu'elle recherche est vécu comme contraignant et vulnérabilisant. Des pratiques de mise à distance apparemment proches ne prennent donc pas la même signification selon les conditions dans lesquelles elles se déploient. Si celles de Jean-Claude et de Néri ne relevaient pas du NR ou du RS, celles du parcours d'Elodie participent à leur configuration. Cette comparaison permet de nuancer une lecture trop individualisante de la mise à distance en termes de « choix ».

« Ce qu'on va te prescrire, si tu passes par le milieu médical, [...] ce sont tous des médicaments qui ne sont pas faits pour les personnes trans [...] les hormones que tu vas prendre pour transitionner, c'est des hormones faites pour les femmes cis contre la ménopause [...] parce que pour les entreprises pharmaceutiques, on n'est pas du tout un groupe qui leur apporterait assez de bénéfices. Du coup, c'est pour ça qu'ils ne vont pas faire de recherche là-dessus. Par exemple, les injections, c'est la chose qui fonctionne le mieux, c'est pas du tout produit pour les femmes trans. C'est pour ça qu'on les produit nous-mêmes »

Cette remise en question ne conduit toujours pas à l'abandon du soin : elle participe à son déplacement vers d'autres voies d'accès.

« un jour, il y a une copine que je fréquentais dans des cercles communautaires trans qui m'a dit : [...] j'étais à Paris, j'ai ramené des fioles d'œstrogène, des fioles de liquide d'œstrogène, et qui sont fabriquées par des meufs trans à Paris, et tu peux te les injecter. Et du coup, j'ai un peu fait mes recherches sur internet et tout, et un mois après, j'ai pris ma décision. Je me suis dit, ah vas-y, je vais commencer à faire ça. Du coup, ça a été déjà beaucoup plus accessible en fait. J'ai eu, au lieu de passer par tout un tas de

contraintes médicales, j'ai eu mes hormones en l'espace d'une semaine, méga facilement, et ça coûte pas cher »

Les réseaux communautaires ne servent donc plus seulement à identifier des professionnel.les *safe*. Ils deviennent des voies d'accès aux traitements et des espaces de circulation de l'information.

« Nous, au sein de la communauté, nos expériences, on a presque plus de connaissances que les endocrinologues parce qu'on sait ce qui marche, ce qui ne marche pas, on connaît les dosages, on sait ce qui est dangereux, ce qui ne l'est pas »

Elodie, femme transgenre de 25 ans

Le déplacement du recours s'accompagne alors d'un déplacement de la confiance et d'une remise en question de la compétence médicale et de la légitimité du savoir médical institutionnalisé. En affirmant qu'au sein de la communauté, « on a presque plus de connaissances que les endocrinologues », Elodie ne conteste plus seulement les modalités institutionnelles de prise en charge ou le pouvoir exercé sur l'accès aux traitements. Elle oppose au savoir médical les savoirs construits des expériences partagées au sein des réseaux communautaires, qu'elle considère comme des sources de connaissances fiables et légitimes. Les réseaux et ces savoirs ouvrant d'autres voies d'accès aux soins, dans le cas d'Elodie le NR et le RS dans le cadre de l'AOS ne signifient pas l'arrêt du parcours de soins. Sa trajectoire se poursuit ainsi dans une nouvelle configuration.

7.2.1.3 La perception d'un caractère marchand des rapports de soins

Dans notre enquête, la récurrence d'expressions et d'expériences à travers lesquelles les participant.es décrivent un système de soins fortement traversé par la facturation et le calcul économique a retenu notre attention. Cette dimension est déjà présente dans les récits de Francisca, lorsqu'elle explique qu'elle allait chez le médecin « juste pour dire bonjour » tout en devant payer 140 CHF la consultation, et de Lucila, pour qui « rien que pour qu'on nous prescrive du calcium, du magnésium, ou un autre, la facture arrive déjà, et c'est pas donné ». Elle ressort des expériences racontées par Maria Teresa et Aida :

« La généraliste, parce que c'est elle qui devait me donner un papier pour m'envoyer chez l'autre médecin. Je ne pouvais pas aller directement chez le spécialiste. Je devais passer par la généraliste. Alors, c'est là que j'ai commencé à voir, pour moi, que tout c'est un business [...] pourquoi ? Parce que même pour cinq minutes au téléphone, on vous facture déjà. C'est déjà une facture qu'on vous fait payer. Pour cinq minutes de conversation, parce qu'il n'y a pas de place pour une consultation en présentiel et qu'on vous fait alors la consultation par téléphone »

Une expérience similaire nous est partagée par Aida :

« Et quelques jours après, j'ai reçu un appel du gynécologue pour me dire que le contrôle que j'avais fait était négatif, qu'il n'y avait rien, que tout était en ordre. Et quelques jours après, j'ai reçu une facture de 17 francs... Et je me dis, mais c'est quoi cette facture de 17 francs ? Alors, la facture correspondait à l'appel que j'avais reçu du médecin, pour me communiquer le résultat de mon contrôle. C'est scandaleux pour moi. Je n'ai pas demandé l'appel, mais c'est un appel pour me communiquer le résultat du frottis que j'ai dû payer, ce que je trouve dégoûtant c'est que cet appel me soit facturé. Pour moi, c'était scandaleux parce que je me dis, comment c'est possible un appel qui n'a même pas duré deux minutes ? Parce que c'était vraiment [...] Madame, je vous appelle pour votre contrôle gynécologique, tout va bien, il ne faut pas vous inquiéter. Voilà, et donc, après, 17 francs de facture »

Aida

À travers les expressions de Francisca et de Lucila, ainsi que les récits de Maria Teresa et d'Aida, la catégorie de « marchandisation du soin » (Haberey-Knuessi, 2024 : 17) permet d'éclairer la construction d'une perception du système de santé fortement traversée par la facturation et le calcul économique. Dans des contextes où les ressources financières sont limitées, les coûts des soins peuvent directement peser sur le recours et participer au NR et au RS, mais les récits présentés montrent que la perception du caractère marchand du système ne se construit pas uniquement à partir des montants à payer. Elle se manifeste dans ce qui est vécu comme une extension de la logique de facturation à des interactions ordinaires de la prise en charge. L'appel de moins de deux minutes facturé à Aida ou la consultation téléphonique de cinq minutes évoquée par Maria Teresa participent à la construction d'une représentation du système de santé où la moindre interaction devient facturable.

Cette perception dépasse les interactions particulières dans lesquelles elle prend forme. Lorsque Maria Teresa affirme que « tout c'est un business », son appréciation s'étend plus largement au système de soins. La distinction entre confiance interpersonnelle et confiance sociale proposée par Bizouarn (2008) permet d'observer ce changement d'échelle : la perception du caractère marchand peut alors fragiliser la confiance accordée au système.

Cette perception n'apparaît pas depuis les mêmes positions dans notre matériau. Chez Francisca, Lucila, Maria Teresa et Aida, elle prend forme dans des expériences où la dimension économique les touche directement et intervient, dans un contexte de ressources financières limitées, dans leurs possibilités d'accès aux soins. Chez Jean-Claude, elle s'inscrit davantage dans un positionnement politique et critique à l'égard du fonctionnement du système de santé.

Selon lui, le médecin « n'a plus possibilité de savoir par lui-même ce qu'il doit faire. Il reçoit des ordres quelque part, et puis... voilà, il faut faire marcher l'industrie ». Chez Elodie, cette perception prend une autre forme. Elle porte sur la production des traitements, attribuant l'absence de traitements spécifiquement développés pour les personnes trans au manque d'intérêt économique que celles-ci représenteraient pour l'industrie pharmaceutique.

Ces différentes perceptions du caractère marchand du système peuvent être mises en dialogue avec le récit du médecin généraliste ayant participé à notre enquête en qualité d'expert. Il décrit certaines tensions économiques qui traversent sa pratique médicale⁴¹.

Médecin généraliste : « Il y a, par exemple, certains centres pratiques, certaines procédures, certains médicaments qui sont chers. L'assureur n'aime pas qu'on donne ça. Donc ils font pression pour qu'on ne le fasse pas. Mais ça c'est parti des mécanismes de contrôle.

[...] Il y a l'assureur qui m'écrit une lettre en me demandant pourquoi j'ai prescrit ces médicaments, je lui donne une explication [...] Je ne dirais pas que pour les patients il y a un grand impact, l'impact c'est plutôt pour les médecins.

Chercheuse : Et par rapport aux prescriptions, aux pratiques vis-à-vis des patients, dans vos relations médecin-patient, est-ce que cette tension a un impact ?

Médecin généraliste : Non, parce que les patients sont plutôt compréhensifs, ils comprennent [...] je leur explique, il faut voir si l'assurance l'accepte ou pas.

Chercheuse : Et [...], si l'assurance ne l'accepte pas, qu'est-ce qui se passe dans ce cas, par exemple ?

Médecin généraliste : Donc, il faut donner un autre traitement, parce qu'il y a des indications. Ce sont des questions d'un côté technique et d'un autre côté politique. Mais pour nous, les médecins de base, il n'y a pas grand-chose à faire »

Par ce qu'il désigne comme des « mécanismes de contrôle », le médecin décrit la « pression » exercée par les assurances face à certaines prises en charge. Il situe les effets de ces pressions du côté des médecins considérant qu'elles n'ont pas « un grand impact » sur les patient.es. Pourtant, lorsqu'il explique que, si l'assurance n'accepte pas un traitement, « il faut donner un autre traitement », son récit montre que ces mécanismes peuvent intervenir dans la prise en charge. Lorsqu'il ajoute que, face à eux, « pour nous, les médecins de base, il n'y a pas grand-chose à faire », il souligne les limites de son autonomie face à ces mécanismes.

La position du médecin « à l'interface entre le malade et le système expert » décrite par Haberey-Knuessi et Obertelli (2017 : 114) permet de saisir comment celui-ci est pris dans des

⁴¹ Une version étendue de cette séquence d'entretien est présentée en annexe.

rapports institutionnels et économiques susceptibles d'intervenir dans sa pratique et, à travers elle, dans la relation médicale. Dans ces conditions, le caractère marchand attribué au système, au-delà de nourrir une critique à son égard, contribue à fragiliser la confiance, qui participe à la configuration du NR et du RS.

7.2.2 Les processus agentiques face à la fracturation de la confiance

Dans cette section, nous analysons les processus agentiques qui se déploient face à la fracturation de la confiance dans les situations de NR et de RS observées. À ce stade de notre analyse, il est établi que les situations observées dans les parcours de Francisca, Lucila, Elodie, Maria Teresa et Aida prennent forme dans des contextes contraignants de l'action. Il reste à comprendre comment les assuré.es agissent dans ces conditions lorsque la confiance se fracture. Dans les cas présentés, cette fracturation ne signifie pas que les personnes cessent d'agir. Les orientations qui prennent la forme du NR et du RS se construisent dans la gestion d'un rapport déstabilisé avec le système de soins, à travers un processus d'évaluation qui s'ancre dans les contingences de la situation présente et mobilise les expériences antérieures ainsi que les possibilités d'action envisagées.

Les processus analysés permettent observer une forte dimension itérative à travers l'accumulation des expériences antérieures. Chez Francisca, les consultations sans résultat, les prescriptions répétées d'ibuprofène, la physiothérapie ou encore le coût des consultations finissent par constituer un schème à partir duquel elle interprète les situations ultérieures de recours. Lorsqu'elle affirme « comme j'ai vu que ça ne donnait rien », elle mobilise explicitement l'expérience passée dans l'évaluation de la situation présente. Nous observons un processus similaire chez Lucila lorsqu'elle affirme qu'« ils ne donnent que du Dafalgan », ou chez Elodie lorsqu'elle explique avoir « assez vite compris que le milieu médical, c'était pas un milieu qui allait m'aider » et anticipe ce qui se passerait en cas de recours : « Ce qu'on va te prescrire, si tu passes par le milieu médical, c'est soit des hormones, des pills... ».

Cette forte présence de la dimension itérative ne suffit toutefois pas à en faire la dimension dominante de l'action. Emirbayer et Mische rappellent que, « pour chacun des aspects analytiques de l'agentivité, une orientation temporelle constitue la tonalité dominante, façonnant la manière dont les acteur.rices se rapportent aux deux autres dimensions du temps » (1998 : 972). La question est donc de savoir dans quelle orientation temporelle dominante ces expériences passées sont mobilisées.

La fracturation de la confiance participe ici à la problématisation de la situation. Face à un besoin de soins, le recours cesse d’aller de soi et devient l’objet d’un travail d’évaluation. Les expériences antérieures interviennent ensuite dans la manière dont cette situation est caractérisée. Les expériences accumulées par Francisca, Lucila et Elodie participent ainsi au travail de délibération autour des possibilités de recours qui s’offrent à elles dans la situation présente.

Devant la question « que faire ? », la dimension projective apparaît dans la délibération, lorsque les acteur.ices envisagent différentes possibilités pour répondre à la situation problématique. Emirbayer et Mische parlent à ce propos d’une « expérimentation imaginative » des trajectoires futures (1998 : 998-999). Dans les situations analysées, le NR ou le RS peut constituer l’une de ces orientations sans épuiser les possibilités considérées. Nous retrouvons ici la notion de résolutions synthétiques. Chez Francisca, l’action s’oriente vers la décision de ne plus aller chez le médecin, tout en poursuivant la prise de comprimés et ses exercices par elle-même, jusqu’au moment où l’aggravation de son état la conduit à consulter de nouveau. Le NR participe ainsi à une manière de composer avec le coût du recours et l’absence de résultats qu’elle lui associe. Chez María, l’achat de lunettes à la Migros constitue une autre forme de résolution synthétique. Il lui permet de composer avec l’impossibilité économique d’accéder à la prise en charge souhaitée, alors même qu’elle estime que ces lunettes sont en train d’abîmer davantage sa vue. Dans les deux cas, l’orientation prise permet de composer avec les contraintes de la situation sans pour autant satisfaire pleinement le besoin de soins. Chez Elodie, le travail de délibération s’illustre par la mise à distance du cadre institutionnel et la mobilisation des réseaux communautaires, à travers lesquels elle cherche des professionnel.les *safe* et accède à certains traitements en dehors des voies institutionnelles.

La décision n’est pas toujours identifiable comme un moment précis dans les récits. Emirbayer et Mische montrent qu’elle peut « se fondre indistinctement dans le flux de l’activité pratique » et n’être clairement perçue qu’après coup (1998 : 999). Nous l’avons repérée rétrospectivement, à partir de l’orientation effectivement prise par l’action et de son exécution. La forte présence de l’élément itératif dans ces parcours s’inscrit dès lors dans un processus à dominante pratique-évaluative. Les expériences passées participent à la manière dont les assuré.es caractérisent la situation à laquelle iels font face et envisagent ce qu’iels peuvent faire. Les possibilités futures prennent forme au cours de cette évaluation. Passé et futur sont contextualisés à partir des contingences présentes du rapport aux soins. C’est cette «

contextualisation de l'expérience sociale » qu'Emirbayer et Mische situent au cœur de la dimension pratique-évaluative (1998 : 994).

7.3 Le non-recours et le renoncement aux soins pour des raisons financières

Nous abordons maintenant les raisons financières, lesquelles ressortent le plus explicitement et avec le plus de poids dans les situations de NR et de RS observées dans notre enquête. Elles donnent lieu à une multiplicité de négociations et d'arbitrages à travers lesquels les assuré.es cherchent à composer avec les coûts liés à l'assurance et aux soins.

María : le NR et le RS en contexte de statut migratoire irrégulier

Nous commençons avec le cas de María, assurée sans autorisation de séjour en Suisse, qui a utilisé l'affiliation comme stratégie d'accès aux soins. Dans son cas, le NR et le RS pour raisons financières s'inscrivent dans un ensemble plus large d'arbitrages liés à son statut migratoire, aux conditions du travail informel et à la prise en charge d'une famille transnationale :

María : « J'ai des problèmes de vue. J'utilise des lunettes de celles que j'achète à la Migros parce que... je ne sais pas si c'est que je n'ai pas osé aller chez le médecin pour qu'il examine mes yeux et me recommande quelque chose, parce que quand je suis allée chez le médecin, il m'a dit : "ça va vous coûter cher, mieux vaut aller à la Migros et vous acheter des petites lunettes de celles-là" [...] et moi je sens que ces lunettes sont en train d'abîmer encore plus ma vue.

Chercheuse : Donc, vous aimeriez soigner votre vue ?

María : Ohhhh !!! Que ne donnerais-je pour qu'on examine mes yeux [...] c'est une question économique [...] les lunettes coûtent extrêmement cher.

Chercheuse : Vous êtes allée chez un médecin généraliste ou chez l'ophtalmologue ?

María : Je suis seulement allée chez un médecin généraliste [...] et je lui en ai parlé. [...] comme j'avais pris l'assurance, je me suis dit : je vais chez le médecin »

María. En situation irrégulière. Employée dans le secteur domestique informel

María explique explicitement ne pas aller chez l'ophtalmologue pour traiter son problème de vue pour une raison économique. Elle consulte le médecin généraliste en raison d'un autre problème et lui parle de sa vue. La recommandation du médecin généraliste d'acheter des lunettes à la Migros plutôt que de recourir à une prise en charge spécialisée participe à son éloignement d'une prise en charge adaptée de son problème :

María : « Maintenant, je suis en train de payer le... seulement l'arrangement que je suis en train de faire avec l'assurance ; j'ai dû faire un premier arrangement, maintenant je suis en train de faire le deuxième arrangement.

Chercheuse : Qu'est-ce que c'est un arrangement ?

María : L'arrangement, c'est que si vous avez, disons, des factures en retard, vous allez à votre assurance et vous dites : non, je n'ai pas cette somme d'argent, 1'500, 2'000 francs pour les payer [...] les factures de l'assurance, c'est le paiement de tous les mois qui se sont accumulés »

Cet arrangement de paiement intervient alors que María attend depuis huit mois une réponse à sa demande de subside. Pendant cette attente, l'obligation de paiement reste active et les montants dus continuent à s'accumuler :

« J'ai pris une assurance, mais cela m'a beaucoup coûté [...] Cela m'a beaucoup coûté... maintenant, dernièrement, j'ai une assistante sociale qui m'aide pour ... pour entrer dans le programme de subside, j'attends un subside pour la santé qui dépend de... comment vous expliquer, selon ce que vous gagnez, ils calculent ensuite le montant pour que vous puissiez payer l'assurance [...] mais je l'attends depuis 8 mois et il n'est toujours pas arrivé [...] Et les factures comme ça (elle fait un geste de la main qui ressemble à une montagne) de 500 francs qui arrivent, 300.- [...] pour que je puisse aller chez le médecin [...] pour que je puisse avoir les lunettes, alors ça va me coûter, donc je reste comme ça... immobile... à attendre de voir ce qui se passe »

María

Son expression « je reste comme ça... immobile... à attendre de voir ce qui se passe » rend visible cette situation.

À travers cette expérience, le NR et le RS pour raisons financières s'inscrivent dans un ensemble plus large d'arbitrages de subsistance, que nous entendons ici par la nécessité de hiérarchiser différents besoins lorsque les ressources disponibles ne permettent pas de tous les satisfaire. Dans son cas, ces arbitrages concernent le coût de la vie en Suisse, les charges liées à l'assurance et aux soins, la précarité de son emploi ainsi que les ressources qu'elle consacre à sa famille transnationale, notamment à ses enfants restés dans son pays d'origine. Nous retrouvons aussi le subside de réduction de primes dans les parcours de Melba et d'Aida, mais depuis deux positions différentes.

7.3.1 Les limites du dispositif de réduction des primes face au non-recours et au renoncement aux soins

La comparaison entre les expériences de Melba et d'Aida permet d'interroger les limites du dispositif de réduction des primes à partir de deux positions différentes : celle d'une assurée

reconnue comme ayant droit au subsidé et celle d'une assurée dont la demande a été refusée. Dans les deux cas, bien que selon des configurations différentes, les contraintes financières continuent à participer à la production du NR et du RS.

Melba : l'accès au subsidé et la redistribution familiale de l'accès aux soins

Le cas de Melba permet d'observer le NR et le RS dans une situation où le subsidé de réduction des primes a été accordé. Bénéficiaire, comme sa fille adolescente, d'un subsidé et des PC Familles, Melba vit dans une famille monoparentale et se trouvait au chômage depuis deux mois au moment de l'entretien.

« si on parle de santé, si je dois recourir aux services de santé, je n'ai pas les moyens, je n'y arrive pas. Parce que, parce que... euh... Depuis que je suis ici, je ne suis pas allée [...] je n'ai pas pris de rendez-vous chez le médecin et je n'en ai pas, maintenant... c'est un peu par négligence de ma part, n'est-ce pas, de ne pas avoir choisi un médecin traitant [...] Mais quand vient le moment de choisir, c'est que... je n'y arrive pas, je n'y arrive pas... avec l'argent, je n'y arrive pas. Je te parle en tant que personne en bonne santé, maintenant si je suis malade, c'est impossible, c'est impossible, parce que... Bon, ma fille, elle utilise le service médical, elle l'utilise [...] elle y a recours. Alors ... je ne suis pas allée chez le médecin [...] Ma franchise est trop élevée, [...] 2'500 [...] alors j'ai une thyroïde [...] et c'est vrai que je me fais contrôler, je n'aurais pas dû le faire, mais je l'ai fait, euh, parfois quand je suis en Espagne je me suis fait contrôler »

Melba. Bénéficiaire du subsidé

Tout au long de son entretien, Melba articule de manière récurrente ses propres besoins de santé avec ceux de sa fille. Sans formuler explicitement une décision de privilégier les besoins de celle-ci aux siens, elle évoque ceux de sa fille et son bien-être lorsqu'elle parle de ses possibilités d'accès aux soins ou, plus largement, des ressources économiques dont elle dispose. Cette articulation rend observable une hiérarchisation des besoins au sein de l'économie familiale, qui produit une distribution différenciée de l'accès aux soins. Tandis que sa fille recourt aux soins en Suisse, Melba ne fait pas suivre son problème de thyroïde. Elle a recouru aux soins en Espagne à deux reprises.

Melba : « Je suis allée deux fois en Espagne [...] Je suis allée chez le médecin pour ma thyroïde, surtout pour ma thyroïde, et j'ai fait [...] un bilan gynécologique [...] j'ai fait poser un appareil dentaire à ma fille, et comme elle n'avait pas d'assurance, ça m'a coûté très cher... enfin, j'ai payé au fur et à mesure »

Chercheuse : Ici, en Suisse ?

Melba : Oui, oui, oui »

Bien que Melba et sa fille bénéficient du subside de réduction des primes et des PC Familles, les coûts liés à la santé restent difficiles à assumer dans le calcul que fait Melba de ses revenus et de ses dépenses. Son récit témoigne d'un décalage entre les ressources considérées comme suffisantes dans le calcul des PC Familles et ce qu'elles lui permettent effectivement de prendre en charge. Elle l'explique à partir de son propre calcul économique :

Melba : « Il y a une aide financière, et mon salaire correspond tout juste au minimum vital, avec une fille. Ils estiment que c'est 3'300.-, donc...

Chercheuse : Qui, eux ?

Melba : Eh bien, l'État [...] PC Familles estime que pour une famille avec une fille, le salaire est à partir de 3'300.-, et qu'avec 3'300.-, on peut déjà vivre. [...] Donc ils considèrent déjà qu'avec ce salaire, tu peux vivre [...] si tu fais ce calcul et que tu dois payer les factures de santé, c'est impossible d'y arriver.

Chercheuse : Et tu touchais déjà le subside ?

Melba : Oui, oui, je touchais déjà le subside. Si tu dois payer, c'est impossible. Par exemple, je paie mon loyer, je paie 1'700.-, j'ai eu des factures supplémentaires de 1'000.-, le chauffage... et d'autres choses. Donc, en plus d'autres dépenses, ça ne te laisse même pas les moyens de faire du sport. Par exemple, pour faire un sport de [...] pour faire un portrait dans la neige, c'est impossible [rit], ou pour prendre un café tous les jours. Tu peux prendre un café, de temps en temps »

Nous observons ici qu'en plus des soins, son calcul concerne la marge qui lui reste pour d'autres dimensions de la vie sociale. Par ailleurs, l'absence de suivi médical n'est pas sans conséquences pour Melba. À la question de savoir si ses problèmes de thyroïde avaient un impact sur sa vie quotidienne, elle nous a répondu :

« Oui, bien sûr [...] ça a un impact [...] on manque de motivation [...] Dernièrement, je suis devenue irritable [...] surtout avec ma fille [...] et je vois aussi que je perds beaucoup de cheveux, c'est aussi une conséquence de ça »

Melba identifie les effets de l'absence de suivi sur sa qualité de vie. Le NR et le RS ne relèvent donc pas ici de l'absence d'un besoin de soins identifié, car elle reconnaît ce besoin et ses conséquences, alors que le coût associé au recours continue à faire obstacle à sa prise en charge. Plus loin dans son récit, elle explique :

« parfois, il y a des périodes où mon salaire ne me suffit pas, alors je continue à puiser dans mes économies... parce qu'au final... la situation, c'est que quand tu as une fille, tu dois vivre un petit peu mieux, autant que possible, non ? »

Melba

La place qu'occupent les besoins de sa fille dans son récit permet de comprendre la distribution des ressources que nous observons plus haut dans l'accès aux soins. Lorsqu'elle explique que « quand tu as une fille, tu dois vivre un petit peu mieux, autant que possible », cette hiérarchisation constitue une composante plus générale de ses arbitrages économiques. Ce cas permet d'observer les limites du dispositif de réduction des primes du point de vue de l'accès effectif aux soins. Tout en étant bénéficiaire, Melba reste confrontée à des coûts qui pèsent sur une économie familiale dans laquelle les ressources disponibles font l'objet d'arbitrages constants.

Aida : le refus du subsidie et les limites de l'évaluation institutionnelle des ressources

Aida, que nous avons rencontrée dans la section précédente à propos de l'appel de moins de deux minutes qui lui a été facturé 17 CHF, permet d'interroger les limites du dispositif de réduction des primes depuis une autre position. Contrairement à Melba, sa demande de subsidie a été refusée. Au moment de l'entretien, elle ne percevait aucun revenu et le soutien financier de la famille reposait sur celui de son époux. Alors qu'elle rapporte plusieurs situations de NR et de RS pour des raisons financières, ce refus traduit un décalage entre l'évaluation institutionnelle des ressources de son ménage et les difficultés économiques qu'elle rencontre pour assumer le coût de l'assurance-maladie et des soins. Elle raconte :

« J'ai fait la demande de l'aide cantonale pour le subsidie, mais ils m'ont dit non [...] ils disent que je ne remplis pas les conditions [...] le revenu du ménage est suffisant, apparemment le salaire de mon mari pour nous 4 est plus que suffisant pour eux [...] mais je trouve que c'est pas normal, c'est pas normal... je n'ai pas de revenu, j'ai de la peine à payer les primes et je n'ai pas droit à une aide financière pour l'assurance [...] mon mari c'est pas qu'il gagne une fortune, en ce moment je paie l'assurance avec les allocations familiales pour enfants, ça c'est pas normal »

Aida. Subsidie refusé. Mariée avec deux enfants

Nous mobilisons deux expériences de NR et de RS rapportées par Aida pour examiner comment ces contraintes financières prennent forme dans ses parcours de soins. La première concerne ses contrôles gynécologiques. Depuis la naissance de son premier enfant, son gynécologue lui recommande de réaliser des contrôles réguliers, auxquels elle accorde de l'importance. Afin d'en minimiser les coûts, elle organisait auparavant ces contrôles lors de ses séjours dans son pays d'origine :

« chaque fois avant, quand j'allais chez moi, comme le prix ici en Suisse juste penser aller voir le médecin ça coûte déjà tellement cher, alors comme j'allais chez moi [...] je profitais d'aller chez le gynéco pour les contrôles [...] c'est vrai que [...] quand même, c'est pas le but des vacances être dans un hôpital [...]

et organiser tout ça, mais tant pis [...] c'est le bon compromis que je trouvais pour faire un contrôle que c'est important pour moi »

Mis en relation avec les difficultés qu'Aida rapporte pour payer ses primes et avec le refus de sa demande de subside, cet épisode montre le caractère processuel du NR et du RS. Leur configuration commence dans ce rapport contraignant avec le dispositif assurantiel, avant même qu'elle ne se trouve face à un besoin concret de soins. Dans le cas de ses contrôles gynécologiques, le coût des prestations en Suisse intervient dans l'arbitrage qu'elle met en place pour maintenir un suivi auquel elle accorde de l'importance. Elle les réalise dans son pays d'origine afin d'éviter ces coûts en Suisse, ce qu'elle qualifie de « bon compromis ».

La suite de son récit montre le NR et le RS pour raisons financières. Aida explique avoir réalisé seulement trois contrôles gynécologiques depuis son arrivée en Suisse et ne pas avoir pu terminer le dernier :

« par exemple, j'ai 42 ans, et depuis que je suis en Suisse, j'ai fait des contrôles gynécologiques trois fois [...] pas plus. Deux c'était après la naissance des enfants [...] là le gynéco m'a dit qu'il serait bien de pas négliger les contrôles et qu'au moins tous les deux ans je devais contrôler [...] la dernière fois c'était il y a deux ans, mais je n'ai pas pu le finir »

Aida

Concernant ce dernier contrôle, elle raconte :

« La dernière fois que je suis allée aux gynécologues [...] j'ai senti besoin de me faire contrôler les seins, parce que depuis très longtemps, je ne le faisais pas [...] Alors, je me suis renseignée, et j'ai vu que les contrôles gynécologiques étaient pris en charge par l'assurance, alors je me suis dit : bon, je vais profiter de cette prise en charge et je vais le faire. Donc, j'ai fait le contrôle des seins, j'ai fait un contrôle gynécologique assez complet [...] et là le gynéco m'envoie faire une mammographie plus profonde pour des petits nodules qu'il avait détectés. Je prends rendez-vous à l'hôpital [...] et là on me dit que je ne devais pas m'inquiéter, que les nodules observés n'avaient pas l'air suspects mais que je devais faire quand même une nouvelle mammographie deux mois plus tard [...] il fallait voir si les nodules avaient changé de forme, ou de taille et des choses comme ça, en deux mois »

Jusque-là, Aida s'est renseignée sur la prise en charge des examens gynécologiques préventifs et a suivi les recommandations médicales. La situation change lorsqu'elle reçoit quelques jours plus tard une facture de plus de 500 CHF qu'elle ne s'attendait pas à devoir payer :

« j'ai eu une facture de plus de 500 francs à payer, et ça me paraissait complètement bizarre parce que j'avais bien lu que les examens gynécologiques étaient pris en charge par l'assurance de base [...] j'appelle l'assurance pour leur demander des explications [...] la dame de l'assurance au téléphone me confirme que oui, que la prestation est bien prise en charge par l'assurance [...] que c'était déduit de la

franchise de base. C'est-à-dire qu'à ma franchise de 2'500 francs par année, ils avaient déduit les frais des consultations, que du coup ma franchise avait été réduite de 500 francs et quelques [...] franchement j'étais sous le choc, j'arrivais pas croire. Alors je devais payer la facture [...] Pour moi, c'est scandaleux [...] c'est un mensonge déguisé »

Elle ajoute :

« je comprends pas, parce que si j'ai choisi cette franchise c'est parce que je suis en bonne santé et je vais jamais chez le médecin, je sens qu'il y a quelque chose qui colle pas, de pas transparent, il y a un problème, c'est pas normal [...] la cerise sur le gâteau c'était à la fin [...] et puis qu'est-ce qu'elle me dit la dame de l'assurance ? : "c'est comme ça madame, c'est comme ça, c'est la Suisse". Incroyable, franchement, qu'est-ce que ça veut dire "c'est comme ça, c'est la Suisse" ? »

Concernant la deuxième mammographie recommandée deux mois plus tard, Aida nous dit :

« je l'ai pas faite, je l'ai pas faite, malheureusement, en plus de ce que tout ça coûte déjà, je pouvais pas. Je vais faire confiance au premier constat de la médecin [...] elle m'a dit que je devais pas m'inquiéter, donc j'espère bien »

Aida

Lorsqu'elle entreprend finalement un contrôle en Suisse, Aida s'est renseignée au préalable sur sa prise en charge et pense que son statut d'assurée lui permet d'y accéder sans devoir en assumer le coût. La facture de plus de 500 CHF vient contredire cette compréhension de la « prise en charge » intervenant ensuite dans la non-réalisation de la mammographie recommandée deux mois plus tard. Face à cette impossibilité, Aida s'appuie sur le premier constat rassurant de la médecin - « elle m'a dit que je devais pas m'inquiéter » - pour composer avec l'interruption contrainte du suivi. Son « donc j'espère bien » montre que cette réévaluation ne fait pas disparaître l'incertitude liée à l'absence du contrôle recommandé.

7.3.2 Entre prestation « prise en charge » et accès effectif aux soins

L'expérience du contrôle gynécologique d'Aida, analysée précédemment sous l'angle des contraintes financières, soulève une autre tension. Celle-ci ne concerne plus seulement son droit au subsidé et la manière dont le NR et le RS prennent forme dans son parcours, mais le fonctionnement même de la prise en charge des prestations dans le cadre de l'assurance de base et ce que cette prise en charge signifie du point de vue de l'accès effectif aux soins.

Emirbayer et Mische définissent la dimension pratique-évaluative de l'agentivité comme « la capacité des acteurs à porter des jugements pratiques et normatifs sur les différentes trajectoires d'action possibles », face aux exigences, aux dilemmes et aux ambiguïtés des situations (1998

: 971). Dans son cas, le jugement pratique se manifeste dans la manière dont Aida compose avec l'impossibilité de réaliser le deuxième examen recommandé, comme nous venons de le voir. À ce jugement pratique s'ajoute un jugement normatif. Elle ne se limite pas à évaluer ce qu'elle peut faire face à la contrainte financière, mais questionne le fonctionnement du dispositif auquel elle est confrontée. Les expressions « c'est scandaleux », « pas transparent », « c'est pas normal » ou encore « mensonge déguisé » apparaissent lorsqu'elle découvre qu'un contrôle gynécologique figurant parmi les prestations prises en charge par l'assurance de base se traduit, par le mécanisme de participation aux coûts, par une facture qu'elle doit assumer.

La surprise éprouvée par Aida lorsqu'elle reçoit cette facture révèle certes une méconnaissance de ce que l'on entend, dans le cadre de l'AOS, par une prestation prise en charge par l'assurance de base. Réduire son expérience à cette méconnaissance laisserait de côté ce que son questionnement permet d'interroger dans le fonctionnement du dispositif. Comme nous l'avons vu dans le chapitre 1, la LAMal inscrit certaines mesures de prévention parmi les prestations prises en charge par l'AOS, notamment des examens destinés à détecter à temps les maladies, tandis que l'OPAS précise les examens concernés. Cette prise en charge s'articule aux règles générales de participation des assuré.es aux coûts. Aida savait que les contrôles gynécologiques étaient pris en charge par l'assurance de base et c'est pour cette raison qu'elle décide de réaliser son contrôle. Pourtant, elle reçoit une facture de plus de 500 CHF qu'elle doit assumer au titre de sa franchise.

Au-delà du statut du contrôle comme prestation prise en charge, son incompréhension porte sur ce que signifie concrètement cette prise en charge, alors qu'elle n'empêche pas que le coût soit supporté par l'assurée, avec la possibilité que celle-ci ne soit pas en mesure de l'assumer. Lorsqu'elle affirme « si j'ai choisi cette franchise c'est parce que je suis en bonne santé et je vais jamais chez le médecin », Aida situe par ailleurs le choix de sa franchise dans un calcul personnalisé de sa marge face au risque, à partir de l'évaluation de son état de santé et de l'anticipation d'un faible recours aux soins. Son jugement normatif ne porte pas sur ce choix, qu'elle explique au contraire à partir de sa propre logique, mais sur le fonctionnement de la prise en charge, auquel elle se trouve confrontée lorsqu'elle recourt aux soins. Une prestation préventive prise en charge par l'assurance de base reste ainsi soumise à des paiements directs, en l'occurrence imputés à la franchise. C'est dans ce décalage que prend forme son sentiment qu'« il y a quelque chose qui colle pas, de pas transparent ».

Une autre expérience racontée par Aida vient renforcer cette tension. Elle concerne un parcours de soins dentaires qu'elle a dû interrompre pour des raisons économiques :

« Il y a deux ans j'ai eu aussi besoin d'aller chez le dentiste [...] J'ai eu une douleur très très forte [...] J'ai téléphoné le médecin [...] on m'a dit : il faut que vous alliez au dentiste, aux soins dentaires. Le dentiste m'a dit qu'il fallait faire trois détartrages profonds parce qu'apparemment la douleur c'était d'une accumulation, une infection qu'il y a eu là derrière où il y avait les dents de sagesse et que je devais faire trois, je devais suivre trois nettoyages profonds de mes dents. Je n'ai fait que deux. Je n'ai fait que deux parce que quand j'ai fait la première et j'ai reçu une facture de presque 300 francs, presque 300 francs un nettoyage profond. J'ai fait la deuxième, à nouveau, presque 300. Et le troisième je ne l'ai pas fait »

Aida

Si les deux expériences partagées par Aida correspondent au NR et au RS, elles relèvent de ce que Revil définit comme du NR partiel (2021 : 222). Dans le premier cas, Aida ne réalise pas la deuxième mammographie recommandée pour contrôler l'évolution des nodules ; dans le second, deux des trois soins dentaires prescrits sont réalisés, tandis que le troisième est abandonné pour des raisons financières :

« pourquoi je ne l'ai pas fait ? J'aurais voulu le faire. Si le médecin m'a dit [...] trois nettoyages profonds pour éliminer l'infection. Mon idée de départ était d'en faire les trois... J'aurais voulu les faire mais... sauf pour mes enfants, je n'avais jamais posé les pieds dans un cabinet dentaire en Suisse [...] et c'est fou, j'ai dit à une copine que j'avais arrêté le traitement car c'était trop cher, et la première chose qu'elle me dit c'est : ahh les soins dentaires sont pas pris en charge par l'assurance et oui, c'est cher. [...] donc vous voyez ? c'est du n'importe quoi [...] les soins dentaires... pas pris en charge et je dois les payer... les contrôles chez le gynéco, pris en charge et je dois les payer aussi... »

Aida, femme de 42 ans, en reconversion professionnelle, sans emploi

Ces expériences se répondent dans le récit d'Aida. Pour les soins dentaires, elle sait que ces prestations ne sont pas prises en charge par l'assurance de base et interrompt son traitement en raison du coût. Dans le cas du contrôle gynécologique, elle entreprend au contraire le suivi après s'être renseignée et avoir vu qu'il figure parmi les prestations prises en charge, mais finit par renoncer au deuxième contrôle lorsqu'elle est confrontée aux frais qu'elle doit assumer.

Du point de vue de ses besoins et de son accès effectif aux soins, la distinction entre prestation prise en charge et prestation non prise en charge perd ainsi une partie de sa signification puisque, dans les deux situations, la poursuite des soins dépend de sa capacité à en assumer le coût. Il ne s'agit pas de considérer ces situations comme équivalentes dans le fonctionnement de l'AOS. Elles ne le sont pas. Ce que montre le récit d'Aida est que cette différence institutionnelle ne produit pas nécessairement une différence du point de vue de l'accès effectif lorsque, dans les deux cas, le coût restant à sa charge conduit au NR et au RS. Son « c'est du n'importe quoi »

se construit à partir de cette expérience du dispositif et des conséquences que ses différentes modalités de prise en charge ont sur ses possibilités d'accès effectif aux soins.

7.3.3 L'évaluation pratique dans la configuration du NR et du RS

Les situations analysées dans cette section sont marquées par une dominante pratique-évaluative. Nous pouvons maintenant lire les expériences de María, Melba et Aida à partir des tonalités internes de l'évaluation pratique. Dans les termes d'Emirbayer et Mische, la problématisation intervient lorsqu'une trajectoire d'action rencontre une résistance appelant un travail d'évaluation (1998 : 998). Dans les situations analysées ici, cette résistance prend principalement la forme de la contrainte financière. Nous observons alors comment les assuré.es évaluent les possibilités d'action qui leur restent accessibles lorsque le coût des prestations contraint leur accès effectif aux soins.

Les différentes tonalités de l'évaluation pratique ne sont pas nécessairement observables dans un même passage d'entretien, ni de la même manière dans toutes les situations. Certains extraits rendent directement observables un travail de caractérisation, de délibération ou la prise d'une décision. C'est par la mise en relation des différents éléments du récit et des différents moments du parcours que ce travail devient plus clairement observable.

La délibération, présente dans les trois parcours, ne porte pas sur les mêmes éléments. Chez Melba et María, différentes fins entrent en concurrence. Emirbayer et Mische situent la confrontation entre des fins concurrentes parmi les enjeux qui interviennent dans ce travail (1998 : 998-999). Chez Melba, son besoin de suivi de la thyroïde prend place parmi d'autres besoins qu'elle doit satisfaire avec des ressources qu'elle décrit comme insuffisantes. La mise en relation de ce qu'elle raconte de ses revenus, de ses dépenses, des besoins de sa fille et de son propre suivi médical permet de comprendre comment la poursuite de ses soins entre en concurrence avec d'autres nécessités. Chez María, faire examiner sa vue et suivre un traitement adapté entre en concurrence avec le paiement des primes et des factures accumulées, ses besoins quotidiens et ceux de ses enfants dans son pays, alors que la précarité de son emploi et son statut administratif limitent ses possibilités d'augmenter ses ressources.

Chez Aida, la délibération se donne davantage à voir dans l'évaluation des trajectoires d'action possibles autour du contrôle gynécologique. Alors qu'elle considère ses ressources insuffisantes et a demandé à bénéficier du subsidé, la possibilité même de réaliser ce contrôle fait l'objet d'une évaluation préalable. Elle se renseigne sur les modalités de sa prise en charge par l'assurance de base et décide, sur cette base, de le réaliser : « alors je me suis dit : bon, je vais

profiter de cette prise en charge et je vais le faire ». L'élément itératif intervient dans la caractérisation de l'évaluation pratique. Lorsqu'elle apprend que les contrôles gynécologiques figurent parmi les prestations prises en charge par l'assurance de base, cette information est interprétée à partir d'une compréhension préétablie de ce que signifie une prestation « prise en charge ». Aida l'associe à l'absence de frais qu'elle devrait assumer. À partir de cette caractérisation de la situation, elle évalue le contrôle comme économiquement accessible et décide de le réaliser.

Lorsque le travail de délibération aboutit au NR ou au RS dans les situations analysées, le besoin de soins identifié reste insatisfait. La notion de « moindre mal » proposée par Emirbayer et Mische permet de saisir cette configuration. Les auteur.rices montrent que, lorsque plusieurs biens ou besoins impératifs entrent en concurrence, l'action peut ne pas aboutir à une « résolution heureuse », mais au choix d'un « moindre mal » (1998 : 1000). Dans les parcours analysés, malgré les différentes formes prises par l'évaluation, le besoin de soins reste présent et son importance n'est pas remise en cause. Dans un espace de possibilités contraint par les ressources disponibles, le NR et le RS prennent alors la forme de ce « moindre mal ».

7.3.4 Discussion

Les limites du dispositif de réduction des primes

Pris ensemble, les cas de Melba, Aida et María permettent d'interroger la portée du dispositif de réduction des primes du point de vue de l'accès effectif aux soins. Comme nous l'avons vu dans le chapitre 1, ce dispositif vise à soutenir les assuré.es de condition économique modeste en couvrant tout ou partie de leurs primes. Son champ d'action porte sur la charge financière que représentent les primes et non sur les frais de soins. Les situations analysées permettent d'observer les implications concrètes de cette délimitation lorsque des difficultés économiques interviennent dans l'accès effectif aux soins.

Pour Melba, malgré son droit au subside, les frais de soins constituent un obstacle au recours. Pour Aida, reconnue comme n'y ayant pas droit, le seuil d'éligibilité la laisse hors du dispositif, alors que le NR et le RS pour des raisons économiques se manifestent dans son parcours de soins. Pour María, c'est la temporalité de l'accès au dispositif qui devient saillante. La décision concernant son droit au subside n'est pas encore intervenue alors que, pendant huit mois d'attente, les charges continuent à s'accumuler et que son besoin de soins persiste. Ces différentes configurations montrent que le soutien apporté au paiement des primes n'agit pas directement sur l'accès effectif aux soins.

La prise en charge des prestations et la prévention

Les enjeux de la prévention dépassent l'échelle individuelle. Grangier et al. présentent « la réduction de la mortalité due au cancer du col de l'utérus » comme un exemple de « l'effet, sur une population, d'une prévention par le dépistage » (2017 : 1826). Les auteur.rices indiquent qu'en Suisse « le dépistage cytologique du col de l'utérus (aussi appelé Pap test ou frottis) a permis de réduire son incidence d'au moins 50 % » et soulignent que « le risque de cancer se trouve essentiellement chez les patientes qui ne participent pas, ou rarement, au dépistage » (2017 : 1826). Dans le cas du dépistage du cancer du sein, Freund et al. indiquent qu'« il mène à une détection plus précoce et une réduction de la morbi-mortalité », tandis que son abstention « accroît le risque de diagnostic tardif et de traitements lourds » (2025 : 1946).

Notre terrain nous a permis d'observer que les contrôles gynécologiques font partie des soins externalisés en dehors du système suisse de santé. Les difficultés d'accès à ces contrôles ne concernent donc pas uniquement Aida. Si Melba rapporte avoir réalisé un bilan gynécologique en Espagne, Lucila évoque le coût d'un frottis en France lorsqu'elle explique l'organisation de ses soins en lien avec le choix d'une franchise élevée en Suisse. Ces expériences mettent en lumière les limites de la catégorie de « prestation prise en charge » du point de vue de l'accès effectif aux soins. Ces limites dépassent l'échelle individuelle lorsque les soins concernés relèvent d'un enjeu de santé publique.

Le cas d'Aida permet d'examiner cette tension à travers le mécanisme de participation individuelle aux coûts que constitue la franchise. Si la notion même de « choix » de la franchise mérite d'être interrogée, « les décisions liées au choix de la franchise dépendent essentiellement des coûts de santé attendus, des différences de primes, de la situation financière et de la disposition personnelle des assuré.es face au risque » (Kaiser & Gerfin, 2017 : 10). L'inscription de ces contrôles parmi les prestations prises en charge par l'AOS ne garantit donc pas leur accès effectif lorsque la participation aux coûts reste susceptible de faire obstacle aux soins.

7.4 Transnationalité des soins

Au cours de notre enquête, la transnationalité des soins est apparue dans différentes situations de NR et de RS. Villa-Torres et al. abordent le transnationalisme à partir des processus sociaux, économiques et politiques qui dépassent les frontières nationales (2017 : 70). Dans le domaine de la santé, les auteur.rices s'intéressent à la « manière dont les migrant.es répondent à leurs préoccupations et à leurs besoins de santé de manière transnationale, en activant ou non leurs liens transnationaux afin d'obtenir toute forme de ressource liée à la santé, notamment de

l'information, des médicaments ou des soins de santé »⁴² (Villa-Torres et al., 2017 : 71). Cette approche rejoint les pratiques observées dans notre enquête par la diversité des ressources mobilisées pour répondre à un besoin de santé au-delà des frontières suisses. Cependant, Villa-Torres et al. (2017) les étudient à partir des migrant.es et de leurs liens transnationaux, tandis que dans notre analyse, le parcours migratoire ne constitue pas une condition pour qualifier une pratique comme transnationale.

La transnationalité des soins constitue ici une possibilité d'action dans les parcours de NR et de RS. Dans les parcours analysés, elle prend trois formes, que nous appelons pratiques transnationales « ponctuelles », « intermédiaires » et « stabilisées ».

Les pratiques ponctuelles se manifestent de manière occasionnelle. Elles sont liées à des opportunités de répondre ailleurs à un besoin de soins spécifique et peuvent se répéter sans structurer durablement l'organisation des soins. Nous avons identifié des pratiques intermédiaires, dans lesquelles le recours transnational commence à entrer dans l'organisation ou la projection des soins. Les pratiques stabilisées s'inscrivent de manière plus structurée dans les parcours et se caractérisent par des rapports plus stables avec des professionnel.les ou des établissements de soins en dehors de la Suisse. Les pratiques intermédiaires et stabilisées sont apparues dans notre enquête chez des participantes vivant dans un canton frontalier ou relativement proches d'une zone frontalière. Cela nous amène à poser l'hypothèse que ces espaces pourraient offrir un terrain plus favorable à l'organisation de certaines pratiques transnationales.

Fondamentalement liées aux situations de NR et de RS pour des raisons financières observées, ces pratiques participent à leur configuration, tout en reconfigurant les parcours lorsque les assuré.es disposent des possibilités leur permettant de chercher d'autres voies d'accès aux soins en dehors de la Suisse. Elles ne font donc pas disparaître le NR et le RS dans le cadre de l'AOS ni les rapports contraints qu'ils continuent à entretenir avec le système suisse, auquel ils restent affilié.es et dans lequel s'inscrit en permanence leur parcours de soins.

Pratiques transnationales ponctuelles

Un premier exemple de pratiques transnationales ponctuelles concerne Francisca et ses trois enfants, dans le cadre de soins d'orthodontie :

⁴² [Ma traduction]

« je suis allée en Espagne parce que le traitement des enfants me coûtait, pour les trois, 40'000.-, pour les trois enfants [...] bien sûr qu'ils avaient une assurance qui couvrait 70 % [...] enlève 30 % des 40'000.-. Les 30 %, ça faisait environ 12'000.- que je devais payer [...] alors je me suis renseignée en Espagne et j'ai demandé combien on allait me facturer les appareils dentaires des enfants [...] alors en Espagne, ils m'ont demandé 3'000.- pour un enfant, 3'000.- pour la fille et 3'000.- pour l'autre garçon, donc ça me revenait à environ 9'000.- [...], alors que si je les faisais soigner ici en Suisse, ça me coûtait... [...] c'est pour ça que j'ai fait les dépenses en Espagne. »

Francisca, mère de 3 enfants.

Les enfants ont une assurance complémentaire pour les traitements dentaires

On retrouve ici la logique de réduction des coûts identifiée précédemment dans notre analyse, que Francisca se réapproprie dans le calcul et la comparaison des coûts du traitement de ses enfants. Cet arbitrage l'amène à déplacer leurs soins d'orthodontie vers l'Espagne. Malgré une assurance complémentaire couvrant 70 % du traitement en Suisse, le recours à un système auprès duquel ses enfants n'étaient pas couverts demeure, selon son calcul, plus avantageux.

Un autre exemple de pratique ponctuelle vient de Melba, à partir d'un extrait déjà mobilisé à propos du NR et du RS pour des raisons financières :

« Je suis allée deux fois en Espagne [...] Je suis allée chez le médecin pour ma thyroïde, surtout pour ma thyroïde, et j'ai fait [...] un bilan gynécologique »

À un autre moment de son entretien, elle ajoute :

« c'est vrai que je me suis fait examiner, je n'aurais pas dû le faire, mais je l'ai fait, euhhh, parfois, quand je suis en Espagne, je me suis fait examiner là-bas, parce que si je réside ici, mon droit c'est de me faire suivre ici et non en Espagne, mais je l'ai fait, et quand j'ai été au [mon pays], je l'ai fait au [mon pays]. Et comme ma thyroïde est plutôt bien, j'ai un suivi, mais au moment où la thyroïde se déséquilibrera, alors oui, je vais avoir une urgence, et comme je dis, je n'aurai pas les moyens d'aller chez le médecin, parce que c'est extrêmement cher, même en ayant un salaire moyen »

Melba

Dans ces exemples, bien que les pratiques se répètent dans le temps, l'idée de continuité et de stabilité ne ressort pas des récits. Les soins transnationaux s'inscrivent dans le cadre d'un voyage et d'une opportunité ponctuelle d'accès aux soins. Ces pratiques peuvent être lues à partir de la notion de « résolutions synthétiques » d'Emirbayer et Mische (1998 : 990). Face aux contraintes qui pèsent sur leur accès aux soins en Suisse, Francisca et Melba mobilisent une possibilité qui leur permet de composer avec la situation en répondant ponctuellement à certains besoins de soins, sans que les contraintes à l'origine de cet arbitrage disparaissent.

Dans son récit, le recours aux soins dans le cadre de l'AOS est envisagé en cas d'urgence, au « moment où la thyroïde se déséquilibrera ». Ce moment, perçu comme doublement problématique, représente une détérioration significative de son état de santé nécessitant d'agir en urgence, qu'elle relie en même temps à ses difficultés financières. Le recours au système suisse est ainsi projeté vers un moment où les possibilités d'arbitrage dont elle dispose pour organiser autrement ses soins se réduiraient.

Une autre tension concerne le recours de Melba à des soins ailleurs alors qu'elle réside en Suisse. Lorsqu'elle dit « je n'aurais pas dû le faire, mais je l'ai fait », son récit renvoie au décalage qu'elle perçoit entre son inscription dans le système suisse et son recours à des soins en dehors de celui-ci. Lorsqu'elle affirme que « si je réside ici, mon droit c'est de me faire suivre ici et non en Espagne », elle rattache son accès aux soins au système auquel elle est affiliée. Son « mais je l'ai fait » exprime la tension entre ce qu'elle considère devoir pouvoir obtenir du système auquel elle est rattachée et ce à quoi elle peut effectivement accéder. Malgré le subsidiaire dont elle bénéficie, les contraintes économiques conduisent Melba à profiter de ses déplacements pour réaliser certains soins en dehors de la Suisse, y compris le contrôle gynécologique. Son cas prolonge ainsi la réflexion menée précédemment autour des limites de ce dispositif.

En revanche, dans le cas de María, la possibilité même de recourir à des soins transnationaux se trouve fortement limitée. En raison de sa situation irrégulière, la possibilité de circuler constitue pour elle une source de peur, comme elle nous l'a confié lors de notre entretien :

« Je suis pas sortie de Suisse [...] Depuis que je suis ici, je suis allée dans un petit village, pour découvrir... la Suisse [...] mais... j'ai peur d'un contrôle... parce que... on peut s'attendre à tout »

María. En situation irrégulière

Le cas de María introduit ici un contraste. Il montre que, même dans des contextes marqués par d'importantes contraintes économiques, la mobilité constitue une ressource susceptible d'être mobilisée dans les arbitrages d'accès aux soins. Pour María, les contraintes découlant de son statut irrégulier limitent cette possibilité. La transnationalité des soins reste ainsi attachée aux ressources dont disposent les assuré.es en matière de mobilité.

Pratiques transnationales intermédiaires

La distinction que nous proposons entre ces différentes formes de pratiques transnationales n'est pas figée. Certaines montrent des degrés variables d'organisation et de planification dans

les modalités d'accès aux soins. À la retraite, Mily continue à travailler à un taux de 50 % dans le secteur de la restauration, sa rente AVS n'étant pas suffisante pour subvenir à ses besoins :

Mily : « les médicaments ici en Suisse sont trop chers par rapport au reste de l'Europe. [...] on paye le double que l'on paie ailleurs à l'étranger [...]

Chercheuse : Et comment vous savez ? vous connaissez les prix ailleurs ? est-ce que vous êtes déjà allée acheter des médicaments à l'étranger ?

Mily : Ah oui [...] Oui, les médicaments c'est le même. Pourquoi payer ça ? [...] En France, on passe la frontière on peut aller chercher les médicaments sur la moitié des prix [...] sous ordonnance je ne peux pas [...] je ne peux pas aller les chercher en France [...]

Chercheuse : et quels sont les médicaments vous achetez en France ?

Mily : Tous les médicaments de base pour les grippes pour tout ça [...] les sirops pour la grippe c'est la moitié de prix d'ici, moi on va ici à la pharmacie on paye 16 francs pour un sirop on va en France on les trouve pour 9 euros les médicaments pour la gorge ici ils sont à 10.-, 11.-, 12.- francs on va en France on les a pour 3, 4 euros »

Mily. À la retraite, travaille à 50% dans la restauration

On observe ici une forme d'organisation dans laquelle Mily achète les médicaments courants dans l'espace transfrontalier, tandis que les médicaments sous ordonnance restent rattachés à la Suisse. Le recours au système suisse intervient ainsi pour les soins qui laissent moins de marge à l'arbitrage.

Un autre exemple qui permet d'observer cette configuration intermédiaire nous vient d'Aida :

« L'année passée, pendant les vacances de Pâques, on a fait 5 jours en Croatie et j'ai cherché [...] s'il y avait un cabinet dentaire [...] j'ai contacté la clinique [...] Avant de partir en vacances j'avais déjà le jour et l'heure de mon rendez-vous pour un nettoyage profond et un contrôle dentaire [...] et ils m'ont donné une estimation du prix [...] je suis allée, tout a été nickel [...] et ça m'a coûté 75 euros [...] combien en Suisse que j'ai même pas pu finir les trois nettoyages profonds ? [...] maintenant ce que je vais faire c'est que dès qu'on organise des vacances à quelque part, je sais déjà que je dois chercher une clinique dentaire... voilà »

Aida

L'expérience d'Aida en Croatie se présente d'abord comme une pratique ponctuelle, liée à un voyage de vacances. Le déplacement vers une pratique intermédiaire se produit à partir de ce qu'elle tire de cette expérience. Elle met en regard le coût et les conditions du soin réalisé en Croatie avec le fait de ne pas avoir pu terminer son traitement en Suisse. Lorsqu'elle affirme que désormais, chaque fois qu'elle organisera des vacances, elle cherchera une clinique

dentaire, le recours ponctuel commence à entrer dans la projection et l'organisation de ces soins à venir.

La place des soins dentaires au regard de l'AOS introduit une délimitation institutionnelle dans les possibilités d'accès aux soins. Ces prestations se situant en dehors du périmètre de la franchise, une éventuelle participation aux frais relève d'une assurance complémentaire. Cette délimitation s'ajoute aux contraintes économiques qui interviennent dans les possibilités d'accès aux soins. Le coût du traitement, entièrement à sa charge, avait conduit Aida à interrompre les soins en Suisse. Leur réalisation en Croatie, également sans couverture mais à un coût plus abordable, constitue une autre voie d'accès face aux contraintes rencontrées en Suisse.

Pratiques transnationales stabilisées

À la différence des pratiques présentées précédemment, les pratiques transnationales stabilisées s'inscrivent de manière plus structurée dans les parcours de soins. Nous avons déjà rencontré cette dimension dans le choix de la franchise de Lucila, qui intègre une organisation des soins en France. Nous reprenons ici un extrait de son récit.

« Prenons la plus haute, qu'elles prennent 2500.-, et allons en France. Regardez, moi j'ai trouvé cette clinique, est magnifique, luxueuse. Et combien coûte le frottis ? Combien ça coûte ? Alors le frottis à l'époque nous coûtait 18 euros en France. [...] c'est ce que je fais [...] Moi, je conseille toujours ceci : Regarde, prends une assurance ici, mais va en France, et là-bas tu fais le frottis, tu fais toutes tes dents et tout. Combien est-ce que tu paies ? Moins que la franchise, et tu reviens ici toute neuve, et tu continues à payer »

Lucila. Changement de franchise de 2500 à 300 CHF

Bien qu'affiliée à l'AOS, Lucila réalise avec ses amies leurs examens gynécologiques en France. L'accès à une prestation appartenant à la catégorie « prise en charge par l'assurance de base » est ainsi déplacé en dehors du cadre de l'AOS. Ces pratiques se distinguent des pratiques ponctuelles par la manière dont elles finissent par s'inscrire plus durablement dans l'organisation des parcours.

Le parcours d'Aida montre une autre forme de stabilisation. Nous revenons sur un élément de son récit présenté précédemment dans l'analyse des limites de l'évaluation institutionnelle des ressources, dont nous avons alors laissé de côté la dimension transnationale :

« [...] chaque fois avant, quand j'allais chez moi, comme le prix ici en Suisse juste penser aller voir le médecin ça coûte déjà tellement cher, alors comme j'allais chez moi [...] je profitais d'aller chez le gynéco

pour les contrôles [...] c'est le bon compromis que je trouvais pour faire un contrôle que c'est important pour moi »

Aida

Lorsqu'Aida dit « chaque fois avant, quand j'allais chez moi », elle décrit comment elle profitait de ces voyages pour réaliser ses contrôles gynécologiques. Le « bon compromis » dont elle parle montre comment le recours aux soins en dehors de la Suisse s'était progressivement inscrit dans l'organisation de ce soin.

Cette stabilisation est encore plus visible chez Lucila, qui réalise en France ses contrôles de santé et y a son dentiste :

« Oui, c'est obligatoire, mais il n'y a pas les bénéfices de cette obligation. Et nous, nous allons en France et nous faisons un grand bilan de santé. J'ai un dentiste merveilleux en France, vraiment bon marché, et ici, un jour je me suis réveillée avec ça, alors je suis allée à Carouge, 550 francs [...] Je lui ai dit : "Et qu'est-ce que vous allez me donner ?" Il m'a répondu : "Non, ça va finir par passer, nous ne pouvons rien faire [...]". Mais j'ai mal [...] Faites des rinçages [...] La facture, elle, est arrivée : 550 francs »

Lorsqu'on lui demande combien cela lui avait coûté en France, elle poursuit :

« En France, l'extraction d'une dent m'a coûté 90 euros. Imaginez, de 500.- à 90 euros ! Les détartrages, je me les fais aussi là-bas »

Lucila

Contrairement au recours d'Aida à une clinique dentaire en Croatie, à partir duquel elle commence à envisager d'y réaliser ses futurs soins dentaires, Lucila a déjà une organisation stabilisée : elle a un dentiste traitant en France. Bien qu'ils restent entièrement à sa charge en France comme en Suisse, ces soins lui sont financièrement plus accessibles en France.

Maria Teresa partage une expérience similaire à propos de ses lunettes, en mobilisant son expérience en Suisse pour expliquer ce qui l'a conduite à les faire réaliser en France.

« j'ai moi aussi fait faire mes lunettes en France. Pour 620 euros. Là-bas, en France, ces lunettes [...] Ici, elles coûtent un peu plus de 2 000 euros. La première paire m'avait coûté 2 400 francs !! Alors après je me suis dit : en France. C'est moins cher »

Maria Teresa

Lorsque Maria Teresa dit « alors après je me suis dit : en France », elle rend visible une réorientation de l'action à partir de cette première expérience du coût des lunettes en Suisse, qui déplace désormais leur achat vers la France. Les parcours transnationaux observés ici ne sont donc pas extérieurs aux processus de NR et de RS qui traversent les parcours analysés. Ils

prennent forme dans les reconfigurations auxquelles donnent lieu les contraintes rencontrées dans l'accès aux soins en Suisse, parmi lesquelles la question financière reste centrale.

Au sein des pratiques transnationales stabilisées, une autre dimension s'est rendue visible : le rôle du réseau social comme ressource dans l'organisation et la stabilisation des parcours transnationaux de soins, toujours traversés par la contrainte économique. Avant d'aborder cette dimension, nous revenons sur les pratiques que nous venons d'analyser afin d'examiner les processus agentiques qui les configurent.

7.4.1 Les processus agentiques dans les pratiques transnationales

Les pratiques transnationales analysées dans ce qui précède prennent forme dans des contextes contraignants de l'action qui ouvrent un travail pratique-évaluatif d'arbitrage. Comme nous l'avons montré, c'est dans le rapport contraint des assuré.es au cadre de l'AOS que ce travail d'évaluation pratique prend forme face à des besoins concurrents. Dans certaines de ces situations, l'arbitrage peut conduire au « choix d'un moindre mal », lorsque l'exécution d'une possibilité entre en concurrence avec d'autres biens ou besoins tout aussi impérieux (Emirbayer & Mische, 1998 : 1000). Les pratiques transnationales permettent cependant d'observer ce qui se produit lorsque les ressources dont disposent les assuré.es élargissent les possibilités d'action au sein de ce contexte contraignant.

Le cas de María permet d'observer, par contraste, que même dans un contexte contraignant, certaines orientations de l'action peuvent être rendues possibles par les ressources dont disposent les assuré.es. Dans les situations analysées ici, ces ressources peuvent constituer des conditions habilitantes pour la poursuite de l'accès aux soins par la voie transnationale. Les contraintes qui pèsent sur la mobilité de María rendent visible le caractère conditionnel de cette possibilité.

L'analyse des pratiques transnationales à partir des processus agentiques nous a demandé un travail de réflexion important, car nous constatons un poids important des trois dimensions de la triade de l'agentivité proposée par Emirbayer et Mische (1998). Il s'agissait alors de déterminer vers quelle temporalité l'action était principalement orientée. Nous avons finalement conclu que la dimension pratique-évaluative domine les processus agentiques observés dans les trois configurations.

Emirbayer et Mische situent le centre de gravité de la dimension itérative dans la mobilisation de schémas d'interprétation préexistants, qui participent à la stabilité et à la continuité de

l'action (1998 : 975). Or, les pratiques observées émergent lorsque les possibilités habituelles d'accès aux soins rencontrent une résistance et donnent lieu à l'élaboration d'autres voies d'action. Le récit de Francisca permet de l'observer. Confrontée au coût du traitement orthodontique de ses enfants en Suisse, elle se renseigne sur les coûts en Espagne, compare les possibilités et s'oriente vers cette nouvelle voie d'accès aux soins.

La dimension projective acquiert un poids plus important lorsque la possibilité transnationale commence à être intégrée dans l'organisation future des soins, sans toutefois déplacer le centre dominant de l'action vers cette dimension, laquelle renvoie à la génération imaginative de trajectoires futures possibles et à la reconfiguration de l'action en fonction de finalités orientées vers l'avenir (Emirbayer & Mische, 1998 : 984). La dimension projective devient notamment observable dans le travail de délibération de l'évaluation pratique, lorsque différentes possibilités d'action sont envisagées. Ces projections se construisent toujours à partir d'une problématisation des conditions présentes de l'accès aux soins en Suisse.

Qu'il s'agisse de pratiques ponctuelles, intermédiaires ou stabilisées, cet ancrage apparaît de manière récurrente dans les récits : « Les 30 %, ça faisait environ 12'000 que je devais payer [...] alors je me suis renseignée en Espagne » ; « ça m'a coûté 75 euros [...] combien en Suisse que j'ai même pas pu finir les trois nettoyages profonds ? » ; « Combien est-ce que tu paies ? Moins que la franchise, et tu reviens ici toute neuve, et tu continues à payer ».

La mise en regard de ces extraits permet de mieux distinguer la temporalité qui constitue le centre dominant de l'action. Les expériences passées et les projections futures interviennent dans la construction des pratiques transnationales, mais elles sont continuellement contextualisées à partir des contingences présentes du rapport aux soins en Suisse. Cette opération de contextualisation est au centre de la dimension pratique-évaluative, qui permet de contextualiser les habitudes passées et les projets futurs dans les contingences du moment (Emirbayer & Mische, 1998 : 994). Même dans le cas de Lucila, où la pratique transnationale est la plus stabilisée, son organisation continue à être pensée au regard de la franchise et des conditions d'accès aux soins en Suisse, où elle réside et reste institutionnellement engagée dans le cadre de l'AOS.

7.4.2 Le réseau social comme ressource dans les parcours transnationaux de soins

Le réseau social constitue une ressource dans l'organisation et la stabilisation des parcours transnationaux de soins. Nous avons déjà observé son rôle dans le cas d'Élodie, où le réseau et

la communauté participaient à la circulation d'informations et de savoirs partagés entre les personnes transgenres dans leur rapport contraint aux institutions médicales. Dans les parcours transnationaux, ces échanges s'imbriquent avec la construction de liens, tant dans l'entourage des participantes qu'au sein des espaces où les soins sont externalisés.

« La plupart de mes amies, on est un groupe d'amies, on va toutes en France. Toutes [...] Dans un centre commercial, le mien s'appelle Centro Europa, il se trouve ici vers Meyrin, juste vers Meyrin, près de la frontière [...] C'est un dentiste, un chirurgien, c'est un bon spécialiste »

Lucila poursuit son récit en ajoutant qu'elles ne vont pas en France seulement pour les soins dentaires, mais pour la médecine générale :

« et pour la médecine générale, nous allons de l'autre côté, vers Annemasse. Il y a un bâtiment, comment ça s'appelle ? Je ne me souviens plus, et là il y a tout ce qui est médical, pour le cœur, pour tout, tout, tout »

Les liens qui participent à la construction de ces parcours ne se limitent cependant pas à l'entourage des participantes. Ils s'étendent aux relations établies avec les professionnel.les de soins. Lorsque nous demandons à Lucila si elle connaît le coût des prestations à l'avance ou si elle en prend connaissance sur le moment, elle raconte :

« Non, c'est sur le moment. [...] Maintenant, ce que je suis en train de constater [...] c'est ce changement en France. Par exemple, en France, chez mon dentiste, la consultation coûtait 40 euros. 40 euros. Et maintenant, quand mes amies me disent : "Dis donc, tu ne connaîtrais pas un dentiste ?", je leur réponds : "Bien sûr, vas-y, ce dentiste est très bien [...]". Puis je demande : "Combien il t'a facturé ?" Elle me répond : "Il m'a demandé 60." Je dis : "Comment ça ? C'était seulement 40." Alors, je me rends compte que [...] comme ils voient que nous venons de Genève, ils nous augmentent un peu plus le tarif [...] Alors, l'autre fois, j'ai dit à mon médecin : "Hé docteur, qu'est-ce qui vous arrive ? Écoutez, nous sommes des clientes de longue date chez vous. Pourquoi avez-vous augmenté vos tarifs ?" Il me répond : "La vie est chère, Lucila." Je lui dis : "Et pourquoi ne les augmentez-vous pas aux Français ?" Ah, il me répond : "Vous avez mené votre enquête." Je lui dis : "C'est que j'ai des amies qui vivent en France et des amies qui viennent de Genève." Et il se met à rire : Lucila, Lucila... C'est tout ce qu'il m'a dit »

Lucila

Le récit de Lucila permet d'observer comment l'entraide, l'orientation et la circulation d'informations interviennent concrètement dans ces pratiques. Son réseau lui permet de recommander des professionnel.les, mais aussi de comparer les tarifs pratiqués grâce aux expériences de ses amies et d'interpeller son propre dentiste lorsqu'elle constate une différence. Les relations établies avec les professionnel.les s'inscrivent elles-mêmes dans la durée, comme

lorsqu'elle rappelle à son dentiste qu'elles sont des « clientes de longue date ». Au-delà de la recherche d'une autre voie d'accès aux soins, le réseau participe à sa stabilisation.

7.4.3 Le retour des pratiques transnationales vers le système suisse de santé

Les relations qui se construisent autour des assuré.es de l'AOS qui externalisent certains de leurs soins en France ont fait émerger l'un des constats les plus surprenants de notre enquête. Dans les récits de Maria Teresa et Lucila, les reconfigurations des parcours qui prennent forme à travers les pratiques transnationales ne restent pas en dehors du système suisse de santé, mais reviennent vers celui-ci jusqu'à impliquer certain.es professionnel.les qui y exercent. Leurs récits font état de relations entre professionnel.les de part et d'autre de la frontière.

Compte tenu de la place que prend ce constat dans le fil du récit, nous en présentons ici les passages les plus saillants. La séquence étendue est reproduite en annexe.

« **Lucila** : le médecin m'a dit : "Écoutez, ici il y a la possibilité de vous faire poser l'appareil en France." [...] Il m'a alors dit : "Mais il y a aussi une personne à Meyrin qui pratique les tarifs français. Allez la voir, elle pourra peut-être vous aider." Alors je suis allée voir la doctoresse et je lui ai dit : "Vous savez quoi ? Je viens recommandée par ce médecin qui est en France et qui m'a dit que vous pourriez me faire un tarif français parce que je n'ai pas les moyens de payer le tarif suisse." Alors elle m'a regardée et m'a demandé : "Combien gagnez-vous ?" Je lui ai répondu tant. Et elle m'a dit : "Ah bon, alors je vais vous faire un tarif vraiment bas pour que vous puissiez payer, et vous me paierez petit à petit." [...]

Chercheuse : Donc cette doctoresse appartient au système de santé suisse ?

Lucila : Oui. On nous envoie depuis la France. C'est le médecin en France qui nous l'a recommandée

Chercheuse : Donc elle n'applique pas son tarif suisse ?

Lucila : Non

Maria Teresa : À d'autres personnes, oui, mais pas à nous

Lucila : À nous non, parce qu'elle voit notre situation »

Maria Teresa et Lucila

Certaines pratiques transnationales donnent ainsi lieu à des espaces d'arrangement qui peuvent se prolonger au sein du système suisse. Dans le cas de cette médecin exerçant en Suisse, elle « pratique les tarifs français » pour certain.es patient.es et adapte les modalités de paiement à leur situation, alors même qu'ils résident en Suisse et sont affilié.es à l'AOS. Le circuit construit à travers le recours transnational revient ainsi vers le système suisse par l'intermédiaire d'un professionnel exerçant en France, qui les adresse à une médecin en Suisse. Bénéficiaires et

prestataires restent ici rattaché.es au système suisse de santé, mais l'accès effectif aux soins s'organise à travers des relations et des arrangements qui se désarticulent de son fonctionnement institutionnel ordinaire. Nous constatons ici que les expériences de NR et de RS peuvent donner lieu à des reconfigurations des parcours qui se prolongent au-delà du cadre institutionnel dans lequel elles prennent forme, franchissent les frontières nationales et reviennent jusqu'au système suisse en impliquant certain.es prestataires de soins.

7.4.4 Le système suisse de santé comme espace de recours lorsque les marges de manœuvre s'épuisent

L'idée d'un recours au système suisse de santé lorsque les possibilités d'arbitrage se réduisent a traversé notre enquête dans les situations où apparaissent le NR et le RS. L'extrait d'Aida rend visible cette logique.

« J'ai choisi ma franchise à 2'500.- parce que j'ai pas des frais médicaux, avec cette franchise je verse plus de 4'800.- par année à mon assurance-maladie. Pour voir mon assurance participer au sujet de ma santé je dois recourir X nombre de fois aux services médicaux jusqu'à atteindre 2'500.- avant qu'elle participe à mes frais de santé [...] franchement ... de fois je me demande : Comment ce système m'accompagne ? à quoi il me sert ? [...] est-ce qu'il m'aide à préserver ma santé ? je pense pas [...] comment je suis sensée de me sentir protégée ? [...] si en plus de lui verser 4'800.- et quelques par année, sinon ça serait beaucoup plus mais bonn ... je suis obligée de dépenser en plus, plus de 2'500.- en frais de santé, dites-mois, si je dois dépenser 2'500.- en santé ça veut dire que mon état de santé n'est pas super, et là mon état de santé ne peut pas être super pour que l'assurance se souvienne que j'existe »

Aida

Dans le récit d'Aida, les tensions s'accumulent autour du sens qu'elle donne à sa place en tant qu'affiliée à l'AOS. Elle se questionne sur le fait de devoir verser plus de 4'800 CHF par année à son assurance, tout en ayant choisi la franchise la plus élevée, celle qui, parmi les franchises proposées, correspond le mieux à sa situation. Elle questionne parallèlement sa place dans le système et la mesure dans laquelle celui-ci la protège. Lorsqu'elle a voulu réaliser un examen gynécologique relevant d'une logique de prévention et de protection de la santé, elle s'est trouvée confrontée à la prise en charge effective des frais médicaux. Sa question « à quoi il me sert ? [...] est-ce qu'il m'aide à préserver ma santé ? » prend alors un sens particulier.

C'est autour de l'association qu'Aida établit entre les dépenses liées à son assurance, une éventuelle dégradation de son état de santé et le moment où son assurance participerait effectivement à ses frais que nous avons repéré une idée qui se retrouve, à différentes échelles, dans les récits de nos participantes. À partir du fonctionnement de sa franchise de 2'500 francs,

elle envisage le seuil à partir duquel son assurance intervient comme correspondant à une situation dans laquelle son état de santé serait déjà suffisamment dégradé pour avoir entraîné des dépenses importantes.

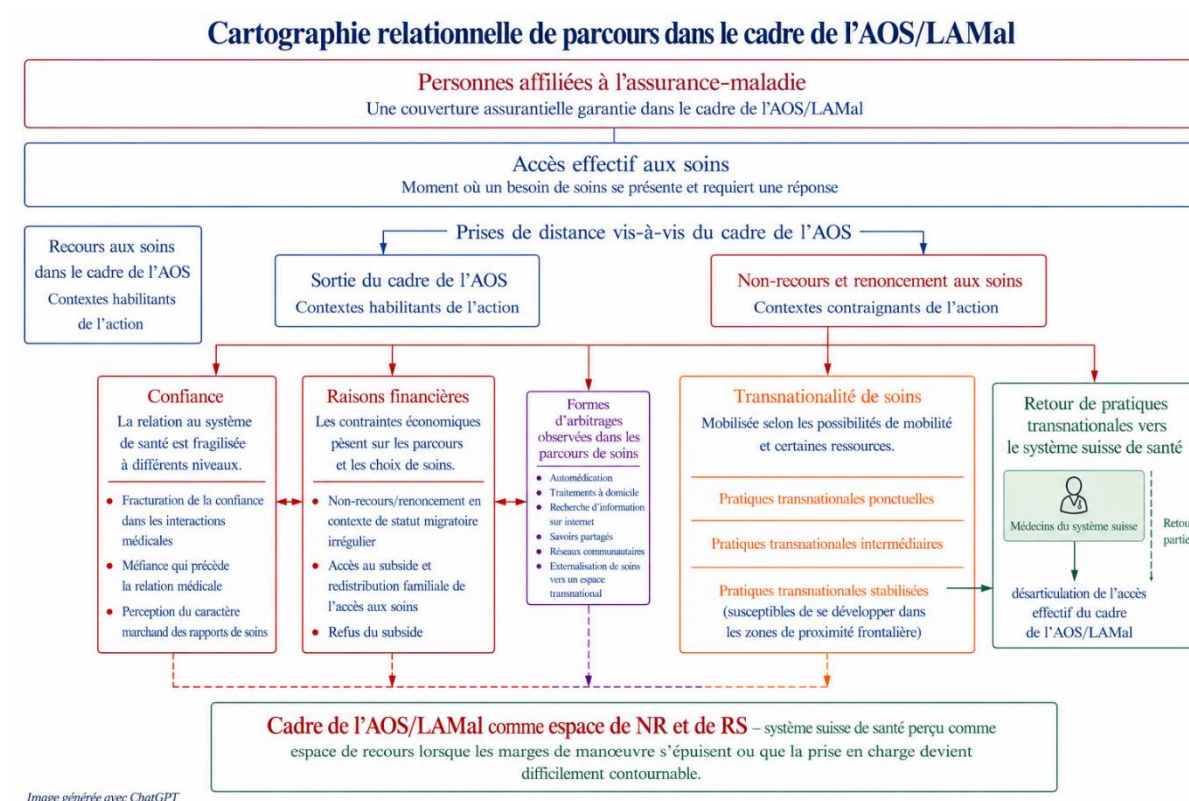
Nous avons retrouvé cette relation entre prise en charge effective et réduction des marges de manœuvre sous différentes formes dans les autres récits. Francisca nous dit : « C'est seulement quand j'étais vraiment, vraiment mal que j'y suis allée ». Élodie explique qu'elle consulte « assez vite », mais que chaque recours lui demande un « méga effort » en raison des intermédiaires qu'elle doit mobiliser et des obstacles rencontrés dans l'accès à des soins adaptés. Lucila conseille à ses proches de choisir une franchise élevée en Suisse tout en réalisant les soins courants en France. Le système suisse reste le cadre de recours lorsque cette possibilité ne permet plus de répondre à la situation. Melba imagine l'urgence si sa thyroïde se déséquilibre, Mily identifie dans l'ordonnance médicale ce qui l'oblige à acheter ses médicaments en Suisse, et Aida évoque une détérioration de son état de santé comme condition pour pouvoir alors bénéficier de son affiliation au système.

Bien que ces situations soient traversées par des contraintes diverses, elles convergent vers une même logique : le recours aux soins dans le cadre du système suisse de santé tend à être envisagé par nos participantes lorsque les possibilités d'arbitrer la situation se réduisent, les alternatives disponibles s'épuisent ou la prise en charge devient difficilement contournable.

Cartographie relationnelle de parcours : l'accès effectif

Après avoir présenté les enjeux les plus saillants qui, de notre point de vue, participent à la configuration du NR et du RS lors de l'accès effectif aux soins, nous présentons la deuxième partie de notre cartographie relationnelle de parcours.

Figure 8. *Cartographie de l'accès effectif*



7.5 Discussion

7.5.1 Agentivité, arbitrage et caractère volontaire du NR et du RS

Il est temps pour nous de revenir sur une question laissée ouverte dans le chapitre 3, portant sur l'articulation entre le caractère involontaire et volontaire du NR. Warin, qui l'identifie initialement comme involontaire, le reconnaît plus tard comme une démarche « (pro)active », résultant d'« un processus volontaire et d'un choix effectué » (Warin, 2006 : 12). Il établit ainsi un passage du caractère « involontaire » vers une démarche « (pro)active », qu'il articule à l'idée de « choix » résultant d'un processus volontaire, sans pour autant expliciter comment s'opère cette articulation.

Cette tension s'illustre également dans l'approche de Desprès. L'autrice définit le RS comme « un acte volontaire qui suppose un certain degré de délibération » (Desprès, 2012 : 14), tout en précisant, à propos du renoncement-barrière, qu'il constitue un « choix sous contraintes, amenant à opérer des arbitrages » (2013 : 85). À l'inverse, dans le renoncement-refus, « la dimension de choix apparaît au premier plan » (2013 : 83). Desprès et al. considèrent l'approche par le RS particulièrement intéressante pour étudier l'accès aux services de santé, dans la

mesure où, « en s'appuyant sur la subjectivité de l'individu, elle le positionne comme acteur de sa prise en charge et non comme objet » (2011 : 7).

Nos résultats ne remettent pas en question la présence d'une délibération, d'une décision ou d'un arbitrage dans les situations de NR et de RS, ni la capacité des personnes à agir sur leur prise en charge. Notre cadre conceptuel, construit à partir de l'approche d'Emirbayer et Mische (1998), nous a justement permis d'observer ces opérations au sein du travail d'évaluation pratique dans lequel se configure l'action des assuré.es. La question concerne plutôt le passage de cette capacité à délibérer et à arbitrer à la qualification de l'action comme « choix » et, plus encore, à celle du NR et du RS comme volontaires.

Pour éclairer cette tension, nous avons mis en relation les processus agentiques avec les conditions habilitantes et contraignantes dans lesquelles ils prennent forme et la dimension de l'agentivité qui domine le moment de l'action. Cette démarche nous a fait constater que l'identification d'un processus agentique et d'un acte délibératif ne permet pas, à elle seule, de qualifier une expérience de volontaire ou d'involontaire. Une telle qualification suppose de considérer les conditions dans lesquelles l'action prend forme et les marges de manœuvre à l'intérieur desquelles s'opère l'arbitrage. Il devient alors possible de distinguer un choix, tel que celui observé dans les parcours de Jean-Claude et de Néri, des arbitrages qui caractérisent les expériences de NR et de RS analysées.

Dans le cas de Jean-Claude et de Néri, les processus agentiques prennent forme dans des conditions habilitantes de l'action et le moment fort de l'action est dominé par la dimension itérative, à travers la réactivation de schémas de pensée déjà acquis et intégrés dans l'activité pratique, structurant un rapport stable à la médecine et à la santé. À l'inverse, dans les situations de NR et de RS analysées, les processus agentiques prennent forme dans des conditions contraignantes et leur moment fort est principalement dominé par la dimension pratique-évaluative. L'issue de l'arbitrage peut être rapprochée de ce qu'Emirbayer et Mische désignent comme le « choix d'un moindre mal », lorsque « l'exécution ne constitue pas une résolution heureuse » (1998 : 1000). Le terme de « choix » ne qualifie cependant pas ici le NR ou le RS, mais l'opération par laquelle l'acteur.ice s'oriente parmi les possibilités qui demeurent accessibles dans une situation contraignante.

Cette distinction doit être opérée au sein même des expériences de NR et de RS. Les situations analysées montrent des marges de manœuvre variables au sein de conditions qui demeurent contraignantes. Dans le cas de María, son statut irrégulier et sa situation professionnelle

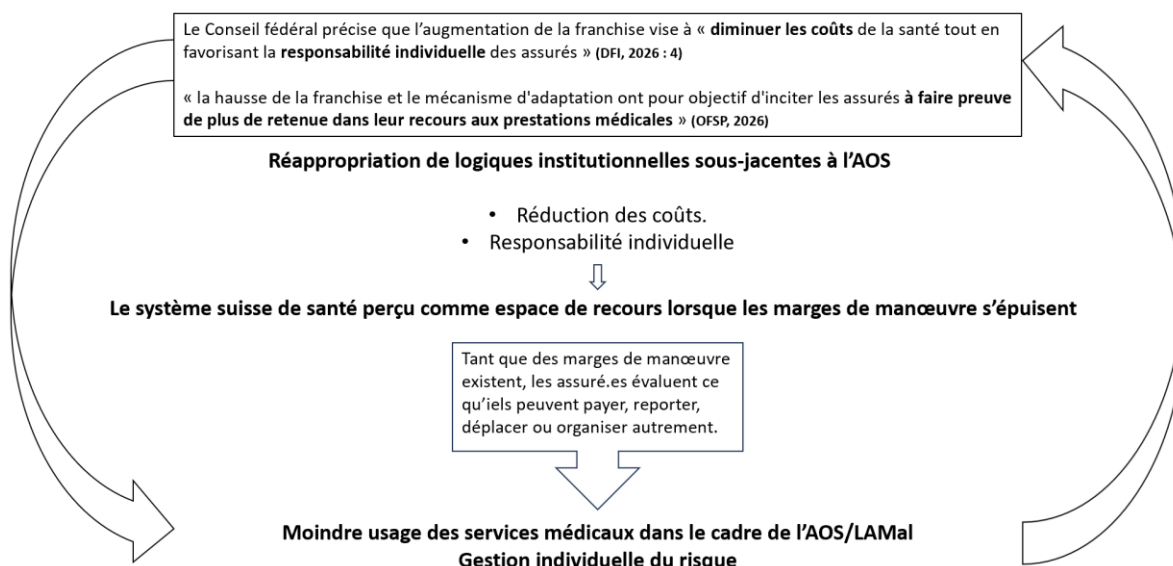
informelle et précaire réduisent fortement ses possibilités de mobiliser des ressources pour reconfigurer son accès aux soins. Dans d'autres situations, comme celles d'Aida, Lucila, Maria Teresa, Francisca, Élodie ou Mily, la mobilisation de certaines ressources peut élargir l'espace d'arbitrage à un moment donné et ouvrir d'autres voies d'action ou permettre de reconfigurer le parcours. Ce qui distingue ces situations relève des marges de manœuvre dont disposent les assuré.es pour agir au sein de conditions contraignantes, et non d'un passage du caractère involontaire au caractère volontaire du NR ou du RS.

7.5.2 La réappropriation des logiques du système et la gestion individuelle du risque

Nous mettons ici en regard les récits analysés et l'idée de Revil (2021) à propos de la capacité des personnes à faire un usage des expériences de NR « davantage réfléchi, voire stratégique, et/ou à "se débrouiller" pour avoir le moins possible besoin du système sanitaire et social » (2021 : 223). Lorsque nous parlions d'un système de santé qui tend à être perçu, parmi les personnes concernées par le NR et le RS ayant participé à cette étude, comme un espace de recours lorsque les marges de manœuvre s'épuisent, nous observions une réappropriation par ces personnes des logiques de réduction des coûts. Cette réappropriation ne signifie pas que les assuré.es adhèrent aux logiques qui organisent le système. Les critiques formulées dans plusieurs récits montrent au contraire une forte critique du système, mais leurs arbitrages s'organisent à partir de l'appréhension de ces logiques.

Tant que d'autres marges de manœuvre existent, il revient aux personnes d'évaluer ce qu'elles peuvent payer, reporter, déplacer, ou comment « se débrouiller » autrement. On voit ici réapparaître la logique institutionnelle sous-jacente au système de franchise visant à inciter « les assurés à faire preuve de plus de retenue dans leur recours aux prestations médicales » (OFSP, 2026). Cette retenue se manifeste par le NR, le RS et par le fait de concevoir le système suisse de santé comme un espace de moindre usage, auquel recourir lorsque les marges de manœuvre s'épuisent. Ce résultat est illustré dans la figure ci-dessous.

Figure 9. Réappropriation des logiques institutionnelles de l'AOS/LAMal



Notre analyse des limites des dispositifs institutionnels nous a permis de constater que le subsidie de réduction des primes ne garantit pas l'accès effectif aux soins. Ce dispositif agit sur les primes d'assurance⁴³ et non sur les coûts des soins. Parmi les assuré.es concerné.es par le NR et le RS, certain.es bénéficient du subsidie, tandis que d'autres se situent au-delà du seuil donnant droit à cette prestation.

Nous avons observé des situations de NR et de RS concernant des prestations prises en charge par l'assurance de base⁴⁴. Cette prise en charge reste néanmoins soumise aux paiements directs, notamment à travers la franchise, dont le choix dépend « essentiellement des coûts de santé attendus, des différences de primes, de la situation financière et de la disposition personnelle des assuré.es face au risque » (Kaiser & Gerfin, 2017 : 10). L'appartenance d'un soin à la catégorie de prestations prises en charge ne garantit donc pas son accès effectif. Le cas des contrôles gynécologiques l'illustre sur notre terrain, alors que la prévention vise à intervenir avant la dégradation de l'état de santé (art. 26 LAMal).

Au niveau de l'accès effectif, ces prestations peuvent se retrouver dans une situation comparable à celle des soins dentaires, qui se trouvent en dehors du périmètre reconnu par l'assurance de base. Concernant ces derniers, leur non-appartenance aux prestations de l'assurance de base comptabilisées dans la franchise peut constituer, en plus du coût entièrement

⁴³ Section 1.3 (art. 65, al. 1 LAMal; art. 16 LVLAMal)

⁴⁴ art. 24 LAMal. (Section 1.4)

supporté par l'assuré.e, un obstacle supplémentaire. En effet, l'un des questionnements qui s'est dégagé de manière parlante sur notre terrain tient au fait que nous avons observé aussi bien pour un contrôle gynécologique que pour un soin dentaire des situations de NR, de RS et de pratiques transnationales dans les parcours de soins de personnes affiliées à l'AOS/LAMal.

Si la disposition personnelle face au risque économique s'inscrit dans les logiques sous-jacentes au choix de la franchise, ces résultats mettent en lumière, au-delà de l'échelle individuelle et du risque économique, la notion de « culture du risque individuelle », qui fait référence à l'individualisation croissante des droits sociaux et des mécanismes de protection (Bizouarn, 2008 : 171). La logique institutionnelle et assurantielle du risque individuel se prolonge dans un rapport aux soins où les assuré.es sont amené.es, à travers leurs propres arbitrages, à gérer l'exposition de leur propre santé au risque. Lorsque ceux-ci conduisent au NR ou au RS, le risque assumé individuellement n'est plus seulement économique. Le report d'un soin jusqu'à ce que la situation devienne difficilement gérable en témoigne.

7.5.3 Enjeux méthodologiques et épistémologiques de la qualification du NR et du RS

La mise en regard de rapports très différents au cadre de l'AOS, parmi lesquels des formes de prise de distance ne relevant ni du NR ni du RS, a constitué un référentiel empirique permettant de distinguer le choix entre des possibilités accessibles, observé dans des conditions habilitantes de l'action, des arbitrages prenant forme sous contrainte dans les situations de NR et de RS. Sans cette mise en regard, la capacité des assuré.es à agir aurait davantage exposé l'analyse au risque de qualifier le NR ou le RS de volontaire.

L'enjeu d'associer des catégories telles que le « choix » ou le caractère « volontaire » au NR et au RS dépasse la qualification analytique des situations observées. Une telle lecture risque de ramener l'explication à l'échelle individuelle sans interroger suffisamment les institutions, les politiques publiques et les systèmes qui organisent les conditions d'accès effectif aux soins. Cette question rejoint l'approche proposée par Lucas et al. (2021), qui, en mettant en dialogue différentes études insistant sur la dimension dynamique du NR, soulignent que « afin de déployer le potentiel des études sur le NR pour une analyse critique de la citoyenneté sociale, une approche systémique et relationnelle est nécessaire » (2021 : 170-171).

L'enjeu est aussi épistémologique. Qualifier le NR ou le RS de « volontaire » à partir de l'action délibérée par laquelle une personne compose avec des contraintes revient à déplacer la qualification de l'action vers le phénomène et, ce faisant, à individualiser une situation qui

prend forme dans un rapport contraignant avec la structure. Cette vigilance nous paraît d'autant plus importante que les enjeux d'accès effectif aux soins en matière de morbi-mortalité sont largement documentés (Freund et al., 2025 ; Remund et al., 2019 ; Grangier et al., 2017).

La vigilance concerne aussi les positions depuis lesquelles le NR et le RS peuvent être observés. L'« *advantage of knowledge* » associé à la position de l'expert.e est lié au « *power of defining the situation* » (Meuser & Nagel, 2009 : 18), mais reste inscrit dans le champ d'action depuis lequel ce savoir est produit. Les catégories de NR et de RS n'ayant pas été introduites dans les entretiens d'expert.es, c'est dans la mise en regard de nos données que certains décalages sont apparus. Dans l'entretien avec le médecin généraliste, les contraintes financières chez les patient.es apparaissent comme des situations qui ne surviennent « presque jamais », notamment parce qu'ils disposent d'une couverture assurantielle et que certain.es bénéficient de prestations sociales. Le médecin reconnaît une forte pression exercée par les assurances, mais en situe principalement l'impact du côté des médecins : « Je ne dirais pas que pour les patients il y a un grand impact, l'impact c'est plutôt pour les médecins ». Il l'associe à la surcharge de travail produite par les demandes de justification des assurances. Interrogé sur les effets de cette tension dans les rapports avec les patient.es, il considère qu'elle a peu d'impact, notamment parce qu'il leur explique la situation et qu'ils sont « plutôt compréhensifs ».

Bien que ce décalage ne remette pas en cause l'intérêt du savoir expert dans l'étude du NR et du RS, il invite à distinguer l'avantage du savoir qui découle d'une position professionnelle de l'étendue du phénomène que cette position permet effectivement d'observer. Cette distinction importe pour la manière dont le NR et le RS peuvent être caractérisés.

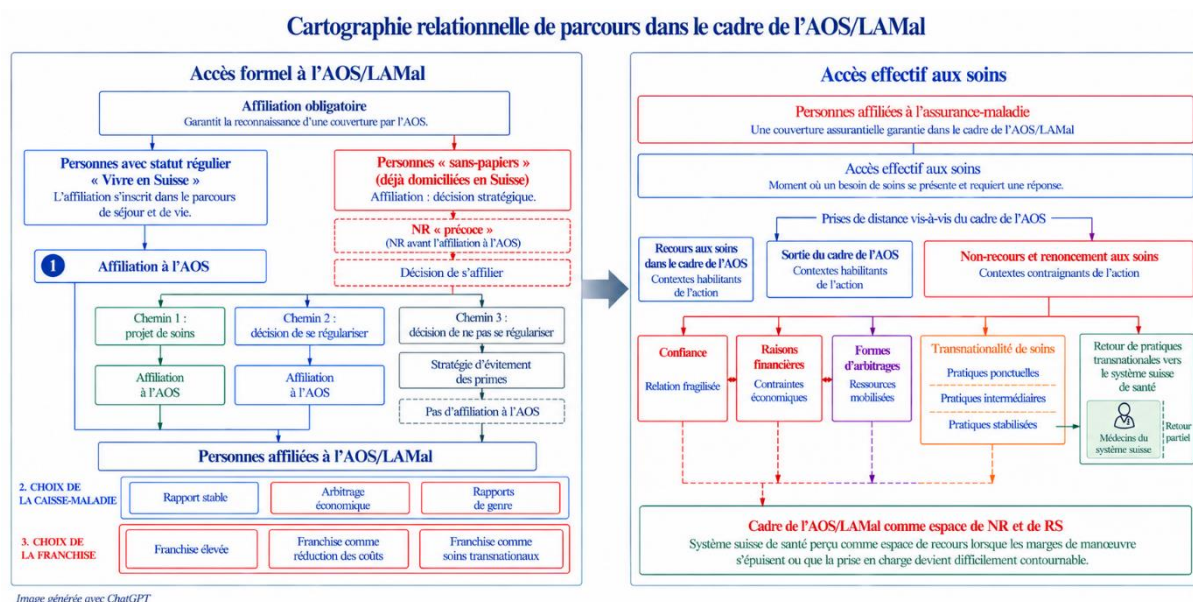
Conclusion

Ce travail est parti du constat d'un écart entre la reconnaissance formelle du droit à une couverture et l'accès effectif aux soins dans un système d'assurance-maladie reposant sur une affiliation obligatoire, et généralement qualifié de système à couverture universelle. À partir de ce constat, nous avons cherché à comprendre comment le NR et le RS se configurent dans les parcours des assuré.es et ce que leur configuration révèle sur les dispositifs et les logiques institutionnelles qui organisent l'accès aux soins dans ce cadre.

La cartographie relationnelle de parcours nous a permis de suivre les rapports à l'AOS depuis l'affiliation jusqu'au moment de l'accès effectif aux soins. Cette lecture a mis en évidence une profondeur temporelle du NR et du RS qui dépasse le moment où le soin n'est pas réalisé. Dans

certaines situations, le processus commence à se configurer avant même l’affiliation. C’est ce que nous avons observé avec le NR précoce chez les personnes sans autorisation de séjour. Dans d’autres cas, l’affiliation ne met pas fin au processus engagé, mais déplace les contraintes vers d’autres moments du rapport à l’AOS. Plus largement, le rapport des assuré.es à l’AOS ne se réduit pas à une adhésion formelle au dispositif ni au moment du recours aux soins. Avant même qu’un besoin de soins ne se présente, le rapport au cadre institutionnel fait déjà l’objet d’un travail de délibération et d’ajustement. Le NR et le RS se configurent avant le moment où le soin n’est pas réalisé, se transforment au fil du parcours et continuent à produire des effets après ce moment. La version synthétique de notre cartographie relationnelle de parcours permet de rendre visible ce résultat.

Figure 10. *Vue d’ensemble de la cartographie relationnelle de parcours*



Le NR et le RS ne signifie pas nécessairement l’arrêt de parcours de soins. Le besoin qui n’a pas pu être satisfait dans le cadre de l’AOS reste présent et peut ouvrir un nouveau travail d’évaluation des possibilités disponibles. Selon les ressources mobilisables, l’action peut alors être reconfigurée et emprunter d’autres voies d’accès aux soins. Cette possibilité n’est pas accessible dans toutes les situations de la même manière, certaines ressources pouvant élargir les marges de manœuvre alors que leur absence réduit fortement les possibilités de poursuivre le parcours autrement.

L’analyse de l’agentivité a permis d’observer le travail réalisé par les assuré.es pour évaluer leur situation et les possibilités qui leur restent accessibles face aux contraintes rencontrées. Dans les situations de NR et de RS analysées, les processus agentiques sont principalement

dominés par la dimension pratique-évaluative. Les expériences passées et les projections futures interviennent dans l'orientation de l'action, mais restent contextualisées à partir des contingences du rapport aux soins dans le cadre de l'AOS.

Les pratiques transnationales constituent l'une des formes que peut prendre cette reconfiguration du parcours. Qu'elles soient ponctuelles, intermédiaires ou stabilisées, elles montrent que certains besoins non satisfaits dans le cadre suisse peuvent, lorsque les conditions le permettent, trouver une réponse ailleurs. Les réseaux et les savoirs communautaires peuvent aussi ouvrir d'autres voies d'accès aux soins. Ces reconfigurations ne font cependant pas disparaître le NR ou le RS ayant eu lieu dans le cadre de l'AOS, auquel les personnes restent affiliées et à partir duquel elles continuent à organiser une partie de leur rapport aux soins.

Dans plusieurs parcours, les assuré.es reportent, déplacent ou réorganisent certains soins tant qu'une marge de manœuvre reste disponible, tandis que le recours dans le cadre suisse devient plus difficilement contournable lorsque cette marge se réduit. La logique assurantielle du risque individuel se prolonge ainsi dans les arbitrages liés aux soins. Lorsque ceux-ci conduisent au NR ou au RS, le risque assumé individuellement n'est plus seulement économique, puisqu'il engage aussi l'exposition de la santé lorsque la réalisation du soin est empêchée ou reportée.

Les expériences analysées interrogent les dispositifs qui organisent l'accès aux soins dans le cadre de l'AOS. Les situations observées autour de la réduction des primes montrent que le soutien au paiement des primes n'assure pas l'accès effectif aux soins. De même, la reconnaissance institutionnelle d'une prestation comme étant prise en charge par l'AOS ne garantit pas qu'elle soit effectivement accessible, notamment lorsque les modalités de cette prise en charge laissent subsister des coûts directement supportés par les assuré.es. Les situations de NR et de RS rendent ainsi visibles des limites qui ne se situent pas seulement dans l'existence ou l'absence d'une couverture, mais dans les conditions concrètes à partir desquelles celle-ci peut être mobilisée.

Parmi les limites de cette étude, l'une tient à la portée des résultats. Les configurations mises en évidence rendent compte uniquement des traits qui, de notre point de vue, se sont révélés les plus saillants dans les situations de NR et de RS analysées au sein des parcours de soins des assuré.es ayant participé à notre enquête. Une autre limite tient à la composition des situations de NR et de RS qui ont finalement pu être analysées. Bien que notre échantillon comprenne des hommes et plusieurs personnes sans expérience migratoire, les situations dans lesquelles nous avons observé le NR et le RS concernent uniquement des femmes, parmi lesquelles une seule

sans parcours migratoire. Cette configuration ne résulte pas des critères à partir desquels nous avons construit notre échantillon. Le temps imparti à la réalisation de ce mémoire n'a pas permis de poursuivre la récolte et de constituer un corpus plus large, susceptible d'inclure une plus grande diversité de participant.es.

Une autre limite concerne la portée de l'analyse institutionnelle. Les situations de NR et de RS ont soulevé des questions concernant le cadre institutionnel qui organise l'accès aux soins. Nous avons pu interroger certains dispositifs à partir des parcours des assuré.es, mais une analyse plus approfondie de leur organisation vis-à-vis de l'accès effectif aux soins dépasse l'objet de cette étude et aurait demandé un autre travail.

Les pratiques transnationales stabilisées ouvrent une piste qui mériterait d'être approfondie. Elles ont été observées chez des participantes résidant à Genève. La possible influence de la proximité frontalière sur le développement de ces pratiques demanderait à être examinée dans d'autres cantons et zones frontalières de la Suisse.

Au terme de ce travail, les expériences de NR et de RS montrent que l'affiliation et la reconnaissance du droit à une couverture ne suffisent pas à rendre compte de l'accès aux soins. Entre cette couverture et l'accès effectif se déploient des parcours où les personnes évaluent, arbitrent et mobilisent les ressources dont elles disposent, avec des marges de manœuvre différentes, et où se configurent le NR et le RS. Suivre ces parcours déplace le regard de l'existence d'une couverture vers les conditions dans lesquelles les assuré.es peuvent effectivement répondre à leurs besoins de soins.

Bibliographie

- Achermann, C., & Chimienti, M. (2006). *Migration, Prekarität und Gesundheit: Ressourcen und Risiken von vorläufig Aufgenommenen und Sans-Papiers in Genf und Zürich*. Swiss Forum for Migration and Population Studies.
- Achermann, C., & Kurt, S. (2022). *Governing Migration and Social Cohesion through Integration Requirements: A Socio-Legal Study on Civic Stratification in Switzerland*. nccr – on the move. Consulté le 01 juillet 2026 sur <https://nccr-onthefmove.ch/projects/governing-migration-and-social-cohesion-through-integration-requirements-a-socio-legal-study-on-civic-stratification-in-switzerland/>
- Becker, H. S. (2002). *Les ficelles du métier : Comment conduire sa recherche en sciences sociales*. La Découverte. <https://doi.org/10.3917/dec.becke.2002.01>
- Bizouarn, P. (2008). Le médecin, le malade et la confiance. *Éthique & Santé*, 5(3), 165–172. <https://doi.org/10.1016/j.etiqe.2008.04.001>
- Bodenmann, P., Favrat, B., Wolff, H., Guessous, I., Panese, F., Herzig, L., & Bischoff, T. (2014). Renoncement aux soins : comment appréhender cette réalité en médecine de premier recours ? *Revue Médicale Suisse*, 10(452), 2258–2263. <https://doi.org/10.53738/REVMED.2014.10.452.2258>
- Bodenmann, P., Wolff, H., Bischoff, T., Herzig, L., & Darioli, R. (2012). Le médecin face aux inégalités sociales de santé : quel pouvoir d'action ? *Revue Médicale Suisse*, 8(341), 1061–1066. <https://doi.org/10.53738/REVMED.2012.8.341.1061>
- Borrelli, L. M., Achermann, C., Niragire Nirere, D., & Pfirter, L. (2024). Governing poverty and migration in European nation-states – keywords revisited. *Critical Social Policy*, 44(4), 573-587. <https://doi.org/10.1177/02610183241273582>
- Charmaz, K., & Belgrave, L. L. (2012). Qualitative interviewing and grounded theory analysis. In J. F. Gubrium, J. A. Holstein, A. B. Marvasti, & K. D. McKinney (Eds.), *The SAGE handbook of interview research: The complexity of the craft* (2e éd., pp. 347–365). SAGE Publications. <https://doi.org/10.4135/9781452218403.n25>

- Dahinden, J. (2016). A plea for the ‘de-migranticization’ of research on migration and integration. *Ethnic and Racial Studies*, 39(13), 2207–2225. <https://doi.org/10.1080/01419870.2015.1124129>
- Dahinden, J., Fischer, C., & Menet, J. (2021). Knowledge production, reflexivity, and the use of categories in migration studies: tackling challenges in the field. *Ethnic and Racial Studies*, 44(4), 535–554. <https://doi.org/10.1080/01419870.2020.1752926>
- Davies, A. A., Basten, A., & Frattini, C. (2009). *Migration: A social determinant of the health of migrants*. International Organization for Migration.
- De Mestral, C., Petrovic, D., Marcus, K., Dubos, R., Guessous, I., & Stringhini, S. (2022). *Renoncement aux soins de santé en Suisse. Prévalence, déterminants et conséquences. Rapport mandaté par l’Office fédéral de la santé publique*. Office fédéral de la santé publique. Consulté le 15 juillet 2026 sur <https://www.aramis.admin.ch/?DocumentID=69027>
- De Pietro, C., Camenzind, P., Sturny, I., Crivelli, L., Edwards-Garavoglia, S., Spranger, A., Wittenbecher, F., & Quentin, W. (2015). Switzerland: Health system review. *Health Systems in Transition*, 17(4), 1–288. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26766626/>
- Desprès, C. (2012). *Le renoncement aux soins pour raisons financières : analyse socio-anthropologique*. DREES. Consulté le 03 août 2026 sur <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/documents-de-travail-1998-2019/le-renoncement-aux-soins-pour-raisons-financieres>
- Desprès, C. (2013). Significations du renoncement aux soins : une analyse anthropologique. *Sciences Sociales et Santé*, 31(2), 71–96. <https://doi.org/10.1684/sss.2013.0205>
- Desprès, C., Dourgnon, P., Fantin, R., & Jusot, F. (2011). Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique. *Questions d’économie de la santé*, (170), 1–7. IRDES. <https://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes170.pdf>
- Dubet, F. (2000). *Les inégalités multipliées*. Éditions de l’Aube.
- Emirbayer, M., & Mische, A. (1998). What Is Agency ? *American Journal of Sociology*, 103(4), 962–1023. <https://doi.org/10.1086/231294>

- Flick, U. (2009). *An introduction to qualitative research* (4e éd.). SAGE Publications.
<https://vivauniversity.wordpress.com/wp-content/uploads/2014/02/flick-2009-an-introduction-to-qualitative-research-full-book.pdf>
- Flick, U. (2023a). Theoretical frameworks. In *An introduction to qualitative research* (7th edition, p. 27–45). SAGE.
- Flick, U. (2023b). Sampling. In *An introduction to qualitative research* (7th edition, p. 159–172). SAGE.
- Freund, R., Hajri, R., Bochud, M., Mathevet, P., Zaman, K., Brändle, K., & Bulliard, J.-L. (2025). Dépistage du cancer du sein en Suisse : organisé, opportuniste ou abstention ? *Revue Médicale Suisse*, 21(937), 1946–1950. <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2025/revue-medicale-suisse-937/depistage-du-cancer-du-sein-en-suisse-organise-opportuniste-ou-abstention>
- Gerfin, M., & Schellhorn, M. (2006). Nonparametric bounds on the effect of deductibles in health care insurance on doctor visits – Swiss evidence. *Health Economics*, 15(9), 1011–1020. <https://doi.org/10.1002/hec.1113>
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Aldine Publishing Company.
- Grangier, L., Petignat, P., & Undurraga Malinverno, M. (2017). Dépistage des cancers gynécologiques : quels bénéfices pour les patientes ? *Revue Médicale Suisse*, 13, 1826–1830. <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2017/revue-medicale-suisse-580/depistage-des-cancers-gynecologiques-quels-benefices-pour-les-patientes>
- Guessous, I., Gaspoz, J. M., Theler, J. M., & Wolff, H. (2012). High prevalence of forgoing healthcare for economic reasons in Switzerland: A population-based study in a region with universal health insurance coverage. *Preventive Medicine*, 55(5), 521–527. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0091743512003787?via%3Dihub>
- Guggisberg, J., & Gerber, C. (2022). *Nichtbezug von Sozialhilfe bei Ausländer/innen mit Aufenthalts- oder Niederlassungsbewilligung in der Schweiz: Ergebnisse einer Onlinebefragung bei Führungs- und Fachpersonen von staatlichen und nicht-staatlichen Institutionen im Migrations- und Sozialbereich sowie statistische Analysen zur Entwicklung des Sozialhilfebezugs 2016 bis 2019*. BASS AG. Consulté le 25 juin 2026 sur https://charta-sozialhilfe.ch/fileadmin/user_upload/charta-

sozialhilfe/Publikationen_Studien_Vernehmlassungen/2022_Nichtbezug_Sozialhilfe_BASS_def.pdf

- Gulliford, M., Figueroa-Munoz, J., Morgan, M., Hughes, D., Gibson, B., Beech, R., & Hudson, M. (2002). What does 'access to health care' mean? *Journal of Health Services Research & Policy*, 7(3), 186–188. <https://doi.org/10.1258/135581902760082517>
- Haberey-Knuessi, V. (2024). La confiance, une notion complexe au fondement des soins. *Jusqu'à la mort accompagner la vie*, 155(4), 13–20. <https://doi.org/10.3917/jalmaalv.155.0013>
- Haberey-Knuessi, V., & Obertelli, P. (2017). La relation soignant-malade face au risque de la confiance. *Sociologies pratiques*, 35(2), 107–117. <https://doi.org/10.3917/sopr.035.0107>
- hooks, b. (1991). Theory as liberatory practice. *Yale Journal of Law & Feminism*, 4(1), 1–12. <https://openyls.law.yale.edu/server/api/core/bitstreams/d876a89b-40fd-4189-9d54-36a9305a4898/content>
- Institute of Medicine, Committee on Monitoring Access to Personal Health Care Services. (1993). *Access to health care in America*. National Academies Press. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK235882/>
- Kaiser, B., & Gerfin, M. (2017). *Leistungsverzicht und Wechselverhalten der OKP-Versicherten im Zusammenhang mit der Wahlfranchise: Schlussbericht*. B,S,S. Volkswirtschaftliche Beratung & Departement Volkswirtschaftslehre, Universität Bern. Consulté le 23 août 2026 sur <https://www.bag.admin.ch/dam/de/sd-web/Tjl5kRmdgxrE/studie-bss-leistungsverzicht-wechselverhalten-okp-versicherte-und-wahlfranchisen.pdf>
- Kerr, S. A. (1982). Deciding about supplementary pensions: A provisional model. *Journal of Social Policy*, 11(4), 505–517. <https://doi.org/10.1017/S0047279400022558>
- King, N. & Horrocks, C., (2010) Interviews in Qualitative Research. Sage.
- Lemieux, C. (2012). Problématiser. In S. Paugam (éd.), *L'enquête sociologique* (pp. 27–51). Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.paug.2012.01.0027>
- Leu, R. E., Rutten, F. F. H., Brouwer, W., Matter, P., & Rütschi, C. (2009). *The Swiss and Dutch Health Insurance Systems: Universal Coverage and Regulated Competitive Insurance Markets*. The Commonwealth Fund. Consulté le 03 mai 2026 sur

https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/documents/___media_files_publications_fund_report_2009_jan_the_swiss_and_dutch_health_insurance_systems_universal_coverage_and_regulated_competitive_insurance_leu_swissdutchhltinssystem_s_1220_pdf.pdf

- Liamputtong, P. (2009). Qualitative data analysis : Conceptual and practical considerations. *Health Promotion Journal of Australia*, 20(2), 133–139. <https://doi.org/10.1071/HE09133>
- Lombrail, P. (2000). Accès aux soins. In A. Leclerc, D. Fassin, H. Grandjean, M. Kaminski, & T. Lang (éds.), *Les inégalités sociales de santé* (pp. 403–418). La Découverte. <https://doi.org/10.3917/dec.fassi.2000.01.0403>
- Lucas, B., Bonvin, J.-M., & Hümbelin, O. (2021). The Non-Take-Up of Health and Social Benefits: What Implications for Social Citizenship ? *Swiss Journal of Sociology*, 47(2), 161–180. <https://doi.org/10.2478/sjs-2021-0013>
- Maillefer, F., Bovet, É., Jaton, L., Bodenmann, P., & Ninane, F. (2019). Facilitateurs et barrières pour l'accès aux soins chez les requérants d'asile du canton de Vaud en Suisse et recommandations. *Recherche en soins infirmiers*, 137(2), 26–40. <https://doi.org/10.3917/rsi.137.0026>
- Math, A. (1996). Non-take-up, niet-gebruik ou non-recours ? Comment traduire des termes de protection sociale. *Recherches et Prévisions*, 43, 19–22. <https://doi.org/10.3406/caf.1996.1726>
- Meuser, M., & Nagel, U. (2009). The Expert Interview and Changes in Knowledge Production. In A. Bogner, B. Littig, & W. Menz (éds.), *Interviewing Experts* (pp. 17–42). Palgrave Macmillan. https://doi.org/10.1057/9780230244276_2
- Nehme, M., Dumont, R., Heritier, H., Lamour, J., Mechoullam, S., De Ridder, D., & Guessous, I. (2025). Forgoing healthcare and insurance premiums trends: A 15-year population-based study in Geneva, Switzerland. *International Journal of Public Health*, 70, 1609027. <https://doi.org/10.3389/ijph.2025.1609027>
- Pascal, J., Abbey-Huguenin, H., & Lombrail, P. (2006). Inégalités sociales de santé : quels impacts sur l'accès aux soins de prévention ? *Lien social et Politiques*, (55), 115–124. <https://doi.org/10.7202/013229ar>

- Remund, A., Cullati, S., Sieber, S., Burton-Jeangros, C., & Oris, M. (2019). Longer and healthier lives for all ? Successes and failures of a universal consumer-driven healthcare system, Switzerland, 1990–2014. *International Journal of Public Health*, 64(8), 1173–1181. <https://doi.org/10.1007/s00038-019-01290-5>
- Revil, H. (2021). Quand les implications multiples du non-recours aux soins catalysent une critique du système sanitaire et social. *Swiss Journal of Sociology*, 47(2), 221–239. <https://doi.org/10.2478/sjs-2021-0016>
- Revil, H., Warin, P., Richard, F., & Blanchoz, J.-M. (2020). « Renoncement et accès aux soins. De la recherche à l'action ». Cinq années de collaboration entre l'Assurance maladie et l'Observatoire des non-recours aux droits et services (ODENORE). *Revue française des affaires sociales*, 2020/4, 261–297. <https://doi.org/10.3917/rfas.204.0261>
- Reyes, V. (2020). Ethnographic toolkit: Strategic positionality and researchers' visible and invisible tools in field research. *Ethnography*, 21(2), 220-240. <https://doi.org/10.1177/1466138118805121>
- Rode, A. (2010). *Le « non-recours » aux soins des populations précaires. Constructions et réceptions des normes* [Thèse de doctorat, Université Pierre Mendès-France – Grenoble II]. Consulté le 15 juillet 2026 sur <https://theses.hal.science/tel-00488403>
- Roduit, S. (2020). Repousser pour soigner ? Logiques de tri de personnes non assurées en Suisse et pratiques d'externalisation des soins vers la France. *Tsantsa*, 25, 168–174. <https://doi.org/10.36950/tsantsa.2020.025.17>
- Rosenthal, G. (2007). Biographical research. In C. Seale, G. Gobo, J. F. Gubrium, & D. Silverman (Eds.), *Qualitative research practice* (pp. 48–64). SAGE.
- Saillant, F., & Gagnon, É. (1999). Présentation. Vers une anthropologie des soins? *Anthropologie et Sociétés*, 23(2), 5–14. <https://doi.org/10.7202/015597ar>
- Saldaña, J. (2025). *The Coding Manual for Qualitative Researchers* (5e édition). SAGE Publications Ltd. <https://doi.org/10.4135/9781036235611>
- Tabin, J.-P., & Leresche, F. (2019). Une critique furtive de l'État social : une perspective théorique pour comprendre le non-recours raisonné aux prestations sociales. *Émulations. Revue de sciences sociales*. <https://doi.org/10.14428/emulations.varia.026>

- van Oorschot, W. (1991). Non-take-up of social security benefits in Europe. *Journal of European Social Policy*, 1(1), 15–30.
- van Oorschot, W. J. H. (1995). *Realizing rights: A multi-level approach to non-take-up of means-tested benefits*. Avebury.
- Villa-Torres, L., González-Vázquez, T., Fleming, P. J., González-González, E. L., Infante-Xibille, C., Chavez, R., & Barrington, C. (2017). Transnationalism and health: A systematic literature review on the use of transnationalism in the study of the health practices and behaviors of migrants. *Social Science & Medicine*, 183, 70–79. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.04.048>
- Warin, P. (2006). *Exit from and non take up of public services. A comparative analysis: France, Greece, Spain, Germany, Netherlands, Hungary*. CNRS/PACTE. Consulté le 17 août 2026 sur <https://shs.hal.science/halshs-00009886v1>
- Warin, P. (2014). Le non-recours : éléments de définition et de présentation des enjeux. *Les Politiques Sociales*, 3-4(2), 108–121. <https://doi.org/10.3917/lps.143.0108>.
- Warin, P. (2017). *Le non-recours aux politiques sociales*. Presses universitaires de Grenoble. <https://doi.org/10.3917/pug.warin.2017.01>
- Warin, P., Chauveaud, C., & Mazet, P. (2013). *Ce que renoncer aux soins veut dire*. Odenore. Consulté le 26 mai 2026 sur https://www.researchgate.net/publication/278629926_Ce_que_renoncer_aux_soins_veut_dire#fullTextFileContent

Textes juridiques et institutionnels

- Confédération suisse. (2005). *Loi fédérale du 16 décembre 2005 sur les étrangers et l'intégration (LEI ; RS 142.20)*. Consulté le 19 juillet 2026 sur <https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2007/758/fr>
- Département fédéral de l'intérieur [DFI]. (1995). *Ordonnance du DFI du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS)*. Consulté le 19 juillet 2026 sur https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1995/4964_4964_4964/fr

Département fédéral de l'intérieur [DFI]. (2026). *Révision de la LAMal. Adaptation de la franchise. Rapport explicatif relatif à l'ouverture de la procédure de consultation*. Consulté le 19 juillet 2026 sur <https://www.bag.admin.ch/fr/modification-de-la-lamal-adaptation-de-la-franchise>

Loi d'application vaudoise de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LVLAMal) (BLV 832.01).

Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal ; RS 832.10 ; état le 31 décembre 2024).

Loi fédérale du 26 septembre 2014 sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale (LSAMal ; RS 832.12)

OCDE. (2025). *Panorama de la santé 2025 : Les indicateurs de l'OCDE*. Éditions OCDE. Consulté le 24 juin 2026 sur <https://doi.org/10.1787/2f564c6c-fr>

Office fédéral de la santé publique (OFSP) (2026, 13 mars). *Le Conseil fédéral met en consultation l'augmentation de la franchise minimale*. Consulté le 19 juillet 2026 sur <https://www.bag.admin.ch/fr/newsb/XwGuCzuLkCYzd1V5uKSav>

Office fédéral de la santé publique (OFSP) (n.d.). *Assurance-maladie : L'essentiel en bref*. Consulté le 19 juillet 2026 sur <https://www.bag.admin.ch/fr/assurance-maladie-lessentiel-en-bref>

Office fédéral de la santé publique (OFSP). (n.d.). *Assurance-maladie : Franchises à option*. Consulté le 19 juillet 2026 sur <https://www.bag.admin.ch/fr/assurance-maladie-franchises-a-option>

Office fédéral de la santé publique (OFSP). (n.d.). *Assurance-maladie : Réduction des primes*. Consulté le 19 juillet 2026 sur <https://www.bag.admin.ch/fr/assurance-maladie-reduction-des-primes>

Office fédéral de la santé publique (OFSP). (n.d.). *Assurance-maladie*. Consulté le 19 juillet 2026 sur <https://www.bag.admin.ch/fr/assurance-maladie>

Office fédéral de la statistique. (2026). *Coûts et financement du système de santé en 2024*. Consulté le 19 juillet 2026 sur <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/cout-financement.gnpdetail.2026-0479.html>

Office fédéral des assurances sociales (OFAS). (2025). *Monitoring de la pauvreté en Suisse. Synthèse du rapport 2025*. Consulté le 19 juillet 2026 sur <https://www.armutsmonitoring.ch/fr>

Office fédéral des assurances sociales (OFAS). (n.d.). *Aperçu du système des assurances sociales*. Consulté le 19 juillet 2026 sur <https://www.bsv.admin.ch/fr/systeme-assurances-sociales-aperçu>

OFSP & Obsan. (2026). *Renoncement à des prestations médicales ou dentaires nécessaires pour des raisons financières (âge : 16+) (indicateur MonAM)*. Consulté le 01 septembre 2026 sur <https://ind.obsan.admin.ch/fr/indicator/monam/renoncement-a-des-prestations-medicales-ou-dentaires-necessaires-pour-des-raisons-financieres-age-16>

ANNEXE

1 Version étendue d'entretiens

Séquence avec le médecin généraliste

Chercheuse : Est-ce que vous observez une évolution de votre pratique ces dernières années ? Comment décririez-vous cette évolution ?

Médecin généraliste : Oui, je pense que tous les systèmes de santé sont en évolution constante. Parce que, disons, le système de santé, c'est partie du système économique de tous les pays, et ça dépend du salaire de l'économie, du budget, de l'intervention de différents acteurs, les assureurs, les politiciens, l'industrie pharmaceutique, les patients. Disons, la question démographique de la population, qui vieillisse en Suisse, etc.

Chercheuse : Et quelles transformations du système de santé ont le plus impacté votre activité, à votre avis ?

Médecin généraliste : Je ne vois rien de spécial. Il y a des contraintes auxquelles il faut s'adapter.

Chercheuse : Par exemple

Médecin généraliste : Il y a des médecins qui travaillent dans des systèmes dans lesquels il n'y a pas de relation avec l'assureur, parce que ce sont des systèmes étatiques, publics [...] Dans la médecine privée, il y a un poids. Étant donné que c'est privé, il y a des contrôles, parce qu'il y a un paquet d'argent qui doit se redistribuer. Donc il y a une partie qui vient aux praticiens du système, il y a une autre partie qui vient aux assureurs, il y a une autre partie qui vient aux boîtes pharmaceutiques, etc. Donc il y a toujours des tensions, mais c'est normal.

Chercheuse : Quand vous parlez des médecins qui travaillent en public, vous ne faites pas référence à la Suisse ?

Médecin généraliste : Non, il y a des médecins en Suisse qui travaillent dans le secteur public, mais surtout, il y a des systèmes qui sont pratiquement publics, comme en France. En France, le gros du système est public.

Chercheuse : D'accord. Et pensez-vous que ces transformations se reflètent chez vos patients ? Les transformations du système de santé, comment elles répercutent, comment elles impactent ? Pensez peut-être à un cas précis.

Médecin généraliste : Non, mais ce sont des choses, ça dépend de la régulation du système. Il y a, par exemple, certains centres pratiques, certaines procédures, certains médicaments qui sont chers. L'assureur n'aime pas qu'on donne ça. Donc ils font pression pour qu'on ne le fasse pas. Mais ça c'est partie des mécanismes de contrôle.

Chercheuse : Et comment vous gérez dans votre pratique professionnelle, quotidienne, comment vous gérez cette tension ?

Médecin généraliste : Bien, je m'adapte. Il y a l'assureur qui m'écrit une lettre en me demandant pourquoi j'ai prescrit ces médicaments, je lui donne une explication [...] Je ne dirais pas que pour les patients il y a un grand impact, l'impact c'est plutôt pour les médecins.

Chercheuse : Comment ça ?

Médecin généraliste : Des fois, un peu de surcharge. De recevoir des courriers pour donner des explications.

Chercheuse : Aux assurances ?

Médecin généraliste : Oui, aux assurances.

Chercheuse : Donc vous pensez qu'il y a une pression qui exercent les assurances.

Médecin généraliste : Oui oui, beaucoup.

Chercheuse : Et vous pensez que cela change votre pratique ?

Médecin généraliste : Oui, ça change beaucoup, surtout la qualité de vie des médecins. C'est un challenge, oui. Ça impacte la qualité de vie des médecins parce que c'est une surcharge du travail.

Chercheuse : Et par rapport aux prescriptions, aux pratiques vis-à-vis des patients, dans vos relations médecin-patient, est-ce que cette tension a un impact ?

Médecin généraliste : Non, parce que les patients sont plutôt compréhensifs, ils comprennent [...] je leur explique, il faut voir si l'assurance l'accepte ou pas.

Chercheuse : Et si ça se passe pas, si l'assurance ne l'accepte pas, qu'est-ce qui se passe dans ce cas, par exemple ?

Médecin généraliste : Donc, il faut donner un autre traitement, parce qu'il y a des indications. Ce sont des questions d'un côté technique et d'un autre côté politique. Mais pour nous, les médecins de base, il n'y a pas grand-chose à faire.

Séquence avec Maria Teresa et Lucila

Lucila : [...] Je suis tombée et cette dent s'est retrouvée comme ça, vers l'extérieur. Et le médecin m'a dit : "Écoutez, ici il y a la possibilité de vous faire poser l'appareil en France." Et moi je lui ai dit : "Ah, bon, ce n'est pas grave." Il m'a alors dit : "Mais il y a aussi une personne à Meyrin qui pratique les tarifs français. Allez la voir, elle pourra peut-être vous aider." Alors je suis allée voir la doctoresse et je lui ai dit : "Vous savez quoi ? Je viens recommandée par ce médecin qui est en France et qui m'a dit que vous pourriez me faire un tarif français parce que je n'ai pas les moyens de payer le tarif suisse." Alors elle m'a regardée et m'a demandé : "Combien gagnez-vous ?" Je lui ai répondu tant. Et elle m'a dit : "Ah bon, alors je vais vous faire un tarif vraiment bas pour que vous puissiez payer, et vous me paierez petit à petit." Et moi j'ai dit : "D'accord [...]" Alors, il y a aussi ce genre d'arrangements.

Chercheuse : Et comment fonctionne cet arrangement du “vous me paierez petit à petit” ? Comment garantit-elle que vous allez effectivement la payer au final ? Puisque vous ne vivez pas en France.

Lucila : La confiance. C’est la confiance qu’ils nous accordent parce que nous n’allons pas... enfin, oui, il doit bien y avoir des personnes qui ne paient pas, n’est-ce pas ? Mais notre rôle à nous, c’est de dire : Tu iras payer, n’est-ce pas ? Ne va pas nous faire mal voir. Mais cette doctoresse, elle est ici à Meyrin, en Suisse, en Suisse. Et ici, elle nous facture avec une adresse suisse, mais elle nous facture peu.

Chercheuse : Donc cette doctoresse appartient au système de santé suisse ?

Lucila : Oui. On nous envoie depuis la France. C’est le médecin en France qui nous l’a recommandée.

Chercheuse : Donc elle n’applique pas son tarif suisse ?

Lucila : Non.

Maria Teresa : À d’autres personnes, oui, mais pas à nous.

Lucila : À nous non, parce qu’elle voit notre situation.

Chercheuse : Et quel est l’intérêt du médecin en France à vous renvoyer de nouveau en Suisse ?

Maria Teresa : Parce qu’il la connaît.

Lucila : Parce qu’il la connaît et puis aussi, ils doivent se dire : Ces pauvres n’ont pas les moyens, non ? Qu’est-ce qu’ils se diront entre eux ? Alors je t’envoie cette personne [...] pour que ce soit plus près de chez nous.

Maria Teresa et Lucila

2 Grilles d’entretiens

Entretien biographique-narratif

Étique de l’entretien

Avant de commencer l’entretien :

- Me présenter (Je m’appelle, je suis étudiante de Master en science sociales...)
- Objet de l’entretien : (indéfini à ce moment): Je m’intéresse à vos expériences personnelles, à votre vie avant et après votre arrivée en Suisse. J’aimerais comprendre ce qui vous a amené.e à venir en Suisse et comment votre vie s’est passée depuis votre arrivée.
- Précision sur le caractère anonyme, confidentiel et volontaire de l’entretien : Les informations que vous allez partager seront utilisées exclusivement dans le cadre de cette recherche. Elles seront traitées de manière confidentielle et anonymisées.
- Invitation à parler librement. Ici, il n’y a pas de « bonne » ou de « mauvaise » réponse. Vous êtes libre de partager votre expérience professionnelle sans craindre de jugement ou de critique, de ne pas répondre à une question ou de ne pas aborder un sujet particulier. Vous pouvez arrêter l’entretien à tout moment ou ne pas communiquer une information que vous considérez comme confidentielle dans le cadre de votre activité professionnelle.
- Demande du consentement pour participer à l’entretien.
- Demande du consentement pour l’enregistrement de l’entretien.

A. Histoire de vie (Invitation narrative)

- Racontez-moi, s'il vous plaît, votre histoire personnelle et familiale. Je m'intéresse à l'ensemble de votre vie. Tout ce qui vous vient à l'esprit. Prenez tout le temps que vous souhaitez.

Revenir sur des éléments évoqués au cours du récit. Relances possibles, par exemple :

- Vous avez mentionné (tel événement/ telle situation). Pouvez-vous m'en raconter davantage ?
- Et ensuite, comment les choses se sont-elles passées ?
- Vous avez parlé de cette période. Pouvez-vous me la raconter plus précisément ?

B. Parcours migratoire et arrivée en Suisse

(À aborder si ces éléments n'ont pas été suffisamment développés dans le récit)

- Quelle était votre idée de la Suisse avant de venir ?
- Pouvez-vous me raconter comment la Suisse est devenue votre destination ?
- Pouvez-vous me raconter comment votre venue en Suisse s'est passée ?
- Comment les choses se sont-elles passées pour vous depuis votre arrivée ?

C. Vie quotidienne

- Pouvez-vous me raconter comment est votre vie aujourd'hui ?

Points de relance si nécessaire (comment se déroule une semaine habituelle ? travail et moyens d'existence, conditions de vie)

D. Santé, bien-être et loisirs

- Comment considérez-vous votre état de santé ?
- Pouvez-vous me raconter ce que vous faites pendant votre temps libre ?

Relances si nécessaire (Racontez-moi ce que vous faites normalement le week-end. En dehors de votre temps de travail, comment vous occupez-vous ? Comment considérez-vous votre temps libre ?

Pour le deuxième entretien, à partir des éléments apparus lors du premier, la question de la santé a été davantage approfondie.

- Pouvez-vous me raconter vos expériences concernant votre santé au cours des trois dernières années ?
- Lorsque vous avez un besoin concernant votre santé, comment cela se passe-t-il pour vous ?
- Pouvez-vous me raconter comment se sont passées vos expériences avec les médecins ou les services de santé ?
- Est-ce qu'il vous est arrivé de ne pas consulter alors que vous en ressentiez le besoin ? Pouvez-vous me raconter ce qui s'est passé ?

E. Fin de l'entretien

- Auriez-vous quelque chose à ajouter qui vous semble important et dont nous n'avons pas parlé ?
- Remerciements.

Entretiens qualitatifs approfondis

Étique de l'entretien

Avant de commencer l'entretien :

- Me présenter (Je m'appelle, je suis étudiante de Master en sciences sociales...)
- Objet de l'entretien : Dans cet entretien, je m'intéresse à votre rapport à la santé et aux soins à partir de vos expériences personnelles, de votre parcours et des expériences qui vous ont marqué.e. Je m'intéresse plus particulièrement à vos expériences avec les soins et le système de santé en Suisse et plus largement, à comment vous pensez votre santé à partir de tout ce que vous pourrez me raconter.
- Précision sur le caractère anonyme, confidentiel et volontaire de l'entretien : Les informations que vous allez partager seront utilisées exclusivement dans le cadre de cette recherche. Elles seront traitées de manière confidentielle et anonymisées. La santé pouvant être un sujet sensible et personnel, vous êtes entièrement libre de déterminer ce que vous souhaitez partager avec moi. Vous pouvez choisir de ne pas répondre à certaines questions ou d'interrompre l'entretien à tout moment. Tout ce que vous choisirez de partager sera traité de manière anonyme et confidentielle.
- Invitation à parler librement. Ici, il n'y a pas de « bonne » ou de « mauvaise » réponse. Vous êtes libre de partager votre expérience sans craindre de jugement ou de critique. Vous êtes libre de ne pas répondre à une question ou de ne pas aborder un sujet particulier. Vous êtes libre d'arrêter l'entretien à tout moment.
- Demande du consentement pour participer à l'entretien.
- Demande du consentement pour l'enregistrement de l'entretien.

Grille initiale

A. Informations personnelles / sociodémographiques

- Âge
- Genre
- Composition du ménage
- Enfants (nombre et âge)
- Lieu de domicile
- Nationalité(s)
- Statut migratoire (si non-citoyen.ne suisse)

B. Situation personnelle et parcours

- Pouvez-vous me parler de votre situation personnelle et familiale ?
- Quel est votre domaine d'activité professionnelle ?
- Comment décririez-vous votre situation économique actuelle ?

C. Rapport à la santé

- Quand vous pensez à la santé, qu'est-ce qui vous vient à l'esprit ?
- Vous souvenez-vous d'une ou autre expérience de santé dans votre enfance ?
- Comment vous soignais-vous quand vous tombiez malade ?
- Comment décririez-vous votre santé actuellement ?
- Pouvez-vous me raconter une expérience de santé qui a été marquante pour vous ?
- Lorsque vous avez un problème de santé, comment cela se passe-t-il généralement ?

D. Rapport au système de santé

- Pouvez-vous me raconter vos expériences avec le système de santé en Suisse ?
- Comment choisissez-vous les professionnels de santé auxquels vous vous adressez ?
- Avez-vous vécu des expériences qui ont particulièrement marqué votre rapport aux soins ?
- Comment avez-vous vécu ces expériences ?

E. Assurance-maladie

- Auprès de quelle assurance êtes-vous assuré.e ?
- Quelle franchise avez-vous ?
- Comment avez-vous choisi votre assurance et votre franchise ?
- Avez-vous déjà changé d'assurance ou de franchise ? Pouvez-vous me raconter comment cela s'est passé ?
- Comment considérez-vous les prestations de votre assurance ?
- Avez-vous vécu des expériences particulières avec votre assurance ?

F. Accès aux soins

- Lorsque vous avez besoin de soins, comment cela se passe-t-il ?
- Vous est-il arrivé de ne pas consulter alors que vous pensiez en avoir besoin ? Pouvez-vous me raconter ce qui s'est passé ?
- Vous est-il arrivé de reporter des soins ?
- Qu'est-ce qui intervient dans votre décision de consulter ou de ne pas consulter ?

Relances : (à mobiliser si le récit le demande)

- Pouvez-vous me raconter cette situation ?
- Qu'est-ce qui a pesé dans votre décision ?
- Comment l'avez-vous vécue sur le moment et après coup ?

Fin de l'entretien

- Auriez-vous quelque chose à ajouter qui vous semble important et dont nous n'avons pas parlé ?
- Remerciements

Développement progressif de la grille d'entretien

Les différences dans le rapport au système de soins se sont rendues visibles dès les premiers entretiens de l'enquête. Si, dans certains cas, un rapport stable et non problématique ressortait des récits, dans d'autres, certaines dynamiques révélaient un rapport plus tendu. Ce constat m'a conduit à préparer une grille complémentaire de questions plus focalisées sur ces tensions. Ces questions, prévues comme des possibilités d'approfondissement, étaient mobilisées de manière sélective au cours de l'entretien en fonction des éléments du récit.

Grille, d'entretien qualitatif approfondi (version 2)

Approfondissement de la situation

- Vous avez parlé de [telle situation]. Pouvez-vous me raconter plus précisément comment cela s'est passé ?
- Qu'est-ce qui s'est passé ?
- Comment avez-vous vécu cette situation ?
- Avec le recul, comment la considérez-vous aujourd'hui ?

Accès aux soins

- Vous avez parlé d'un moment où vous aviez besoin de soins. Pouvez-vous me raconter comment les choses se sont passées ?
- Avez-vous finalement reçu les soins dont vous aviez besoin ?
- Comment cela s'est-il passé ?
- Qu'est-ce qui s'est passé ensuite ?

Rapport aux professionnel.les et au système de soins

- Vous avez décrit cette expérience comme [reprendre les mots de la personne]. Pouvez-vous m'en raconter davantage ?
- Est-ce que cette expérience a changé quelque chose dans votre manière de recourir aux soins par la suite ?
- Lorsque vous avez de nouveau eu besoin de soins, comment cela s'est-il passé ?
- Avec le recul, comment décririez-vous votre rapport au système de soins en Suisse ?

Décisions et arbitrages

- Face à cette situation, qu'avez-vous fait ?
- Comment en êtes-vous arrivé·e à faire cela ?
- Qu'est-ce qui est intervenu dans ce que vous avez finalement fait ?
- Est-ce qu'il y avait plusieurs possibilités à ce moment-là ?
- Si oui, comment les avez-vous envisagées ?
- Qu'est-ce qui a finalement compté dans votre décision ?
- Avec le recul, comment considérez-vous cette décision ?

Contraintes économiques (creuser si elles apparaissent dans le récit)

- Vous avez parlé du coût/des frais/de votre situation financière. Pouvez-vous m'en raconter davantage ?
- Comment cela est-il intervenu dans cette situation ?
- Qu'avez-vous fait face à cela ?
- Est-ce que vous aviez déjà rencontré une situation semblable ?

Ressources et réseau

- Dans cette situation, sur qui ou sur quoi avez-vous pu compter ?
- Avez-vous parlé de ce problème à quelqu'un ?
- Est-ce que quelqu'un vous a conseillé ou aidé à trouver une solution ?
- Y avait-il d'autres possibilités ou ressources auxquelles vous auriez pu faire appel ?

Autres solutions ou voies d'accès aux soins

- Et finalement, qu'avez-vous fait dans cette situation ? Comment les choses se sont-elles passées ensuite ?

- Avez-vous cherché une autre solution ? Pouvez-vous me raconter comment ?
- Comment avez-vous trouvé cette solution ?
- Est-ce que cette manière de faire s'est reproduite par la suite ?

Fin de l'entretien

- Auriez-vous quelque chose à ajouter qui vous semble important et dont nous n'avons pas parlé ?
- Remerciements

Entretien d'expert.e

Cette grille a été introduite plus tardivement au cours de l'enquête, afin de mettre en regard certaines représentations et expériences exprimées par les assuré.es, ainsi que certains constats issus de l'analyse, avec la perspective des prestataires de soins.

Étique de l'entretien

Avant de commencer l'entretien :

- Me présenter (Je m'appelle, je suis étudiante de Master en sciences sociales...)
- Objet de l'entretien : Je m'intéresse aux rapports à la santé et aux soins de personnes affiliées à l'assurance obligatoire des soins (AOS). Dans cet entretien, je m'intéresse à votre expérience en tant que prestataire de soins et j'aimerais connaître, autant que l'entretien le permettra, votre domaine d'activité et votre pratique auprès de personnes assurées à l'AOS.
- Précision sur le caractère anonyme, confidentiel et volontaire de l'entretien : Les informations que vous allez partager seront utilisées exclusivement dans le cadre de cette recherche. Elles seront traitées de manière confidentielle et anonymisées.
- Invitation à parler librement. Ici, il n'y a pas de « bonne » ou de « mauvaise » réponse. Vous êtes libre d'arrêter l'entretien à tout moment ou de ne pas communiquer une information que vous considérez comme confidentielle dans le cadre de votre activité professionnelle.
- Demande du consentement pour participer à l'entretien.
- Demande du consentement pour l'enregistrement de l'entretien.

A. Parcours et activité professionnelle

- Pouvez-vous me parler de votre parcours professionnel ?
- Pouvez-vous me parler de votre activité actuelle ?

- Comment se déroule votre pratique au quotidien ?
- Comment décririez-vous votre patientèle ?
- Pour quels types de besoins ou de situations viennent-elles généralement vous consulter ?
- Avez-vous observé des changements dans votre pratique au cours des dernières années ?
- Relances possibles :
 Comment décririez-vous ces changements ?
 Qu'est-ce qui, selon vous, permet de les expliquer ?
 Ont-ils modifié votre manière de travailler ?

B. Les patient.es et leurs parcours de soins

- Comment les patient.es arrivent-ils/elles généralement jusqu'à vous ?
- Que connaissez-vous de leur parcours de soins ?
- Comment se déroule généralement une prise en charge ?
- Qu'est-ce qui intervient dans les décisions concernant sa poursuite ?
- Quelles difficultés pouvez-vous rencontrer au cours d'une prise en charge ?
- Pouvez-vous me raconter une situation qui vous semble significative ?

C. Relations avec la patientèle

- Comment décririez-vous vos relations avec vos patient.es ?
- Y a-t-il des situations dans lesquelles cette relation devient plus difficile ?
 Comment cela se manifeste-t-il ?

D. Accès aux soins et difficultés rencontrées

- À partir de votre pratique, que pouvez-vous me dire de la manière dont vos patient.es accèdent aux soins ?
- Comment ces situations apparaissent-elles dans votre pratique ?
- Pouvez-vous me raconter un exemple ?
- Dans ces situations, comment intervenez-vous ?
- Relances possibles : organisation des soins, couverture assurantielle, situation personnelle ou sociale, valeurs et croyances.

E. Organisation et système de soins

- Dans votre activité, avec quels autres acteurs ou institutions du système de soins êtes-vous en rapport ?
- Comment se passent ces rapports ?

- Quelle place occupent les assurances dans votre activité ?
- Comment percevez-vous votre place en tant que prestataire dans le système de soins ?
- Avez-vous observé des changements dans ces rapports au cours de votre pratique ?

F. Différentes approches et formes de soins

- Dans votre pratique, quelle place occupent les autres formes ou approches de soins ?
- Les patient.es vous parlent-ils/elles d'autres soins auxquels ils/elles ont recours ?
- Comment percevez-vous les rapports entre différentes formes de soins ?
- Avez-vous des rapports avec des professionnel.les travaillant dans d'autres approches ?

G. Regard du/de la prestataire

- À partir de votre expérience professionnelle, qu'est-ce qui attire votre attention dans la manière dont vos patient.es pensent leur santé et organisent leurs soins ?
- Y a-t-il des situations qui vous semblent revenir régulièrement ?
- Plus largement, comment percevez-vous aujourd'hui les rapports entre les patient.es et le système de soins ?
- Y a-t-il des éléments que vous souhaiteriez voir évoluer ?

Fin de l'entretien

- Est-ce qu'il y a quelque chose que nous n'avons pas abordé et que vous souhaiteriez ajouter ?
- Remerciements

3 Codage

Première partie (accès formel) → Codage par Codes d'action (Charmaz & Belgrave, 2012 : 357)

Accès formel

- Affiliation

Tout le monde en situation régulière → obligatoire — allant de soi

Dimension stratégique de l'affiliation se rend visible à travers les cas des « sans papiers »

- Affaiblissement du principe obligatoire

Car attaché au droit de séjour et donc - peut être activée par le processus de régularisation – (En fonction du processus de régularisation)

- Choix de la caisse

Par habitude et stabilité : « Celle qu'on a depuis longtemps » « on n'a pas remis en question » (Lidia)

Dimension stratégique

- pour moins payer, changements réguliers en fonction de la caisse qui propose les primes les moins chères. (Francisca, Aida) (le principe obligatoire se rend visible)
- Rapports de genre : « il y a des assurances que je sais qu'il faut pas aller » Elodie
- Personnes en processus de régularisation (Espace d'arbitrage → chercher une caisse où il faut pas payer en rétroactif)

- Choix de la franchise

Principe gouvernant : responsabilisation individuelle - éviter la surconsommation médicale → franchise élevée → Primes moins chères, plus de prise en charge effective lors des soins.

- Logique assurantielle du moindre coût /moindre usage - (franchise 2500.- Jean-Claude-Néri, Aida)

Dimension Stratégique

Sans contrainte

Responsabilisation individuelle : marquée par un positionnement politique Jean-Claude mais dans contexte sécurisé et habilitant

Avec contrainte – Arbitrage → conditions contraignantes (Lorsqu'il se manifeste une altération de cette règle)

- Logique assurantielle du moindre coût MAIS pas moindre usage (Francisca- 2500.-)
- Changement de la franchise (Elodie, Maria Teresa)
- Appropriation de la logique assurantielle (transnationalité des soins — NR / renoncement – Le choix le NR et le RS dans le cadre de l'AOS se commencent à profiler dans certains cas, dès le choix de la franchise) (dimensions de l'agentivité : projective et pratique-évaluative (Emirbayer & Mische, 1998)

Deuxième partie : Accès effectif aux soins. (Codage par famille de code)

Codage préliminaire d'ajustement analytique et méthodologique : Dégager les catégories analytiques les plus significatives entre les différentes modalités de prise de distance vis-à-vis des prestations proposées par l'assurance de base s'est révélé un passage nécessaire pour faire avancer notre analyse

Codage in vivo → Distinction entre : « Si je peux éviter la médecine standard, je l'évite [...] je vais volontiers chercher des alternatives » / « je n'ai pas du tout envie d'avoir affaire à la médecine classique [...] j'ai une complémentaire, malheureusement, elle est pas très bonne, mais bon, ça fait rien. Je suis prête à payer moi-même » ET Le NR et RS → contrainte -- Warin : « La personnes n'est pas en mesure de... »

Distinction entre : Agentivité → capacité englobante de l'action humaine → au sein de Contextes habilitantes de l'action → Notamment l'élément itératif (schémas de pensée, habitudes, préférence, rapport stable et déjà établie vis-à-vis de la médecine « classique ») et Contextes contraignantes de l'action → Travail d'évaluation pratique (problématisation, caractérisation, délibération, décision, exécution) Emirbayer et Mische (1998)

Familles de codes

Famille Confiance -- La confiance comme ingrédient du NR et du RS (mouvement analytique du plus interactionnel au plus systémique)

1. Érosion de la confiance dans les interactions médicales (Francisca, Lucila)
2. Remise en question et défiance du savoir médical dominant et légitimation des savoirs communautaires (Elodie)
3. Perception d'un système centré sur la facturation et le calcul économique (Maria Teresa, Aida, Francisca, Lucila → puis Jean-Claude décrit la méfiance envers le système depuis un positionnement politique → puis le médecin ne fait pas une critique explicite du système, par contre il décrit son fonctionnement depuis son activité professionnelle et la pratique médicale.

Bizouarn (2008) « confiance interpersonnelle et confiance sociale », « culture du risque individuelle »

Haberey-Knuessi et Obertelli (2017) « le relationnel et l'estimation de la compétence », « marchandisation du soin »

Famille Non recours/renoncement pour des raisons financières

1. NR/Renoncement comme arbitrages de subsistance dans un contexte de précarité économique et migratoire. (María)
2. Hiérarchisation et redistribution familiale de l'accès effectif aux soins (Melba, María)
3. Limites du dispositif de réduction des primes, (Maria, Melba, Aida)
 - La prise en charge (Une question d'ordre publique, qui repose sur le capitale santé et la marge individuelle des assuré.es au risque)

Nouvelle reconfiguration de l'action faisant partie des arbitrages

Famille Transnationalité de soins

1. Pratiques transnationales ponctuelles (Melba, Aida)
2. Pratiques transnationales inscrites dans une projection ou anticipation future (Mily, Aida)
3. Reconfiguration durable des parcours de soins (Lucila et ses amies, Maria Teresa)
4. Retour en Suisse des réseaux transnationaux vers les prestataires de soins (Lucila et Maria Teresa)

Rapport au système (transversale)

- Prise en charge effective de l'assurance, sous condition de dégradation de la santé (Aida)
- Recours au système perçu lors que le marges de manœuvre s'épuisassent (Toutes)
- Appropriation des logiques assurantielles (Toutes)
- Reappropriation des logiques institutionnelles réduction de coûts, moindre usage, responsabilisation individuelle (Toutes)

4 Présentation détaillée de l'ensemble du corpus de l'enquête

María est une femme de 54 ans, originaire d'un pays d'Amérique latine et en situation irrégulière en Suisse. Elle est mère de trois enfants, dont deux adolescent.es qui vivent avec leur père dans leur pays d'origine. Elle travaille dans le secteur du travail domestique informel et vit en colocation avec deux nièces, elles aussi en situation irrégulière. Globalement, elle se perçoit en bonne santé. Toutefois, elle décrit des problèmes de vue, des bourdonnements d'oreilles permanents, ainsi que des douleurs aux doigts et aux genoux. Le contact avec María a été établi par l'intermédiaire de son enseignante de français. Cet entretien a été mené en espagnol. Franchise : 2500 CHF.

Melba est une femme de 52 ans, originaire d'un pays latino-américain. Elle détient également la nationalité d'un pays de l'Union européenne (UE) et est titulaire d'un permis B. Elle vit en famille monoparentale avec sa fille de 16 ans. Au moment de l'entretien, Melba est au chômage depuis deux mois. Elle travaille habituellement dans le domaine de l'aide et de l'accompagnement à domicile auprès de personnes âgées. Elle et sa fille bénéficient d'un subside de réduction des primes d'assurance-maladie ainsi que des prestations complémentaires cantonales pour familles (PC Familles). Elle se perçoit globalement en bonne santé, mais mentionne des problèmes de thyroïde, de la fatigue et de l'irritabilité. Le contact avec Melba a été établi par l'intermédiaire d'une connaissance. Cet entretien a été mené en espagnol. Franchise : 2500 CHF.

Elodie est une femme transgenre de 25 ans, originaire de Suisse. Elle vit en colocation avec deux autres personnes et poursuit des études à l'université tout en exerçant un emploi étudiant à temps partiel. Elodie vit ouvertement son identité trans. Elle se perçoit en bonne santé physique. En revanche, elle évoque des difficultés concernant sa santé mentale, qu'elle relie à de l'anxiété et à des traumatismes psychologiques. Elodie était déjà une connaissance avant l'entretien. Les parents d'Eldie prennent en charge son assurance. Franchise : Changement en 2026 de 2500 à 300 CHF.

Francisca est une femme de 57 ans, originaire d'un pays d'Amérique latine. Elle détient la nationalité d'un pays de l'UE et est titulaire d'un permis B en Suisse. Elle vit en famille monoparentale avec ses trois enfants de 18 ans, qui effectuent un apprentissage. Francisca travaille comme aide-cuisinière dans le secteur de la restauration. Elle et ses enfants bénéficient d'un subside de réduction des primes d'assurance-maladie ainsi que des prestations complémentaires cantonales pour familles (PC Familles). Elle se perçoit globalement en bonne santé. Toutefois, elle rapporte avoir souffert pendant six ans d'une hernie discale mal diagnostiquée. Francisca était déjà une connaissance avant l'entretien. Cet entretien a été mené en espagnol. Franchise : 2500 CHF.

Mily est une femme de 67 ans, originaire d'un pays de l'UE et détentrice de la nationalité suisse. Elle a une fille de 43 ans et deux petits-enfants. Veuve, elle vit seule dans le canton de Vaud. Elle est à la retraite, tout en travaillant à 50 % dans le secteur de la restauration. Elle se perçoit globalement en bonne santé, mais évoque quelques soucis de santé. Le contact avec Mily a été établi par l'intermédiaire d'une connaissance. Franchise : 1000 CHF.

Lidia est une femme de 54 ans, originaire de Suisse. Elle vit avec ses enfants de 18 et 22 ans et son époux, professeur dans une haute école universitaire. Informaticienne de formation, elle s'est reconvertie comme coach sportive. Elle travaille à son compte au sein de sa propre entreprise dans le domaine du sport. Elle se perçoit en bonne santé. Le contact avec Lidia a été établi par l'intermédiaire d'une connaissance. Franchise : 1000 CHF.

Néri est une femme de 51 ans, originaire de Suisse. Elle vit seule, tout en entretenant une relation de couple non cohabitante. Elle travaille à son compte comme ostéopathe et se perçoit en bonne santé. Néri était déjà une connaissance avant l'entretien. Franchise : 2500 CHF.

Jean-Claude est un homme de 69 ans, originaire de Suisse. Il est marié et vit avec son épouse, avocate à la retraite, ainsi qu'avec l'une de ses deux filles. Architecte, il dirige un bureau

d'architecture. Il se perçoit en bonne santé. Le contact avec Jean-Claude a été établi par l'intermédiaire d'une connaissance. Franchise : 2500 CHF.

Aida est une femme de 42 ans, originaire d'un pays latino-américain et détentrice de la nationalité suisse. Elle a deux enfants de 8 et 9 ans. Elle vit avec eux et avec son époux, qui travaille dans le domaine des télécommunications. Ancienne professeure de musique, elle est en reconversion professionnelle. Elle se perçoit en bonne santé. Le contact avec Aida a été établi par l'intermédiaire d'une connaissance. Franchise : 2500 CHF

***** L'entretien de Maria Teresa et Lucila a été mené en espagnol.***

Maria Teresa est une femme de 50 ans, originaire d'un pays latino-américain et titulaire d'un permis C. Elle a auparavant vécu en Suisse en situation irrégulière. Elle vit seule dans le canton de Genève et travaille à 50 % dans le domaine de la garde d'enfants à domicile. Au moment de l'entretien, elle est à la recherche d'un emploi à plein temps. Elle évoque quelques problèmes de santé et bénéficie d'un subside de réduction des primes d'assurance-maladie. Elle est engagée dans le milieu associatif genevois. Le contact avec Maria Teresa a été établi par l'intermédiaire de Lucila. Changement en 2026 de 2500 à 300 CHF. Bénéficiaire du subside Franchise.

Lucila est une femme de 63 ans, originaire d'un pays latino-américain et détentrice de la nationalité suisse. Elle a auparavant vécu en Suisse en situation irrégulière. Elle vit avec son père, âgé de 97 ans, et a un enfant et deux petites-filles. Elle habite à Genève, où elle est très engagée dans le milieu associatif. Elle travaille comme employée de maison dans le domaine du ménage à domicile. Au moment de l'entretien, elle venait d'être licenciée de l'entreprise de ménage qui l'employait à la suite d'un arrêt maladie. Malgré ses problèmes de santé, elle se perçoit globalement en bonne santé. J'ai rencontré Lucila dans le cadre d'une activité du milieu associatif genevois. Franchise : changement de 2500 à 300 CHF. Bénéficiaire du subside.

Carlos est un homme de 63 ans, originaire d'un pays d'Amérique latine. Il détient la nationalité d'un pays de l'UE et séjourne en Suisse avec un permis B. Il a cinq enfants, dont deux, âgés de 26 et 17 ans, vivent avec lui. Il est architecte indépendant et travaille comme *free-lance*. Il est marié et son épouse travaille dans le domaine parascolaire. Il se perçoit en bonne santé. Le contact avec Carlos a été établi par l'intermédiaire d'une collègue. Franchise : 2500 CHF.

Ostéopathe : Exerce à son compte dans un cabinet d'ostéopathie.

Médecin généraliste : Exerce à son compte dans un cabinet de médecine interne générale.

****** Les deux personnes suivantes ont participé à l'enquête, mais, en absence de situations de NR et du RS, leurs entretiens n'ont pas été retenus dans l'analyse.

Eugenia est une femme de 61 ans, originaire d'un pays latino-américain. Elle détient les nationalités, suisse et d'un pays de l'UE. Elle a deux filles, dont une habite avec elle. Elle travaille à son compte et gère avec son époux un restaurant. Eugenia a été rencontrée dans un établissement fréquenté par la chercheuse. Cet entretien a été mené en espagnol. Franchise : 500 CHF.

Angela est une femme de 21 ans, originaire de Suisse et détentrice de la nationalité d'un pays de l'UE. Elle poursuit une formation continue après l'obtention d'un CFC d'employée de commerce et travaille à 50 % dans une grande entreprise. Elle habite avec ses parents. Le contact avec Angela a été établi par l'intermédiaire d'Eugenia, participante à l'enquête. Franchise : 2500 CHF.

5 Déclaration sur l'usage de l'intelligence artificielle

Pour la réalisation de ce travail, j'ai eu recours à des outils d'intelligence artificielle, tels que *DeepL Traduction* et *ChatGPT*. J'ai utilisé ces outils pour la traduction de textes dont la source est en anglais et en allemand. Pour les textes en allemand, j'ai utilisé soit l'un, soit l'autre, tandis que pour les textes en anglais, j'ai utilisé les deux outils indistinctement. Les traductions pouvant varier d'un outil à l'autre, le recours aux deux m'a permis de vérifier et de comparer les traductions proposées et de retenir celle qui correspondait le mieux, en termes de sens et de précision, au texte original.

C'est au niveau de la relecture de mon travail et de l'élaboration de la cartographie relationnelle de parcours que j'ai le plus utilisé *ChatGPT*. En tant que non-francophone, et compte tenu de la contrainte liée au nombre de mots du mémoire, j'ai utilisé cet outil pour repérer les répétitions ou les formulations revenant sur une même idée, ainsi que les problèmes de syntaxe et les lourdeurs dans la rédaction. Je l'ai utilisée aussi dans un travail de réduction, car lors que j'ai fini de l'écrire le travail dépassait largement la quantité de mots requises.

Voici quelques exemples de cet usage.

J'aimerais rédiger ce texte proprement, supprimer les possibles lourdeurs, répétitions et le rendre plus fluide tout en respectant mon écriture et ma réflexion.

L'analyse des pratiques transnationales à partir de processus agentiques nous a demandé un travail de réflexion particulièrement important, dans la mesure que nous constatons une forte présence des trois dimensions de la triade de l'agentivité proposées par Emirbayer et Mische (1998). Bien que ces trois dimensions correspondent aux processus agentiques des chacune des actions qui ont guidé l'action dans les expériences correspondantes aux trois types de pratiques

Afficher plus ▾

Oui. Le raisonnement est clair, mais il est actuellement un peu enfoui sous des répétitions autour de *processus agentiques*, *dimensions*, *action*, *présent* et *Suisse*. Je garderais surtout ton mouvement analytique : **présence des trois dimensions → nécessité d'identifier la dominante → pratique-évaluative → critère qui permet de trancher → Melba comme cas éclairant**.

Je te proposerais cette version, en restant très proche de ta manière d'écrire :

Modifier

📄 ⬇️ ↶️



L'analyse des pratiques transnationales à partir des processus agentiques nous a

+ Demander à ChatGPT

Instantané ▾



Je veux reserrer, supprimer des éventuelles répétitions/lourdeurs/erreurs de syntaxe, mais sans perdre les étapes de mon raisonnement théorique

7.4.1 Les processus agentiques dans les pratiques transnationales

Les pratiques transnationales analysées dans ce qui précède prennent forme dans des contextes contraignants de l'action qui ouvrent un travail pratique-évaluatif d'arbitrage. Comme nous l'avons montré, c'est

Afficher plus ▾

Oui. Ici, il faut être plus prudent que dans 7.4.2 et 7.4.3, parce que **chaque paragraphe correspond à une étape de ton raisonnement théorique**. Je ne supprimerais donc aucun des mouvements : contraintes/arbitrage → ressources et conditions habilitantes → problème de la dominante temporelle → distinction avec l'itératif → distinction avec le projectif → mise en regard des trois configurations → conclusion sur la dominante pratique-évaluative.

Je resserrerais surtout les répétitions à l'intérieur de ces étapes.

7.4.1 Les processus agentiques dans les pratiques transnationales

Les pratiques transnationales analysées dans ce qui précède prennent forme dans des contextes contraignants de l'action qui ouvrent un travail pratique-évaluatif d'arbitrage. Comme nous l'avons montré, c'est dans le rapport contraint des assurés au cadre de l'AOS que ce travail d'évaluation pratique prend

+ Demander à ChatGPT

Instantané ▾



besoins tout aussi impérieux (Emirbayer et Mische, 1998 : 1000). Cependant, les pratiques transnationales

dans lequel son rapport aux soins et à l'AOS se déploie.

Ici, j'ai volontairement **très peu supprimé sur le fond**.

Les resserrements les plus utiles sont :

- « face à des besoins concurrents **et à des conditions contraignantes** » → le caractère contraignant vient d'être dit deux fois ;
- « nous a fourni des éléments qui nous ont permis de distinguer » → « **nous a permis de distinguer** » ;
- « limitent la possibilité de mobiliser cette voie » → « **limitent la mobilisation de cette voie** » ;
- « trois configurations de pratiques transnationales de notre typologie » → « **trois configurations** », puisque la typologie vient d'être nommée dans la phrase précédente ;
- « Le cas d'Aida nous aide à éclairer » → « **permet d'éclairer** » ;
- « Dès lors » n'est pas nécessaire : la relation logique est déjà parfaitement claire ;
- « particulièrement récurrente » → « **récurrente** » ;
- tout à la fin, « continue à se déployer » après « continue à être pensée » → simplement « **se déploie** ».

Je garderais surtout **les paragraphes sur Francisca et Aida séparés et développés comme ils le sont**. Ils ne sont pas des illustrations accessoires : ils accomplissent ton travail de distinction théorique. Francisca te permet de montrer pourquoi la présence de schémas issus de l'expérience ne suffit pas à faire de l'itératif la dominante ; Aida te permet de montrer pourquoi une organisation future des soins ne suffit pas davantage à faire du projectif la dominante. C'est seulement **après avoir écarté ces deux centres de gravité possibles** que ton dernier paragraphe peut établir positivement pourquoi le pratique-évaluatif domine.

C'est cette démonstration qu'il ne faut surtout pas sacrifier au nom du resserrement.

     Sources

+ Demander à ChatGPT

Instantané ▾



J'aimerais réviser le français, détecter s'il y a des lourdeurs de la langue, s'il y a des répétitions, sans toucher l'acheminement de mon analyse et en respectant mon écriture

Après avoir consacré la première partie de notre analyse des résultats aux expériences des parcours dans le cadre de l'accès formel à l'AOS/LAMal, la suite de notre analyse portera sur les expériences qui prennent forme au moment de l'accès effectif aux

[Afficher plus ▾](#)

Oui. Ici, je vois surtout quelques **répétitions rapprochées** (« suite de notre analyse », « cette partie », « analyse », « processus agentiques »), ainsi que certaines formulations un peu lourdes. En revanche, je conserverais l'acheminement : passage de l'accès formel à l'accès effectif → statut analytique du NR et du RS → cadre systémique-relationnel et agentivité → distinction entre formes de prise de distance → conditions habilitantes/contrainnantes.

Je corrigerais ainsi, sans chercher à raccourcir artificiellement les paragraphes :

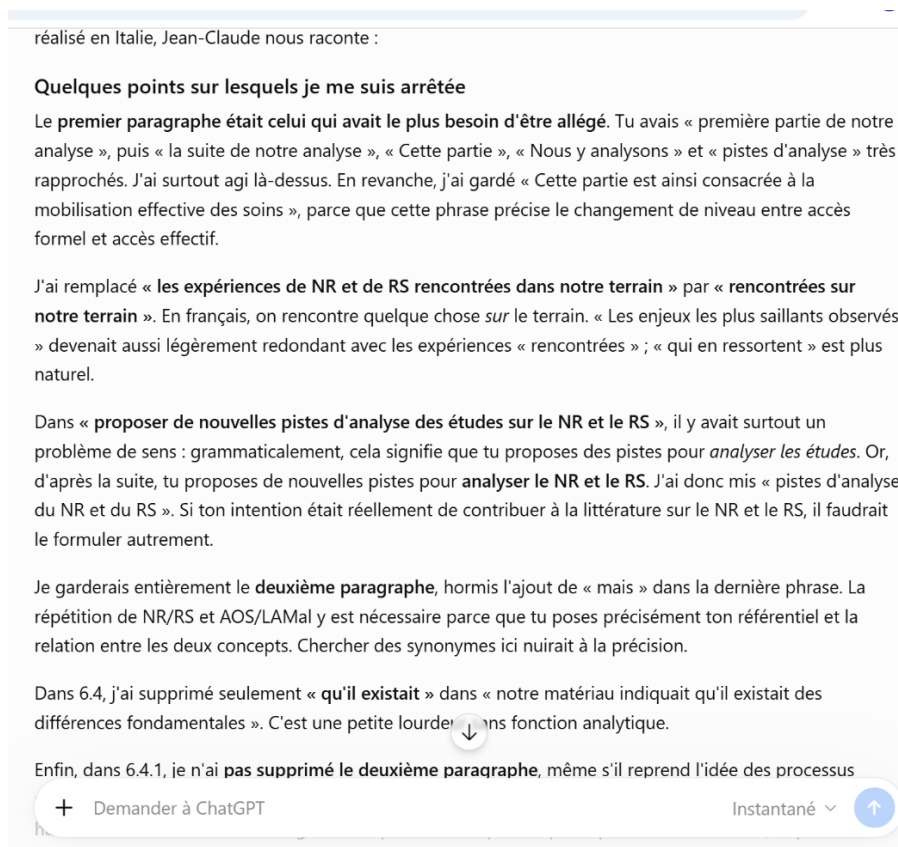
Après avoir consacré la première partie de notre analyse des résultats aux expériences des parcours dans le cadre de l'accès formel à l'AOS/LAMal, nous nous intéressons désormais aux expériences qui prennent forme au moment de l'accès effectif aux soins. Cette partie  ainsi consacrée à la mobilisation effective des soins. Nous y analysons, sous différents angles, les expériences de NR et de RS rencontrées sur notre terrain, ainsi

+ Demander à ChatGPT

Instantané ▾



ces deux phénomènes.



Concernant la cartographie, j'ai d'abord essayé de la réaliser avec Canva.com, mais j'y ai consacré beaucoup trop de temps, car c'est un logiciel que je ne maîtrise pas. J'ai ensuite essayé avec PowerPoint, mais je n'obtenais pas le résultat graphique que je voulais et je passais trop de temps à bricoler le schéma que je cherchais à construire. J'ai enfin fait recours à la fonctionnalité graphique de *ChatGPT*, car la réalisation de schémas est beaucoup plus simple et fluide.

Les images présentant la cartographie des parcours ont ainsi été générées à l'aide de *ChatGPT*, à partir de mes indications sur les éléments que je souhaitais représenter. Voici quelques exemples des différentes étapes de l'élaboration de la cartographie :

Schéma accès formel

Ici j'aimerais représenter l'accès formelle donc tout en haut.
Cartographie relationnelle des parcours dans le cadre de l'AOS/LAMal.
Accès formel

Puis ce parcours se structure à partir de trois moments: L'affiliation à l'AOS, le choix de la caisse maladie et le choix de la franchise de l'assurance de base.

Réflexion durant quelques secondes >

Oui, ici tu peux le formuler comme **la porte d'entrée formelle dans le système AOS/LAMal**.

Je verrais quelque chose comme :

Cartographie relationnelle des parcours dans le cadre de l'AOS/LAMal Accès formel au système

Puis, en dessous, trois moments successifs :

1. Affiliation à l'AOS

→ entrée dans le système obligatoire d'assurance maladie

2. Choix de la caisse-maladie

→ inscription auprès d'un assureur reconnu

3. Choix de la franchise de l'assurance de base

+ Demander à ChatGPT

Instantané

Tu pourrais représenter ça ainsi :

1. Affiliation à l'AOS

→ entrée dans le système obligatoire d'assurance maladie

2. Choix de la caisse-maladie

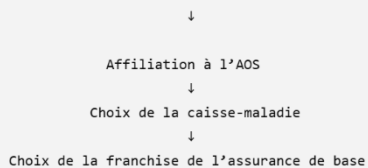
→ inscription auprès d'un assureur reconnu

3. Choix de la franchise de l'assurance de base

→ définition du niveau de participation financière de l'assuré-e

Tu peux représenter ça ainsi :

Cartographie relationnelle des parcours dans le cadre de l'AOS/LAMal
Accès formel



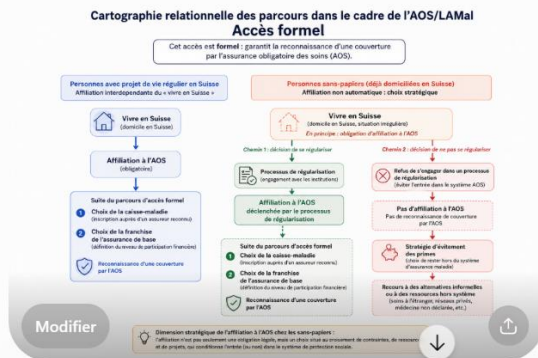
L'idée importante, c'est que cet **accès formel** ne signifie pas encore un accès effectif aux soins. Il indique seulement que la personne est intégrée administrativement au cadre AOS/LAMal. Ensuite, ton analyse peut montrer comment, malgré cette entrée formelle, les parcours se différencient selon les coûts, les arbitrages, les ressources, les réseaux, etc.

📄 🗨️ 📌 🔄 ...

Oui mais comme il s'agit du schéma Accès formel, le reste apparait plus petit en dessous du titre.

Aussi j'aimerais présenter les deux chemins possibles pour les sans-papiers (c'est d'ailleurs ça qui ouvre la dimension stratégique de l'affiliation à l'AOS)

D'une part, pour ceux qui peuvent et décident de se régulariser, l'affiliation est déclenchée par le processus de régularisation. D'autre part il y a ceux pour qui du fait que, la régularisation représente l'engagement avec l'AOS, décident de pas se régulariser comme stratégie d'évitement du payment des primes



+ Demander à ChatGPT

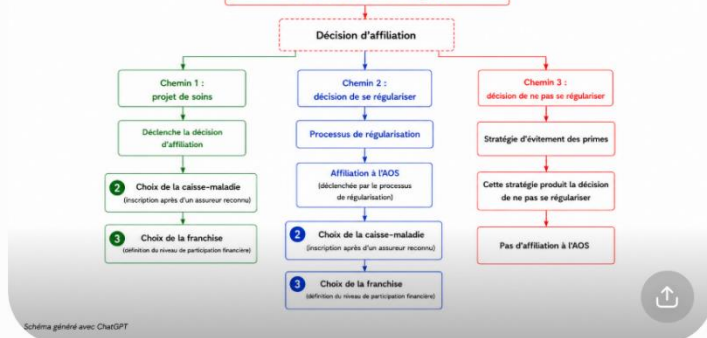
Instantané

oui mais il ne faut pas trop changer par rapport au schéma précédent. Il faut juste maitre projet de soins, processus de régularisation.. En ce moment il y a deux chemins, je pense qu'il faudrait juste ouvrir un Chemin 1 (projet de soins) Chemin 2 (décision de se régulariser) Chemin 3 (décision de ne pas se régulariser)

Cartographie relationnelle des parcours dans le cadre de l'AOS/LAMal

Accès formel

Personnes « sans-papiers »
(déjà domiciliées en Suisse)
En principe : obligation d'affiliation à l'AOS.
Affiliation : décision stratégique



...

Il faut ici que la cartographie continue à suivre la configuration des parcours

Confiance

- Fracturation de la confiance dans les interactions médicales
- Méfiance qui précède la relation médicale
- Perception du caractère marchand des rapports de soins

Raisons financières

- NR/RS en contexte de statut migratoire irrégulier
- Accès au subside et redistribution familiale de l'accès aux soins
- Refus du subside

il faut rendre visuel et graphiquement compréhensible que les deux s'imbriquent, la contrainte économique ne constitue pas un facteur isolé de la fracturation de la confiance

Afficher moins ^

Oui. Ici il faut éviter que la cartographie transforme « **Confiance** » et « **Raisons financières** » en deux causes parallèles du NR/RS. Ce serait contraire à ton analyse.

Je construirais cette partie comme deux **dimensions**  **traversent les configurations de NR et de RS**, avec une zone d'imbrication visible :

s'imbriquent, la contrainte économique ne constitue pas un facteur isolé de la fracturation de la confiance

Afficher moins ^

Oui. Ici il faut éviter que la cartographie transforme « **Confiance** » et « **Raisons financières** » en deux causes parallèles du NR/RS. Ce serait contraire à ton analyse.

Je construirais cette partie comme deux **dimensions qui traversent les configurations de NR et de RS**, avec une zone d'imbrication visible :

NR et RS

↓

Confiance

- Fracturation de la confiance dans les interactions médicales
- Méfiance qui précède la relation médicale
- Perception du caractère marchand des rapports de soins

et, à côté :

Raisons financières

- NR/RS en contexte de statut migratoire irrégulier
- Accès au subside et redistribution familiale de l'accès aux soins
- Refus du subside

Mais graphiquement, je ne mettrais surtout pas deux  grands cadres complètement séparés. Je verrais plutôt deux ensembles qui se chevauchent légèrement ou dont certaines ramifications se rejoignent. La

+ Demander à ChatGPT

Instantané



Mais graphiquement, je ne mettrais surtout pas deux grands cadres complètement séparés. Je verrais plutôt **deux ensembles qui se chevauchent légèrement**, ou dont certaines ramifications se rejoignent. Le chevauchement montrerait que les contraintes économiques peuvent intervenir dans la construction du rapport de confiance et que, réciproquement, les situations analysées ne peuvent pas toujours être ramenées à une cause exclusivement économique.

Cela permet de conserver une chose importante : « **Raisons financières** » reste une configuration empirique de tes situations de NR/RS, mais pas un facteur isolable du reste du parcours.

Et je n'écirais pas dans le schéma quelque chose comme « les raisons financières influencent la confiance ». Ce serait déjà une proposition causale beaucoup plus forte. **La proximité, le chevauchement et éventuellement quelques lignes de connexion non directionnelles** suffisent pour rendre l'imbrication visible.

Donc, pour l'instant, la structure de l'accès effectif serait plutôt :

Accès effectif

✓ Sortie du cadre de l'AOS — bleu

■ NR et RS — rouge

✓ Confiance

■ Raisons financières

avec **Confiance** → **Raisons financières** graphiquement imbriquées, et leurs configurations respectives en dessous.

Là, on continue bien à cartographier la **configuration des parcours**, tandis que la représentation graphique montre que les dimensions qui les constituent ne sont pas étanches.

📄 📌 🔄 ⋮ 📄 Sources

+ Demander à ChatGPT

Instantané ▾



La flèche qui va des "pratiques transnationales stabilisées" à "Retour en Suisse..." il ne faut pas la toucher, elle est juste. Par contre cette nouvelle flèche que tu viens d'ajouter ne sert à rien, car ce qu'il me faut de de rendre graphiquement visible comment on comprend le retour "partiel" de ces pratiques, vers le système suisse de santé

Exactement. La flèche existante « **Pratiques transnationales stabilisées** → **Retour de pratiques transnationales...** » reste telle quelle. Elle indique correctement l'origine de cette reconfiguration.

Ce qui manque n'est donc pas une deuxième flèche entre ces deux éléments. Il faut rendre visible à l'intérieur du cadre « **Retour de pratiques transnationales...** » ce que signifie ce retour **partiel** : les pratiques ne réintègrent pas simplement le fonctionnement ordinaire de l'AOS/LAMal. Elles reviennent vers le système suisse **par l'intermédiaire de médecins qui y exercent**, alors que l'accès effectif reste désarticulé du cadre de l'AOS/LAMal.

Graphiquement, je verrais donc dans ce petit cadre un indicateur très simple du type :

Médecins du système suisse

↓

désarticulation de l'accès effectif du cadre de l'AOS/LAMal

avec un petit élément graphique associé à « **système suisse de santé** » qui montre que les médecins se trouvent **dans** ce système. C'est cela qui ferait voir le **retour partiel** : **retour vers des professionnel.les du système suisse, sans retour de l'accès effectif dans le fonctionnement institutionnel de l'AOS/LAMal.**



Et surtout : **on supprime la nouvelle flèche courbe verte.** Elle ne représente rien de plus.

+ Demander à ChatGPT

Instantané ▾



Et surtout : on supprime la nouvelle flèche courbe verte. Elle ne représente rien de plus.

Ok vas-y



152

6 Déclaration sur l'honneur

Déclaration sur l'honneur*

Par la présente, j'affirme avoir pris connaissance des documents d'information et de prévention du plagiat émis par l'Université de Neuchâtel et m'être renseigné-e correctement sur les techniques de citation.

J'atteste par ailleurs que le travail rendu est le fruit de ma réflexion personnelle et a été rédigé de manière autonome.

Je certifie que toute formulation, idée, recherche, raisonnement, analyse ou autre création empruntée à un tiers est correctement et consciencieusement mentionnée comme telle, de manière claire et transparente, de sorte que la source en soit immédiatement reconnaissable, dans le respect des droits d'auteur et des techniques de citations.

Je suis conscient-e que le fait de ne pas citer une source ou de ne pas la citer clairement, correctement et complètement est constitutif de plagiat.

Je prends note que le plagiat est considéré comme une faute grave au sein de l'Université. J'ai pris connaissance des risques de sanctions administratives et disciplinaires encourues en cas de plagiat (pouvant aller jusqu'au renvoi de l'université).

Je suis informé-e qu'en cas de plagiat, le dossier sera automatiquement transmis au rectorat.

Au vu de ce qui précède, **je déclare sur l'honneur ne pas avoir eu recours au plagiat ou à toute autre forme de fraude.**

Nom : **CORTINA BELLO**

Prénom : **LAURA ISABEL**

Cursus : **MASTER EN SCIENCES SOCIALES**
PILIER PRINCIPAL : MIGRATION
ET CITOYENNETÉ
PILIER SECONDAIRE : SOCIOLOGIE

Faculté d'inscription : **LETTRES ET**
SCIENCES HUMAINES

Lieu et date : **VUARRENS**
04 SEPTEMBRE 2026

Signature :



Ce formulaire doit être dûment rempli par tout étudiant ou toute étudiante rédigeant un travail substantiel (notamment un mémoire de bachelor ou de master) ou une thèse de doctorat. Il doit accompagner chaque travail remis au professeur ou à la professeure.

* Formulaire largement inspiré de la Directive de la direction 0.3 bis, intitulée Formulaire Code de déontologie en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses, de l'Université de Lausanne, du 23 avril 2007 et adapté aux besoins de l'Université de Neuchâtel.

Rectorat. Fbg de l'Hôpital 41, 2000 Neuchâtel, tél. +41 32 718 10 20, messagerie.rectorat@unine.ch

Merci