

Joan CORTINAS MUÑOZ
Hélène REVIL
Céline RICHEZ

Diagnostic de l'accès aux soins en Languedoc-Roussillon.
MONOGRAPHIE DE L'AUDE.

Chef de projet CPAM de l'Aude : N. NOWARA.

Coordination scientifique : ODENORE - H. REVIL et P. WARIN

Mars 2016

Sommaire

Glossaire	5
Introduction	6
1 Contextualisation sociale, sanitaire et économique du renoncement.....	13
1.1 Une précarité et une « fragilité sociale » plus marquée dans la région, notamment chez les personnes seules, les jeunes et les familles monoparentales.....	13
1.2 Une non-consommation de soins moins importante au niveau régional que national ...	17
1.3 Une offre de soins globalement dense et accessible au niveau de la région, mais inégale selon les territoires.....	19
2 Les « renonçants » : éléments de caractérisation, contextes et parcours de vie.....	21
2.1 Profil sociodémographique des renonçants.....	21
2.1.1 <i>Plus de femmes que d'hommes</i>	<i>22</i>
2.1.2 <i>Des renonçants de tout âge.....</i>	<i>22</i>
2.1.3 <i>Des personnes seules avec des enfants à charge</i>	<i>22</i>
2.1.4 <i>La situation de précarité plus signifiante que la situation socio-professionnelle.....</i>	<i>23</i>
2.1.5 <i>L'absence de complémentaire santé augmente le risque de renoncement</i>	<i>23</i>
2.1.6 <i>Renoncement ne signifie pas absence de soins</i>	<i>24</i>
2.1.7 <i>Perception de l'état de santé et accès aux soins</i>	<i>24</i>
2.2. Les renonçants : contextes et parcours de vie.....	25
2.2.1 <i>Des personnes souffrant de maladies « lourdes » : quand la maladie entraîne le renoncement.....</i>	<i>25</i>
2.2.2 <i>Des personnes ayant vécu des « ruptures biographiques » : des difficultés rencontrées suite à des accidents de la vie.....</i>	<i>26</i>
2.2.3 <i>Des personnes « précaires ».....</i>	<i>27</i>
3 Les besoins de soins non satisfaits	29
3.1 Renoncements multiples avec une forte présence du dentaire	29
3.2 Les renoncements au regard des trajectoires.....	32
3.2.1 <i>Des renoncements globalement multiples, mais différents en fonction du profil</i>	<i>32</i>
3.2.2 <i>La présence d'une maladie augmente le nombre de renoncements.....</i>	<i>33</i>
3.2.3 <i>Des renoncements de longue durée qui se concentrent sur les soins dentaires et la lunetterie.....</i>	<i>33</i>
4 Les raisons et explications du renoncement.....	36
4.1 Pour tous les profils, les raisons financières sont prégnantes mais ne sont pas les seules.....	36

4.2 Pour chaque profil, des explications plus ou moins nombreuses et spécifiques	39
4.2.1 Expliquer les raisons financières.....	39
4.2.2 Difficultés d'accès à l'offre de soins, inadaptation et complexité du système sanitaire et social.....	44
4.2.3 La « maladie lourde », source de lassitude par rapport aux soins	45
4.2.4 Une guidance parfois absente ou peu adaptée	46
5 Les conséquences du renoncement.....	50
5.1 Des conséquences physiques, aux conséquences psychologiques	50
5.2 Conséquences sur la vie sociale et professionnelle.....	51
5.3 Conséquences sur la vie quotidienne.....	52
5.4 Conséquences sur le rapport à la société	53
6 Les réactions des renonçants : des renoncements plus difficiles que d'autres à surmonter.....	55
6.1 Des renonçants qui tiennent à leur santé, des renoncements plus intégrés que d'autres	55
6.2 Les réactions face au renoncement.....	56
6.2.1 Chercher de l'aide auprès des organismes sociaux	56
6.2.2 Entre stratégies d'adaptation et recours à des artefacts	57
6.2.3 L'automédication et les médecines parallèles	59
6.2.4 De la planification des soins, à la recherche de « possibilités » financières.....	59
Conclusion.....	62
Table des illustrations	67
Annexes.....	68
<i>Annexe1 Questionnaire utilisé pour le repérage</i>	<i>68</i>
<i>Annexe2 Guide d'entretien – Odenore.....</i>	<i>72</i>
<i>Annexe3 Grille d'analyse administrative.....</i>	<i>78</i>
<i>Annexe4 Tableau de contingence comparaison par sexe renonçants et non-renonçants dans l'Aude ..</i>	<i>80</i>
<i>Annexe5 Tableau de contingence comparaison par âge renonçants et non-renonçants dans l'Aude ...</i>	<i>80</i>
<i>Annexe6 Tableau de contingence comparaison par situation familiale renonçants et non-renonçants dans l'Aude</i>	<i>80</i>
<i>Annexe7 Tableau de contingence comparaison par CSP renonçants et non-renonçants dans l'Aude..</i>	<i>81</i>
<i>Annexe8 Rapport soins/santé : Comparaison des profils renonçants et non-renonçants dans l'Aude..</i>	<i>82</i>
<i>Annexe9 Tableau de contingence situation Complémentaire santé dans l'Aude.....</i>	<i>83</i>
<i>Annexe10 Tableau de contingence situation médecin traitant dans l'Aude</i>	<i>83</i>

Glossaire

AAH	Allocation Adulte Handicapé
ACS	Aide au paiement d'une Complémentaire Santé
ALD	Affection de Longue Durée
AME	Aide Médicale Etat
ASI	Allocation Supplémentaire d'Invalidité
ASPA	Allocation spécifique de solidarité aux personnes âgées
ASS	Action Sanitaire et Sociale (CPAM)
AT	Accident du Travail
BRSG	Baromètre du Renoncement aux Soins dans le Gard
CARSAT	Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail
CES	Centre d'Examens de Santé
CMU-C	Couverture Maladie Universelle - Complémentaire
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CSP	Catégorie Socio-Professionnelle
EPICES	Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé
ESPS	Enquête Santé et Protection Sociale (IRDES)
ETM	Exonération du Ticket Modérateur
IJ	Indemnités Journalières
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IRDES	Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé
LR	Languedoc-Roussillon
MDPH	Maisons Départementales des Personnes Handicapées
OC	Organisme Complémentaire
ODENORE	Observatoire DEs NON-REcours aux droits et services
PFS	PlateForme de Services (centres d'appels téléphoniques CPAM)
PO	Pyénées-Orientales
RSA	Revenu de Solidarité Active
RSI	Régime Social des Indépendants
SMIC	Salaire Minimum de Croissance
UDAF	Union Départementale des Associations Familiales

Introduction

En 2014, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) du Gard a réalisé une étude relative au renoncement aux soins dans le département – *le Baromètre du Renoncement aux Soins dans le Gard* (BRSG)¹ – afin de comprendre les enjeux de ce phénomène puis de mettre en place des actions pour tenter d'y remédier. En 2015, les organismes d'Assurance Maladie de la région Languedoc-Roussillon (LR) ont décidé de réaliser une étude similaire au niveau régional, sous la responsabilité scientifique de l'Observatoire DEs NON-REcours aux droits et services (Odenore)². Cette monographie présente le phénomène du renoncement aux soins dans l'Aude. Elle n'est qu'une partie du travail de recherche mené en région qui sera prochainement présenté dans un rapport d'étude réalisé par l'Odenore.

Dans cette monographie, nous visons à caractériser au niveau de l'Aude un phénomène (le renoncement aux soins) auprès d'une population donnée (les publics des institutions et des structures associées au diagnostic). À partir d'une démarche quantitative et qualitative, il s'agit de cerner les profils sociodémographiques des renonçants, les explications du renoncement et ses conséquences, mais aussi de relever les solutions recherchées ou mises en œuvre par les personnes concernées et à imaginer celles que pourraient porter les acteurs du système de santé. D'après l'enquête par questionnaire conduite dans le cadre de ce diagnostic, 36,8% des personnes interrogées dans l'Aude ont déclaré avoir renoncé à des soins au cours des 12 derniers mois³.

La notion de renoncement aux soins est usuelle dans les enquêtes visant à caractériser les rapports d'une population à la santé. En particulier, l'Enquête Santé et Protection Sociale (ESPS) conduite par l'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES)⁴ depuis 1988 demande régulièrement aux enquêtés si, au cours des douze derniers mois, ils ont renoncé à au moins un soin pour des raisons financières. En questionnant des populations sur leur renoncement à des soins, il s'agit d'identifier des besoins de soins non satisfaits alors que les personnes en ressentent la nécessité. Ce questionnement est central pour mesurer les inégalités sociales de santé dès lors que des données sur l'accès à l'offre de soins sont rapportées à l'état de santé des personnes.

Il est ici utile de rappeler que le renoncement aux soins est différent du non-recours. La notion de non-recours renvoie à un besoin de soins avéré sur le plan médical, mais non satisfait. Nous ne sommes plus dans l'ordre du déclaratif mais dans celui du normatif, puisque le non-recours est établi au regard de ce qui est considéré du point de vue médical (à partir de l'état des connaissances de la médecine) comme un état de santé non traité médicalement. Cette étude sur l'accès aux soins en Languedoc-Roussillon n'a pas pour objectif de vérifier si les besoins de soins exprimés par les renonçants sont justifiés d'un point de vue médical. On peut rappeler qu'une des spécificités du BRSG a été d'obtenir des données à la fois sur le renoncement et sur le non-recours aux soins. Ce faisant, il a été possible de

¹ Odenore, « *BRSG - Baromètre du Renoncement aux Soins dans le Gard* » https://odenore.msh-alpes.fr/documents/rapport_final_brsg_19_septembre_2014.pdf

² L'Odenore (Observatoire DEs NON-REcours aux droits et services) a été créé officiellement en mars 2003 comme dispositif du laboratoire PACTE à l'Institut d'Etudes Politiques de Grenoble. En janvier 2009, Odenore a été créé comme Equipe de Recherche Technologique par le Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche. Installé à la Maison des Sciences de l'Homme-Alpes, il anime l'axe « Inégalités, Normes, Comportements ». <http://odenore.msh-alpes.fr>

³ Source : Odenore, *Premiers résultats des analyses quantitatives pour le régime général, au niveau départemental*, avril 2015 / Le taux de renoncement a ici été calculé parmi les personnes qui ont répondu aux questions Q1 (département) et Q14 (renoncement oui/non).

⁴ « *L'Enquête santé et protection sociale (ESPS) est l'enquête de référence sur la santé, l'accès aux soins et la couverture maladie en France. Elle recueille depuis 1988 des données sur l'état de santé, la couverture maladie, la situation sociale et le recours aux soins d'un échantillon de 8 000 ménages ordinaires, soit 22 000 personnes. Elle est représentative d'environ 97% de la population vivant en France métropolitaine. L'enquête est un panel. Elle a lieu tous les deux ans et interroge les mêmes ménages tous les quatre ans. (...) ESPS participe à l'évaluation des politiques de santé et à l'étude des questions d'équité en santé. De plus, son lien avec les données de prestation de l'Assurance maladie permet des analyses fines du recours aux services de santé.* » <http://www.irdes.fr/recherche/enquetes/esps-enquete-sur-la-sante-et-la-protection-sociale/actualites.html>

montrer la forte homologie entre les deux phénomènes : le BRSO souligne ainsi que dans 94% des cas, les besoins de soins déclarés par les personnes sont avérés médicalement⁵.

Le diagnostic de l'accès aux soins dans l'Aude s'est composé de plusieurs phases. La première a été une campagne de repérage, par questionnaire⁶, (cf. Annexe 1) du renoncement aux soins. La méthode de recensement a été choisie pour les besoins de cette enquête quantitative. Durant la campagne de repérage dans l'Aude, 945 questionnaires ont été passés auprès de personnes relevant du régime général. Sur une période d'un mois - entre mars et avril 2015 -, les agents d'accueil de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) de l'Aude – sites de Carcassonne, Narbonne et dans une moindre mesure de Limoux et Port-la-Nouvelle – ont fait passer le questionnaire à leurs publics (695 questionnaires ont été remplis). Le service Social - sites de Narbonne et de Carcassonne (55 questionnaires) – et le service Médical (21 questionnaires) de la CPAM se sont également investis dans le repérage du renoncement. Enfin, l'Union Départementale des Associations Familiales (UDAF) (114 questionnaires) a participé à la phase de détection en questionnant également ses usagers sur le renoncement aux soins.

Eu égard aux limites d'une enquête par questionnaire pour la compréhension du phénomène de renoncement aux soins, dans une seconde phase, 50 entretiens, d'environ une heure, ont été réalisés dans le département de l'Aude. Ces entretiens ont été de type semi-directif. Un guide d'entretien élaboré par l'Odenore (cf. Annexe 2) proposait d'aborder, après une entrée en matière, sept thèmes : la description du renoncement, son explication, ses conséquences, les réactions/actions face au renoncement, la relation au médecin traitant, le besoin de soins et le rapport aux soignants et à la santé, le niveau de précarité.

Le choix des personnes à contacter pour réaliser ces entretiens a été effectué fin avril 2015, lors d'une réunion de travail avec l'ensemble des acteurs impliqués dans l'étude. La construction de l'échantillon a été pensée de manière à pouvoir approfondir deux hypothèses de travail apparues au travers du BRSO⁷ :

- Le manque de guidance comme élément clé pour comprendre le renoncement aux soins.
- Le renoncement comme comportement intégré.

Comme indiqué par l'Odenore, les besoins de guidance des personnes en matière d'accès aux soins renvoient en particulier à des attentes en terme de vigilance, d'incitation, d'information et d'accompagnement de la part des professionnels de santé comme des professionnels de l'administratif et du social. Partant de cette définition, la guidance attendue plus spécifiquement des professionnels de santé renverrait à la fois :

- À l'organisation du parcours de soins et à l'orientation du patient vers le professionnel de santé le plus apte à répondre à ses besoins de santé et à ses possibilités financières ;
- Au conseil dans la planification des soins à réaliser ;
- À l'orientation éventuelle vers les dispositifs d'assurance et d'aide sociale.

Quant à la notion de comportement intégré, le BRSO a fait le constat que parfois le renoncement est si fortement intégré par les personnes qu'il n'est plus « situationnel » mais devient, en quelque sorte, un comportement par rapport aux soins. Les personnes présentant ce type de comportement cherchent des alternatives au système de santé pour se soigner et s'installent parfois dans des soins « bricolés » ; ces alternatives (remèdes traditionnels, automédication...) permettent d'ailleurs de contourner l'absence de soins de façon temporaire mais ne la règlent, en général, pas. D'autres personnes ont quant à elles cessé

⁵ Odenore, « BRSO - Baromètre du Renoncement aux Soins dans le Gard »

https://odenore.msh-alpes.fr/documents/rapport_final_brsog_19_septembre_2014.pdf

⁶ Ce questionnaire a été construit par l'Odenore, en interaction avec la CPAM du Gard, en s'inspirant du questionnaire de repérage du renoncement mobilisé dans le cadre du BRSO.

⁷Odenore, « BRSO - Baromètre du Renoncement aux Soins dans le Gard »

https://odenore.msh-alpes.fr/documents/rapport_final_brsog_19_septembre_2014.pdf

de chercher des solutions pour sortir du renoncement et ont le sentiment que celui-ci ne trouvera jamais de fin.

A l'occasion d'un Comité de pilotage réunissant les acteurs impliqués dans le diagnostic de l'accès aux soins en Languedoc-Roussillon, il a été entrepris de « classer » les répondants au questionnaire ayant déclaré renoncer aux soins, en fonction de leurs réponses à trois questions en lien avec les deux notions que nous venons de décrire. Trois profils en ont découlé (64 personnes) :

- ✓ Profil 1 (15 entretiens) : Personnes qui pensent que cette situation de renoncement ne peut pas changer (Q16) et qui ont le sentiment de ne pas pouvoir bénéficier de soins quand elles en ressentent le besoin (Q17) et, en outre, qui ont le sentiment que cette situation de renoncement a (ou peut avoir) au moins une conséquence (Q20).
- ✓ Profil 2 (14 entretiens) : Personnes qui pensent que cette situation de renoncement ne peut pas changer (Q16) ou qui ont le sentiment de ne pas pouvoir bénéficier de soins quand elles en ressentent le besoin (Q17) ou encore qui ont le sentiment que cette situation de renoncement a (ou peut avoir) au moins une conséquence (Q20).
- ✓ Profil 3 (3 entretiens) : Personnes qui pensent que cette situation de renoncement peut changer prochainement (Q16), qui ont le sentiment de pouvoir bénéficier de soins quand elles en ressentent le besoins (Q17) et qui ont le sentiment que cette situation de renoncement n'a pas (ou ne peut pas avoir) de conséquence (Q20).

Une fois les assurés de ces trois profils contactés, l'objectif de 50 entretiens n'a pas été atteint – refus de certains assurés, indisponibilités...- De ce fait, quatre profils complémentaires ont été établis par l'Odenore afin de pouvoir atteindre cet objectif :

- ✓ Profil Complémentaire 1 (4 entretiens) : Personnes déclarant renoncer à des consultations chez un médecin généraliste (Q18).
- ✓ Profil complémentaire 2 (3 entretiens) : Personnes ayant déclaré plus d'un renoncement (Q18) et être en situation de renoncement depuis plus de 5 ans (Q15).
- ✓ Profil complémentaire 3 (7 entretiens) : Personnes ayant déclaré un renoncement ou un report de soins au sein de leur entourage familial (Q21) et ayant déclaré renoncer aux soins depuis plus d'un an (Q15).
- ✓ Profil complémentaire 4 (2 entretiens) : Personnes ayant déclaré avoir un mauvais ou très mauvais état de santé (Q13) et ayant indiqué une dernière consultation chez un médecin datant de plus de 6 mois (Q12).

Les profils 1, 2 et tous les profils complémentaires correspondent à des personnes pour lesquelles nous pouvons supposer un manque de guidance et/ou une intégration du renoncement. Le profil 3 a été un profil de contrôle ; il s'agit de personnes dont les réponses aux questions précitées ne suggèrent en effet pas de manque de guidance et encore moins une intégration du renoncement.

Les entretiens ont été fixés par le chargé d'étude et ont été réalisés entre les mois de mai et d'août 2015 dans les conditions suivantes :

- Locaux de la CPAM de Carcassonne : 18 entretiens ;
- Locaux de la CPAM de Narbonne : 23 entretiens ;
- Locaux de la mairie de Port-la-Nouvelle : 3 entretiens ;
- Par téléphone : 6 entretiens.

Ces entretiens ont été enregistrés avec l'accord des personnes, puis retranscrits. Chaque entretien a donné lieu à la rédaction d'une synthèse de plusieurs pages, suivant une matrice définie par l'Odenore. La

construction de ce corpus a respecté l'anonymat des enquêtés. Ces synthèses ont été présentées lors de Comités d'analyse mis en place au sein de la CPAM de l'Aude. Il s'est agi de réunions régulières – tous les quinze jours – auxquelles les différents services de la caisse primaire ont été invités à participer. Lors de ces Comités, le chargé d'études présentait cinq synthèses et les participants échangeaient sur leur contenu à partir d'une grille d'analyse préétablie par la CPAM du Gard (cf. Annexe 3). L'objectif des Comités d'analyse était de produire une réflexion collective sur les obstacles dans l'accès aux soins et de discuter des actions à mettre en place pour essayer de les lever.

La population ayant participé à l'étude

Avant de commencer l'analyse des données recueillies lors de l'enquête sur le renoncement aux soins dans l'Aude, il est nécessaire de préciser les caractéristiques de la population qui a participé à ce diagnostic. Cet exercice est utile étant donné que l'échantillon des personnes à rencontrer en entretien ne s'est pas construit à partir de critères de représentativité de la population, mais plutôt en fonction des personnes qui se sont rendues dans les sites de repérage pendant la période de passation du questionnaire relatif au renoncement aux soins et en tenant compte des hypothèses de travail présentées ci-dessus⁸.

Parmi les répondants au questionnaire ainsi que parmi les interviewés, les femmes sont largement surreprésentées par rapport à la proportion de femmes dans le département⁹. Ainsi, en 2011, les femmes représentaient dans l'Aude 51,83% de la population. Cependant, elles représentent 62,51% des répondants au questionnaire de repérage et 74% du total des personnes interviewées.

En ce qui concerne l'âge des enquêtés¹⁰, il existe une surreprésentation des tranches d'âge 18-24 ans (7,76% pour 6,63% dans l'Aude), 25-39 ans (28,48% pour 16,22% dans l'Aude) et 40-59 ans (41,3% pour 27,21% dans l'Aude). Cette surreprésentation est particulièrement élevée en ce qui concerne la tranche d'âge des 40-59 ans. Parmi la population interviewée, cette tranche d'âge est deux fois supérieure à son pourcentage dans le département. Les + de 60 ans sont moins représentés dans les répondants au questionnaire (22,3% pour 29,37% dans l'Aude) mais ils le sont davantage parmi les personnes interviewées.

En ce qui concerne la situation familiale¹¹, les participants à l'enquête qui sont en couple sans enfants à charge (14,1%) sont moins présents qu'au niveau du département (29,2%) Par contre, les personnes seules (42,4%) et les personnes seules avec enfants à charge (16,3%) sont surreprésentées par rapport à la population de l'Aude (33,4% et 8,4%).

Les employés et les personnes sans activité professionnelle ont une présence extrêmement importante parmi les répondants et les interviewés par rapport à la population de l'Aude¹². Ainsi, les employés sont deux fois plus nombreux parmi nos interviewés et 10 points au-dessus du pourcentage départemental parmi les répondants au questionnaire (26,3% pour 16,5% dans l'Aude) Ces écarts se creusent encore

⁸ Les données proviennent essentiellement de deux documents internes et non publiés par l'Odenore :

- Odenore, avril 2015, *Résultats des analyses du régime général par département*.

- Odenore, avril 2015, *Résultats des analyses quantitatives-régime général - niveau régional*.

⁹ Source : Insee, RP2011 exploitation principale.

http://www.insee.fr/fr/themes/tableau_local.asp?ref_id=POP1A&millesime=2011&niveau=1&typgeo=DEP&codgeo=11

http://www.insee.fr/fr/themes/tableau_local.asp?ref_id=POP1B&millesime=2011&niveau=1&typgeo=DEP&codgeo=11

¹⁰ Source : Insee, RP2011 exploitation principale.

http://www.insee.fr/fr/themes/tableau_local.asp?ref_id=POP1A&millesime=2011&niveau=1&typgeo=DEP&codgeo=11

¹¹ Sources : Insee, RP2011 exploitation complémentaire.

http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=99&ref_id=DTD011D

¹² Source : Insee, RP2011 exploitation complémentaire

http://www.insee.fr/fr/themes/tableau_local.asp?ref_id=POP&millesime=2011&typgeo=DEP&search=11

plus en ce qui concerne les personnes sans activité professionnelle. Ainsi, cette catégorie de personnes est trois fois plus présente parmi les répondants au questionnaire (49,7% pour 16,2% dans l'Aude) et 27 points au-dessus de la moyenne départementale en ce qui concerne les personnes interviewées.

Les agriculteurs, artisans, professions intermédiaires et les cadres sont pratiquement absents de notre échantillon.

Finalement, parmi les interviewés, les personnes habitant dans une zone à dominante urbaine sont surreprésentés par rapport à celles habitant dans une zone à dominante rurale.

En somme, nous pouvons dire que cette monographie est construite à partir des données – quantitatives et qualitatives – relatives à des personnes appartenant à la catégorie des employés, sans activité professionnelle ou retraités, qui sont de façon très majoritaire des femmes, ayant plus de 40 ans dans leur majorité, étant seules sans ou avec enfants à charge et habitant dans des zones à dominante urbaine.

Un échantillon dominé par des situations de précarité et non d'exclusion

Il est utile de mentionner que 82% des personnes rencontrées en entretien se trouvent en situation de précarité sur les plans socio-économique et de la santé, selon les barèmes du score Epices¹³. Cette précarité s'explique notamment par des revenus, des situations familiales, sociales et par rapport à l'emploi, fragiles. Les personnes interviewées ne sont toutefois pas en totale rupture avec les filets de protection socio-économiques et de santé - famille, salariat, revenus de substitution, protection maladie de base et complémentaire. Parmi toutes les personnes avec lesquelles nous avons mené des entretiens, seule une se trouve sans aucune source de revenus, mais ceci est dû à une erreur dans le versement de son Allocation Adulte Handicapé (AAH). Le reste dispose d'au moins une source de revenus pour vivre. Dans un tiers des cas, cette source est liée à des salaires ; dans 25% des cas, les revenus proviennent des retraites ; 25% des personnes perçoivent l'AAH ou le Revenu de Solidarité Active (RSA) et 23%¹⁴ des revenus de substitution - chômage et indemnités journalières liées à un arrêt de travail.

Ces sources, cependant, n'offrent dans la plupart des cas que de faibles revenus. Ainsi, la majorité des interviewés vit dans un foyer dont les revenus se situent en-dessous des seuils de pauvreté¹⁵ (cf. Graphique 1). Il n'y a, dans notre échantillon, que le type de foyer « couple avec un enfant de moins de 14 ans » qui échappe à la pauvreté monétaire.

¹³ Le calcul du score Epices est lié aux déterminants socio-économiques de la précarité mais aussi aux indicateurs de santé et de modes de vie. Ce score est un indicateur individuel de précarité à partir de mesurer la situation de la personne sur plusieurs dimensions : Emploi, ressources, logement, éducation et culture, famille, lien social, protection sociale et santé. Le score est une synthèse de la situation de la personne dans ces dimensions. Sont considérés comme « précaires EPICES » les sujets présentant des scores 30 ou supérieurs sur une échelle 0-100. Le score Epices a été calculé avec chacun des interviewés à la fin de l'entretien.

Pour plus de détails sur le score Epices voir : Labbe Emilie, Moulin Jean Jacques, Gueguen René, Sass Catherine, Chatain Carine, Gerbaud Laurent, « Un indicateur de mesure de la précarité et de la « santé sociale » : le score EPICES. L'expérience des Centres d'examens de santé de l'Assurance maladie », *La Revue de l'Ires* 1/2007 (n° 53), p. 3-49

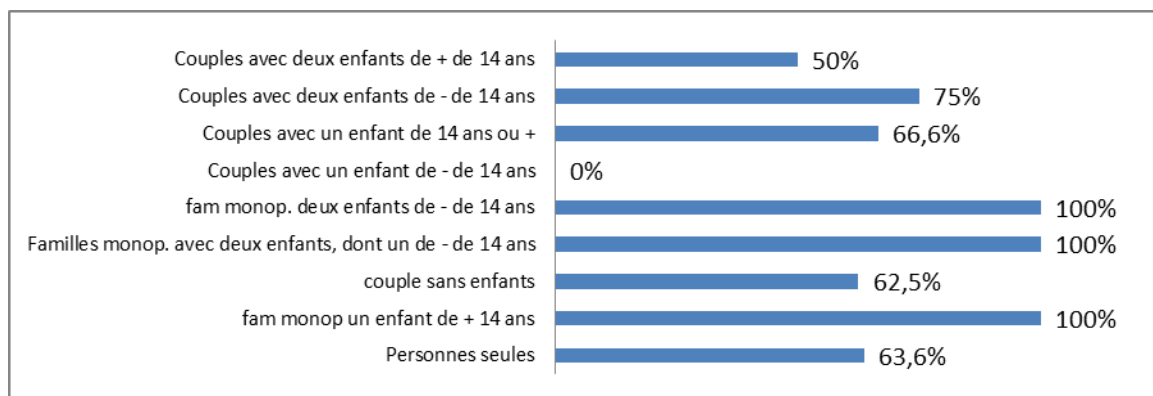
<http://www.caim.info/revue-de-l-ires-2007-1-page-3.htm>

¹⁴ Ces pourcentages dépassent le 100% car il peut y avoir plusieurs sources de revenus dans un même foyer.

¹⁵ L'Insee estime qu'« un individu (ou un ménage) est considéré comme pauvre lorsqu'il vit dans un ménage dont le niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté. L'Insee, comme Eurostat et les autres pays européens, mesure la pauvreté monétaire de manière relative alors que d'autres pays (comme les États-Unis ou le Canada) ont une approche absolue. Dans l'approche en termes relatifs, le seuil de pauvreté est déterminé par rapport à la distribution des niveaux de vie de l'ensemble de la population. Eurostat et les pays européens utilisent en général un seuil à 60% de la médiane des niveaux de vie. La France privilégie également ce seuil, mais publie des taux de pauvreté selon d'autres seuils (40%, 50% ou 70%), conformément aux recommandations du rapport du Cnis sur la mesure des inégalités. »

<http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/pauvrete-monetaire.htm>

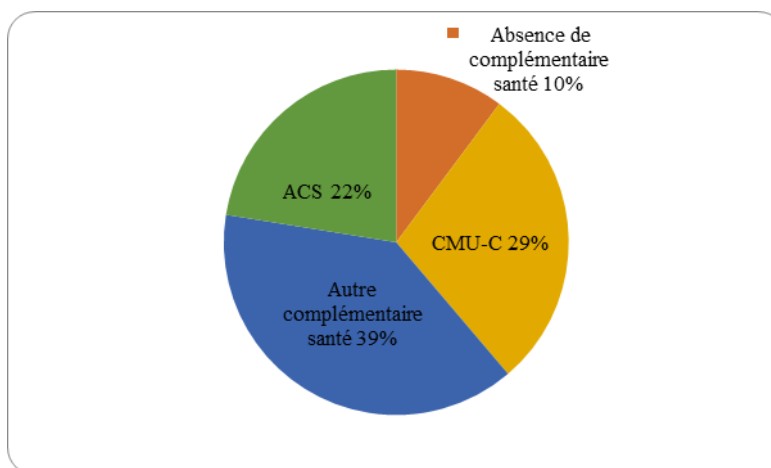
Graphique 1 Pourcentage de foyers de la population interviewée sous le seuil de pauvreté par type de foyer (seuils pauvreté de 2012)¹⁶



Si nous regardons le type de couverture santé des personnes rencontrées en entretien, nous voyons que 10% ne disposent pas d'une protection complémentaire. La majorité, soit 90% des personnes interviewées, a des droits de base maladie ouverts et à jour et bénéficie d'une complémentaire santé (cf. Graphique 2). Pour autant, cela ne dit rien du niveau de garantie dont les personnes disposent dans le cadre de leur contrat complémentaire.

Enfin, parmi les bénéficiaires d'une couverture complémentaire, 51% peuvent y accéder grâce aux dispositifs ciblés sous conditions de ressources – Aide au paiement d'une Complémentaire Santé (ACS) et Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) (cf. Graphique 2).

Graphique 2 Situation des personnes interviewées par rapport à une complémentaire santé



Cette monographie est structurée en six points. Nous ferons, en premier lieu, une brève présentation des caractéristiques sociales, sanitaires et économiques du département de l'Aude et de la région Languedoc-Roussillon afin de fournir aux lecteurs des éléments utiles pour comprendre le renoncement aux soins. Le second point portera sur les personnes qui renoncent aux soins et proposera d'esquisser, à partir de l'enquête qualitative, des profils de renonçants. Dans un troisième temps, nous caractériserons les renoncements en termes de soins concernés et de durée. Le quatrième point reviendra sur les raisons du renoncement et mettra en exergue les liens entre le vécu des enquêtés, leur

¹⁶ Ce tableau a été construit en prenant comme base les seuils de pauvreté par type de foyer proposés par l'observatoire des inégalités. Ces seuils ont été calculés à partir des données de 2011. Nous n'avons pas trouvé des seuils aussi affinés par type de foyer plus récents. Source : <http://www.inegalites.fr/spip.php?article343>

contexte actuel de vie et les obstacles qu'ils rencontrent dans l'accès aux soins. Ensuite, nous nous intéresserons aux conséquences que les renoncements peuvent avoir sur différents aspects de la vie des renonçants : santé, vie sociale, vie professionnelle. Puis, nous donnerons à voir les stratégies d'adaptation au renoncement et montrerons que, parfois, les personnes intègrent fortement le fait de renoncer ; ce sera l'objet du sixième point.

Tableau 1 Comparaison des profils des renonçants, non renonçants et répondants

	Non-renonçants		Renonçants		Répondants	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Sexe						
Masculin	237	40,7%	109	32%	348	37,5%
Féminin	345	59,3%	232	68%	580	62,5%
Age						
Moins de 18 ans	1	0,3%	0	0%	1	0,1%
18-24 ans	44	7,4%	29	8,5%	73	7,8%
25-39 ans	175	29,4%	90	26,4%	268	28,5%
40-59 ans	236	39,7%	152	44,4%	389	41,3%
plus de 60 ans	138	23,2%	71	20,7%	210	22,3%
Situation familiale						
Autre	9	1,5%	10	2,9%	19	2,0%
En couple avec enfants à charge	145	24,5%	62	18,1%	209	22,2%
En couple sans enfants	110	18,5%	51	14,9%	161	17,1%
seul.e	250	42,2%	147	42,9%	399	42,4%
Seul.e avec enfants à charge	79	13,3%	73	21,3%	153	16,3%
CSP						
Agriculteurs-exploitants	0	0%	0	0%	0	0%
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	1	0,2%	3	0,9%	4	0,4%
Cadres et prof. intellectuelles supérieures	5	0,85%	1	0,3%	6	0,6%
Employés	152	25,9%	92	26,5%	247	26,3%
Ouvriers	29	4,9%	10	2,9%	39	4,15%
Professions intermédiaires	7	1,2%	2	0,6%	9	1%
Retraités	112	19,1%	55	15,9%	168	17,9%
Sans activité professionnelle	282	48%	184	53%	467	49,7%

NB : Certains questionnaires ayant été mal administrés, quelques enquêtés n'ont pas pu être considérés comme renonçants ou non-renonçants. A cause de cela, le nombre de répondants peut-être sensiblement différent du nombre de renonçants + nombre de non-renonçants.

1 Contextualisation sociale, sanitaire et économique du renoncement¹⁷

Cette partie présente quelques caractéristiques sociales, sanitaires et économiques qui permettent de situer la région Languedoc-Roussillon (L.R.), et plus précisément le département de l'Aude, par rapport à la France métropolitaine. Revenir sur ces caractéristiques nous semble utile pour étayer les analyses relatives au renoncement aux soins présentes dans la suite de cette monographie.

Il ressort, en premier lieu, que plusieurs tendances socio-économiques relatives à la région se retrouvent au sein du département de l'Aude. Le Languedoc-Roussillon est caractérisé par une population de plus de 65 ans très importante, des niveaux de pauvreté élevés et couplés avec un des taux de chômage le plus important de la France métropolitaine. Cette pauvreté est essentiellement concentrée sur les communes isolées ou les centres-villes des grandes aires urbaines. Dans l'Aude, près d'une personne de plus de 15 ans sur trois est retraitée. L'Aude est en parallèle le département de la région qui présente le revenu médian le plus bas (17 231 €) ; il se place à cet égard parmi les sept départements les plus pauvres de France. Il se situe aussi parmi les départements français ayant, au premier trimestre 2015, les taux de chômage les plus élevés. L'Aude est en outre le cinquième département de France avec le plus fort pourcentage de bénéficiaires du Revenu de Solidarité Active (RSA). Finalement, Narbonne et Carcassonne font partie des vingt aires urbaines les plus pauvres de France.

Les « mauvais » résultats en ce qui concerne les indicateurs socio-économiques ne se répètent pas nécessairement s'agissant des indicateurs sanitaires. Que ce soit pour la région Languedoc-Roussillon ou pour le département de l'Aude, les taux de personnes pour lesquelles les systèmes d'information de l'Assurance Maladie donnent à voir une absence de consommation de soins¹⁸ sont inférieurs à ceux du niveau national. Les taux régionaux et départementaux relatifs à l'absence de consommation de soins dentaires et gynécologiques sont également inférieurs à ceux de la France métropolitaine. Il est ici important de rappeler qu'une absence de consommation de soins d'un point de vue statistique ne signifie pas pour autant que les personnes ne renoncent pas aux soins.

Enfin, la densité médicale régionale et départementale est au-dessus de la moyenne nationale en ce qui concerne l'ensemble des catégories de professionnels de santé ; la région Languedoc-Roussillon - tout comme le département de l'Aude - est cependant confrontée à une répartition très inégale des professionnels de la santé sur son territoire.

1.1 Une précarité et une « fragilité sociale »¹⁹ plus marquée dans la région, notamment chez les personnes seules, les jeunes et les familles monoparentales

Au 1er janvier 2014, la région Languedoc-Roussillon compte 2 757 558 habitants soit 4,2% de la population française. La région connaît une très forte augmentation de son nombre d'habitants (+1,1% entre 2006 et 2013 contre +0,5% en France métropolitaine), notamment dans les départements de l'Hérault, du Gard et de l'Aude (respectivement +1,2%, +1,0% et +1,0%). La population de la

¹⁷ Les données présentes dans cette partie ont été extraites de *l'Etat des lieux économique, social et sanitaire en Languedoc-Roussillon*, préparé par le service statistique de la CPAM du Gard, en interaction avec les services statistiques de tous les autres organismes impliqués dans le diagnostic et avec l'Odenore.

¹⁸ L'absence de consommation de soins ou non-consommation de soins est évaluée dans cette partie uniquement par le non-remboursement de soins par l'Assurance Maladie.

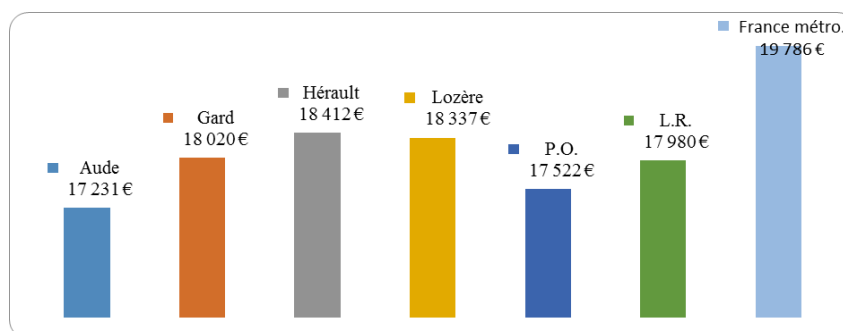
¹⁹ Ce vocabulaire est actuellement très utilisé par les organismes sociaux pour qualifier des populations et/ou des territoires qui, au regard de certains critères qu'ils retiennent, leur apparaissent en situation de fragilité.

région est composée à 48% d'hommes. Avec 27,8% de personnes de plus de 60 ans, la population y est proportionnellement plus âgée par rapport à la France métropolitaine (24,2%)²⁰.

La région Languedoc-Roussillon se caractérise aussi par une proportion de personnes retraitées (29,8%) ou sans activité professionnelle (18,2%, parmi les plus de 15 ans) plus élevée par rapport à la France métropolitaine (respectivement 26,6% et 16,3% en 2011). Dans l'Aude, la Lozère et les Pyrénées-Orientales (P.O.), près d'une personne de plus de 15 ans sur trois est retraitée²¹.

Avec 43,6% des ménages²² fiscaux non imposables en 2012, la région se place en tête au niveau national (36,0%)²³. En 2012, les habitants du Languedoc-Roussillon vivent avec un niveau de ressources inférieur à la plupart des autres régions métropolitaines. La moitié des ménages déclare un revenu annuel inférieur à 17 980 € par unité de consommation²⁴ (contre 19 786 € en France métropolitaine) (cf. Graphique 3). La plus forte présence dans la région de personnes en situation de pauvreté porte les seuils des revenus annuels des 10% les plus pauvres à 9 224 € par unité de consommation, soit à la deuxième place des régions par ordre croissant (contre 10 503 € au niveau national). L'Aude, les Pyrénées-Orientales, l'Hérault et le Gard se placent parmi les sept départements les plus pauvres de France sur ce critère.

Graphique 3 Revenu annuel médian des ménages par Unité de Consommation (en euros)



Sources : Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-Ccmsa, Fichier localisé social et fiscal, données 2012.

Par ailleurs, près d'un ménage languedocien sur cinq vit en-dessous du seuil de pauvreté²⁵ (19,6% contre 14,3% en France métropolitaine), c'est-à-dire avec moins de 990 € par mois en 2012 (cf. Tableau 2). Cette pauvreté touche particulièrement les personnes seules, les familles nombreuses (de quatre personnes ou plus) et les familles monoparentales qui, dans ce dernier cas, sont près de 40% à vivre sous le seuil de pauvreté²⁶. Rappelons ici le nombre important de personnes seules parmi les personnes ayant participé à l'étude. L'Aude, les Pyrénées-Orientales, la

²⁰ Source : Insee, état civil (données domiciliées), 2014 estimations de population.

²¹ Source : Insee, RP2011 exploitation complémentaire.

²² Selon l'Insee, un ménage est « l'ensemble des personnes (apparentées ou non) qui partagent de manière habituelle un même logement (que celui soit leur résidence principale ou non) et qui ont un budget commun ».

<http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/menage.htm>

²³ Sources : Insee et DGFIP, dispositif Revenus fiscaux localisés des ménages.

²⁴ Selon l'Insee, l'unité de consommation est un « système de pondération attribuant un coefficient à chaque membre du ménage et permettant de comparer les niveaux de vie de ménages de tailles ou de compositions différentes. Avec cette pondération, le nombre de personnes est ramené à un nombre d'unités de consommation (UC). »

<http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/unite-consommation.htm>

²⁵ Le taux de pauvreté correspond à la proportion de ménages fiscaux dont le niveau de vie est inférieur pour une année donnée à un seuil, dénommé seuil de pauvreté (exprimé en euros). Le seuil de pauvreté est déterminé par rapport à la distribution des niveaux de vie de l'ensemble de la population. On privilégie en Europe le seuil de 60 % du niveau de vie médian (soit moins de 990€ par mois en 2012) <http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/pauvrete-monetaire.htm>

²⁶ Source : Insee, Revenus disponibles localisés 2011 (Champ : ménages fiscaux -hors ménages en communauté et sans abri-dont le revenu déclaré est positif ou nul).

Lozère et le Gard se placent dans les vingt départements les plus pauvres de France sur ce critère, plaçant la région en deuxième position au niveau national²⁷. Avec un taux de pauvreté touchant 21% de la population, l'Aude se positionne comme le département de la région Languedoc-Roussillon où le nombre de personnes pauvres est le plus élevé.

Tableau 2 Taux de pauvreté par département en 2011

	Taux de pauvreté à 60%
Aude	21,0%
Gard	19,5%
Hérault	19,0%
Lozère	15,9%
Pyrénées-Orientales	20,4%
Languedoc-Roussillon	19,6%
France de province	14,4%
France métropolitaine	14,3%

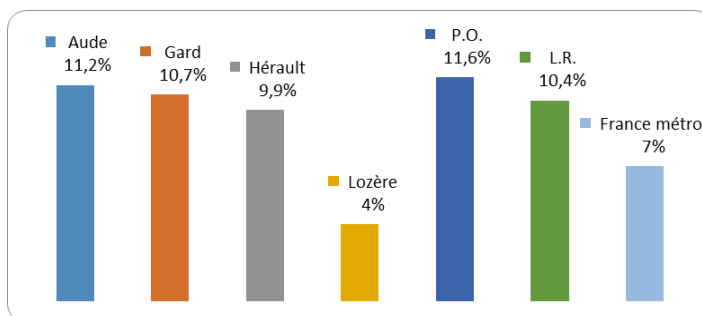
Champ : ménages fiscaux (hors ménages en communauté et sans abri) dont le revenu déclaré est positif ou nul Insee.

Source : Insee, Revenus disponibles localisés 2011.

Outre le fait que la part d'inactifs est très importante dans la région (ce qui est notamment dû à un nombre élevé de retraités), le niveau de précarité s'explique aussi par un chômage plus prégnant, avec un taux de chômage de 14,2% sur 1^{er} trimestre 2015 contre 10% au niveau national. Quatre départements sur cinq sont classés parmi ceux ayant les taux de chômage les plus élevés de France métropolitaine : les Pyrénées-Orientales sont en tête avec un taux de chômage de 15,5%, l'Hérault est en deuxième position avec 14,4%, le Gard en troisième avec 14,2% et l'Aude en quatrième position avec 14,1%²⁸.

Dans la région Languedoc Roussillon, près de 300 000 personnes sont couvertes²⁹ par le RSA en 2013, soit 10% de la population (contre 7% au niveau national) (cf. Graphique 4). Quatre départements sur cinq sont parmi les dix départements de France métropolitaine où le pourcentage de bénéficiaires du RSA est particulièrement élevé (les Pyrénées-Orientales en quatrième position, l'Aude en cinquième, le Gard en sixième et l'Hérault en dixième position).

Graphique 4 Pourcentage de bénéficiaires du RSA



Sources : Cnaf ; MSA ; Insee, estimations de population au 1^{er} janvier 2013.

²⁷ Source : Insee, Revenus disponibles localisés 2011.

²⁸ Source : Insee, Taux de chômage localisés (données 2015 provisoires).

²⁹ On entend par personnes couvertes : l'allocataire, le conjoint et les personnes à charge.

En Languedoc-Roussillon, la pauvreté est plus fréquente dans les communes isolées (taux de pauvreté de 24,2%), dans les pôles urbains (taux de pauvreté de 21,8%) et dans les villes centres. À Béziers, le taux de pauvreté est de 32%, le taux le plus élevé des villes-centres des grandes aires urbaines de France métropolitaine. Globalement, 53% des personnes pauvres vivent dans les grands pôles urbains alors qu'ils ne concentrent que 48% de la population. Huit grandes aires urbaines de la région se situent parmi les vingt grandes aires métropolitaines les plus touchées par la pauvreté : Beaucaire, Béziers, Bagnols sur Cèze, Alès, Perpignan, Nîmes, Narbonne et Carcassonne. L'aire urbaine de Montpellier se place au 52eme rang³⁰.

En décembre 2014, l'Insee publie un indicateur synthétique³¹ de la pauvreté-précarité qui intègre notamment :

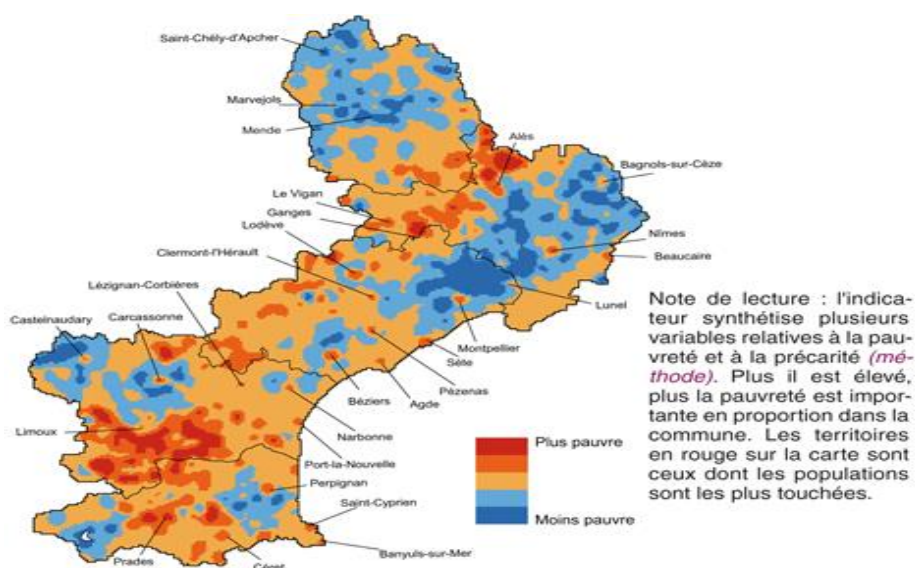
- La part des foyers fiscaux non imposables,
- Le taux de ménages dont les prestations sociales constituent au moins 75% des revenus,
- La part d'allocataires à bas revenus parmi les moins de 65 ans,
- La part de chômeurs parmi l'ensemble des actifs,
- La part des personnes vivant seules.

Les communes sont ensuite regroupées en 6 classes ; plus l'indice est élevé, plus la pauvreté est importante en proportion dans la commune.

Cet indicateur synthétique met en évidence que la pauvreté est bien présente dans toutes les grandes villes de la région du Languedoc-Roussillon, mais également dans de nombreuses communes rurales plus isolées (cf. les 2 cartes ci-dessous) : et que, selon le territoire, les risques de pauvreté-précarité peuvent être différents.

Si nous regardons la carte 1, nous nous apercevons que Narbonne et Carcassonne, les deux villes où réside la plupart des enquêtés ayant été interviewés pour cette monographie, se situent dans les villes en rouge, couleur indiquant un score très élevé de l'indicateur synthétique pauvreté-précarité.

Carte 1 Indicateur synthétique de pauvreté - précarité



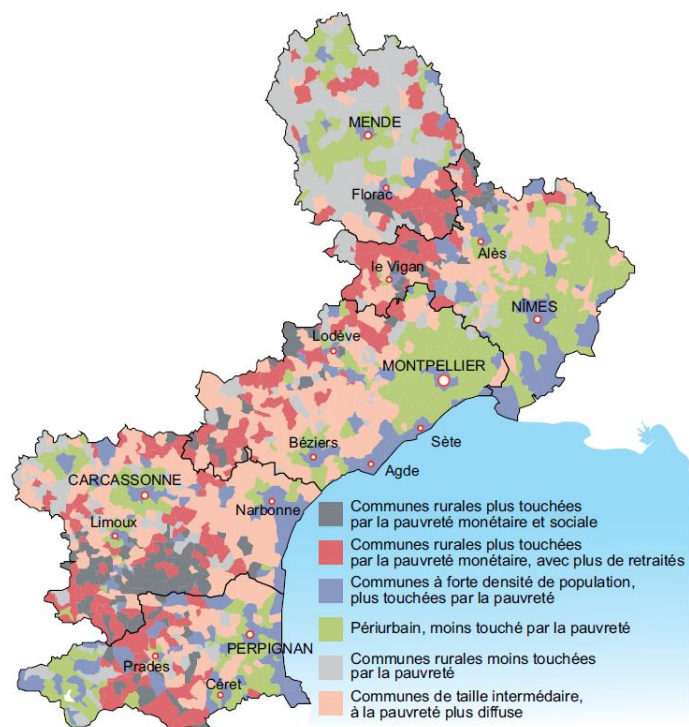
Source : Insee - © Ign Insee 2014.

³⁰ Sources : Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-Cmsa, fichier localisé social et fiscal 2012, Insee Analyses n°11.

³¹ Pour plus de détails, voir Insee Analyses Languedoc Roussillon n°5 : La pauvreté en Languedoc Roussillon : à territoires différents, fragilités différentes. Décembre 2014. Cette étude a été réalisée en partenariat avec la DRJSCS Languedoc-Roussillon.

Si nous regardons la carte 2, nous pouvons voir que Narbonne et Carcassonne sont des communes à forte densité de population plus touchées par la pauvreté.

Carte 2 6 types de communes au regard de la pauvreté en 2011
3 types de territoires particulièrement touchés par la pauvreté



Lecture : chaque groupe issu de la typologie de l'ensemble des communes du Languedoc-Roussillon rassemble des communes ayant un profil proche, relativement à la pauvreté.
 Source : Insee - © Ign insee 2014

1.2 Une non-consommation de soins moins importante au niveau régional que national

129 324 personnes de 16 ans et plus affiliées au régime général de l'Assurance Maladie en Languedoc-Roussillon n'ont eu aucun soin en 2013 et 2014, soit 7,7% de la population régionale (cf. Tableau 3). C'est légèrement moins qu'au niveau national (8,1%). Dans la région, c'est dans l'Hérault (9,1%) que la proportion de personnes sans consommation de soins est la plus élevée et dans le Gard qu'elle est la plus faible (6,4%) (cf. tableau ci-dessous). L'Aude se situe comme le deuxième département avec le moins de personnes sans consommation de soins (6,7%), d'un point de vue statistique.

Concernant les soins dentaires, c'est près de quatre personnes sur dix de 16 ans ou plus (39,2%) qui n'ont pas consommé de soins au cours des années 2013 et 2014 sur la région ; c'est légèrement moins qu'au niveau national (42,9%) (cf. tableau ci-dessous). Des différences notables s'observent entre les départements : l'Hérault et les Pyrénées-Orientales ont des taux de 6 à 7 points supérieurs par rapport à l'Aude et au Gard. Les taux de non-consommation de soins dentaires sont très différents selon la tranche d'âge, et particulièrement élevés sur les 16-24 ans et les 65 ans et plus³².

Enfin, plus de quatre femmes sur dix de 20 à 64 ans n'ont pas consommé, au regard des données présentes dans le système d'information de l'Assurance Maladie, de soins gynécologiques en 2013-2014 (41,7%) (cf. tableau ci-dessous) ; ce taux est légèrement plus faible qu'au niveau national

³² Sources : CNAM SIAM ERASME (Observatoire des situations de fragilité de la Carsat LR), 2013-2014.

(44,3%). Là aussi, l'Hérault et les Pyrénées-Orientales, mais aussi la Lozère, ont des taux de non-consommation plus élevés que l'Aude et le Gard. L'Aude présente, au contraire, le taux le plus faible de la région en ce qui concerne la non-consommation de soins gynécologiques (36,4%).

S'il semble que les habitants du Languedoc-Roussillon ont plus souvent recours aux soins qu'au niveau national, cela ne veut pas dire qu'ils ne renoncent pas à certains soins et qu'il n'existe pas des besoins non satisfaits.

Tableau 3 L'absence de consommation de soins sur les 2 dernières années

	Sans-consommation de soins		Sans-consommation de soins dentaires		Sans- consommation de soins gynécologiques	
	Nombre de bénéficiaires	%	Nombre de bénéficiaires	%	Nombre de bénéficiaires	%
Aude	14 204	6,7%	74 871	35,4%	29 021	36,4%
Gard	27 798	6,4%	153 206	35,0%	63 687	38,9%
Hérault	64 740	9,1%	296 147	41,7%	119 900	43,8%
Lozère	3 587	8,7%	16 519	39,9%	6 983	43,8%
Pyrénées-Orientales	18 995	6,8%	118 164	42,5%	45 330	44,7%
Languedoc-Roussillon	129 324	7,7%	658 907	39,2%	264 921	41,7%
France	3 308 485	8,1%	17 605 710	42,9%	6 915 343	44,3%

Champ : Sont comptabilisés les assurés et leurs ayants droit.

Sources : CNAM SIAM ERASME (Observatoire des situations de fragilité de la Carsat LR), 2013-2014.

Dans la région Languedoc-Roussillon, plus de 400 000 personnes n'ont pas de lien Noémie³³ et donc potentiellement pas de complémentaire santé, soit 19,3% des bénéficiaires affiliés au régime général de l'Assurance Maladie, contre 18,9% au niveau national. Cependant, dans l'Aude ce pourcentage (17,5%) est inférieur à celui du niveau national (18,9%).

Parmi les plus de 65 ans, 17 241 personnes sont bénéficiaires de l'Aide au paiement d'une Complémentaire Santé (ACS) dans la région soit 4,5% de la population de cette tranche d'âge, soit 1,6 fois plus qu'au plan national (2,8%)³⁴ (cf. Tableau 4). Par ailleurs, sur les 555 000 retraités résidants en Languedoc-Roussillon, près de deux sur cinq sont à risque de fragilité³⁵.

³³ Le système informatique Noémie (Norme Ouverte d'Echanges Maladie avec les Intervenants Extérieurs) est un système de télétransmission des informations entre l'Assurance Maladie et les Organismes Complémentaires. L'indicateur est calculé sur les bénéficiaires affiliés au régime général uniquement. Il est par ailleurs important de mettre en garde le lecteur sur la fiabilité des données ; en effet, il arrive parfois que des bénéficiaires n'aient pas de lien Noémie alors qu'ils possèdent toutefois une complémentaire santé. Le nombre de personnes que l'on appellera dans ce document « sans complémentaire santé » est donc très certainement surestimé dans cette étude par rapport à la réalité des faits.

³⁴ Sources : CNAM SIAM ERASME (Observatoire des situations de fragilité de la Carsat LR), 2014.

³⁵ Les retraités repérés à risque de fragilité présentent au moins un des facteurs de risque économique (minimum vieillesse, exonération de la Contribution Sociale Généralisée -CSG) et/ou liés à l'isolement social (le fait d'être bénéficiaire de la pension de réversion).

Tableau 4 Nombre et pourcentage de bénéficiaires de l'ACS et de la CMU-C pour les plus de 65 ans

	ACS		CMU-C	
	Nombre	%	Nombre	%
Aude	2 240	4,3%	768	1,5%
Gard	4 411	4,5%	1 572	1,6%
Hérault	6 676	4,4%	2 479	1,6%
Lozère	396	4,5%	95	1,1%
Pyrénées-Orientales	3 528	4,9%	1 313	1,8%
Languedoc-Roussillon	17 251	4,5%	6 227	1,6%
France	238 354	2,8%	110 374	1,3%

Champ : Sont comptabilisés les assurés et leurs ayants droit.

Sources : CNAM SIAM ERASME (Observatoire des situations de fragilité de la Carsat LR), 2014.

1.3 Une offre de soins globalement dense et accessible au niveau de la région, mais inégale selon les territoires

En ce qui concerne la densité médicale, la région est au-dessus de la moyenne nationale et ce pour l'ensemble des catégories de professionnels de santé (cf. Tableau 5). Dans l'Aude, s'agissant de la plupart des catégories de professionnels, la densité médicale est légèrement supérieure ou quasiment égale à celle de la France métropolitaine, sauf pour les médecins spécialistes pour lesquels le département se situe légèrement en dessous de la moyenne nationale (81-94).

Tableau 5 Densité de professionnels libéraux de la santé au 1^{er} janvier 2013 (en nombre pour 100 000 habitants)³⁶

	Aude	Gard	Hérault	Lozère	P.O.	L.R.	France métro.
Médecins généralistes	113	115	145	97	141	130	106
Médecins spécialistes	81	91	139	43	101	109	94
Infirmiers diplômés d'Etat	248	271	293	155	344	286	146
Chirurgiens-dentistes	55	63	79	48	64	68	57
Masseurs-kinésithérapeutes	104	108	177	81	144	140	94
Pharmaciens	120	119	150	121	120	132	114

Sources : ARS et Drees, Adeli, Finess ; Insee, estimations de population au 1er janvier 2012.

Si la région Languedoc-Roussillon présente une densité médicale globalement plus élevée que dans les autres régions, elle est confrontée comme ailleurs à une répartition très inégale des professionnels de santé sur le territoire, avec d'un côté une surmédicalisation de la frange littorale et de l'autre côté des zones en déficit ; cela concerne en particulier des territoires où la population est plus âgée³⁷. Les gynécologues et les ophtalmologues ne sont présents, à quelques exceptions près, que dans les grandes et moyennes villes de la région. Dans les villes de Narbonne et Carcassonne, lieux de résidence de la majorité de nos interviewés, il y a une bonne densité de ces deux spécialités.

³⁶ Source : http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=1&ref_id=santc06107

³⁷ Sources : SNIR-AM 2010, CNAM-TS. Population municipale 2008, INSEE

À noter également un vieillissement du corps médical et notamment des généralistes libéraux (un tiers d'entre eux ont plus de 55 ans) et de certaines spécialités comme les gynécologues, les anesthésistes et les chirurgiens³⁸.

En 2010, les habitants du Languedoc-Roussillon ont une accessibilité moyenne à des gynécologues, pédiatres, ophtalmologistes et psychiatres supérieure à la moyenne nationale. Ils résident, pour une part relativement importante, dans une commune où exerce au moins un de ces spécialistes en libéral : un tiers d'entre eux dans une commune où exerce un gynécologue et près de la moitié dans une commune où exerce un ophtalmologue. La majorité des Languedociens habite à moins d'un quart d'heure en voiture du praticien le plus proche : de 64% d'entre eux pour les pédiatres à 83% pour les ophtalmologues. Ainsi, le temps théorique nécessaire à un patient de la région pour se rendre en voiture de son domicile au cabinet du spécialiste le plus proche varie de 7 minutes pour les ophtalmologues à 12 minutes pour les pédiatres, en moyenne³⁹.

³⁸ Cf. *l'Etat des lieux économique, social et sanitaire en Languedoc-Roussillon*, p. 14, préparé par le service statistique de la CPAM du Gard, en interaction avec les services statistiques de tous les autres organismes impliqués dans le diagnostic et avec l'Odenore.

³⁹ Sources : Insee, Repères synthèses n°6, juin 2014.

http://www.insee.fr/fr/insee_regions/languedoc/themes/synthese/syn1406/Syn1406_synthese.pdf

2 Les « renonçants » : éléments de caractérisation, contextes et parcours de vie

Dans cette partie, nous allons nous intéresser aux profils des renonçants, et ce à partir de deux perspectives. Dans un premier temps, nous allons nous concentrer sur une analyse quantitative relative aux répondants au questionnaire de repérage qui a été passé dans l'Aude⁴⁰. Il s'agit de « débusquer » les facteurs qui exposent le plus au renoncement au sein de la population répondante.

En somme, la probabilité d'être renonçant au sein des répondants au questionnaire de repérage a quelque chose à voir avec le sexe, la situation familiale et avec la présence ou non d'une complémentaire santé. L'âge ou la catégorie socio-professionnelle ne rentrent pas particulièrement en ligne de compte pour notre population de répondants.

Dans un deuxième temps, nous nous intéressons aux profils des renonçants tels que nous les avons construits à partir des entretiens qualitatifs et des « récits de vie » faits, dans ce cadre, par les personnes en renoncement. Il s'agit ce faisant de rendre compte des différents types de récits qui nous ont été donnés à entendre afin d'établir des « groupes » de renonçants par type de récits. Au total nous avons pointé trois types principaux de renonçants :

- Renonçants souffrant ou ayant souffert d'une maladie « lourde »,
- Renonçants ayant vécu une « rupture biographique » autre que la maladie,
- Renonçants ayant toujours connu des conditions de vie socio-économiques précaires.

Il est important de noter que ces profils ont été établis à partir des 50 entretiens menés dans le cadre de cette monographie et qu'ils s'entendent donc dans « un espace/temps » limité et spécifique (Aude/période de mai à août 2015). Ces profils permettent de distinguer différents types de renonçants et de montrer par là même que le renoncement aux soins est un phénomène complexe qui peut prendre diverses formes. Si « catégoriser » présente des vertus heuristiques, il est toutefois important de souligner que cet exercice a ses limites, comme nous le verrons ultérieurement. Les « groupes » de renonçants ne sont, en particulier, pas hermétiques ; des glissements entre les groupes peuvent s'opérer, les frontières étant nécessairement poreuses. Un renonçant peut ainsi souffrir d'une maladie « lourde » et avoir vécu une « rupture biographique » autre que la maladie (ex. : 11.27, maladie « lourde » + divorce). Pour un autre, la situation de précarité qui est aujourd'hui la sienne peut directement découler d'un accident de la vie, un divorce par exemple (11.48).

2.1 Profil sociodémographique des renonçants

Nous allons ici présenter les facteurs qui semblent exposer le plus au renoncement. Le fait qu'un facteur - par exemple la situation familiale - expose plus au renoncement ne signifie pas qu'il n'y ait pas de renoncement parmi des catégories de personnes moins exposées. Il s'agit en effet d'une lecture en termes de probabilité et de fréquence.

⁴⁰ Cf. Odenore, *Synthèse des premiers résultats quantitatifs du Diagnostic de l'accès aux soins en Languedoc-Roussillon - Départements de l'Aude, de l'Hérault, de la Lozère et des Pyrénées Orientales*, mai 2015 et les tris à plat, niveau régional et départemental, réalisés à partir des questionnaires de repérage du renoncement.

2.1.1 Plus de femmes que d'hommes

Dans l'Aude, le taux de renonçants parmi les répondants au questionnaire est de 36,8%. Parmi les personnes en renoncement, 68% sont des femmes, 32% des hommes. Parmi les non-renonçants, 59,3% sont des femmes et 40,7% sont des hommes⁴¹ (cf. Tableau 1 situé en Introduction).

Les écarts de pourcentages entre renonçants et non-renonçants indiquent ainsi une possible relation entre le sexe et le fait de renoncer. Si nous regardons de plus près (cf. Annexe 4), nous observons que 40,2% des femmes déclarent renoncer à des soins tandis que les hommes qui déclarent renoncer ne sont que 31,5% du total des hommes répondants. Le renoncement est donc plus important chez les femmes que chez les hommes. Le test de khi2⁴² indique la possibilité d'un plus fort taux de renoncement chez les femmes que chez les hommes au sein de la population enquêtée.

2.1.2 Des renonçants de tout âge

Parmi les répondants qui se déclarent renonçants, 44,4% se situent dans la classe d'âge des 40-59 ans et 26,4% dans la classe d'âge des 25-39 ans. 20,7% ont plus de 60 ans (cf. Tableau 1 situé en Introduction). Les non-renonçants appartiennent également davantage à la classe d'âge des 40-59 ans (39,7%) ; 29,4% ont entre 25 et 39 ans. 23,2% ont plus de 60 ans (cf. Tableau 1 situé en Introduction et Annexe 5). Il ne semble donc pas que l'on puisse penser à une relation entre la classe d'âge et le renoncement. Le test de khi2 confirme l'absence de relation directe entre les différentes classes d'âge et le fait de renoncer⁴³. Ces chiffres ne font que confirmer l'importance des personnes de plus de 40 ans dans notre population d'étude mais ne permettent pas de penser que les personnes plus âgées auraient plus ou moins tendance que les moins de 40 ans à renoncer aux soins.

2.1.3 Des personnes seules avec des enfants à charge

Parmi les répondants de l'Aude, concernant la situation familiale, 42,9% des renonçants à des soins vivent seul(e)s. 21,3% vivent seul(e)s avec des enfants à charge, 18,1% sont en couple avec des enfants à charge (cf. Tableau 1 situé en Introduction). Les non-renonçants vivent également davantage seul(e)s (42,2%). Ils vivent par contre moins souvent seul(e)s avec des enfants à charge que les renonçants (NR= 13,3% ; R= 21,3%) et un peu plus fréquemment en couple avec des enfants à charge (NR= 24,5% ; R= 18,1%) (cf. Tableau 1 situé en Introduction).

En ce qui concerne une potentielle corrélation⁴⁴ entre la situation familiale et le renoncement aux soins (cf. Annexe 6), les tests statistiques exploratoires nous permettent de penser que les situations familiales correspondant à « seul(e) avec des enfants à charge » ou « autre » ont plus tendance, au sein de la population enquêtée, à être liées au renoncement que les situations correspondant à « en couple avec enfants à charge » ou « en couple sans enfant à charge ». De ce fait, on peut penser que les personnes vivant en couple avec ou sans enfant(s) à charge sont un peu moins concernées par le renoncement aux soins. Par contre, le fait d'être seul(e) avec un ou des enfants à charge semble exposer au renoncement (cf. Annexe 6).

⁴¹ Cf. Odenore, *Synthèse des premiers résultats quantitatifs du Diagnostic de l'accès aux soins en Languedoc-Roussillon - Départements de l'Aude, de l'Hérault, de la Lozère et des Pyrénées Orientales*, mai 2015

⁴² Khi2 observé = 7,04 et khi2 théorique avec erreur 1% = 6,63.

⁴³ Khi2 observé = 3,41 et khi2 théorique avec erreur 1% = 15,09.

⁴⁴ Khi2 observé = 16,30 et khi2 théorique avec erreur 1% = 13,28.

2.1.4 La situation de précarité plus signifiante que la situation socio-professionnelle

Parmi les répondants de l'Aude, 53% des renonçants sont sans activité professionnelle, 26,5% sont employés et 15,9% sont retraités. La part des personnes sans activité parmi les non-renonçants (48%) est un peu moindre que parmi les renonçants ; la part d'employés est, quant à elle, quasiment équivalente dans les deux populations (NR= 25,9% ; R= 26,5%) et la part de retraités est légèrement supérieure parmi les non-renonçants (NR= 19,1% ; R= 15,9%).

Si nous nous attardons sur les potentielles relations entre la Catégorie Socio-Professionnelle (CSP) et renoncement (cf. Annexe 7), nous pouvons noter une légère surreprésentation des personnes « sans activité professionnelle » parmi les renonçants. Nous observons également une légère surreprésentation des retraités parmi les non-renonçants. Cependant, les tests statistiques⁴⁵ ne permettent pas de conclure à une relation quelconque entre la situation professionnelle des répondants et la situation de renoncement-

Le fait de se situer au sein d'un département avec beaucoup d'emplois précaires⁴⁶, couplé à l'absence dans notre échantillon de cadres, commerçants/artisans et professions intermédiaires, pourrait expliquer cette absence d'effet discriminant de la catégorie socio-professionnelle. Ainsi, parmi nos interviewés en activité il est très rare de trouver quelqu'un avec un salaire dépassant les 1000 euros/mois. Dans ce sens, nous pouvons faire l'hypothèse que la situation de précarité financière qui caractérise les répondants et les interviewés est plus significative en ce qui concerne le renoncement que la catégorie socio-professionnelle.

2.1.5 L'absence de complémentaire santé augmente le risque de renoncement

Parmi les renonçants de l'Aude, 21,8% n'ont pas de complémentaire santé. 41,7% ont une complémentaire santé hors Aide Médicale Etat (AME), CMU-C et ACS, 23,3% ont la CMU-C et 13,2% une complémentaire avec l'ACS. La part de personnes sans complémentaire parmi les non-renonçants est nettement plus faible que parmi celle des renonçants, elle est en effet de 8,8 %. 46,8 % des non-renonçants ont une complémentaire hors AME, CMU-C et ACS, 30,2% ont la CMU-C et 13,7% une complémentaire avec l'ACS. Dans l'Aude, la part de non-renonçants bénéficiaires de la CMU-C ou de l'ACS est donc de 43,9% ; cette part est de 36,5% pour les renonçants (cf. Annexe 8)

Les renonçants sont surreprésentés parmi les personnes n'ayant pas de complémentaire santé. Dans l'Aude, parmi les répondants sans complémentaire santé⁴⁷, 59,4% déclarent renoncer à des soins alors que l'ensemble des renonçants ne représente que 37,1% du total des répondants. De la même façon, les bénéficiaires de la CMU-C et ceux ayant une complémentaire santé sont surreprésentés parmi les non-renonçants. Ainsi, 68,7% des bénéficiaires de la CMU-C ayant répondu au questionnaire sont non-renonçants tandis que l'ensemble des non-renonçants ne représente que 62,9% des répondants. De la même façon, parmi les personnes ayant « une autre complémentaire santé », 65,6 % disent ne pas renoncer aux soins alors que les non-renonçants représentent 62,9% du total des répondants. Ces deux données nous permettent de penser à un potentiel lien entre renoncement et absence de

⁴⁵ Khi2 observé = 7,92 et khi2 théorique avec erreur 5% = 14,06.

⁴⁶ Cf. Insee Languedoc-Roussillon, *Repères pour l'économie du Languedoc-Roussillon*, n°13, « Une précarité de l'emploi des salariés accentuée en Languedoc-Roussillon », avril 2000

http://www.insee.fr/fr/insee_regions/languedoc/themes/synthese/syn0013/syn0013.pdf

⁴⁷ Dans ce cas-là, il s'agit des personnes dont la situation vis-à-vis de la complémentaire était indiquée dans le questionnaire (Q9) et qui avaient précisé être renonçantes ou non-renonçantes (Q14) et non à l'ensemble des répondants (certains questionnaires ayant été mal administrés, il n'a pas toujours été possible de les exploiter).

complémentaire ainsi qu'à un lien entre le fait de bénéficier de la CMU-C et ne pas renoncer aux soins (cf. Annexe 9). Le test du khi2 semble nous orienter vers cette direction⁴⁸.

Parallèlement, parmi les renonçants, plus des trois quarts ont une complémentaire santé. Il semble donc que bénéficier d'une complémentaire santé peut protéger en partie du renoncement aux soins, mais que cela ne le supprime pas.

2.1.6 Renoncement ne signifie pas absence de soins

Parmi les renonçants de l'Aude, 91,9% ont déclaré un médecin traitant. La part de personnes ayant un médecin traitant est plus élevée chez les non-renonçants (94,9%). Cependant, cet écart ne nous permet pas de déceler de lien entre le fait d'avoir ou non déclaré un médecin traitant et la situation de renoncement. Ainsi, même s'il y a une surreprésentation des personnes sans médecin traitant au sein des renonçants (cf. Annexe 8), les premiers tests statistiques⁴⁹ nous annoncent que cette relation n'est pas significative.

Dans l'Aude, 84% des renonçants ont consulté un médecin au cours des 6 derniers mois, contre 88,9% pour les non-renonçants (cf. Annexe 8). Pour 10,8% des renonçants, la dernière consultation a eu lieu il y a plus de 6 mois mais moins d'1 an. Ce taux est de 7,3% pour les non-renonçants. En termes de relations entre la date de la dernière consultation et le fait de renoncer, les tests statistiques exploratoires excluent toute relation entre ces deux phénomènes⁵⁰, concernant la population observée.

En tout cas, ces chiffres, ainsi que ceux concernant le fait d'avoir ou non déclaré un médecin traitant, tendent à montrer que parmi notre population de répondants à l'enquête quantitative, les renonçants comme les non-renonçants sont des personnes qui sont « en lien » avec le système de soins. Un lien qui, pour plus des trois quarts des renonçants, date de moins de 6 mois.

2.1.7 Perception de l'état de santé et accès aux soins

Dans l'Aude, 41,3% des renonçants perçoivent leur état de santé comme « moyen ». Ce pourcentage est moins élevé chez les non-renonçants (31,5%). La part de personnes déclarant un « bon » état de santé est plus forte parmi les non-renonçants que parmi les renonçants (NR= 43,7% ; R= 33,2%). 14,2% des renonçants jugent leur état de santé comme étant « mauvais » ; c'est le cas de seulement 8,5% des non-renonçants (cf. annexe 10). Ces chiffres nous indiquent que, pour nos enquêtes, il n'y a pas une homologie parfaite entre la perception de l'état de santé et l'accès aux soins.

Ainsi, il est possible de se sentir en bonne santé en étant renonçant - 33,2% des cas - et de se sentir en « moyen » état de santé en n'étant pas renonçant - 31,53% -. Ceci nous indique que s'il existe bien une relation entre la perception de son état de santé et l'accès aux soins, la santé ne se limite pas à l'accès aux soins.

⁴⁸ Khi2 observé = 34,06 et khi2 théorique avec erreur 1% = 15,09.

⁴⁹ Khi2 observé = 4,48 et khi2 théorique avec erreur 5% = 5,99.

⁵⁰ Khi2 observé = 7,69 et khi2 théorique avec erreur 5% = 9,48.

2.2. Les renonçants : contextes et parcours de vie⁵¹

Dans cette partie, nous allons procéder à une analyse qualitative du renoncement. Il s'agit de prendre, comme matière à analyser, le récit fait par les renonçants interviewés de leur situation actuelle et de leur parcours de vie. Nous ne cherchons pas les facteurs qui exposent le plus au renoncement, mais essayons de comprendre quels éléments dans les trajectoires biographiques des renonçants sont mis en avant par ceux-ci pour rendre compte de leur situation de renoncement. A partir de ces récits, nous avons identifié trois profils de renonçants, ce qui signifie, d'après nous, que trois façons de structurer le récit biographique nous ont été livrées.

25

Le premier profil concerne les assurés pour lesquels les renoncements s'enclenchent lorsqu'une maladie « lourde » et handicapante est diagnostiquée. Le second profil renvoie aux assurés pour lesquels une « rupture biographique », autre qu'une maladie, semble être prioritairement à l'origine du renoncement. Enfin, le troisième profil est relatif aux assurés ayant toujours connu des conditions de vie plus ou moins précaires ; c'est dans cette précarité que le renoncement aux soins paraît pour ces personnes trouver, en grande partie, sa source.

2.2.1 Des personnes souffrant de maladies « lourdes » : quand la maladie entraîne le renoncement⁵²

Ce premier groupe est formé par les personnes dont les renoncements aux soins s'enclenchent suite au diagnostic d'une maladie « lourde » - cancer (ex. : 11.45), greffe d'organes vitaux (ex. : 11.29), pathologie psychiatrique (ex. : 11.27), ...-. Ce diagnostic impacte et souvent signifie une rupture dans le style de vie de la personne - alimentation, sociabilité, activité physique, aspect physique. Pour les assurés de ce groupe, la maladie augmente fortement le besoin de soins et de suivi médical et, en même temps, implique une perte de revenus car, bien souvent, les assurés sont obligés d'arrêter temporairement ou de façon définitive leur activité professionnelle. Il s'agit en outre de personnes qui disposaient avant la maladie, et pour la plupart d'entre elles, de revenus au-dessus des seuils de pauvreté - entrepreneurs, chauffeurs de taxi... - et qui pouvaient, de ce fait, être considérées comme appartenant aux « petites classes moyennes » :

- ✓ 11.29, M. M. : « *Après j'ai travaillé dans une société de papier-peint, une société qui vendait de la peinture, j'y ai travaillé en 2004, 2003 et j'ai quitté la société parce que je voulais m'installer à mon compte, artisan, et en fait la société où je travaillais m'a rappelé pour venir m'occuper d'un dépôt qu'ils avaient ici à Narbonne ; donc j'ai été responsable jusqu'à ce que ça ferme. Après, je me suis installé en autoentrepreneur en tant que peintre en 2009 et j'ai été obligé d'arrêter l'activité un peu plus d'un an après, début 2011, par rapport aux problèmes que j'ai eus à nouveau aux reins. (...) [11.29 est bénéficiaire de la CMU-C, il explique pourquoi] Parce que je touche l'AAH depuis un an et demi ou un truc comme ça parce que j'ai été reconnu... enfin jusqu'en 2016 ; je la touche le temps de pouvoir faire une reconversion, voilà quoi ! »*

Les assurés de ce groupe modifient, après le diagnostic, leur rapport aux soins et à la santé. Ils développent ce que l'on peut appeler « un rapport dual » aux soins. Ainsi, ils ont tendance à se focaliser sur les soins afférents à leur pathologie et à mettre de côté ceux qui n'y sont pas directement liés – ophtalmologiste, dentaires...-. Ils déclarent en outre une lassitude, une fatigue, en ce qui

⁵¹ Pour cette partie, nous avons utilisé le récit des assurés sur leur(s) renoncement(s), les données sur leurs trajectoires sociales ainsi que celles sur leur situation socio-professionnelle. Les entretiens 11.30 et 11.37 n'ont pas été pris en compte car nous les avons considérés inexploitable de par les difficultés que nous avons eues pour avoir un récit compréhensible de la part de ces deux assurés.

⁵² Voir synthèses :11.4, 11.5, 11.11, 11.15, 11.22, 11.27, 11.29, 11.32, 11.45.

concerne les visites médicales, parlent de « trop de médecins », de « trop de soins » et c'est notamment cela qui les conduits à ne faire que les soins considérés comme « essentiels ».

Ce groupe de renonçants est composé de personnes de tout âge et sexe car la clé principalement explicative du renoncement est l'arrivée d'une maladie « lourde ». Ce sont des personnes prises en charge à 100% par l'Assurance Maladie obligatoire et avec une complémentaire santé. Il s'agit parallèlement de personnes qui, avant d'être atteintes de manière chronique par la maladie, recouraient aux soins dont elles avaient besoin même s'il fallait faire des efforts financiers pour les payer.

2.2.2 Des personnes ayant vécu des « ruptures biographiques » : des difficultés rencontrées suite à des accidents de la vie⁵³

Il s'agit ici d'assuré(e)s qui appartenaient à ce que l'on pourrait qualifier de « classes moyennes ou petites classes moyennes » – vendeuse, assistante maternelle, artisan... - et pour lesquels une « rupture biographique », un accident de la vie, - divorce (ex. : 11.16), chômage (ex. : 11.3), faillite économique (ex. : 11.26), décès du conjoint (ex. : 11.46) - enclenche une perte importante de revenus qui les conduit à devenir renonçants. Pour certains des assurés enquêtés, ces accidents peuvent être multiples. Ainsi, un divorce peut être suivi d'une perte d'emploi qui mène ensuite à une perte de logement, etc. (ex. : 11.42, 11.47, 11.18) :

- ✓ 11.18, M. P. : « [L'activité de serrurier] ça s'est arrêté suite à une séparation, donc au niveau administratif j'étais obligé d'arrêter. On a acheté une maison ensemble, le problème c'est que quand on s'est séparés on a mis la maison en vente, la maison ne se vend pas, on l'a mise en vente moins chère que ce qui reste de crédit et elle ne se vend pas donc obligés de faire un surendettement, un dossier de surendettement chacun et faire un PRP, un Plan de Rétablissement Personnel, c'est-à-dire que la maison est vendue aux enchères, l'argent va directement à la banque quel que soit le montant et le reste est effacé. »

Dans ce groupe, nous trouvons différentes situations familiales - couples avec enfants à charge (ex. : 11.3), personnes seules avec (ex. : 11.19) ou sans enfant(s) à charge (ex. : 11.15). Nous notons, en parallèle, une forte présence des femmes qui, après s'être consacrées aux activités domestiques pendant de nombreuses années, se retrouvent, suite à un divorce, sans emploi, sans revenu et avec des difficultés d'insertion professionnelle :

- ✓ 11.19, Mme M. : « Je n'ai travaillé pratiquement que dans le prêt à porter, dans la vente, et dans la restauration après et puis rapidement j'ai arrêté de travailler parce qu'à force de suivre mon mari, j'ai fait le choix d'élever mes enfants, d'être là pour eux à 100 % parce que bon c'est un emploi qui n'est pas évident hein ! Donc j'ai fait ce choix et c'est aujourd'hui que je me rends compte... Bon je ne regrette pas mon choix mais c'est compliqué parce que j'suis en recherche d'emploi et j'suis dans la galère quoi. »

Ces femmes, une fois arrivées à l'âge de la retraite, peuvent également se retrouver avec de faibles revenus. Ainsi, la rupture biographique - divorce dans le cas de ces femmes - impacte le reste de leur vie et les place de façon durable dans une logique de renoncement aux soins. Certaines réussissent à mettre en place des stratégies pour éviter le renoncement, cumulant par exemple prestations sociales et emplois déclarés ou non-déclarés (ex. : 11.16), épargne aussi (ex. : 11.9). Cependant, ces solutions semblent souvent être temporaires et n'évitent pas, à long terme, de nouveaux renoncements aux soins.

⁵³ Se reporter aux entretiens : 11.3, 11.9, 11.16, 11.18, 11.19, 11.26, 11.33, 11.34, 11.35, 11.42, 11.44, 11.46, 11.47, 11.48.

Dans certains cas, et même si l'assuré peut à nouveau avoir stabilisé sa situation personnelle et financière après l'« accident », il peut continuer à en subir les conséquences. Ainsi, un assuré déclare que malgré le fait d'avoir retrouvé une stabilité familiale – à nouveau en couple - après son divorce, il a encore des dettes liées à ce divorce qui limitent, au sein de sa nouvelle famille, le budget dédié à la santé. Il arrive aussi, qu'une fois les dettes payées, le budget familial ré augmente permettant alors d'éviter certains renoncements (11.34 et 11.35).

2.2.3 Des personnes « précaires »⁵⁴

Ce groupe renvoie à la situation de personnes ayant toujours connu des conditions de vie socio-économiques plus ou moins précaires et qui déclarent renoncer à des soins pour des raisons essentiellement financières. Selon elles, il n'y a pas d'événement « exceptionnel » qui rentre en ligne de compte pour comprendre le renoncement. C'est davantage leur « position sociale » qui permet de l'expliquer.

Parmi ces personnes, nous avons constitué deux sous-profil : les retraités et les actifs.

Le premier profil correspond à des personnes ayant eu une vie active longue et continue et déclarant ne pas avoir renoncé pour des raisons financières lorsque les membres (ou un membre du foyer) travaillaient. Dans ce profil, les catégories socio-professionnelles des personnes sont les suivantes : professions intermédiaires - commerçants, agents de la fonction publique... - et ouvriers. Dans le cas des professions intermédiaires, il s'agit de personnes en couple ou seules (ex. : 11.10). Dans le cas des couples, un seul membre du couple était actif (ex. : 11.36). Dans le cas des foyers ouvriers, un ou les deux membres du couple ont été actifs avant la retraite. Pour toutes ces personnes désormais retraitées, l'arrivée à l'âge de la retraite implique une perte de revenus qui agit, selon elles, comme déclencheur du renoncement :

- ✓ 11.8, Mme R. : « *Je n'ai que 800 euros par mois, on fait quoi ? Une fois qu'on a payé le loyer (...) il reste rien, hein... Il faut manger quand même. Depuis que je suis à la retraite c'est impossible. Même payer [les soins] en plusieurs fois c'est énorme.* »
- ✓ 11.40, Mme R. : « *Pendant 6 mois, je vivais avec 300 euros parce qu'ils ont mis six mois à me donner la retraite, ça aussi ça m'a créé des problèmes pour payer.* »

En ce qui concerne le profil « actifs », nous y trouvons des personnes seules ou en couple dont les salaires se situent au mieux au niveau du SMIC (ex. : 11.2), ainsi qu'une forte proportion de personnes travaillant dans le secteur des services à la personne et dans l'hôtellerie. Les sans-emploi y sont aussi présents. Ce sont des foyers où très souvent il n'y a qu'un seul salaire.

Ce profil concerne aussi des assurés dont les conditions d'emploi sont atypiques par rapport au salariat traditionnel. Il s'agit par exemple de personnes travaillant dans le secteur de l'aide à la personne⁵⁵, ayant de multiples employeurs et avec des emplois dont les volumes horaires changent souvent - emplois à temps partiel en outre. Le rapport à l'emploi est généralement instable pour ces personnes, ce qui peut avoir pour conséquence de fragiliser leurs revenus :

- ✓ 11.25, Mme N., la personne est « aide à domicile » : « *Le problème il est là, avec ces personnes-là et ben elles sont âgées, ils décèdent, après vous vous retrouvez sans rien quoi ! C'est à double tranchant, d'un côté c'est bien parce que vous êtes libres de vos heures, on*

⁵⁴ Se reporter aux entretiens : 11.1, 11.2, 11.7, 11.8, 11.10, 11.12, 11.13, 11.14, 11.20, 11.21, 11.23, 11.24, 11.25, 11.28, 11.31, 11.36, 11.38, 11.39, 11.40, 11.41, 11.43, 11.49, 11.50.

⁵⁵ Voir à ce sujet : C. Avril, 2014, *Les Aides à domicile : un autre monde populaire*, Paris, La Dispute, « Corps, Santé, Société ».

peut s'arranger, j'ai deux petites filles si je veux prendre deux jours pour les petites filles donc, c'est bien pour ça disons, après il faut reconnaître que c'est pas rentable. »

Une baisse et/ou une absence temporaire de revenus est toujours subie et n'est d'ailleurs bien souvent pas envisageable pour ces personnes. De plus, parfois, les relations fragiles qu'elles entretiennent avec leurs employeurs les incitent à ne pas s'absenter de leur poste de travail. Au total, ces assurés sont donc en situation de renoncement aux soins :

- ✓ 11.24, Mme R., la personne est « aide à domicile » : *« Dans mon cas à moi, un arrêt de travail c'est très compliqué, dans mon cas comme j'ai des multiples employeurs c'est compliqué, disons que je repousse au maximum. Sur une année je crois que j'avais 15 ou 16 employeurs et il faut que je fournisse tous les bulletins de salaire d'une année en arrière, c'est compliqué au niveau administratif (...) et y a un autre côté c'est que je n'ai pas des remplaçants ça m'ennuie professionnellement d'abandonner mes employeurs. »*

3 Les besoins de soins non satisfaits

Dans cette partie, il s'agit de décrire les besoins de soins non satisfaits déclarés par les personnes ayant participé à l'enquête. Nous présentons des données « globales » issues de l'enquête par questionnaire⁵⁶ et des données détaillées par profil de renonçants, fondées sur les entretiens réalisés.

De manière générale, il ressort de cette étude que chaque personne renonce généralement à plus d'un soin et que ce sont les actes dentaires prothétiques et conservateurs qui sont en tête de la liste des renoncements. Les consultations chez un ophtalmologiste et l'achat de lunetterie arrivent en troisième et quatrième position.

Dans l'Aude, d'après l'enquête par questionnaire, la moitié des renonçants (52,2%) pense que cette situation de renoncement peut changer prochainement et un cinquième (21,2%) estime qu'aucun changement n'interviendra en la matière.

Les renonçants souffrant d'une maladie « lourde » renoncent à plus de soins que ceux des autres profils : leurs renoncements sont nombreux et divers, ils sont d'autre part moins concentrés sur les soins dentaires, la lunetterie et l'ophtalmologie.

Les renoncements aux soins dentaires prothétiques, à l'achat de lunetterie et aux visites ophtalmologistes ont tendance à s'installer dans la durée - plus d'un an -, tandis que les autres types de renoncement semblent pouvoir être réglés dans des délais plus raisonnables. Néanmoins, pour les renonçants faisant face à une maladie « lourde », les effets de ladite pathologie sur leur vie paraissent les pousser à reporter tous les soins qui ne sont pas en rapport avec celle-ci. C'est ce groupe qui est également le moins optimiste en ce qui concerne une potentielle fin de la situation de renoncement.

3.1 Renoncements multiples avec une forte présence du dentaire

Les renoncements sont souvent multiples. Ainsi, d'après l'enquête par questionnaire, dans l'Aude, les 348 renonçants déclarent au total 695 renoncements. Chaque renonçant déclare donc en moyenne 2 renoncements.

Comme le montre la synthèse des premiers résultats quantitatifs réalisée par l'Odenore, il ressort de l'enquête par questionnaire, que, dans l'Aude comme dans tous les autres départements, les soins les plus concernés par le renoncement sont les soins dentaires prothétiques. Au niveau régional, viennent ensuite les soins dentaires conservateurs, les achats de lunetterie/optique, les consultations en ophtalmologie, mais également les consultations chez un généraliste, les consultations chez un spécialiste (hors gynécologie et ophtalmologie) et les consultations et soins gynécologiques⁵⁷.

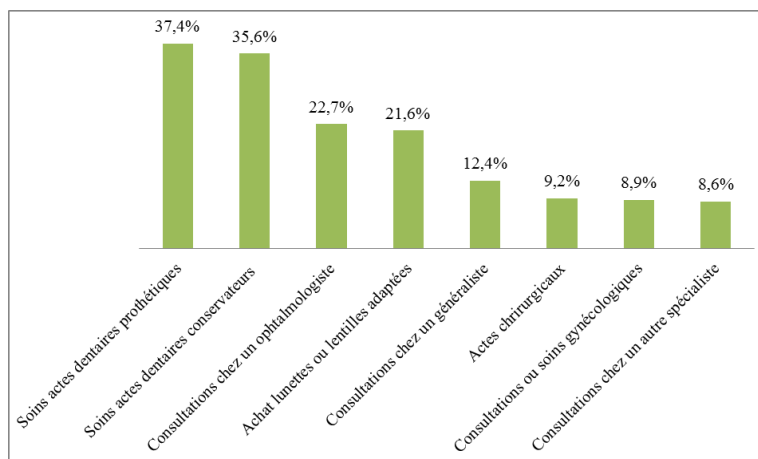
Au niveau de l'Aude, les besoins de soins non satisfaits tels qu'ils apparaissent au travers de l'analyse des questionnaires ne se répartissent pas exactement de la même manière (cf Graphique 5). 37,4% des renonçants assurés au régime général ont déclaré un renoncement à des soins dentaires prothétiques et 35,6% à des soins dentaires conservateurs. 21,6% ont dit renoncer à de la lunetterie ou de l'optique et 22,7% à des consultations en ophtalmologie. 12,4% des renonçants ont déclaré avoir renoncé à des

⁵⁶ Cf. Odenore, *Synthèse des premiers résultats quantitatifs du Diagnostic de l'accès aux soins en Languedoc-Roussillon - Départements de l'Aude, de l'Hérault, de la Lozère et des Pyrénées Orientales*, mai 2015

⁵⁷ Comme il est d'usage dans la plupart des travaux sur le renoncement aux soins en France, il avait été décidé de distinguer les soins et consultations gynécologiques ainsi que les consultations en ophtalmologie des autres consultations spécialisées. La gynécologie et l'ophtalmologie sont en effet parmi les spécialités qui apparaissent particulièrement concernées par le phénomène de renoncement aux soins.

consultations chez un généraliste au cours des douze derniers mois, 8,6% ont quant à eux exprimé des renoncements à des consultations chez un spécialiste et 8,9% des renoncements à des consultations ou des soins gynécologiques. Il est à noter que l'Aude a une spécificité par rapport aux autres départements de l'enquête : 9,2% des renonçants ont évoqué des renoncements à des actes chirurgicaux.

Graphique 5 Renoncements par type de soins des répondants au questionnaire dans l'Aude (% de renonçants, plusieurs renoncements possibles)

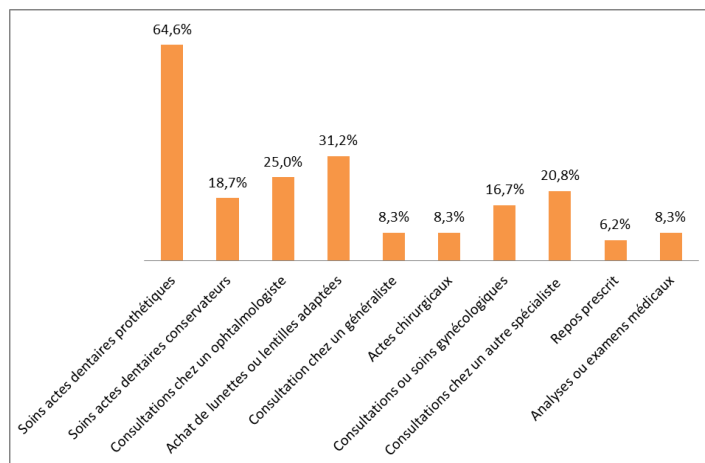


Au sein de la population rencontrée en entretien, l'importance des différents types de renoncement déclarés présente quelques particularités (cf. Graphique 6). La répartition des besoins de soins n'est pas tout à fait la même que celle de l'enquête quantitative.

Les soins dentaires prothétiques concernent presque les deux tiers des renonçants. L'achat de lunetterie et optique arrive en seconde position et concerne presque un tiers des renonçants. Viennent ensuite les consultations chez un ophtalmologiste puis les consultations chez les autres spécialistes, les soins et actes dentaires conservateurs et enfin les consultations ou soins gynécologiques.

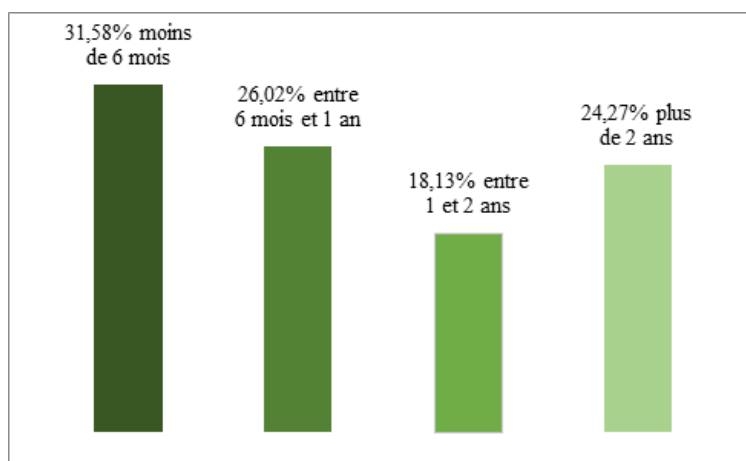
Il ressort notamment des entretiens que les renoncements à des soins et consultations gynécologiques sont numériquement plus importants que ce que l'analyse quantitative donnait à voir : cela est en partie lié à une plus forte présence de femmes dans la population interviewée que dans celle des renonçants rencontrés lors de la passation du questionnaire. Mais cela peut aussi découler du fait que déclarer ce type de renoncement n'est pas nécessairement évident pour les personnes concernées : peut-être parce ces besoins de soins sont pensés comme particulièrement intimes ou parce qu'ils font partie des besoins que les personnes finissent par « oublier ». En tout cas, 16,7% des interviewés ont déclaré renoncer à des soins ou actes gynécologiques (contre 8,9% pour l'enquête quantitative).

Graphique 6 Renoncements par type de soins des personnes interviewées dans l'Aude (% de renonçants, plusieurs renoncements possibles)



Dans l'Aude, aucune durée de renoncement n'est remarquable par rapport aux autres (cf. Graphique 7). Il est juste pertinent de signaler que les renoncements récents – moins de 6 mois - sont un peu plus importants que le reste des durées (31,58%) et que la durée moins fréquente est celle des renoncements qui durent depuis plus d'un an mais moins de deux ans (18,13%).

Graphique 7 Durée du renoncement des répondants au questionnaire dans l'Aude (% de renonçants)



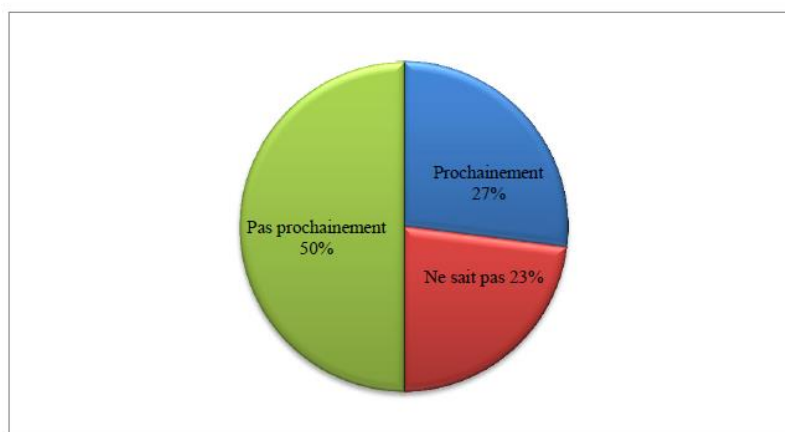
D'après les données recueillies au travers des questionnaires, les renonçants audois sont plutôt confiants sur le fait que la situation ne durera pas et qu'ils pourront trouver des solutions pour sortir du renoncement (cf. Graphique 8). Ainsi, la majorité d'entre eux estime que les difficultés d'accès aux soins rencontrées trouveront bientôt une fin ; un peu plus d'un quart ne le pense pas. L'autre quart des renonçants est dans l'incertitude sur ce point.

Graphique 8 Possibilité d'une fin prochaine du renoncement selon les répondants au questionnaire dans l'Aude (% de renonçants)



En revanche, en ce qui concerne les personnes avec lesquelles nous avons réalisé un entretien, la majorité ne considère pas pouvoir mettre fin au(x) renoncement(s) dans les semaines ou mois à venir, tandis que seulement un quart pense pouvoir le faire. La résolution des difficultés d'accès aux soins semble ainsi ne pas être un horizon probable pour une grande partie des personnes ayant participé à l'enquête qualitative. Ici, il est intéressant de préciser que les « particularités » sociodémographiques de la population interviewée (en particulier la surreprésentation de femmes et de personnes sans activité professionnelle) entrent en ligne de compte. Le renoncement semble ainsi s'être installé de façon plus durable dans le cas des femmes interviewées et s'agissant des personnes sans activité professionnelle (cf. Graphique 9).

Graphique 9 Possibilité d'une fin prochaine du renoncement selon les personnes interviewées dans l'Aude (% de renonçants)



3.2 Les renoncements au regard des trajectoires

3.2.1 Des renoncements globalement multiples, mais différents en fonction du profil

Au sein de la population rencontrée en entretien, la moyenne de renoncements par personne est équivalente à celle déclarée par l'ensemble des renonçants lors de l'enquête par questionnaire : 2. Cependant, le nombre de renoncements varie en fonction du profil. Les renonçants souffrant d'une maladie « lourde » renoncent ainsi à plus de soins que les autres (2,8 renoncements par

renonçant). Suivent les renonçants « précaires » (2,1) et ceux qui ont vécu une « rupture biographique » (1,8).

Parallèlement, s'agissant des renonçants qui font face à une maladie, la distribution des renoncements est beaucoup plus homogène entre les divers types de soins que pour les autres profils. En ce qui concerne les renonçants qui expliquent leurs difficultés d'accès aux soins par une « rupture biographique » ou par la précarité de leur situation, les soins dentaires, l'achat de lunetterie et d'optique ainsi que les consultations chez un ophtalmologiste concentrent plus de deux tiers des renoncements. En revanche, pour les renonçants atteints d'une maladie « lourde », d'autres soins que dentaires et optiques tels que les consultations chez un gynécologue⁵⁸ ou chez un autre spécialiste sont aussi et plus fréquemment concernés par le renoncement.

3.2.2 La présence d'une maladie augmente le nombre de renoncements

La plupart des personnes souffrant d'une maladie « lourde » a besoin de multiples soins qui découlent, pour beaucoup, directement de la pathologie et/ou des traitements mis en place pour y faire face. Ainsi, une personne atteinte d'un cancer du poumon et du foie explique que les traitements de chimiothérapie ont eu des effets sur son ouïe. Elle doit à présent effectuer des examens auditifs périodiques (11.45). Elle a également besoin de produits, par exemple des shampooings spéciaux, qui pourraient contribuer à améliorer son quotidien suite aux traitements. Elle ne peut toutefois pas toujours faire face aux coûts engendrés par ces différents soins et produits médicaux.

Pour les personnes concernées, cette augmentation du volume de soins peut en effet être accompagnée de l'augmentation des dépenses de santé car certains soins ne sont pas pris en charge dans le cadre de l'Affection de Longue Durée (ALD) :

- ✓ 11.5, Mme B. : « Avant je n'avais pas tant de choses à acheter, après pour les os on m'a dit vous vous débrouillez. Donc quand je n'avais pas tant d'éléments à acheter je pouvais aller chez l'ophtalmo. Maintenant avec mes problèmes osseux il me faut un pose-dos, un chausse-pieds, des semelles orthopédiques... »

Finalement, le caractère « envahissant » des maladies « lourdes » dans la vie des personnes peut entraîner un changement de leur rapport à la santé. En outre, des démarches administratives récurrentes sont souvent à faire dans ce type de situations : transports médicalisés, aides à domicile... Elles s'ajoutent au grand volume de soins à réaliser. Dans ce contexte, il est fréquent que les malades investissent les soins qu'ils jugent essentiels et délaissent les autres. Les soins dentaires, en ophtalmologie et gynécologie perdent en particulier de l'importance aux yeux de ces personnes (ex. : 11.27). Nous l'expliquerons ultérieurement.

3.2.3 Des renoncements de longue durée qui se concentrent sur les soins dentaires et la lunetterie

S'agissant de la durée des renoncements, les interviewés déclarent pour beaucoup que la situation dure depuis longtemps (cf. Graphique 10). Cela diffère donc des résultats issus de l'analyse des questionnaires ; au travers de celle-ci, aucune durée de renoncement ne semblait plus fréquente que les autres (cf. Graphique 7). Pour 64% des personnes rencontrées en entretien en revanche, le(s) renoncement(s) dure(nt) depuis plus de deux ans. Ceci doit être compris au regard de l'importance numérique des renoncements aux soins dentaires prothétiques et à l'achat de lunetterie/optique.

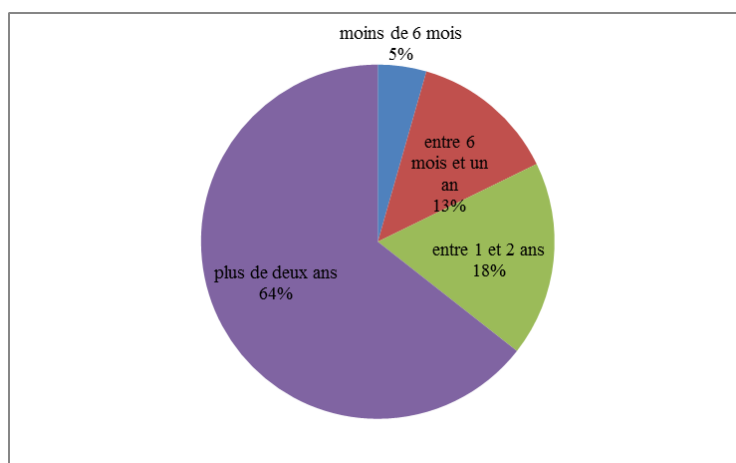
⁵⁸ La présence du renoncement aux consultations et soins gynécologiques pour ce groupe d'assuré(e)s n'est pas lié à la structure du groupe en termes de sexe. Ainsi, ce groupe contient un nombre inférieur de femmes que les deux autres groupes. De ce fait, nous pouvons en conclure que le renoncement aux consultations et soins gynécologiques y est plus présent.

L'absence de ces soins peut, d'une part, être considérée comme relativement peu handicapante par les personnes – par exemple lorsque les dents manquantes ne sont pas celles du devant. En tout cas, beaucoup disent s'être habitués à vivre ainsi. Il est, d'autre part, possible de trouver des stratégies pour contourner la non réalisation des soins - achat de loupes pour corriger la presbytie. Nous y reviendrons.

Tout ceci contribue à expliquer que ces soins peuvent être reportés pendant très longtemps et que les personnes finissent parfois par y renoncer définitivement. Le coût élevé de ce type de soins est aussi à prendre en compte :

- ✓ 11.36, Mme D. : « *Alors au niveau esthétique je préfère mettre l'argent pour celui-là, d'appareil [dentaire sur le côté droit de la bouche], parce qu'on le voit et il a 24 ans que pour l'autre [appareil dentaire qui est au fond de la bouche du côté gauche] que l'on ne voit pas, donc je fais un choix, j'ai peur qu'il se casse celui-là [l'appareil que j'ai déjà].* »

Graphique 10 Durée des renoncements de la population interviewée dans l'Aude (% de renonçants)



Les autres types de renoncement ont tendance à moins durer dans le temps de sorte qu'ils dépassent rarement un an. Dans ce cas, l'absence de soins est davantage temporaire, les personnes parlant d'ailleurs plutôt en terme de report que de renoncement. Elle est en quelque sorte soumise à des conjonctures passagères - attendre le début du mois pour avoir une rentrée d'argent, aller se faire soigner une fois que le coût de la rentrée scolaire a été payé, ... (ex. : 11.39, 11.40). L'interviewée 11.31, Mlle M., explique par exemple qu'elle ne peut pas payer des soins à certaines périodes du mois car « *c'est pareil pour tout le monde hein !? Les fins du mois sont très longues donc c'est difficile.* » Elle ajoute que les fins de mois commencent pour elle « *vers le 15* ».

Ce que nous venons de dire s'applique à tous les profils de renonçants mais peut être nuancé pour les personnes atteintes d'une maladie « lourde ». Pour elles, les renoncements autres que « dentaire prothétique » et « achat de lunetterie » s'installent plus souvent que pour les autres renonçants dans la durée : ce peut être le cas du renoncement aux soins gynécologiques (ex. : 11.5, 11.45, 11.11), à une consultation chez le généraliste (ex. : 11.32). Pour une grande majorité des personnes de ce groupe d'ailleurs, il n'y a globalement pas d'horizon de fin en ce qui concerne le renoncement.

Les renonçants des autres groupes, « ruptures biographiques » et « précaires », sont quant à eux beaucoup plus confiants dans le fait que le renoncement prendra fin prochainement. Pour le groupe des renonçants ayant subi une rupture biographique, les renoncements - y compris aux soins dentaires prothétiques et à l'achat de lunetterie - peuvent notamment prendre fin s'il se produit un retour à la

situation financière d'avant « l'accident ». C'est le cas de personnes ayant fait face à une perte de revenus suite à un divorce et qui ont retrouvé un emploi leur permettant de se situer au niveau de leurs revenus d'avant le divorce. Un couple d'interviewés estime quant à lui que sa situation de renoncement va cesser lorsque qu'il n'aura plus de dettes :

- ✓ 11.34/35, M. B. et Mme B. « Mme. B : *Quand je l'ai rencontré [mon mari] il était en train de divorcer il avait déjà à la base [des dettes liées à son divorce] (...)*

M. B : *On les a rachetées.*

Mme. B : *Quand il a divorcé, enfin ils ont divorcé d'une telle manière que c'est lui qui paie toutes les dettes. Donc voilà, on en a encore pour quatre ans [de renoncement]. »*

4 Les raisons et explications du renoncement

En revenant sur les raisons du renoncement évoquées par les enquêtés, sur la manière aussi dont celles-ci s'entremêlent, nous allons, dans ce quatrième point, montrer comment les personnes expliquent leur(s) renoncement(s). Les raisons et explications peuvent notamment différer en fonction des profils de renonçants préalablement identifiés.

Les raisons du renoncement aux soins sont multiples. Les causes financières - reste à charge, avance de frais, autres priorités quant à l'utilisation du budget, ... - sont les plus citées par les enquêtés. Cependant, d'autres causes telles que la « lassitude », le fait de considérer les soins comme peu urgents, l'éloignement géographique ou encore les mauvaises expériences avec des professionnels de santé – notamment concernant des soins dentaires – participent aussi à expliquer le renoncement.

Les raisons trouvent des tonalités quelque peu différentes en fonction des profils de renonçants. Les assurés du profil « maladie lourde » avancent ainsi beaucoup plus de raisons que les enquêtés des deux autres profils. Ils mettent en avant les raisons économiques mais y ajoutent la « lassitude ». Pour les deux autres profils, c'est essentiellement dans les raisons économiques couplées au fait de considérer certains soins – dentaires et lunetterie en particulier – comme peu ou pas urgents – que s'encastre le renoncement.

Bien entendu, toutes les raisons sont à resituer dans des contextes de vie : en fonction des niveaux de revenus des personnes, de leur reste pour vivre, de leur rapport à l'emploi aussi, les raisons financières peuvent en particulier prendre sens différemment. En parallèle, les personnes ne « trient » pas toutes leurs besoins de soins de la même manière : la douleur, les conséquences potentielles d'un problème de santé, l'impact sur la vie quotidienne de l'absence de soins, peuvent contribuer à prioriser certains besoins par rapport à d'autres.

4.1 Pour tous les profils, les raisons financières sont prégnantes mais ne sont pas les seules

Les causes avancées par les renonçants interviewés sont multiples. Les raisons financières sont toutefois largement les plus citées par les personnes pour rendre compte de leur(s) renoncement(s). Ce sont en premier lieu les restes à charge qui sont perçus comme problématiques ; que leur montant soient connus avec certitude par les personnes, notamment parce que celles-ci ont fait faire un devis par un professionnel de santé, ou qu'ils soient « anticipés », faire face aux restes à charge est particulièrement difficile lorsque les situations financières sont fragiles et incertaines.

Les avances de frais peuvent parallèlement constituer un obstacle à l'accès aux soins pour une partie des renonçants, parfois même pour les consultations chez un généraliste. Dans tous les cas et même si la grande majorité des personnes accorde de l'importance à sa santé, les dépenses liées aux soins ne sont bien souvent pas la priorité comme le montrent ces extraits d'entretiens :

- ✓ 11.4, Mme B.⁵⁹ : « *J'ai d'autres priorités maintenant, il faut payer ma maison, j'ai toujours peur de pas pouvoir payer.* »
- ✓ 11.10, M. H.⁶⁰ : « *Je peux pas [payer l'appareil dentaire dont j'ai besoin], je suis trop chargé (...) avec mes frais fixes : frais de voiture, électricité, téléphone, crédit et puis il faut manger.* »

⁵⁹11.4, Mme B. percevrait une pension d'invalidité à cause de problèmes de dos.

⁶⁰11.10, M. H. a 69 ans, il aurait un 100% pour les soins liés à son affection cardiaque et à son diabète.

- ✓ 11.22, M. J⁶¹ : « *Disons que l'argent que j'ai me sert à autre chose, me sert pour mes enfants en fait, j'ai du mal à me faire mes propres soins, les soins que j'ai eus, on me les a offerts.* »

La grande majorité des personnes rencontrées en entretien estime que sa situation de renoncement aux soins est due aux restes à charge. Les interviewés invoquent en second lieu la question de l'avance de frais mais dans une moindre mesure. Comme les extraits d'entretiens ci-dessus le montrent, eu égard leur budget, les renonçants sont dans l'obligation d'effectuer des choix financiers et, régulièrement, les soins ne sont pas considérés comme une dépense prioritaire.

Viennent ensuite des raisons liées au rapport des personnes à la santé et aux soins. Certains des renonçants avec lesquels des entretiens ont été réalisés ont développé vis-à-vis des soins, et plus globalement du système de santé, des formes de « lassitude » et ce pour plusieurs raisons. Le grand volume de soins que doivent effectuer certaines personnes, notamment lorsqu'elles sont atteintes d'une maladie « lourde », peut les conduire à négliger les actes qu'elles ne considèrent pas essentiels. Les démarches administratives liées aux remboursements et à la prise en charge des frais de santé ainsi que les difficultés pour trouver des professionnels médicaux disponibles peuvent aussi attiser une certaine lassitude. Tout cela peut au bout du compte conduire à renoncer aux soins, par exemple pour certaines consultations spécialisées et/ou examens médicaux. Plusieurs interviewés évoquent cette lassitude :

- ✓ 11.26, Mme A⁶² : « *Je ne les ai pas fait [les examens gynécologiques de contrôle], si le temps je l'ai, peur pour l'examen gynécologique non, j'en ai tellement assez des spécialistes et des docteurs ! Depuis un moment...* » (...) « *Beaucoup de problèmes qui m'ont arrivé, j'étais jeune, enfin j'ai pas eu de chance [soupir].* »
- ✓ 11.27, Mme L⁶³ : « *J'en peux plus des médecins, et puis non c'est surtout que dans ma tête y a trop de choses quoi, c'est trop compliqué, j'en ai marre !! Je fais de la survie. J'en ai marre de rabâcher toujours la même chose.* »
- ✓ 11.45, Mme B⁶⁴ : « *Avant j'étais quelqu'un qui prenait hyper soin de ma santé, j'allais voir le dentiste tous les ans, j'étais vraiment cadrée, je pense que la maladie m'a fait totalement partir on va dire...maintenant je n'y vais que si c'est nécessaire, je pense que j'ai trop à m'occuper avec le cancer pour m'occuper du reste.* »

La lassitude et le découragement peuvent, dans certains cas, découler de ce que les personnes décrivent comme de « mauvaises expériences » avec des professionnels de santé. Cela a pu les inciter à reporter ou à renoncer à des soins : si l'on se plonge dans les entretiens, on note qu'il s'agit essentiellement de situations où les personnes n'ont pas compris les professionnels de santé, leur discours mais aussi leur façon d'agir.

- ✓ 11.11, Mlle R.⁶⁵ : « *Je suis allée à la gynécologue en urgence parce que ça me faisait mal [le stérilet] elle me dit que c'est pas possible, mais moi je le sentais. Elle m'a dit : « Vous êtes une menteuse ». C'est bizarre quand même non ? Et puis elle a vérifié et effectivement j'avais le stérilet qui était tordu et elle a pu le retirer avec les doigts alors que normalement on ne peut pas le retirer avec les doigts, donc c'était bizarre.* »

⁶¹11.22, M. J. a 45 ans, il est divorcé. Il verse des pensions alimentaires pour ses 3 enfants.

⁶²11.26, Mme A. a 55 ans, elle aurait eu un 1^{er} AVC en 1994 et un 2nd en 2003. Elle aurait aussi eu récemment un anévrisme.

⁶³11.27, Mme L. a 53 ans et perçoit l'Allocation Adulte Handicapé.

⁶⁴11.45, Mme B. a 31 ans, elle aurait eu un cancer du sein en 2007 qui aurait été guéri mais elle aurait fait une rechute en 2012 : on lui aurait alors diagnostiqué un cancer du poumon et du foie. Elle serait en ALD depuis 2013 et aurait une reconnaissance en invalidité.

⁶⁵11.11, Mlle R. a 21 ans, elle percevrait l'Allocation Adulte Handicapé. Elle aurait une prise en charge à 100% pour des troubles bipolaires, des problèmes d'épilepsie et de l'hypertension.

- ✓ 11.44⁶⁶, Mme G. explique pourquoi son mari n'est pas allé chez le dentiste : « *Disons qu'il n'aime pas trop. Une fois il avait une dent qui finissait en tête de perroquet, alors quand on lui a arrachée on lui a arrachée jusqu'à l'os, donc il a passé un mois sans pouvoir manger, que des glaces et des soupes et il a mis énormément de temps à cicatriser. A force de prendre des antibiotiques pour que ça cicatrise, il s'était fait un muguet dans la gorge.* »

Certaines personnes du profil renonçants « précaires » ont parallèlement dit avoir parfois eu l'impression que les soins reçus par les professionnels de santé n'étaient pas de la même qualité que si elles avaient pu payer leurs frais de santé. Une assurée raconte ainsi :

- ✓ 11.36, Mme D. : « *Les soins n'étaient pas pareil, il m'en a mis partout, vous savez quand ils nettoient, c'était pas comme mon dentiste qui prenait la salive, avec mon dentiste je m'étouffais pas ; et après j'étais mouillée de partout !! C'est pas normal ! Quand je suis sortie de là il m'a dit [elle montre un papier] : « vous avez obligation de soins pendant un an » je ne comprends pas ce que ça veut dire ça ! Il m'a fait signer ça ! J'ai trouvé ça incorrect, je trouve que c'est pas sérieux ! Mon dentiste ne m'a jamais fait ça.* »

Le fait de considérer les soins comme peu ou pas urgents est une autre raison régulièrement avancée par les renonçants. L'urgence de consulter pour un problème de santé peut être perçue très différemment en fonction des personnes ; elle constitue en tout cas l'un des paramètres à partir duquel les personnes trient leurs besoins de soins. Nous pouvons citer quelques exemples :

- ✓ 11.10, M. H.⁶⁷ : « *Pour le moment je fais avec... Tant que je n'ai pas des infections... J'attends* » *Je ne vois pas d'autres solutions.* »
- ✓ 11.16, Mme V.⁶⁸ : « *J'y vais [chez le médecin traitant] si je fais une crise de sciatique ou une cruralgie mais sinon je ne l'embête pas.* »
- ✓ 11.45, Mme B.⁶⁹ : « *Tant qu'y a pas d'urgence je m'affole pas, c'est plutôt ça.* »
- ✓ 11.47, M. H.⁷⁰ : « *J'ai besoin d'une dent mais c'est pas urgent et puis pour la presbytie il faudrait des lunettes mais pour l'instant j'ai pris des loupes à la pharmacie ; c'est pas invalidant pour l'instant donc je fais pas.* »

Certains interviewés estiment ainsi qu'ils peuvent attendre pour certains soins car ils considèrent qu'ils n'ont pas de douleur, que celle-ci n'est pas suffisamment importante pour justifier une consultation ou qu'ils ne sont que peu ou pas « handicapés » par ladite pathologie. Quelques renonçants pensent en outre que d'autres personnes ont des besoins de soins plus importants qu'eux, dans leur famille par exemple (ex. les enfants et le conjoint - 11.36). Tous les soins ne sont donc pas envisagés de la même manière par les enquêtés : certains sont considérés comme urgents et indispensables, d'autres non, c'est notamment le cas chez les personnes qui ont des pathologies « lourdes ».

Finalement, les difficultés d'accès à l'offre de soins peuvent aussi être des freins et favoriser le renoncement. Plusieurs interviewés ont ainsi expliqué ne pas avoir effectué certains soins (ou avoir dû les reporter) car ils ne connaissent pas de praticiens. Des délais de rendez-vous trop longs ont aussi été évoqués, en particulier concernant certaines spécialités médicales.

⁶⁶ 11.44, Mme G. a 54 ans et aurait une reconnaissance en invalidité et percevrait une pension de 2ème catégorie. M. G. est actuellement en arrêt maladie.

⁶⁷ 11.10, M. H. a 69 ans, il aurait un 100% pour les soins liés à son affection cardiaque et à son diabète.

⁶⁸ 11.16, Mme V. a 69 ans, elle aurait été reconnue personne handicapée suite à un accident de travail et aurait perçu une pension d'invalidité jusqu'à l'âge de la retraite.

⁶⁹ 11.45, Mme B. a 31 ans, elle aurait eu un cancer du sein en 2007 qui aurait été guéri mais elle aurait fait une rechute en 2012 : on lui aurait alors diagnostiqué un cancer du poumon et du foie. Elle serait en ALD depuis 2013 et aurait une reconnaissance en invalidité.

⁷⁰ 11.47, M. H. a 47 ans, il était chauffeur de poids lourd et a arrêté ses études au baccalauréat. Lors de son accident de travail, il se serait fêler des côtes et aurait eu une entorse du pied. Il est actuellement au chômage (il perçoit 1500€). Il explique qu'il vit chez sa compagne car il a dû quitter son appartement car il ne pouvait plus payer le loyer.

4.2 Pour chaque profil, des explications plus ou moins nombreuses et spécifiques

Dans leurs récits, les renonçants qui sont atteints d'une maladie « lourde » déclarent de multiples raisons, en moyenne 4,1, pour rendre compte de leurs renoncements. En ce sens, ils sont largement au-dessus de la moyenne générale (2,5). Les renonçants qui expliquent que leurs problèmes d'accès aux soins découlent principalement d'une « rupture biographique » autre que la maladie déclarent en moyenne 2 raisons. Les personnes dont la situation précaire fournie le terreau au renoncement apportent quant à elles 2,3 raisons.

4.2.1 Expliquer les raisons financières

Les raisons financières sont pour les renonçants faisant face à une maladie « lourde » le principal problème, notamment car leur pathologie leur coûte cher. Plus concrètement, ce sont les restes à charge qui sont un frein à leur accès aux soins. Comme nous l'avons indiqué plus haut, le diagnostic d'une maladie « lourde » peut être un premier pas vers la précarisation de la situation financière des personnes.

- ✓ 11.15, Mme L.⁷¹ : « Deux ans en arrêt maladie à 800 € par mois, puis chômage deux ans à 900 €. Ce que vous oubliez, moi j'avais pas du tout prévu de tomber malade, c'était pas prévu, c'était pas dans l'ordre des choses, là les 900 € oui effectivement j'avais bien 900 € mais y avait des crédits, moi j'avais des crédits, y avait des engagements vis-à-vis des études de mes enfants... »
- ✓ 11.45, Mme B⁷² : « Je vois beaucoup des médecins, ça devient lourd. En étant malade j'ai beaucoup plus d'argent à sortir alors on fait une sélection de ce qui est important. »

Le diagnostic de la maladie implique en outre, et bien souvent, un arrêt de l'activité professionnelle – au moins temporaire - qui s'accompagne systématiquement d'une perte de revenus. Si celle-ci peut être progressive, les effets sur les situations de vie ne sont toutefois pas anodins. Ainsi, les personnes rencontrées en entretien, qui étaient en activité lorsque la maladie s'est déclarée, ont perçu des indemnités journalières pendant une période. Cependant, le montant plafonné de ces indemnités a entraîné une perte de revenus par rapport à ce que les personnes gagnaient auparavant – conducteur de taxi (ex. : 11.22) et peintre en bâtiment indépendant (ex. : 11.29).

Cette diminution des ressources contribue d'après les personnes à expliquer la survenue de leurs difficultés financières d'accès aux soins. Face à des charges mensuelles dont le montant n'a généralement pas baissé, les personnes ont dû établir des priorités, le paiement du loyer ou de l'emprunt immobilier étant dans la plupart des cas la préoccupation principale.

Après la maladie et face aux conséquences de celles-ci, certaines personnes ont par ailleurs « enchaîné » avec une période de chômage :

- ✓ 11.15, Mme L. : « Et maintenant j'suis au chômage, en fin de droits maintenant, parce que j'arrive pas à retrouver une place où je peux rester, parce qu'ils m'ont bien proposé de me mettre en caisse mais je ne peux pas rester en station assise et je ne peux pas rester en station debout... Le problème il est là, parce que moi j'aimerais bien pouvoir rebosser, parce que j'ai toujours bossé et là de rien foutre comme ça, moi ça me va pas, moi j'ai tout perdu, j'ai perdu la compagne avec qui je vivais, j'ai perdu l'appartement, on avait une maison et ben j'ai tout perdu. »

⁷¹ 11.15, Mme L. aurait une reconnaissance handicapé (MDPH).

⁷² 11.45, Mme B. a 31 ans, elle aurait eu un cancer du sein en 2007 qui aurait été guéri mais elle aurait fait une rechute en 2012 : on lui aurait alors diagnostiqué un cancer du poumon et du foie. Elle serait en ALD depuis 2013 et aurait une reconnaissance en invalidité.

D'autres, faute de trouver un emploi adapté à leur situation d'handicap, ont ensuite demandé le RSA (11.20) ou se sont tournées, en fonction de leur situation, vers l'Allocation Adulte Handicapé (AAH) ou vers une pension d'invalidité.

Pour les retraités actuels ayant été confrontés à une maladie « lourde » lors de l'âge actif, la baisse des revenus durant leur vie active n'a pas été sans conséquence sur le montant de leur pension de retraite. Une interviewée explique, par exemple, que sa pension de retraite (770 € selon elle) est faible car elle a perçu pendant plus de 27 ans une pension d'invalidité (11.5).

Ces pertes de revenus, ajoutées au fait que la plupart des enquêtés vit seule ou avec un partenaire au chômage, rendent impossible le paiement des restes à charge en matière de santé, notamment les restes à charge liés aux soins dentaires prothétiques et à de la lunetterie. Il faut préciser que, même si ces personnes ont des revenus modestes, elles dépassent, pour la plupart d'entre elles, le plafond de revenus donnant accès à la CMU-C et font donc face à l'effet de seuil afférent à ce dispositif sous conditions de ressources.

Certains enquêtés déplorent d'ailleurs de ne pas avoir droit à la CMU-C, ce qui pourrait leur permettre, selon eux, d'accéder aux soins. Une personne explique qu'elle a eu un refus et évoque la période de référence pour le calcul de l'aide, toutefois elle ne semble pas forcément avoir compris la décision de rejet :

- ✓ 11.15, Mme L.⁷³ : « *J'avais fait la demande [de CMU-C], la demande m'a été refusée, l'AS m'a fait faire un courrier pour revoir le dossier parce que la situation a changé et on m'a répondu qu'il fallait encore attendre deux mois.* »

Une autre interviewée indique :

- ✓ 11.44, Mme. G⁷⁴ : « *La CMU je trouve qu'il faut avoir très peu de revenus pour y avoir droit, après y a des personnes qui ont droit d'autres non mais bon, on va pas rentrer dans ces détails.* »

Eligibles bien souvent à l'ACS, ces personnes ne demandent cependant pas nécessairement cette aide : soit parce qu'elles n'en ont pas connaissance, soit parce que le reste à payer même après utilisation du « chèque santé » demeure trop important.

- ✓ 11.16, Mme V⁷⁵ : « *Je savais pas que ça existait [ACS] c'est mon médecin qui m'a dit « ben oui y a pas de raison, il vous faudrait le demander » donc je l'ai demandé et ça m'a été accordé et ça m'a été [respiration de soulagement] j'avais 500 € les deux premières années et cette année j'ai eu 550, donc je l'ai envoyé à ma caisse de retraite et ça m'a allégé, beaucoup ! »*

Les avances de frais sont aussi mises en avant par les renonçants atteints ou ayant souffert d'une lourde maladie pour expliquer leurs renoncements. Les mots de cette personne l'indiquent :

- ✓ 11.12, Mme L.⁷⁶ : « *Si on n'avancait pas les frais j'irais chez les spécialistes, au moins pour avoir l'esprit tranquille.* »

⁷³ 11.15, Mme L. percevrait actuellement uniquement des allocations Pôle Emploi d'un montant de 405€ (elle était caissière et aurait été licenciée pour inaptitude). Elle déclare un reste à vivre de 165€. Elle dit avoir dû quitter son logement et être hébergée chez sa sœur. Elle indique être en contentieux avec la Sécurité Sociale, elle aimerait que ses problèmes de santé soient reconnus comme « *maladie professionnelle* ».

⁷⁴ 11.44, Mme G. a 54 ans, elle aurait une reconnaissance en invalidité et percevrait une pension de 2ème catégorie. M. G. est actuellement en arrêt maladie. Ils ont un enfant de 21 ans à charge et sont bénéficiaires de l'ACS. Mme G. signale qu'aparavant le couple « *gagnait 4000 € et que [ils sont passés] à 2500, les revenus ne sont plus les mêmes.* »

⁷⁵ 11.16, Mme V. aurait une prise en charge en ALD pour des soins liés à la spasmophilie.

⁷⁶ 11.12, Mme L. bénéficie d'une ALD : elle a 66 ans et serait atteinte de la maladie de Parkinson.

Une autre interviewée explique également qu'il lui est très difficile d'avancer les frais des soins non pris en charge dans le cadre de son 100% :

- ✓ 11.12, Mme L.⁷⁷ : « *Il faut payer l'électricité, la mutuelle, l'internet, le téléphone, et il me reste même pas deux euros pour vivre, alors vous ne pouvez pas avancer les frais médicaux. Là je vais y aller [chez le gynécologue] car j'ai des douleurs à la poitrine pour avoir l'esprit reposé, je vais y aller (...) Je vais être obligée de demander à ma fille* ».

Comme nous l'avons dit, ces renonçants ont souvent besoin de multiples soins, examens, visites chez des spécialistes, produits et matériels médicaux, qui permettent notamment de compenser les effets de la maladie. Il peut s'agir de coussins orthopédiques, de semelles, de chaussures pour les personnes souffrant de fortes douleurs osseuses (ex. : 11.5), de crèmes ou d'examen auditifs pour des personnes suivant des séances de chimiothérapie, par exemple :

- ✓ 11.45, Mme. B.⁷⁸ : « *Tout ce qui est des crèmes ce n'est pas pris en charge sauf que moi j'en ai besoin. De temps en temps on va dire ils sont généreux ; donc de temps en temps je pose une aide et ils vont dire : « Le devis on le prend en charge si vous apportez la facture », des fois ils acceptent et des fois non ! Du coup vous faites pareil la sélection. » (...) » *Ça peut être des pastilles pour la gorge, ça peut être des sprays, ça peut être des crèmes gynécologiques, des huiles pour hydrater. Ça peut paraître con mais en ayant perdu mes cheveux quand ça repousse c'est irritant ; donc il me faut un shampoing spécial qu'on ne trouve qu'en pharmacie.* »*

Parfois, des thérapies spécifiques peuvent aussi être nécessaires, par exemple pour des personnes souffrant de troubles psychiatriques. L'avance de frais qui doit être faite dans le cadre de certaines de ces thérapies peut être un frein et amener les personnes à renoncer. Une assurée indique, par exemple, qu'elle ne peut pas payer des séances chez un psychologue :

- ✓ 11.27, Mme L.⁷⁹ : « *C'est trop cher, les psychiatres sont plus tournés vers les médicaments tandis que les psychologues c'est plus pour parler et tout ça, tout est cher, on paie tout, le psychologue c'est payant, tout ce qui est relaxation, sophrologie toutes les choses de bien-être c'est payant.* » (...) *Ben c'est 50 euros [la consultation chez le psychologue], c'est trop cher.* »

Il arrive aussi que les personnes prennent un grand volume de médicaments chaque jour. Il peut alors se produire des incompatibilités entre les traitements qui obligent les professionnels de santé à prescrire des médicaments non remboursés par la Sécurité Sociale ou en tout cas moins bien remboursés que d'autres médicaments. Les assurés peuvent alors décider de renoncer à l'achat de ces médicaments pour des raisons financières (ex. : 11.5).

Entre le coût des produits non remboursés mais utiles pour limiter certains effets de la maladie ou des traitements et la nécessité de faire parfois des avances de frais successives, les personnes malades finissent par, peu à peu, s'éloigner de certains soins. Elles expliquent d'ailleurs soit renoncer à ces soins (ex. : 11.5, 11.45), soit les payer, mais au détriment d'autres soins qu'elles faisaient pourtant auparavant – examens gynécologiques, consultations dentaires...

Les problèmes financiers rencontrés par les renonçants « maladie lourde » pour accéder aux soins peuvent être aggravés par les franchises ou, plus précisément, par le mécanisme de prélèvement de

⁷⁷ 11.12, Comme évoqué précédemment, Mme L. bénéficie d'une ALD : elle a 66 ans et serait atteinte de la maladie de Parkinson.

⁷⁸ Comme expliqué précédemment, 11.45, Mme B. aurait eu un cancer du sein et aurait actuellement un cancer du poumon et du foie. Elle serait en ALD depuis 2013 et aurait une reconnaissance en invalidité. Elle déclare avoir un reste à charge d'environ 140€ par mois pour les traitements/soins non remboursés.

⁷⁹ 11.27, Mme L. perçoit l'Allocation Adulte Handicapé.

celles-ci. Du fait qu'une partie de ces assurés a besoin d'un grand volume de soins et médicaments, les personnes atteignent rapidement les 50 € de franchises par an. Lorsque les budgets sont modestes ou très modestes, les restes pour vivre faibles, les franchises, et le fait qu'elles soient retenues lorsque les personnes font une avance de frais chez un professionnel de santé, peuvent devenir un frein pour accéder à certains soins :

- ✓ 11.45, Mme. B : *« Y a le problème des franchises. C'est 2 franchises de 50 euros maximum. Moi je les atteins sûr, alors je sais que ces franchises ils vont venir les récupérer quelque part, sur le dentiste, l'ophtalmo. Si je dois faire un achat de perruque, si je dois aller pareil faire l'audition je sais qu'ils vont le récupérer dessus. Parce que quand vous allez chez le médecin il passe la carte et il est payé donc ils peuvent pas récupérer dessus, le seul où ils peuvent récupérer est l'ophtalmo, le dentiste, l'ORL ; parce qu'en fait c'est un document papier, quand vous vous avancez les frais c'est là qu'ils récupèrent toutes les franchises. »*

42

Comme cela peut être le cas des renonçants qui ont rencontré des problèmes d'accès aux soins après avoir déclenché un problème de santé important, c'est aussi le fait de devoir hiérarchiser leurs dépenses quotidiennes à cause d'un budget limité et très serré qui gênent l'accès aux soins des personnes en situation de « rupture biographique ».

Dans ce contexte d'ailleurs, lorsque les personnes ont des enfants à charge, ce sont bien souvent les soins des enfants qui sont perçus comme la priorité. Les parents mettent alors leurs propres soins en attente, y renoncent parfois pendant longtemps, de manière à pouvoir réaliser les soins de leurs enfants ou en prévision des potentiels besoins de ceux-ci (ex. 11.3, 11.34).

La rupture biographique entraîne, dans la plupart des cas et là encore, une perte importante de revenus. Ce peut être un divorce qui, couplé avec une situation de chômage, entraîne une situation financière très délicate pour la personne concernée avec pour aboutissement une procédure de surendettement (ex. : 11.18). Nous pouvons aussi évoquer le cas de cette femme qui perd son mari de mort soudaine à 46 ans ; elle n'a pas eu d'emploi depuis vingt ans et peine à retrouver du travail. Ne disposant que de revenus très faibles, elles mobilisent ceux-ci en priorité pour se nourrir et se loger, toutes autres dépenses devenant impossibles, celles liées aux soins notamment.

S'agissant des personnes qui travaillent mais pour lesquelles les revenus sont peu élevés, la perspective d'un arrêt maladie peut faire peur. Ainsi, lorsqu'elles sont malades, certaines personnes renoncent à consulter un médecin généraliste par crainte que celui-ci les « arrête ». Ne plus travailler, même quelques jours, peut en effet entraîner une perte de revenus lourde de conséquences quand chaque euro est compté. Même si un complément de salaire arrive, dans certains cas, quelques mois plus tard, la diminution temporaire des revenus peut fragiliser encore davantage des budgets déjà précaires (11.34/35) :

- ✓ 11.34, Mme B. : *« Mardi j'ai fait une hypoglycémie, j'suis tombée dans les pommes, donc j'ai pas été travaillée hier mais j'suis repartie aujourd'hui pour pas perdre des jours (...). J'ai pas été [chez le médecin] et en plus parce que je sais qu'ils vont m'arrêter mais le souci c'est toujours le même, j'ai mon complément de salaire qui tombe trois ou quatre mois après donc quand on s'arrête mon salaire est divisé en deux, déjà qu'on s'en sort pas entre parenthèses avec deux entiers, si en plus je n'ai que la moitié de mon salaire et qu'on me dit tu l'auras dans trois ou quatre mois... Je préfère aller travailler. »*

Si certaines de ces personnes évitent d'aller chez le médecin généraliste pour ne pas être arrêtées, d'autres vont quand à elles consulter mais renoncent aux arrêts maladie lorsqu'ils leur sont prescrits.

Parfois, au-delà de la fragilisation des ressources financières qu'elles induisent, les ruptures dans les parcours de vie amènent aussi la perte de certaines protections en matière de santé. Suite à un divorce, plusieurs personnes ont ainsi perdu le bénéfice de la complémentaire à laquelle elles étaient affiliées par l'intermédiaire de leur conjoint.

Pour certaines de ces personnes, la situation peut se stabiliser petit à petit, les revenus redeviennent un peu plus importants, sans cependant forcément revenir à la situation antérieure. Retrouver un emploi, se remettre en couple, autant de choses qui peuvent permettre de renouer avec l'accès aux soins. Les obstacles financiers peuvent toutefois perdurer concernant certains soins, en particulier dentaires (ex. : 11.44).

Pour d'autres, l'obtention d'une meilleure situation financière n'est pas ou plus possible. Nous pensons à plusieurs femmes âgées qui ont divorcé tardivement et qui ont eu une vie active courte. Vivant avec de « petites » retraites, leurs difficultés financières pour accéder à des soins se sont installées dans la durée et s'étendent à d'autres frais de santé moins onéreux que les soins dentaires prothétiques. Elles concernent notamment l'achat des médicaments, comme cela est évoqué par une enquêtée :

- ✓ 11.9, Mme P. : « *Certains médicaments, je ne les prends plus parce que c'est pas remboursé. Ce matin encore j'étais cherchée un truc que j'ai pris le mois dernier mais ce mois-ci ce n'est plus remboursé.* »

Une chose est sûre, en fonction du vécu de la « rupture biographique », les conséquences sur la vie des personnes peuvent être différentes. Même si ces cas ne sont pas les plus fréquents parmi les personnes que nous avons rencontrées en entretien, il arrive parfois que la rupture entraîne des formes de « déconnexion totale » à la fois par rapport à la vie professionnelle, aux mécanismes de protection - notamment maladie (ex. : 11.33) - et à l'environnement social... Dans ce cas-là, le renoncement aux soins peut lui aussi être total.

En fonction du niveau de précarité des personnes et de leur ressenti en la matière, les arguments mobilisés pour rendre compte du renoncement ne sont pas les mêmes. Cependant, les renonçants, tous profils confondus, parlent du problème des restes à charge. Les personnes qui semblent être dans une situation moins défavorable que les autres - en couple avec deux salaires, en couple avec une ou deux retraites et avec un besoin de soins « ordinaires » - font surtout référence aux restes à charge dentaires ou de lunetterie. Pour les personnes se trouvant dans une situation plus complexe, le problème de l'avance de frais s'ajoute souvent à celle des restes à charge et ne concernent pas « uniquement » les soins dentaires prothétiques ou à la lunetterie (ex. : 11.12 ; 11.38 ; 11.31).

Des jeunes en situation de précarité financière peuvent également repousser leurs soins pour pouvoir continuer à avoir une vie sociale et/ou professionnelle active ; pour ce faire, ils financent par exemple, en premier lieu, les dépenses liées à leur voiture (ex. : 11.7). Finalement, pour les renonçants que l'on a qualifiés de « précaires », la priorité peut aussi être donnée aux biens d'équipements essentiels pour la vie quotidienne du foyer – remplacement d'un frigidaire en panne, d'une machine à laver...- : Ces renonçants, comme ceux des autres profils, sont dans l'obligation de hiérarchiser leurs dépenses et les soins ne sont pas toujours leur priorité comme l'explique une enquêtée :

- ✓ 11.36, Mme. D. explique avoir demandé de payer en plusieurs fois chez l'opticien mais que cela ne peut pas toujours solutionner ses problèmes d'accès aux soins : « *J'ai demandé de payer en plusieurs fois, d'abord on vous prend 30% et puis vous payez une fois par mois, je l'avais fait pour mon mari. Parce que y a d'autres choses, des fois vous avez une machine à laver qui vous tombe en panne, là j'ai deux frigos, y en a un qui a au moins 30 ans, je me dis*

un de ces quatre il va me tomber en panne... Et c'est pas du chiqué ça et le cumulus ? Voilà il faut prévoir un petit peu ! »

4.2.2 Difficultés d'accès à l'offre de soins, inadaptation et complexité du système sanitaire et social

Parfois, les soins à réaliser concernent des professionnels pour lesquels les délais de rendez-vous sont particulièrement longs. Les assurés, notamment ceux du profil « maladie lourde », qui doivent se rendre de façon régulière chez ce type de professionnels, peuvent finir par renoncer à cause cela :

- ✓ 11.32, M. R. : « *L'ophtalmo je devrais y aller tous les mois » (...)* « *Je n'y vais pas, c'est ma faute ça c'est pas, c'est moi » (...)* « *[Je n'y vais pas] pour le temps, maintenant l'ophtalmo il faut attendre deux ou trois mois maintenant.* »

Le manque de professionnels de santé, en particulier de spécialistes, dans certaines zones rurales peut expliquer la durée des délais pour avoir un rendez-vous. Les demandes se concentrent en effet sur quelques professionnels comme l'explique une personne interviewée du profil « maladie lourde » :

- ✓ 11.45, Mme B. : « *Si vous allez voir un gynécologue il ne vous donnera pas un rdv avant six mois, moi personnellement, si j'ai besoin d'aller voir un médecin c'est pas dans six mois, c'est maintenant. Vous appelez à l'hôpital on va vous dire « pas de rdv avant trois ou quatre mois » et si vous allez en urgence vous pouvez attendre toute la journée, c'est long ! C'est pour le gynéco, l'ophtalmo, l'ORL... N'importe quel médecin, moi si j'appelle et je dis que c'est une urgence si on me donne rdv dans trois mois, dans trois mois y aura plus d'urgence, soit ça s'est aggravé et c'est pas la peine, soit j'ai plus des symptômes.* »

Les délais de rendez-vous très longs apparaissent comme cause de renoncement aussi dans les profils « ruptures biographiques » (ex. : 11.42, 11.33) et « précaires ». Face à une urgence, des assurés déclarent qu'ils n'ont pas réussi à obtenir un rendez-vous dans l'immédiat ni chez leur spécialiste habituel (11.14), ni parfois même à l'hôpital (ex. : 11.33) :

- ✓ 11.14, Mme R. : « *Écoutez la dernière fois j'étais tellement mal en point que j'ai téléphoné à mon cardiologue pour avoir un rendez-vous parce que là, la secrétaire m'a répondu, la secrétaire c'est son épouse, elle m'a répondu : « Madame d'ici demain on peut pas vous prendre, il faut attendre deux mois » alors vous avez un problème cardiaque si vous devez attendre vous avez le temps de crever [rires].* »

Parfois, l'absence de praticiens « à proximité », l'éloignement géographique des personnes par rapport à l'offre de soins, peuvent également être une cause de renoncement. Bien souvent, cette cause s'ajoute aux autres : devoir faire des kilomètres pour aller chez un médecin peut renforcer le sentiment de lassitude des personnes du profil « maladie lourde » ; les frais potentiellement engendrés par un déplacement peuvent ne pas pouvoir être assumés par celles qui sont dans une situation particulièrement précaire... Un enquêté explique, par exemple, qu'il vit à environ 60 km de Carcassonne et Trèbes et qu'il a des difficultés pour se rendre à certains rendez-vous à cause du « coût de la distance » :

- ✓ 11.32, M. L. : « *C'est pareil, si j'ai des séances de kiné c'est au moins trois fois par semaine et il faut que j'aille soit à Trèbes soit à Carcassonne ! Ça fait de la route.* »

Pour quelques personnes âgées également, notamment parmi celles qui se trouvent en situation de précarité, des problématiques de transport ou de « mobilité » peuvent compliquer encore davantage l'accès aux soins, des problèmes d'équilibre ou une fatigue extrême les empêchant par exemple de se

déplacer et donc de se rendre chez le médecin, en particulier si celui-ci n'est pas à proximité (ex. : 11.14).

Par ailleurs, dans le groupe « ruptures biographiques », certains assurés pointent l'écart qu'il peut y avoir entre le besoin de soins ressenti et ceux reconnus par le système de soins et donc pris en charge. Un assuré parle du besoin qu'il a d'avoir des verres antireflets mais ce type de verres n'est pas pris en charge par la CMU-C (ex. : 11.18). De la même façon, une assurée ressent la nécessité de faire une opération de réduction mammaire mais celle-ci n'est pas remboursée par la Sécurité Sociale car elle n'est pas considérée, à ce stade en tout cas, comme un problème de santé (ex. : 11.3) :

- ✓ 11.3, Mme. P : *« J'ai une grosse poitrine, j'ai des mycoses mais ce n'est pas pris en charge parce que c'est considéré comme de la chirurgie esthétique, alors que pour moi ce n'est pas de la chirurgie esthétique parce que moi ça me pose des problèmes, j'ai des mycoses sous les seins, je suis obligée d'aller chez le médecin pour qu'on me donne des pommades, etc... »*

Les délais de traitement des dossiers relatifs à la protection maladie des personnes peuvent aussi être une raison de renoncer, en particulier pour les assurés du profil « ruptures biographiques ». Ainsi, des délais extrêmement longs - parfois plus d'un an - dans la transmission d'informations entre organismes sociaux - du Régime Social des Indépendants (RSI) à la CPAM par exemple - peuvent bloquer l'ouverture de droits ou la mise en place d'une prise en charge spécifique. Certains assurés déclarent avoir été dépourvus de couverture maladie pendant un temps :

- ✓ 11.18, M. P. : *« Là c'est trop long, c'est trop compliqué, là ça nous met dans la merde, heureusement que j'avais la CMU, parce que je suis resté trois mois sans le 100% il a fallu que j'avance les médicaments pour moi, ma fille, ma fille est diabétique. Heureusement que j'avais la CMU, si je n'avais pas eu la CMU, j'aurais été dans la merde. »*

Les démarches administratives pour bénéficier d'un arrêt maladie et des indemnités journalières peuvent parallèlement être difficiles à mettre en place pour les travailleurs dont la précarité découle d'une condition salariale éclatée - plusieurs emplois simultanés - et d'un lien salarial fragile - l'employeur peut le rompre à tout moment très facilement. Il s'agit notamment des salariés du secteur des services à la personne et employés par le système du chèque emploi-service (ex. : 11.24).

4.2.3 La « maladie lourde », source de lassitude par rapport aux soins

Les pathologies dont souffrent les assurés appartenant au profil de renonçant « maladie lourde » impactent tous les aspects de leur vie. Nous en avons déjà brièvement parlé. Elles signifient souvent la fin de la vie professionnelle ou tout du moins une modification de celle-ci. Elles impliquent une perte de revenus et du statut social liée à l'activité professionnelle. Elles entraînent plus largement un changement de style de vie - alimentation, activités physiques... Ces changements s'accompagnent d'une relation continue et fréquente avec une multiplicité de professionnels des organismes de protection sociale et de soignants afin d'effectuer les soins mais également les démarches administratives nécessaires à la prise en charge des personnes - visites médicales, envoi de formulaires, demandes pour avoir une aide à domicile.

Ce changement de vie et l'importance que prennent subitement les démarches administratives dans la vie de ces assurés ne sont pas sans créer une certaine lassitude, une fatigue, pouvant entraîner un renoncement. Le seul fait de devoir faire une démarche de plus pour pouvoir accéder à un soin peut être une raison suffisante pour ne pas satisfaire ce besoin de soins :

- ✓ 11.45, Mme B. : « Enquêteur : *C'est lui [ophtalmologue] qui vous a dit le coût de la rééducation ?*
Mme. B : *Oui, du coup quand elle m'a dit qu'il n'y avait pas le tiers payant et qu'il fallait remplir le papier je me suis dit : « non, c'est un truc encore... » donc j'ai laissé tomber ! C'est la misère quand il n'y a pas le tiers payant.*
Enquêteur : *C'est à dire ?*
Mme. B : *Vous avez une chance sur deux qu'on vous le perde ici, de là vous savez que vous avez des franchises qui partent avec, le temps que ça prend... »*

Ces assurés sont pour beaucoup soumis à un grand nombre d'examen, consultations et soins, de par la nature de leur pathologie. De ce fait, la lassitude concerne non seulement la réalisation des démarches pour être pris en charge, et pour faire reconnaître leur situation, mais également les soins. Ils manifestent pour la plupart leur volonté de « faire autre chose » que tout cela. Cela les amène donc à ne faire que les soins considérés comme « essentiels » et à laisser tomber ceux qui, selon eux, ne le sont pas. Un enquêté (11.29) explique, par exemple, qu'il n'a pas fait refaire ses lunettes, bien qu'il ait une ordonnance d'un ophtalmologiste, car il « *était en pleine convalescence pour la greffe donc [il] avait pas mal de rdv* ». Un autre interviewé explique quant à lui :

- ✓ 11.22, M. J⁸⁰ : « *Oui j'ai changé [de mutuelle] mais je ne suis pas allé [chez le dentiste] parce que je suis occupé par autre chose, par mes problèmes de dos. Dès que ça fait mal mes dents, je passe, je prends quelque chose et puis je fais avec la douleur* »

De plus, les professionnels de santé ne peuvent pas toujours proposer des solutions à ces personnes atteintes de « maladies lourdes », ce qui crée des incompréhensions et peut également être source de renoncement aux soins. Parmi les enquêtés, plusieurs semblent ne plus avoir envie d'aller consulter car ils n'obtiennent pas les réponses qu'ils « désirent » de la part du corps médical, ce qui est le cas de M. R. :

- ✓ 32.11, M. R. : *J'suis allé voir plusieurs rhumatologues, plusieurs kinés et ils me demandent : « Qu'est-ce que vous avez ? ». Je leur dis : « J'ai une spondylarthrite » et ils répondent : « Qu'est-ce que vous voulez ? » ou « on va peut-être faire une cure ». Alors moi je dis : « Et ben si vous jugez que j'en ai besoin oui, est-ce que vous jugez que j'en ai besoin ? » et il répond : « J'sais pas » ! Après j'étais allé voir un autre docteur qui m'a dit qu'il n'y avait pas de traitement, il m'a donné un très joli livre et pareil que les autres, des antalgiques. »*

Les pathologies lourdes peuvent plus globalement entraîner des conséquences sur le rapport à soi et à la santé. Elles peuvent prendre toute la place dans la vie des individus et enclencher une forme de négligence des personnes par rapport à elles-mêmes et, de manière liée, par rapport aux soins. Une interviewée (11.45) indique, par exemple, qu'auparavant elle avait un rapport attentif à la santé mais maintenant elle est « *je m'en foutiste car c'est devenu un peu superflu, c'est un à côté, [elle] pense [qu'elle] a trop à [s'] occuper avec le cancer pour [s'] occuper du reste.* »

4.2.4 Une guidance parfois absente ou peu adaptée

Aux différentes raisons précitées, peuvent se sédimenter d'autres difficultés. Les personnes rencontrées en entretien évoquent pour beaucoup des manques de guidance de la part des professionnels des organismes sociaux et/ou de la santé.

⁸⁰ 11.22, M. J. a une reconnaissance handicapé (MDPH), il a également effectué une demande de pension d'invalidité qui est en cours. Il a une prise en charge en ALD.

Les assurés du profil « maladie lourde » peuvent par exemple se retrouver dans des situations financières très difficiles car ils ne connaissent pas les aides auxquelles ils auraient potentiellement droit, comme cela est précisé dans cet extrait d'entretien :

- ✓ 11.22, M. J : « *J'ai découvert plus tard en m'inscrivant au Cap emploi, on m'a dit vous avez touché quelque chose depuis 2013, j'ai dit : « Non j'avais le droit à rien ». C'est marqué dessus, en fait depuis 2013 j'aurais dû toucher l'Allocation Adulte Handicapé, moi je connais pas, c'est nouveau ça, déjà le fait d'être handicapé j'ai eu un choc, moi je me sens pas handicapé, après c'est vrai qu'y a des choses que je ne peux plus faire... »*

47

Dans d'autres cas, tous profils confondus, des personnes, bénéficiaires de la CMU-C, renoncent à des soins (ex. : lunetterie, prothèses dentaires) car elles ne savent pas que, dans le cadre de ce dispositif, elles pourraient bénéficier d'une prise en charge de tout ou partie de ces soins (ex. : 11.20, 11.21, 11.27, 11.46). Prenons un exemple parmi le profil « maladie lourde » ; M. M. (11.29) est bénéficiaire de la CMU-C mais il ne semble pas connaître le panier de soins. Son ophtalmologiste lui a prescrit une paire de lunettes, pourtant il n'est pas allé chez l'opticien :

- ✓ 11.29, M. M. : « *J'ai pas pu acheter des lunettes chez l'opticien parce pour l'instant je n'ai pas les moyens de... Je ne me suis pas renseigné mais je sais que c'est une histoire à 150, 200 euros, pour l'instant je peux pas... »*

Globalement, ces personnes disent ne pas avoir bien compris ce à quoi le fait de bénéficier de la CMU C leur donne droit et sont demandeuses d'explications sur ce point.

Les besoins de guidance concernent aussi les professionnels de santé et en particulier les médecins traitants. Les personnes qui ont déclaré renoncer à des soins ressentent parfois des manques concernant leur orientation vers des professionnels de santé spécialisés, elles souhaiteraient aussi pour certaines être aiguillées plus directement par leur médecin traitant vers des médecins qui pourraient réaliser les soins et/ou examens prescrits par celui-ci. Plus généralement, les personnes rencontrées parlent de la nécessité pour elles de disposer de plus d'informations sur les tarifs pratiqués par certains professionnels de santé et/ou de savoir où trouver ce type d'informations.

Pour certains assurés et comme nous venons de l'esquisser, le problème de guidance se manifeste par le fait qu'ils ne savent ni où, ni comment trouver des professionnels de santé qui leur conviendraient. Face à ce manque de connaissance, les médecins traitants ou les organismes de protection sociale ne sont pas forcément considérés comme des interlocuteurs, comme l'explique une assurée du profil « ruptures biographiques » :

- ✓ 11.19, Mme M. : « *Je pense pas qu'un gynéco en ville puisse te prendre comme ça de but en blanc alors que tu n'es pas sa patiente, peut-être qu'il garde les urgences pour ses patients, alors je n'ai pas osé parce que je me suis dit il va falloir que j'explique mon cas à telle personne, que je remonte à... Tous les antécédents médicaux... Que j'explique (...), c'est compliqué, vous voyez pourquoi je ne l'ai pas fait ?! Racontez comme ça toute sa vie encore et encore, et je me suis dit si cette personne ne peut pas vous caler un rdv rapidement il va falloir recommencer, alors j'ai laissé tomber, c'est du renoncement mais parce que c'est compliqué, je pense pas qu'il y aurait eu un gynéco qui m'aurait dit : « je vous connais pas venez la semaine prochaine je ne pense pas ». Je n'avais pas la force ni psychologique ni morale de passer à ça franchement. »*

De plus, lorsqu'une personne fait face à « une rupture biographique » et même si elle en parle avec son médecin traitant, celui-ci n'envisage pas forcément (ou n'évoque pas avec son patient) le fait que cela peut potentiellement impacter l'accès aux soins et être source de renoncement :

- ✓ 11.19, Mme M. :
« Enquêteur : *Aimeriez-vous qu'il [le médecin traitant] vous questionne un peu plus, qu'il vous oriente un peu plus ?*
Mme. M : *Oui, oui c'est vrai ! J'avoue, ça c'est vrai, tout à fait ! C'est vrai que si je ne lui pose pas la question il n'est pas forcément...*
Enquêteur : *Il est au courant de votre séparation ?*
Mme. M : *Oui*
Enquêteur : *Il ne vous a jamais demandé si cela posait des problèmes par rapport à la santé ?*
Mme. M : *Non ! »*

En tout cas, la guidance de la part des professionnels de santé, quand elle a lieu, peut être, d'après les personnes, un levier pour éviter le renoncement comme l'explique un enquêté du profil « ruptures biographiques » :

- ✓ 11.18, M. P. : « *Après y a d'autres choses, ma fille a vu une psychologue on lui en a parlé [au médecin traitant] et c'est lui qui nous a donné le nom d'une psychologue qui en fonction des problèmes financiers adapte les prix. Il m'a donné une psychologue adaptée à mon budget, la séance était à 50 euros et moi elle me le faisait à 30 euros par mois, ça fait 40 euros par mois en moins, c'est important, 40 euros c'est presque une semaine de nourriture. »*

Si l'ensemble des éléments que nous venons de décrire peut s'apparenter à un besoin d'être plus « guidés » vers les droits et vers les soins, et ce par le médecin généraliste en particulier, il est important de préciser que les assurés ne perçoivent pas toujours leur médecin traitant comme un interlocuteur qui peut leur apporter des solutions concernant leurs difficultés d'accès aux soins.

Beaucoup ne lui parlent que de leurs problèmes médicaux ; ils pensent en effet que le rôle du médecin traitant n'est pas de chercher des solutions à leurs difficultés financières pour accéder à certains soins. Une personne (11.10, M. H. ⁸¹) explique, par exemple, qu'elle a une très bonne relation avec son médecin mais qu'elle ne le considère pas comme un interlocuteur pour ses problèmes d'accès aux soins car « *qu'est-ce que vous voulez qu'il y fasse ?* ».

En outre, les personnes du profil « maladie lourde » ont pour certaines le sentiment que, lors des consultations, l'attention des médecins qui les prennent en charge est focalisée sur la pathologie chronique et que les autres dimensions de leur état de santé sont parfois laissées de côté. Une interviewée (11.45) nous parle de son médecin traitant qu'elle considère à l'écoute et avec qui elle ne semble pas avoir de difficultés pour parler. Elle précise qu'elle « *l'a depuis [qu'elle] est toute petite, (...) [elle] aime aller le voir même si [elle] n'est pas malade, juste pour faire un point sur [sa] santé* ». Atteinte d'un cancer, avec lui elle discute « *surtout sur la chimio, les nouveaux traitements* ». Lors de l'entretien, elle a dit renoncer à des soins « spécialistes » (ORL et ophtalmologue) mais a expliqué ne pas en avoir parlé avec son généraliste car « *c'est pas quelque chose [qu'elle] vient aborder* » lors des consultations. Elle indique qu'elle ne sait pas s'il pourrait l'aider car « *[elle s'] est jamais posée la question* ».

Pour la plupart, les assurés du profil « renonçants précaires » ne considèrent quant à eux pas les professionnels de santé – médecin traitant y compris - comme des personnes pouvant les orienter dans l'accès aux soins. Ils les perçoivent uniquement comme des « offreurs » de soins. Une assurée (11.36, Mme D.) déclare, par exemple, que son généraliste ne connaît pas ses problèmes en matière de soins dentaires et optiques car « *c'est pas son problème hein ?! Il ne rentre pas en ligne de cause* ». Une

⁸¹ 11.10, M. H. a 64 ans. Il est bénéficiaire d'une prise en charge en ALD. Il déclare qu'il a des problèmes cardiaques et du diabète.

autre interviewée (11.31, Mlle M.) indique quant à elle ne pas évoquer ses problèmes financiers avec les médecins car « *c'est [ses] problèmes, c'est un médecin [elle] va dire, c'est pas, c'est un médecin qu'est-ce qu'il va [lui] faire ?! [Elle] va lui en parler et après rien ! [Elle] y va parce [qu'elle] est malade, [elle se] soigne merci et au revoir* ». Elle ajoute ensuite qu'elle « *va lui demander si [elle] peut faire un chèque et qu'il l'encaisse un tel jour, mais voilà c'est tout.* »

A côté des interactions des personnes avec les professionnels de santé, notamment avec leur médecin traitant, c'est également la teneur des échanges au guichet des organismes sociaux qui peut être décisive pour permettre aux personnes d'avancer dans leurs parcours vers les droits et les soins ; cela est évoqué essentiellement par les personnes du profil « ruptures biographiques ». Certaines ont ainsi évoqué, dans les entretiens, à quel point un conseil, un peu d'écoute, ont pu les encourager à continuer leurs démarches. A l'inverse, l'accueil reçu par certains assurés lors de leurs visites à l'accueil des CPAM a pu, selon eux, les décourager et les conforter dans l'idée que cet organisme n'est pas un interlocuteur possible s'agissant de leurs démarches d'accès aux soins et aux droits liées à la santé :

- ✓ 11.3, Mme. P : « *À chaque fois [que je viens à la CPAM] il faut tout réexpliquer, c'est pénible, parce qu'en fonction de sur qui vous tombez vous n'allez pas avoir la même version. (...) L'année dernière on m'a demandé [à la CPAM] d'amener les bulletins de salaire de telle date à telle date, quand je suis revenue la dame elle m'a dit que non, que c'était une autre date.* »
- ✓ 11.19, Mme M. : « *Je me dis que déjà quand on vient [à la CPAM] pour des choses concrètes le service c'est assez compliqué, ça ne se fait pas simplement on va dire... donc quelque part dans ma tête je me dis je ne vais pas les embêter avec ça [mes questions]. Sûrement à tort mais c'est l'impression que ça nous donne (...). Ils n'ont pas le temps, ils ont d'autres choses à faire, c'est l'impression que ça donne.* »

Des assurés du profil « renonçants précaires » ont, quant à eux, insisté sur le fait de ne pas savoir où se renseigner pour évoquer leurs problèmes d'accès aux soins et comment identifier des interlocuteurs, parmi les professionnels de la santé et du social, qui pourraient être attentifs aux besoins des personnes en la matière :

- ✓ 11.1, Mme. M : « *Il [le médecin traitant] t'écoute pas et des fois j'ai honte car il ne m'écoute pas et mes filles me font des signes comme si je parlais trop. Lui, c'est vite vite, il est toujours pressé donc je peux pas parler de ça.* »

Une interviewée (11.18, Mme M.) explique pour sa part qu'elle n'ose pas poser de questions sur ses remboursements ou les aides possibles quand elle vient à la CPAM, car « *[A la CPAM], on prend un ticket, on attend, on attend des fois très longtemps... Mais bon tant pis, on voit une dame, on traite le problème à ce moment-là.* » Elle précise par la suite qu'elle aimerait pourtant « *Savoir les possibilités qu'y a. Est-ce [qu'elle] peut avoir une aide ? Est-ce qu'il y a... [Elle] croit qu'il y a un opticien mutualiste mais [elle] ne sait pas si [sa] mutuelle est adaptée ...* ».

5 Les conséquences du renoncement

L'analyse quantitative des questionnaires indique que la plupart des renonçants (88,5%⁸²) a le sentiment que cette situation de renoncement a ou aura des conséquences sur sa santé ou sur sa vie sociale, professionnelle voire familiale.

Dans l'Aude, 74,1% des renonçants craignent des conséquences sur leur état de santé. 29,3% sur leur vie sociale, 22,1% pensent que leur renoncement a ou peut avoir des conséquences sur leur vie professionnelle, et 17,2% sur leur vie familiale⁸³.

50

L'analyse des entretiens permet de comprendre finement le sens de chacune de ces conséquences pour les assurés. Elle permet aussi de faire apparaître d'autres conséquences du renoncement, en particulier sur le « rapport à la société ». Certaines personnes rencontrées en entretien ont ainsi fait part d'un sentiment d'abandon de la part des institutions publiques, d'autres ont quant à elles évoqué le fait que ne pas pouvoir se soigner constitue, à leurs yeux, une forme « d'exclusion sociale ». Les entretiens permettent parallèlement de pointer le développement, chez certains renonçants, d'un ressentiment vis-à-vis de ceux qui peuvent se soigner.

5.1 Des conséquences physiques, aux conséquences psychologiques

Les différentes conséquences du renoncement sur l'état de santé apparaissent de façon très importante dans les récits des enquêtés. En premier lieu, ceux-ci indiquent de nombreuses conséquences physiologiques imputables, selon eux, directement à l'absence de soins. Il s'agit le plus fréquemment de douleurs en lien avec la carence de soins dentaires. Ces douleurs peuvent bien entendu concerner les dents (ex. : 11.7, 11.40), mais toucher également l'estomac, les maux découlant alors de problèmes de mastication (ex. : 11.8, 11.16, 11.23, 11.44) eux-mêmes liés à l'état dégradé de la dentition ; en l'absence de lunettes adaptées, certaines personnes doivent aussi faire face à des migraines (ex. : 11.26), parfois quotidiennes. Le renoncement à l'achat de lunetterie entraîne d'ailleurs de nombreux désagréments qui gênent presque en permanence les personnes concernées ; certaines ont parlé de l'irritation de leurs yeux (11.18) ou de nausées :

- ✓ 11.16, Mme V. : « *Alors j'ai la tête qui tourne un peu et j'ai des nausées, alors comme je vous disais je lui ai dit à mon médecin (...) de là j'ai pris rendez-vous chez l'ophtalmo. et il me dit : 'vous avez un problème avec cet œil et il faut changer', et ça provient certainement de ça, alors quand je les enlève [elle enlève ses lunettes] alors quand je les enlève, bon je vois, enfin je vois pas tout ce qui est petit, même gros mais je n'ai pas la tête qui tourne, je mets mes lunettes et j'ai la tête qui tourne au bout d'un moment...bon mais c'est pas grave. »*

Les douleurs sont aussi mentionnées par les personnes atteintes de pathologies osseuses (ex. : 11.9) et par celles qui doivent renoncer à des interventions chirurgicales (ex. : 11.20, 11.24).

Finalement, le fait de renoncer à des soins peut entraîner la dégradation de l'état de santé à moyen et long terme. Pour une grande partie des assurés interviewés, le fait de ne pas pouvoir bénéficier de soins dentaires prothétiques nécessaires a par exemple eu pour effet une dégradation de la dentition entraînant une augmentation du coût des soins, avec pour conséquence un renoncement définitif :

- ✓ 11.48, Mme R. : « *En fait quand j'étais gamine mon frère m'avait fait une blague et je m'étais cassée les dents de devant en haut, et mes parents avaient quatre enfants et ils avaient pas*

⁸² Ce chiffre et ceux du paragraphe suivant proviennent du document : « renonçants département général » qui présente les principaux tris à plat réalisés par Odenore à partir des données quantitatives collectées dans le cadre du diagnostic.

⁸³ L'ensemble dépasse 100% car les personnes pouvaient déclarer plusieurs conséquences. Source : Tris à plat.

soigné ça... Voilà à l'époque on était moins pointus sur les problèmes dentaires donc... Puis ça s'est aggravé, j'ai eu un kyste qui s'est créé vers les 20 ans et j'ai perdu la dent et de fil en aiguille ça fait que j'ai un appareil dentaire en haut. En haut je n'ai que quatre dents à moi, et disons qu'à l'époque je n'avais pas trop les moyens, c'est mon père qui m'avait un peu aidée pour payer le haut mais j'ai dit : « le bas je ne le fais pas » et du coup de ne pas avoir fait le bas, le haut il tient pas ; ça a rebougé, et là je viens de perdre une dent en bas. »

Très souvent les renoncements, et les douleurs qui en découlent, ont des effets sur l'état psychologique et/ou émotionnel des assurés. L'absence de soins peut ainsi entraîner des changements d'humeur et de l'aigreur. Parallèlement, le fait de ne pas pouvoir réaliser un examen de santé peut déclencher des angoisses et du stress. La crainte d'une pathologie non diagnostiquée à temps est ainsi dans les esprits de certains renonçants ; cette femme qui renonce à des soins gynécologiques l'évoque :

- ✓ 11.39, Mme M. : « *Au début je n'arrivais pas à dormir, mon kyste je ne savais pas si c'était dangereux ou pas, il fallait que je fasse une échographie mais je ne savais pas si je pouvais y aller ce mois-ci, ça me stressait.* »

A ces angoisses et à ces peurs succèdent parfois l'abattement et le désespoir, qui peuvent, dans certains cas (ex. : 11.15, 11.20), conduire vers des tentatives de suicide. Ce cas de figure apparaît plus particulièrement en ce qui concerne les enquêtés souffrant de maladies chroniques. Nous l'avons dit, la maladie a bien souvent entraîné un déclin de la situation financière et/ou familiale et/ou professionnelle de ces personnes. Pour certaines d'entre elles, plus aucune solution ne paraît en outre envisageable pour se soigner :

- ✓ 11.15, Mme L. : « *Au lieu d'avoir les traitements adaptés vous vous retrouvez à ne pas pouvoir le faire parce qu'au lieu de vous faire soigner les trucs tout de suite, ben non vous attendez vous attendez et voilà !!! Et puis y a un moment vous vous réveillez le matin et vous ne pouvez plus vous regarder dans la glace, à pas pouvoir marcher comme je marchais, à plus... Franchement vous n'avez plus envie de continuer quoi ! »*

Lorsqu'il concerne des appareils auditifs ou des lunettes, le renoncement peut entraîner des entraves à la vie en société. Une dentition en très mauvais état constitue aussi un handicap potentiel pour trouver un emploi, en particulier pour les personnes qui cherchent du travail dans le secteur des services à la personne ou de la vente. Evoquons tout d'abord les conséquences de l'absence de soins sur la vie en société.

5.2 Conséquences sur la vie sociale et professionnelle

Sur ce point, certains renoncements sont fortement gênants voire même handicapants pour les personnes. Ainsi, les pathologies qui affectent l'ouïe et la vision, ou bien encore la « présentation de soi », nuisent directement à la possibilité d'être à l'aise en société : par exemple, ne pas entendre correctement empêche de participer à une discussion (ex. : 11.10, 11.15). De plus, certains enquêtés indiquent qu'un handicap auditif va souvent de pair avec une volonté de cacher ce handicap pour ne pas être stigmatisés. De ce fait, les personnes renonçant à des appareils auditifs peuvent avoir tendance à s'isoler pour éviter que soit découvert ce handicap :

- ✓ 11.10, M. H. : « *Quand il y a du monde, si je suis dans un groupe, ça résonne et je ne peux pas suivre une conversation, souvent je réponds au pif sinon je suis obligé de faire répéter mais ça m'agace. Ça a tendance à vous isoler, moi je ne parle plus.* »

Dans une perspective proche, des dents en mauvais état peuvent être une source potentielle de stigmatisation. Les personnes évitent alors tout comportement et attitude pouvant dévoiler cette situation ;

certaines s'empêchent de rire ou de sourire, parfois même de parler (11.26, 11.41). Cette censure entrave la sociabilité de la personne.

La vie sociale des renonçants peut aussi être affectée par des éléments moins visibles que ceux que nous venons de citer. Ainsi, plusieurs personnes interviewées déclarent être souvent de mauvaise humeur et/ou énervées, à cause de leur situation de renoncement, et avoir de ce fait tendance à s'isoler et à se replier sur elles-mêmes :

- ✓ 11.45, Mme B. : « *Quand vous êtes pas bien vous êtes irritable et logiquement on vous supporte pas, moi personnellement je ne me supporte pas moi-même quand j'suis irritable, donc ah... (...). Quand vous avez mal et vous savez que vous ne pouvez pas y aller [chez le médecin] ou que vous arrivez pas à avoir un rendez-vous, ça... Logiquement on est assez énervé.* »

Finalement, certaines pathologies pour lesquelles les renonçants déclarent ne pas trouver de solution satisfaisante, altèrent les rythmes de vie « ordinaires », le sommeil aussi, et affectent donc, également de ce fait, la vie sociale. Par exemple, un assuré atteint de spondylarthrite et qui rencontre des difficultés pour bénéficier de certains soins déclare que des douleurs le réveillent plusieurs fois par nuit et l'obligent à sortir de son lit pour tenter de soulager ses membres douloureux. Etant donné qu'il est logé chez des amis, il a peur de les déranger si et lorsqu'il se lève en pleine nuit (11.32).

Les personnes en activité au sein de notre échantillon sont une minorité. Celles qui travaillent le font majoritairement dans le secteur des services à la personne ou comme employés de commerce, c'est-à-dire des emplois qui impliquent des relations de face-à-face avec des « usagers » ou des « clients ». Parmi elles, les personnes renonçant à des soins dentaires prothétiques notent les conséquences de ce renoncement sur leur vie professionnelle (ex. : 11.44, 11.48) :

- ✓ 11.50, Mme R. : « *Dans mon métier, la vente, c'est gênant, c'est esthétique, j'ai toujours eu ce problème et on me dit toujours qu'on ne peut rien faire. Il faut sourire aux clients et c'est pas facile.* »

Si l'absence de soins dentaires peut gêner les personnes dans le cadre de leurs activités professionnelles, la question des conséquences de ce type de renoncement se pose aussi pour les personnes de notre échantillon qui cherchent un emploi :

- ✓ 11.41, Mme B. : « *Quand on parle, le fait d'avoir des dents qui bougent, on a honte de se présenter pour un emploi, on est mal quoi !* »

Enfin, il ressort de quelques entretiens des difficultés spécifiques à certains métiers ou à certaines catégories socio-professionnelles ; le renoncement à l'achat de lunetterie peut par exemple être un problème pour trouver un emploi pour des artisans, qui ont besoin d'une bonne vue pour réaliser les tâches liées à leur activité (ex. : 11.33).

5.3 Conséquences sur la vie quotidienne

Les interviewés déclarent très souvent subir les conséquences négatives du renoncement dans le cadre de leurs activités de la vie quotidienne ainsi que dans leur style de vie. Les problèmes dentaires peuvent entraîner, dans certains cas, des changements de régime alimentaire, par exemple la suppression de certains aliments tels que la viande ou le pain (ex. : 11.21) :

- ✓ 11.23, Mme C. : « *Ça m'empêche de bien manger, je mange mal. (...) Je vais vous dire une chose ; il est quelle heure-là ? (...) Et ben je vous mens pas, à 14h10 je n'ai pas encore mangé, c'est pas grave j'ai pas faim. (...). J'essaie de manger un peu de viande, j'arrive pas à*

la mâcher et puis ça me répercute sur mon estomac, j'ai un estomac qui maintenant me fait très mal, je mâche pas bien je m'en rends compte. Là je commence à faire des soupes comme les petits vieux déjà. »⁸⁴

Ces modifications dans les habitudes alimentaires découlent du fait que les problèmes de dents empêchent bien souvent les personnes de mâcher correctement (ex. : 11.1, 11.13, 11.23) :

- ✓ 11.2, Mme L. : « *Derrière je n'arrive pas trop à mâcher, oui parce qu'il y a des trous en haut et en bas et ça me gêne pour mâcher.* ».

53

Les loisirs peuvent aussi être fortement affectés par l'absence de certains soins. Ainsi, des personnes expliquent que le renoncement à l'achat de lunetterie entrave leur possibilité en matière de lecture ou les empêche de regarder la télévision (ex. : 11.16, 11.18, 11.23).

Enfin, des activités de la vie quotidienne telles que se déplacer à l'intérieur de la maison ou faire des petites réparations chez soi peuvent être compliquées par le renoncement :

- ✓ 11.33, M. M. : « *J'ai beaucoup de tournis, hier la fenêtre a pété, j'suis en train de la refaire mais j'ai beaucoup de mal, beaucoup de mal. (...) Déjà parce que je vois pas ce que je fais, et en plus à chaque fois que je m'abaisse, je soulève un truc c'est [il siffle] je vois des étoiles... »*

5.4 Conséquences sur le rapport à la société

On comprend au travers des mots employés par certains enquêtés que l'accès aux soins est considéré comme un droit. En tant que tel, il est perçu comme partie intégrante du lien entre la société et l'individu. De ce fait, le fait de ne pas pouvoir bénéficier de certains soins n'est pas sans conséquences sur la forme de ce lien social et sur le ressenti des personnes en la matière.

Le fait de devoir renoncer à des soins, en particulier pour des raisons financières, renvoie en outre et d'une certaine manière les individus à leur position sociale de « pauvres ». Le renoncement agit en quelque sorte comme un révélateur d'une position dans la société, mais également des multiples difficultés quotidiennes liées à cette position :

- ✓ 11.43, Mme C. : « [le fait de ne pas pouvoir me soigner] *Ça me fait dire que je suis pauvre ! [Rires] Ça m'envoie un peu à l'image de mes parents qui ont toujours trimé, qui ont toujours...pour avoir quatre sous... »*

Cette prise de conscience peut, par là même, entraîner la peur d'une « dégringolade » encore plus importante, notamment pour les personnes qui se trouvent « déclasser » socialement suite à une rupture biographique :

- ✓ 11.3, Mme P. : « *J'espère ne jamais devoir aller au resto du cœur, ça c'est ma hantise. Quand vous avez travaillé, donné une vie correcte à vos enfants, aller là-bas c'est une gifle.* »

Cette prise de conscience et cette peur sont souvent, dans le récit de nos enquêtés, couplées à un sentiment d'exclusion et d'abandon qui peut trouver une traduction sur le terrain du politique. Plusieurs renonçants attribuent par exemple la responsabilité de leur situation de renoncement à la présence de populations présentées comme « autres » et/ou comme ayant des comportements spécifiques par rapport aux aides sociales – les « étrangers », les « fraudeurs ». Ils adhèrent explicitement à une grille de lecture que l'on pourrait qualifier de « xénophobe » des problèmes

⁸⁴ 11.23, Mme C. a 61 ans.

sociaux en France. Le renoncement est en quelque sorte déclencheur - ou en tout cas participe - de l'adhésion de certains à cette grille de lecture :

- ✓ 11.43, Mme C. : « Enquêteur : *Qu'est-ce que la Sécurité Sociale pourrait faire pour vous ?*
Mme. C : *Je sais pas parce que la Sécurité Sociale fait déjà beaucoup pour les étrangers qui arrivent en France qui n'ont rien, on leur offre une couverture maladie universelle, à laquelle nous quand on est démuné... J'ai déjà fait une demande, pas moyen parce que c'était l'époque où j'étais encore rattachée à mes parents, dans le foyer, parce qu'ils étudiaient le foyer ; alors à ce niveau-là la Sécu offre des soins à des gens qui arrivent sur le territoire, j'suis pas raciste du tout hein ! Mais ça c'est le truc qu'on remarque de plus en plus ; les Roms on les met, on les parque, on leur donne des soins gratuits et tout qui s'en suit ; et nous quand on est dans le besoin et ben on peut se tourner vers personne ! Même vers l'AS ! [Assistante Sociale] Parce que même elle est très difficile d'accès. »*

Le phénomène que nous venons de décrire est très présent parmi les renonçants des profils « précaires » et en « rupture biographique », peut-être parce que, pour ces renonçants en particulier, les raisons financières sont extrêmement prégnantes pour rendre compte de leur renoncement. Il est nécessaire de préciser que les personnes dont le ressentiment envers certaines populations est très fort sont, dans la plupart des cas, celles qui subissent les effets de seuil des dispositifs sous conditions de ressources tels que la CMU-C ou le RSA, qui ne peuvent y accéder parce qu'elles dépassent les plafonds de quelques dizaines d'euros mais qui déclarent en avoir besoin. Une enquêtée explique, par exemple, pourquoi elle ne se renseigne même pas sur des aides éventuelles pour ses soins dentaires :

- ✓ 11.13, Mme S. : « *A chaque fois qu'il y a des aides et tout ça il faut rien avoir, il faut être au RSA presque. Si on est au RSA, t'as le droit à la CMU, à la CMU tu peux faire soigner les dents. Par contre, tu peux te faire chier à travailler tous les jours et tu n'es même pas aidé pour soigner tes dents et les gens qui travaillent pas, ils ont droit aux soins gratuitement. C'est pas juste !* »

Comme nous venons de le voir, pour la grande majorité des intéressés, le renoncement aux soins a de multiples conséquences : notamment sur l'état de santé (y compris psychologique), la vie sociale et professionnelle, la vie quotidienne et les rapports sociaux. Ces conséquences, quelles qu'elles soient, participent à une remise en cause de l'estime de soi par le renonçant et peuvent le rendre encore plus vulnérable.

6 Les réactions des renonçants : des renoncements plus difficiles que d'autres à surmonter

Dans cette dernière partie, nous souhaitons décrire les stratégies mises en œuvre par les renonçants pour s'adapter aux conséquences de l'absence de soins et les actions entreprises pour essayer de mettre fin à cette situation.

Ces stratégies sont multiples. Pour certains, il s'agit d'avoir recours à des artefacts de soins, par exemple à des lunettes-loupes lorsque financer un vrai appareillage optique revient trop cher, pour d'autres, de s'adapter à l'absence d'une bonne dentition en mangeant avec les dents qui « restent », ou encore de devenir « son propre médecin » en s'auto-médicamentant avec des remèdes parfois plus ou moins orthodoxes. Les assurés peuvent aussi adopter des formes de rationalité économique en ce qui concerne les soins, en demandant notamment aux professionnels de santé d'échelonner les paiements de leurs frais de santé. Dans de nombreux cas, le temps des finances prend le dessus sur celui de la santé, les personnes ne se rendant plus chez le médecin quand elles en ressentent le besoin, mais quand elles en ont les moyens.

Si la plupart des renonçants tente de remédier aux difficultés d'accès aux soins rencontrées, dans quelques cas cependant, les personnes ne cherchent plus de solutions et intègrent complètement l'impossibilité de se soigner.

6.1 Des renonçants qui tiennent à leur santé, des renoncements plus intégrés que d'autres

La plupart des renonçants avec lesquels nous avons fait un entretien ne baisse pas les bras face aux difficultés en matière de soins ; beaucoup sont actifs dans la recherche de solutions qui leur permettraient de se soigner. Ils disent tenir à leur santé et ne sont que très rarement en rupture complète avec le système de santé.

D'après les calculs réalisés à partir de notre corpus d'entretiens, 29% des renonçants déclarent tout de même ne plus chercher de solutions pour au moins un de leurs renoncements. Certains types de renoncement sont ainsi plus intégrés que d'autres par les personnes ; l'impossibilité de se soigner est, semble-t-il, plus ancrée dans les esprits lorsqu'elle concerne des soins dont le coût est perçu comme inenvisageable à assumer – soins dentaires prothétiques importants (ex. : 11.20), appareils auditifs (ex. : 11.10). Un enquêté, par exemple, a d'importants problèmes dentaires et aurait besoin, selon lui, de prothèses mais il y a renoncé à cause du coût⁸⁵ et n'envisage pas de solution. Il explique :

✓ 11.20, M. F. : « *Là j'ai perdu une dent là, une dent là, mais je n'ai rien fait quoi ! (...) On ne fait rien on se brosse les dents.* »

Une autre interviewée, au sujet de la non-satisfaction de son besoin de lunettes et de prothèses dentaires précise :

✓ 11.26, Mme A. : « *On peut faire avec, ça fait rien.* »

Il existe donc, pour une partie des personnes rencontrées en entretien, des renoncements durables, voire définitifs, mais cela reste « sélectif ». Si certains besoins de soins peuvent ainsi rester très longtemps insatisfaits, les personnes continuent toutefois de se soigner pour d'autres besoins.

⁸⁵ 11.20, M. F. explique avoir besoin de deux implants et pense que cela coûterait 3000€.

Ce n'est que dans des moments d'extrême difficulté personnelle que le renoncement a pu devenir total pour deux enquêtés. Ainsi, un assuré décrit son errance existentielle suite à un divorce traumatisant qui l'a conduit à perdre tout contact avec la réalité et, de fait, à abandonner toute démarche de soins (11.33). Il indique qu'il ne prend plus le traitement médicamenteux prescrit pour des maux d'estomac alors qu'il n'aurait pas dû l'interrompre et qu'il « s'adapte » en ayant recours à des alternatives « radicales » ; pour combattre la douleur, il s'inflige d'autres douleurs :

- ✓ 11.33, M. M. : « Normalement c'était à vie, là ça fait deux ans que je m'en passe, y a des crises pas possibles, je fais avec (...). Des fois j'ai des drôles des remèdes, ça m'est arrivé de me taper le dos contre le mur pour plus avoir mal, enfin pour avoir mail ailleurs (...). Regardez, le matin je mange pas, le midi je mange pas, je préfère manger le soir parce que si après je vais pas bien ou autre je peux m'allonger. »

Une autre assurée a parallèlement abandonné complètement ses soins pendant la période où son commerce était en train de « couler » :

- ✓ 11.26, Mme A. : « J'avais plus le temps pour moi, pour qu'il marche ce magasin j'y allais 24h sur 24h, j'y allais de bonne heure, je fermais tard, mais ça a pas pris, disons qu'il aurait fallu un peu le rafraichir, le moderniser, de faire de la pub, mais j'avais pas les moyens, pas le droit au crédit, j'ai dit 'je tente, je tente' j'ai fait comme j'ai pu mais ça n'a pas marché. »

Exceptés ces cas de repli total par rapport aux soins, la recherche de solutions est globalement la norme au sein des interviewés. Aussi bien pour les personnes qui ont renoncé de façon durable ou définitive à certains soins et qui en laissent d'autres en attente, que pour celles qui sont plutôt dans des situations de « report généralisé », il demeure nécessaire de trouver des solutions et/ou des alternatives pour tenter de surmonter ces difficultés d'accès aux soins. Les réactions face au renoncement peuvent être très variées.

6.2 Les réactions face au renoncement

6.2.1 Chercher de l'aide auprès des organismes sociaux

Pour certains renonçants, la réaction lorsque des difficultés d'accès aux soins se présentent consiste à se tourner vers des organismes qui pourraient leur apporter une prise en charge spécifique ou des aides.

Des personnes ont ainsi expliqué être en train de faire les démarches pour que leur invalidité ou leur maladie professionnelle soit reconnue (ex. : 11.15, 11.20), comme le montre cet extrait d'entretien :

- ✓ 11.15, Mme L. : « J'suis reconnue comme travailleur handicapé mais ce que je veux qu'on me reconnaisse et là j'suis en procès avec la Sécurité Sociale parce que je veux que ça passe dans la case de la maladie professionnelle ; je vois pas pourquoi on n'accepterait pas la maladie professionnelle puisque ça vient de là, parce que si on ne me l'avait pas dit j'aurais jamais su, donc j'aurais accepté la maladie mais puisque c'est une maladie professionnelle je me battrais jusqu'au dernier souffle, le premier jugement j'ai eu raison, j'ai eu gain de cause par le tribunal de Carcassonne et là je passe au tribunal de Montpellier. »

Quelques-unes ont quant à elles commencé à constituer des dossiers pour accéder aux dispositifs qui pourraient les aider à faire face à leurs difficultés d'accès aux soins ; des demandes de CMU-C ou d'ACS ont ainsi été effectuées par des personnes (11.39, 11.46). D'autres se sont tournées vers les aides exceptionnelles de la Commission d'Action Sanitaire et Sociale (ASS) de la CPAM, mais n'ont pas forcément pu obtenir l'aide envisagée. Cela peut d'ailleurs avoir des répercussions sur tous les besoins de soins des personnes concernées, comme l'explique une interviewée qui n'a pas compris la décision de refus de la CPAM :

- ✓ 11.40, Mme R. : « *Là je ne pourrai rien faire, je vais me soigner quand même mais je vais retarder le rendez-vous [chez le dentiste], parce que j'ai demandé chez vous et ça m'a été refusé, pour les lunettes.* »

Quand bien même les personnes ont sollicité et obtenu une aide exceptionnelle qui leur a permis d'effectuer des soins, elles ne refont pas toujours les démarches lorsqu'elles n'arrivent pas à satisfaire un nouveau besoin de soin. Une enquêtée explique :

- ✓ 11.23, Mme. C : « *Celle-là [de dent] oui, celle-là non elle est juste collée vous voyez le genre, celle-là [de dent] 400 euros à Béziers et j'avais demandé un papier et c'est la Sécu qui me l'a payée (...). Je sais pas moi [pourquoi je ne redemande pas une aide à la CPAM], moi j'ose plus bouger.* »

Dans tous les cas, recourir à ces aides nécessite d'avoir, au minimum, connaissance de leur existence, de savoir peut-être aussi, même de manière approximative, vers qui se tourner pour les demander. Ceci n'est pas toujours le cas pour les personnes avec lesquelles nous avons échangé dans le cadre de ce travail.

Certaines personnes tentent également de trouver une complémentaire santé qui leur permettrait de mettre fin à leur renoncement (ex. : 11.13, 11.22) :

- ✓ 11.13, Melle S. : « *Je vais chez le dentiste aujourd'hui pour faire faire un nouveau devis et j'irai à la mutuelle voir.* »

Les démarches en la matière ne sont cependant pas toujours évidentes à mettre en œuvre, beaucoup de personnes expliquant se sentir perdues face aux garanties proposées dans le cadre des contrats complémentaires.

6.2.2 Entre stratégies d'adaptation et recours à des artefacts

L'absence de certains soins peut être contournée ou palliée, par les personnes, par des modifications dans leurs habitudes et gestes de la vie quotidienne. C'est notamment le cas lorsque les besoins sont relatifs à l'optique ou aux soins prothétiques dentaires. Ainsi, pour les personnes souffrant de presbytie, il peut s'agir d'enlever systématiquement les lunettes quand il faut regarder des objets ou des textes de près (ex : 11.27). Une interviewée l'explique :

- ✓ 11.27, Mme L. : « *J'suis myope, je vois de loin mais je peux pas voir d'un mètre ou deux mètres, parce que par exemple quand je fais mon code je suis tout le temps en train d'enlever mes lunettes, donc il aurait fallu que je prenne des verres progressifs, en même temps j'sais pas si ça m'aurait convenu.* »

Quand le problème vient d'avoir acheté des lunettes trop « lourdes » car elles n'étaient pas chères, les personnes ne les utilisent que lorsque c'est strictement nécessaire, par exemple pour aller faire des courses ou regarder la télévision (ex : 11.36). De manière générale, les personnes imaginent de nombreuses solutions pour contourner les handicaps liés à leurs besoins de soins non satisfaits. Une enquêtée raconte :

- ✓ 11.23, Mme C. : « *Déjà j'adore lire, j'suis une personne qui lit beaucoup parce que... Et j'ai du mal à lire maintenant je m'en rends compte et puis l'autre jour je regardais l'Eurovision à la TV et je me suis dit : « Toi ma vieille t'es en train de perdre ta vue. » Je me suis rapprochée de la TV et hop je voyais mieux.* »

Concernant l'absence de soins dentaires prothétiques, plusieurs renonçants ont expliqué s'habituer à manger avec les dents qui leur restent. Cette adaptation, à nouveau, a bien souvent des conséquences sur la santé des personnes et les palliatifs mis en place ne sont pas sans répercussions physiques et psychologiques d'ailleurs :

- ✓ 11.49, Mme. E : « *Quand on a les dents de devant abîmées, qu'on a du mal à manger parce qu'on a les molaires cassées, donc ça engendre d'autres problèmes. Je mangeais que d'un côté, j'avais la mâchoire décalée ; ça a entraîné des problèmes cervicaux donc il a fallu tout rééquilibrer ; donc des fois j'avais même des crampes quand je me levais. »*

Il n'est parallèlement pas rare que les personnes modifient leur régime alimentaire pour l'adapter à l'état de leur dentition. Elles arrêtent de manger des aliments durs ou difficiles à mâcher avec une dentition fragile (ex : 11.23, 11.21) :

- ✓ 11.34/34, M. B. : « *J'ai du mal à manger...la viande...* »

Dans d'autres cas, les assurés réduisent tout simplement le nombre de repas par jour pour limiter au maximum l'usage de la dentition. Il s'agit, dans tous les cas, de changements qui ont lieu sans avis, ni conseil, d'un professionnel de la santé et, en conséquence, sans connaissance des effets potentiels de ces modifications sur la santé :

- ✓ 11.21, Mme G. : « Enquêteur : *Ça vous gêne pour certains les aliments ?*
Mme. G : *Il faut moins dur.(...).*
Enquêteur : *Vous mangez quoi alors ?*
Mme. G : *Fromage et yaourt et le reste, ça m'énerve à chaque fois de... Les gens qui nous regardent... C'est pas ... Le pain j'arrive pas. »*

Comme le suggèrent les mots de cette personne et comme nous l'avons déjà esquissé précédemment, l'absence de certains soins a des effets sur la vie en société. Avoir des dents en mauvais état ou des problèmes d'ouïe peut par exemple limiter ou gêner les relations entretenues par les personnes concernées avec leur entourage. Il arrive fréquemment que certains renonçants fassent tout pour cacher leur « défaut », leur problème de santé, en adaptant leur comportement en société. Ainsi, une assurée indique qu'à cause du mauvais état de ses dents, elle se couvre la bouche avec la main quand elle parle (ex : 11.26) ; une autre essaie quant à elle de ne pas ouvrir la bouche en public :

- ✓ 11.48, Mme R. : « Mme R. : *Ben je vais voir s'ils ne peuvent pas cacher le trou que j'ai en bas quoi ! Parce que ça fait... Quand on est dans la vente en plus ce n'est pas terrible.*
Enquêteur : *Vous faites comment ?*
Mme. R : *Et ben faut pas trop ouvrir la bouche [rires]. »*

Un autre explique que, lors des discussions en groupe, par crainte que ses amis se rendent compte qu'il n'entend pas bien, il a pris l'habitude de répondre au hasard, et que souvent il finit par quitter la discussion (ex. : 11.10).

Les renonçants adaptent ainsi leur style de vie et leurs pratiques quotidiennes, se mettant pour certains dans des situations que l'on pourrait qualifier de dangereuses, pour pallier les conséquences du renoncement et pour continuer à mener leur vie sans avoir recours à certains soins. Cependant, ces adaptations sont des « remèdes » dont les conséquences ne sont pas connues ou anticipées et qui, plus globalement, ne permettent pas d'améliorer à long terme la santé des assurés.

Si certains « bricolent » quotidiennement des réponses pour faire face aux difficultés d'accès aux soins, d'autres procèdent différemment. Faute par exemple de pouvoir accéder à des lunettes adaptées, certaines personnes se tournent vers des alternatives subalternes offertes par le marché.

Ainsi, un grand nombre d'assurés renonçant à l'achat de lunettes utilise des loupes, plus ou moins adaptées à leur vue, achetées dans des pharmacies et supermarchés (ex. : 11.20, 11.26, 11.29, 11.38, 11.47). Ces artefacts, loin de résoudre les problèmes de vue des assurés, constituent une solution temporaire qui peut en outre avoir des effets négatifs sur leur santé :

- ✓ 11.33, M. M : « [La loupe] ça permet de lire mais je ne peux pas rester longtemps, et puis je ne vous parle pas des migraines ! C'est des migraines pas possibles. »

6.2.3 L'automédication et les médecines parallèles

Les renonçants, à défaut de pouvoir satisfaire leurs besoins de soins, peuvent aussi avoir recours à l'automédication. Celle-ci est très souvent focalisée sur l'usage d'antalgiques qui permettent, en particulier, de calmer les rages de dents (ex : 11.25) ou les douleurs articulaires. Ces antalgiques sont facilement accessibles en pharmacie et les renonçants déclarent rarement les avoir obtenus sur prescription médicale.

Les médicaments dont les renonçants disposent à leur domicile peuvent aussi être utilisés comme remèdes de substitution quand ils ne peuvent pas payer les médicaments prescrits. Certains n'hésitent ainsi pas à réutiliser des médicaments anciens, stockés dans leur armoire à pharmacie, pour éviter une consultation chez le généraliste et l'achat de nouveaux produits. Ainsi, une jeune assurée indique que, lorsqu'elle a eu une infection vaginale, elle a renoncé à acheter les médicaments prescrits par le médecin car ils étaient trop onéreux⁸⁶ et a utilisé une crème apaisante qu'elle a trouvée chez elle. Les mycoses ont persisté et elle a dû quelques mois plus tard consulter en urgence le médecin :

- ✓ Mme. R : « C'est-à-dire que pour l'achat des médicaments qu'on me prescrivait, des ... [inaudible] vaginales ou des choses pour soigner mes infections... Souvent j'avais pas les moyens donc les ordonnances je les gardais et je n'allais pas les chercher quoi ! (...) Je prenais ce que j'avais à la maison, du D. ou j'avais de la B. vaginale mais l'infection restait. »

D'autres personnes mobilisent quant à elles des connaissances transmises au sein de la famille pour pallier l'absence de soins. Une assurée déclare utiliser du vernis à ongles pour calmer ses rages de dents (ex. : 11.1), tandis qu'une deuxième utilise des clous de girofle dans le même objectif (ex. : 11.16).

Finalement, pour les personnes ayant été déçues ou insatisfaites par les soins dispensés dans le système de soins « ordinaire », il est relativement courant de s'orienter vers des médecines homéopathiques ou vers d'autres solutions comme par exemple la sophrologie (ex. : 11.40). Cela peut aussi venir du fait que les personnes ont parfois dû, par le passé, faire face aux effets secondaires de certains traitements. Le recours à l'automédication, à des soins « alternatifs » ou à des remèdes de grand-mère est fréquent parmi les renonçants. Ces réactions peuvent les aider à faire face à certaines douleurs, à éviter certaines dépenses de santé aussi. Elles ne sont cependant pas toujours sans danger, en particulier lorsque les personnes font usage de médicaments anciens, parfois périmés, sans nécessairement avoir conscience des éventuelles conséquences pour leur santé.

6.2.4 De la planification des soins, à la recherche de « possibilités » financières

Lorsque ce sont les difficultés financières qui sont à la source du renoncement, les personnes peuvent décider de planifier la réalisation des soins en fonction des possibilités financières à venir. Il s'agit, en quelque sorte, de développer des stratégies de « prévision financière » qui vont alors rythmer le moment de l'accès aux soins.

Ces stratégies peuvent prendre différentes formes. Parfois, les personnes attendent la fin d'un interdit bancaire pour pouvoir accéder à des modalités de paiement qui pourraient leur permettre de régler leurs frais de santé. Une enquêtée raconte qu'elle devrait effectuer des soins dentaires et refaire une

⁸⁶ 11.50, Mme R. a précisé lors de l'entretien que ces médicaments coûtaient entre 10 et 15 euros.

paire de lunettes mais qu'elle doit encore patienter un an et la fin de son interdiction bancaire, car sans facilités de paiement, elle ne pense pas pouvoir payer les soins :

- ✓ 11.23, Mme C. : « *Les lunettes je les avais eues avec A., avec un crédit sur douze mois ça avait été nickel mais maintenant je suis interdit bancaire.* »

Dans d'autres cas, il s'agit de fixer un rendez-vous médical à la période du mois à laquelle l'assuré est sûr d'avoir de l'argent sur son compte en banque (ex. : 11.31). Cette modalité de contournement du renoncement peut être mise en place pour des consultations médicales de contrôle voire de prévention, mais elle l'est moins quand qu'il s'agit de problèmes de santé inattendus. Lorsque certaines dépenses de santé sont inévitables, il arrive aux personnes de demander un échelonnement des paiements aux professionnels de santé. Toutes n'osent cependant pas faire ce type de demande, ne voulant notamment pas « donner à voir » leurs difficultés financières.

L'alternance des soins est une autre stratégie économique possible. Les personnes « étalent » les visites chez les professionnels de santé dans le temps ; de sorte à ne pas faire coïncider plusieurs rendez-vous sur une même période et à ne pas devoir avancer plusieurs fois de suite des frais (ex. : 11.38, 11.39) :

- ✓ 11.39, Mme M. : « *Quand j'avais un rdv par mois avec le gynécologue, je ne prenais pas d'autres rendez-vous, quand j'avais mon gynécologue je ne prenais pas rdv avec mon dentiste, j'étais obligée de repousser mes soins un mois plus tard.* »

Cette stratégie implique toutefois une organisation et une prévoyance importantes ainsi qu'une disponibilité des professionnels de santé adaptée à cette temporalité. C'est donc une stratégie qui peut s'avérer difficile à mettre en place et qui peut se heurter aux délais pour avoir rendez-vous avec certains médecins, en particulier spécialistes.

Finalement, chercher des moyens pour gagner un peu plus d'argent peut être aussi une stratégie économique envisagée pour faire face au coût élevé de certains soins. Une assurée à la retraite et âgée de 69 ans déclare ainsi aller faire « *quelques heures la plonge* » le dimanche matin, dans un restaurant, afin de gagner un peu d'argent pour pouvoir payer les soins dentaires et optiques dont elle a besoin :

- ✓ 11.16, Mme. V : « *J'espère si je peux encore travailler encore quelques matinées et quand j'ai un petit peu d'argent, je me les ferais faire et je me sacrifierai... La vue c'est important hein ! Et les dents !!!* »

D'autres personnes disent avoir eu recours à des emprunts auprès des membres de leur famille afin de pouvoir financer les soins (ex. : 11.3, 11.7) :

- ✓ 11.7, Melle M. : « *Je mets un peu de côté, j'essaie de m'arranger avec la famille.* »

Certains, qui préfèrent ne pas solliciter leur entourage, ni évoquer avec celui-ci les difficultés en matière d'accès aux soins, réfléchissent à faire un emprunt bancaire, mais, en fonction de leur situation financière, cela peut s'avérer impossible.

Enfin, nombreuses sont les personnes qui ont fait réaliser plusieurs devis dentaires pour tenter d'obtenir un reste à charge qu'elles pourraient assumer (ex. : 11.49, 11.50). La multiplication de consultations médicales pour la réalisation des devis peut toutefois être compliquée à assumer d'un point de vue financier comme l'expliquent certains renonçants.

Les personnes en renoncement rencontrées dans le cadre de ce travail essaient quasiment toutes de trouver des solutions pour que leur situation par rapport aux soins change. Que ce soit en sollicitant l'aide de leurs proches ou celle des organismes sociaux, en demandant des arrangements financiers aux professionnels de santé ou en cherchant à accroître leurs possibilités financières, de nombreux

renonçants cherchent à mettre en place les conditions pour accéder à l'offre de soins classique. Lorsque ce n'est pas ou plus possible, certains se tournent vers des alternatives de diverses natures pour se soigner. Il arrive que ce soit des expériences difficiles ou douloureuses en matière de soins qui aient éloigné les personnes du système de santé, leur choix se portant alors vers d'autres types de soins.

Il ressort également de cette dernière partie que si une minorité de personnes renonce à tous les soins dont elle aurait besoin, la plupart est, d'une manière ou d'une autre, en contact avec des soignants. Certains renoncements semblent toutefois plus profondément intégrés par les personnes, en particulier lorsque leur coût paraît insurmontable.

La relation avec le médecin traitant est essentielle d'après les personnes interviewées ; lorsqu'elle est décrite comme « de confiance », le médecin généraliste apparaît en capacité de limiter au moins partiellement le renoncement. Par ses incitations aux soins, ses conseils, il permet aux personnes d'avancer. Pourtant, il n'est pas nécessairement perçu comme un interlocuteur en cas de difficultés d'accès aux soins, les personnes préférant bien souvent taire à leur médecin, comme à ceux qui les entourent, certains de leurs problèmes. Ce silence peut contribuer à l'intégration de certains renoncements, les personnes finissant par nier une partie de leurs besoins de soins.

Conclusion

Les éléments présents dans cette monographie nous permettent de mieux comprendre le phénomène du renoncement aux soins dans l'Aude. Cette étude confirme, en premier lieu, un certain nombre de constats déjà établis dans des travaux précédents sur le renoncement aux soins et le non-recours aux droits maladie - notamment des études réalisées par plusieurs organismes d'Assurance Maladie en partenariat avec l'Odenore⁸⁷ -, tout en apportant de nouveaux éclairages, principalement sur les questions de guidance et de « comportement intégré » qui étaient apparus au travers du BRSG.

62

Revenons sur les principaux résultats de ce diagnostic au niveau de l'Aude.

Le renoncement aux soins ne paraît pas réparti de façon homogène parmi la population résidant dans le département. Ainsi les femmes et les personnes seules avec enfants à charge semblent être plus exposées au phénomène que le reste de la population. Nous pouvons également dire que les personnes qui bénéficient d'une complémentaire santé paraissent protégées du renoncement aux soins mais dans une certaine mesure. Avoir une complémentaire ne permet en effet pas d'éviter complètement le renoncement et/ou le report de soin(s). En effet, la question soulevée par le diagnostic sur ce point est celle du type de couverture complémentaire et de l'inadaptation de certains contrats à la situation et aux besoins des personnes. Parallèlement, il est à noter que même en ayant une complémentaire, par exemple la CMU-C, les personnes renoncent et/ou reportent des soins parce qu'elles n'ont pas forcément compris l'usage qu'elles peuvent faire de leurs droits. Là encore, avoir une protection, ne signifie pas nécessairement pour les personnes être, dans les faits, protégées.

De manière générale et comme nous l'avons vu, la grande majorité des renonçants n'est pas en rupture totale avec le système de soins ; il existe toutefois des ruptures durables avec certains types de soins, notamment les soins dentaires et optiques. De plus, les personnes renoncent le plus souvent à plusieurs types de soins – par exemple ceux qu'elles ne considèrent pas « urgents » ou « essentiels ». Il est aussi important de souligner qu'au sein d'un même ménage, plusieurs personnes peuvent être touchées par le renoncement. Celui-ci peut donc être « cumulatif ».

Le principal problème que les personnes soulèvent pour accéder aux soins est le désajustement entre les ressources financières dont elles disposent et les ressources nécessaires pour se soigner. Les restes à charge sont souvent présentés comme trop élevés au regard des budgets et des restes pour vivre mensuels de la population enquêtée. L'avance des frais, y compris lorsque les sommes ne dépassent pas dix euros, peut aussi être un frein dans l'accès aux soins. Ainsi, certaines personnes renoncent même à aller chez le généraliste parce qu'elles ne peuvent pas effectuer cette avance de frais.

Le manque de connaissance et de compréhension du système sanitaire et social - trouver des professionnels de santé, s'informer sur le panier de soins pour les bénéficiaires de la CMU-C, ...- est aussi un élément majeur pour comprendre le renoncement aux soins dans l'Aude. A ce manque de discernement, s'ajoute une difficulté, pour la plupart des enquêtés, à identifier des interlocuteurs vers lesquels se tourner pour les aider à trouver une solution aux problèmes d'accès aux soins. Souvent

⁸⁷ Pour en savoir plus sur ces travaux, voir notamment : Revil H. « Le non-recours à la complémentaire gratuite et aidée », Odenore, *working-paper* n°5, juin 2010 ; André-Poyaud I., Chauveaud C., Revil H. et Warin P., « Une action d'information pour accéder à la CMU-C et à l'ACS », Odenore, *working-paper* n°8, mai 2011 ; Rode A., « Non-recours aux soins et autonomie assumée : récit d'enquête », Odenore, *working-paper* n°9, août 2011 ; Poncet R. et Warin P., « Acquisition d'une complémentaire santé et consommation médicale », Odenore, *working-paper* n°14, avril 2013.

ceux-ci ne sont pas abordés par les assurés avec les organismes de protection sociale. Beaucoup apprennent en outre l'existence de certains dispositifs ainsi que leur fonctionnement – CMU-C, ACS, aides exceptionnelles...- par des proches plutôt que par les organismes sociaux. La question du renoncement n'est parallèlement que peu évoquée par les renonçants avec les professionnels de la santé. Ces derniers, comme d'ailleurs les professionnels du social, répondent prioritairement à la demande exprimée par l'assuré et/ou le patient mais ne le questionnent que très rarement, directement ou indirectement d'ailleurs, sur de potentiels problèmes de renoncement.

Si les renonçants ne parlent pas nécessairement de leurs difficultés en matière de soins avec les acteurs sanitaires et sociaux, c'est aussi parce qu'ils ont tendance à s'adapter au renoncement et à ses multiples conséquences ; les personnes qui renoncent à se soigner changent ainsi certaines de leurs habitudes de vie, pallient aussi, en bricolant des solutions, aux conséquences de l'absence de soins. Il est à noter que certains renoncements sont plus intégrés que d'autres par les personnes de sorte que, parfois, celles-ci ne les déclarent même plus. L'éloignement par rapport aux soins peut ainsi être plus ou moins prononcé, en fonction du type de soins, de leur coût, des réactions aussi des personnes pour tenter de trouver une solution pour se soigner.

En outre et même si l'analyse des questionnaires montre que les renonçants audois estiment majoritairement que leur situation de renoncement ne perdurera pas, les récits recueillis lors des entretiens laissent présager d'une réalité différente sur ce point. Les échanges plus nourris qui ont vu le jour au travers des entretiens donnent en effet à voir le caractère durable et ancré de certains renoncements dans la vie des personnes. Nous pouvons par exemple évoquer le cas des renonçants qui expliquent leurs difficultés d'accès aux soins par la précarité de leur situation financière et pour lesquels les perspectives d'évolutions de de cette situation sont minces ou complètement absentes (retraités, pensionnaires...).

Au final, le renoncement n'est pas sans conséquences sur différentes dimensions de la vie des personnes ; sur leur santé bien sûr, mais également sur leur vie sociale, professionnelle et familiale. Il est particulièrement important de noter l'impact du renoncement sur le rapport des assurés à la société et sur le lien social. Une partie des renonçants vit en effet l'impossibilité de se soigner comme un « abandon » de la part de la société, comme une « exclusion ». Tout cela peut emporter l'accroissement d'un ressentiment envers « ceux » qui peuvent se soigner, qu'ils soient plus ou moins aisés financièrement que les renonçants d'ailleurs.

Les actions et les pistes de travail issues du Comité d'analyse

Rappelons que les Comités d'analyse avaient vocation à favoriser les échanges sur le renoncement aux soins à partir des synthèses d'entretien, à apporter des solutions aux renonçants repérés dans le cadre du diagnostic lorsque cela était possible et à imaginer les actions à mettre en œuvre pour prévenir et/ou répondre, dans les mois à venir, au renoncement aux soins. Dans l'Aude, ces Comités étaient à géométrie variable : à côté du chargé d'étude, ils associaient systématiquement un membre de la Direction de la CPAM, tous les cadres de la production, des membres du service Social et Médical, mais également de manière ponctuelle le personnel de la CPAM volontaire (agent ou cadre). A noter aussi la participation de partenaires tels que l'UDAF ou la Ville de Narbonne.

Toutes les personnes en renoncement qui avaient donné leur accord pour être recontactées par la CPAM l'ont été. Les échanges entre les professionnels de l'Assurance Maladie et les renonçants ont principalement eu vocation à préciser des points sur lesquels les personnes manquaient d'information

et qui pouvaient les gêner pour accéder à leurs droits maladie et aux soins. Lors de ces échanges, des prises en charge par l'Action sanitaire et sociale (ASS) de la caisse ont également été proposées à certaines personnes. De manière générale, il s'est aussi agi d'orienter les renonçants vers les interlocuteurs qui pouvaient, d'une manière ou d'une autre, participer à lever le renoncement. Dans ce cadre, l'absence d'un Centre d'examen de santé (CES) à Carcassonne a été pointée comme étant une difficulté.

A partir du travail effectué en Comité d'analyse, des actions ont ainsi été mises en œuvre et des leviers identifiés afin de faire face au phénomène de renoncement aux soins dans l'Aude. En premier lieu, la nécessité d'informer les personnes sur leurs droits mais aussi de leur expliquer l'usage qu'elles peuvent en faire est apparue nettement. Dans cette monographie, nous avons par exemple abordé le fait que les bénéficiaires de la CMU C n'ont pas toujours connaissance du panier de soins dont ils peuvent bénéficier et qu'ils renoncent, parfois, à des soins pourtant pris en charge dans le cadre du dispositif. Ceci n'est qu'un exemple de la méconnaissance des personnes par rapport à certaines aides et des multiples incompréhensions qui parsèment les chemins vers les droits. Des besoins en termes d'information et d'explication ont donc été mis en lumière au travers de ce diagnostic ; ces besoins concernent les droits mais aussi l'offre de soins : la distinction entre « secteur 1 » et « secteur 2 » n'est notamment et bien souvent pas comprise par les assurés ce qui peut compliquer leur orientation dans le système de soins et le repérage des professionnels de santé vers lesquels ils pourraient se tourner.

Les problématiques informationnelles portent parallèlement sur les alternatives thérapeutiques qui pourraient être proposées aux personnes dans de nombreux cas. Si parfois, les professionnels de santé ne peuvent pas emprunter plusieurs voies pour répondre aux besoins de soins, dans d'autres cas, différentes « stratégies thérapeutiques » peuvent être envisagées. Le recours aux implants n'est par exemple pas toujours l'unique réponse possible aux problèmes dentaires. Dans cette perspective, un travail d'information sur l'existence d'alternatives thérapeutiques prises en charge, au moins partiellement, par les organismes de protection maladie de base ou/et complémentaire est envisagé. L'implication du service médical des CPAM semble ici indispensable car il permettrait de disposer d'un avis sur certaines « situations limitatives » (actes hors nomenclature, problématique médicale sensible...), ainsi que sur la justification médicale de la proposition thérapeutique faite aux personnes et l'existence d'alternative(s) pertinente(s).

Si de grands leviers tels que l'information et l'explication ont été pointés et actionnés pour répondre à certaines situations de renoncement durant la période de réalisation du diagnostic, il s'agit désormais de réfléchir à des éventuelles modifications dans l'organisation du travail et/ou les pratiques quotidiennes afin de continuer à renforcer l'information dont disposent les personnes et de les aider à comprendre comment accéder et utiliser leurs droits et l'offre de soins.

D'autres actions ont également d'ores et déjà vu le jour dans l'Aude pour tenter de limiter les difficultés d'accès aux soins. Un groupe de travail associant des professionnels de la CPAM et les Chirurgiens-dentistes du département a notamment été créé afin de travailler à la recherche de solutions sur la problématique du renoncement aux soins dentaires, particulièrement prégnante dans l'Aude, comme dans l'ensemble des départements de la région Languedoc Roussillon d'ailleurs. Dans la mesure où la question de l'accessibilité géographique des soins a été levée au travers de ce diagnostic, une action « transport/solidarité » a été rendue effective pour permettre aux personnes âgées sans moyen de transport de se rendre chez le médecin. La CPAM envisage aussi de procéder à une révision de ses barèmes dans le cadre de l'évolution de sa politique d'ASS. A noter enfin que deux

actions partenariales sont, à l'heure actuelle, à l'étude pour intervenir plus spécifiquement auprès de certaines cibles :

- Avec la Ville de Narbonne afin de contacter les assurés suivis par la ville et qui n'auraient pas eu de soins depuis plus de 24 mois ;
- Avec la Poste au sujet des bénéficiaires de l'Allocation spécifique de solidarité aux personnes âgées (ASPA) sans ACS ; dans ce cadre, les personnels de la Poste pourraient par exemple être mis à contribution pour informer les personnes âgées bénéficiant du minimum vieillesse de leur éligibilité potentielle à l'ACS.

Il s'agit ce faisant de renforcer la « mise en réseau » de l'ensemble des acteurs qui peuvent, d'une manière ou d'une autre, contribuer à prévenir et/ou à « traiter » les situations de renoncement aux soins. L'horizon est bien de faire émerger les conditions d'un accompagnement coordonné des personnes vers leurs droits et vers les soins, en associant des acteurs de différentes natures – institutionnels, associatifs –, notamment les CCAS, l'UDAF, les acteurs des Contrats locaux de santé existants dans l'Aude, l'association Carcassonne Solidarité...

De manière surplombante, il est ressorti de ce diagnostic que, pour la plupart d'entre eux, les assurés ne perçoivent pas la Caisse primaire comme un interlocuteur vers lequel ils peuvent se tourner en cas de problèmes d'accès aux soins. Beaucoup ont en outre expliqué méconnaître les missions et le rôle des organismes d'Assurance Maladie ; certains ont plus précisément dit ne pas toujours osé poser des questions concernant l'accès aux soins et aux droits de santé lorsqu'ils viennent au guichet des CPAM. Dans ce contexte, il est sans doute nécessaire de « donner à voir et à entendre » à l'ensemble des assurés le fait que l'Assurance maladie peut apporter des réponses par rapport aux difficultés d'accès aux soins et donc que les questions qui y sont relatives peuvent être légitimement posées aux agents des caisses.

Construire des « parcours de santé » pour faciliter l'accès aux soins

D'après l'enquête par questionnaire, dans l'Aude, 36,8% des personnes ont déclaré avoir renoncé à des soins au cours des 12 derniers mois⁸⁸. Comme nous l'avons évoqué précédemment, une des spécificités du BRSG a été de montrer la forte homologie entre renoncement aux soins (besoin de soins non satisfaits selon les personnes) et non recours (soins dont le besoin est avéré d'un point de vue médical)⁸⁹. Environ un tiers des personnes ne pourrait donc pas accéder à des soins qui seraient nécessaires tant d'un point de vue médical que de celui des individus concernés. Les problèmes d'accès aux soins ne semblent donc pas marginaux mais toucher une part importante de la population même si, comme nous l'avons évoqué précédemment, cela ne signifie que rarement une exclusion totale de l'offre de soins pour les personnes concernées.

Même si de nombreuses actions ont déjà été mises en place, notamment par l'Assurance Maladie, pour favoriser l'accès aux soins, les récits des enquêtés montrent bien que des difficultés persistent et que le système sanitaire et social demeure, aux yeux de beaucoup, complexe et mal compris. Il semble donc opportun de se demander quelles « nouvelles » actions pourraient être mises en œuvre afin que les renonçants puissent devenir des « assurés-acteurs » de leur santé. Il paraît important de s'interroger,

⁸⁸ Source : Odenore, *Premiers résultats des analyses quantitatives pour le régime général, au niveau départemental*, avril 2015 / Le taux de renoncement a ici été calculé parmi les personnes qui ont répondu aux questions Q1 (département) et Q14 (renoncement oui/non).

⁸⁹ Le BRSG souligne que dans 94% des cas, les besoins de soins déclarés par les personnes sont avérés médicalement (Warin, 2014). https://odenore.msh-alpes.fr/documents/rapport_final_brsg_19_septembre_2014.pdf

tout d'abord, sur le rôle des organismes sociaux et des professionnels de santé dans de tels dispositifs et ce sans oublier la place des renonçants. Détecter des situations de renoncement, y compris de manière proactive, octroyer des aides financières, mettre en place des actions en termes de guidance peut faciliter l'accès aux soins et peut permettre de régler des situations de renoncement. Toutefois, cela ne semble pas permettre d'éviter la survenance de telles situations. Quelles actions pourraient alors être imaginées pour prévenir le renoncement aux soins ?

Les entretiens montrent que tous les renonçants ne sont pas égaux dans la compréhension du système de soins et que, notamment selon les profils, les freins pour accéder aux soins ne sont pas identiques. En termes de guidance, informer et orienter les renonçants est utile mais cela ne semble pas suffisant. Ne serait-il pas possible d'envisager la mise en place de « parcours de santé personnalisé » ? Ils seraient à construire avec les renonçants afin de leur permettre de se soigner et, plus globalement, de prendre soin de leur santé en tant qu'acteurs, et non uniquement en tant que personnes accompagnées. Ces parcours pourraient être mis en place pour tous les assurés et non uniquement les personnes en renoncement afin d'éviter la survenance de telles situations. Dans un premier temps toutefois, certains publics « fragiles » pourraient être ciblés, nous pouvons citer par exemple les personnes souffrant d'une maladie « lourde » ou celles ayant vécu récemment une « rupture biographique » autre que la maladie. Pour que de tels dispositifs permettent aux personnes d'avoir le sentiment d'être incluses dans le système de santé, il est en tout cas certainement nécessaire de les penser *avec* les personnes et non uniquement *pour* elles.

Cette étude ne permet pas de définir précisément quel serait le contenu de ces « parcours de santé personnalisé » et comment ils pourraient être mis en œuvre. Nous pouvons néanmoins dire que l'objectif serait de permettre aux personnes d'accéder à leurs droits maladie, de se les approprier afin qu'elles puissent les mobiliser durablement et non pas uniquement pour bénéficier d'un type de soins à un moment donné ; les « parcours de santé personnalisé » se différencieraient donc des parcours de soins. De plus, il paraît essentiel que la situation des personnes ne soit pas envisagée uniquement du point de vue de la santé mais de manière plus « globale ». En résumé, les « parcours de santé personnalisés » pourraient permettre aux renonçants actuels et/ou renonçants potentiels de devenir, dans un premier temps, des « bénéficiaire de soins » puis, dans un second temps, des « acteurs » de leur santé. Ce dispositif pourrait, tout d'abord, être expérimenté auprès d'un public donné et/ou sur un territoire en particulier. Afin de l'améliorer, il pourrait ensuite être intéressant de mener une étude longitudinale qui aurait vocation à analyser ces parcours et l'évolution du rapport aux soins et à la santé des personnes concernées. Ainsi les facteurs qui faciliteraient les « passages » (nonaccès aux soins/accès aux soins, bénéficiaires de soins/acteurs de sa santé, ...) pourraient être identifiés et le dispositif amélioré grâce à l'analyse des stratégies développées par les acteurs sanitaires et sociaux en lien avec les personnes pour créer des parcours « efficaces ».

Table des illustrations

Graphiques

<i>Graphique 1</i> Pourcentage de foyers de la population interviewée sous le seuil de pauvreté par type de foyer _	11
<i>Graphique 2</i> Situation des personnes interviewées par rapport à une complémentaire santé	11
<i>Graphique 3</i> Revenu annuel médian des ménages par Unité de Consommation (en euros)	14
<i>Graphique 4</i> Pourcentage de bénéficiaires du RSA	15
<i>Graphique 5</i> Renoncements par type de soins des répondants au questionnaire dans l'Aude	30
<i>Graphique 6</i> Renoncements par type de soins des personnes interviewées dans l'Aude	31
<i>Graphique 7</i> Durée du renoncement des répondants au questionnaire dans l'Aude (% de renonçants)	31
<i>Graphique 8</i> Possibilité d'une fin prochaine du renoncement selon les répondants au questionnaire dans l'Aude (% de renonçants)	32
<i>Graphique 9</i> Possibilité d'une fin prochaine du renoncement selon les personnes interviewées dans l'Aude (% de renonçants)	32
<i>Graphique 10</i> Durée des renoncements de la population interviewée dans l'Aude (% de renonçants)	34

Tableaux

<i>Tableau 1</i> Comparaison des profils des renonçants, non renonçants et répondants.....	12
<i>Tableau 2</i> Taux de pauvreté par département en 2011	15
<i>Tableau 3</i> L'absence de consommation de soins sur les 2 dernières années.....	18
<i>Tableau 4</i> Nombre et pourcentage de bénéficiaires de l'ACS et de la CMU-C pour les plus de 65 ans	19
<i>Tableau 5</i> Densité de professionnels libéraux de la santé au 1 ^{er} janvier 2013 (en nombre pour 100 000 habitants)	19
<i>Tableau 6</i> Tableau de contingence comparaison par sexe renonçants et non-renonçants dans l'Aude (enquête par questionnaire).....	80
<i>Tableau 7</i> Tableau de contingence comparaison par âge renonçants et non-renonçants dans l'Aude (enquête par questionnaire).....	80
<i>Tableau 8</i> Tableau de contingence comparaison par situation familiale renonçants et non-renonçants dans l'Aude (enquête par questionnaire).....	80
<i>Tableau 9</i> Tableau de contingence comparaison par CSP renonçants et non-renonçants dans l'Aude (enquête par questionnaire).....	81
<i>Tableau 10</i> Rapport soins/santé : Comparaison des profils renonçants et non-renonçants dans l'Aude (enquête par questionnaire).....	82
<i>Tableau 11</i> Tableau de contingence situation Complémentaire santé dans l'Aude (enquête par questionnaire)	83
<i>Tableau 12</i> Tableau de contingence situation médecin traitant dans l'Aude (enquête par questionnaire)	83

Cartes

<i>Carte 1</i> Indicateur synthétique de pauvreté - précarité	17
<i>Carte 2</i> 6 types de communes au regard de la pauvreté en 2011	
3 types de territoires particulièrement touchés par la pauvreté	18

Annexes

Annexe1 Questionnaire utilisé pour le repérage

REPÉRAGE DE SITUATIONS DE RENONCEMENT AUX SOINS

- RÉSERVÉ ORGANISME -

1. Votre département : Aude Hérault Lozère Pyrénées-Orientales

2. Votre fonction :

- | CPAM | Service médical | | | |
|-------------------------------------|---|------------------------------------|----------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Agent accueil | <input type="radio"/> Agent administratif | <input type="radio"/> Agent CARSAT | <input type="radio"/> Agent CHRU | <input type="radio"/> Agent UDAF |
| <input type="radio"/> Agent ASS | <input type="radio"/> Médecin conseil | <input type="radio"/> Agent CCAS | <input type="radio"/> Agent MSA | <input type="radio"/> Médecins du monde |
| <input type="radio"/> Agent CES | | <input type="radio"/> Agent CCSS | <input type="radio"/> Agent RSI | |
| <input type="radio"/> Agent Prado | | | | |

68

- QUESTIONS CONCERNANT L'ASSURÉ -

3. Régime Général MSA RSI Autre

4. Code postal :

5. Sexe Masculin Féminin

6. Âge Moins de 18 ans 18-24 ans 25-39 ans 40-59 ans Plus de 60 ans

7. Situation familiale

- Seul(e) Seul(e) avec enfants à charge
 En couple sans enfant à charge En couple avec enfants à charge
 Autre (exemple : personne âgée chez ses enfants)

8. Catégorie socio-professionnelle

- Agriculteurs exploitants Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
 Cadres et professions intellectuelles supérieures Professions intermédiaires
 Employés Ouvriers
 Retraités Sans activité professionnelle

9. Avez-vous une complémentaire santé ?

- Oui la CMUC Oui une autre complémentaire santé avec ACS
 Oui une autre complémentaire santé Oui l'AME
 Non Ne sais pas

10. Si vous n'avez pas de complémentaire santé, pourquoi ? (3 réponses maximum)

- Cela ne servirait à rien, je ne suis jamais malade J'ai d'autres priorités financières
 Je n'en ai pas les moyens Je ne sais pas où j'en suis dans ma couverture maladie
 Je manque d'informations Je bénéficie d'une complémentaire d'entreprise mais ce n'est plus le cas aujourd'hui
 Par négligence
 En cours
 J'ai un 100%

- De toute façon je serai mal remboursé Je ne sais pas à quoi ça sert
 Les démarches sont trop compliquées Autre, à préciser :

11. Avez-vous un médecin traitant ?

- Oui Non Ne sais pas

12. À quand remonte votre dernière consultation chez un médecin ?

- Au cours des 6 derniers mois Entre 6 mois et 1 an
 Entre 1 an et 2 ans Depuis plus de 2 ans
 Ne sais pas

13. Comment percevez-vous votre état de santé général ?

- Très bon Bon
 Moyen Mauvais
 Très mauvais

14. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous renoncé ou reporté un ou plusieurs soins ?

- Oui Non

Si non, passez directement à la question 21

15. Depuis quand cette situation de renoncement dure-t-elle ?

- Moins de 6 mois Entre 6 mois et 1 an
 Entre 1 an et 2 ans Entre 2 ans et 5 ans
 Plus de 5 ans

16. Pensez-vous que cette situation peut changer prochainement ?

- Oui Non Ne sais pas

17. En général, avez-vous le sentiment de pouvoir bénéficier de soins quand vous en avez besoin ?

- Oui Non Ne sais pas

18. Le(s) renoncement(s) porte(nt) sur quel(s) type(s) de soin(s) (7 réponses maximum)

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Actes chirurgicaux | <input type="radio"/> Soins orthodontiques |
| <input type="radio"/> Consultations chez un médecin généraliste | <input type="radio"/> Kinésithérapie |
| <input type="radio"/> Consultations chez un gynécologue ou soins gynécologiques | <input type="radio"/> Appareillages auditifs |
| <input type="radio"/> Consultations chez un dermatologue | <input type="radio"/> Analyses ou examens médicaux |
| <input type="radio"/> Consultations chez un psychiatre | <input type="radio"/> Achats de lunettes ou lentilles adaptées |
| <input type="radio"/> Consultations chez un ophtalmologiste | <input type="radio"/> Achats de médicaments |
| <input type="radio"/> Consultations chez un cardiologue | <input type="radio"/> Repos prescrit (arrêt maladie) |
| <input type="radio"/> Consultations chez un autre spécialiste : | <input type="radio"/> Soins en orthophonie |
| <input type="radio"/> Soins et actes dentaires conservateurs (caries, détartrages, infections...) | <input type="radio"/> Autre : |
| <input type="radio"/> Soins et actes dentaires prothétiques (implants, couronnes, bridges...) | |

19. Raisons du renoncement ? (5 réponses maximum)

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Reste à charge trop élevé | <input type="radio"/> Délais de RV trop longs |
| <input type="radio"/> Éloignement géographique | <input type="radio"/> Avance de frais |
| <input type="radio"/> Soin(s) peu ou pas urgent(s) | <input type="radio"/> Impossibilité physique de se déplacer |
| <input type="radio"/> Craintes liées au travail (pression, peur de devoir s'arrêter..) | <input type="radio"/> Négligence |
| <input type="radio"/> Refus de soins d'un praticien (discrimination ou saturation) | <input type="radio"/> Peur des médecins |
| <input type="radio"/> Coût du transport élevé | <input type="radio"/> Peur du diagnostic |
| <input type="radio"/> Problème de disponibilité (je n'ai pas le temps) | <input type="radio"/> Je ne sais pas combien on va me demander de payer pour ces soins |
| <input type="radio"/> Non connaissance de praticiens | <input type="radio"/> Démarches trop compliquées (besoin d'accompagnement) |
| <input type="radio"/> Perte de revenu due à un arrêt de travail | <input type="radio"/> Manque d'information sur le système de santé |
| <input type="radio"/> Absence de moyens de transport | <input type="radio"/> Autre : |
| <input type="radio"/> Lassitude | |

20. Avez-vous le sentiment que cette situation de renoncement a (ou peut avoir) des conséquences : (3 réponses maximum)

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Sur votre état de santé | <input type="radio"/> Sur votre maintien à domicile |
| <input type="radio"/> Sur votre vie professionnelle | <input type="radio"/> Autre : |
| <input type="radio"/> Sur votre vie sociale | <input type="radio"/> Aucune conséquence |
| <input type="radio"/> Sur votre vie familiale | |

- QUESTIONS CONCERNANT L'ENTOURAGE FAMILIAL -

21. Un membre de votre entourage familial a-t-il renoncé ou reporté des soins ? Oui Non

- 22. Si oui, qui est-ce ? (2 réponses maximum)**
- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Votre conjoint | <input type="radio"/> Votre/vos enfants |
| <input type="radio"/> Une autre personne, précisez : | |

23. Le(s) renoncement(s) porte(nt) sur quel(s) type(s) de soin(s) (7 réponses maximum)

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Actes chirurgicaux | <input type="radio"/> Soins orthodontiques |
| <input type="radio"/> Consultations chez un médecin généraliste | <input type="radio"/> Kinésithérapie |
| <input type="radio"/> Consultations chez un gynécologue ou soins gynécologiques | <input type="radio"/> Appareillages auditifs |
| <input type="radio"/> Consultations chez un dermatologue | <input type="radio"/> Analyses ou examens médicaux |
| <input type="radio"/> Consultations chez un psychiatre | <input type="radio"/> Achats de lunettes ou lentilles adaptées |
| <input type="radio"/> Consultations chez un ophtalmologiste | <input type="radio"/> Achats de médicaments |
| <input type="radio"/> Consultations chez un cardiologue | <input type="radio"/> Repos prescrit (arrêt maladie) |
| <input type="radio"/> Consultations chez un autre spécialiste : | <input type="radio"/> Soins en orthophonie |
| <input type="radio"/> Soins et actes dentaires conservateurs (caries, détartrages, infections...) | <input type="radio"/> Autre : |
| <input type="radio"/> Soins et actes dentaires prothétiques (implants, couronnes, bridges...) | |

24. Accord pour un entretien avec une personne chargée de l'étude ? (uniquement si la personne elle-même est en renoncement)

- | | |
|------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |
| <input type="checkbox"/> À la CPAM | <input type="checkbox"/> À votre domicile |

Numéro d'ordre fourni par l'outil en ligne (à remplir lors de la saisie en ligne) :

**CONSENTEMENT POUR PARTICIPER A UN ENTRETIEN
DANS LE CADRE DE L'ETUDE SUR L'ACCES AUX SOINS**

70

Madame, Monsieur,

L'Assurance Maladie et ses partenaires souhaitent faciliter l'accès aux soins de tous.

A la suite de l'échange que vous venez d'avoir, êtes-vous d'accord pour avoir un entretien approfondi, d'une durée de 45 minutes environ, avec une personne chargée de l'étude, si notre travail le nécessite ?

Cette personne pourra éventuellement vous contacter par téléphone pour fixer un entretien avec vous. L'entretien pourra se dérouler dans nos locaux ou à votre domicile, selon votre choix (ou encore par téléphone à titre exceptionnel).

Nous nous engageons à garantir l'anonymat et la confidentialité de cet entretien. La publication des résultats de l'étude ne comportera aucun résultat individuel.

La réponse est facultative, une non-réponse n'aura aucune conséquence sur le traitement de votre dossier.

Nous vous remercions d'avance pour votre collaboration.

Je soussigné(e) (Nom et Prénom)
accepte librement et volontairement de participer à l'étude sur l'accès aux soins et d'être éventuellement contacté par téléphone pour un entretien en face à face ou par téléphone avec un chargé de recherche.

Mon numéro de téléphone :

Fait à, le

Signature de la personne

Les informations recueillies (nom, prénom et numéro de téléphone) seront conservées pour une durée de 24 mois. Elles ne feront l'objet d'aucun traitement informatique ni d'aucun rapprochement avec les réponses que vous aurez pu fournir au cours de l'entretien. Elles sont destinées à pouvoir vous contacter pour vous proposer de répondre à quelques questions sur les difficultés d'accès aux soins. Le destinataire des données est l'Assurance maladie régime général, régime agricole et régime des indépendants.

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification des informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au Secrétariat direction de la CPAM du Gard.

TSVP

- QUESTIONS POUR LE DÉTECTEUR -

(Cette page n'est à compléter que si la personne elle-même est en renoncement)

25. Pendant ou après l'entretien, qu'avez-vous fait ? (3 réponses maximum)

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Transmission d'informations générale sur l'accès aux droits ou aux soins | <input type="radio"/> Orientation vers un service ou un professionnel de santé |
| <input type="radio"/> Instruction d'une demande CMUC ou ACS | <input type="radio"/> Proposition de participation à une action collective (par exemple :
réunion d'information) |
| <input type="radio"/> Prise de rendez-vous pour un bilan de santé au CES | <input type="radio"/> Rien car je n'avais pas de solution immédiate |
| <input type="radio"/> Orientation vers le service social ou prise de rendez-vous | <input type="radio"/> Rien car je n'avais pas le temps |
| <input type="radio"/> Instruction d'un dossier de secours | <input type="radio"/> Autre : |
| <input type="radio"/> Actions concernant les droits maladie de base | |
| <input type="radio"/> Instruction d'une demande à un autre organisme (par exemple MDPH) | |

26. Motif de la venue

27. Questions ou commentaires pour le Comité d'Analyse

Annexe2 Guide d'entretien – Odenore

AVANT-PROPOS

Cette grille comporte 7 thèmes et présente des consignes précises pour les aborder.

Ces thèmes et consignes constituent la structure de l'entretien et cadrent son déroulement.

L'organisation des thèmes suit une certaine logique concernant la compréhension du renoncement (description, explications, conséquences...).

Il est envisageable que les thèmes soient abordés dans un ordre différent ; dans tous les cas cependant, l'ensemble des thèmes doit être abordé au cours de l'entretien afin de recueillir les informations nécessaires pour réaliser les analyses et saisir en particulier certaines dimensions du renoncement (comportement « intégré », besoin de guidance...).

Dans cette perspective, il est parallèlement important que les enquêteurs respectent le plus possible les consignes relatives à chaque thème.

L'entretien commence nécessairement par « Entrée en matière » puis par « Description du renoncement ».

ENTREE EN MATIERE

Présentation de l'enquêteur et rappel de l'objet de l'entretien.

Avoir à disposition la Lettre d'information et de consentement que la personne à signer.

Remercier la personne. Souligner que les questions sont simples.

Rappeler que la personne est libre de répondre comme elle l'entend.

Préciser que l'entretien est enregistré afin de ne pas déformer les propos des personnes.

Demander l'accord et préciser que l'entretien restera anonyme et confidentiel (pas de transmission à un tiers).

Consigne générale : prendre appui sur le questionnaire de repérage tout au long de l'entretien.

Thème 1 - DESCRIPTION DU RENONCEMENT

Commencer par poser cette question : Si je comprends bien, vous avez indiqué avoir renoncé à des soins au cours des 12 derniers mois. Pouvez-vous me rappeler à quel(s) type(s) de soins vous avez renoncé ? Puis continuer l'échange à partir des consignes suivantes :

1) Chercher à obtenir des précisions sur le type de soins, sur la durée du renoncement mais également sur le rapport, en général, de la personne à ses besoins de soins :

- a) Faire préciser la nature exacte des soins (en reprenant les réponses à Q17 et Q18 du questionnaire de repérage)
- b) Demander si certains de ces soins en suivaient d'autres (cas d'interruption d'un protocole de soins ou d'une prise en charge) ; si ces soins répondent à des besoins chroniques : le cas échéant préciser la/les maladie(s) et redemander si la personne est prise en charge par l'Assurance maladie au titre d'une Affection longue durée (ALD) et depuis combien de temps.
- c) Demander des précisions sur la durée approximative du renoncement et essayer de savoir si le renoncement dure depuis plus longtemps pour certains soins.
- d) Demander si la situation de renoncement est exceptionnelle ou pas : dans l'un ou l'autre cas, demander pourquoi ?
- e) Essayer de savoir jusqu'où/quand la personne renoncera (douleur, conséquences sur la santé, aggravation des symptômes, gêne dans la vie quotidienne ou/et dans la vie professionnelle, limitation des relations sociales,...)

2) Chercher à savoir quand « soins et actes dentaires » coché à Q17, et *a fortiori* si « reste à charge trop élevé » à Q18, si la personne a déjà fait faire un (ou plusieurs) devis pour ces besoins de soins dentaires, si elle connaît le montant des restes à charge et l'existence de prestations de secours pour financer tout ou partie de frais de soins dentaires.

Thème 2 – EXPLICATION DU RENONCEMENT

Commencer par cette phrase : Vous avez dit renoncer à vous soigner à cause de [...]. Reprendre la/les raison(s) coché(e)s sur le questionnaire de repérage: Q19 Puis continuer l'échange à partir des consignes suivantes :

- 1) Chercher l'explication du/des raisons coché(e)s (ex : si « reste à charge trop élevé », questionner sur les charges, ressources, reste pour vivre de la personne ; et partant de là sur ses possibilités/choix en termes de dépenses de santé – ex : si « choix personnel de ne pas se faire soigner », questionner sur causes : principes personnels, leurs origines ; méfiance dans la médecine, ses raisons ; représentation des soins raisonnables, leurs explications [identité, civisme, résistance]).
- 2) Pour les explications relatives aux restes à charge, chercher à savoir si la personne connaît « précisément » les RAC correspondant aux soins auxquels elle renonce ou si elle anticipe la possibilité d'être exposée à des RAC parce qu'elle ne sait pas à quoi lui donne droit sa couverture maladie.
- 3) Quelle(s) que soit(ent) la (les) raisons coché(e)s, chercher à ce que la personne situe ses explications au regard de :
 - a) ses conditions de vie,
 - b) son environnement social,
 - c) sa situation familiale,
 - d) ses fragilités diverses (qui par définition produisent « la vulnérabilité »),
 - e) ses représentations (qui peuvent se traduire en craintes, censures, replis...).
- 4) Sur tous ces plans cherchez des éléments biographiques, notamment en termes de « ruptures », de « bifurcations » ou de « chutes » (professionnelles, résidentielles, familiales, ...) qui pourraient contribuer à comprendre le renoncement et le rapport à l'offre de soins.
- 5) De manière générale chercher à comprendre si la personne situe ses explications plutôt du côté d'un renoncement « barrière » (le système de soins paraît inaccessible) ou d'un renoncement « par choix » ou « négligence ». Dans le cas d'un renoncement plutôt de type « barrière », demandez si la personne a le sentiment que le système de soins est accessible (ou plus accessible pour d'autres). Si oui, pour qui et pourquoi ?

Thème 3 – CONSÉQUENCES DU RENONCEMENT

Commencer par cette question : Ce renoncement a-t-il des conséquences pour vous et vos proches ? Puis continuer l'échange à partir des consignes suivantes :

- 1) Examiner les conséquences du renoncement sur :
 - a) la santé,
 - b) les rôles et relations au sein de la famille,
 - c) les relations sociales,
 - d) le travail et la vie professionnelle,
 - e) le mode de vie et de consommation,
 - f) les loisirs,
 - g) des implications sociales diverses (associatives, syndicales...) ...
- 2) Chercher en particulier à savoir dans quelle mesure le renoncement pourrait, selon la personne, avoir des conséquences sur son état de santé ; la personne a-t-elle le sentiment que le renoncement pourrait amener une dégradation de l'état de santé, une aggravation de certains symptômes ? A-t-elle déjà évoqué cela avec quelqu'un de son entourage ? Un professionnel de santé l'a-t-il déjà alertée sur de potentielles conséquences médicales ? Lui a-t-on parlé de l'éventuelle gravité de ces conséquences ? Si oui, qui a abordé ce sujet et à quel moment ? Cela l'inquiète-t-elle ?
- 3) Approfondir aussi le retentissement potentiel du renoncement sur la vie professionnelle de la personne, en particulier sur l'accès à un emploi et le maintien dans l'emploi.
- 4) Rechercher les éventuels effets psychologiques des conséquences du renoncement, en termes de :
 - a) perte d'estime de soi,

- b) manque de confiance en soi, en ses capacités,
- c) anxiété/dépression,
- d) peurs, inquiétudes,
- e) moindre projection dans l'avenir.

5) Poser les questions suivantes :

- a) Certains disent que lorsque l'on ne peut pas se faire soigner on devient, d'une certaine manière, « vulnérable » ou « plus fragile » : quand pensez-vous ?
- b) Vous-même pensez-vous être « vulnérable » ou d'une certaine manière « précaire » ? Quelle que soit la réponse : demander pourquoi.

Thème 4 – REACTION(S)/ACTIONS(S) FACE AU RENONCEMENT

Commencer par poser cette question : Avez-vous fait quelque chose pour sortir du renoncement ou pour éviter que cette situation ne se reproduise ? Puis continuer l'échange à partir des consignes suivantes :

1) Si oui, demander :

- a) quelles réactions/actions, à quel moment ?
- b) les raisons de ces actions ; essayer en particulier de savoir si la personne a agi par crainte des éventuelles conséquences médicales, familiales, sociales ou/et professionnelles évoquées précédemment.
- c) la nature des actions : la personne a-t-elle cherché/trouvé des soutiens ? Si oui, de qui (services sociaux, administrations, services de santé, famille, amis...), de quelle nature (administratif, financier, moral, pratique,...), avec quel coût pour la personne ? Ces soutiens sont-ils ponctuels ou pérennes ?
- d) le résultat en termes de recours aux soins.

2) Si oui ou non, mais renoncement pour raison financière (Q18), demander si la personne :

- a) sollicite des aides financières pour se soigner : si oui, auprès de qui (services sociaux, CPAM, mutuelles, organismes complémentaires, proches, ...), à quelle fréquence, pour quel(s) soin(s), avec quel(s) résultat(s) (demande acceptée/refusée, obtention d'une aide financière) et quelle(s) conséquence(s) en matière de recours aux soins (réalisation partielle/totale des soins), ... ?
- b) emprunte de l'argent pour se faire soigner : à qui, régulièrement ?
- c) demande des facilités de paiement aux professionnels de santé (médecins, pharmaciens...), le tiers payant (notamment intégral),
- d) négocient les tarifs avec les professionnels de santé notamment lorsque ceux-ci pratiquent des dépassements d'honoraires,
- e) rappelle aux professionnels de santé leurs obligations quand ils ne les respectent pas (par exemple, si la personne bénéficie de la CMU C et que le professionnel lui demande quand même de faire l'avance de frais ou lui demande des dépassements),
- f) essaie de modifier sa protection maladie (en particulier complémentaire) pour être mieux remboursée,
- g) si non à a), b), c), d) : pourquoi ?

3) Chercher à savoir si la personne estime être sortie ou pouvoir sortir durablement (sinon définitivement) de cette situation de renoncement : pour quelles raisons ?

4) Si aucune réaction/action, chercher à comprendre :

- a) pourquoi,
- b) si le renoncement paraît insurmontable à la personne,
- c) si la personne se sent encore légitime à demander des soins,
- d) ce qui pourrait débloquer cette situation.

5) Chercher à savoir si la personne a déjà parlé de cette situation de renoncement à quelqu'un. Si oui, à qui (professionnel de santé, agents administratifs, travailleurs sociaux, famille, amis,...) et si ces personnes pourraient l'aider à accéder aux soins. Comment ?

6) Interroger plus spécifiquement la personne sur le rôle que devraient/pourraient jouer les organismes sociaux (CPAM, mutuelles, organismes complémentaires,...), les services et les professionnels de santé dans la limitation ou la prévention du renoncement : ces institutions et professionnels devraient/pourraient-ils faire quelque chose ? Aider les personnes en renoncement à en parler ? Mieux les informer ? Davantage les guider ou les accompagner dans l'accès aux droits maladie et aux soins ?...

Thème 5 – RELATION AU MEDECIN TRAITANT

Commencer par cette phrase : Nous allons maintenant parler de vos relations avec votre médecin traitant (MT). Puis continuer l'échange à partir des consignes suivantes :

75

1) Si la personne n'a pas de MT (Q 14) : chercher à comprendre pourquoi : est-ce que la personne sait ce qu'est un médecin traitant ? Est-elle informée sur le « dispositif » du MT ? Sait-elle comment le déclarer ? En a-t-elle déjà eu un ?

2) Lorsque la personne a un MT : chercher à caractériser la relation que la personne entretient avec ce médecin (est-ce son médecin de longue date ? parle-t-elle de « médecin de famille » ? le MT a-t-il connaissance de tous les problèmes de santé que la personne a déjà rencontrés ? l'a-t-il pris (ou la prend-il) en charge pour une maladie grave/chronique ?...).

3) Demander à la personne de parler de ses relations avec son MT pour savoir si elle a ou non la possibilité :

- a) de faire part au MT de tous ses soucis de santé et besoins de soins,
- b) d'être écoutée par son MT sur d'autres plans, pour d'autres difficultés : si oui, lesquelles ?,
- c) d'être encouragée dans son parcours de soins et dans l'observance de ses traitements (surtout si maladie chronique/grave),
- d) d'être orientée et guidée dans son parcours de soins,
- e) d'être informée sur les prescriptions faites et sur les conditions de leur prise en charge financière,
- f) d'être informée sur les conséquences éventuelles de la « non observance » des prescription (soins spécialisés, analyses, traitements médicamenteux...).

4) Demander s'il arrive à la personne :

- a) de ne pas honorer des rendez-vous : pourquoi, que dit le MT ?,
- b) de ne pas suivre les prescriptions médicales : pourquoi, que dit le MT ?,
- c) de souhaiter que son MT soit plus directif : dans quel cas, pourquoi ?
- d) de souhaiter que son MT l'informe davantage sur les prescriptions faites, sur le parcours de soins et ses étapes, sur les conditions de prise en charge financière des soins...
- e) de considérer que son MT lui propose trop de soins (« induction de la demande ») : la personne a-t-elle des exemples précis, comment réagit-elle dans ce cas ?
- f) d'écouter davantage ses proches, des messages à la TV ou à la radio, ..., que son MT pour décider de se soigner ou pas : si oui, dans quel cas et pourquoi ?

Thème 6 - BESOINS DE SOINS, RAPPORT AUX SOIGNANTS ET A LA SANTE

Commencer par poser la question suivante : De manière générale, comment réagissez-vous quand vous avez besoin de soins ? Puis continuer l'échange à partir des consignes suivantes :

1) Chercher à obtenir des informations pour comprendre le rapport général de la personne à ses besoins de soins :

- a) Chercher à savoir comment la personne réagit lorsqu'elle ressent un besoin de soins. A-t-elle d'emblée l'impression que personne ne pourra y répondre ? Cherche-t-elle à contacter un service ou un professionnel de santé ? Demande-t-elle conseil à son entourage ?,...
- b) Demander si la personne a globalement le sentiment que ses besoins de soins peuvent être pris en charge par les services et professionnels de santé ; si non, chercher à comprendre pourquoi.
- c) Demander si la personne pense que les soins auxquels elle renonce pourraient prochainement être pris en charge. Si oui, essayer de comprendre ce qui pourrait changer et enclencher le recours.

d) Demander s'il y a des soins auxquels la personne ne renonce pas : si oui, lesquels, pourquoi ? Essayer de comprendre ce qui amène la personne à demander ces soins. Est-ce parce que la personne connaît bien le professionnel de santé qui les dispense ? Parce que la personne a confiance en ce professionnel ? Parce que pour ces soins elle sait précisément où s'adresser ? Parce qu'elle sait que pour ces soins elle n'aura pas de reste à charge ? Parce que ces soins lui paraissent être plus urgents ?, ...

e) Demander si la personne a l'impression d'avoir toujours été (plus ou moins) en situation de renoncement aux soins,

f) En fonction des réponses au questionnaire de repérage concernant le renoncement d'autres membres de la famille, essayer d'avoir des précisions sur la situation par rapport aux soins au sein de la famille.

2) Chercher à caractériser les représentations et comportements de la personne par rapport :

a) aux professionnels de santé/soignants/à la médecine en général : quel niveau de confiance ? comment la personne l'explique ? la personne considère-t-elle que les soignants ont globalement, par le passé, su entendre ses demandes de soins ? Répondre à ses besoins de soins ? Essayer de savoir si des expériences passées, potentiellement difficiles ou conflictuelles, avec des professionnels de santé pourraient participer à expliquer le renoncement actuel aux soins. Si la personne est ou a été bénéficiaire de la CMU C, a-t-elle été victime de refus de soins de la part de certains professionnels de santé ? Si oui, comment a-t-elle vécu cela ? A-t-elle dans la foulée renoncé aux soins en question ou a-t-elle adressé sa demande à un autre professionnel ?

b) à sa santé en général : est-ce une préoccupation principale, secondaire ? Une priorité ? Une obligation ?... ; chercher à situer les réponses par rapport : à l'éducation, aux comportements familiaux en la matière, aux modes de vie et de consommation, aux représentations de ses responsabilités (notamment vis-à-vis d'autrui, par exemple des enfants...). Questionner au passage sur le rapport de la personne à la vaccination et au dépistage.

3) Chercher par ailleurs à savoir si :

a) la personne estime d'une façon générale bénéficier des aides auxquelles elle peut avoir droit,

b) elle ressent des difficultés à exprimer ses demandes auprès des administrations et services publics,

c) elle se sent légitime à demander des aides,

d) les demandes d'aides aux administrations (Allocations familiales, mairie, préfecture, etc.) lui paraissent plutôt faciles ou difficiles : pourquoi ?

e) la personne estime qu'avec la CPAM/CARSAT/MSA/RSI ... (selon le service à l'origine du questionnaire) les relations sont plus simples ou compliquées qu'avec d'autres administrations : pourquoi ?

Thème 7 – NIVEAU DE PRECARITE

Commencer par cette phrase : Nous arrivons quasiment au bout de notre entretien, pouvez-vous SVP répondre par Oui ou Non à ces quelques questions ? Puis continuer l'échange à partir des consignes suivantes :

1) Passer ces questions du score EPICES :

a) Rencontrez-vous parfois un travailleur social ? Oui/non

b) Etes-vous propriétaire de votre logement ? Oui/non

c) Y a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...) ? Oui/non

d) Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des douze derniers mois ? Oui/non

e) Etes-vous allé au spectacle au cours des douze derniers mois ? Oui/non

f) Etes-vous parti en vacances au cours des douze derniers mois ? Oui/non

g) Au cours des six derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille, autres que vos parents ou vos enfants ? Oui/non

h) En cas de difficultés, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ? Oui/non

- i) En cas de difficultés, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ? Oui/non
- 2) Si cela n'a pas été indiqué au cours de l'entretien, demander ces dernières précisions :
- a) Le niveau de ressources mensuelles. En € ;
 - b) Le niveau du reste pour vivre mensuel (manger, s'habiller, sortir...) une fois toutes les charges « fixes » payées (loyer, énergie, assurances, remboursements, impôts ...). En €.
 - c) Quel est votre métier ? Exercez-vous cette profession depuis longtemps ?
 - d) Avez-vous des enfants ?
 - e) Depuis combien de temps êtes-vous installé dans la région ? Dans le département ?
 - f) Avez-vous des problèmes en ce moment ? (Demander de préciser s'il s'agit de problèmes familiaux, professionnels, financiers, d'ordre personnel,...)
 - g) Avez-vous confiance dans vos possibilités pour les résoudre ?
 - h) Pensez-vous que les choses vont s'améliorer : pourquoi, comment ?

REMERCIEMENTS

SYNTHESE D'ENTRETIEN N° ...

1. La synthèse et la consultation de la fiche client Medialog laissent penser à une problématique de non recours aux droits :

- Aux droits de base OUI NON
- A une ETM OUI NON
- Absence carte vitale OUI NON
- Absence médecin traitant OUI NON
- Absence de lien OC OUI NON

78

⇒ **L'information sur les ressources mettent en évidence un probable droit à :**

- à l'ACS OUI NON
- à la CMUC OUI NON
- à l'ASI OUI NON

2. L'assuré n'a pas de mutuelle et pourrait avoir besoin d'un accompagnement au choix d'un OC :

OUI NON

3. La personne semble avoir un contrat OC inadapté à sa situation :

OUI NON

4. La synthèse fait apparaître que l'assuré n'a pas compris les usages de ses droits (tiers payant, panier de soins, renouvellement des droits ...) :

OUI NON

5. Dans les 12 mois précédant le repérage du renoncement, l'assuré a-t-il eu des rencontres avec des services de l'Assurance Maladie ?

- | | | | |
|-------------------------------------|------------------------------|------------------------------|----------|
| Visite à l'accueil | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | Nombre : |
| Appel PFS | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | Nombre : |
| Convocation service médical | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | Nombre : |
| Entretien service social | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | Nombre : |
| Passage d'un examen de santé au CES | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | Nombre : |
| Demande de secours ou aide ASS | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | Nombre : |

79

6. L'assuré a-t-il rencontré des difficultés dans le traitement de son dossier, qui aurait pu avoir un impact sur le renoncement (suspension IJ, refus de droit, consolidation AT, passage invalidité, mutation de son dossier....), et qui auraient pu donner lieu à repérage du risque de non recours aux soins ?

OUI NON

7. Quelles autres actions auraient pu être engagées, en termes de « guidance », aides, orientations...afin d'identifier, ou prendre en compte la situation de renoncement ?

L'ANALYSE DE LA SITUATION CONDUIT LE COMITE A DECIDER DE REPRENDRE CONTACT AVEC L'ASSURE.

Précisez dans le cadre ci-dessous les actions que vous envisagez dans cette reprise de contact.

Annexe4 *Tableau de contingence comparaison par sexe renonçants et non-renonçants dans l'Aude (enquête par questionnaire)*

Tableau 6 Tableau de contingence comparaison par sexe renonçants et non-renonçants dans l'Aude (enquête par questionnaire)

	Féminin	Masculin	Ensemble
Renonçants, - nombre	232	109	341
Fréquence relative colonne %	40,2%	31,5%	36,9%
Non-renonçants - nombre	345	237	582
Fréquence relative colonne %	59,8%	68,5%	63,1%

80

La colonne "ensemble" correspond au nombre de questionnaires qui ont pu être exploités : personnes dont le sexe était indiqué (Q5) et qui avaient précisé être renonçantes ou non-renonçantes (Q14) et non à l'ensemble des répondants (certains questionnaires ayant été mal administrés, il n'a pas toujours été possible de les exploiter).

Annexe5 *Tableau de contingence comparaison par âge renonçants et non-renonçants dans l'Aude (enquête par questionnaire)*

Tableau 7 Tableau de contingence comparaison par âge renonçants et non-renonçants dans l'Aude (enquête par questionnaire)

	18-24 ans	25-39 ans	40-59 ans	- de 18 ans	+de 60 ans	Ensemble
Renonçants - nombre	29	90	152	0	71	342
Fréquences relatives colonne %	39,7%	33,9%	39,2%	0%	34%	36,5%
Non-renonçants - nombre	44	175	236	1	138	594
Fréquences relatives colonne %	60,3%	66,1%	60,8%	100%	66%	63,5%

La colonne "ensemble" correspond au nombre de questionnaires qui ont pu être exploités : personnes dont la classe d'âge était indiquée (Q6) et qui avaient précisé être renonçantes ou non-renonçantes (Q14) et non à l'ensemble des répondants (certains questionnaires ayant été mal administrés, il n'a pas toujours été possible de les exploiter).

Annexe6 *Tableau de contingence comparaison par situation familiale renonçants et non-renonçants dans l'Aude (enquête par questionnaire)*

Tableau 8 Tableau de contingence comparaison par situation familiale renonçants et non-renonçants dans l'Aude (enquête par questionnaire)

	Autre	En couple avec enfants à charge	En couple sans enfants à charge	Seule	Seule avec enfant à charge	Ensemble
Renonçants - nombre	10	62	51	147	73	343
Fréquences relatives colonne %	52,6%	30,0%	31,7%	37,0%	48,0%	36,6%
Non-renonçants - nombre	9	145	110	250	79	593
Fréquences relatives colonne %	47,4%	70,0%	68,3%	63,0%	52,0%	63,4%

La colonne "ensemble" correspond au nombre de questionnaires qui ont pu être exploités : personnes dont la situation familiale était indiquée (Q7) et qui avaient précisé être renonçantes ou non-renonçantes (Q14) et non à l'ensemble des répondants (certains questionnaires ayant été mal administrés, il n'a pas toujours été possible de les exploiter).

Annexe7 *Tableau de contingence comparaison par CSP renonçants et non-renonçants dans l'Aude (enquête par questionnaire)*

Tableau 9 *Tableau de contingence comparaison par CSP renonçants et non-renonçants dans l'Aude (enquête par questionnaire)*

	Agriculteurs-exploitants	Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	Cadres et professions intellectuelles	Employés	Ouvriers	Professions intermédiaires	Retraités	Sans activité professionnelle	Ensemble
Renonçants - nombre	0	3	1	92	10	2	55	184	347
Fréquences relatives colonne %	0%	75%	16,7%	37,7%	25,7%	22,2%	32,9%	39,5%	37,1%
Non-renonçants - nombre	0	1	5	152	29	7	112	282	588
Fréquences relatives colonne %	0%	25%	83,3%	62,3%	74,3%	77,8%	67,1%	60,5%	62,9%

La colonne "ensemble" correspond au nombre de questionnaires qui ont pu être exploités : personnes dont la situation professionnelle (Q8) était indiquée et qui avaient précisé être renonçantes ou non-renonçantes (Q14) et non à l'ensemble des répondants (certains questionnaires ayant été mal administrés, il n'a pas toujours été possible de les exploiter).

Tableau 10 Rapport soins/santé : Comparaison des profils renonçants et non-renonçants dans l'Aude (enquête par questionnaire)

	Non renonçants		Renonçants		Ensemble	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Complémentaire santé						
Ne sait pas	2	0,34%	0	0%	2	0,21%
Non	52	8,81%	76	21,84%	128	13,65%
CMUC	178	30,17%	81	23,28%	259	27,61%
AME	1	0,17%	0	0%	1	0,11%
Oui autre	276	46,78%	145	41,67%	421	44,88%
ACS	81	13,73%	46	13,22%	127	13,54%
Médecin traitant						
Ne sait pas	3	0,51%	1	0,29%	4	0,43%
Non	27	4,58%	27	7,85%	54	5,78%
Oui	560	94,91%	316	91,86%	876	93,79%
Dernière consultation médecin						
6 derniers mois	526	88,85%	289	84,01%	815	87,26%
plus de 2 ans	7	1,18%	9	2,62%	16	1,71%
Entre 1 et 2 ans	15	2,53%	7	2,03%	22	2,35%
Entre 6 mois et 1 an	43	7,26%	37	10,76%	80	8,56%
Ne sait pas	1	0,17%	2	0,58%	3	0,32%
Perception état de santé						
Bon	258	43,73%	115	33,2%	373	39,85%
Mauvais	50	8,47%	49	14,16%	99	10,58%
Moyen	186	31,53%	143	41,33%	329	35,15%
Très bon	85	14,41%	25	7,23%	110	11,75%
Très mauvais	11	1,86%	14	4,05%	25	2,67%

La colonne "ensemble" correspond au nombre de questionnaires qui ont pu être exploités : personnes dont la situation « complémentaire santé » (Q9), « médecin traitant » (Q11), « dernière consultation chez un médecin » (Q12) et « perception de l'état de santé » (Q13) était indiquée et qui avaient précisé être renonçantes ou non-renonçantes (Q14) et non à l'ensemble des répondants (certains questionnaires ayant été mal administrés, il n'a pas toujours été possible de les exploiter).

Annexe9 *Tableau de contingence situation Complémentaire santé dans l'Aude (enquête par questionnaire)*

Tableau 11 *Tableau de contingence situation Complémentaire santé dans l'Aude (enquête par questionnaire)*

	Ne sait pas	Non	CMUC	AME	Autre complémentaire santé	Complémentaire santé avec ACS	Ensemble
Renonçants - nombre	0	76	81	0	145	46	348
Fréquences relatives colonne %	0%	59,4%	31,3%	0%	34,4%	36,2%	37,1%
Non-renonçants - nombre	2	52	178	1	276	81	590
Fréquences relatives colonne %	100%	40,6%	68,7%	100%	65,6%	63,8%	62,9%

La colonne "ensemble" correspond au nombre de questionnaires pouvant être exploités (personnes dont la situation vis-à-vis de la complémentaire était indiquée (Q9) et qui avaient précisé être renonçantes ou non-renonçantes (Q14) et non à l'ensemble des répondants ; certains questionnaires ayant été mal administrés, il n'a pas toujours été possible de les exploiter).

Annexe10 *Tableau de contingence situation médecin traitant dans l'Aude (enquête par questionnaire)*

Tableau 12 *Tableau de contingence situation médecin traitant dans l'Aude (enquête par questionnaire)*

	Ne sait pas/répond pas	Non	Oui	Ensemble
Renonçants - nombre	1	27	316	344
Fréquences relatives colonne %	25%	50%	36,1%	36,8%
Non-renonçants - nombre	3	27	560	590
Fréquences relatives colonne %	75%	50%	63,9%	63,2%

La colonne "ensemble" correspond au nombre de questionnaires pouvant être exploités (personnes dont la situation vis-à-vis du médecin traitant était indiquée (Q11) et qui avaient précisé être renonçantes ou non-renonçantes (Q14) et non à l'ensemble des répondants ; certains questionnaires ayant été mal administrés, il n'a pas toujours été