

**Aurélie Delcros**

**Diagnostic de l'accès aux soins en Languedoc-Roussillon.  
MONOGRAPHIE DE LA LOZÈRE.**

Chef de projet CCSS Lozère : P. FEVRIER.  
Coordination scientifique : ODENORE - H. REVIL et P. WARIN

Mars 2016



# Sommaire

Glossaire.....	5
Introduction .....	6
<b>1. Les « renonçants » : éléments de caractérisation, contexte et parcours de vie.....</b>	<b>8</b>
<b>1.1. Des personnes isolées .....</b>	<b>8</b>
1.1.1 Des personnes seules : célibat et isolement familial.....	8
1.1.2 Non-activité professionnelle et isolement social .....	9
<b>1.2. Des personnes fragiles et fragilisées par des « ruptures », souvent inscrites dans un parcours de soins.....</b>	<b>10</b>
1.2.1 Des personnes en mauvaise santé. ....	11
1.2.2 Le poids des ruptures biographiques.....	11
<b>2. Les besoins de soins non satisfaits.....</b>	<b>13</b>
<b>2.1. Les soins dentaires, les besoins en optique et les soins spécialisés. ....</b>	<b>13</b>
2.1.1 Prothèses dentaires et soins conservateurs.....	13
2.1.2 Consulter un ophtalmologiste et acheter des lunettes.....	14
2.1.3 Consulter un spécialiste ou un professionnel paramédical.....	15
<b>2.2. Durées et perceptions des renoncements .....</b>	<b>16</b>
2.2.1 Du report temporaire au renoncement durable .....	16
2.2.2 Perceptions du renoncement .....	17
<b>3. Les raisons et les explications du renoncement .....</b>	<b>19</b>
<b>3.1. Des causes économiques .....</b>	<b>19</b>
3.1.1 Une connaissance précise des restes à charges.....	20
3.1.2 Une anticipation des frais médicaux .....	21
<b>3.2. Un imbroglio d’explications sociales et territoriales.....</b>	<b>22</b>
3.2.1 Des explications territoriales, la question du « désert médical » en Lozère. ....	22
3.2.2 Des explications sociales et idéologiques.....	23
<b>3.3. Des raisons « personnelles » pour une minorité de renonçants : du manque de disponibilité à la peur de se faire soigner.....</b>	<b>25</b>
<b>4. Conséquences du renoncement et comportement intégré.....</b>	<b>28</b>
<b>4.1. Conséquences sur l’état de santé des renonçants.....</b>	<b>29</b>
4.1.1 Des conséquences psychologiques .....	29
4.1.2 Des conséquences physiques et médicales .....	30
<b>4.2. Conséquences sur la vie sociale et professionnelle .....</b>	<b>32</b>
4.2.1 Conséquences sur la vie sociale .....	32
4.2.2 Conséquences du renoncement sur la vie professionnelle .....	33

<b>5. Réactions face au renoncement des divers acteurs engagés par l'enquête.....</b>	<b>35</b>
<b>5.1. Actions et réactions des renonçants.....</b>	<b>35</b>
5.1.1 Améliorer sa situation financière .....	35
5.1.2 L'aide des services sociaux, des proches, des professionnels de santé.....	37
<b>5.2. Actions et limites des comités d'analyse.....</b>	<b>39</b>
5.2.1 Les pistes d'actions individualisées mises en œuvre suite aux comités d'analyse.....	40
5.2.2 Limites des actions individuelles et réflexions pour des pistes d'actions plus générales..	41
<b>5.3. Les difficultés de guidance soulevées par l'enquête .....</b>	<b>43</b>
<b>Conclusion.....</b>	<b>45</b>
<b>Annexes .....</b>	<b>46</b>
<i>Annexe 1 Questionnaire utilisé pour le repérage .....</i>	<i>46</i>
<i>Annexe 2 Guide d'entretien - Odenore .....</i>	<i>50</i>
<i>Annexe 3 Grille d'analyse administrative.....</i>	<i>56</i>

## Glossaire

---

AAH	Allocation aux Adultes Handicapés
ACS	Aide au paiement d'une Complémentaire Santé
BRSB	Baromètre du Renoncement aux Soins dans le Gard
CAF	Caisse d'Allocations Familiales
CARSAT	Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail
CCSS	Caisse Commune de Sécurité Sociale
CDD	Contrat à Durée Déterminée
CMU-C	Couverture Maladie Universelle – Complémentaire
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
EPICES	Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé
MSA	Mutualité Sociale Agricole
ODENORE	Observatoire DES NON-REcours aux droits et services
RSA	Revenu de Solidarité Active
RSI	Régime Social des Indépendants
SMIC	Salaire Minimum de Croissance

## Introduction

Saisir le renoncement aux soins est un projet ambitieux tant ce terme recouvre à la fois des situations, des comportements, des processus même, qui paraissent singuliers au premier abord. L'objectif de cette monographie est de rendre compte des problèmes d'accès aux soins en Lozère et de la diversité des situations en la matière, tout en cherchant des points communs permettant de comprendre le renoncement dans sa globalité. Il s'agit à la fois de décrire le phénomène tout en cherchant à l'expliquer ou du moins, à amener des pistes de réflexions permettant de saisir divers types de renoncements et tenter de mettre en exergue d'éventuels leviers d'action. Rappelons que cette notion de « renoncement » renvoie à des soins non satisfaits alors que les personnes en déclarent le besoin.

6

Fortes des conclusions du Baromètre du Renoncement aux Soins dans le Gard (BRSG)<sup>1</sup> réalisé précédemment par l'Odenore<sup>2</sup>, cette monographie a pour objectif d'éclairer le phénomène tel qu'il se donne à voir en Lozère. Pour ce faire, une première phase d'enquête quantitative a été menée auprès des assurés de la Caisse Commune de Sécurité Sociale (CCSS) de Mende. La première étape constitue une campagne de repérage (par questionnaires) du renoncement aux soins. Durant une période d'un mois environ<sup>3</sup>, toutes les personnes se présentant à l'accueil de la CCSS, des caisses de la Mutualité Sociale Agricole (MSA) et du Régime Social des Indépendants (RSI) de la Lozère ou se rendant dans les structures comme la Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail (CARSAT) ont répondu à un questionnaire relatif au renoncement aux soins. L'étude qualitative porte alors sur les assurés du régime général de la Sécurité Sociale, c'est-à-dire les 424 personnes qui ont ainsi répondu au questionnaire dont 145 personnes renoncent à au moins un soin au cours des 12 derniers mois<sup>4</sup>, soit un taux de renoncement de 34,2% pour les assurés du régime général de la Lozère. Parmi ces personnes exprimant un renoncement et qui ont accepté d'être recontactées pour un entretien, 50 ont fait l'objet d'entretiens approfondis<sup>5</sup> réalisés entre le 12 mai et le 15 juillet 2015. L'articulation de ces données à la fois quantitatives et qualitatives permet de s'attacher à montrer les caractéristiques principales du renoncement autant que les cas plus minoritaires susceptibles de révéler un aspect moins visible du phénomène qu'il ne faut pas pour autant négliger. Il est important de rappeler que les résultats présentés ici sont relatifs au renoncement aux soins en Lozère et qu'ils ne constituent qu'une partie du travail de recherche mené en région. L'ensemble du travail réalisé sur le sujet, au niveau du Languedoc-Roussillon, sera présenté dans un rapport rédigé par l'Odenore, à qui la responsabilité scientifique du diagnostic régional de l'accès aux soins a été confiée.

Partant de données de cadrage sur l'état économique sanitaire et social du département<sup>6</sup>, confrontées aux données statistiques portant sur les 145 renonçants lozériens et aux récits recueillis lors des entretiens, l'objectif est de décrire les renonçants et les types de soins non satisfaits en cherchant à expliquer ce phénomène à la fois en s'intéressant à des facteurs économiques, sanitaires et sociaux généraux mais aussi en se penchant sur les explications données par les renonçants. Si les raisons économiques constituent le principal frein à l'accès aux soins, l'enquête donne à voir au-delà, en prenant en compte notamment la dimension familiale du renoncement et les trajectoires des individus révélant ainsi de multiples raisons au renoncement.

<sup>1</sup> Odenore, « BRSG - Baromètre du Renoncement aux Soins dans le Gard », septembre 2014

[https://odenore.msh-alpes.fr/documents/rapport\\_final\\_brsq\\_19\\_septembre\\_2014.pdf](https://odenore.msh-alpes.fr/documents/rapport_final_brsq_19_septembre_2014.pdf)

<sup>2</sup> L'Observatoire des non-recours aux droits et services (Odenore) 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>

<sup>3</sup> Plus précisément du 9 mars au 3 avril 2015.

<sup>4</sup> Question 14 du questionnaire, cf. annexe 1, p. 47.

<sup>5</sup> 51 en réalité, dont un a été retiré du corpus car il s'est avéré que l'enquêtée n'était pas véritablement en situation de renoncement. Cf. guide d'entretien, annexe 2, p. 51 à 56.

<sup>6</sup> Un document intitulé « L'Etat des lieux économique, social et sanitaire en Languedoc-Roussillon » a été 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.

Tout au long de cette monographie, il s'agira en particulier de saisir dans quelle mesure le renoncement peut s'installer durablement en poursuivant l'hypothèse d'un « comportement intégré » variant selon le profil des renonçants, selon les raisons et les conséquences du renoncement. Dans une première partie nous présenterons les types de renonçants en insistant sur les caractéristiques sociales qui les fragilisent : un isolement familial, social et professionnel, renforcé par une ou plusieurs rupture(s) biographique(s) importante(s). Ensuite nous aborderons les types de soins non satisfaits, en montrant que si les besoins dentaires et en optique sont les plus couramment insatisfaits, l'accès aux spécialistes reste un problème important en Lozère. La troisième partie est consacrée aux explications et aux raisons des renoncements : des causes les plus économiques aux raisons les plus psychologiques en passant par les explications sociales et territoriales. Les conséquences des renoncements seront abordées plus particulièrement selon l'hypothèse du comportement intégré. Enfin la dernière partie, dont la portée plus réflexive et opérationnelle s'intéressera aux actions qui ont pu être menées (ou sont en cours) pour mettre fin au renoncement, de la part des renonçants eux-mêmes, des personnels administratifs et/ou des professionnels de santé.

7

Avant de préciser le profil des renonçants plus en détail, voici un récapitulatif des données quantitatives permettant de saisir les particularités des renonçants lozériens en comparaison avec les non-renonçants et l'ensemble des répondants<sup>7</sup>.

#### Comparaison des profils des renonçants et des non-renonçants

	Renonçants		Non-renonçants		Répondants	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
<b>Sexe</b>						
Féminin	100	69,44	153	52,91	254	60,62
masculin	44	30,56	121	47,09	165	39,38
<b>Age</b>						
Moins de 18 ans	0	0	0	0	0	0
De 18 à 24 ans	12	8,28	31	11,27	43	10,21
De 25 à 39 ans	48	33,10	79	28,73	128	30,40
De 40 à 59 ans	73	50,34	124	45	197	46,79
Plus de 60 ans	12	8,28	41	14,91	53	12,59
<b>Situation familiale</b>						
Seul(e)	58	40,28	104	37,55	162	38,39
Seul(e) avec enfant(s)	28	19,44	24	8,66	52	12,32
En couple sans enfant(s) à charge	23	15,97	46	16,61	70	16,59
En couple avec enfant(s) à charge	35	24,31	102	36,82	137	32,44
Autre	0	0	1	0,36	1	0,24
<b>Catégorie socioprofessionnelle</b>						
Agriculteurs exploitant	1	0,69	3	1,08	4	0,94
Artisans, commerçants et chefs d'entreprises	3	2,07	3	1,08	6	1,41
Profession intermédiaires	5	3,45	6	2,15	12	2,82
Cadres et professions intellectuelles supérieurs	4	2,76	10	3,58	14	3,29
Ouvriers	4	2,76	30	10,75	34	8
Employés	53	36,55	95	34,05	148	34,82
Sans activité professionnelle	67	46,21	103	36,92	170	40
retraités	8	5,52	29	10,39	37	8,71

<sup>7</sup> 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. Les « renonçants » : éléments de caractérisation, contexte et parcours de vie

Le profil sociologique des Lozériens qui renoncent à des soins, n'échappe pas aux caractéristiques générales communes des renonçants, telles qu'elles ressortent, en tout cas de l'analyse des données quantitatives collectées dans le cadre de ce diagnostic<sup>8</sup>, et que l'on peut brièvement résumer ainsi : ce sont plus souvent des femmes, sans activité professionnelle et plutôt des foyers monoparentaux. Si ces traits principaux se vérifient chez les renonçants de Lozère, il nous a semblé pertinent de nuancer notamment l'impact de l'isolement professionnel. Nous interrogerons d'abord la notion d'isolement en nous intéressant plus particulièrement à l'impact de l'isolement familial et professionnel avant de chercher à comprendre dans quelle mesure les ruptures biographiques des individus semblent prendre une part importante dans la compréhension de leur situation.

### 1.1. Des personnes isolées

#### 1.1.1 Des personnes seules : célibat et isolement familial

Dans le département de la Lozère, la part des personnes vivant « seules » est de 42,5% des ménages (36,3% de célibataires et 6,2% de famille monoparentale)<sup>9</sup> contre 53,5% qui vivent en couple (avec ou sans enfants, respectivement : 24% et 29,2%)<sup>10</sup>. En observant le profil des renonçants de la Lozère, élaboré à partir des données quantitatives, on constate que les personnes seules et sans enfants à charge sont surreprésentées (40,28% des renonçants<sup>11</sup> alors qu'elles ne représentent que 36,3%<sup>12</sup> de la population lozérienne). Cet effet de surreprésentation semble s'accroître pour les personnes seules avec enfants à charge puisqu'elles représentent 19,44%<sup>13</sup> des renonçants lozériens alors que la part des familles monoparentales n'est que de 6,2%<sup>14</sup> à l'échelle du département. Au sein du corpus qualitatif, 22 personnes vivent en couple. 28 personnes sont célibataires (ou divorcées), dont 12 ont au moins un enfant à charge (auxquelles il faut ajouter ceux dont les enfants majeurs bénéficient d'une aide financière ponctuelle de leur parents 48-12, 48-47, ou les pères n'ayant pas la garde mais versant une pension, 48-10 et 48-14).

Comme l'indiquent les données quantitatives, la part de femmes est plus importante au sein des renonçants que celle des hommes : sur 144 renonçants lozériens, 100 sont des femmes (soit 69,44%)<sup>15</sup>. Sans doute cet effet de genre est-il renforcé par le fait que, les enfants étant le plus souvent confiés aux mères, les femmes constituent alors la plupart des ménages monoparentaux. Cette proportion est respectée au sein du corpus qualitatif puisqu'on compte 36 femmes et 14 hommes.

D'après les entretiens, il ressort de nombreux cas où le célibat est plutôt synonyme d'un isolement familial et social (48-06, 48-09, 48-19, 48-24, 48-31, 48-43, 48-44 et 48-49). Un enquêté l'exprime clairement :

<sup>8</sup> 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.

<sup>9</sup> Etat des lieux économique, social et sanitaire en Languedoc-Roussillon, p. 2 – Cet état des lieux a été 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.

<sup>10</sup> Etat des lieux économique, social et sanitaire en Languedoc-Roussillon, p. 2.

<sup>11</sup> Document : « renonçants département général », p. 3 - Document présentant les principaux tris à plat réalisés par l'Odenore à partir des données quantitatives collectées dans le cadre du diagnostic.

<sup>12</sup> Etat des lieux économique, social et sanitaire en Languedoc-Roussillon, p. 2.

<sup>13</sup> Document : « renonçants département général », p. 3.

<sup>14</sup> Etat des lieux économique, social et sanitaire en Languedoc-Roussillon, p. 2.

<sup>15</sup> Document : « renonçants département général », p. 1. L'effectif total est de 144 sans doute en raison d'une non-réponse.

✓ « *Je me suis un peu isolé (...) je me sens seul surtout affectivement.* » (48-06)

Cependant, il faut nuancer ce constat en établissant une légère distinction entre la situation familiale et l'isolement individuel. Si dans la plupart des cas, ces deux aspects concordent, notons quelques exceptions où le célibat n'est pas synonyme d'isolement familial : les cas où les personnes sont revenues vivre chez leurs parents par exemple (48-05, 48-11 et 48-15). Un autre cas d'une personne célibataire mais logée gratuitement dans le même immeuble que ses parents (48-28) ou celui d'une femme divorcée (avec deux enfants) logée temporairement dans un appartement de sa sœur (48-32). Inversement, le couple ne protège pas complètement de l'isolement social et familial mais peut aussi révéler des situations de solitude ou d'isolement « à deux ». C'est le cas d'une femme de 32 ans qui est mariée et en arrêt maladie (48-07). N'ayant travaillé qu'à temps partiel, elle est complètement dépendante de son mari financièrement. Elle est aussi très isolée socialement (pas d'amis, peu de contacts extérieurs) en dépit de la proximité de son père avec qui elle n'est pas en bons termes. Ce cas illustre alors l'existence d'un l'isolement social malgré la vie maritale et une proximité familiale. Le couple ne protège donc pas toujours de l'exclusion sociale mais peut aussi constituer au contraire un élément d'isolement, comme c'est le cas de ce jeune couple (elle a 21 ans, 48-22) qui ont quitté leur domicile familial pour s'installer ensemble en Lozère, loin des leurs.

### 1.1.2 *Non-activité professionnelle et isolement social*

L'isolement social est souvent la conséquence d'une exclusion du monde du travail qui prive alors l'individu d'un moyen de tisser des relations sociales. La situation professionnelle peut alors être appréhendée comme un indicateur de l'isolement social même si elle ne suffit pas à l'expliquer entièrement. Au niveau régional, la Lozère est le département le moins touché par le chômage<sup>16</sup>. Les personnes sans activité professionnelle représentent seulement 13,8%<sup>17</sup> de la population lozérienne mais 46,21% des renonçants<sup>18</sup> alors que les retraités représentent 32,9%<sup>19</sup> de la population lozérienne mais seulement 5,52% des renonçants<sup>20</sup>. Si ces derniers renoncent moins à leurs besoins de soins, c'est sans doute que leur situation financière est plutôt stable (même si elle peut être précaire) ce qui leur permet une visibilité qui échappe à ceux qui alternent des périodes d'emploi et de chômage. Sur les 5 enquêtés à la retraite, une seule témoigne d'un isolement familial et social qui, selon nous, est surtout à imputer à son récent déménagement (48-09), alors que les autres maintiennent un minimum de liens familiaux (48-29, 48-30, 48-42) ou sociaux (par le biais d'associations par exemple pour 48-42).

Parmi les personnes sans activité professionnelle, l'enquête qualitative permet d'affiner diverses situations qui n'ont pas les mêmes effets sur le renoncement. Avant cela, rappelons, que l'échantillon est composé de 21 personnes qui ont une activité professionnelle stable au sein desquelles il faut préciser que seuls 10 enquêtés travaillent au moment de l'entretien<sup>21</sup>, et que les 11 restants sont momentanément arrêtés, soit pour maladie (c'est le cas pour 5 personnes<sup>22</sup>), soit pour congé maternité ou parental pour 6 d'entre elles<sup>23</sup>. Selon les niveaux de revenus, cette absence d'activité momentanée est susceptible d'occasionner une baisse de revenu comparable à celle vécue par les personnes en invalidité, et entraîner ainsi un renoncement temporaire.

<sup>16</sup> Etat des lieux économique, social et sanitaire en Languedoc-Roussillon, p. 4.

<sup>17</sup> Etat des lieux économique, social et sanitaire en Languedoc-Roussillon, annexe 2, p. 16.

<sup>18</sup> Document : « renonçants département général », p. 4.

<sup>19</sup> Etat des lieux économique, social et sanitaire en Languedoc-Roussillon, annexe 2, p. 16.

<sup>20</sup> Document : « renonçants département général », p. 4.

<sup>21</sup> Synthèses 48-03, 48-17, 48-23, 48-25, 48-26, 48-32, 48-36, 48-41, 48-45 et 48-50.

<sup>22</sup> Synthèses 48-07 (non indemnisé), 48-12, 48-21, 48-39, et 48-48.

<sup>23</sup> Synthèses 48-01, 48-04, 48-20, 48-35, 48-46 et 48-47.

Au sein de l'échantillon, 15 enquêtés n'ont pas d'activité professionnelle stable : 9 sont en Contrat à Durée Déterminée (CDD) ou en intérim, ou effectuent des remplacements<sup>24</sup> : 2 sont au chômage et touchent des indemnités (48-06 et 48-40), 4 n'exercent qu'une activité partielle et bénéficient le plus souvent du Revenu de Solidarité Active (RSA) en complément (48-11, 48-14, 48-15) ou viennent d'en faire la demande (48-05). Enfin, une personne débute une activité de sophrologie qui ne semble pas être une véritable source de revenu (48-18).

Les raisons de l'isolement social des personnes en renoncement aux soins peuvent ainsi être multiples. Souvent liées à l'absence d'activité professionnelle qui de fait, prive les individus d'une certaine intégration sociale, dans certains cas, c'est la maladie qui les a coupés de la possibilité de travailler et donc qui les a désaffiliés socialement. On comptabilise ainsi 10 personnes<sup>25</sup> inaptes professionnellement. Excepté pour 2 d'entre elles (48-28 et 48-23) pour qui, des raisons psychiatriques expliquent qu'elles n'aient jamais travaillé ; ces personnes ont pour la plupart été licenciées pour inaptitude et perçoivent soit une pension d'invalidité soit une Allocation aux Adultes Handicapés (AAH). Quelle que soit leur pathologie, toutes doivent alors faire face à une baisse de revenus qui peut représenter jusqu'à 50% de leurs revenus précédents (48-09, 48-13). Le fait de ne plus être en capacité de travailler a des conséquences économiques mais aussi psychologiques qui participent à l'exclusion sociale :

✓ « *Je restais enfermée chez moi.* » (48-12)

Une enquêtée atteinte de fibromyalgie a, quant à elle, fait le choix de conserver un « petit travail » à hauteur de quelques heures par semaine dans une épicerie précisément dans le but de maintenir un minimum de lien social (48-08).

## **1.2. Des personnes fragiles et fragilisées par des « ruptures », souvent inscrites dans un parcours de soins**

D'un point de vue économique, plusieurs indicateurs montrent que la Lozère n'est pas le département le plus pauvre de la région Languedoc-Roussillon. Le revenu annuel médian des ménages par unité de consommation est de 18 337 euros<sup>26</sup>, soit le second plus élevé de la région après l'Hérault. La carte présentant les taux de chômage montre également que la Lozère est le département le moins touché<sup>27</sup> de la région et dont le taux se rapproche le plus de la moyenne nationale, excepté pour le sud-ouest du département, en particulier la zone des Cévennes. Cette tendance est confirmée par les indicateurs mesurant la précarité à travers la part des bénéficiaires des minima sociaux (4% bénéficient du RSA contre 10,4% sur la région et 7% sur la France)<sup>28</sup> ou la part de bénéficiaires de l'Aide au paiement d'une Complémentaire Santé (ACS) et de la Couverture Maladie Universelle – Complémentaire (CMU-C) (6,3% bénéficient de la CMU-C en Lozère contre 14% pour la moyenne régionale et 10% sur la France)<sup>29</sup>. Les indicateurs synthétiques appréhendant le taux de pauvreté donnent à voir des résultats similaires : la Lozère est plutôt constituée de zones périurbaines ou de communes rurales « moins touchées par la pauvreté »<sup>30</sup> excepté la zone cévenole et quelques communes du nord.

<sup>24</sup> Synthèses 48-14, 48-15, 48-22, 48-24, 48-31, 48-34, 48-37, 48-38 et 48-49

<sup>25</sup> Synthèses 48-02, 48-08, 48-09, 48-10, 48-13, 48-16, 48-19, 48-27, 48-28 et 48-43.

<sup>26</sup> Etat des lieux économique, social et sanitaire en Languedoc-Roussillon, p. 3.

<sup>27</sup> Etat des lieux économique, social et sanitaire en Languedoc-Roussillon, p. 4.

<sup>28</sup> Etat des lieux économique, social et sanitaire en Languedoc-Roussillon, p. 5.

<sup>29</sup> Etat des lieux économique, social et sanitaire en Languedoc-Roussillon, p. 11.

<sup>30</sup> Etat des lieux économique, social et sanitaire en Languedoc-Roussillon, cartes pp. 6 et 7.

La fragilité de la population lozérienne et de surcroît, de ses renonçants, ne tient donc pas à une situation économique particulière marquée par la précarité ou la pauvreté mais semble renvoyer davantage à une fragilité autre qu'il s'agit de comprendre. Nous poursuivrons donc ici l'hypothèse d'une fragilité particulière liée à l'état de santé des renonçants qui ne sont pas exclus de tout rapport au système de soins mais qui cumulent les besoins de soins auxquels ils ne peuvent entièrement répondre.

### 1.2.1 *Des personnes en mauvaise santé.*

Avant d'aborder l'état de santé des renonçants, notons d'abord que la population lozérienne n'est pas plus en dehors du système de santé qu'ailleurs, bien au contraire. En effet, c'est en Lozère que le nombre d'assurés sans complémentaire santé est plus faible puisque leur part est de 16,5% contre 19,3% en Languedoc-Roussillon et 18,9% pour la France<sup>31</sup>. Parmi les renonçants, 69,44% ont une complémentaire santé sans aide, 11,81% bénéficient de la CMU-C et 5,56% d'une mutuelle avec ACS. Ainsi, 13,19% des renonçants n'ont aucune complémentaire santé<sup>32</sup>. Si l'absence de complémentaire santé en général est un frein à l'accès aux soins<sup>33</sup>, il semble que cela ne puisse pas être complètement le cas pour la Lozère. De même 91,03% des renonçants ont un médecin traitant et 83,45% l'ont consulté dans les 6 derniers mois<sup>34</sup>, montrant ainsi qu'ils sont, pour la grande majorité d'entre eux, inscrits dans un parcours médical ou du moins qu'ils sont « en contact » avec le système de soins.

Les données statistiques portant sur les renonçants permettent déjà de saisir l'aspect subjectif de la question de leur état de santé. Et comme le souligne l'analyse quantitative, la part des renonçants jugeant leur état de santé général « mauvais » est plus importante en Lozère (20,69% contre 15,27% pour la région)<sup>35</sup>. Plus objectivement, on pourrait saisir l'état de santé des assurés à partir du taux de personnes invalides au sein de la population. Ne disposant pas de cette donnée, la constitution du corpus qualitatif fait tout de même ressortir une part importante de personnes dont l'état de santé compromet notamment la possibilité d'une activité professionnelle. Parmi les renonçants enquêtés, 10 personnes sont en invalidité, 5 sont en arrêt maladie, pour des pathologies parfois lourdes qui laissent un doute quant à une éventuelle reprise du travail. Il peut s'agir d'un arrêt suite à un cancer (48-21) ou pour dépression (48-39) qui peut elle-même être la conséquence d'un autre problème de santé : la perte d'un bébé (48-07) ou encore, survenir suite à un problème indépendant comme un accident de travail (48-48).

A cette quinzaine de personnes dont la santé ne leur permet plus de travailler au moment de l'entretien, il faut ajouter celles qui cumulent les pathologies médicales (48-42, 48-48) ou encore les cas préoccupants, comme celui de la personne atteinte du syndrome de Poland (48-41) par exemple, qui continuent de travailler malgré l'aggravation de leur pathologie : on peut citer le cas d'un serveur renonçant à une opération du canal carpien qui lui génère pourtant des douleurs handicapantes dans son métier (48-11) et celui d'un homme atteint de fibromyalgie (48-31). Enfin, plusieurs enquêtés justifient, plus ou moins directement, leur installation en Lozère ou leur récent déménagement en mobilisant des raisons de santé. Pour certains, la Lozère est attractive par son climat (le Mistral, 48-19) ou plus généralement, le département attire les personnes qui cherchent une meilleure qualité de vie que celle offerte par la ville notamment, comme le montre le cas de cette femme de 22 ans qui a quitté Montpellier pour s'installer en Lozère en ayant la volonté d'arrêter son traitement antidépresseur.

### 1.2.2 *Le poids des ruptures biographiques*

<sup>31</sup> Etat des lieux économique, social et sanitaire en Languedoc-Roussillon, p. 10.

<sup>32</sup> Document : « renonçants département général », p. 5.

<sup>33</sup> Etat des lieux économique, social et sanitaire en Languedoc-Roussillon, p. 13.

<sup>34</sup> Document : « renonçants département général », pp. 19 et 20.

<sup>35</sup> Document : « renonçants département général », p. 21.

Force est de constater l'importance de la part des enquêtés n'étant pas originaire de Lozère même s'il est difficile de la chiffrer précisément puisque nous ne disposons pas systématiquement de cette information pour chacun d'eux. Il ressort de façon certaine que 26 personnes rencontrées en entretien ne sont pas originaires de Lozère mais sont venues s'y installer volontairement. Les raisons peuvent varier et elles jouent un rôle important dans la réussite de l'installation et dans l'intégration sociale de ces nouveaux arrivants. Ainsi, certaines personnes viennent en Lozère pour rejoindre un membre de leur famille : un conjoint (48-26, 48-46) ou une grand-mère qui se rapproche de son fils pour garder ses petits enfants (48-33) ou encore ces deux hommes de 41 et 52 ans revenus vivre chez leurs parents suite à une perte d'emploi et de revenus (48-11 et 48-15). Pour d'autres c'est un projet professionnel qui les amène en Lozère : une formation à l'Institut Universitaire de Formation des Maîtres (48-17 et 48-35<sup>36</sup>) ou une mutation professionnelle (48-13). Ce déménagement peut aussi résulter d'une volonté de « changer de vie » (48-01) ou d'améliorer sa « qualité de vie » (48-09, 48-10, 48-17), parfois sans projet ou sans attache particulière (48-07, 48-22) ce qui rend l'installation plus périlleuse socialement et économiquement. Certaines personnes ont choisi la Lozère en raison de leurs problèmes de santé : que ce soit pour « se mettre au vert » après une dépression dans le but d'arrêter la prise d'antidépresseurs (48-22) ou en raison de problèmes respiratoires (48-04, 48-19) ou d'intolérances diverses au climat (48-42). Certaines personnes ont enfin littéralement fuit des problèmes familiaux : une mère qui déménage pour protéger sa fille d'un père abusif (48-44) ou une femme divorcée dont le logement est ravagé par un incendie et qui se retrouve victime de vol de la part de son fils<sup>37</sup> (48-49). Enfin, un dernier cas qui présente un fort paradoxe : celui d'un homme (48-31) venu en Lozère pour un travail qu'il considère comme adapté à sa pathologie (fibromyalgie) et qui le conduit à renoncer à un ensemble de soins dont il bénéficiait auparavant en Midi-Pyrénées. Ce déménagement dans un hameau isolé l'a donc complètement exclu des soins dont il a besoin tout en le maintenant dans une situation financière précaire.

Comme on le voit, souvent les déménagements matérialisent une rupture biographique dont la plupart des enquêtés témoignent et qu'ils relient pour beaucoup à leur situation de renoncement. Il peut s'agir des suites d'un divorce plus ou moins récent (48-07, 48-23, 48-32, 48-40, 48-43, 48-49) qui est parfois directement lié à une maladie (48-08). Pour certains c'est un échec professionnel (48-11, 48-15, 48-38), pour d'autres (les personnes en invalidité) c'est la maladie ou l'accident qui marque la rupture. Parfois, celles-ci se cumulent indépendamment : citons le cas d'un homme qui a un cancer de la prostate durant une période de chômage (48-13), ou celui de cette femme qui a vécu un incendie après un divorce, en plus de se faire voler par son fils (48-49). Les ruptures peuvent aussi survenir en cascade. Comme c'est le cas pour cette mère de famille dont la fille a été victime d'abus de la part de son père. Pour protéger sa fille, elle démissionne et déménage, elle se retrouve seule avec sa fille, sans ressource tout en menant un combat juridique et en cherchant à offrir un soutien psychologique à sa fille (48-44). Quelques cas révèlent ainsi des parcours faits de ruptures régulières (48-42) ou des histoires de vie particulièrement difficiles qui laissent de lourdes traces dans la durée (prostitution par exemple, 48-48). Par-delà la singularité des récits de vie, force est de constater que ces ruptures, qu'elles soient « uniques », multiples et/ou en « cascade », contribuent selon les personnes à expliquer leur situation de renoncement aux soins.

<sup>36</sup> Cette enquêtée avait déménagé en Lozère il y a 6 ans pour suivre une formation à l'IUFM même si entre temps elle a abandonné ce projet pour en réaliser d'autres.

<sup>37</sup> Son fils lui ayant volé son numéro de carte bleue pour effectuer des achats sur internet, elle possède toujours ce compte bancaire dont le découvert l'empêche d'ouvrir un nouveau compte courant. Elle fonctionne donc uniquement avec un livret A, sans autre moyen de paiement que les espèces.

## 2. Les besoins de soins non satisfaits

En Lozère, le taux de non-consommation de soins est très légèrement supérieur aux taux régional et national puisque 8,7% des personnes de 16 ans n'ont eu aucun soin entre 2013 et 2014 (contre 7,7% pour la région et 8,1% au niveau national), cette part s'élève à 39,9% pour les soins dentaires (39,2% pour la région et 42,9% sur la France)<sup>38</sup>. La répartition géographique de cette absence de consommation de soins montre cependant une forte disparité entre le nord Lozère où le taux est moins élevé que le sud Lozère<sup>39</sup> et une partie du nord-ouest. Rappelons toutefois que l'absence de consommation de soins perçue au travers d'informations statistiques ne signifie pas qu'il n'y a pas des besoins de soins auxquels les personnes renoncent.

### 2.1. Les soins dentaires, les besoins en optique et les soins spécialisés.

En Lozère comme dans les autres départements<sup>40</sup>, les soins les moins satisfaits concernent le dentaire et l'optique, viennent ensuite les consultations de spécialistes. On observe que, souvent, les besoins en dentaire et en optique se cumulent chez les personnes comme l'indiquent l'enquête par questionnaire et confirmé par les entretiens. En effet, 39 personnes renoncent à un acte dentaire, 23 à des besoins en optique (consultation d'un ophtalmologiste et/ou lunetterie). On compte alors 19 personnes qui cumulent ces deux besoins. L'effet de cumul des renoncements amène certains assurés à hiérarchiser leurs besoins. Si cette stratégie leur permet alors d'en satisfaire un, cela a généralement pour effet de renforcer durablement l'autre besoin de soins qui reste donc insatisfait.

#### 2.1.1 Prothèses dentaires et soins conservateurs

En s'intéressant aux besoins de soins non satisfaits, on observe qu'ils concernent principalement les soins dentaires puisque le renoncement aux soins prothétiques concerne 68,97% des renonçants<sup>41</sup> et que le manque de soins conservateurs concerne 51% d'entre-eux<sup>42</sup>. Au sein du corpus qualitatif, on compte 39 personnes<sup>43</sup> qui renoncent (ou ont renoncé) à au moins un acte dentaire (conservateur, prothétique, ou les deux)<sup>44</sup>. Dans la plupart des situations, les personnes parviennent, à un moment ou à un autre, à faire les soins conservateurs pris en charge par l'Assurance maladie obligatoire et/ou complémentaire mais ne poursuivent pas leur parcours de soins jusqu'à satisfaire par exemple, un besoin de prothèse. Il faut enfin noter que pour certains enquêtés, l'arrachage de dents est privilégié pour stopper les douleurs comme une solution rapide et moins coûteuse qu'une série de soins (48-11, 48-12, 48-23, 48-34, 48-45, 48-46).

Parmi les 39 personnes renonçants à un soin dentaire, on ne compte que 6 personnes pour lesquelles le renoncement aux soins dentaires est l'unique renoncement. Pour elles, les besoins de soins sont les suivants : une opération des dents de sagesse (48-17), un parcours de soins prothétiques déjà entamés mais interrompus (48-20), une consultation de contrôle bucco-dentaire liée à une grossesse (48-26), un renoncement à des couronnes mais pas aux soins conservateurs (48-34), un renoncement à 6 implants

<sup>38</sup> Etat des lieux économique, social et sanitaire en Languedoc-Roussillon, p. 8.

<sup>39</sup> Etat des lieux économique, social et sanitaire en Languedoc-Roussillon, p. 9.

<sup>40</sup> Odenore, « BRSG - Baromètre du Renoncement aux Soins dans le Gard », septembre 2014, p. 23  
[https://odenore.msh-alpes.fr/documents/rapport\\_final\\_brsq\\_19\\_septembre\\_2014.pdf](https://odenore.msh-alpes.fr/documents/rapport_final_brsq_19_septembre_2014.pdf)

<sup>41</sup> Document : « renonçants département général », p. 33.

<sup>42</sup> Document : « renonçants département général », p. 32.

<sup>43</sup> Le renoncement peut concerner l'enquête directement ou un membre du ménage (conjoint, enfants).

<sup>44</sup> Pour l'une d'entre elles, il s'agit d'orthodontie, 48-40.

Diagnostic régional de l'accès aux soins en Languedoc-Roussillon – Monographie de la Lozère – mars 2016  
dentaires (48-36)<sup>45</sup>, une couronne (48-45). La plupart de ceux qui renoncent à un besoin dentaire cumule donc ce dernier à un autre besoin de soins, on dénombre ainsi 19 personnes qui cumulent des besoins en soins dentaires et en optique avec d'autres renoncements et 9 personnes<sup>46</sup> qui renoncent uniquement à ces deux besoins de soins. Pour certains, l'un de ses besoins a été récemment satisfait : achat de lunettes (48-14), appareil dentaire (48-19), ou une consultation d'un ophtalmologiste (48-33).

Pour les 19 personnes qui renoncent à la fois aux soins dentaires et optiques tout en cumulant ces deux besoins avec d'autres soins non satisfaits, on observe diverses situations. Pour 8 d'entre elles, les besoins dentaires et d'optique sont délaissés en raison d'une priorité donnée à leur pathologie la plus importante. C'est le cas des personnes ayant des pathologies lourdes nécessitant déjà beaucoup de soins : fibromyalgie (48-08), cancer (48-21) ou d'une femme de 32 ans qui vient de perdre un bébé (48-07). Chez d'autres le renoncement aux soins dentaires s'explique par une priorité accordée à la satisfaction d'autres besoins de soins (48-15 et 48-42), alors que certains renoncent aux soins dentaires comme à leurs autres besoins de soins (48-09, 48-44 et 48-48) et témoignent par là même d'un renoncement plus général.

Enfin, pour deux personnes, le besoin de soins dentaires a été révélé par un professionnel de santé car il a une incidence directe sur un autre problème de santé ou parce qu'il conditionne un autre renoncement. Il s'agit d'un homme qui renonce à une opération d'une artère fémorale bouchée en raison de problèmes dentaires (48-13) et d'une femme atteinte du syndrome de Poland et dont le posturologue lui a fortement conseillé de remplacer une dent manquante (48-41) susceptible d'avoir une influence directe sur son problème de posture.

Pour certaines personnes, l'absence de dents ne constitue pas, à leurs yeux, un besoin de soin. Le cas de cette femme de 36 ans est éloquent : elle fait les soins conservateurs, se fait arracher les dents douloureuses sans les faire remplacer :

- ✓ « Pourquoi faire ? C'est au fond ça me gêne pas (...) j'en ai pas besoin, je vais pas gaspiller de l'argent que ce soit de l'Etat ou le mien pour rien... c'est pas... après ça aurait été des dents de devant j'aurais fait mettre des dents ça c'est sûr, là ça se voit pas, enfin, y'a rien de... je veux dire si je vous le dis pas, vous le voyez pas... moi ça me gêne pas c'est une habitude à prendre. » (48-46)

Si certains besoins de soins peuvent être déniés par les enquêtés, certaines personnes ayant d'autres besoins de soins plus urgents sont susceptibles de déclarer leur besoin dentaire : nous pensons ici à ce couple de retraités qui renoncent à une opération des yeux pour monsieur et une opération de la hanche pour madame (48-42).

### 2.1.2 Consulter un ophtalmologiste et acheter des lunettes

Comme évoqué précédemment, les besoins de soins concernant la vue constituent les soins les plus renoncés après les soins dentaires. Ainsi, parmi les renonçants lozériens 50,34%<sup>47</sup> renoncent à la consultation d'un ophtalmologiste et 46,21%<sup>48</sup> à l'achat de lunettes ou de lentilles adaptées à leur vue. Au sein du corpus qualitatif, la moitié des enquêtés (25 personnes) déclare un besoin de lunettes ou d'une consultation chez un ophtalmologiste pour lui-même ou pour un membre de son foyer. Il ressort

<sup>45</sup> Cette enquêtée a besoin d'implants mais il faut noter qu'elle ne reste pas sans prothèse. Elle porte un appareil dentaire depuis 4 ans bien qu'elle ne le supporte pas. Elle a déjà fait faire 2 implants en bas qui la satisfont.

<sup>46</sup> Synthèses 48-01, 48-02, 48-13, 48-14, 48-18, 48-19, 48-22, 48-30 et 48-33.

<sup>47</sup> Document : « renonçants département général », p. 30.

<sup>48</sup> Document : « renonçants département général », p. 39.

Diagnostic régional de l'accès aux soins en Languedoc-Roussillon – Monographie de la Lozère – mars 2016  
par ailleurs que les besoins en lunetterie varient fortement d'un individu à l'autre et que ce renoncement peut être plus ou moins durable.

Le renoncement aux besoins en optique concerne principalement des personnes qui doivent changer de lunettes. Pour 12 enquêtés, la consultation d'un ophtalmologiste ou l'achat de lunettes n'est pas accessible, soit parce que ces personnes doivent faire face à d'autres soins (48-08), soit parce qu'elles renoncent à ce type de soins comme aux autres dont elles ont besoin (48-09, 48-27, 48-32, 48-48, 48-49), enfin, la plupart renonce à ses lunettes pour des raisons financières (48-16, 48-18, 48-19, 48-21, 48-33), nous y reviendrons, ce qui peut notamment conduire certains à privilégier les besoins de soins de leurs enfants avant leur propre vue (48-46).

Pour 7 personnes<sup>49</sup>, soit ce besoin a été reporté durant une période plus ou moins longue mais il a été récemment satisfait, soit le renoncement prend fin prochainement (le rendez-vous est pris par exemple). Pour certains, satisfaire ce besoin a fait l'objet d'un sacrifice financier (48-14) alors que pour d'autres il s'agit simplement d'une visite de contrôle décalée en raison des délais de rendez-vous (48-33) ou d'oubli (48-29) ; enfin, il peut aussi s'agir d'un besoin satisfait grâce à l'obtention récente de la CMU-C (48-43 et 48-44).

Enfin, 6 personnes présentent des besoins en optique très spécifiques. Deux d'entre elles ont trouvé des solutions financières pour se payer des lunettes très particulières et donc onéreuses mais indispensables. Une femme atteinte du syndrome de Poland qui, étant limitée dans ses mouvements de la nuque a besoin de verres lui permettant d'avoir le champ visuel le plus large possible (48-41). Un artiste-forgeron (mais aussi graphiste) qui a besoin de lunettes à la fois résistantes à la chaleur, adaptées à l'ordinateur tout en répondant à des critères esthétiques imposés par le style médiéval de ses spectacles de démonstration de métiers anciens (48-24). Les 4 autres personnes renoncent toujours à satisfaire leur besoin particulier : des lunettes adaptées à l'hypersensibilité à la lumière d'un homme atteint d'une algie vasculaire (48-02), un suivi ophtalmologique spécifique suite à une opération réalisée à Toulouse selon la technique du Cross Linking (48-06), des séances avec un orthoptiste par négligence (48-35) ou encore une opération des yeux pour un retraité qui cumule des troubles importants de la vision ainsi qu'un problème de cils qui poussent dans l'œil suite à un accident de voiture dans sa jeunesse (48-42). Notons que dans ce dernier cas, la personne a réalisé tous les examens nécessaires et donc elle connaît l'état médical de sa vue, ce qui n'est pas toujours le cas. En effet, on observe un effet d'anticipation, plus ou moins important selon les individus, qui les conduit à ne pas consulter un ophtalmologiste par anticipation du prix des lunettes (48-16, 48-19, 48-32, 48-44, 48-46, 48-49). A l'inverse, lorsqu'il s'agit juste d'un renouvellement de lunettes, certains parviennent à satisfaire leur besoin de lunettes sans consulter un ophtalmologiste (48-22 par exemple).

### 2.1.3 Consulter un spécialiste ou un professionnel paramédical

Consulter un spécialiste ou un professionnel paramédical (comme les kinésithérapeutes) en Lozère s'avère, semble-t-il, plus difficile que dans les autres départements de la région, en particulier pour des séances de kinésithérapie ou la consultation d'un gynécologue<sup>50</sup>. Après les besoins dentaires et optiques, ce sont en effet les besoins les moins satisfaits chez les renonçants lozériens : 18,62%<sup>51</sup> d'entre eux ont

<sup>49</sup> Synthèses 48-13, 48-14, 48-22, 48-29, 48-33, 48-43, 48-47.

<sup>50</sup> Ne disposant pas de données comparatives pour la Lozère au niveau de la population totale (annexe 8 de l'Etat des lieux, p. 20), ce constat est permis par la comparaison (avec la précaution requise quant à la signification des écarts de pourcentages) des taux lozériens à ceux des autres départements parmi les renonçants ; cf. Document : « renonçants département général », pp. 27 et 35.

<sup>51</sup> Document : « renonçants département général », p. 35.

besoin de séances de kinésithérapie et 17,93%<sup>52</sup> d'une consultation chez un gynécologue. Pour les besoins en kinésithérapie, il peut s'agir de séances prescrites auxquelles le patient ne peut se rendre (48-42) ou bien de besoins qui ne sont pas toujours déclarés dans le questionnaire mais qui apparaissent au fil de l'entretien, par exemple cette femme de 21 ans, en Lozère depuis 6 mois après avoir quitté Montpellier pour « vivre au vert ». Au détour d'une autre question, elle finit par évoquer des problèmes de dos pour lesquels son généraliste de Montpellier lui avait prescrit des séances de kinésithérapie qu'elle n'a jamais faites :

- ✓ « Euh... bah je crois que tous mes vaccins sont à jours... après j'ai pas de soin... on va dire régulier... si ce n'est le kiné qui pourrait me faire du bien si j'ai mal au dos... mais après j'ai pas... (...) faudrait aller voir un kiné, mais encore une fois j'étais sur Montpellier, j'avais pas le temps, une fois arrivée ici j'ai pas... 'fin je m'en suis pas occupée quoi... parce que je sais pas du coup au niveau du kiné comme ça marche... faudrait que je trouve... un médecin généraliste... » (48-22)

En ce qui concerne les besoins gynécologiques, il s'agit essentiellement du suivi recommandé. En général, les femmes consultent en cas de problèmes (kyste par exemple, 48-32) et certaines vont jusqu'à considérer que le rôle du gynécologue s'arrête là (48-45). Une femme a quant à elle consulté pour un problème sans gravité qui reste sans réelle solution thérapeutique malgré plusieurs consultations, d'où son renoncement actuel (48-38). Le renoncement à la consultation d'un gynécologue peut aussi concerner un suivi médical particulier suite à une intervention, par exemple cette femme qui n'a pas fait les examens (frottis) aux dates indiquées par son praticien après une conisation laser du col de l'utérus (48-43). Cette dernière, comme la seconde femme évoquée, livrent leur renoncement au fil de l'entretien sans l'avoir déclaré dans le questionnaire (contrairement aux deux autres cas cités : 48-32 et 48-38). Au travers de ces exemples, force est de constater une sous déclaration du renoncement au suivi gynécologique qui se confirme chez d'autres enquêtées (48-30, 48-33, 48-44), révélant par là même le fait qu'il n'est pas considéré comme un besoin de soin par ces femmes. Enfin, d'une durée variable, ce renoncement semble, pour certaines, s'installer durablement (48-32, 48-48, 48-49), puisqu'elles peuvent rester plus de 10 ans sans aucun suivi gynécologique (48-32, compagne de 48-37, 48-33).

Les enquêtés relatent aussi des difficultés à consulter d'autres spécialistes comme un dermatologue (48-04, 48-40, 48-48, 48-50), un ORL (48-48), un cardiologue (48-07, 48-12), un endocrinologue (48-12, 48-39), un rhumatologue (48-12, 48-27). Pour ce type de spécialités (comme pour les dentistes ou les ophtalmologistes dans les zones rurales), les renonçants mettent souvent en avant des raisons propres au département et qui renvoient globalement à l'idée du « désert médical », où le manque de praticiens et/ou leur éloignement géographique conduit ces derniers à pratiquer des délais importants pour obtenir un rendez-vous, ajoutant ainsi des raisons supplémentaires renforçant le renoncement. Enfin, on compte au moins 8 personnes qui estiment avoir besoin de consultation en médecines douces ou alternatives : homéopathie et principalement ostéopathie (48-06, 48-08, 48-09, 48-15, 48-24, 48-31, 48-44, 48-47) ou un besoin de cure thermale (48-08, 48-12, 48-31). Pour ces thérapies, l'argument financier de la non-prise en charge (ou partielle) de ce type de soins est alors largement mis en avant.

## 2.2. Durées et perceptions des renoncements

### 2.2.1 Du report temporaire au renoncement durable

Les renoncements sont variables quant à leur durée. Pour la moitié des renonçants, leur(s) besoin(s) de soin(s) existe(nt) depuis plus d'un an (et moins de 5 ans). En effet, parmi les renonçants lozériens : 25% estiment la durée de leur renoncement entre 1 an et 2 ans, pour 26,39% des renonçants lozériens, il dure depuis plus de 2 ans (et moins de 5 ans). Pour 22,22% d'entre eux, ce renoncement est plus récent (moins de 6 mois), et pour 13,19%, sa durée se situe entre 6 mois et un an. Enfin, 13,19% pensent que

<sup>52</sup> Document : « renonçants département général », p. 27.

leur renoncement dure depuis plus de 5 ans<sup>53</sup>. On observe donc une forte disparité laissant penser que les renoncements les plus durables semblent les plus intégrés alors que les plus récents sont potentiellement « en voie de sortie » et constitueraient plutôt des reports de soins que des renoncements *stricto sensu*.

Comme précédemment évoqué, on observe que certains renoncements sont en voie de sortie, voire même que certains soins ont déjà été entrepris entre le moment de la passation des questionnaires et la période des entretiens<sup>54</sup>. Par ailleurs, cette variabilité de la durée des renoncements fait également écho au cumul. Ainsi, si certains soins peuvent être satisfaits, ils le sont parfois au détriment d'autres soins pour lesquels la durée du renoncement tend alors à s'allonger, jusqu'à devenir une habitude. C'est peut être en partie en ce sens qu'il faut entendre les renoncements non déclarés, ce qui concourt à valider l'hypothèse selon laquelle plus le renoncement s'installe dans le temps, plus il devient une habitude qui finit par le masquer en n'étant même plus pensé par les personnes comme un besoin de soin. Cette remarque posée, il s'agit dès lors de s'intéresser à la question des perceptions subjectives du renoncement.

### 2.2.2 Perceptions du renoncement

Les renonçants lozériens sont caractérisés par une certaine incertitude quant à leur situation de renoncement. En effet, si 45,83% d'entre eux pensent que leur « situation peut changer prochainement »<sup>55</sup>, ils sont tout de même 36,11% à penser que leur situation ne s'améliorera pas prochainement et 18,06% à ne pas se prononcer (modalité de réponse : « ne sais pas »)<sup>56</sup>.

Les perceptions subjectives concernant l'évolution possible de la situation de renoncement correspondent parfois à une réalité objective. C'est par exemple le cas des personnes qui ont satisfait leur besoin de soins et qui, au moment de l'entretien, ne sont plus effectivement en situation de renoncement parce que leur situation a changé ( reprise d'une complémentaire santé ou bénéficiaire de la CMU) ou parce la raison du renoncement est précise et temporaire, par exemple le jeune homme qui reporte une opération des dents de sagesse après le concours qu'il doit passer (48-17) ou une femme jeune en congé parental dont les revenus du couple vont prochainement significativement augmenter (de 1600 à 2400 € ; 48-20). Si ces personnes parlent alors davantage de report, d'autres emploient aussi ce terme alors que leur situation objective (financière, état de santé...) laisse pourtant peu d'espoir de solutions pérennes.

Dans certains cas, les personnes perçoivent leur rapport aux soins comme insoluble et elles peuvent se résigner à employer le terme de renoncement. D'autres personnes, plus fragiles finissent par se murer dans le silence, parfois ce sont des larmes qui expriment leur désarroi et remplacent ainsi les mots. Enfin, il y a aussi des enquêtés qui vivent leur situation comme une injustice qui s'exprime alors sous forme de colère, voire de dénonciation. Celle-ci peut prendre diverses formes même si elle dit toujours en filigrane un sentiment d'exclusion qui peut passer par la dénonciation de l'assistantat :

- ✓ « J'ai une complémentaire mais qui rembourse pas tout quoi voilà. Là où je trouve pas normal c'est que y'a des gens au... au RSA, qui ont la CMU à qui on paye tout quoi ! ça je trouve ça aberrant quoi ! Parce qu'en tant que travailleur on est pas remboursé et en tant que fouteur euh... hein voilà, les gens qui foutent rien, ils sont entièrement remboursés, je pense y'a un problème dans le système français ! » (48-14)

<sup>53</sup> Document : « renonçants département général », p. 22.

<sup>54</sup> Période d'environ 2 à 3 mois.

<sup>55</sup> Il serait d'ailleurs intéressant de savoir si cette variable présente une corrélation significative avec celle portant sur la durée du renoncement pour confirmer statistiquement l'hypothèse de la durée comme indice de comportement intégré.

<sup>56</sup> Document : « renonçants département général », p. 23.

Une femme VRP tient le même discours :

- ✓ « *De toute façon on perd tout à force que les gens abusent hein... On le sait, c'est partout pareil. Vous êtes réglo, vous faites attention, voilà euh... et vous voyez, alors c'est pareil je veux pas en revenir parce que y'a des gens riches qui abusent aussi de tout mais des gens qui voilà, ont le social euh, la CMU, voilà ils ont droit à des trucs que vous, vous avez pas droit, c'est ça que je trouve pas normal. On paie on cotise, on est dans la tranche où on paie tout plein pot, c'est pas équitable quoi, c'est pas normal... mais bon c'est comme ça, le social, on en fait de trop.* » (48-47)

D'autres enquêtés dénoncent la médecine plus globalement (48-24, 48-37) ce qui peut conduire à renforcer leur renoncement par une auto exclusion du système de soin.

Si une majorité de renonçants (53,79%) pense pouvoir bénéficier de soins quand elle en a besoin, ils sont 41,38% à considérer que l'accès aux soins est difficile dans leur situation (« avoir le sentiment de pouvoir bénéficier de soins quand vous en avez besoin »)<sup>57</sup>. Cette perception négative du contexte du renoncement peut en soi, jouer un rôle de renforcement de ce dernier. En tant que contexte qui participe et entretient la représentation selon laquelle les soins (dentaires et optiques surtout) sont chers et inaccessibles, cette représentation semble constituer un terrain propice à un renoncement fort puisqu'elle peut conduire à ne pas consulter et donc à déboucher sur un comportement intégré particulièrement difficile à déceler par les professionnels de santé.

---

<sup>57</sup> Document : « renonçants département général », p. 24.

### 3. Les raisons et les explications du renoncement

Sans surprise au regard des résultats de précédentes études, notamment celle du BRS<sup>58</sup>, le renoncement aux soins s'explique en grande partie par des raisons financières. Dire cela en ces termes ne constitue qu'un truisme qui cache en réalité une multiplicité de situations qu'il s'agit alors de démêler. Si des périodes de chômage, un divorce ou encore une maladie sont des éléments de ruptures biographiques aux répercussions financières, une situation de précarité durable peut aussi être à l'origine de certains renoncements. D'autres situations s'avèrent plus complexes car elles font intervenir des raisons matérielles qui finissent par alourdir encore les conséquences financières, par exemple les surcoûts que représentent l'éloignement géographique ou la nécessité de faire garder un enfant pour pouvoir se rendre à une consultation médicale.

#### 3.1. Des causes économiques

Parmi les renonçants, il semble pertinent de distinguer deux catégories. L'une que l'on peut qualifier de précaire - ne serait-ce que du point de vue de leurs revenus mais bien souvent aussi au sens du score Epices<sup>59</sup>, qui rassemble pour la plupart des personnes sans activité, dont les revenus se situent aux alentours des 700/800 € par mois et dont le reste pour vivre (une fois les charges payées) est quasi nul. La seconde catégorie se compose des personnes qui travaillent et dont le niveau de salaire (souvent au SMIC) leur permet de maintenir un équilibre financier pour leurs dépenses courantes. Alors que la précarité des premiers les conduit à chercher sans cesse des solutions financières ou matérielles pour assumer les besoins primaires (logement et nourriture), les seconds parviennent tout juste à les assumer mais se retrouvent en difficulté lorsqu'il s'agit de faire face à une dépense de santé importante ou « extraordinaire ». Ce constat invite alors à poursuivre deux hypothèses conjointement :

- celle d'une relation entre les raisons du renoncement et le type de soins renoncés, où les « restes à charge » concerneraient davantage les lunettes et les prothèses dentaires et l'« avance de frais » serait plutôt un frein aux soins plus courants (soins conservateurs, généraliste, gynécologue, achat de médicaments).
- celle d'une relation entre les raisons du renoncement et la situation professionnelle du renonçant où les actifs auraient plus tendance à citer les « restes à charge » que les inactifs, pour qui « l'avance de frais » reste un obstacle important à l'accès aux soins courants (soins conservateurs).

Ces raisons étant cumulables, elles renvoient aussi à des logiques différentes susceptibles d'interférer. Par exemple, pour certains, l'avance de frais ne constitue pas en soi une raison de renoncer car ils demandent aux professionnels de santé d'échelonner le paiement des soins en fonction des remboursements<sup>60</sup>. En revanche pour d'autres, même l'échelonnement des paiements ne suffit pas à lever le renoncement à un soin onéreux. Cela explique en partie pourquoi, la raison des « restes à charge » est la plus importante et la plus citée par les enquêtés, sans doute car elle renvoie à une réalité incompressible alors que l'avance de frais peut se contourner. Enfin, il nous a semblé pertinent de distinguer dans l'analyse les enquêtés pour qui les restes à charge sont précisément connus, témoignant par là même d'une démarche proactive face au renoncement, de ceux qui anticipent un reste à charge trop élevé. Anticipation que l'on peut alors interpréter comme l'indice d'un comportement plus intégré.

<sup>58</sup> Odenore, « BRS<sup>G</sup> - Baromètre du Renoncement aux Soins dans le Gard », septembre 2014

[https://odenore.msh-alpes.fr/documents/rapport\\_final\\_brsg\\_19\\_septembre\\_2014.pdf](https://odenore.msh-alpes.fr/documents/rapport_final_brsg_19_septembre_2014.pdf)

<sup>59</sup> Calculé pour chaque enquêté à partir d'une série de 11 questions, le score EPICES permet d'appréhender le niveau de précarité au-delà de la question des revenus, cf. « Le score EPICES : l'indicateur de précarité des Centres d'Examen de Santé de l'Assurance Maladie », rapport d'étude, janvier 2005.

[http://www.departement-information-medicale.com/wp-content/uploads/2009/05/re\\_prekarite.pdf](http://www.departement-information-medicale.com/wp-content/uploads/2009/05/re_prekarite.pdf)

<sup>60</sup> Synthèses 48- 15 et 48-45.

### 3.1.1 Une connaissance précise des restes à charges

Au sein des renonçants lozériens, le montant des restes à charge est la raison la plus citée (par 65,52% d'entre eux<sup>61</sup>), vient ensuite l'avance de frais pour 57,93%<sup>62</sup>. Comme nous l'avons vu précédemment ces raisons concernent principalement les actes dentaires prothétiques et les besoins en optique. Parmi ces personnes pour qui le reste à charge est une (des) raison(s) de leur renoncement, certaines sont tout à fait capables de chiffrer le coût de la prise en charge de leur besoin de soins<sup>63</sup>. C'est en particulier lorsque les besoins concernent les soins prothétiques que les personnes ont fait établir des devis et qu'elles connaissent précisément le montant des remboursements de la sécurité sociale et de leur complémentaire santé, ce qui leur permet d'estimer parfois à l'euro près le montant restant à leur charge. Une enquêtée viendra même à l'entretien avec ses devis précis pour ses lunettes et pour ses soins dentaires :

✓ « *Là 136 euros donc ça devrait aller à peu près, à 50 euros près, mais voyez sur les dents, regardez ce qui manque 349 + 470.* » (48-08)

Les renonçants qui évoquent les avances de frais semblent témoigner d'une situation financière peut-être plus précaire dans la mesure où cette raison ne renvoie pas forcément à une forte dépense liée à un soin coûteux qui en freine l'accès, mais révèle plutôt une situation précaire qui, parfois ne permet même pas de disposer de la vingtaine d'euros nécessaire à avancer le prix de la consultation d'un généraliste par exemple (48-27)<sup>64</sup>, et donc *a fortiori* le prix d'une consultation spécialisée. Etant donné que les personnes qui bénéficient de la CMU-C sont exonérées de cette avance, on peut faire l'hypothèse que cette raison concerne alors plutôt les personnes précaires financièrement mais dont les revenus se situent juste au-dessus des plafonds, en invalidité<sup>65</sup> ou ayant de petites retraites ou encore les plus jeunes en situation intermédiaire (en attente du RSA : 48-05).

Il faut aussi préciser que certains enquêtés mettent en avant des raisons financières à leur renoncement qui semblent en réalité cacher d'autres raisons. C'est le cas d'une enquêtée (48-18) qui renonce à une prothèse dentaire estimée à 3000 euros. Elle se contredit en disant par la suite, qu'elle et son mari, ont les moyens financiers d'assumer un tel soin. La personne restera d'ailleurs évasive sur ses revenus. Le fait qu'elle lance une activité de sophrologie en Lozère après un premier échec en Gironde, sans avoir un emploi alimentaire, laisse supposer soit qu'elle dispose d'une situation financière permettant d'assumer ce choix difficile ; soit un réel manque de discernement - ce qui n'est pas exclu. Sans chercher à démêler le vrai du faux, ce cas est intéressant en ce qu'il révèle certains biais de l'enquête qui s'avèrent alors instructifs pour saisir cet aspect du phénomène. On peut en effet s'interroger sur la pertinence (dans certains cas) de la raison financière en poursuivant l'hypothèse qu'il s'agit d'une raison des plus « évidentes » socialement. Evidentes au sens que la raison financière fonctionne comme un « allant de soi », un type de savoir qu'il n'est pas nécessaire d'explicitier. En ce sens, on observe que certains enquêtés masquent ainsi des raisons plus personnelles comme une certaine lassitude et ou une négligence qui sont plus difficiles à dire. C'est le cas pour cette femme d'agriculteur de 55 ans particulièrement isolée (48-27) qui renonce pour des problèmes financiers mais aussi par découragement et lassitude face à la longueur du processus de certains soins (infiltrations qui nécessitent 3 consultations de suite) ou à la multiplicité de ses besoins. Un enquêté de 44 ans (48-37) pour qui les restes à charges constituent une raison qui s'ajoutent à d'autres liées à

<sup>61</sup> Document : « renonçants département général », p. 52.

<sup>62</sup> Document : « renonçants département général », p. 64.

<sup>63</sup> Plus précisément : 14 enquêtés au sein de l'échantillon, synthèses : 48-01, 48-02, 48-08, 48-19, 48-20, 48-21, 48-30, 48-36, 48-38, 48-39, 48-40, 48-41, 48-42, 48-44.

<sup>64</sup> Cf. Synthèses 48-05, 48-07 (depuis qu'elle n'a plus la CMU), 48-08, 48-09, 48-12, 48-24, 48-27, 48-31, 48-37, 48-42, 48-44 (pour qui l'obtention de la CMU a levé 2 renoncements en 15 jours), 48-48, 48-49.

<sup>65</sup> Synthèses : 48-02, 48-08, 48-09, 48-10, 48-13, 48-16, 48-19, 48-27, 48-28, 48-43.

### 3.1.2 Une anticipation des frais médicaux

Certains renoncements pour raisons financières ne s'expliquent pas tant par un calcul comptable que par les représentations que les individus ont de l'accès à certains soins. Le fait de penser les soins comme étant inaccessibles financièrement est une raison plus subjective mais tout aussi déterminante pour certains renoncements, notamment quand les anticipations faites par les renonçants sont erronées. Au niveau statistique, cette raison peut s'appréhender (en partie) à travers la modalité « je sais pas combien on va me demander pour ses soins » et qui concernent 35,86%<sup>66</sup> des renonçants lozériens, faisant de cette raison la troisième la plus citée.

Cette anticipation des frais trop élevés empêche alors les personnes de savoir précisément le montant des remboursements et donc des restes à charge, première étape indispensable à toute tentative de satisfaction du besoin de soin. Une jeune femme de 26 ans illustre alors parfaitement la force de ce processus :

✓ « *Le devis a suffi à me faire fuir.* » (48-34)

Même si dans ce cas, la personne fait établir un devis, cela met fin à sa démarche, illustrant par là même le phénomène d'anticipation qui peut à la fois concerner un devis mais aussi le reste de la démarche de connaissance des restes à charge. Cette représentation concerne principalement les prothèses dentaires et la lunetterie bien que la réalité des situations soit plus complexe que cela. En effet, les besoins de soins n'étant pas toujours éclairés par un avis médical (puisque les personnes ne consultent pas<sup>67</sup>), soit leur jugement se fonde sur un ancien devis, soit les enquêtés s'appuient sur les expériences d'autres personnes (plus ou moins proches) qui leur ont par exemple parlé des frais liés à certains soins, de l'ampleur des restes à charges concernant des actes médicaux particuliers. Ainsi, pour 7 personnes<sup>68</sup>, le reste à charge n'est pas précisément connu au sens où ils peuvent estimer le coût total du soin mais ne semblent pas en mesure de déduire exactement le montant du reste à charge. Une 8<sup>e</sup> personne (48-49) fait preuve d'un comportement intégré par rapport à ses renoncements puisqu'elle n'a même pas fait estimer les coûts de ses besoins prothétiques et en optique. Cela fait 7 ans qu'elle renonce à des lunettes et 23 ans qu'elle vit sans molaires.

Le principe de l'anticipation peut alors concerner l'impossibilité financière par le truchement d'une autre anticipation à caractère médical. Par exemple, cette femme qui renonce à une opération des varices car elle anticipe une durée d'arrêt maladie qui lui ferait perdre ses primes de dimanches, indispensables au budget de son ménage : (48-25). Cette durée est « supposée » par l'enquêtée mais pas attestée médicalement (ni par son praticien, ni par le médecin conseil de la CCSS<sup>69</sup>). Si cette anticipation s'avère fautive ici (ce qui n'est pas toujours le cas), elle participe à créer et entretenir la représentation sociale selon laquelle les soins sont chers et inaccessibles mais également l'idée que se faire soigner peut entraîner une impossibilité de travailler, au moins temporaire, et donc par là même une potentielle diminution des revenus des ménages. Représentations qui, à leur tour, ont pour effet particulièrement pernicieux de renforcer le renoncement puisqu'elle maintient les individus hors du parcours de soins. Les représentations sociales des individus ne sont pas construites en dehors de tout rapport avec le réel et si parfois elles peuvent s'avérer proches de la réalité, chez certains, cette anticipation (erronée ou déformante) les maintient dans une auto-exclusion du système de soins. Le cas de cette femme de 32 ans (48-07) sans activité et sans

<sup>66</sup> Document : « renonçants département général », p. 69.

<sup>67</sup> Synthèses : 48-09 (problème à la jambe), 48-11 (problème de canal carpien), 48-48 (multiples pathologies) et 48-49 (prothèses et lunettes).

<sup>68</sup> Synthèses 48-07, 48-16, 48-14, 48-15, 48-34, 48-45, 48-46.

<sup>69</sup> Lors du comité d'analyse.

Diagnostic régional de l'accès aux soins en Languedoc-Roussillon – Monographie de la Lozère – mars 2016  
moyens de déplacement qui renonce à consulter un dentiste est éloquent. Non seulement elle anticipe des frais importants pour ses soins dentaires mais elle pense aussi que l'absence de praticien dans sa ville (ce qui n'est pas le cas) et l'absence de moyens de transport l'empêchent de consulter un dentiste :

✓ « Bah déjà, j'ai pas le permis, j'ai pas de voiture donc déjà c'est un peu difficile. » (48-07)

Cette remarque pose alors la question du manque d'informations non seulement comme un frein à l'accès aux soins mais aussi comme un levier d'action possible pour déconstruire ses représentations trompeuses qui participent pourtant activement au renoncement.

Enfin, il faut souligner un dernier aspect des raisons financières : les dépassements d'honoraires qui peuvent dans certains cas expliquer que le reste à charge soit trop élevé :

✓ « Moi ça fait un an et demi que je dois me faire opérer des yeux pour la paupière au point de vue rétine et tout que j'ai tout laissé tomber (...) j'ai 400... j'ai une fois 300 et une fois 100...150, j'ai 450 à payer d'avance alors les trucs qui sont pas remboursés là, les dépassements d'honoraires, je laisse tomber. » (48-42)

Lorsqu'il s'agit de consulter un spécialiste, parfois hors du département, certaines personnes peuvent par exemple consentir à faire le sacrifice financier pour un enfant, renforçant alors le renoncement à leurs propres soins (48-25). L'effet d'anticipation semble moindre pour cette raison puisque c'est bien l'expérience des dépassements d'honoraires sans en être préalablement informé (par exemple, un ophtalmologiste plus accessible géographiquement, 48-33, un gynécologue, 48-38) qui conduit ou participe au renoncement.

## 3.2. Un imbroglio d'explications sociales et territoriales

### 3.2.1 Des explications territoriales, la question du « désert médical » en Lozère.

Dans l'enquête par questionnaire, la quatrième raison la plus citée par les renonçants concerne la longueur des délais de rendez-vous (pour 35,17% des renonçants)<sup>70</sup> en particulier pour les consultations de spécialistes, d'ophtalmologistes et de dentistes. La durée de ces délais, qui peut aller jusqu'à plusieurs mois (en général 2 ou 3 mois, parfois jusqu'à 4 ou 6 mois), invite alors à aller chercher l'explication de certains renoncements par des causes propres au territoire : le manque de praticien et/ou leur éloignement géographique qui renvoient finalement plus généralement à la question des « déserts médicaux » des zones rurales.

Revenons un instant sur les données à disposition sur l'offre de soin pour le département. Conformément à la tendance observée sur la région, l'offre de soin (généralistes et dentistes par exemple) est inégalement répartie sur le territoire en faveur des zones urbaines et littorales. La Lozère étant le département le moins peuplé du Languedoc Roussillon et le plus éloigné de la côte, l'offre des généralistes - et celle des dentistes encore plus faible -, se concentre alors autour des quelques villes du département<sup>71</sup>.

Face à cette réalité territoriale, il semble logique que l'éloignement géographique constitue une raison du renoncement pour 20,69% des renonçants<sup>72</sup>. D'un point de vue plus qualitatif, il ressort des entretiens que cette explication territoriale peut aussi masquer plus généralement le manque et/ou l'absence de praticiens au sein du département. En effet, les personnes habitant loin des zones urbaines et donc des

<sup>70</sup> Document : « renonçants département général », p. 63. Rappelons que ce taux est plus élevé en Lozère que dans les autres départements, cf. Synthèse des premiers résultats quantitatifs, p. 11.

<sup>71</sup> Etat des lieux économique, social et sanitaire en Languedoc-Roussillon, pp. 14 et 15.

<sup>72</sup> Document : « renonçants département général », p. 53. Notons que cette raison est bien moins citée dans les autres départements : 2,87% pour l'Aude, 1,99% pour l'Hérault et 2,12% pour les Pyrénées Orientales.

pôles de santé, emploient ces deux « raisons » pour décrire la même réalité explicative de leur renoncement. En ce sens, dire qu'il n'y a pas de dentiste près de chez soi (à Langogne pour 48-07 par exemple) décrit la même situation que dire que le dentiste de Mende, par exemple, est – trop - éloigné de son domicile. Ainsi, « l'absence de praticien » de proximité peut aussi s'avérer être une facette de l'éloignement géographique, selon le point de vue duquel on se place.

En effet, les entretiens révèlent aussi une autre réalité derrière cette explication territoriale puisque certains enquêtés évoquent cette raison pour parler de l'absence de praticien dans le département, les éloignant de fait, géographiquement, des lieux de consultations. Il faut donc distinguer dans l'analyse ce qui relève de l'éloignement géographique (du généraliste par exemple) au sein du département de l'absence de praticien (spécialiste) en Lozère. L'hypothèse selon laquelle les raisons sont liées au type de soins se vérifie ici dans le sens où les personnes qui doivent consulter hors du département, ont plus souvent tendance à avoir des pathologies particulières qui ne peuvent être soignées en Lozère. Là encore, ce n'est pas systématiquement le cas. Il peut s'agir de préférences personnelles, mais aussi d'un choix stratégique pour les personnes habitant les zones limitrophes du département : les personnes vivant à Langogne par exemple (48-07, 48-28, 48-42) dont le domicile se situe à équidistance de Mende et du Puy-en-Velay et qui donc font le choix de se soigner en dehors du département ou de cette retraitée (48-33) qui vit près de La Canourgue, et qui met autant de temps pour se rendre à Millau que pour aller à Mende.

### 3.2.2 Des explications sociales et idéologiques

Les explications sociales des renoncements sont évidemment liées à la situation économique des individus dans la mesure où celle-ci détermine pour une large part le milieu social dans lequel il évolue. Appartenant à un groupe social, il en partage des valeurs, des normes, des manières de penser et d'agir - pour reprendre Durkheim. Il s'agit donc ici de dégager plus particulièrement la dimension sociologique des explications des renoncements et de voir dans quelle mesure elle vient s'imbriquer aux autres raisons précédemment évoquées. Etant donné l'importance des ruptures biographiques dans les parcours des enquêtés, il nous a semblé pertinent de ne pas négliger les conséquences sociales que constituent à la fois le déracinement territorial et la désaffiliation qu'elles produisent. L'isolement social de certains renonçants semble toujours lié à une rupture biographique professionnelle ou personnelle qui les a conduits, dans ces cas-là, à changer de région. Comme les différents aspects de cet isolement social ont été décrits dans la première partie, il nous a semblé plus intéressant de revenir plus spécifiquement ici sur l'impact du déménagement, en tant que cause sociale du renoncement.

Force est de constater la part importante de personnes isolées suite à leur déménagement. Etant donné qu'être entouré (ou en lien avec) par un réseau familial et/ou social peut être un moyen pour recevoir des informations sur les lieux où s'adresser pour obtenir une aide ou sur la présence d'un professionnel de santé à proximité, le fait d'être coupé de ses réseaux, par exemple lors d'un déménagement, peut participer au renoncement. Comme nous l'avons vu, cette mobilité géographique est parfois construite et motivée par un projet (professionnel, familial, personnel) comme elle peut résulter d'une fuite (48-44 et 48-49) qui fragilise alors plus encore les individus. Non seulement le déménagement déracine les individus de leurs liens familiaux et sociaux mais surtout il peut fragiliser leur réinsertion dans un parcours de soins. En effet, le fait de ne pas connaître de praticien, de ne pas savoir à qui s'adresser, ni même parfois à qui demander un conseil peut, chez certaines personnes, renforcer leur renoncement. Le cas d'un jeune couple qui vient de s'installer en Lozère en quittant le domicile de leurs parents illustre parfaitement le déracinement dont il est question :

- ✓ « Je sais pas... et puis encore faudrait que je trouve un kiné ici, je connais pas... non faudrait que je me renseigne... avec euh... bah avec mes proprios à la limite, que je regarde... que je

Cette explication n'est sans doute pas majoritaire statistiquement (6 personnes parmi les renonçants lozériens citent cette raison)<sup>74</sup> néanmoins, elle met en lumière des obstacles liés au manque d'informations et aux conséquences de l'isolement social.

Enfin, on ne peut passer sous silence un dernier type de raisons sociales mobilisées par les renonçants pour expliquer leur renoncement ; raisons que l'on pourrait qualifier d'idéologiques. A plusieurs reprises nous avons évoqué l'importance de la subjectivité des acteurs qu'il s'agit ici d'aborder brièvement. Au sein de ses explications idéologiques, il faut d'abord distinguer deux types de méfiances rencontrées parmi certains enquêtés : une *méfiance générale* envers la médecine et les professionnels de santé et d'autre part une méfiance plus *circonscrite*. Il peut s'agir parfois d'une véritable « opposition » à la médecine conventionnelle qui peut s'appuyer sur une formation et/ou la pratique d'une médecine dite alternative, (la sophrologie par exemple, 48-18) ou du moins une certaine proximité avec les médecines douces. Une femme en vient même à établir une comparaison avec les religions pour justifier son opposition :

- ✓ *« C'est pas de la réserve c'est carrément de l'opposition ! Mais je sais pas tous les gens adorent la médecine comme si c'était... non mais je vous dis, c'est une religion... et euh... oui... non mais déjà nos parents depuis ma tendre enfance nous ont élevés bio machin... tout ça... non mais je suis vraiment tombée dedans quand j'étais petite parce que au début des années 50 c'était pas fréquent (...) je considère que c'est une sorte de religion obligatoire, officielle et c'est c'est... c'est pas la mienne euh... et euh... et alors... avec des pratiques absolument scandaleuses comme les vaccins obligatoires qui rendent malade euh... » (48-30)*

---

<sup>73</sup> Il s'agit d'une jeune femme de 21 ans sans activité professionnelle régulière. Elle et son conjoint ne sont pas insérés professionnellement. Déracinés de leur région d'origine, le déménagement les coupe de leurs liens familiaux et amicaux. Enfin, leur déménagement étant en partie motivé par des raisons de santé (dépression), sa désaffiliation du système de santé (absence d'un médecin traitant) alors qu'elle est fragile psychologiquement fait de la situation de cette jeune femme un cas paroxystique qui a le mérite de mettre en lumière cet imbroglio d'explications.

<sup>74</sup> « Non connaissance de praticien » Document : « renonçants département général », p. 59.

On retrouve la même idée dans les propos d'un second enquêté, un artiste de 50 ans :

- ✓ « Alors moi je suis au courant de beaucoup de choses et je ne suis pas forcément en accord, c'est, on va dire que la médecine, c'est un peu comme les religions ou la politique... tout le monde n'a pas le même avis tout le monde ne met pas la priorité sur... telle ou telle chose... Et là en l'occurrence moi je connais bien euh... plusieurs systèmes, plusieurs manières de se soigner (...) y'a déjà les médecines naturelles, y'a, déjà la première chose c'est les remèdes de grands-mères, faut savoir une chose... c'est que l'allopathie... c'est inspiré de quoi ? De la médecine naturelle. » (48-24)

Certains n'expriment pas d'opposition envers la médecine mais révèlent plutôt une méfiance envers l'ensemble des professionnels de santé sans distinction (48-14)<sup>75</sup>, ce qui les distingue du second type dont le discours semble moins général.

D'autre part, il y a des enquêtés qui font preuve d'une *méfiance circonstanciée* envers certains praticiens. Certes la plupart des personnes entretient une relation de confiance avec son médecin traitant :

- ✓ « Ah ouais, on a une confiance aveugle avec mon docteur, super confiance elle sait que moi j'arrive à gérer ». (48-45)

Certains cependant se méfient de praticiens en particulier (question de la réputation) ou de certains services hospitaliers, comme le dit ironiquement mais sans détour cette mère de famille de 43 ans originaire de Lozère dont la méfiance justifie ses consultations hors du département (et certains dépassements d'honoraires pour les soins de ses filles) :

- ✓ « Par chez nous... on a des services... mais on a peur des services qu'on a (...)moi le chirurgien qui opère aussi bien du genou euh... de l'ongle incarné... de la circulation...sanguine et de [siffle trois courtes fois], je trouve qu'il fait beaucoup de chose quoi ! » (48-25)

Ce manque de confiance peut alors participer au renoncement par le truchement de l'éloignement géographique puisque le choix d'un professionnel de santé se fait rarement au hasard et nécessite une confiance minimale (issue de l'expérience personnelle ou de recommandations faites par des relations interpersonnelles diverses). Cette même enquêtée explique alors qu'elle renonce à se faire opérer des varices dans le département :

- ✓ « Il faut que je me fasse opérer des varices, j'ai déjà vu deux ou trois fois plusieurs trucs... Puis c'était pareil, je peux pas le faire ici » (48-25)

La confiance étant fondamentale dans l'accès aux soins, son absence peut aussi conduire les personnes à choisir de consulter plus loin (ou plus cher) un praticien auquel on accorde davantage sa confiance.

### **3.3. Des raisons « personnelles » pour une minorité de renonçants : du manque de disponibilité à la peur de se faire soigner**

Dernière catégorie de raisons évoquées par les renonçants pour expliquer leur renoncement : les raisons personnelles, c'est-à-dire propres aux situations individuelles. Nous avons classé parmi ces raisons le manque de disponibilité (qui concerne 21,38 % des renonçants en Lozère<sup>76</sup>) bien que cette raison ait un aspect professionnel évident. En effet, certains enquêtés qui exercent une activité professionnelle évoquent des incompatibilités entre leur emploi du temps et ceux des praticiens (48-12, 48-47). Les personnes dont les horaires varient peuvent avoir, pour certains, plus de mal à prévoir un rendez-vous à longue échéance, comme l'exprime cette serveuse de 27 ans :

<sup>75</sup> Personne qui a reporté une opération de la cheville pendant 16 ans à la suite de mauvaises expériences personnelles (« j'ai été raté »).

<sup>76</sup> Document : « renonçants département général », p. 58.

- ✓ « *Parce que c'est long, les rendez-vous sont longs, j'ai pas des horaires très flexibles, enfin, j'ai pas des horaires fixes, du coup je sais jamais si je prends un rendez-vous à 15h, je sais jamais si ce jour-là, si je prends rendez-vous dans 6 mois, si ce jour-là, je serai bien à 15h, si je pourrais me libérer. Donc y'a ça aussi qu'est embêtant, quand c'est dans 6 mois je peux pas savoir.* » (48-26)

Cependant, ce manque de disponibilité peut aussi concerner des personnes qui ne travaillent pas forcément mais qui sont occupées par ailleurs (décès d'un proche, 48-30, garde des petits enfants 48-29). Cette raison revêt donc un caractère plus individuel dans la mesure où ce manque de disponibilité résulte aussi, dans certains cas, d'un choix personnel. Il concerne alors souvent des soins qui ne sont pas considérés comme urgents et qui « supportent » donc d'être reportés, comme cette retraitée qui a oublié de faire contrôler sa vue (48-29) ou cet étudiant qui reporte une opération des dents de sagesse après son concours :

- ✓ « *Urgent non, mais elle [la dentiste] m'a dit de pas trop attendre parce que c'est quelque chose de toute façon que beaucoup de dentistes ont conseillé depuis des années (rire)... et cette fois ci... Oui ça commence à.... Il est temps de le faire mais après c'est pas à faire en urgence dans le mois non plus quoi.* » (48-17)

Parmi les explications individuelles, il nous semble également important d'aborder la question de la lassitude (pour 7,58% d'entre eux)<sup>77</sup> et celle de la négligence (pour 4,83%)<sup>78</sup> exprimées par certains renonçants. Certes ces deux notions ne renvoient pas tout à fait à la même chose mais il semble plus facile, pour les renonçants, de dire leur lassitude que leur négligence. En effet, de prime abord, il n'est pas évident de dire qu'on renonce à se soigner par négligence (raison qui peut paraître inacceptable au regard de certaines normes sociales), malgré cela, deux enquêtées l'expriment très sincèrement<sup>79</sup>. La lassitude évoquée plus ou moins directement par les enquêtés peut également concerner des renoncements à des soins importants sur un plan sanitaire et renvoyer dans ces cas-là davantage à un découragement face à un processus de soins jugé trop long ou trop lourd (48-27). La lassitude peut aussi advenir d'une absence de solution thérapeutique efficace (48-04, 48-06, 48-09, 48-12, 48-27) ou de la multiplicité des besoins de soins (48-27) qui conduisent les renonçants à trier parmi leurs besoins de soins individuels ou parmi les besoins de soins du foyer, au sein duquel la priorité est toujours accordée aux enfants (48-25, 48-39, 48-46), comme le montre l'extrait suivant :

- ✓ « *Bah je fais passer les soins des enfants avant les miens quoi... Par exemple je dois porter des lunettes, lui [son fils présent à l'entretien] en avait besoin en même temps, bah mon budget me permettait pas de payer 2 paires de lunettes... j'étais pas assez remboursée, du coup j'ai fait faire ses lunettes [100 – 150 euros environ] à lui et moi je les ai pas... (...) quand il aura fini l'orthodontiste en ben ça me permettrait peut-être de me payer mes lunettes après... à tour de rôle, chacun son tour on attend, on fait la queue... si ça met 2 ans, ça mettra 2 ans, si ça met 4 ans bah ça mettra 4 ans... je mettrais des loupes à la fin et puis voilà.* » (48-46)

Nous ne pouvons pas terminer cette section sur les raisons personnelles sans évoquer l'existence d'explications psychologiques pour une minorité de cas. La « peur du médecin » citée comme explication du renoncement par 3,45%<sup>80</sup> des renonçants lozériens, concerne principalement soit les personnes atteintes de troubles psychiatriques (48-28 et 48-43) qui expliquent en partie leur renoncement par une phobie comme l'explique ce monsieur atteint de troubles autistiques :

- ✓ « *Reporter certains soins quand il s'agit d'aller à l'hôpital surtout parce que je stresse très rapidement, parce que j'ai eu des soucis dans mon existence, j'ai le statut d'adulte handicapé.* » (48-28)

<sup>77</sup> Document : « renonçants département général », p. 62.

<sup>78</sup> Document : « renonçants département général », p. 66.

<sup>79</sup> Une femme qui renonce à deux implants dentaires selon elle « par négligence » (48-30), une seconde qui dit clairement renoncer à un besoin de lunettes et à des séances d'orthoptiste « par flemme » (48-35). On note dans ces deux cas que les soins ne sont pas considérés comme urgents et les reports jugés sans conséquence.

<sup>80</sup> Document : « renonçants département général », p. 67.

Diagnostic régional de l'accès aux soins en Languedoc-Roussillon – Monographie de la Lozère – mars 2016  
Pour la seconde enquêtée, également bénéficiaire de l'AAH pour des troubles psychiatriques, il s'agit d'un examen préconisé pour sa tachycardie qui ne peut être réalisé sous anesthésie comme elle le voudrait. Pour les deux derniers enquêtés qui expriment enfin cette « peur », elle traduit plus spécifiquement une « phobie du dentiste » (48-23 et 48-26).

## 4. Conséquences du renoncement et comportement intégré

La question des conséquences du renoncement renvoie à plusieurs aspects qui touchent divers domaines de la vie des renonçants : leur état de santé (physique et psychologique), leur vie sociale, professionnelle, familiale. D'ampleur variable selon les types de renoncements, ces conséquences sont aussi perçues différemment par les renonçants. Véritables motifs d'action à sortir du renoncement pour certains, elles peuvent aussi être déniées par d'autres ou s'avérer insuffisantes pour amorcer une réaction dans le cas d'un comportement plus intégré.

Ces multiples conséquences pouvant se cumuler chez la même personne, on constate que la grande majorité des renonçants lozériens cite au moins une conséquence puisque seuls, 21,38%<sup>81</sup> estiment que leur renoncement n'a « aucune conséquence ». Au sein de l'échantillon qualitatif, on compte 12 personnes qui confirment cette absence de conséquence (ou qui évoquent de faibles conséquences sur leur état de santé), souvent car le besoin de soin auquel les personnes renoncent est considéré comme peu important et/ou sans urgence :

✓ « *C'est pas une urgence vitale.* » (48-45)

Il peut s'agir d'une prothèse dentaire non visible (48-15<sup>82</sup> et 48-45), de l'achat de lunettes (48-16), d'un appareil dentaire (48-28), ou encore d'une consultation de contrôle chez un ophtalmologiste ou un dentiste (48-26, 48-29 et 48-33). Pour d'autres, cela se justifie soit parce que le renoncement a pris fin (48-33 et 48-43), soit parce que le besoin est sur le point d'être satisfait (dents de sagesse, 49-17). Enfin, il reste trois femmes qui estiment que la non-satisfaction de leur besoin de plusieurs prothèses dentaires n'a pas de conséquence laissant supposer par là même un effet de minimisation des conséquences<sup>83</sup> que l'une d'elles exprime par la forme d'un dédain des conséquences :

✓ « *J'en suis à un point où je m'en fous.* » (48-46)

On compte trois autres femmes qui s'inscrivent dans un positionnement similaire : une jeune femme de 26 ans qui a besoin d'au moins 5 prothèses depuis plus de 5 ans (48-34), une autre de 51 ans qui n'a plus de molaires depuis plus de 20 ans (48-49) et une dernière (48-32) qui estime globalement que la non-satisfaction de ses besoins (dentaires, suivi gynécologique et problème de thyroïde) n'a pas de conséquence.

En revanche, dans tous les autres cas, les personnes finissent souvent par évoquer plus ou moins spontanément les conséquences de leur(s) renoncement(s) dans l'entretien. Précisons que les enquêtés peuvent se trouver dans les deux situations à propos de deux types de renoncements différents, par exemple cette femme qui renonce à des lunettes et des séances d'orthoptiste car elle considère ce renoncement sans conséquence alors que par ailleurs elle reporte une opération du canal carpien pour laquelle elle évoque clairement des conséquences médicales susceptibles de devenir importantes. Elle connaît précisément ces conséquences puisque sa mère souffre du même problème et qu'il est désormais trop tard pour que l'intervention soit efficace (48-35). En général, il s'agit de conséquences psychologiques qui non seulement ne constituaient pas une modalité de réponse possible dans le questionnaire, mais surtout qui pouvaient être considérées comme une forme de conséquence sur l'état de santé. Une enquêtée déclare par exemple :

<sup>81</sup> Document : « renonçants département général », p. 85.

<sup>82</sup> Notons que cet enquêté dira que son renoncement n'a pas de conséquences : « *Euh... ça peut avoir une gêne au niveau de ma nutrition... mais pas non plus euh... pas non plus insurmontable je dirais...* », puis il finira par évoquer les conséquences psychologiques : « *Bah ça peut être... ça peut être gênant .... Éventuellement moralement par moment... parce qu'on sent qu'on a un problème et qu'on peut pas le traiter mais bon voilà, on peut pas le faire sur le moment quoi... enfin, ça dépend aussi la rigueur que l'on a.* ».

<sup>83</sup> Même s'il reste toujours difficile de jauger de la distorsion entre les conséquences médicales réelles et celles telles qu'elles sont perçues par le renonçant lui-même.

- ✓ « *Ça pourrait avoir des conséquences sur ma santé. Mais le plus gros c'est sur mon moral quoi... mais bon le moral c'est quand même la santé au final.* » (48-40)

Les conséquences psychologiques découlent aussi parfois des conséquences sociales (regard de l'autre, conséquence du sentiment de honte sur l'estime de soi) néanmoins, il nous a semblé pertinent de les traiter comme un aspect non négligeable des conséquences sur l'état de santé.

#### 4.1. Conséquences sur l'état de santé des renonçants

Si la plupart des renonçants lozériens ont bien conscience des conséquences médicales (70,34%<sup>84</sup> pour qui le renoncement a des conséquences « sur leur état de santé »), cela n'a pas toujours pour effet d'initier une volonté de changement. Cela peut *a contrario* constituer un frein supplémentaire à l'accès aux soins. Avant de présenter les diverses conséquences et leurs impacts sur la situation de renoncement, il nous semble important de commencer par les conséquences psychologiques qui ressortent fortement des entretiens. Parfois indicibles mais visibles à travers des larmes, il reste toutefois difficile de faire la part des choses entre les conséquences psychologiques directes de la situation de renoncement, et celles plus générales liées à difficulté globale de la situation de la personne (en particulier pour les personnes ayant une tendance dépressive : 48-07 et 48-27), qui n'est pas directement due au renoncement en lui-même mais plutôt à une rupture biographique (perte d'un bébé dans le premier cas, invalidité et problème familiaux dans le second) auquel se surajoutent les effets psychologiques plus directs de la situation de renoncement.

##### 4.1.1 Des conséquences psychologiques

Le renoncement a toujours plus ou moins un impact sur le « moral » des renonçants, même lorsqu'il n'induit pas directement un risque, en particulier chez les personnes qui n'ont pas l'habitude de renoncer à leurs besoins de soins (48-15 ou 48-41 par exemple). Ainsi, les conséquences psychologiques peuvent se traduire par une inquiétude, un « découragement » ou une lassitude qui finit par devenir la raison d'un autre renoncement et ainsi forger une habitude du renoncement (48-27) qui peut conduire à une attitude fataliste et donc à un comportement particulièrement intégré. Nous pensons ici à cette femme d'agriculteur qui renonce à soigner sa dépression car les médicaments qu'on lui a prescrits une fois n'étaient pas remboursés. Sans en parler à son médecin, elle a abandonné le traitement sans demander une autre solution qu'elle ne parvient même pas à imaginer :

- ✓ « *Est-ce qu'il y en a... des médicaments, c'est ça le problème...* » (48-27)

Il semble alors pertinent de penser les conséquences psychologiques en lien avec la manière dont les personnes se représentent leur situation et son évolution.

Compter précisément le nombre de personnes pour qui le renoncement présente des conséquences psychologiques est une tâche peu aisée. En effet, d'une part certaines personnes ont du mal à trouver les mots pour le décrire :

- ✓ « *Et ça c'est pas bon, c'est pas bon pour la santé parce que y'a l'énervement après qui s'y met et c'est un tout (...) parce que y'en a qui peuvent faire des dépressions, suivant les caractères et tout c'est pas évident.* » (48-19)

Et, d'autre part, les larmes remplacent parfois les mots (48-05, 48-27, 48-41) et il existe presque autant de manières de parler des conséquences psychologiques que d'individus. De plus, les enquêtés abordent

<sup>84</sup> Document : « renonçants département général », p. 80.

Diagnostic régional de l'accès aux soins en Languedoc-Roussillon – Monographie de la Lozère – mars 2016  
souvent les conséquences plus générales que celles de leur renoncement. Cela peut se traduire par un sentiment d'isolement, voire de honte qui cherche à être dissimulé mais qui n'est pas sans effet sur l'estime de soi :

- ✓ « *Je suis toujours apprêtée. Je veux pas avoir l'air dépressive, je donne le change.* » (48-04)

Ainsi, certains enquêtés parviennent à exprimer très clairement les conséquences psychologiques directes de leur renoncement. Le cas le plus manifeste est sans doute celui de cette jeune femme de 25 ans dont les renoncements aux traitements de ses problèmes de peau (acné au visage et vergetures sur le ventre) ont clairement des conséquences psychologiques (manque de confiance en soi) qui finissent par impacter sa vie sociale (honte qui la prive d'activité comme aller à la piscine avec son fils<sup>85</sup>). Voici ses mots :

- ✓ « *J'en peux plus ! Des fois je me regarde le matin dans le miroir, j'ai envie de casser le miroir tellement que je me sens mal quoi. Si je mets pas mon maquillage, je sors pas de chez moi, ça c'est clair et net. Je pourrais jamais sortir de chez moi sans mon fond de teint ou mon maquillage parce que je me sens tellement moche en dessous là, avec ces plaques, ça me fait des grosses plaques rouges. (...) Même si je suis chez moi et que je vais rester toute la journée chez moi, je me maquille parce que je me dis si y'a quelqu'un qui arrive à l'improviste et que je suis pas maquillée, je pourrais pas* » (48-40)

L'impact psychologique du renoncement peut aussi se traduire par un sentiment de solitude (48-06), voire un découragement quand le renoncement n'est pas habituel (48-08, 48-31). Pour d'autres qui n'ont pas l'habitude de renoncer, les conséquences psychologiques peuvent s'énoncer à travers une certaine colère (48-47). Dans le cas de cette infirmière de 56 ans qui porte un appareil dentaire depuis 4 ans qu'elle ne supporte pas (physiquement et surtout psychologiquement), sa colère exprime alors un désarroi psychologique de ne pas pouvoir satisfaire son besoin d'implants (48-36)<sup>86</sup>. Une autre femme au parcours de vie difficile évoque quant à elle les conséquences psychologiques de ne pouvoir satisfaire certains besoins de soins (spécifiques) de ses deux filles (en particulier un recouvrement dentaire pour sa fille aînée de 21 ans :

- ✓ « *Ah bah oui ça joue sur le moral... on déprime, on déprime... on se sent diminué, on se sent... [grande inspiration et souffle] on sait pas comment, on sait pas la suite si on fait pas soigner euh...* » (48-44)

#### 4.1.2 Des conséquences physiques et médicales

Au sein de l'échantillon, 28 personnes estiment que leur renoncement a des conséquences sur leur état de santé. Ces conséquences peuvent se traduire par des douleurs plus ou moins importantes et/ou par une gêne physique liée à la pathologie non soignée<sup>87</sup>. Parfois ces douleurs sont aussi le fait de l'absence de traitement efficace, par exemple pour les rhumatismes (48-12), ou dans le cas des personnes atteintes de fibromyalgie (48-08 et 48-31). Parmi ces enquêtés qui expriment des conséquences médicales, nous avons aussi intégré les personnes qui évoquent des conséquences de leur renoncement à des prothèses dentaires sur leur alimentation et/ou leur digestion, comme l'exprime cet enquêté qui a récemment satisfait son besoin de prothèse :

<sup>85</sup> « *Mon fils il me demande toujours d'aller à la piscine, je lui dis, c'est hors de question, je vais pas à la piscine, c'est mort, je vais jamais à la piscine* ».

<sup>86</sup> Ce cas illustre aussi parfaitement l'impact psychologique « pur » du renoncement. Ne pouvant accéder à des implants (même à l'école dentaire), cette femme a été contrainte de recourir à un appareil dentaire. En tant qu'infirmière, elle ne supporte pas de se retrouver dans la même situation que les personnes âgées dont elle peut s'occuper : « *moi psychologiquement j'ai beaucoup de mal, je suis infirmière, je nettoie les dentiers des vieux toute la journée et maintenant j'ai l'impression d'en faire partie... donc c'est très difficile* » (48-36).

<sup>87</sup> Synthèses 48-02, 48-06, 48-08, 48-09, 48-11, 48-12, 48-22, 48-27, 48-31, 48-37, 48-30, 48-36, 48-38, 48-41, -48-47.

- ✓ « Bah ça a des conséquences c'est sûr, ça a des conséquences sur la vie, parce que bon, si on reporte quand on peut pas bien manger... c'est de la souffrance en permanence si vous voulez, malgré que... malgré qu'on sait que bon... on peut pas bien manger... bien... mais c'est de la souffrance quand même. Notre corps en prend un coup parce qu'étant donné que vous pouvez pas bien manger, vous subissez... et votre corps aussi... et lui vous le fait ressentir parce que l'estomac et tout quand vous avez des brûlures après, c'est pas pour rien, lui... il se met en colère donc ça, ça... c'est un tout... c'est un tout qu'il faut surveiller. » (48-19)

D'autres enquêtés<sup>88</sup> relatent des conséquences plus générales sur leur état de santé en termes d'aggravation de leur problème dentaire ou de dégradation de leur état de santé général. Si l'idée selon laquelle le renoncement conduit à la détérioration de l'état de santé est largement répandue, elle n'a toutefois pas le même effet chez tous les renonçants.

En effet, on constate que certaines personnes dont le besoin de soins concerne une pathologie grave (et généralement prise en charge), ont tendance à minimiser les conséquences de leur renoncement, mettant ainsi en lumière des situations qui peuvent apparaître comme paradoxales et qui valident l'hypothèse d'un « comportement intégré ». Certains enquêtés renoncent en dépit de conséquences médicales pouvant être importantes, par exemple dans les cas de renoncements à des interventions chirurgicales. En revanche, pour d'autres la moindre conséquence médicale les pousse à agir pour sortir de leur situation de renoncement. Ainsi, contrairement à l'hypothèse assez intuitive selon laquelle plus les conséquences sont graves plus le renoncement est en voie de sortie, force est de constater que les conséquences médicales ne constituent pas systématiquement un motif d'action pour tous les enquêtés. Le cas de ce serveur qui renonce à une opération du canal carpien pour travailler alors qu'il sait que, sans opération, son problème finira par compromettre son maintien dans l'emploi. Par ailleurs, comme nous l'avons vu, il peut y avoir une dissonance entre les conséquences médicales perçues par les renonçants et les conséquences objectives de leur renoncement comme le montre le cas des personnes minimisant les conséquences de leur renoncement à des prothèses dentaires.

Reprenons donc les quelques cas qui nous paraissent éclairants. Tout d'abord ceux où les conséquences médicales sont clairement des motifs d'action : le cas de la femme atteinte du syndrome de Poland et qui se décide à satisfaire son besoin de prothèse précisément en raison des conséquences directes de l'absence de dent sur sa posture (48-41). Dans ce cas, comme dans le suivant, ce sont des professionnels de santé qui, consultés pour un autre problème, ont alerté leurs patients sur la nécessité de satisfaire leur besoin de soin, voire même ils ont révélé le besoin de soin au patient. Le second cas concerne cette femme, orientée vers des implants dentaires pour éviter les déboitements occasionnels de sa mâchoire (48-30). Enfin, le cas de cette infirmière pour qui le port d'un appareil dentaire est une conséquence, très mal supportée, d'un renoncement à des implants trop onéreux (48-36) et de cet homme qui reporte un opération d'une artère fémorale en raison de problèmes dentaires (48-13) dont le renoncement est donc dû à des besoins dentaires non suffisamment satisfaits par le passé. Dans ces cas, les conséquences potentielles, souvent pointées aux personnes par des professionnels de santé, d'une absence de soin sont donc directement un motif d'action pour sortir de ce renoncement.

En revanche, pour d'autres, l'existence (objective et/ou subjective) de conséquences ne semble pas déclencher une réaction mais au contraire renforcer le renoncement. C'est le cas de cette femme d'agriculteur qui cumule divers besoins de soins non satisfaits et qui, en dépit de conséquences multiples (santé, vie professionnelle et sociale) ne semble pas en mesure de sortir de ce comportement intégré. Les conséquences médicales du renoncement sont ainsi parfois bien connues sans pour autant conduire à sa levée. C'est le cas également de 6 personnes<sup>89</sup> qui renoncent (ou ont renoncé) à des actes chirurgicaux ce qui n'est pas sans supposer un éventuel comportement à risques : une opération des

<sup>88</sup> Synthèses 48-13, 48-14, 48-19, 48-20, 48-23, 48-24, 48-25, 48-27, 48-31, 48-35, 48-39, 48-41, 48-42.

<sup>89</sup> Au sein desquelles figure un couple (48-42), ce qui explique que les 6 personnes ne renvoient qu'à 5 synthèses.

Diagnostic régional de l'accès aux soins en Languedoc-Roussillon – Monographie de la Lozère – mars 2016  
varices (48-25)<sup>90</sup> chez une femme qui anticipe une baisse de salaire liée à l'arrêt nécessaire, une opération d'une hernie cervicale annulée (48-03) par peur d'une baisse de salaire (et les conséquences financières et matérielles du retour de son fils schizophrène à son domicile), une opération du canal carpien chez un serveur saisonnier (48-11) qui handicape pourtant sérieusement son maintien dans l'emploi et chez une femme de 36 ans (reportée en raison de sa grossesse, 48-35)<sup>91</sup>, une opération des hanches pour une retraitée et une intervention aux yeux pour son mari (48-42).

## 4.2. Conséquences sur la vie sociale et professionnelle

En plus des conséquences médicales du renoncement, les enquêtés relatent assez fréquemment des conséquences sur leur vie sociale et/ou professionnelle. Ces « types » de conséquences peuvent bien entendu être liés. Parmi les renonçants lozériens, 37,24 %<sup>92</sup> jugent que leur renoncement a des conséquences sur leur vie sociale, 34,48 %<sup>93</sup> sur leur vie professionnelle. Enfin, pour 31,72 %<sup>94</sup> d'entre eux, le renoncement induit des conséquences sur leur vie familiale. En dehors de quelques cas que nous précisons ci-dessous, la plupart des enquêtés qui aborde les conséquences de leur renoncement sur leur vie professionnelle traduisent en réalité des conséquences plus générales sur leur vie sociale (et dans leur rapport à l'autre) qui existent dans la sphère professionnelle comme dans les autres mais pas plus spécifiquement. Chez ceux pour qui le travail revêt une importance particulière, les conséquences sur la vie sociale du renoncement aux prothèses dentaires par exemple, semblent tout aussi importantes même s'ils mettent surtout en avant l'impact professionnel.

### 4.2.1 Conséquences sur la vie sociale

Lorsque les enquêtés relatent les conséquences de leur renoncement sur leur vie sociale, nombre d'entre eux évoquent une « honte » (48-03) de la visibilité de leur problème. Cela concerne particulièrement les renoncements aux prothèses dentaires. Là encore, ce type de conséquences semble être un motif d'action important car beaucoup d'enquêtés établissent une distinction entre les dents « visibles » et invisibles. L'hypothèse se vérifie d'ailleurs dans les deux sens puisqu'on constate des renoncements intégrés lorsque les dents manquantes ne se voient pas, voire même cela justifie le renoncement :

✓ « Mais là pour le moment non je vais pas mettre un prix fou pour des dents de derrière ! » (48-45)

Tous les enquêtés éprouvent plus ou moins fortement une honte du regard des autres, l'exemple de cette femme qui travaille dans une école et qui doit faire face aux remarques des enfants illustre parfaitement la honte qui peut être partagée par d'autres :

✓ « Les enfants ils me disent que j'ai des caries et que je devrais aller chez le dentiste, j'ai honte. » (48-03)

Lorsque les enquêtés ont plusieurs prothèses à faire, ils peuvent ainsi consentir à des sacrifices financiers pour une dent visible mais rester des années durant avec des dents manquantes si personne ne le voit et donc, ne le sait. Cette honte tient en grande partie à une norme sociale puissante qui vise à cacher ce type de renoncement. On pense alors à la connotation fortement péjorative de l'expression des

<sup>90</sup> Notons que ce renoncement n'est pas le seul puisqu'elle renonce aussi à tout suivi gynécologique depuis 4 ans (sans pour autant le déclarer comme renoncement dans le questionnaire).

<sup>91</sup> Cette femme a déjà été opérée de l'autre main pour le même problème bien que cette intervention ait aussi fait l'objet d'une certaine période de report.

<sup>92</sup> Document : « renonçants département général », p. 82.

<sup>93</sup> Document : « renonçants département général », p. 81. Précisons que ce taux est le plus élevé des départements, à titre indicatif, il est de 22,13% pour l'Aude, 21,44% pour les Pyrénées-Orientales et de 18,36% pour l'Hérault.

<sup>94</sup> Document : « renonçants département général », p. 83.

« sans dents » qui fait alors référence à une pauvreté qui doit être tue socialement. Les enquêtés ont aussi tendance à considérer la dimension « publique » de leur métier dans la mesure où ils sont forcément en relation avec d'autres personnes. En ce sens les conséquences sur la vie sociale peuvent fortement participer à la satisfaction du besoin. Pour finir sur les conséquences des renoncements dentaires sur la vie sociale, notons qu'elles peuvent aussi se traduire par une gêne (à sourire notamment), renvoyant ainsi, plus généralement aux conséquences sur la vie sociale (et professionnelle) des renoncements aux traitements des problèmes esthétiques (comme la jeune femme et ses problèmes d'acné, 48-40).

Par ailleurs, en dehors des problèmes dentaires qui forment un cas particulier, les renonçants qui parlent des conséquences sur leur vie sociale évoquent souvent les conséquences indirectes de leur pathologie. Que ce soit une fatigue générale liée à leurs symptômes qui réduit leur vie sociale (48-08 ou 48-31), ou une incapacité physique (48-02, hypersensibilité à la lumière) qui les isole chez eux, le renoncement à soigner leur pathologie finit souvent par renforcer ces conséquences déjà lourdes.

#### 4.2.2 Conséquences du renoncement sur la vie professionnelle

Dans les récits des enquêtés, il y a souvent une confusion entre les conséquences du renoncement et celles plus directement du problème de santé sur la vie professionnelle. Par exemple, les personnes en invalidité qui parlent longuement de l'inaptitude au travail comme une conséquence importante, sans pour autant qu'elle relève toujours d'une situation de renoncement. Ne seront relatés ici que les cas où ce sont bien les conséquences du renoncement qui ont eu un impact plus ou moins direct sur la vie professionnelle. Gardons cette distinction à l'esprit même si de fait, ces différents aspects sont souvent imbriqués les uns aux autres et tendent donc à se renforcer mutuellement.

Ainsi, ce sont parfois des problèmes de santé liés à l'activité professionnelle qui non soignés finissent par handicaper le maintien de l'emploi. Cela peut même finir par constituer un dilemme pour les enquêtés comme le cas de ce serveur qui ne se fait pas opérer du canal carpien et finit par avoir un raisonnement tautologique selon lequel se faire soigner le prive d'emploi et où se faire embaucher conduit à se priver de soins :

- ✓ « *Après c'est sûr que j'ai mal aux mains mais... avec le métier que je fais, je peux pas aller me présenter [à un entretien d'embauche] en disant bonjour je suis serveur et dans quinze jours je vais avoir mal aux mains !* » (48-11)

On retrouve sensiblement le même paradoxe chez un homme atteint de fibromyalgie qui est venu en Lozère pour un travail à temps partiel qui l'a conduit à abandonner toutes démarches de soins :

- ✓ « *Maintenant j'ai une vie professionnelle mais à quel prix !* » (48-31)

Les conséquences du renoncement sur la vie professionnelle peuvent constituer en réalité aussi une aggravation du problème de santé comme c'est le cas de cette femme VRP dont les problèmes de dos et l'impossibilité de les faire soigner impactent son activité professionnelle qui suppose beaucoup de trajets en voiture (48-47).

Enfin, la vie professionnelle, encore plus que la vie sociale, exige de répondre à certaines normes de présentation de soi dont l'aspect sanitaire fait partie. Ainsi, une enquêtée qui a un besoin de prothèse dentaire soulève que les emplois en relations directes avec du « public » (elle est aide-soignante en gériatrie) impose un ensemble de normes concernant notamment l'absence de dents :

- ✓ « *Oui ... oui... moi j'ai un métier public... j'ai un métier public... alors j'imagine que toutes les personnes euh... qui travaillent en euh... service public euh, y'a une image à avoir hein, on le voit, les gens sont pas débraillés dans l'administration publique, vous allez dans un tribunal,*

Diagnostic régional de l'accès aux soins en Languedoc-Roussillon – Monographie de la Lozère – mars 2016  
*euh, ça m'étonnerait que vous voyez un juge à qui il manque une dent devant, donc voilà. » (48-39)*

## 5. Réactions face au renoncement des divers acteurs engagés par l'enquête

Cette dernière partie poursuit plusieurs objectifs pensés simultanément sous la thématique des actions et réactions soulevées par l'enquête auprès des différents acteurs qu'elle engage plus ou moins directement : les renonçants, les personnels administratifs et enfin les professionnels de santé. Après avoir exposé les actions entreprises par les renonçants eux-mêmes pour tenter de mettre un terme à leur renoncement et accéder ainsi au(x) soins(s) plus ou moins longtemps mis de côté, nous livrerons un rapide bilan des actions individuelles qui ont pu être menées par les personnels de la CCSS suite aux comités d'analyse (les réactions immédiates) pour répondre aux difficultés d'accès aux soins rencontrées par les personnes qui ont été repérées dans le cadre de ce diagnostic.

Ces comités formés par le chef de projet, le chargé d'étude, le médecin conseil de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) et la directrice des assistantes sociales avait pour objectif d'étudier les cas des 50 enquêtés et de tenter de leurs proposer des solutions. Enfin, nous finirons par évoquer les difficultés de guidance à la fois administrative et médicale que les limites d'action des comités d'analyse font ressortir. Ces difficultés, comme nous le verrons, renvoient à des manques en termes d'information et/ou d'explication des droits maladie aux personnes, mais aussi à leur besoin fréquent d'être davantage aiguillées vers des professionnels de santé et, plus globalement, d'être mieux orientées dans le système de santé.

### 5.1. Actions et réactions des renonçants

Parmi les renonçants, certains ont complètement abandonné l'idée même de trouver des solutions thérapeutiques à leur problème de santé. Ces individus qui témoignent d'un comportement intégré partiellement (sur un soin particulier) ou complètement (abandon de toutes démarches en matière de soins) restent cependant des exceptions puisque la plupart des enquêtés cherchent ou « bricolent » des solutions pour sortir, ou du moins tenter de satisfaire au moins un de leurs besoins de soins. Ainsi, seuls deux enquêtés semblent avoir totalement abandonné leur démarche de soins, voire même l'idée de se faire soigner : l'homme atteint de fibromyalgie qui s'en tient aux soins qu'il peut lui-même se prodiguer après avoir épuisé toutes les solutions envisageables (48-31) et cette femme d'agriculteur qui cumule les renoncements (48-27). Trois autres semblent renoncer durablement (voire définitivement) à soigner une de leurs pathologies : des problèmes de dos (48-24), la correction d'un strabisme (48-35) ou l'opération d'un canal carpien (48-11). En dehors de ces cas, la plupart des renonçants ne reste pas sans réaction et ils essaient de mettre un terme à leur renoncement de diverses manières : en cherchant des solutions financières générales par eux-mêmes, en sollicitant l'aide des services publics ou de proches pour trouver une solution financière ponctuelle.

#### 5.1.1 Améliorer sa situation financière

Les renoncements étant pour une large part dus à des raisons économiques, les enquêtés cherchent d'abord à mettre en place des solutions visant à améliorer leur situation financière, et ce, selon leurs possibilités d'actions. Ainsi, les personnes au chômage ou qui travaillent à temps partiel tentent en premier lieu soit de trouver un emploi (48-11 par exemple) ou une nouvelle source de revenus à travers un travail à temps partiel (48-08) ou de stabiliser leurs revenus (48-15). Pour les personnes qui ne sont plus en mesure de travailler, il s'agit surtout de diminuer leurs charges pour faire face à leur baisse de revenus – souvent engendrée par leur inaptitude professionnelle (48-08, 48-09, 48-12), comme le dit cette enquêtée :

- ✓ « *J'ai tout réduit au minimum, mais même en réduisant tout au minimum on peut pas faire moins.* » (48-08)

Cela peut se traduire par un déménagement pour raison économique (48-09, 48-12) ou par un hébergement à titre gratuit chez un membre de la famille (48-11, 48-15, 48-32). Il reste difficile de déterminer si ces solutions sont directement liées à la volonté de lever l'impossibilité d'accéder aux soins, puisque la précarité de ces personnes les conduit plus globalement et prioritairement à chercher des solutions pour réussir à payer leurs charges courantes. L'ordre des priorités est pour elles sans appel : certaines personnes doivent d'abord trouver de quoi se nourrir avant de se soigner, comme cette femme, récemment à la retraite qui a recours à la Croix Rouge et réclame une rente accident de travail pour l'aider financièrement :

- ✓ « *Là je suis en train de voir pour qu'ils me redonnent une rente accident de travail, bon ben un petit peu hein, que ça compense, parce que je demande pas des fortunes, je veux juste arriver à manger et à vivre quoi... enfin survivre parce que vivre c'est plus dur quoi.* » (48-09)

Les solutions financières envisagées ne concernent donc pas tant la levée du renoncement qu'une solution pour assurer leurs besoins primaires (logement, alimentation)<sup>95</sup>. Elles peuvent cependant être pensées comme pouvant également contribuer à sortir du renoncement en matière de santé.

Les personnes plus insérées professionnellement et donc qui parviennent à assumer leurs charges courantes mais pour qui les frais médicaux constituent une dépense hors budget, se tournent logiquement vers une recherche de recette financière ponctuelle comme un crédit par exemple. C'est le cas pour cette jeune femme qui malgré l'accord de son praticien pour échelonner les paiements préfère avoir recours à un crédit bancaire :

- ✓ « *Alors échelonner, il l'a pas fait la dernière fois parce que je lui ai expliqué que moi j'avais quelque chose avec ma banque qui me permettait de le faire sans frais euh... mais par contre il attend que je sois remboursée euh... voire même je pense qu'il m'a pas fait payer certains soins* » (48-20)

Les personnes qui ne sont pas en mesure de contracter un crédit se font aider par l'aide de proches :

- ✓ « *J'ai des amies très proches de moi à qui j'ai emprunté un petit peu puis c'est moi qui les rembourse directement* » (48-08)

D'autres enquêtés parviennent à satisfaire une partie de leur besoin de soins grâce à leurs économies :

- ✓ « *Quand j'ai eu l'invalidité... j'avais un plan épargne retraite de mon employeur, de 3000 euros, que j'ai cassé, que j'ai mis sur mon compte en développement durable, et il reste 2600 et quelques euros, mais tous les mois, je suis tous les mois à découvert (...) bon après le banquier il me laisse faire parce qu'il voit que j'ai toujours mes 2600 sur mon compte* » (48-13)

Parfois celles-ci se tarissent car la baisse de revenus ne leur permet plus de les reconstituer :

- ✓ « *Je me dis comment je vais pouvoir faire, parce que bon quand on puise dans ses économies, quand y'en a plus, y'en a plus.. ; et puis là c'est fini, parce que quand on rentre pas d'argent vous pouvez pas en refaire, c'est impossible.* » (48-19)

Certains reports sont donc liés aux délais nécessaires pour reconstituer une épargne qui a parfois servi à satisfaire un autre besoin de soin, comme dans le dernier cas évoqué de cet homme en invalidité vient de faire un appareil dentaire expliquant le report de ses lunettes en raison du coût de ce dernier et du fait qu'il n'a plus d'économies pour les financer.

Les enquêtés en situation précaire, notamment ceux qui n'ont pas d'activité professionnelle, ne pouvant emprunter vont alors « bricoler » des solutions financières ponctuelles pour pouvoir bénéficier de certains soins. L'échelonnement des paiements est devenu pour certains une pratique habituelle et une

<sup>95</sup> Synthèses : 48-01, 48-03, 48-04, 48-08, 48-09, 48-24, 48-27, 48-42, 48-48 et 48-49.

solution qui ne suffit parfois plus à lever le renoncement. En effet, il semble que la plupart des praticiens (en particulier les dentistes) accepte et même propose cette solution pour limiter déjà l'avance de frais. Néanmoins, cela ne suffit pas à lever le renoncement dans tous les cas, comme l'explique cette femme d'agriculteur qui préfère se priver de soins ou de médicaments plutôt que de parler de ses difficultés financières avec les professionnels de santé. Elle finira par dire à ce sujet :

- ✓ « [Silence]... *De toute façon, ça revient au même, il faut régler à un moment donné (...) ça sera toujours à sortir quoi.* » (48-27)

Ce cas illustre alors la difficulté voire l'impossibilité qu'ont certaines personnes à demander des facilités de paiement aux professionnels de santé afin de ne pas rendre « visibles » leurs difficultés financières qui restent, pour elle, tabou.

### 5.1.2 L'aide des services sociaux, des proches, des professionnels de santé

En plus de chercher des solutions financières plus globales à leur situation et/ou de tenter de « s'arranger » financièrement avec les soignants, les renonçants s'adressent, pour certains d'entre eux, aux services sociaux et/ou à leurs proches (famille ou amis). La plupart des renonçants en situation précaire fait (ou a fait) des démarches auprès des services sociaux pour demander une aide globale (RSA, CMU) ou ponctuelle qui pourrait leur permettre d'accéder à des soins, par exemple cet homme qui a bénéficié d'une aide de la CPAM en plus des remboursements habituels pour financier son appareil dentaire :

- ✓ « *C'est la Sécurité Sociale qui m'a fait don de 150 euros, voilà... en plus...* » (48-19)

C'est aussi le cas de cette femme qui a fait une demande d'aide similaire pour son appareil dentaire, et qui malgré tout doit trier ses besoins de santé :

- ✓ « *C'est la Sécu bah c'est pareil, l'aide pour l'appareil dentaire si je l'ai, bon bah déjà ça fait un plus sinon je peux pas, je peux pas le faire. Je m'étais dit je ferai un des deux<sup>96</sup> cette année.* » (48-08)

En dehors de ces bénéficiaires, il reste d'autres renonçants, notamment ceux qui ont vu leur situation de vie se dégrader brusquement et qui ne connaissent pas nécessairement les services ou les aides qu'ils pourraient solliciter pour faire face à leurs difficultés en matière de soins. Si certains n'ont pas trouvé de solutions, ils témoignent très souvent d'une démarche, parfois infructueuse (48-03, 48-04, 48-07, 48-09, 48-40) et/ou en cours (48-05, 48-13, 48-40). Par exemple, cette jeune femme qui attend la réponse pour une demande d'aide pour de l'orthodontie malgré d'autres refus de prise en charge de ses problèmes de peau (acné et vergetures) :

- ✓ « *J'ai fait une demande d'aide financière et j'attends la réponse, la commission, elle a lieu au mois de juillet. (...) J'ai fait une demande parce que j'ai pas les moyens de me le payer quoi.* » (48-40)

Pour d'autres, leur demande a tout juste abouti et leur permet de satisfaire leurs besoins de soins, comme cette femme qui vient d'obtenir la CMU :

- ✓ « *Bah ce qui me sort de là c'est la CMU hein (...) ah oui c'est... pff... quand j'ai su que je l'avais c'était... ça représente peut être pas grand-chose pour certaines personnes mais pour moi c'était énorme... (...) on va pouvoir enfin se faire suivre et se faire soigner correctement (...) Là je me pose plus de question, j'ai la CMU, je fais tout ce qui y'a à faire. Au moins tout sera fait et je vais plus rien laisser derrière à laisser passer, passer, passer, faut que je me soigne parce que... parce que c'est pas normal de laisser tout aller comme ça... (...): « j'ai été*

<sup>96</sup> Les lunettes ou l'appareil dentaire.

Certains peuvent bénéficier d'une aide financière ponctuelle (dans le domaine de la famille<sup>97</sup> ou de la santé<sup>98</sup>), qui permet de lever un renoncement tout en maintenant parfois un autre, comme c'est le cas pour la femme évoquée ci-dessus qui malgré une aide pour son appareil dentaire, ne pourra pas acheter les lunettes dont elle a besoin en même temps (48-08).

Parmi ceux qui ne font pas de dossiers de demande de prise en charge de leurs soins ou d'un droit qui pourrait par exemple leur permettre d'avoir un revenu, on note parfois un certain découragement. Les individus à qui il a été refusé une aide par le passé ont par exemple tendance à intégrer cette donnée une fois pour toute et à considérer qu'ils n'ont « droit à rien » (48-03, 48-24, 48-45 par exemple) décourageant par là même toute nouvelle tentative, comme le montrent les propos de cette mère de famille :

- ✓ *« Mais je pense pas que j'y ai droit, c'est vraiment pour les gens qui ont pas beaucoup de revenus, en fait si j'ai bien compris ils vous versent une somme pour payer une mutuelle (...) là par contre je suis un peu en colère parce que quand j'étais en congé parental j'y aurais eu droit, là je sais que maintenant que je travaille et que mon mari travaille on n'y aura pas droit, je le rempli même pas parce que je sais qu'on aura pas droit. »* (48-45)

De plus, l'instabilité professionnelle et les variations de revenus complexifient le rapport à l'aide. D'abord car les individus ne réitèrent pas forcément leur demande du fait de l'évolution permanente de leur situation financière qui pourrait pourtant leur ouvrir des droits à une aide pour laquelle ils ont eu précédemment un refus. Cela peut aussi conduire certains enquêtés à devoir rembourser des trop-perçus (48-06, 48-49), ce qui fragilise un peu plus leur situation ainsi que leur positionnement futur en tant que demandeur. Ce facteur ne doit pas être négligé puisque le fait que les aides ne soient pas toujours nécessairement débloquées au moment où les personnes en ont besoin, peut conduire certains à ne pas recourir à leurs droits par anticipation d'un nouveau refus ; par exemple cette jeune femme qui ne remplit pas le dossier d'ACS qui lui a été envoyé par la CPAM et qui préfère chercher par elle-même une mutuelle lui permettant de satisfaire ses besoins de soins. Elle explique ne pas remplir ce dossier en raison de sa complexité :

- ✓ *« Bah je trouve ça assez compliqué parce que...bah parce qu'il manque toujours quelque chose... en plus, comme c'est, bon là ce que j'ai reçu c'est sur papier, donc il faut se débrouiller à comprendre quel document faut mettre, quel document faut pas mettre... pour remplir c'est pas... c'est quand même pas la joie quoi ! J'essaie de me débrouiller, après bon... petit à petit je m'y habitue un peu mais euh... c'est pas facile quand même ».* (48-22)

Il y a, certes, parmi les personnes qui pensent n'avoir aucun droit, des situations pour lesquelles leur niveau de revenus les exclut effectivement des aides disponibles et ce parfois pour quelques euros. On rencontre ici la problématique des « effets de seuils ». Pour autant, la situation financière de ces personnes peut être compliquée ; leurs revenus modestes ne leur permettent pas d'assumer le financement de leur(s) soin(s). Certains enquêtés préfèrent alors solliciter une aide financière (et/ou matérielle) auprès de leur entourage familial, (48-06, 48-08, 48-30, 48-41, 48-48) voire même du voisinage, qui parfois constitue les seules relations sociales, comme le dit cette femme :

- ✓ *« Ici j'ai personne, bon, je connais ma voisine comme ça, j'ai une autre voisine que je connais euh... à l'immeuble en bas mais euh, je connais que une ou deux voisines comme ça mais... non non y'a personne qui m'aide et puis de toute façon je leur demanderai pas hein parce que... Si... la voisine qu'est là, elle travaille à l'épicerie, alors des fois y'a des produits vous savez, y'a des produits qui arrivent en date, la date elle finit le jour, alors euh... comme le jambon les trucs comme ça, elle me les donne (...) l'autre jour elle m'a donné aussi des tomates, bon ben,*

<sup>97</sup> Chèques CAF comme les chèques vacances ou loisirs par exemple.

<sup>98</sup> Comme le cas évoqué de cet homme qui a bénéficié de 150 euros pour son appareil dentaire.

Cet entourage peut aussi jouer un rôle aidant dans la recherche d'interlocuteurs avec lesquels les personnes peuvent évoquer leurs difficultés d'accès aux soins. Par exemple l'aide des proches peut aussi consister en des conseils relatifs à l'existence d'aides en matière de santé ou une orientation vers un professionnel de santé.

Pour les soins dentaires prothétiques (et donc onéreux), la plupart des renonçants a pris l'habitude de demander un échelonnement des paiements (souvent d'ailleurs proposé par le praticien), ce qui est une manière de demander de l'aide directement aux professionnels de santé<sup>99</sup>, que tous ne sont pas prêts à demander et dont certains attendent plutôt qu'on leur propose (48-37). Précisons que l'échelonnement ne suffit pas toujours à lever le renoncement lorsqu'il s'agit de certains soins onéreux notamment. Ainsi, même si les personnes osent demander des facilités de paiement et si celles-ci peuvent leur être accordées, la réalisation du soin peut demeurer impossible. Cette idée est confirmée par le fait que les renonçants, dans la majorité des cas, ont fait établir des devis et que malgré la mise en place de modalités de paiements évoquées avec les soignants, les personnes s'arrêtent fréquemment là dans leur démarche de soins. Par ailleurs, la pratique du devis reste la règle, révélant ainsi combien les individus ont intégré la cherté des soins dentaires. En effet, si parler d'argent avec son dentiste est une chose répandue, cela l'est en revanche beaucoup moins avec son médecin traitant.

Dans certains cas extrêmes, cette incapacité à aborder ses problèmes financiers avec son médecin peut conduire à l'arrêt de traitements comme cette femme d'agriculteur qui arrête de prendre des médicaments qui ne sont pas remboursés sans le dire à son médecin, rendant alors la guidance médicale impossible :

- ✓ *« Bah j'avais fait de la dépression, c'est vrai que... prescrire des médicaments qui sont pas du tout remboursés euh... ça revient cher hein... donc eh ben je les ai pas pris, j'en ai pris un boîte et après c'est bon (rires) (...) Il m'a demandé si c'était efficace, je lui ai dit que non quoi (rires) ! J'ai pas été honnête avec lui non plus (rires) ! » (48-27)*

Cette inhibition à évoquer sa situation financière et/ou sociale avec certains professionnels de santé peut alors limiter la potentialité de trouver ensemble des arrangements qui pourraient pourtant contribuer à limiter le renoncement. Dans ce cas, si cette femme avait été en mesure d'exposer son incapacité à payer ses médicaments, sans doute le médecin aurait pu l'orienter vers des médicaments plus adaptés à sa situation. D'autant plus que ce praticien semble bien conscient du besoin important de guidance pour cette patiente même pour les soins ou examens pris en charge. Il lui prescrit donc les examens nécessaires et vérifie aussi qu'elle est suivie régulièrement par un gynécologue par exemple :

- ✓ *« Oui... le médecin traitant il m'y envoie régulièrement que ce soit pour le gynécologue ou euh... là je viens de recevoir aussi pour la mammographie euh... » (48-27)*

Dans ce cas, elle suit la guidance médicale d'autant plus qu'elle n'a pas de frais. Cependant, étant donné qu'elle n'aborde pas ses difficultés financières et qu'elle préfère même les masquer, son « comportement intégré » entrave la portée de la guidance médicale, comme c'est le cas pour sa dépression par exemple.

## 5.2. Actions et limites des comités d'analyse

---

<sup>99</sup> Ce que certains refusent d'ailleurs en séparant l'aspect financier de l'aspect médical comme cette femme qui n'utilise pas l'échelonnement proposé par son dentiste et préfère s'adresser à sa banque pour négocier un crédit à la consommation (48-20).

Rappelons brièvement le déroulement des comités d'analyse avant d'en saisir leur portée. Le chargé d'études rapporte les situations des personnes rencontrées en entretien. Le chef de projet apportait le volet administratif pour comprendre le dossier de la personne et révéler notamment certaines incohérences ou mises à jour manquantes. L'assistante sociale apportait alors un regard sur la situation du point de vue des droits et aides éventuelles. Enfin, les interventions du médecin conseil ont à la fois éclairé les besoins des individus tout en révélant aussi les potentiels manque d'informations sur l'offre de soins. Grâce aux croisements de ces différents regards sur les situations individuelles, les comités d'analyses ont rempli simultanément deux objectifs. D'une part, à un niveau individuel, ils ont permis d'agir directement sur certaines situations singulières et de déboucher sur des solutions concrètes pour les assurés. D'autre part, à un niveau plus collectif, les comités mettent en lumière des « effets de seuil » comme une des principales limites des aides administratives.

### 5.2.1 Les pistes d'actions individualisées mises en œuvre suite aux comités d'analyse

Des actions directes ont déjà été menées pour 12 enquêtés<sup>100</sup>. On constate qu'en dehors de 4 enquêtés (48-10, 48-11, 48-22 et 48-44), les 8 autres font partie du profil 1<sup>101</sup>. Sachant qu'ils constituent la moitié des enquêtés de ce profil (15 au total) et poursuivant l'hypothèse du comportement intégré, cette observation semble valider l'idée d'une relation entre la durabilité du renoncement et l'abandon de la recherche de solutions qui pourtant existent. Précisons un peu notre pensée : puisque les personnes du profil 1 sont celles qui pensent que leur situation ne peut pas changer malgré les conséquences de leur renoncement, et que les comités ont permis de trouver au moins une solution possible pour la moitié d'entre eux, on peut en déduire, avec prudence, que pour une partie des renonçants ayant un comportement intégré, il existe une forme d'abandon de recherche de solutions.

Revenons rapidement sur ces aides individualisées et les interventions menées à l'issue des comités d'analyse. Pour 4 renonçants, et malgré le fait qu'ils imaginent et font face aux conséquences du renoncement, les comités d'analyse ont permis de lever un obstacle financier, révélant ainsi un non-recours aux droits par manque d'informations des assurés. Ainsi, la réponse au renoncement a pu consister en une demande d'ACS (48-07, 48-08) ou de CMU-C (48-09) et/ou une aide financière supplémentaire ponctuelle pour des besoins en optique et/ou en dentaire (48-02, 48-03, 48-08). Pour d'autres le comité d'analyse a surtout permis une mise à jour de leur dossier (48-09, 48-10, 48-19, 48-44).

Dans certains cas précis, une guidance médicale et/ou administrative a pu avoir lieu : par exemple : un accompagnement par une assistance sociale (48-20), une orientation de l'assuré vers un spécialiste plus près géographiquement étant en mesure de répondre à des besoins de soins spécifiques (48-06) ou vers un praticien adapté tout en établissant une demande de prise en charge des transports (48-04) ou encore orienter et informer (médicalement) une personne qui renonce à une intervention chirurgicale (48-11).

Si dans une partie de ces cas, notamment ceux pour lesquels l'obstacle financier a été levé, il reste de nombreux cas où aucune action directe n'a pu être entreprise (et d'autres cas plus complexes, encore à l'étude pour une recherche de solution par une action conjointe des services santé et famille de la CCSS). L'ensemble de ces situations montre bien que si des solutions individualisées peuvent être mises en place en fonction des types de renoncements et des situations des renonçants, il reste des cas sans

<sup>100</sup> Synthèses : 48-02, 48-03, 48-04, 48-06, 48-07, 48-08, 48-09, 48-10, 48-11, 48-19, 48-22 et 48-44.

<sup>101</sup> Les renonçants du profil 1 ont été choisis selon leur réponse au questionnaire. Ce sont ceux qui ont répondu « non » à la question 16 : « Pensez-vous que cette situation [de renoncement] peut changer prochainement ? » et à la question 17 : « En général, avez-vous le sentiment de pouvoir bénéficier de soins quand vous en avez besoin ? », et qui ont cité au moins une conséquence à la question 20 : « Avez-vous le sentiment que cette situation de renoncement a (ou peut avoir) des conséquences ? », Cf. annexe 1, p. 48.

Diagnostic régional de l'accès aux soins en Languedoc-Roussillon – Monographie de la Lozère – mars 2016

solution invitant à réfléchir à la distinction entre deux types de raisons de cette impossibilité d'action. Est-ce que les limites d'actions des comités d'analyse proviennent des conditions matérielles et objectives du renoncement (renvoyant alors aux « effets de seuil » évoqués précédemment), ou renvoient-elles à des conditions plus subjectives qui freinent l'accès aux soins, et notamment le poids des idées reçues et des préjugés ? Cette distinction nous semble importante dans la mesure où ces deux limites suggèrent des leviers d'actions différents puisque l'un concerne une volonté plus politique (la question des seuils) alors que la seconde invite à agir au niveau des représentations des individus.

### 5.2.2 *Limites des actions individuelles et réflexions pour des pistes d'actions plus générales*

Les comités font apparaître des situations dans lesquelles le renoncement est dû à des raisons financières sans qu'il relève strictement d'un non-recours aux droits puisqu'il concerne soit des personnes qui ont des droits et y recourent, soit des personnes dont les revenus n'ouvrent aucun droit à des aides, par exemple le cas des personnes qui travaillent et dont les revenus les situent juste au-dessus des seuils, révélant alors des besoins d'aides au-delà des plafonds établis.

Par ailleurs, et quelle que soit la situation économique, ce constat amène à distinguer deux aspects dans l'analyse (même si au niveau des individus les deux peuvent se superposer<sup>102</sup>) :

- les raisons financières objectives : les personnes connaissent précisément les montants des restes à charge et font preuve d'une démarche plutôt active qui est arrêtée par la réalité matérielle.
- la perception des raisons financières : l'anticipation de la cherté des soins (ou de l'accès aux aides sociales) peut engendrer un renoncement avant même d'avoir entamé une démarche de renseignements et d'informations. La force de la représentation selon laquelle les soins dentaires (en particulier) sont inaccessibles financièrement (même avec une complémentaire santé et en échelonnant les paiements) invite à penser cet aspect comme un point important sur lequel il est possible d'agir dans certains cas.

Ce constat livre, selon nous, deux enseignements principaux. Certes, certains soins dentaires ont un coût incompressible qui reste parfois toujours trop élevé pour certaines personnes ; néanmoins, il semble que la manière dont les individus se représentent le prix des soins soit un levier d'action important dans la mesure où certains enquêtés renoncent par méconnaissance de la réalité (notamment : sur les soins dentaires : idée (en partie vraie) selon laquelle les prothèses sont chères et mal remboursées alors qu'il existe divers types de prothèses à des prix différents). Ce manque d'informations peut aussi porter sur l'offre de soins (non connaissance de praticien accessible géographiquement et/ou financièrement).

Les comités d'analyse ont donc aussi permis de pointer quelques distorsions entre la réalité objective de l'offre de soin et les représentations de celle-ci par les assurés (« désert médical »). Les idées étant plus mobiles, plus perméables que les faits, il nous semble pertinent d'envisager des pistes d'actions à ce niveau, et ce, à double titre : d'une part au travers d'informations départementales sur les professionnels de santé de la Lozère (localisation géographique et informations sur leurs honoraires et leurs éventuels dépassements)<sup>103</sup> ; d'autre part une campagne d'informations plus nationale visant à déconstruire cette représentation-obstacle sur la cherté globale des soins dentaires (et des lunettes) pour tenter de minimiser les effets d'anticipation qui constituent une raison importante des renoncements. Informer les

<sup>102</sup> C'est le cas de ceux qui s'arrêtent juste après avoir fait établir un premier devis (« le devis suffit à me faire fuir », 48-34). Ils s'auto-excluent alors de toute démarche active, entreprise par d'autres enquêtés : faire établir d'autres devis, se renseigner précisément auprès de sa mutuelle sur les remboursements pour connaître les restes à charges, trouver des solutions « bricolées ».

<sup>103</sup> Informations qui ne peuvent se limiter à un support virtuel (internet) car si beaucoup d'assurés se déplacent à la CCSS, tous n'ont pas l'habitude d'utiliser internet, certains n'ayant même pas d'accès internet.

Diagnostic régional de l'accès aux soins en Languedoc-Roussillon – Monographie de la Lozère – mars 2016

assurés afin qu'ils puissent aussi demander plus facilement une solution thérapeutique moins onéreuse lorsque c'est possible. Par ailleurs, en explicitant le caractère individuel et personnalisé des besoins de soins, on pourrait peut-être minimiser les renoncements par effet d'anticipation. L'anticipation de l'inaccessibilité des soins est nourrie par les récits des expériences des autres qui finissent, dans certains cas, par faire loi pour soi-même, et même, par remplacer l'expérience personnelle en la décourageant d'emblée. C'est le cas par exemple des individus qui justifient leur renoncement en faisant appel aux expériences de leurs proches, supposant implicitement qu'il en sera de même pour eux. Une piste d'action est donc peut-être à envisager en termes de pédagogie pour déconstruire ce type d'idées reçues et de préjugés. Ce processus d'anticipation peut aussi concerner des aspects plus médicaux (durée d'un arrêt maladie pour un acte chirurgical par exemple) et renvoie alors plus directement à la question de la guidance médicale.

Enfin, il ne faut pas négliger les situations où aucune action ne semble possible, soit parce que le besoin de soin identifié par le renonçant ne correspond pas aux types de soins remboursés (question des médecines douces), soit parce que le profil (économique) du renonçant l'exclut des aides administratives. L'enquête met ainsi en lumière le cas de certains travailleurs à faible revenu pour qui les dépenses de santé engendrent un déséquilibre financier (ou un crédit) qui les conduit à renoncer. Le fait de n'avoir droit à aucune aide financière peut alors nourrir un sentiment d'injustice qui se traduit chez certains par une colère et une dénonciation d'un système de soins au sein duquel ils se sentent défavorisés. Cette attitude peut figer certains dans une auto-exclusion du système de soins, ramenant là encore à la question de la guidance médicale.

### 5.3. Les difficultés de guidance soulevées par l'enquête

Une des limites (et non des moindres) des comités d'analyse porte sur les besoins de soins non satisfaits mais non déclarés comme tels dans le questionnaire et qui émergent des entretiens. Cela fait écho à l'effet d'anticipation décrit précédemment puisque l'idée que les individus se font de leurs besoins de soins supplante parfois l'avis médical au sens où en anticipant le diagnostic, les individus renoncent à consulter. Le cas de ce serveur saisonnier qui renonce à soigner son problème de canal carpien (non déclaré dans le questionnaire) et tait son problème à son médecin lorsqu'il le consulte pour lui demander un certificat d'aptitude pour sa licence de tennis de table (43-11) soulève clairement les limites de la guidance médicale. Ainsi, certaines personnes dissimulent plus ou moins leur problème par pudeur ou par honte, comme le cas de la femme d'agriculteur évoqué longuement précédemment (48-27) ou dans le cas précédent par intégration complète du renoncement. Ces cas posent alors la question d'une guidance impossible car le problème est dénié parfois même en dépit d'une guidance très resserrée et attentive (48-27).

Dans de nombreux cas, les renonçants relatent une bonne relation avec leur médecin traitant et suivent ses orientations, notamment dans les cas de pathologies lourdes, néanmoins, cela ne signifie pas qu'ils abordent l'ensemble de leurs problèmes, précisément en raison de ce déni. De plus, chez certains enquêtés, on observe une certaine distance voire une méfiance envers la médecine qui peut conduire les individus à bricoler leurs propres solutions thérapeutiques par automédication et méthodes dites douces. Si certains combinent diverses méthodes (48-35, 48-45) d'autres s'opposent plus brutalement aux solutions proposées par la médecine<sup>104</sup>.

Comme le montre les données statistiques, les renonçants lozériens ne sont pas des patients en dehors de tout parcours de soins. Si leur démarche de soins peut s'arrêter pour des raisons principalement financières et en dehors de quelques cas à la marge (opposition à la médecine ou non consultation), la grande majorité des renonçants a demandé un avis médical et tente de le suivre. Ainsi, l'hypothèse d'un manque de guidance médicale pour expliquer le renoncement se vérifie rarement. Il faut tout de même nuancer cette idée au travers de deux remarques.

D'une part, apprécier la guidance médicale (et *a fortiori* son éventuelle manquement) à partir du récit des renonçants reste un point délicat. Certains cas mettent en évidence que l'avis médical, l'orientation ou le conseil des praticiens n'est pas toujours bien compris par les patients. Cet avis peut aussi être déformé par l'enquêté ce qui complique l'appréhension de cette question. D'autre part, le phénomène de sous déclaration du renoncement observé (et illustré par le cas du serveur et son problème de canal carpien, 48-11) invite à penser que des individus renoncent réellement à des besoins de soins qui ne sont pas identifiés comme tels, et donc non déclarés – dans l'enquête comme aux praticiens. Ainsi, il est fort probable qu'une partie des renoncements passent inaperçus, ce qui reste sans doute la principale limite des possibilités d'action en terme de guidance médicale.

Concernant la guidance administrative, on retrouve un effet similaire au sens où il y a des renonçants qui s'adressent à la CCSS pour trouver une solution pour tenter de satisfaire leur besoin de soins ; dans ces cas-là, la guidance administrative est bien souvent efficace. Mais d'autres ne sollicitent pas d'aides ou de soutien par anticipation d'un refus. Dans ces derniers cas, comment enclencher la guidance ? Comme nous l'avons évoqué dans cette monographie, la première étape en matière de guidance concerne généralement un besoin d'information sur les dispositifs sociaux et médicaux existants. Si la plupart des enquêtés déplore le manque d'information et d'explication sur les modalités d'accès aux droits et/ou sur leur usage, ces besoins sont cependant souvent pourvus dès qu'ils s'adressent à la CCSS.

<sup>104</sup> Cf. *supra* pp. 25 et 26.

En effet, nombre d'enquêtés témoignent de la qualité des services de la CCSS de Lozère (alors comparés à ceux d'un autre département), notamment cet enquêté qui a dû faire face à des problèmes administratifs largement réglés par les personnels de la CCSS : « *C'est au fur à mesure que... on est venu, le monsieur euh... votre médecin de la Sécu qu'était très bien, qui m'a un peu plus expliqué, vos assistantes sociales de la Sécurité qui m'ont un peu plus expliqué* » (48-13). Même si leur situation ne permet pas toujours de débloquer des aides et/ou de mettre en place des solutions pour lever l'ensemble des obstacles à l'accès aux soins, une très grande majorité des enquêtés est satisfaite des échanges avec les divers personnels de la CCSS, en particulier parce que ces échanges leur donnent l'impression d'être reconnus personnellement et de ne pas être considérés « comme des numéros ». Ce qui a été confirmé empiriquement par le fait que les personnels, notamment ceux présents dans le Comité d'analyse, connaissaient pour la plupart les enquêtés reçus en entretien dans le cadre de ce diagnostic.

## Conclusion

---

A l'issue de cette enquête, il ressort que la Lozère présente d'abord des particularités qui singularisent ce département par rapport aux autres de la région et qui mettent l'accent sur des explications du renoncement peut-être moins répandues mais qui touchent sans doute davantage les zones rurales. Ainsi, les explications propres au territoire permettent de comprendre les renoncements qui ne sont pas habituels ou des cumuls de renoncements. En effet, l'offre de soins étant moins nombreuse, les Lozériens doivent alors composer avec des contraintes matérielles (temporelles ou géographiques) plus importantes.

Certes, les renonçants lozériens partagent avec les autres des explications économiques qui permettent de comprendre une grande partie du phénomène sans pour autant suffire à l'expliquer. Il semble donc qu'il existe des raisons propres au territoire de la Lozère permettant de saisir notamment en quoi les renoncements restent importants, malgré des facteurs censés protéger du renoncement (une complémentaire santé, un plus faible taux de pauvreté). La Lozère n'étant pas le département le plus défavorisé économiquement, cela amène à penser le renoncement sous l'influence de deux autres types de raisons : celles liées à l'offre de soins et sa distribution sur le territoire et celles liées à un état de santé plus fragile, posant plus généralement la question des personnes qui cumulent les pathologies. Le fait que les renonçants lozériens aient, pour beaucoup, une complémentaire santé et qu'ils ne soient pas en dehors de tout parcours de santé, plaide en ce sens. Cette réflexion mériterait d'être approfondie en s'intéressant par exemple aux taux de personnes en invalidité sur le département pour le comparer aux autres départements.

Comme dans les autres départements, l'enquête menée en Lozère permet enfin de confirmer le poids des raisons économiques qui recouvrent divers obstacles pour lesquels la question financière entre sans cesse en jeu : que ce soit pour faire garder ses enfants ou pour se déplacer, les raisons précitées (territoriales, sociales et idéologiques) finissent toujours par avoir un impact économique sur le renoncement. Ces raisons économiques et matérielles peuvent alors entraver toute éventuelle guidance administrative et médicale dans la mesure où certains renonçants anticipent une absence de droits et/ou de services qui pourraient pourtant les aider. Dans ces cas-là, les hypothèses du comportement intégré et celle de l'absence de guidance se renforcent mutuellement amenant certaines personnes à ne plus « seulement » se trouver en situation de renoncement, mais à faire du renoncement un comportement habituel et presque quotidien. L'hypothèse selon laquelle des manques en termes de guidance administrative et/ou médicale contribueraient à expliquer le renoncement est donc en partie validée, comme le montrent d'ailleurs la nature des actions individuelles entreprises à l'issue des Comités d'analyse. Elle reste seulement en partie confirmée puisque l'enquête met aussi en exergue des situations où les « effets de seuils » et la perception des personnes en la matière annulent, en quelque sorte, toute possibilité de guidance administrative. Enfin, l'existence de quelques comportements intégrés en dépit d'une forte guidance médicale (48-27) tend à signifier, selon nous, que l'hypothèse de la guidance médicale joue un rôle important et constitue un levier d'action si toutefois le renoncement ne relève pas d'un comportement très intégré. En effet, lorsque les personnes font du renoncement un comportement, les prises dont disposent les professionnels du social et de la santé sur les difficultés des personnes à se soigner semblent plus rares.

## Annexes

### Annexe 1 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 :

- |                                     |   |                                    |                                  |   |
|-------------------------------------|---|------------------------------------|----------------------------------|---|
| <b>CPAM</b>                         |   | <b>Service médical</b>             |                                  |   |
| <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   |   |                                    |                                  |   |

##### - QUESTIONS CONCERNANT L'ASSURÉ -

3. Régime  Général  MSA  RSI  Autre

4. Code postal : .....

5. Sexe  Masculin  Féminin

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

48

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 :<br>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**

## 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

**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) négocie 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 :

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

56

#### **⇒ 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 précédents 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 : |

**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.***