



LE RENONCEMENT AUX SOINS EN MARTINIQUE.

*UN ECLAIRAGE A PARTIR DE L'ENQUETE DU
BAROMETRE DU RENONCEMENT AUX SOINS.*



**RAPPORT POUR LA CAISSE
GENERALE DE SECURITE
SOCIALE (CGSS) DE MARTINIQUE
ET LA CAISSE NATIONALE
D'ASSURANCE MALADIE (CNAM)**

Hélène REVIL

**En collaboration avec
Myriam THIROT
Mylenn ZOBDA-ZEBINA,
Sébastien BAILLY et Océane
REGNIER.**



Juillet 2021



Remerciements

Nous remercions tous les professionnels de l'assurance maladie qui ont rendu possible la réalisation de cette enquête et, en particulier, les agents de la CGSS de Martinique qui ont été impliqués dans la passation des questionnaires. Un grand merci également aux partenaires de la CGSS ainsi qu'à Mylenn Zobda-Zebina et Myriam Thiroit, chercheuses au sein de l'association Kafé, qui ont contribué à cette passation, et plus globalement, à la réalisation de ce travail.

Pour citer ce rapport

Revil Héléna et al., « Le « renoncement » aux soins en Martinique. Un éclairage à partir de l'enquête du Baromètre du renoncement aux soins », Odenore, Rapport pour la Caisse générale de sécurité sociale (CGSS) de Guadeloupe et la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), juillet 2021.

Sommaire

Introduction	5
Les principaux résultats du BRS métropolitain	7
Le questionnaire du BRS pour la passation dans les D-ROM	9
1. Quelques informations utiles pour contextualiser les résultats de l'enquête du	
« Baromètre du renoncement aux soins »	12
1.1. Le contexte démographique	12
La Martinique : un DROM	12
Un déclin démographique continu	14
Une prédominance de familles monoparentales.....	17
1.2. Le contexte économique et social	18
Chômage structurel, disparités économiques	18
Conditions de vie.....	18
1.3. Le contexte sanitaire	21
Données épidémiologiques.....	21
Accès financier aux soins.....	22
Offres de soins	23
2. Les résultats de l'enquête du Baromètre du renoncement aux soins	26
2.1. Présentation des répondant.e.s à l'enquête	28
Situation socioéconomique et géographique des répondant.e.s	28
État de santé et situation administrative en santé des répondant.e.s	30
Les répondant.e.s et le numérique	32
2.2. Caractérisation des personnes qui n'ont pas réalisé au moins un soin dont elles avaient	
besoin, au cours des douze derniers mois	35
Où sont situés les renonçant.e.s sur l'île ?.....	35
Genre, situation familiale et âge des renonçant.e.s	36
Situation socioéconomique des renonçant.e.s	36
Caractérisation de l'état de santé des renonçant.e.s et de leur situation administrative en santé	37

Les renonçant.e.s et le numérique.....	38
2.3 Les types de soins non-réalisés, les raisons et conséquences de la non-réalisation de soins .	41
Les types de soins renoncés.....	41
Les raisons de renoncer	44
Les conséquences perçues par les personnes.....	46
Conclusion	47
ANNEXE.....	50

Introduction

Depuis plusieurs années maintenant, la notion de « renoncement aux soins » est couramment utilisée en France comme dans d'autres pays, notamment par les acteur.ice.s des politiques sanitaires et sociales, pour qualifier des situations dans lesquelles des personnes ne bénéficient pas de soins dont elles ont besoin. La notion est en l'occurrence devenue une « catégorie d'action » et, dans cette perspective, elle est souvent utilisée comme un équivalent de « difficultés d'accès aux soins » alors même qu'elle recouvre des situations plus larges et que toutes les situations de renoncement ne sont pas en lien avec des « difficultés », des « obstacles » ... Il est vrai que, dès la fin des années 1990, la notion de renoncement aux soins a été intégrée dans des enquêtes visant à produire de la connaissance sur les inégalités d'accès aux soins. A partir du début des années 2000 cependant, la notion a été utilisée par des chercheur.e.s en sciences sociales dans des enquêtes visant à explorer les difficultés d'accès mais également les situations dans lesquelles les personnes ne veulent pas utiliser certains soins, offres, traitements.

Les travaux ont montré que derrière cette notion se cachent en effet des situations de diverses natures ; certaines personnes rencontrent bien des difficultés pour accéder ou se maintenir dans les soins quand d'autres refusent de bénéficier de certains soins, préférant pour une partie se soigner autrement. On retrouve ici la distinction opérée par Caroline Desprès entre « des renoncements-barrière » et des « renoncements-refus »¹. On sait aussi que l'on peut préciser les choses en termes de temporalité ; certaines situations étant plutôt des situations de « renoncement temporaire » quand d'autres présentent un caractère plus définitif. Pour les premières, on pourrait donc plutôt utiliser le terme report de soins ou recours différé.

Malgré cette diversité pointée par différents travaux, l'expression « renoncement aux soins » est restée. On l'utilise toujours pour parler de situations qui ne sont pas exactement équivalentes s'agissant des causes sous-jacentes, de leur temporalité... On sait aussi que derrière le mot « soins » présent dans l'expression « renoncement aux soins » se cachent différentes « choses », des consultations, des examens, des achats de matériels médicaux...

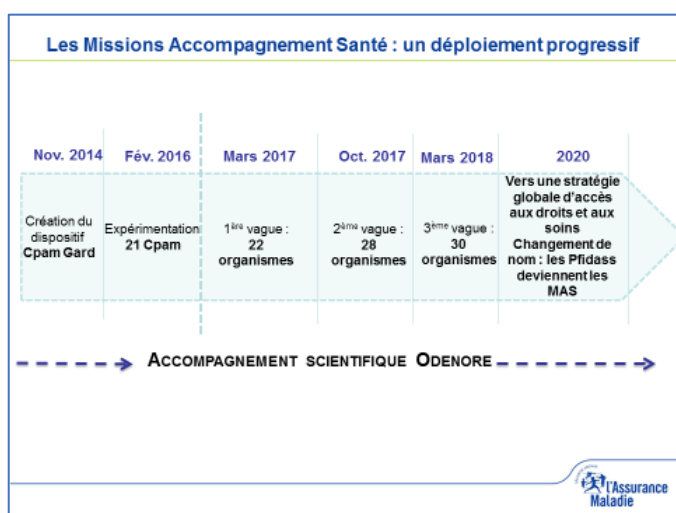
¹ Desprès C., 2012, « Le renoncement aux soins pour raisons financières. Analyse socio-anthropologique », DREES, Série *Études et Recherche*, n°119, mars, p.14 et 15.

La mise en place d'enquêtes sur le sujet a précisément pour objectif d'aider à mieux appréhender les situations que l'on qualifie souvent un peu hâtivement de « renoncement » et à mieux comprendre les explications sous-jacentes, les soins et actes médicaux concernés... L'enquête dite du « Baromètre du renoncement aux soins » (BRS) s'inscrit dans cette veine ; née en 2014 dans le Gard, dans le cadre d'une collaboration entre la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) et l'Observatoire des non-recours aux droits et services (ODENORE), elle s'est ensuite déployée à l'ensemble de la France Métropolitaine via la dynamique de généralisation des Missions accompagnement santé (MAS).

Au fil des années, environ 160 000 questionnaires ont été recueillis et plus de 400 entretiens qualitatifs ont été réalisés auprès de personnes qui avaient déclaré, dans leur questionnaire, avoir renoncé ou reporté au moins un soin au cours des quinze derniers mois. En France métropolitaine, la démarche du BRS a ainsi permis de construire des diagnostics territorialisés pour :

- ◇ Déterminer, territoire par territoire, la nature et l'ampleur de la non-réalisation de soins par des personnes qui ressentent pourtant des besoins de soins ;
- ◇ Comprendre ces situations partant de ce qu'en disent les personnes ;

La démarche d'enquête en elle-même et la connaissance produite via l'analyse croisée des questionnaires et des entretiens qualitatifs ont aidé les professionnel.le.s de l'Assurance maladie à explorer la diversité des situations dites de « renoncement aux soins » et à découvrir des facettes du phénomène qu'ils/elles ne se représentaient pas nécessairement². La connaissance a été utilisée pour élaborer des réponses à ces situations via la mise en place



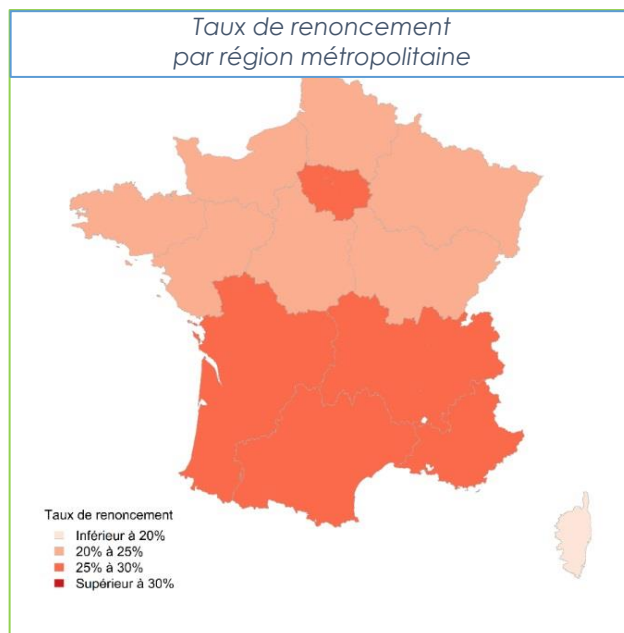
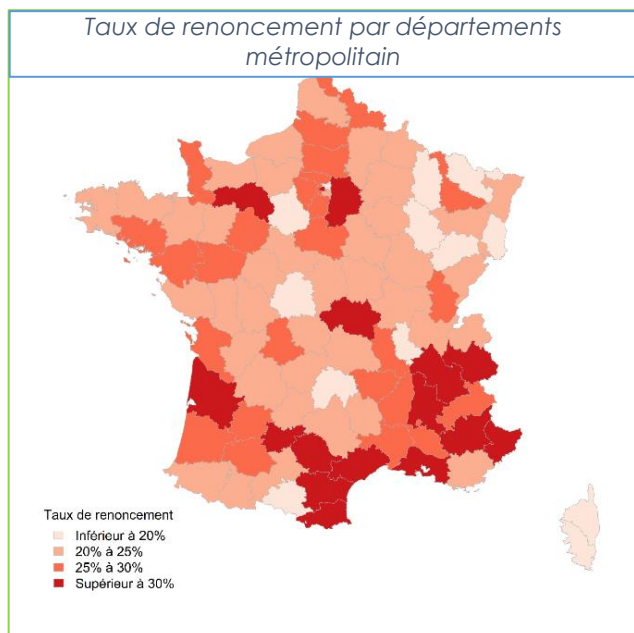
des Missions accompagnement santé, pour nourrir des échanges avec de potentiel.le.s partenaires et/ou élaborer des supports de sensibilisation à destination de différents publics... La passation des questionnaires de l'enquête du BRS a en l'occurrence permis de repérer des personnes ne réalisant pas des soins dont elles ont besoin et d'amorcer ce faisant les premiers accompagnements au sein des MAS.

² Revil, Hélène, et al. « « Renoncement et accès aux soins. De la recherche à l'action ». Cinq années de collaboration entre l'Assurance maladie et l'Observatoire des non-recours aux droits et services (ODENORE) », *Revue française des affaires sociales*, no. 4, 2020, pp. 261-297.

Les principaux résultats du BRS métropolitain

En France métropolitaine, le phénomène de « non-réalisation de soins malgré des besoins » n'est pas résiduel au sein des populations enquêtées via le BRS puisque, toutes caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) confondues, un quart des répondant.e.s sont concernés. **Le taux de renoncement malgré un besoin au travers des différentes vagues du BRS est en effet de 25,6%³. Ce sont 160 824 assuré.e.s du régime général de l'Assurance maladie qui ont été interrogé.e.s dans le cadre du BRS depuis sa création en 2014⁴. 41 209 d'entre elles / eux ont déclaré avoir renoncé à un ou plusieurs soins au cours des 12 derniers mois⁵ et/ou être toujours en dans cette situation au moment où ils/elles ont été enquêté.e.s.**

L'amplitude entre les taux de renoncement aux soins le plus bas et le plus élevé mesurés par le BRS est importante (24 points). Ainsi en Haute Corse, c'est environ un.e répondant.e sur huit (12,8%) qui déclare un, ou plusieurs, renoncement(s) dans les 12 mois précédant l'enquête ; s'agissant de la CPAM de l'Aude, plus d'un.e répondant.e sur trois (36,8%) indique avoir été au cours de l'année écoulée, et/ou être au moment de l'enquête, touché.e par le phénomène.



³ Taux non standardisé.

⁴ En incluant le diagnostic réalisé par la CPAM du Tarn qui diffère quelque peu de celui du BRS, mais s'en inspire.

⁵ 12 mois précédant l'enquête.

Nous rappelons ci-dessous les principaux résultats du BRS métropolitain⁶ :

- ◇ Pour 38% des renonçant.e.s, les soins non-réalisés sont des soins dentaires prothétiques ; pour 31%, ce sont des soins dentaires conservateurs. 36% des renonçant.e.s disent avoir renoncé à des consultations chez un spécialiste et 19% à des achats en matière d'optique ; pour environ une personne sur dix, le renoncement concerne des consultations généralistes et pour une sur dix également, il porte sur des analyses biologiques ou des examens médicaux ;
- ◇ Comme l'indiquent les chiffres ci-dessus, dans un certain nombre de cas, la non-réalisation de soins prend une forme « cumulative » (les personnes n'ayant pas réalisé plusieurs types de soins au cours des douze derniers mois) ;
- ◇ 70% des renonçant.e.s citent au moins une raison financière pour expliquer leur renoncement (en premier lieu, ils/elles évoquent l'ampleur des restes à charge, en second lieu, les difficultés à faire des avances de frais) ; 26% évoquent les délais de rendez-vous ou des problèmes de disponibilité personnelle ;
- ◇ 18% des renonçant.e.s n'ont pas de complémentaire santé, chiffre nettement supérieurs à celui mesuré pour les non-renonçant.e.s ;
- ◇ Un.e renonçant.e sur dix parle de l'éloignement géographique de l'offre de soins et/ou de difficultés de mobilité pour la rejoindre ; un.e sur dix également pointe des incompréhensions par rapport au système de protection maladie ou de santé et/ou la complexité des démarches pour accéder ou se maintenir dans les soins.
- ◇ 35% des renonçant.e.s déclarent également un renoncement aux soins pour un membre de leur foyer. Ce taux nettement supérieur à celui mesuré pour les non-renonçant.e.s signale que la non-réalisation des soins peut, dans une partie des cas, prendre une dimension familiale ;
- ◇ S'agissant de la durée de la non-réalisation des soins, le BRS indique que dans la moitié des cas, les personnes diffèrent leurs soins depuis moins d'un an ; dans 23%, elles les reportent depuis plus d'un an mais moins de deux ans et dans 26% depuis plus de deux ans ;

⁶ https://odenore.msh-alpes.fr/sites/odenore/files/Mediatheque/Documents_pdf/synthese_analyses_descriptives_brs_-_v2_-_odenore_-_hp2.pdf

- ◇ Une personne sur deux qui renonce à des soins n'a plus le sentiment de pouvoir se soigner dans le système de santé « classique » français en cas de besoin, c'est plus particulièrement le cas des personnes pour lesquelles la non-réalisation des soins s'inscrit dans la durée ;
- ◇ 76% des « renonçant.e.s » ressentent ou craignent un impact du renoncement sur leur état de santé physique et/ou moral et environ la moitié évoque des conséquences sur les dimensions sociale, professionnelle et/ou familiale de sa vie ;

Ces chiffres concernent l'ensemble des renonçant.e.s enquêté.e.s en France métropolitaine et varient en fonction des territoires.

Le questionnaire du BRS pour la passation dans les D-ROM

Le questionnaire utilisé en France métropolitaine a été adapté pour tenir au mieux compte des réalités des DOM mais aussi pour appréhender des dimensions de la non-réalisation des soins qui n'avaient pas été investiguées en France métropolitaine. Il s'agissait en particulier de :

- ◇ Caractériser plus précisément les populations concernées par des situations de non-réalisation de soins malgré un ou des besoins ;
- ◇ Capter la diversité des situations qui se cachent derrière ces situations, en termes notamment de causes, de types de soins, de temporalité ;
- ◇ Essayer de « capturer » l'effet Covid-19, autrement dit se donner les moyens de différencier ce qui relève du phénomène de « non-réalisation de soins » en temps normal de ce qui est plus spécifiquement lié à la période de crise ;

Le processus d'adaptation du questionnaire a été collaboratif au sens où il a impliqué, à l'automne 2019, des professionnel.le.s de différents services de la CGSS de Martinique et de la CGSS de Guadeloupe, des professionnel.le.s de la Caisse d'appui national (CAN) des Missions accompagnement santé, des professionnel.le.s de la Direction de l'intervention sociale et de l'accès aux soins (DISAS) de la Caisse nationale de l'Assurance maladie (CNAM), des chercheur.e.s de l'Odenore et de l'association Kafé⁷.

Le questionnaire a ensuite été transmis à la CGSS de la Réunion pour vérifier que les questions et les items de réponse prévus étaient pertinents pour la population réunionnaise.

⁷ L'association Kafé, située en Martinique, réalise des travaux d'étude et de recherche dans le champ de l'action sanitaire et sociale. Elle est dirigée par deux chercheuses en sciences sociales, membres du Laboratoire Caribéen des Sciences sociales (LC2S).

Au final, le questionnaire est plus long que celui utilisé en France métropolitaine mais plus précis dans ses questionnements, en particulier ceux portant sur l'identification des situations de non-réalisation de soins. Dans la version métropolitaine du questionnaire en effet, une question centrale sur ce point était : « au cours des douze derniers mois, avez-vous renoncé ou reporté au moins un soin dont vous aviez besoin ? ».

Cette formulation étant celle utilisée dans d'autres enquêtes, nous l'avons privilégiée afin de pouvoir comparer nos résultats avec d'autres obtenus par ailleurs. Puis deux autres questions visaient ensuite à déterminer le ou les soins concernés et les raisons du report ou du renoncement.

Dans le questionnaire du « Baromètre du renoncement aux soins » construit pour les DOM, la formulation est très différente : les termes « renoncer » et « reporter » ne sont plus présents dans les questions qui se structurent autour de l'idée de « non-réalisation ».

Exemple : Au cours des douze derniers mois, avez-vous eu besoin d'aller chez ... ? Si oui, êtes-vous allé.e/avez-vous consulté... ? Si non, quand est apparu le besoin ? (Avant, pendant ou après le confinement) ; Pour quelles raisons n'avez-vous pas consulté/réalisé tel ou tel acte/matériel ? (Groupes de réponses différentes selon que le besoin est apparu avant, pendant ou après le confinement) ; Si oui, depuis combien de temps ne consultez-vous pas ?

Ces questions sont posées pour chacun des types de soins/actes afin notamment de pouvoir différencier les raisons en fonctions du type de soins/actes et de ne pas « cacher » certains renoncements derrière d'autres que les répondant.e.s jugeraient plus importants à déclarer.

Le module de caractérisation des répondant.e.s et de leur situation économique et sociale a également été étoffé : des questions relatives au bénéfice éventuel de prestations sociales ont été ajoutées ainsi qu'une question visant à estimer leurs restes pour vivre. Le questionnaire aborde aussi des thématiques non prises en compte auparavant, telle celle du numérique et de l'usage de certains outils - par exemple compte améi - par les personnes interrogées ou celle de leur niveau de connaissance des dispositifs de prévention – en particulier campagnes de dépistage des cancers.

Le questionnaire compte au total un peu moins d'une centaine de questions réparties en 8 grands modules :

Module 1. Informations concernant l'enquêteur.ice ;

Module 2. Profil de la personne répondante :

- ◇ Sexe, âge, code postal, situation familiale, enfant(s), profession, bénéfice d'aides...

Module 3. Etat de santé et situation administrative en santé :

- ◇ Complémentaire santé, maladie chronique, médecin traitant...

Module 4. Non-réalisation de soins/actes (1 module global comprenant 7 groupes de questions) :

- ◇ Généraliste, spécialiste(s), dentiste, médicaments, optique, auditif, autres soins ;
- ◇ Décliné en cascade (comme indiqué ci-dessus ;

Module 5. Conséquence de la non-réalisation de soins :

- ◇ Sur l'état de santé (physique et mental) ;
- ◇ Mais aussi sur différentes dimensions de la vie des personnes ;

Module 6. Existence de renoncements ou de reports de soins dans le foyer :

- ◇ Le cas échéant, personnes concernées (conjoint, enfant(s)...) ;

Module 7. Connaissance de l'existence des actes de prévention :

- ◇ Questions adaptées au profil du/de la répondant.e en termes d'âge, de genre et de situation familiale ;
- ◇ MT'Dents, dépistage du cancer colorectal, du col de l'utérus, du sein, de la prostate ;

Module 8. Rapport au numérique :

- ◇ Equipement mobile, accès internet, difficultés d'usage, compte Ameli, fréquentation d'une MSAP ou d'une autre structure pour obtenir de l'aide ;

Plan du rapport

La première partie de ce document présente quelques éléments du contexte démographique, géographique et sanitaire de la Martinique qui semblent pertinents par rapport à la question de l'accès aux soins et utiles pour interpréter certains résultats de l'enquête par questionnaire du « Baromètre du renoncement aux soins » (BRS).

La seconde partie revient sur les résultats de cette enquête ; nous présentons en premier lieu la population qui a répondu aux questionnaires puis procédons à une comparaison des personnes qui ont déclaré n'avoir pas réalisé au moins un soin dont elles ont eu besoin au cours des douze derniers mois (les « renonçant.e.s ») versus celles qui n'ont pas été dans cette situation (les « non-renonçant.e.s »). Nous en venons ensuite aux types de soins non-réalisés (ou renoncés), aux causes du phénomène et à ses conséquences du point de vue des personnes.

Nous employerons les termes « non-réalisation » de soins/de matériel ou « renoncement » aux soins/à du matériel de manière indifférenciée, pour qualifier les situations des personnes qui ont eu besoin de certains soins mais qui ne les ont pas réalisés et/ou qui ont eu besoin d'acheter du matériel médical mais qui ne l'ont pas fait.

1. Contextualisation des résultats de l'enquête du « Baromètre du renoncement aux soins »

1.1. Le contexte démographique

La Martinique : un DROM

La Martinique est l'un des DROM situé dans l'archipel des Petites Antilles. Situé à 7 200 Km de la France hexagonale, le territoire couvre une superficie de **1128 km²**, et se divise en 3 zones distinctes, gérées par **3 EPCI** (Établissement public de coopération intercommunale) :

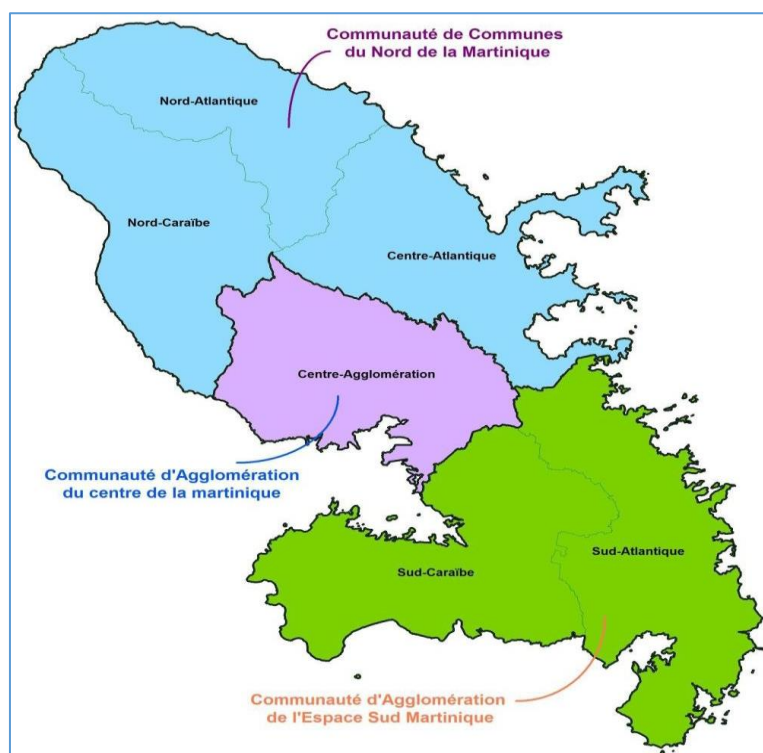
- La Communauté d'Agglomération du Nord de la Martinique : **CAP NORD**. Le Nord se subdivise entre le Nord Atlantique, espace verdoyant et montagneux, essentiellement rural et agricole, et le Nord Caraïbe, bordé de plages et tourné vers la pêche. Le Nord atlantique regroupe 10 communes : Grand Rivière, Grand Rivière, Macouba, Basse Pointe, Le Lorrain, Ajoupa Bouillon, Le Marigot, Gros Morne, Sainte-Marie, La Trinité et Le Robert. Il totalise 338 km², soit 30 % du territoire. Le Nord Caraïbe comprend huit communes : Bellefontaine, Le Carbet, Case Pilote, Fond-Saint-Denis, Le Morne Rouge, Le Morne Vert, Le Prêcheur et Saint-Pierre. Il totalise 210 km², soit 19 % du territoire et une population qui s'élève à 100 347 habitant.e.s⁸.
- La Communauté d'Agglomération du Centre de la Martinique : **CACEM**. Elle se compose de 4 communes : Fort-de France, Schœlcher, Saint-Joseph et le Lamentin. Ces communes s'étendent sur une superficie totale de 170,99 km² soit 45% du territoire avec une population de 156 079 habitant.e.s⁹.
- La Communauté d'Agglomération de l'Espace Sud de la Martinique : **Espace Sud (CAESM)**. Elle regroupe douze communes : Les Anses d'Arlet, Le Diamant, Ducos, Le François, Le Marin, Rivière Pilote, Rivière Salée, Saint Esprit, Sainte Anne, Sainte Luce, Les Trois Ilets et Le Vauclin. Les activités du Sud sont plus orientées vers la pêche et le tourisme pour les communes situées le long du littoral, et l'agriculture pour celles qui sont

⁸ Intercommunalité-Métropole de CA de l'Espace Nord de la Martinique, Insee, 14/01/2021

⁹ Insee Chiffres clés, 14/01/2020 (recensement de 2017)

enclavées. Sa superficie totale est de 409 km², soit 36 % du territoire avec une population de 116 168 habitant.e.s ¹⁰.

Figure 1. Carte des EPCI de la Martinique



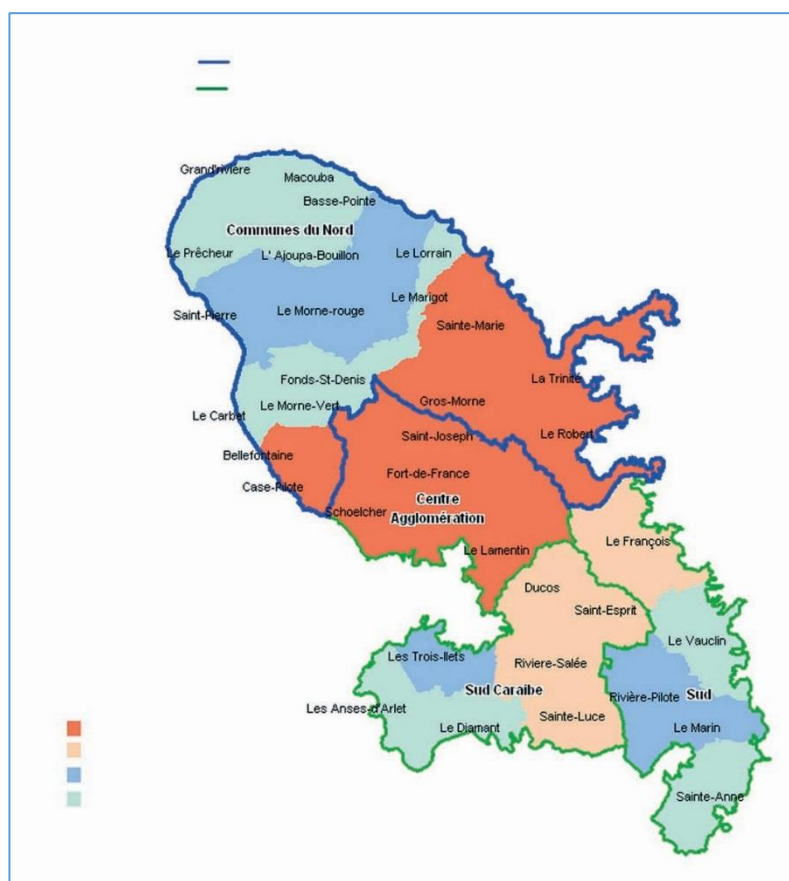
Source : Observatoire de l'Habitat de la Martinique, 2014¹¹

Le principal bassin d'emploi se trouve sur le territoire de la CACEM, de sorte que la capitale administrative Fort de France et les villes limitrophes, Lamentin, Schoelcher et Saint Joseph forment une conurbation où se concentrent 156 000 habitant.e.s sur les 363 480 personnes que compte le territoire. Ce grand ensemble urbain centralise la majorité des équipements et infrastructures de biens et services (aéroport, transports, établissements bancaires, hôpitaux, bibliothèques, etc..) de la région. Cette inégale répartition de la population se retrouve dans la densité par habitant.e.s par km² : 913 habitants/ km² pour le territoire de la CACEM, 284 habitant.e.s/ km² pour le territoire de l'Espace Sud et 183 habitant.e.s / km² pour l'Espace Nord. La Martinique demeure l'une des régions de France les plus densément peuplées avec 330 habitant.e.s/ km², en France hexagonale la densité étant de 118 habitant.e.s par km².

¹⁰ Intercommunalité-Métropole de CA de l'Espace Sud de la Martinique, Insee, 14/01/2021

¹¹ Plan de lutte contre la pauvreté, domaine logement Hébergement, Accompagnement pour la mise en œuvre d'un diagnostic territorial partagé à 360° su sans-abris me au mal-logement, diagnostic de la Martinique, DJSCJ (coor.)

Figure 2. Répartition de la population par secteur géographique et structuration du territoire



Copyright IGN - Insee 2006

Un déclin démographique continu

La Martinique est la région de France qui perd le plus d'habitant.e.s. Au 1^{er} janvier 2019, le nombre d'habitant.e.s s'élevait à 363 480 personnes, soit 34 000 personnes de moins en dix ans.¹² Cette décroissance démographique s'explique par le départ des jeunes, en âge de travailler ou de poursuivre leurs études, vers l'hexagone et un faible taux de natalité (1,95 enfants par femme). Ce déclin démographique s'accroît d'année en année (-0,8 % en moyenne par an de 2012 à 2017, contre -0,5 % de 2007 à 2012).

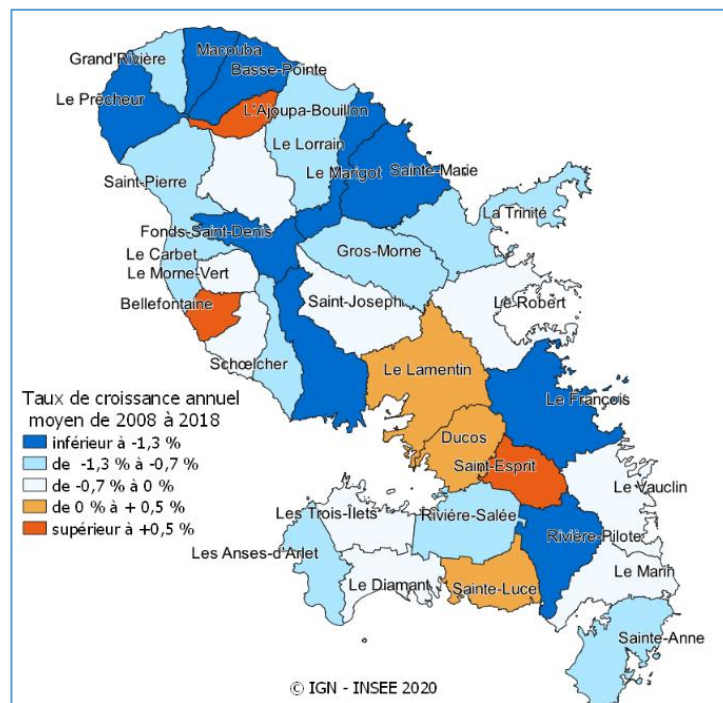
Le territoire du Nord de l'île (Cap Nord) est le plus touché par ce dépeuplement (-1,1%) en raison du vieillissement de sa population et sa faible attractivité économique, étant au demeurant essentiellement rural et agricole. Les territoires de la CACEM et de l'Espace Sud connaissent aussi une dépopulation avec un taux d'accroissement de la population négatif

¹² Insee flash, n°132, 14/01/2021

de l'ordre -0,8% pour le premier et 0,7% pour le second. Ce phénomène a deux conséquences : une baisse de la population en âge de procréer et un vieillissement de la population. En 1990, 68% des Martiniquais.e.s avaient moins de 40 ans, en 2017, ils ne représentaient plus que 40% de la population ; les plus de 60 ans ont doublé sur ce laps de temps et correspondaient à 22% de la population en 2017 ¹³.

La carte ci-dessous présente par communes, l'évolution annuelle de la population sur une période de 5 ans. Cette évolution peut être corrélée à l'indice de vieillissement de la population. Les communes ayant les taux de décroissance les plus élevés sont aussi celles qui sont touchées par un vieillissement accéléré de leur population.

Figure 3. Population et évolution annuelle par commune entre 2013 et 2018 (en %)



Sources : Insee, recensements de la population 2013 et 2018.

La Martinique figure parmi les territoires où l'indice de vieillissement est le plus marqué : au niveau régional, on compte en moyenne 83 personnes de plus de 65 ans pour 100 jeunes de moins de 20 ans, cependant les disparités entre secteurs géographiques sont fortes. Ainsi dans des communes excentrées, comme Sainte-Anne au Sud et Grand-Rivière au Nord, l'indice de

¹³ « La Martinique face au vieillissement de la population : hausse importance du nombre de séniors dépendants à l'horizon 2030 », Insee Analyse, n°40, 8/10/2020

vieillesse est, pour la première, de 128 personnes de plus de 65 ans pour 100 jeunes de moins de 20 ans et, pour la seconde, de 163 personnes de plus de 65 ans pour 100 jeunes de moins de 20 ans. Quelques communes comme le Lamentin ou le Robert sont moins impactées, avec respectivement 65 à 66 personnes de plus de 65 ans pour 100 jeunes de moins de 20 ans.

Figure 4. Population par grandes tranches d'âges

	0 à 14 ans	15 à 29 ans	30 à 44 ans	45 à 59 ans	60 à 74 ans	75 ans ou +
2007	20,6	18,4	22,3	20,1	12,3	6,3
2012	19,0	17,0	18,7	23,0	14,4	7,9
2017	16,9	15,9	15,8	24,6	17,5	9,4

Sources : Insee, RP2007, RP2012 et RP2017, exploitations principales, géographie au 01/01/2020.

Le déficit de la population en âge de procréer s'accroît en raison du phénomène migratoire en direction de la France, en particulier l'île de France. En 2014, 50% des sorties du territoire concernaient les individu.e.s âgés de 18 ans à 27 ans, avec un taux de rentrée de 20%. Cette tranche d'âge ne représente plus que 21% de la population martiniquaise contre 25% en France hexagonale¹⁴. Le tableau précédent confirme le vieillissement de la population : en additionnant les catégories de plus de 60 ans, il apparaît que ces dernier.e.s sont la tranche d'âge qui connaît la plus forte progression en 10 ans, passant de 18,6% à 26,0%, soit une augmentation de plus de 8 points. En comparaison, en agrégeant les tranches d'âge des [15-29 ans] et [30-44 ans], il apparaît que sur 10 ans, elles ont reculé de presque 9 points, passant de 40,7% en 2007 à 21,7% de la population martiniquaise en 2017.

Figure 5. Répartition de la population par âge et sexe

	0 à 14 ans	15 à 29 ans	30 à 44 ans	45 à 59 ans	60 à 74 ans	75 à 89 ans	90 ans ou plus	Ensemble
Homme %	18,6	17,1	14,6	24,2	17,5	7,4	0,8	100
Femmes %	15,5	14,9	16,8	25,0	17,5	8,8	1,6	100

Source : Insee, RP2017 exploitation principale, géographie au 01/01/2020.

¹⁴ « Synthèse démographique de la Martinique, la baisse de la population se poursuit en 2014, n°57, 17/01/2017

Le tableau précédent montre qu'à partir de 30 ans, la proportion de femmes s'accroît dans la société martiniquaise. Ces dernières sont aussi plus nombreuses avec l'avancée en âge à se retrouver à la tête de familles monoparentales.

Une prédominance de familles monoparentales

La taille des ménages diminue en continu en Martinique. En 1968 presque 4,5 personnes cohabitaient dans un logement. En 2007, ce chiffre était de 2,53 et en 2017, il n'est plus de 2,19. Cette décroissance est à relier à l'évolution de la société martiniquaise. Outre, l'augmentation du pourcentage de familles monoparentales (42,4%) composées à 90% de femmes, le nombre d'enfants par famille continue de décroître au profit de familles avec un unique enfant et de familles sans enfants, celles-ci ont augmenté de 8 points en 10 ans. Entre 2007 et 2017, ce sont désormais 44% des familles qui n'ont pas d'enfant¹⁵.

Figure 6. Composition des familles

	Ensemble	Couples avec enfant(s)	Familles monoparentales	Hommes seuls avec enfant(s)	Femmes seules avec enfant(s)	Couples sans enfant
2007 %	100,0	38,3	39,0	3,8	35,2	22,7
2012 %	100,0	33,9	40,7	4,1	36,5	25,5
2017 %	100,0	30,2	42,4	4,4	38,0	27,3

Sources : Insee, RP2007, RP2012 et RP2017, exploitations complémentaires, géographie au 01/01/2020.

La moitié des familles monoparentales ont un chef de famille âgé de 35 à 54 ans, alors que parmi les couples avec enfant(s), elles sont six sur dix dans cette tranche d'âge. 4 femmes sur 10 à la tête de familles monoparentales sont en activité, là où on en compte 6 sur 10 en France hexagonale. 8 enfants sur 10 âgé.e.s de moins de 25 ans en Martinique vivent dans des familles monoparentales, or ces dernières restent précaires. Ainsi en 2017 sur les 54 % de familles prises en charge par la CAF, 60% étaient des familles monoparentales¹⁶.

¹⁵ « Dossier complet, département de la Martinique 972 », Insee, chiffres détaillés, 16/02/2021

¹⁶ « Familles de Martinique, vers une évolution des modèles familiaux », Insee Dossier Martinique, n°6, mai 2020

1.2. Le contexte économique et social

Chômage structurel, disparités économiques

La Martinique est le DROM qui compte le plus de diplômé.e.s du supérieur (22,3%). 1/3 des 15 ans et plus possèdent un diplôme de niveau bac en Martinique¹⁷. Ainsi les moins de 26 ans sont nettement plus diplômé.e.s que les plus âgés : 34% des moins de 26 ans sont titulaires d'un CAP ou BEP et 42% ont un bac ou un bac pro, les autres demandeur.se.s d'emploi sont plus nombreux à avoir un CAP ou un BEP (49%) et presque 2,5 fois moins à avoir un bac ou un bac pro (18%)¹⁸. Ce pourcentage élevé de jeunes diplômé.e.s de moins de 26 ans contraste avec leur faible taux d'emploi, en raison du chômage structurel qui caractérise les économies insulaires à faibles débouchés économiques. L'économie en Martinique étant fortement tertiarisée, 8 personnes en emploi, salarié.e.s ou non, travaillent dans ce secteur.

En 2019, le taux d'emploi dépasse à peine les 54% contre presque 64% en France hexagonale. Le taux de chômage quoiqu'en légère baisse (14,9%) demeure élevé. En comparaison dans l'hexagone, il est de 8,4%. Alors que le taux de chômage des [25-54 ans] atteint 24,5% en 2017, les femmes sont durement frappées puisque 56% d'entre elles sont au chômage. Les familles monoparentales avec à leur tête une femme sont tout particulièrement exposées (pour rappel, 4 femmes sur 10 cheffes de familles monoparentales sont en activité), ainsi que les moins de 26 ans. Pour ces derniers, on recense 24% d'actif.ve.s dont 50% en emploi et 50% au chômage¹⁹.

Conditions de vie

Le niveau de revenu médian demeure moins élevé que dans l'hexagone, néanmoins la Martinique se classe en tête des DROM avec un revenu médian de 17 850 annuellement en 2017. Ce chiffre masque de profondes disparités en termes de revenus. Le pourcentage de ménages fiscaux imposés fournit un premier indice, seuls 33,8% des ménages le sont. En s'intéressant au niveau de vie médian, alors qu'il plafonne à 1 465 € par mois et par UC en Martinique soit 270 € de moins qu'en France métropolitaine, 70% des ménages martiniquais

¹⁷ « L'essentiel sur la Martinique », chiffres de Martinique, Insee, 11/02/2021

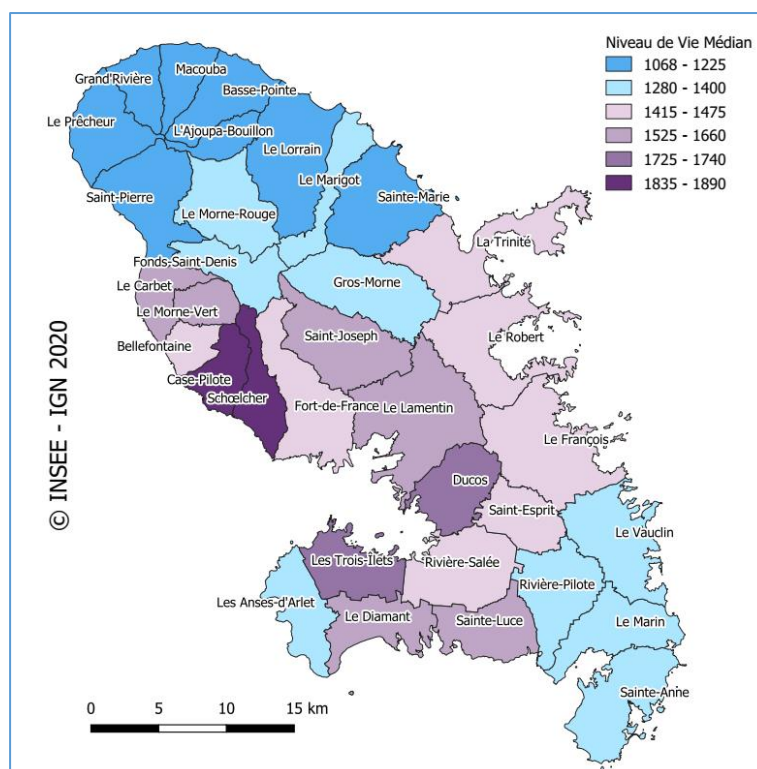
¹⁸ « Chiffres clés de la jeunesse en Martinique », 2018, DJSCS

¹⁹ Idem

ont un niveau de vie inférieur à 2000 euros/mois²⁰. Le taux de pauvreté, quant à lui, avoisine les 29%, soit deux fois plus que dans l'hexagone. La figure 7 met en lumière ces inégalités économiques très marquées selon les secteurs géographiques, les communes du Nord, suivies de celles situées le plus au Sud affichent les niveaux de vie médian les plus bas.

Les jeunes dont la personne de référence a moins de 30 ans sont très exposé.e.s à la pauvreté, compte tenu de leur faible taux d'emploi. 47% d'entre elles/eux vivent sous le seuil de pauvreté, suivis des familles monoparentales (41%), des hommes célibataires (40%) et des retraités de plus de 75 ans (30%)²¹.

Figure 7 – Niveau de vie médian par communes en Martinique (en € par mois et par UC)



60% des revenus de la population proviennent d'activités, 11% de revenus sociaux, 4% des indemnités de chômage et pas moins de 22% des retraites²². Les prestations familiales, les aides au logement et les minimas sociaux représentent une aide non négligeable pour les 20% les plus pauvres pour lequel.le.s, elle constitue la moitié des ressources. Les ménages jeunes et les

²⁰ Idem

²¹ Idem

²² Idem

familles monoparentales en sont les premiers bénéficiaires. Ainsi 20% des moins de 30 ans sont totalement dépendant.e.s de ces aides qui demeurent leur unique source de revenus.

Le rapport sur les conditions de vie des Martiniquais daté de 2011²³, relevait que la Martinique détenait le record de personnes déclarant avoir plus d'une difficulté de vie (1 ménage sur 4). Par ailleurs, 1 ménage martiniquais sur 3 était endetté. Les dépenses pré-engagées, en particulier les dépenses de logement absorbaient 84% des revenus disponibles des ménages les plus pauvres contre 19% des ménages les plus aisés.

Le mode de consommation des Martiniquais.e.s s'est aligné sur celui de l'hexagone. Le poids des dépenses pré-engagées couplé aux autres postes importants tels que le transport, l'alimentation pèsent sur le budget des Martiniquais.e.s. Les dépenses de santé ne représentent que 2,2% des dépenses des ménages en 2017 comme le montre le tableau suivant²⁴.

Figure 8. Structure des dépenses moyennes annuelles par ménage en 2017

Depenses	%
Transports	20,0
Biens et services divers	15,6
Produits alimentaires et boissons non-alcoolisées	16,0
Logement, eau, gaz, électricité et autres combustibles	14,5
Meubles, articles de ménage et entretien courant de la maison	6,6
Loisirs et culture	7,7
Restauration et hôtels	5,4
Communications	5,2
Articles d'habillement et chaussures	4,6
Boissons alcoolisées et tabac	1,7
Santé	2,2
Enseignement	0,5
Consommation totale*	100,0

* Hors achats immobiliers, gros travaux, remboursements de prêts, impôts (sur le revenu, le logement).

²³ Données les plus récentes, tirées de « Revenu et conditions de vies des ménages en Martinique un niveau de vie en dégradation », Conseil Général de Martinique, Insee, avril 2011

²⁴ « Consommation des ménages dans les DOM en 2017 », Chiffres détaillés, 30/01/2020

1.3. Le contexte sanitaire

Données épidémiologiques

La Martinique détient l'espérance de vie la plus élevée des régions d'Outre-mer : 78,9 années chez les hommes et 85,7 années chez les femmes. Une espérance plus élevée que la moyenne nationale, située à 78,6 années pour les hommes et 85 chez les femmes.

Au 1er janvier 2019, le taux de mortalité en Martinique était légèrement inférieur à celui de la France hexagonale : 8,8% pour le premier et 9,3% pour le second. Le tableau ci-dessous présente les principales causes de décès dans le territoire. Les cancers sont la première cause de mortalité pour les deux sexes, suivis des maladies de l'appareil circulatoire. Pour les hommes, les blessures et accidents de la route occupe le 3eme rang des causes identifiées, tandis que pour les femmes, il s'agit des symptômes et états morbides mal définis.

Figure 8. Principales causes de mortalité par sexe en 2015

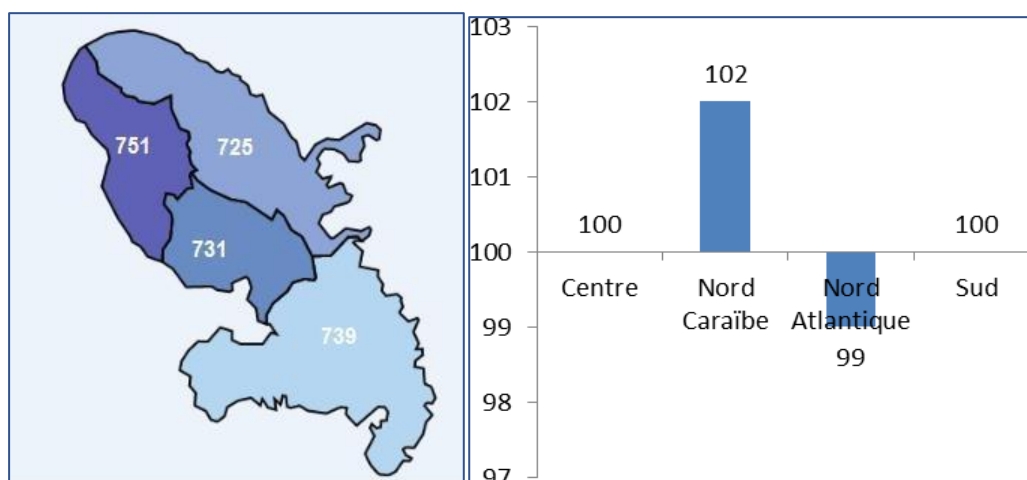
Causes	Homme %	Femme %
Tumeurs	26,8	26
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	6,3	7,46
² Maladies du système nerveux et des organes des sens	6,66	8,05
Maladies de l'appareil circulatoire	23,15	25,8
Causes externes de blessure et empoisonnements	8,4	3,18
dont accidents de transport	1,45	0,19
Symptômes, états morbides mal définis et autres causes	11	13,43

Source : Statistiques et indicateurs de Santé et du social Antilles-Guyane, Statiss 2019, ARS Martinique, ARS Guadeloupe, Saint-Barthélemy et Saint-Vincent, ARS Guyane, décembre 2020

Le diagnostic de l'Observatoire de Santé de Martinique et de l'ARS, relevait qu'en 2015, en Martinique, près d'une personne sur cinq décédait avant l'âge de 65 ans, avec une proportion de décès « prématurés » plus élevée chez les hommes (plus d'un sur quatre) que chez les femmes (moins d'une sur cinq). Le taux comparatif de mortalité était de 189 pour 100 000 au niveau régional, il grimpait à 199 dans le Centre, 197 dans le Nord, 187 dans le Nord Atlantique. Seul le Sud affichait un TCM inférieur à la moyenne régionale (177 pour 100 000 habitant.e.s).

Figure 10. Taux comparatif de mortalité 2010-2013 (standardisé sur l'âge et le sexe), base 100 pour la Martinique

Figure 11. Indice comparatif de mortalité (standardisé sur l'âge et le sexe) pour 100 000 habitants



Source : Inserm CépiDc – Insee, exploitation OR2S -OSM

Accès financier aux soins

Les dernières données détaillées sur l'accès aux soins datent de 2015. Selon le diagnostic territorial établi par l'ARS et l'OSM, à cette date, 76 % de la population du Sud âgée de 16 ans et plus bénéficiaient du régime général de la Sécurité sociale, dont 22 % en affection longue durée. 14 % n'avaient pas effectué de consultation chez un médecin généraliste au cours des 24 derniers mois et 14 % n'avaient eu recours à aucun soin.

Concernant le territoire du Nord Atlantique, 81 % de la population âgée de 16 ans et plus bénéficiaient du régime général de la Sécurité sociale, dont 25 % en affection longue durée. 13 % n'avaient eu recours à un.e médecin généraliste au cours des 24 derniers mois et 14 % n'avaient pas eu recours au moindre soin. 77 % de la population du Nord Caraïbe âgée de 16 ans disposaient du régime général de la Sécurité sociale, dont 24 % sont en affection longue durée. Ils/elles étaient 15 % dans le Sud à n'avoir pas eu une consultation chez un.e médecin généraliste au cours des 24 derniers mois et 16 % à n'avoir pas eu de recours aux soins.

En 2020, en Martinique, le taux de couverture par la CMU C est de 21% de la population. Ce dernier enregistre une baisse de 3 points en 10 ans. En analysant la répartition des bénéficiaires de la CMU-C (désormais CSS), on peut noter que c'est dans le Nord Atlantique que l'on recense le taux le plus élevé avec 39% de la population, contre 31% de la population du Nord Caraïbe, le territoire de l'Espace Sud (CAESM) quant à lui se trouvant en deuxième position puisque 34% de la population bénéficie de la CMU-C, tandis que le centre comptabilise le plus faible pourcentage de bénéficiaires, soit 30% de la population.

Offres de soins

L'offre de soin est inégalement répartie sur l'ensemble du territoire, comme le montrent les tableaux ci-dessous. Le territoire de la CACEM est le mieux doté en infrastructures sanitaires, suivi du Nord Caraïbe. Le Nord Atlantique affiche un déficit de l'offre de soins en termes d'infrastructures avec un taux d'équipement de l'ordre de 1,8 pour 1000 habitant.e.s, bien en dessous de la moyenne régionale. En 2010, le temps d'accès moyen effectif à un établissement de santé variait pour les communes du Sud de 19 à 45 minutes, cette durée pouvant dépasser l'heure pour les communes du Nord Atlantique les plus excentrées. Les communes du Nord Caraïbe, déjà avantagées en termes de dotation en établissements sanitaires – occupant la deuxième position après le territoire de la CACEM - le sont également concernant le temps d'accès moyen effectif à un établissement de santé, il varie de 13 à 38 minutes.

Figure 12 Etablissements sanitaires publics et privés ayant eu une activité en 2018²⁵

Catégories	Martinique
Secteur public (établissements)	14
Centre hospitalier régional (CHR/CHU) (2)	5
Centre hospitalier (CH) (dont anciens hôpitaux locaux)	8
Établissement de lutte contre les maladies mentales (y compris CHS)	1
Autre unité du service public (3)	0
Secteur privé (établissements)	13
Établissement de soins de courte durée	3
Centre de lutte contre le cancer	0
Établissement de lutte contre les maladies mentales (y compris CHS)	0
Établissement de soins de suite et de réadaptation	2
Centre de dialyse	7
Autre établissement privé (4)	1
Ensemble	27
dont établissements ayant une maternité	3

Sources : SAE Exploitation Fnors

²⁵ Statistiques et indicateurs de Santé et du social Antilles-Guyane, Statiss 2019, ARS Martinique, ARS Guadeloupe, Saint-Barthélemy et Saint-Vincent, ARS Guyane, décembre 2020

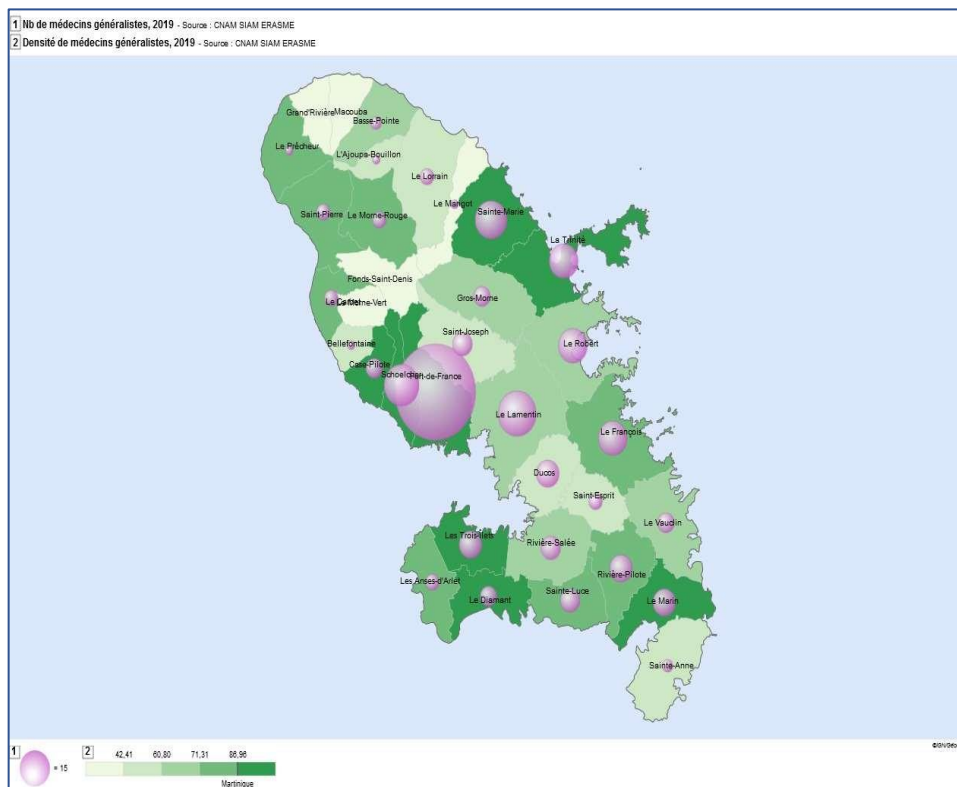
Figure 14. Etablissements sanitaires privés et publics

	Nombre d'établissements	Nombre de lits et places	Taux d'équipement pour 1000 habitants
Centre	5	1 866	11,5
Nord Caraïbe	1	120	5,1
Nord Atlantique	2	149	1,8
Sud	5	391	3,3
Martinique	13	2 526	6,5

Figure 14 : Effectifs et densité pour 100 000 habitants des professionnels de santé libéraux et des pharmacies 2013.

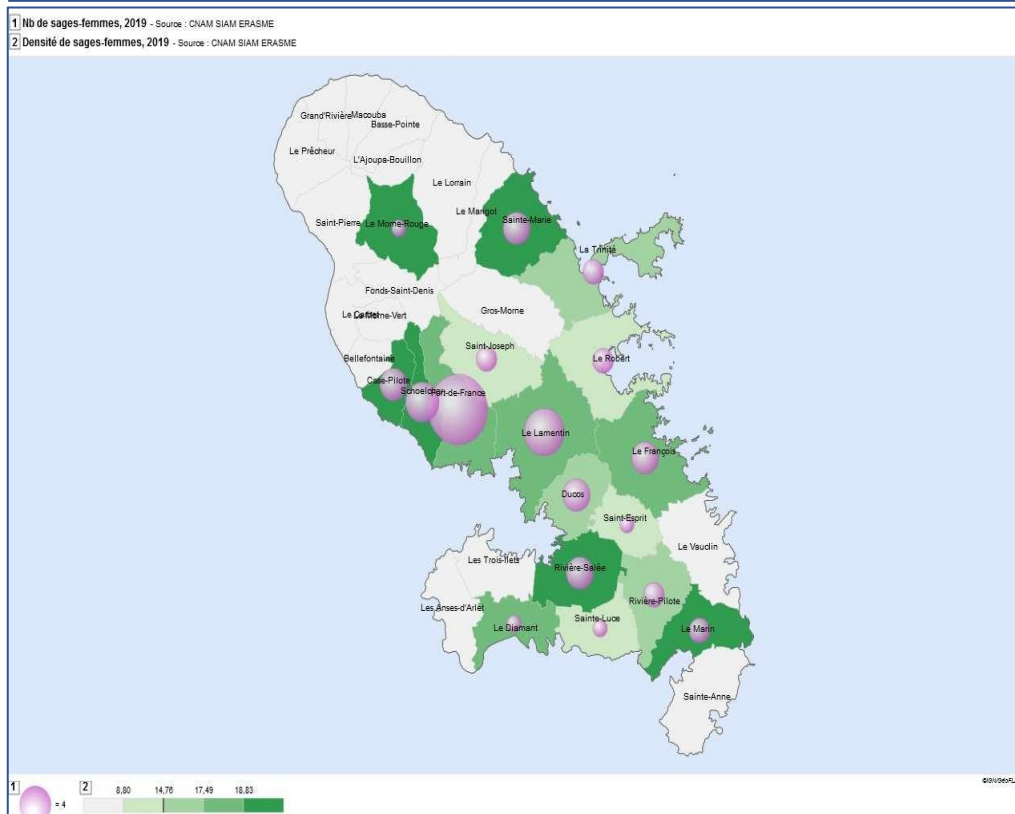
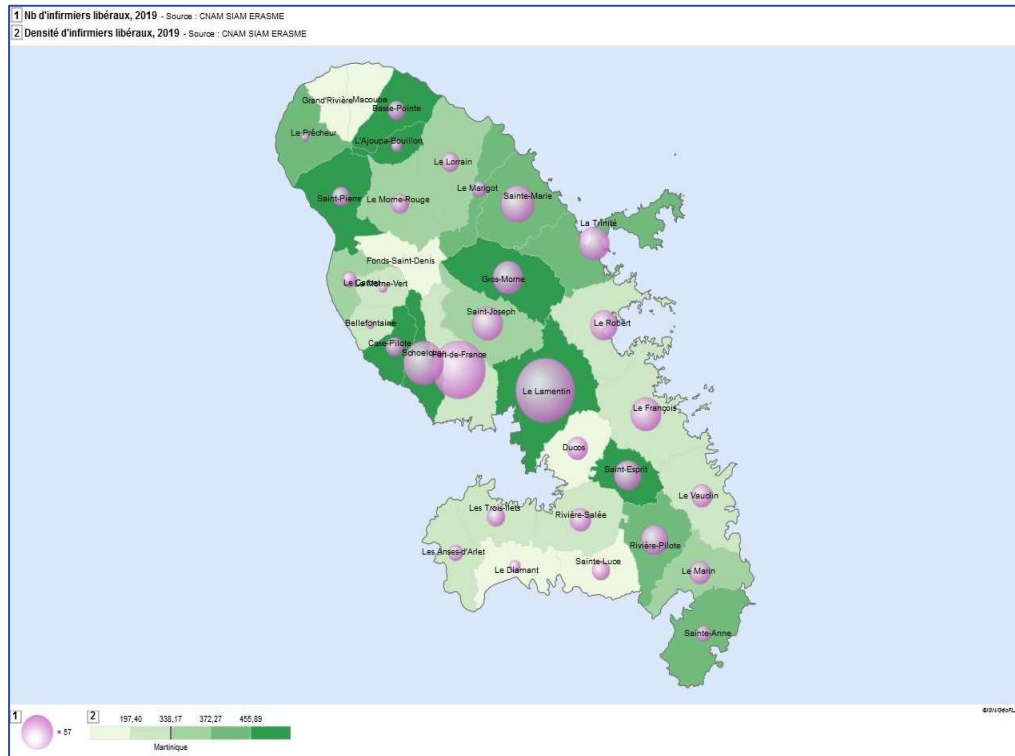
	Médecins Généralistes		Spécialistes		Infirmiers		Sage-femme		Masseurs kinésithérapeutes		Chirurgiens Dentistes		Pharmacies	
	Effectifs	Densité	Effectifs	Densité	Effectifs	Densité	Effectifs	Densité	Effectifs	Densité	Effectifs	Densité	Effectifs	Densité
Centre	152	93,8	114	70,3	43	254,8	22	13,6	170	104,9	84	51,8	81	50
Nord Caraïbe	14	59,8	0	0	69	294,7	1	4,3	26	111,1	6	25,6	9	38,4
Nord Atlantique	49	59,3	13	15,7	253	306,4	6	7,3	94	113,8	20	24,2	33	40
Sud	79	65,7	19	15,8	336	279,4	13	10,8	124	103,1	41	34,1	48	39,9
Martinique	294	75,7	146	37,6	1071	275,8	42	10,8	414	106,9	151	38,9	171	44

La comparaison entre les données de 2010 (figure 14) et 2019 (figures 15 à 17) confirme la surreprésentation des professionnel.le.s de santé dans le secteur de la CACEM, y compris pour



les infirmier.e.s, seule profession sanitaire à afficher une densité inférieure à celle régionale en 2010. Le Nord Caraïbe, qui occupait la deuxième place pour les infrastructures sanitaires, est délaissé par la majorité des professionnel.le.s de santé, à l'exception des infirmier.e.s, leur densité étant inférieure à la densité régionale. Cette tendance se

maintient en 2019, exception faite des infirmier.e.s et des masseur.se.s kinésithérapeutes dont la densité dépasse la densité régionale. On y relève également l'absence de professions de santé telles que les médecins spécialistes et dans une majorité de communes (Carbet, Prêcheur...) de sages-femmes / maïeuticien. Dans les territoires du Nord Atlantique et du Sud, l'élément saillant tient à la moindre densité des professionnel.le.s de santé présent.e.s, en comparaison du territoire de la CACEM.



2. Les résultats de l'enquête du Baromètre du renoncement aux soins

Durant la période d'enquête, 1 118 personnes ont répondu au questionnaire en Martinique.

75,6% de ces questionnaires ont été remplis au sein de la CGSS et 16,5% par les chercheurs de l'association Kafé. Les autres questionnaires ont été remplis chez des partenaires institutionnels, associatifs et dans d'autres structures dont les intitulés n'ont pas été spécifiés.

En ce qui concerne la CGSS, ce sont majoritairement des agents d'accueil qui ont passé les questionnaires (85,9%), en grande partie par téléphone (82,3%). Quelques questionnaires ont aussi été complétés suite à un appel au 3646 (3,9%). Moins de 3% ont été passés pendant ou après un rendez-vous d'instruction de la CSS, au sein de l'espace multiservice, pendant ou après un rendez-vous au service médical ou social ou dans d'autres services.

Parmi les personnes interrogées, 361 ont déclaré ne pas avoir réalisé au moins un soin/acte médical dont elles ont eu besoin au cours des 12 derniers mois. C'est par conséquent environ une personne sur trois qui a été concernée par une situation de ce type dans l'année précédant l'enquête.

LE TAUX DE « NON REALISATION DE SOINS
MALGRE UN BESOIN » EST DE

32,3%



Il est important de rappeler que ce taux n'est pas représentatif de la situation pour l'ensemble de la population martiniquaise mais de la « non-réalisation de soins » pour les personnes interrogées pendant la période d'enquête : l'enquête permet, en quelque sorte, de « sonder » le phénomène à *un moment donné* et *pour une population donnée*.

Le taux mesuré en Martinique est supérieur de près de 7 points au taux moyen mesuré par le BRS en France métropolitaine (25,6% pour rappel). Il est bien supérieur au taux mesuré à la Réunion (17,4%) et relativement comparable à celui de la Guadeloupe (31,8%).

On peut souligner que le taux de renoncement aux soins parmi les personnes interrogées par les chercheuses de l'association Kafé atteint 50% ; autrement dit la moitié des personnes qu'elles ont questionnées ont déclaré avoir été concernées par au moins un renoncement aux soins au cours de l'année précédent l'enquête²⁶. Le taux mesuré parmi les personnes interrogées par la CGSS est nettement inférieur : 28,7%.

Pour rappel, les chercheuses ont passé des questionnaires dans les structures suivantes et/ou auprès des professionnels ou publics suivants :

- ◇ Etudiants (Instituts de formation, université Antilles-Guyane) ;
- ◇ Structures d'aide à domicile (ADAFAE) ;
- ◇ Structures d'accompagnement de publics toxicomanes et en errance (PAAL, Allo Héberge moi) ;
- ◇ Epiceries sociales et solidaires ;
- ◇ Espaces publics (chomeurs, jobeurs) ;
- ◇ Référents insertion des PLIE Nord et Sud ;
- ◇ Action SIDA Martinique ;

Le taux de renoncement aux soins est également plus élevé lorsque les questionnaires ont été passés par « d'autres structures que la CGSS » dont les intitulés n'ont pas été spécifiés lors du remplissage du questionnaire.

En ce qui concerne la caisse, le taux de non-réalisation de soins varie, en outre, selon le cadre et les modalités de passation des questionnaires. Le pourcentage de renonçant.e.s (57%) est, par exemple, plus important que celui de non renonçant.e.s lorsque le questionnaire a été rempli suite à un appel des assurés au 3646 et, plus globalement, dès lors que la passation du questionnaire a été effectué par téléphone.

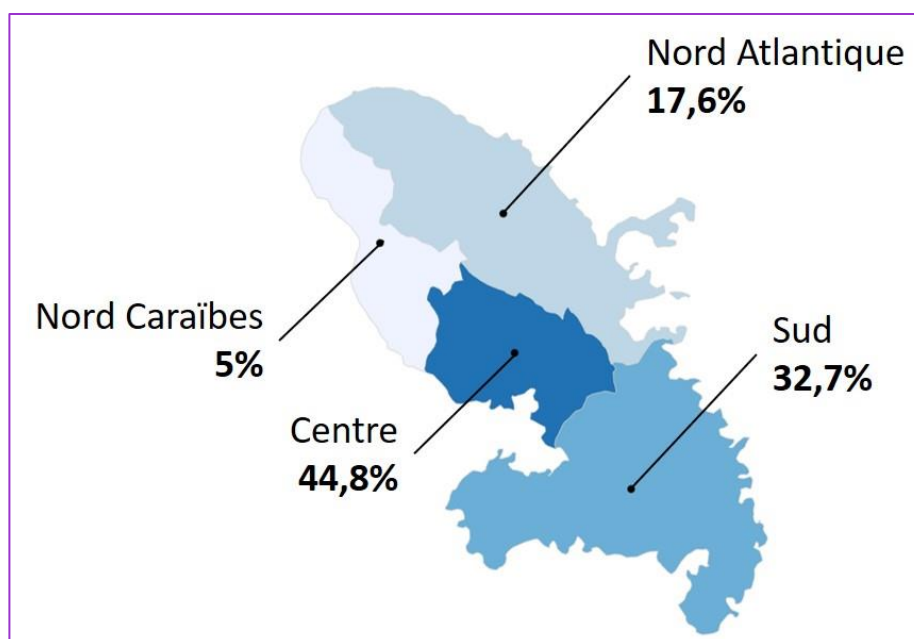
²⁶ L'analyse complète réalisée par les chercheuses de l'association Kafé des données qu'elles ont collectées est disponible en annexe 1.

2.1. Présentation des répondant.e.s à l'enquête

Cette partie présente les principales caractéristiques des répondant.e.s à l'enquête ce qui permet de les comparer avec les caractéristiques de la population martiniquaise et de voir sur quels aspects notre échantillon s'apparente, ou non, à celle de la population globale. Le tableau de la page 34 récapitule les données permettant de comparer notre échantillon avec la population de l'île. Elle présente également des « profils » de répondant.e.s concernés, par exemple, par le non-recours à la complémentaire, le nonaccès et/ou le non-usage d'internet pour les démarches administratives...

Situation socioéconomique et géographique des répondant.e.s

Les répondant.e.s à l'enquête habitent dans le territoire du Centre dans 44,8% des cas (en 2018, 41% des habitant.e.s de la Martinique sont localisés dans cette zone du territoire). 32,7% des répondant.e.s résident dans le territoire Sud (c'est le cas de 31,2% de la population en 2018), 17,5% des personnes interrogées vivent dans le Nord-Atlantique (23,3% des habitant.e.s de l'île y vivent) et 5% dans le Nord Caraïbe (3,6% des habitant.e.s sont situés dans cette partie du territoire). Au niveau de la répartition géographique, notre échantillon respecte globalement la répartition des habitant.e.s sur l'île. Les habitant.e.s du Centre, du Sud et du Nord Caraïbe sont quelque peu surreprésenté.e.s dans notre échantillon tandis que ceux du Nord-Atlantique sont légèrement sousreprésenté.e.s.



Les répondant.e.s à l'enquête sont majoritairement de sexe féminin (66% versus 34% pour le sexe masculin), ce qui est asymétrique par rapport aux pourcentages de femmes et d'hommes sur l'île qui sont respectivement, en 2018, de 54,8% et de 45,2%²⁷.

Quasiment les deux tiers (64,2%) des répondant.e.s vivent seul.e.s alors que c'est le cas de 62% de la population de l'île en 2018 et un peu plus de la moitié des répondant.e.s n'ont pas d'enfants à charge (56,3%) (54,2% de la population martiniquaise est dans cette situation en 2018). Sur ces deux points, notre échantillon est assez proche de la réalité du territoire.

S'agissant de la situation professionnelle, 20,2% des personnes interrogées se déclarent au chômage, indemnisé ou non, ce qui est un peu plus élevé que le taux de chômage de l'ensemble de la population de l'île (16,7% en 2018)²⁸. 5,6% de l'échantillon déclare ne jamais avoir travaillé. 7,5% des répondant.e.s sont salarié.e.s en CDD, en contrat d'apprentissage ou en intérim (c'est le cas de 9% des habitant.e.s de l'île en 2018) et 22,6% des répondant.e.s sont salarié.e.s en contrat à durée indéterminée ou titulaires de la fonction publique (38% de l'ensemble de la population martiniquaise en 2018). 29,4% des répondant.e.s sont à la retraite, ce qui est bien plus élevé que le taux de 25,2% sur l'île en 2018²⁹. Notre échantillon comporte un peu plus de 5% d'étudiant.e.s (alors qu'ils sont environ le double dans la population de l'île) et 3,9% de travailleur.se.s indépendant.e.s alors qu'ils sont 8,8% en 2018 sur l'île.

36,6% des enquêté.e.s appartiennent à la CSP des employé.e.s contre 34,8% de la population active de l'île en 2018 ; 21,2% des enquêté.e.s sont ouvrier.e.s (contre 20,1% de la population active en 2018) ; 7,2% sont artisan.e.s, commerçant.e.s, chef.fe.s d'entreprise (versus 6,8% de la population active) et 23,8% appartiennent à la CSP des professions intermédiaires contre 22,7% sur l'île. 9,9% des répondant.e.s se classent dans la CSP des cadres, professions intellectuelles et libérales supérieures (9,4% des personnes actives de l'île en 2018). 19,1% des répondant.e.s se positionnent dans « autres catégories ». Ainsi, s'agissant des CSP, l'échantillon n'est que peu déformé par rapport à la réalité de la répartition sur l'île.

La population qui a répondu à l'enquête est relativement peu diplômée : en effet, 29,7% des répondant.e.s n'ont pas de diplôme ou un niveau Brevet ou BEPC (c'est le cas de 38,9% de la population non scolarisée de l'île en 2018), 24,6% ont un CAP ou un BEP (20,8% sur l'île en 2018) et 17,7% ont un niveau baccalauréat (17,2% sur l'île. 27,5% des enquêté.e.s possèdent un diplôme supérieur au bac contre 23,2% de la population martiniquaise non scolarisée de 15 ans ou plus en 2017. Le taux de personnes non diplômées est ainsi moins élevé dans notre

²⁷ INSEE. Dossier complet Département de la Martinique (971). Paru le 21/04/21. En ligne. < <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-972>>. Consulté le 25/06/21.

²⁸ Idem 21

²⁹ Idem 21

échantillon que sur l'île tandis que celui des personnes ayant un diplôme supérieur au bac est légèrement supérieur dans notre échantillon.

Chaque mois, après avoir payé les charges fixes, il reste à 44,8% des répondant.e.s entre 1 et 250 euros. 33,8% des répondant.e.s déclarent pour leur part n'avoir aucun reste pour vivre pour l'ensemble du foyer. 13,2% des répondant.e.s ont entre 251 et 500 euros de restes pour vivre mensuels.

Les répondant.e.s qui déclarent n'avoir pas ou peu de restes pour vivre après paiement des charges fixes mensuelles résident plus souvent que les autres répondant.e.s dans le territoire Nord. Ils/elles appartiennent plus souvent aux classes d'âge 30 – 39 ans et supérieures à 60 ans. Ils/elles vivent plus souvent seuls avec des enfants à charge ou seuls et sont plus précaires (au sens du score Epices) que les autres répondant.e.s.

12,2% des répondant.e.s bénéficient du RSA et 9,2% des allocations chômage dont ARE et ASS, 6% bénéficient de la Prime d'activité. 3,2% de l'échantillon touche une bourse étudiante et 13,3% touchent les aides au logement. 10% ont une reconnaissance de la qualité de travailleur.se handicapé.e (RQTH). Nous n'avons pas trouvé de chiffres récents sur les proportions de bénéficiaires des prestations sociales en Martinique.

État de santé et situation administrative en santé des répondant.e.s

La très grande majorité (94,9%) des répondant.e.s ont déclaré un.e médecin traitant. 35,5% des répondant.e.s indiquent souffrir d'une maladie chronique et 34,5% dit être pris en charge par l'assurance maladie obligatoire au titre d'une affection de longue durée (ALD). En 2014, dans le baromètre sur l'état de santé des martiniquais, c'était 38 % des personnes qui rapportaient un problème de santé chronique ou de caractère durable, avec cependant des différences selon le sexe, le pourcentage étant plus élevé pour les femmes³⁰. En 2018, selon les données de l'assurance maladie, environ 7% de la population martiniquaise est atteinte d'une maladie cardio-neurovasculaire. Un martiniquais sur dix est atteint de diabète. Près de 40% de la population est concernée par un traitement du risque vasculaire La prévalence des maladies respiratoires est en hausse. 3% de la population est atteinte d'une pathologie psychiatrique³¹.

³⁰ INPES, DREES, OFDT, « Premiers résultats du Baromètre santé DOM. Martinique, 2014.

³¹ <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/cartographie-effectif-patients-par-pathologie-region-2018>

En ce qui concerne la protection complémentaire en matière de santé, 50,3% des répondant.e.s ont la Complémentaire santé solidaire (CSS) (les chiffres de 2020 de l'INSEE

7,5%

**DES REpondant.e.s disent ne pas avoir
de complémentaire santé**

indiquent un taux de couverture par la CMU C de la population martiniquaise de 21%).

23,8% des répondant.e.s ont une complémentaire via une adhésion individuelle ou familiale et 17,1% via leur

emploi, celle de leur conjoint.e ou de leurs enfant(s). 7,5% déclarent ne pas avoir de protection complémentaire en matière de santé.

Les hommes sont surreprésentés parmi les personnes sans complémentaire, tout comme les personnes appartenant aux tranches d'âge "moins de trente ans", "30 – 39ans" et "50 - 59 ans". Les personnes qui n'ont pas de complémentaire vivent plus souvent seules que celles qui en ont une et sont davantage au chômage et/ou "Djobeur" ; lorsqu'elles travaillent, les personnes sans complémentaire sont plus souvent en CDD et bénéficiaires de la Prime d'activité. Elles appartiennent aussi plus fréquemment à la CSP des ouvrier.e.s. Les personnes qui n'ont pas de complémentaire santé déclarent enfin plus fréquemment que les autres répondant.e.s que leurs restes pour vivre mensuels après paiement des charges fixes sont faibles ou inexistantes.

36,8% des personnes qui n'ont pas de complémentaires ont expliqué que les démarches pour en obtenir une étaient en cours. 14,7% déclarent à l'inverse ne pas s'en être préoccupé et 25,3% ne pas avoir les moyens financiers pour en financer une.

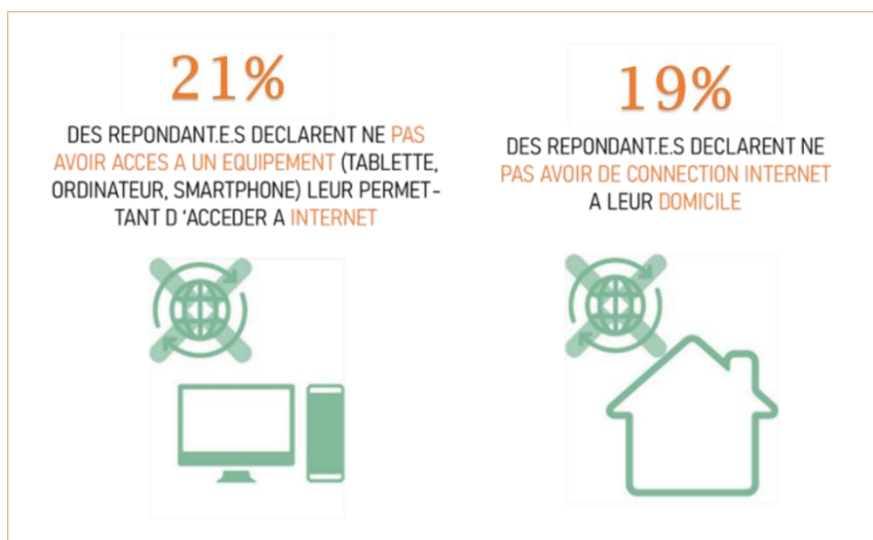
1,4% des répondant.e.s bénéficient de l'Aide médicale d'état (AME).

Globalement, les répondant.e.s sont sensibilisés aux questions relatives à la prévention et particulièrement celle concernant les cancers :

- ◇ 97,5% des personnes de 50 ans ou plus connaissent le dépistage du cancer du sein ;
- ◇ 92% des femmes de plus de 25 ans sont informées du dépistage du cancer de l'utérus ;
- ◇ 93% des personnes de 50 ans ou plus connaissent le dépistage du cancer colorectal ;
- ◇ 94% des hommes ont déjà entendu parler du dépistage du cancer de la prostate.

La prévention dentaire est en revanche moins connue des répondant.e.s ; seul.e.s 60% disent en effet avoir connaissance de la campagne de prévention MT Dents.

Les répondant.e.s et le numérique



Parmi les répondant.e.s, environ 1 personne sur 5 mentionne des problématiques d'accès à un équipement pour accéder à internet et/ou une absence de connexion internet à domicile.

Les répondant.e.s qui n'ont pas d'équipement informatique et/ou de connexion internet à domicile résident plus souvent dans les territoires Nord Atlantique et Sud de l'île. Ce sont davantage des hommes, de plus de 60 ans, retraités, vivant seuls, moins diplômés que les autres répondant.e.s, et pour qui les restes pour vivre mensuels sont faibles voire inexistantes. Assez logiquement, le profil des personnes qui n'utilisent pas internet pour leurs démarches administratives est très similaire à celui des personnes qui ne disposent pas d'un équipement et/ou d'une connexion.



Dans l'enquête de l'INSEE « Technologies de l'information et de la communication. Internet : un usage inégal selon l'âge, les diplômés et les revenus » publiée en 2019³², un quart des martiniquais.e.s de plus de 15 ans ont déclaré ne pas disposer d'un ordinateur à domicile et d'une connexion à Internet. Ce chiffre est légèrement plus élevé que celui mesuré via notre enquête. Selon l'INSEE, la proportion de martiniquais.e.s ne s'étant jamais connectée à Internet est inégale selon les âges : 55% chez les séniors et 1,5% chez les jeunes. En outre, seuls 20% des séniors et la moitié des 45-60 ans ont dit utiliser quotidiennement internet contre 90% chez les jeunes. Le niveau de diplôme joue également un rôle : alors que 45% des personnes de 60 ans ou plus, peu ou pas diplômé.e.s, possèdent un ordinateur, c'est le cas de 96% des plus diplômé.e.s. Ces inégalités d'accès et d'usage relatives à l'âge et au niveau de diplôme se retrouvent dans notre enquête comme le montre le profil des

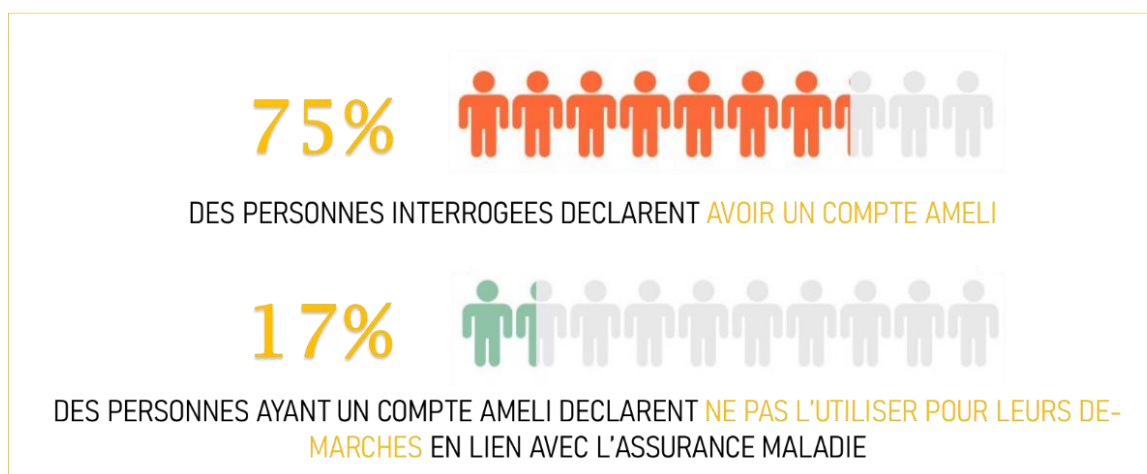
³² INSEE Analyses, n°33, 2019

https://www.martinique.gouv.fr/content/download/14036/103077/file/Insee%20Analyses_%20N%C2%B0%2033_TIC.pdf

répondant.e.s davantage concernés par des problématiques d'accès à un équipement informatique et/ou à internet et non-utilisateurs d'internet pour leurs démarches administratives.

Dans notre enquête, un peu plus de la moitié seulement des répondant.e.s (56%) indiquent utiliser internet pour leurs démarches administratives. Parmi eux, 8% rencontrent des difficultés d'usage de façon occasionnelle.

Parmi nos répondant.e.s, les difficultés d'usage du numérique dans le cadre de démarches administratives concernent un peu plus les femmes, de la tranche d'âge "40 – 49", vivant seules avec des enfants ou en couple avec des enfants. Ce type de difficultés concerne en outre davantage les personnes en invalidité ou en longue maladie ou au chômage, les personnes peu diplômées et/ou appartenant à la CSP des employés.



1 répondant.e sur 4 à notre enquête a donc déclaré ne pas avoir de compte Améli. Ces répondant.e.s sont davantage situés dans le territoire Nord Atlantique de l'île. Ce sont plutôt des hommes, de plus de 60 ans, retraités, sans enfants, appartenant à la CSP des ouvriers et peu diplômés.

Moins d'un.e répondant.e sur dix (9,1%) indique connaître les Maisons de services au public (MSAP) ou Maisons France Service. Une minorité de ces répondant.e.s y sont en outre déjà allés pour être aidés dans leurs démarches administratives (7,2%), avoir accès à internet (3,2%), utiliser une imprimante (2,8%).

Récapitulatif - Comparaison Population Martinique (INSEE données 2018) et échantillon

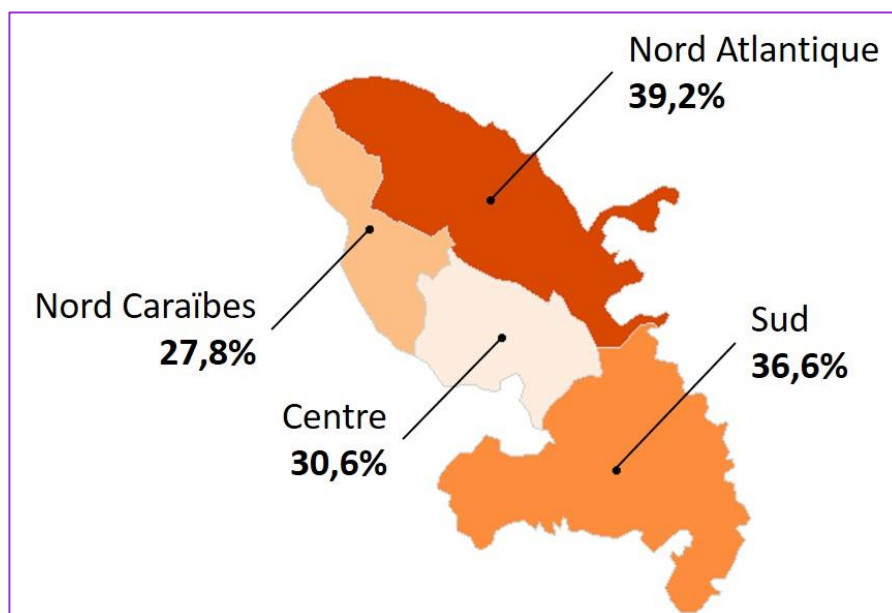
	Répondant.e.s	Population de l'île (données INSEE 2018)
	1118	368 783
Sexe (%)		
Féminin	66	54,8
Masculin	34	45,2
Répartition de la population sur le territoire (%)		
Nord Atlantique	17,6	23,3
Nord Caraïbe	5	3,6
Centre	44,8	41
Sud	32,7	31,2
Composition du Ménage (%)		
Vit seul.e	64,3	62
Vit en couple	35,7	35,3
N'a pas d'enfants à charge	56,3	54,7
A des enfants à charge	43,7	42,6
Rapport à l'emploi (%)		
étudiant.e.s sans contrat de travail	5,8	10,9
CDD, contrat d'apprentissage, interim	7,5	9
CDI, titulaire de la fonction publique	22,6	38,5
Indépendant.e	3,9	8,8
Au chômage	20,2	16,7
A la retraite	29,4	25,2
Catégorie socio-professionnelle (%)		
Agriculteur.ice.s exploitant.e.s	1,2	1,2
Artisan.e.s, commerçant.e.s, chef.fe.s d'entreprise	7,2	6,8
Cadres et professions intellectuelles supérieures	9,9	9,4
Professions intermédiaires	23,8	22,7
Employé.e.s	36,6	34,8
Ouvrier.e.s	21,2	20,1
Niveau de diplôme (%)		
Pas de diplôme / Brevet / BEPC	29,7	38,9
CAP / BEP	24,6	20,8
Niveau bac	17,7	17,2
Bac+1 à Bac+4	21,2	16,4
Bac+5 ou plus	6,3	6,8
Bénéficiaires des prestations sociales (%)		
CMU C (CSS)	50,3	21

2.2. Caractérisation des personnes qui n'ont pas réalisé au moins un soin dont elles avaient besoin, au cours des douze derniers mois

Afin d'alléger l'écriture, nous utiliserons le terme « renonçant.e » pour désigner les personnes qui ont répondu dans l'enquête ne pas avoir réalisé au moins un soin dont elles ont eu besoin au cours des douze derniers mois. Cette partie a vocation à mettre en exergue les principales caractéristiques de la population qui déclaré renoncer à au moins un soin dans la présente enquête par rapport à la population qui n'a pas déclaré de renoncement. Les informations des pages qui suivent peuvent ainsi permettre de mieux se représenter le « profil » des renonçant.e.s. Le tableau page 40 synthétise l'ensemble des chiffres de cette partie pour permettre une comparaison rapide des caractéristiques des « renonçant.e.s » par rapport aux « non-renonçant.e.s ».

Où sont situés les renonçant.e.s sur l'île ?

Le territoire le plus touché par le renoncement aux soins est la zone Nord Atlantique (39,2% des personnes interrogées qui habitent cette zone ont déclaré au moins un renoncement). Vient ensuite le Sud de l'île (36,6% de renoncement), puis le bassin Centre (30,6%) et enfin le territoire Nord Caraïbe (27,8%).



Genre, situation familiale et âge des renonçant.e.s

S'agissant du genre, les femmes sont légèrement surreprésentées parmi les personnes renonçant.e.s : elles représentent en effet près de 69% des renonçant.e.s mais 66,6% des non-renonçant.e.s. C'est l'inverse pour les hommes qui sont 31% parmi les renonçant.e.s et 33,4% des non-renonçant.e.s. La significativité de ce lien est toutefois faible.

On note, en parallèle, une légère sur-représentation des renonçant.e.s dans la tranche d'âge 40-49 ans (19,1% des renonçant.e.s contre 17,7% des non renonçant.e.s) ; la surreprésentation est plus nette chez les personnes de 50 à 59 ans (25% des renonçants appartiennent à cette classe d'âge alors qu'ils constituent 17% des non renonçant.e.s). La non-réalisation de soins est ainsi plus probable chez les personnes âgées de 50 à 59 ans.

Les renonçant.es. vivent plus souvent seul.e.s que les non-renonçant.e.s (70, 7% versus 61,4%). Si le fait de vivre seul.e augmente la probabilité de renoncer à des soins, le fait d'avoir des enfants à charge n'influe pas particulièrement sur la non-réalisation de soins des répondants à l'enquête.

Cependant, le phénomène peut prendre une dimension familiale. En effet, lorsque dans un foyer une personne est concernée par la non-réalisation d'un ou plusieurs soins, la probabilité qu'une autre personne de ce foyer soit aussi dans cette situation augmente.

12%

DES RENONÇANT.E.S DECLARENT QU'UN AUTRE MEMBRE DE LEUR FOYER A ÉTÉ CONCERNÉ PAR LA NON-REALISATION D'AU MOINS UN SOIN AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS (CONTRE 8% DES NON RENONÇANTS)



DANS 21% DES CAS, LES PERSONNES CONCERNÉES SONT LES ENFANTS

DANS 18% DES CAS, LA PERSONNE CONCERNÉE EST LE/LA CON-JOINT.E



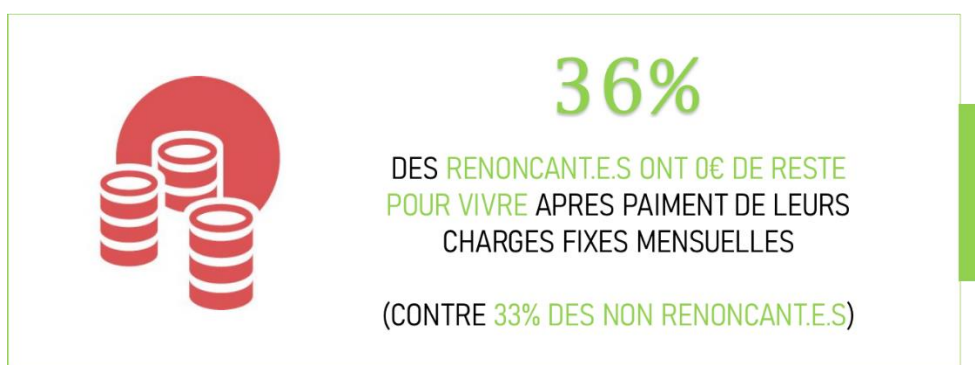
Situation socioéconomique des renonçant.e.s

Sur le plan de la situation professionnelle actuelle, on note une surreprésentation des personnes au chômage parmi les renonçant.e.s (24% des renonçant.e.s sont au chômage versus 18,3% des non renonçant.e.s) ainsi que des personnes en invalidité ou longue maladie (7,3% contre 5,6%). Ces deux situations « chômage » et « invalidité/longue maladie » exposeraient donc au renoncement aux soins.

Deux catégories socio-professionnelles apparaissent, en parallèle, plus concernées par la non-réalisation de soins malgré des besoins : les employés et les ouvriers. En effet, 51% des

renonçant.e.s appartiennent à la CSP des employé.e.s (c'est le cas de 44,7% des non renonçant.e.s) et 17% sont ouvrier.e.s (contre 11,5% des non-renonçant.e.s).

On peut également pointer une surreprésentation des personnes pas ou peu diplômées parmi les renonçant.e.s : 36% d'entre eux/elles n'ont aucun diplôme ou le BEPC/Brevet (contre 27,4% des non renonçant.e.s). Les renonçant.e.s ont, en parallèle, plus fréquemment peu ou pas de restes pour vivre après paiement de leurs charges fixes mensuelles. Ainsi, l'absence de diplôme ainsi que les faibles restes pour vivre mensuels exposent les personnes à la probabilité de renoncer.



Notons que les retraité.e.s interrogé.e.s se déclarent moins souvent renonçant.e.s (22,5%) que non-renonçant.e.s (29,2%). Ce constat est cohérent avec celui fait via le BRS passé en France Hexagonale et à la Réunion.

Caractérisation de l'état de santé des renonçant.e.s et de leur situation administrative en santé

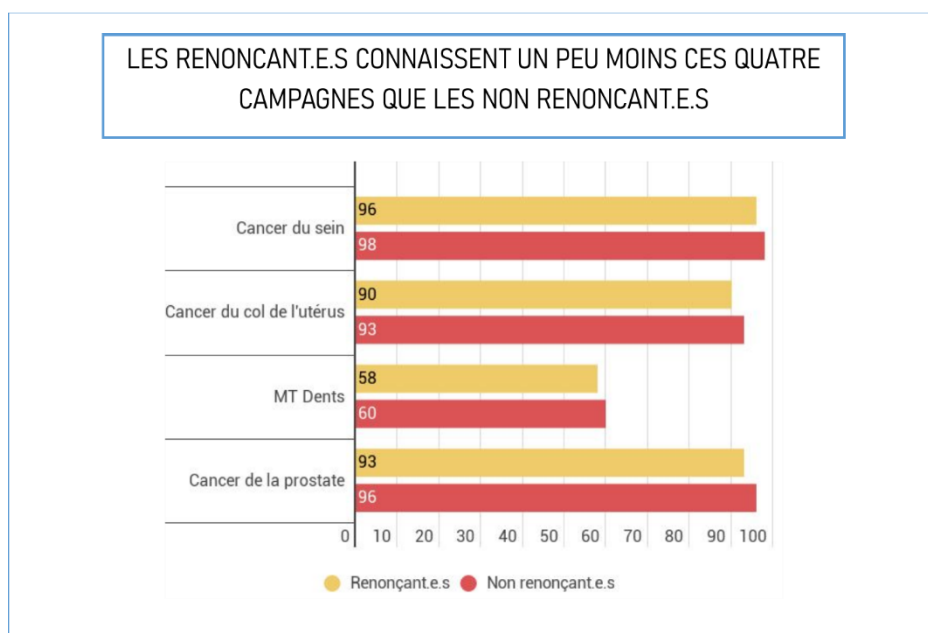
97% des non-renonçant.e.s ont déclaré un.e médecin traitant. Pour les renonçant.e.s, ce chiffre est moins élevé de près de 5 points (92,7%). Ces derniers ont ainsi un peu moins souvent déclaré un médecin traitant que les personnes qui n'ont pas renoncé à des soins au cours des douze derniers mois.



Les renonçant.e.s sont 27,3% à expliquer leur non-recours à la complémentaire par des raisons financières et 9,1% expliquent qu'ils/elles ne se sont pas préoccupé.e.s de la mutuelle. 38,6%

des renonçant.e.s expliquent que les démarches pour obtenir une complémentaire sont en cours.

Les bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire représentent une part équivalente entre renonçant.e.s et non renonçant.e.s. En revanche, les personnes dont la complémentaire est fournie par leur employeur.e ou celui du/de la conjoint.e ainsi que celles et ceux ayant souscrits à une adhésion individuelle et familiale sont sousreprésentées parmi les renonçant.e.s. 42% des renonçant.e.s déclarent souffrir d'une maladie chronique alors que ce n'est le cas que de 35% des non-renonçant.e.s, le fait d'avoir une pathologie chronique augmentant ainsi la probabilité de ne pas réaliser certains soins, actes, matériels, dont les personnes ont besoin.



Les écarts ne sont toutefois pas importants entre niveau de connaissance des renonçant.es. et des non-renonçant.es.

La campagne pour le cancer colorectal est, à l'inverse, un peu plus connue par les renonçant.e.s que par les non-renonçant.e.s.

Les renonçant.e.s et le numérique

Les renonçant.e.s ont moins que les non-renonçant.e.s une connexion internet à leur domicile et accès à un équipement (ordinateur, tablette, smartphone) permettant d'accéder à internet. 26,1% des renonçant.e.s n'ont en effet pas d'équipement contre 19% des non-renonçant.e.s ; 25,1% des renonçant.e.s n'ont pas de connexion versus 16,6% des non-renonçant.e.s.

Les renonçant.e.s utilisent en parallèle moins internet dans le cadre de leurs démarches administratives (50,7% versus 62,3%).

En outre, les renonçant.e.s qui disent utiliser internet déclarent plus fréquemment que les non-renonçant.e.s avoir « régulièrement » des difficultés d'usage. De la même manière, les renonçant.e.s ont moins souvent un compte Améli que les non-renonçant.e.s et lorsqu'ils/elles en ont un, ils/elles déclarent davantage de difficultés d'usage.

21% DES RENONCANT.E.S DECLARENT NE PAS AVOIR DE COMPTE AMELI (CONTRE 17% DES NON RENONCANT.E.S)

14% DES RENONCANT.E.S DECLARENT AVOIR REGULIEREMENT DES DIFFICULTES A L'UTILISER (CONTRE 7% DES NON RENONCANTS)



Nous l'avons dit, les répondant.e.s sont une minorité à connaître les Maisons de service au public (MSAP) ou Maisons France service. On peut noter que les renonçant.e.s les connaissent encore moins que les non-renonçant.e.s (5,3% des renonçant.e.s versus 10,2% des non-renonçant.e.s) et disent moins souvent qu'ils/elles se sont déjà rendus dans une structure de ce type pour avoir accès à internet et/ou à une imprimante. Les quelques renonçant.e.s qui ont déjà été dans une MSAP ou une Maison France Service l'ont fait pour être aidés dans des démarches administratives.

Près d'un.e renonçant.e sur quatre (19,1%) (versus 10% des non-renonçant.e.s) s'est en revanche déjà rendu dans au moins une autre structure que les MSAP/Maisons France service pour des besoins liés à l'informatique ou au numérique. Les structures citées par les renonçant.e.s sont les suivantes : PLIE/SASE, PLIE Sud, Pôle Emploi, cyberbases, associations de quartiers, médiathèques.

Récapitulatif - Comparaison Population « renonçant.e » et « non-renonçant.e »

	Non renonçant.e.s (%)	Renonçant.e.s (%)
Femme	66,6	68,9
Homme	33,4	31,1
VIE EN COUPLE		
Oui	38,6	29,3
Non	61,4	70,7
ENFANTS VIVANT SOUS LE MÊME FOYER		
Non	43,6	43,5
Oui 1	22,7	21,8
Oui 2	14,2	12,1
Oui 3	4,3	6,5
Oui 4	2,2	3,1
RAPPORT AU TRAVAIL		

A la retraite	32,2	27,2
A votre compte ou indépendant.e	3,4	3,4
Au chômage, indemnisé ou non	18,3	23,5
Au foyer ou en congé parental	0,9	0,8
Autre	3,1	2,2
Djob	0,6	2
En invalidité ou longue maladie	5,6	7,3
Etudiant.e, en formation sans contrat de travail	5,4	6,2
Salarié.e avec un autre contrat (CDD, Intérim)	6,9	6,7
Salarié.e en contrat à durée indéterminée	23,7	20,7
RESTE POUR VIVRE		
0 €	33,2	36,4
entre 1 et 150€	44	45,2
entre 251 et 500€	14,5	11,7
Plus de 500€	8,4	6,7
MEDECIN TRAITANT		
Oui	97,1	92,7
Non	2,9	7,3
PROTECTION MALADIE COMPLEMENTAIRE		
Non	5,4	11,5
Complémentaire Santé Solidaire	50,3	52,4
Via emploi	18,1	12,6
Via adhésion individuelle ou familiale	25,5	20,9
PREVENTION ("avez-vous déjà entendu parler de ...")		
MT Dents Non	37	41,9
MT Dents Oui	60,8	58,1
Cancer colorectal non	6,2	5,2
Cancer colorectal oui	93,1	93,5
Cancer du sein non	2	3,6
Cancer du sein oui	98	96,4
Cancer de la prostate non	4,3	4,8
Cancer de la prostate oui	95,7	93,3
Cancer du col de l'utérus non	6,4	10,1
Cancer du col de l'utérus oui	93,2	89,9
ACCES AU NUMERIQUE		
Connexion internet au domicile Oui	80,1	73,4
Connexion internet au domicile Non	19	26,1
Utilisation internet démarches administratives Oui	62,3	50,7
Utilisation internet démarches administratives Non	26,6	29,3
Connaissance de la MSAP Oui	11	6,6
Connaissance de la MSAP Non	86,9	90,8

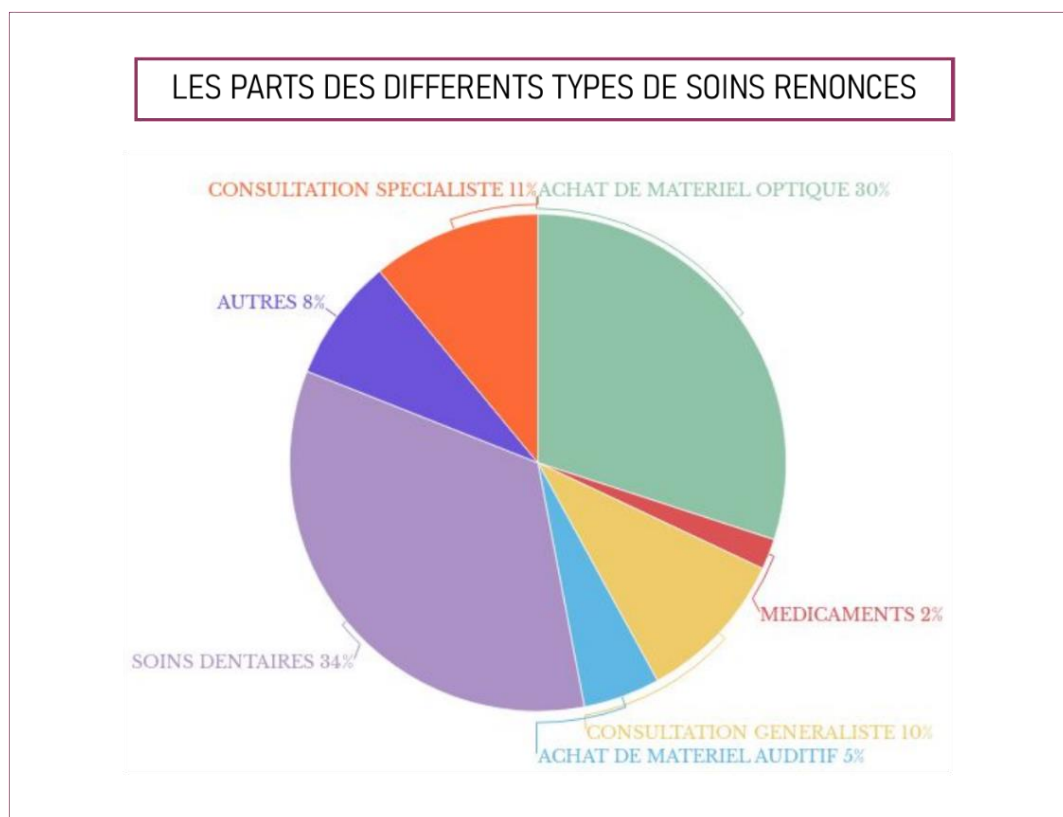
2.3 Les types de soins non-réalisés, les raisons et conséquences de la non-réalisation de soins

Au total, sur les 1118 individu.e.s qui ont rempli le questionnaire, 361 ont renoncé.e.s à au moins un soin ou acte médical auxquels ils/elles ont eu besoin au cours de l'année précédant l'enquête. Ces 361 personnes ont déclaré au total 515 renoncements.

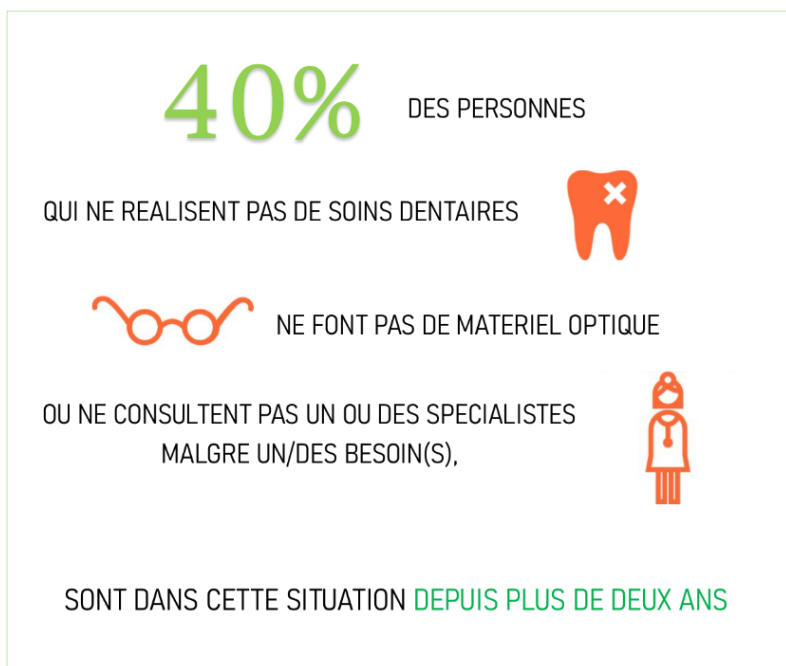
Le renoncement « cumulatif » (plusieurs soins/actes renoncés simultanément par une même personne) ne concerne cependant pas la majorité des renonçant.e.s : pour 65,4% d'entre eux/elles en effet, le renoncement au cours de l'année précédant l'enquête porte sur un seul soin/acte, pour 26,6% il porte sur deux types de soins/actes et pour 8% sur 3.

Les types de soins renoncés

Si l'on se concentre sur la nature des 515 renoncements déclarés dans l'enquête, on peut souligner que 34,2% d'entre eux concernent des soins dentaires, 30,3% des achats de matériels optiques, 10,5% des soins spécialisés, parmi lesquels l'ophtalmologue arrive en tête, 9,7% des consultations chez le généraliste, 5% des achats de matériel auditif et 2% des médicaments.

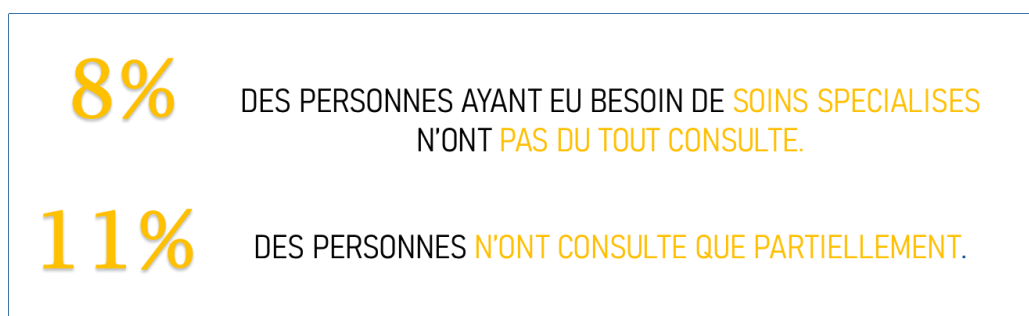


Si l'on zoome ensuite sur chaque type de soins : ce sont 34% des personnes qui ont eu besoin de soins dentaires au cours des douze derniers mois qui y ont renoncé. Le renoncement dure depuis moins d'un an pour 19% de ces personnes, depuis plus d'un an mais moins de deux ans dans 37,9% des cas et depuis plus de deux ans pour 39,7%. Ce type de renoncement se retrouve sur l'ensemble du territoire mais est plus important encore dans le Centre et le Nord Caraïbe.



Parmi les personnes qui déclarent avoir eu besoin de lunettes et/ou d'un autre matériel optique au cours des douze derniers mois, 27,9% disent y avoir renoncés. 13,5% des répondant.e.s à la question renoncent à ce matériel depuis moins d'un an, 46,2% depuis plus d'un an mais moins de deux ans et 38,5% depuis plus de deux ans. Pour ce type de matériel également, les habitants du Nord-Caraïbe sont plus concernés.

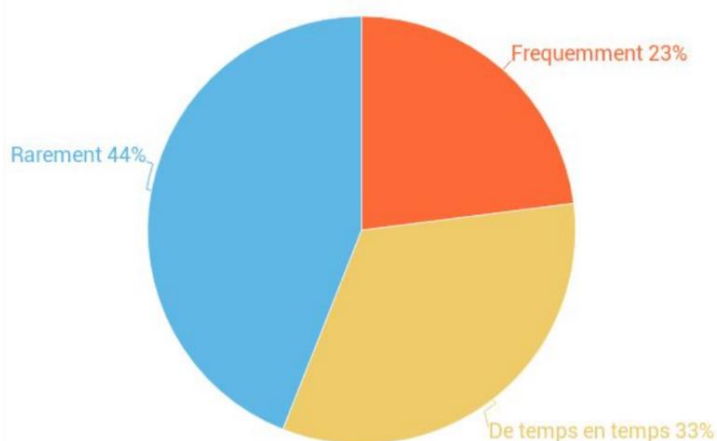
Parmi les répondant.e.s qui ont eu besoin de soins spécialisés au cours des douze derniers mois, moins d'un.e sur dix dit n'avoir consulté aucun.e des spécialistes qu'ils/elles auraient eu.e.s besoin de consulter. En parallèle, un peu plus d'un.e sur dix dit n'avoir consulté qu'une partie des spécialistes qu'ils/elles auraient eu.e.s besoin de consulter.



Pour 30,8% des personnes qui n'ont pas consulté ou qui ont consulté partiellement malgré un/des besoin(s) de soins spécialisés, cette situation dure depuis moins d'un an, pour 23% depuis plus d'un an mais moins de deux ans et pour 42,3% depuis plus de deux ans.

Le/la spécialiste qui a été le moins consulté.e malgré des besoins est l'ophtalmologue (38,9% des personnes qui avaient besoin de voir ce type de spécialistes n'ont pas consulté). Suivent ensuite le/la dermatologue (25,9%), le/la gynécologue (18,5%), le/la cardiologue (9,3%), l'endocrinologue/diabétologue (9,3%), le pneumologue, l'ORL et le/la gastroentérologue (7,4% dans les 3 cas). Le renoncement à des soins spécialisés est particulièrement prégnant dans la zone Nord-Caraïbe.

VOUS ARRIVE-T-IL SOUVENT DE NE PAS ALLER CHEZ LE MEDECIN GENERALISTE QUAND VOUS EN AVEZ BESOIN ?

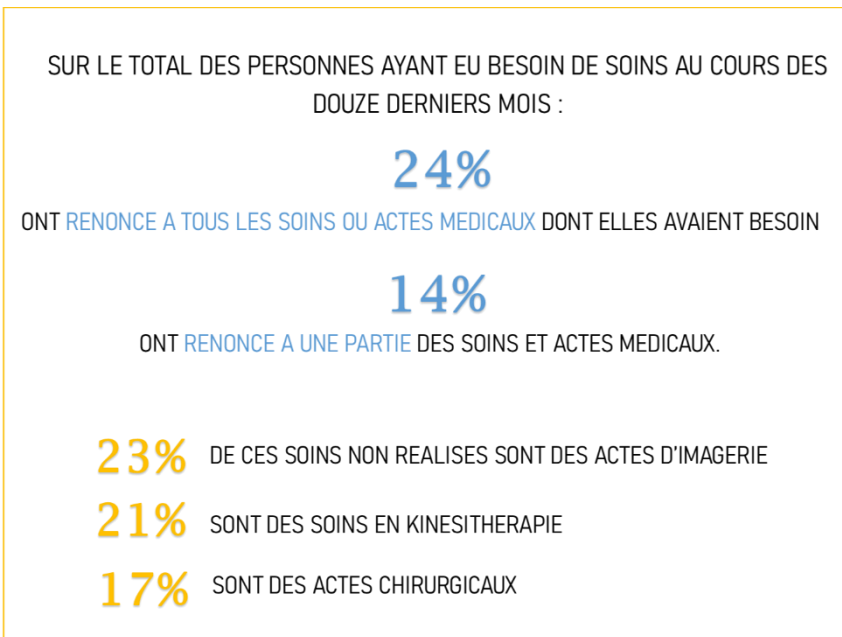


5,3% des personnes qui ont eu besoin de voir un.e médecin généraliste au cours des 12 mois précédant l'enquête n'ont pas consulté. Pour la majorité de ces personnes, la non-consultation d'un généraliste en cas de besoin est rare ou ponctuelle. Mais pour 23%, cela est fréquent. La non-réalisation de

soins généralistes est plus citée par les habitant.e.s du Nord Caraïbe et surtout du Sud.

Plus des deux tiers des personnes ayant eu besoin de matériel auditif au cours de l'année précédant l'enquête disent y avoir renoncé. Ce chiffre est cependant à prendre avec des précautions car les effectifs de répondant.e.s ayant eu besoin de ce type de soins sont assez réduits.

Enfin, parmi les personnes qui disent avoir eu besoin, au cours des douze derniers mois, de



consulter ou de réaliser d'autres soins ou actes médicaux que ceux évoqués précédemment, 24,1% disent avoir renoncé à tous les soins ou actes dont elles avaient besoin et 14,4% à une partie des soins dont elles avaient besoin. 21,1% de ces soins non-réalisés sont des actes de kinésithérapie, 23% des actes d'imagerie (scanner, IRM) et 17,3% des actes chirurgicaux.

* autres soins, actes, examens que ceux évoqués jusque là

Les raisons de renoncer

Tous types de soins confondus, la cause la plus citée pour expliquer le renoncement est relative à la nécessité de faire des avances de frais : 19% des renonçant.e.s l'évoquent. Les autres raisons financières apparaissent également, bien que leur occurrence soit un peu moins nombreuse ; 16% des renonçant.e.s parlent ainsi du reste à charge pour au moins un soin et 10% du fait de ne pas savoir ce qu'ils/elles vont devoir payer s'ils/elles consultent ou achètent



certain matériels.

Outre les raisons financières, les raisons temporelles ressortent également dans cette enquête : 16% des renonçant.e.s expliquent la non-réalisation de leurs soins par le temps d'attente pour obtenir un rendez-

vous avec certain.e.s professionnel.le.s et 4% par le fait de ne pas avoir le temps de réaliser le ou les soins dont ils/elles ont besoin.

Des raisons complémentaires apparaissent : le fait d'avoir des préoccupations prioritaires est évoqué par 9% des renonçant.e.s tandis que 7% expliquent avoir renoncé par lassitude ou découragement. 6% ont attendu que leur problème médical passe. 5% signalent des problèmes de mobilité pour se rendre à leurs rendez-vous médicaux. 4% disent n'avoir pas confiance en leur médecin et 3% avoir peur du diagnostic qui va être fait s'ils/elles consultent.

Les raisons de renoncer ne sont, en l'occurrence, pas exactement les mêmes d'un soin à un autre.

Ainsi, 30,4% des personnes concernées par le non-achat de lunettes ou autre matériel optique indiquent que cela est lié à leur impossibilité d'avancer les frais, pour 25,3% c'est le reste à charge qui est en cause et 7,6% ne savaient pas ce qu'elles allaient avoir à payer pour ce matériel. 26,6% parlent des délais pour avoir un rendez-vous. Enfin, 11,5% déclarent ne pas y être allé par lassitude, découragement.

Les raisons financières sont également les plus citées s'agissant des soins dentaires : 36% des personnes qui renoncent à ce type de soins parlent ainsi de leur impossibilité de faire l'avance des frais, 31,5% évoquent les restes à charge des soins, 15,7% le fait de ne pas savoir combien ils/elles vont avoir à payer pour les soins dont ils/elles ont besoin. Des raisons secondaires apparaissent toutefois : 15,7% des renonçant.e.s à des soins dentaires évoquent les délais de rendez vous trop longs et 7,9% la peur du dentiste. 15,7% déclarent avoir d'autres préoccupations et 7,9% avoir renoncé par lassitude, découragement.

Concernant les consultations médicales, les causes sont quelque peu différentes selon si la non-réalisation porte sur des consultations spécialisées ou généralistes : s'agissant des premières, la cause la plus citée est économique : la nécessité d'avancer les frais est en effet mentionnée par 32% de celles et ceux qui ont renoncé à des consultations spécialisées tandis que 16% pointent les restes à charge. Le fait de renoncer à cause des délais de rendez-vous arrive cependant juste après, 29% l'évoquant. 16% ont déclaré avoir d'autres préoccupations prioritaires. 13% des renonçant.e.s à des consultations avec des spécialistes ont fait part de problèmes de mobilité pour se déplacer et 8% ont pointé la distance géographique par rapport à l'offre de soins. Enfin, 10,5% se sont dit découragé.e.s par rapport à leurs soins, 10,5% ont souligné la peur du diagnostic qui pouvait être fait par le/la médecin spécialiste et 5,3% ont expliqué avoir attendu que leur problème passe.

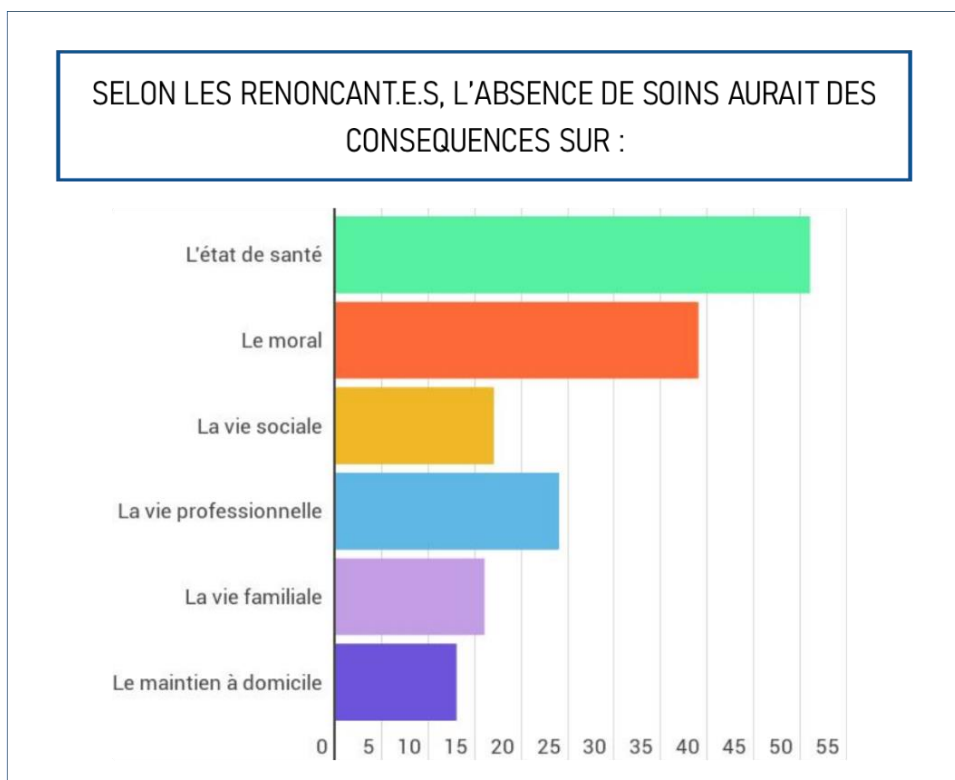
En ce qui concerne les consultations chez le généraliste, 16% des renonçant.e.s ont attendu que leurs symptômes passent ; 13% ont déclaré avoir des craintes par rapport à ce type de consultations et/ou ne pas être en confiance avec le ou les médecin(s) qu'ils/elles rencontrent. 13% également ont mentionné les délais de rendez-vous et 5% le manque de temps pour consulter. 11% ont parlé de leurs difficultés à faire des avances de frais, 8% du fait qu'ils ne

savaient pas exactement ce qu'ils/elles allaient devoir payer et 5% du reste à charge des consultations. 5% ont indiqué avoir des préoccupations prioritaires et 3% avoir peur de devoir s'arrêter de travailler s'ils/elles consultent.

Les conséquences perçues par les personnes

Un tiers des renonçant.e.s pensent qu'ils/elles ne peuvent pas bénéficier de soins quand ils/elles en ont besoin. Ce taux est nettement moindre pour les non-renonçant.e.s (13%).

Une nette majorité (77%) des renonçant.e.s déclarent que l'absence de soin(s), d'actes et/ou de matériel médical dont ils/elles ont besoin a eu ou a des conséquences pour eux/elles. Si l'on regarde de plus la nature des conséquences évoquées, on peut noter que 51% des renonçant.e.s parlent de conséquences sur leur état de santé ; 38,6% évoquent des conséquences sur leur moral. 16,9% des renonçant.e.s pointent des conséquences sur leur vie sociale, 24,2% sur leur vie professionnelle et 16,1% sur la vie familiale. 13% des renonçant.e.s estiment que la non réalisation des soins a eu des conséquences sur leur maintien à domicile.



Conclusion

Parmi les personnes ayant répondu à cette enquête, 32,3% ont déclaré ne pas avoir réalisé au moins un soin dont elles ont eu besoin au cours des douze derniers mois. Comme évoqué plus tôt dans ce document, ce taux n'est pas représentatif du phénomène pour la population de la Martinique dans son ensemble. Il donne une tendance pour les personnes qui ont répondu à cette enquête et est donc nécessairement influencé par leur profil. Cependant, s'agissant des variables qui agissent le plus sur la probabilité de renoncer, l'échantillon de la présente enquête n'est pas fortement déformé, excepté sur la question des diplômes. Les personnes sans diplôme sont en effet nettement sousreprésentées dans notre échantillon ; mais on peut penser que la surreprésentation concernant d'autres variables (par exemple « personnes au chômage ») peut contrebalancer cela.

Il est en l'occurrence intéressant, dans la perspective du déploiement de la Mission accompagnement santé, de noter que le taux de renoncement est nettement plus élevé pour les publics ayant été interrogés par les chercheuses de Kafé ; cela montre que les lieux, les structures, les publics, vers lesquels elles se sont tournées sont particulièrement concernés par la non-réalisation de soins en cas de besoin.

En parallèle, au sein de la CGSS, on constate que le taux de renoncement est plus élevé pour les personnes qui ont été interrogées par téléphone. Dans les autres DOM où l'enquête a été passée au même moment, c'est l'inverse : la passation en face à face a davantage permis de repérer les situations de renoncement. A la CGSS de Martinique, la détection téléphonique semble avoir ainsi particulièrement bien fonctionné.

Dans cette enquête, plusieurs constats peuvent être faits pour mieux se représenter le profil des renonçant.e.s, autrement dit des personnes qui ne réalisent pas certains soins, actes, matériels médicaux dont elles auraient pourtant besoin :

- ◇ Ces personnes vivent plus fréquemment seules, avec ou sans enfants ;
- ◇ Elles appartiennent plus souvent aux classes d'âge 50 – 59 ans et 40 – 49 ans. Leur âge moyen est de 52 ans ;
- ◇ Elles sont davantage au chômage et/ou en situation d'invalidité ;
- ◇ En parallèle, elles déclarent davantage avoir une pathologie chronique ;
- ◇ Les renonçant.e.s sont aussi plus fréquemment peu, voire pas, diplômé.e.s et appartiennent en particulier aux CSP « employé.e.s » et « ouvrier.e.s » ;

S'agissant de la question du numérique, les personnes qui ne réalisent pas certains soins, actes, matériels médicaux qui leur seraient pourtant nécessaires, ont un peu moins fréquemment que les autres un équipement pour accéder à internet et/ou une connexion internet. Globalement,

ces personnes utilisent moins internet dans le cadre de leurs démarches administratives et lorsqu'elles sont utilisatrices, elles déclarent plus fréquemment des difficultés d'usage. De la même manière, les renonçant.e.s ont moins souvent un compte Améli que les non-renonçant.e.s et lorsqu'ils/elles en ont un, ils/elles déclarent davantage de difficultés d'usage. Notons aussi que près d'un.e renonçant.e sur dix n'a pas de médecin traitant. Le chiffre est moindre pour les non-renonçant.e.s.

La majorité des répondant.e.s à l'enquête connaissent les campagnes de prévention relatives aux cancers ; les renonçant.e.s les connaissent un peu moins que les personnes qui n'ont pas déclaré de renoncement mais les écarts sont peu marqués. Même si la connaissance apparaît bonne, cela ne veut pas dire que les personnes ont réalisé le ou les dépistages qui les concernent. Le choix ayant été fait dans la présente enquête de se concentrer sur la connaissance/non-connaissance et non sur la réalisation/non-réalisation des dépistages, il n'est pas possible de conclure sur le niveau de réalisation. Nous pouvons en revanche dire que s'il existe un non-recours en la matière, il ne prend pas majoritairement la forme de la non-connaissance.

La campagne MT Dents est en revanche moins connue des personnes interrogées qui entrent dans sa cible, qu'elles soient renonçant.e.s ou non d'ailleurs. Près de 40% des répondant.e.s concernés par cette campagne ne la connaissent en effet pas.

En termes de soins non-réalisés, on retrouve en premier lieu et sans grande surprise les soins dentaires et l'achat de matériel optique. Soulignons également que plus des deux tiers des personnes ayant eu besoin de matériel auditif au cours de l'année précédant l'enquête disent y avoir renoncé. Même si le nombre de personnes ayant eu ce type de besoin parmi les répondant.e.s est faible, il est intéressant de le noter. En parallèle, si parmi les personnes ayant eu besoin de soins spécialisés, un peu moins d'une sur dix (8%) dit avoir renoncé à l'ensemble de ses besoins à des spécialistes, n'oublions pas les personnes qui n'ont adressé que partiellement leurs besoins spécialisés : elles sont plus d'une sur dix. Lorsque l'on cumule ces deux chiffres, ce sont près de 20% des personnes ayant eu besoin de soins spécialisés au cours des douze derniers mois qui y ont renoncé au moins partiellement.

Les types de soins les plus renoncés sont cohérents avec les causes du renoncement qui sont, pour beaucoup, financières - la difficulté de faire des avances de frais arrivant en tête suivie de l'impossibilité d'assumer les restes à charge mais aussi des incertitudes concernant les coûts des soins qui resteront effectivement à la charge des personnes - et avec le fait que les «renonçant.e.s» ont des restes pour vivre plus faibles que les «non-renonçants», voire inexistants.

Cette enquête est également l'occasion de constater à nouveau que l'absence de complémentaire santé augmente la probabilité de renoncer à des soins. L'effet protecteur de la CSS vis à vis des problématiques financières d'accès aux soins que l'on perçoit

généralement nettement dans ce type d'enquête est en outre moins perceptible ici ; les bénéficiaires de la CSS qui ont répondu à cette enquête étant en effet autant présents dans la population des renonçant.e.s que des non-renonçant.e.s.

A côté des causes financières, un autre motif est évoqué par les personnes pour expliquer la non-réalisation de soins : les délais pour avoir un rendez-vous avec certain.e.s professionnel.le.s de santé. C'est plus particulièrement le cas s'agissant des consultations chez un.e ou des spécialistes mais également de l'achat d'optique et, dans une moindre mesure, des soins dentaires.

Les problèmes de mobilité et l'éloignement géographique par rapport à l'offre de soins qui sont, rappelons-le, plus prégnants dans la zone Nord, et en particulier le Nord-Caraïbe, sont en outre particulièrement cités s'agissant des consultations avec des spécialistes. Cette raison apparaît également pour expliquer les renoncements dentaires qui sont, quant à eux, un peu plus fréquents dans le Nord Caraïbe ainsi que dans le Centre.

On peut noter qu'à côté des raisons financières et temporelles, des causes secondaires apparaissent pour expliquer la non-réalisation de soins : le fait d'avoir d'autres préoccupations prioritaires et/ou « d'avoir attendu que le problème » passe est plus souvent cité pour les soins généralistes tout comme le fait de ne pas avoir confiance dans le/la professionnel.le. Pour les soins dentaires, une partie des renonçant.e.s parlent de leur peur par rapport à ce type de soins mais aussi de leur découragement, lié notamment à la complexité de trouver un professionnel.le et/ou de rejoindre l'offre et/ou de mettre en place les démarches administratives afférentes aux soins. Le découragement apparaît également pour l'achat de matériel optique et les consultations avec des spécialistes.

Une part non négligeable (40%) des personnes dit renoncer à ses soins et/ou à son matériel médical depuis plus de deux ans : c'est le cas pour les soins dentaires, l'achat d'optique et les consultations spécialisées. On peut relier cet ancrage dans la durée d'une partie des renoncements avec la perception, par les personnes, de conséquences à la non-réalisation des soins ou de matériel dont elles ont besoin. Les conséquences les plus citées sont celles sur la santé au sens large, physique et mentale. Mais d'autres apparaissent également dans l'enquête : ce sont entre une personne sur dix et une sur quatre qui trouvent que cette situation a des conséquences sur leur vie sociale et/ou professionnelle et/ou familiale et/ou sur leur maintien à domicile. Ce dernier point mériterait d'ailleurs d'être creusé.

Dans tous les cas, cela montre que cette absence de soins ou de matériel n'est pas « anecdotique » pour une grande partie des personnes concernées. Rappelons en l'occurrence qu'un.e renonçant.e sur trois, au-delà de ne pas réaliser un ou plusieurs soins, pense qu'il n'est tout simplement plus possible pour lui/elle de se soigner quand il/elle a besoin de le faire. Le renoncement aux soins pourrait ainsi avoir un impact sur le sentiment d'inclusion sanitaire des personnes.

ANNEXE 1 - ANALYSE DES DONNEES COLLECTEES PAR L'ASSOCIATION KaFE³³

200 questionnaires complets ont été passés par les chercheuses de l'KaFE. Les passations se sont déroulées dans des espaces publics des communes des 3 EPCI (CACEM, Cap Nord, Espace Sud), à la préfecture, et via diverses structures (CCAS, Services d'Aide à Domicile, PLIE, Epiceries Sociales, Accompagnement des publics toxicomanes et en errance (PAAL)). Ces lieux ont permis de cibler des populations précaires et susceptibles de renoncer aux soins, des éléments qui sont corroborés par le taux de renoncement des répondants dans l'échantillon KaFE (50%). L'analyse des données recueillies permet de dégager le profil des individus concernés par le renoncement aux soins.

Profil sociologique des renonçants

58% des renonçants sont des femmes et 42% des hommes. 17% d'entre eux/elles ont moins de 30 ans, 19% sont dans la tranche d'âge des [30-39 ans], 20% ont entre 40 et 49 ans, 29% de [50 à 59 ans], 9% dans les [60-69 ans] et 5% ont plus de 70 ans. Les trois-quarts des renonçant-e-s ne vivent pas en couple mais iels sont toutefois plus nombreux que les non-renonçant-e-s à être en couple (26% de renonçant-e-s pour 20% de non-renonçant-e-s) et à avoir des enfants au domicile (presque 42% pour les renonçant-e-s et 34% de non-renonçant-e-s). Le poids des charges familiales paraît plus important pour les renonçant-e-s qui sont 7 fois plus nombreux que les non-renonçant-e-s à avoir 3 enfants à domicile (7% de renonçant-e-s et 1% de non-renonçant-e-s), et 2 fois plus nombreux à avoir 4 enfants et plus (plus de 7% de renonçant-e-s et 3% de non-renonçant-e-s).

Leur situation professionnelle est précaire, puisque 47% des renonçant-e-s déclarent être au chômage indemnisé ou non contre 38% de non-renonçant-e-s. Alors qu'aucun non-renonçant-e-s ne mentionne faire des djobs, 6% des renonçant-e-s l'évoquent comme étant leur activité principale. Les étudiants et les travailleurs en CDD sont principalement ceux qui, dans l'échantillon KaFE, déclarent ne pas renoncer à des soins (Pour les premiers 33% de non-renoncement contre 18% de renoncement et pour les seconds 11% de non renoncement et 2% de renoncement). Autre particularité de l'échantillon KaFE : les salariés en CDI sont plus

³³ Cette analyse a été rédigée par Myriam Thirot et Mylenn Zobda-Zebina.

nombreux à renoncer à des soins avec un écart de 4 points entre les renonçant-e-s (9%) et les non-renonçant-e-s (5%). Compte tenu des lieux où ont été recrutés la majorité de l'échantillon, on peut émettre l'hypothèse qu'il s'agit de salarié-e-s qui tout en bénéficiant de contrat à durée indéterminée, sont des travailleurs pauvres.

Les revenus dont disposent les renonçant-e-s sont souvent modestes. Ainsi parmi les répondants qui sont au chômage, 83% des renonçant-e-s aux soins ne perçoivent pas d'indemnités de chômage. Ils sont plus nombreux que les non-renonçant-e-s à toucher le RSA (31% des renonçant-e-s pour 27% de non-renonçant-e-s) et l'AAH (11% de renonçant-e-s et un peu moins de 10% de non-renonçant-e-s). Toutes ressources confondues, 30% des renonçant-e-s déclarent n'avoir aucun pécule une fois les charges fixes payées soit 6 points de plus que pour les non-renonçant-e-s.

L'état de santé déclaré

Un peu plus du quart des personnes qui renoncent aux soins (29%) souffrent d'une maladie chronique. Ces chiffres devraient être revus à la hausse compte tenu du profil notamment, d'une vingtaine de répondant-e-s interrogées dans une structure d'accompagnement des publics errants, pour la plupart toxicomanes, et des publics très démunis. Comme le confirme une précédente étude conduite par KaFE auprès des publics errants, ces populations minorent leur état de santé, pourtant fortement dégradé (comorbidité, maladies chroniques, problèmes dentaires...) et se décrivent en bonne santé et n'ayant pas besoin de soins.

Plus nombreux que les non-renonçant-e-s à avoir une maladie chronique, les renonçant-e-s aux soins sont paradoxalement ceux qui bénéficient le moins d'une prise en charge pour une ALD, comparé aux non-renonçant-e-s : 82% d'entre eux ne sont pas pris en charge à 100% pour une ALD alors que 78% de non-renonçant-e-s le sont.

On relève un écart significatif entre les personnes qui renoncent à des soins et celles qui ne renoncent pas concernant le fait d'avoir un médecin traitant : 19% des renonçant-e-s aux soins déclarent n'avoir pas de médecin traitant, alors qu'ils ne sont que 2% au sein des non-renonçant-e-s. Il en est de même pour l'adhésion à une mutuelle, où l'écart entre renonçant-e-s et non-renonçant-e-s est nettement marqué : 20% des renonçant-e-s aux soins n'ont pas des complémentaire santé, tandis que seuls 9% des non-renonçant-e-s sont dans cette situation. L'écart se maintient entre les deux groupes quant à la Complémentaire Santé Solidaire : 51% des renonçant-e-s aux soins ont la CSS, soit 15 points de moins que pour les non-renonçants qui sont 66% à bénéficier de la CSS. Ces données mettent en lumière la nécessité de renforcer l'accompagnement social pour aider des publics en difficulté dans leurs démarches administratives. Un constat corroboré par les raisons justifiant la non-obtention de

la CSS : plus de 26% des renonçant-e-s ne savent pas quelles démarches effectuer à cette fin, ce que ne déclare aucun non-renonçant-e.

55% des renonçant-e-s aux soins s'abstiennent de soins quand ils en ont besoin, ils ne sont pas cependant les seuls puisque 45% des non-renonçants estiment devoir aussi renoncer à des soins qui leur paraissent nécessaires. Il serait intéressant d'approfondir ces résultats par une enquête qualitative qui explorerait les pratiques de soin (médecines complémentaires et alternatives, rimed razié ...), les attentes et le rapport au système de santé et à la santé en tant que tel.

84% des renonçant-e-s considèrent que la non-réalisation des soins est sans incidence sur leur état de santé, sur leur vie professionnelle et familiale. Ils sont par contre plus vulnérables sur le plan moral, 33% des renonçant-e-s déclarent que le renoncement aux soins impacte leur moral, soit 11 points de plus que les non-renonçant-e-s. La seconde conséquence du renoncement aux soins citée par plus de 25% des renonçant-e-s porte sur leur maintien à domicile. Enfin, Il est intéressant de relever également que les seules personnes qui disent ne pas savoir quelles sont les conséquences de leur non-réalisation de soins sont des renonçant-e-s.

La non-réalisation des soins par un autre membre met en en lumière des écarts pertinents entre les deux groupes, renonçant-e-s et non-renonçant-e-s : plus de 12% des renonçant-e-s ont d'autres membres de leur famille qui n'ont pu bénéficier des soins dont ils avaient besoin, ce qui n'est le cas que de 4% des non-renonçant-e-s. Ces membres étaient des frères/sœurs (14%), les parents/la mère (14%) et surtout les enfants (29%). Les familles de 3 enfants étant plus répandues chez les renonçant-e-s aux soins, on constate donc que la non-réalisation des soins concerne la totalité du groupe familial.

Connaissance des dispositifs de prévention

Comme nous l'avons précédemment souligné les renonçant-e-s déclarent, plus souvent que les non-renonçant-e-s, avoir 3 enfants et plus, iels sont moins informé-e-s des campagnes de prévention en lien avec l'hygiène buccale : 44% des renonçant-e-s ne connaissent pas la campagne MT dents, contre 31% des non-renonçant-e-s. Cette méconnaissance se retrouve également pour les différentes campagnes de prévention des cancers : tous les non-renonçant-e-s ont eu connaissance des campagnes de prévention du cancer colorectal, du cancer de la prostate, ce qui n'est pas le cas de 16% des renonçant-e-s pour le cancer colorectal et plus de 4% des renonçant-e-s pour le cancer de la prostate. S'agissant du cancer du col de l'utérus, 24% des renonçant-e-s n'en avaient pas été informées, soit 10 points de plus que les non-renonçant-e-s.

Equipement informatique

Plus de 21% des renonçant-e-s n'ont pas accès à un équipement permettant une connexion à internet contre 16% des non-renonçant-e-s ; 30% des renonçant-e-s ne disposent pas d'une connexion à internet. En conséquence, leur utilisation d'internet pour leurs démarches est moins fréquente : 32% des renonçant-e-s utilisent internet « parfois » pour leurs démarches, fréquence la plus citée de toutes les propositions faites (« jamais », « régulièrement », « toujours », « parfois », « ne sait pas »).

Plus de la moitié des renonçant-e-s (62%) ont un compte améi, qu'ils n'utilisent pas pour 42% d'entre eux. A titre de comparaison, 79% des non-renonçant-e-s possèdent un compte améi et seuls 32% n'en font pas usage.

Les MSAP sont dans l'ensemble peu connues tous profils confondus : 90% des renonçant-e-s et 88% des non-renonçant-e-s n'en ont jamais entendu parler. Ces lieux sont donc peu fréquentés : 94% des renonçant-e-s et 87% des non-renonçant-e-s ne s'y sont jamais rendus.

Les structures type Cyber base, PLIE, CCAS sont peu sollicitées pour les services tels que connexion internet, impression, ainsi seuls 7% des renonçant-e-s font appel au PLIE pour ces services, néanmoins 34% des renonçant-e-s disent se rendre dans une « autre » structure pour ces prestations.

En résumé

Les publics renonçant-e-s interrogé-e-s par KaFE cumulent des facteurs de vulnérabilité : 6 répondants sur 10 sont des femmes, et 4 renonçant-e-s sur 10 ont plus d'un enfant à domicile. Toutes les tranches d'âges enquêtées sont concernées avec un pic pour les [50-59 ans]. Le renoncement aux soins touche également les enfants puisque 3 enfants de renonçant-e-s sur 10 n'ont pas eu les soins dont ils avaient besoin. Ces publics majoritairement peu qualifiés disposent de faibles ressources économiques, et pour 3 sur 10 renonçant-e-s sont tributaires des revenus sociaux et pour 5 Sur 10 au chômage indemnisé ou non.

Au regard du cumul de contraintes (familiales, professionnelles, familiales...) que doivent assumer les renonçant-e-s, il semble que l'arbitrage des priorités se fasse au détriment de la santé. Toutefois, le rapport à la santé, tous publics confondus, mériterait d'être approfondi, les renonçant-e-s semblant relativiser l'impact sur leur santé de la non réalisation de soin, au contraire des non-renonçant-e-s : 55% des renonçant-e-s ne réalisent pas les soins dont ils ont besoin, ce renoncement concerne aussi les publics qui ont pu bénéficier des soins mais qui estiment néanmoins, pour 45% d'entre eux, n'avoir pu avoir tous ceux dont ils pensaient avoir besoin. Cela renvoie aux notions de nécessité et de besoins.