Publié par:
REISO.org
REVUE D'INFORMATION SOCIALE

Non-recours aux aides sociales et santé perçue

Une enquête menée à Genève a analysé, pour la première fois, l'état de santé d'un collectif de personnes ne bénéficiant pas des aides sociales auxquelles elles auraient pu prétendre. Les constats sont sans appel.

© Drazen / Fotolia

Par ***Barbara Lucas***, professeure ordinaire HES, Haute Ecole de travail social, HES-SO, et ***Catherine Ludwig***, professeure associée HES, Haute Ecole de Santé, HES-SO, Genève

[1] La littérature sur les inégalités en santé montre que les personnes caractérisées par un manque de ressources sont en moins bonne santé que les autres (Bodenmann, Jackson, & Wolff, 2018; Henchoz & Coste, 2016; Marmot & UCL Institute of Health Equity, 2013; McKee, Reeves, Clair, & Stuckler, 2017). Ainsi, en Suisse, la part des personnes en mauvaise santé est deux fois plus élevée chez les personnes à risque de pauvreté (Office fédéral de statistique, 2013). Par ailleurs, des ressources insuffisantes, financières, mais aussi matérielles ou sociales, contribuent au renoncement aux soins et, par conséquent, à une santé plus fragile (Burton-Jeangros, 2016; Rode, 2010; Wolff, Gaspoz, & Guessous, 2011).

En Suisse, de nombreuses prestions sociales visent à améliorer le revenu des ménages les plus pauvres. Or, certaines personnes ne bénéficient pas de ces aides financières auxquelles elles pourraient prétendre. Ce phénomène de « non-recours » n'a été que peu étudié dans notre pays à ce jour. Les enquêtes européennes attestent toutefois de son ampleur, les taux de non-recours se révèlent pour la plupart supérieurs à 40% (Eurofound 2015).

Dans ce contexte, une étude menée auprès de familles non recourantes aux aides sociales à Genève pose le constat d'une mauvaise santé des personnes qui ne bénéficient pas des prestations financières qui leurs sont destinées, tout en pointant les liens entre cette mauvaise santé et la précarité des droits eux-mêmes.

Enquête auprès des personnes concernées

Comment citer cet article ?
Barbara Lucas et Catherine Ludwig, «Non-recours aux aides sociales et santé perçue», REISO, Revue d'information sociale, mis en ligne le 11 novembre 2019, https://www.reiso.org/document/5199

Durant l'année 2017, nous avons interviewés 39 personnes, des pères et des mères en situation de précarité, vivant à Genève et ayant connu une expérience de non-recours ou de recours tardif à des prestations financières publiques (aide sociale, prestations complémentaires familiales, allocations de l'assurance chômage ou prestations de l'assurance invalidité notamment) [2].

Une méthode mixte a été utilisée, en intégrant à l'entretien semi-structuré un bref questionnaire standardisé de santé (EuroQoL Group, 1990) pour lequel des données de références genevoises sont disponibles, permettant ainsi une approche descriptive comparative.

L'état de santé général auprès de 36 répondants - 22 femmes, 14 hommes - est jugé, sur une échelle de 0 à 100, comme relativement bon par un tiers du collectif ; les deux autres tiers qualifient leur état de santé de moyen, voire plutôt faible. Seules 4 personnes sur 36 (11.1% du collectif, et uniquement des hommes) ne rapportent aucune difficulté de santé contre 41.8% dans l'échantillon de référence. Enfin, du point de vue des difficultés rencontrées, peu de répondant.e.s rapportent des problèmes de mobilité (6 sur 36) ou à effectuer des soins personnels (6 sur 36). En revanche, près d'un tiers des personnes interviewées (11 sur 36, soit 30.6% contre 8.8% dans l'échantillon de référence) dit rencontrer des problèmes modérés ou sévères dans ses activités quotidiennes et deux tiers rapportent des douleurs ou des gênes physiques (24 sur 36, soit 66.7% contre 45.7%). De plus, 29 personnes sur 36 (soit plus de 80% du collectif) évoquent des sentiments d'anxiété et ou de dépression (contre 31.6%).

Ainsi, les résultats montrent que, globalement, le collectif interviewé présente une santé plus fragile que le « tout venant » genevois, avec une prépondérance importante de douleurs et de sentiments d'anxiété ou de dépression. L'analyse qualitative des réponses liées aux questions de santé soutient ce constat, en dégageant deux éléments notables : une fragilité psychologique associée à une situation de précarité multidimensionnelle et une chronicité des maux qui va de pair avec un renoncement aux soins.

Fragilité psychologique et expériences de la précarité

La fragilité psychologique est caractérisée par une fréquence élevée de sentiments d'anxiété, de fatigue et d'abattement, pour ne pas dire de dépression. L'anxiété rapportée par les personnes non recourantes aux prestations sociales est rattachée, dans les récits recueillis, à l'instabilité des conditions de vie, à la précarité de l'emploi, de la situation financière et/ou du statut de séjour. Ainsi, cette mère brésilienne qui vit seule avec son fils revient sur le jour où elle a appris que si elle demandait l'aide sociale, le renouvellement du permis de séjour de son fils pouvait être compromis: « Quand elle m'a dit ça, je suis rentrée à la maison et je suis restée 14 jours sans sortir. » L'exemple le plus commun dans le collectif interviewé, surtout chez les hommes, fait état d'une précarité de l'emploi qui appelle une précarité financière, toutes deux sources d'anxiété et de craintes vis-à-vis du futur. On retrouve ainsi dans les propos des personnes non recourantes le caractère anxiogène des conditions de vie précaires largement documenté auprès d'autres types de populations.

L'analyse des récits met en évidence les effets à long terme de tentatives, répétées mais infructueuses, pour s'en sortir. Les sentiments de découragement ou encore d'impuissance qui en découlent sont récurrents. Parmi les facteurs associés à ce processus de démoralisation, les lourdeurs et les incertitudes des démarches auprès des institutions publiques reviennent régulièrement dans les entretiens.

Ce sentiment d'abattement contribue à freiner l'accès aux prestations. Il est souvent relié, dans les récits, au fait de ne pas ou plus chercher d'aides ou de reporter régulièrement des démarches : «J'y arrive pas. C'est plus fort que moi. Il y a des choses qui... vraiment, qu'on arrive pas à faire.» Ce sentiment peut également participer à restreindre d'autres activités importantes de la vie des individus ; certaines personnes rapportent une diminution des relations sociales avec les voisins, les amis ou la famille, d'autres relèvent des difficultés à prendre soin de leur intérieur, de leurs proches ou d'eux-mêmes.

Enfin, outre ces sentiments d'anxiété et d'abattement, des « douleurs de l'âme » se traduisent aussi par des sentiments récurrents de honte. Se résoudre à devoir demander une aide financière est unanimement vécu comme une honte, une baisse de l'estime de soi, dans un contexte social qui stigmatise les personnes dépendantes de l'Etat, particulièrement celles qui touchent l'aide sociale.

Chronicité des maux et renoncements aux soins

En plus d'une fragilité psychologique associée à l'expérience de la précarité, l'analyse qualitative met en exergue le caractère chronique des maux, qu'ils touchent la santé psychologique ou la santé physique des personnes non-recourantes. Près de deux tiers du collectif interviewé (24 sur 36) rapportent des problèmes de santé physique, reflétés principalement par des douleurs chroniques qui parfois amènent jusqu'à des problèmes de mobilité (6 sur 36). Ces problèmes trouvent la plupart du temps leur origine dans un accident de santé antérieur, soigné tardivement ou mal soigné et dont les conséquences sont souvent minimisées. « J'avais pas mal mal mal, alors… » « Je boitille un peu, mais ça va. »

Dans ce contexte et en dépit d'une santé fragile, nombreux sont les individus du collectif qui ne recourent pas au système de santé et renoncent aux soins. Le renoncement aux soins pour raisons financières a augmenté en Suisse chez les personnes les plus pauvres, passant de 8.3% en 2007 à 11.5% en 2013 (OFS, 2018). Les principaux motifs évoqués par les personnes de notre collectif sont l'insuffisance de ressources financières et la crainte de perdre son emploi suite à un arrêt de travail pour raison de santé. Le non-recours aux soins pour des raisons financières est marqué pour les soins qui ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie (par exemple soins dentaires ou lunettes), mais aussi pour l'ensemble des soins. Ainsi l'impossibilité de payer la franchise de l'assurance maladie est un motif couramment énoncé pour justifier un renoncement aux soins.

Pour les personnes qui ont un emploi, souvent partiel ou précaire, la crainte de le perdre contribue également au renoncement aux soins. L'emploi est la première des priorités ; il passe avant tout, au prix de laisser sa santé décliner. Ce père de famille, péruvien, titulaire d'un permis C, explique l'absence d'alternative : « Le travail difficile, personne ne veut le faire ; c'est nous. Si tu veux travailler, tu dois accepter. Si tu veux de l'argent, moi j'ai besoin d'argent, je le fais. Même si j'ai cassé toute l'épaule, il faut faire son travail. »

Enfin, l'étude montre que la santé, principalement dans sa dimension physique, reste énoncée comme une dimension importante de la vie qu'il s'agit de préserver par d'autres moyens que le recours au système de santé ; les personnes non-recourantes évoquent souvent la famille (parents, fratrie, enfants) et les amis comme source de soutien. Les résultats montrent enfin que, pour une partie du collectif, le fait de se garantir d'être couvert par l'assurance maladie et de bénéficier de soins est une priorité. Quitte à s'endetter.

La précarité des droits et de la santé

En synthèse, le constat est sans appel. La santé du collectif de personnes interviewées dans l'étude est fragile, un constat jamais posé – à notre connaissance du moins – auprès de personnes qui ne recourent pas ou que tardivement aux prestations sociales. Ces résultats confirment ceux documentés dans le champ des inégalités de santé auprès d'autres populations. Ils pointent aussi la mauvaise santé psychologique des personnes non-recourantes et ses implications. Ainsi, en plus de prétériter l'accès au marché de l'emploi, une mauvaise santé peut aller de pair avec des difficultés d'accès aux droits sociaux. Par ailleurs, la pérennisation des problèmes financiers qu'implique le non-recours aux droits sociaux contribue à reporter des soins pourtant nécessaires.

Mais le constat de mauvaise santé psychologique doit aussi être mis en relation avec l'expérience d'une précarité dans différentes sphères de l'existence. Sur ce point, l'étude montre que la précarité des droits eux-mêmes participe

de cet état de santé perçue. La précarité du statut de séjour, les incertitudes et les coûts administratifs liés aux conditions d'éligibilités aux droits sociaux contribuent à la démoralisation des personnes rencontrées. Dans un contexte actuel de durcissement des conditions d'accès aux droits sociaux, particulièrement pour les personnes étrangères, et de suspicion à l'égard des bénéficiaires de prestations sociales, le risque qu'une partie croissante de la population vulnérable soit prise dans un cercle vicieux « mauvaise santé - pauvreté - non-recours aux droits sociaux - non-recours aux soins » augmente. Dans cette perspective, le non-recours aux prestations sociales, loin de représenter une économie pour les caisses de l'Etat, pourrait générer, à terme, des coût sociaux mais aussi sanitaires importants.

Bodenmann, P., Jackson, Y., & Wolff, H. (Eds.). (2018). Vulnérabilités, équité et santé. Chêne-Bourg, Suisse: RMS éditions/Médecine et Hygiène.

Burton-Jeangros, C. (2016). Trajectoires de santé, inégalités sociales et parcours de vie. Berne, Suisse: Académie suisse des sciences humaines et sociales.

EuroQoL Group. (1990). EuroQol - A new facility for the measurement of health-related quality of life. Health Policy, 16(3), 199-208. doi:10.1016/0168-8510(90)90421-9

Henchoz, C., & Coste, T. (2016). Santé et (sur)endettement : quels liens ? REISO. Revue d'Information Sociale, 1-5.

Lucas, B., Ludwig, C., Chapuis, J., Maggi, J., & Crettaz, E. (2019). Le non-recours aux prestations sociales à Genève. Quelles adaptations de la protection sociale aux attentes des familles en situation de précarité ? Rapport de recherche. Genève: Haute Ecole de Travail Social et Haute Ecole de Santé - Genève. En ligne

Marmot, M. G., & UCL Institute of Health Equity. (2013). Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: Final report (0140-6736). Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe.

McKee, M., Reeves, A., Clair, A., & Stuckler, D. (2017). Living on the edge: precariousness and why it matters for health. Archives of Public Health, 75, 13. doi:10.1186/s13690-017-0183-y

Office fédéral de la statistique. (2018, 26 oct.). Indicateur de la législature: Privations pour raison financière en matière de soins. En ligne

Office Fédéral de Statistique. (2013). Etat de santé, renoncement aux soins et pauvreté. Enquête sur les revenus et les conditions de vie (SILC) 2011. Neuchâtel, Suisse: Office Fédéral de la Statistique (OFS).

Rode, A. (2010). Le non-recours aux soins des populations précaires. Constructions et réceptions de normes. (Thèse de Doctorat), Université Pierre Mendès France, Grenoble, France.

Wolff, H., Gaspoz, J.-M., & Guessous, I. (2011). Health care renunciation for economic reasons in Switzerland. Swiss Medical Weekly, 141, w13165. doi:10.4414/smw.2011.13165

[1] La version allemande de cet article a paru en septembre 2019 dans le magazine Impuls de la Haute école spécialisée de Berne, voir en ligne

[2] Ces entretiens approfondis ont été menés dans le cadre d'une enquête plus large (Lucas, Ludwig, Chapuis, Maggi, & Crettaz, 2019) portant sur le non-recours des familles aux prestations sociales à Genève, menée par la Haute école de travail social de Genève, en collaboration avec la Haute école de Santé de Genève. A notre connaissance, l'étude menée à Genève est la première qui aborde les enjeux de santé liés au non-recours ou au recours tardif aux prestations sociales.