

Octobre 2014

# Pourquoi ne vous soignez-vous pas ?



## RENCONTRE RÉGIONALE DU 10 OCTOBRE 2014 AU CONSEIL GÉNÉRAL DU HAUT-RHIN, COLMAR





**Enquête réalisée par l'Union Régionale des Associations Familiales d'Alsace** (URAF Alsace) avec la collaboration des Unions départementales du Haut-Rhin et du Bas-Rhin.

**Auteur :** Paul VIVIER, délégué aux prestations familiales à l'Udaf Bas-Rhin et référent santé

**Comité de pilotage :**

Marie-José CAILLER, présidente URAF ; Jean-Michel MEYER, président du CISS Alsace, Marie-José FIGNIER, présidente de la Chambre de Consommation d'Alsace et Vincent DORFNER, secrétaire général; Francine STROBEL, présidente de l'UD-CSF du Bas-Rhin, André KARPOFF, représentant de l'URAF à la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie ainsi que Erwan DELEPINE, directeur régional de l'Association des Paralysés de France, associé aux travaux du comité de pilotage.

**Chargés de mission :**

Guy DIDIER, URAF ; Sylvie BARTHELEMY, UDAF 68; Samira BOUDOUAZ, UDAF 67.

**Collaboration technique :**

Babacar KANE (UDAF des Vosges, Observatoire)  
Déborah DORFFER

**Avec le soutien financier de l'ARS**, Fonds d'Intervention Régional pour la démocratie sanitaire.

# Sommaire

<b>PRÉAMBULE .....</b>	<b>5</b>
<b>L'ENQUÊTE .....</b>	<b>6</b>
La méthodologie .....	6
Le panel .....	7
Le profil socioculturel.....	8
Le profil socioprofessionnel.....	8
Le mode de vie .....	10
Le réseau .....	12
La santé .....	13
<b>DES FEMMES, DES HOMMES ET DES SCENARII .....</b>	<b>15</b>
M.H .....	15
Mme C .....	17
<b>DES FEMMES, DES HOMMES, DES MEDECINS ET DES HISTOIRES .....</b>	<b>18</b>
MG .....	19
<b>DES FEMMES, DES HOMMES, DES ORGANISMES, DES ORGANISATIONS .....</b>	<b>20</b>
<b>DES BONNES PRATIQUES, DES ACTIONS ENCOURAGEANTES .....</b>	<b>21</b>
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>22</b>

# Préambule

Les Unions départementales des Associations Familiales du Bas Rhin et du Haut Rhin sont des acteurs, des militants engagés dont l'une des missions est de « **donner un avis, proposer des mesures conformes aux intérêts matériels et moraux des familles** » auprès des pouvoirs publics. Elles ont créé et développé des services en direction de nos « concitoyens les plus démunis », notamment dans le domaine de la protection juridique des majeurs et de l'accompagnement des familles.

A l'écoute des préoccupations des familles et des personnes fragiles, dans le contexte d'une société en perpétuelle évolution, les associations familiales et les services des UDAF ont acquis une expérience de l'accompagnement mais surtout une expertise des difficultés que rencontrent ces familles, ces Femmes, ces Hommes et les Enfants dans leur quotidien.

« **Partager une expertise** » est un leitmotiv pour les UDAF en vue de défendre les valeurs de liberté, d'égalité et de fraternité (rapport moral du président A. PIERRE, président de l'UDAF Bas-Rhin, 2013) dans différents domaines comme l'éducation, les politiques de la famille, le social et...la santé.

**Si les problèmes de santé sont une affaire du médical, la santé est une affaire sociale.** Les UDAF s'inscrivent dans le débat de la santé avec pour objectif de défendre les intérêts des usagers mais aussi pour améliorer la politique de santé sur le territoire. Elles interviennent à différents niveaux : dans le cadre des conférences de territoires, des CRUQPC, de la Commission régionale de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux (CRCI), mais aussi sur des enjeux d'actualité comme le dépassement d'honoraires, ou l'élargissement du tiers payant à tous les citoyens français. Par ses services de protection juridique et de l'accompagnement des familles, les UDAF accompagnent au quotidien des Femmes, des Hommes et des Familles dans leurs parcours de soins.

Le territoire alsacien dispose d'**une offre de soins importante avec une politique de santé volontariste** : des hôpitaux et du matériel de pointe, du personnel compétent, une intelligence de recherche, une dynamique de proximité avec la mise en place d'équipes mobiles,...

Le territoire dispose aussi d'un ensemble d'associations qui à la fois milite pour une amélioration des droits des usagers, vigilants à l'accès des droits à la santé et participe au travail de préventions et de vigilance toujours en lien avec les instances des pouvoirs publics.

Néanmoins, tous ces acteurs font le même constat : sur le territoire alsacien, il y a encore des Familles, des Femmes et des Hommes qui n'arrivent pas à accéder aux soins. Chaque professionnel, chaque association a connaissance d'une situation de Femme, d'Homme ou d'une famille rencontrant un problème de santé et se trouvant en difficultés pour entreprendre les démarches de soins. **C'est toute la question d'accéder aux soins même lorsque l'on a des droits ouverts.**

Nous observons qu'il est difficile d'évaluer ou de quantifier l'étendue de cette problématique tant elle est masquée par d'autres grilles de lecture qui sont celles de l'économique, de la liberté individuelle ou de « l'assistanat » : Nous sommes tous habitués à entendre parler de la prothèse dentaire peu prise en charge par la CPAM ou des dépassements d'honoraires qui sont autant de freins à se faire soigner les dents, de la liberté de chacun de se soigner mais aussi du droit à respecter cette décision, reposant sur un ensemble de dispositions légales facilitant l'accès aux droits. **Tout repose sur l'idée d'une décision éclairée de l'individu**, conscient de son état, conscient des conséquences de son choix, comprenant ce que le spécialiste dit ... « La liberté est le choix de ses contraintes » (J.L BARRAULT 1910-1994), le choix de ne pas se soigner, par exemple, et d'en assumer les contraintes. Encore faut-il avoir un libre arbitre éclairé, vaste débat que celui-ci, bien comprendre ce que l'on vous dit, être armé intellectuellement et culturellement pour prendre cette décision.

C'est à partir de cette observation, mais aussi de celles des services des UDAF, que l'URAF s'est mobilisée autour d'une enquête permettant de comprendre le mécanisme de ce qui amène des individus à ne pas se soigner ou tout au moins d'approcher les contours de cette problématique, autour de la question : « **Pourquoi ne vous soignez vous pas ?** » L'idée est de comprendre les mécanismes du **renoncement aux soins** (ou du « choix » de ne pas se soigner), ne se limitant pas à la simple question de l'économique et, au vu des résultats des réponses et de l'analyse qui en sera faite, de proposer des préconisations qui pourront résulter de la Rencontre régionale organisée à Colmar le 10 octobre 2014 (au Conseil général du Haut-Rhin), en présence de Mme Claire COMPAGON, auteur du rapport **Pour l'an II de la démocratie sanitaire**, remis en février 2014 à Mme la Ministre Marisol TOURAINE.

## LA MÉTHODOLOGIE

La population ciblée est constituée de personnes connues des services de tutelles du Haut Rhin et du Bas Rhin ainsi que de personnes identifiées par les associations familiales des deux départements. Elles ont la particularité d'avoir des droits à la santé ouverts : bénéficiaires de la CMU et de la CMU-C ou d'une complémentaire santé mais les travailleurs sociaux qui les accompagnent, font la même observation : il y a une difficulté de suivi médical soit parce que visible (dentition, problème évoqué,...) ou par des informations de l'entourage des personnes concernées.

**Nous avons tenu compte d'un équilibre dans l'échantillonnage** : le niveau des ressources financières, la répartition entre les sexes, la répartition des âges et la localisation sur les territoires (urbain, péri urbain, rural). L'enquête est constituée de questions fermées, des échelles d'appréciations personnelles étalonnées et de questions ouvertes. Si les questions sont rangées par rubriques, elles n'ont pas forcément un ordre logique. Le classement aléatoire permet aussi de croiser les réponses et d'observer une certaine cohérence dans les propos de celui qui répond.

**L'enquête s'est réalisée en face à face**, sans la présence de personnes tiers (ni membre de la famille, ni intermédiaire). Cela garantit un plus grand nombre de retours de questionnaires et permet à la personne interrogée d'avoir en face d'elle une personne ressource en capacité d'expliquer certaines questions et d'aider à formaliser les réponses. Les entretiens ont été réalisés au domicile ou dans un lieu associatif calme et confidentiel. Nous avons insisté sur la confidentialité des réponses afin d'établir une relation de confiance. L'enquêteur remplit l'enquête afin de ne pas mettre la personne interrogée en situation difficile.

**Nous avons favorisé les questions fermées** mais pour **les questions ouvertes**, la personne s'exprime de façon libre, l'enquêteur retranscrit, ce dernier peut synthétiser mais avec l'accord de la personne.

**Le questionnaire s'est inspiré de l'indice de développement humain**. Créé en 1990 par le programme des Nations Unies, cet indice a été développé par les économistes A. SEN et MAHBUB UL HAQ. Leur idée était d'observer le processus d'élargissement du choix humain, l'utilisation **que les individus peuvent faire des possibilités qu'ils ont acquises**.

Notre enquête repose sur **4 indicateurs : le niveau scolaire, le réseau social et familial, le parcours professionnel et la santé**. Ce sont autant d'indicateurs qui, croisés entre eux, doivent nous permettre de dessiner un profil type de personnes rencontrant des difficultés à se saisir par elles-mêmes des informations à leur disposition (les aides à la complémentaire santé, les campagnes d'information et de prévention,...) mais aussi de mobiliser des ressources pour avoir accès à des informations leur permettant d'entreprendre des actions de soins pour eux et pour l'ensemble de leur famille ( le discours médical, l'organisation du parcours de soins,...).

**Nous avons évalué le questionnaire auprès d'un groupe - test afin de mesurer la compréhension des questions, le temps de l'entretien et l'intérêt des questions**. Nous avons réduit le nombre de questions ainsi que la graduation des échelles d'appréciation. La durée des entretiens a été estimée à 20 minutes. Le groupe - test a été constitué de 20 personnes, à la fois des salariés de l'UDAF Bas Rhin mais aussi des personnes choisies de façon aléatoire.

Par ailleurs, **nous avons mené des entretiens avec des spécialistes de la santé** : Médecins, assistante dentaire, psychologue, pharmaciens,... Entretiens dits « à bâtons rompus » : autour de la question du renoncement aux soins, nous leur avons demandé leur point de vue sur la question. Ainsi, nous souhaitons croiser les propos.

L'enquête a été réalisée sur la période d'avril à juillet 2014.

## LE PANEL

L'URAF Alsace a soumis l'enquête à 200 personnes :

- 100 personnes sur le Haut Rhin : 50 personnes issues des associations familiales et 50 personnes issues des services de tutelle.
- 100 personnes sur le Bas Rhin : 50 personnes issues des associations familiales et 50 personnes issues des services de tutelle.

Le sujet de l'enquête a suscité un intérêt auprès des acteurs des associations familiales comme des services.

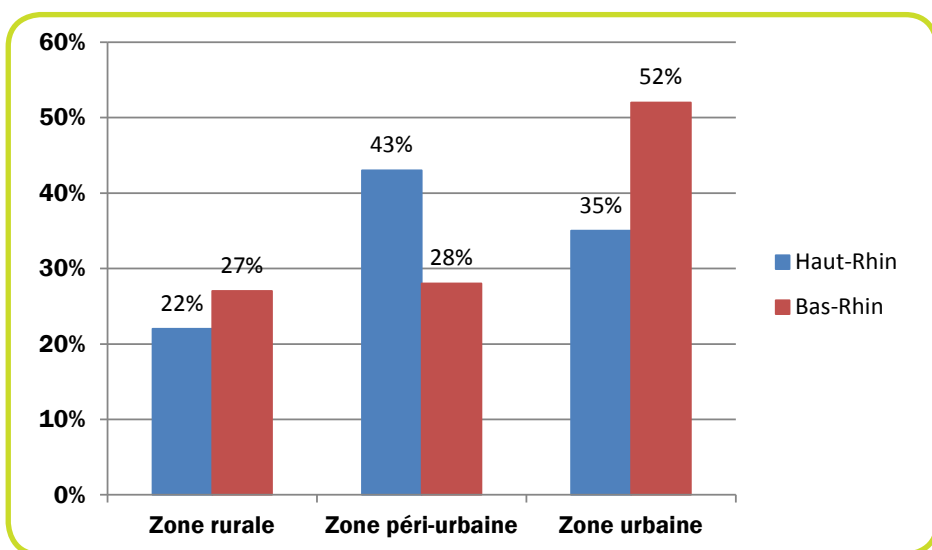
**186** enquêtes nous sont revenues soit 93% de notre objectif. Notre groupe de référence s'élève donc à 186 personnes.

### Répartition géographique

31% des personnes interrogées résident dans le département du Haut Rhin, dont 22% en zone rurale, 43% en zone périurbaine et 35% en zone urbaine.

69% des personnes interrogées résident dans le Bas-Rhin, dont 27% en zone rurale, 28% en zone périurbaine et 52% en zone urbaine.

Concernant les enquêtes dans les zones urbaines, 15% résident dans des quartiers dits « sensibles » (Neuhof, Meinau, Porte du Miroir,...).



### Sexe et âge

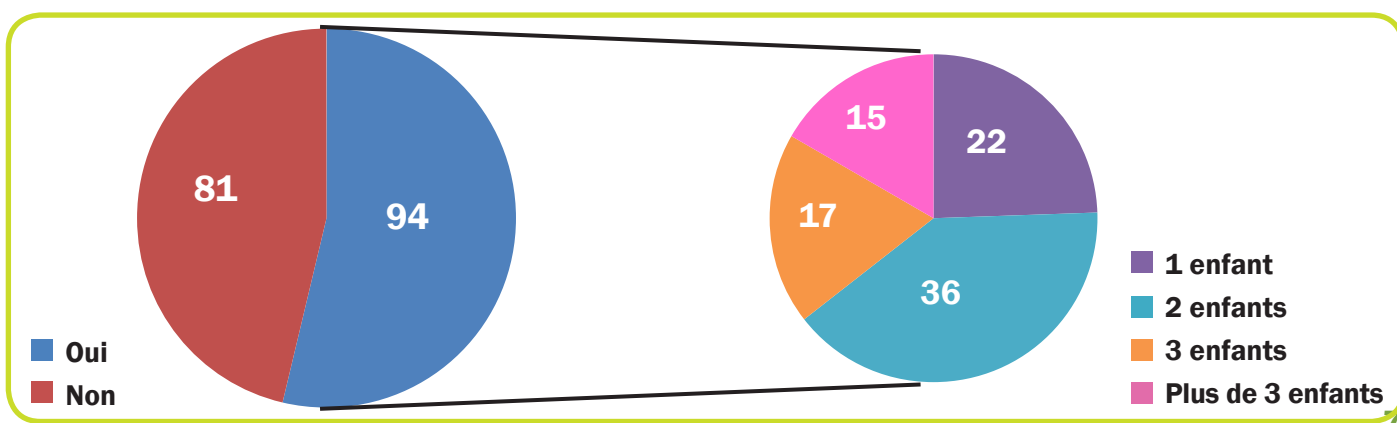
Nous avons respecté une parité, 49% des personnes interrogées sont des femmes et 51% des hommes.

Un équilibre a été respecté concernant l'âge des personnes interrogées. Le public se situe majoritairement entre 30 et 50 ans.

### Situation familiale

Le public des personnes enquêtées est majoritairement célibataire. 54% d'entre eux ont des enfants mineurs dans 48% des cas. Ces enfants habitent dans 17% des situations chez les 2 parents, 24% chez la mère, 6% chez le père, 8% sont placés dans un dispositif social (établissement, famille d'accueil,...), les autres enfants sont majeurs et autonomes. Seuls 31% des enfants sont inscrits comme ayant-droit sur la carte d'assuré maladie de la personne interrogée.

Certes ce n'est pas une photographie de la société française, mais elle est représentative du public que les associations familiales et les services des UDAF accompagnent au quotidien.

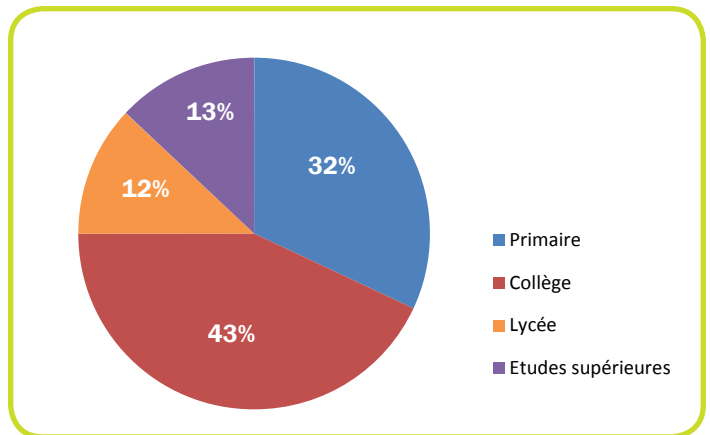


## LE PROFIL SOCIOCULTUREL

### Le niveau d'étude

Sur les 186 personnes, 5 personnes n'ont pas répondu. Les personnes ont arrêté majoritairement leurs études au collège pour 75 %, sachant que 32% des personnes n'ont pas poursuivi leur scolarité au-delà du primaire.

Ce qui n'est pas étonnant dans une région frontalière favorable économiquement, tout laisse à penser que les personnes ont privilégié les études courtes pour une entrée dans le monde du travail leur amenant une indépendance et une ressource financière mais il y a aussi lieu d'évoquer les prémices du décrochage scolaire.



### La scolarité

Ceci est confirmé par l'échelle d'appréciation de la scolarité : 45% des personnes interrogées répondent que la scolarité n'a pas été un bon moment, dans le sens où ces personnes ayant le choix, elles ont préféré quitter le système scolaire.

### La formation professionnelle

Autre indicateur, s'il en faut, de l'intérêt d'appréhender de nouveaux savoirs, d'être dans une dynamique de recherche de nouvelles connaissances et d'avoir accès à de l'information : 49% des personnes n'ont pas ou n'entreprennent pas de formations au cours de leur activité professionnelle. Ne négligeons pas les 35 % des personnes qui accèdent à des formations simples en lien avec l'évènementiel de l'entreprise (nouvelles procédures, nouvelles machines,...)

Il reste que 8% ne répondent pas à la question.

## LE PROFIL SOCIOPROFESSIONNEL

### L'activité professionnelle

47% des personnes ont une activité professionnelle contre 53%. L'indicateur décrit un groupe homogène. Concernant la situation professionnelle (q4-1), nous avons un indicateur plus précis avec 27% des personnes qui ne répondent pas à la question, 5% des personnes ont un contrat à durée déterminée, 1 % des personnes sont intérimaires, 9% sont à la recherche d'un emploi.

46% des personnes sont ainsi connectées au monde du travail, ce qui recoupe l'information précédente, soit 47% des personnes ont une activité professionnelle.

Mais 13% sont bénéficiaires du RSA. Ils ont déjà « un statut à part », celui d'avoir décroché du monde du travail.

Pour les 40% de l'item Autre, on suggèrera que ce sont des bénéficiaires d'allocations de type AAH ou des pensions de retraite.

### L'entrée dans la vie active

Elle s'effectue dans 67 % des cas avant 20 ans ce qui corrobore l'idée d'un groupe qui a fait des études courtes : entre 14 ans et 17 ans, ils sont 41% mais 43% d'entre eux ont poursuivi des études jusqu'à 21 ans et 16% ont poursuivi des études au-delà de 21 ans.

Nous avons 9.5% du groupe qui ne répondent pas à la question, soit par ce qu'ils n'ont pas intégré de cursus scolaire du fait d'un handicap ou parce qu'ils n'ont pas compris la question, ou par pudeur. 37% des personnes entrent dans le monde du travail suite à de longues études.



## Le changement d'employeurs

Il s'est fait dans 83% des cas mais varie dans le nombre dans 29 % des cas moins de 3 fois, mais 32 % ont changé d'employeurs plus de 6 fois. L'INSEE, dans une étude parue en 2012, évoque une moyenne de 4 emplois différents pour des personnes nées en 1960, tous diplômés confondus.

Peut-on y voir l'opportunité d'un emploi meilleur ou une difficulté de s'inscrire dans un parcours professionnel ?

*Il est sûr que santé – travail ne se rencontrent pas puisque 65 % des salariés ne bénéficient pas de complémentaire santé par l'entreprise.*

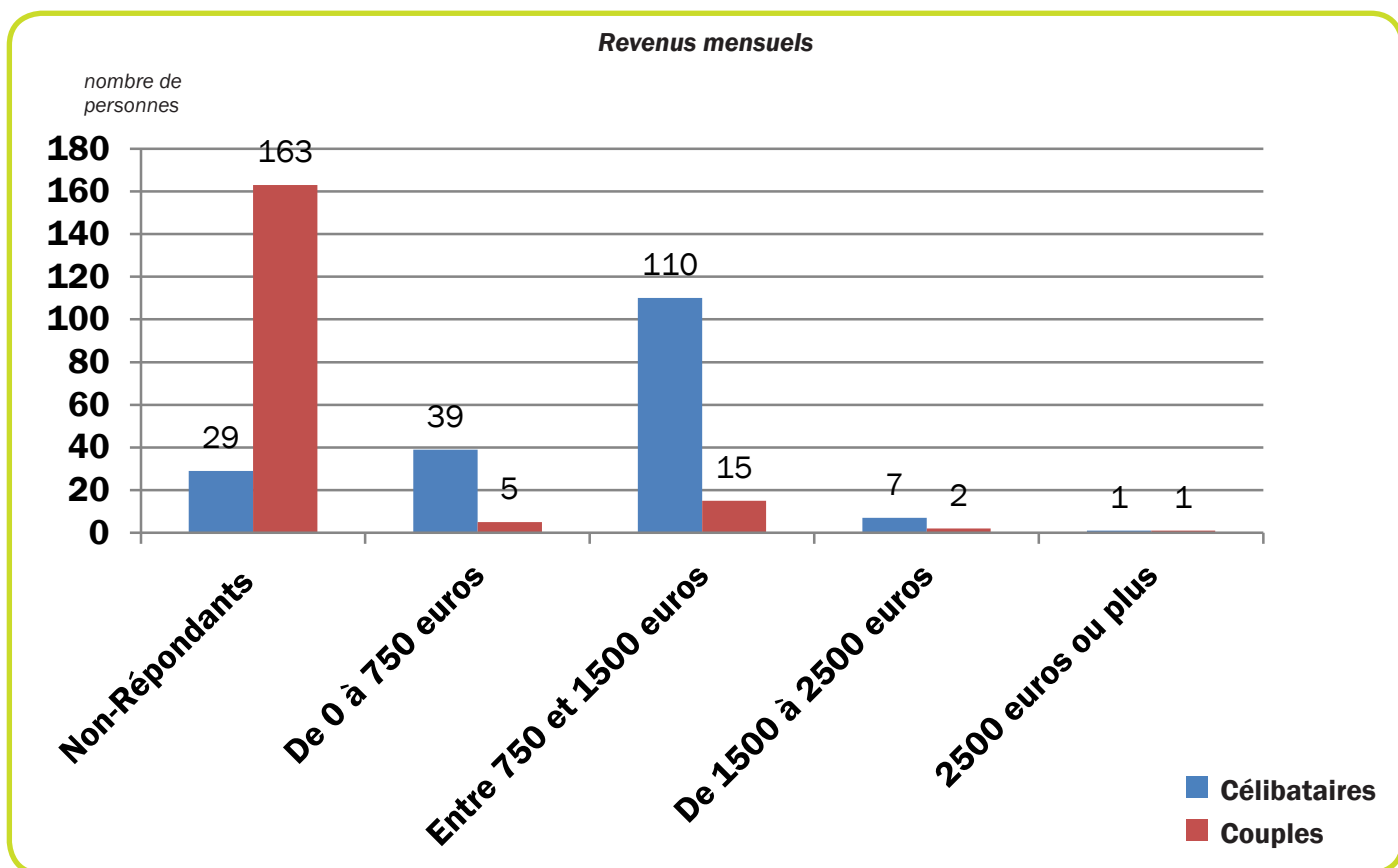
## Les ressources

Sur la question des ressources, les célibataires ou ceux qui n'ont déclaré que leurs seules ressources sont très éloignés du salaire moyen des Français en général soit 2128€ net/mois, un peu moins du salaire médian qui lui s'élève à 1712€ net/mois selon les chiffres de 2014 de la DARES (Ministère de l'Emploi). 70 % des personnes perçoivent entre 750 et 1500€ par mois. Les 25% percevant moins de 750€/mois correspondent à des personnes qui perçoivent le RSA ou des salaires en fonction du temps de travail.

Seules 12% des personnes vivent en couple et 65% d'entre eux ont des ressources estimées entre 1500€ et 3000 € net par mois.

Si les 25% des personnes ayant des ressources jusqu'à 750€ bénéficient d'aides diverses et notamment à la santé, la pression financière se fait plus forte pour les 70% de ceux qui se situent entre 750€ et 1500€ puisque les aides se raréfient.

Les personnes interrogées ont eu des ennuis de santé dans 74% des cas mais cela n'avait pas de lien avec leur emploi.



## Le parcours de qualification

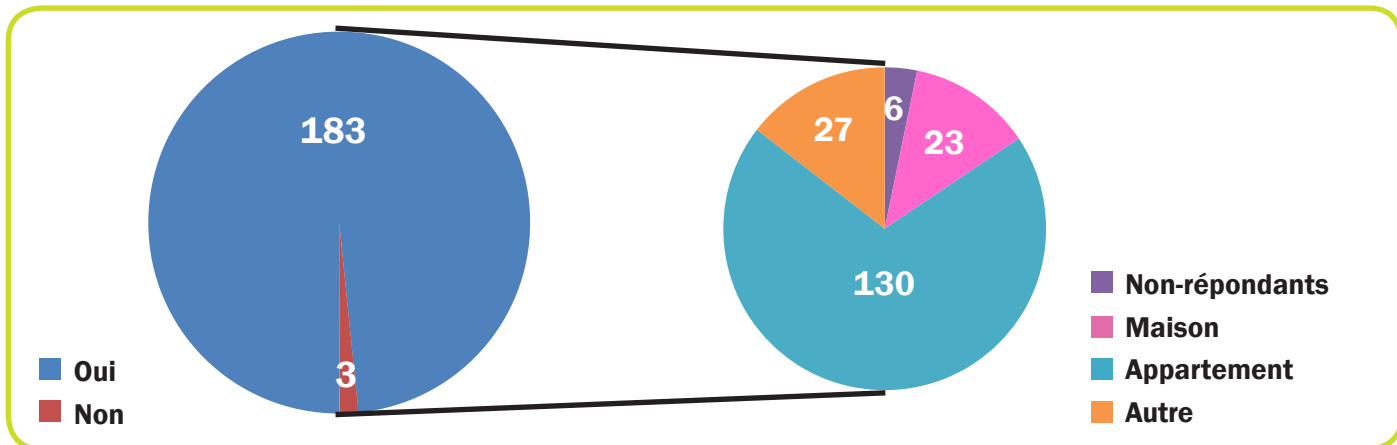
Dans 77% des cas, il n'y a pas eu de reprise d'études ou de formations pendant les activités professionnelles, ce qui semble contredire l'information précédente où il était question de 49 %. Mais si la personne associe « étude – diplôme » ou « formation – qualifiante », elle n'intègre pas la formation courante, celles qui correspondent aux nouvelles procédures pour lesquelles on ne vous remet pas de certificat, alors les données correspondent, soit 84%.

7% des personnes interrogées ne répondent pas à l'échelle de satisfaction concernant leur parcours professionnel. Si 56 % des personnes sont satisfaites, il n'en reste pas moins que 44% ne le sont pas.

## LE MODE DE VIE

### Le logement

98% des personnes ont un logement dont 72% vivent en appartement. 15% sont hébergés dans des structures sociales (maison de retraite, dispositifs d'hébergement type famille gouvernante,...). Dans la majorité des cas, ces personnes sont locataires soit 72%. Les 20% autres doivent régler soit une participation ou le sont à titre gracieux. On observera que l'hébergement en structure sociale devient un renseignement normé dans les enquêtes au même titre que la location et la propriété, là où l'information ne devait être qu'anecdotique. Au même titre que l'idée d'une « participation financière » à son hébergement est un paramètre intégré dans une enquête de la même façon qu'un loyer ou un remboursement de traites d'un prêt bancaire.



### La sécurité financière

60% des personnes rencontrent des difficultés financières, tous les mois dans 46% des cas, Dans la rubrique rarement, il était spécifié pour le règlement de charge (électricité par exemple), cela ne transparait pas, 30 % des personnes rencontrent à certains moments de l'année des difficultés financières. 40% des personnes ne répondent pas à la question.

### Les pratiques d'activités physiques

56% des personnes interrogées ne font pas d'activités physiques, et pour ceux qui en font, ce sera en pratique individuelle dans 79 % (q14-1) et de temps en temps pour 76% des personnes. Peut-être les prémices de la solitude ou de la difficulté à associer à un groupe pour faire quelque chose ensemble.

### Les pratiques culturelles

Les pratiques culturelles nous indiquent que 27% ont fait la démarche de se rendre dans un lieu d'exposition, 59 % au restaurant et 83% lisent. Concernant la lecture, il y est fait souvent mention du journal. 21% des personnes ne répondent pas à la question.

### L'autonomie

61% des personnes sollicitent un tiers pour les démarches administratives. On peut déjà observer de la difficulté d'entreprendre une démarche administrative de quel ordre elle peut-être.

### L'hygiène de vie

Dans leur choix alimentaire, 73% des personnes disent avoir une alimentation variée, par contre 53% des personnes reconnaissent ne pas manger tous les jours de la viande ou du poisson. Un indicateur qui montre que si les moyens financiers baissent, les gens se passent de viande ou de poissons.

### La mobilité

Seules 56 personnes, soit 30%, possèdent une voiture dont 25% pour lesquelles il y a un fort kilométrage, dont un surcoût à l'entretien. Indicateur de la mobilité, il faut peut être nuancer le propos puisqu'il y a un fort potentiel de transport en commun (TER, BUS,...) sur le Haut comme dans le Bas Rhin.

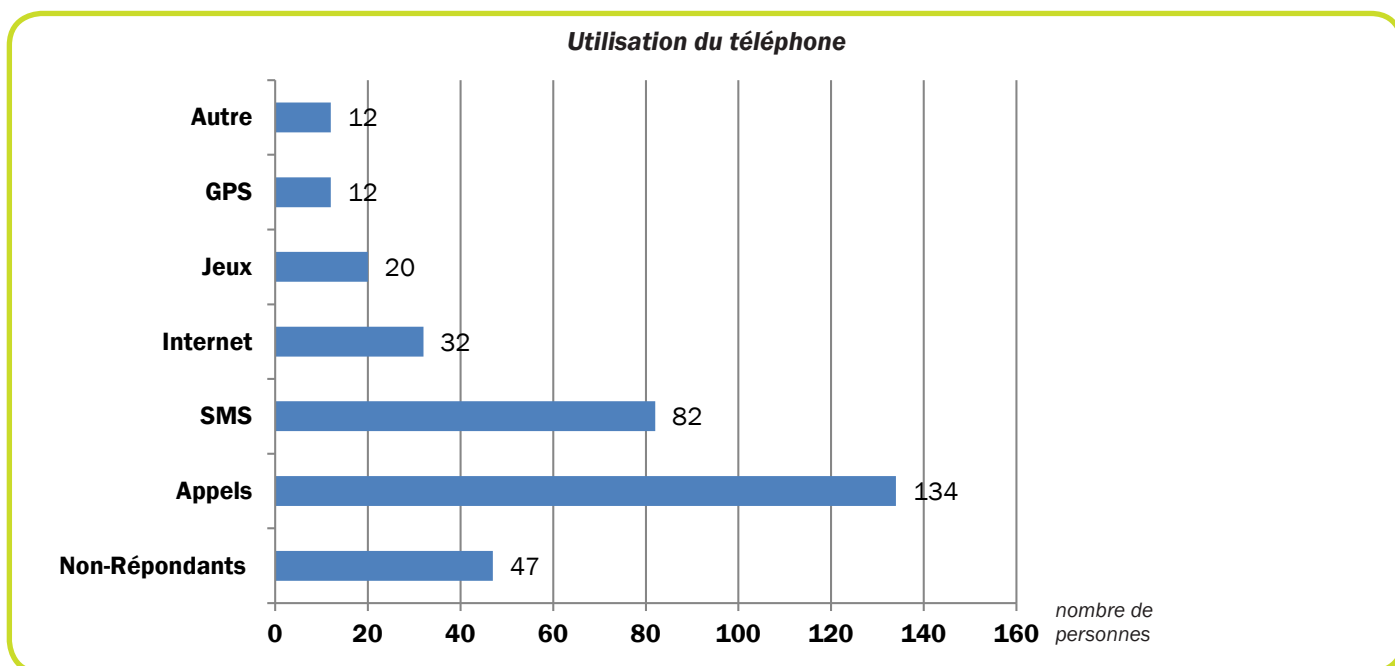
## Les loisirs

69 % des personnes interrogées ne partent pas en vacances. Un chiffre important : peut-être un indicateur de difficultés économiques. On peut aussi s'interroger sur cette culture des vacances qui implique un mouvement. Il y a peut-être l'idée suivante: qui dit travail dit congés puisqu'ils sont payés par l'entreprise. Mais lorsqu'il n'y a pas de travail à quoi il faut ajouter une culture de quartier forte, pourquoi partir ?

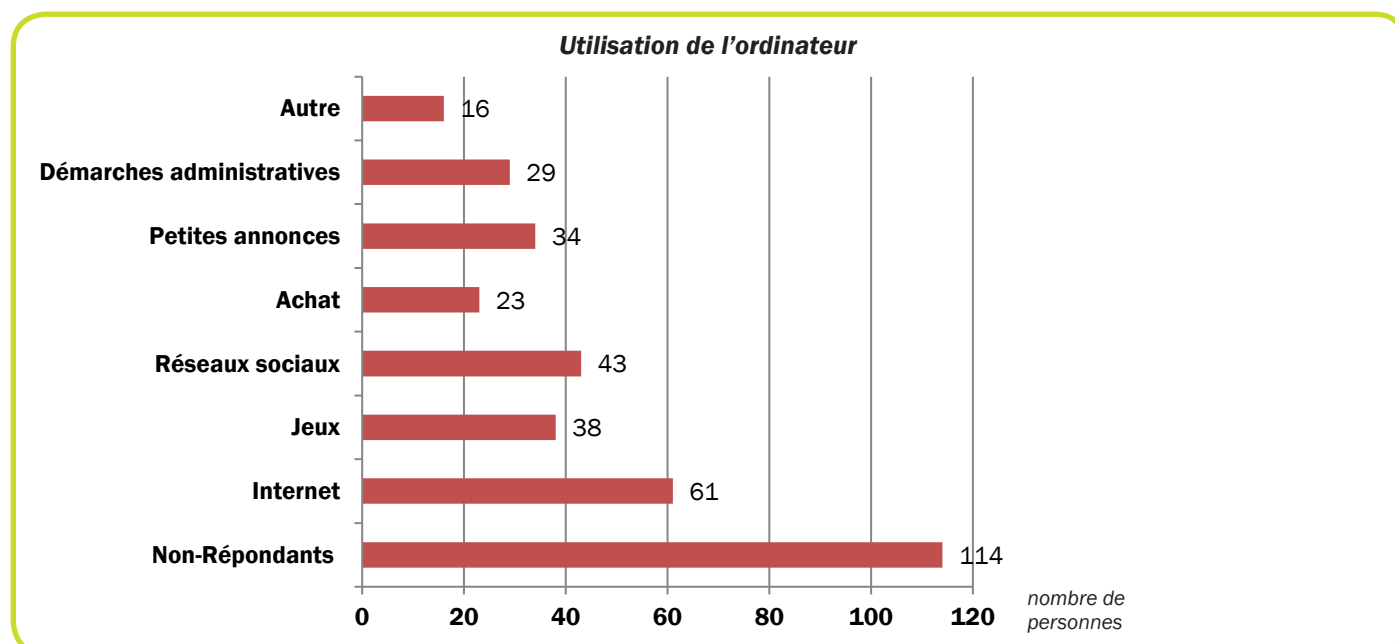
83 % des personnes ne font pas partie d'associations, confirmant ainsi la difficulté d'être « ensemble ».

## Les technologies de l'information et de la communication

Tous ont répondu à la question du téléphone portable, outil de la modernité mais surtout outil qui permet d'être en contact, d'avoir des informations. 74% possèdent un téléphone portable et 26% n'en ont pas ce qui ne veut pas dire qu'ils n'ont pas de téléphone fixe, de moyen de communiquer. Si la majorité des personnes utilisent leur téléphone pour parler dans 96% des cas, 59% utilisent la fonction SMS et 37% la fonction ludique. Dans tous les cas l'utilisation d'un téléphone démontre une compétence et un savoir-faire. A rappeler que sur cette question 25% des personnes ne répondent pas.



A la question de l'ordinateur, tous répondent. La possession d'un ordinateur ne concerne que 38% du groupe, ce qui est étonnant. L'utilisation faite concerne internet dans 85% les réseaux sociaux dans 60%, les jeux dans 53 %, les démarches administratives n'arrivant qu'en 4<sup>ème</sup> position. 61 % des personnes n'ont pas répondu à cette question.



# LE RÉSEAU

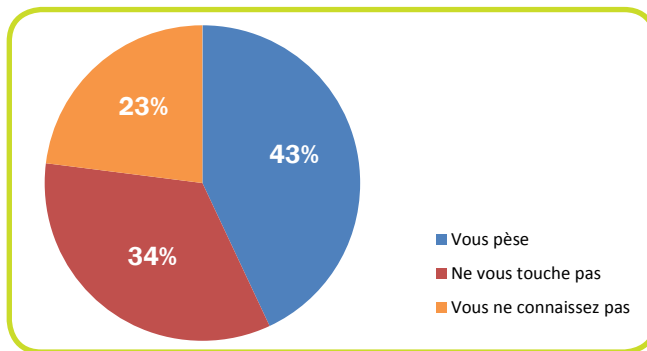
## Le réseau social

64 % des personnes interrogées disposent d'un réseau de personnes sur lesquels elles peuvent compter mais 36% n'en ont pas ; on voit là aussi se profiler la question de l'isolement. Sachant que lorsque nous leur demandons de préciser dans quel domaine elles peuvent solliciter ce réseau, 38% des personnes ne répondent pas à la question mais généralement on est dans la relation d'aide ou de solidarité; dans 67% des cas, l'argent ne venant qu'en 5<sup>ème</sup> position après l'hébergement et autre.

## Le réseau intime

Le réseau familial et/ou d'amis est une question importante pour 78% des personnes, à contrario, cela n'a pas d'intérêt pour 22% des personnes. 43% des personnes ne supportent pas la solitude contre 34% qui semblent y être indifférents. C'est bien la question de la solitude qui est posée : 77% des personnes interrogées connaissent la solitude contre 26% qui, eux, affirment ne pas la connaître.

Si le réseau semblait avoir un intérêt, l'échelle de qualité lui apporte une autre vision (q26) car 48% des personnes scorent entre 1 et 4 la qualité de leur réseau. On observe une différence entre l'idée qu'avoir un réseau est important et une réalité qui nous dit que le réseau est médiocre ou moyen, mais là aussi c'est la « volonté de l'individu » à faire une démarche vers les autres.

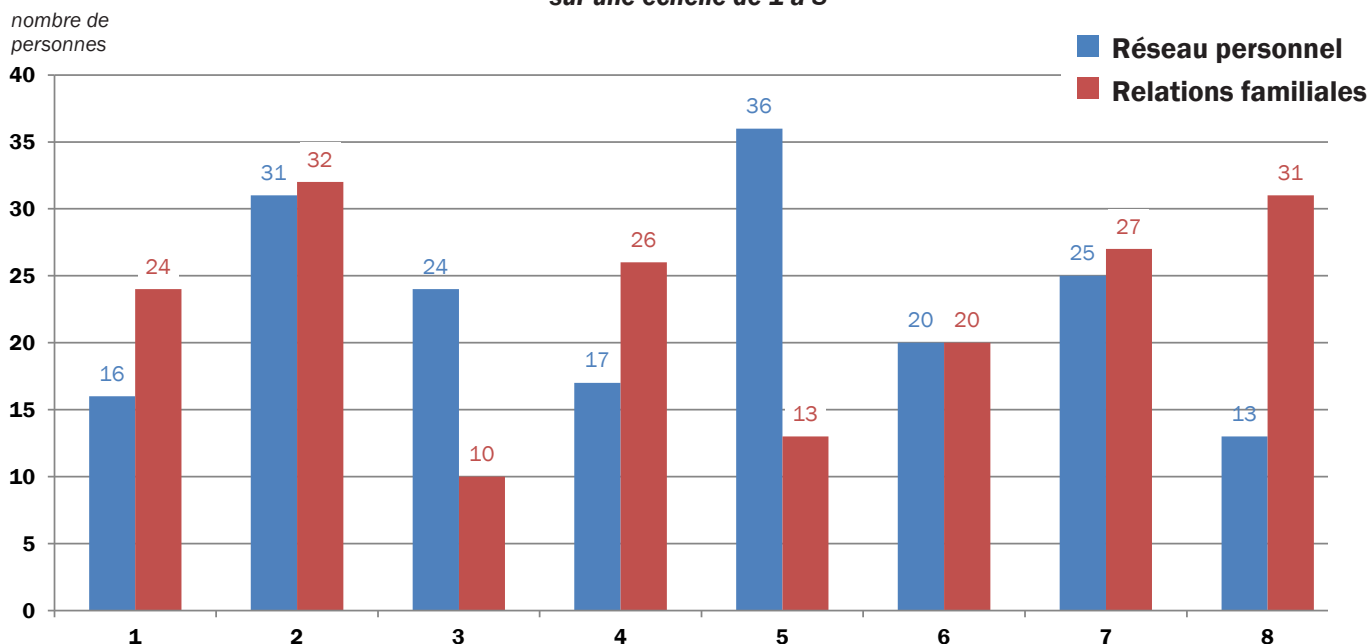


## La solidarité familiale

47% des personnes interrogées ont encore un ou 2 parents. Ils n'ont pas à les aider financièrement dans 89% des cas mais 23% n'ont pas répondu à la question et 11% les aident mais pas forcément en versant de l'argent. La majorité des personnes interrogées sont issues de fratrie dans 84% et 30% d'entre eux n'ont plus de contacts. Les 70% des personnes ayant des liens avec leurs sœurs et frères se voient régulièrement dans des familles mais là aussi 32,8% ne répondent pas à la question et 27% se voient rarement. La solidarité joue avec l'idée d'un soutien moral dans 91% des cas, l'argent n'arrivant qu'en dernière position avec 51%. Là aussi 40% n'ont pas répondu à la question.

Mais là aussi l'échelle d'appréciation nous apporte une autre réalité entre l'idée que l'on se fait d'une situation et une prise de conscience : 49% graduent la qualité de leur relation familiale entre 1 et 4. Et si 17% des personnes qualifient leur relation à 8, c'est-à-dire de très bonne qualité, 13% disent qu'ils en ont de très mauvaises.

**Evaluation du réseau personnel et des relations familiales d'un point de vue qualitatif sur une échelle de 1 à 8**

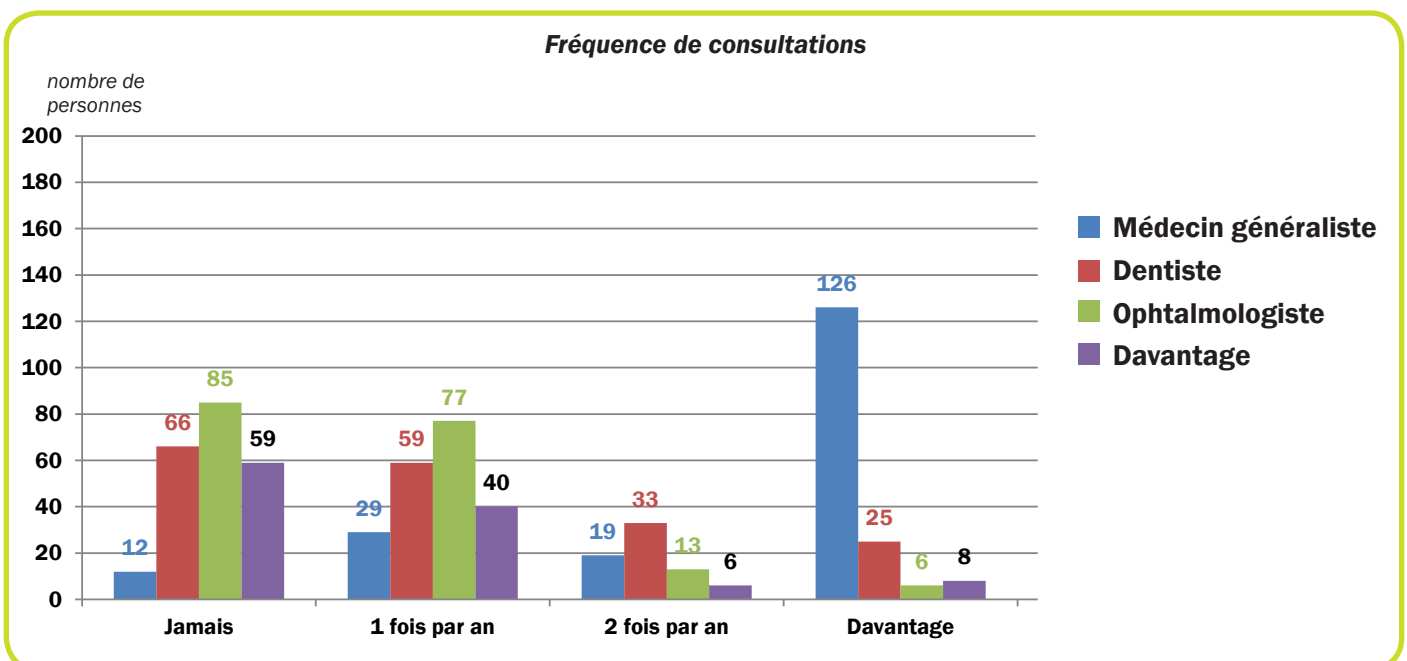
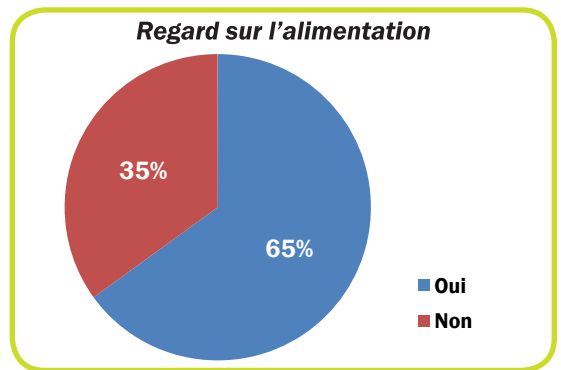


## Les pratiques de soin

L'échelle d'appréciation nous indique que **47% des personnes interrogées se sentent en mauvaise santé** contre 53%. Elles sont 65% à faire attention à ce qu'elles mangent. Si 32% consultent peu un médecin généraliste, 68% consultent au-delà de 2 fois par an. Lorsqu'on interroge sur la partie spécialiste, les réponses apportent d'autres informations : 36% ne consultent pas le dentiste, l'ophtalmologue n'est pas vu dans 47 % des cas et 52% des femmes interrogées ne vont pas consulter un gynécologue.

Il n'est pas question de pousser à la consommation d'une prestation pour laquelle il n'y aurait pas de besoins particuliers comme aller consulter un ophtalmologue si l'on n'a aucun problème de vue. Par contre **c'est tout le champ de la prévention qui se pose** : le gynécologue pour les femmes, le dentiste,...

Les personnes interrogées prennent des traitements dans 84% des cas. Est-ce à dire que le passage chez un médecin déclenche nécessairement la prise d'un médicament, si la prise est confirmée dans 92% des cas, on s'aperçoit que 22,5% n'ont pas répondu à la question.



## La couverture santé

85% des personnes ont souscrit à une complémentaire santé, néanmoins 15% des personnes n'ont pas de complémentaires. Les personnes ont le sentiment qu'ils sont bien couverts dans 80% des cas, mais il n'a pas été demandé dans le questionnaire si les 20% d'insatisfaits ont essayé de trouver une complémentaire santé de qualité répondant à leur besoin. Par ailleurs 20% des personnes ne répondent pas à la question, se sentent-elles concernées par la couverture de leur mutuelle ?

**Le manque d'argent induisant un report de consultation concerne 20% des personnes interrogées.** Nous sommes au cœur du débat du renoncement aux soins : **le facteur économique comme indicateur.**

## L'accès aux soins

Les personnes ont du mal avec la notion de tiers-payant puisque 67% des personnes ne connaissent pas le montant du tiers payant d'un médecin généraliste. Evitons le piège du discours de l'assistantat et du tout gratuit qui déresponsabilise le patient et qui n'a pas besoin de savoir qu'il doit avoir 2€30 dans sa poche pour aller consulter un médecin » mais intéressons nous de savoir si en 2014, si l'information est clairement affichée dans les salles d'attente de toute la profession mais aussi relayée par les organismes concernés et compétents.

Il apparaît que le temps nécessaire pour se rendre chez un médecin généraliste soit de 15 minutes pour 79% des personnes, idem pour un dentiste pour 71% des personnes, le temps s’allonge pour un hôpital puisque 48% des personnes se trouvent à 15 minutes. Par contre on observe qu’entre 12 et 17% des personnes ne connaissent pas le temps qui leur est nécessaire pour se rendre dans un espace de soins.

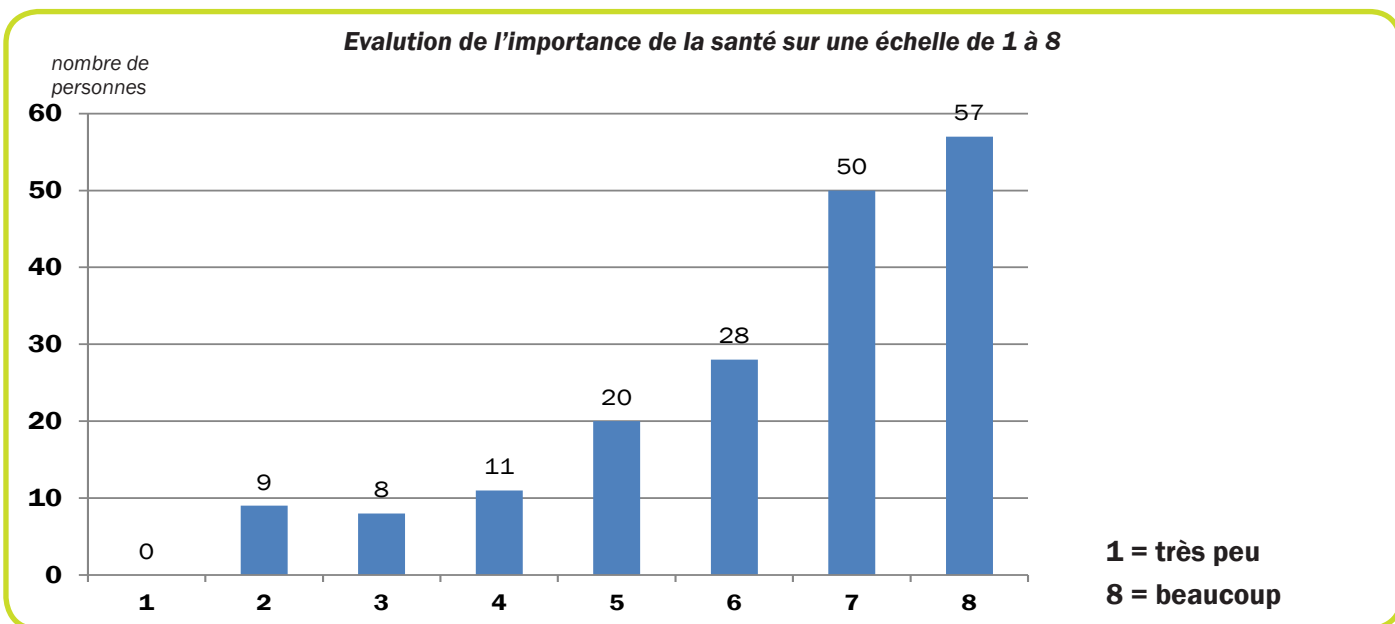
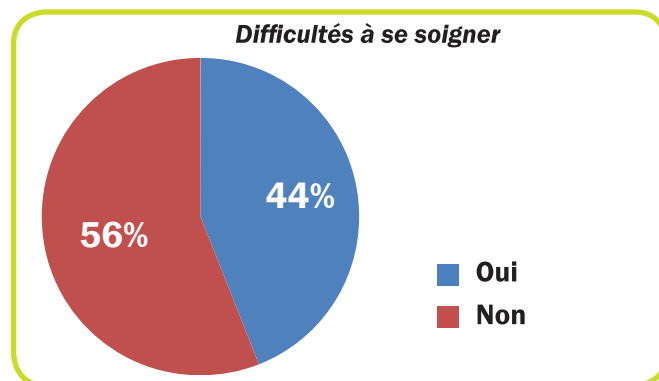
## Les démarches

Le rapport usagers-CPAM passe par un contact physique pour la demande d’explications dans 57% des situations, pour comprendre une interruption de droit et faire le nécessaire pour 72% des personnes et même pour le dépôt d’une feuille de soins pour 95% des personnes mais nous pouvons nous interroger sur le taux de non-réponse : 70% des personnes.

## Le rapport à sa santé

Sur l’échelle d’appréciation, 84% des personnes se sentent concernées par leur santé mais force est de constater que 44% des personnes interrogées rencontrent des difficultés pour se soigner.

Nous avons un autre indicateur : les 18.9% des personnes qui ne répondent pas à la question.



## Le renoncement aux soins

Lorsque nous nous sommes engagés sur la question du renoncement aux soins, nous avons pris le temps, au préalable, de soumettre le questionnaire à un groupe cible avec pour objectif de vérifier la qualité et la quantité de questions, le temps, la cohérence,... . Ce groupe cible était issu de notre environnement professionnel : des salariés, des retraités, des familles aux caractéristiques diverses, dont des familles monoparentales, la majorité ayant fait des études...

A la lecture des enquêtes, nous avons été impressionnés de voir que 30% des personnes interrogées ont différé des démarches de soins par manque de trésorerie. Nous aurions pu arrêter notre lecture à cette seule information convenue mais en observant la dernière question ouverte, nous y avons lu des mots qui ont attiré notre attention : peur, ne sait pas, inquiet, nos enfants avant, pas le temps,...

Tout laisse à penser que le renoncement aux soins va au-delà de question économiques, il est aussi une question de choix dans une échelle de priorité. Mais le renoncement aux soins concerne aussi des personnes ayant un niveau d’études, un emploi, ...

# Des femmes, des hommes et des scénarii de vie

Si 48% personnes affirment avoir des difficultés pour se soigner, 96 personnes mettent des mots sur cette difficulté. Ils sont de 5 ordres :

- « n'aime pas y aller »
- « a peur de l'acte : des piqûres, d'avoir mal »
- « ne comprend pas le discours du professionnel de santé »
- « la personne ne s'en occupe pas, elle délègue le suivi à un tiers : tuteur, son médecin,... »
- « peur du diagnostic »

Ces personnes expriment qu'elles sont **capables d'identifier des douleurs physiques ou psychiques** mais elles disent aussi qu'elles prennent la décision de ne pas se soigner ou de suspendre des soins en cours, par contre, elles ne font pas de commentaires sur les conséquences de leur décision.

**Le renoncement aux soins n'est pas qu'une question économique** mais il est aussi **fondé sur une décision** : la personne a identifié un ou des signes ou des symptômes qui posent problème mais décident de ne pas donner suite.

## M. H

*Le cas de M. H est assez représentatif de la question du renoncement aux soins. Il a accepté de nous raconter son histoire, après avoir répondu à l'enquête. Il nous faut préciser que M. H ne voyait pas trop l'intérêt de ce type de questionnaire, il ne se sentait pas trop concerné mais nous n'avons pas pu nous empêcher de l'interroger sur l'état de ses dents (plus d'email, toutes celles qui lui restaient étaient à vif noires). C'est là où il a décidé de se raconter. Ce dernier vit dans un dispositif d'hébergement appelé Famille - Gouvernante, géré par l'Udaf dans le Bas-Rhin. Il y vit depuis 2005, après 17 ans de rue. Il nous a expliqué qu'il a eu 27 fractures nécessitant des hospitalisations mais à chaque fois il est reparti à la rue. A la question de quitter la rue pour se mettre à l'abri, il est catégorique : « moi, j'étais calme, ce sont les autres qui ne se calment pas ».*

*Lorsque nous l'interrogeons sur sa santé, ses dents sont en très mauvais état, ses fractures, il nous répond : « c'est comme cela, cela n'a rien à voir (avec sa condition), (il n'a) pas mal, ce n'est pas grave. La mort, c'est grave ! »*

Nous nous trouvons dans la situation décrite par M. P, Psychologue à l'EPSAN de Brumath, hôpital psychiatrique, **un refus de soin est une « liberté déclarée » que l'on doit distinguer de la difficulté d'accéder à des soins par manque d'argent, c'est-à-dire la barrière économique.** Toujours dans le même esprit, pour M. P, « **dans le renoncement aux soins, comme pour le renoncement en général, il y a une rencontre qui ne s'est pas opérée** ». M. P associe cette idée à celle de l'autonomie qui est, elle, un arrimage à l'Autre, nécessaire avant de pouvoir naviguer seul. (Entretien avec M. P, 2014).

L'histoire de M. H n'est pas si éloignée de cette analyse. M. H nous a raconté des bribes de son parcours de vie : Né dans les années 60, il nous dit avoir connu, enfant, « une vie relaxe ». Son père est infirmier psychiatrique, et sa mère peintre sur verre, ils sont propriétaires de leur maison, sortie en famille le dimanche pour aller voir le foot. Il n'a pas eu le sentiment d'avoir manqué d'argent. Il n'a pas aimé l'école, il opte avec l'accord de ses parents pour faire des études de cuisinier, il obtient son CAP, part à l'armée, il est au mess des officiers, il est apprécié ; au sortir de son service, il a un emploi dans une auberge mais à 25 ans, il envoie tout balader : commence le vagabondage, l'errance. Il n'a jamais tenté de reprendre contact avec ses parents, mais ces derniers non plus n'ont pas essayé de rétablir des relations, sauf une fois, d'après lui, sa mère serait venue à son chevet mais il était dans le coma. Concernant le travail, il nous dit qu'une fois qu'il a été dans la rue au bout de six mois : « tu n'y penses plus ».



Le Dr M., médecin généraliste à la cité de l'III à Strasbourg, a aussi une explication sur le fait que certaines personnes ne prennent pas soin d'elles : » Des individus, des femmes ou des hommes, ne prennent plus soin de certaines parties de leur corps au motif qu'elles ont perdu leur fonctionnalité ». Elle nous racontait de ces femmes d'un certains âges qui n'ont plus de suivi gynécologique parce qu'elles n'ont plus de grossesses ou plus de vie sexuelle, mais du coup ses femmes passent entre les mailles du filet de la prévention. Le Dr évoque aussi « cet espace de normalité » : avoir des chicots est normal dans la mesure où le voisin en a, votre femme en a,...

## Vivre dans un univers contraignant et imposé

L'enquête montre l'absence de sécurité qui permet d'assumer des responsabilités élémentaires par soi-même, l'insécurité qui en résulte compromet les chances de reconquérir des droits à réassumer des responsabilités par soi-même et nous sommes en droite ligne des travaux des associations, notamment d'ATD QUART MONDE ou de MEDECINS DU MONDE.

Nous émettons l'hypothèse **que ces femmes et ces hommes se sont construits un univers avec de nouvelles sécurités** qui ne sont pas forcément en adéquation avec les évolutions de notre société, c'est en cela qu'il est contraignant : **la combinaison RSA et CMU/ CMU-C sont un fait acquis** d'après certains usagers, ils ne se préoccupent pas de démarches particulières qui renverraient l'individu à ses propres limites : illettrisme, l'incompréhension d'un document administratif ou encore **l'utilisation des urgences hospitalières comme lieu de consultation qui apporte à la fois un soin immédiat** et une réponse sans avoir à passer par la relation duelle Patient – Soignant, qui exposerait l'individus à bien plus qu'une demande de soin.

## Illettrisme

De plus en plus de **démarches administratives** ou de demandes d'informations se font par les réseaux informatiques à partir de la téléphonie ou d'internet : les n° vert, les AMELI.fr, la mise à jour de la carte Vitale à des bornes, les attestations de droits, ... Si l'enquête montre que 94% des personnes possèdent un téléphone, très peu l'utilisent pour des démarches administratives. Et pourtant **le développement de ces outils** est en constante augmentation et s'inscrit dans un programme d'économie sans que les pouvoirs publics ne s'interrogent plus sur la pertinence d'un tel développement. Nous sommes dans la logique du « 1€ dépensé, 1€ pertinent ».

## Les invisibles

Ce que nous, associations familiales et services de l'Udaf, observons, lorsque ces 2 logiques n'arrivent pas à se rencontrer, c'est une sortie de toutes les procédures administratives des aides. 19% des personnes ont des droits ouverts partiellement (CMU mais pas de CMU-C,...).

Mais surtout, ce que nous voyons de plus en plus, c'est **un décrochage important du renouvellement des droits à la santé**. Toutes ces personnes n'apparaissent pas dans les chiffres des campagnes de prévention comme le dépistage du cancer du sein, du colon ou de la prostate. Ces mêmes chiffres qu'il faudrait mettre en perspective avec des études locales et ciblées comme l'étude de l'espérance de vie d'un quartier à un autre dans la communauté urbaine de Strasbourg.

Ce que l'enquête ne mesure pas, c'est l'impact de la décision de renoncer à des soins sur son entourage. Cet impact influera d'une manière ou d'une autre sur l'estime que cet entourage aura de sa propre santé. L'enquête montre que 48% des personnes interrogées ont des enfants mineurs, qu'adviendra-t-il une fois que ces enfants seront devenus adultes ? Pris qu'ils sont dans un entourage où la question de la santé est traitée dans le registre du soin et non celui de la prévention.



Nous repenserons à Mme C, bénéficiaire du RSA, mère de 3 enfants, âgés de 16 à 21 ans, les 2 grands en recherche d'emploi, le dernier en décrochage scolaire, vivant dans une petite ville dans le Nord du Bas Rhin, chez un bailleur social. Durant l'entretien, Mme C nous parle de ses droits à la CMU. Elle nous dit qu'elle a beaucoup de mal à avoir ses papiers. La CPAM, d'après elle, ne fait rien pour elle, elle lui perd ses papiers. Elle nous produit un document avec un renouvellement de droit pour 3 mois.

Ne comprenant pas la situation, elle nous autorise à prendre contact avec le délégué mandataire qui l'accompagne. En fait, certaines données sont croisées avec la Caisse d'Allocations Familiales, un de ses fils était déclaré comme ayant droit à la CAF mais Mme C ne le déclarait plus à la CMU au moment du renouvellement de ses droits. à chaque fois qu'il lui était demandé de régulariser sa situation auprès de la CPAM, elle en sortait démoralisée avec un sentiment d'incompréhension, d'être mal considérée.

Le délégué mandataire, bien que n'étant pas son représentant légal, avait régularisé la situation entre temps. Outre d'autres problématiques (la peur de la violence de son fils, ...), nous retiendrons que Mme C a pu bénéficier d'un traitement mais que pour cela, elle a dû user de stratagèmes ou de postures pour pouvoir bénéficier d'un soin mais, en bout de piste, Mme C a été plus préoccupée à chercher à avoir son traitement que de se soigner, elle nous dira qu'elle ne fera pas de cure car c'est trop de contrainte. Lorsque vous interviewez chaque acteur de cette histoire, chacun défendra l'idée qu'il n'a fait que respecter une procédure de plus en plus simplifiée, ce qui n'est pas faux, mais qui s'interrogera d'une rencontre qui n'a pas eu lieu ?

Lors de notre enquête, nous nous sommes entretenus avec un pharmacien d'une ville moyenne d'Alsace. Ce dernier a mis du temps à comprendre, il le reconnaît, qu'il n'arrivait pas à faire le lien entre le fait que des clients lui ramenaient des boîtes de médicaments pas ouvertes et cette question du renoncement aux soins. Comme dans toutes ces situations, un jour où il avait plus de temps que d'habitude, il a pris le temps de discuter avec une cliente « coutumière du fait ». Ce pharmacien a pris conscience, **que du fait de ses origines turques et d'une mauvaise maîtrise du français, cette femme ne comprenait pas ce qu'elle prenait mais surtout qu'elle n'arrivait pas à parler des effets secondaires de la prise de tel ou tel médicament.** Néanmoins, il est convaincu que ce problème aurait pu être réglé chez le médecin prescripteur. Nous lui avons demandé si dans le cadre de CYCLAMED (ramener les médicaments non utilisés, ARS 2008), il n'y avait pas là un indicateur pour évaluer une forme de renoncement aux soins. Il n'en était pas convaincu, d'ailleurs son collègue, d'une pharmacie du centre de Strasbourg, nous disait qu'il n'avait pas le temps matériel de faire le lien, nous montrant la file d'attente dans sa pharmacie. (entretien, juillet 2014)

### Les capacités

Ce que montre l'enquête, et quels que soient la tranche d'âge et son statut (célibataire, parents,...), 23 % des personnes disent avoir besoin d'aides pour entreprendre des démarches auprès de leur CPAM, bien souvent il en sort le même commentaire : **le sentiment qu'ils vont être dépassés par ce que l'on va leur répondre.**

Si se soigner relève d'un choix, d'une décision et donc d'une liberté, rien ne peut se faire sans la capacité. Le développement des capacités ne peut être entièrement laissé à l'initiative de ceux dont la liberté est restreinte par des obstacles en tout genre, qu'il s'agisse de l'incapacité à se projeter dans une démarche administrative, à dégager une trésorerie pour des avances de soins, ou parce qu'il y a un problème d'illettrisme, de compréhension ou tout simplement d'appréhension,... ( Amartya Sen, Poverty and famines, Oxford University press, 1983, et Esther Duflo, Le développement humain, T1, Seuil, 2010).

# Des femmes, des hommes, des médecins et des histoires

## Déserts médicaux ?

Notre enquête montre bien que les personnes interrogées ne sont pas éloignées géographiquement d'un médecin généraliste : la majorité se trouve à 15 minutes. Notre enquête ne met pas en évidence un manque sur les territoires mais là n'était pas l'objet de notre démarche.

## Déficit de communication ?

On a observé surtout une difficulté sur des questions comme le tiers payant, où une partie des personnes ne savait pas ce que c'était et encore moins le montant. Depuis 2005, le tiers payant a été élargi aux médecins généralistes. Par contre, une majorité des personnes qui ne bénéficient pas de la CMU connaissent le montant d'une consultation.

Nous avons eu des entretiens avec 5 médecins, nous avons essayé de choisir autant de femmes que d'hommes, pour moitié des médecins de ville et des médecins ruraux.

**Le code des médecins** dit qu'**un médecin ne peut pas refuser un soin à une personne qui le lui demande**. Le Dr. M., de la cité de l'III, dit que le renoncement aux soins est assez flou pour elle mais que **tout patient qui vient en consultation le met en situation de l'accompagner**. Sa collègue de Nancy ne dit pas autre chose.

Tous les médecins interrogés font référence au « **libre arbitre des patients** » avec des nuances selon que l'on soit de la ville ou de la campagne.

Pour les deux médecins de ville interrogées: lors d'une consultation, elles sont vigilantes à bien traduire en langue compréhensible et entendre la retranscription du patient. Si elles observent une résistance, elles vont essayer de diminuer les obstacles, en prenant contact devant le patient avec le spécialiste ou l'hôpital, elles vont essayer de border le parcours, rappelant le confrère si nécessaire.

Le Dr. K., n'a pas dans sa clientèle de patients qui renoncent à des soins, même s'il sait que certains, pour des raisons religieuses ou socio culturelles, refusent de se soigner mais il ne les rencontre pas. Son approche est différente, en tant que médecin de campagne. Très régulièrement, à l'annonce d'un diagnostic difficile, il repassera au domicile du patient sans rendez-vous pour des nouvelles, il se prendra le temps de revenir de temps à autre voir si la prise du traitement au domicile se fait bien.

## Universaliser le tiers payant ?

Nous nous sommes étonnés de ne pas entendre les médecins interrogés associer le renoncement aux soins à des questions d'argent. Il est très clair que pour l'ensemble des médecins un renoncement aux soins est plus souvent associé à une peur, conséquence d'un diagnostic.

### L'élargissement du tiers payant à toute la population par contre divise. Deux écoles s'affrontent :

La première et plus particulièrement les médecins de ville et/ou de zone sensible, vous disent qu'ils n'ont attendu personne pour pratiquer le tiers payant. Dr M. trouve que cela est plus pratique : si elle souhaite faire revenir un patient, celui-ci n'a pas deux honoraires à régler et c'est donc moins stressant pour le patient. Elle trouvait aussi que laisser à l'autre la demande du tiers payant avait quelque chose d'humiliant. Le paiement à l'acte peut être considéré comme une prestation, et elle ne veut pas devenir prestataire de service.

La deuxième école est plus virulente. Le Dr. K. y voit là un motif de déresponsabilisation du patient face à sa santé. Il craint lui de devenir une espèce de prestataire de service. D'une façon plus générale, les médecins qui s'opposent à l'élargissement du tiers payant craignent une surcharge de travail administratif : que faire quand les droits ne sont pas ouverts ? comment se faire régler les honoraires ? ...

## Prévenir plutôt que guérir ?

Il nous a été compliqué d'aborder la question de la prévention et d'interroger si la consultation déclenchait nécessairement une prescription de médicaments.

### M. G

---

*Au cours de notre enquête, nous nous sommes entretenus avec M. G, atteint d'un diabète de type II. Il nous a raconté son histoire : issu d'une famille très aisée, habitant dans le XVI<sup>e</sup> arrondissement de Paris, n'ayant pas eu de difficultés particulières, il a fait ses études dans un pensionnat privé en Moselle. Engagé dans l'armée française, démobilisé après 10 ans, son retour s'avère plus difficile. Néanmoins, il trouve du travail, change d'employeurs. Suite à plusieurs malaises, on lui diagnostique un diabète, il nous dit n'être pas arrivé à faire face, finit par tout perdre et si la famille a essayé de l'aider, elle a fini par se lasser. Et lui de sombrer dans l'alcool. Aujourd'hui, il est installé dans un dispositif d'hébergement. Concernant son diabète, il n'a pas d'hygiène particulière (il mange sucré, consomme un peu d'alcool, ne fait pas de sport) mais il délègue au médecin et aux infirmières le soin de doser son insuline en fonction de son taux de sucre. Nous avons essayé de comprendre quelle relation il entretenait avec le corps médical, il nous a répondu avec un sourire en coin que ses relations étaient cordiales avec son médecin. Les infirmières suivent les consignes.*

*Nous avons interrogé un médecin sur ce cas, sans connaître le patient, il nous a répondu que dans l'absolu, il n'y avait pas d'opposition médicale, et qu'après tout, sans entrer dans des considérations médicales, dans un cas comme dans l'autre, l'insuline faisait effet, donc... mais où était la prévention avec ce patient ? Qui avait baissé les bras ? Mais ne sont-ce pas là les limites du médecin face à un patient qui, sans renoncer à se soigner, continue à se mettre en danger ?*

Le débat autour du tiers-payant est des plus importants : la question est de savoir si le fait de régler une consultation a un effet psychologique et amènerait le patient à être plus responsable ou de bannir toute question d'argent dans le rapport à la santé pour permettre au plus grand nombre de se soigner. A ce jour, en France, il n'y a pas d'études précises sur l'impact psychologique qu'il y aurait à être plus responsable parce qu'on aurait réglé soi-même la consultation médicale. De même, on ne mesure pas encore le comportement des patients en cas de tiers payant.

Cela ne doit pas nous dédouaner du débat nécessaire sur les missions de la santé publique : l'éducation, la prévention et l'accès au plus grand nombre à un meilleur état physique et psychique.

Au cours de nos entretiens, Angélique, secrétaire dans un cabinet dentaire dans un village, nous faisait remarquer qu'elle recevait peu d'enfants et qu'elle mettait cela sur le compte que les enfants jusqu'à la primaire, étaient sensibilisés à l'hygiène bucco-dentaire.

Pour elle, le renoncement aux soins dentaires intervient lorsqu'il est question d'interventions protétiques, très caractérisé chez les personnes âgées. Il est clairement question d'argent mais pas seulement. Elle voit passer des Complémentaires santé peu couvrantes, pas adaptées,... Elle se dit pas formée ou de par sa position, elle ne s'autorise aucune réflexion sur la décision de ces personnes à ne pas entreprendre des soins qui apporteraient un réel confort de vie.

## Des femmes, des hommes, des organismes, des organisations

Aujourd'hui nous observons que des organismes comme la CPAM ou les organismes de Complémentaires santé utilisent des systèmes de plus en plus sophistiqués pour la gestion des relations avec les usagers : n°verts, des documents en réseau, sites d'informations, ....

Ce qui était l'exception devient la règle, au nom de la performance : on dématérialise les documents, on simplifie des procédures, gain de temps dans le traitement des informations, réduction des coûts de fonctionnement.

Les associations familiales tentent de mesurer l'impact de ces changements sur les personnes les plus fragiles mais également sur les retraités. Ces femmes et ces hommes qui vivent de pensions de retraite dont les montants sont au dessus des minimas sociaux mais qui sont en dessous d'une richesse qui leur permettrait de dégager une trésorerie pour des soins que la CPAM qualifie de confort. Le témoignage de l'assistante dentaire observe la difficulté des personnes retraitées à des soins prothétiques du fait d'une mutuelle chère et peu couvrante ou de l'absence de droits potentiels. Des personnes qui passent en dessous des « radars » des services sociaux aux motifs qu'elles ont du mal à comprendre les procédures et les démarches, qu'elles ont une pudeur à solliciter une aide, un secours, ... et que personne ne s'intéresse à elles en considération de leur « liberté individuelle ».

**Comment prendre en compte les 34% de personnes qui expriment le besoin d'avoir un interlocuteur pour régler leur problème administratif ?**

De même que les organismes de Complémentaires santé et autres ont bien des bureaux où l'on peut souscrire à leur contrat mais toute la gestion des dossiers passe par l'informatique et le n° vert. Ce qui n'est pas sans poser un problème aux 20% des personnes interrogées qui souhaitent changer de complémentaires. Et afin d'avoir une action plus performante, ces organismes proposent d'adhérer à des réseaux de partenaires.

Majoritairement, les uns et les autres abordent sereinement ce changement de comportements : on a de moins en moins de contacts humains avec son administration, dans ses échanges commerciaux,... Nos enfants sont de plus en plus formés à l'utilisation de nouveaux outils de communication. Ce n'est plus sur le lieu de travail que les couples se forment mais sur les réseaux sociaux, etc...

Ces changements sont inévitables mais vous pouvez être pénalisé si vous ne les utilisez pas. Et on voit combien ces nouveaux codes connus et partagés, compris et acceptés par le plus grand nombre, favoriseront le piège de la précarité sur les femmes et les hommes les moins armés à cette mutation. Si 94% des personnes interrogées ont bien un téléphone, 80% l'utilisent uniquement pour faire du lien social.

**Progressivement des hommes et des femmes deviendront invisibles.** Présents mais invisibles comme cette fresque de Liliane Belembert-Siepi, de 1993, intitulé « L'homme transparent ». Cette fresque salue le génie médical, le savoir sur le corps. Le corps est devenu transparent pour la médecine...plus de nom, dépersonnalisé au profit de la performance médicale...

Est-ce cela que nous voulons ?

## *Des bonnes pratiques, des actions encourageantes*

Les UDAF (aussi bien du Haut-Rhin que du Bas-Rhin) ont créé des dispositifs d'hébergement appelés Famille - Gouvernante. Depuis 10 ans, ce dispositif accueille des personnes en rupture sociale, en échec avec la prise en charge d'un logement. Les seuls critères retenus pour intégrer le dispositif sont d'adhérer au projet du dispositif, de s'inscrire dans une démarche de soins et de s'acquitter d'une participation financière. Il n'est pas question de projets ou de durée de séjour. Constituées dans le Bas-Rhin de 3 gouvernantes par maison, les équipes ont pour mission d'accompagner ces personnes dans les actes quotidiens de la vie (l'hygiène, l'alimentation, ...) visant juste pour ces personnes qu'elles se réapproprient une estime d'elles-mêmes et à partir de là qu'elles élaborent, à leur rythme, des projets personnels.

Dans le Bas-Rhin, un projet a été monté autour de la santé en partenariat avec le Conseil général et la CPAM.

Les bilans de santé individuelle : Dans l'esprit d'inscrire les personnes fragiles dans une démarche de soins et surtout dans l'appropriation de leur santé, une campagne de sensibilisation a été menée auprès des usagers des dispositifs d'hébergement Famille-Gouvernante de Weiler (Wissembourg) et de Mertzwiller, en partenariat avec le Conseil Général et la MGEN. Le bilan de santé, ouvert à tous les assurés sociaux et leurs ayants-droits, est gratuit (art. L 321-3 du code de la sécurité sociale). Ce bilan se compose d'un prélèvement sanguin, d'une analyse d'urine, d'un examen bucco-dentaire, des tests visuels et auditifs, d'un électrocardiogramme, d'un contrôle artériel et d'un test de capacité respiratoire. 18 personnes ont souhaité bénéficier de cet examen. Les conclusions ont mis en évidence les problèmes dentaires, les risques cardiovasculaires, le diabète,...

Même si ces résultats étaient attendus, ces personnes ont, de leur initiative, repris contact avec leur médecin traitant et entamé des démarches de soins appropriées. Elles ont commencé un travail d'appropriation de leur santé.

Nous saluons la mobilisation des équipes de gouvernantes qui ont été un relais important pour la promotion de cette action auprès des usagers, une présence bienveillante face aux inquiétudes des uns et des autres et une ressource pour organiser les accompagnements dans les rendez-vous auprès des spécialistes. La réalisation de ce projet a donné lieu à 9 rencontres pour aboutir à 2 matinées (les 6 et 13 décembre 2013) et réaliser ces bilans de santé avec un solide relais du Conseil Général (Unité territoriale du Nord Bas-Rhin, qui a mis à notre disposition des salles et leur secrétariat.

# Conclusion

Cette enquête tente de décoder le sens que des individus donnent à leur conduite, plus précisément, à l'intérêt qu'ils portent à leur santé : « Pourquoi ne vous soignez vous pas ? », dans l'idée de comprendre les mécanismes du renoncement aux soins. Elle a mis en lumière que l'angle d'approche d'un contexte uniquement économique (le manque de moyens financiers des individus, les stratégies budgétaires des pouvoirs publics) ne pouvait pas être la seule réponse. On a observé un décrochage de tout un groupe social dû à la fois aux mécanismes de la précarité, à une mésestime de soi et aux stratégies des organisations sanitaires et sociales qui ont le souci de rencontrer et de cerner ce public. Le débat autour du tiers payant qui apparaît dans cette enquête est assez révélateur : l'idée de l'assistantat opposée à celle de la liberté de chacun de pouvoir disposer de soins selon ses besoins. Ceci occulte la réflexion sur la politique de prévention, sur l'éducation et la question de ses moyens, au profit de celle de la performance du 1€ investi, de la prouesse médicale qui sont mises en avant. Que deviennent alors l'Homme et son histoire personnelle ? Est-ce au professeur de médecine de se préoccuper des conséquences psychologiques d'une chimiothérapie sur une femme de 30 ans, mère célibataire de 2 enfants, au Neuhof, vivant du RSA ?

Dans un contexte social de plus en plus compliqué, les associations familiales et les UDAF développent des projets comme celui des « familles gouvernantes » qui apportent des réponses. Ils permettent d'espérer, pour des personnes en marge d'une société excluante, des réponses à venir, offrant aux plus fragiles, aux moins armés d'entre nous, des raisons de reprendre goût à la vie.

# L'URAF ALSACE

Les Unions Départementales des Associations Familiales (UDAF) de la région Alsace se sont dotées ensemble d'une Union Régionale des Associations Familiales d'Alsace (URAF Alsace) pour notamment assurer pleinement la représentation des familles dans toutes les structures régionales.

L'URAF Alsace est créée par l'UDAF du Bas-Rhin et l'UDAF du Haut-Rhin et compte au 31 décembre 2013 :

- **76 associations familiales**
- **24738 familles adhérentes**
- **201 salariés au sein des UDAF**

	UDAF 67 19 rue du Faubourg National STRASBOURG Président : Alphonse PIERRE Directeur Général : Dominique LEBLANC	UDAF 68 7 rue de l'Abbé Lemire COLMAR Président : Fernand THUET Directeur : Fabien BOLOGNESE
Nombre d'adhérents	18 704	6 034
Associations Familiales	46	30
Nombre de salariés	131	70
Mesures d'accompagnement à la gestion budget familial (MAGBF)	259	176
Mesures d'accompagnement judiciaire (MAJ)	125	25
Mesures d'accompagnement social personnalisé	97	34
Toutes mesures confondues	2103	1556
	Microcrédit : 63 dossiers P.A.S.S. contre le surendettement : 63 (dossiers UDAF) et une centaine (dossiers associations) Plateforme d'appui aux tuteurs familiaux	Prestation de service de CESF pour le personnel du Ministère de la Justice.

