

Non-recours aux prestations financières et état de santé :

Ce que nous apprennent les personnes concernées

Catherine Ludwig

Haute Ecole de Santé de Genève, HES-SO

✉ catherine.ludwig@hesge.ch

id <https://orcid.org/0000-0003-4634-2092>

h e d s

Haute école de santé
Genève

Barbara Lucas

Haute Ecole Travail Social de Genève, HES-SO

✉ barbara.lucas@hesge.ch

id <https://orcid.org/0000-0003-0106-8616>

h e t s

Haute école de travail social
Genève

<https://www.hetsl.ch/evenements/detail/dettes-et-sante-enjeux-et-regards-croises/>

Plan de la présentation

- **Bref rappel de notions liées à la santé**
- **Etude « non recours aux prestations sociales à Genève »**
 - Contexte, objectifs
 - Méthode
 - Résultats. Analyses quantitatives
 - Résultats. Analyses qualitatives
- **Discussion**

La santé

Texte original

0.810.1

Constitution de l'organisation mondiale de la santé

Signée à New York le 22 juillet 1946
Approuvée par l'Assemblée fédérale le 19 décembre 1946¹
Instrument de ratification déposé par la Suisse le 29 mars 1947
Entrée en vigueur pour la Suisse le 7 avril 1948
(Etat le 8 mai 2014)

Les *Etats* parties à cette Constitution déclarent, en accord avec la Charte des Nations Unies², que les principes suivants sont à la base du bonheur des peuples, de leurs relations harmonieuses et de leur sécurité:

La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.

La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale.

La santé de tous les peuples est une condition fondamentale de la paix du monde et de la sécurité; elle dépend de la coopération la plus étroite des individus et des Etats.

Les résultats atteints par chaque Etat dans l'amélioration et la protection de la santé sont précieux pour tous.

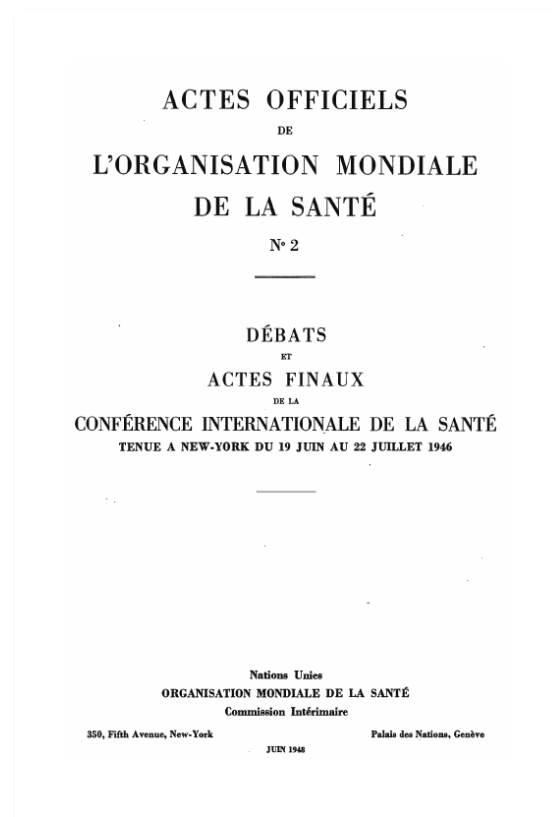
L'inégalité des divers pays en ce qui concerne l'amélioration de la santé et la lutte contre les maladies, en particulier les maladies transmissibles, est un péril pour tous.

Le développement sain de l'enfant est d'une importance fondamentale; l'aptitude à vivre en harmonie avec un milieu en pleine transformation est essentielle à ce développement.

L'admission de tous les peuples au bénéfice des connaissances acquises par les sciences médicales, psychologiques et apparentées est essentielle pour atteindre le plus haut degré de santé.

Une opinion publique éclairée et une coopération active de la part du public sont d'une importance capitale pour l'amélioration de la santé des populations.

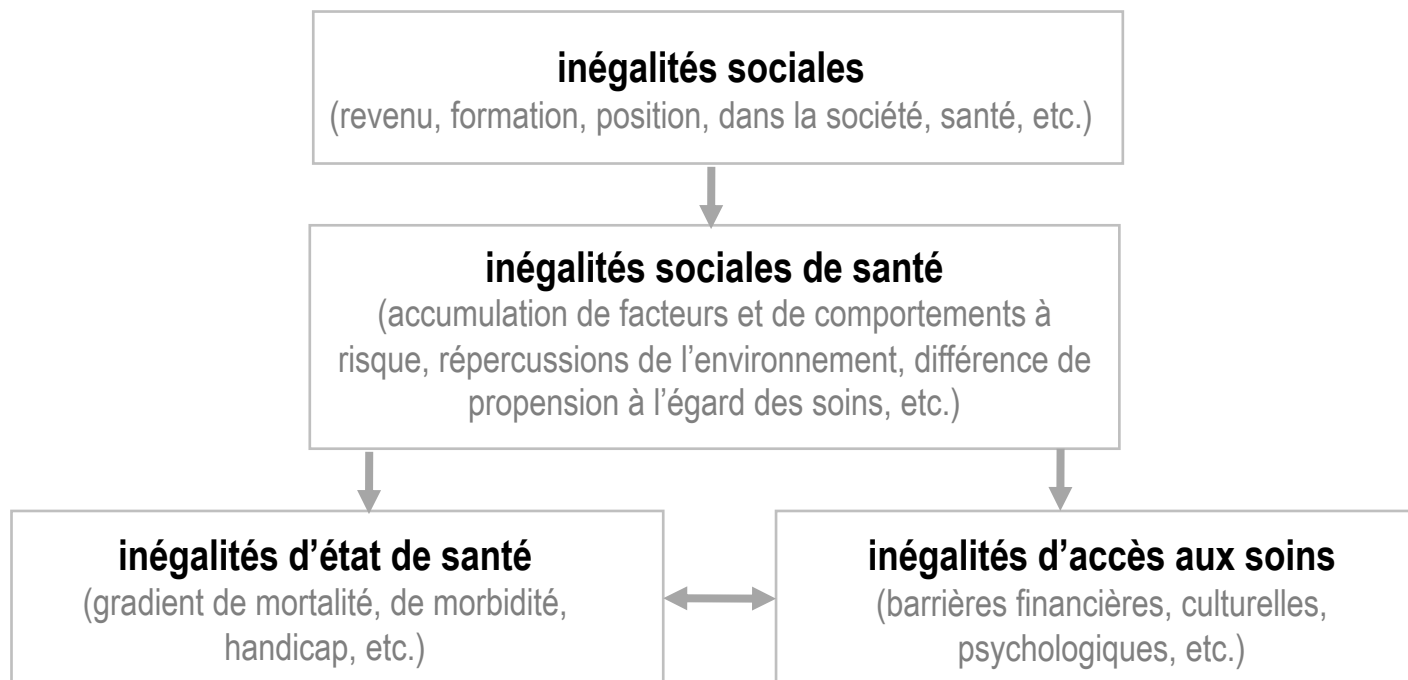
Les gouvernements ont la responsabilité de la santé de leurs peuples; ils ne peuvent y faire face qu'en prenant les mesures sanitaires et sociales appropriées.



^[1] Organisation Mondiale de la Santé. (1948). *Actes officiels de l'Organisation Mondiale de la Santé N°2. Débats et actes finaux de la Conférence internationale de la Santé tenue à New York du 19 au 22 juillet 1946*. New York, NY, US / Genève, Suisse: Nations Unies. (Préambule, p. 16). <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19460131/index.html>

Déterminants sociaux de la santé

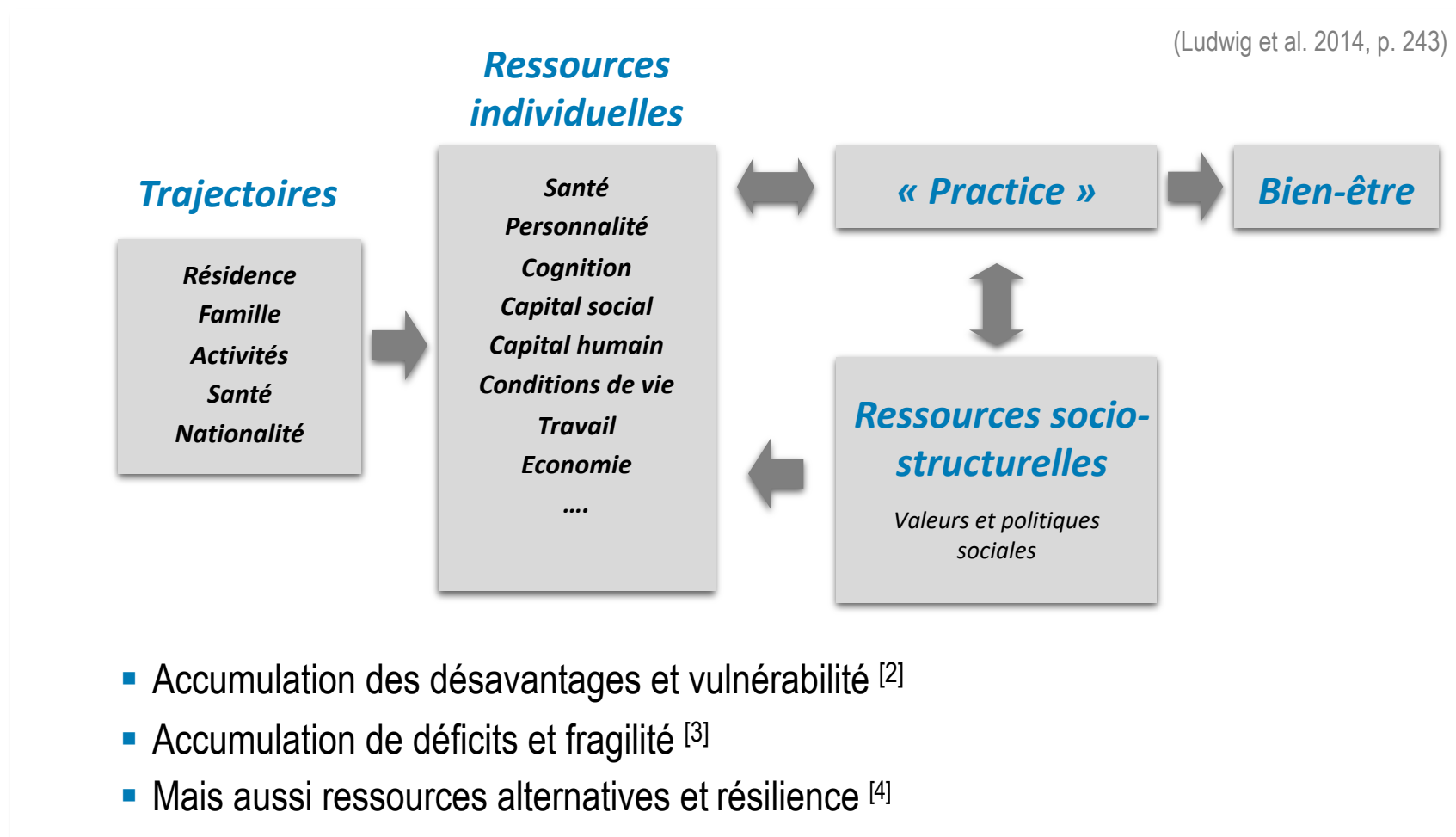
Terminologie spécifique et liens de causalité



Adapté de [1], p.30

^[1] Bodenmann, P., Jackson, Y., & Wolff, H. (Eds.). (2018). *Vulnérabilités, équité et santé*. RMS éditions/Médecine et Hygiène.

Trajectoires de vie



[1] Ludwig, Cavalli, & Oris (2014). "Vivre / Leben / Vivere": An interdisciplinary survey [...]. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 59(2), 240-248. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2014.04.004>

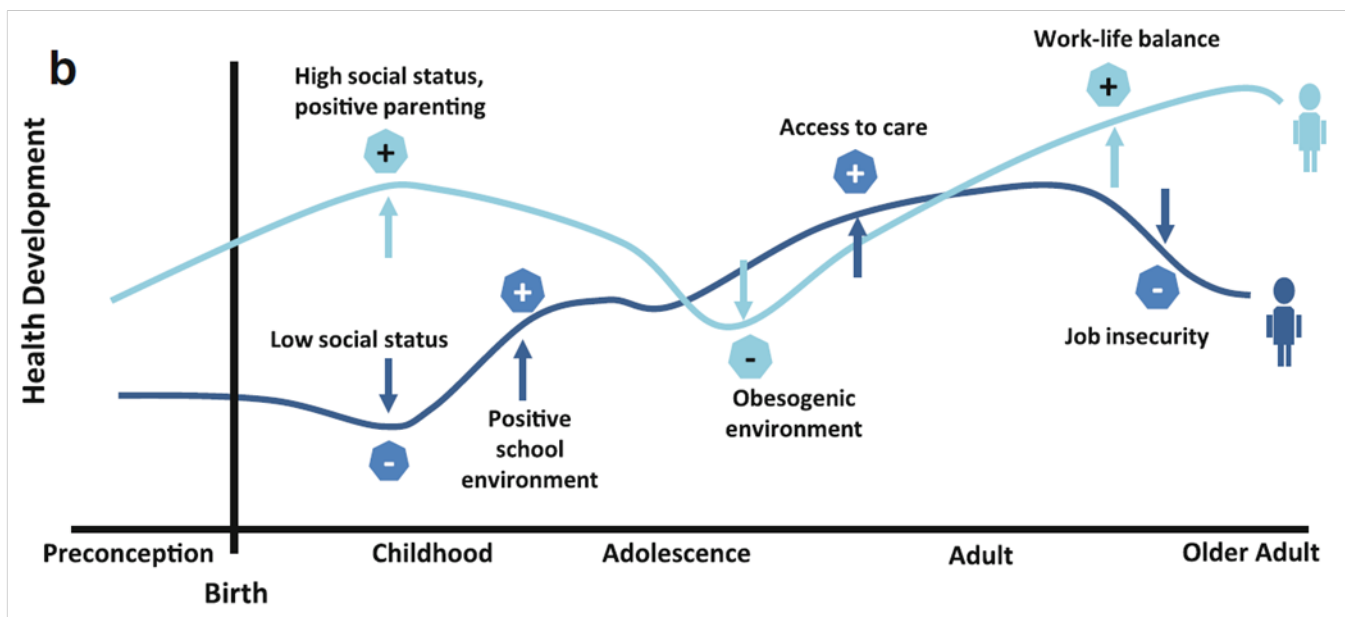
[2] Dannefer, D. (2003). Cumulative advantage/disadvantage and the life course: Cross-fertilizing age and social science theory. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 58(6), S327-S337. <https://doi.org/10.1093/geronb/58.6.S327>

[3] Rockwood, K., & Mitnitski, A. (2007). Frailty in relation to the accumulation of deficits. *Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 62(7), 722-727. <https://doi.org/10.1093/gerona/62.7.722>

[4] Seery, M. D., Holman, E. A., & Silver, R. C. (2010). Whatever does not kill us: Cumulative lifetime adversity, vulnerability, and resilience. *Journal of Personality and Social Psychology*, 99(6), 1025-1041. <https://doi.org/10.1037/a0021344>

A titre d'exemple...

Facteurs [influences environnementales] affectant les trajectoires de santé au cours de la vie selon un modèle « lifecourse health development »

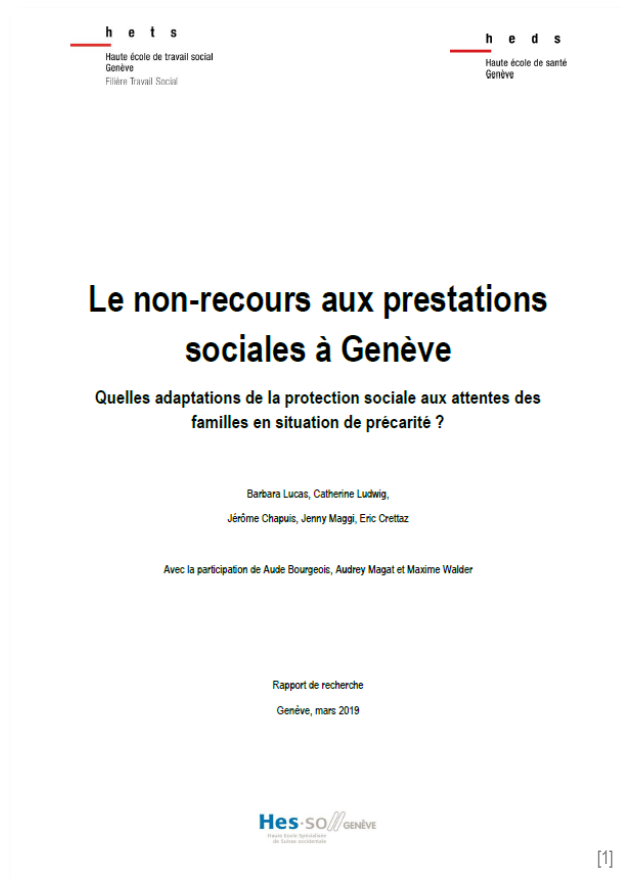




Etude « Le non-recours aux prestations sociales à Genève »

<https://www.hesge.ch/hets/recherche/projets/non-recours-aux-prestations-sociales-geneve>

Généralités



- **HETS** et **HEdS** de Genève (HES-SO)
- **Responsables:** B. Lucas (HETS) & C. Ludwig (HEdS), avec E. Crettaz (HETS)
- Collaborateur-trice scientifiques: J. Chapuis, J. Maggi.
Stagiaires : A. Bourgeois, A. Magat, M. Walder
- **Financement et partenariats:** HES-SO Genève; Hospice général, Service social Ville de Genève, CARITAS Genève, Centre social protestant Genève (CSP)
- **Durée :** 2015 - 2019

Contexte

- Les **transferts sociaux** réduisent la pauvreté - ménages avec jeunes enfants ou nombreux enfants ^[1]
- Or, certaines personnes ne **perçoivent pas** les prestations pour lesquelles elle seraient éligibles ^[2,3] ;
 - entre **40 et 60%** dans les pays européens ^[4]
- Principales formes du non recours ^[5]:
 - la non-connaissance (l'offre n'est pas connue ou comprise)
 - la non-réception (l'offre est connue, demandée, mais pas obtenue)
 - la non-demande (l'offre est connue mais pas demandée)
 - ...

^[1] Office Fédéral de la Statistique [OFS]. (2024). *Situation économique et sociale de la population. Panorama 2022/2023*. Neuchâtel, OFS. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/situation-economique-sociale-population.assetdetail.30489060.html>

^[2] Office Fédéral de Statistique. (2023). *Rapport social statistique suisse 2023*. Neuchâtel, OFS. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/determinants/situation-sociale.assetdetail.26965415.html>

^[3] Office Fédéral de Statistique. (2013). *Etat de santé, renoncement aux soins et pauvreté*. Enquête sur les revenus et les conditions de vie 2011. Neuchâtel, OFS. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/determinants/situation-sociale.gnpdetail.2013-0713.html>

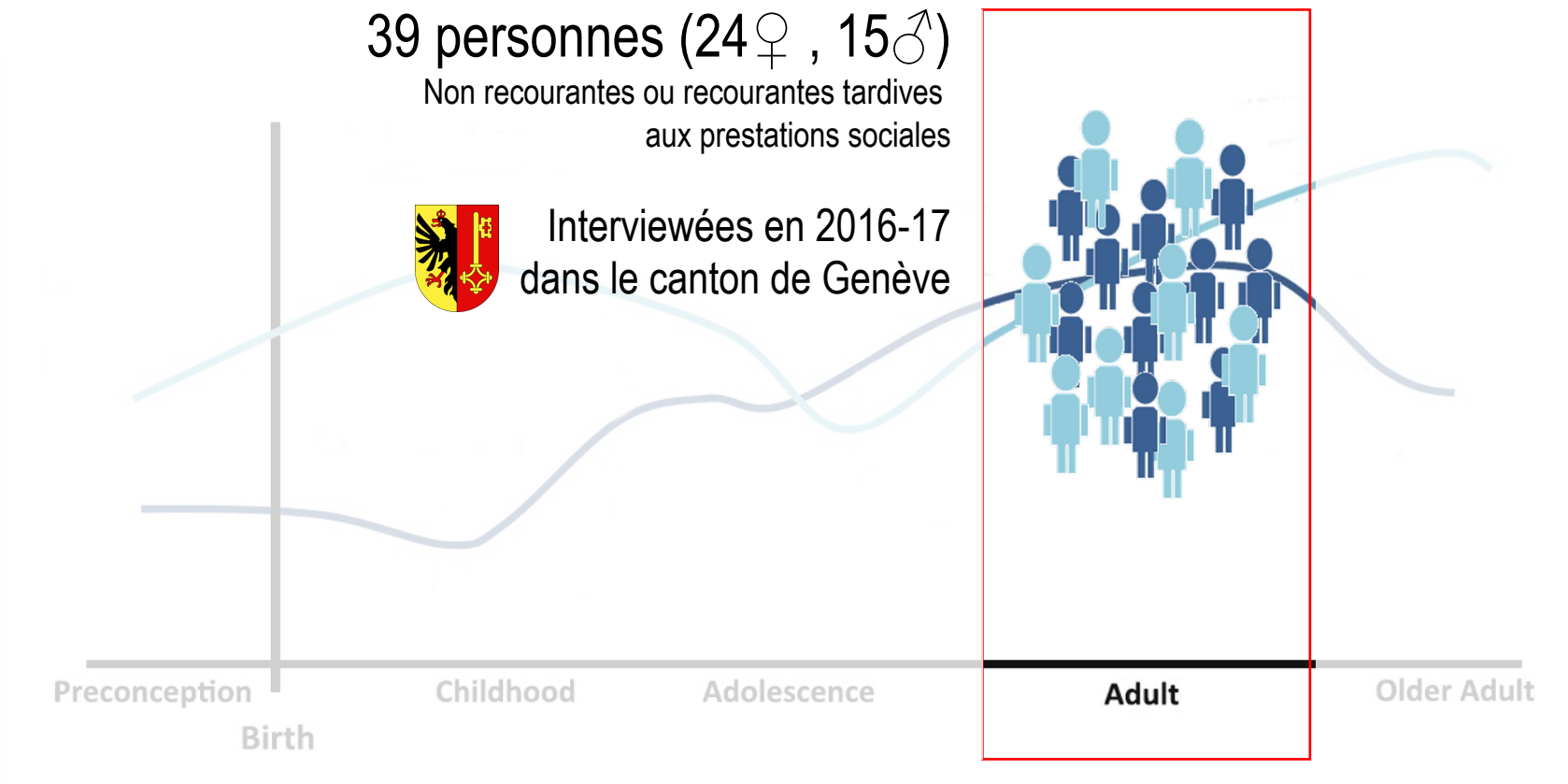
^[4] Eurofound. (2015). Access to social benefits: Reducing non-take-up. Luxembourg; European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (Eurofound). <https://data.europa.eu/doi/10.2806/7077>

^[5] Warin, P. (2016). Le non-recours : définition et typologies. Actualisé en 2016. Odenore. <https://odenore.msh-alpes.fr/ressources/documents-travail/working-paper-ndeq1-juin-2010-actualise-en-decembre-2016-non-recours-definition-et-typologies>

Objectifs

- Expliquer le non-recours des familles aux prestations sociales de la Ville et du canton de Genève, à partir du sens que ces personnes lui donnent
- Questions spécifiques :
 - Comment les **acteurs du réseau social genevois** (Ville et Canton) perçoivent-ils le non-recours ?
 - Quels sont **les principaux motifs** du non-recours aux aides sociales des familles vivant en Ville de Genève ?
 - Quel est **l'état de santé et le rapport à la santé** des personnes non-recourantes aux aides sociales ?

Méthode: Collectif interviewé



Méthode: Collecte de données

Questionnaire EurQoL (1990)

Mobilité

- Je n'ai aucun problème pour me déplacer à pied
- J'ai des problèmes pour me déplacer à pied
- Je suis obligé(e) de rester alité(e)

Autonomie de la personne

- Je n'ai aucun problème pour prendre soin de moi
- J'ai des problèmes pour me laver ou m'habiller tout(e) seul(e)
- Je suis incapable de me laver ou de m'habiller tout(e) seul(e)

Activités courantes (exemples : travail, études, travaux domestiques, activités familiales ou loisirs)

- Je n'ai aucun problème pour accomplir mes activités courantes
- J'ai des problèmes pour accomplir mes activités courantes
- Je suis incapable d'accomplir mes activités courantes

Douleurs/gêne

- Je n'ai ni douleurs, ni gêne
- J'ai des douleurs ou une gêne modérée(s)
- J'ai des douleurs ou une gêne extrême(s)

Anxiété/dépression

- Je ne suis ni anxieux(se), ni déprimé(e)
- Je suis modérément anxieux(se) ou déprimé(e)
- Je suis extrêmement anxieux(se) ou déprimé(e)

Sur échelle de 100 « meilleur état de santé » à 0 « pire état de santé », veuillez indiquer d'une croix [X] où vous situez votre état de santé AUJOURD'HUI.



Questions à réponses ouvertes

- **Items de l'EuroQoL (1990)**
 - Mobilité (MO)
 - Soins personnels (SP)
 - Activités courante (AC)
 - Douleurs/gênes (DG)
 - Anxiété/Dépression (AD)
 - Etat de santé perçu (EVA)
- **Les relations avec différentes sphère de la vie**
 - Recours au système de santé
 - Santé et emploi
 - Santé et finances

⇒ **Analyses quantitatives descriptives**

⇒ **Analyses qualitatives**

Résultats. Analyses quantitatives

Tableau 1. Description du collectif interviewé (N=36) et du collectif genevois de comparaison (N=1952) en fonction du sexe, de l'âge, du niveau d'éducation et de l'origine

	Non recours (N=36)			Collectif genevois (N=1952) ¹		
	N	%	Santé ²	N	%	Santé
Sexe						
Femmes	22	61.1	68.0	1095	56.4	82.3
Hommes	14	38.9	73.2	845	43.6	81.0
Age						
20-39	10	27.8	69.5	599	31.7	85.5
40-59	25	69.4	69.8	688	36.4	82.8
60-79	1	2.8	80.0	505	26.7	78.2
80 et plus	-	-	-	96	5.1	70.6
Niveau d'éducation						
Primaire	17	47.2	73.2	1133	58.5	79.7
Secondaire	9	25.0	57.2	488	25.2	84.0
Tertiaire	10	27.8	76.0	317	16.4	84.7
Origine						
Suisse	9	25.0	70.6	1462	75.1	82.3
Europe	5	13.9	68.0	374	19.2	79.9
Hors Europe	22	61.1	70.2	112	5.7	81.2
Total	36	100.0	70.0	1952	100	81.7

Note. ¹ Les données de l'échantillon genevois sont issues de l'étude de Perneger et collègues (2010). ² Score moyen de l'état de santé perçu évalué à l'aide de l'échelle visuelle analogique allant de 0 « pire état de santé imaginable » à 100 « meilleur état de santé imaginable ».

Résultats. Analyses quantitatives

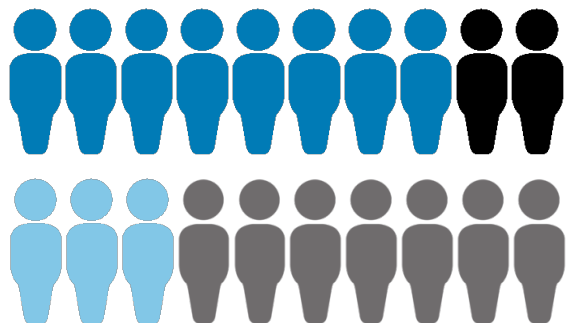
- **La comparaison entre le collectif interrogé et les données du « tout-venant » genevois doit être effectuée avec précaution**
 - Surreprésentation de femmes
 - Surreprésentation de personnes âgées de 40-59
 - Surreprésentation de personnes originaires de pays hors UE
- **Les pourcentages sont donnés à titre indicatif**
 - La taille du collectif interviewé (N=36/39) est trop faible pour qu'ils fournissent une estimation fiable
- **Néanmoins...**

Résultats. Analyses quantitatives

Tableau 2. Nombre de personnes identifiant des problèmes de santé dans le collectif de personnes non recourantes (N=36), et dans un échantillon représentatif de la population adulte résidant à Genève (N=1952)

	Non Recours (N=36)			Collectif genevois (N=1952) ¹		
	N	%	Santé ²	N	%	Santé
Mobilité (MO)						
Je n'ai aucun problème	30	83.3	74.2	1792	92.1	83.8
J'ai des problèmes modérés ou sévères	6	16.7	49.2	153	7.9	41.3
Soins personnels (SP)						
Je n'ai aucun problème	30	83.3	73.7	1897	97.6	82.7
J'ai des problèmes modérés ou sévères	6	16.7	63.0	46	2.4	41.1
Activité courantes (AC)						
Je n'ai aucun problème	25	69.4	77.0	1771	91.2	84.3
J'ai des problèmes modérés ou sévères	11	30.6	65.8	169	8.8	48.3
Douleurs et gênes (DG)						
Je n'ai ni douleurs, ni gêne	12	33.3	83.8	1050	54.3	88.1
J'ai des douleurs ou une gêne modérée ou sévère	24	⚠ 66.7	59.5	884	45.7	59.6
Anxiété et dépression (AD)						
Je ne suis ni anxieux ni déprimé	7	19.4	80.7	1318	68.4	85.2
Je suis modérément ou sévèrement anxieux/déprimé	29	⚠ 80.6	66.1	617	31.6	62.9
Sans problèmes de santé	4	⚠ 11.1	85.0	798	41.8	89.5
Total	36		70.0	1952		81.7

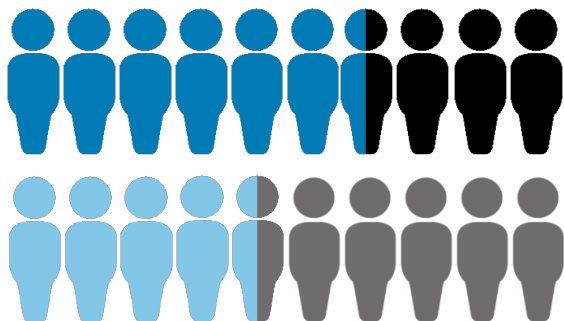
Note. ¹ Les données de l'échantillon genevois sont issues de l'étude de [Perneger](#) et collègues (2010). ² Score moyen de l'état de santé perçu évalué à l'aide de l'échelle visuelle analogique allant de 0 « pire état de santé imaginable » à 100 « meilleur état de santé imaginable ».



80.6% (29/36)

d'anxiété ou de dépression [1]

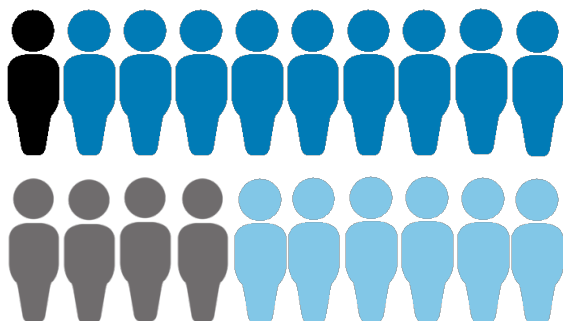
Contre 31.6 %
chez le « tout-venant » genevois [2]



66.7% (24/36)

de douleurs ou de gênes [1]

Contre 45.7 %
chez le « tout-venant » genevois [2]



11.1% (4/36)

Sans problèmes de santé [1]

Contre 41.8%
chez le « tout-venant » genevois [2]

[1] 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. <https://www.hesge.ch/hets/recherche/projets/non-recours-aux-prestations-sociales-geneve>

[2] Perneger, T. V., Combescure, C., & Courvoisier, D. S. (2010). General population reference values for the French version of the EuroQol EQ-5D Health Utility Instrument. *Value in Health*, 13(5), 631-635. <https://doi.org/10.1111/j.1524-4733.2010.00727.x>

Résultats. Analyses qualitatives

1. *Oui [anxieux], oui [déprimé]. Plus à une peur de l'avenir, quoi [...]. Oui [lié à cette situation d'incertitude].*

(Homme de 54 ans, sans emploi, originaire d'Italie, Permis C, marié, vivant avec 3 enfant)

2. *On se sent impuissant, à un moment donné on se sent... je ne dirais pas abattu, mais presque, quoi. [...] On a tout essayé, on y a mis de la bonne volonté, on ne s'est pas fait des plans sur la comète [...]. Donc à un moment donné on a envie de baisser les bras.*

(Homme de 46 ans, sans emploi, originaire de France, Permis C, en situation monoparentale, vivant avec 1 enfant)

Résultats. Analyses qualitatives

3. *Toujours cette question. Pourquoi j'arrive pas ? [...] Dans la tête je dis pourquoi... il n'y a pas de sécurité dans moi-même.*

(Femme de 40 ans, originaire du Maroc, Permis B, en situation monoparentale, vivant avec 1 enfant)

4. *Faut dire quand même que l'on meurt à petit feu. On a toujours peur que voilà... que l'on va casser un jour. On ne se sent pas en sécurité. Moi je ne me sens pas en sécurité*

(Femme de 41 ans, sans emploi, originaire du Cameroun, Permis C, en situation monoparentale, vivant avec 3 enfant)

Résultats. Analyses qualitatives

1. Importante prévalence de sentiments d'anxiété

⇒ Principalement liés à la précarité des conditions de vie (emploi, finances, séjour) et aux difficultés à se projeter dans un avenir serein

2. Importante prévalence de sentiments de découragement, de baisse de motivation, d'énergie

3. Présence de sentiments de dévalorisation ou de perte de confiance en soi

4. Caractère récurrent et chronique des sentiments d'anxiété, de démoralisation, d'abattement

Résultats. Analyses qualitatives

6. *Ah oui, je ne peux plus faire... ben quand je suis en train de passer la serpillière au sol, machin et tout, au bout d'un moment on sent qu'on a plus 20 ans, quoi. C'est surtout les anciens traumatismes qui ressortent. » [...]Le pied, le genou, la main... dès qu'il fait chaud ça gonfle...*

(Homme de 46 ans, sans emploi, originaire de France, Permis C, en situation monoparentale, vivant avec 1 enfant)

6. Caractère chronique des difficultés de santé physique, surtout des douleurs (24/36) persistantes

- ⇒ **Pathologies ou syndromes chroniques (migraines, algies)**
- ⇒ **Séquelles d'accidents non soignés / soignés tardivement**

Résultats. Analyses qualitatives

- **Un tiers du collectif interrogé rapporte un suivi médical régulier (12/36)**
- **Mais nombreux sont les répondants qui ne recourent pas aux soins, en dépit de problèmes de santé**
- **Le renoncement est le motif principal de non recours aux soins**
 - ⇒ **Renoncement par manque de ressources financières**
 - ⇒ **Renoncement par peur de perdre son emploi**

Résultats. Analyses qualitatives

- **Renoncement aux soins pour des raisons financières**

Je vais me soigner de ça où et comment ? J'ai pas de quoi payer. [...] Je repousse. Je suis diabétique...

(Femme de 35 ans, originaire du Sénégal, Permis C, mariée, vivant avec 2 enfant)

Et vous savez pourquoi je suis pas allé au médecin ? [...] j'ai peur d'avoir des factures [...]. Je paie l'assurance maladie tous les mois, le problème c'est la franchise

(Femme de 60 ans, sans emploi, originaire du Brésil, Permis B, en situation monoparentale, vivant avec 1 enfant)

Résultats. Analyses qualitatives

- **Renoncement aux soins par peur de perdre son emploi**

Je suis tombée, j'ai un accident... J'ai commencé à travailler une semaine en arrière, et puis on m'appelait tous les jours pour remplacer. Alors pour moi c'était hors de question, quelque chose que j'avais attendu pendant des années .

(Femme de 34 ans, originaire de Bolivie, Permis B, en situation de concubinage, vivant avec 3 enfant)

Le travail difficile, personne ne veut le faire ; c'est nous. C'est les temporaires qui le font, et si tu veux travailler, tu dois accepter. Si tu veux de l'argent, moi j'ai besoin de l'argent, je le fais. Même si j'ai cassé toute l'épaule, il faut. Parce que sinon...

(Homme de 40 ans, originaire du Pérou, Permis C, marié, vivant avec 2 enfant)



Discussion

Discussion

- **Démonstrations supplémentaires ...**

1. ... des inégalités sociales dans la santé [1]
2. ... de mécanismes de cause à effet complexes [2]
 - Précarité ↔ santé psychologique
 - Précarité ↔ santé physique

- **Importance des trajectoires individuelles pour comprendre le devenir en santé [3]**

- **Pertinence d'une perspective interdisciplinaire pour comprendre les parcours de vie**

- Sociologie des parcours de vie [4]
- Psychologie du cycle de vie [5]
- Modèle bio-psycho-social [6]

[1] Marmot, M. G. (2005). Social determinants of health inequalities. *The Lancet*, 365(9464), 1099-1104. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)71146-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)71146-6)

[2] Bodenmann, P., Vu, F., & Wolff, H. (Eds.). (2022). Vulnérabilités, diversités et équité en santé. Planète santé

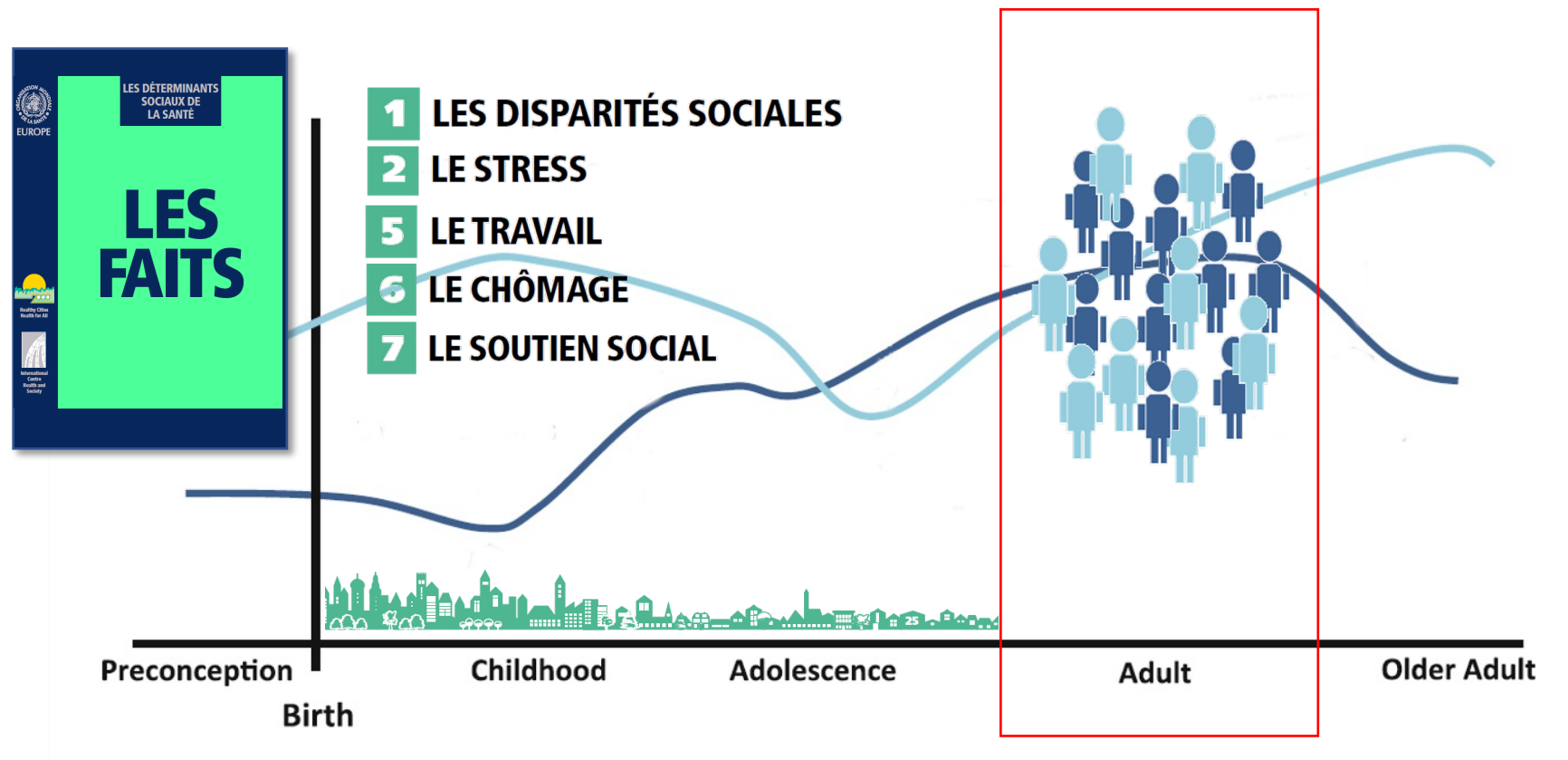
[3] Burton-Jeangros, C. (2016). *Trajectoires de santé, inégalités sociales et parcours de vie*. Berne: ASSHS. https://sagw.ch/fileadmin/redaktion_sagw/dokumente/Publikationen/Akademievortrag/Akademievortrag_26_BurtonJeangros.pdf

[4] Elder, G. H. (1998). The life course as developmental theory. *Child Development*, 69(1), 1-12. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1998.tb06128.x>

[5] Baltes, P. B., Reese, H. W., & Lipsitt, L. P. (1980). Life-span developmental psychology. *Annual Review of Psychology*, 31, 65-110. <https://doi.org/10.1146/annurev.ps.31.020180.000433>

[6] Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>

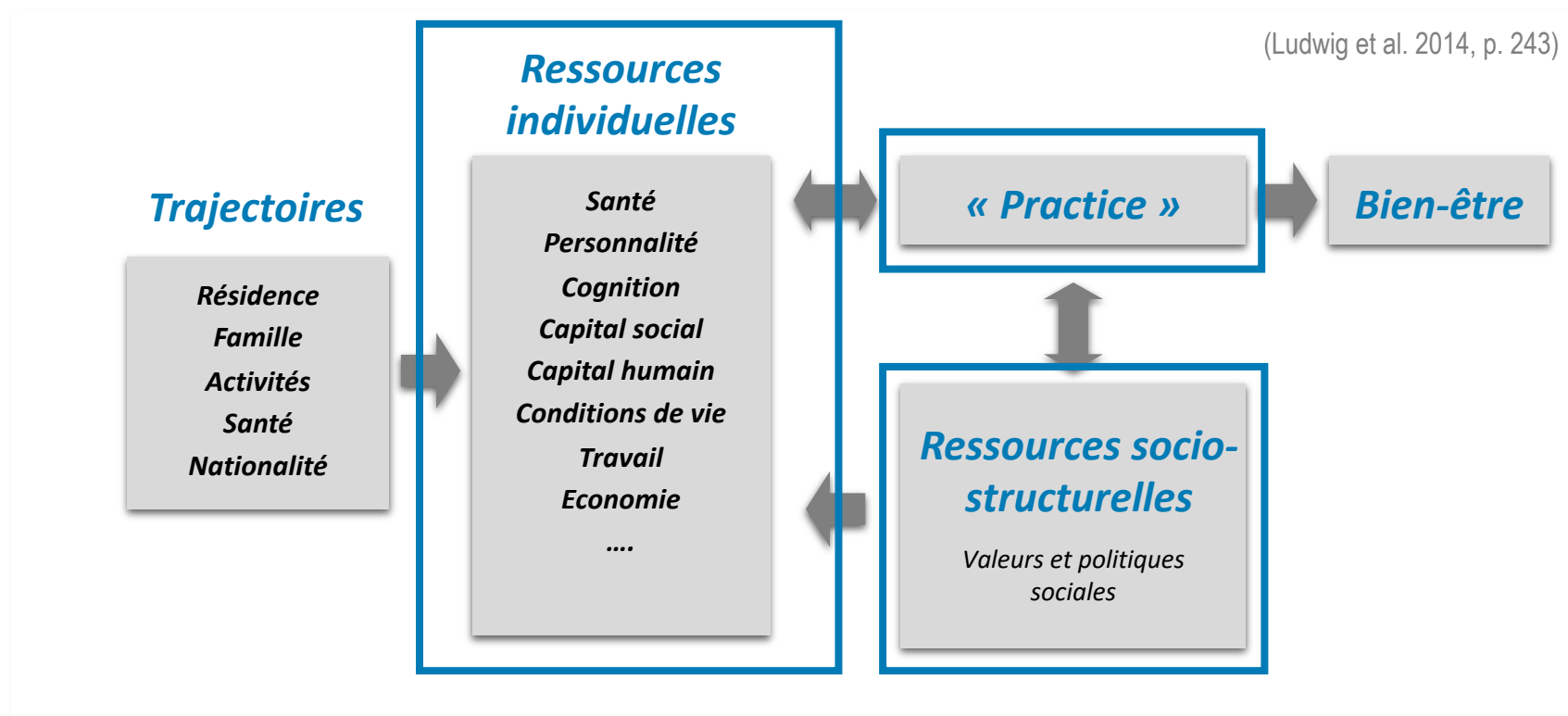
Discussion



[1] 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. <https://www.hesge.ch/hets/recherche/projets/non-recours-aux-prestations-sociales-geneve>

[2] Wilkinson, R., & Marmot, M. (Eds.). (2004). *Les déterminants sociaux de la santé. Les faits* (2ème ed.). Organisation mondiale de la santé. Bureau régional de l'Europe <https://iris.who.int/handle/10665/326568>

Recommandations. Santé



- ⇒ **Agir sur les ressources pour les optimiser**
- ⇒ **Agir sur les « practices » pour les encourager**

Recommandations. Non recours

- **Les champs d'action pour lutter contre le non recours aux prestations sociales** [1]

1. **Savoirs** : Documenter le non-recours, développer l'observation sociale, la formation et la participation;
2. **Institutions** : Faciliter l'accès aux droits et prestations financières, particulièrement pour les personnes les plus vulnérables ;
3. **Représentations** : Renforcer le respect des ayants droit et lutter contre la stigmatisation des bénéficiaires ;
4. **Prestations** : Renforcer l'offre de prestations non financières soutenant l'accès à l'emploi et l'émancipation des femmes en situation de précarité.

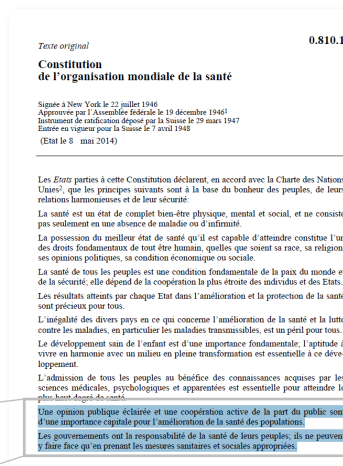
En guide de conclusion

Texte original

Constitution de l'organisation mondiale de la santé

Signée à New York le 22 juillet 1946
Approuvée par l'Assemblée fédérale le 19 décembre 1946¹
Instrument de ratification déposé par la Suisse le 29 mars 1947
Entrée en vigueur pour la Suisse le 7 avril 1948
(Etat le 8 mai 2014)

0.810.1



Une opinion publique éclairée et une coopération active de la part du public sont d'une importance capitale pour l'amélioration de la santé des populations.

Les gouvernements ont la responsabilité de la santé de leurs peuples; ils ne peuvent y faire face qu'en prenant les mesures sanitaires et sociales appropriées.

^[1] Organisation Mondiale de la Santé. (1948). *Actes officiels de l'Organisation Mondiale de la Santé N°2. Débats et actes finaux de la Conférence internationale de la Santé tenue à New York du 19 au 22 juillet 1946*. New York, NY, US / Genève, Suisse: Nations Unies. (Préambule, p.16). <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19460131/index.html>

Pour aller plus loin...

h e t s
Haute école de travail social
Genève
Filière Travail Social

h e d s
Haute école de santé
Genève

Le non-recours aux prestations sociales à Genève

Quelles adaptations de la protection sociale aux attentes des familles en situation de précarité ?

Barbara Lucas, Catherine Ludwig,
Jérôme Chapuis, Jenny Maggi, Eric Crettaz

Avec la participation de Aude Bourgeois, Audrey Magat et Maxime Walder

Rapport de recherche
Genève, mars 2019

Hes-SO GENÈVE
Haute école de travail social
Haute école de santé

Actuel

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.

Texte: Barbara Lucas, professeure ordinaire HES, Haute école de travail social, et Catherine Ludwig, professeure associée HES, Haute école de santé, HES-SO, Genève

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. Par ailleurs, des ressources insuffisantes, financières, mais aussi matérielles ou sociales, contribuent au renoncement aux soins et, par conséquent, à une santé plus fragilisée.

En Suisse, de nombreuses prestations 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. Il s'agit du phénomène de « non-recours ».

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 (aide sociale, prestations complémentaires familiales, allocations de l'assurance chômage ou prestations de l'assurance invalidité notamment), tout en pointant les liens entre cette mauvaise santé et la précarité des droits eux-mêmes.

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 dégage deux éléments notables : une fragilité psychologique importante associée à une situation de précarité multidimensionnelle et une chronicité des maux qui semble découler d'une forme de 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 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 brévitonne 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 on m'a dit ça, je suis rentrée à la maison et je suis restée 14 jours sans sortir ». 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 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 dénormalisation figurent les bouddards et les incertitudes des démarches auprès des institutions publiques.

Ce sentiment d'abattement contribue à freiner l'accès aux prestations. Il est souvent relié 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 l'abandon d'autres activités importantes de la vie des individus ; certaines personnes rapportent une diminution des relations sociales avec les voisins·es, les ami·es 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 atteinte à l'estime de soi, dans un contexte social qui stigmatise les personnes dépendantes de l'État, particulièrement celles qui touchent l'aide sociale.

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.

© Drouot / Proxipix

Par Barbara Lucas, professeure ordinaire HES, Haute école de travail social, HES-SO, et Catherine Ludwig, professeure associée HES, Haute école 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, 2016; Henchoz & Coze, 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, & Gueissoux, 2011).

En Suisse, de nombreuses prestations 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 révélant 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>

Non-recours aux aides sociales et santé perçue
Page 1/4

[1] 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. <https://www.hesge.ch/hets/recherche/projets/non-recours-aux-prestations-sociales-geneve>

[2] Lucas, B., & Ludwig, C. (2020). Non-recours aux aides sociales et santé perçue. Actualité sociale, 7-9. https://avenirsocial.ch/wp-content/uploads/2020/02/AS_02_20_004_004_Sommaire.pdf

[3] Lucas, B., & Ludwig, C. (2019). Non-recours aux aides sociales et santé perçue. REISO, Revue d'Information Sociale. <https://www.reiso.org/document/5199>

Merci de votre attention

Catherine Ludwig

Haute Ecole de Santé de Genève, HES-SO

✉ catherine.ludwig@hesge.ch

🆔 <https://orcid.org/0000-0003-4634-2092>

h e d s

Haute école de santé
Genève

Barbara Lucas

Haute Ecole Travail Social de Genève, HES-SO

✉ barbara.lucas@hesge.ch

🆔 <https://orcid.org/0000-0003-0106-8616>

h e t s

Haute école de travail social
Genève

<https://www.hetsl.ch/evenements/detail/dettes-et-sante-enjeux-et-regards-croises/>