**Zeitschrift:** Schweizerische Zeitschrift für Soziologie = Revue suisse de sociologie = Swiss journal of sociology

**Herausgeber:** Schweizerische Gesellschaft für Soziologie

**Band:** 41 (2015)

**Heft:** 3

**Artikel:** Imperfections du système d'assurances sociales : l'exemple de l'accès aux soins des jeunes retraité-e-s à revenu modeste

**Autor:** Guinchard, Blaise / Schmittler, Mélanie / Gally, Marie-Laure

**DOI:** https://doi.org/10.5169/seals-814154

**Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

**Conditions d'utilisation**

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

**Terms of use**

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

**Download PDF:** 15.12.2025

**ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch**

# Imperfections du système d'assurances sociales : l'exemple de l'accès aux soins des jeunes retraité·e·s à revenu modeste

Blaise Guinchard*, Mélanie Schmittler*, Marie-Laure Gally*, Michael Amiguet** et Alpha Barry**

## 1 Introduction

La dernière décennie a vu émerger l'utilisation du concept de renoncement aux soins comme indicateur de l'accès aux services sanitaires et des inégalités face à la santé. Le renoncement touche une part non négligeable de la population et soulève un problème de santé publique car il affecte l'état de santé général des personnes concernées (Dourgnon et al. 2012) et en potentialise les inégalités de santé liées à la naissance et au parcours de vie (Graham 2002). Le renoncement aux soins se réfère à l'auto-évaluation d'un besoin de soins subjectif « identifié mais non satisfait » (Warin 2012, 81). Després et al. (2011) décrivent deux formes principales de renoncement : le renoncement-refus correspond à « l'expression d'un refus de soins par rapport au système de santé (...) et constitue à cet égard un acte d'autonomie à l'égard de la médecine » (Després et al. 2011, 5), tandis que le renoncement-barrière renvoie aux contraintes environnementales empêchant l'accès de l'individu aux soins. Dans cette dernière forme, le renoncement financier cherche à identifier les soins auxquels les individus renoncent le plus fréquemment, ainsi que les caractéristiques des groupes sociaux à risques.

En Suisse, le taux de renoncement financier aux consultations médicales et dentaires est estimé à 4.7 % chez les individus de plus de seize ans (OFS 2013). Dans la région romande, sur un échantillon de 2 026 patients[1] âgés de seize ans et plus, 10.7 % de ceux-ci, ou un membre de leur foyer, estime avoir renoncé aux soins pour raison financière (Bodenmann et al. 2014). A Genève, un taux de renoncement financier de 13.8 % est relevé dans un échantillon représentatif de la population du canton (2007–2010) constitué de personnes âgées de trente-cinq à septante-quatre ans (Guessous et al. 2012). Chez les cinquante ans et plus, un taux de renoncement financier de 3.7 % est mesuré (Litwin et Sapir 2009). Les prestations de soins identifiées dans ces études sont diverses, mais comprennent en général les

* Institut et Haute Ecole de la Santé La Source, CH-1004 Lausanne, b.guinchard@ecolelasource.ch, m.schmittler@ecolelasource.ch et ml.gally@ecolelasource.ch.

** Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP), CHUV, CH-1010 Lausanne, michael.amiguet@chuv.ch et aamabarry@gmail.com.

1 Dans ce texte, le masculin englobe les deux genres.

consultations chez le médecin généraliste ou le spécialiste, les soins dentaires et l'optique (Dourgnon et al. 2012).

Le lien entre difficultés financières et renoncement financier aux soins est observé en Suisse comme ailleurs (Bazin et al. 2006; Mielck et al. 2009; OFS 2013). Les résidents helvétiques présentant un risque de pauvreté sont 2.5 fois plus nombreux à renoncer à des consultations médicales ou dentaires (OFS 2014). A Genève, Guessous et al. (2012) mentionnent une variation du taux de renoncement de 3.7 % pour le groupe ayant les revenus les plus élevés, à 30.9 % pour les revenus les plus bas. De même, l'état de santé comme prédicateur de renoncement financier est relevé dans de multiples études (OFS 2013; Bodenmann et al. 2014).

Ces résultats montrent l'existence d'un renoncement aux soins en dépit du développement du système de sécurité sociale (Mackenbach 2012). Plusieurs auteurs relèvent que, malgré une garantie d'accès universelle, il existe des restrictions d'accès au système sanitaire dont les effets négatifs sur les personnes varient de manière inversement proportionnelle à leurs revenus (Van Doorslaer et al. 2006; Litwin et Sapir 2009; Mielck et al. 2009). En Suisse, depuis l'introduction de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) le 1er janvier 1996, chaque résident sur le territoire bénéficie obligatoirement d'une couverture universelle en matière de couverture des soins (LAMal, RS 832.10, art.3, al. 1).

La loi prévoit un système de primes par tête dont le montant dépend du lieu de résidence, de l'âge et du choix de la caisse-maladie opéré par l'assuré. Quel que soit le contrat d'assurance, il reste pour tout assuré un montant incompressible de participation aux coûts des prestations sanitaires consommées indépendamment de son revenu. Ce montant joue le rôle de *ticket modérateur* qui détermine un seuil avant la prise en charge financière des soins par le système de sécurité sociale. Par-là, le législateur a voulu rendre plus difficile l'accès et ralentir la consommation de prestations de soins. Un système de réduction des primes pour les assurés modestes est toutefois prévu (LAMal, RS 832.10, art. 65, LAMal). Le principe veut qu'en deçà d'un certain revenu déclaré, l'assuré puisse bénéficier d'un subside couvrant tout ou partie du montant de la prime. Dans le canton de Vaud, plus de 170 000 personnes bénéficient d'un subside pour payer leurs primes d'assurance-maladie. Selon les données internes de l'Office vaudois de l'assurance-maladie (OVAM), plus de 30 000 personnes parmi les 113 803 rentiers à l'Assurance vieillesse et survivants (AVS) du canton en sont bénéficiaires (OVAM 2014)[2]. Pour les plus défavorisés, le système de sécurité sociale suisse prévoit l'octroi de *prestations complémentaires* ouvrant le droit à des compléments de rente et à des prestations spécifiques sur un mode subsidiaire. Subissant un effet de seuil, certaines personnes se retrouvent au-

2 Les barèmes vaudois 2014 permettent à une personne seule de toucher un subside inversement proportionnel à son revenu. Le montant mensuel va de CHF 320 pour un revenu déclaré allant jusqu'à CHF 17 000, à CHF 30 pour un revenu annuel déclaré de CHF 40 000. Pour des revenus déclarés supérieurs, la personne seule ne bénéficie plus de subside pour le paiement de ses primes d'assurance-maladie (OVAM 2014).

dessus de la limite d'octroi de cette aide importante les conduisant à une situation de fait plus précarisée que les bénéficiaires dont le revenu est à peine inférieur.

Cet article présente les résultats de l'étude RENO[3] sur l'accès aux soins des jeunes retraités modestes du canton de Vaud, soit ceux ayant entre soixante-cinq et septante ans compris et se situant à la limite de l'accès aux aides étatiques. Considérés comme un groupe social globalement favorisé, les retraités suisses présentent une forte hétérogénéité intragroupe. Lorsque l'on s'intéresse aux personnes disposant de faibles ressources financières, les tranches d'âge s'approchant de la retraite présentent les plus fortes inégalités en termes de revenus (Wanner et Gabadinho 2008). Ces fortes disparités intragénérationnelles sont liées aux parcours de vie et aux parcours professionnels divers des assurés (Pilgram et Seifert 2009). Selon Höpflinger (1997, 12) « les inégalités dans la vieillesse découlent des inégalités cumulées pendant les années de vie active ». Dans la trajectoire d'une vie, le départ à la retraite est un seuil caractérisé principalement par son aspect normatif, la retraite étant « attendue et structurée par les institutions » (Sapin et al. 2007, 32). En Suisse, le passage à la retraite est institutionnalisé à travers le système de prévoyance vieillesse par une législation qui détermine des prestations en fonction de limites d'âge pré-définies. Connu sous le vocable des « trois piliers », ce système permet à chacun d'envisager, en principe, une sécurité financière une fois l'âge de la retraite atteint[4]. Ce système est censé favoriser une épargne au cours de la vie. Cependant, certains jeunes retraités se retrouvent avec une caisse de retraite faiblement dotée sans avoir pu épargner de manière volontaire. Pour ces individus, le passage à la retraite se conjugue avec une baisse conséquente de revenu pas toujours compensée par les économies, les subsides ou les prestations complémentaires.

Nous posons l'hypothèse que les jeunes retraités modestes – demandeurs de subsides à l'assurance-maladie – risquent d'être plus fortement que d'autres confrontés au renoncement financier. L'étude RENO investigue spécifiquement la manière dont les jeunes retraités modestes composent face aux besoins en soins lorsqu'il s'agit d'en assumer l'entier ou partie des frais : les personnes renoncent-elles à des soins ? Si oui, pour quelles raisons ? Développent-elles des pratiques compensatoires ? Comment cela se passe-t-il quand l'entrave à la consommation de soins se conjugue avec une diminution de revenu liée au passage à la retraite ? Il s'agit d'explorer comment les individus à faible revenu affrontent le risque de renoncement aux soins.

Nous présentons d'abord la méthode et les résultats de la recherche RENO. Sont ensuite développées les limitations d'accès subies par les personnes confrontées au renoncement aux soins et les stratégies de ces dernières pour y pallier. Ces éléments

3 Jeunes retraité·e·s à revenus modestes dans le canton de Vaud : accès aux soins et pratiques de santé, entre le nécessaire et le facultatif. Etude financée par la Haute Ecole Spécialisée de Suisse Occidentale (HES-SO). Résumé sous FORSbase, référence 11399 (FORSbase 2013).

4 Classiquement, l'AVS procure le minimum vital à la personne, le 2ème pilier permet à celle-ci de vivre décemment et, finalement, celle qui a pu se constituer un 3ème pilier bénéficiera de plus d'aisance.

amènent en conclusion à repenser une vision par trop fragmentaire du système d'assurances sociales (assurance-maladie, assurance vieillesse, assurance invalidité, etc.) n'intégrant pas suffisamment la réalité vécue des personnes concernées.

## 2 Méthode

Les données de l'étude RENO ont été récoltées dans le cadre d'un devis mixte conjuguant une enquête par questionnaire et une enquête qualitative par entretiens compréhensifs auprès de jeunes retraités de soixante-cinq à septante ans compris. L'échantillon est composé de personnes ayant déposé une demande de subsides à l'OVAM en 2013 et dont la demande a été soit refusée, soit acceptée sous forme d'octroi d'un subside partiel. Pour tous, bien que modestes, leurs revenus sont toutefois trop élevés pour autoriser l'octroi d'un subside total. Les données fournies par les services de l'Etat concernent 2 445 personnes. Elles portent sur les aspects socio-démographiques et sur l'assurance-maladie.

Les réponses à un court questionnaire complètent les données de l'OVAM[5]. Ce questionnaire aborde les aspects socio-démographiques (niveau de formation, statut professionnel et taux d'activité, nationalité, langue, temps de séjour dans le canton), l'état de santé perçu et la couverture maladie complémentaire. La question du renoncement aux soins est traitée en demandant aux participants s'ils ont dû renoncer à des soins pour des raisons financières durant la dernière année écoulée, et si oui, auxquels. Il est adressé par courrier postal accompagné d'une enveloppe affranchie pour la réponse et d'un coupon séparé permettant aux répondants de se porter volontaires pour participer à un entretien compréhensif. Aucune relance n'a été effectuée.

Les données récoltées ont été soumises à divers tests statistiques[6]. Des comparaisons de moyennes ont été effectuées à l'aide d'un test de Mann-Whitney pour les variables Revenu ainsi que Fortune et d'un test chi-carré pour les autres variables. Afin d'identifier des effets ajustés, un modèle de régression logistique, dont la variable dépendante est le renoncement financier, a été construit.

Représentant l'axe central de la recherche, les entretiens compréhensifs visent à mieux appréhender comment les individus composent et agissent par rapport à leurs besoins en santé, en tenant compte de leurs moyens financiers limités. Vingt-deux personnes ont été rencontrées parmi les 123 (18.5 % des répondants) ayant donné leur accord. La variable du renoncement aux soins étant centrale, la majorité des personnes rencontrées a été sélectionnée suite à une réponse affirmative sur ce point. Les autres éléments ayant orienté le choix des participants sont une répartition égalitaire entre les deux sexes, le fait de vivre seul ou en couple, l'état de santé (excellent

5 Base de données RENO 2013.

6 Les analyses statistiques ont été conduites avec le logiciel stata (StataCorp 2013).

et bon versus passable et mauvais) et le lieu de résidence (chef-lieu et agglomération versus autres communes). Au fil des entretiens réalisés, l'échantillonnage a été orienté de façon dynamique afin d'avoir une représentation de personnes poursuivant une activité professionnelle après la retraite et de travailleurs indépendants. Dans cette même logique, quelques répondants non renonçants ont été rencontrés afin de multiplier les points de vue.

Contactés par téléphone, les participants ont choisi le lieu de rencontre et trois personnes ont souhaité être avec leur conjoint. Tous les entretiens ont été enregistrés avec le consentement préalable des participants. Ils ont abordé systématiquement les thématiques du passage à la retraite, de la situation financière et de la santé. Concernant cette dernière, l'état de santé perçu, les pratiques de santé, le renoncement aux soins et le type de couverture maladie (franchise, assurance complémentaire) ont été discutés. Les entretiens cherchaient également à mettre en lumière le réseau primaire et secondaire ainsi que les pratiques et activités quotidiennes des répondants. Chaque entretien a été analysé directement après son déroulement afin de faire émerger les premières interprétations et catégories d'analyse. Une retranscription partielle a été décidée afin de mettre en évidence les situations types, illustrer les thématiques clés et orienter les entretiens ultérieurs.

Dans la mesure où la recherche s'intéresse à des individus potentiellement vulnérables, le protocole de recherche a obtenu l'approbation de la Commission cantonale (VD) d'éthique de la recherche sur l'être humain. Celui-ci prévoit notamment une anonymisation totale des données récoltées. Chaque personne participant à la recherche doit au préalable avoir donné son consentement et peut le retirer en tout temps.

## 3 Résultats et analyse

Cette partie présente les profils des répondants au questionnaire puis ceux des personnes renonçant aux soins (renonçants) et des participants aux entretiens. Les différents types de renoncement et les facteurs de renoncement financier identifiés sont ensuite décrits ainsi que les stratégies que les personnes adoptent au regard de celui-ci.

### 3.1 Profil des répondants au questionnaire

Les 2 445 demandeurs de subsides interrogés représentent environ 6 % des 42 572 retraités vaudois de la tranche d'âge étudiée (OFS 2012). Les répondants au questionnaire sont 666 (taux de retour de 27.3 %). Les caractéristiques de la population et des thématiques étudiées expliquent le taux relativement faible de réponses au questionnaire. Sur la base d'une comparaison entre l'échantillon des répondants et des non-répondants au regard des variables disponibles (Sexe, Franchise et Revenu),

aucune différence statistiquement significative n'est constatée. Les répondants sont, par contre, significativement plus fortunés que les non-répondants. Toutefois, comme les développements ci-dessous le montrent, aucun lien entre la fortune et le renoncement financier n'apparaît dans l'analyse en régression logistique. Avec un revenu annuel net imposable médian de CHF 38 500 et une fortune imposable médiane de CHF 40 500, les personnes de l'échantillon disposent de moyens pour vivre qui, bien que modestes, les situent juste au-dessus de la limite de revenus conduisant à l'octroi d'aides étatiques. Par ailleurs, leurs ressources sont relativement proches du revenu présentant un *risque de pauvreté* – CHF 29 141 francs par année pour une personne seule en 2011 (OFS 2012). L'analyse relève une proportion de veufs significativement plus basse chez les répondants que les non-répondants (5.6 % contre 8.5 %).

## 3.2 Profil des renonçants

Parmi les 666 répondants, 119 personnes (17.9 %) déclarent avoir renoncé à des soins pour une raison financière. La majorité de ces renonçants (94.1 %) vit depuis plus de dix ans dans le canton de Vaud, 88.2 % déclarent penser en français et 75.4 % sont d'origine suisse. L'effectif des renonçants compte 48.7 % de femmes et 51.3 % d'hommes. 60.5 % sont mariés, 25.2 % divorcés, 6.7 % célibataires et 7.6 % sont veufs. 33.6 % des personnes vivent seules. Les renonçants sont sensiblement moins fortunés que les non-renonçants (P = 0.016) avec une fortune inférieure de CHF 34 000. De même, les renonçants sont mieux formés que les non-renonçants (P = 0.016) : 21.1 % n'ont pas de formation (33.8 % chez les non-renonçants), 51.8 % ont un niveau d'étude secondaire professionnel (49.3 % chez les non-renonçants), 18.4 % ont une formation professionnelle supérieure (11.2 % chez les non renonçants) et 8.7 % un niveau d'étude universitaire (5.6 % chez les non-renonçants). 14.8 % des renonçants ont conservé un travail après la retraite, taux sensiblement plus bas que les 21 % de rentiers en retraite ordinaire avec une activité professionnelle (Guggisberg 2006, 13). Selon Wanner et Gabadino (2008) la poursuite d'une activité professionnelle est liée au niveau de formation supérieure et à l'exercice d'une fonction dirigeante ou élevée, profils relativement peu représentés chez les renonçants. 23.5 % exerçaient un emploi indépendant avant la retraite. Parmi les employés, 62.6 % avaient un taux d'activité de plus de 70 %, 24.3 % entre 70 et 50 % et 13 % à moins de 50 %. Les renonçants ont un revenu net imposable médian de CHF 37 000 et une fortune imposable médiane de CHF 14 000. Ils sont 9.5 % à se sentir en mauvaise santé, 41.4 % avec une santé passable, 43.1 % avec un bon état de santé et 6 % avec un excellent état de santé. L'état de santé perçu est nettement moins bon chez les renonçants que dans la population globale du canton de Vaud, comptant 3.8 % d'individus en mauvaise santé, 10.5 % passable, 65.4 % en bonne santé et 20.3 % en très bonne santé (Gillabert et Keller 2012, 32). 61.3 % des renonçants ont une

Tableau 1 Profils des participants aux entretiens

| Prénom débutant par:[a] | A | B | C/C | D | E | F | G | H | I | J | K | L | M/M | N | O | P | Q/Q | R | S |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Sexe | H | F | H/F | H | F | F | F | F | F | H | H | H | H/F | F | F | H | H/F | H | H |
| En couple | x | – | x/x | – | – | – | x | – | x | x | – | x | x/x | – | – | – | x/x | – | – |
| Nationalité | CH | EU | CH/CH | CH | CH | CH | CH | CH | CH | EU | 2 | EU | CH/CH | EU | CH | CH | EU CH | CH | CH |
| Niveau d'étude | FP | SF | FP/SF | UH | SF | UH | FP | FP | UH | FP | UH | FP | FP/FP | SF | FP | UH | FP/SF | SF | UH |
| Profession pré-retraite | E | E | E/E | I | E | I | E | E | E | E | I | E | C/S | E | E | E | E/E | E | I |
| Taux d'activité pré-retraite | 3 | 2 | 3/1 | 3 | 1 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 3 | 3/1 | 1 | 3 | 2 | 3/3 | 3 | 3 |
| Rente AI avant retraite | – | – | –/x | – | x | x | x | – | – | – | – | x | x/– | – | – | – | x/– | – | – |
| Etat santé | P | M | B/M | P | P | P | M | B | B | B | P | P | P/B | B | B | P | P/B | B | B |
| Renoncement financier | x | x | x/x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x/x | x | – | – | x/x | – | x |
| Renoncement non financier | x | x | –/– | – | x | x | x | – | – | – | x | – | x/– | – | x | – | x/– | – | – |
| Assurance complémentaire | – | x | –/– | – | – | – | – | – | – | – | x | x | –/– | x | x | – | –/– | – | x |
| Petits arrangements utilisés: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Thérapeute: négociation | – | x | –/x | x | x | – | x | – | x | – | – | x | –/– | x | – | – | –/– | x | – |
| Thérapeute: changement | x | – | –/– | x | – | – | x | – | x | – | x | x | –/x | – | – | – | –/– | – | x |
| Réseau primaire | x | x | –/– | – | x | x | – | – | x | – | – | – | –/– | – | – | x | –/– | x | x |
| Stratégies compensatoires utilisées: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Balance | – | – | x/x | – | x | x | x | x | x | – | – | – | –/– | x | – | – | x/x | – | – |
| Travail post-retraite | x | – | x/– | x | x | x | – | – | – | – | x | – | –/– | x | x | x | –/– | x | x |
| Réseau | – | – | –/– | – | – | – | x | x | x | x | – | x | x/x | x | – | – | x/x | – | – |
| Départ | x | – | –/– | – | – | – | – | – | – | x | x | x | –/– | – | – | – | –/– | – | – |

Légende: (H = homme; F = femme); (x = oui; – = non); (CH = Suisse; EU = Union Européenne; 2 = CH + EU); (SF = sans formation; FP = formation professionnelle; UH = Uni-HES); (E = employé; I = indépendant; C = cadre; S = sans); (1 = – de 50 %; 2 = 50–70 %; 3 = + de 70 %); (B = bon; P = passable; M = mauvais).

[a] La lettre correspond à l'ordre de passation des entretiens et à la première lettre d'un prénom fictif utilisé dans le texte.

franchise à CHF 300, 26.9 % ont choisi CHF 500, les autres seuils de franchise oscillant entre 2.5 % et 3.4 %.

### 3.3 Profil des participants aux entretiens

Vingt-deux personnes ont été rencontrées, à savoir seize participants en entretien individuel et trois en couple, parmi lesquels au moins un concubin correspondait aux critères de sélection de l'enquête. Le tableau 1 présente les profils des participants. L'échantillon comprend le même nombre d'hommes que de femmes. Parmi eux, vingt participants disent avoir renoncé à des soins : onze pour une raison financière, un pour une raison non-financière et huit pour les deux raisons. La moitié des personnes vivent en couple, les autres seules. Onze personnes habitent dans le chef-lieu du canton ou son agglomération. Dix-sept participants sont suisses et dix-neuf sont installés depuis plus de dix ans dans le canton de Vaud. Douze participants disent ne pas avoir un bon état de santé (passable : 9, mauvais : 3). Dix-sept participants ont une franchise à CHF 300, trois participants ont choisi le montant de CHF 500 et deux participants celui de CHF 1 500. Leur fortune moyenne est de CHF 34 500 et leur revenu annuel moyen de CHF 30 200. Ils sont sensiblement moins fortunés que l'ensemble des répondants. Dans le cadre des entretiens, onze personnes disent avoir maintenu une activité professionnelle d'appoint à un taux de moins de 50 % après l'âge AVS. Les trajectoires de retraite sont très diverses. Parmi celles-ci, la cessation progressive de l'activité professionnelle est fréquente.

### 3.4 Un renoncement aux raisons multiples

La grande majorité des renonçants ayant participé aux entretiens évoque l'aspect financier comme raison principale du renoncement aux soins. Chez neuf des participants émerge cependant toute une gamme de motivations non-financières nuançant l'analyse du renoncement aux soins. Parmi celle-ci se trouvent une certaine forme de méfiance face au monde médical, ainsi que le souci de ne pas trop alourdir les dépenses des caisses-maladie, éléments corroborant la littérature (Després et al. 2011 ; Rode 2010). Une motivation d'ordre émotionnel est évoquée par certains participants : la peur de subir de possibles répercussions sur la vie quotidienne ou sur l'activité professionnelle après une investigation ou une intervention chirurgicale. Renoncer ou non à des soins n'est donc pas la résultante d'un simple calcul rationnel coût-bénéfice, bien que les difficultés financières soient centrales dans les discours recueillis. Le renoncement financier constitue toutefois le cœur de notre analyse.

### 3.5 Facteurs de renoncement financier

Les renonçants représentent 17.9 % des personnes ayant répondu au questionnaire. Ce taux de renoncement financier est élevé en comparaison des 4.7 % relevés dans la population suisse (OFS 2013) ou des 3.7 % des Suisses âgés de 50 ans et plus

(Litwin et Sapir 2009). La population des jeunes retraités modestes de l'étude RENO présente des difficultés manifestes pour accéder à certains soins, ce qui tend à confirmer l'effet de seuil subi par notre échantillon. Il est vraisemblable que les jeunes retraités à très bas revenus sont moins enclins à renoncer aux soins pour raison financière, eux dont les soins sont largement remboursés puisqu'ils bénéficient des prestations complémentaires de l'AVS et des subsides complets à l'assurance-maladie. Noyés dans le groupe très hétérogène des retraités (Wanner et Gabadhino 2008; Pilgram et Seifert 2009), la situation difficile vécue par les jeunes retraités modestes est vraisemblablement sous-estimée.

Afin d'identifier des effets ajustés, un modèle de régression logistique a été construit dont la variable dépendante est le renoncement financier. Avec un processus de sélection des variables par *backward elimination,* trois variables significativement associées au renoncement financier ont été identifiées: le Niveau d'études, le Taux d'activité et l'Etat de santé perçu[7]. Le modèle de régression est présenté dans le tableau 2. Il contient, en plus des variables ci-dessus, les variables Etat civil, Sexe, Travaille encore et Assurance complémentaire[8]. Dans le processus de sélection des variables, les variables Revenu et Fortune ont été retirées du modèle car leur degré d'association ajusté avec le renoncement financier était quasiment nul (IC à 95 % sur l'OR respectivement de [0.97,1.10] et [0.98,1.01])[9].

Le choix d'un échantillon précis centré sur la variable Revenu, fondé sur le lien avéré entre Revenu et Renoncement financier, explique en partie la non significativité de l'association de ces deux variables. L'analyse amène les résultats statistiquement significatifs suivants: la probabilité de renoncer est plus élevée pour les individus dont l'état de santé est Mauvais ou Passable par rapport aux personnes dont l'état de santé est Bon ou Excellent, ces dernières ayant moins de besoin de soins et par voie de conséquence moins de risque d'y renoncer. Ce constat pose d'emblée la problématique des maladies chroniques comme source potentielle de renoncement. Par ailleurs, la probabilité de renoncement est plus élevée pour les personnes avec une formation secondaire, une formation professionnelle supérieure ou une formation d'une université ou d'une haute école spécialisée par rapport aux individus sans formation. Le renoncement aux soins faisant référence à des besoins de santé perçus, l'accès des individus aux connaissances du domaine de la santé et du bien-être est un facteur qui pourrait influencer cette perception. Ces connaissances les amènent à mieux identifier leurs besoins de soins et accentue leur sentiment de privation.

7 Au cours du processus de sélection des variables, les catégories de certaines variables catégorielles ont été fusionnées avec la catégorie de référence, lorsque la plus-value associée était la plus élevée parmi toutes les variables.

8 Les associations entre ces variables et le renoncement financier ne sont pas significatives: présentes dans le modèle en tant que confondeurs potentiels, afin d'ajuster les autres effets.

9 Il a été décidé de ne pas les conserver dans le modèle en tant que confondeurs potentiels en raison des nombreuses valeurs manquantes (108 sur les 666 questionnaires retournés) dont le processus de missingness est significativement associé aux variables Etat de santé perçu et Assurance complémentaire.

Tableau 2 Analyse en régression logistique des prédicteurs du renoncement aux soins pour des raisons financières

| | Odds Ratio | 95 % Conf. Interval | p-value |
|---|---|---|---|
| Niveau d'étude : Secondaire (Réf. : Sans formation) | 1.76 | 1.01–3.07 | 0.045 |
| Niveau d'étude : Formation professionnelle supérieure ou Université/HES | 2.78 | 1.44–5.36 | 0.002 |
| Taux d'activité : Moins de 50 % (Réf. : 50 % ou plus) | 0.47 | 0.24–0.92 | 0.027 |
| Etat santé : Mauvais ou passable (Réf. : Bon ou excellent) | 1.94 | 1.24–3.03 | 0.004 |
| Etat civil : Veuf (Réf. : Autre que veuf) | 2.29 | 0.94–5.61 | 0.069 |
| Sexe : Homme (Réf. : Femme) | 1.38 | 0.89–2.16 | 0.15 |
| Travaille encore (Réf. : Ne travaille plus) | 0.70 | 0.37–1.33 | 0.278 |
| Assurance complémentaire (Réf. : Pas d'assurance complémentaire) | 1.21 | 0.78–1.88 | 0.391 |

N = 582 obervations complètes ; $R^2$ de Nagelkerke = 0.084.
Source : Base de données RENO 2013.

Finalement, la probabilité de renoncer à des soins est moins élevée pour les actifs travaillant à moins de 50 % avant l'âge de la retraite par rapport à ceux travaillant à plus de 50 %. Cette catégorie est difficile à cerner puisqu'elle comprend autant des individus ayant toujours travaillé à un taux d'activité bas ou nul (le plus souvent des femmes) que des chômeurs, des personnes ayant pris une retraite anticipée (le plus souvent des hommes, niveau de formation moyen, cols blancs (Guggisberg 2006, 14) ou celles ayant des problèmes de santé. Avec Wanner et al. (2003, 10), il est possible d'affirmer qu'il manque des éléments empiriques pour expliquer l'origine du lien entre la péjoration de l'état de santé et la diminution du taux d'activité.

Des propos recueillis chez les participants aux entretiens (16/22) ressort un lien entre la dégradation de l'état de santé et le renoncement aux soins. L'apparition de graves problèmes de santé augmentant le besoin en soins, cumulée parfois à des difficultés financières, contraint la personne à renoncer à des soins. La précarisation financière est également liée aux interruptions dans les trajectoires professionnelles, sources de renoncement. Douze participants ont évoqué une perte d'emploi, parmi eux six indépendants. Le statut d'indépendant apparaît comme un facteur de risque lié aux investissements financiers engagés et au faible filet de sécurité sociale associé. L'analyse des trajectoires familiales montre son lot de ruptures avec des divorces pour huit participants. Les situations de renoncement financier sont présentes dans les parcours de vie caractérisés par deux ruptures dans une des trois catégories de trajectoires professionnelles, familiales ou de santé. Dix témoignages recueillis relèvent le passage à la retraite comme un facteur aggravant une situation déjà précaire conduisant à renoncer à certains soins. Le renoncement aux soins pour raisons financières semble prendre ses racines dans les périodes précédant la retraite

et être lié à des événements *non-normatifs* antérieurs (Sapin et al. 2007) dérogeant aux trajectoires des individus telles que pensées par les institutions sociales.

### 3.6 Réactions face au risque de renoncement financier : les petits arrangements

Dans une des rares études sur les réactions au renoncement financier, Heisler et al. (2005) mentionnent trois stratégies face au renoncement financier : couper dans d'autres besoins de première nécessité, augmenter sa dette ou diminuer la posologie. Les entretiens compréhensifs de l'étude RENO ont mis en exergue une série de pratiques et d'ajustements des participants pour accéder à certains soins malgré une situation financière difficile, comme, par exemple, le recours à une franchise basse pour son assurance-maladie. Nous retenons ici trois catégories d'arrangements : *les arrangements financiers avec le thérapeute*, *les changements de thérapeute* et *la mobilisation du réseau de soutien primaire*. Quinze des vingt-deux participants rencontrés ont activé au moins une de ces trois stratégies.

*Les arrangements financiers avec le thérapeute*, identifiés chez neuf participants, prennent plusieurs formes. Sept participants demandent à pouvoir différer le paiement de la facture des prestations en plusieurs mensualités et trois participants négocient le prix de la prestation avec le thérapeute. C'est le cas de Céleste[10] qui ressent le besoin d'aller régulièrement chez l'ostéopathe pour soulager des douleurs liées à un mauvais état de santé général. Sachant que cette prestation n'est pas remboursée par l'assurance-maladie de base, elle s'arrange avec son spécialiste pour bénéficier d'un prix réduit.

> *Autrement j'ai été chez un ostéo aussi. Aller chez l'ostéo vous y allez pas tous les jours. Comme j'ai pas d'assurance complémentaire, j'ai eu beaucoup de chance, je suis tombée sur un ostéopathe qui m'a fait un prix.* (Céleste)

*Le changement de thérapeute*, énoncé par huit participants, vise lui aussi à maintenir l'accès aux soins. La grande majorité des participants usant de cette stratégie privilégie de longs déplacements pour bénéficier de soins à l'étranger dans des régions où le prix des prestations est plus avantageux. Suite à des problèmes dentaires, Kilian a expérimenté différentes destinations pour se soigner.

> *Avant d'aller en France j'étais allé en République Tchèque. Alors là, je vais vous dire une chose, vous me mettriez une liasse de CHF 50 000 sur la table pour retourner vivre la même chose je vous les laisse. (...) J'ai trouvé sur Internet, j'ai cherché un truc qui était pas trop cher (...).* (Kilian)

Les injonctions des assurances-maladies semblent aussi peser dans le choix du thérapeute ou de l'établissement de soins en Suisse. Une modification dans la réglementation tarifaire ou dans le mode de remboursement peut pousser des individus

10 Prénom fictif.

à changer de thérapeute. La personne répond alors aux recommandations de sa caisse-maladie et bénéficie, comme David, d'une baisse mensuelle de prime.

> *Mon médecin a arrêté et c'était une doctoresse qui reprenait (…) Je me suis dit je vais voir à X. Et ça m'a permis de redescendre ma prime d'assurance (…) parce que je suis rentré dans le groupement médical.* (David)

*La mobilisation du réseau de soutien primaire*, dernier arrangement identifié chez huit participants, permet également d'accéder à certains soins auxquels ils auraient autrement dû renoncer. Bertha, suite à une fracture du poignet l'ayant passablement limitée dans sa mobilité, fait appel à sa belle-fille afin de faire face à ses besoins d'aide au ménage et de soins de base non couverts par l'assurance-maladie. Serge va chez un ami dentiste qui le soigne.

> *Le dentiste c'est marqué interdit depuis cinq ou six ans. Et pourtant un de mes meilleurs copains est dentiste et je vais chez lui et il ne me fait pas payer. Mais je n'y vais jamais car je ne peux pas l'accepter moralement. J'y vais si j'ai un problème et il me soigne, j'ai cette chance mais il a septante-cinq ans alors il va arrêter aussi une fois peut-être.* (Serge)

### 3.7 Réactions face à une situation financière précaire : les stratégies compensatoires

L'ensemble des personnes rencontrées évoque des difficultés à boucler le budget. D'une manière générale, les difficultés – et dans certains cas, l'impossibilité – à assumer entièrement les charges liées à la vie quotidienne ressortent des témoignages recueillis. Face à des situations financières précaires, les répondants mettent en place différentes stratégies compensatoires, ayant toutes un lien plus ou moins direct avec leur santé : *balance, travail post-retraite, mobilisation du réseau* et *départ.* Vingt-et-un des vingt-deux participants rencontrés ont mis en place au moins une de ces quatre stratégies.

Pour dix participants, le choix en matière de santé et de soins s'effectue en *balance* avec d'autres dépenses. Les problèmes financiers relevant de tous les champs de la consommation sont mis en concurrence avec les besoins en soins. Les catégories de champs de consommation des répondants ne se superposent pas aux définitions utilisées par la littérature scientifique et les institutions de sécurité sociale. Concernant la santé et les soins, les répondants évoquent l'aide au ménage, une alimentation équilibrée, des loisirs et des vacances, le bien-être et les liens sociaux. Ainsi, Garance et son mari se privent de nourriture et de soins au profit de l'entretien de leurs animaux domestiques. Hélène économise sur la nourriture pour pouvoir s'offrir un logement qu'elle considère comme décent.

> *Je voulais pas retourner si bas, je préférais serrer un petit peu. On ne mange plus de foie gras, de filet de bœuf comme dans le temps. Maintenant on mange des viandes hachées, des pâtes, des spaghettis des trucs comme ça. Mais non,*

> *faut au moins avoir un appartement qui est un peu correct parce que si tout dégringole à la fois on tient plus le coup.* (Hélène)

Le recours au 4ème pilier (Wanner et Gabadino 2008) est fréquent. Onze participants poursuivent ou ont poursuivi avec un *travail post-retraite* à temps partiel afin d'atténuer les effets financiers du passage à la retraite. La majorité de ces emplois *post-carrière* (Crespo 2005) ont une fonction d'appoint, la plupart nécessitant des qualifications inférieures à celles développées lors de l'activité professionnelle antérieure. La prise d'emplois de transition et le recours au travail à temps partiel avant le passage à la retraite (123 répondants, soit 36.8 %, travaillaient à temps partiel à un taux inférieur à 70 %) sont des éléments qui allongent la transition du passage à la retraite. La cessation progressive et retardée de l'activité professionnelle des participants doit être comprise comme une réponse à une vulnérabilité financière accrue lors du passage à la retraite, dans des parcours de vie marqués pour la plupart par un divorce ou un veuvage (9/11). Il est intéressant de noter que cette stratégie est utilisée majoritairement par les individus vivant seuls (9/11), notamment quatre femmes célibataires sur six rencontrées. La plupart de ces personnes témoignent d'un réseau social relativement pauvre et de difficultés à le mobiliser. Outre la motivation financière, plus de la moitié des participants avec une activité post-retraite (6/11) évoquent le besoin de garder un rythme de vie et des contacts sociaux. La sphère professionnelle contribue alors au maintien de l'équilibre psychique.

> *Ça fait trois ans, j'ai demandé à mon patron si je peux rester. Puis moi moralement ça m'arrange aussi, parce que je fais quoi toute seule à la maison. Moi mes enfants sont mariés. Moi le but c'était surtout moralement, pis un p'tit peu financièrement aussi parce qu'à la retraite avec ce qu'on gagne on peut rien s'offrir.* (Emma)

La stratégie – *mobilisation du réseau* – est mise en œuvre par dix participants qui reçoivent de l'aide financière ou matérielle de leur entourage plus ou moins proche. Ces aides ont pour caractéristique d'être ponctuelles. Elles prennent la forme de prêts de maison de vacances, d'invitations à des repas, etc. Des membres de la famille prêtent, voire donnent de l'argent.

Finalement, quatre participants ont fait part de leur projet, à court ou moyen terme, d'un *départ* de Suisse pour aller vivre à l'étranger dans des régions où la vie est moins chère. Ces personnes ont des connexions directes avec le pays d'accueil et se déclarent en relative bonne santé.

Le choix des différentes stratégies compensatoires et celui des petits arrangements semble être influencé par la qualité et la disponibilité du réseau social des individus. La présence de proches ou d'un entourage fourni permet de disposer de plus de moyens pour faire face aux difficultés, notamment financières. Parmi les sept stratégies identifiées, *balance* et *travail post retraite* sont les seules pouvant être utilisées sans l'aide d'autrui.

## 4 Discussion

Dans cette dernière partie, la situation des jeunes retraités modestes est discutée sur la base des limitations d'accès subies, de leur marge de manœuvre restante, ainsi que des potentiels effets à terme du renoncement aux soins sur leur santé.

### 4.1 Le principe d'universalité ? Un accès aux soins limité avec des conséquences sanitaires

Les entretiens montrent que les raisons de renoncer sont principalement articulées autour de la dimension pécuniaire. L'obligation d'assurance-maladie pour tout résident en Suisse devrait garantir le principe d'universalité de l'accès aux soins. Cependant, l'orientation restrictive des décisions de politiques fédérale et cantonale en matière de budgets alloués à la sécurité sociale impacte sur les particuliers via des transferts de charges conséquents. Ainsi, afin de modérer la consommation de soins, des mécanismes de régulation s'inspirant de l'économie de marché sont utilisés, tels la participation aux coûts, le choix du modèle d'assurance, la limitation dans le choix du prestataire de soins ou le non-remboursement de certaines prestations. Ces mécanismes de régulation sont sources d'une vulnérabilité, qui selon Soulet (2005, 50) « est à saisir dans la relation entre un groupe ou un individu ayant des caractéristiques particulières (notamment un déficit de protection pour se garder de la potentialité d'être blessé) et un contexte sociétal qui imprime la capacité à agir à partir de soi ». Les jeunes retraités modestes représentent un groupe vulnérable vivant dans des conditions sociales et financières qui les placent en situation de précarité. Les mécanismes de régulation leur rendent difficile l'accès aux soins, voire les poussent à y renoncer. Rappelons que 17.9 % des répondants à l'étude RENO déclarent renoncer à des soins pour raison financière. Considérant que le renoncement péjore à terme l'état de santé des personnes touchées (Heisler et al. 2004 ; Dourgnon et al. 2012), les conséquences des restrictions d'accès aux soins sont donc doublement néfastes.

### 4.2 Acteurs ou figurants ?

En situation de vulnérabilité, les jeunes retraités modestes mettent en place des ajustements leur permettant d'accéder à certains soins, malgré des moyens financiers limités. Ces différentes stratégies démontrent l'existence d'une capacité d'agir ou *agency* (Williams 2003) que les jeunes retraités modestes mettent en œuvre afin de satisfaire leurs besoins. Ils démontrent une créativité, une capacité d'adaptation, de réaction et d'optimisation de leur situation (Baltes et Baltes 1990 ; Baltes 1997) face aux difficultés financières et face à un système socio-sanitaire perçu comme restrictif. Fragiles ou précaires, ces stratégies permettent néanmoins à la personne de rester active dans la gestion de son bien-être et l'entretien de sa santé. Ces personnes sont-elles pour autant actrices de leur santé et maîtresses de leur qualité de vie ? Les stratégies ne leur permettent de compenser que ponctuellement les difficultés

auxquelles elles sont confrontées. Plus responsabilisées, elles sont amenées à devoir trancher des dilemmes complexes pour entretenir leur santé, ce qu'elles ne peuvent simplement pas faire comme elles le voudraient ou le devraient en raison des cadres institutionnels posés (Batifoulier et al. 2008 ; Regamey 2011).

### 4.3 Les arrangements et les stratégies : un effet à long terme sur les liens sociaux, la santé et la situation financière

Les stratégies et arrangements se révèlent relativement efficaces à court terme. L'égalité dans la capacité de mise en œuvre n'est pas identique car dépendante de la qualité et de la disponibilité du réseau social ou de l'état de santé des personnes. Une bonne forme physique et une capacité à se déplacer sont nécessaires pour recourir à des soins prodigués à l'étranger *(changement de thérapeute)*, pour effectuer un *travail post-retraite* ou pour partir définitivement à l'étranger *(départ)*. La *mobilisation du réseau* de soutien implique bien évidemment l'existence d'un entourage social et familial sur lequel il est possible de compter. Ces stratégies possèdent aussi un caractère fragile sachant que la moindre modification des conditions nécessaires pour y recourir remettra définitivement en question l'accès au soin. Finalement, elles participent d'un cercle vicieux risquant à terme de mettre à mal les liens sociaux, la santé et la situation financière des individus. Certaines d'entre elles entraînent à moyen et long termes un épuisement des différents réseaux et péjorent les liens sociaux *(mobilisation du réseau primaire et secondaire, arrangement financier avec le thérapeute, changement de thérapeute, départ)*. D'autres mettent en péril la santé actuelle et future. Aller se soigner à l'étranger présente certains risques en cas de complications, réduit un suivi régulier ou encore coupe la personne de sa couverture santé initiale. Les stratégies *balance* avec l'alimentation, *travail post-retraite* et *départ* peuvent affecter la santé des individus sur les moyen et long termes. Finalement, l'emprunt d'argent *(mobilisation du réseau)* ou l'échelonnage des paiements *(négociation avec le thérapeute)* peuvent mener à une aggravation de la situation financière. En définitive, les stratégies et arrangements mis en place par les individus afin de pallier à leur état de vulnérabilité s'avèrent peu équitables, fragiles et présentent la caractéristique commune de potentialiser la vulnérabilité des personnes.

### 4.4 L'enchevêtrement des problématiques de santé avec les autres domaines de la vie

Dans les témoignages recueillis, la notion de santé ne renvoie pas uniquement aux prestations délivrées par le système sanitaire et dépasse largement la définition restrictive donnée par la LAMal : « l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles » (LAMal, RS 832.10, art. 25, al. 1). La santé est liée à d'autres domaines de la vie importants. Les propos invitent à envisager une compréhension plus complexe du renoncement aux soins, sous-tendue par des définitions de la santé et des soins

élargies à d'autres champs de la consommation. Dans leur réalité quotidienne, les jeunes retraités modestes ne séparent pas les problématiques d'accès aux soins de l'accès aux ressources de base et de l'insertion sociale. Pour les acteurs concernés, ces champs s'imbriquent, se concurrencent, parfois même s'annihilent. La vulnérabilité touche tous les domaines de la vie. Les difficultés rencontrées par les jeunes retraités montrent avec acuité l'importance d'une réflexion encore à mener sur la complémentarité des effets des différentes assurances sociales. Eclairer le renoncement aux soins par l'approche des parcours de vie permet aussi d'enrichir la compréhension de l'accès aux soins auprès d'une population fragile spécifique (Frohlich et al. 2002 ; Graham 2002 ; Williams 2003). Leurs trajectoires de vie sont ponctués *d'événements non-normatifs* entraînant une fragilisation d'une situation financière et sociale que le passage à la retraite vient souvent aggraver.

## 5 Conclusion

L'étude RENO a mis en évidence un taux de renoncement financier de 17.9 % chez les jeunes retraités modestes du canton de Vaud. Le focus porté à cette catégorie permet d'éclairer une population peu connue, notamment parce qu'elle est noyée dans la masse des retraités – groupe très hétérogène généralement considéré comme aisé – et qu'elle se situe juste au-dessus du seuil d'accès aux prestations sociales. Il faut insister sur le caractère précaire de la vie des personnes rencontrées, et sur la non moins grande précarité des stratégies que celles-ci développent afin de mettre en place des solutions palliatives. Cette double précarisation est une source potentielle de problèmes, notamment sur le plan sanitaire ; elle est directement tributaire de l'insertion de ces individus dans les différentes branches du système de sécurité sociale. Pour ces personnes, l'effet de la régulation du marché sanitaire par la restriction est paradoxal. En voulant diminuer les coûts et responsabiliser la population, le système de modération de la consommation mis en place contribue en réalité à fragiliser la santé de personnes déjà précarisées et participe à augmenter les frais futurs de la santé. A titre d'exemple, les chutes, provoquées notamment par des troubles visuels, l'ostéoporose, la dénutrition ou la déshydratation, représentent la plus grande cause d'hospitalisation des personnes de plus de cinquante ans en Suisse (OFS 2014). Agir en amont sur des problèmes à venir permettrait de retarder le recours au système de soins de longue durée, de diminuer le nombre et la durée des hospitalisations, et de réduire selon certaines estimations d'au moins 50 000 les membres du personnel de santé à recruter d'ici 2030 (Jaccard Ruedin et Weaver 2009). Les pouvoirs publics devraient porter toute leur attention à ces situations peu connues. Il y va de la qualité de vie des individus, mais également de la mise en œuvre efficace d'une politique du vieillissement qui s'inscrive dans une optique de promotion de la santé.

Si nos résultats permettent d'affirmer que nous avons affaire à une population en difficulté, le type d'étude et les données à disposition n'autorisent toutefois pas d'en cerner très précisément les contours. Il s'agirait de mettre en évidence un éventuel effet de seuil du renoncement aux soins par rapport aux groupes des retraités plus précaires ou plus aisés. La dimension régionale de l'étude limite aussi les généralisations à un espace géographique plus large. Une recherche plus globale, permettant une comparaison inter-cantonale, conduirait à une réflexion au niveau national. La question reste ouverte de savoir si cette double précarisation est présente chez d'autres populations vulnérables.

In fine, nous avons pu observer que les professionnels de la santé sont très impliqués dans la mise en œuvre de certains des arrangements identifiés, soulignant ainsi l'interdépendance du couple patient-prestataire. Il serait dès lors intéressant de mesurer l'importance et les répercussions de la problématique du renoncement dans la pratique des prestataires de soins et de voir comment ceux-ci, pour les plus concernés, répondent aux demandes des personnes âgées en situation financière difficile.

## 6 Références bibliographiques

Baltes, Paul B. 1997. On the incomplete architecture of human ontogenesis: selection, optimization and compensation as foundations of developmental theory. *American Psychologist* 52: 366–380.

Baltes, Paul.B. et Margret M. Baltes. 1990. *Successful Aging: Perspectives from the Behavioral Sciences*. New York: Cambridge University Press.

Batifoulier, Philippe, Jean-Paul Domin et Maryse Gadreau. 2008. Mutation du patient et construction d'un marché de la santé. L'expérience française. *Revue Française de Socio-Economie* 1 : 27–46.

Bazin, Fabienne, Isabelle Parizot et Pierre Chauvin. 2006. Déterminants psychosociaux du renoncement aux soins pour raisons financières dans cinq zones urbaines sensibles de la région parisienne en 2001. *Sciences sociales et santé* 24(3) : 11–31.

Bodenmann, Patrick, Bernard Favrat, Hans Wolff, Idris Guessous, Francesco Panese, Lilli Herzig, Thomas Bischoff, Alejandra Casillas, Thomas Golano et Paul Vaucher. 2014. Screening primary-care patients forgoing health care for economic reasons. *PLoS ONE* 9(4) : 1–9.

Crespo, Stéphane. 2005. *Une étude exhaustive des formes de transition vers la retraite*. Montréal: INRS, Urbanisation, culture et société.

Després, Caroline, Paul Dourgnon, Romain Fantin et Florence Jusot. 2011. Le renoncement aux soins: une approche socio-anthropologique. *Questions d'économie de la santé* 169 : 1–7.

Dourgnon, Paul, Florence Jusot et Romain Fantin. 2012. *Payer peut nuire à votre santé: une étude de l'impact du renoncement financier aux soins sur l'état de santé*. Paris: Institut de recherche et documentation en économie de la santé IRDES.

FORSbase. 2013. Recherches, détails – Jeunes retraité-e-s à revenus modestes dans le canton de Vaud: accès aux soins et pratiques de santé, entre le nécessaire et le facultatif (RENO). Lausanne: UNIL, https://forsbase.unil.ch/project/study-public-detail/12082/ (02.03.2015).

Frohlich, Katherine L., Louise Potvin, Patrick Chabot et Ellen Corin. 2002. A theoretical and empirical analysis of context: neighbourhoods, smoking and youth. *Social Science & Medicine* 54(9): 1401–1417.

Gillabert, Gaël et Viviane Keller. 2012. *Indicateurs de développement durable pour le canton de Vaud (mise à jour 2012).* Lausanne: Etat de Vaud.

Graham, Hilary. 2002. Building an interdisciplinary science of health inequalities: the example of lifecourse research. *Social Science and Medicine* 55(11): 2005–2016.

Guessous, Idris, Jean-Michel Gaspoz, Jean-Marc Theler et Hans Wolff. 2012. High prevalence of forgoing healthcare for economic reasons in Switzerland: a population-based study in a region with universal health insurance coverage. *Preventive medicine* 55(5): 521–527.

Guggisberg, Jürg. 2006. *Prévoyance et situation économique des personnes retraitées et préretraitées: analyse du module « Sécurité sociale » de l'Enquête Suisse sur la Population Active (ESPA) 2002.* Neuchâtel: Office Fédéral de la Statistique.

Heisler, Michele, Kenneth M. Langa, Elizabeth L. Eby, A. Mark Fendrick, Mohammed U. Kabeto et John D. Piette. 2004. The health effects of restricting prescription medication use because of cost. *Medical care* 42(7): 626–634.

Heisler Michele, Todd H. Wagner et John D. Piette JD. 2005. Patient strategies to cope with high prescription medication costs: who is cutting back on necessities, increasing debt, or underusing medications? *Journal of Behavioral Medicine* 28(1): 43–51.

Höpflinger, François. 1997. *Le développement de la pauvreté et du risque de pauvreté chez les futurs retraités.* Zurich: Pro Senectute Suisse.

Jaccard Ruedin, Hélène et France Weaver. 2009. *Ageing Workforce in an Ageing Society: How Many Health Professionals Will the Swiss Healthcare System Need by 2030?* Neuchâtel: Swiss Health Observatory.

Litwin, Howard et Eliyahu V. Sapir. 2009. Forgone health care due to cost among older adults in European countries and in Israel. *European Journal of Ageing* 6(3): 167–176.

Mackenbach, Johan P. 2012. The persistance of health inequalities in moderne welfare states: the explanation of a paradox. *Social Science & Medicine* 75:761–769.

Mielck, Andreas, Raphael Kiess, Olaf von dem Knesebeck, Irina Stirbu et Anton E. Kunst. 2009. Association between forgone care and household income among the elderly in five Western European countries – analyses based on survey data from the SHARE-study. *BMC Health Services Research* 9(1): 52.

OFS (Office fédéral de la statistique). 2012. Enquêtes, sources – Statistique de la population et des ménages (STATPOP). Neuchâtel: OFS, http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/infothek/erhebungen__quellen/blank/blank/statpop/02.html (22.05.2014).

OFS (Office fédéral de la statistique). 2013. *Etat de santé, renoncement aux soins et pauvreté – Enquête sur les revenus et les conditions de vie (SILC) 2011.* Neuchâtel: OFS.

OFS (Office fédéral de la statistique). 2014. *Statistiques de la santé 2014.* Neuchâtel: OFS.

OVAM (Office vaudois de l'assurance maladie). 2014. Barème indicatif pour les subsides 2014. OVAM, http://www.vd.ch/themes/social/prestations-assurances-et-soutien/assurance-maladie/subsides (01.12.2014).

Pilgram, Amélie et Kurt Seifert. 2009. *Vivre avec peu de moyens. La pauvreté des personnes âgées en Suisse.* Zurich: Pro Senectute.

Regamey, Caroline. 2011. Assurance-maladie: un système victime de sa complexité qui pénalise les assuré-e-s. *Dossier du mois de l'ARTIAS* mai 2011. Yverdon-les-Bains: Association romande et tessinoise des institutions d'action sociale.

Rode, Antoine. 2010. Le « non-recours » aux soins des populations précaires, constructions et réceptions des normes. Thèse de doctorat, Science politique, Université Pierre Mendès-France-Grenoble II, France.

Sapin, Marlène, Dario Spini et Eric Widmer. 2007. *Les parcours de vie: de l'adolescence au grand âge.* Lausanne: Presse polytechniques et universitaires romandes.

Soulet, Marc-Henry. 2005. La vulnérabilité comme catégorie de l'action publique. *Pensée plurielle* 2(10): 49–59.

StataCorp. 2013. Stata Statistical Software: Release 13. Logiciel. College Station, TX: StataCorp.

Van Doorslaer, Eddy, Cristina Masseria et Xander Koolman. 2006. Inequalities in access to medical care by income in developed countries. *Canadian Medical Association Journal* 174(2) : 177–183.

Wanner, Philippe et Alexis Gabadinho. 2008. *La situation économique des actifs et des retraités.* Rapport de recherche n°1/08. Berne : Office fédéral des assurances sociales.

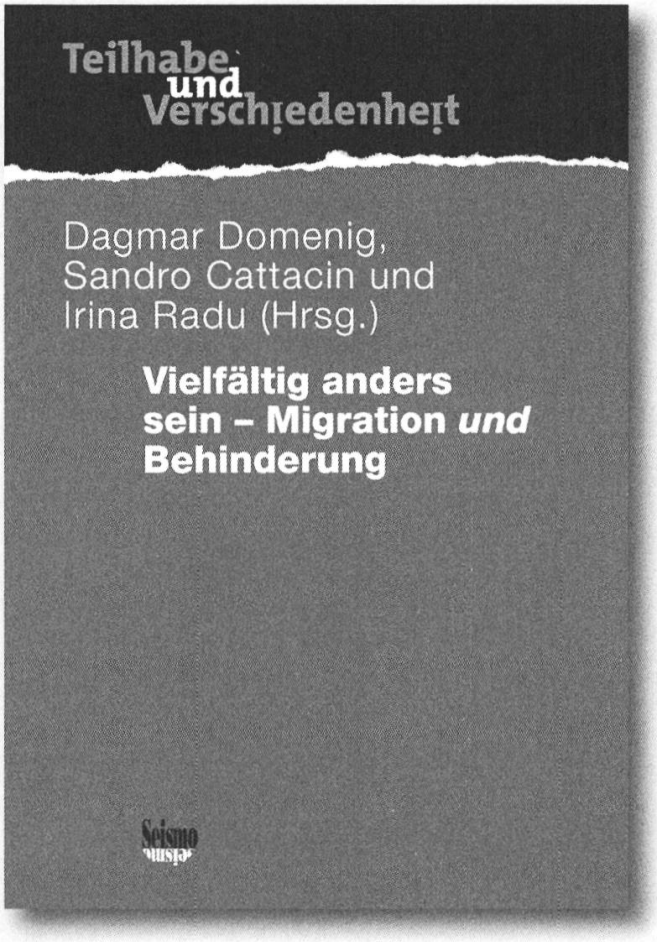
Wanner, Philippe, Astrid Stuckelberger et Alexis Gabadinho. 2003. *Facteurs individuels motivant le calendrier du départ à la retraite des hommes âgés de plus de 50 ans en Suisse.* Berne : Office fédéral des assurances sociales.

Warin, Philippe. 2012. Renoncement à des soins et précarité. Pp. 81–91 in *Le renoncement aux soins.* Actes du colloque du 22 novembre 2011 à Paris, dirigé par Bénédicte Boisguerin. Paris : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.

Williams, Gareth H. 2003. The determinants of health : structure, context and agency. *Sociology of Health & Illness* 25(3) : 131–154.

Seismo

www.seismoverlag.ch/info@seismoverlag.ch
www.editions-seismo.ch/info@editions-seismo.ch




Dagmar Domenig, Sandro Cattacin und Irina Radu (Hrsg.)

**Vielfältig anders sein – Migration *und* Behinderung**

Reihe
«Teilhabe und Verschiedenheit»

172 Seiten, ISBN 978-3-03777-144-0, SFr. 38.—/Euro 32.—
mit **Gratis-DVD mit dem Film «Dort ist hier»**

Kategorien der Vielfalt können zu Diskriminierungen und sozialem Ausschluss führen. Die Analyse der Merkmale des Andersseins bedingt auch die Auseinandersetzung mit Ungleichheiten. Solche werden im Buch am Beispiel von Migration und Behinderung interdisziplinär diskutiert.
Das Buch leistet einen Beitrag zur praktischen Arbeit mit Menschen mit Behinderungen, die eine Migrationserfahrung aufweisen. Darüber hinaus wird mit diesem Buch die konzeptuelle Diskussion zu Intersektionalität und erweiterten Identitäten angestossen.
Der zugehörige Film «Dort ist hier» veranschaulicht die Buchbeiträge mit Einblicken in den Alltag von drei Personen mit einer kognitiven Beeinträchtigung und Migrationserfahrung.

**Dr. Dagmar Domenig** ist Juristin, Sozialanthropologin und Pflegefachfrau. Ihre Schwerpunktthemen sind Migration und Gesundheit, transkulturelle Kompetenz, Umgang mit Verschiedenheit im Gesundheits- und Sozialwesen. Seit 2011 ist Domenig Direktorin der Stiftung Arkadis in Olten (www.arkadis.ch).

**Sandro Cattacin** ist Professor der Soziologie an der Universität Genf. Er ist Stadtsoziologe und setzt sich unter anderem mit Fragen des Ein- und Ausschlusses vulnerabler Gruppen auseinander. Mehr Informationen auf www.differences.ch.

**Irina Radu** ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Soziologischen Institut der Universität Genf und spezialisiert in audiovisuellen Methoden.