



ACTES DES ASSISES DE LA FAMILLE

Les vulnérabilités psychiques et sociales des familles :
Quelles barrières aux prestations ?
13 juin 2017, Université de Genève

Programme

- I. Allocution d'ouverture des Assises de la famille
Ida Koppen, Présidente d'Avenir Familles.....2
- II. Présentation
Mauro Poggia, Conseiller d'Etat, Département de l'emploi, des affaires sociales et de la santé.....4
- III. Résumé de la présentation de l'étude « vulnérabilité sociale et psychique : accès des familles vulnérables aux prestations socio-sanitaires ».
Eric Widmer et Claudine Burton-Jeangros, Professeur(e)s, Observatoire des familles, Université de Genève.....10
- IV. Résumé de la présentation « Le non-recours aux aides sociales. Le cas des familles à Genève. »
Barbara Lucas, Professeure, Haute école de travail social, HES-SO, Genève.....16
- V. Résumé de la présentation « Les addictions entre vulnérabilités biologiques, psychiques et sociales. »
Jacques Besson, Professeur, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Lausanne.....20
- VI. Résumé de la présentation « Le non-recours : un prisme intéressant pour analyser les vulnérabilités. »
Helena Revil, Chercheuse associée à l'ODENORE, Laboratoire PACTE/CNRS, Grenoble.....24
- VII. Atelier « Vulnérabilités économiques et de formation »
 - a. Points forts et conclusions.....28
 - b. Contribution SOS Femmes.....31

VIII.	Atelier « Vulnérabilités des migrations »	
	a. Points forts et conclusions	34
	b. Contribution du CCSI.....	36
IX.	Atelier « Vulnérabilités de santé »	
	a. Points forts et conclusions.....	40
	b. Contribution d'AGIS.....	42
X.	Atelier « Vulnérabilités familiales »	
	a. Points forts et conclusions.....	46
XI.	Réflexions et conclusions du colloque.....	50

Annexes – Présentations powerpoint

Annexe 1 :

Présentation de l'étude « vulnérabilité sociale et psychique : accès des familles vulnérables aux prestations socio-sanitaires ».	
<i>Eric Widmer et Claudine Burton-Jeangros, Professeur(e)s, Observatoire des familles, Université de Genève.....</i>	54

Annexe 2 :

« Le non-recours aux aides sociales. Le cas des familles à Genève. »	
<i>Barbara Lucas, Professeure, Haute école de travail social, HES-SO, Genève.....</i>	70

Annexe 3 :

« Les addictions entre vulnérabilités biologiques, psychiques et sociales. »	
<i>Jacques Besson, Professeur, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Lausanne.....</i>	76

Annexe 4 :

« Le non-recours : un prisme intéressant pour analyser les vulnérabilités. »	
<i>Helena Revil, Chercheuse associée à l'ODENORE, Laboratoire PACTE/CNRS, Grenoble.....</i>	90

Liste des participants.....	96
------------------------------------	-----------

I. Allocution d'ouverture des Assises de la famille

Ida Koppen, Présidente d'Avenir Familles

Monsieur le Conseiller d'Etat,
Chers collègues, chers amis,
Mesdames et Messieurs,

Bienvenus aux Assises de la famille 2017. C'est avec grand plaisir que je vous accueille aujourd'hui au nom des membres du Comité et de la Commission scientifique d'Avenir Familles.

Les deuxièmes Assises de la famille sont organisées par l'association Avenir Familles qui a été créée en 2015.

Chaque année, fin mai/début juin, Avenir Familles organise les Assises de la famille sur un thème d'actualité de la politique familiale dans le canton de Genève. Nous avons publié les actes des Assises 2016 sur le thème « La prise en charge extrascolaire et extrafamiliale des enfants de 4 à 18 ans » et après plusieurs rencontres de suivi avec des associations présentes aux Assises, un plan d'action a été mis au point et présenté aux membres du Conseil d'Etat et du Grand Conseil.

Cette année le thème des Assises est sur « Les vulnérabilités psychiques et sociales des familles : quelles barrières aux prestations ? »

Le programme des Assises 2017 se base sur des recherches faites par des chercheurs de l'Université de Genève, de Lausanne et de Grenoble sur les pratiques et besoins des familles.

Le programme inclut quatre conférences ce matin et quatre ateliers cet après-midi. Après l'allocution du Conseiller d'Etat, Monsieur Mauro Poggia, nous commencerons avec une présentation des professeurs Claudine Burton-Jeangros et Eric Widmer, responsable de l'Observatoire des familles de l'Université de Genève sur l'accès des familles vulnérables aux prestations socio-sanitaires.

La professeure Barbara Lucas de la Haute école de travail social de Genève, présentera son analyse du non-recours aux aides sociales des familles à Genève.

Après la pause café, nous aurons l'opportunité d'écouter la présentation du professeur Jacques Besson du Centre hospitalier universitaire vaudois de Lausanne sur les addictions entre vulnérabilités biologiques, psychiques et sociales. Helena Revil, chercheuse à l'ODENORE, l'Observatoire des non-recours aux droits et services, dispositif du Laboratoire PACTE du CNRS à Grenoble, parlera du non-recours comme prisme pour analyser les vulnérabilités.

Le but des Assises est de faire un lien entre les besoins des familles, la recherche scientifique et les réalités des professionnels de la famille afin d'apporter des éléments pertinents à la politique de la famille dans le canton. C'est pourquoi, pendant l'après-midi, nous nous retrouverons dans des ateliers, lors desquels nous élaborerons le thème des Assises du point de vu de la pratique.

Les quatre ateliers sont organisés selon les quatre éléments principaux de la vulnérabilité sociale et psychique :

1. les vulnérabilités économiques et de formation ;
2. les vulnérabilités liées à la migration ;
3. les vulnérabilités liées à la santé ;
4. les vulnérabilités des familles.

Nous aurons 1h30 pour répondre aux questions posées dans chaque groupe. La logistique des ateliers sera expliquée avant la pause du déjeuner.

Après les ateliers et la pause, un retour est prévu en plénum où nous aurons du temps pour formuler des conclusions ensemble. Le Comité d'Avenir Familles se charge de préparer un document adressé aux autorités cantonales avec des propositions concrètes pour améliorer l'accès des familles vulnérables aux prestations dans le canton.

Je termine mon allocution d'ouverture en soulignant que le but principal d'Avenir Familles est d'améliorer l'adaptation des mesures de soutien aux familles aux réalités familiales du canton de Genève, de mieux coordonner les initiatives dans le canton et de créer des synergies entre les différents acteurs privés et publiques. Nous espérons que cette journée d'échange contribuera à la diminution des barrières et à l'amélioration de l'accès des familles vulnérables aux prestations offertes dans le canton.

Je remercie les sponsors d'Avenir Familles :

- une fondation privée genevoise, dont le soutien généreux a permis la création d'Avenir Familles ;
- le pôle de recherche LIVES de l'Université de Genève et de l'Université de Lausanne, qui a soutenu l'organisation des Assises.

Je remercie également les membres du Comité, les membres de la Commission scientifique et les collaborateurs d'Avenir Familles pour leur engagement et leur travail précieux.

Merci à vous tous d'être venus. Merci à Monsieur Poggia. Votre présence est très appréciée. Je vous souhaite une très belle journée ; que le travail commence !

II. Présentation

Mauro Poggia, Conseiller d'Etat, Département de l'emploi, des affaires sociales et de la santé

Mesdames et Messieurs,

Je vous remercie de m'avoir invité à m'exprimer aujourd'hui, dans le cadre des Assises de la famille. En tant que magistrat en charge du département de l'emploi, des affaires sociales et de la santé (DEAS), il me tenait à cœur de prendre part à votre journée de réflexion car les thèmes, qui y seront abordés, se trouvent au centre des préoccupations du DEAS.

En effet, la question des vulnérabilités psychiques et sociales des familles se situe à la croisée des champs du social et de la santé. Elle touche à la fois la politique des aides sociales et celle de la santé, notamment en termes de prévention.

C'est pourquoi, après avoir brièvement rappelé les grandes lignes de la politique familiale en Suisse et à Genève, je passerai en revue l'ensemble des prestations sociales qui existent en faveur des familles à Genève et je conclurai ma présentation avec un complément d'informations sur les prestations d'ordre sanitaires, qui contribuent elles aussi à limiter les vulnérabilités familiales face à l'impact de facteurs psychiques et sociaux.

Introduction

Pour commencer, il convient de rappeler que, quel que soit le niveau socio-économique d'une famille, la charge financière inhérente aux enfants est importante. Or, dans certains cas, elle peut constituer un facteur d'exposition à la pauvreté. Par ailleurs, le risque de pauvreté des familles augmente, d'une part, avec le nombre d'enfants et, d'autre part, dans les situations de familles monoparentales.

Cette question préoccupe les pouvoirs publics en Suisse mais également dans l'ensemble des pays d'Europe. Tous s'efforcent de développer des politiques publiques visant à influencer ou atténuer la charge financière liée aux enfants.

Les soutiens ou incitations publiques aux familles peuvent prendre différentes formes :

- Il peut s'agir d'aides financières dédiées aux familles, de type et de niveau variés (par exemple, les allocations familiales ou les prestations spécifiques de type prestations complémentaires pour les familles (PCFam)).
- Il peut aussi s'agir de mesures fiscales visant à influencer positivement sur la situation socio-économique d'une famille, en incitant par exemple à un retour à l'emploi ou à une augmentation du taux d'activité et, par là, à une augmentation des revenus.

- Les pouvoirs publics peuvent également chercher à améliorer les conditions cadre qui favorisent la conciliation de la vie professionnelle et familiale, en agissant soit sur la situation des gardes, soit en améliorant la disponibilité de places de garde (en crèche notamment), soit sur les frais de garde, à la charge des parents. En effet, ces deux facteurs peuvent décourager le retour à l'emploi ou l'augmentation du taux d'activité et avoir ainsi un impact négatif sur le niveau des revenus d'une famille.

La politique familiale en Suisse

En matière de politique familiale, le canton de Genève a souvent été en avance par rapport aux autres cantons. La politique familiale en Suisse est d'ailleurs relativement peu développée sur le plan fédéral. Elle affiche des retards importants par rapport au reste de l'Europe et par rapport à Genève.

Permettez-moi de vous en donner quelques exemples :

- Je rappelle qu'en Suisse, l'assurance-maternité a été refusée par trois fois avant d'être acceptée en 2005.
- Je rappelle aussi que c'est seulement en 2009, que les allocations familiales ont été harmonisées.
- En Suisse, les prestations pour les familles représentent moins de 5% des dépenses sociales (soit 1.5% du PIB), 52.6% pour les retraités (10.5% du PIB), 21.1% pour la santé (7.3 % du PIB).
- En 2013, l'arrêté fédéral sur la politique familiale, qui prévoyait en particulier que la Confédération assure une "offre appropriée de structures extrafamiliales et parascolaires", a été accepté par le peuple, mais refusé par une majorité de cantons.
- Un autre problème significatif en Suisse est le manque de places d'accueil pour les 0-4 ans. L'offre en structures d'accueil extrafamilial proposée en Suisse est inférieure à la moyenne des autres pays de l'OCDE. Cette situation a un impact sensible sur les familles qui sont confrontées à d'importantes difficultés pour concilier vie professionnelle et vie familiale.

La politique familiale à Genève

Par rapport à ces éléments, le canton de Genève se démarque à plusieurs niveaux :

- Genève a mis sur pied une assurance-maternité antérieure et plus généreuse que le dispositif fédéral.
- Le système d'allocations familiales y est sensiblement plus généreux.

- Le canton de Genève est l'un des quatre cantons en Suisse à avoir mis en œuvre un système de prestations complémentaires familiales.
- En ce qui concerne l'offre d'accueil extrafamilial, elle est nettement plus importante à Genève qu'ailleurs en Suisse. De plus, elle continue de croître afin de répondre à une demande grandissante.
- Enfin, la volonté de développer une politique scolaire fondée sur le principe de l'école inclusive contribue également à faciliter la situation des familles.

Principales prestations en faveur des familles

Je vais maintenant vous présenter de manière plus détaillée les principales prestations qui existent à Genève, en faveur des familles. Celles-ci comprennent les allocations familiales, le régime de l'assurance maternité et la palette des prestations complémentaires famille :

- 1) En ce qui concerne les **allocations familiales**, elles sont, comme je l'ai dit avant, parmi les plus généreuses de Suisse :
 - Avec 300 francs pour l'allocation pour enfant, notre canton se situe à 100 francs au-dessus des minima fédéraux (soit 50% de plus).
 - Avec 450 francs pour l'allocation de formation, Genève se situe à 150 francs au-dessus des minima fédéraux (soit 50% de plus).
 - Un supplément de 100 francs est accordé aux familles comptant trois enfants ou plus.

En 2016, 730 millions de francs ont été versés au titre des allocations familiales à Genève. Ces prestations sont financées par les cotisations des employeurs.

- 2) **L'assurance-maternité** a, pour sa part, été mise en place en 2001, soit quatre ans avant la loi fédérale, qui est entrée en vigueur en 2005.

Depuis lors, la réglementation cantonale complète le régime fédéral et maintient à Genève un régime d'allocations de maternité plus généreux en termes de montants, puisque les planchers et les plafonds genevois sont plus élevés, et en termes de durée, puisque notre canton prévoit 16 semaines (112 jours) contre 14 semaines selon la loi fédérale.

En outre, le droit à l'allocation en cas d'adoption a été maintenu dans le canton de Genève. Le surcoût global pour les employeurs et les employés est d'environ 25 millions de francs par an.

- 3) Avec le canton de Vaud, le Tessin et Soleure, Genève est l'un des rares cantons suisses à avoir déjà mis en œuvre des **prestations complémentaires destinées aux familles** :

- Les prestations complémentaires familiales (PCFam) ciblant les familles de travailleurs pauvres, sont entrées en vigueur à Genève le 1^{er} novembre 2012. A fin 2016, 1'380 familles, représentant 4'902 personnes, bénéficient de ces prestations. La dépense 2016 globale au titre des PCFam a été supérieure à 19.5 millions de francs (hors subsides versés par le service de l'assurance-maladie (SAM), soit 6 millions de francs).
 - Le subside LAMal offre une aide financière pour les primes d'assurance-maladie (DEAS) des jeunes adultes et des enfants :
 - ❖ Pour les enfants, les primes sont prises en charge à hauteur de 130 francs en cas de droit à un subside complet (HG et SPC), de 100 francs pour le subside ordinaire, de 75 francs et de 65 francs pour les groupes de revenu D2 et D3. En 2015, plus de 30'199 enfants ont bénéficié du soutien du SAM.
 - ❖ En ce qui concerne les jeunes adultes, les primes sont financées à hauteur de 521 F par mois en cas de subside complet (HG et SPC) et de 261 francs pour le subside ordinaire. En 2015, 7'501 jeunes adultes ont bénéficié du soutien du SAM.
 - Le canton de Genève offre également des prestations complémentaires cantonales AVS/AI. Les montants prévus sont plus généreux que ceux des prestations complémentaires fédérales. Ainsi, pour les familles au bénéfice de prestations complémentaires AVS/AI, les montants prévus par enfant sont fixés à 12'831 francs pour les deux premiers enfants, contre 10'080 F au niveau fédéral, soit 27% de plus. Les montants sont également plus généreux pour les enfants supplémentaires. A fin 2016, 1'985 enfants (0-25 ans) bénéficiaient de prestations complémentaires familiales (PCFam) et/ ou prestations complémentaires cantonales.
- 4) Parmi les autres prestations en faveur des familles vulnérables, n'oublions pas de citer l'aide sociale. En effet, l'Hospice général peut également intervenir pour soutenir les familles dans le besoin. 4'533 familles avec enfant(s), dont 2'833 familles monoparentales, bénéficiaient de prestations d'aide sociale à fin 2016 (soit 28% des dossiers de l'HG).
- 5) Enfin, la dernière action de soutien en faveur des familles relève de mesures qui s'articulent au niveau de la fiscalité :
- Ainsi, Genève a mis en œuvre la pratique du splitting complet pour ne pas désavantager les couples mariés.
 - Par ailleurs, notre canton offre la possibilité d'une déduction fiscale forfaitaire de 10'000 francs par enfant (contre 6'500 francs sur le plan fédéral).
 - Il est aussi permis de déduire les frais de garde à concurrence maximale de 4'000 francs (et là je signale que notre voisin fait mieux puisque les ménages vaudois peuvent déduire jusqu'à 7'000 francs de frais de garde.)

- A Genève, on peut aussi déduire les primes d'assurance-maladie effectives (maximum PMCx2, contre 1'800 francs par adulte dans le canton de Vaud).
- Enfin, il est à relever que, de manière générale, le cumul entre les déductions admises et la progressivité des barèmes fiscaux tend à faire que les familles les plus pauvres ne paient pas d'impôts à Genève. Ainsi, un couple avec 2 enfants avec un revenu de 90'000 F paie environ 6'200 F d'impôt dans le canton de Vaud (à Lausanne) contre 1'600 F à Genève (en ville de Genève).

Mesdames et Messieurs, comme vous pouvez le constater, la politique familiale à Genève est bien développée en comparaison avec le dispositif minimal prévu au niveau fédéral. La législation cantonale est non seulement bien souvent, plus généreuse que la législation fédérale (allocations familiales, assurance-maternité) mais en plus, elle peut prévoir des dispositifs supplémentaires (PCFam). D'autre part, en ce qui concerne la politique d'accueil extrafamilial, comme je l'ai relevé au début de ma présentation, le nombre de places disponibles à Genève est, quant à lui, supérieur à la moyenne suisse.

A l'ensemble des éléments de prestations sociales que je viens de citer, je rappelle aussi que plusieurs actions ont été mises en œuvre par le département de l'instruction publique (DIP), en collaboration avec les communes, afin de développer une politique scolaire fondée sur l'école inclusive et d'augmenter l'offre en matière d'accueil parascolaire grâce à la montée en puissance du Groupement intercommunal pour l'animation parascolaire (GIAP).

Pour ce qui relève encore à proprement parler de l'action du DEAS, il reste un domaine aussi où nous nous engageons pour soutenir les familles par rapport à la question des vulnérabilités psychiques et sociales et celle de l'accès aux prestations. Il s'agit du domaine de la prévention et de la santé mentale.

A ce titre, mon département soutient les activités d'une des associations qui participe aux Assises de la famille : le Mouvement populaire des familles (MPF).

Cette année, nous avons financé, à hauteur de 40'000 francs, le programme "*Devenir acteur de sa santé*" du Mouvement populaire des familles visant à donner aux familles les outils nécessaires pour devenir acteurs de leur santé.

A travers des ateliers, des conférences et la diffusion de brochures et d'articles dans le journal mensuel de l'association, le programme du MPF favorise le développement des connaissances et des compétences individuelles en matière de santé afin de permettre aux individus et aux familles d'agir en faveur de leur santé.

Je salue notamment le choix et la pertinence des thématiques traitées dans le cadre de ces cinq ateliers mis sur pied par le MPF en collaboration avec quatre associations et trois communes.

Ainsi, plusieurs aspects essentiels en lien avec la santé des citoyennes et de citoyens y ont été abordés :

- la définition même de la santé et la gestion de la santé;
- les droits et les devoirs des patients dans le cadre des traitements et de la relation thérapeutique;

- les coûts et les enjeux macro-économiques de la santé (et le rôle joué par tous les acteurs de la santé);
- les enjeux d'avenir de la santé (notamment le développement de la médecine informatique et du dossier électronique du patient);
- et enfin, les inégalités sociales de santé et comment l'individu peut agir pour limiter leurs effets négatifs sanitaires. Cet aspect touche particulièrement les personnes les plus vulnérables, parmi lesquelles de nombreuses familles souvent monoparentales. Cette question est donc fondamentale et je remercie le MPF de lui donner la place qu'elle mérite.

Cette série de cinq ateliers a connu un beau succès. Le nombre de place ayant été volontairement limité pour favoriser les échanges entre participants, je précise que, pour celles et ceux que cela intéresse, l'édition de juin du journal '*Le Monde du Travail*' publié par le MPF traitera de l'ensemble de ces thématiques.

Conclusion

Mesdames et Messieurs, me voici venu au terme de ma présentation qui, je l'espère, vous aura apporté un éclairage satisfaisant sur la politique cantonale sociale et sanitaire en faveur des familles et sur le rôle du DEAS pour favoriser l'accès aux prestations sociales et pour limiter les vulnérabilités familiales face à l'impact négatif de facteurs psychiques et sociales.

Je vous souhaite beaucoup de plaisir et d'intérêt dans la poursuite de cette journée de réflexion. Que ces Assises soient riches d'enseignements et de nouvelles idées dont je me réjouis de prendre connaissance. Qu'elles vous inspirent aussi dans la poursuite de votre action autour du domaine du soutien aux familles.

Je vous remercie de votre attention et vous souhaite une belle journée.

III. Résumé de la présentation de l'étude « vulnérabilité sociale et psychique : accès des familles vulnérables aux prestations socio-sanitaires.

Eric Widmer et Claudine Burton-Jeangros, Professeur(e)s, Observatoire des familles, Université de Genève

1^{ère} partie : Présentation de Claudine Burton-Jeangros, partie qualitative

Depuis quelques décennies, nous sommes entrés dans une phase d'individualisation associée à de nouvelles formes de risques sociaux (instabilité des familles, du marché de l'emploi) et de précarité, qui ont amené une série de types de vulnérabilité. Dans le même temps, la crise de l'Etat-providence a provoqué le déclin des moyens étatiques permettant d'assurer le filet social de protection.

2. Contexte théorique

La vulnérabilité est une dynamique de stress et de ressources tout au long du parcours de vie. Elle est multidimensionnelle, dans le sens où elle ne concerne pas un seul aspect de la vie (liens entre santé-travail-famille) ; multiniveaux car la vulnérabilité d'un individu peut ou non affecter le groupe ; multidirectionnelle puisque les cohortes qui se succèdent ont vécu dans des périodes différentes avec des vulnérabilités et des prestations distinctes.

3. Etude qualitative

Dans ce contexte et dans le cadre de l'Observatoire des familles, une étude a été mise sur pied visant à évaluer les dispositifs institutionnels et les dispositions familiales pour prévenir les situations de vulnérabilité sociale et psychique à Genève. Les deux questions de recherche sont :

- * Est-il facile d'accéder aux prestations en cas de problèmes sociaux, de maladies psychiques ? Dans quelle mesure les professionnels de la santé psychique et les services sociaux atteignent les familles vulnérables ?
- * Est-ce que la famille est réactive face aux problèmes sociaux et psychiques d'un de ses membres ?

Trois focus groups, regroupant 18 professionnels travaillant en lien avec les familles et actifs dans le canton de Genève, ont été organisés. L'analyse thématique des retranscriptions des entretiens s'est organisée autour de la caractérisation, par les professionnels, des familles vulnérables à Genève aujourd'hui et l'accès de ces familles aux prestations socio-sanitaires du canton.

4. Caractéristiques des familles vulnérables selon les professionnels

Il ressort des entretiens, qu'il y a différentes formes de vulnérabilités, qui sont les vulnérabilités psychiques d'une part et les vulnérabilités sociales et économiques d'autre part. Le plus souvent, on voit une articulation entre les différentes formes de vulnérabilité. Le cumul de ces vulnérabilités apparaît clairement quand on aborde cette question sous l'angle de la famille, car on voit comment un individu souffrant impacte le groupe familial.

La famille peut agir comme ressource, dans les moments de vulnérabilité tout en étant elle-même une source de vulnérabilité.

5. Les facteurs de la vulnérabilité

- * Les transitions du parcours de vie (entrée dans la vie adulte ; 1^{er}, voire 2^{ème} enfant ; séparation/divorce ; cap des 50 ans ; retraite et vieillesse). Dans ces moments, on parle de vulnérabilité, quand les ressources à disposition ne suffisent pas à faire face au stress induit par le changement.
- * La migration (formation plus limitée ; problème linguistique ; pression financière de la famille restée au pays ; statuts légaux précaires ; crainte de perdre le permis en cas de recours à l'aide sociale).

6. Difficultés d'accès aux prestations socio-sanitaires selon les professionnels

Des freins existent **du côté des familles**, qui n'ont pas envie d'aller chercher de l'aide ; elles y vont tardivement après avoir épuisé toutes les ressources internes au groupe familial. Les professionnels parlent aussi d'un manque d'informations sur les droits sans que cela soit un facteur prépondérant. Certaines familles mettent en avant la responsabilité individuelle de s'en sortir et veulent maintenir leur sphère privée en évitant un contrôle social. La discrimination et l'étiquetage sont également des facteurs d'empêchement des demandes d'aide.

Du côté des prestations, la complexité du système et sa fragmentation sont souvent évoqués. Genève dispose d'un réseau de prestations institutionnel et associatif qui rend difficile l'adéquation des mesures de soutien aux besoins. Les mesures administratives (prestations complémentaires familiales) sont également jugées trop complexes. Cette fragmentation, qui implique aussi une grande diversité, est aussi potentiellement un avantage lorsque les usagers sont bien orientés, car l'offre est très variée.

Certaines prestations ne sont pas pensées ou pensées selon un seul critère, voire elles sont pensées pour des individus et non pour le cadre familial.

Tension entre la protection des données (absence d'un fichier central) et le côté répétitif des demandes (nécessité de rappeler sa situation).

La surcharge des services et le manque de ressources sont également relevés.

7. Conclusion

Complexité des formes des vulnérabilité et transmission à travers le groupe familial. Diversité et richesse des prestations, qui posent la question de l'accessibilité du système.

2ème partie : Présentation d'Eric Widmer, partie quantitative

Cette deuxième partie se centre sur la vulnérabilité conjugale, la vulnérabilité des couples. Les couples sont un objet d'étude important, parce que quand on demande aux personnes, en Suisse, le principal ingrédient de leur bonheur, le bonheur conjugal vient parmi les premières raisons ; réussir son couple, c'est, à quelque part, réussir sa vie.

D'autre part et dans notre pays, ne pas être en couple, particulièrement avec des enfants, est un facteur d'appauvrissement.

1. Questions de recherche

Les questions de recherche sont :

- * Quels sont les facteurs favorisant le recours des couples aux professionnels ?
- * Quel est l'impact du recours aux professionnels sur la qualité des relations conjugales, sur le court terme, et sur le long terme ?

La qualité des relations conjugales est mesurée par la satisfaction exprimée par le couple, la fréquence des conflits et le type de problèmes (communication, coordination, se faire à la personnalité de l'autre, intimité...) rencontrés par le couple durant son parcours. Cette dimension ne se limite pas au fait de savoir si le couple a connu une séparation.

2. Méthodologie

La base de données est issue d'une étude qui a débuté en 1998 et qui cherchait à faire un état du couple en interviewant 1'534 couples sur l'ensemble du territoire national. L'homme et la femme ont été interviewés séparément. Cette étude a été reconduite en 2004 et 2011 avec une 4^{ème} vague en 2017. La perspective longitudinale permet de développer les effets de la manière dont les couples gèrent les conflits sur la qualité de la relation.

3. Facteurs influençant positivement le recours aux professionnels

Le premier facteur influençant positivement le recours aux professionnels est l'ouverture du couple vers l'extérieur, le deuxième étant l'importance des problèmes conjugaux. D'autre part, les couples favorisés, à la fois du point de vue de leur insertion sociale, mais aussi de leur accès aux ressources économiques et culturelles, font davantage recours aux professionnels que les autres, ceci principalement lorsqu'il s'agit de la femme.

Du point de vue des hommes, le recours aux professionnels est plus contingent à la vulnérabilité psychique de l'homme, ses pensées de séparation et son insatisfaction.

4. Les modes de gestion des conflits

Est-ce que le fait de consulter des professionnels du couple a un effet positif ou non sur la qualité des relations conjugales ?

Si on prend les gens qui ont consulté en 1998 et que l'on regarde la qualité de la relation en 2011, on constate qu'il n'y a aucun effet statistiquement significatif. En fait, le recours aux professionnels doit être interprété comme une pratique parmi d'autres. Il faut distinguer 5 types de gestion des conflits selon les caractéristiques de gestion du couple, qui sont : La mauvaise gestion du conflit (16%) ; la gestion du conflit unilatérale masculine (22%) ; la gestion du conflit féminine (16%) ; la gestion du conflit passive (21%) et la gestion du conflit active (25%). Le type, qui nous intéresse le plus comprend les couples qui pratiquent la gestion active et représentent 25% des interviewés. Ils font massivement appel aux professionnels tant du point de vue de la femme, que de l'homme.

La gestion des conflits passive et active présente une satisfaction conjugale plus forte et se révèle plus adaptée que la gestion unilatérale, soit de l'homme ou de la femme.

On retrouve les mêmes résultats quand on considère l'anticipation de la séparation. Les modes de gestion actifs et passifs ont des effets beaucoup plus positifs, que les trois autres.

En conclusion, les modes de gestion des conflits passifs et actifs sont associés à une probabilité plus élevée d'être ensemble en 2011, que les autres modes. Le mode de gestion actif augmente singulièrement les chances d'être encore ensemble en 2011, puisque la probabilité est six fois plus élevée d'être encore ensemble en 2011 avec un mode de gestion actif par rapport à un mauvais mode de gestion.

Il faut noter que le recours à des thérapies de couple, n'est pas le même selon les ressources à disposition des couples (culturelles, financières, intégration sociale et rapport à l'environnement). Pour certains milieux, venir en thérapie est une démarche compliquée.

L'accès aux professionnels a un effet positif, s'il s'inscrit dans un ensemble de démarches dynamiques de la part des conjoints et ne doit pas être considéré comme un outil, qui par lui-même, réglerait les problèmes du couple.

IV. Résumé de la présentation « Le non-recours aux aides sociales. Le cas des familles à Genève. »

Barbara Lucas, Professeure, Haute école de travail social, HES-SO, Genève.

1. Eléments de contexte

Les transformations sociales et économiques des quarante dernières années ont engendré de nouvelles formes de pauvretés qui touchent les familles. Les prestations financières contribuent à réduire la pauvreté; or, certaines personnes n'en bénéficient pas. Ce phénomène de non-recours questionne la capacité des politiques sociales à atteindre leurs objectifs en termes de réduction de la pauvreté, mais aussi d'insertion sociale, notamment à l'égard des familles vivant en situation de précarité.

2. Le non-recours aux aides sociales

Le terme de « non-recours » regroupe deux notions: l'idée de la **non-demande** et celle de la **non-réception** (la personne a effectué une démarche pour demander une prestation, mais n'en a pas bénéficié). Les taux de non-recours se situent entre 40 et 60% dans les pays de l'OCDE. Ils varient selon les types de prestations. De manière générale, les taux sont plus élevés dans le cas de prestations sous conditions de ressources.

Les principaux motifs du non-recours identifiés dans les recherches sont: le manque d'information ou de compréhension ; le niveau et la durée des prestations, jugés insuffisants; des procédures administratives lourdes et complexes; la crainte de la stigmatisation, des valeurs incompatibles avec le fait de demander de l'aide, les conditions liées à l'offre.

Certains facteurs de vulnérabilité, comme l'isolement social, augmentent la probabilité du non-recours.

3. Que sait-on du non-recours en Suisse ?

Le phénomène du non-recours est encore relativement invisible en Suisse par contraste notamment avec la France, qui dispose d'un Observatoire du non-recours, mais on constate une récente dynamique de recherche sur ce thème, dans le canton de Berne ainsi qu'en Suisse romande. Selon les premières estimations effectuées au milieu des années 1990, les taux de non-recours variaient entre 45 et 86 %, en fonction de la définition des aides sociales retenue. Les chiffres les plus récents indiquent 26.3% de non-recours à l'aide sociale dans le canton de Berne, un phénomène beaucoup plus important en milieu rural qu'urbain.

Les rares études menées en Suisse sur ce thème ont permis de pointer un certain nombre de raisons permettant d'expliquer le non-recours : l'importance de la honte ; le refus de la dépendance à l'Etat ; la crainte de perdre son permis de séjour ; la complexité des procédures administratives et la crainte de la stigmatisation notamment.

A la HETS de Genève, deux projets de recherche portent actuellement sur le non-recours aux prestations sociales financières. Un projet prévoit de quantifier le non-recours dans le canton de Genève, sur la base d'une analyse des principales prestations fédérales et cantonales. La seconde recherche, qualitative, vise à comprendre le non-recours dans une perspective de genre, en se focalisant sur le cas des familles. Elle est financée par la HES-SO Genève, avec la participation de l'Hospice général, de la Ville de Genève, du CSP et de Caritas.

4. Comprendre le non-recours des familles

Bien que des travaux précurseurs se soient intéressés dans les années 1960 aux prestations pour les mères célibataires (en Grande-Bretagne) ou à l'effet de la stigmatisation des familles afro-américaines (aux Etats-Unis) il n'y a que peu d'études thématiques spécifiquement la famille, le type de ménage et/ou l'importance du genre dans le non-recours.

Statistiquement, le non-recours apparaît moins important que la moyenne chez les ménages monoparentaux et plus important chez les couples avec enfants. Du point de genre, les hommes seuls seraient les plus susceptibles de ne pas recourir aux prestations sociales. Toutefois, nous sommes face à une relative indétermination. En effet, les résultats sont souvent statistiquement peu significatifs et, dispersés entre une multiplicité de prestations, ils apparaissent parfois contradictoires (dans certains cas, les taux de non-recours sont plus élevés chez les hommes, dans d'autres plus élevés chez les femmes par exemple), ce qui plaide pour une analyse des combinaisons de facteurs permettant d'expliquer le non-recours. De plus, ce type de résultats rappelle l'importance des analyses qualitatives permettant d'intégrer les contextes sociaux, politiques et institutionnels et la manière dont ils sont perçus afin d'aboutir à une meilleure compréhension des phénomènes sociaux.

Comprendre le non-recours aux prestations financières cantonales et municipales est précisément un des buts de la recherche de la HETS, qui s'intitule « Le non-recours aux prestations sociales à Genève. Quelles adaptations de la protection sociale aux attentes des familles en situation de précarité ? » Dans le cadre de cette étude, nous avons mené à ce jour 36 entretiens semi-directifs auprès de parents, pères ou mères n'ayant pas recouru à au moins une prestation sociale. Du point de vue de leur situation sociale et économique, ces personnes correspondent aux groupes que Serge Paugam a qualifiés de « fragiles » ou vivant une « assistance différée », les deux premières étapes vers ce qu'il nomme la disqualification sociale. Dans le cadre de cette présentation, j'ai choisi d'explorer nos données en lien avec deux questions qui permettent de souligner l'importance sociale de ce qui se joue dans les familles.

Le non-recours, est-il une affaire de famille ?

La famille est un lieu de socialisation et selon certains auteurs, la transmission familiale de certaines normes, valeurs ou pratiques contribuerait à expliquer le non-recours. On retrouve cette hypothèse dans les travaux des années 1960 sur la « culture de la pauvreté » qui décrivent des attitudes de méfiance et de retrait vis-à-vis de l'Etat social qui, transmises de génération à génération contribueraient à perpétuer l'état de pauvreté. A cet argument s'est opposée l'affirmation politique conservatrice d'une « culture de la dépendance à l'Etat » que partageraient certaines catégories de population (migrantes notamment). Cette récupération du concept de culture de la pauvreté explique que la recherche dans ce domaine ait été mise en veilleuse durant plusieurs décennies.

Selon les premiers résultats de notre étude, les personnes interviewées invoquent fréquemment leurs propres parents en tant que modèle, afin d'expliquer leur réticence à demande de l'aide. Des valeurs familiales sont notamment mises en avant (la force, le travail). D'autre part, une partie de nos interlocutrices et interlocuteurs présentent le non-recours comme une manière de se montrer exemplaires vis-à-vis de leurs propres enfants. Il faut préciser - avec les précautions nécessaires dues au caractère intermédiaire de ces résultats - que ces propos s'inscrivent alors dans un ensemble de normes parentales que l'on retrouve dans toutes les classes sociales. Par ailleurs, notons que ces mêmes valeurs ou normes de parentalité qui sont évoquées en lien avec le non-recours sont aussi mobilisées dans des récits mettant en scène les qualités de persévérance et l'attitude combative ayant permis aux personnes de faire valoir leur droit.

Est-ce que le non-recours a un sens différent pour les pères ou les mères ?

La dimension subjective du rapport à la précarité est peu étudiée sous l'angle du genre. Nos premiers résultats vont dans le sens d'une récente étude menée en France (Braconnier et Mayer 2015) et nous permettent de formuler deux hypothèses originales en lien avec le genre du non-recours. De façon schématique et encore provisoire, on peut résumer les choses ainsi :

Dans les entretiens, les hommes tendent à convoquer leur identité professionnelle avant leur identité de père ou de citoyen et expriment leur préoccupation de rester ou redevenir capable de gagner leur vie et de subvenir à l'entretien de leur famille. Dans ce cadre, ils manifestent leur volonté de lutter contre la disqualification sociale dont ils se sentent menacés. Leur rapport aux institutions et aux aides financières est fortement coloré par cette lecture descendante de leur trajectoire. Ces résultats provisoires nous laissent à penser que le « non-recours masculin » se comprend comme une tentative d'éviter un surcroît de discrédit social.

Les femmes interviewées, par contraste, convoquent des identités multiples (mères, travailleuses, citoyennes) durant les entretiens. Elles expriment pour la plupart leurs préoccupations en termes concrets de logement adapté, de formation ou de garde d'enfant. On décèle par ailleurs dans le discours de nombreuses femmes interrogées une double demande de qualification professionnelle et d'émancipation, dans le cadre d'une trajectoire perçue comme potentiellement ascendante. Le rapport des femmes aux institutions et aux aides financières s'exprime souvent à travers des considérations sur l'utilité (ou plutôt l'inutilité) perçue des prestations au regard de leurs attentes. Ces considérations s'inscrivent parfois dans le cadre de stratégies d'ascension sociale. De façon certes exploratoire, nous comprenons ce non-recours « féminin » comme la conséquence de l'inadéquation perçue de l'offre de prestations aux aspirations des mères en situation de précarité.

5. Conclusion

Le non-recours est encore peu documenté en Suisse. De manière générale, l'information, la complexité, les procédures sont des causes relativement bien identifiées du non-recours aux prestations sociales. En revanche, on sait moins de choses sur le sens que les personnes en situation précaire donnent au fait de demander ou ne pas demander une aide financière.

Si le coût que représentent les familles à l'aide sociale fait couler beaucoup d'encre, la non-demande des familles est par contraste particulièrement peu étudiée.

Dans ce contexte, il est important d'écouter les parents sur leurs motifs de ne pas recourir en lien avec leurs expériences (genrées) de la précarité. Ainsi, l'étude du non-recours pourra permettre de questionner non seulement l'effectivité, mais aussi la pertinence des offres destinées aux familles. Ainsi considéré, le non-recours peut devenir un outil au service d'une politique sociale qui tient compte des attentes des personnes en situations précaires. Il n'est pas interdit de penser que l'effectivité d'une politique repose aussi sur ce paramètre.

V. Les addictions entre vulnérabilités biologiques, psychiques et sociales.

Jacques Besson Professeur, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Lausanne.

1. Eléments de contexte

La Suisse a été marquée par les scènes ouvertes de la drogue des années 90 (Letten,...) et a cherché des réponses collectives à cette problématique socio-sanitaire. Il en a résulté la politique suisse des 4 piliers (prévention, répression, thérapie et aide à la survie), qui est inscrite dans la loi.

La préoccupation actuellement est l'abaissement de l'âge des consommateurs et l'accessibilité toujours plus grande des substances. Il en résulte une situation préoccupante de polymorbidité, qui met aux défis nos institutions de trouver des réponses adéquates. Depuis 30 ans, un combat a été mené pour passer d'un discours sur les drogues à un discours sur l'addictologie. Il faut passer d'un jugement moral à un discours clinique et scientifique. Une nouvelle science, l'addictologie a émergé, qui s'appuie sur les neurosciences et les sciences humaines.

2. Vignettes cliniques

Entre le jeune homme insomniaque qui fume du cannabis quotidiennement, le représentant de commerce qui consomme un litre d'alcool par jour, la mère de famille toxicomane, l'employé de banque qui consomme de la cocaïne pour être plus performant, le transsexuel qui souffre d'abcès sur les points d'injection et l'adolescent qui sniffe de l'héroïne, les cas et les prises en charge sont extrêmement variés.

3. Les types de substances

Il y a trois groupes de substances psycho-actives : Les sédatifs ou psycholeptiques ; les stimulants ou psychoanaleptiques et les substances psycho-actives.

4. Eléments de classification et de diagnostic

Les abus de substances psycho-actives sont répertoriés dans la catégorie des troubles mentaux et de comportement par l'OMS sous la lettre F. On y trouve l'alcool, les opiacés, les dérivés du cannabis, les sédatifs, la cocaïne, les stimulants (caféine), le tabac... A cette classification, on ajoute un caractère de .0 à .9, qui qualifie la consommation (utilisation aiguë, nocive, syndrome de dépendance, de sevrage,...).

Au niveau de la consommation d'alcool, on considère que 5% de la population suisse a un problème sévère et 20% présente un risque élevé de problèmes potentiels.

Comme le cannabis est illégal, on ne dispose pas de chiffres précis, mais on estime de 0.8 à 25%, le pourcentage de la population suisse dépendante.

5. Quelques fondements neurobiologiques

Des études ont été menées chez l'animal et chez l'homme pour déterminer les systèmes impliqués lors de la prise de drogue, qui ont permis de mettre à jour le rôle de la dopamine (un neurotransmetteur). La dopamine interagit avec le cerveau du plaisir. La cocaïne mobilise le même système en agissant sur le centre du plaisir et des émotions.

Le stress est un grand neuro modulateur et constitue une vulnérabilité pour les addictions. La peur, l'anxiété et l'addiction sont dans un rapport étroit. L'amygdale, placée dans le cerveau, accorde une balance émotionnelle à tout ce qui arrive dans le cerveau.

La génétique de l'addiction a été découverte grâce à des études sur des jumeaux, qui ont montré qu'il y a plusieurs gènes porteurs de la vulnérabilité en matière d'addiction. Un enfant, qui a une génétique à risque dans une famille qui exprime le comportement, sera porteur, non seulement d'une vulnérabilité biologique, mais aussi psycho éducationnelle.

Le cerveau est une galaxie de neurones en mouvement, qui connecte toujours de nouvelles possibilités. Une personne qui a eu un comportement addictif pendant plusieurs années, même après une longue période de sevrage, lorsqu'elle retouche à la drogue ou l'alcool, retombe immédiatement dans la dépendance (mémoire de l'addiction).

6. Approche thérapeutique en 5 dimensions

Il existe des cas de guérisons spontanées, d'environ 30%. Souvent ce sont des facteurs spirituels qui aident les gens à s'en sortir sans traitement. Les médecins recherchent la cause des maladies (pathogénèse), mais en psychiatrie sociale on pratique la salutogénèse, c'est-à-dire qu'on regarde avec le patient quelles sont les solutions dans son avenir et on élabore des projets pour un futur meilleur.

Les patients sont très hétérogènes et les institutions ont été pendant longtemps idéologiquement orientées. On travaille aujourd'hui sur les clivages du réseau et on a réconcilié le médical et le social en travaillant ensemble sur la notion de seuil. On prend le patient où il est et on lui donne les moyens de progresser vers son rétablissement avec des établissements plus ou moins tolérants aux difficultés.

Un modèle a été établi pour faire une évaluation de l'addiction en cinq dimensions (somatique, psychiatrique, motivationnelle, crise et ressources). Les gens ont besoin de sens. La psychothérapie des addictions propose un programme interaxes en

conjuguant des psychothérapies familiales, des approches systémiques familiales, individuelles, groupales,...

Des programmes ont été mis sur pied, qui s'appuient sur les traitements de substitution. Le couvercle est constitué des antidépresseurs et entre les deux des phases s'installent. On commence par l'alliance, la stabilisation du patient, puis l'opération à travers la psychothérapie, pour finalement le reconnecter avec la société.

La spiritualité contribue à la guérison du patient. Le Hope questionnaire permet de savoir si le patient souhaite intégrer cette dimension.

VI. Le non-recours : un prisme intéressant pour analyser les vulnérabilités.

Helena Revil, Chercheuse associée à l'ODENORE, Laboratoire PACTE/CNRS, Grenoble.

1. Eléments de contexte

Renoncer aux soins peut vulnérabiliser encore plus une situation déjà fragile pour différentes raisons. Les situations de vie des personnes renonçantes sont souvent précaires sur différents plans (emploi, manque de ressources financières, isolement social). Des événements peuvent aussi fragiliser les familles (maladie, transitions de vie,...). Certaines personnes font le premier pas, commencent un parcours, puis ne le continuent pas. Cela signifie que le renoncement peut intervenir à différents moments et que ces personnes ne sont pas dans une situation de non-rapport avec des professionnels de la santé. Ceux-ci peuvent donc, en posant certaines questions, repérer les situations de non-recours.

⇒ Comment les professionnels peuvent s'outiller pour pouvoir mettre le doigt sur une telle situation ?

2. Le Laboratoire Odénore

Le Laboratoire Odénore (Laboratoire PACTE/CNRS), sis à Grenoble, existe depuis 2003. Il examine l'utilisation, les difficultés d'utilisation et le rapport des personnes à l'offre de soins existante. En 2014, un nouvel outil, le Baromètre de renoncement aux soins (BRS) a été construit. Il est constitué d'un questionnaire, qui est passé par des professionnels de la santé. Après avoir été utilisé sur 29'000 personnes en 2016, le Baromètre du renoncement aux soins a montré que le taux moyen de renoncement mesuré, à cette occasion, était de 26,5%. L'étude s'est ensuite plus particulièrement intéressée aux familles monoparentales et aux couples avec enfants et a mis en évidence que le taux de renoncement pour ses configurations là, est un peu plus élevé (28%). Les personnes qui vivent seules renoncent aussi plus facilement. Les formes familiales ont donc une influence sur le renoncement.

3. Les dispositifs existants

En France, en plus de la sécurité sociale, existe un système de prestations complémentaires auquel les assurés participent financièrement. Il est aujourd'hui important d'accéder non seulement à la prestation de base, mais également à la complémentaire, même si avoir une complémentaire ne protège pas complètement du renoncement aux soins.

Certains dispositifs non contributifs fonctionnent comme des filets de sécurité. La Couverture maladie universelle (CMU) et l'Aide complémentaire santé (ACS) ont été

mis en place, en France, pour les personnes qui sont en-dessous d'un certain niveau de ressources pour leur permettre d'accéder gratuitement à une prestation complémentaire de santé. Le non-recours touche aussi ces dispositifs (De 21% à 34% des bénéficiaires du CMU ; et de 57 à 70% de l'ACS).

4. Le non-recours

Les non-recours aux dispositifs sont de 4 types : la non-connaissance ; la non-proposition ; la non-réception et la non-demande. Pour la CMU, le dispositif est globalement connu, mais très complexe d'accès avec un dossier à remplir, justifier de ses ressources sur les 12 mois précédents,...

Les principaux motifs cités du renoncement sont : les restes à charge des soins (59%) ; l'avance de frais (33%) ; l'incertitude quant à la somme finale à déboursier (10,5%) ; l'indisponibilité (11%) ; les délais d'attente (12%) ; l'éloignement géographique par rapport aux soins et les questions de mobilité (9,7%) ; les peurs des actes de soins (7%) ; la négligence ou la lassitude (7%). La peur de la stigmatisation existe également. Certains professionnels de la santé refusent de recevoir des patients titulaires de la CMU, parce que c'est compliqué d'être ensuite remboursé par les caisses maladies. Le non-recours peut être un non-renouvellement par des personnes qui choisissent de se tenir à distance, parce qu'elles veulent garder des relations avec les professionnels de la santé, qui ne soient pas associées à ce statut de bénéficiaire de la CMU. Les effets, d'entrer dans le système, peuvent être perçus comme néfastes.

Beaucoup de personnes qui renoncent aux soins évoquent les coûts financiers. Parallèlement à la disponibilité matérielle, on trouve des barrières en termes d'emploi du temps et mentalement.

4. Problématiques liées au non-recours

Concernant le renoncement aux soins des enfants, il faut penser que le rapport aux soins se construit tout au long de la vie. On voit ses parents pratiquer ou non les offres de santé.

Se développent des pratiques d'auto-médication et de recours à des produits vétérinaires. Il faut réfléchir à l'impact de ses pratiques sur les trajectoires santé.

La problématique est transversale, c'est-à-dire que des personnes ont des difficultés à naviguer dans le système et font part du besoin d'être guidé (guidance). Le rôle du professionnel - ou de plusieurs professionnels - peut être de participer à cet effort de guidance pour que les personnes se rapprochent du système de soins.

5. Comment les situations de non-recours fragilisent les situations ?

73% des renonçants craignent des conséquences sur leur état de santé, avec des craintes aussi sur l'état moral, car le renoncement engendre des peurs.

L'absence de soins en ophtalmologie, ainsi que dentaires a des conséquences sur la vie professionnelle. Les conséquences sont aussi familiales : une mère est en mauvaise santé peut éprouver plus de difficultés à gérer le quotidien avec les enfants.

Les personnes en renoncement expriment souvent l'impression que la société ne leur offre pas les mêmes possibilités qu'aux autres, qu'elles n'appartiennent pas à cette société. Se crée du ressentiment dont les effets peuvent être sociaux et politiques.

VII. Atelier « Vulnérabilités économiques et de formation »

a. Points forts et conclusions

Animation : Danielle Jaques

Synthèse : Marlène Sapin

Intervenant-e-s :

SOS Femmes	Roxane Aubry
CGAS, SIT	Martine Bagnoud
Centre social protestant	Alain Bolle
Hospice général	Yves Reymond

En préambule à la synthèse de l'atelier, deux points sont à relever par rapport à la thématique de cette journée sur les vulnérabilités psychiques et sociales des familles. Premièrement, les participants se sont demandés pourquoi lier forcément vulnérabilités économiques et celles de formation dans un même atelier. Il est vrai que ce sont souvent des vulnérabilités cumulées, mais plus de 40% des personnes bénéficiant de l'aide sociale aujourd'hui ont une formation. Un processus de stigmatisation tend à sous-entendre que celles et ceux qui ont peu d'argent, ont également peu de capital culturel, alors que le marché de l'emploi est en pleine transformation. Une formation ne garantit plus forcément un emploi qui prémunit contre les situations de précarité. La deuxième remarque concerne le fait, qu'à aucun moment, la vulnérabilité psychique n'a été évoquée. Elle était évidemment bien présente dans les discours et à travers les exemples discutés, mais ce qui primait, pour les participants de l'atelier, était de faire ressortir le changement social, les problèmes communs et collectifs en regard de la difficulté actuelle à penser les politiques familiales comme plus globales dans un monde en mutation rapide. Un équilibre est à trouver entre la nécessité de réagir individuellement, de manière flexible à des parcours et des situations qui se complexifient, et une réflexion approfondie à mener sur le collectif.

Concernant la définition de la vulnérabilité, tous ont souligné son côté multi-dimensionnel, imbriqué, qui entraîne une difficulté à agir sur toutes ses dimensions et qui renforce la nécessité de travailler globalement et de plus en plus en réseau, avec des collaborations inter-institutionnelles importantes. Les familles monoparentales et les familles nombreuses sont perçues comme particulièrement vulnérables. Mais les processus accumulatif et dynamique des situations de vulnérabilité sont aussi à prendre en considération. La vulnérabilité économique et l'endettement sont fonction des différentes phases de la vie, notamment avec l'arrivée des enfants ou le divorce, mais ils peuvent dans certaines situations s'accroître au cours du parcours de vie et avoir des conséquences plus tard, par exemple à la retraite. Un emploi tend à protéger de cette vulnérabilité, mais ce n'est plus une condition suffisante. Les contrats de travail précaires s'accroissent, de même que les exigences de flexibilité, difficilement conciliables avec la vie familiale et une planification de la vie à plus long

terme. La pauvreté laborieuse est amenée à augmenter dans le futur. De plus, Il a été mentionné qu'il est difficile de sortir d'une situation de vulnérabilité grâce aux prestations sociales. C'est un filet qui est placé, mais lorsqu'on a un emploi précaire, peu de formation, potentiellement des difficultés linguistiques ou de lettrisme additionnelles, et que l'on fait l'objet de discrimination sur le marché de l'emploi, quitter cette situation de vulnérabilité est difficile. Au-delà du problème du peu de qualifications et de la précarité de l'emploi, les conditions particulièrement vulnérables de certaines femmes, a été relevé, en relation avec la difficulté d'avoir un emploi conciliable avec l'éducation des enfants, lorsque le revenu est inférieur au coût de la garde des enfants dans des conditions de travail non-standard. La prostitution offre parfois la seule option pour ces femmes, comme l'a relevé la représentante de l'association SOS Femmes.

Par rapport à la question des barrières aux prestations, les participants ont mentionné à plusieurs reprises les nombreux grippages en termes de subsidiarité pour accéder à l'aide sociale ou à d'autres droits. Une femme, par exemple, bénéficiaire des prestations complémentaires familiales, qui est d'une durée déterminée, de deux ans, ou ayant droit à une pension alimentaire, n'a pas droit à l'aide sociale avant d'avoir touché cette pension alimentaire. Pour avoir droit à l'aide sociale, on doit d'abord réclamer la pension alimentaire et les prestations à son ex-conjoint au risque d'entrer en situation de conflit et de détériorer la relation coparentale. Dans ce cas, la situation financière se répercute directement sur la conflictualité au sein de la famille. Demander ce droit à court termes aux prestations complémentaires familiales doit être mis en balance des relations éducatives des parents à long termes pour le bien des enfants.

D'autres barrières aux prestations interviennent, comme le type de permis de séjour et la crainte de le perdre lorsqu'on a perdu son emploi, influence fortement le non-recours à l'aide sociale. De façon similaire, le droit à l'arrêt maladie et les soins de santé peuvent aussi ne pas être revendiqués par crainte de perdre son emploi. Des couvertures de 80% en cas d'arrêt maladie ne sont également plus viables. Le lettrisme est également une barrière à entreprendre des démarches compliquées. Cette complexité a été largement mentionnée, avec une technisation de l'accès aux prestations, qui pourrait sembler un peu délibérée. D'autres questions d'inégalité dans l'accès aux prestations sociales ont été posées, par exemple dans l'accès à l'assurance invalidité et dans le calcul des prestations, basé sur le salaire et pas directement sur l'état de santé des personnes.

La question de la stigmatisation, liée à la dévalorisation des personnes en situation de subsidiarité financière, a fait resurgir le thème et les solutions qu'aurait permis le revenu d'insertion ou le revenu minimal pour tous. Contrer la stigmatisation des bénéficiaires du revenu minimal est un travail difficile pour les intervenants sociaux. Une prise de conscience est bien présente de la double pénalisation de ces personnes, qui travaillent énormément dans des tâches précaires, parfois en situation de double emploi, et qui sont en plus dévalorisées socialement.

Il faudrait reposer la question du revenu minimum pour sortir les personnes et leur individualité de ces statuts de dépendance financière dévalorisante.

Concernant les réflexions sur des pistes de solutions face aux situations de vulnérabilité et aux barrières dans l'accès à certaines prestations sociales, l'insistance a été mise sur l'importance d'intervenir en amont des situations. Lorsque les vulnérabilités sociales (et psychiques) se sont accumulées, l'intervention devient difficile et coûteuse. De ce point de vue, la formation des jeunes tient une place primordiale. Les politiques investissent dans la formation, mais il y a des biais d'âge et de parcours normatifs standards. Après 25 ans, il est extrêmement difficile d'obtenir une place d'apprentissage, d'où l'importance de se mettre en relations avec le monde professionnel pour offrir des possibilités de réinsertion aux jeunes adultes.

Une deuxième piste est l'accès à la formation pour tous avec l'importance du lettrisme au sens large, notamment du lettrisme informatique, lorsqu'on est sorti du marché de l'emploi depuis un temps ou lorsque les professions changent. Vouloir réinsérer des personnes dans leur domaine de formation n'est parfois pas possible. Il faut repenser la réinsertion en termes de réorientation professionnelle et potentiellement de changement de secteur.

Un troisième point concerne le système de garde. Comment demander aux personnes qui ont un travail précaire avec des horaires compliqués de concilier vie professionnelle et vie familiale sans système de garde adapté, qui dépasse les horaires habituels de journées de travail standard et qui soit adapté à leur revenu. Des solutions doivent être pensées pour des personnes dans les emplois non-standard, exigeant beaucoup de flexibilité et n'ayant que peu de moyens.

Le travail en réseau est à développer au vu de la multi-dimensionalité des situations de vulnérabilité, entre intervenants sociaux, mais aussi entre systèmes sociaux, tels l'aide sociale et l'assurance invalidité, ceci afin d'éviter des situations aberrantes, aux interstices des différents systèmes de protection, qui donnent lieu à du surendettement, ou à des comportements de non-recours. Le travail de réseau est aussi à développer avec le monde professionnel afin de créer des opportunités de formation ou de réinsertion, dans des cadres qui revalorisent les personnes et leur travail.

Comme brièvement évoqué comme solution à ce travail de revalorisation et d'indépendance vis-à-vis de la subsidiarité financière des personnes à l'aide sociale, le revenu d'insertion minimum était une piste, balayée par les votations, mais qui reviendra probablement en discussion. Une autre piste consiste à réfléchir à la façon de revaloriser le travail familial, tout en évitant des processus genrés et un retour en arrière pour les femmes, en réinscrivant leur rôle prioritaire dans la sphère domestique. Repenser la question de la subsidiarité financière et la nécessité de revaloriser ces personnes et le travail domestique et éducatif est à faire. Mais ces questions nécessiteraient probablement un atelier en soi.

b. Contribution SOS Femmes

Roxane Aubry

L'association SOS Femmes a notamment pour mission principale l'insertion socio-professionnelle des femmes ainsi que la réorientation socio-professionnelle des travailleuses du sexe.

Pour mener à bien ses objectifs, l'association SOS Femmes est composée de trois unités : la Consultation sociale et professionnelle qui offre un accompagnement social et professionnel pour les personnes désirant arrêter le travail du sexe ainsi que du coaching professionnel pour les femmes ; la boutique de vêtements de seconde-main « Les Fringantes » qui offre des places de stage à des femmes en difficultés sociales ou professionnelles ; l'entreprise sociale « Label Bobine/Créature » qui offre des stages et des emplois de solidarité dans le domaine de la couture et de l'administration.

Dans le cadre de cette présentation, les données statistiques 2016 de la Consultation vont notamment permettre de mettre en évidence les différents facteurs de vulnérabilité qui se cumulent, augmentant potentiellement les risques de précarisation à de multiples niveaux.

A la Consultation, en 2016, 176 femmes ont été accompagnées, dont 99 femmes exerçant ou ayant exercé la prostitution. Sur la totalité des femmes, 87% d'entre elles sont des femmes migrantes, essentiellement âgées entre 30 à 50 ans, 82% sont célibataire, divorcée, séparée ou veuves et 42% sont cheffes de familles monoparentales.

Au niveau de la formation et de l'emploi, 5.2% n'ont pas été ou très peu scolarisées. 34.7% ne sont pas allées au-delà de la scolarité obligatoire et 40% n'ont achevé aucune formation secondaire, supérieure ou professionnelle. Sur le 60% des femmes qui ont fréquenté des écoles ou des centres de formation au-delà de la scolarité obligatoire, 32.7% ont effectué une formation courte, 19.2% un apprentissage ou une formation jugée équivalente, 31.7% ont fréquenté un lycée, collège, école de commerce ou ECG et 16.3% une université ou une HES.

Sur les 104 femmes qui ont obtenu un diplôme au-delà de la scolarité obligatoire, 63.5% ont des formations qui ne sont pas reconnues à Genève, car plus des trois-quarts d'entre elles ont effectué leur formation à l'étranger. Ce sont essentiellement les formations gymnasiales et supérieures ainsi que les formations courtes qui peinent à trouver une reconnaissance de leurs diplômes en suisse, ce qui constitue un handicap important, car de nombreuses études démontrent qu'une formation qualifiante est un élément clé sur le marché du travail. Sans formation, il existe donc

une forte probabilité que les personnes produisent des revenus instables et/ou des salaires peu élevés.

Malgré ces profils faiblement qualifiés, 51% des consultantes exercent une activité qui génère des revenus (dont 21% travaillent en tant qu'indépendantes dans le travail du sexe), 35% bénéficient des assurances sociales et de l'aide sociale. Les autres sont étudiantes, femmes au foyer ou ne disposent pas de revenus et sont sans ressources.

Parmi les 92 consultantes qui exercent une activité rémunérée, cela se répartit essentiellement dans des sphères d'activités qui requièrent peu de qualifications, qui sont faiblement rémunérées et qui ont des horaires de travail irréguliers (soirées, nuits, week-ends) : femmes de chambre, nettoyeuses, intendante, gardienne d'enfants, auxiliaire de santé, veilleuse, serveuse, aide-hôtelière, assistante à domicile, réceptionniste ou encore vendeuse.

Sur l'ensemble des consultantes, elles sont 41% à présenter une ou plusieurs atteintes à la santé. A cela s'ajoute le plus souvent des difficultés financières, 50% d'entre elles rencontrent des difficultés dans la gestion de leur budget ou cumulent des dettes. Dans 30% des cas, elles rencontrent également des difficultés liées au logement. Et dans 25% des situations, des difficultés liées à la monoparentalité et à la garde des enfants.

Dans une approche globale de l'accompagnement socio-professionnel des consultantes, un total de 897 projets ont été développés (administratif, logement, gestion du budget, recherche de fonds, formation, emploi, santé, conjugalité et parentalité, sortie de prostitution, et autres). Ce sont également 348 collaborations avec le réseau genevois qui ont été menées afin de favoriser le développement et la réalisation des projets d'insertion sociale et professionnelle des consultantes.

Néanmoins, notre accompagnement se heurte à de nombreuses difficultés, notamment par rapport aux facteurs combinés de vulnérabilité au niveau familial, social, économique, sanitaire et/ou professionnel, s'agissant d'un public précarisé sur le plan économique et vulnérabilisé sur le plan social. La conciliation entre la vie familiale et la vie professionnelle est complexe, liée notamment à des emplois aux horaires irréguliers ne correspondant pas aux dispositifs de garde (crèche, maman de jour) basés davantage sur des horaires de journée et de semaine. Les moyens de garde alternatifs sont trop coûteux pour des femmes disposant de peu de ressources financières. De ce fait, nous sommes confrontées à des situations dans lesquelles les femmes doivent interrompre leur activité professionnelle pour ces raisons. Les emplois faiblement rémunérés qu'exercent les femmes et dans des secteurs d'activité où ceux-ci sont souvent à temps partiel constituent également une difficulté supplémentaire, car certaines d'entre elles, notamment lorsque les charges familiales et/ou les loyers sont élevés, sont contraintes de demander un complément d'aide sociale.

Les craintes liées à la perte ou au non renouvellement des titres de séjour constituent également des pressions importantes pour certaines femmes qui restent dans des emplois précaires, dans la prostitution ou des situations financières très difficiles faute d'alternatives. L'accès à la formation qualifiante est également difficilement accessible pour les femmes faiblement qualifiées et les écoles privées trop onéreuses.

Ces éléments constituent ainsi un « cercle vicieux » duquel il est parfois difficile de s'extraire. Les situations ont alors tendance à s'inscrire durablement dans la précarité économique, l'instabilité et le manque de perspectives et d'évolutions professionnelles, même lorsque les situations sont stabilisées au niveau social, sanitaire et familial, faute d'un dispositif de formation, de garde d'enfants, de reconnaissance des diplômes, d'accès égalitaire au marché de l'emploi et de valorisation salariale des métiers « féminins ».

VIII. Atelier « Vulnérabilités des migrations »

a. Points forts et conclusions

Animation : Jean Blanchard

Synthèse : Manuel Tettamanti

Intervenantes :

Centre de contact suisses-immigrés	Laetitia Carreras
Programme santé migrants (HUG)	Sophie Durieux

Les débats, au sein de l'atelier sur les vulnérabilités liées aux migrations, ont été riches et animés. La volonté de lutter, dans le climat actuel, contre certaines représentations erronées de la migration a traversé tout l'atelier. Les participants ont notamment porté une attention particulière au vocabulaire choisi. La distinction entre réfugié et migrant a été relevée mais également l'importance de parler de « migrants sans statut légal » plutôt que de « sans-papiers ».

Au niveau du cadre général, les participants ont précisé le statut de la Suisse en matière de migration. On ne se représente pas forcément que l'Europe, par rapport au niveau mondial de la migration, accueille peu de migrants et que la Suisse est au septième rang des pays européens en termes du nombre de migrants. La Finlande et la Suède en accueillent, par exemple, une plus grande part et une participante a souligné que la Finlande accueille beaucoup plus de personnes sans que l'on entende parler de problèmes de migration. Est-ce qu'ils n'existent pas ou n'en parle-t-on pas ? Est-ce qu'ils suivent une politique d'intégration dont on pourrait prendre exemple ? Il a été aussi souligné dans l'atelier qu'il y a en Suisse une spécificité dans la nature du groupe majoritaire des migrants, qui sont des Erythréens, contrairement à d'autres pays comme la France, qui voient plutôt un afflux de Syriens.

L'atelier a été découpé entre deux présentations ; la première de la doctoresse Durieux du Programme Santé communautaire des HUG, la deuxième de Mme Carreras du Centre de contact Suisse-Immigrés, le tout suivi de discussions.

Les participants à l'atelier sont partis du constat que la migration dans l'adversité a un effet sur la santé des plus précaires, des plus pauvres. Ce qui a été questionnant pour les participants à l'atelier, et qui devrait l'être pour Avenir Familles, est que ce constat se fait au niveau des praticiens et prestataires de soins, mais il y a une difficulté à avoir accès, dans les études de la question, aux populations migrantes les plus précaires. Or de pouvoir documenter cela par des recherches permettrait de mieux rendre compte de cette problématique et de lui donner plus de visibilité. Des initiatives commencent à voir le jour, notamment au sein d'un réseau suisse pour mieux évaluer l'ampleur du problème. On a l'impression qu'il s'agit d'un problème d'une grande ampleur qui est sous-évalué dans les enquêtes classiques. La question

de la langue et de la mise à disposition d'un traducteur se posent pour que cette population puisse accéder de manière plus importante aux soins et aux prestations. Il a été souligné que, même si Genève est plus en avance, en comparaison, à d'autres cantons sur ce point, cela reste un problème. Les services d'un traducteur, pour les gens qui ont besoin de soins, devraient pour les participants à l'atelier, être mis au même niveau que ce qui se passe dans le cas de la justice. Ceci devrait être fait d'office et être un impératif pour avoir de bonnes prestations, ce qui n'est actuellement pas le cas. Une des propositions issue de cet atelier est de mettre en avant ce besoin d'un interprète et son importance, qui pose également, en creux, la question du financement.

La lenteur d'accès aux prestations a été soulignée, dans l'atelier, comme un problème et peut-être une violence institutionnelle dans le cadre de la migration. Les procédures de regroupement familial, d'accès à certaines prestations prennent souvent beaucoup de temps et ce temps peut contribuer à précariser encore plus les demandeurs. Les participants ont relevé que ces lenteurs, notamment dans l'accès à certaines sources d'aides et de financement, peuvent entraîner la mise en poursuite de gens, sans soutien de leur famille ou d'un réseau, donc connaissant un cumul des précarités qui empire la situation. Les débats ont été animés autour de la lenteur. La question s'est posée dans l'atelier de savoir si cette lenteur relevait d'une stratégie politique pour diminuer les coûts et l'accès aux soins et/ou limiter le nombre des migrants ? La question reste ouverte. Que peut-on faire par rapport à cette violence institutionnelle ? A quel niveau pouvons-nous intervenir ? Dans la discussion, le groupe a souligné l'importance de ne pas se croire tout puissant. Il y a aussi une lenteur des démarches à un niveau politique et on ne va pas changer les choses du jour au lendemain. A quel niveau pouvons-nous intervenir comme professionnels ? Y a-t-il un premier niveau d'intervention qui passe par une reconnaissance de la problématique, la mise en avant de la violence que cette situation implique pour beaucoup de personnes ? Par quel biais aborder cela ? Bien sûr, si beaucoup de procédures prennent du temps, c'est parce que les intervenants sont surchargés étant donné la situation de sous-effectifs dans certains services. Il y a un cumul des stress également du côté des professionnels, qui ne peuvent pas répondre aux demandes.

Un autre point qui a été soulevé, lors de l'atelier, est la question de l'isolement comme facteur de non-accès aux soins. L'isolement par rapport à sa propre famille, mais aussi communautaire par rapport à la communauté d'accueil. Il y a eu toute une discussion sur la manière d'intervenir de façon plus pragmatique et sur la façon dont certains interviennent déjà sur le terrain. Un participant a évoqué un programme pour les jeunes, qui favorise l'intégration par le sport et la culture, qui sont des moyens concrets de changer certaines représentations et de sortir de l'isolement.

L'intérêt d'avoir un-e socio-thérapeute a été également mentionné par l'intervenante des HUG. Ce besoin n'est pas apparu immédiatement, mais au cours du temps, à travers la mise sur pied de programmes qui ne sont pas reliés directement à l'hôpital, comme l'intégration par le sport ou en modifiant les aspects relationnels.

Ceci amène une réflexion sur la place des intervenants sociaux au sein de l'hôpital où leur nombre a diminué, le social ne devant pas avoir de place dans la santé, selon une certaine conception de la santé.

La réflexion a également débouché sur la représentation de la question de la migration à mettre en lien avec le niveau micro ou macro. Si on la met en lien avec le niveau macro, qu'en fait-on ? Au niveau macro, a été souligné le fait que certains problèmes, qui émergent sous la forme de troubles psychiques, ont une origine sociale. Les études montrent qu'une migration dans l'adversité peut conduire à des troubles psychotiques, dont l'émergence est généralement associée à des origines biologiques mais pas forcément sociales et de migration. Quel travail devons-nous faire pour établir ce lien entre ce niveau micro – la représentation d'un problème – et le niveau plus macro. Les problèmes ne devraient ainsi pas se concevoir de manière isolée mais plutôt systémique et intégrant les différents niveaux.

Brièvement, deux points sont encore ressortis, dont le premier est la mise en avant des déterminants sociaux de ces problématiques et le deuxième la question des niveaux d'action, de ce que l'on peut faire en fonction de la lenteur différente à différents niveaux. On ne peut pas penser que, dans le climat actuel, la mise en avant de ces points, amènera une réponse favorable immédiate à un niveau politique, alors que beaucoup de professionnels rencontrent des problèmes dans l'ici et maintenant, qui demandent à être résolus. Il y a beaucoup de souffrances en lien avec la migration et des souffrances non reconnues. A quel niveau intervenir est une question centrale.

L'atelier a encore souligné le travail sur la représentation et la stigmatisation. Les professionnels sont aussi un relais des représentations des problématiques rencontrées. Cette journée des Assises, est un lieu où on peut se soutenir dans ces relais ; parler entre nous de ce que l'on conçoit comme problèmes communs est un des premiers pas micro pour une action politique, qui peut-être tardera, mais pour laquelle on peut se grouper.

b. Contribution du Centre de Contact Suisses-Immigrés (CCSI)

Laetitia Carreras

Le Centre de Contact Suisses-Immigrés (CCSI), créé en 1974, reçoit des personnes migrantes avec et sans autorisation de séjour. Dès sa création, l'égalité de traitement entre personnes étrangères et suisses a été un axe central de notre travail et de notre pratique. Au quotidien, deux dimensions sont étroitement imbriquées : une individuelle, lors de consultations – information, orientation, démarches, recours – et une collective, par le biais de participation, au niveau cantonal et national, à des groupes de travail et d'interpellations.

Ceci dans le but de diminuer les discriminations légales et administratives, comme de modifier certains cadres légaux et administratifs. L'accès à l'école pour tous les enfants, quel que soit leur statut, a été une des luttes menées par le CCSI. Plus récemment, l'engagement du CCSI dans le groupe d'expert-e-s a activement contribué à la mise sur pied du projet *Papyrus*. Ce dispositif permet à des familles et à des personnes sans statut légal, si des critères précis¹ sont remplis, l'obtention d'une autorisation de séjour.

Lors de cet atelier, j'aborderai plus particulièrement l'expertise de terrain du CCSI en matière d'**accès à la santé et à la LAMal**, pour les enfants et les personnes sans autorisation de séjour.

La lourdeur des démarches administratives, la violence institutionnelle générée par notre cadre législatif, ainsi que la culture du soupçon, sont des dimensions qui ont un impact considérable sur la santé physique, psychique et somatique des personnes qui consultent.

Si l'absence de statut est somme toute un cas de figure minoritaire, il révèle toute une série de dysfonctionnements de notre système de santé. Quelles sont pour ces personnes et ces familles les limitations relatives à l'assurance-maladie et, de manière générale, aux soins ? Pour les enfants et les jeunes, dans le sillage du droit à l'éducation, des droits ont été « grignotés » dont celui de l'accès à la LAMal et au subside, lorsque les revenus des parents se situent en-dessous des barèmes. Ainsi, dans le contexte qui est le nôtre, il existe des différences significatives entre les enfants et les adultes.

Pour les adultes sans statut légal, sur le canton de Genève, on estime qu'environ 85 à 90 % ne possèdent pas d'assurance-maladie. Et ce bien que depuis décembre 2002, une directive de l'OFAS et de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) autorise tout-e un chacun-e d'y avoir droit, quel que soit son statut. L'obstacle principal est le montant du coût des primes et des subsides notoirement insuffisants, de surcroît particulièrement difficiles à obtenir pour les adultes sans statut légal. Il faut en effet être déclaré-e à l'administration fiscale, ce qui n'est guère le cas de figure le plus fréquent. Rappelons également que les arriérés de primes constituent un motif pour refuser l'obtention d'une autorisation de séjour ou son renouvellement. De plus, l'affiliation des adultes est devenue plus difficile, par crainte du non-paiement des primes. En effet, il n'existe pas de budget prévu pour la prise en charge des primes impayées des adultes sans statut légal, contrairement à d'autres catégories de la population.

La méconnaissance du système et de son fonctionnement, comme les difficultés administratives, sont des entraves importantes pour accéder au système de soins.

1 www.ccsi.ch/2017/03/08/operation-papyrus-information

Quant à la nécessité d'un lieu de domiciliation pour toute démarche d'affiliation, c'est un obstacle important pour une partie des personnes sans statut légal. En effet, la personne qui leur sous-loue une chambre, un studio ou un appartement refuse bien souvent que l'adresse soit donnée à l'extérieur.

Certaines dimensions économiques, matérielles et administratives renforcent le non-recours au soins, telles que l'établissement du numéro AVS à 13 chiffres (NAVS 13), nécessaire à la création de la carte d'assuré-e et à l'enregistrement du subside; le difficile remboursement des prestations, du fait de l'absence de compte bancaire ou postal ; les franchises élevées et la participation aux coûts ; le coût des assurances complémentaires, vendues par des courtiers/ières et, comme nous l'avons déjà mentionné, le faible montant des subsides cantonaux.

Les temps d'attente pour avoir accès à la Guidance infantile, à l'Office médico-pédagogique (OMP), comme aux traitements logopédiques, sont longs et dissuasifs, de par la surcharge chronique de différents services et institutions.

L'accès aux soins dentaires des enfants et des jeunes est grandement facilité par l'existence des cliniques dentaires (ajustement du point en fonction du revenus des parents). Pour les adultes, la situation est dramatique, seuls les soins d'urgence sont prodigués (extraction de dents en cas d'infection, par exemple).

Par ailleurs, en cas de traitements lourds et/ou de maladies chroniques en absence d'autorisation de séjour, il devient nécessaire de s'affilier pour recevoir des soins, alors que la personne se trouve en situation de perte de revenus. Et ce, même si celle-ci vit depuis de nombreuses années sur notre territoire.

Nous observons le développement d'un discours « culturaliste », cherchant à expliquer par des raisons culturelles le non-recours au soins – représentations qui seraient très différentes du corps, de la santé et de la maladie, associées à une méconnaissance du fonctionnement de la médecine dite occidentale – alors que l'obstacle central est matériel. A notre sens, il faut rester très attentif lorsque ces explications sont avancées, même si, dans certains cas, cette dimension est présente.

Différentes initiatives permettraient, à notre sens, d'améliorer la situation.

Une proposition centrale serait de travailler à diminuer les lenteurs institutionnelles et administratives qui placent les personnes dans des situations intenable, que ce soit lors de l'établissement du Navs 13 ou la confirmation d'un subside pour les personnes imposées à la source, par exemple. Le même mécanisme est à l'œuvre lors de demande d'autorisation de séjour ou de renouvellement, ou encore lors de l'ouverture de certains droits.

La mise sur pied de séances d'informations, menées notamment par Caritas, l'EPER et le CCSI, favorisent une meilleure connaissance des droits des usagères / ers, notamment concernant le système de santé et l'accès aux soins. Selon nous, il serait essentiel d'augmenter le budget alloué à celles-ci, afin de les développer.

Lors de situation nécessitant une prise en charge par l'OMP ou la Guidance infantile, la coordination entre les différent-e-s intervenant-e-s serait fondamentale. Ceci afin d'assurer un meilleur accès et suivi des enfants particulièrement vulnérables.

Au niveau structurel, il faudrait augmenter de manière significative le montant des subsides, particulièrement celui des jeunes et des adultes. Enfin, la création d'une caisse maladie publique, sur le modèle de la Suva, est une piste à suivre de manière très sérieuse, dans un contexte où de plus en plus de personnes, avec et sans statut légal, ne parviennent plus à s'acquitter du montant de leurs primes.

Quelques sites de références

www.ccsi.ch/2017/03/08/operation-papyrus-information/

www.sans-papiers.ch/ campagnes et projets / employées de maison

[www.sit-syndicat.ch/economie domestique](http://www.sit-syndicat.ch/economie-domestique) (Brochures : Quels sont vos droits dans l'économie domestique 2017 et Contrat-type de travail dans l'économie domestique à Genève)

Etude du SEM (2015), *Les sans-papiers en Suisse en 2015*

www.sem.admin.ch/dam/data/sem/internationales/illegale-migration/sans_papiers/ber-sanspapiers-2015-f.pdf

Motion *Protection des personnes sans statut légal victimes de violences* (2016)

IX. Atelier « Vulnérabilités de santé »

a. Points forts et conclusions

Animation : Benoît Reverdin

Synthèse : Claudine Burton-Jeangros

Intervenant-e-s :

Association genevoise d'intégration sociale (AGIS)	Alexandra de Coulon
Arcade 84	Alain Riesen
Phénix	Eva Sekara

Sur la base des trois interventions proposées dans le cadre de cet atelier, différents obstacles à l'accès aux prestations ont été discutés. Premièrement, des professionnels ont souligné que certains individus vulnérables ne reconnaissent pas leurs troubles psychiques ou leurs comportements de dépendance, face à l'alcool par exemple. C'est donc le déni qui les empêcherait de faire appel aux structures existantes. Dans ces cas, la demande d'aide se fait parfois à travers l'entourage proche, notamment la famille, ou à travers un signalement par les institutions, comme par exemple l'école. Ces situations impliquent souvent un recours tardif aux prestations, qui intervient seulement une fois que les ressources familiales ont été épuisées. Un deuxième type de barrières renvoie à un refus de demander de l'aide, attribué à la valeur de la responsabilité individuelle fortement promue dans les sociétés contemporaines. A l'importance du respect de la sphère privée, invoquée par certains individus vulnérables, vient s'ajouter une revendication d'indépendance, voire de dignité. La norme de l'autonomie, mettant en avant un individu acteur de sa propre vie, serait donc un facteur de non-recours.

Un troisième niveau d'obstacles renvoie aux représentations sociales entourant les services d'aide. Les usagers sont réticents à demander de l'aide par crainte du jugement des autres. Anticipant l'étiquetage associé au fait de recourir aux prestations, le non-recours serait ici motivé par la peur des usagers d'être disqualifiés ou exclus suite à leur demande d'aide. Ces préoccupations seraient particulièrement marquées autour des formes de vulnérabilité qui sont plus difficiles à objectiver, comme par exemple les troubles psychiques ou la fibromyalgie. Les marges d'interprétation existant autour de ces troubles renforceraient en effet les sentiments de honte, la difficulté à reconnaître ses besoins et les craintes quant aux réactions sociales. Les discours politiques récurrents autour des abus potentiels à l'aide sociale renforceraient d'ailleurs ces craintes et réticences.

Des obstacles liés aux dispositifs ont aussi été évoqués. Dans le domaine spécifique de la santé, les barrières financières aux prestations ne doivent pas être sous-estimées. Le système d'assurance-maladie obligatoire en place aujourd'hui en Suisse représente une charge importante dans les budgets des ménages.

Les familles précaires ne parviennent donc pas toujours à payer les primes mensuelles et les subsides cantonaux ne couvrent que très partiellement cette charge. De plus, en vue de réduire les primes mensuelles, un niveau élevé de franchise est souvent retenu ce qui freine ensuite l'accès aux prestations médicales. Par ailleurs, le système des prestations disponibles est considéré comme complexe et peu lisible, ce qui a pour conséquence que l'accès semble plus dépendre de la capacité des individus à accéder à l'information et connaître leurs droits, plutôt que de leurs réels besoins. Le souci de rationaliser les prestations, associé au fonctionnement des organisations devant rendre des comptes, implique que des critères stricts d'accès sont définis, avec notamment une division des tâches entre le secteur social et celui de la santé. Ces logiques bureaucratiques ne sont pas nécessairement favorables à l'efficacité et par ailleurs entravent l'accès aux prestations.

En ce qui concerne les solutions pouvant réduire le non-accès aux prestations, différentes pistes ont été évoquées. Une manière de limiter les barrières liées au fonctionnement bureaucratique des services d'aide consiste à proposer une offre personnalisée, permettant de créer des liens et de la confiance entre professionnels et usagers. L'importance de favoriser les structures à bas seuils (lieux informels et faciles d'accès, moindres contraintes) qui limitent les coûts d'entrée pour les usagers a également été soulignée. Enfin, une cartographie du réseau dense de prestations offertes dans le canton de Genève permettrait non seulement de faciliter l'accès de ceux qui en besoin d'aide mais aiderait les professionnels à mieux articuler les prestations publiques et celles du secteur associatif. Il est en effet jugé important d'éviter les substituts (comme c'est le cas lorsque le secteur associatif est sollicité pour remplir des missions que l'Etat ne parvient pas ou plus à assurer), de développer les complémentarités et renforcer la coordination.

Pour conclure, les échanges tenus au cours de l'atelier ont souligné la co-existence de logiques diverses autour de la définition même de la vulnérabilité et des besoins qui y sont associés. Ainsi, les définitions des professionnels peuvent ne pas correspondre à celles des usagers concernés. Une tension existe dès lors entre les réticences affichées à demander de l'aider, pour ne pas devenir dépendant ou ne pas être étiqueté de manière défavorable, et le souci des professionnels de détecter les problèmes de manière précoce. Ceci pose dès lors une question éthique : à quelles conditions l'action des professionnels est-elle légitime lorsqu'elle n'est pas sollicitée ou souhaitée par les usagers ? Par ailleurs, on retiendra que l'attention portée à la vulnérabilité et aux risques empêche de rendre visibles les solutions spontanées et l'inventivité des familles face à leurs difficultés. En cela, il est important d'être attentifs aux excès de la professionnalisation de tous les risques de l'existence et au développement d'une culture de la dépendance. Si les soutiens doivent être disponibles, ils ne devraient pas freiner la capacité des individus et des familles à agir et réagir face aux facteurs de stress.

b. Contribution d'AGIS (Association Genevoise d'Intégration sociale)

Alexandra de Coulon

I) Brève présentation de l'Agis :

Recherche de bénévoles pour partager des activités de loisirs et créer du lien social/amical avec des personnes en situation de handicap mental, physique et sensoriel. Au travers de 3 secteurs :

a) relations individuelles avec enfants et adolescents

b) « « avec adultes

c) activités de groupe pour ados et adultes

L'Agis fête ses 30 ans d'activité cette année, et donc de bénévolat.

Nous nous rendons dans les familles ou institutions des personnes en situation de handicap qui nous font la demande d'un accompagnement bénévole.

L'écoute attentive permet souvent aux parents de se livrer davantage. Je suis bien souvent la dépositaire de leur histoire et parcours avec leur enfant. Parcours du combattant pour la plupart !

De gros efforts restent à faire. Leurs demandes d'aide de bénévoles deviennent de plus en plus des demandes de prises en charge car il manque des structures pouvant accueillir leur enfant en situation de handicap en dehors de l'école. Ainsi, certains de nos bénévoles pallient au manque d'accueil ou de personnel encadrant les structures existantes, les parents se voyant trop souvent refuser l'accueil de leur enfant sans un accompagnant spécifique.

II) Facteurs et types de vulnérabilités

Au travers leur demande de bénévole voici les principaux besoins des parents :

- Beaucoup d'enfants en école spécialisée sont de retour à la maison dès 15h30 déjà. Il existe **peu d'accueil parascolaire** dans les écoles spécialisées. Très compliqué pour les parents qui travaillent. **Les horaires des centres ne sont pas harmonisés**, ni entre eux ni avec les horaires de l'école publique. Ils sont donc en recherche de personnes pouvant garder leur enfant durant cette tranche horaire (16h-18h)
- Des **demandes d'accompagnement aux différentes thérapies** de leur enfant, qui sont durant les horaires de bureau. Donc très compliqué pour les parents. Les conséquences sont que ces thérapies ne sont pas vraiment suivies par les enfants. Il y a eu des restrictions pour les transports des enfants qui sont maintenant uniquement prévus du domicile à l'école et retour à la maison, rien de plus.

- **L'isolement de la plupart des familles** (précarités sociales, situations irrégulières, langues, méconnaissance de ce à quoi elles ont droit, ou de ce qui existe, énorme fatigue, etc).
Les écoles spécialisées sont souvent très éloignées de leur quartier, donc moins de liens avec d'autres familles du quartier.
Si leur enfant a un comportement difficile ou « non adapté », j'entends beaucoup de parents qui renoncent à fréquenter les parcs de leur quartier car les remarques des autres enfants ou parents sont trop difficiles à supporter.
- **Beaucoup de familles monoparentales** où, dans leur grande majorité, ce sont les mamans qui assument seules leurs enfants valides et invalides, en plus de leur travail et du quotidien avec le surplus d'organisation, de prises en charges et autres aspects qu'engendre d'avoir un enfant ayant des difficultés.
- **Les démarches administratives** souvent très lourdes à comprendre et à faire (tout particulièrement pour les familles étrangères)

III) Les Barrières à l'accès aux prestations :

- **Transmission aléatoire aux parents sur les prestations auxquelles elles ont droit ainsi que sur les associations d'aide existantes.** Dépend des médecins et de la connaissance que ceux-ci ont de ce réseau. **Manque de centralisation de ces informations.** (exemple : Agis, carte de légitimation cff/tpg, etc). Sauf flyer Pro-Infirmis.
- **Refus d'accueillir un enfant en situation de certains lieux d'accueil pourtant soi- disant ouvert à tous (MQ, Jardin Robinson),** ou alors seulement accompagné d'une personne si possible formée
- **Manque d'AIS (Aide à l'Intégration Scolaire) dans les écoles publiques** (ils étaient une quinzaine il y a 2 ans pour tout le canton...alors que la loi sur l'intégration est entrée en vigueur en 2010...)
- **Manque d'accueil parascolaire pour les écoles spécialisées**

IV) Propositions d'amélioration :

- **Effort de centralisation et de diffusion des informations pour les parents sur les prestations et aides existantes par une meilleure coordination de tous**

- **Harmonisation des horaires des écoles spécialisées, avec organisation d'accueil parascolaire et effort pour placer les enfants dans un centre (OMP) proche de son quartier afin de lui éviter parfois jusqu'à 1h de trajet matin et soir, et favoriser ainsi son intégration dans son quartier**
- **Engagement de personnel supplémentaire lorsqu'un enfant à besoin spécifique souhaite se rendre dans une Maison de Quartier, un Jardin Robinson ou fréquenter le parascolaire de son quartier (ce qui est son droit !)**
- **Former davantage d'AIS (ainsi que les professeurs !) pour permettre à davantage d'enfant de pouvoir aller à l'école de leur quartier.**
- **Faciliter l'accès à des transports spécialisés ainsi que d'accompagnants pour accompagner les enfants à leur thérapie**
En guise de conclusion :

Informé, faciliter et simplifier les démarches qu'ont à faire les parents me paraît être une priorité absolue pour des parents qui souffrent déjà suffisamment des conséquences sur le couple, la famille, le quotidien, la santé physique et psychique qu'implique d'élever un enfant ayant des difficultés particulières. **L'inégalité de traitement entre enfants valides et invalides est illégale, donc à dénoncer.** Tous les enfants ont les mêmes droits, paraît-il...

Alexandra de Coulon, coordinatrice du secteur des relations individuelles pour enfants et adolescents

X. Points forts et conclusions de l'atelier « Vulnérabilités familiales »

a. Points forts et conclusions

Animation : Sophie Buchs

Synthèse : Eric Widmer

L'atelier est composé de représentants des associations en lien avec les familles.

Intervenant-e-s

Association des familles monoparentales (AFM)	Isabelle Descombes
Couple et Famille	Monika Ducret
Office protestant de consultations conjugales et familiales (OPCCF)	Ida Koppen

Cet atelier a rassemblé des présentations de Monika Ducret de Couple et Famille, d'Ida Koppen de l'Office protestant de consultations conjugales et familiales et d'Isabelle Descombes de l'Association des familles monoparentales avec une animation assurée par Sophie Buchs de Pro Juventute.

Je commencerai par souligner les besoins qui sont apparus comme importants concernant les familles, puis je continuerai sur les solutions proposées dans l'atelier.

L'atelier a insisté sur deux types de besoins des familles : d'abord les besoins de base touchant au logement, au fait de pouvoir obtenir un salaire permettant une vie autonome, des besoins concernant l'alimentation et la prise en charge des enfants notamment d'âge préscolaire dans le canton de Genève. Ces besoins pour un nombre non négligeable de familles ne sont pas remplis et donc des solutions sont à trouver pour permettre à toutes les familles du canton, quelle que soit la structure familiale (monoparentale, en couple marié ou cohabitant), que ce soit les familles de migrants ou de personnes résidant à Genève depuis plus longtemps, de mener une vie correspondant aux attentes sociales minimales en la matière.

Une deuxième série de besoins ont été qualifiés de spirituels, relationnels, d'ancrage dans une lignée, d'identitaires. La dimension plus spirituelle a semblé aux participants de cet atelier extrêmement importante puisque des risques de désaffiliation familiale, notamment de la génération des enfants, des adolescents, des jeunes adultes peuvent se produire ayant ensuite des conséquences que l'on peut facilement imaginer en regardant ce qui se passe dans d'autres contextes. Un manque de projets de certains enfants, des difficultés liées à la stigmatisation, sont précisément en relation avec ces difficultés d'insertion dans les familles et de maintien ou de construction du lien intergénérationnel.

C'est sur ces deux dimensions, qu'il a semblé aux participants de l'atelier, important d'intervenir.

Les propositions concrètes d'intervention, c'est d'abord un meilleur accompagnement des personnes dans les périodes de transition de vie. Il a semblé aux participants de cet atelier que les familles sont assez bien suivies dans leur période de stabilité, dans ce qu'on appelle en sociologie du parcours de vie les phases ou les étapes de la vie familiale, mais qu'elles sont dans des situations spécialement vulnérables dans les périodes de transitions, comme la venue de l'enfant, le divorce et la séparation, le veuvage, mais on peut aussi conceptualiser la migration, l'intégration dans le tissu social genevois comme une période de transition. Il a semblé aux participants que les politiques sociales et familiales à Genève, mais aussi plus largement en Suisse, sont peu orientées sur l'encadrement et l'aide à donner dans les périodes de transition où les familles et les individus subissent un stress adaptatif extrêmement fort susceptible de causer des dégâts à long-terme pour les adultes, mais aussi surtout pour l'enfant, de l'avis des participants. L'enfant souffre de ces problèmes et des tensions qu'ils génèrent, avec des conséquences négatives pour son propre parcours de vie, notamment d'insertion scolaire et professionnelle.

L'autre dimension importante à améliorer est le travail en réseau. Les participants à l'atelier ont insisté sur le fait que la complexité institutionnelle et associative touchant la gestion des problèmes familiaux est extrêmement forte à tel point que même les professionnels ne s'y retrouvent plus d'où la nécessité de revenir sur un projet clef d'Avenir Familles, qui est la constitution d'une plateforme rassemblant l'ensemble des informations les plus importantes pour les familles et les professionnels. Il y a eu une demande de formation des professionnels d'une part au diagnostic des familles – quelles sont les familles vraiment dans le besoin –, mais aussi aux prestations existantes à Genève pour contrer cette grande complexité institutionnelle. Les participants ont aussi insisté sur le fait que les informations doivent être plus diffusées, ceci étant lié à la nécessité d'avoir un guichet ou une plateforme.

Une autre dimension présente dans les débats est qu'une aide plus personnalisée est nécessaire face à l'augmentation de la complexité des parcours de vie, il est difficile, voire impossible, aujourd'hui de proposer des solutions abstraites, groupales, sans tenir compte de la spécificité des parcours de vie individuels. Il faudrait, de l'avis des participants, accompagner les personnes dans les transitions de vie, tenir compte de leur parcours et leur proposer des solutions individualisées, ceci passant par le développement de « l'alliance », en psychologie, entre la personne et celle qui la prend en charge. En termes plus sociologiques, on parle du développement d'un lien fondé sur la confiance. Ceci signifie une remise en question d'une approche bureaucratique des cas, ce qui a un coût social et administratif, mais qui, d'après certains intervenants, est la seule manière à même dans un contexte social et institutionnel d'une telle complexité d'arriver à des solutions efficaces pour les individus.

On a insisté sur la nécessité d'une augmentation des places en crèche. Nos politiques sont toujours largement fondées sur une image de la famille traditionnelle, basée sur une complémentarité des rôles avec une femme qui s'occupe des enfants et qui est active professionnellement qu'à temps très partiel ou même pas du tout, et un homme surinvestit dans l'activité professionnelle. Les intervenants ont insisté sur le fait que cette situation génère beaucoup de vulnérabilités tant pour les hommes que pour les femmes. Pour les hommes, ils souffrent de cette situation car, dès qu'ils ne répondent plus à l'impératif de l'emploi, ils sont dévalorisés, stigmatisés. Par ailleurs, de nombreux hommes après un divorce ou une séparation regrettent un moindre accès aux enfants. Pour les femmes, la transition par le divorce est un facteur d'appauvrissement dont il est difficile de sortir.

On a également parlé du fait que demander de l'aide à Genève et en Suisse est stigmatisant. On est étiqueté comme un assisté et c'est une étiquette qui est difficile à porter et qui fait que de nombreux individus préfèrent gérer seuls des problèmes extrêmement graves plutôt que d'avoir recours aux services de l'Etat. Les intervenants ont insisté sur la nécessité de trouver des stratégies pour déstigmatiser les demandes de soutien. On revient aux questions de représentations sociales, en travaillant sur les familles elles-mêmes, les services de l'Etat et les associations pour qu'elles travaillent aussi au niveau symbolique et non seulement au niveau matériel.

On a cité le travail de la Fondation Apollo sur le canton de Vaud où l'Etat prend en charge des baux et loyers au nom des endettés. Il y a une difficulté pour les personnes endettées à obtenir un bail et apparemment cette Fondation finance ces baux, ce qui permet aux individus de trouver un logement stable, ce qui va faire baisser la situation de stigmatisation, renforcer la fonction parentale, sans forcément toucher fondamentalement aux finances de l'Etat car placer des personnes dans des hôtels coûte aussi très cher sans avoir cette stabilité fondée sur un logement adéquat.

On a aussi beaucoup insisté sur le travail en réseau avec l'idée d'établir un tableau des collaborations entre les différents acteurs, que ce soit l'Etat, les communes ou les associations. A également été souligné le fait de mettre un terme à cette politique, qui conduit les porteurs de permis B à ne plus oser demander de l'aide étatique de peur de perdre leur revenu.

Je termine en disant, que de mon point de vue, on fait face à une triple complexité avec des parcours de vie qui se sont complexifiés, qui sont moins standards que dans les années 60, ce qui rend les interventions de l'Etat plus complexes et d'autre part, une situation institutionnelle et associative qui s'est aussi complexifiée depuis les années 60 rendant ces interventions elles aussi plus complexes, dans une situation où les représentations de la « bonne » famille ou la famille « normale » n'ont pas beaucoup changé. Ces représentations, c'est une famille hétérosexuelle, légitimée par un mariage, stable sur le long terme et fondée sur une division genrée du travail professionnel et familial entre l'homme et la femme.

Cette représentation est à mon avis problématique, car quand on intègre toutes les déviations possibles par rapport à ce modèle, même si chacune est minoritaire, leur ensemble est majoritaire. Pourtant nos politiques familiales sont toujours fondées sur cette représentation de la famille.

XI. Réflexions et conclusions du colloque

Emmanuelle Marendaz Colle

Ces Assises aujourd'hui m'ont replongée dans un autre événement vécu il y a quelques années. Il s'agissait d'un workshop sur la monoparentalité, où il a surtout été question du couple. Et bien aujourd'hui, en parlant de la famille, et surtout des familles précaires, on a surtout parlé de la société. C'est normal, puisqu'il était questions de prestations. Mais au moment de parler prestations, justement, et non-recours aux prestations plus précisément, alors on est retombé sur la question de l'individu. Tout ceci montre que tout est toujours interconnecté et qu'il est très difficile d'avoir un objet bien délimité dans ce genre d'exercice.

Ce matin je me suis posé une question liée au titre de cette journée. S'il y a non-recours aux prestations sociale par les familles, qu'en est-il de votre intérêt à vous, en tant que chercheurs et travailleurs sociaux, de recourir à la prestation offerte par les Assises de la famille ?

Et bien j'ai eu plusieurs réponses aujourd'hui. Tout d'abord, il n'était pas banal d'entendre en début de séance un conseiller d'Etat élu du MCG dire que le risque d'expulsion des Permis B qui demandent l'aide sociale est une situation préoccupante. Rien que pour ça, ces Assises valaient déjà le détour.

Une deuxième réponse est venue cet après-midi à la pause, en attendant d'entrer dans l'atelier auquel j'ai participé. Une des intervenantes faisait le constat que finalement, ici nous sommes entre nous, entre gens qui se connaissent et qui travaillent déjà en réseau. Quel intérêt alors à s'écouter ? Et bien elle a apporté elle-même un démenti à ses doutes au début de son intervention. Une fois l'atelier commencé, elle a démarré en disant qu'elle avait mieux compris, ce matin en écoutant les conférences, les gens qui viennent la consulter...

Enfin une troisième réponse m'apparaît à la suite du commentaire de Manuel Tettamanti, qui dans sa synthèse de l'atelier sur les familles migrantes a évoqué la difficulté des chercheurs d'interroger les personnes en situation précaire. Cette réponse, c'est le travail en réseau : tout l'après-midi, les représentants des associations et institutions qui ont pris la parole ont fait remonter les problématiques du terrain. Ces travailleurs sociaux n'ont pas de problème d'accès aux familles en difficulté, eux. Ils et elles les côtoient au quotidien. La recherche et le terrain peuvent donc s'enrichir mutuellement.

On m'a demandé de faire une synthèse de la journée, et je ne vais pas répéter tout ce qui a été dit et que vous avez déjà entendu. J'aimerais juste revenir sur le cadre théorique exposé ce matin par la Prof. Claudine Burton-Jeangros, qui est celui sur lequel se base le Pôle de recherche national LIVES pour étudier la vulnérabilité dans

les parcours de vie. A LIVES, nous voyons la vulnérabilité comme une dynamique de stress et de ressources qui se déploie de manière multidimensionnelle, multiniveaux et multidirectionnelle.

Cela veut dire tout d'abord que la vulnérabilité met en relation tous les domaines de la vie : la famille, la formation, le travail, la santé... Les présentations de ce jour, basées sur des constats empiriques, l'ont bien montré en désignant les manques de ressources économiques, sociales, culturelles et psychologiques qui se cumulent. On a beaucoup parlé des familles monoparentales et migrantes, mais on a vu aussi que la vulnérabilité peut toucher Monsieur et Madame Tout le Monde, ces gens qui doivent rester à flot dans une société de plus en plus exigeante.

Ensuite la vulnérabilité concerne plusieurs niveaux : du génétique au social, en passant par l'individu, sa santé physique et psychique, son groupe familial, son réseau social, puis la collectivité toute entière et les normes et valeurs qui en émanent. Des normes culturelles suisses, des normes de genre aussi. Il a plusieurs fois été fait référence au fait qu'ici on se doit d'être autonome, qu'il est mal vu de demander de l'aide, etc., mais que les hommes et les femmes n'ont pas les mêmes contraintes et injonctions. Le non-recours cache donc une vulnérabilité cachée. Et comme l'a dit le Prof. Besson, « une famille sous stress est une famille vulnérable aux addictions. »

Enfin l'aspect multidirectionnel fait référence au temps et à la temporalité. La vulnérabilité peut fluctuer, mais comme l'a rappelé Eric Widmer, les moments de plus forte vulnérabilité sont surtout les moments de transition. Ne pas traiter les personnes dans le besoin coûte plus cher à long terme, a également relevé le Prof. Besson ainsi que d'autres intervenantes. Et il y a aussi un processus de reproduction sociale, de transmission de valeurs et pratiques au sein de la famille, qui intervient au fil du temps.

Comment y remédier ? Peut-être par une notion qui n'a pas vraiment été évoquée aujourd'hui, mais qu'on appelle l'investissement social. Cela passe par des crèches, par de la formation, par de l'anticipation de la part des travailleurs sociaux, et par du lien social. A ce propos j'ai trouvé intéressant que l'on regarde également ce qui se fait ailleurs. De nombreuses bonnes pratiques du canton d'à côté ont été signalées, qui peuvent peut-être nous inspirer.

Car qu'est-ce qui se joue, si on laisse les gens seuls face au système ? Ainsi que l'a souligné Hélène Revil, cela peut entraîner des conséquences politiques délétères, comme la montée en puissance de partis extrémistes.

Une autre piste est le militantisme. C'est un mot qui a été prononcé par un participant à l'atelier auquel j'ai participé. A un certain moment, quand le politique est sourd, peut-être faudrait-il que les travailleurs sociaux tirent la sonnette d'alarme, comme l'a

fait la FOJ en refusant d'accueillir de nouveaux jeunes pensionnaires, pour que l'Etat bouge.

Pour conclure, ce qui m'a beaucoup frappé aujourd'hui, c'est la bienveillance et la bonne volonté qui s'est dégagée de la part des intervenant·e·s et des participant·e·s. On sent que vous avez des valeurs communes d'ouverture et d'écoute, que vous tenez à défendre. Mais comment faire ressortir ces valeurs face à des publics moins bien disposés - positions qui sont tout aussi réelles, comme le débat public le montre abondamment. Il est assez facile d'être d'accord avec les gens dont on partage les opinions, mais comment convaincre au delà ? C'est peut-être un rôle à trouver pour les Assises.

Enfin un autre rôle pourrait être d'aider les travailleurs sociaux à s'interroger sur leur propre rôle dans la relation d'aide. A cet égard j'ai été frappée, dans une soutenance de thèse que j'ai suivie hier, par un constat de la chercheuse, dont l'objet de recherche était les normes d'âge dans les prestations sociales. Elle montre que ces normes sont totalement naturalisées : l'Etat aide certains bénéficiaires de tel âge à tel âge, puis on passe à un autre dispositif. Mais il y a un domaine où soudain ce sont les normes culturelles du travailleur social qui priment : la chercheuse a constaté que l'injonction à travailler est bien plus fortement exprimée envers les femmes migrantes issues de cultures perçues comme patriarcales, qu'il faudrait en quelque sorte « éduquer », alors qu'on laissera inconsciemment beaucoup plus tranquilles des femmes suisses ou européennes dans la même situation familiale.

Je finirai donc en disant que les trois dimensions évoquées tout à l'heure pour étudier la vulnérabilité pourraient également servir à observer le travail social : nous aussi, nous devrions nous regarder de manière multidimensionnelle, multiniveau et multidirectionnelle, afin de mieux percevoir l'impact de notre propre action sur les autres.

Annexe 1

« Vulnérabilité sociale et psychique : accès des familles vulnérables aux prestations socio-sanitaires.

Eric Widmer et Claudine Burton-Jeangros, Professeur(e)s, Observatoire des familles, Université de Genève



Plan

- Contexte théorique
- Objectifs
- Etude qualitative auprès des professionnels
- Etude quantitative auprès des couples
- Conclusions

Contexte théorique

La société du risque

Beck, U. (2001). *La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité*. Paris: Aubier.

- détraditionnalisation et individualisation

Les nouveaux risques sociaux

Ranci, C. (2010). *Social vulnerability in Europe: the new configuration of social risks*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.

- Instabilité des familles
- Flexibilisation de l'emploi
- Crise de l'Etat-providence

Contexte théorique

Vulnérabilité :

"dynamique de stress et de ressources tout au long du parcours de vie"

La vulnérabilité est

- **Multidimensionnelle:** interactions entre plusieurs domaines de la vie
- **Multiniveaux:** individu, groupe, collectivité
- **Multidirectionnelle:** temporalité individuelle et historique

Spini, D., Bernardi, L., & Oris, M. (2017). Toward a Life Course Framework for Studying Vulnerability. *Research in Human Development, 14*(1), 5–25.

FACULTÉ DES SCIENCES DE LA SOCIÉTÉ
Institut de recherches sociologiques
Observatoire des familles



UNIVERSITÉ
DE GENÈVE

Objectifs et questions

L'objectif de l'étude est d'évaluer les moyens institutionnels et les dispositions familiales pour prévenir les situations de vulnérabilité sociale et psychique. Avenir Familles entend comprendre les difficultés d'accès aux services sociaux et aux soins du point de vue des professionnels et du point de vue des familles.

Deux questions de recherche:

Du point de vue des professionnels: Est-il facile d'accéder aux soins en cas de problèmes sociaux, de maladies psychiques ? Dans quelle mesure les professionnels de la santé psychique et des services sociaux atteignent les familles vulnérables ?

Du point de vue des familles: Est-ce que la famille est réactive face aux problèmes sociaux et psychiques d'un de ses membres ?

FACULTÉ DES SCIENCES DE LA SOCIÉTÉ
Institut de recherches sociologiques
Observatoire des familles



UNIVERSITÉ
DE GENÈVE

Etude qualitative auprès des professionnels

Professionnels actifs dans le canton de Genève

Trois focus groups : 18 participants

• Caritas, CSP, CCSI, Armée du salut, F-information, HUG, OPCCF, Couple et famille, Esprit d'entente, psychologues indépendants

Analyse thématique des retranscriptions

- Caractéristiques des familles vulnérables
- Accès de ces familles aux prestations socio-sanitaires dans le canton de Genève

FACULTÉ DES SCIENCES DE LA SOCIÉTÉ
Institut de recherches sociologiques
Observatoire des familles



UNIVERSITÉ
DE GENÈVE

• **Caractéristiques des familles vulnérables,
du point de vue des professionnels**

FACULTÉ DES SCIENCES DE LA SOCIÉTÉ
Institut de recherches sociologiques
Observatoire des familles



UNIVERSITÉ
DE GENÈVE

Différentes formes de vulnérabilité

Vulnérabilité psychique

« Parce que nous, on a clairement des parents [sans domicile fixe] qui sont vraiment en grande souffrance psychique... ils ne savent comment ils vont s'en sortir, qu'est-ce qu'ils vont faire, etc... et, on se demandait comment l'enfant, là-dedans, il arrive à se développer »

Vulnérabilité sociale et économique

« Effectivement, je vois des jeunes issus de familles défavorisées, qui sont plutôt dans le quart-monde avec des parents tous les deux à l'AI ou à l'Hospice Général, alors le jeune a des difficultés pour s'en sortir car il s'inquiète soit pour la santé de ses parents, soit pour l'aspect financier. C'est un jeune qui a du mal à s'insérer dans l'école et qui finit souvent par décrocher à un moment ou à un autre. Cela crée des difficultés pour les finances de la famille en général, car le jeune permettait aux parents de recevoir des allocations et des subsides qui entretenaient aussi la famille. »

Articulation des formes de vulnérabilité entre elles

« Il peut y avoir dégradation du climat familial pour des problèmes de dettes. Il peut y avoir dégradation de la santé mentale avec, à l'origine, une détresse dans la gestion de ses affaires courantes au niveau familial avec un sentiment de persécution administrative ; on perd pied dans la gestion de son administration. (...) On voit parfois dans ces consultations de dette, des gens en vraie détresse sur le plan de la santé. »

FACULTÉ DES SCIENCES DE LA SOCIÉTÉ
Institut de recherches sociologiques
Observatoire des familles



UNIVERSITÉ
DE GENÈVE

Vulnérabilité induite par les transitions de vie

- **La venue du 1^{er} enfant, voire du 2^e enfant**
- **L'entrée dans la vie adulte**
- « A côté de cela, on a les jeunes, qui n'ont pas d'enfants à charge, mais qui sont en rupture de formation parce qu'ils se sont rapidement retrouvés en rupture par rapport à la famille, un peu seuls dans la vie, à l'aide sociale. Une précarité économique, qui est aussi très forte et qui est accompagnée d'une fragilité au niveau de la santé. On trouve des jeunes en situation de dépression par rapport à leurs difficultés et à la situation dans laquelle ils se trouvent »
- **La séparation ou le divorce**
- « Tout le contexte de ces séparations difficiles parfois vulnérabilise beaucoup les gens aussi bien psychologiquement que socialement, au niveau du revenu notamment »
- **Le cap des 50 ans**
- « On a aussi cette phase de transition délicate qui est le passage du cap des 45-50 ans, où le risque de chômage augmente avec un risque de décomposition familiale (...). Il y a un changement dans le parcours de vie des personnes elles-mêmes autour des 45-50 ans avec la thématique des 50 ans et plus. Les enfants quittent la famille, il faut prendre en charge les parents avec, parfois, une fragilisation sur le plan de la sécurité au travail »
- **La retraite et la vieillesse**

FACULTÉ DES SCIENCES DE LA SOCIÉTÉ
Institut de recherches sociologiques
Observatoire des familles



UNIVERSITÉ
DE GENÈVE

Vulnérabilité associée à la migration

Formation plus limitée, difficultés liées à la langue

Obligations envers la famille restée au pays

« Mais, c'est pour faire vivre, réparer la maison, faire vivre une grand-maman, scolariser les enfants, nourrir la famille que ces Roms sont ici dans des conditions de migration pendulaires de mendicité ou de prostitution. Les jeunes hommes ou femmes qui se prostituent parfois à la limite de l'âge ou en-dessous, c'est parce qu'ils ont déjà des responsabilités familiales pour certains »

Statuts légaux précaires: exploitation par employeurs et logeurs

« Par rapport au travail, en l'absence d'alternative, un mauvais travail vaut mieux que pas de travail du tout. Même si, dans le canton de Genève, ces personnes ont accès aux prud'hommes, elles ne s'y rendent pas à moins d'avoir une autre alternative de travail ou le projet de rentrer dans son pays, sinon le risque est trop élevé de n'avoir plus aucune source de revenu »

La précarité des détenteurs de permis ou nouvellement naturalisés

« Nous aussi, on a aussi beaucoup de personnes sans statut légal mais aussi des personnes avec des statuts assez précaires, des petits permis F, avec des minimums vitaux très bas ou aussi beaucoup maintenant de personnes avec des permis B qui ont peur de perdre leur permis s'ils s'adressent à l'hospice général. Donc, du coup, on a beaucoup de gens qui sont en dessous de minimum vital et qui viennent pour des aides alimentaires ou vestimentaires »

FACULTÉ DES SCIENCES DE LA SOCIÉTÉ
Institut de recherches sociologiques
Observatoire des familles



UNIVERSITÉ
DE GENÈVE

Caractéristiques des familles vulnérables

Dynamique familiale autour de la vulnérabilité

-La famille en tant que ressource

« La famille, c'est aussi une sécurité : sous les ponts, les gens se mettent par clans familiaux. Ils sont beaucoup endettés les uns envers les autres, car finalement cet endettement mutuel qui les lie, crée aussi de la sécurité et ils ont un lien à quelque part »

-La famille en tant que source de vulnérabilité

« Les situations de familles avec des parents ayant des troubles psychiatriques. Il y a de difficultés des enfants confrontés à cela. Il peut s'agir de parents ayant des troubles psychotiques, principalement bipolaires. Toute la famille est fragilisée du point de vue aussi de l'intégration sociale. »

Caractère **multidimensionnel** (santé, précarité financière, conflits, décrochage scolaire) et **multidirectionnel** (étapes du parcours de vie, entre générations) de la vulnérabilité

FACULTÉ DES SCIENCES DE LA SOCIÉTÉ
Institut de recherches sociologiques
Observatoire des familles



UNIVERSITÉ
DE GENÈVE

•Difficultés d'accès aux prestations socio-sanitaires, du point de vue des professionnels

FACULTÉ DES SCIENCES DE LA SOCIÉTÉ
Institut de recherches sociologiques
Observatoire des familles



UNIVERSITÉ
DE GENÈVE

Accès aux prestations: freins du côté des familles

Recours tardifs et logique de l'urgence

« On a beaucoup de gens qui viennent aussi très tardivement, quand il y a des situations qui sont déjà passablement dégradées, soit parce qu'ils ne savaient pas, soit parce qu'ils n'ont pas trouvé les bonnes personnes au bon moment »

Manque d'informations sur les droits

La responsabilité individuelle

« Ce sont des parents qui ne sont pas très ouverts sur les soins psychiatriques ou psychologiques et qui disent à leurs enfants qu'ils doivent s'en sortir par eux-mêmes. Les enfants écoutent parfois leurs parents et essaient de s'en sortir par eux-mêmes, mais, ils craquent à un moment donné et viennent à la consultation. Ce sont des parents qui ne viennent pas souvent non plus en consultation de familles et on s'en sort plus difficilement aussi »

Respect de la sphère privée versus contrôle social

« Le père me disait : « Surtout pas le SPMI ! ». On voit bien que du moment qu'on fait appel ou que les institutions entrent dans notre vie privée, c'est une intrusion totale alors qu'elles sont là pour nous aider ! »

Discrimination et étiquetage

FACULTÉ DES SCIENCES DE LA SOCIÉTÉ
Institut de recherches sociologiques
Observatoire des familles



UNIVERSITÉ
DE GENÈVE

Accès aux prestations: freins du côté des prestations

Complexité et fragmentation des prestations: « Le ping-pong institutionnel »

« J'ai l'impression qu'il y a beaucoup de gens qui ont tendance à lâcher prise au bout d'un moment parce qu'ils ont l'impression d'être un peu baladés dans tous les sens. On a beaucoup de gens qui sont très épuisés du ping-pong entre toutes les associations, entre tous les services »

Mais également perçu comme une division des tâches profitables aux usagers, à condition qu'ils soient bien orientés

Des besoins non pensés: par ex. jeunes migrants avec un handicap, mineurs non accompagnés

MNA « On voit clairement qu'ils sont d'abord, aux yeux des autorités, des réfugiés avant d'être des enfants »

« Il y a peu de structures qui prennent en charge ces périodes de transition parce que souvent quand les personnes puissent toucher soit les indemnités de chômage, soit les prestations complémentaires, soit l'hospice général, il y a des délais d'attente qui font que, pendant 2-3 mois, 4 mois, etc., je veux dire, les personnes sont vraiment dans des no man's land »

« dans le domaine des soins psychiques, la grande majorité des structures sont pensées pour l'individu...alors qu'en réalité, si on va chercher un peu dans le contexte familial, il faudrait répondre au niveau familial »

FACULTÉ DES SCIENCES DE LA SOCIÉTÉ
Institut de recherches sociologiques
Observatoire des familles



UNIVERSITÉ
DE GENÈVE

Accès aux prestations: freins du côté des prestations

Complexité et fragmentation des prestations: « Le ping-pong institutionnel »

« J'ai l'impression qu'il y a beaucoup de gens qui ont tendance à lâcher prise au bout d'un moment parce qu'ils ont l'impression d'être un peu baladés dans tous les sens. On a beaucoup de gens qui sont très épuisés du ping-pong entre toutes les associations, entre tous les services »

Mais également perçu comme une division des tâches profitables aux usagers, à condition qu'ils soient bien orientés

Des besoins non pensés: par ex. jeunes migrants avec un handicap, mineurs non accompagnés

MNA « On voit clairement qu'ils sont d'abord, aux yeux des autorités, des réfugiés avant d'être des enfants »

« Il y a peu de structures qui prennent en charge ces périodes de transition parce que souvent quand les personnes puissent toucher soit les indemnités de chômage, soit les prestations complémentaires, soit l'hospice général, il y a des délais d'attente qui font que, pendant 2-3 mois, 4 mois, etc., je veux dire, les personnes sont vraiment dans des no man's land »

« dans le domaine des soins psychiques, la grande majorité des structures sont pensées pour l'individu...alors qu'en réalité, si on va chercher un peu dans le contexte familial, il faudrait répondre au niveau familial »

FACULTÉ DES SCIENCES DE LA SOCIÉTÉ
Institut de recherches sociologiques
Observatoire des familles



UNIVERSITÉ
DE GENÈVE

Conclusions de l'étude qualitative



Mise en évidence de la **complexité des formes de vulnérabilités**,
avec un regard complémentaire aux statistiques officielles

Exemple: difficultés des enfants ayant des parents souffrant de troubles psychiques

Richesse et diversité des prestations: des forces et des faiblesses

"Moi, je trouve qu'il y a trop un fonctionnement de pompiers. C'est-à-dire la maison brûle, le pompier arrive"

FACULTÉ DES SCIENCES DE LA SOCIÉTÉ
Institut de recherches sociologiques
Observatoire des familles



UNIVERSITÉ
DE GENÈVE

Etude quantitative:

**Vulnérabilité du couple et recours aux
professionnels**

FACULTÉ DES SCIENCES
DE LA SOCIÉTÉ



UNIVERSITÉ
DE GENÈVE

Questions de recherche

I. Quels sont les facteurs favorisant le recours des couples aux professionnels?

II. Quel est l'impact du recours aux professionnels sur la qualité des relations conjugales, sur le court terme, et sur le très long terme ?

FACULTÉ DES SCIENCES
DE LA SOCIÉTÉ
Institut de recherches sociologiques



UNIVERSITÉ
DE GENÈVE

Méthodologie

Analyse quantitative des données «*stratification sociale, cohésion et conflit dans les familles contemporaines*».

- L'enquête se centre sur les couples habitant en Suisse;
- Etude longitudinale comportant 3 vagues: 1998/99; 2004 et 2011.
- L'analyse porte soit:
 - sur la première vague (1998/99): 1534 couples.
 - sur la première **et** troisième vague: 1075 couples

FACULTÉ DES SCIENCES
DE LA SOCIÉTÉ
Institut de recherches sociologiques



UNIVERSITÉ
DE GENÈVE

Facteurs favorisant le recours des couples aux professionnels

		Recours (OR)
<i>Couple:</i>	Ouverture vers l'extérieur	1.71*
	Problèmes de couple (nombre important)	1.36*
<i>Femme:</i>	Formation universitaire	2.18**
	Nationalité suisse	1.65*
<i>Homme:</i>	Vulnérabilité psychique (symptômes dépressifs)	1.61***
	Insatisfaction par rapport au couple	1.38*
	Pensée de séparation <i>sans approfondissement</i>	1.74**
	Pensée de séparation <i>sérieusement</i>	2.52**

Notes: Régressions logistiques binomiales, N=1471; contrôlées par les variables socio-démographiques; ***p.<0.001; **p.<0.01; *p.<0.05

FACULTÉ DES SCIENCES
DE LA SOCIÉTÉ
Institut de recherches sociologiques



UNIVERSITÉ
DE GENÈVE

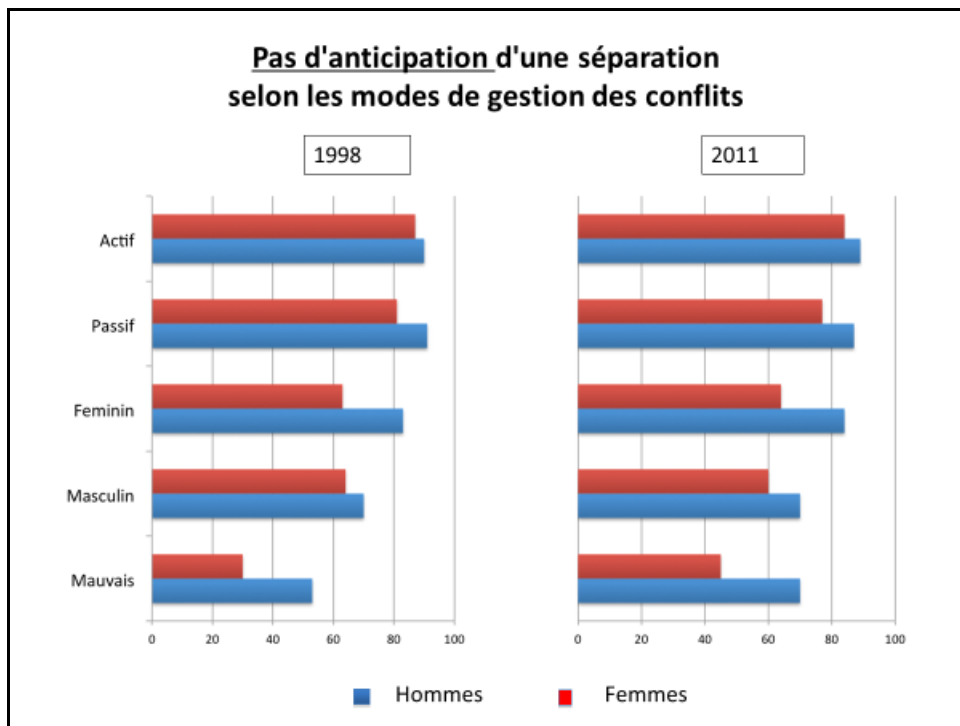
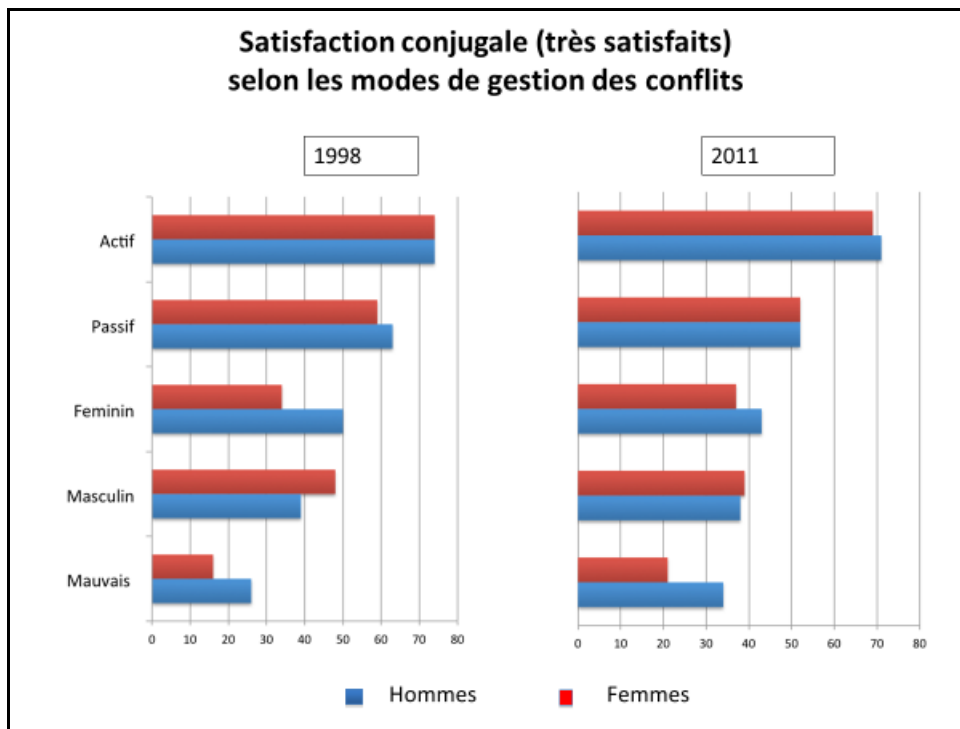
Les modes de gestion des conflits (1998)

Mauvaise gestion du conflit	16%	<ul style="list-style-type: none"> - agressivité - évitement - passivité - absence de contrôle émotionnel
Gestion du conflit unilatérale masculine	22%	<ul style="list-style-type: none"> - bonne gestion des conflits de l'homme - mauvaise gestion des conflits de la femme (agressivité, évitement et absence de contrôle émotionnel)
Gestion du conflit féminine	16%	<ul style="list-style-type: none"> - rôle plus central de la femme, en particulier au niveau de la communication
Gestion du conflit passive	21%	<ul style="list-style-type: none"> - évitement des tensions et des conflits - absence de la communication - absence de soutien
Gestion du conflit active	25%	<ul style="list-style-type: none"> - négociation active - recherche active de solutions (recours aux professionnels) - contrôle des émotions et bonne communication - soutien élevé - faible agressivité

FACULTÉ DES SCIENCES
DE LA SOCIÉTÉ
Institut de recherches sociologiques



UNIVERSITÉ
DE GENÈVE



Chances de rester en couple en 2011 selon le mode de gestion des conflits (en 1998)

Modes de gestions des conflits:

Mauvais	--
Actif	5.88***
Passif	3.84***
Féminin	1.97(ns)
Masculin	1.83(ns)

Notes: Régressions logistiques binomiales, N=956; contrôlées par les variables socio-démographiques; ***p.<0.001; **p.<0.01; *p.<0.05; ns =non significatif

FACULTÉ DES SCIENCES
DE LA SOCIÉTÉ
Institut de recherches sociologiques



UNIVERSITÉ
DE GENÈVE

Conclusion (1) : Les facteurs explicatifs du recours aux professionnels du couple

Socio-économiques:

- Education (niveau universitaire des femmes)

•Fonctionnels:

- Ouverture familiale
- Problèmes de couple (nombre)

Individuels:

- Vulnérabilité psychique des hommes
- Insatisfaction conjugale des hommes
- Pensée de séparation des hommes

FACULTÉ DES SCIENCES
DE LA SOCIÉTÉ
Institut de recherches sociologiques



UNIVERSITÉ
DE GENÈVE

Conclusion (2) : L'impact des modes de gestion des conflits sur le couple?

Gestion du conflit active:

- Meilleure satisfaction conjugale des femmes et des hommes en 1998 et 2011
- Moins de femmes et d'hommes qui pensent à se séparer/divorcer en 1998 et en 2011
- Stabilité du couple en 2011

Gestion du conflit passive:

- Moins d'effet sur la satisfaction conjugale des femmes et des hommes en 2011
- Moins d'effet sur les pensées de séparation des femmes et des hommes en 2011
- Stabilité du couple en 2011

Pour en savoir plus :

Widmer, E.D. (2016). La pluralisation des manières d'être en couple en Suisse. In: *Swiss Academies reports (eds). Le mariage et le partenariat entre norme et réalité.* Akademien der Wissenschaften Schweiz, Bern. pp. 10-21.

disponible à :

<http://www.edwidmer.org/files/other/SwissAca.pdf>

Annexe



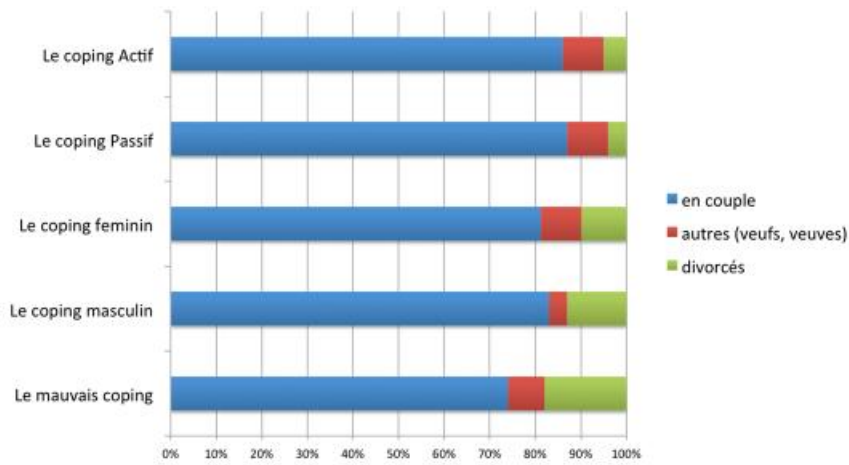
Le recours des couples aux professionnels

- La variable sur l'accès aux professionnels de santé psychique:
 - « Parlons de la manière dont votre conjoint(e) réagit face à un problème ou une difficulté. Diriez-vous qu'il/elle recourt volontiers à des spécialistes, des professionnels (souvent, parfois, rarement, jamais). »
- La distribution des couples selon le recours des conjoints aux professionnels:

• Deux conjoints ont le recours	306 familles (20%)
• Homme a le recours, femme n'a pas	355 familles (23%)
• Femme a le recours, homme n'a pas	352 familles (23%)
• Deux conjoints n'ont pas du recours	519 familles (34%)



II.5. La situation familiale en 2011 par le mode de coping en 1998



Note: N (couples)= 1073

Annexe 2

Le non-recours aux aides sociales. Le cas des familles à Genève.

Barbara Lucas, Professeure, Haute école de travail social, HES-SO, Genève.

Plan

1. Le non-recours aux aides sociales
2. Que sait-on du non-recours en Suisse ?
3. Comprendre le non-recours des familles (à Genève)

Introduction

- **Nouvelles formes de pauvretés** qui touchent les **familles**. Familles monoparentales, familles nombreuses....
- Les **prestations financières** contribuent à réduire la pauvreté.
- Or, certaines personnes n'en **bénéficient pas**.
- Cela questionne la **capacité de l'action publique** à atteindre ses objectifs, y compris vis-à-vis **des familles précaires**.

1. Le non-recours aux aides sociales

- Les personnes qui ne **bénéficient pas** d'une offre de droit ou de services à laquelle elles pourraient prétendre. (Warin 2010: 3)
- « Non-recours »: **non demande** et **non réception**
- Prestations **financières** ou **non financières**
- Entre **40** et **60** % dans les pays OCDE (Eurofund 2015)
- Prestations **sous conditions de ressources** (von Oorschot 2002)

Assistance sociale (OCDE) : 20-60 %

Assurances chômage (OCDE): 20-40 %

(Hernanz, Malherbet & Pellizari 2004: 10)

Pays	Année	Prestation	Population	Taux NR
USA	Mi-1980	Aid for families with dependent children	Families Monoparent	55%
USA	84-87	Family income supplement	« Working Families »	59%
Irlande	2005	Family income supplement	« Working Families »	70-80%
France	1996	Allocation parentale éducation (APE)	Ménages dès deux enfants	10% Meurthe et Moselle
Vaud	2011-2014	PC Fam	« Working Families »	4401/6000

Sources: Hernanz and al 2014, Eurofund 2015, Abrasart et al. 2015, Reinstadler 2000

Principaux motifs du non-recours

- Le manque d'**information** ou de **compréhension**
- Le **niveau et la durée des prestations**
- Des **procédures administratives** lourdes et complexes
- Le fait de **ne pas vouloir** solliciter cette aide : **la non-demande**
 - Un effet de la stigmatisation
 - Des valeurs incompatibles avec le fait de demander
 - Refus des normes portées par l'offre (comportements) (Mazet 2010)
- **Des facteurs de vulnérabilités** : Isolation sociale, migration...

L'exemple du Revenu de solidarité active en France (RSA)

Taux de non-recours : 50% (2010)

- 68% des réponses renvoient à un **manque d'information**
 - 20% évoquent la **complexité**
 - 42% renvoient à des **alternatives**
 - 27% expriment un **refus de principe**
- (Eurofound 2015, p.11 & Warin 2016)

2. Que sait-on du non-recours en Suisse ?

- Un **intérêt tardif** en comparaison européenne – **Invisibilité**
- **45-86 %** selon la définition aide sociale (Leu, Burri & Priester, 1997)
- Non-recours à l'aide sociale à **Berne: 26.3 %** (Hümbelin 2016)
- Plus important en **milieu rural** que **urbain** (Fluder & Stremlow 1999).

Berne: 12,2% communes urbaines et 50% comm. rurales. (Hümbelin 2016)

• Une nouvelle dynamique de la recherche romande

- Des rapports récents traitant du NR: Ambrus, Effionayi-Mäder & Ruedin (2017), Bonoli & Campion (2015); Widmer, Roduit & Zufferey (2016)...
- Des recherches en cours: voir le site du **Séminaire régional sur le non-Recours (Hets Genève)** <https://www.hesge.ch/hets/seminaire-regional-non-recours-aux-droits-et-prestation--sociales>.

• Nos recherches à la HETS de Genève

- **Mesurer le non-recours dans le canton** (Domaine Travail social)
Eric Crettaz, Barbara Lucas, HETS Genève.
- **Comprendre le non-recours des familles** (HES-SO Genève) Barbara Lucas, Eric Crettaz (HETS) et Catherine Ludwig (HEdS), avec Caritas, CSP, Hospice général, Ville de Genève.

Explications du non-recours à l'aide sociale en Suisse

- L'importance de **honte**, du **refus de la dépendance** à l'Etat, du **permis de séjour** (Rossini & Favre-Beaudraz 2004)
- **Complexité, structures et procédures** administratives (Neuschwander et al. 2012, Ambruso et al. 2017)
- La **recherche d'alternatives** (Neuschwander et al. 2012)
- La **stigmatisation** (Hümbelin 2016)
- Cependant, **peu ou pas d'enquêtes qualitatives approfondies** auprès des personnes non-recourantes aux aides financières

3. Comprendre le non-recours des familles

- Travaux précurseurs sur le non-recours: prestations ciblées pour les **mères célibataires** (GB) ou l'effet de la stigmatisation **des familles afro-américaines** aux USA (Harrington 1962)
- Pourtant, peu d'études sur le non-recours traitent du rôle de la **famille**, du **type de ménage** et/ou de **l'importance du genre** dans le non-recours.
- Une **double invisibilité**. Ouvrir la boîte noire « famille »

Une incertitude statistique

- Les **ménages monoparentaux** - (Bargain et al., 2009 ; Bruckmeier & Wiemers, 2012 ; Frick & Groh-Samberg, 2007, Crettaz 2009)
- Les **couples avec enfants +** (Frick & Groh---Samberg, 2007 ; Kayser & Frick, 2000, Crettaz 2009)
- Le **genre**: une indétermination statistique (Lucas, Chapuis, Crettaz 2016) **Les hommes seuls + NR** au RMI « ...hommes seuls assez jeunes » (Nguyen, 2007 :3).
- Pour une analyse des **combinaisons de facteurs** (emplois, type de ménages, enfants, statut)

Une enquête qualitative auprès de familles à Genève

- **Projet**: « Le non-recours aux prestations sociales à Genève. Quelles adaptations de la protection sociale aux attentes des familles en situation de précarité ? » (Lucas et al. Hets & Heds, Genève, 2015-2017)
- **Comprendre le non-recours aux prestations financières** cantonales et municipales (Ville de Genève)
- dans le **cadre de l'expérience** que des pères et mères font de la précarité (Béal & al. 2014, Delcroix 2005)
- **36 entretiens** semi-directifs à ce jour
- Personnes «**fragiles**» ou vivant une «**assistance différée**» (Paugam 1989).

Analyses en cours sur la non-demande

(a) *Le non-recours, une affaire de famille*

- La famille lieu de **socialisation**
- **Transmission familiale** de normes, valeurs et pratiques de non-recours (**santé**: Hamel 2010)
- « **Culture de la pauvreté** » classe, origine (Duvoux 2016)
 - Culture de la **méfiance**, du **retrait**, de la **critique** (Lewis 1963)
 - *Versus* « **culture de la dépendance** » à l'Etat ?

Ce qui ressort de nos premiers résultats

- Fréquentes convocations des **modèles parentaux** pour **justifier le non-recours**
- Valeurs: **autonomie, force ou travail**
- L'exemple de ses **propres parents**
- Etre un exemple **pour ses enfants** ou ne pas montrer le « mauvais exemple »
- **Normes de parentalité partagées** (voir aussi Berton et al. 2015).

- « (*parlant de sa fille*). (..) Peu à peu elle va aussi prendre conscience de

certaines choses. Elle va aussi poser certaines questions et moi je dois aussi dans un certain sens... voilà sur certains sujets il faut que je puisse aussi lui montrer que c'est comme ça qu'il faut faire quoi. Qu'on peut pas non plus attendre toujours...

- *L'exemple en fait...*
- Voilà. Quand elle dit "ah ben tu fais quoi", je peux pas lui dire écoute moi je suis à l'hospice quoi: c'est pas un métier. »
(Homme, suisse, marié, une fille de 3 ans)

(b) *Un sens différent pour les pères ou les mères*

• Dimension **subjective** du rapport à la précarité **peu étudiée** sous l'angle du **genre**.
(Braconnier & Mayer 2015)

• Des premiers **résultats genrés**

• **Lutte pour maintenir son autonomie financière (H)**

- Identité **professionnelle** surtout est convoquée
- Volonté **de rester capable de gagner sa vie**
- **Horizon**: lutter contre la **disqualification sociale**
- Non recours: **discrédit**; trajectoire **descendante**

- « *Vous tenez le coup oui...*
- Oui mais vraiment c'est... *Si tu n'es pas dur, tu vas descendre, vite fait. (...)*
C'est le système, alors moi j'ai juste compris qu'il faut que je me calme parce que sinon je vais descendre, en bas. Quand c'est bas pour le remonter c'est difficile. Pour moi c'est juste mon permis de travail. Après c'est facile parce que vous voyez j'ai des contacts, du travail, des gens qui m'apprécient (...)
- *Voilà vous êtes dans l'attente en fait.*
- Je suis homme à tout faire alors je ne crains pas si je dois aller travailler. »
(Homme, ivoirien, divorcé, une fille de 15 ans)

• **Lutte pour gagner son indépendance (F)**

- Identités mère **et** travailleuse **et** citoyenne convoquées;
- Besoin: formation, mesures de «conciliation»
- Horizon: **qualification** et **émancipation**
- **Offre perçue** comme ne **correspondant pas** à ces perspectives *ascendantes*

- « *Moi j'aimerais...si j'avais des conditions d'étudier, si j'avais des conditions, tout ça, je crois que je serai en politique. Peut-être pas président, je ne sais pas, je ne crois pas que j'arriverai là-bas. Mais en tout cas, dans la communauté, ou vous voyez, quelque chose comme cela. »*
(Femme, Brésilienne, monoparentale, 1 fils)

- « *Moi, mon problème surtout, comme je dis mon inquiétude, si je pouvais gagner ma vie sans avoir recours à tout ça. C'est pour ça que je dis, si je pouvais avoir cette possibilité, et puis qu'on ne te puise pas tout. Par exemple la garde (...)* c'est des *horaires pas possibles.*

- Voilà, je ne suis pas de celles qui... Parce qu'un homme qui a le pouvoir, qui a l'argent, ça veut dire que vous allez marcher comme il veut.... »
(Femme, Camerounaise, 3 enfants, divorcée)

Conclusion

- Le non-recours encore **peu documenté** en Suisse.
- **La complexité et les procédures** sont des causes relativement bien identifiées de non-recours à l'aide sociale.
- La **non-demande des familles** reste en revanche peu étudiée.
- De l'importance **d'écouter** les parents sur leurs **motifs** de ne pas recourir en lien avec **leurs expériences** de la précarité.
- Ainsi, le non-recours permet de questionner **l'effectivité**, mais aussi la **permanence** des offres destinées aux familles.

- « Moi je me sens pas pas pauvre, parce qu'avec la volonté on peut faire tout. Je ne sens pas que je suis pauvre parce qu'avec le travail on peut gagner la vie. On peut vivre bien, avec le travail, avec la volonté, avec des formations, à force d'améliorer les choses on peut vivre bien. (..) »
- *Et vous, actuellement, votre travail, qu'est-ce que c'est ?*
- C'est le ménage, je fais une heure et quart de ménage à la Migros le matin. C'est ça le contrat que j'ai maintenant. Et moi, je peux pas vivre avec une heure et quart. »
(Femme, italienne, origine marocaine, monoparentale, une fille de 5 ans)

Annexe 3

Les addictions entre vulnérabilités biologiques, psychiques et sociales.

Jacques Besson Professeur, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Lausanne.

INTRODUCTION / PLAN

Eléments de contexte
Vignettes cliniques
Les types de substances
Eléments de classification et de diagnostic
Quelques fondements neurobiologiques
Approche thérapeutique en 5 dimensions

LA SUISSE ET LES DROGUES



ELEMENTS DE CONTEXTE

Politique suisse des 4 piliers : prévention, répression,
thérapie, aide à la survie
Diminution de l'âge des consommateurs
Augmentation de l'accessibilité aux substances
Polymorbidité médico-psycho-sociale
Quelle réponse institutionnelle ?

DES DROGUES à L'ADDICTOLOGIE

Le jugement moral:
Vice, paresse, mauvaise volonté
Impuissance médicale
Délégation au monde social
Patients pauvres
Médecine pauvre

DES DROGUES à L'ADDICTOLOGIE

Le jugement clinique et scientifique :

Paradigme psychosomatique et psycho-social, pathologie de la modernité

Une nouvelle science: **l'addictologie**

Modèles animaux translationnels

Imagerie fonctionnelle multimodale

Sciences humaines et interdisciplinarité

Recherche clinique « patient centered »

CAS CLINIQUE (1)

Jeune homme de 19 ans, informaticien

Demande des benzodiazépines pour un trouble du sommeil

Fatigue, stress, suspicion de dépression

Troubles de la concentration

A l'anamnèse systématique : cannabis tous les soirs

=> Rôle du cannabis ?

=> Autres substances ?

=> Primaire ou secondaire ?

=> Comment investiguer ?

=> Quelle prise en charge ?

CAS CLINIQUE (2)

Représentant de commerce, 50 ans

Boit un litre de vin par jour professionnellement

Pas de problèmes psycho-sociaux

Gamma GT limite sup, HTA légère

CAS CLINIQUE (3)

Mère de famille, 35 ans

Abus d'alcool, prise chronique de benzo

Cocaïne le week-end, sniffs réguliers d'héroïne

(1ère prise le matin)

Dysthymie

Enfants à charge

CAS CLINIQUE (4)

Employé de banque, 28 ans
Cocaïne pour performer (Bourse)
Alcool le week-end + qq extasies
Consulte à la demande de son amie
Dépression ?

CAS CLINIQUE (5)

Transsexuel clandestin, 31 ans
Absès fémoro-inguinaux sur injections
Subictère
Anxiété généralisée

CAS CLINIQUE (6)

Adolescent de 14 ans
En fugue de son foyer
Sniffe de l'héroïne 3/jour , depuis 15 jours
Alcool, tabac et cannabis en couche de fond
Conflit familial , cf divorce des parents

CAS CLINIQUE (7)

Père de famille, 30 ans
Joue toutes les soirées à WOW
Dettes de jeu (machines à sous)
Menace sur l'emploi
Dit qu'il va se refaire
Envoyé par sa femme

LES SUBSTANCES PSYCHO-ACTIVES

1) Psycholeptiques

Groupe des sédatifs ou dépresseurs du SNC

alcool, benzodiazépines, barbituriques et autres hypnotiques, GHB, opiacés

Petite dose: désinhibition, anxiolyse

Haute dose: sédation, coma, arrêt respiratoire

LES SUBSTANCES PSYCHO-ACTIVES

2) Psychoanaleptiques

Groupe des stimulants du SNC : caféine, nicotine, amphétamines et dérivés (ecstasy, MDMA, pilules thaïes...) cocaïne

Effets recherchés : euphorie, entactogène

Effets somatiques : excitation, hypertension, convulsions

Effets psychiques : agitation, dim. sommeil, stim. libido, compulsion, paranoïa

LES SUBSTANCES PSYCHO-ACTIVES

3) Psychodysléptiques

Groupe des perturbateurs du SNC : cannabis, solvants, mescaline, LSD, phencyclidine

Effets recherchés : « déconnexion »

Effets psychiques : dissociation, panique, paranoïa, hallucinations

CIM-10 : TROUBLES MENTAUX ET DU COMPORTEMENT LIES A L'UTILISATION DE DIVERSES SUBSTANCES PSYCHO-ACTIVES

F 10.- : Alcool

F 11.- : Opiacés

F 12.- : dérivés du Cannabis

F 13.- : Sédatifs ou Hypnotiques

F 14.- : Cocaïne

F 15.- : autres Stimulants yc. Caféine

F 16.- : Hallucinogènes

F 17.- : Tabac

F 18.- : Solvants volatils

F 19.- : Drogues multiples et autres substances

CIM-10 : SUBDIVISIONS UTILISEES COMME 4e CARACTERE

.0 : Utilisation aiguë

.1 : Utilisation nocive pour la santé

.2 : Syndrome de dépendance

.3 : Syndrome de sevrage

.4 : Syndrome de sevrage avec *delirium*

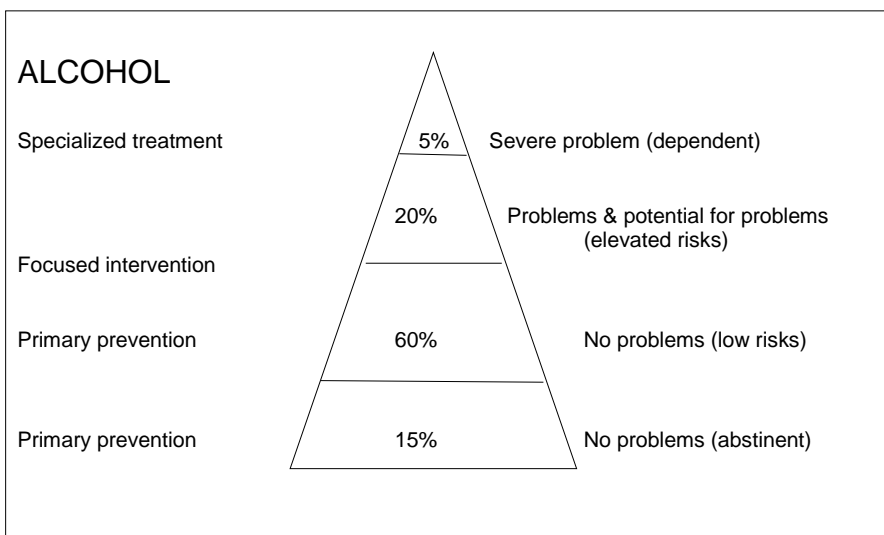
.5 : Trouble psychotique

.6 : Syndrome amnésique

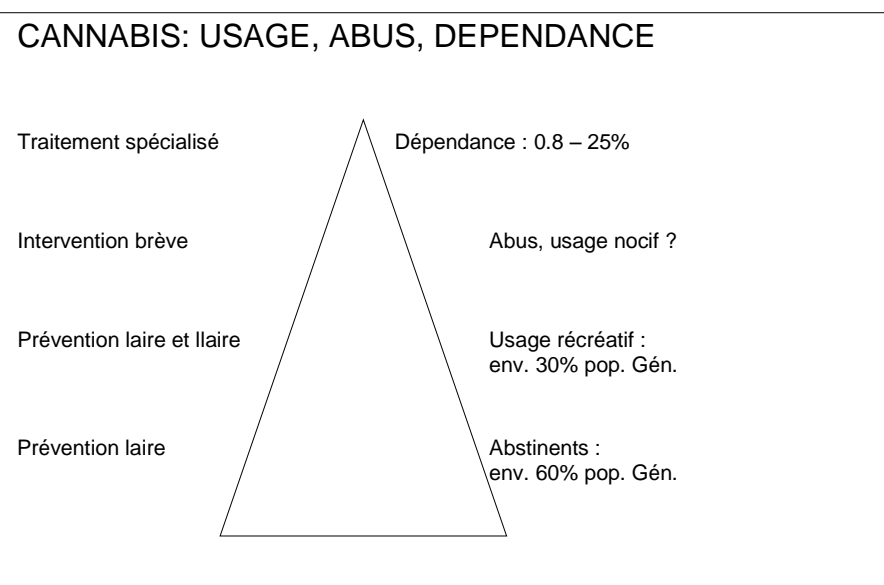
.7 : Trouble résiduel ou psychotique tardif

.8 : Autres troubles mentaux et du comportement

.9 : Troubles mentaux ou du comportement, sans précision



Adapted from Skinner, H.A. (1991)



LE CERVEAU ET LES DROGUES

- Modèles animaux
- Rôle central de la dopamine
- Plaisir naturel et artificiel
- Même localisation cérébrale que les émotions

STRESS ET ADDICTION

- Aspects neuro-hormonaux
- Modulation globale psychosomatique
- Vulnérabilité augmentée pour les addictions

Souris KO incapables d'autoadministration
PEUR, ANXIETE ET ADDICTION
Rôle central de l'amygdale
Accorde une valence émotionnelle
Donne une réponse émotionnelle
Lieu du « craving »

GENETIQUE DES ADDICTIONS
Jumeaux et adoptés
Etudes familiales
Animaux génétiquement modifiés
Polymorphisme génétique (D2 et autres)
Gènes et environnement : les transcriptases

LA PLASTICITE NEURONALE
Système excitateur (glutamate)
Long term potentiation
Modifications structurales durables (traces)
Mémoire addictive
Mais aussi de nouvelles voies...

NEUROSCIENCES ET COHERENCE
Le défi des « guérisons spontanées » des addictions
L'exemple AA et NA
Spiritualité et addiction : nombreuses études
Mesure de la cohérence et la salutogenèse ?
Les systèmes de croyance : **le cerveau spirituel et religieux**

QUELQUES DEFINITIONS

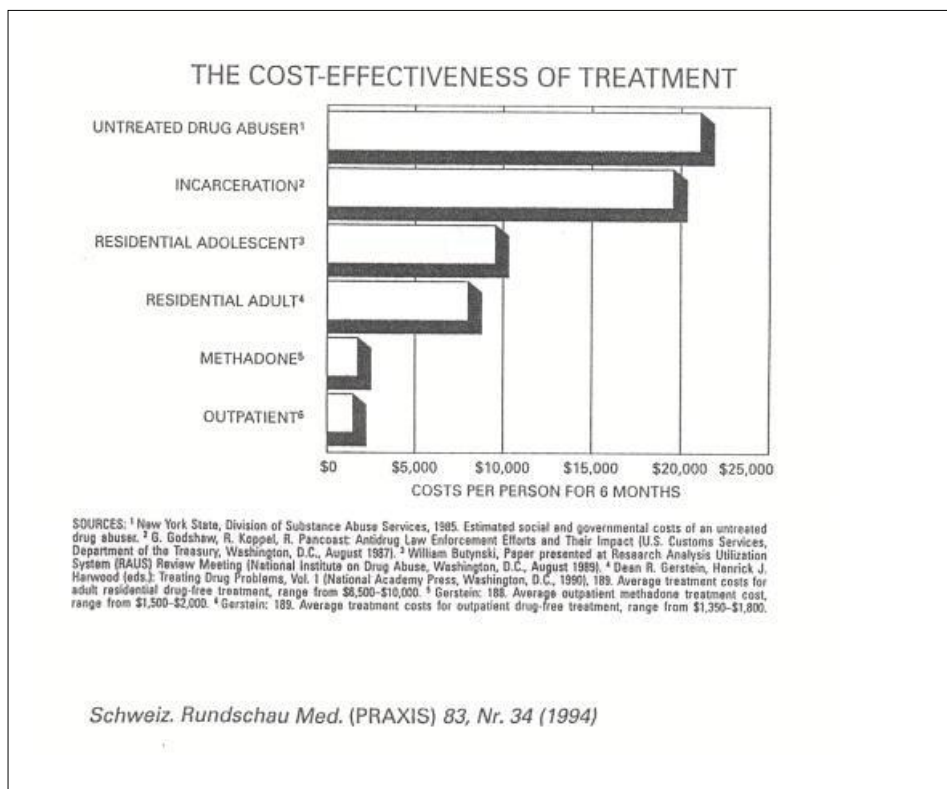
Addictions : asservissement par le corps (avec ou sans substances psycho-actives): comportement de recherche active (craving), automatisé

Dépendance : syndrome avec symptômes psychobiologiques (sevrage, tolérance)

Abus : problèmes avérés

Consommation à risque : problème potentiel

Consommation récréative



LE PROBLEME DU NIVEAU DE SOINS

Quel patient pour quel traitement à quel moment ?

Des patients hétérogènes, une offre hétéroclite

Des institutions idéologiquement orientées

Des clivages du réseau (médical/social)

La notion de seuil (accessibilité)

Seuil haut / haute exigence

Seuil bas / haute tolérance

RÔLE DU PRATICIEN

Accueil, neutralité

Diagnostic multidimensionnel

Définition d'un niveau de soins adapté

Choix de partenaires dans le réseau

Définir des objectifs thérapeutiques

Etablir un contrat, durée définie, évaluation périodique

»»» Rapid Addiction Profile (RAP)

www.romandieaddiction.ch
www.ssam.ch
www.infoset.ch
www.praticien-addiction.ch

LE QUESTIONNAIRE RAP (Rapid Addiction Profile)			
Nom:	Prénom:	Date de naissance:	Sexe:
Date passation:	Interviewer:		
I. Dimension somatique			
1	<input type="checkbox"/>	Bon état général, sérologies négatives (HIV, hépatites B,C)	
2	<input type="checkbox"/>	Sérologies positives, état général légèrement diminué, problèmes dentaires et d'hygiène, abcès non compliqués	
3	<input type="checkbox"/>	Trithérapie HIV en cours, hépatite chronique, comorbidité somatique (diabète, etc), abcès compliqués	
4	<input type="checkbox"/>	SIDA (maladie), endocardite, pancréatite, atteinte neurologique sévère	
II. Dimension psychiatrique			
1	<input type="checkbox"/>	Pas de diagnostic autre que abus et dépendance selon CIM 10, DSM IV	
2	<input type="checkbox"/>	Diagnostic sur Axe II du DSM IV (trouble de la personnalité), polytoxicomanie	
3	<input type="checkbox"/>	Diagnostic syndromique-Axe I DSM IV (p.ex. trouble bipolaire, schizophrénie, dépression manifeste)	
4	<input type="checkbox"/>	Plusieurs diagnostics psychiatriques aigus ou invalidants	
III. Dimension motivationnelle			
1	<input type="checkbox"/>	Patient collaborant, conscience du problème, motivé pour le traitement	
2	<input type="checkbox"/>	Patient collaborant, conscience partielle du problème, ambivalent face au traitement	
3	<input type="checkbox"/>	Patient qui consulte sous pression d'un tiers, déni partiel du problème personnel, réticent face au traitement.	
4	<input type="checkbox"/>	Patient oppositional, sous contrainte, déni du problème, ne voyant pas l'intérêt d'un traitement	
IV. Dimension crise			
1	<input type="checkbox"/>	Conjoint soutenant, famille mettant des limites claires, employeur ferme et compréhensif	
2	<input type="checkbox"/>	Famille à disposition vague, conjoint co-dépendant, employeur collaborant	
3	<input type="checkbox"/>	Famille rejetante, conjoint intoxiqué, pas de levier professionnel	
4	<input type="checkbox"/>	violences conjugales et familiales, crise aiguë dans le milieu du patient	
V. Dimension ressources			
1	<input type="checkbox"/>	Salaires, logement, pas de problème judiciaire, vie sociale active	
2	<input type="checkbox"/>	Chômage, logement précaire, problèmes judiciaires, vie sociale réduite, formation professionnelle	
3	<input type="checkbox"/>	Aide sociale, pas de logement propre, mandat judiciaire, dettes importantes, pas de formation professionnelle, pas de vie sociale autre que la "zone"	
4	<input type="checkbox"/>	SDF, marginalisation totale, délinquance violente	
<small>RAP - Lattmann, février 2001, J. Besson All rights reserved, Division d'aide de substances</small>			

INTERPRETATION DES SCORES RAP

Score 1 : Rien de particulier à faire

Score 2 : Investiguer

Score 3 : Il y a un trouble, une maladie qui nécessite un traitement

Score 4 : Urgence, une intervention de crise ou une hospitalisation est nécessaire

I. DIMENSION SOMATIQUE

1 Bon état général , sérologies négatives (HIV, hépatites B,C)

2 Sérologies positives, état général légèrement diminué, problèmes dentaires et d'hygiène, abcès non compliqués

3 Trithérapie HIV en cours, hépatite chronique, comorbidité somatique (diabète, etc), abcès compliqués

4 SIDA (maladie), endocardite, pancréatite, atteinte neurologique sévère

Risques/ dommages \leftrightarrow Injections



Injections – la réalité



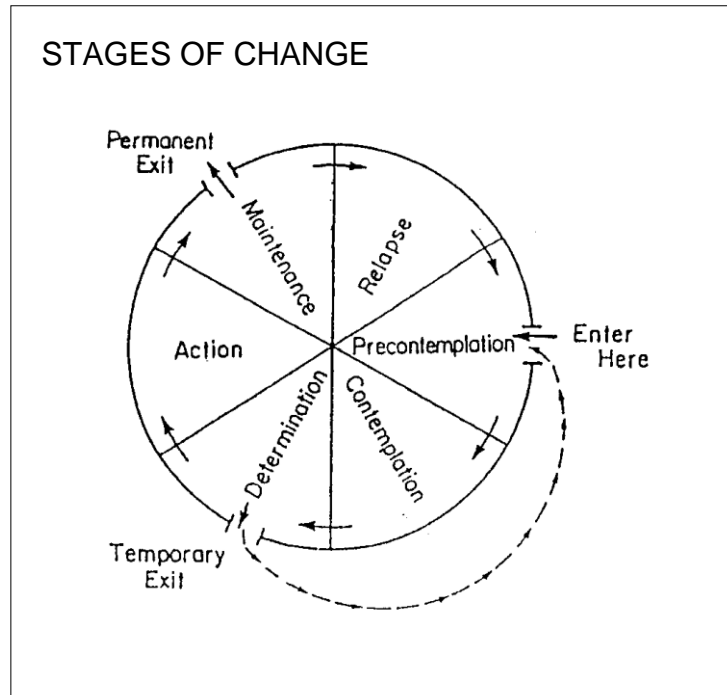
Tiré de Cocainelove de Michael von Graffenried, Benteli Verlag AG, Berne, 2005

II. DIMENSION PSYCHIATRIQUE

- 1 Pas de diagnostic autre que abus et dépendance selon CIM 10, DSM IV
- 2 Diagnostic sur Axe II du DSM IV (trouble de la personnalité), polytoxicomanie
- 3 Diagnostic syndromique-Axe I DSM IV (p.ex. trouble bipolaire, schizophrénie, dépression manifeste)
- 4 Plusieurs diagnostics psychiatriques aigus ou invalidants

III. DIMENSION MOTIVATIONNELLE

- 1 Patient collaborant, conscience du problème, motivé pour le traitement
- 2 Patient collaborant, conscience partielle du problème, ambivalent face au traitement
- 3 Patient qui consulte sous pression d'un tiers, déni partiel du problème personnel, réticent face au traitement.
- 4 Patient oppositionnel, sous contrainte, déni du problème, ne voyant pas l'intérêt d'un traitement



A Stage Model of the Process of Change Prochaska and DiClemente

IV. DIMENSION CRISE

- 1 Conjoint soutenant, famille mettant des limites claires, employeur ferme et compréhensif
- 2 Famille à disposition vague, conjoint co-dépendant, employeur collaborant
- 3 Famille rejetante, conjoint intoxiqué, pas de levier professionnel
- 4 violences conjugales et familiales, crise aiguë dans le milieu du patient

V. DIMENSION RESSOURCES

- 1 Salaire, logement, pas de problème judiciaire, vie sociale active
- 2 Chômage, logement précaire, problèmes judiciaires, vie sociale réduite, formation professionnelle
- 3 Aide sociale, pas de logement propre, mandat judiciaire, dettes importantes, pas de formation professionnelle, pas de vie sociale autre que la "zone"
- 4 SDF, marginalisation totale, délinquance violente

BESOINS CONTEXTUELS

- Aspects systémiques : amie, famille , réseau

BESOINS SOCIO-EDUCATIFS

- Aspects financiers
- Aspects juridiques
- Aspects professionnels
- Occupation

BESOINS PSYCHOTHERAPEUTIQUES ET EXISTENTIELS

Besoin de sens

Histoire de vie personnelle : sens privé

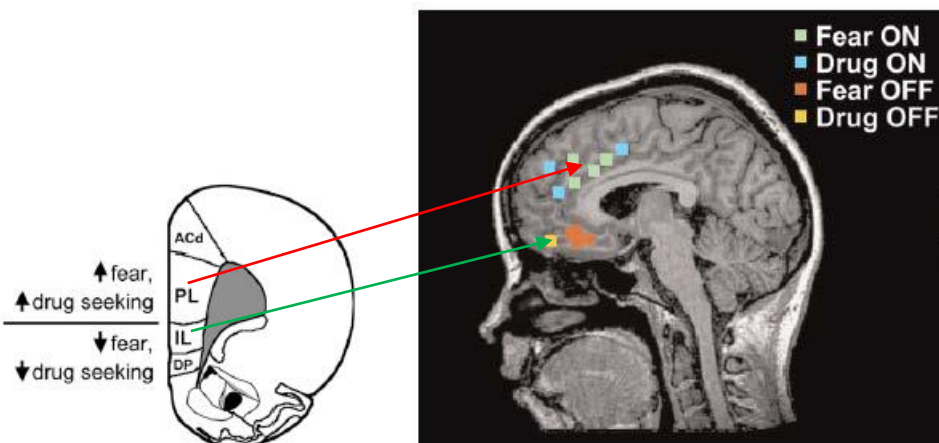
Psychothérapie des addictions : un programme interaxes en développement

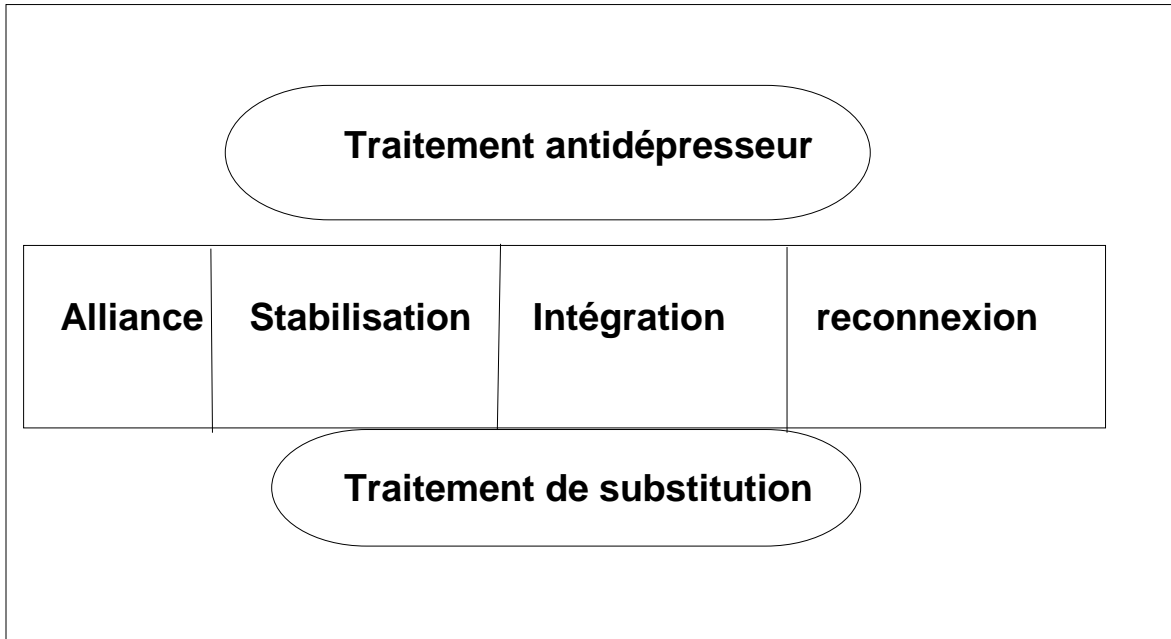
Histoire de vie et sens de la vie : sens communautaire, culturel et spirituel

L'exemple de la « prière de la sérénité » et des « Douze étapes » (AA/NA)

Extinction circuits for fear and addiction overlap in prefrontal cortex

Jamie Peters,^{1,3} Peter W. Kalivas,² and Gregory J. Quirk¹





A.Rougemont, 2011

SPIRITUALITE ET SANTE

1. **De nombreuses données**, santé physique et santé mentale
2. Sensibilité anglo-saxonne (en psychiatrie: voir Boehnlein, Koenig, Miller)
3. **L'exemple des AA et des NA**: Bill, le Dr Bob et le groupe d'Oxford (CG.Jung, W.James) ; Bill « guidé » pour écrire les 12 Etapes...
4. **Les rémissions spontanées ou sans traitement** (Stall 1983, Klingemann 1992, Tucker 1994, Sobell 2000) dans les addictions: place de la spiritualité ; fondements de l'approche motivationnelle
5. Le **HOPE questionnaire** : Spirituality and medical practice, Practical tool for spiritual assessment (Anandarajah 2001)

doi:10.1093/scan/nsm038

SCAN (2008) 3, 55–61

Investigation of mindfulness meditation practitioners with voxel-based morphometry

Britta K. Hölzel,¹ Ulrich Ott,¹ Tim Gard,¹ Hannes Hempel,¹ Martin Weygandt,¹ Katrin Morgen,^{1,2} and Dieter Vaitl^{1,3}

58 SCAN (2008)

B. K. Hölzel et al.

VBM analysis of mindfulness meditators

SCAN (2008) 57

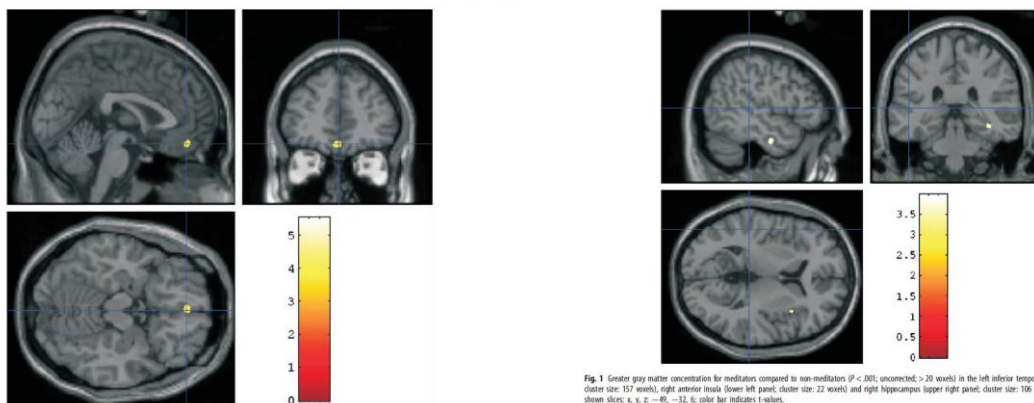


Fig. 1 Greater gray matter concentration for meditators compared to non-meditators ($P < .001$, uncorrected; > 20 voxels) in the left inferior temporal gyrus (upper left panel; cluster size: 153 voxels), right anterior insula (lower left panel; cluster size: 22 voxels) and right hippocampus (upper right panel; cluster size: 196 voxels). MNI coordinates of shown slices: x, y, z : $-49, -32, 6$; color bar indicates t -values.

Fig. 2 Gray matter concentration at the medial orbitofrontal cortex correlates with total hours of meditation training. MNI coordinates of shown slices: x, y, z : $1, 45, -16$; cluster size: 185 voxels; color bar indicates t -values.

Annexe 4

Le non-recours : un prisme intéressant pour analyser les vulnérabilités.

Helena Revil, Chercheuse associée à l'ODENORE, Laboratoire PACTE/CNRS, Grenoble.



Le non-recours : un prisme intéressant pour analyser les vulnérabilités. ***Le cas des soins et de la protection maladie en France.***

Hélène Revil
Laboratoire PACTE/CNRS - ODENORE
Université Grenoble-Alpes

Éléments de définition

- ❖ **Non-recours ou renoncement à des soins** : lorsque les personnes ont besoin de soins, mais qu'elles ne les réalisent pas (pour différentes raisons) ;
- ❖ Dans 94% des cas, les soins déclarés comme renoncés par les personnes sont avérés d'un point de vue médical (Warin, 2014) ;
- ❖ Une distinction entre **renoncement primaire** et **renoncement secondaire** (Revil, 2017) :
 - Des problématiques **d'accès** et de **maintien** dans les soins ;
 - **Des ruptures** dans les parcours de soins, **des non-suivis** de prescriptions, **des abandons** de traitements.



Un outil pour observer les difficultés en matière de soins

❖ Le Baromètre du renoncement aux soins (BRS) :

- Un outil coproduit par l'Odenore et l'Assurance Maladie, basé sur le repérage du renoncement par des professionnels du social et de la santé ;
- Un repérage réalisé à partir d'un **questionnaire commun**, sur **des périodes déterminées** et sur le mode du **recensement** ;

❖ Un outil déjà mobilisé à plusieurs reprises :

- En 2014, dans le Gard ;
- En 2015, dans les autres départements du Languedoc-Roussillon ;
- En 2016, dans 18 territoires en France ;

❖ Un outil qui va être à nouveau mobilisé dans les mois/années à venir pour couvrir toute la France ;



Les chiffres du dernier BRS

❖ Le diagnostic du renoncement aux soins conduit au printemps 2016 a concerné plus de 29 000 personnes ;

❖ Il a porté sur 18 territoires, en France ;

❖ Le **taux moyen de renoncement** mesuré à cette occasion est de **26,5%** ;

❖ Il est de **28%** en ce qui concerne les **familles monoparentales et les couples avec enfants** qui ont répondu à l'enquête ;



Qui renoncent à des soins ? (1)

- ❖ Les configurations familiales qui sont le plus exposées au renoncement (BRS, 2016) :
 - Les **familles monoparentales** ;
 - Les personnes qui vivent **seul(e)s** ;
 - Les **couples avec enfants** ;
- ❖ Lorsqu'une personne renonce, il y a une probabilité importante qu'une autre personne du foyer soit également dans cette situation ;
- ❖ **24% des renonçants** qui vivent seul(e) avec un ou des enfants **déclarent que le renoncement touche aussi leur(s) enfant(s) ;**

Qui renoncent à des soins ? (2)

- ❖ **Des situations de vie souvent *précaires* sur différents plans :**
 - En termes de ressources financières ;
 - Par rapport à l'emploi ;
 - Absence/perte de certaines protections ;
 - Absence/perte/affaiblissement des réseau(x) (social et/ou familial) ;
- ❖ **Des situations de vie qui ont été *fragilisées* :**
 - Par un - ou une succession - d'événement(s) (maladie, accident, séparation, décès, licenciement...) ;
 - Au moment de certaines « transitions » (vie active/retraite ; décohabitation ; vie étudiante/vie active) ;

Renoncement aux soins et complémentaire santé

❖ L'absence de protection complémentaire en matière de santé expose au renoncement aux soins :

- Parmi les personnes qui ont déclaré renoncer, 20% n'ont pas de complémentaire santé. La part de personnes sans complémentaire parmi celles qui ne renoncent pas est de 9% ;
- Attention : une partie des personnes disposant d'une protection complémentaire est aussi en renoncement ;
- Question de la « qualité » de la protection, liée en particulier au budget qui peut y être consacré.

Le non-recours aux protections ciblées sur les populations vulnérables

❖ En amont du renoncement aux soins, le non-recours à la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU C) ou à l'Aide complémentaire santé (ACS) :

- Non-recours à la CMU C : entre 21 et 34% des bénéficiaires potentiels ;
- Non-recours à l'ACS : entre 57 et 70% ;
- Des cas de *non-connaissance, non-réception, non-demande et non-proposition* ;

La typologie explicative de l'Odenore

La **non-connaissance**, lorsque l'offre n'est pas connue.

La **non-proposition**, lorsque l'offre n'est pas activée malgré l'éligibilité du demandeur, que celui-ci connaisse ou pas l'offre.

La **non-réception**, lorsque l'offre est connue, demandée mais pas obtenue ou utilisée.

La **non-demande**, quand l'offre est connue mais pas demandée, ou bien un droit ouvert mais la prestation non utilisée.

Les causes du renoncement aux soins (1)

- ❖ **Les causes financières :**
 - 59% des renonçants disent que **les restes à charge** des soins sont la ou l'une des raisons de leur(s) renoncement(s) (*FM = 61%*) ;
 - 33% parlent de **l'avance de frais** (*FM = 34%*) ;
 - 10,5% expliquent que **le fait de ne pas savoir combien ils vont devoir payer** pour leur(s) soin(s) les amène à y renoncer (*FM = 11%*).
- ❖ 11% des renonçants **disent qu'ils ne sont pas disponibles pour se soigner** (*FM = 12%*) ;
- ❖ **Les délais d'attente** pour avoir rendez-vous avec des professionnels de la santé sont cités par 12% des renonçants (*FM = 11%*) ;
- ❖ Les problématiques **d'éloignement géographique par rapport à l'offre de soins et/ou de mobilités** sont évoquées par 9,7% des renonçants (*FM = 3%*) ;
- ❖ 7% évoquent **des peurs par rapport aux soignants, aux actes de soins** (*FM = 5%*) ;
- ❖ 7% disent renoncer **par négligence** (*FM = 7%*), 6% **par lassitude ou découragement** (*FM = 6%*) ;

Les causes du renoncement (2)

- ❖ **Les vulnérabilités par rapport à aux droits « maladie » et aux soins sont de différentes natures ;**
- ❖ **Des vulnérabilités à resituer par rapport aux conditions de vie actuelles des personnes, mais aussi de leur « trajectoires » de vie, de « demandeuses de droits » et de santé ;**
- ❖ **Une problématique transversale :**
Les difficultés des personnes à « naviguer » dans le système de protection maladie et de santé → Les besoins de guidance sont prégnants ;



Les soins les plus concernés par le renoncement

- ❖ **S'agissant de l'échantillon dans son ensemble :**
 - Les soins dentaires prothétiques : 39% ;
 - Les soins dentaires conservateurs : 34% ;
 - Les consultations en ophtalmologie : 20% ;
 - Les achats de lunetterie/optique : 19% ;
 - Les consultations chez un spécialiste : 14% ;
 - Les consultations chez un généraliste : 13% ;
- ❖ **S'agissant des enfants qui se trouvent en situation de renoncement, celui-ci porte :**
 - Pour 31 % d'entre eux sur des soins dentaires conservateurs ;
 - Pour 19% sur des consultations en ophtalmologie ;
 - Pour 18,5% sur de l'achat d'optique ;
 - Pour 17% sur des consultations généralistes.



LISTE DES PARTICIPANTS

Abramowski	Serge	
Adly	Khaled	Dpt de l'instruction publique, de la culture et du sport
Aellen	Brigitte	Espace santé-social
Althaus	Laurence	Service social, santé et enfance
Aubert	Pierre-Yves	Service de protection des mineurs
Aubry	Roxane	SOS Femmes
Bähler	Yann	Dpt de l'instruction publique, de la culture et du sport
Bagnoud	Martine	SIT
Baldacci	Anna	
Benninghoff	Fabienne	SRED
Berclaz	Michel	Direction générale de l'action sociale
Bolle	Alain	Centre social protestant
Boggio	Emilia	Ecole des parents
Buchser	Béatrice	Dpt de l'instruction publique, de la culture et du sport
Camelo	Alfredo	Pluriels
Capeder	Sandra	Département de la cohésion sociale et de la solidarité
Carreras	Laetitia	Centre de contact suisses-immigrés
Chevrolet	David	Département de la cohésion sociale et de la solidarité
Colella	Fernando	Département de la cohésion sociale et de la solidarité
Compagnon	Catherine	Dpt de l'instruction publique, de la culture et du sport
Consoli	Liala	Université de Genève
Corredor	Gladys	Mouvement populaire des familles
Cure	Catalina	Service de protection des mineurs
De Coulon	Alexandra	Association genevoise d'intégration sociale
De la Rosa	Diane	ARCE
Desaunay	Janique	Centre social protestant
Descombes	Isabelle	Association des Familles Monoparentales - AFM Ge
Dougoud	Anne-Maude	Service social, santé et enfance
Durieux	Sophie	Programme santé migrants
Favre	Nathalie	Maison genevoise des Médiations
Félix-		
Beltrametti	Ayari	Département de la cohésion sociale et de la solidarité
Fraga	Sandra	Caritas
Ganjour	Olga	Université de Genève
Garlejo	Sandra	CCSI
Girardin	Myriam	Université de Genève
Girod	Christophe	Hospice générale
Godeau	Jérôme	République et canton de Genève
Gorgone	Alessandra	Service social, santé et enfance d'Onex
Hoch	Grischia	Ville de Vernier - Petite enfance
Kessler	Miguel	Caritas
Lack	Catherine	CCSI

Lafargue	Monique	Couple et Famille
Lourenço	Teresa	CCSI
Lozeron	Olivier	Centre social protestant
Madenspacher	Claire	Dpt de l'instruction publique, de la culture et du sport
Maeder	Pascal	Université de Lausanne
Malherbe	Cyril	Département fédéral de l'intérieur
Marendaz	Emmanuelle	Université de Lausanne
Mesot	Yves	Mouvement populaire des familles
Mukundji	Richard	Fédération Maison Kultura
Nsasa	Didier	Fédération Maison Kultura
Oudard	Joëlle	Département de la cohésion sociale et de la solidarité
Pena	Marina	Dpt de l'instruction publique, de la culture et du sport
Perreira	Claudia	CCSI
Pittet	Christine	CCSI
Reymond	Yves	Hospice
Reverdin	Benoît	Office protestant de consultations conjugales et familiales
Ribeiro	Mélanie	Association des Familles Monoparentales - AFM Ge
Riesen	Alain	Arcade 84
Saillant	Gwénaëlle	Dpt de l'instruction publique, de la culture et du sport
Sauter	Julia	Université de Genève
Schindler	Katharina	Ecole des parents
Schroeder	Amanda	CCSI
Sekera	Eva	Phenix
Sergi	Milena	Fédération Maison Kultura
Sir	Muriel	Service social inter entreprises
Thévoz	Yves Alain	Office de l'enfance et de la jeunesse
Tissot-Mayor	Christine	Couple et Famille
Vatré	Lise	Unité de Psychiatrie du Jeune Adulte - UPJA
Vité	Laurent	Société Pédagogique Genevoise
Wolf	Laurence	Dpt de l'instruction publique, de la culture et du sport
Zimmermann	Regula	Université de Genève
Zufferey	Marie-Eve	Université de Genève

Membres du comité d'Avenir Familles

Blanchard	Jean	Mouvement populaire des familles
Burton-		
Jeangros	Claudine	Université de Genève
Buchs	Sophie	Pro Juventute
Ducret	Monika	Couple et Familles
Jaques	Danielle	Esprit d'entente
Koppen	Ida	Office protestant de consultations conjugales et familiales
Reverdin	Sylvie	
Tettamanti	Manuel	Hôpitaux universitaires de Genève
Widmer	Eric	Université de Genève