

Le non-recours aux soins des actifs précaires (NOSAP)

Rapport scientifique final

Novembre 2008

Pour l'Agence Nationale de la Recherche -
Programme Santé Environnement – Santé Travail

Convention n° 00083 05

Equipes :

- CNRS-PACTE/ODENORE : C. Chauveaud, A. Rode, P. Warin.
- CETAF : C. Chatain, S. Gutton, E. Labbe, J.-J. Moulin, C. Sass.

Coordinateur :

P. Warin.

Odenore : Maison des Sciences de l'Homme – BP 47 – 38040 Grenoble Cedex 9.
Cetaf : 67-69 avenue Rochetaillée – BP 167 – 42012 Saint-Etienne Cedex 02



Odenore

Observatoire des non-recours aux droits et services



Information · Prévention · Santé

Sommaire

Préambule	3
Résumé / Abstract	4
1. Synthèse générale	5
1. Principal résultat	5
2. Rappel des objectifs et des méthodes	7
3. Présentation des principales données issues de l'étude statistique et de l'enquête par entretiens	11
4. Discussion : le besoin d'affiner la notion de non recours aux soins	19
5. Un produit directement issu de la recherche : un outil de repérage du non recours aux soins	22
Glossaire	24
Liste des sigles	26
2. Définitions	27
1. Définition de la notion de non recours aux soins	28
2. Définition de la notion d'actifs précaires	30
3. Analyses	35
1. Le non recours aux soins des chômeurs de plus d'un an	36
2. Le non recours aux soins des jeunes de 16 à 25 ans en insertion	44
3. Le non recours aux soins des bénéficiaires de la Couverture maladie universelle Complémentaire (CMU-C)	52
4. Le non recours aux soins des travailleurs ayant un emploi non stable ou stable à temps partiel	61
5. Le non recours aux soins des travailleurs en emploi stable à temps plein ayant des problèmes financiers	70
6. Le non recours aux soins des personnes au chômage depuis moins d'un an et travailleurs signalés précaires selon le score EPICES	79
7. Le non recours aux soins des actifs non précaires (population de référence)	88
8. Résultats d'une approche qualitative du non recours aux soins des actifs précaires	98
9. Définir et mesurer le « non recours aux soins » Proposition de questions complémentaires et discussion autour de cette notion	117
Annexes	
1. Présentation des analyses statistiques	(document joint au rapport final)
2. Retranscriptions d'entretiens	(document joint au rapport final)

Préambule

Ce rapport final est composé d'une synthèse générale, suivie d'une première partie en deux chapitres présentant les éléments de définition de l'objet d'étude (le non recours aux soins) et du sujet d'étude (les actifs précaires), et d'une seconde partie en neuf chapitres comprenant les synthèses des résultats obtenus pour chaque population étudiée. Ces neuf chapitres sont présentés dans l'ordre dans lequel ils ont été produits et discutés par les deux équipes. D'un chapitre à un autre, les résultats s'accumulent et une comparaison devient possible. Cette présentation permet au lecteur de suivre la progression du travail et de l'analyse. Le dernier chapitre, rédigé en fin de parcours, met en discussion la notion de non recours aux soins que nous avons retenue au départ. Nous invitons par conséquent le lecteur à se reporter à ces chapitres de façon à prendre connaissance de l'ensemble des résultats et analyses auxquels nous sommes parvenus et qui ne peuvent être tous rappelés dans la synthèse générale.

Le rapport est complété par deux volumineuses annexes. La première détaille l'ensemble des traitements statistiques effectués. La seconde présente la retranscription intégrale des entretiens réalisés spécifiquement pour cette recherche.

* *

Nous remercions vivement les professionnels des Centres d'examen de santé financés par l'Assurance Maladie, de Bobigny, Saint Martin d'hères/Grenoble, Dijon, et Bourg-en-Bresse, qui ont permis la réalisation des enquêtes par entretiens, ainsi qu'à Caroline Dupré et René Guéguen du CETAF pour les conseils apportées aux équipes.

Nos remerciements vont également à l'Association des Centres de santé de Grenoble (AGECSA) ainsi que le Service Santé scolaire de la Direction Santé publique et Environnement de la Ville de Grenoble qui contribuent à l'issue de cette recherche à tester l'outil de repérage du non recours aux soins conçu dans le cadre de ce travail collectif.

Résumé / Abstract

Résumé

Le non recours aux soins n'est pas particulier aux seuls actifs précaires. Précaires ou non précaires, les populations actives sont toutes concernées. Elles le sont toutefois dans des proportions variables. En particulier, les précaires sont davantage exposés au non recours aux soins que les non précaires. Malgré cette différence de fréquence, le phénomène est globalement associé aux mêmes variables quelle que soit la population considérée. Le non recours présente ainsi des caractéristiques qui dépassent la précarité ou la non précarité du travail ou de l'emploi. Dans l'ensemble, le non recours aux soins est fortement associé à des variables socioéconomiques liées aux conditions d'existence des individus. Aussi l'explication du phénomène est-elle à rechercher dans l'environnement social des individus et plus particulièrement au niveau de certaines de ses dimensions, comme l'isolement et la responsabilité familiale.

Abstract

NTU of healthcare is not found only among workers in precarious situations. The phenomenon is found throughout the working population, whether the person's situation is precarious or not, but to varying degrees. The phenomenon of NTU is associated with the same variables, irrespective of the population under consideration. It has characteristics which transcend the precarious or non-precarious nature of the person's job. On the whole, NTU of healthcare is strongly associated with the absence of complementary health insurance and with socio-economic variables linked to the individuals' living conditions. The explanation for the phenomenon must therefore be sought in the individuals' social environment and more particularly in some of its dimensions, such as isolation and family responsibility.

1

Synthèse générale

1. Principal résultat.

Le non recours aux soins n'est pas particulier aux seuls actifs précaires. Précaires ou non précaires, les populations actives sont toutes concernées. Elles le sont toutefois dans des proportions variables. Les taux de non recours diffèrent d'une population à l'autre. En particulier, les précaires sont davantage exposés au non recours aux soins que les non précaires. Malgré cette différence de fréquence, le phénomène est cependant associé aux mêmes variables, quelle que soit la population considérée. Le non recours présente ainsi des caractéristiques qui dépassent la précarité ou la non précarité du travail ou de l'emploi. Dans l'ensemble, le non recours aux soins est fortement associé à des variables socioéconomiques liées aux conditions d'existence des individus. Aussi l'explication du phénomène est-elle à rechercher dans *l'environnement social** des individus et plus particulièrement au niveau de certaines de ses dimensions, comme *l'isolement** et *la responsabilité familiale**. Ce constat général est au cœur des résultats trouvés dans le cadre de cette recherche sur « Le non recours aux soins des actifs précaires ». Il est essentiel dans la mesure où il permet de présenter le non recours aux soins comme un « fait social ».

Tel que nous le percevons à l'issue de cette recherche, le non recours répond aux quatre critères définissant un fait social : de *généralité*, au sens où le phénomène est marqué d'une certaine fréquence quelles que soient les populations précaires ou non précaires considérées ; d'*extériorité*, dans la mesure où il transcende l'appartenance des individus à des catégories sociales particulières ; de *coercition*, puisqu'il s'impose pour une part aux individus¹ en tant que combinaison de facteurs ; d'*historicité*, dès lors que le non recours (aux soins et plus généralement aux droits et services) devient peu à peu un « problème public »². En d'autres termes, ce ne sont pas tant les statuts par rapport au travail ou à l'emploi – à partir duquel s'opère la distinction entre actifs précaires et actifs non précaires – qui déterminent le non recours aux soins, que des facteurs socioéconomiques. Le non recours s'inscrit par conséquent dans un *continuum social* puisque toutes les populations, précaires ou non précaires, peuvent être concernées.

Ce résultat donne raison à l'approche systémique des inégalités sociales qui montre en particulier comment les inégalités face à la santé peuvent être la conséquence d'un faisceau d'inégalités³. Cela

* Les termes ainsi signalés sont définis dans le Glossaire en fin de synthèse générale.

¹ Il faut tenir compte tout en même temps de la possibilité d'un phénomène délibéré de la part des individus ; cf. dans le Rapport : « Définir et mesurer le « non recours aux soins ». Proposition de questions complémentaires et discussion autour de cette notion », Partie 3 Synthèse – chapitre 9.

² P. Warin 2006. *L'accès aux droits sociaux*, Grenoble, Pug ; H. Revil, A. Rode, P. Warin, 2009. Forthcoming, *Lien social et Politiques* n° 61 ; P. Warin 2009. Non-take-up, in Christian Aspalter (ed.), *International Encyclopaedia of Social Policy*, Oxford University Press.

³ A. Bihr, R. Pfefferkorn 2008. *Le système des inégalités*, Paris, La Découverte, Coll. Sociologie.

a été clairement démontré par la littérature internationale⁴. Mais il complète toutefois cette analyse générale dans la mesure où il indique que les inégalités de recours aux soins – l'un des déterminants des inégalités de santé⁵ – relèvent de multiples causes, qui ne proviennent pas seulement des conditions de travail et des modes de vie, mais aussi de facteurs relatifs à l'environnement social, tels que l'isolement⁶ et la responsabilité familiale. Ces deux facteurs mis en exergue par l'étude statistique et par l'enquête par entretiens, réalisées dans le cadre de cette recherche, indiquent que les inégalités de recours aux soins ont des déterminants autres que les variables habituellement remarquées en épidémiologie sociale, tel que *le capital social** des individus. Elle conduit notamment à tenir compte de dimensions d'ordre psychologique, dès lors qu'elle observe *in fine* que les individus « vivant seuls », sans *support social** et sans responsabilité d'autrui sont davantage que d'autres vulnérables au non recours du fait d'un repli sur soi plus prononcé.

Dans ces conditions, une action menée dans le but de réduire le phénomène de non recours aux soins ne peut pas s'attaquer à une cause unique. Certes, les conditions matérielles de vie des actifs précaires constituent bien une cible prioritaire pour améliorer l'accès à la santé et corriger ainsi des inégalités sociales. De ce point de vue, notre travail montre l'importance des difficultés financières liées à la précarité du travail et de l'emploi parmi les facteurs associés au non recours. Mais il n'en demeure pas moins que l'enjeu qui apparaît ici est aussi de (re)constituer la santé comme un bien individuel et collectif dans une société où à la fois la montée des précarités, la transformation des relations familiales et la progression du « vivre seul »⁷ bousculent vraisemblablement les mécanismes d'apprentissage ou de socialisation par lesquels la santé est transmise à la fois comme norme, valeur et croyance. Les motifs de la faible *sociabilité** ont été largement étudiés dans le passé, par exemple en sociologie urbaine à travers la thématique des conditions de logement et des conditions de vie. On les retrouve, aujourd'hui, de façon récurrente dans les travaux sur la précarité qui soulignent les relations entre conditions de vie et repli sur soi⁸. Le matériau qualitatif accumulé pour cette recherche montre que ces termes interagissent fortement sur le non recours aux soins, qui apparaît alors comme une forme d'« abandon de soi ». Au terme de cette recherche, le phénomène du non recours aux soins dévoile aussi la nature du risque qu'il représente, à savoir celui d'une situation qui peut conduire les individus à renier leur propre importance.

⁴ Pour une synthèse en français : M. Grignon *et al.* 2004. *Mesurer l'impact des déterminants non médicaux des inégalités sociales de santé*. Rapport de recherche pour le Programme Sciences biomédicales, santé et société CNRS (SHS-SDV) – INSERM – MIRE-DREES, Paris, IRDES, 86 p.

⁵ A propos des débats – complexes – sur le rôle du système de santé dans l'explication des inégalités de santé, voir la synthèse utile : A. Couffinhal, P. Dourgnon, P.-Y. Geoffard, M. Grignon, F. Jusot, J. Lavis, F. Naudin 2005, « Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé ? Un éclairage européen », *Questions d'économie de la santé*, n°92.

⁶ Pour une présentation de la notion : cf. C. Fry 2000. *Solitude et isolement : Approches pluridisciplinaires*, Département de sociologie, Université de Genève ; J.-C. Kaufmann 1993. *Célibat, ménages d'une personne, isolement, solitude. Un état des savoirs*, Commission des communautés européennes, Bruxelles. Pour une définition synthétique : cf. Dictionnaire suisse de politique sociale : <http://www.socialinfo.ch/cgi-bin/dicoposso/show.cfm?id=450>

⁷ En 40 ans, la proportion de personnes vivant seules a plus que doublé, passant de 6,1% en 1962 à près de 14% en 2004, soit 8,3 millions de personnes vivant seules en 2004. Cf. INSEE, Recensement de la population 2004.

⁸ D'un point de vue théorique, voir notamment les travaux de la sociologue Claudine Haroche, qui interroge notamment les comportements contemporains liés à la précarité avec en arrière plan ce que Cornélius Castoriadis appelait « la montée de l'insignifiance » et Nibert Elias « le processus de dé-civilisation ». Pour une analyse statistique des interactions entre sociabilité, solidarités familiales et précarité, se reporter à N. Herpin, J.-H. Déchaux 2004. « Entraide familiale, indépendance économique et sociabilité », *Economie et Statistique*, n° 373, p. 3-32.

2. Rappel des objectifs et des méthodes.

L'objectif général de cette recherche est de développer une analyse quantitative et qualitative du non recours aux soins des actifs précaires. L'interrogation initiale porte sur les relations entre 'absences de suivi médical' ou 'renoncements aux soins', et cumul de précarités d'emploi, de revenus, dans le travail et de protection sociale. La mise en œuvre de la recherche a demandé d'affiner ces termes et de définir à la fois la notion de non recours aux soins et celle d'actif précaire (cf. 2. Définitions).

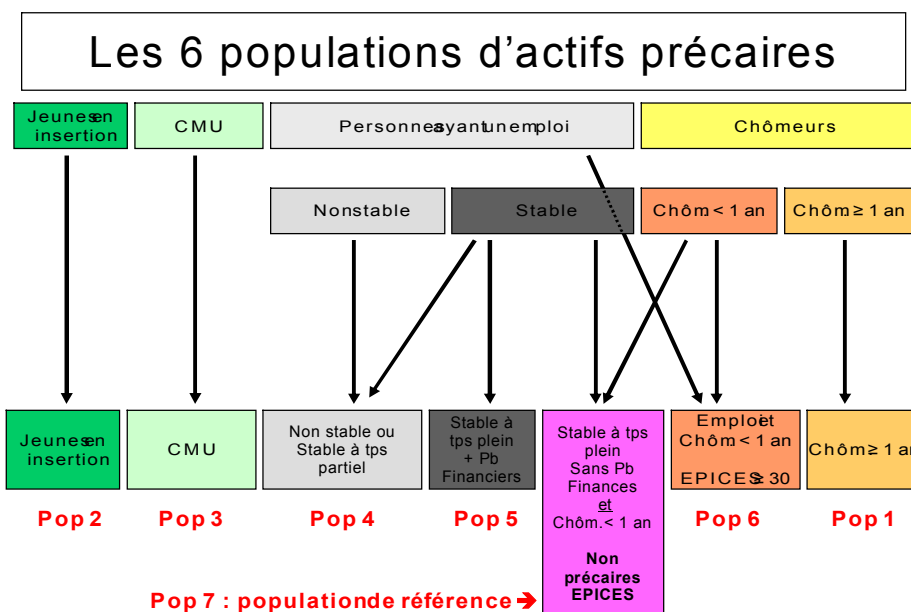
L'étude des données des Centres d'exams de santé (CES) financés par l'Assurance Maladie est au cœur de cette recherche. Elle porte sur la base RAIDE** qui est gérée par le CETAF pour le compte de l'Assurance Maladie. Il s'agit d'une base de données sociales et médicales unique : plus de 600 000 consultants par an sur l'ensemble du territoire français. Cette étude a donné lieu à plusieurs travaux de nature statistique visant à décrire finement les profils des personnes en situation de non recours aux soins. Elle a été complétée par des travaux qualitatifs réalisés à un niveau régional, menés auprès de consultants de Centres d'exams de santé.

a) Etude statistique de la base de données des Centres d'exams de santé (CES) financés par l'Assurance Maladie.

La population étudiée est l'ensemble des consultants de 16 à 59 ans ayant passé un examen de santé entre 2002 et 2005 (lorsqu'un consultant a passé plusieurs examens sur la période, un seul examen est pris en compte). Ont été exclus de l'étude les individus étant hors FNPEIS (Fonds de Prévention d'Education et d'Information Sanitaire), les agriculteurs (trop faible effectif) et les bilans hors référentiels (bilans incomplets). L'étude est transversale et porte sur 1 427 431 consultants, dont 49.6 % d'hommes et 50.4 % de femmes.

La recherche porte précisément sur 6 populations d'actifs précaires (cf. Graphique 1). Elle intègre aussi une « population de référence », à savoir celle des actifs non précaires.

Graphique 1.



** Les sigles sont expliqués en fin de synthèse générale.

L'objectif de l'étude statistique a été d'identifier les déterminants du non recours au médecin, du non recours au dentiste et du non suivi gynécologique. Pour cela, nous avons étudié les relations entre les variables socioéconomiques et de santé contenues dans la base RAIDE et les 3 variables de non recours systématiquement renseignées par les consultants au cours des examens de santé :

- *Le non recours au médecin*, expliqué par la réponse « Jamais » à la question concernant la « Visite chez le médecin ». Hommes et femmes : 2 types de non recours.
- *Le non recours au dentiste*, expliqué par la réponse « Jamais » à la question concernant la « Visite chez le dentiste ». Hommes et femmes : 2 types de non recours.
- *Le non suivi sur le plan gynécologique*, expliqué par la réponse « Non » à la question concernant le « Suivi gynécologique ». Femmes : 1 type de non recours.

L'étude statistique a été effectuée en 2 étapes :

Les analyses univariées.

Pour chaque variable, nous avons étudié le lien entre 21 variables socioéconomiques et de santé et les 3 types de non recours (médical, dentaire et gynécologique), pour les deux sexes. Cela représentent 105 analyses statistiques (21 variables x 5 types de non recours). Pour chaque analyse, les résultats comportent les prévalences du non recours et le calcul des risques relatifs (RR).

Les analyses multivariées.

- Les déterminants socioéconomiques et de santé du non recours :

Nous avons cherché à connaître les variables les plus déterminantes de chaque non recours (médical, dentaire et gynécologique) parmi les variables socioéconomiques, puis parmi les variables de santé. La mise en oeuvre de ces analyses s'est effectuée à l'aide de régressions logistiques dont « les variables à expliquer » sont les variables de non recours, et « les variables explicatives » sont les variables socioéconomiques et les variables de santé. Soit 10 analyses (2 séries de variables (socioéconomiques et de santé x 5 types de non recours).

- Les déterminants de chaque type de non recours :

L'étape finale a consisté à chercher les déterminants de chaque non recours (médical, dentaire et gynécologique) parmi toutes les variables étudiées (socioéconomiques et médicales). L'analyse multivariée a été effectuée par régression logistique sur l'ensemble des variables socioéconomiques et de santé. Il est important de souligner que nous avons choisi de réaliser ces analyses en considérant les variables comme des variables quantitatives afin de ne générer qu'une seule mesure de l'association par indicateur. Cette méthode a pu être utilisée puisque nous n'avons pas observé d'écart majeur à la linéarité des variables lors des analyses univariées et multivariées réalisées auparavant. Pour chaque variable, nous avons donc un seul Odds Ratios (OR) qui synthétise l'effet de la variable sur le non recours. Pour chaque analyse, les résultats comportent : les tableaux des Odds Ratios (OR) et Intervalles de Confiance (IC) à 95 % ; le classement décroissant des Odds Ratios (OR) : classement des variables les plus déterminantes à celle n'ayant pas de lien avec le non recours aux soins. Soit 5 analyses (1 série de variables [toutes les variables] x 5 types de non recours).

Au total, 120 analyses statistiques ont été réalisées (*cf.* Annexe 1 : résultats détaillés).

Le projet initial soumis à l'appel d'offres de recherche de l'ANR prévoyait une analyse territorialisée des résultats. Du fait de la redéfinition du projet induite par le financement partiel de la recherche, les équipes ont été conduites à mettre en oeuvre cet objectif avec d'autres

moyens, dans le cadre d'une convention d'étude distincte passée par le CETAF avec la DRASS Rhône-Alpes.

La cartographie des résultats a nécessité un travail important de découpage géographique. La base RAIDE contenant les codes postaux de résidence des consultants, il a été possible de reconstruire des zones d'emploi et des bassins hospitaliers. Ainsi, au niveau géographique, l'étude s'est faite à partir de 3 découpages :

- 8 départements.
- 13 bassins hospitaliers.
- 27 zones d'emploi.

L'ensemble des résultats a donné lieu à un rapport remis par le CETAF à la DRASS Rhône-Alpes en novembre 2006⁹. Depuis le CETAF procède annuellement à une actualisation des données qui intéressent la DRASS dans le cadre du Plan régional de santé. Ces documents sont disponibles auprès du CETAF.

b) Enquête par entretiens auprès de consultants de Centres d'examen de santé financés par l'Assurance Maladie.

Une série d'entretiens semi directifs a été réalisée auprès de 44 consultants du Centre d'examen de santé du département de l'Isère financé par l'Assurance Maladie (le Centre ISBA¹⁰, situé à Saint Martin d'Hères, commune limitrophe de Grenoble). Ils ont été complétés par une centaine d'entretiens réalisés dans le cadre d'une recherche doctorale de science politique, menée en parallèle sur le même sujet, dans le cadre du Programme « Emergence 2005 » de la Région Rhône-Alpes¹¹, mais pris en compte dans la présente recherche. Les retranscriptions des entretiens menés à ISBA sont réunies dans l'Annexe 2.

Les entretiens menés à ISBA ont été conduits sur place, le jour de la visite médicale. La plupart des enquêté(e)s se présentait pour la première fois à un examen périodique de santé. Le choix des enquêté(e)s a été défini avec les professionnels du Centre de façon à pouvoir rencontrer des personnes appartenant à l'une ou l'autre des six populations étudiées. Aucun autre critère de sélection n'a été retenu, le nombre limité d'entretiens ne permettant pas de procéder par échantillonnage. Les personnes rencontrées ont donc été choisies dans la file active du Centre de façon aléatoire, suivant le principe du « tout venant ». Ce Centre recrute essentiellement des personnes définies comme précaires au sens de l'article 2 de l'arrêté ministériel du 20 juillet 1992¹².

Les entretiens ont cherché à comprendre les situations de recours et de non recours aux soins des personnes en tenant compte de leur situation et de leur trajectoire sociales. L'attention a porté en particulier sur les conditions de vie et les supports sociaux, les résultats statistiques produits à partir de l'analyse de la base de données du CETAF mettant en évidence l'importance de ces facteurs pour les différentes populations.

⁹ C. Dupré, R. Guéguen, J.-J. Moulin, C. Sass 2006. *Le non recours aux soins en Rhône-Alpes : étude des consultants des CES financés par l'Assurance Maladie*, novembre 2006, 236 p.

¹⁰ Institut Santé Bourgogne Auvergne.

¹¹ Ces autres entretiens individuels ont été réalisés dans 3 Centres d'examen de santé financés par l'Assurance Maladie (Bobigny, Dijon, Bourg-en-Bresse).

¹² Pour rappel, les cinq critères administratifs retenus pour définir les personnes en situation de précarité sont les suivants : chômeurs ; contrats emplois solidarité ; bénéficiaires du RMI ; bénéficiaires de la CMU et de la CMUC (depuis 2000) ; sans domicile fixe ; jeunes de 16 à 25 ans en insertion professionnelle.

L'analyse des entretiens a été effectuée au moyen du logiciel Sphinx-Lexica de façon à procéder à la fois à une étude « quanti/quali »¹³ des données recueillies et à une analyse lexicale des propos tenus. Pour cela, les entretiens ont été enregistrés avec l'accord des personnes et retranscrits grâce au logiciel de reconnaissance vocale Dragon Naturally Speaking.

L'analyse « quanti-quali ».

Le besoin de comparer les entretiens nous a conduit à retenir 9 « variables communes », de façon à pouvoir caractériser chacune des personnes. Ensuite, il a été nécessaire de coder les réponses à partir de « variables thématiques » (au total 1 842 réponses pour les 44 entretiens). L'analyse a été réalisée au niveau de l'ensemble des réponses. Chaque entretien ne comporte pas le même nombre de réponses (l'écart peut être important). Par réponse, nous entendons chaque prise de parole de la personne, suite à une intervention de l'enquêteur.

En tout, 27 variables thématiques ont été créées après relecture des entretiens. Elles se regroupent autour de 3 grands sujets de discussion abordés aux cours des entretiens : les rapports à la santé (sujet principal de la recherche) ; les projections temporelles des personnes (le réseau d'équipes de recherche auquel participe l'Odenore et le CETAF a mis en avant l'importance de cette dimension psychosociologique dans l'explication des situations et des comportements de recours/non recours¹⁴) ; les expériences vécues et trajectoires (en matière de santé et plus généralement) ; modes de vie (rythmes journaliers ; consommations ; sorties et sociabilité, etc.). (cf. Annexe 2 : détail de la méthode d'enquête et retranscriptions des entretiens).

L'analyse lexicale.

Ce type d'analyse consiste à appréhender les textes d'entretiens (retranscriptions des enregistrements numériques) par le lexique. Cette analyse peut demander une préparation pour certaines opérations : suppression des petits mots outils et *lemmatisation* (chaque forme graphique est remplacée par sa forme canonique ou racine afin d'opérer des regroupements intelligents en utilisant les règles de la syntaxe : singuliers, pluriels, formes verbales ramenées à l'infinitif). Plusieurs opérations sont possibles.

Nous avons travaillé avec le lexique brut afin de garder tout le sens des verbatim relatifs en particulier au « support social » (ou relationnel). Nous avons donc choisi de procéder à une analyse de contenu à partir de ce terme, en retenant la situation des enquêté(e)s par rapport à leur précarité calculée avec le score EPICES et leur situation recours/non recours aux soins. Cette analyse lexicale a été prolongée par l'étude de l'environnement lexical de plusieurs mots-clés (après regroupements : médecin ; travail ; support social ; maladies et accidents de la vie ; soin), de façon à dégager les réponses caractéristiques autour des mots auxquels nous prêtons une attention particulière dans notre recherche.

¹³ Ce type d'étude est approprié aux petits échantillons. Il permet de prendre en compte les significations précises et circonstanciées des catégories de classement des objets dénombrés, ordonnés ou mesurés et, au-delà, les discours dans lesquels ces catégories prennent sens, sans négliger les « opérateurs de quantification » que contient tout énoncé, qui contribuent à leurs significations Cf. Ragin Ch. (1997), "[Turning the Tables](#) : How Case-Oriented Research Challenges Variable-Oriented Research", *Comparative Social Research* 16: 27-42. Jenny J. (2004), « Quanti/Quali = distinction artificielle, fallacieuse et stérile ! », communication au 1^{er} Congrès de l'AFS, Groupe Thématique 20 (Méthodes), Villetaneuse, février.

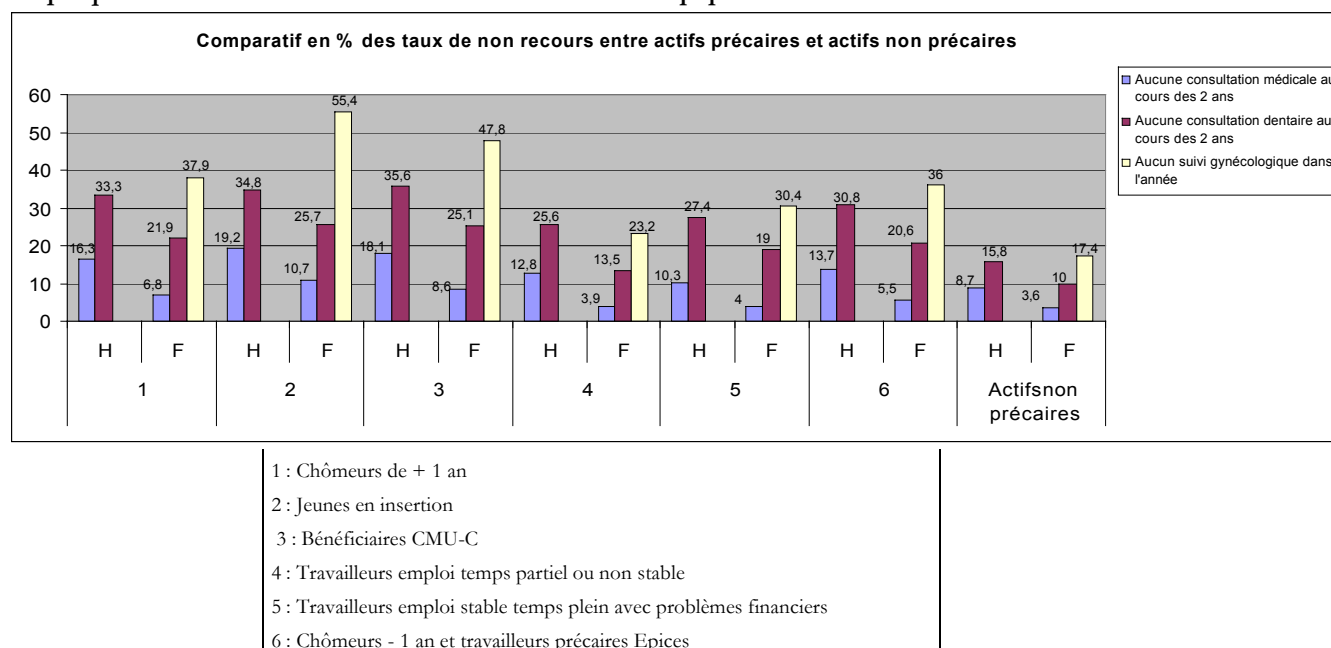
¹⁴ Il s'agit du réseau « Exclusions et non recours aux droits et services » mis en place dans le cadre d'un « Cluster Recherche » initié par la Région Rhône-Alpes, réunissant outre nos deux équipes, des chercheurs provenant d'équipes de recherche en psychosociologie, droit et économie.

3. Présentation synthétique des principales données issues de l'étude statistique et de l'enquête par entretiens.

a) Le non recours, un phénomène contrasté.

Le non recours aux soins touche toutes les populations d'actifs précaires mais aussi les actifs non précaires. Aucune population n'est donc épargnée par ce phénomène. Les proportions d'individus varient cependant selon les populations, mais aussi selon le type de non recours. Pour toutes les populations d'actifs précaires le non recours au dentiste est ainsi plus élevé que celui au médecin (*cf.* Graphique 2).

Graphique 2. Prévalence du non recours aux soins selon les populations.



L'explication de l'écart mesuré entre les types de non recours est d'abord d'ordre financier. Elle renvoie en particulier à la faiblesse de la couverture santé ou à l'absence de complémentaire santé. Les entretiens indiquent que les problèmes de refus de soins de la part des dentistes sont plutôt rares chez les personnes rencontrées, et qu'ils ont pour conséquence de reporter à plus tard la recherche de soins. D'autres facteurs influencent également le recours différencié au médecin ou au dentiste. Ainsi, les analyses statistiques signalent que le risque relatif de non recours au médecin diminue lorsque l'état de santé perçu est dégradé, alors qu'il s'accroît quand il s'agit du dentiste. Est-ce à dire que l'importance accordée par les personnes au « capital santé » diffère selon qu'il s'agit de soins courants ou de soins spécialisés ? La question mérite d'être posée au vu de nos résultats, d'autant que d'autres travaux ont fait apparaître un impact fort de la précarité de l'emploi sur la crainte de la maladie grave. En particulier, le CREDOC a remarqué que l'instabilité professionnelle va de pair avec un plus fort sentiment d'insécurité professionnelle, mais également personnelle, et que les populations concernées ont tendance pour le coup à se sentir en moins bonne santé¹⁵. Des chercheurs de l'IRDES ont de leur côté remarqué qu'un mauvais état de santé accroît fortement le risque de devenir chômeur ou inactif¹⁶.

¹⁵ D. Alibert, R. Bigot, D. Foucaud 2006. « Les effets de l'instabilité professionnelle sur certaines attitudes et opinions des français, depuis le début des années 1980 ». CREDOC, *Cahiers de Recherches* n° 225.

¹⁶ F. Jusot, M. Khlaf, T. Rocherau, C. Sermet 2007. « Un mauvais état de santé accroît fortement le risque de devenir chômeur ou inactif », *Questions d'économie de la santé*, n° 125, septembre.

Outre l'explication financière et celle relative à l'état de santé perçue, d'autres raisons entrent en ligne de compte pour rendre compte des contrastes selon le type de non recours. Ainsi en ce qui concerne le non suivi gynécologique, les entretiens réalisés renvoient à des variables complexes, relatives à l'âge des femmes et à leurs origines, à la santé perçue et au sentiment de vulnérabilité/invulnérabilité, à l'éducation (sanitaire et générale) reçue, mais aussi aux rapports au sein de la famille et avec les proches. Autrement dit, les différences observées entre types de non recours sont liées à de multiples causes, qui révèlent la complexité du phénomène.

Concernant les jeunes, le non recours témoigne davantage de la continuité, voire de la reproduction, des habitudes et comportements familiaux en matière de suivi de la santé¹⁷. Cette explication déterministe invite à prêter attention aux comportements de recours aux soins, ou non, dans l'enfance. A ce sujet, les réponses aux questions posées dans les entretiens sur la manière de se soigner dans l'enfance font apparaître une ligne de partage entre les personnes qui ont été suivies au cours de leur enfance, et qui sont peu en non recours une fois adulte, et celles qui ne l'ont pas été et qui se retrouvent en situation de non recours. Ainsi chez les jeunes en insertion, les situations de non recours tendent à indiquer une cristallisation des comportements en matière de santé acquis dans l'enfance. Cette observation permet de se demander si le non recours est pour une part associé à un déficit de *capital humain**, c'est-à-dire au manque de connaissances et d'aptitudes accumulées par un individu.

Le genre a également une influence. Les taux de non recours au médecin et au dentiste diffèrent entre hommes et femmes, quelle que soit la population considérée. Les hommes sont systématiquement plus exposés que les femmes au phénomène de non recours (cf. Tableau 1).

Tableau 1. Prévalences du non recours aux soins entre hommes et femmes.

%	Non recours au médecin	Non recours au dentiste	Non suivi gynécologique
Hommes	11.9	24.3	-
Femmes	5.8	17.4	32.3
Total	8.8	20.8	32.3

Le genre n'est pas en soi un facteur explicatif du non recours, mais il a néanmoins une « influence statistique » lorsqu'il est associé à d'autres variables. En particulier, dans des situations comparables d'isolement et de faible support relationnel, les hommes seraient davantage enclins que les femmes à ne pas recourir aux soins. Autrement dit, en introduisant ces dimensions propres à l'environnement social des individus, on s'aperçoit que les hommes, plus que les femmes, se trouvent en situation de non recours. Cette observation ne paraît pas spécifique à la santé, puisque nous l'avons relevé dans d'autres travaux portant sur l'insertion socioprofessionnelle ou l'accès aux prestations ou aides sociales¹⁸. Elle conduit à s'interroger sur des différences entre hommes et femmes dans le vécu de la précarité.

¹⁷ C'est également vers ce type d'hypothèse que tend l'IRDES dans ses travaux sur les inégalités des chances en santé : « Inégalités des chances en santé : influence de la profession et de l'état de santé des parents », *Questions d'économie de la santé*, n° 118, février 2007 ; « L'Enquête Santé Protection Sociale 2006, un panel pour l'analyse des politiques de santé, la santé publique et la recherche en économie de la santé », *Questions d'économie de la santé*, n° 131, avril 2007.

¹⁸ Voir les travaux de l'Odenore : cf. <http://odenore.msh-alpes.prd.fr/>

b) Une forte homologie entre non recours aux soins des actifs précaires et non recours aux soins des actifs non précaires.

Quelle que soit la variable socioéconomique prise en compte, les populations d'actifs précaires se distinguent nettement de la population des actifs non précaires. Sur tous les plans, la proportion d'individus présentant un facteur de vulnérabilité à la précarité est nettement supérieure aux résultats obtenus pour les actifs non précaires (cf. Tableau 2). Les actifs non précaires peuvent être exposés comme les actifs précaires à des difficultés et incertitudes. Mais ils ont probablement plus de capacités à trouver de l'aide en cas de besoin comme le montrent à la fois l'étude statistique et l'enquête par entretiens. C'est ce qui les différencie en particulier des actifs ayant un emploi précaire¹⁹, mais aussi pour une part probablement des personnes en situation de précarité psychique qui, sans être nécessairement précaires socialement, ne se sentent pas en mesure d'assumer difficultés et incertitudes²⁰. Il n'empêche que les actifs non précaires, apparemment mieux protégés du « cumul de précarités qui fait la précarité »²¹, peuvent être soumis aux mêmes difficultés et incertitudes. Or si précarité et non recours vont de pair, il importe surtout de retenir que le non recours des actifs précaires, comme celui des actifs non précaires, est associé aux mêmes variables socioéconomiques et de santé.

Tableau 2. Comparaison de la précarité socioéconomique entre « actifs précaires » et « actifs non précaires ».

En %	Chômeurs de plus d'1 an		Jeunes en insertion		Bénéficiaires CMU-C		Travailleurs emploi temps partiel ou non stable		Travailleurs emploi stable temps plein avec problèmes financiers		Chômeurs – d'1 an et travailleurs précaires Epices		Actifs non précaires	
	n = 160 017		n = 84 088		n = 238 236		n = 134 591		n = 57 005		n = 162 985		n = 301 069	
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F
Sans diplôme ou CEP seul	27.4	29.6	40.0	30.0	32.1	34.6	17.9	16.6	18.8	17.5	23.1	23.6	6.8	7.5
Ne sait pas lire/ écrire le français	4.1	3.5	1.3	0.9	5.1	6.2	2.1	1.4	2.2	1.6	2.9	2.4	0.4	0.4
Employés ou ouvriers	78.8	81.5	7.9	8.7	54.6	45.2	67.2	74.6	74.2	76.0	79.4	82.1	64.8	59.2
Ne vit pas en couple	56.0	50.9	87.7	71.7	65.7	66.6	41.9	25.7	29.5	50.7	48.1	56.9	16.5	23.7
Pas de contact avec la famille	28.6	23.0	18.9	17.3	32.0	28.4	17.6	11.9	19.4	18.9	31.2	28.9	3.9	3.5
problèmes financiers	50.5	46.7	28.0	34.0	55.4	56.7	29.0	21.4	100*	100*	51.4	55.7	0.4	0.8
Pas hébergement si besoin	37.8	34.1	20.6	19.6	40.6	39.2	23.2	18.7	33.8	30.8	47.6	44.2	4.9	4.7
Pas aide matérielle si besoin	52.4	50.2	33.5	35.5	54.9	54.2	33.7	29.9	48.9	48.9	62.7	61.9	11.8	13.0
Rencontre un travailleur social	35.4	34.6	39.0	39.0	50.2	48.0	17.0	10.9	9.6	13.6	19.4	24.1	2.3	2.8
Absence de complémentaire	15.5	10.1	21.8	17.9	0**	0**	14.5	6.4	12.5	9.7	21.5	16.1	2.9	2.3

* nécessairement 100% puisque les personnes sont prises en compte du fait de ces problèmes.

** nécessairement 0% puisqu'il s'agit de bénéficiaires de la CMU-C.

Les analyses statistiques produites sur les populations d'actifs précaires et la population de référence identifient un faisceau de variables socioéconomiques et de variables de santé qui caractérisent la prévalence du non recours aux soins. Certaines variables caractérisant fortement le non recours au médecin, au dentiste et le non suivi gynécologique apparaissent quelle que soit

¹⁹ M.-O. Simon, C. Olm, E. Alberola 2006. *Avoir un emploi rend la pauvreté plus difficile à vivre*, CREDOC.

²⁰ J. Furtos, C. Laval 2005. *La santé mentale en actes. De la clinique au politique*, Paris, Erès.

²¹ J. Rigaudiat 2005. A propos d'un fait social majeur : la montée des précarités et des insécurités sociales et économiques, *Droit social* n° 3, mars.

la population d'actifs précaires prise en compte. C'est le cas concernant l'isolement des personnes et la faiblesse de leurs supports relationnels (cf. Graphique 3), mais aussi l'observation d'un état bucco-dentaire dégradé (cf. Graphique 4).

Graphique 3.

Analyse multivariée : les variables socioéconomiques (ajustée sur les variables de santé)					
1 : Chômeurs de + d'1 an 2 : Jeunes en insertion 3 : Bénéficiaires de la CMU 4 : Travailleurs à emploi non stable ou stable à temps partiel 5 : Travailleurs à emploi stable tps plein + pb financiers 6 : Chômeurs de - d'1 an et travailleurs, précaires selon EPICES 7 : Population de référence	Non Recours au Médecin		Non recours au Dentiste		Non suivi Gynéco.
	H	F	H	F	F
Sans complémentaire					
Contact		1,2,3,4,5,6	1,2,3,4,5,6		
Ne pas vivre en couple		1,2,3,4,6,7	1,3,4,5,6,7	2*,6*	
Hébergement	2,3,6,7	1,2,3,4,5,6	1,2,3,4,5,6	1,2,3,4,5,6	1,3,4,5,6,7
Age croissant	2*	1*,2*,3*	2*,5*,6*,7*	*	*
Aide matérielle	1,2,3	2,3	2,3,5,6,7	1,3,4,5,6	
Problèmes financiers	6	2,3*,6	1,2,3	1,2,3,4,5,6	1,2,3*,4
PCS défavorisée	2,3*,4*,6*,7*	2,4*,7*	1,3,6	1,2*,3,4	1,2,3,4,6,7
Niveau d'études faible	1,2,3,5,6	1,2,3,6	1,2,3,5,6	2,6	1,2,3,4
Lien avec travailleur social	3,4,5,6	1,3,6	2*,7	2*,5*,7	3

Population suivie d'une étoile « * » : OR <1

■ : variable liée au NR dans les 7 populations
■ : variable liée au NR dans les populations indiquées

Graphique 4.

Analyse multivariée : les variables de santé (ajustée sur les variables socio-économiques)					
1 : Chômeurs de + d'1 an 2 : Jeunes en insertion 3 : Bénéficiaires de la CMU 4 : Travailleurs à emploi non stable ou stable à temps partiel 5 : Travailleurs à emploi stable tps plein + pb financiers 6 : Chômeurs de - d'1 an et travailleurs, précaires selon EPICES 7 : Population de référence	Médecin		Dentiste		Gynéco
	H	F	H	F	F
1 Caries					
2 Santé perçue	1,3,4,5,6,7 (tous *)	1,3,4,5,6,7 (tous *)	1,2,3,6	1,3,4,6,7	
3 Vue	1,3,4,5,6,7	1,2,3,5,6	1,3,4,5,6,7		1,3,4,5,6,7
4 Obésité	1*,3*	3*,5*,6*	2,4,5,6,7		1,2,3,4,6,7
5 Tension artérielle	1,3	3,7	1,3,5,6,7	1,3,4,5,6,7	1,3,4,6,7
6 Audition	6*	3	3,4	1,2,3,6,7	1,2,3,4,6
7 Cholestérol	1,3,6,7	1	6,7	1,4,7	1,2*,4,5,6,7
8 Hémoglobine	7*	2,3,6,7	5,6	1,2,3,4,5,6	2,3,6,7
9 Glucose	3*	7	4	5	1,3,4,5,6
10 Maigreux	2	1	7		1,2,3,4,6,7
11 Triglycérides	5*,7		3*		2*

En même temps, l'analyse statistique réalisée sur la population de référence (actifs non précaires) montre que les variables associées au non recours restent globalement les mêmes. Autrement dit, le non recours dépend de facteurs qui ne sont pas particuliers à un type de population, mais communs à l'ensemble des actifs indépendamment de leur rapport au travail ou à l'emploi. Ce résultat permet d'affirmer la présence d'une forte homologie entre non recours aux soins des actifs précaires et non recours aux soins des actifs non précaires, et de parler de non recours comme phénomène transversal.

c) Un non recours fortement lié à l'absence de complémentaire santé.

Pour toutes les populations d'actifs, qu'elles soient précaires ou non précaires, le risque de non recours aux soins s'accroît nettement lorsque les personnes n'ont aucune complémentaire santé. En d'autres termes, « *couverture santé et recours aux soins sont liés* »²². L'absence de complémentaire santé est même systématiquement associée à tous les types de non recours, quelle que soit la population prise en compte. Il s'agit par conséquent de la variable socioéconomique la plus fortement associée au non recours (cf. Graphique 5). Le risque relatif de non recours est 1.7 à 2 fois plus élevé quand les personnes sont sans complémentaire santé que lorsqu'elles ont une mutuelle complémentaire.

Graphique 5.

Analyse multivariée (OR) : les variables socio-économiques					
(ajustée sur les variables de santé)	Non Recours au Médecin		Non recours au Dentiste		Non suivi Gynéco.
	H	F	H	F	F
Sans complémentaire santé	2.00	2.00	1.79	1.82	1.87
Bénéficiaires de la CMU	1.58	1.51	1.25	1.11	1.25
Les « sans diplômes » vs « licence »	1.81	2.52	1.26	ns	1.81
PCS « ouvriers » vs « cadres »	0.51	ns	1.40	2.00	3.24
Age « 20-29 ans » vs « 50-59 ans »	1.06	1.40	1.19	1.56	1.64
Ne pas vivre en couple	1.36	1.25	1.19	1.04	1.95
Pas de contact avec la famille	1.37	1.38	1.21	1.24	1.23
Pas d'hébergement en cas de besoin	1.17	1.30	1.16	1.19	1.04
Pas d'aide matérielle	1.07	1.07	1.11	1.07	1.11
Avoir des problèmes financiers	ns	0.85	1.17	1.19	ns
Durée de chômage ≥ 3 ans	1.15	ns	1.10	1.10	1.15
Avoir un lien avec un travailleur social	0.94	0.88	ns	ns	ns

- OR supérieur à 1,5
- OR entre 1,25 et 1,5
- OR entre 1,10 et 1,25

- OR inférieur à 1,10
- OR inférieur à 1
- ns = OR non significatif

Réunion NOSAP – 04-12-07

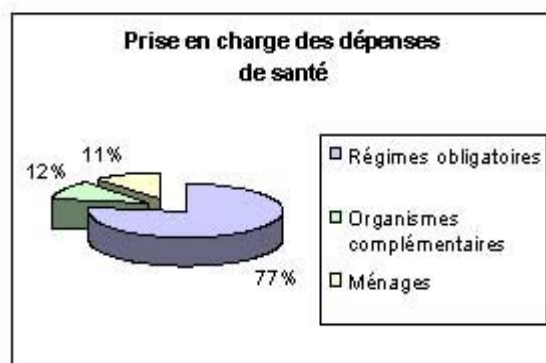
Des études ont fait apparaître que l'absence de couverture complémentaire multiplie par 2,1 la probabilité de renoncer à des soins, en particulier pour des raisons financières²³. Ce résultat est comparable à ceux trouvés dans le cadre de cette recherche (cf. Annexe 1). Il est préoccupant alors que la part des complémentaires santé et du « reste à charge » laissée aux patients s'accroît

²² L'expression est reprise à l'une des dernières études en date : F. Marical 2007. La complémentaire santé : une généralisation qui n'efface pas les inégalités, *INSEE Première*, n° 1142, juin.

²³ B. Boisguérin 2007. Les allocataires des minima sociaux : CMU-C, état de santé et recours aux soins, DREES, *Etudes et Résultats*, n° 603, octobre.

dans la prise en charge des dépenses de santé²⁴, et qu'un décalage grandissant est constaté entre l'évolution du panier de soins (une liste de biens et services de santé avec leur niveau de prise en charge) et le rôle des régimes complémentaires, qui ne sont associés ni à sa définition, ni à la gestion du risque²⁵. La Sécurité sociale, financée essentiellement par la contribution sociale généralisée (CSG), prend en charge plus des trois-quarts des dépenses (cf. Graphique 6). Le financement laissé à la charge des ménages varie selon le type de soins. Très réduit à l'hôpital (2.5%), il représente en revanche 27% des prestations facturées par les dentistes. De quoi empêcher les plus pauvres d'accéder aux soins dentaires.

Graphique 6.



Source : Rapport Chadelat, 2003, op. cit.

http://www.cnp.fr/Risque-Prevoyance/Magazine/art_565_pr.htm

Généralement moins bien assurées, les populations d'actifs précaires sont davantage exposées que les actifs non précaires au non recours aux soins. Mais les actifs non précaires ne sont pas préservés du non recours, surtout lorsque les personnes n'ont aucune complémentaire. Pour cette population aussi, le non recours aux soins est d'abord lié à l'absence de complémentaire.

L'analyse statistique réalisée sur les bénéficiaires de la CMU-C est particulièrement intéressante. Elle montre que la CMU-C ne garantit pas de protection contre le non recours aux soins²⁶. Dans des proportions analogues aux autres populations d'actifs précaires, les bénéficiaires de la CMU-C sont concernés par le phénomène. Ce résultat ne remet pas en question le constat d'une amélioration de l'accès effectif aux soins grâce à la CMU-C²⁷. Toutefois, les données que nous

²⁴ B. Palier 2008. *La réforme des systèmes de santé*, Puf, coll. Que Sais Je ?

²⁵ F. Chadelat 2003. *La répartition des interventions entre les assurances maladie obligatoires et complémentaires en matière de dépenses de santé*, Rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale au ministre de la Santé. Bibliothèque des rapports publics. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/brp/notices/034000159.shtml>

²⁶ François Chadelat estimait dans son rapport que la CMU et la CMU-C n'ont pas répondu à la question fondamentale de l'accès aux soins pour tous les français. Près de 3 millions de personnes demeureraient ainsi exclues d'une protection complémentaire pour des raisons financières.

²⁷ Se reporter en particulier aux études de Bénédicte Boisguérin, pour la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) :

- Enquête auprès des bénéficiaires de la CMU-C (novembre 2000) – Document de travail, DREES, *Série Statistiques*, 2002.
- Enquête auprès des bénéficiaires de la CMU-C (mars 2003) – Document de travail, DREES, *Série Statistiques*, n° 63, mai 2004.
- État de santé et recours aux soins des bénéficiaires de la CMU-C. Un impact qui se consolide entre 2000 et 2003, DREES, *Etudes et Résultats*, n° 294, mars 2004.
- Les bénéficiaires de la CMU-C au 31 décembre 2004, DREES, *Etudes et Résultats*, n° 433, octobre 2005.
- Les bénéficiaires de la CMU-C au 31 décembre 2005, DREES, *Etudes et Résultats*, n° 512, août 2006.

relevons sur les bénéficiaires de la CMU-C nous interrogent sur l'existence d'un lien « intrinsèque » entre non recours et Complémentaire CMU. D'autres travaux ont remarqué en particulier que l'accès aux soins de ville des bénéficiaires de la CMU-C variait entre médecins généralistes et spécialistes (les dentistes en particulier), et selon l'inscription de ces professionnels de santé en secteur I ou en secteur II (dépassement d'honoraires)²⁸. Les enquêtes qualitatives réalisées dans le cadre de cette recherche indiquent une possibilité de retard aux soins lorsque les personnes se voient opposer des refus de soins alors qu'elles bénéficient de la Complémentaire CMU. Elles confirment ce qu'ont démontré plusieurs enquêtes par *testing*, en particulier la possibilité de discriminations lorsque des professionnels refusent de soigner des bénéficiaires de la CMU-C. Parlant ici de discrimination, certains de nos résultats statistiques méritent d'être signalés. Le risque de non recours au médecin ou dentiste, ou de non suivi gynécologique est 1,5 à 1,8 fois plus élevé lorsque le bénéficiaire de la complémentaire ne peut pas s'exprimer en français. Il est également élevé (entre 1,3 et plus de 1,7) en ce qui concerne le dentiste lorsque le bénéficiaire est employé ou ouvrier. Ces données indiquent une possible relation entre un risque de non recours élevé et certains attributs individuels perceptibles dans l'expression et les apparences, qui peuvent disqualifier les personnes dans leurs interactions avec des professionnels de santé. Si la CMU-C constitue parfois un *stigmata*²⁹, nos entretiens nous conduisent à considérer qu'il en va ainsi surtout lorsque les bénéficiaires portent d'autres stigmates (liés à leur origine, langue, appartenance, apparence, etc.) auxquels, soit les professionnels de santé, soit eux-mêmes, accordent une importance. Comme le montre l'enquête qualitative réalisée, le non recours peut découler de situations malheureuses de refus de soins de la part de professionnels, mais aussi parfois de formes d'autolimitation qui brident ou bloquent les individus dans leur rôle de patient³⁰.

Par conséquent, si le non recours est fortement associé à l'absence de complémentaire, l'existence d'une complémentaire santé (et de la CMU-C en l'occurrence) n'évite pas la possibilité de non recours. Cela signifie que d'autres facteurs explicatifs sont à rechercher.

d) Un phénomène associé aux limites de l'environnement social des individus.

L'environnement social d'un individu comprend plusieurs dimensions : ses conditions de vie et de travail, son niveau de revenus, son bagage éducatif et les groupes dont il fait partie. Les travaux statistiques et l'enquête par entretiens que nous avons produits apportent de nombreux éléments qui associent le non recours aux soins des actifs précaires à l'une et l'autre de ces dimensions. Nous avons résumé ces observations en disant que *la prévalence du non recours grandit lorsque le précarier* se double d'une désaffiliation**. Cette formule s'appuie sur plusieurs résultats quantitatifs et qualitatifs, que nous pouvons regrouper en emboîtant trois constats :

- *Précarier* :

Les travailleurs ayant un emploi stable à temps plein avec des difficultés financières paraissent moins exposés au non recours aux soins que les autres populations d'actifs précaires. Comme pour les travailleurs ayant un emploi non stable ou stable à temps partiel, les proportions

Egalement l'étude de Denis Raynaud L'impact de la CMU-C sur la consommation individuelle de soins (DREES, *Etudes et Résultats*, n° 229, mars 2003), qui indique que « comparée à une situation sans aucune assurance complémentaire, la CMU-C accroît la probabilité de recourir dans l'année à l'ensemble des soins ».

²⁸ B. Boisguérin 2008. Panorama de l'accès aux soins de ville des bénéficiaires de la CMU-C complémentaire en 2006, DREES, *Etudes et Résultats*, n° 629, mars.

²⁹ Cette notion clé en sociologie doit beaucoup au sociologue américain Erving Goffman (*Stigmata. Les usages sociaux des handicapés* [1963], traduit de l'anglais par Alain Kihm, Paris, Editions de Minuit, coll. Le Sens commun, 1975).

³⁰ Voir dans le rapport : Résultats d'une approche qualitative du non recours aux soins des actifs précaires. Eléments de synthèse.

d'hommes et de femmes en non recours au médecin et au dentiste, ou sans suivi gynécologique sont ici plus faibles. Être au travail serait par conséquent une condition agissant dans le sens d'un moindre non recours aux soins. Malgré des conditions de vie difficiles et un environnement social limité, être au travail protégerait en partie du non recours, à condition toutefois que les personnes disposent d'une complémentaire santé. Autrement dit, le *précarariat* vu ici sous l'angle d'une « sortie » conjointe de l'emploi et avant tout de la protection sociale³¹, serait propice à des situations de non recours, et probablement pas dans le seul domaine de la santé.

- *Désaffiliation* :

Toutefois, le non recours aux soins renvoie fortement à l'isolement des personnes et à la faiblesse de leur support social, que les populations d'actifs précaires soient au travail ou pas. Sur ce plan, les analyses multivariées réalisées pour rechercher les variables socioéconomiques associées aux différents types de non recours pour les populations d'actifs précaires mettent nettement en évidence des relations entre le non recours et le fait de « ne pas vivre en couple », de « ne pas avoir de contact avec la famille », de « ne pas pouvoir être hébergé » ni « aidé financièrement en cas de besoin ». Ce n'est pas tant la précarité du travail ou de l'emploi qui augmente la possibilité de non recours que la faiblesse des liens sociaux et des solidarités qui leur permettraient de s'intéresser à leur santé. Le non recours ne renverrait donc pas seulement à la situation par rapport à l'emploi (ou au non emploi), mais aussi plus largement à l'affaiblissement des protections rapprochées (familles, amis) qui est la caractéristique d'un processus de *désaffiliation*³². Les entretiens montrent qu'entre précaires, les personnes en situation de non recours sont plutôt celles qui ont peu de relations sociales, mais aussi peu de raisons personnelles de s'intéresser de près à leur santé, parce qu'aucun projet ou aucune responsabilité ne les motive en particulier. Une telle observation ouvre la discussion sur l'*individual empowerment** (au moins sous l'aspect de la capacité d'initiative et de responsabilité, ce que les anglo-saxons appellent le *self-government*), dans la mesure où elle renvoie le non recours à un *non agir* par défaut de motivation.

- *Responsabilité* :

L'observation principale à retenir de l'enquête par entretiens renvoie à la condition du vivre seul(e) – que confirment les analyses statistiques – qui fait qu'en l'absence d'une responsabilité familiale les comportements en matière de santé sont plus erratiques et le non recours aux soins plus fréquent. Dans les entretiens, le non recours apparaît principalement du côté de personnes vivant seules et sans enfant. Les jeunes ou les personnes âgées sans charge de famille sont apparemment plus enclins à être en non recours, surtout lorsque leur support familial ou relationnel est faible. L'hypothèse d'un lien possible entre non recours et absence de responsabilité familiale, ou inversement entre recours aux soins et l'idée (très kantienne) de responsabilité d'autrui, apparaît ici. Le non recours des actifs précaires apparaît par conséquent comme la résultante d'un faisceau d'explications, à la fois économiques, relationnelles et psychologiques. L'étude qualitative montre que les personnes en non recours se caractérisent principalement par leur isolement social et en particulier par l'absence de responsabilité familiale. Lorsque celles-ci ont une charge de famille, leur non recours est contraint et apparemment n'obère en rien – au contraire – l'attention portée à la santé des enfants. Autrement dit, « la personne seule » serait davantage que d'autres vulnérable au non recours du fait d'un repli sur soi plus prononcé, alors que « la personne responsable d'autrui » – même en non recours – resterait fortement attachée à l'idée de santé comme bien personnel et valeur sociale, « exprimant une relation de la personne avec son corps, son héritage, ses aspirations, son environnement »³³. Dans bien des cas, la santé

³¹ Pour une approche complète de la notion : cf. E. Perrin 2004. *Chômeurs et précaires au cœur de la question sociale*, Paris, La Dispute.

³² En particulier les travaux de Robert Castel, et sur cette question du repli son ouvrage *Propriété privée, propriété sociale, propriété de soi* (Fayard, 2005).

³³ B. Cassaigne 2000. « Conclusions – Dossier 'La santé, l'expert, le patient' », *Projet*, n° 263.

des enfants apparaît comme un élément à protéger pour assurer une mobilité intergénérationnelle des conditions de vie. Comme l'éducation, la santé des enfants est un capital qu'il faut parvenir à garantir. La responsabilité familiale est cependant un sentiment complexe. Il peut parfois provoquer des formes d'anxiété ou de dépression, qui plongent l'adulte dans des situations de non recours, comme nous l'avons relevé dans des entretiens.

4. Discussion : le besoin d'affiner la notion de non recours aux soins.

L'évocation progressive, dans le débat public, du « non recours aux soins » ne s'accompagne que très rarement d'une définition précise de ce qui est mis derrière ce phénomène. Dans le cadre de cette recherche, une définition du non recours aux soins a été proposée autour de trois variables issues de la base RAIDE du CETAF : l'absence de consultation, au cours des deux dernières années, d'un médecin (généraliste ou spécialiste) ; l'absence de consultation, au cours des deux dernières années, d'un dentiste ; l'absence de suivi régulier, une fois par an, sur le plan gynécologique. Cette définition, en envisageant le non recours aux soins comme une *non-consommation* de soins, permet d'examiner principalement le champ de « l'accès primaire » aux soins³⁴ et ainsi de mesurer les disparités qui peuvent y apparaître. Plus précisément, elle permet de centrer le regard sur les différences dans le degré d'utilisation du système de soins plutôt que sur la nature des recours aux soins, comme le font les principales études traitant des inégalités sociales de santé.

Appliquées dans le cadre de notre enquête qualitative, les variables retenues pour définir le non recours aux soins se sont révélées pratiques d'un point de vue méthodologique. Toutefois, à l'usage, certaines limites nous sont apparues. Nous énumérons ici les principales, tout du moins celles rencontrées lors de l'enquête à ISBA et dans d'autres Centres d'examen de santé et des associations caritatives grenobloises. Ces limites portent sur les catégories de soignants (la juxtaposition médecin généraliste/médecin spécialiste ; l'exclusion d'autres professions de santé), les besoins de soins, l'approche en termes de non consommation de soins (*cf.* 3 Analyses – chapitre 9). Elles nous conduisent, pour des recherches futures sur le non recours aux soins, à proposer de nouveaux items de façon à questionner plus finement la complexité du phénomène qui apparaît à travers l'ensemble de nos résultats :

a) Le renoncement aux soins.

L'indicateur le plus intéressant concerne le renoncement aux soins, et ce pour plusieurs raisons. D'une part, en mesurant une restriction des soins, il permet de distinguer les individus qui se sentent concernés par le non recours aux soins (identifiant des besoins de soins non satisfaits) des autres. Nous pointons ici la subjectivité introduite par cet indicateur, ce qui en fait sa force – en abordant le sentiment d'exclusion³⁵ – mais aussi sa faiblesse. En effet, la mesure du renoncement

³⁴ Nous reprenons ici la distinction faite par J. Pascal, H. Abbey-Huguenin et P. Lombrail, entre l'accès « primaire » (l'entrée dans le système de soins ou son degré d'utilisation) et l'accès « secondaire » (la manière dont se déroulent les soins après un 1^{er} contact). Voir J. Pascal, H. Abbey-Huguenin, P. Lombrail 2006. Inégalités sociales de santé : quels impacts sur l'accès aux soins de prévention ?, *Lien social et politiques*, printemps, n°55, p. 115-124.

³⁵ Nous pensons ici à la relation entre citoyenneté et accès aux soins, exprimée par Didier Fassin : « *L'accès aux soins n'est donc pas tellement accès à une meilleure santé [...]. C'est bien sûr un droit : droit d'être soigné, d'être aidé, d'avoir accès à des conseils, à des mesures de prévention. Ce droit est une forme de reconnaissance de l'individu par la société, une façon de lui faire une place, au titre de la solidarité.* » Disponible sur <http://www.inegalites.fr>.

dépend essentiellement du contenu donné par les individus au « soin » concerné. Ce dernier étant relatif et extensible, le renoncement peut alors aussi bien porter sur des soins vitaux – médicalement justifiés – que sur des soins dits de « confort »³⁶. D'autre part, à un niveau plus macrosocial, l'indicateur de renoncement aux soins permet de mesurer l'impact des réformes du système de santé sur les comportements de recours aux soins. C'est d'ailleurs dans ce sens qu'il est utilisé depuis longtemps dans de nombreuses études et rapports, que ce soit pour constater à la fois les améliorations³⁷ et les limites persistantes³⁸ en matière d'égalité d'accès aux soins. Plusieurs formulations de cet indicateur existent, se différenciant selon les causes du renoncement (nous retrouvons principalement celui pour « raisons financières ») et le type de soins concernés (« soins dentaires et optiques », « au moins un soin »...), ou encore selon la durée du renoncement (« reporté » ou « définitif »).

b) Le retard aux soins.

Il s'agit ici, comme mentionné auparavant, d'identifier des formes de non recours autrement que par la simple mesure de l'absence de consultation d'un médecin. Cet indicateur permet d'englober les situations où la consultation du médecin a été trop tardive. Il s'approche, en cela, d'une définition américaine de l'accès aux soins, citée par Pierre Lombrail, selon laquelle cet accès est « l'utilisation en *temps utile* des services de santé par les individus de façon à atteindre le meilleur résultat en termes de santé »³⁹.

Souvent utilisée dans le cas du VIH, la notion de retard peut être étendue à tout type de soins, mais elle reste difficile à mesurer. L'une des possibilités est d'estimer médicalement le retard aux soins, par un professionnel de santé. C'est ce que fait l'Observatoire de Médecins du Monde dans ses rapports sur l'accès aux soins, demandant aux infirmiers ou aux médecins de répondre à la question sur « le retard de recours aux soins pour l'un ou l'autre des problèmes de santé »⁴⁰. L'autre possibilité est d'estimer subjectivement le retard aux soins, en demandant à la personne elle-même si elle a eu recours aux urgences hospitalières ou si elle a pensé à un moment donné avoir consulté trop tardivement un médecin pour un trouble de santé donné. En tout cas, pour des organismes au service de l'Assurance Maladie, comme les Centres d'examen de santé, il pourrait être intéressant d'introduire un indicateur médical de retard aux soins dans la mesure où le coût de cette forme particulière de non recours pourrait être estimé.

c) Le refus de soins par les professionnels de santé.

Cet indicateur, tout comme celui mesurant le renoncement aux soins pour raisons financières, appréhende une forme de non recours en même temps qu'elle en donne une explication. Nous avons affaire ici à un non recours subi, induit par les pratiques des professionnels de santé (à

³⁶ Le caractère subjectif du renoncement aux soins nous permet de comprendre pourquoi, selon certaines études, le renoncement augmente à mesure que le niveau d'éducation s'élève.

³⁷ Les évaluations de la CMU, par la DREES, ont notamment démontré que ce dispositif réduisait le renoncement aux soins pour raisons financières. B. Boisguérin 2003. L'impact de la CMU sur la consommation individuelle de soins », DREES, *Etudes et résultats*, n°229, mars.

³⁸ L'intérêt porté au renoncement aux soins se comprend dans un contexte de maîtrise des dépenses de santé qui passe par une réduction de la prise en charge par l'Assurance Maladie et le transfert vers le privé (via les complémentaires) et les patients. B. Palier 2008. *La réforme des systèmes de santé*, Paris, Puf, coll. Que Sais-Je ?

³⁹ P. Lombrail 2000. Accès aux soins in A. Leclerc, D. Fassin, H. Grandjean, M. Kaminski, T. Lang (éds.), *Les inégalités sociales de santé*, Paris, La Découverte.

⁴⁰ Voir Observatoire européen de l'accès aux soins de Médecins du monde, *Enquête européenne sur l'accès aux soins des personnes en situation irrégulière*, juin 2007.

distinguer du refus de soins par les malades). Autrement dit, c'est l'exemple le plus significatif de la différence qu'il peut y avoir entre un accès aux soins *potentiel* et un accès *effectif*.

La méthode la plus couramment employée pour évaluer les refus de soins – à l'égard des patients disposant de la CMU et de l'AME – est celle du *testing*⁴¹, méthode qui a l'avantage de déceler l'ensemble des stratégies mises en place par les professionnels de santé pour ne pas prendre en consultation ces patients. En effet, rares sont les refus directs, si bien que les patients ne peuvent pas toujours reconnaître qu'ils ont fait l'objet d'un refus de soins. Nous avons pu vérifier cela lors des entretiens qualitatifs, à l'image de cette femme, bénéficiaire de la CMU-C, qui s'est vue dire par un dentiste que la CMU-C ne prenait pas en charge ce type de consultation et qui n'a ainsi pas pris rendez-vous malgré ses besoins évidents. Le déclaratif est donc insuffisant pour mesurer les refus de soins. Mais, en l'absence d'une méthode comme le *testing*, lourde et coûteuse à tous points de vue, c'est le principal moyen d'aborder cette forme de non recours, dans ses effets directs ou indirects (renoncement aux soins, dissuasion symbolique, développement du sentiment de discrimination et d'exclusion...).

d) L'abandon de soins.

Les entretiens qualitatifs ont donné à voir des situations de non recours intervenant après une ou plusieurs consultations d'un médecin. C'est particulièrement le cas pour les soins dentaires, certaines personnes arrêtant leur suivi avant la fin des soins programmés par le dentiste. L'indicateur d'abandon de soins – entendu comme abandon par les patients – s'inscrit alors dans un modèle séquentiel du non recours.

e) L'inobservance thérapeutique.

Dans la continuité de ce qui vient d'être dit, il est possible d'envisager l'observance thérapeutique, à la différence que ce ne sont plus les soins effectués par un professionnel de santé dont il est question mais les traitements médicamenteux prescrits. L'observance, analysée depuis longtemps pour les maladies chroniques, suscite des débats quant à la définition à lui donner et à la relation médecin/malade qu'elle suggère. Elle peut être présentée :

- de manière factuelle, comme la concordance entre le comportement d'un patient et les prescriptions hygiéniques, diététiques et médicamenteuses⁴².
- dans une logique de droits et de devoirs du patient, comme le respect par le malade du « contrat » qui le lie au médecin et qui est l'une des bases de la confiance médecin/malade (avec l'équivalent anglais de « *compliance* »).
- dans une logique de contrôle social, comme la « soumission » d'un malade à son médecin.

f) Les rendez-vous non honorés.

Le non recours aux soins correspond moins à un état figé qu'à une situation évoluant en fonction des trajectoires sociales ou de la survenue d'une maladie par exemple. Il peut parfois intervenir ponctuellement, de manière répétée ou non. Ce sont ces dernières situations que l'indicateur des

⁴¹ DIES 2006. *Analyse des attitudes de médecins et de dentistes à l'égard des patients bénéficiant de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire. Une étude par testing dans 6 villes du Val-de-Marne*, Synthèse du rapport final rendu au Fonds CMU.

⁴² Selon la définition retenue par la DREES et énoncée dans leur appel à projets de recherche 2008 sur le thème de l'observance.

rendez-vous non honorés tente de rendre compte. Les rendez-vous non honorés ont fait l'objet de nombreuses études, principalement anglosaxonnes. Elles se sont attachées à analyser le profil sociologique des patients dits « absentéistes » (parmi lesquels nous trouvons davantage de femmes, de jeunes ou encore de personnes en situation de précarité), les déterminants de ces comportements ou bien encore les réactions que cela suscite chez les professionnels de santé. A ce sujet, il est intéressant de remarquer que ces derniers évoquent fréquemment l'argument d'une plus grande fréquence des rendez-vous non honorés pour justifier leur refus des patients CMUistes. Cela permet d'envisager les facteurs explicatifs du non recours aux soins dans une dialectique, les uns renforçant les autres.

5. Un produit directement issu de la recherche : un outil de repérage du non recours aux soins.

Malgré les limites soulevées en ce qui concerne la définition initiale du non recours aux soins prise en compte à partir des données offertes par la base RAIDE de l'Assurance Maladie, l'analyse statistique réalisée a permis de proposer un outil de repérage du NON REcours aux Soins (NORES) et de répondre ainsi à l'objectif opérationnel annoncé dans le projet de recherche.

Cet outil est en cours de test. Pour cela, il est appliqué par l'Odenore dans le cadre de deux études en cours :

- Pour l'INPES (appel à projets 2007 « Prévention »), un projet d'expérimentation intitulé : « Evaluation d'une forme d'organisation des soins primaires dans la mise en œuvre d'une démarche de prévention auprès de populations urbaines habitant des zones défavorisées : les centres de santé associatifs de la Ville de Grenoble ». Objectif : analyser la plus-value des centres en matière de prévention du cancer du sein, de suivi des grossesses, de dépistage des troubles nutritionnels (chez les enfants). Sur 2 sites en ZUS de plusieurs milliers d'habitants. Etude coordonnée par l'Agence Nouvelle des Solidarités Actives. En partenariat avec le département de santé publique du CHU de Grenoble du Pr. Patrice François et l'équipe THEMAS du Laboratoire CNRS (unité mixte de recherche n° 5525 - Université Joseph Fourier). En lien avec l'Association des centres de santé de Grenoble (AGECSA).
- Pour le Haut commissariat aux solidarités actives, dans le cadre des « Expérimentations sociales 2008 » : un projet intitulé « Grenoble recherche inter-partenaire sur la prévention de l'obésité pédiatrique » (GRIPOP). Objectif : stabiliser, voire diminuer l'évolution de l'Indice de Masse Corporelle (IMC) des enfants dépistés par les médecins scolaires des 3 quartiers ZUS. Etude coordonnée par l'Association des centres de santé de Grenoble (AGCSA) et la direction Santé publique et Environnement (service Santé scolaire) de la Ville de Grenoble. Etude en partenariat avec le département de santé publique du CHU de Grenoble du Pr. Patrice François et l'équipe THEMAS.

Dans les deux cas, l'Odenore procède à des entretiens auprès des populations dans le but de comprendre leur compréhension et leur adhésion aux dispositifs. Une grille d'entretien comprend EPICES et NORES, mais les deux outils sont préalablement appliqués aux populations générales dans le cadre d'un questionnaire support.

Les résultats des tests seront analysés conjointement par l'Odenore et le CETAF. En ce sens, le programme de l'ANR a permis de constituer un partenariat entre les deux équipes qui se poursuit au-delà de la recherche menée sur « Le non recours aux soins des actifs précaires ».

Nores : Outil de repérage du non recours aux soins

L'outil de repérage, NORES, a été conçu pour faciliter le repérage des personnes à risque de non recours aux soins.

Il a été construit à partir des données des Centres d'examen de santé (CES)^{1,2} par le CETAF (Centre Technique d'appui et de Formation des CES) et l'Odenore (l'Observatoire des non recours aux droits et services) dans le cadre d'un projet financé par l'Agence Nationale pour la Recherche (programme Santé/Environnement – Santé/travail).

Cet outil a été élaboré à partir des variables socioéconomiques les plus liées aux non recours au médecin, au dentiste et au non suivi gynécologique dans des populations présentant diverses situations de précarité et/ou de vulnérabilité sociale³. L'outil varie de 0 à 7, du risque le plus faible au risque le plus élevé de non recours aux soins.

Des relations score-dépendantes sont observées entre l'indicateur NORES avec :

- le non recours au médecin, au dentiste et le non suivi gynécologique
- un mauvais état de santé perçue
- divers indicateurs de morbidité (en particulier : tabac, obésité, maigreur, hyperglycémie, anémie, présence de caries non traitées).

Sont considérés à risque élevé de non recours aux soins, les individus avec un score supérieur à 4.

Questionnaire Nores d'évaluation du risque de non recours aux soins

Questions	Oui	Non
Avoir moins de 30 ans	1	0
Ne pas vivre en couple	1	0
Niveau d'étude Ne pas savoir lire ou écrire le français ou Etre sans diplôme	2	0
Etre au chômage	1	0
Couverture maladie complémentaire Etre bénéficiaire de la CMUC ou Etre bénéficiaire d'une autre aide que la CMUC ou Etre sans Complémentaire	2	0

¹ Le réseau des CES réalise pour le compte de l'Assurance Maladie environ 600 000 examens de santé par an.

² Examens de santé réalisées entre 2002 et 2005 : 1 427 431 hommes et femmes âgés de 16 à 59 ans.

³ Jeunes de 16-25 ans en insertion, bénéficiaires de la CMUC, chômeurs de plus d'un an travailleurs en emploi non stable ou stable à temps partiel, travailleurs en emploi stable à temps plein déclarant rencontrer des problèmes financiers, travailleurs et chômeurs de moins de un an en situation de vulnérabilité sociale (selon le score

Calcul

Les 5 questions doivent être renseignées.

Score obtenu par addition des réponses aux 5 questions.



Information · Prévention · Santé

Glossaire

Le **capital humain** est un concept économique introduit par Théodore W. Schultz, puis précisé par Gary Becker visant à rendre compte des conséquences économiques de l'accumulation de connaissances et d'aptitudes par un individu ou une société. Il comprend non seulement le savoir, l'expérience et les talents (capital-savoir), mais aussi sa santé physique ou sa résistance aux maladies. Le capital humain s'acquiert (éducation), se préserve (formation continue, médecine de prévention) et donne des dividendes, sous la forme d'une augmentation de la productivité et sans doute du bien-être de son détenteur.

Le **capital social** se définit en termes de réseaux, de normes et de confiance, et par la façon dont ceux-ci permettent aux individus et aux institutions d'atteindre plus facilement des objectifs communs.

La **désaffiliation** désigne une forme particulière de dissociation du lien social. Une personne désaffiliée occupe une place subalterne ou aucune (chômage) dans la division sociale du travail et participe très peu (voire pas du tout) aux réseaux de sociabilité et aux systèmes de protection sociale. En schématisant : la désaffiliation conjugue absence de travail et isolement social, la vulnérabilité associe précarité du travail et fragilité relationnelle, l'intégration signifie que l'on dispose des garanties d'un travail permanent et que l'on peut mobiliser des supports relationnels solides.

L'**empowerment** se définit au plan individuel comme la façon par laquelle l'individu accroît ses habiletés favorisant l'estime de soi, la confiance en soi, l'initiative et le contrôle. Certains parlent de processus social de reconnaissance, de promotion et d'habilitation des personnes dans leur capacité à satisfaire leurs besoins, à régler leurs problèmes et à mobiliser les ressources nécessaires de façon à se sentir en contrôle de leur propre vie. Les notions de sentiment de compétence personnelle, de prise de conscience et de motivation à l'action sociale y sont de plus associées. L'*empowerment* individuel comprend une dimension transactionnelle qui se joue aussi au plan social et collectif car il implique une relation avec les autres. Il demande un effort individuel qui est alimenté par les efforts de collaboration et un changement de l'environnement. A ce niveau, la notion d'*empowerment* psychologique est primordiale. Elle est définie comme un sentiment de grand contrôle sur sa vie où l'expérience individuelle suit les membres actifs dans un groupe ou une organisation. Cette notion se construit sur des niveaux de développement personnel, de soutien mutuel de groupe, de participation et d'organisation. Elle peut apparaître sans la participation d'une action politique ou collective et l'unité d'analyse est l'individu. L'*empowerment* psychologique est nécessaire mais insuffisant pour l'accomplissement de transformations et de changements de niveau social ou collectif.

L'**environnement social** d'un individu comprend ses conditions de vie et de travail, son niveau de revenus, son bagage éducatif et les groupes dont il fait partie. Tous ces éléments influent fortement sur la santé. La grande diversité des environnements sociaux contribue à d'importantes disparités en ce qui concerne la santé. L'espérance de vie et le taux d'apparition de maladies diffèrent largement entre riches et pauvres, entre personnes mieux ou moins éduquées, entre travailleurs manuels et intellectuels.

L'**isolement** comprend plusieurs dimensions : isolement résidentiel (ménages d'une personne) ; rareté ou absence de relations de voisinage, d'interactions familiales ou amicales ; pauvreté des activités qui permettent des contacts et des échanges ; absence de lien de couple.

Le **précarariat** est un néologisme de la sociologie formé à partir des mots précarité et prolétariat, et définissant les « travailleurs précaires » comme une nouvelle classe sociale. Il regroupe les travailleurs qui ont des contrats précaires sur le marché du travail, comme par exemple en France les CDD, les CNE, et les conventions de stages, ainsi que les intérimaires, ou encore les emplois des travailleurs clandestins. Nous utilisons ici cette notion pour parler des chômeurs de plus d'un an dans la mesure dans la nouvelle organisation du travail, le *précarariat* comme le chômage de longue durée deviennent structurels et concernent les mêmes personnes tout au long de leur parcours par rapport à l'emploi, puisque les différentes formes dites " atypiques " de contrats (CDD, intérim, emplois à temps partiel) en progression constante sont une réponse au non emploi en CDI et au chômage.

La **responsabilité familiale** renvoie aux habitudes reliées à la prise en charge d'une personne par elle-même ou par une autre personne, ainsi que la prise en charge d'individus par la personne tels les enfants, les parents âgés, les frères et sœurs, les conjoints, etc.⁴³

La **sociabilité** est le caractère des relations entre individus au sein d'un groupe social donné ; manière dont celui-ci – de taille très variable, de la famille à la société globale – intègre les personnes concernées ; tendance qu'ont ces dernières à répondre, plus ou moins activement, à cette sollicitation du groupe.

Le **support social** est le soutien apporté par le réseau de parenté, d'amitié ou de soutiens qu'un individu peut mobiliser. Il dépend de la taille de son réseau, de sa densité mais aussi de sa qualité.

⁴³ Cette définition donnée pour le Québec, correspond au contenu de nos observations : Fougeyrollas P. *et al.* (1998), *Classification québécoise : Processus de production du handicap*, Québec, Réseau international sur le Processus de production du handicap. Elle est cohérente également avec la notion de responsabilité filiale utilisée dans les travaux comparatifs sur le partage de responsabilités entre aidants familiaux et dispositifs d'aide ; par exemple : S. Olavdaatland, K. Herlofson 2003. Les normes de responsabilité familiale dans les pays européens, *Retraite et société*, n° 1, p. 15-47.

Sigles

AGECSA : Association de gestion des centres de santé de Grenoble.

CES : Centres d'examens de santé (CES) financés par l'Assurance Maladie.

CETAF : Centre technique d'appui et de formation des Centres d'examens de santé.

CHU : Centre hospitalier universitaire.

CMU-C : Couverture maladie universelle complémentaire.

CNRS : Centre national de la recherche scientifique.

CREDOC : Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie.

DRASS : Direction régionale des affaires sanitaires et sociales.

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.

EPICES : Evaluation de la précarité et des inégalités de santé pour les CES.

IMC : Indice de masse corporelle.

INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques.

INSERM : Institut national de la santé et e la recherche médicale.

IRDES : Institut de recherche et de documentation en économie de la santé.

ISBA : Institut Santé Bourgogne Auvergne.

MIRe : Mission de la recherche.

NORES : Outil de repérage du non recours aux soins.

ODENORE : Observatoire des non recours aux droits et services.

RAIDE : Recueil annuel informatisé de données épidémiologiques.

RMI : Revenu minimum d'insertion.

UMR : Unité mixte de recherche du CNRS.

2

Définitions

1. Définition de la notion de non recours aux soins.
2. Définition de la notion d'actifs précaires.

1

Définition de la notion de non recours aux soins.

Le *non recours aux soins* n'est pas une notion définie, au sens où elle n'a pas donné lieu à une catégorie particulière reconnue. Sans apparaître *de facto* comme catégorie statistique, on remarque toutefois l'existence dans le domaine médical de notions qui peuvent nous approcher de celle-ci : le *non suivi médical* (dentaire ou gynécologique), le *retard* ou le *renoncement aux soins*, la *non-observance* de prescriptions, ... Ces notions sont également plus ou moins stabilisées par la pratique professionnelle.

Dans ces conditions, la proposition qui peut être faite consiste à retenir une notion qui soit en adéquation avec les possibilités de la Base RAIDE, sachant que nous disposons d'une définition générale du non recours maintenant validée⁴⁴. A cet égard, trois variables peuvent être retenues. Elles portent sur la fréquence du recours au médecin, dentiste et gynécologue.

Dans la mesure où le projet NOSAP s'intéresse explicitement au *non recours aux soins des actifs précaires*, aux soins donc et non à la santé, il n'a pas paru souhaitable de retenir parmi les variables la couverture sociale (notamment l'absence de protection complémentaire) ; cela aurait élargi la notion recherchée aux droits sociaux en matière de santé. Le projet NOSAP, sans ignorer cette question importante, ne fait pas de l'absence de couverture complémentaire une caractéristique principale de son objet d'étude. En tout début du résumé du projet, il a été spécifié : *Le projet NOSAP développe un programme d'enquêtes quantitatives et qualitatives sur la question du non recours aux soins des actifs précaires. L'interrogation principale porte sur les relations entre 'absences de suivi médical' ou 'renoncements aux soins', et cumul de précarités d'emploi, au travail, de revenus, de protection sociale.* Autrement dit, le choix proposé ici paraît cohérent avec l'objectif de la recherche.

Autrement dit, la décision des équipes a été de retenir les 3 variables suivantes pour définir le *non recours aux soins* :

- Fréquence de recours au médecin.
- Fréquence de recours au dentiste.
- Suivi gynécologique.

Mais il est apparu intéressant de relever d'autres variables contenues dans la base de données qui permettent de mieux définir les sujets en situation de non recours. Le but est de définir également le non recours aux soins en fonction du fait que les personnes présentent, ou ne présentent pas, une anomalie de l'état de santé révélée lors de l'examen de santé :

- Non-recours avec anomalie de la santé mesurée = « besoins de soins non satisfaits »
- Non-recours sans anomalie de la santé mesurée

Les variables qui permettent d'apprécier l'état de santé mesurée sont les suivantes :

- IMC (obésité, maigreur)
- Audition

⁴⁴ Voir la prise en compte par l'IGAS de la définition donnée par l'Odenore. M. Hautchamp, P. Naves, D. Tricard 2005. Rapport de la mission « Quelle intervention sociale pour ceux qui ne demandent rien ? », IGAS, rapport n° 2005-026.

- Acuité visuelle
- Tension artérielle
- Dosages biologiques :
 - o Cholestérol
 - o Triglycérides
 - o Hémoglobine
- Prises médicamenteuses :
 - o Antihypertenseurs
 - o Antidiabétiques
 - o Hypolimémiants
- Indicateur de vieillissement

2

Définition de la notion d'actifs précaires.

Ce texte définit la notion d'« actifs précaires » de façon à produire les requêtes nécessaires à la réalisation de la recherche NOSAP sur la base de données RAIDE du CETAF.

Il faut admettre ici l'utilisation des termes *pauvre* et *pauvreté* qui ont donné lieu à davantage de définitions que celles de *précaire*, *précarité*, qui renvoient à des risques récurrents de paupérisation. Mais l'abondance de définitions montre le manque d'instruments de mesure établis.

En parlant d'actifs précaires dans la recherche NOSAP, il s'agit de prendre en compte d'un continuum entre les précaires et ceux considérés ou comptés comme pauvres. En effet, il n'y a pas de hiatus entre ces situations proches.

Il faut également rappeler que l'objectif central de la recherche NOSAP est d'expliquer le non recours aux soins des « actifs précaires » à partir d'une analyse de « cumul de précarités » :

« Dans le domaine de la santé, si les données recueillies dans différents pays européens indiquent l'existence d'estimations sinon de mesures *ad hoc* quelque peu constituées et suivies dans le temps du non recours aux dispositifs de l'assurance sociale, en revanche on ne dispose pas, en tout cas en France, de données précises sur le non recours aux soins des *populations précaires*, c'est-à-dire qui se trouvent en risque récurrent de paupérisation. Or un lien apparaît entre *le non recours aux soins* et *le phénomène de précarité*. Les difficultés d'accès aux soins et plus largement les inégalités de santé ne concernent pas seulement des populations en situation de grande pauvreté, mais également cette « *part très importante de la population, [qui] sans être pauvre à proprement parler, est en permanence sur le fil du rasoir, connaît des difficultés sans jamais en voir la fin, ni même pouvoir en espérer la sortie* »⁴⁵. Tout autant qu'une réalité, le non recours aux soins serait aussi un risque permanent pour tous ceux, très nombreux, qui sont aux franges. », projet NOSAP, p. 22.

1. « Actifs ».

Au sens de l'INSEE (cf. http://www.insee.fr/fr/nom_def_met/definitions/html/accueil.htm)

Définition

La **population active** regroupe la **population active occupée** (appelée aussi "population active ayant un emploi") et les **chômeurs**. La mesure de la population active diffère selon l'observation statistique qui en est faite. On peut actuellement distinguer trois approches principales : au sens du **BIT**, au sens du recensement de la population, au sens de la Comptabilité nationale.

Remarque : les membres du clergé en activité, les apprentis et les stagiaires rémunérés font également partie des actifs ayant un emploi.

Pour aller plus loin

[Population active au sens du BIT](#)

[Population active au sens de la Comptabilité nationale](#)

[Population active au sens du Recensement de la population](#)

⇒ pour NOSAP, on considère comme *actif*, toute personne en âge de travailler (16-60 ans), qu'elles occupent un emploi ou non.

⁴⁵ J. Rigaudiat 2005. A propos d'un fait social majeur : la montée des précarités et des insécurités sociales et économiques, *Droit social* n° 3, mars.

Les actifs précaires concernent donc 2 sous populations : les *actifs précaires avec emploi* et les *actifs précaires sans emploi*.

La notion d'actifs précaires renvoie à une diversité de situations relatives au travail ainsi qu'à plusieurs formes de précarité. Il s'agit ici de présenter les critères d'identification utiles pour le traitement de la base RAIDE.

L'article cité de Jacques Rigaudiat constitue incontestablement une référence utile pour ce travail de définition. Il permet de définir au mieux les différents groupes qui composent la population des actifs précaires.

2. Le chômage et le RMI.

Le chômage est une situation évidente de précarité et un possible motif de paupérisation. L'éclatement de l'emploi, entre emploi et chômage, est une première cause, « classique », de précarité. Mais le chômage a des effets variables selon qu'il touche des personnes n'ayant jamais travaillé, des personnes peu qualifiées, des jeunes ou des actifs âgés, ou lorsqu'il se prolonge.

Ce constat vérifié par différents travaux conduit à poser la question de savoir si nous retenons parmi les actifs précaires tous les chômeurs, ou bien certains au regard de leur âge (< à 25 ans et > à 50 ans), de leur expérience professionnelle (n'a jamais travaillé, ou ayant déjà travaillé, mais lesquels ?), de la durée du chômage (> à 1 an ; durée prise en compte par l'Observatoire de la pauvreté).

Il est tentant d'apporter ces précisions, mais cela suppose de le faire à partir de « conventions » qui seront toujours discutées. De plus certaines de ces variables additionnelles ne sont pas disponibles dans la base RAIDE.

⇒ Proposition 1 : retenir parmi les actifs précaires les chômeurs identifiés comme précaires score EPICES.

Le RMI est un autre indice de précarité. Il est difficile de le percevoir autrement, même si la situation du ménage peut faire varier assez largement la situation individuelle du consultant d'un CES allocataire du RMI.

⇒ Proposition 2 : retenir l'ensemble des allocataires du RMI parmi les actifs précaires.

Une analyse descriptive du non recours aux soins des allocataires du RMI permettra de relever lesquels sont plus enclins à se trouver dans cette situation.

3. La précarité de l'emploi.

La précarité des actifs provient aussi, pour ceux qui ont une activité professionnelle, de la précarité de l'emploi. Le développement récent de formes d'emploi autres que le CDI et le temps plein entraîne une progression d'*emplois précaires* : « CDD », « intérim », « emplois aidés », « apprentissage ».

Ces emplois forment ce que l'on appelle une zone grise où des emplois de plus en plus incertains dessinent un « halo autour du chômage »⁴⁶. Il est possible d'ajouter à ces 4 types d'emplois précaires, les « jeunes en formation professionnelle ».

La précarité de l'emploi se caractérise aussi par le *sous emploi*, c'est-à-dire le temps partiel contraint, qui touche essentiellement des femmes. On peut ajouter la *précarité des conditions de travail*, mesurable dans la base RAIDE à l'aune des horaires de travail.

Cela étant, tous les emplois du type CDD ou intérim ... ne sont pas forcément synonymes de précarité. Ils peuvent être choisis volontairement ou être lié à une période probatoire d'un jeune diplômé, etc.

⇒ Proposition 3 : retenir l'ensemble des emplois précaires (CDD, intérim, emplois aidés, apprentissage, jeunes en formation professionnelle) parmi les actifs précaires, à l'exception des jeunes de moins de 25 ans ayant un niveau d'étude > à bac + 3.
Etablir des classes de « gravité de la précarité » à partir des variables relatives au sous emploi et à la précarité des conditions de travail (STATRA / MODTRA HOTRA dans RAIDE)

4. La précarité par l'emploi.

Jacques Rigaudiat montre que la précarité sinon la pauvreté des actifs ne provient pas seulement du chômage, ni de l'intermittence ou de la précarité de leurs emplois, mais que son origine est à rechercher aussi dans les très bas salaires, ou très bas revenus. On sait que les débats nombreux et anciens sur les seuils de pauvreté, estimés à partir de la pauvreté monétaire, ont conduit à la notion de *bas salaire*⁴⁷.

Bas salaire = salaire inférieur au SMIC⁴⁸.

On parle alors de *salariés pauvres* pour désigner tous ceux qui, de leur travail, perçoivent une rémunération inférieure au SMIC. Cette notion est utile pour analyser la dégradation de la situation du marché du travail et des conditions d'emploi⁴⁹. Partant de là, on perçoit la *pauvreté salariale*, celle qui touche les salariés et non les « exclus » du marché du travail.

La notion de salarié pauvre est proposée pour tenter d'améliorer la notion officielle, proposée par l'INSEE, du *travailleur pauvre*⁵⁰. Il est reproché à la définition de l'INSEE d'estimer le niveau de vie du travailleur à l'aune de celui de sa famille, dans la mesure où ici ce n'est pas le salaire du travailleur qui compte mais les revenus du ménage. La pauvreté mesurée à partir des revenus du ménage mélange plusieurs éléments, à savoir dans les calculs de l'INSEE : la situation sur le marché du travail (bas salaires ; alternances chômage/emploi) et la configuration familiale (nombre d'actifs et nombre d'enfants).

⁴⁶ M. Cezard 1991. Le halo autour du chômage, *Economie et Statistique*, n° 249, décembre.

⁴⁷ L'article de référence est celui de C. Baudelot 1981. Bas salaires : état transitoire ou permanent, *Economie et Statistique*, n° 131, mars.

⁴⁸ Plus exactement, le seuil des bas salaires est fixé aux 2/3 du salaire médian, soit à 98% du SMIC. Cf. P. Concaldi 2001. Bas salaires et travailleurs pauvres, *Les Cahiers français*, n°304, septembre-octobre.

⁴⁹ M. Maruani 2003. Les working poor, version française. Travailleurs pauvres et/ou salarié(e)s pauvres ?, *Droit Social*, n° juillet-août, p. 696-702.

⁵⁰ C. Lagrenne, N. Legendre 2000. Les travailleurs pauvres en France : facteurs individuels et familiaux, *Economie et Statistique*, n° 335.

En l'absence, dans la base RAIDE, de données sur les revenus du travail ou du ménage, la mesure des bas salaires est impossible. En revanche, la base de données du CETAF contient une variable qui met sur la piste de la précarité par l'emploi : la rencontre de problèmes financiers.

⇒ Proposition 4 : retenir tous les consultants actifs qui déclarent rencontrer dans le mois de réelles difficultés financières (PBFINANCE dans RAIDE) parmi les actifs précaires et qui apparaissent comme précaires au sens du score EPICES.

5. La précarité des conditions de vie.

Bas salaires, chômage ou RMI, emplois précaires sont des facteurs de paupérisation des personnes et de précarisation de leurs conditions de vie. Mais au total, il est difficile de donner une image d'ensemble. Il faut alors tracer d'autres « frontières » au sein des actifs précaires pour mieux discerner l'intensité des risques de précarisation et de paupérisation, et introduire – sur les pas de Jacques Rigaudiat et de l'Observatoire national de la pauvreté – une notion de *précarité des conditions de vie*. On peut alors utiliser les résultats du score EPICES de façon à discerner parmi les consultants actifs ceux qui sont précaires au sens du score EPICES.

⇒ Proposition 5 : retenir tous les consultants actifs signalés précaires score EPICES parmi les actifs précaires.

6. En résumé.

Au total, l'extraction portant sur les actifs précaires parmi les consultants des Centres d'Examens de Santé concerne les groupes suivants :

- Tous les chômeurs identifiés comme précaires score EPICES.
- Tous les allocataires du RMI à l'exception des jeunes de moins de 25 ans ayant un niveau d'étude > à bac + 3.
- Tous les emplois précaires (CDD, intérim, emplois aidés, apprentissage, jeunes en formation professionnelle).
- Tous les consultants actifs signalés précaires score EPICES, dont tous les consultants actifs avec PBFINANCE

A partir de ce travail de définition, 6 populations d'actifs précaires ont été retenues pour l'analyse statistique de la base RAIDE du CETAF :

1. Les personnes au chômage depuis plus d'1 an
2. Les jeunes de 16-25 ans en insertion
3. Les allocataires du RMI/CMU
4. Les personnes occupant un emploi « non stable » ou un emploi « stable à temps partiel »
5. Les personnes occupant un emploi stable à temps plein parmi les personnes de 16 à 59 ans qui déclarent rencontrer dans le mois de réelles difficultés financières
6. Les personnes travaillant et les chômeurs depuis moins d'1 an parmi les consultants actifs présentant un risque de fragilité sociale selon le score EPICES (*cf.* EPICES) (EPICES \geq 30).

Au sein de chacune de ces populations, des sous populations ont été analysées. Elles ont été définies en faisant appel à des données individuelles et à des données géographiques (ou écologiques). Ainsi, des sous populations spécifiques ont été générées par croisement des définitions précédentes avec d'autres variables de la base de données : sexe, âge, catégorie socioprofessionnelle, codes « non prioritaires de l'article 2 », codes « régimes et gestion », vie en couple, etc.

A titre d'exemple, on peut définir ainsi une population d'actifs précaires : « personnes occupant un emploi non stable, à temps partiel, de sexe féminin, ne vivant pas en couple, de catégorie socioprofessionnelle ouvrier, déclarant de réelles difficultés financières ou perte de liens sociaux ... »

La définition des sous populations a été réalisée de deux façons :

- *a priori*, selon des hypothèses de travail issues en particulier de l'état de connaissance
- à partir de l'analyse de chacune des populations d'actifs précaires : Des analyses factorielles permettront de caractériser chacune de ces populations et devraient pouvoir mettre en évidence des sous-groupes présentant des caractéristiques communes.