

3

Analyses

1. Le non recours aux soins des chômeurs de plus d'un an.
2. Le non recours aux soins des jeunes de 16 à 25 ans en insertion.
3. Le non recours aux soins des bénéficiaires de la Couverture maladie universelle Complémentaire (CMU-C).
4. Le non recours aux soins des travailleurs ayant un emploi non stable ou stable à temps partiel.
5. Le non recours aux soins des travailleurs en emploi stable à temps plein ayant des problèmes financiers.
6. Le non recours aux soins des personnes au chômage depuis moins d'un an et travailleurs signalés précaires selon le score EPICES.
7. Le non recours aux soins des actifs non précaires (population de référence).
8. Résultats d'une approche qualitative du non recours aux soins des actifs précaires.
9. Définir et mesurer le « non recours aux soins ». Proposition de questions complémentaires et discussion autour de cette notion.

1

Le non recours aux soins des chômeurs de plus d'un an.

Eléments de synthèse.

L'analyse statistique de la base de données RAIDE du CETAF permet de dresser un tableau du non recours aux soins (médecin, dentiste, suivi gynécologique) des six populations d'actifs précaires prises en compte, selon des caractéristiques socio-économiques et de santé.

Nous commentons ici les résultats statistiques obtenus pour la première population étudiée, celle des chômeurs de plus d'un an, soit 79 086 hommes et 80 931 femmes. Ce commentaire tient compte des observations issues d'entretiens réalisés auprès de consultants de centres d'exams de santé, mais aussi auprès d'usagers d'associations grenobloises (terrains d'enquêtes de la thèse). En revanche, il ne contient pas de comparaisons avec les cinq autres populations d'actifs précaires. Ce sera le cas dès l'étude suivante. Ainsi, renverrons-nous l'analyse concernant les jeunes de 16-25 ans en insertion professionnelle aux résultats présentés ici, et ainsi de suite pour comparer à chaque fois les nouveaux résultats aux précédents. Ce travail de comparaison vise en l'occurrence à dégager peu à peu les invariants du non recours, c'est-à-dire les variables sociales et médicales qui ont un lien significatif avec ce phénomène, quelle que soit la population d'actifs précaires prise en compte.

1. L'effet plus prononcé des caractéristiques sociales.

Les résultats obtenus pour les chômeurs de plus d'un an montrent que le non recours aux soins médicaux et dentaires et au suivi gynécologique (*cf.* Tableau) est davantage marqué par les caractéristiques sociales que par les caractéristiques de santé. La valeur des *odds ratios* associés aux premières est plus importante que pour les secondes (*cf.* Classement des variables socioéconomiques et de santé associées au non recours – Annexe 1). Des liens significatifs apparaissent avec certaines variables sociales (en l'occurrence, la présence d'un chômage de longue durée et l'absence de complémentaire), alors que c'est moins le cas avec les variables de santé. Cette première observation conduit à se demander si le phénomène de non recours aux soins n'a pas ou peu de lien avec l'état de santé des chômeurs de plus d'un an.

Taux de non recours chez les chômeurs de plus d'un an.

	Hommes	Femmes
Aucune consultation médicale au cours des 2 ans	16.3%	6.8%
Aucune consultation dentaire au cours des 2 ans	33.3%	21.9%
Aucun suivi gynécologique	-	37.9%

Ce résultat n'est pas incohérent avec d'autres enquêtes qui ont montré que le chômage persistant va de pair avec une surmortalité, du fait de vecteurs dont l'origine n'est pas médicale mais sociale, comme la pauvreté relative, l'isolement social et la perte d'estime de soi, l'adoption de

comportements à risque pour la santé, ...⁵¹. Mais il faudra néanmoins vérifier avec les autres populations d'actifs précaires étudiées, si la plus faible caractérisation du non recours aux soins par les critères de santé se vérifie également.

Sur le plan médical, certaines variables paraissent toutefois avoir une relation avec le non recours (taux de cholestérol, tension artérielle, ...). Une explication est probablement à rechercher du côté des conditions de vie et des modes de consommation, mais pas seulement. En même temps, un lien apparaît avec l'état de santé perçu. Le non recours au médecin est en effet plus fréquent chez les personnes se sentant en bonne santé (en effet, pourquoi consulter si on se sent bien ?), alors que c'est l'inverse pour les soins dentaires. En revanche, le non recours au médecin et celui au dentiste diminue avec l'âge. En fait, la seule relation vraiment significative sur le plan de la santé apparaît avec le nombre de dents cariées non traitées et la présence d'un déficit visuel. Mais dans ce cas, les problèmes de santé sont reliés à la fragilité socioéconomique des personnes, puisque l'appartenance à une PCS peu élevée et l'existence de problèmes financiers récurrents sont parmi les indicateurs associés au non recours. Des études ont montré par ailleurs que la dégradation de l'état bucco-dentaire est liée à des facteurs socio-économiques, d'habitude de vie, d'hygiène dentaire ou de santé générale, aussi bien pour les adultes⁵² que pour les enfants pour lesquels la question des dents lésées vient parfois brouiller l'idée même du besoin de prévention⁵³.

2. Une prévalence du non recours lorsque le « précarité » se double d'une « désaffiliation ».

Les caractéristiques sociales prises en compte n'ont pas toutes un lien prononcé avec le non recours. En effet, le non recours aux soins (au médecin, au dentiste) comme au suivi gynécologique des chômeurs de plus d'un an apparaît essentiellement lié aux inégalités sociales qui traversent aussi cette population et aux processus de *désaffiliation*⁵⁴ que rencontrent certaines personnes.

Parmi les résultats très nets qu'apporte l'analyse statistique, il apparaît que certaines caractéristiques ne sont pas ou peu significatives, alors que l'on pouvait *a priori* les supposer comme liées au phénomène de non recours (comme le fait d'être au contact d'un travailleur social), ou comme pouvant l'expliquer, même si l'analyse statistique n'établit pas de relations de causalité (comme le fait de rencontrer régulièrement des problèmes financiers). En fait, loin de certains préconçus, il apparaît que les chômeurs de plus d'un an suivis par des services sociaux ou rencontrant des difficultés financières chroniques ne se trouvent pas davantage que d'autres dans des situations de non recours. Peut être que certains qui sont suivis par les services sont dans une

⁵¹ A. Mesrine 2000. « La surmortalité des chômeurs : un effet catalyseur du chômage ? », *Economie et statistiques* n° 334, p. 93-48.

⁵² C. Dupré, R. Guéguen, E. Roland 2005. « La santé bucco-dentaire des adultes de 35-44 ans examinés dans les Centres d'examen de santé entre 1999 et 2003 », www.invs.sante.fr/publications/2005/jvs_2005/poster_1.pdf

⁵³ C. Chauveaud 2004/2005. Santé scolaire et non recours. Analyse des données sociales et médicales 2002/2003. / School pupils' health and non-take-up. Analysis of the social and medical data for 2002-2003, *Observations & Etudes* n°1 et n° 6. <http://odenore.msh-alpes.prd.fr/travaux.html>

⁵⁴ Dans le cadre des débats sur la pauvreté et l'exclusion, cette notion 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 conjuguée absence de travail et isolement social, la vulnérabilité associée à la 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. En particulier les travaux de Robert Castel, et sur cette question du repli son ouvrage *Propriété privée, propriété sociale, propriété de soi* (Fayard, 2005).

meilleure situation sociale que ceux qui ne le sont pas⁵⁵, alors que leur situation au chômage impliquerait un suivi à minima suivant l'hypothèse d'un possible cumul des non recours, sur le plan de la santé et sur le plan des droits sociaux.

A l'inverse, d'autres variables sont fortement liées au non recours. Ainsi, la prévalence du non recours aux soins va un peu en s'accroissant avec l'allongement de la durée du chômage et beaucoup plus fortement avec l'abaissement du niveau de protection sociale (complémentaire maladie)⁵⁶. Autrement dit, le *précarariat*⁵⁷ vu ici sous l'angle d'une « sortie » conjointe de l'emploi et avant tout de la protection sociale, serait propice à des situations de non recours, et pas dans le seul domaine de la santé très probablement. En même temps, le non recours aux soins est lié à un niveau d'études peu élevé. D'une certaine façon, on peut dire que le non recours est associé à un déficit de *capital humain*, c'est-à-dire au manque de connaissances et d'aptitudes accumulées par un individu⁵⁸.

En même temps, l'analyse des caractéristiques sociales liées au non recours aux soins indique autre chose de tout aussi important. Elle montre que le non recours serait également associé à une désaffiliation. Le non recours des chômeurs de plus d'un an ne renverrait donc pas seulement à la gravité de la situation par rapport au non emploi, mais aussi plus largement à l'affaiblissement des protections rapprochées (familles, amis). Sous cet angle, l'étude du non recours porte en définitive sur les replis individuels liés à la désaffiliation. C'est là une explication possible, à vérifier dans la suite de notre recherche.

En tout cas, des résultats statistiques vont dans ce sens. En particulier, pour les hommes comme pour les femmes, le non recours au médecin et pour les chômeuses au suivi gynécologique va de pair avec le fait de ne pas vivre en couple. En particulier, le risque relatif de ne pas recourir au médecin est 1,65 fois plus élevé chez les hommes vivant seuls que chez ceux qui sont en couple, et est de 1,39 pour les femmes selon cette même différence de situation⁵⁹. Remarquons que pour les femmes le fait de vivre seule est l'indicateur qui est le plus associé au non suivi gynécologique (risque relatif de 1,52). Ces résultats confirment que l'isolement social lié à la pauvreté du *capital social* (ou relationnel)⁶⁰ agit comme facteur de désaffiliation⁶¹.

⁵⁵ Des études de l'Odenore, et d'autres, ont montré l'existence d'un non recours aux services d'accompagnement social créés spécifiquement pour les populations les plus démunies et en particulier des taux non négligeables d'abandon de démarches lorsque les personnes sont les plus désaffiliées.

⁵⁶ Cf. Résultats grisés dans les tableaux de Classement des variables associées au non recours, en Annexe 1.

⁵⁷ 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. Cf. E. Perrin 2004. *Chômeurs et précaires au cœur de la question sociale*, Paris, La Dispute.

⁵⁸ 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.

⁵⁹ ⁵⁹ Cf. Résultats grisés dans les tableaux de Classement des variables associées au non recours, en Annexe 1.

⁶⁰ Pour la majorité des auteurs, 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.

⁶¹ Sur le premier plan, le débat sur l'exigence de formation comme sécurisation des parcours professionnels montre au mieux l'existence du lien entre absence de formation et précarité sociale, tandis qu'une enquête statistique menée

On peut aussi déduire de ce résultat que vivre en couple contribuerait à protéger du non recours. La santé de chaque conjoint est sous le regard de l'autre. Des études ont montré que les femmes vivant seules sont plus exposées que les autres au non recours, surtout lorsque leur niveau d'études est peu élevé⁶². Ici, les résultats montrent que les hommes jeunes sont plus souvent dans ce cas, comme ils le sont en matière d'insertion socioprofessionnelle par exemple⁶³. De ce point de vue, la recherche NOSAP apporte une nouvelle fois la confirmation que le non recours peut être vu comme un *phénomène social situé*, c'est-à-dire renvoyant à un système d'explications donné, que l'analyse statistique multivariée d'une part, et les enquêtes qualitatives d'autre part, doivent continuer à expliquer.

L'analyse statistique ne permet pas bien entendu d'affirmer l'existence d'une relation de causalité entre désaffiliation et non recours. Cependant, les entretiens individuels réalisés dans plusieurs centres d'exams de santé permettent d'observer cette relation. En particulier, les personnes les moins préoccupées par leur santé mais pouvant être dans des situations de retard sinon de renoncement de soins, ont le plus souvent une socialisation plus faible que les autres.

3. Vers une explication comportementale.

La prise en compte d'éléments relatifs au capital social présente en quelque sorte le non recours comme une ligne de partage entre des personnes, ici toutes au chômage, mais qui pour certaines ne paraissent pas pour autant désaffiliées, alors que d'autres disposant apparemment de moindres ressources relationnelles pouvant les aider ou les motiver à recourir à des services de soins semblent repliées sur elles-mêmes.

Comme le montrent en partie les enquêtes qualitatives menées dans le cadre du projet NOSAP, il apparaît pertinent de parler de « ressources » relationnelles puisque, dans un premier temps, l'entourage apporte une aide sur le plan matériel non négligeable. Ainsi de cette femme d'origine maghrébine, qui s'est retrouvée veuve assez âgée, maîtrisant peu le français et assez isolée dans son quartier, qui bénéficie de l'appui de sa fille pour l'accompagner dans le suivi de son diabète (présence à l'hôpital...). D'autres exemples auraient pu être pris ; ils témoignent tous à leur façon du rôle du capital social, en quelque sorte reflet des ressources de l'entourage mobilisables par chacun, dans la réduction de certains freins identifiés à l'accès aux soins.

Concernant les 12 entretiens de chômeurs de plus d'un an réalisés au Centres d'exams de santé ISBA ce constat se vérifie également. Certes, leur répartition entre recours (7) et non recours (5) et suivant la note de santé perçue ([4 ; 9] et [6 ; 8]) est assez homogène, mais effectivement les personnes classées en non recours ont un capital social plus faible suivant l'application du score EPICES (cf. Annexes 2 et 3). Quelques cas relevés parmi ceux qui ne recourent pas montrent l'influence des ressources relationnelles ou de leur absence, sur les capacités individuelles à se prendre en charge :

- *L'entretien n°37* est intéressant. Cette femme de 35, mère de 4 jeunes enfants, laisse filer sa santé plus par insouciance et négligence. Elle perçoit sa santé moyennement bonne (7). Cette personne bénéficie d'un entourage familial très fort. Et bien qu'elle soit en non

récemment par le Secours catholique insiste à nouveau sur le lien entre précarité et isolement social : « Quand précaire rime avec solitaire », *Sciences Humaines* (Février 2007).

⁶² Concernant les femmes notamment, on peut se reporter à Véronique Mougin 2005. *Femmes en galère. Enquête sur celles qui vivent avec moins de 600 euros par mois*, Paris, Editions La Martinière.

⁶³ Voir les travaux de l'Observatoire du non recours aux droits et services sur le non recours des allocataires du RMI aux contrats d'insertion et aux droits et aides liées à l'emploi et connexes au RMI.

recours, le dit-elle elle-même « *c'est mon frère qui m'a poussée à venir ici, c'est lui aussi qui m'a poussée à faire une mammographie* ». Sans cette solidarité familiale, cette femme, qui par ailleurs est complètement accaparée par les soins de son mari suite à un très grave accident de moto, serait encore bien plus éloignée de sa santé.

- *L'entretien n°2* illustre encore mieux la relation entre non recours et désaffiliation.. Une femme de 58 ans, divorcée, mère de 6 enfants dont 2 encore à sa charge. Aucun suivi médical, excepté psychologique (caché de ses filles). Ses filles ne sont pas non plus suivies, malgré également de gros problèmes psychologiques, de peur de se découvrir quelque chose. Aucune ne travaille. Ces trois femmes vivent en « vase clos », repliées sur elles mêmes.
- Même chose avec *l'entretien n°27*. Cet homme de 34 ans, qui a toujours vécu avec *sa mère, décédée maintenant*, « *s'en fout de sa santé, il est plutôt baba cool par rapport à sa santé* ». Il n'a pas de mutuelle, et ne demande d'ailleurs plus rien comme aides ou soutiens car « *on me fout toujours dehors* ». « *Plus on d'amis, plus on a d'ennemis* », cet homme vit retranché.
- A l'inverse, les *entretiens n°21, 29, et 44* renvoient à des personnes qui recourent et qui ont chacune un capital social relativement développé : fréquentations d'amis, bénévolat dans des structures d'animation de quartier, solidarités familiales. Parmi les trois, deux vivent en couple ;

Dans un second temps, le capital social a une influence en terme de motivation à prendre en charge sa santé, apportant des conseils voire des ordres dans ce sens. Il a déjà été démontré qu'il favorisait à la fois la diffusion des comportements bénéfiques pour la santé et l'accès aux services de santé⁶⁴. Les entretiens illustrent bien ce mécanisme, dans un sens comme dans un autre. Une femme, disposant d'un capital social important (familial ou acquis par la fréquentation d'associations), expliquait par exemple le rôle qu'a eu sa mère, et qu'elle a toujours, pour sortir de situations de non recours fréquentes auparavant : « *Maintenant quand je suis malade, quand je tousse, que je m'endors chez elle, elle me dit « allez, pourquoi tu vas pas chez le médecin ? » [...] Et quand c'est ma mère je n'ai pas le choix ! C'est pas oui ou non, il n'y a pas de discussion. Tu y vas !* » A l'inverse, l'absence de capital social paraît associée à l'absence d'intérêt à porter attention à sa santé, comme une personne rencontrée dans un centre de santé résume à propos de son suivi dentaire épisodique : « *personne ne m'encourage, c'est moi qui choisit les cartes* » .

Ceci dit, l'importance de la désaffiliation comme vecteur de non recours n'a pas été plus poussée d'un point de vue statistique. Une façon de le vérifier serait de revenir à l'une des variables significatives : l'état de santé perçu. L'analyse statistique réalisée montre que l'état de santé perçu joue en sens contraire selon qu'il s'agit du non recours au médecin, ou du non recours au dentiste et au suivi gynécologique (chez les hommes et chez les femmes, la prévalence du non recours au dentiste et du non suivi gynécologique augmente régulièrement avec une santé perçue dégradée, alors que la prévalence du non recours au médecin diminue avec une santé perçue dégradée). Il serait intéressant d'observer si un état de santé perçu comme mauvais joue dans le sens d'un recours aux soins lorsque les personnes n'apparaissent pas dépourvues de capital social, et si, inversement, état de santé perçu négativement et non recours vont de pair quand les personnes paraissent désaffiliées (le critère « vivre en couple » servant alors de variable dépendante). Cette ligne de partage entre recours et non recours autour du capital social des personnes apparaît aujourd'hui au cœur de l'explication du cumul des précarités, dont rendent compte fort bien certaines enquêtes d'opinion sur les préoccupations prioritaires des français. Ainsi, une étude

⁶⁴ M. Grignon, A. Couffinhal, P. Dourgnon, F. Jusot et F. Naudin 2004. « Mesurer l'impact des déterminants non médicaux des inégalités sociales de santé », IRDES, Rapport de recherche.

spécifique réalisée par le CREDOC fait apparaître au-delà du seul chômage, un impact fort de la précarité de l'emploi sur la crainte de la maladie grave (en tête des préoccupations des chômeurs)⁶⁵. Ses auteurs indiquent notamment que « l'instabilité professionnelle contribue à fragiliser les liens sociaux et va de pair avec un plus fort sentiment d'insécurité — professionnelle, bien sûr, mais également personnelle — et que les personnes concernées ont tendance à se sentir en moins bonne santé »⁶⁶.

En confrontant la problématique du précaire et celle de la désaffiliation, nous tendons à lier le non recours à la non capacité des personnes à agir. Au-delà des difficultés sociales rencontrées, un déficit de capital social et humain viendrait expliquer cette non capacité et par là même éclairer au moins l'une des causes du non recours. Cette piste de réflexion est intéressante puisque nos enquêtes qualitatives 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 explication rejoint 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*)⁶⁷. Elle a pour conséquence de renvoyer le non recours à un *non agir* par défaut de motivation. Le phénomène du non recours ne se réduit probablement pas à cela, car on ne peut pas évacuer le non recours comme praxéologie, c'est-à-dire comme *action en tant que telle*, mais cette hypothèse de travail mérite néanmoins d'être discutée.

⁶⁵ CREDOC, enquête « Conditions de vie et les Aspirations des Français, 2003-2005 ».

⁶⁶ 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, p. 11.

⁶⁷ Au plan individuel, l'*empowerment* se définit 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 (Anderson, 1991) 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.

Annexe 1 : Classement des variables socioéconomiques et de santé associées au non recours au médecin, au dentiste et au suivi gynécologique.

La première partie des tableaux regroupe les *Odds ratios* (OR) significatifs de plus grand au plus petit. Les OR significatifs sont les OR dont l'intervalle de confiance ne comprend pas la valeur « 1 » : ils sont identifiés par une étoile « * ». Plus l'OR est supérieur à 1 ou inférieur à 1, plus la relation avec le non recours est importante.

La deuxième partie des tableaux regroupe les OR non significatifs : ce sont les variables qui n'ont pas de relation significative avec le non recours.

Classement des variables socioéconomiques et de santé associées au non recours au médecin des chômeurs de plus d'1 an.

Médecin	Homme	
	OR	IC 95
Ne pas vivre en couple	1.57 *	[1.45 ; 1.70]
Complémentaire santé	1.35 *	[1.30 ; 1.39]
Tension artérielle élevée	1.31 *	[1.18 ; 1.45]
Présence de caries	1.28 *	[1.23 ; 1.33]
Déficit visuel	1.24 *	[1.15 ; 1.34]
Taux de cholestérol élevé	1.24 *	[1.10 ; 1.41]
Niveau d'études (+ élevé au + faible)	1.10 *	[1.06 ; 1.13]
Durée du chômage élevée	1.08 *	[1.05 ; 1.10]
IMC (Maigre, surpoids, obésité)	0.92 *	[0.89 ; 0.95]
Mauvaise santé perçue	0.79 *	[0.75 ; 0.83]
Problèmes financiers	1.05	[0.97 ; 1.13]
Taux d'hémoglobine bas	1.04	[0.86 ; 1.26]
Rencontre d'un travailleur social	1.00	[0.93 ; 1.08]
Age	0.99	[0.97 ; 1.13]
Déficit auditif	0.99	[0.91 ; 1.07]
Taux de triglycérides élevé	0.99	[0.89 ; 1.11]
PCS (+ favorisée à - favorisée)	0.98	[0.94 ; 1.01]
Taux de glucose élevé	0.83	[0.69 ; 1.00]

Médecin	Femmes	
	OR	IC 95
Taux de cholestérol élevé	1.51 *	[1.22 ; 1.86]
Complémentaire santé	1.30 *	[1.24 ; 1.37]
Présence de caries	1.33 *	[1.25 ; 1.42]
Déficit visuel	1.31 *	[1.17 ; 1.46]
Ne pas vivre en couple	1.23 *	[1.10 ; 1.38]
Niveau d'études (+ élevé au + faible)	1.12 *	[1.07 ; 1.18]
Durée du chômage élevée	1.12 *	[1.09 ; 1.16]
Mauvaise santé perçue	0.83 *	[0.77 ; 0.90]
Tension artérielle élevée	1.22	[0.99 ; 1.49]
Age	1.18	[0.99 ; 1.39]
Rencontre d'un travailleur social	1.11	[0.99 ; 1.24]
Problèmes financiers	1.08	[0.97 ; 1.21]
Déficit auditif	1.07	[0.94 ; 1.21]
Taux d'hémoglobine bas	1.05	[0.90 ; 1.23]
PCS (+ favorisée à - favorisée)	1.04	[0.98 ; 1.10]
IMC (Maigre, surpoids, obésité)	0.97	[0.93 ; 1.02]
Taux de triglycérides élevé	0.87	[0.66 ; 1.14]
Taux de glucose élevé	0.87	[0.59 ; 1.28]

Classement des variables socioéconomiques et de santé associées au non recours au dentiste des chômeurs de plus d'1 an.

Dentiste	Homme	
	OR	IC 95
Présence de caries	1.53 *	[1.48 ; 1.58]
Tension artérielle élevée	1.43 *	[1.31 ; 1.55]
Complémentaire santé	1.29 *	[1.25 ; 1.33]
Déficit visuel	1.29 *	[1.21 ; 1.37]
Ne pas vivre en couple	1.22 *	[1.15 ; 1.30]
Problèmes financiers	1.14 *	[1.07 ; 1.21]
Mauvaise santé perçue	1.10 *	[1.06 ; 1.15]
Niveau d'études (+ élevé au + faible)	1.08 *	[1.05 ; 1.11]
PCS (+ favorisée à - favorisée)	1.07 *	[1.04 ; 1.10]
Durée du chômage élevée	1.05 *	[1.03 ; 1.07]
Taux de glucose élevé	1.13	[0.98 ; 1.31]
Taux d'hémoglobine bas	1.08	[0.92 ; 1.26]
Déficit auditif	1.07	[1.00 ; 1.15]
Taux de cholestérol élevé	1.03	[0.93 ; 1.15]
Age	0.99	[0.96 ; 1.03]
Rencontre d'un travailleur social	0.96	[0.90 ; 1.02]
IMC (Maigre, surpoids, obésité)	0.97	[0.95 ; 1.00]
Taux de triglycérides élevé	0.96	[0.89 ; 1.05]

Dentiste	Femmes	
	OR	IC 95
Présence de caries	1.48 *	[1.42 ; 1.54]
Tension artérielle élevée	1.39 *	[1.23 ; 1.57]
Déficit visuel	1.30 *	[1.21 ; 1.39]
Problèmes financiers	1.27 *	[1.03 ; 1.26]
Taux d'hémoglobine bas	1.26 *	[1.14 ; 1.38]
Déficit auditif	1.26 *	[1.16 ; 1.35]
Complémentaire santé	1.26 *	[1.22 ; 1.30]
Taux de cholestérol élevé	1.20 *	[1.05 ; 1.38]
Age	1.14 *	[1.03 ; 1.26]
IMC (Maigre, surpoids, obésité)	1.12 *	[1.09 ; 1.15]
PCS (+ favorisée à - favorisée)	1.10 *	[1.06 ; 1.14]
Mauvaise santé perçue	1.07 *	[1.03 ; 1.12]
Durée du chômage élevée	1.04 *	[1.01 ; 1.06]
Taux de glucose élevé	1.21	[0.99 ; 1.48]
Taux de triglycérides élevé	1.08	[0.93 ; 1.26]
Ne pas vivre en couple	1.05	[0.98 ; 1.12]
Niveau d'études (+ élevé au + faible)	1.02	[0.99 ; 1.06]
Rencontre d'un travailleur social	1.01	[0.94 ; 1.08]

Classement des variables socioéconomiques et de santé associées au non suivi gynécologique des chômeuses de plus de 1 an.

Gynécologue	Femme	
	OR	IC 95
Ne pas vivre en couple	1.72	[1.62 ; 1.82]
Tension artérielle élevée	1.37	[1.22 ; 1.53]
Taux de glucose élevé	1.29	[1.06 ; 1.57]
Présence de caries	1.26	[1.21 ; 1.31]
Complémentaire santé	1.22	[1.18 ; 1.25]
Mauvaise santé perçue	1.17	[1.12 ; 1.22]
Taux de cholestérol élevé	1.17	[1.04 ; 1.32]
Déficit visuel	1.15	[1.08 ; 1.22]
Déficit auditif	1.13	[1.06 ; 1.22]
IMC (Maigreur, surpoids, obésité)	1.10	[1.08 ; 1.13]
PCS (+ favorisée à - favorisée)	1.09	[1.06 ; 1.13]
Longue durée du chômage	1.08	[1.06 ; 1.11]
Age	1.08	[1.05 ; 1.12]
Problèmes financiers	1.07	[1.01 ; 1.14]
Niveau d'études (+ élevé au + faible)	1.04	[1.01 ; 1.07]
Taux de triglycérides élevé	1.10	[0.95 ; 1.26]
Taux d'hémoglobine bas	1.06	[0.97 ; 1.16]
Rencontre d'un travailleur social	0.95	[0.89 ; 1.01]

Annexe 2 : Distribution des 6 chômeurs enquêtés aux CES de Dijon et de Bourg en Bresse, et dans les autres terrains d'enquêtes à Grenoble, selon leur sexe, leur score EPICES et leur situation par rapport aux non recours.

Sexe	score EPICES	Recours/Non recours aux soins	Mutuelle
Femme	Q5	NR	Non
Femme	Q5	R	Oui
Homme	Q5	NR	Oui
Homme	Q3	NR	Oui
Femme	Q3	R	Oui

Annexe 3 : Distribution des 13 chômeurs de plus d'un an enquêtés au centre ISBA de Saint Martin d'Hères, suivant les critères suivants : recours/non recours, santé perçue, quantiles épices, niveau diplôme, capital social et temporalité.

	Recours	Non recours
Nombre	7 (n° :1-6-11-21-29-36-44)	5 (n° :2-26-27-37-39)
Santé perçue	[4 ; 9]	[6 ; 8]
Quantile	1Q3, 1Q4, 5Q5	2Q4, 3Q5
Niveau diplôme	Bac et + : 3 < Bac : 4	Bac et + : 1 < Bac : 4
Capital social	Couple : 5 non, 2 oui K soc : 3+, 1 ?, 3 moyen	Couple : 4 non, 1 oui K soc : 2 -, 1 +, 2 moyen
Temporalité	Passé : 2-, 2+, 2 moy, 1 ? Présent : 3 fat, 4 pas fat, 2 héd, 2 ps héd Projection future : 5 oui, 2 non	Passé : 4+, 1- Présent : 2 fat, 3 ps fat, 1 héd, 3 ps héd Projection future : 2 oui, 3 non

2

Le non recours aux soins des jeunes de 16 à 25 ans en insertion.

Eléments de synthèse.

L'examen des résultats statistiques obtenus pour la deuxième population d'actifs précaires, les jeunes de 16 à 25 ans en insertion professionnelle, permet de retrouver certaines caractéristiques du non recours observées précédemment pour les chômeurs de plus d'un an. L'analyse porte sur 37 965 hommes et 46 123 femmes.

Une nouvelle fois, le phénomène du non recours paraît davantage lié aux caractéristiques socioéconomiques qu'aux caractéristiques de santé. C'est particulièrement vrai pour le non recours au médecin, nous y reviendrons. Seule la variable relative à l'état de santé bucco-dentaire ressort systématiquement, quel que soit le non recours considéré (au médecin, au dentiste, au suivi gynécologique). C'était déjà le cas avec les chômeurs de plus d'un an. Une nouvelle fois la prévalence du non recours au médecin, au dentiste et au suivi gynécologique augmente régulièrement avec le nombre de dents cariées non traitées. Cette répétition des résultats peut conduire à considérer cette variable de santé comme un bon indicateur du non recours aux soins d'une façon générale. Les résultats portant sur les autres populations d'actifs précaires devront cependant le confirmer.

En même temps, les résultats comparés des deux premières études diffèrent sur plusieurs plans. En particulier, le non recours est un peu plus important chez les jeunes en insertion que chez les chômeurs de plus d'un an, et il l'est surtout en ce qui concerne le suivi gynécologique des jeunes femmes (*cf.* Tableau comparatif des taux de non recours). Mais aussi, le non recours au médecin renvoie à des caractéristiques socioéconomiques qui sont beaucoup plus homogènes chez les jeunes, hommes et femmes, en insertion que chez les chômeurs (*cf.* Classement des variables socioéconomiques et de santé associées au non recours – Annexe 1).

Tableau comparatif des taux de non recours « Chômeurs de plus d'un an / Jeunes en insertion ».

	Chômeurs de plus d'1 an		Jeunes en insertion	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Aucune consultation médicale au cours des 2 ans	16.3%	6.8%	19.2%	10.7%
Aucune consultation dentaire au cours des 2 ans	33.3%	21.9%	34.8%	25.7%
Aucun suivi gynécologique	-	37.9%	-	55.4%

1. Le non recours aux soins, un phénomène « juvénile » ?

La plus grande fréquence du non recours chez les jeunes en insertion peut interroger sur une spécificité du phénomène liée à l'âge. L'hypothèse explicative la plus évidente serait que le non recours peut être dû en partie au fait que les jeunes sont d'une façon générale en meilleure santé et ont donc moins besoin de recourir à des soins. En tout cas, ils se perçoivent en meilleure santé si l'on compare les deux populations : c'est le cas pour 78.3% des hommes et 68.7% des femmes parmi les jeunes en insertion, contre 55% des hommes et 55.1% des femmes parmi les chômeurs de plus d'un an, qui sont, à plus de 90%, âgés de plus de 25 ans dans la population considérée.

L'éventualité d'une caractéristique *juvénile* dans le non recours aux soins apparaît lorsque l'on compare les tendances au non recours selon l'état de santé perçue (bonne, moyenne ou mauvaise). Plus les chômeurs se perçoivent en mauvaise santé plus ils recourent au médecin. De leur côté, plus leur santé est perçue comme dégradée, moins les jeunes en insertion recourent au médecin. En même temps, avec les personnes au chômage la prévalence du non recours au dentiste et au suivi gynécologique augmente régulièrement lorsque la perception de la santé se détériore, alors que ce n'est pas le cas avec les jeunes en insertion. Ceux-ci se feraient donc mieux suivre sur le plan dentaire et gynécologique quand leur état de santé peut les inquiéter, tandis qu'ils laisseraient filer les choses pour le reste des soins. Les entretiens illustrent ces comportements, notamment au niveau dentaire. La consultation d'un dentiste a lieu, ou est envisagée, principalement si les symptômes sont jugés suffisamment « graves ». Cependant, s'il y a consultation, on ne peut pas toujours parler de suivi ; elle se cantonne à traiter le symptôme motivant le recours au dentiste lorsqu'il y a inquiétude (usage curatif), sans signifier l'engagement dans un protocole de soins de type préventif par exemple et sans exclure de nouvelles « phases » de non recours par la suite.

Cette particularité du non recours au médecin lié à l'âge qui se traduit dans l'analyse statistique par une prévalence du non recours en augmentation lorsque la perception de la santé se dégrade, s'expliquerait alors par le fait que les jeunes en insertion, comme d'autres jeunes probablement, manifesteraient leur autonomie nouvelle par une sorte de contre-pied par rapport à l'habitude familiale de consulter le médecin lorsqu'on se sent mal. Dans ce cas, le non recours serait volontaire et apparaîtrait à la fois comme un défi vis-à-vis de soi et de son entourage, et nous renverrait peut-être plus largement encore vers le type d'explication comportementaliste (exposée dans le texte sur le non recours aux soins des chômeurs de plus d'un an), mêlant à la fois estime de soi (*self-esteem*), confiance en soi (*self-confidence*) et capacité d'initiative et de responsabilité (*self-government*). La décroissance du taux de non recours aussi bien pour les jeunes hommes que les jeunes femmes aux alentours de 23 ans peut aller dans ce sens, si elle correspond au caractère éphémère d'une réaction juvénile. Si l'on reprend l'analyse de Pugeault-Cicchelli *et alii*⁶⁸ sur la jeunesse, cet âge pourrait être celui d'une stabilisation, ou tout du moins d'un début de stabilisation (mise en couple et emploi notamment), qui donnerait une piste d'explication du passage de situations de non recours au recours. Certains entretiens indiquent que la venue d'un enfant amène bien souvent une prise de conscience et de par là une modification des pratiques en matière de santé (*entretien n°43*). Dans un premier temps pour l'enfant, puis petit à petit, pour le jeune parent lui-même. Cette observation lie le recours aux soins à la question de la responsabilité qui décide l'individu à agir à la fois pour lui-même et autrui (*self-government*).

Sur ce plan, les enquêtes qualitatives réalisées⁶⁹ montrent qu'une partie de l'explication serait à rechercher dans le sens d'une autonomie vis-à-vis de l'habitude familiale de recourir au système de santé dès qu'il le faut ; habitude pouvant être perçue comme une « injonction à » aller se soigner, à adopter des comportements de prévention ou d'hygiène plus généralement.

⁶⁸ C. Pugeault-Cicchelli, V. Cicchelli, T. Ragi 2004. *Ce que nous savons des jeunes*, Paris, Puf.

⁶⁹ Il s'agit de 14 entretiens parmi 44 réalisés au sein du Centre d'examen de santé ISBA de Saint Martin d'Hères, de janvier à avril 2007. Ces 14 jeunes en insertion entre 16 et 25/26 ans ont tous une santé perçue supérieure ou égale à la moyenne. (*cf.* Annexe 2 : distribution des 14 jeunes suivant leur note de santé perçue, leur résultat au score EPICES et leur situation sur une échelle de temporalités). Par ailleurs, nous pouvons ajouter 8 des 34 entretiens menés dans les CES de Dijon et Bourg en Bresse (*cf.* Annexe 3 : distribution des 8 jeunes selon leur sexe, leur score EPICES et leur situation par rapport au non recours).

Tous ces individus sont pris à un instant « t » sur le seul critère qu'ils appartiennent statistiquement à une population précaire. A l'intérieur de cette classification, on a pu constater une grande diversité de cas. L'espace d'un individu ne se limite pas seulement à sa situation présente, mais renvoie aussi à son passé et à ses projections ou non dans le futur.

Mais les entretiens permettent aussi de ne pas sous-estimer une hypothèse inverse : plutôt qu'une rupture vis-à-vis des habitudes familiales, nous pouvons penser que le non recours chez les jeunes témoignerait davantage de la continuité, voire de la reproduction, des habitudes et comportements familiaux en matière de suivi de la santé⁷⁰. Cette hypothèse déterministe a au moins le mérite de ne pas prendre pour acquis l'idée que les individus aient vécu dans un environnement familial où le recours aux médecins était la seule façon de répondre aux besoins de santé. Il s'agirait donc de davantage prêter attention aux comportements de recours aux soins, ou non, dans l'enfance.

Or, là-dessus, les questions posées dans les entretiens sur la manière de se soigner dans l'enfance nous laissent apparaître comme une ligne de partage entre des 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, plutôt que d'analyser la situation de non recours comme étant provisoire, liée à une étape de passage dans la vie adulte, il semble qu'elle pourrait également indiquer une cristallisation des comportements en matière de santé acquis dans l'enfance.

Au cours des entretiens les jeunes expliquent leur recours ou leur non recours clairement par rapport à leur vécu et leur passé, qui mêlent leur héritage social, culturel, éducatif, sanitaire :

- Soit leur recours ou non recours collent à ce qu'ils ont vécu, s'ils adhèrent toujours aux comportements de leur famille (dans ce cas, le non recours renvoie par exemple à des pratiques de soins différentes perpétuées à travers des relations interrompues avec un pays d'origine, *entretien n° 32*), ou s'ils restent stigmatisés par un passé douloureux (ce que l'on peut voir aussi dans des cas de maltraitance, *entretien n°34*). On sera là en présence d'un non recours subi et intériorisé.
- Soit leur recours ou non recours apparaît comme une réaction volontaire, en opposition souvent à ce qu'ils ont vécu (*entretien n°43, bien suivie dans son enfance – malgré sa répulsion d'être examinée de partout – mère infirmière, mais qui une fois hors du foyer parental n'a plus de suivi médical et pas de suivi gynécologique, plusieurs IVG*). On est là en présence de scénarii de défection par rapport à une préoccupation sinon une éducation à la santé reçue dans le milieu familial.

Pour approfondir l'importance des histoires individuelles et des appartenances sociales, il manque peut être des données longitudinales nous indiquant si, avant les 16 ans (âge d'inclusion dans la population des jeunes en insertion), les personnes avaient l'habitude, ou non, de recourir aux soins (alors que cette hypothèse ressort des entretiens). De la même manière, des données sur l'origine sociale (et non pas seulement la PCS actuelle) des jeunes en insertion seraient utiles et permettraient potentiellement de les différencier.

L'analyse statistique de la base RAIDE du CETAF ne permet pas d'expliquer cette particularité. La sociologie de la jeunesse qui a pu s'intéresser à la prise de distance par rapport au médecin apporte néanmoins des pistes de réflexion qui vont dans ce sens, lorsqu'elle montre pourquoi la fréquentation du médecin, pour large part liée à la famille, s'effiloche dès que les jeunes prennent leur autonomie et quittent le foyer parental. Un spécialiste de la question souligne ainsi que ce sont davantage les déterminants sociaux qui pèsent sur les difficultés des jeunes en matière de santé, que la variable d'âge : « la jeunesse en elle-même n'est pas le véritable problème, celui-ci résiderait plutôt dans la difficulté accrue, pour les jeunes issus des milieux les plus modestes, de trouver un emploi, et donc de fonder une famille et trouver une place stable – toujours désirée –

⁷⁰ Là-dessus, nous pouvons nous référer à l'hypothèse de l'IRDES 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).

dans notre société »⁷¹. On reviendrait comme nous le supposons plutôt que le non recours au médecin chez les jeunes est moins lié à leur âge qu'à leur condition d'existence. Du reste, la caractéristique juvénile que certains ont remarqué en notant de façon spécifique qu'un certain nombre de jeunes adultes ont pris l'habitude de fréquenter les services d'urgence des hôpitaux simplement parce qu'ils apprécient le fonctionnement impersonnel et anonyme de ces établissements⁷², n'apparaît pas non plus dans nos enquêtes par entretiens. Sur la fréquentation des services d'urgences, la base RAIDE n'apporte du reste aucune indication. Il est alors possible que le non recours au médecin soit surestimé si celui-ci ne comprend pas le recours aux services d'urgence comme possible comportement.

2. Un phénomène lié au « précarité ».

La dimension juvénile du non recours peut entrer dans le système d'explication global du non recours aux soins que nous tentons d'élaborer dans le cadre de cette recherche. Cependant, d'autres explications possibles du non recours découlent plus nettement encore de l'analyse statistique effectuée. En particulier, le non recours au médecin qui distingue notamment les jeunes en insertion des chômeurs, renvoie à un ensemble de variables socioéconomiques qui sont particulièrement marquées et surtout homogènes entre jeunes hommes et jeunes femmes en insertion⁷³. Autrement dit, si ce non recours particulier peut apparaître par certains aspects comme un défi quasi identitaire (une certaine rupture avec les habitudes familiales), sa dimension sociale et économique apparaît plus fortement encore. Il existe notamment de fortes disparités entre jeunes en insertion professionnelle (notons que la population concernée est composée pour plus de 82% d'étudiants, d'élèves, d'apprentis, 2% de jeunes actifs et pour plus de 15% de jeunes chômeurs).

Très clairement, la prévalence du non recours au médecin s'accroît plus le niveau d'étude est bas (les jeunes hommes et femmes sans diplôme – soit 40% et 30% du total – ont un risque relatif de ne pas recourir au médecin qui est respectivement 1,94 et 1,56 fois plus élevé que celui des jeunes diplômé(e)s de niveau licence ou plus), plus la catégorie (PCS) d'appartenance est fragile (les jeunes chômeurs, hommes ou femmes, ont un risque relatif près de 2 fois plus élevé que les jeunes étudiants), lorsque les jeunes ne vivent pas en couple (c'est le cas de 87.7% des jeunes hommes et de 71.7% des jeunes femmes), et plus le niveau de leur complémentaire santé est faible (les jeunes sans aucune complémentaire santé, soit 21.8% pour les hommes et 17.9% pour les femmes, ont respectivement un risque relatif 1,51 et 1,72 plus élevé que ceux qui disposent d'une mutuelle privée⁷⁴). De même, avec les jeunes en insertion, surtout les hommes, le non recours au médecin et avant tout au dentiste est également lié au fait de rencontrer un travailleur social, alors que ce n'est jamais le cas, quel que soit le type de non recours, avec les hommes et les femmes au chômage. De même, le non recours au dentiste est davantage associé à la situation financière des jeunes (prise à travers les problèmes financiers déclarés, l'absence de complémentaire très dépendante du niveau de revenu et la rencontre avec un travailleur social qui peut aussi être dépendant du revenu).

A travers ces divers résultats, on retrouve l'une des observations faites avec les chômeurs de plus d'un an, à savoir que le non recours au médecin, mais également au dentiste et au suivi gynécologique des jeunes en insertion est fortement lié aux inégalités socioéconomiques qui

⁷¹ M. Lorient 2004. « Être jeune est-il dangereux pour la santé ? », in C. Pugeault-Cicchelli, V. Cicchelli, T. Ragi, op. cit. p. 110.

⁷² J. Peneff 2000. *Les malades des urgences*, Paris, Métaillé.

⁷³ Cf. Résultats grisés en Annexe 1.

⁷⁴ Il ne faut toutefois pas sous-estimer la qualité de prise en charge de la CMU-C par rapport à bon nombre de mutuelles privées.

traversent aussi cette population disparate. En d'autres termes, on ne peut pas lier la question du non recours aux soins aux seuls statuts d'actifs précaires, sans tenir compte plus précisément les inégalités qui fractionnent systématiquement chaque population.

Le non recours aux soins renvoie donc moins à des populations classées précaires à cause de leur statut par rapport à l'emploi ou au travail, qu'à des groupes de personnes qui – au sein de ces populations – paraissent plus précaires que d'autres. Ce constat tout à fait essentiel pour notre explication d'ensemble pourra être vérifié à partir de *l'approche par le non recours aux soins*, dans la mesure où celle-ci compare les proportions d'actifs précaires et d'actifs non précaires parmi les personnes en recours et en non recours⁷⁵. La requête statistique en cours montre qu'une partie seulement des jeunes en insertion – comme des cinq autres populations étudiées – sont en non recours (*cf.* Proportion d'actifs précaires parmi les personnes en non recours – Annexe 4). Autrement dit, le non recours ne concerne que certaines personnes, sachant qu'il reste à comparer les profils des personnes qui recourent et de celles qui ne recourent pas.

En même temps, le non recours est sensible à l'isolement des jeunes, tel qu'il peut être mesuré dans la base RAIDE. En effet, « ne pas vivre en couple » est une nouvelle fois un facteur lié au non recours. Mais il semble agir un peu différemment qu'avec les chômeurs : il est en effet moins lié à la prévalence du non recours au médecin et plus à celle du non suivi gynécologique. Autrement dit, ne pas vivre en couple pèse sur le fait de ne pas recourir au médecin, mais moins que pour les chômeurs, alors que le fait de vivre seule paraît plus déterminant dans le cas des jeunes femmes en insertion que dans celui des femmes au chômage qui sont majoritairement plus âgées. Le non recours chez les jeunes vivant seul(e)s semble davantage renvoyer – même si c'est pour une part seulement – aux modes de vie et à la sexualité, et être ainsi liée plutôt à la découverte d'une autonomie nouvelle qu'à un processus de désaffiliation lié à une précarité socioéconomique comme avec les chômeurs de plus d'un an.

Cette analyse est plutôt confortée par les résultats relatifs au non suivi gynécologique. Ni la catégorie d'appartenance (PCS), ni la présence de problèmes financiers chroniques ne jouent dans le sens d'un moindre suivi. Au contraire même, la prévalence du non recours s'accroît un peu lorsque les jeunes femmes sont étudiantes ou apprenties et ne déclarent pas de difficultés financières. Il est alors tout à fait possible que cette différence s'explique par le fait que les jeunes femmes au chômage ou en activité, mais avec peu de formation, aient une vie sexuelle qui les conduit plus tôt à un suivi gynécologique régulier. L'examen de ces différences particulières renvoie une nouvelle fois l'analyse du non recours à la combinaison de plusieurs types de différences et d'inégalités sociales. Cet aspect est mis en évidence dans certains entretiens avec de très jeunes filles (16, 17 ans : âge minimum d'inclusion pour la catégorie des « jeunes en insertion »). A cet âge, nombreuses sont celles qui n'ont pas encore de sexualité, et donc qui ne voient pas la nécessité d'avoir un suivi gynécologique. En revanche, des jeunes filles peuvent prendre la pilule ou débiter leur sexualité avec l'usage des préservatifs, et ne pas avoir de suivi gynécologique tout de suite (*entretien n°34*). Surtout, la sexualité est encore dans bien des foyers (et pas seulement dans les familles étrangères ou issues de l'immigration) un sujet tabou. Envisager un suivi gynécologique demande une maturité et une maîtrise de soi suffisantes passant outre les réticences culturelles, même si sa vie sexuelle a déjà démarré (*entretien n°12*).

⁷⁵ Rappelons que l'analyse statistique effectuée repose sur deux approches complémentaires, l'une par les actifs précaires (six populations), l'autre par le non recours aux soins (trois types). Il s'agit de caractériser, d'un côté, les actifs précaires en situation de non recours, de l'autre, les situations de non recours au regard des profils (démographiques, économiques, précarité d'emploi) des personnes concernées, pour déterminer les caractéristiques de la précarité en relation avec du non recours et celles du non recours avec la précarité, afin de les comparer.

Annexe 1 : Classement des variables socioéconomiques et de santé associées au non recours au médecin, au dentiste et au suivi gynécologique.

La première partie des tableaux regroupe les *Odds ratios* (OR) significatifs de plus grand au plus petit. Les OR significatifs sont les OR dont l'intervalle de confiance ne comprend pas la valeur « 1 » : ils sont identifiés par une étoile « * ». Plus l'OR est supérieur à 1 ou inférieur à 1, plus la relation avec le non recours est importante.

La deuxième partie des tableaux regroupe les OR non significatifs : ce sont les variables qui n'ont pas de relation significative avec le non recours.

Classement des variables socioéconomique et de santé associées au non recours au médecin des jeunes de 16 à 25 ans en insertion.

Médecin	Homme	
	OR	IC 95
Niveau d'études (+ élevé au + faible)	1.41 *	[1.32 ; 1.50]
PCS (Etudiants, Actifs, Chômeurs)	1.38 *	[1.30 ; 1.47]
Ne pas vivre en couple	1.29 *	[1.11 ; 1.50]
Complémentaire santé	1.22 *	[1.17 ; 1.26]
Présence de caries	1.18 *	[1.12 ; 1.24]
Rencontre d'un travailleur social	1.16 *	[1.05 ; 1.27]
Age	1.05 *	[1.03 ; 1.08]
Déficit auditif	1.04	[0.85 ; 1.27]
Problèmes financiers	1.01	[0.91 ; 1.12]
IMC (Maigreux, surpoids, obésité)	1.02	[0.97 ; 1.08]
Déficit visuel	1.02	[0.91 ; 1.15]
Taux de glucose élevé	1.01	[0.63 ; 1.62]
Mauvaise santé perçue	0.97	[0.89 ; 1.05]
Taux d'hémoglobine bas	0.94	[0.65 ; 1.35]
Taux de triglycérides élevé	0.88	[0.66 ; 1.16]
Tension artérielle élevée	0.86	[0.57 ; 1.32]
Taux de cholestérol élevé	0.56	[0.29 ; 1.11]

Médecin	Femmes	
	OR	IC 95
Niveau d'études (+ élevé au + faible)	1.38 *	[1.28 ; 1.47]
PCS (Etudiants, Actifs, Chômeurs)	1.37 *	[1.29 ; 1.46]
Taux d'hémoglobine bas	1.37 *	[1.18 ; 1.58]
Ne pas vivre en couple	1.34 *	[1.18 ; 1.52]
Complémentaire santé	1.31 *	[1.25 ; 1.36]
Présence de caries	1.18 *	[1.11 ; 1.26]
Déficit visuel	1.15 *	[1.02 ; 1.30]
Age	0.95 *	[0.93 ; 0.98]
Problèmes financiers	0.89 *	[0.79 ; 0.99]
Déficit auditif	1.13	[0.94 ; 1.35]
Taux de triglycérides élevé	1.10	[0.72 ; 1.70]
Taux de glucose élevé	1.09	[0.51 ; 2.32]
IMC (Maigreux, surpoids, obésité)	1.00	[0.95 ; 1.05]
Mauvaise santé perçue	0.93	[0.85 ; 1.01]
Rencontre d'un travailleur social	0.94	[0.85 ; 1.05]
Tension artérielle élevée	0.81	[0.37 ; 1.78]
Taux de cholestérol élevé	0.78	[0.47 ; 1.29]

Classement des variables socioéconomique et de santé associées au non recours au dentiste des jeunes de 16 à 25 ans en insertion.

Dentiste	Homme	
	OR	IC 95
Complémentaire santé	1.23 *	[1.19 ; 1.27]
Rencontre d'un travailleur social	1.19 *	[1.10 ; 1.29]
Présence de caries	1.11 *	[1.06 ; 1.16]
Problèmes financiers	1.11 *	[1.02 ; 1.21]
Mauvaise santé perçue	1.10 *	[1.03 ; 1.18]
Niveau d'études (+ élevé au + faible)	1.09 *	[1.04 ; 1.15]
IMC (Maigreux, surpoids, obésité)	1.06 *	[1.01 ; 1.11]
Age	1.04 *	[1.02 ; 1.06]
Taux de triglycérides élevé	1.13	[0.91 ; 1.40]
Déficit auditif	1.05	[0.89 ; 1.24]
Déficit visuel	1.03	[0.93 ; 1.13]
Tension artérielle élevée	1.01	[0.72 ; 1.40]
Ne pas vivre en couple	1.00	[0.89 ; 1.13]
PCS (Etudiants, Actifs, Chômeurs)	0.95	[0.90 ; 1.00]
Taux d'hémoglobine bas	0.92	[0.69 ; 1.24]
Taux de cholestérol élevé	0.86	[0.54 ; 1.37]
Taux de glucose élevé	0.76	[0.51 ; 1.12]

Dentiste	Femmes	
	OR	IC 95
Complémentaire santé	1.22 *	[1.19 ; 1.26]
Déficit visuel	1.22 *	[1.12 ; 1.32]
Taux d'hémoglobine bas	1.13 *	[1.02 ; 1.26]
Problèmes financiers	1.12 *	[1.04 ; 1.21]
Présence de caries	1.09 *	[1.05 ; 1.14]
Rencontre d'un travailleur social	1.09 *	[1.01 ; 1.17]
IMC (Maigreux, surpoids, obésité)	1.05 *	[1.01 ; 1.08]
PCS (Etudiants, Actifs, Chômeurs)	0.93 *	[0.89 ; 0.98]
Ne pas vivre en couple	0.90 *	[0.83 ; 0.97]
Déficit auditif	1.13	[1.00 ; 1.28]
Tension artérielle élevée	1.08	[0.67 ; 1.72]
Niveau d'études (+ élevé au + faible)	1.05	[1.00 ; 1.09]
Taux de glucose élevé	1.04	[0.61 ; 1.77]
Mauvaise santé perçue	1.04	[0.99 ; 1.10]
Age	1.00	[0.98 ; 1.01]
Taux de triglycérides élevé	0.89	[0.66 ; 1.19]
Taux de cholestérol élevé	0.84	[0.62 ; 1.15]

Classement des variables socioéconomique et de santé associées au non suivi gynécologique des jeunes de 16 à 25 ans en insertion.

Gynécologue	Femme	
	OR	IC 95
Ne pas vivre en couple	2.09 *	[1.94 ; 2.24]
Taux d'hémoglobine bas	1.36 *	[1.22 ; 1.50]
Complémentaire santé	1.20 *	[1.16 ; 1.23]
Mauvaise santé perçue	1.15 *	[1.09 ; 1.22]
Déficit auditif	1.15 *	[1.02 ; 1.30]
Présence de caries	1.13 *	[1.09 ; 1.18]
Niveau d'études (+ élevé au + faible)	1.12 *	[1.07 ; 1.16]
IMC (Maigreur, surpoids, obésité)	1.08 *	[1.05 ; 1.12]
PCS des jeunes (Etudiants, Actifs, Chômeurs)	0.91 *	[0.87 ; 0.95]
Problèmes financiers	0.91 *	[0.85 ; 0.98]
Age	0.91 *	[0.90 ; 0.93]
Taux de triglycérides élevé	0.74 *	[0.57 ; 0.96]
Taux de cholestérol élevé	0.50 *	[0.37 ; 0.66]
Tension artérielle élevée	1.53	[0.96 ; 2.42]
Taux de glucose élevé	1.17	[0.69 ; 1.99]
Déficit visuel	1.07	[0.99 ; 1.16]
Rencontre d'un travailleur social	0.93	[0.87 ; 1.00]

Annexe 2 : Distribution des 14 jeunes en insertion enquêtés au centre ISBA de Saint Martin d'Hères, suivant leur note de santé perçue, leur résultat au score EPICES et leur situation sur une échelle de temporalités^(*).

7 se déclarent plutôt en **NR** alors que leur santé perçue est bonne (notes entre 7 et 10). Parmi ceux-ci :

- 1 est non précaire Q3 (tendance passé plutôt négatif, présent fataliste, sans projection future),
- 4 sont précaires Q4 (2 ont une tendance au passé ni + ni -, 1 passé +, 1 passé -),
- 1 est très précaire Q5 (passé +, un présent pas fataliste plutôt hédoniste, avec projection future).

7 se déclarent plutôt en **R** alors que leur santé perçue est plus variable (notes entre 5 et 10). Parmi ceux-ci :

- 1 est non précaire Q2 (passé plutôt +, présent pas fataliste mais hédoniste, avec projection future),
- 3 sont non précaires Q3 (1 passé +, 1 passé -, 1 passé ?, 1 présent ni fataliste ni hédoniste, 1 présent pas fataliste mais hédoniste, 1 présent fataliste, 1 projection future, 1 au jour le jour, 1 un peu de projet),
- 3 sont précaires Q4 (1 passé +, 1 passé -, 1 passé ni + ni -, 2 présents pas fatalistes l'un hédoniste l'autre pas, 1 un peu fataliste et un peu hédoniste, 2 avec des projections futures, 1 au jour le jour).

Les questions posées s'inspirent de l'échelle de temporalité simplifiée, présentée par les psychologues du GERA (Groupe de recherche sur les relations asymétriques – Université Lyon II). Elles cherchent à cerner la capacité des personnes à agir sur les événements (*self-government*) fonction de leur passé et vécu, et de l'impact de ceci sur leur vision de l'avenir.

Annexe 3 : Distribution des 8 jeunes en insertion enquêtés aux CES de Dijon et de Bourg en Bresse, selon leur sexe, leur score EPICES et leur situation par rapport aux non recours.

Sexe	score EPICES	Recours/Non recours aux soins	Mutuelle
Homme	Q4	NR	Non
Femme	Q4	NR	Non
Homme	Pas encore saisi	NR	Oui
Femme	Pas encore saisi	NR	Oui
Homme	Q2	NR	Oui
Femme	Q2	NR	Oui
Femme	Q2	R	Oui
Homme	Q3	NR	Oui

Annexe 4 : Proportion d'actifs précaires parmi les personnes en non recours (en %).

Ce tableau des proportions des précaires dans la population en recours et celle en non recours nous montrent que les actifs précaires sont plus fréquemment en non recours que les non précaires.

	Médecin				Dentiste			
	Homme		Femme		Homme		Femme	
	R	NR	R	NR	R	NR	R	NR
Précaires EPICES (a)	39.7	55.7	44.6	60.3	36.2	60.1	41.8	65.3
Inclus dans les 6 populations de précaires (b)	37.7	51.2	46.3	52.3	35.6	52.0	45.1	55.5
<i>Chômeurs de + d'1 an</i>	10.6	15.4	11.2	13.3	9.9	15.5	10.7	14.3
Jeunes 16-25 ans en insertion	4.9	8.6	6.1	12.0	4.6	7.6	5.8	9.5
<i>CMUistes (c)</i>	10.3	17.6	11.9	17.4	9.4	17.6	11.1	19.0
<i>Emploi non stable ou stable à temps partiel</i>	5.3	5.8	13.7	9.1	5.3	5.6	13.9	10.3
<i>Emploi stable avec problèmes financiers (d)</i>	4.8	4.1	3.4	2.3	4.6	5.4	3.3	3.6
<i>Travailleurs ou chômeurs de - de 1 an signalés précaires EPICES</i>	11.9	14.0	10.8	10.4	11.1	15.4	10.3	13.2

Aide à la lecture :

- Parmi les hommes en non recours (NR) au médecin, 55.7 % sont précaires selon EPICES. En comparaison, parmi les hommes en recours (R) au médecin, seulement 39.7 % sont précaires selon EPICES. Donc, la prévalence d'être précaires selon EPICES est plus élevée chez les personnes en non recours que les personnes en recours.
- 51.2 % des hommes en non recours au médecin sont des actifs précaires (font partis d'une des 6 populations d'actifs précaires étudiées), alors que seulement 37.7 % des hommes qui ont recours au médecin sont précaires.
- 19 % des femmes en non recours au dentiste sont des bénéficiaires de la CMU Complémentaire, alors qu'elles représentent seulement 11.1 % des femmes en recours.
- Les hommes et les femmes ayant un emploi stable mais déclarant des problèmes financiers sont moins représentés parmi les personnes en non recours que les personnes en recours.

Le non recours aux soins des bénéficiaires de la Couverture maladie universelle Complémentaire (CMU-C).

Eléments de synthèse.

L'examen des résultats statistiques obtenus pour la troisième population d'actifs précaires, les bénéficiaires de la Couverture maladie universelle Complémentaire (CMU-C), permet de retrouver certaines caractéristiques du non recours aux soins observées précédemment pour les chômeurs de plus d'un an et les jeunes de 16 à 25 ans en insertion professionnelle. En particulier, les variables relatives à l'isolement social des personnes sont une nouvelle fois fortement associées au non recours. C'est notamment le cas lorsque les personnes déclarent ne pas avoir de contact avec leur famille, quand elles n'ont pas d'activité particulière ou lorsqu'elles sont classées comme « personnes au foyer ». D'une façon générale, la proportion, ici, de personnes en non recours est comparable à celle des deux autres populations (*cf.* Tableau comparatif des taux de non recours). Cependant, les taux varient selon le statut professionnel des bénéficiaires de la CMU-C. L'étude statistique portant ici sur 111 775 hommes et de 126 461 femmes, montre que le non recours ne touche pas de façon homogène cette population, loin s'en faut. Aussi, plus que le statut de bénéficiaire de la CMU-C, ce sont l'activité et la situation professionnelle des personnes, et d'autres autres éléments liés leur statut social, qui entrent en ligne de compte (*cf.* Analyse multivariée des caractéristiques socio-économiques associées au non recours – Annexe 1).

Tableau comparatif des taux de non recours des « Chômeurs de plus d'un an / Jeunes en insertion / Bénéficiaires de la CMU-C ».

	Chômeurs de plus d'1 an		Jeunes en insertion		Bénéficiaires CMU-C	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Aucune consultation médicale au cours des 2 ans	16.3%	6.8%	19.2%	10.7%	18.1%	8.6%
Aucune consultation dentaire au cours des 2 ans	33.3%	21.9%	34.8%	25.7%	35.6%	25.1%
Aucun suivi gynécologique	-	37.9%	-	55.4%	-	47.8%

En revanche, une différence notable apparaît avec les chômeurs de plus d'un an et les jeunes de 16 à 25 ans en insertion professionnelle. Elle porte sur une forte association du non recours aux variables de santé. Avec les deux autres populations, seule la variable relative à l'état de santé bucco-dentaire ressortait systématiquement, quel que soit le non recours considéré (au médecin, au dentiste, au suivi gynécologique). Cette fois, d'autres indicateurs de mauvaise santé paraissent liées au non recours, aussi bien chez les hommes que chez les femmes. C'est le cas en particulier du déficit visuel. Cela ne signifie pas que les bénéficiaires de la CMU-C constituent une population particulière sur le plan médical, mais plutôt que les variables de santé signalent chez eux plus que chez d'autres populations d'actifs précaires une possibilité de risque de non recours (*cf.* Classement des variables socioéconomiques et de santé associées au non recours – Annexe 2).

1. Les bénéficiaires de la CMU-C inégalement concernés par le non recours.

Comme les autres populations prises en compte dans la recherche NOSAP, celle des bénéficiaires de la CMU-C est diversement touchée par le phénomène de non recours aux soins. Avec les

chômeurs de plus d'un an ou avec les jeunes en insertion, le non recours était associé sur le plan socioéconomique principalement à « l'isolement des individus ». C'est encore le cas ici puisque le non recours des bénéficiaires de la CMU-C est lié, chez les hommes comme chez les femmes, à l'absence de contact des personnes avec leur famille, à l'absence d'hébergement en cas de besoin, ou à l'absence d'aide matérielle (à chaque fois avec un risque relatif qui est 1,2 à 1,3 plus élevé que lorsque les personnes ne se trouvent pas dans ces situations), à l'absence de contact avec un travailleur social. De même, le fait de vivre seul accroît fortement la possibilité de non recours aux soins en ce qui concerne les hommes et de non suivi gynécologique pour les femmes.

Toutefois, la prévalence du non recours est ici associée à d'autres critères, du fait de l'hétérogénéité socioéconomique de la population des bénéficiaires de la CMU-C. En particulier, les plus concernés par un non recours aux soins sont : les 4.4% de bénéficiaires de la CMU-C qui ne maîtrisent pas le français (le risque relatif est de 1,5 à presque 1,8 fois plus élevé) ; les 26% qui sont peu ou pas diplômés (RR : 1,4 à 1,5) ; les 13.5% qui sont au chômage depuis plus de trois ans (pour les femmes un RR de 1,2 à 1,3) ou sans avoir travaillé (RR : 1,25 environ). Autrement dit, le non recours aux soins n'est pas lié au fait de bénéficier de cette complémentaire, mais aux situations socioéconomiques des personnes. Comme pour la population des chômeurs de plus d'un an, le non recours concerne davantage ceux qui n'ont jamais été dans un emploi et ceux qui en sont éloignés depuis le plus longtemps. Autrement dit, nous constatons une nouvelle fois que le non recours aux soins renvoie aux conditions de vie des personnes, si bien que ce n'est pas la catégorie « actif précaire » en tant que telle qui est liée à l'idée de non recours aux soins. Que les actifs précaires aient un risque relatif de non recours plus élevé est un fait, mais l'analyse montre les actifs précaires ne sont pas « par statut » systématiquement en non recours aux soins.

Le support relationnel des personnes et les caractéristiques socioéconomiques jouent donc fortement. Sur ces deux plans, l'analyse statistique fait apparaître des relations de dépendance avec le non recours. Pour autant, on ne peut manquer d'interroger l'existence d'un lien « intrinsèque » entre non recours et Complémentaire CMU. De nombreuses fois, les inégalités sociales d'accès à la santé ont été signalées. Tenant compte de ces inégalités, des travaux ont montré en particulier que cette complémentaire santé améliorerait l'accès effectif aux soins⁷⁶. Mais d'autres ont également remarqué 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)⁷⁷. Des études ont aussi fait apparaître que l'absence de couverture complémentaire multipliait par 2,1 la probabilité de renoncer à des soins pour des raisons financières⁷⁸. Les enquêtes qualitatives réalisées pour NOSAP indiquent également une possibilité de retard aux soins lorsque les

⁷⁶ 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.

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 ».

⁷⁷ 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.

⁷⁸ B. Boisguérin 2007. Les allocataires des minima sociaux : CMU-C, état de santé et recours aux soins, DREES, *Etudes et Résultats*, n° 603, octobre.

personnes se voient opposer des refus de soins alors qu'elles ont une Complémentaire CMU. Elles confirment ce qu'ont démontré plusieurs enquêtes par *testing*, à savoir la possibilité de discriminations lorsque des professionnels refusent de soigner des bénéficiaires de la CMU-C. Parlant ici de discrimination, les résultats suivants interrogent. 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. De tels résultats questionnent nécessairement sur 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 *stigmat*⁷⁹, nos observations supposent 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 montrent nos enquêtes qualitatives, 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 patient⁸⁰.

2. Un non recours marqué par des caractéristiques de santé.

Plus que pour les autres populations, le non recours aux soins des bénéficiaires de la CMU-C est marqué par des caractéristiques de santé. De nombreuses études de la DREES ont indiqué que cette population a davantage de problèmes de santé. Le classement des indicateurs associés au non recours au médecin et au dentiste fait apparaître de nombreuses variables de santé, qui peuvent varier selon qu'il s'agit d'hommes ou de femmes. Par exemple, l'hypercholestérolémie, l'hyperglycémie et l'hypertension artérielle sont liées au non recours au médecin chez l'homme, mais pas chez la femme. Inversement, le déficit auditif et l'anémie sont liés au non recours au médecin chez la femme mais pas chez l'homme. En même temps, la maigreur, le déficit visuel, la présence de dents cariées non traitées sont des indicateurs liés à la situation de non recours au médecin tant chez les hommes que chez les femmes.

Au-delà de la signification médicale de ces indicateurs de santé, il faut s'interroger sur leur grand nombre. Ceci s'explique par l'hétérogénéité socioéconomique particulière de cette population, c'est-à-dire par les inégalités sociales qui traversent nécessairement une population construite non pas à partir d'une proximité de statuts sociaux, mais uniquement sur la base d'une couverture maladie spécifique accessible à des personnes qui en fin de compte peuvent être socialement très différentes. L'approche systémique des inégalités montre en effet comment les inégalités face à la santé (sous l'angle de l'accès aux soins ou de l'état de santé) peuvent être la conséquence d'autres inégalités⁸¹. Tous les bénéficiaires de la CMU-C ne sont pas égaux face au travail, au logement, à la consommation, aux usages sociaux du temps, à l'école, etc. Or les inégalités face à la santé relèvent de multiples causes et proviennent généralement des conditions de travail et des modes de vie⁸². Dans ces conditions, la diversité des indicateurs de mauvaise santé associés au non recours observés pour une partie des bénéficiaires de la CMU-C – les plus précaires – renvoie à leurs conditions particulières d'existence.

⁷⁹ Cette notion clé en sociologie doit beaucoup au sociologue américain Erving Goffman (*Stigmat. Les usages sociaux des handicaps* [1963], traduit de l'anglais par Alain Kihm, Paris, Editions de Minuit, coll. Le Sens commun, 1975).

⁸⁰ Voir dans le rapport : Résultats d'une approche qualitative du non recours aux soins des actifs précaires. Eléments de synthèse.

⁸¹ A. Bihl, R. Pfefferkorn 2008. *Le système des inégalités*, Paris, La Découverte, Coll. Sociologie.

⁸² Ibid. p. 31-40.

Sur le fond, cette observation nous conduit à répéter pour cette population le constat fait précédemment pour les chômeurs de plus d'un an ou les jeunes en insertion, selon lequel si la propension des actifs précaires à être en situation de non recours est plus forte comparativement au reste des actifs, cela est moins dû au statut d'actif précaire (identifié par le chômage, l'insertion professionnelle, la CMU-C, ...) qu'à l'*environnement social*⁸³ des personnes. Sur le plan de l'action, cela signifie qu'une initiative visant à réduire le non recours aux soins doit chercher en premier à améliorer cet environnement social. C'est le but de certains programmes menés au niveau local ou au niveau européen⁸⁴. Aussi, serait-il intéressant de connaître leur impact.

⁸³ 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.

⁸⁴ De nombreuses initiatives européennes sont en cours pour améliorer l'environnement social. Parmi les plus importantes, on retrouve des programmes visant à la création d'emplois plus nombreux et de meilleure qualité, l'amélioration des conditions de santé, de sécurité et de qualité des environnements de travail, l'accès aux prestations sociales pour les citoyens qui se déplacent d'un pays à l'autre, la promotion de la recherche et le financement du développement des économies des régions défavorisées de l'Union européenne. Les actions de réduction des inégalités en matière de santé forment un objectif important du programme d'action communautaire en matière de santé publique pour 2003-2008. Ce programme soutient l'élaboration de stratégies et de mesures centrées sur les déterminants socio-économiques de la santé. Ses objectifs à long terme sont de rapprocher le niveau de santé moyen de celui des parties les plus avantagées de la population, de veiller pleinement aux besoins de santé des plus défavorisés et d'accélérer l'amélioration de la santé publique dans les pays et les régions souffrant de taux plus élevés d'apparition de maladies. Cf. Santé-UE Le portail de la santé publique de l'Union européenne :

http://ec.europa.eu/health-eu/my_environment/social_environment/index_fr.htm

Annexe 1 : Analyse multivariée des caractéristiques socio-économiques associées au non recours.

Les *Odds ratios* (OR) significatifs sont les OR dont l'intervalle de confiance ne comprend pas la valeur « 1 ». Plus l'OR est supérieur à 1 ou inférieur à 1, plus la relation avec le non recours est importante. Les OR grisés sont non significatif.

Analyse multivariée des caractéristiques socio-économiques associées du non recours au médecin et dentiste chez les bénéficiaires de la CMU-C.

	Médecin				Dentiste			
	Homme		Femmes		Hommes		Femmes	
	OR	IC 95	OR	IC 95	OR	IC 95	OR	IC 95
16-19 ans	1.31	[1.18 ; 1.46]	1.91	[1.68 ; 2.17]	0.89	[1.02 ; 1.20]	1.10	[1.02 ; 1.20]
20-29 ans	1.34	[1.25 ; 1.43]	1.58	[1.44 ; 1.73]	1.00	[1.00 ; 1.11]	1.05	[1.00 ; 1.11]
30-39 ans	1.21	[1.14 ; 1.29]	1.31	[1.19 ; 1.44]	0.89	[0.82 ; 0.91]	0.86	[0.82 ; 0.91]
40-49 ans	1.20	[1.13 ; 1.28]	1.20	[1.09 ; 1.32]	1.02	[0.88 ; 0.98]	0.92	[0.88 ; 0.98]
50-59 ans	1		1		1		1	
licence, maîtrise, école d'ingénieur	1		1		1		1	
DEUG DUT BTS	1.08	[0.97 ; 1.20]	1.11	[0.94 ; 1.31]	0.95	[0.87 ; 1.04]	1.03	[0.93 ; 1.14]
BAC	1.08	[0.98 ; 1.19]	0.99	[0.86 ; 1.14]	1.02	[0.95 ; 1.10]	1.10	[1.01 ; 1.20]
CAP BEP BEPC Brevet des collèges Certificat	1.30	[1.19 ; 1.41]	1.07	[0.94 ; 1.21]	1.13	[1.06 ; 1.20]	1.05	[0.97 ; 1.14]
Sans diplôme ou CEP seul	1.50	[1.38 ; 1.64]	1.48	[1.31 ; 1.68]	1.44	[1.35 ; 1.53]	1.44	[1.33 ; 1.55]
Ne sait pas lire ou écrire le français	1.65	[1.48 ; 1.85]	1.48	[1.27 ; 1.74]	1.76	[1.61 ; 1.93]	1.81	[1.64 ; 1.99]
Cadres supérieurs	1		1		1		1	
Professions intermédiaires	0.94	[0.79 ; 1.11]	0.67	[0.48 ; 0.93]	0.96	[0.83 ; 1.12]	1.08	[0.83 ; 1.42]
Artisans commerçants	1.09	[0.83 ; 1.43]	1.02	[0.61 ; 1.71]	1.12	[0.88 ; 1.43]	1.24	[0.83 ; 1.86]
Employés	0.78	[0.67 ; 0.90]	0.62	[0.46 ; 0.84]	1.27	[1.11 ; 1.46]	1.44	[1.13 ; 1.84]
Ouvriers	0.77	[0.66 ; 0.89]	0.59	[0.44 ; 0.80]	1.35	[1.18 ; 1.54]	1.44	[1.13 ; 1.84]
Autres	0.81	[0.68 ; 0.96]	0.80	[0.59 ; 1.09]	1.35	[1.16 ; 1.58]	1.74	[1.36 ; 2.24]
Actifs	1		1		1		1	
Retraités	0.75	[0.52 ; 1.09]	1.54	[0.92 ; 2.56]	0.83	[0.62 ; 1.10]	1.34	[0.94 ; 1.90]
Chômeurs de courte durée	0.94	[0.88 ; 1.00]	0.91	[0.83 ; 1.01]	1.04	[0.99 ; 1.10]	1.05	[0.99 ; 1.12]
Chômeurs de longue durée	1.07	[0.99 ; 1.15]	1.09	[0.97 ; 1.22]	1.24	[1.17 ; 1.32]	1.31	[1.22 ; 1.41]
Chômeurs n'ayant jamais travaillé	1.18	[1.04 ; 1.34]	1.17	[1.00 ; 1.36]	1.18	[1.07 ; 1.31]	1.25	[1.14 ; 1.38]
Etudiants, élèves...	0.82	[0.71 ; 0.93]	0.78	[0.66 ; 0.91]	1.09	[0.97 ; 1.21]	0.99	[0.89 ; 1.10]
Personnes au foyer	1.05	[0.89 ; 1.25]	0.85	[0.72 ; 1.00]	1.26	[1.10 ; 1.45]	1.06	[0.95 ; 1.18]
Personnes diverses sans activité professionnelle	0.97	[0.86 ; 1.11]	0.79	[0.68 ; 0.93]	1.10	[0.99 ; 1.22]	1.03	[0.93 ; 1.14]
En couple	1		1		1		1	
Pas en couple	1.45	[1.39 ; 1.52]	1.07	[1.01 ; 1.14]	1.28	[1.23 ; 1.32]	1.01	[0.98 ; 1.05]
Pas de rencontre avec un travailleur social	1		1		1		1	
Rencontre avec un travailleur social	0.91	[0.88 ; 0.95]	0.85	[0.80 ; 0.89]	1.03	[1.00 ; 1.07]	0.97	[0.94 ; 1.00]
Pas de problème financier	1		1		1		1	
Problèmes financiers	0.91	[0.87 ; 0.95]	0.79	[0.75 ; 0.84]	1.05	[1.01 ; 1.09]	1.02	[0.98 ; 1.05]
Contact avec la famille	1		1		1		1	
Absence de contact	1.26	[1.21 ; 1.31]	1.39	[1.31 ; 1.47]	1.21	[1.17 ; 1.25]	1.18	[1.14 ; 1.22]
Possibilité d'hébergement	1		1		1		1	
Absence d'hébergement en cas de besoin	1.10	[1.04 ; 1.15]	1.18	[1.10 ; 1.26]	1.18	[1.13 ; 1.23]	1.23	[1.18 ; 1.28]
Possibilité d'aide matérielle	1		1		1		1	
Absence d'aide matérielle	1.07	[1.01 ; 1.13]	1.10	[1.03 ; 1.18]	1.06	[1.01 ; 1.10]	1.07	[1.02 ; 1.11]

Analyse multivariée des caractéristiques socio-économiques associées au non suivi gynécologique chez les femmes bénéficiaires de la CMU-C.

	Gynécologue	
	Femmes	
	OR	IC 95
16-19 ans	1.54	[1.43 ; 1.66]
20-29 ans	0.90	[0.86 ; 0.94]
30-39 ans	0.74	[0.70 ; 0.77]
40-49 ans	0.83	[0.79 ; 0.87]
50-59 ans	1	
licence, maîtrise, école d'ingénieur	1	
DEUG DUT BTS	0.94	[0.86 ; 1.02]
BAC	0.97	[0.91 ; 1.04]
CAP BEP BEPC Brevet des collèges Certificat	0.88	[0.83 ; 0.94]
Sans diplôme ou CEP seul	1.14	[1.07 ; 1.22]
Ne sait pas lire ou écrire le français	1.69	[1.55 ; 1.83]
Cadres supérieurs	1	
Professions intermédiaires	1.14	[0.93 ; 1.36]
Artisans commerçants	1.12	[0.81 ; 1.50]
Employés	1.23	[1.00 ; 1.42]
Ouvriers	1.42	[1.15 ; 1.63]
Autres	1.46	[1.17 ; 1.69]
Actifs	1	
Retraités	1.25	[0.93 ; 1.68]
Chômeurs de courte durée	1.22	[1.16 ; 1.29]
Chômeurs de longue durée	1.32	[1.25 ; 1.40]
Chômeurs n'ayant jamais travaillé	1.55	[1.43 ; 1.69]
Etudiants, élèves...	1.52	[1.39 ; 1.67]
Personnes au foyer	1.28	[1.17 ; 1.41]
Personnes diverses sans activité professionnelle	1.36	[1.24 ; 1.48]
En couple	1	
Pas en couple	1.45	[1.41 ; 1.50]
Pas de rencontre avec un travailleur social	1	
Rencontre avec un travailleur social	0.93	[0.90 ; 0.96]
Pas de problème financier	1	
Problèmes financiers	1.00	[0.97 ; 1.03]
Contact	1	
Absence de contact	1.19	[1.15 ; 1.22]
Possibilité d'hébergement	1	
Absence d'hébergement en cas de besoin	1.08	[1.04 ; 1.12]
Possibilité d'aide matérielle	1	
Absence d'aide matérielle	1.10	[1.06 ; 1.14]

Annexe 2 : Classement des variables socioéconomiques et de santé associées au non recours au médecin, au dentiste et au suivi gynécologique.

La partie supérieure des tableaux regroupe les *Odds Ratios* (OR) significatifs de plus grand au plus petit. Les OR significatifs sont les OR dont l'intervalle de confiance ne comprend pas la valeur « 1 » : ils sont identifiés par une étoile « * ». Plus l'OR est supérieur à 1 ou inférieur à 1, plus la relation avec le non recours est importante.

La partie inférieure des tableaux regroupe les OR non significatifs : ce sont les variables qui n'ont pas de relation significative avec le non recours.

Les résultats présentés classent les variables du non recours, des plus déterminantes à celles n'ayant pas de relation avec le non recours.

Classement des variables socioéconomiques et de santé associées au non recours au médecin chez les bénéficiaires de la CMU-C.

Médecin	Homme		Médecin	Femme	
	OR	IC 95		OR	IC 95
Personnes au foyer	1.52 *	[1.21 ; 1.89]	Retraités (voir note)	2.46 *	[1.09 ; 5.55]
Autres personnes sans activité	1.45 *	[1.27 ; 1.67]	Personnes au foyer	1.51 *	[1.21 ; 1.89]
Ne pas vivre en couple	1.44 *	[1.35 ; 1.55]	Absence de contact avec la famille	1.42 *	[1.30 ; 1.54]
Absence de contact avec la famille	1.33 *	[1.24 ; 1.42]	Autres personnes sans activité	1.36 *	[1.10 ; 1.67]
Présence de dents cariées non traitées (e)	1.25 *	[1.21 ; 1.29]	Présence de dents cariées non traitées (e)	1.30 *	[1.24 ; 1.37]
Hypertension artérielle	1.25 *	[1.13 ; 1.38]	Actifs	1.26 *	[1.04 ; 1.53]
Hypercholestérolémie	1.22 *	[1.08 ; 1.38]	Chômeurs ¹	1.19 *	[1.10 ; 1.28]
Chômeurs ¹	1.15 *	[1.09 ; 1.22]	Absence d'hébergement	1.17 *	[1.06 ; 1.30]
Absence d'aide matérielle	1.14 *	[1.05 ; 1.23]	Anémie	1.16 *	[1.05 ; 1.28]
Déficit visuel	1.14 *	[1.07 ; 1.22]	Ne pas vivre en couple	1.15 *	[1.06 ; 1.26]
Niveau d'études (+ élevé au + faible)	1.09 *	[1.06 ; 1.12]	Age (du plus âgés au plus jeunes)	1.13 *	[1.08 ; 1.18]
PCS (+ favorisée à - favorisée)	0.93 *	[0.89 ; 0.96]	Déficit auditif	1.13 *	[1.03 ; 1.24]
Obésité	0.89 *	[0.84 ; 0.93]	Déficit visuel	1.13 *	[1.04 ; 1.24]
Rencontre d'un travailleur social	0.87 *	[0.82 ; 0.92]	Niveau d'études (Du plus élevé au plus faible)	1.11 *	[1.07 ; 1.15]
Mauvaise santé perçue	0.81 *	[0.77 ; 0.84]	Obésité	0.89 *	[0.85 ; 0.95]
Hyperglycémie	0.79 *	[0.66 ; 0.95]	Problèmes financiers	0.86 *	[0.80 ; 0.94]
Retraités	1.29	[0.75 ; 2.22]	Mauvaise santé perçue	0.85 *	[0.80 ; 0.90]
Actifs	1.10	[0.96 ; 1.26]	Rencontre d'un travailleur social	0.81 *	[0.74 ; 0.87]
Etudiants	1.10	[0.95 ; 1.27]	Etudiants	1.21	[0.99 ; 1.48]
Absence d'hébergement	1.06	[0.98 ; 1.14]	Hypertension artérielle	1.19	[1.00 ; 1.42]
Maigreux	1.05	[0.93 ; 1.18]	Hypercholestérolémie	1.15	[0.94 ; 1.42]
Age	1.02	[0.99 ; 1.06]	Absence d'aide matérielle	1.09	[0.99 ; 1.21]
Problèmes financiers	1.00	[0.94 ; 1.06]	Hyperglycémie	1.09	[0.82 ; 1.44]
Anémie	1.00	[0.86 ; 1.17]	PCS (De la plus favorisée à la moins favorisée)	0.99	[0.93 ; 1.05]
Hypertriglycéridémie	0.98	[0.89 ; 1.08]	Maigreux	0.99	[0.86 ; 1.14]
Déficit auditif	0.94	[0.87 ; 1.01]	Hypertriglycéridémie	0.93	[0.75 ; 1.16]

¹courte durée, longue durée, jamais travaillé

¹courte durée, longue durée, jamais travaillé

**Classement des variables socioéconomiques et de santé associées au non recours au dentiste
chez les bénéficiaires de la CMU-C.**

Dentiste	Homme		Dentiste	Femmes	
	OR	IC 95		OR	IC 95
Hypertension artérielle	1.60 *	[1.47 ; 1.74]	Hypertension artérielle	1.46 *	[1.31 ; 1.63]
Présence de dents cariées non traitées (e)	1.40 *	[1.36 ; 1.44]	Anémie	1.37 *	[1.28 ; 1.46]
Personnes au foyer	1.29 *	[1.08 ; 1.55]	Déficit auditif	1.30 *	[1.22 ; 1.38]
Absence de contact avec la famille	1.27 *	[1.21 ; 1.34]	Présence de dents cariées non traitées (e)	1.30 *	[1.26 ; 1.34]
Déficit visuel	1.27 *	[1.21 ; 1.35]	Déficit visuel	1.25 *	[1.19 ; 1.32]
Ne pas vivre en couple	1.18 *	[1.11 ; 1.24]	Absence d'hébergement	1.24 *	[1.16 ; 1.32]
Autres personnes sans activité	1.15 *	[1.03 ; 1.29]	Absence de contact avec la famille	1.19 *	[1.12 ; 1.25]
Absence d'hébergement	1.11 *	[1.04 ; 1.18]	Personnes au foyer	1.16 *	[1.01 ; 1.33]
Chômeurs ¹	1.10 *	[1.05 ; 1.16]	Obésité	1.13 *	[1.09 ; 1.17]
Problèmes financiers	1.09 *	[1.04 ; 1.15]	Chômeurs ¹	1.10 *	[1.05 ; 1.16]
Mauvaise santé perçue	1.08 *	[1.04 ; 1.12]	Age	1.09 *	[1.06 ; 1.12]
Niveau d'études (Du plus élevé au plus faible)	1.06 *	[1.04 ; 1.08]	PCS (De la plus favorisée à la moins favorisée)	1.08 *	[1.04 ; 1.12]
PCS (De la plus favorisée à la moins favorisée)	1.05 *	[1.01 ; 1.08]	Mauvaise santé perçue	1.08 *	[1.04 ; 1.11]
Hypertriglycéridémie	0.90 *	[0.83 ; 0.98]	Retraités	1.67	[0.92 ; 3.01]
Etudiants	1.12	[0.99 ; 1.26]	Hypercholestérolémie	1.12	[0.98 ; 1.28]
Anémie	1.11	[0.97 ; 1.26]	Hyperglycémie	1.12	[0.95 ; 1.33]
Hypercholestérolémie	1.08	[0.97 ; 1.20]	Etudiants	1.11	[0.97 ; 1.26]
Hyperglycémie	1.07	[0.93 ; 1.23]	Autres personnes sans activité	1.11	[0.97 ; 1.26]
Maigreux	1.06	[0.96 ; 1.17]	Actifs	1.04	[0.92 ; 1.17]
Déficit auditif	1.06	[1.00 ; 1.13]	Ne pas vivre en couple	1.03	[0.98 ; 1.09]
Absence d'aide matérielle	1.05	[0.99 ; 1.12]	Problèmes financiers	1.02	[0.97 ; 1.08]
Age	1.03	[1.00 ; 1.05]	Niveau d'études (Du plus élevé au plus faible)	1.01	[0.99 ; 1.04]
Obésité	0.98	[0.94 ; 1.02]	Absence d'aide matérielle	1.00	[0.94 ; 1.07]
Rencontre d'un travailleur social	0.97	[0.92 ; 1.02]	Hypertriglycéridémie	1.00	[0.88 ; 1.14]
Actifs	0.93	[0.84 ; 1.04]	Rencontre d'un travailleur social	0.99	[0.94 ; 1.04]
Retraités	0.88	[0.56 ; 1.39]	Maigreux	0.93	[0.85 ; 1.02]

¹courte durée, longue durée, jamais travaillé

**Classement des variables socioéconomiques et de santé associées au non suivi gynécologique
chez les bénéficiaires de la CMU-C.**

Gynécologue	Femme	
	OR	IC 95
Etudiants	1.56 *	[1.39 ; 1.75]
Ne pas vivre en couple	1.54 *	[1.47 ; 1.62]
Hypertension artérielle	1.47 *	[1.33 ; 1.63]
Hyperglycémie	1.35 *	[1.15 ; 1.59]
Autres personnes sans activité	1.24 *	[1.10 ; 1.39]
Absence de contact avec la famille	1.19 *	[1.13 ; 1.25]
Maigreur	1.18 *	[1.09 ; 1.28]
Déficit visuel	1.16 *	[1.11 ; 1.22]
Présence de dents cariées non traitées (e)	1.16 *	[1.12 ; 1.19]
Personnes au foyer	1.15 *	[1.01 ; 1.30]
Déficit auditif	1.15 *	[1.09 ; 1.22]
Mauvaise santé perçue	1.15 *	[1.11 ; 1.19]
Chômeurs ¹	1.09 *	[1.04 ; 1.14]
Age	1.08 *	[1.06 ; 1.11]
PCS (De la plus favorisée à la moins favorisée)	1.07 *	[1.03 ; 1.11]
Anémie	1.07 *	[1.01 ; 1.14]
Obésité	1.06 *	[1.03 ; 1.09]
Niveau d'études (Du plus élevé au plus faible)	1.03 *	[1.01 ; 1.05]
Rencontre d'un travailleur social	0.92 *	[0.88 ; 0.96]
Problèmes financiers	0.90 *	[0.86 ; 0.95]
Retraités	1.63	[0.95 ; 2.80]
Hypercholestérolémie	1.09	[0.97 ; 1.23]
Absence d'hébergement	1.06	[1.00 ; 1.13]
Absence d'aide matérielle	1.04	[0.98 ; 1.10]
Hypertriglycéridémie	1.04	[0.92 ; 1.17]
Actifs	0.96	[0.87 ; 1.07]

¹courte durée, longue durée, jamais travaillé

Le non recours aux soins des travailleurs ayant un emploi non stable ou stable à temps partiel.

Eléments de synthèse.

L'étude porte sur la population des travailleurs ayant un emploi non stable (emploi à durée déterminée, saisonnier, en intérim) ou stable à temps partiel. Les personnes ont été sélectionnées parmi les consultants de 16 à 59 ans ayant passé un examen périodique 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 hors FNPEIS (Fonds de Prévention d'Education et d'Information Sanitaire), les agriculteurs (trop faible effectif) et les bilans de santé hors référentiels (bilans incomplets).

L'analyse porte ici sur 38 066 hommes et 96 525 femmes. Pour aucune autre population d'actifs précaires étudiée dans la recherche NOSAP, la différence d'effectifs entre genres est aussi forte. Les femmes représentent quasiment les $\frac{3}{4}$ de la population des travailleurs ayant un emploi non stable ou stable à temps partiel. Ces données concernent une population de consultants des Centres d'examen de santé de l'Assurance Maladie. Elles sont toutefois cohérentes avec celles de l'INSEE portant sur la population française en général. En effet, selon les chiffres de l'Enquête Emploi de 2006, les femmes occupent près de 60% des emplois hors emplois à temps complet et à durée indéterminée. Autrement dit, la précarité considérée ici à partir du statut de l'emploi et de la quotité du temps de travail concerne majoritairement les femmes.

Population active occupée selon le statut des emplois en 2006 (en milliers).

	Femmes		Hommes		Total
	Temps complet	Temps partiel	Temps complet	Temps partiel	
Non salariés	689	206	1 816	94	2 805
Salariés	7 436	3 319	10 798	678	22 231
Intérimaires	129	33	360	18	540
Apprentis	75	27	180	45	327
Contrats à durée déterminée (y c. contrats aidés)	682	529	653	186	2 050
Contrats à durée indéterminée ¹ (y c. contrats aidés)	6 551	2 731	9 604	429	19 314
Total	8 125	3 526	12 613	772	25 036

¹. Y compris les salariés sans contrats, ainsi que les fonctionnaires stagiaires et les titulaires du secteur public.

Note : Résultats en moyenne annuelle.

Champ : actifs occupés de 15 ans ou plus, France métropolitaine.

Source : Insee, enquêtes emploi du 1er au 4ème trimestre 2006.

1. Un non recours concentré sur un effectif réduit.

Les travailleurs ayant un emploi non stable ou stable à temps partiel paraissent moins exposés au non recours aux soins que d'autres populations d'actifs précaires, que ce soit les chômeurs de plus d'un an, les jeunes en insertion, ou les bénéficiaires de la Complémentaire CMU. Les

proportions d'hommes et de femmes en non recours au médecin et au dentiste, ou sans suivi gynécologique sont ici plus faibles (*cf.* 1. Tableau comparatif des taux de non recours). En même temps, cette population apparaît moins précaire que les autres au vu de différents critères socioéconomiques : faible formation, problèmes financiers, absence de contact avec la famille, etc. La comparaison entre populations tend ainsi à indiquer l'existence d'un lien explicatif entre non recours et précarité au-delà des seules relations de dépendance observées sur le plan statistique. Autrement dit, comme nous l'avons déjà supposé dans d'autres monographies, ce n'est pas tant le statut d'actif qui explique le non recours, que la précarité des conditions de vie et de l'environnement social des personnes.

1. Tableau comparatif des taux de non recours des « Chômeurs de plus d'un an / Jeunes en insertion / Bénéficiaires de la CMU-C / Travailleurs ayant un emploi non stable ou stable à temps partiel ».

	Chômeurs de plus d'1 an		Jeunes en insertion		Bénéficiaires CMU-C		Travailleurs emploi temps partiel ou non stable	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Aucune consultation médicale au cours des 2 ans	16.3%	6.8%	19.2%	10.7%	18.1%	8.6%	12.8%	3.9%
Aucune consultation dentaire au cours des 2 ans	33.3%	21.9%	34.8%	25.7%	35.6%	25.1%	25.6%	13.5%
Aucun suivi gynécologique	-	37.9%	-	55.4%	-	47.8%	-	23.2%

La comparaison des critères de précarité montre que sur tous les plans, la situation des travailleurs ayant un emploi non stable ou stable à temps partiel est moins mauvaise que celle des chômeurs de plus d'un an ou des bénéficiaires de la CMU-C (*cf.* 2. Tableau comparatif de la précarité socioéconomique). Les jeunes en insertion paraissent toutefois moins exposés, étant mieux formés et davantage en contact avec leur famille.

2. Tableau comparatif de la précarité socioéconomique des « Chômeurs de plus d'un an / Jeunes en insertion / Bénéficiaires CMU-C / Travailleurs ayant un emploi non stable ou stable à temps partiel ».

	Chômeurs de plus d'1 an		Jeunes en insertion		Bénéficiaires CMU-C		Travailleurs emploi temps partiel ou non stable	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Sans diplôme ou CEP seul	27.4%	29.6%	40.0%	30.0%	32.1%	34.6%	17.9%	16.6%
Ne sait pas lire ou écrire le français	4.1%	3.5%	1.3%	0.9%	5.1%	6.2%	2.1%	1.4%
Ne vit pas en couple	56.0%	50.9%	87.7%	71.7%	65.7%	66.6%	41.9%	25.7%
Pas de contact avec la famille	28.6%	23.0%	18.9%	17.3%	32.0%	28.4%	17.6%	11.9%
A des problèmes financiers	50.5%	46.7%	28.0%	34.0%	55.4%	56.7%	29.0%	21.4%
Pas de possibilité d'hébergement si besoin	37.8%	34.1%	20.6%	19.6%	40.6%	39.2%	23.2%	18.7%
Pas d'aide matérielle si besoin	52.4%	50.2%	33.5%	35.5%	54.9%	54.2%	33.7%	29.9%

Cette comparaison montre que les travailleurs ayant un emploi non stable ou stable à temps partiel ne sont pas les plus exposés aux différentes formes de précarité, alors que par le statut de leur emploi ils sont généralement associés aux « travailleurs pauvres »⁸⁵. Cette observation ne conteste pas – au contraire – le constat selon lequel l'emploi ne protège plus de la pauvreté, du

⁸⁵ 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, p. 243-261.

fait de la précarité des emplois occupés (temps partiel subi, faible durée du contrat de travail, etc.) et de la faiblesse des rémunérations⁸⁶. Elle conduit simplement à souligner la relative hétérogénéité de la population considérée pour comprendre ensuite pourquoi une partie de celle-ci est davantage concernée par le non recours aux soins. L'analyse de la base RAIDE du CETAF apporte de ce point de vue des résultats importants. Ainsi, observe-t-on une très nette prévalence du non recours aux soins lorsque l'emploi est à la fois non stable et à temps partiel (dans ce cas le risque relatif – RR – de non recours au médecin ou au dentiste, ou de non suivi gynécologique est de 1.2 à plus de 1.4 fois plus élevé que lorsque l'emploi est stable à temps partiel). Autrement dit, la précarité du statut de l'emploi – qui caractérise les travailleurs pauvres – apparaît comme une variable fortement associée au non recours. D'autres caractéristiques sont également associées au non recours (cf. Analyse multivariée des variables socioéconomiques associées au non recours aux soins – Annexe 1). Ainsi, comme pour les chômeurs de plus d'un an, les jeunes en insertion ou les bénéficiaires de la CMU-C, le non recours aux soins est nettement lié à la faiblesse du support relationnel. Le fait de ne pas vivre en couple (RR : 1.1 à 1.8 fois plus élevé), mais aussi l'absence de contact avec la famille (RR : 1.2 à 1.3 fois plus élevé) et la difficulté à être hébergé en cas de besoin (RR : 1.2 fois plus élevé) sont associés au non recours. Une nouvelle fois, nous constatons à travers ces différents résultats statistiques que le non recours aux soins est dépendant des limites de *l'environnement social* des personnes, en particulier en ce qui concerne les groupes d'appartenance⁸⁷.

La proximité des résultats entre populations n'empêche pas des nuances. En particulier, la dépendance est moins forte entre non recours et difficultés financières en ce qui concerne les travailleurs ayant un emploi non stable ou stable à temps partiel. Nous avons indiqué que ceux-ci sont moins exposés à ces difficultés que d'autres populations (cf. *supra* Tableau 2). Il faut surtout remarquer que les personnes rencontrant des difficultés financières sont moins en non recours au médecin (le RR de non recours est 0.9 à 0.8 fois moins élevé que pour celles qui n'ont pas ce type de difficultés). En revanche ce n'est plus le cas en ce qui concerne le non recours au dentiste et le non suivi gynécologique, pour lesquels le RR est 1.1 à 1.4 fois plus élevé que lorsque les personnes n'ont pas de problèmes financiers. Comme pour les autres populations d'actifs précaires, l'accès aux soins spécialisés est contraint pour des raisons financières. Cette observation suggère la possibilité d'une plus faible protection sociale en matière de santé. En effet, dans le cas des travailleurs ayant un emploi non stable ou stable à temps partiel, le type de complémentaire maladie est la variable socioéconomique qui est la plus nettement associée au non recours aux soins (cf. Classement des variables socioéconomiques et de santé associées aux non recours aux soins – Annexe 2).

2. Un non recours fortement associé à l'absence de complémentaire maladie.

La prévalence du non recours au médecin est plus forte chez les 8.3% de cadres supérieurs que parmi les autres PCS, pour lesquelles le risque relatif est 0.8 à 0.6 fois plus bas. Les conditions de travail entrent ici probablement en compte. Mais il est plus difficile d'évoquer une négligence due à un manque de temps (qui est souvent une raison avancée pour le non recours au médecin des cadres supérieurs), alors que pour une part il s'agit de salariés à temps partiel. On peut en revanche comparer ces résultats avec ceux concernant le non recours au dentiste. Les données

⁸⁶ M.-O. Simon, C. Olm, E. Alberola 2006. *Avoir un emploi rend la pauvreté plus difficile à vivre*, Paris, CREDOC.

⁸⁷ Pour rappel, 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.

s'inversent alors et on observe que le RR de non recours est 1.2 à 1.7 fois plus élevé pour les PCS les plus modestes. Les résultats les plus nets concernent les artisans et commerçants (et notamment les femmes), qui pourraient disposer d'une couverture maladie moins avantageuse⁸⁸.

Plus que d'autres populations, les travailleurs ayant un emploi non stable ou stable à temps partiel sont exposés à un RR élevé, voire très élevé, lorsqu'ils ne disposent pas d'une mutuelle complémentaire. Que ce soit pour les hommes comme pour les femmes, la possibilité de non recours au médecin et au dentiste, ou de non suivi gynécologique, est 1.2 à 1.8 fois plus élevée lorsque les personnes ont la CMU-C, et 1.9 à 2.1 fois plus élevée quand elles n'ont aucune complémentaire.

Pour autant, le non recours aux soins des travailleurs ayant un emploi non stable ou stable à temps partiel n'est pas particulièrement caractérisé sur le plan de la santé. Hormis la présence de dents cariées non traitées qui, une nouvelle fois, est un indicateur significatif, on ne remarque pas d'autres associations en ce qui concerne le non recours au médecin. La maigreur, le déficit auditif, l'anémie, l'hypercholestérolémie, l'hyperglycémie, l'hypertriglycéridémie et l'hypertension artérielle sont même des variables non liées au non recours au médecin chez les hommes comme chez les femmes. Les résultats sont toutefois différents avec le non recours au dentiste et le non suivi gynécologique, puisque le déficit visuel et l'obésité dans un cas, l'anémie, l'hypercholestérolémie, l'hyperglycémie, l'hypertriglycéridémie élevée dans l'autre, caractérisent les situations de non recours.

⁸⁸ Les études comparatives entre contrats souscrits entre organismes complémentaires font apparaître des écarts notamment en termes de « restes à charge » médians pour les assurés, entre mutuelles, institutions de prévoyance et sociétés d'assurance. Mais ces études, fondées sur des enquêtes menées auprès d'organismes, ne détaillent les souscriptions en fonction des populations assurées. On ne sait rien en particulier des différences selon les PCS, le statut de l'emploi ou la quotité de temps de travail. Cf. M.-L. Arnould, M.-O. Rattier 2008. Les contrats les plus souscrits auprès des organismes complémentaires santé en 2006, DREES, *Etudes et Résultats*, n° 635, mai.

Annexe 1 : Analyse multivariée des caractéristiques socio-économiques associées au non recours aux soins.

Les *Odds ratios* (OR) significatifs sont les OR dont l'intervalle de confiance ne comprend pas la valeur « 1 ». Plus l'OR est supérieur à 1 ou inférieur à 1, plus la relation avec le non recours est importante. Les OR grisés sont non significatif.

Analyse multivariée des caractéristiques socio-économiques associées au non recours au médecin et dentiste chez les travailleurs ayant un emploi non stable ou stable à temps partiel.

	Médecin				Dentiste			
	Homme		Femmes		Hommes		Femmes	
	OR	IC 95	OR	IC 95	OR	IC 95	OR	IC 95
16-19 ans	1.10	[0.80 ; 1.52]	1.75	[1.23 ; 2.49]	1.28	[1.00 ; 1.65]	1.68	[1.33 ; 2.11]
20-29 ans	1.10	[0.97 ; 1.23]	0.98	[0.85 ; 1.13]	1.18	[1.08 ; 1.29]	1.52	[1.41 ; 1.64]
30-39 ans	1.03	[0.92 ; 1.15]	1.17	[1.05 ; 1.31]	0.98	[0.90 ; 1.06]	0.99	[0.92 ; 1.06]
40-49 ans	1.12	[1.01 ; 1.24]	1.14	[1.02 ; 1.27]	1.06	[0.97 ; 1.15]	0.93	[0.87 ; 0.99]
50-59 ans	1		1		1		1	
licence, maîtrise, école d'ingénieur	1		1		1		1	
DEUG DUT BTS	0.87	[0.74 ; 1.02]	0.97	[0.82 ; 1.13]	0.97	[0.86 ; 1.10]	0.89	[0.80 ; 0.99]
BAC	0.96	[0.84 ; 1.10]	0.96	[0.83 ; 1.11]	0.95	[0.85 ; 1.06]	0.92	[0.83 ; 1.01]
CAP BEP BEPC Brevet des collèges Certificat	1.04	[0.92 ; 1.19]	0.88	[0.76 ; 1.01]	1.01	[0.91 ; 1.12]	0.93	[0.84 ; 1.01]
Sans diplôme ou CEP seul	1.23	[1.07 ; 1.43]	1.15	[0.98 ; 1.36]	1.33	[1.19 ; 1.49]	1.54	[1.39 ; 1.70]
Ne sait pas lire ou écrire le français	1.34	[1.04 ; 1.75]	1.24	[0.91 ; 1.69]	1.98	[1.61 ; 2.42]	1.77	[1.48 ; 2.11]
Cadres supérieurs	1		1		1		1	
Professions intermédiaires	0.84	[0.73 ; 0.96]	0.73	[0.62 ; 0.87]	1.07	[0.95 ; 1.20]	1.00	[0.88 ; 1.14]
Artisans commerçants	1.43	[0.86 ; 2.40]	1.68	[0.91 ; 3.10]	1.61	[1.01 ; 2.56]	1.67	[1.02 ; 2.73]
Employés	0.85	[0.74 ; 0.98]	0.66	[0.56 ; 0.78]	1.27	[1.13 ; 1.42]	1.26	[1.11 ; 1.43]
Ouvriers	0.87	[0.76 ; 1.00]	0.68	[0.56 ; 0.83]	1.38	[1.24 ; 1.55]	1.25	[1.09 ; 1.44]
Autres	-	-	-	-	-	-	-	-
Mutuelle Complémentaire	1		1		1		1	
Bénéficiaire de la CMU-C	1.53	[1.37 ; 1.71]	1.82	[1.59 ; 2.09]	1.24	[1.14 ; 1.36]	1.21	[1.11 ; 1.31]
Bénéficiaire aide autre que la CMU-C	1.97	[1.11 ; 3.47]	1.33	[0.62 ; 2.85]	1.86	[1.17 ; 2.97]	1.49	[0.98 ; 2.27]
Sans complémentaire	2.03	[1.84 ; 2.24]	2.06	[1.81 ; 2.33]	1.93	[1.78 ; 2.08]	2.07	[1.92 ; 2.23]
En couple	1		1		1		1	
Pas en couple	1.24	[1.14 ; 1.34]	1.16	[1.06 ; 1.28]	1.17	[1.10 ; 1.25]	1.07	[1.01 ; 1.13]
Pas de rencontre avec travailleur social	1		1		1		1	
Rencontre avec un travailleur social	0.75	[0.67 ; 0.84]	0.71	[0.62 ; 0.81]	1.13	[1.04 ; 1.22]	0.93	[0.62 ; 0.81]
Pas de problème financier	1		1		1		1	
Problèmes financiers	0.98	[0.90 ; 1.07]	0.82	[0.74 ; 0.91]	1.14	[1.07 ; 1.22]	1.38	[1.31 ; 1.47]
Stable à temps partiel	1		1		1		1	
Non stable à temps plein	1.11	[1.00 ; 1.23]	1.24	[1.09 ; 1.40]	1.03	[0.96 ; 1.12]	1.07	[0.99 ; 1.15]
Non stable à temps partiel	1.44	[1.31 ; 1.58]	1.21	[1.09 ; 1.35]	1.18	[1.10 ; 1.27]	1.04	[0.98 ; 1.11]
Contact avec la famille	1		1		1		1	
Pas de contact	1.30	[1.18 ; 1.43]	1.29	[1.15 ; 1.44]	1.17	[1.09 ; 1.27]	1.26	[1.18 ; 1.35]
Hébergement en cas de besoin	1		1		1		1	
Absence d'hébergement...	1.07	[0.95 ; 1.20]	1.24	[1.09 ; 1.41]	1.24	[1.13 ; 1.35]	1.21	[1.12 ; 1.3]
Aide matérielle	1		1		1		1	
Absence d'aide matérielle	1.06	[0.95 ; 1.18]	1.00	[0.89 ; 1.12]	1.05	[0.97 ; 1.14]	1.17	[1.09 ; 1.24]

Analyse multivariée des caractéristiques socio-économiques associées au non suivi gynécologique des travailleuses ayant un emploi non stable ou stable à temps partiel.

	Gynécologue	
	Femmes	
	OR	IC 95
16-19 ans	1.60	[1.32 ; 1.94]
20-29 ans	1.23	[1.15 ; 1.31]
30-39 ans	0.85	[0.80 ; 0.90]
40-49 ans	0.93	[0.88 ; 0.98]
50-59 ans	1	
licence, maîtrise, école d'ingénieur	1	
DEUG DUT BTS	0.89	[0.82 ; 0.96]
BAC	0.98	[0.91 ; 1.06]
CAP BEP BEPC Brevet des collèges Certificat	1.04	[0.96 ; 1.11]
Sans diplôme ou CEP seul	1.43	[1.32 ; 1.56]
Ne sait pas lire ou écrire le français	1.74	[1.49 ; 2.04]
Cadres supérieurs	1.00	
Professions intermédiaires	0.94	[0.85 ; 1.04]
Artisans commerçants	1.67	[1.09 ; 2.56]
Employés	1.11	[1.01 ; 1.23]
Ouvriers	1.33	[1.19 ; 1.47]
Autres	-	-
Mutuelle Complémentaire	1	
Bénéficiaire de la CMU-C	1.23	[1.14 ; 1.31]
Bénéficiaire aide autre que la CMU-C	1.78	[1.26 ; 2.52]
Sans complémentaire	2.24	[2.10 ; 2.40]
En couple	1	
Pas en couple	1.80	[1.73 ; 1.88]
Pas de rencontre avec un travailleur social	1	
Rencontre avec un travailleur social	1.01	[0.95 ; 1.08]
Pas de problème financier	1	
Problèmes financiers	1.25	[1.19 ; 1.31]
Stable à temps partiel	1	
Non stable à temps plein	1.23	[1.16 ; 1.31]
Non stable à temps partiel	1.27	[1.21 ; 1.34]
Contact avec la famille	1	
Pas de contact	1.31	[1.24 ; 1.39]
Hébergement en cas de besoin	1	
Absence d'hébergement...	1.11	[1.04 ; 1.18]
Aide matérielle	1	
Absence d'aide matérielle	1.20	[1.14 ; 1.26]

Annexe 2 : Classement des variables socioéconomiques et de santé associées au non recours aux soins.

La partie supérieure des tableaux regroupe les *Odds Ratios* (OR) significatifs de plus grand au plus petit. Les OR significatifs sont les OR dont l'intervalle de confiance ne comprend pas la valeur « 1 » : ils sont identifiés par une étoile « * ». Plus l'OR est supérieur à 1 ou inférieur à 1, plus la relation avec le non recours est importante.

La partie inférieure des tableaux regroupe les OR non significatifs : ce sont les variables qui n'ont pas de relation significative avec le non recours.

Les résultats présentés classent les variables du non recours, des plus déterminantes à celles n'ayant pas de relation avec le non recours.

Classement des variables socioéconomiques et de santé associées au non recours au médecin des travailleurs ayant un emploi non stable ou stable à temps partiel.

Médecin	Homme	
	OR	IC 95
Absence de complémentaire santé	1.98 *	[1.70 ; 2.30]
Absence de contact avec sa famille	1.41 *	[1.21 ; 1.63]
Présence de dents cariées non traitées	1.40 *	[1.30 ; 1.51]
Bénéficiaires de la CMU-C	1.38 *	[1.16 ; 1.65]
Non stable à temps partiel	1.31 *	[1.14 ; 1.51]
Ne pas vivre en couple	1.22 *	[1.08 ; 1.38]
Déficit visuel	1.15 *	[1.01 ; 1.31]
PCS (+ favorisée à - favorisée)	0.94 *	[0.90 ; 0.99]
Mauvaise santé perçue	0.73 *	[0.65 ; 0.81]
Rencontre d'un travailleur social	0.64 *	[0.54 ; 0.76]
Hypercholestérolémie	1.23	[0.98 ; 1.54]
Maigreur	1.18	[0.86 ; 1.62]
Tension artérielle élevée	1.15	[0.95 ; 1.39]
Absence d'hébergement	1.10	[0.91 ; 1.31]
Taux d'hémoglobine bas	1.10	[0.73 ; 1.66]
Non stable à temps plein	1.06	[0.90 ; 1.24]
Absence d'aide matérielle	1.06	[0.90 ; 1.26]
Problèmes financiers	1.04	[0.91 ; 1.19]
Niveau d'études (+ élevé au + faible)	1.03	[0.98 ; 1.09]
Obésité	1.00	[0.91 ; 1.11]
Age	0.97	[0.91 ; 1.03]
Taux de glucose élevé	0.96	[0.66 ; 1.39]
Taux de triglycérides élevé	0.93	[0.75 ; 1.15]
Déficit auditif	0.88	[0.75 ; 1.04]

Médecin	Femmes	
	OR	IC 95
Bénéficiaires de la CMU-C	1.87	[1.50 ; 2.34]
Absence de complémentaire santé	1.82	[1.49 ; 2.23]
Présence de dents cariées non traitées	1.49	[1.35 ; 1.65]
Absence de contact avec sa famille	1.30	[1.09 ; 1.56]
Ne pas vivre en couple	1.23	[1.05 ; 1.42]
PCS (+ favorisée à - favorisée)	0.91	[0.85 ; 0.97]
Obésité	0.89	[0.80 ; 0.99]
Problèmes financiers	0.78	[0.66 ; 0.93]
Mauvaise santé perçue	0.75	[0.66 ; 0.85]
Absence d'aide matérielle	1.20	[0.99 ; 1.44]
Déficit auditif	1.16	[0.97 ; 1.38]
Non stable à temps plein	1.15	[0.94 ; 1.42]
Absence d'hébergement	1.14	[0.93 ; 1.40]
Taux de triglycérides élevé	1.12	[0.71 ; 1.77]
Non stable à temps partiel	1.09	[0.91 ; 1.30]
Taux d'hémoglobine bas	1.08	[0.86 ; 1.35]
Déficit visuel	1.06	[0.92 ; 1.22]
Niveau d'études (+ élevé au + faible)	1.03	[0.97 ; 1.10]
Taux de glucose élevé	1.01	[0.51 ; 2.01]
Maigreur	0.99	[0.75 ; 1.32]
Age	0.98	[0.91 ; 1.05]
Hypercholestérolémie	0.93	[0.68 ; 1.27]
Tension artérielle élevée	0.84	[0.61 ; 1.17]
Rencontre d'un travailleur social	0.83	[0.67 ; 1.03]

**Classement des variables socioéconomiques et de santé associées au non recours au dentiste
des travailleurs ayant un emploi non stable ou stable à temps partiel.**

Dentiste	Homme		Dentiste	Femmes	
	OR	IC 95		OR	IC 95
Absence de complémentaire santé	1.79	[1.58 ; 2.03]	Absence de complémentaire santé	1.87	[1.66 ; 2.10]
Taux de glucose élevé	1.55	[1.17 ; 2.05]	Présence de dents cariées non traitées	1.61	[1.51 ; 1.71]
Présence de dents cariées non traitées	1.51	[1.42 ; 1.61]	Tension artérielle élevée	1.33	[1.13 ; 1.56]
Non stable à temps partiel	1.25	[1.11 ; 1.40]	Déficit visuel	1.32	[1.22 ; 1.44]
Absence d'hébergement	1.25	[1.09 ; 1.45]	Problèmes financiers	1.24	[1.13 ; 1.36]
Déficit visuel	1.23	[1.11 ; 1.37]	Taux d'hémoglobine bas	1.21	[1.07 ; 1.38]
Déficit auditif	1.20	[1.06 ; 1.36]	Obésité	1.19	[1.13 ; 1.26]
Ne pas vivre en couple	1.19	[1.07 ; 1.31]	Absence de contact avec sa famille	1.18	[1.06 ; 1.32]
Obésité	1.10	[1.01 ; 1.18]	Age	1.15	[1.10 ; 1.20]
Age	1.07	[1.02 ; 1.12]	Absence d'hébergement	1.15	[1.02 ; 1.29]
Taux d'hémoglobine bas	1.17	[0.84 ; 1.62]	Absence d'aide matérielle	1.15	[1.04 ; 1.28]
Tension artérielle élevée	1.14	[0.98 ; 1.33]	Mauvaise santé perçue	1.09	[1.03 ; 1.17]
Rencontre d'un travailleur social	1.11	[0.98 ; 1.27]	PCS (+ favorisée à - favorisée)	1.06	[1.02 ; 1.11]
Absence de contact avec sa famille	1.11	[0.99 ; 1.26]	Taux de glucose élevé	1.27	[0.92 ; 1.76]
Problèmes financiers	1.06	[0.95 ; 1.18]	Maigreur	1.14	[0.97 ; 1.35]
Maigreur	1.06	[0.81 ; 1.38]	Hypercholestérolémie	1.14	[0.96 ; 1.35]
Bénéficiaires de la CMU-C	1.04	[0.91 ; 1.20]	Bénéficiaires de la CMU-C	1.12	[0.98 ; 1.28]
PCS (+ favorisée à - favorisée)	1.03	[0.99 ; 1.07]	Taux de triglycérides élevé	1.10	[0.86 ; 1.40]
Mauvaise santé perçue	1.03	[0.95 ; 1.11]	Déficit auditif	1.08	[0.97 ; 1.20]
Niveau d'études (+ élevé au + faible)	1.02	[0.98 ; 1.06]	Non stable à temps partiel	1.07	[0.97 ; 1.19]
Non stable à temps plein	1.01	[0.89 ; 1.14]	Ne pas vivre en couple	1.07	[0.98 ; 1.17]
Taux de triglycérides élevé	1.00	[0.85 ; 1.18]	Niveau d'études (+ élevé au + faible)	1.02	[0.98 ; 1.05]
Absence d'aide matérielle	0.98	[0.85 ; 1.12]	Non stable à temps plein	1.01	[0.89 ; 1.14]
Hypercholestérolémie	0.96	[0.79 ; 1.16]	Rencontre d'un travailleur social	0.93	[0.83 ; 1.05]

Classement des variables socioéconomiques et de santé associées au non suivi gynécologique des travailleuses ayant un emploi non stable ou stable à temps partiel.

Gynécologue	Femme	
	OR	IC 95
Absence de complémentaire santé	2.18	[1.96 ; 2.42]
Ne pas vivre en couple	1.85	[1.72 ; 1.99]
Non stable à temps partiel	1.38	[1.26 ; 1.50]
Taux de glucose élevé	1.38	[1.03 ; 1.85]
Maigreur	1.36	[1.19 ; 1.57]
Non stable à temps plein	1.29	[1.17 ; 1.43]
Absence de contact avec sa famille	1.29	[1.17 ; 1.41]
Présence de dents cariées non traitées	1.29	[1.22 ; 1.37]
Bénéficiaires de la CMU-C	1.26	[1.13 ; 1.41]
Tension artérielle élevée	1.26	[1.09 ; 1.45]
Obésité	1.22	[1.16 ; 1.28]
Hypercholestérolémie	1.16	[1.00 ; 1.34]
Problèmes financiers	1.14	[1.05 ; 1.24]
Déficit auditif	1.14	[1.04 ; 1.24]
Mauvaise santé perçue	1.14	[1.08 ; 1.21]
Déficit visuel	1.13	[1.05 ; 1.22]
Absence d'aide matérielle	1.10	[1.01 ; 1.21]
Age	1.06	[1.03 ; 1.10]
PCS (+ favorisée à - favorisée)	1.06	[1.03 ; 1.10]
Niveau d'études (+ élevé au + faible)	1.05	[1.02 ; 1.09]
Taux d'hémoglobine bas	1.05	[0.93 ; 1.18]
Rencontre d'un travailleur social	1.02	[0.92 ; 1.13]
Absence d'hébergement	1.02	[0.92 ; 1.13]
Taux de triglycérides élevé	0.91	[0.73 ; 1.13]

Le non recours aux soins des travailleurs en emploi stable à temps plein ayant des problèmes financiers.

Eléments de synthèse.

La présente monographie concerne 33 394 hommes et 23 611 femmes. Il s'agit de travailleurs avec des emplois stables à temps plein, qui déclarent rencontrer régulièrement des problèmes financiers. Cette population est classée parmi les « actifs précaires » dans la mesure où la récurrence de ces problèmes indiquerait une insuffisance chronique de revenus⁸⁹. On sait pourtant que l'existence de revenus importants n'empêche pas des difficultés de surendettement⁹⁰. Autrement dit, la population en question peut être très hétérogène et regrouper des personnes avec de faibles ou très faibles revenus et d'autres disposant d'importantes ressources financières. Il est donc nécessaire de caractériser plus finement cette population, en particulier en la comparant aux autres catégories d'actifs précaires prises en compte dans la recherche NOSAP (*cf.* 1. Tableau comparatif de la précarité socioéconomique).

1. Tableau comparatif de la précarité socioéconomique des « Chômeurs de plus d'un an / Jeunes en insertion / Bénéficiaires de la CMU-C / Travailleurs ayant un emploi non stable ou stable à temps partiel / Travailleurs en emploi stable à temps plein ayant des problèmes financiers ».

	Chômeurs de plus d'1 an		Jeunes en insertion		Bénéf CMU-C		Travailleurs emploi temps partiel ou non stable		Travailleurs emploi stable temps plein avec problèmes financiers	
	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%
Ne sait pas lire ou écrire le français	4.1%	3.5%	1.3%	0.9%	5.1%	6.2%	2.1%	1.4%	2.2%	1.6%
Employés ou ouvriers	78.8%	81.5%	7.9%	8.7%	54.6%	45.2%	67.2%	74.6%	74.2%	76.0%
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%
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%
A des problèmes financiers	50.5%	46.7%	28.0%	34.0%	55.4%	56.7%	29.0%	21.4%	100%*	100%*
Pas de possibilité d'hébergement si besoin	37.8%	34.1%	20.6%	19.6%	40.6%	39.2%	23.2%	18.7%	33.8%	30.8%
Pas d'aide matérielle si besoin	52.4%	50.2%	33.5%	35.5%	54.9%	54.2%	33.7%	29.9%	48.9%	48.9%

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

La population étudiée ici se rapproche de celle des « travailleurs ayant un emploi à temps partiel ou non stable » sur le plan de la formation et de la maîtrise du français (avec des résultats meilleurs que pour les autres populations), et de celle des « chômeurs de plus d'un an » pour l'aide de proches en cas de besoin (avec des résultats moins bons, même si les bénéficiaires de la



⁸⁹ Toutes les personnes ont déclaré connaître « des périodes dans le mois où elles rencontrent de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins » dans le questionnaire rempli lors de l'examen périodique de santé.

⁹⁰ Une étude de la DREES montre que les ménages appartenant au premier décile de la distribution des revenus (ce qui correspond, sans la recouper totalement, à la population des bénéficiaires de minima sociaux) ne représentent que 6 % de l'ensemble des ménages surendettés. DREES, Endettement et surendettement : des ménages aux caractéristiques différentes, *Etudes et Résultats*, n° 251, août 2003.

Complémentaire CMU paraissent encore plus vulnérables). Dit autrement, pour une part précarité financière et absence d'aide en cas de besoin iraient de paire. Cette observation mériterait d'être affinée et vérifiée. Toutefois, on relève dans la littérature internationale de nombreux travaux montrant comment la faiblesse des supports relationnels explique en partie l'existence de difficultés matérielles chroniques⁹¹.

La faiblesse des revenus n'est pas à écarter non plus. Que ce soit pour les hommes ou les femmes, la proportion d'employés et d'ouvriers avoisine les 75%, comme pour les autres populations, sauf les jeunes en insertion et dans une moindre mesure les bénéficiaires de la CMU-C pour lesquels ces taux sont plus bas. Or, ces PCS ont en moyenne des salaires plus bas (*cf.* 2. Tableau des salaires par PCS et par genres). L'importance des effectifs concernés ici permet de considérer que dans sa large majorité cette population a plutôt des faibles revenus.

2. Tableau : Les inégalités de salaires en 2005 par catégorie socioprofessionnelle

	Secteur public d'Etat (salaires "offerts")(1)			Secteur privé et semi-public (2) euros courants		
	Femmes	Hommes	F / H	Femmes	Hommes	F / H
Cadres	27 145	33 290	81,5 %	37 253	48 241	77 %
Professions intermédiaires	21 255	22 753	93,4 %	21 380	24 320	88 %
Employés	17 864	20 658	86,4 %	15 755	16 772	94 %
Ouvriers				14 537	17 290	84 %
Ensemble	23 922	27 744	86,2 %	19 818	24 446	81 %
(1) Les salaires "offerts" sont évalués en année-travail et en équivalent temps plein. (2) Salariés à temps complet						
 Salaires et revenus d'activité				 Regards sur la parité 2008.		

Source : <http://www.statapprendre.education.fr/insee/par/revenu/salaires2.htm>

A partir des données disponibles, la précarité des actifs mesurée à l'aune des difficultés financières chroniques apparaîtrait donc liée, à la fois, à l'appartenance des personnes aux PCS qui ont les revenus du travail les plus bas et aux limites des supports relationnels sur lesquels il est possible de prendre appui en cas de nécessité.

1. Un non recours fortement associé à l'absence de complémentaire.

Les travailleurs ayant un emploi stable à temps plein avec des difficultés financières paraissent moins exposés au non recours aux soins que d'autres populations d'actifs précaires, que ce soit les chômeurs de plus d'un an, les jeunes en insertion, ou les bénéficiaires de la CMU-C (*cf.* 3. Tableau comparatif des taux de non recours). Comme pour les travailleurs ayant un emploi non stable ou stable à temps partiel, les proportions d'hommes et de femmes en non recours au médecin et au dentiste, ou sans suivi gynécologique sont ici plus faibles. Malgré des conditions de vie difficiles et un environnement social limité, être au travail protégerait en partie du non recours

⁹¹ Voir en particulier les travaux de Claudine Attias-Donfut Par exemple, le programme OASIS (Old Age and Autonomy: The Role of service Systems and Intergenerational Family Solidarity) et certaines de ses recherches (notamment : A. Lowenstein, R. Katz, D. Mehlhausen-Hassoen 2003. Une comparaison transnationale de la solidarité intergénérationnelle, *Retraite et Société*, n°1, p. 49-75) caractérisent le soutien relationnel effectif en fonction des formes pratiquées de la solidarité familiale. Voir également les travaux de référence de l'américain Vern Bengtson qui a publié plusieurs Handbooks et Sourcebooks sur les théories du développement de la famille (*developmental family theory*).

aux soins, à condition toutefois que les personnes disposent d'une complémentaire santé. Le classement des variables socioéconomiques montre en effet une forte prévalence du non recours aux soins lorsque les travailleurs ayant un emploi stable à temps plein avec des problèmes financiers chroniques n'ont pas de complémentaire santé. Le risque relatif (RR) de non recours est 1.7 à 2.6 fois plus élevé lorsque les personnes sont sans complémentaire que lorsqu'ils disposent d'une mutuelle. Aucune autre variable socioéconomique (et même de santé) n'est autant associée au non recours au médecin ou au dentiste, et au non suivi gynécologique (*cf.* Classement des variables socioéconomiques et de santé associées au non recours aux soins – Annexe 1). Concernant la population des travailleurs ayant un emploi stable à temps plein avec des problèmes financiers chroniques, il s'agit là du résultat le plus singulier comparativement aux autres populations étudiées. Ceci dit, ce résultat n'est guère surprenant. Bon nombre d'études ont souligné combien « couverture santé et recours aux soins sont liés »⁹².

3. Tableau comparatif des taux de non recours des « Chômeurs de plus d'un an / Jeunes en insertion / Bénéficiaires de la CMU-C / Travailleurs ayant un emploi non stable ou stable à temps partiel / Travailleurs en emploi stable à temps plein ayant des problèmes financiers »

	Chômeurs de plus d'1 an		Jeunes en insertion		Bénéf CMU-C		Travailleurs emploi temps partiel ou non stable		Travailleurs emploi stable temps plein avec problèmes financiers	
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F
Aucune consultation médicale au cours des 2 ans	16.3%	6.8%	19.2%	10.7%	18.1%	8.6%	12.8%	3.9%	10.3%	4.0%
Aucune consultation dentaire au cours des 2 ans	33.3%	21.9%	34.8%	25.7%	35.6%	25.1%	25.6%	13.5%	27.4%	19.0%
Aucun suivi gynécologique	-	37.9%	-	55.4%	-	47.8%	-	23.2%	-	30.4%

2. Des actifs précaires peu au contact des services sociaux.

L'examen des variables socioéconomiques apporte une piste possible d'explication de la forte dépendance statistique enregistrée entre non recours et absence de complémentaire. En effet, les travailleurs en emploi stable à temps plein ayant des problèmes financiers se distinguent des autres populations par une plus forte absence de contact avec un travailleur social. La proportion d'hommes ou de femmes qui déclarent ici être en relation avec un service social est particulièrement basse (*cf.* 4. Tableau comparatif du suivi social).

4. Tableau comparatif du suivi social des « Chômeurs de plus d'un an / Jeunes en insertion / Bénéficiaires de la CMU-C / Travailleurs ayant un emploi non stable ou stable à temps partiel / Travailleurs en emploi stable à temps plein ayant des problèmes financiers »

	Chômeurs de plus d'1 an		Jeunes en insertion		Bénéf CMU-C		Travailleurs emploi temps partiel ou non stable		Travailleurs emploi stable temps plein avec problèmes financiers	
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F
Rencontre un travailleur social	35.4%	34.6%	39.0%	39.0%	50.2%	48.0%	17.0%	10.9%	9.6%	13.6%

⁹² 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.

Comme pour les autres populations, le RR de non recours au médecin diminue lorsque les personnes rencontrent les services sociaux (*cf.* Analyse multivariée des variables socioéconomiques associées au non recours aux soins. – Annexe 2). Ce résultat particulier confirme ce que d'autres enquêtes et études montrent, à savoir que les personnes pauvres ou précaires qui ne font pas l'objet d'aides sociales particulières sont, plus que d'autres, méconnues des services sociaux et restent à l'écart de leurs droits. Sans dire que le suivi social règle tout problème de non recours aux droits – loin s'en faut⁹³ –, il n'empêche que *l'invisibilité* des personnes pour les services sociaux n'arrange pas les difficultés d'accès aux soins comme à d'autres services⁹⁴. Il est reconnu que l'accès aux droits dépend en partie de l'accès à l'aide sociale ou à l'aide au droit⁹⁵.

Hormis ces observations, l'analyse multivariée du non recours aux soins ne fait pas apparaître de particularités en ce qui concerne les travailleurs ayant un emploi stable à temps plein avec des difficultés financières. Une nouvelle fois, une dépendance marquée est à signaler avec des variables relatives à l'isolement social des personnes (« absence de contact avec la famille », « pas de possibilité d'hébergement en cas de besoin », « ne pas vivre en couple ») comme avec certaines variables de santé, au premier rang desquelles nous retrouvons la présence de dents cariées non traitées, quelle que soit la forme de non recours affectant aussi bien les hommes que les femmes.

⁹³ Voir les travaux de l'Odenore.

⁹⁴ Sachant que l'analyse des raisons de l'invisibilité sociale ne peut se suffire d'une simple dénonciation des effets d'un système mais qu'elle doit tenir compte au plus près des rapports sociaux d'usage.

⁹⁵ La « justiciabilité des droits sociaux » dépend de la capacité des individus à accéder au droit. Chacun doit avoir la faculté de saisir une juridiction des difficultés qu'il rencontre éventuellement pour l'obtention des droits auxquels il peut prétendre. Sans cette garantie, il n'existerait pas d'égalité devant la Loi et dans l'application des droits qui en découle. L'histoire des droits sociaux montre que leur progression est liée pour une part au renforcement de leur garantie juridictionnelle. En ce sens, l'aménagement progressif du contentieux de la protection et de l'action sociales est fondamental puisqu'il ouvre à chacun la possibilité de faire valoir devant les juridictions de la Sécurité sociale et de l'aide sociale les droits qu'il tire de la Loi. L'accès au droit pour défendre ses droits est aussi consolidé en dehors du champ juridictionnel. La Loi du 10 juillet 1991 relative à l'aide juridique introduit plus largement l'aide à l'accès aux droits par diverses modalités d'information et d'accompagnement des personnes. Cette assistance est possible devant des instances à caractère non juridictionnel (par exemple, les commissions de surendettement ou les ex-COTOREP aujourd'hui intégrées aux Maisons départementales des personnes handicapées) et les administrations pour obtenir une décision.

En particulier : J. Faget 1995. L'accès au droit : logiques de marché et enjeux sociaux, *Droit et Société*, n°30-31. Texte en ligne : <http://www.reds.msh-paris.fr/publications/revue/html/ds030031/ds030031-08.htm>.

Annexe 1 : Classement des variables socioéconomiques et de santé associées au non recours aux soins.

La partie supérieure des tableaux regroupe les *Odd Ratios* (OR) significatifs de plus grand au plus petit. Les OR significatifs sont les OR dont l'intervalle de confiance ne comprend pas la valeur « 1 » : ils sont identifiés par une étoile « * ». Plus l'OR est supérieur à 1 ou inférieur à 1, plus la relation avec le non recours est importante.

La partie inférieure des tableaux regroupe les OR non significatifs : ce sont les variables qui n'ont pas de relation significative avec le non recours.

Les résultats présentés classent les variables du non recours, des plus déterminantes à celles n'ayant pas de relation avec le non recours.

Classement des variables socioéconomiques et de santé associées au non recours au médecin des travailleurs en emploi stable à temps plein ayant des problèmes financiers.

Médecin	Homme	
	OR	IC 95
Sans complémentaire santé	1.74	[1.47 ; 2.06]
Ne pas vivre en couple	1.60	[1.39 ; 1.84]
Absence de contact familial	1.32	[1.12 ; 1.56]
Présence de dents cariées non traitées	1.32	[1.21 ; 1.44]
Déficit visuel	1.20	[1.03 ; 1.40]
Niveau d'études (+ élevé au + faible)	1.17	[1.09 ; 1.25]
Taux de triglycérides élevé	0.78	[0.62 ; 0.99]
Rencontre d'un travailleur social	0.65	[0.51 ; 0.83]
Mauvaise santé perçue	0.63	[0.56 ; 0.71]
Bénéficiaires de la CMU	1.26	[0.89 ; 1.78]
Absence d'hébergement	1.19	[0.98 ; 1.43]
Hypercholestérolémie	1.12	[0.86 ; 1.44]
Obésité	1.11	[0.71 ; 1.72]
Tension artérielle élevée	1.07	[0.86 ; 1.33]
Age	1.00	[0.93 ; 1.08]
Maigre	1.00	[0.90 ; 1.11]
Déficit auditif	1.00	[0.84 ; 1.20]
PCS (+ favorisée à - favorisée)	0.95	[0.90 ; 1.01]
Taux de glucose élevé	0.95	[0.62 ; 1.44]
Taux d'hémoglobine bas	0.89	[0.56 ; 1.41]
Absence d'aide matérielle	0.87	[0.73 ; 1.03]

Médecin	Femmes	
	OR	IC 95
Sans complémentaire santé	2.55	[1.55 ; 4.20]
Bénéficiaires de la CMU	1.90	[1.36 ; 2.64]
Déficit visuel	1.44	[1.09 ; 1.89]
Absence d'hébergement	1.40	[1.02 ; 1.93]
Présence de dents cariées non traitées	1.24	[1.03 ; 1.50]
Maigre	0.76	[0.62 ; 0.93]
Hypercholestérolémie	1.43	[0.84 ; 2.44]
Tension artérielle élevée	1.31	[0.79 ; 2.16]
Absence de contact familial	1.30	[0.97 ; 1.76]
Ne pas vivre en couple	1.20	[0.92 ; 1.55]
Taux d'hémoglobine bas	1.19	[0.80 ; 1.78]
Absence d'aide matérielle	1.11	[0.81 ; 1.52]
Niveau d'études (+ élevé au + faible)	1.04	[0.92 ; 1.18]
Age	0.96	[0.83 ; 1.11]
Obésité	0.94	[0.52 ; 1.73]
PCS (+ favorisée à - favorisée)	0.92	[0.81 ; 1.04]
Déficit auditif	0.87	[0.62 ; 1.24]
Mauvaise santé perçue	0.82	[0.67 ; 1.01]
Taux de triglycérides élevé	0.74	[0.30 ; 1.84]
Rencontre d'un travailleur social	0.71	[0.49 ; 1.05]
Taux de glucose élevé	0.30	[0.04 ; 2.24]

**Classement des variables socioéconomiques et de santé associées au non recours au dentiste
des travailleurs en emploi stable à temps plein ayant des problèmes financiers.**

Dentiste	Homme	
	OR	IC 95
Sans complémentaire santé	1.73	[1.52 ; 1.97]
Taux d'hémoglobine bas	1.64	[1.21 ; 2.22]
Tension artérielle élevée	1.60	[1.38 ; 1.85]
Présence de dents cariées non traitées	1.44	[1.35 ; 1.54]
Bénéficiaires de la CMU	1.32	[1.04 ; 1.68]
Déficit visuel	1.29	[1.16 ; 1.44]
Absence d'hébergement	1.24	[1.09 ; 1.41]
Ne pas vivre en couple	1.20	[1.08 ; 1.33]
Age	1.11	[1.05 ; 1.17]
Maigreux	1.11	[1.03 ; 1.19]
Niveau d'études (+ élevé au + faible)	1.08	[1.02 ; 1.13]
Absence de contact familial	1.13	[1.00 ; 1.28]
Absence d'aide matérielle	1.12	[0.99 ; 1.27]
Hypercholestérolémie	1.09	[0.91 ; 1.31]
Déficit auditif	1.07	[0.94 ; 1.21]
Mauvaise santé perçue	1.06	[0.99 ; 1.14]
Taux de glucose élevé	1.05	[0.79 ; 1.38]
PCS (+ favorisée à - favorisée)	1.04	[1.00 ; 1.08]
Rencontre d'un travailleur social	1.00	[0.86 ; 1.17]
Taux de triglycérides élevé	0.93	[0.80 ; 1.08]
Obésité	0.91	[0.65 ; 1.27]

Dentiste	Femmes	
	OR	IC 95
Sans complémentaire santé	1.85	[1.54 ; 2.22]
Taux de glucose élevé	1.83	[1.06 ; 3.15]
Tension artérielle élevée	1.68	[1.30 ; 2.17]
Présence de dents cariées non traitées	1.65	[1.50 ; 1.82]
Taux d'hémoglobine bas	1.58	[1.29 ; 1.94]
Déficit visuel	1.38	[1.19 ; 1.59]
Absence d'hébergement	1.33	[1.12 ; 1.57]
Absence de contact familial	1.26	[1.07 ; 1.48]
Age	1.23	[1.14 ; 1.32]
Maigreux	1.16	[1.05 ; 1.27]
Rencontre d'un travailleur social	1.19	[0.99 ; 1.42]
Déficit auditif	1.14	[0.96 ; 1.36]
Hypercholestérolémie	1.11	[0.81 ; 1.52]
Absence d'aide matérielle	1.09	[0.93 ; 1.28]
Obésité	1.09	[0.80 ; 1.49]
Niveau d'études (+ élevé au + faible)	1.05	[0.98 ; 1.12]
Mauvaise santé perçue	1.04	[0.94 ; 1.14]
PCS (+ favorisée à - favorisée)	1.00	[0.93 ; 1.07]
Ne pas vivre en couple	0.97	[0.85 ; 1.11]
Bénéficiaires de la CMU	0.95	[0.68 ; 1.32]
Taux de triglycérides élevé	0.94	[0.63 ; 1.39]

Classement des variables socioéconomiques et de santé associées au non suivi gynécologique des travailleuses en emploi stable à temps plein ayant des problèmes financiers.

Gynécologue	Femme	
	OR	IC 95
Taux de glucose élevé	1.88	[1.12 ; 3.15]
Sans complémentaire santé	1.67	[1.41 ; 1.99]
Hypercholestérolémie	1.50	[1.15 ; 1.95]
Absence de contact familial	1.39	[1.21 ; 1.61]
Présence de dents cariées non traitées	1.38	[1.27 ; 1.51]
Bénéficiaires de la CMU	1.37	[1.04 ; 1.82]
Ne pas vivre en couple	1.37	[1.22 ; 1.54]
Mauvaise santé perçue	1.25	[1.15 ; 1.36]
Déficit visuel	1.21	[1.06 ; 1.37]
Obésité	1.27	[0.98 ; 1.65]
Absence d'hébergement	1.16	[1.00 ; 1.34]
Tension artérielle élevée	1.13	[0.89 ; 1.43]
Taux de triglycérides élevé	1.10	[0.78 ; 1.56]
Déficit auditif	1.09	[0.93 ; 1.27]
Maigreur	1.08	[1.00 ; 1.17]
Rencontre d'un travailleur social	1.06	[0.90 ; 1.24]
Age	1.05	[0.99 ; 1.12]
Absence d'aide matérielle	1.05	[0.92 ; 1.20]
Taux d'hémoglobine bas	1.04	[0.86 ; 1.27]
PCS (+ favorisée à - favorisée)	1.03	[0.97 ; 1.09]
Niveau d'études (+ élevé au + faible)	0.94	[0.89 ; 1.00]

Annexe 2 : Analyse multivariée des variables socioéconomiques associées au non recours aux soins.

Les Odds ratios (OR) significatifs sont les OR dont l'intervalle de confiance ne comprend pas la valeur « 1 ». Plus l'OR est supérieur à 1 ou inférieur à 1, plus la relation avec le non recours est importante. Les OR grisés sont non significatif.

Analyse multivariée des variables socioéconomiques associées au non recours au médecin et dentiste chez les travailleurs en emploi stable à temps plein ayant des problèmes financiers.

	Médecin				Dentiste			
	Homme		Femmes		Hommes		Femmes	
	OR	IC 95	OR	IC 95	OR	IC 95	OR	IC 95
16-19 ans	1.81	[0.98 ; 3.35]	2.61	[1.09 ; 6.22]	1.39	[0.85 ; 2.29]	2.91	[1.74 ; 4.86]
20-29 ans	1.26	[1.11 ; 1.44]	1.06	[0.83 ; 1.35]	1.14	[1.04 ; 1.24]	1.21	[1.08 ; 1.37]
30-39 ans	1.12	[1.00 ; 1.26]	1.13	[0.91 ; 1.40]	0.90	[0.83 ; 0.97]	1.01	[0.91 ; 1.13]
40-49 ans	1.21	[1.08 ; 1.34]	1.15	[0.94 ; 1.41]	0.96	[0.89 ; 1.03]	0.90	[0.81 ; 0.99]
50-59 ans	1		1		1		1	
licence, maîtrise, école d'ingénieur	1		1		1		1	
DEUG DUT BTS	0.95	[0.76 ; 1.18]	0.83	[0.59 ; 1.18]	0.93	[0.80 ; 1.08]	1.12	[0.93 ; 1.34]
BAC	1.12	[0.92 ; 1.35]	1.00	[0.74 ; 1.37]	0.96	[0.84 ; 1.10]	1.13	[0.95 ; 1.33]
CAP BEP BEPC Brevet des collèges								
Certificat	1.19	[0.99 ; 1.42]	1.00	[0.74 ; 1.34]	1.00	[0.89 ; 1.13]	1.28	[1.09 ; 1.50]
Sans diplôme ou CEP seul	1.44	[1.19 ; 1.74]	1.32	[0.96 ; 1.82]	1.24	[1.09 ; 1.41]	1.56	[1.31 ; 1.86]
Ne sait pas lire ou écrire le français	1.78	[1.35 ; 2.36]	1.33	[0.77 ; 2.31]	1.59	[1.30 ; 1.95]	2.11	[1.59 ; 2.80]
Cadres supérieurs	1		1		1		1	
Professions intermédiaires	0.85	[0.71 ; 1.02]	0.71	[0.49 ; 1.04]	1.09	[0.95 ; 1.25]	0.86	[0.69 ; 1.06]
Artisans commerçants	1.58	[0.91 ; 2.76]	1.02	[0.41 ; 2.55]	1.11	[0.68 ; 1.82]	1.51	[0.87 ; 2.60]
Employés	0.78	[0.65 ; 0.95]	0.69	[0.48 ; 0.98]	1.26	[1.10 ; 1.45]	0.98	[0.80 ; 1.21]
Ouvriers	0.78	[0.65 ; 0.93]	0.61	[0.41 ; 0.91]	1.35	[1.18 ; 1.55]	1.01	[0.81 ; 1.25]
Autres	-	-	-	-	-	-	-	-
Mutuelle Complémentaire	1		1		1		1	
Bénéficiaire de la CMU-C	1.47	[1.22 ; 1.78]	2.16	[1.62 ; 2.90]	1.23	[1.07 ; 1.42]	1.21	[1.01 ; 1.45]
Bénéficiaire aide autre que CMU-C	1.21	[0.55 ; 2.67]	1.22	[0.38 ; 3.90]	1.76	[1.07 ; 2.90]	1.48	[0.85 ; 2.57]
Sans complémentaire	2.06	[1.87 ; 2.27]	2.24	[1.86 ; 2.70]	1.90	[1.77 ; 2.04]	2.05	[1.85 ; 2.27]
En couple	1		1		1		1	
Pas en couple	1.37	[1.27 ; 1.49]	1.17	[1.02 ; 1.36]	1.09	[1.03 ; 1.16]	0.96	[0.90 ; 1.04]
Pas de rencontre avec un travailleur social	1		1		1		1	
Rencontre avec un travailleur social	0.76	[0.66 ; 0.87]	0.74	[0.60 ; 0.92]	1.04	[0.95 ; 1.14]	1.16	[1.05 ; 1.29]
Contact avec la famille	1		1		1		1	
Pas de contact	1.20	[1.09 ; 1.32]	1.57	[1.33 ; 1.85]	1.18	[1.10 ; 1.26]	1.22	[1.12 ; 1.33]
Hébergement en cas de besoin	1		1		1		1	
Absence d'hébergement...	1.05	[0.95 ; 1.16]	1.22	[1.01 ; 1.46]	1.22	[1.14 ; 1.30]	1.24	[1.14 ; 1.36]
Aide matérielle	1		1		1		1	
Absence d'aide matérielle	1.02	[0.92 ; 1.12]	1.00	[0.84 ; 1.19]	1.15	[1.08 ; 1.23]	1.20	[1.10 ; 1.31]

OR grisé : non significatif.

Analyse multivariée des variables socioéconomiques associées au non suivi gynécologique des travailleuses en emploi stable à temps plein ayant des problèmes financiers.

	Gynécologue	
	Femmes	
	OR	IC 95
16-19 ans	1.97	[1.20 ; 3.22]
20-29 ans	1.00	[0.91 ; 1.11]
30-39 ans	0.82	[0.75 ; 0.90]
40-49 ans	0.87	[0.80 ; 0.95]
50-59 ans	1	
licence, maîtrise, école d'ingénieur	1	
DEUG DUT BTS	0.86	[0.74 ; 0.99]
BAC	0.97	[0.85 ; 1.10]
CAP BEP BEPC Brevet des collèges Certificat	0.97	[0.85 ; 1.10]
Sans diplôme ou CEP seul	1.13	[0.98 ; 1.30]
Ne sait pas lire ou écrire le français	1.35	[1.05 ; 1.75]
Cadres supérieurs	1	
Professions intermédiaires	1.08	[0.91 ; 1.30]
Artisans commerçants	1.17	[0.70 ; 1.94]
Employés	1.12	[0.94 ; 1.33]
Ouvriers	1.25	[1.04 ; 1.50]
Autres	-	-
Mutuelle Complémentaire	1	
Bénéficiaire de la CMU-C	1.48	[1.28 ; 1.73]
Bénéficiaire aide autre que CMU-C	0.87	[0.51 ; 1.50]
Sans complémentaire	1.93	[1.76 ; 2.12]
En couple	1	
Pas en couple	1.40	[1.31 ; 1.48]
Pas de rencontre avec un travailleur social	1	
Rencontre avec un travailleur social	1.10	[1.01 ; 1.20]
Contact avec la famille	1	
Pas de contact	1.33	[1.23 ; 1.43]
Hébergement en cas de besoin	1	
Absence d'hébergement...	1.12	[1.04 ; 1.21]
Aide matérielle	1	
Absence d'aide matérielle	1.20	[1.11 ; 1.29]

OR grisé : non significatif.

Le non recours aux soins des personnes au chômage depuis moins d'un an et travailleurs signalés précaires selon le score EPICES.

Eléments de synthèse.

La population prise en compte dans cette sixième et dernière monographie n'est pas considérée comme précaire par son statut par rapport à l'emploi : les personnes ont un travail stable ou sont au chômage depuis peu. Elle est définie ainsi parce que les personnes sont classées précaires ou très précaires au vu des résultats obtenus à travers l'application du score EPICES. La précarité est ici estimée à partir de deux ensembles de critères, renvoyant l'un à la précarité financière, l'autre à la précarité des supports relationnels, voire à l'isolement des individus⁹⁶. En tout, la population étudiée ici compte 162 985 personnes (85 623 hommes et 77 362 femmes). Elle comprend cependant deux fois plus de travailleurs (110 975) que de personnes au chômage depuis moins d'un an (52 010).

1. Une population ressemblante aux autres.

Les critères mis en avant pour caractériser la précarité calculée par le score EPICES sont proches des variables socioéconomiques généralement associées au non recours aux soins (voir les autres monographies). Aussi cette population d'actifs – précaires au sens du score EPICES – se trouve-t-elle à des niveaux de non recours comparables à ceux trouvés pour les populations d'actifs précaires (*cf.* 1. Tableau comparatif des taux de non recours).

1. Tableau comparatif des taux de non recours des « Chômeurs de plus d'un an / Jeunes en insertion / Bénéficiaires de la CMU-C/ Travailleurs ayant un emploi non stable ou stable à temps partiel / Travailleurs en emploi stable à temps plein ayant des problèmes financiers / Personnes au chômage depuis moins d'un an et travailleurs signalés précaires selon le score EPICES »

	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'1an et travailleurs précaires EPICES	
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F
Aucune consultation médicale au cours des 2 ans	16.3%	6.8%	19.2%	10.7%	18.1%	8.6%	12.8%	3.9%	10.3%	4.0%	13.7%	5.5%
Aucune consultation dentaire au cours des 2 ans	33.3%	21.9%	34.8%	25.7%	35.6%	25.1%	25.6%	13.5%	27.4%	19.0%	30.8%	20.6%
Aucun suivi gynécologique	-	37.9%	-	55.4%	-	47.8%	-	23.2%	-	30.4%	-	36.0%

⁹⁶ C. Sass, J.-J. Moulin, R. Guéguen, *et al.* 2006. Le score Epices : un score individuel de précarité. Construction du score et mesure des relations avec des données de santé, dans une population de 197 389 personnes, *BEH*, n° 14, p. 93-96.

Les six populations d'actifs précaires sont assez proches sur le plan de la précarité socioéconomique (cf. 2. Tableau comparatif de la précarité socioéconomique). Sur aucun critère, le groupe des chômeurs de moins d'un an et des travailleurs identifiés « précaires EPICES » ne se distingue particulièrement.

2. Tableau comparatif de la précarité socioéconomique des « Chômeurs de plus d'un an / Jeunes en insertion / Bénéficiaires de la CMU-C / Travailleurs ayant un emploi non stable ou stable à temps partiel / Travailleurs en emploi stable à temps plein ayant des problèmes financiers / Personnes au chômage depuis moins d'un an et travailleurs signalés précaires selon le score EPICES »

	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	
	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%
Ne sait pas lire ou 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%
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%
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%
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%
A des problèmes financiers	50.5%	46.7%	28.0%	34.0%	55.4%	56.7%	29.0%	21.4%	100%*	100%*	51.4%	55.7%
Pas de possibilité d'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%
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

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

En revanche, l'étude multivariée permettant d'identifier les variables socioéconomiques prédominantes du non recours fait parfois apparaître des relations de dépendance marquées que pour les autres populations. En particulier, une relation de dépendance très forte est à noter avec le type de complémentaire santé. Cette observation rapproche cette population de celle des « travailleurs en emploi stable à temps plein ayant des problèmes financiers ».

2. Un non recours fortement associé à l'absence de complémentaire.

Concernant les personnes au chômage depuis moins d'un an et les travailleurs signalés précaires selon le score EPICES, le non recours aux soins apparaît fortement associé à plusieurs variables socioéconomiques (cf. Analyse multivariée des variables associées au non recours aux soins – Annexe 1). Ainsi, le risque relatif (RR) de non recours au médecin ou au dentiste et de non suivi gynécologique est 1.2 à 2.3 fois plus élevé quand les personnes n'ont aucune complémentaire ou même la CMU-C, que lorsqu'elles bénéficient d'une mutuelle autre que celle-ci. Pour aucune autre population, même celle des « travailleurs en emploi stable à temps plein ayant des problèmes financiers » pour lesquels on remarque en partie cette relation de dépendance, le contraste n'est aussi général et aussi ample. Ici que le non recours aux soins (et surtout au médecin) est systématiquement lié à l'existence de la CMU-C (cf. Classement des variables socioéconomiques et de santé associées au non recours aux soins – Annexe 2). Autrement dit, les personnes précaires au sens du score EPICES seraient fortement exposées à l'une ou l'autre forme de non recours, dès lors qu'elles ne disposent pas d'une mutuelle complémentaire (autre qu'une complémentaire gratuite). De la même façon, la faiblesse des diplômes et la non maîtrise du français jouent dans tous les cas de figure dans le sens d'un RR plus élevé (de 1.2 à 1.9 fois). Cette relation de dépendance se remarque même parfois avec des hommes ou des femmes

possédant d'un diplôme du premier cycle du secondaire, si bien que cette population paraît moins prémunie que les autres par la formation reçue.

Moins bien protégés, moins diplômés ou moins à même de se faire comprendre, les plus vulnérables au non recours aux soins se trouveraient aussi parmi celles et ceux qui déclarent ne pas avoir de contact avec leur famille (RR : 1.1 à 1.4 fois plus élevé), ou de possibilité d'hébergement en cas de besoin (RR : 1.1 à 1.2 fois plus élevé). Comme pour les autres populations, l'*environnement social*⁹⁷ entre une nouvelle fois en ligne de compte, comme l'*isolement* si l'on rapporte – avec prudence⁹⁸ – cette notion au fait de ne pas vivre en couple (RR : 1.05 à 1.4 fois plus élevé). Aussi pourrait-on dire, en tenant compte des résultats d'autres études⁹⁹, que plus les personnes sont précaires (au sens du score EPICES), c'est-à-dire moins elles disposent de support relationnel, plus elles se trouvent exposées au non recours.

La rencontre de travailleurs sociaux préviendrait du non recours au médecin, au sens où le RR est 0.8 fois plus bas que lorsque les personnes ne les rencontrent pas. Pour autant, cette population ne recourt pas particulièrement aux services sociaux, en tout cas moins que les chômeurs de plus d'un an, les jeunes en insertion ou les bénéficiaires de la CMU-C.

3. Tableau comparatif du suivi social des « Chômeurs de plus d'un an / Jeunes en insertion / Bénéficiaires de la CMU-C / Travailleurs ayant un emploi non stable ou stable à temps partiel / Travailleurs en emploi stable à temps plein ayant des problèmes financiers / Personnes au chômage depuis moins d'un an et travailleurs signalés précaires selon le score EPICES »

	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	
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F
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%

Comme pour les « travailleurs en emploi stable à temps plein ayant des problèmes financiers », desquels ils se rapprochent sur plusieurs points, les personnes au chômage depuis moins d'un an et les travailleurs signalés précaires selon le score EPICES en situation de non recours se caractérisent par leur isolement social (« absence de contact avec la famille », « pas de possibilité d'hébergement en cas de besoin », « ne pas vivre en couple »). Comme l'ont montré des enquêtes récentes « précaire rime avec solitaire »¹⁰⁰. On pourrait ajouter en tenant compte de nos enquêtes qualitatives que *précaire solitaire rime avec non recours*. Il en va aussi de certaines variables de santé, au

⁹⁷ 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.

⁹⁸ L'isolement peut comprendre 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. 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>

⁹⁹ C. Chauveaud 2006. Les difficultés d'accès aux droits et services des populations modestes. Enquête par questionnaire auprès du public d'un Point Information Médiation Multiservices (PIMMS) installé dans un quartier d'habitat social, *Observations et Etudes*, n°19, http://odenore.msh-alpes.prd.fr/documents/n_19.pdf

¹⁰⁰ C'est l'un des principaux résultats de l'enquête « Isolement » menée au début de l'année 2006 dans 81 équipes départementales du Secours catholiques ; cf. www.secours-catholique.asso.fr

premier rang desquelles nous retrouvons une nouvelle fois la présence de dents cariées non traitées. Le non recours associé à la précarité développe ainsi des stigmates physiques. Or dès lors que ceux-ci contribuent à rendre plus difficiles l'accès même aux soins, le non recours aux soins fonctionne comme un cercle vicieux.

Annexe 1 : Analyse multivariée des variables socioéconomiques associées au non recours aux soins.

Les Odds ratios (OR) significatifs sont les OR dont l'intervalle de confiance ne comprend pas la valeur « 1 ». Plus l'OR est supérieur à 1 ou inférieur à 1, plus la relation avec le non recours est importante. Les OR grisés sont non significatif.

Analyse multivariée des variables socioéconomiques associées au non recours au médecin et dentiste chez les personnes au chômage depuis moins d'un an et travailleurs signalés précaires selon le score EPICES.

	Médecin				Dentiste			
	Homme		Femmes		Hommes		Femmes	
	OR	IC 95	OR	IC 95	OR	IC 95	OR	IC 95
16-19 ans	1.81	[1.52 ; 2.15]	1.78	[1.43 ; 2.22]	1.17	[1.01 ; 1.36]	1.30	[1.12 ; 1.51]
20-29 ans	1.33	[1.24 ; 1.42]	1.35	[1.22 ; 1.50]	1.07	[1.01 ; 1.12]	1.21	[1.14 ; 1.28]
30-39 ans	1.23	[1.16 ; 1.30]	1.27	[1.15 ; 1.40]	0.93	[0.89 ; 0.97]	0.94	[0.89 ; 0.99]
40-49 ans	1.24	[1.17 ; 1.32]	1.20	[1.09 ; 1.32]	0.97	[0.93 ; 1.01]	0.97	[0.93 ; 1.03]
50-59 ans	1		1		1		1	
licence, maîtrise, école d'ingénieur	1		1		1		1	
DEUG DUT BTS	1.07	[0.96 ; 1.20]	0.88	[0.74 ; 1.05]	1.04	[0.95 ; 1.13]	1.00	[0.91 ; 1.11]
BAC	1.07	[0.97 ; 1.18]	0.98	[0.85 ; 1.14]	1.01	[0.93 ; 1.08]	1.06	[0.97 ; 1.16]
CAP BEP BEPC Brevet des collèges Certificat	1.14	[1.04 ; 1.25]	1.03	[0.89 ; 1.18]	1.05	[0.99 ; 1.13]	1.10	[1.01 ; 1.19]
Sans diplôme ou CEP seul	1.34	[1.22 ; 1.48]	1.38	[1.19 ; 1.60]	1.30	[1.21 ; 1.40]	1.44	[1.32 ; 1.57]
Ne sait pas lire ou écrire le français	1.56	[1.37 ; 1.79]	1.69	[1.36 ; 2.09]	1.80	[1.62 ; 1.99]	1.87	[1.64 ; 2.13]
Cadres supérieurs	1		1		1		1	
Professions intermédiaires	0.83	[0.74 ; 0.92]	0.73	[0.59 ; 0.90]	1.15	[1.05 ; 1.25]	1.05	[0.91 ; 1.20]
Artisans commerçants	1.59	[1.24 ; 2.05]	2.35	[1.67 ; 3.30]	1.23	[0.97 ; 1.55]	1.67	[1.27 ; 2.19]
Employés	0.77	[0.70 ; 0.85]	0.73	[0.60 ; 0.89]	1.31	[1.20 ; 1.42]	1.17	[1.03 ; 1.33]
Ouvriers	0.82	[0.74 ; 0.90]	0.76	[0.62 ; 0.94]	1.41	[1.30 ; 1.53]	1.24	[1.09 ; 1.42]
Autres	1.01	[0.84 ; 1.20]	0.96	[0.74 ; 1.26]	1.66	[1.43 ; 1.92]	1.46	[1.23 ; 1.73]
Actifs	1		1		1		1	
<= 6 mois	1.01	[0.94 ; 1.09]	1.21	[1.08 ; 1.34]	1.01	[0.96 ; 1.07]	1.00	[0.94 ; 1.07]
> 6 mois et <= 1 an	0.98	[0.93 ; 1.04]	1.09	[1.01 ; 1.19]	1.03	[0.99 ; 1.08]	1.03	[0.98 ; 1.08]
Mutuelle Complémentaire	1		1		1		1	
Bénéficiaires de la CMU-C	1.53	[1.43 ; 1.63]	1.50	[1.36 ; 1.65]	1.15	[1.09 ; 1.21]	1.12	[1.05 ; 1.18]
Bénéficiaire aide autre que CMU-C	1.94	[1.54 ; 2.45]	2.26	[1.62 ; 3.14]	2.10	[1.74 ; 2.53]	2.17	[1.76 ; 2.67]
Sans complémentaire	1.89	[1.80 ; 1.98]	1.96	[1.81 ; 2.12]	1.77	[1.7 ; 1.83]	1.90	[1.81 ; 1.99]
En couple	1		1		1		1	
Pas en couple	1.30	[1.25 ; 1.35]	1.09	[1.02 ; 1.16]	1.05	[1.02 ; 1.09]	0.90	[0.87 ; 0.94]
Pas rencontre avec travailleur social	1		1		1		1	
Rencontre avec un travailleur social	0.84	[0.80 ; 0.89]	0.79	[0.73 ; 0.86]	1.06	[1.02 ; 1.10]	1.02	[0.73 ; 0.86]
Pas de problème financier	1		1		1		1	
Problèmes financiers	0.84	[0.81 ; 0.88]	0.83	[0.78 ; 0.88]	1.13	[1.09 ; 1.16]	1.14	[1.10 ; 1.19]
Contact avec la famille	1		1		1		1	
Pas de contact	1.26	[1.20 ; 1.31]	1.37	[1.28 ; 1.47]	1.12	[1.09 ; 1.16]	1.17	[1.28 ; 1.47]
Hébergement en cas de besoin	1		1		1		1	
Absence d'hébergement...	1.14	[1.09 ; 1.21]	1.23	[1.14 ; 1.33]	1.10	[1.06 ; 1.14]	1.13	[1.08 ; 1.18]
Aide matérielle	1		1		1		1	
Absence d'aide matérielle	0.97	[0.92 ; 1.02]	0.98	[0.90 ; 1.06]	1.07	[1.02 ; 1.11]	1.06	[1.01 ; 1.11]

OR grisé : non significatif.

Analyse multivariée des variables socioéconomiques associées au non suivi gynécologique chez les personnes au chômage depuis moins d'un an et travailleurs signalés précaires selon le score EPICES.

	Gynécologue	
	Femmes	
	OR	IC 95
16-19 ans	1.51	[1.33 ; 1.71]
20-29 ans	1.12	[1.06 ; 1.17]
30-39 ans	0.86	[0.82 ; 0.90]
40-49 ans	0.94	[0.90 ; 0.98]
50-59 ans	1	
licence, maîtrise, école d'ingénieur		
DEUG DUT BTS	0.98	[0.90 ; 1.06]
BAC	1.00	[0.93 ; 1.08]
CAP BEP BEPC Brevet des collèges Certificat	0.98	[0.92 ; 1.05]
Sans diplôme ou CEP seul	1.19	[1.11 ; 1.28]
Ne sait pas lire ou écrire le français	1.48	[1.32 ; 1.67]
Cadres supérieurs		
Professions intermédiaires	1.00	[0.90 ; 1.11]
Artisans commerçants	1.31	[1.03 ; 1.67]
Employés	1.10	[0.99 ; 1.22]
Ouvriers	1.22	[1.10 ; 1.36]
Autres	1.53	[1.33 ; 1.76]
Actifs		
<= 6 mois	1.07	[1.02 ; 1.13]
> 6 mois et <= 1 an	1.11	[1.07 ; 1.16]
Mutuelle Complémentaire		
Bénéficiaires de la CMU-C	1.30	[1.24 ; 1.36]
Bénéficiaire aide autre que CMU-C	1.57	[1.28 ; 1.91]
Sans complémentaire	1.90	[1.83 ; 1.98]
En couple		
Pas en couple	1.36	[1.32 ; 1.40]
Pas de rencontre avec un travailleur social		
Rencontre avec un travailleur social	1.01	[0.97 ; 1.04]
Pas de problème financier		
Problèmes financiers	1.04	[1.01 ; 1.07]
Contact avec la famille		
Pas de contact	1.18	[1.14 ; 1.22]
Hébergement en cas de besoin		
Absence d'hébergement...	1.04	[1.00 ; 1.08]
Aide matérielle		
Absence d'aide matérielle	1.06	[1.02 ; 1.10]

OR grisé : non significatif.

Annexe 2 : Classement des variables socioéconomiques et de santé associées au non recours aux soins.

La partie supérieure des tableaux regroupe les *Odds Ratios* (OR) significatifs de plus grand au plus petit. Les OR significatifs sont les OR dont l'intervalle de confiance ne comprend pas la valeur « 1 » : ils sont identifiés par une étoile « * ». Plus l'OR est supérieur à 1 ou inférieur à 1, plus la relation avec le non recours est importante.

La partie inférieure des tableaux regroupe les OR non significatifs : ce sont les variables qui n'ont pas de relation significative avec le non recours.

Les résultats présentés classent les variables du non recours, des plus déterminantes à celles n'ayant pas de relation avec le non recours.

Classement des variables socioéconomiques et de santé associées au non recours au médecin des personnes au chômage depuis moins d'un an et travailleurs signalés précaires selon le score EPICES.

Médecin	Homme		Médecin	Femmes	
	OR	IC 95		OR	IC 95
Sans complémentaire	1.68	[1.56 ; 1.82]	Sans complémentaire	1.67	[1.48 ; 1.89]
Bénéficiaires de la CMU-C	1.50	[1.36 ; 1.66]	Bénéficiaires de la CMU-C	1.49	[1.29 ; 1.72]
Ne pas vivre en couple	1.39	[1.30 ; 1.49]	Présence de dents cariées non traitées	1.38	[1.29 ; 1.47]
Absence de contact avec la famille	1.34	[1.25 ; 1.43]	Absence d'hébergement en cas de besoin	1.33	[1.18 ; 1.51]
Présence de dents cariées non traitées	1.29	[1.24 ; 1.34]	Absence de contact avec la famille	1.31	[1.18 ; 1.45]
Absence d'hébergement en cas de besoin	1.23	[1.13 ; 1.33]	Ne pas vivre en couple	1.19	[1.07 ; 1.32]
Hypercholestérolémie	1.17	[1.03 ; 1.32]	Niveau d'études (+ élevé au + faible)	1.09	[1.04 ; 1.15]
Déficit visuel	1.15	[1.07 ; 1.23]	Age	1.07	[1.01 ; 1.12]
Niveau d'études (+ élevé au + faible)	1.08	[1.05 ; 1.12]	Maigreux	0.86	[0.80 ; 0.93]
PCS (+ favorisée à - favorisée)	0.96	[0.93 ; 0.99]	Problèmes financiers	0.84	[0.76 ; 0.93]
Déficit auditif	0.91	[0.84 ; 0.99]	Mauvaise santé perçue	0.78	[0.72 ; 0.84]
Problèmes financiers	0.87	[0.82 ; 0.93]	Rencontre d'un travailleur social	0.77	[0.68 ; 0.87]
Rencontre d'un travailleur social	0.85	[0.79 ; 0.93]	Hypercholestérolémie	1.17	[0.93 ; 1.46]
Mauvaise santé perçue	0.70	[0.66 ; 0.74]	Taux d'hémoglobine bas	1.16	[1.00 ; 1.35]
Taux d'hémoglobine bas	1.13	[0.92 ; 1.39]	Déficit visuel	1.12	[1.00 ; 1.24]
Tension artérielle élevée	1.10	[0.99 ; 1.22]	PCS (+ favorisée à - favorisée)	1.05	[0.99 ; 1.11]
Age	1.01	[0.97 ; 1.04]	Chômage	1.05	[0.99 ; 1.12]
Obésité	1.01	[0.85 ; 1.20]	Absence d'aide matérielle	1.03	[0.91 ; 1.17]
Chômage	0.97	[0.93 ; 1.02]	Taux de triglycérides élevé	1.02	[0.77 ; 1.35]
Maigreux	0.97	[0.92 ; 1.02]	Déficit auditif	0.99	[0.87 ; 1.14]
Taux de triglycérides élevé	0.96	[0.87 ; 1.06]	Tension artérielle élevée	0.97	[0.76 ; 1.23]
Absence d'aide matérielle	0.93	[0.85 ; 1.01]	Taux de glucose élevé	0.95	[0.61 ; 1.48]
Taux de glucose élevé	0.84	[0.69 ; 1.02]	Obésité	0.94	[0.78 ; 1.15]

**Classement des socioéconomiques et de santé associées au non recours au dentiste
des personnes au chômage depuis moins d'un an et travailleurs signalés précaires selon le score EPICES.**

Dentiste	Homme	
	OR	IC 95
Sans complémentaire	1.64	[1.54 ; 1.74]
Présence de dents cariées non traitées	1.46	[1.41 ; 1.50]
Taux d'hémoglobine bas	1.27	[1.08 ; 1.50]
Déficit visuel	1.26	[1.20 ; 1.34]
Bénéficiaires de la CMU-C	1.17	[1.09 ; 1.27]
Absence d'hébergement en cas de besoin	1.13	[1.06 ; 1.20]
Ne pas vivre en couple	1.12	[1.06 ; 1.18]
Hypercholestérolémie	1.12	[1.02 ; 1.24]
Absence de contact avec la famille	1.11	[1.05 ; 1.17]
Mauvaise santé perçue	1.08	[1.04 ; 1.12]
Problèmes financiers	1.07	[1.02 ; 1.13]
Age	1.06	[1.03 ; 1.09]
Niveau d'études (+ élevé au + faible)	1.06	[1.03 ; 1.08]
PCS (+ favorisée à - favorisée)	1.05	[1.02 ; 1.07]
Maigreur	1.05	[1.01 ; 1.09]
Taux de glucose élevé	1.10	[0.96 ; 1.27]
Absence d'aide matérielle	1.04	[0.98 ; 1.11]
Déficit auditif	1.04	[0.98 ; 1.11]
Rencontre d'un travailleur social	1.03	[0.96 ; 1.10]
Chômage	0.98	[0.95 ; 1.02]
Obésité	0.97	[0.84 ; 1.11]

Dentiste	Femmes	
	OR	IC 95
Sans complémentaire	1.73	[1.61 ; 1.86]
Présence de dents cariées non traitées	1.48	[1.42 ; 1.54]
Taux d'hémoglobine bas	1.43	[1.31 ; 1.56]
Tension artérielle élevée	1.41	[1.25 ; 1.60]
Déficit visuel	1.24	[1.17 ; 1.32]
Absence de contact avec la famille	1.17	[1.10 ; 1.25]
Absence d'hébergement en cas de besoin	1.16	[1.08 ; 1.25]
Déficit auditif	1.13	[1.05 ; 1.22]
Maigreur	1.12	[1.07 ; 1.17]
Age	1.11	[1.08 ; 1.15]
Problèmes financiers	1.07	[1.01 ; 1.14]
Ne pas vivre en couple	0.92	[0.87 ; 0.98]
Taux de glucose élevé	1.25	[0.99 ; 1.56]
Taux de triglycérides élevé	1.12	[0.96 ; 1.31]
Obésité	1.07	[0.95 ; 1.21]
Bénéficiaires de la CMU-C	1.06	[0.97 ; 1.15]
Hypercholestérolémie	1.06	[0.93 ; 1.22]
Mauvaise santé perçue	1.05	[1.00 ; 1.09]
Niveau d'études (+ élevé au + faible)	1.03	[1.00 ; 1.06]
PCS (+ favorisée à - favorisée)	1.03	[1.00 ; 1.06]
Chômage	1.03	[0.99 ; 1.07]
Rencontre d'un travailleur social	1.01	[0.94 ; 1.08]
Absence d'aide matérielle	1.00	[0.93 ; 1.08]

**Classement des socioéconomiques et de santé associées au non suivi gynécologique
des femmes au chômage depuis moins d'un an et travailleuses signalées précaires selon le score EPICES.**

Gynécologue	Femme	
	OR	IC 95
Sans complémentaire	1.74	[1.63 ; 1.86]
Ne pas vivre en couple	1.51	[1.43 ; 1.59]
Présence de dents cariées non traitées	1.30	[1.25 ; 1.35]
Tension artérielle élevée	1.30	[1.16 ; 1.46]
Taux de glucose élevé	1.29	[1.04 ; 1.59]
Obésité	1.24	[1.12 ; 1.38]
Bénéficiaires de la CMU-C	1.23	[1.14 ; 1.33]
Hypercholestérolémie	1.19	[1.06 ; 1.34]
Mauvaise santé perçue	1.17	[1.13 ; 1.22]
Déficit visuel	1.16	[1.10 ; 1.23]
Absence de contact avec la famille	1.13	[1.07 ; 1.20]
Déficit auditif	1.12	[1.05 ; 1.21]
Taux d'hémoglobine bas	1.11	[1.02 ; 1.20]
Age	1.09	[1.06 ; 1.12]
PCS (+ favorisée à - favorisée)	1.07	[1.04 ; 1.10]
Maigreur	1.07	[1.03 ; 1.11]
Chômage	1.06	[1.02 ; 1.09]
Problèmes financiers	1.02	[0.97 ; 1.08]
Absence d'aide matérielle	1.02	[0.96 ; 1.09]
Niveau d'études (+ élevé au + faible)	1.01	[0.98 ; 1.03]
Absence d'hébergement en cas de besoin	1.00	[0.94 ; 1.06]
Taux de triglycérides élevé	1.00	[0.86 ; 1.15]
Rencontre d'un travailleur social	0.99	[0.93 ; 1.05]

Le non recours aux soins des actifs non précaires (population de référence).

Eléments de synthèse.

Les six monographies réalisées sur des populations d'actifs précaires ont été progressivement comparées entre elles. Nous avons fait apparaître ainsi des ressemblances et des divergences. Cela nous a permis d'identifier un faisceau de variables socioéconomiques et de variables de santé qui caractérisent la présence du non recours aux soins. En particulier, le non recours des actifs précaires paraît associé, pour beaucoup, à l'isolement des personnes et à la faiblesse de leurs supports relationnels, alors que des indicateurs de mauvaise santé caractérisent chaque situation, en particulier un état bucco-dentaire dégradé. Autrement dit, le phénomène renvoie principalement aux inégalités sociales et aux inégalités de santé qui traversent chaque population d'actifs précaires.

Arrivé à ce point, il importe de comparer les actifs précaires et les actifs non précaires, de façon à vérifier la prévalence du non recours chez les populations précaires et à voir si – indépendamment de la précarité – le phénomène de non recours est lié à un même ensemble de variables. Dans la mesure où la prévalence du non recours ne serait pas dépendante des mêmes variables chez les précaires et les non précaires, le phénomène pourrait se prêter à des explications différentes. L'analyse statistique produite sur la population de référence (actifs non précaires) montre cependant que ce n'est pas le cas, loin s'en faut. Les variables associées au non recours restent globalement les mêmes. Nous en déduisons par conséquent une forte homologie entre non recours des actifs précaires et non recours des actifs non précaires, à partir de laquelle l'existence du non recours aux soins comme *fait social* peut être supposée. Le non recours répondrait en effet aux quatre critères définissant un fait social : de *généralité*, au sens où le phénomène est marqué d'une certaine fréquence (l'analyse statistique de la base RAIDE du CETAF l'atteste) ; d'*extériorité*, dans la mesure où il transcende les individus et leur appartenance à une catégorie d'actifs en s'inscrivant dans des inégalités sociales générales ; de *coercition*, puisqu'il s'impose pour une part aux individus¹⁰¹ en étant le fruit de combinaisons de facteurs comme le montrent les enquêtes qualitatives¹⁰² ; d'*historicité*, dès lors que le non recours (aux soins et plus généralement aux droits et services) devient peu à peu un « problème public »¹⁰³. 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 – que des facteurs liés aux conditions d'existence (renvoyant aussi bien à *l'environnement social*¹⁰⁴, à *l'isolement*¹⁰⁵, au *capital social*¹⁰⁶, à la

¹⁰¹ 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. »

¹⁰² Cf. dans le Rapport : « Résultats d'une approche qualitative du non recours aux soins des actifs précaires. Eléments de synthèse. »

¹⁰³ Pour première approche : 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.

¹⁰⁴ *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.

*protection sociale*¹⁰⁷) qui détermineraient le non recours aux soins. Le non recours s'inscrit dans une sorte de *continuum social*, dans la mesure où les populations sont toutes affectées par les caractéristiques socioéconomiques liées au non recours aux soins, mais dans des proportions plus ou moins importantes.

La population présentée ici, celle des actifs non précaires, est « la population de référence » pour les six populations de précaires étudiées dans la recherche NOSAP. Elle est composée de tous les individus, parmi les consultants de 16 à 59 ans ayant passé un examen périodique de santé entre 2002 et 2005 (lorsqu'un consultant a passé plusieurs examens sur la période, un seul examen est pris en compte) qui n'appartiennent à aucune des six populations d'actifs précaires. Cette population regroupe donc les travailleurs ayant un emploi stable à temps plein sans problèmes financiers et non précaires EPICES, ainsi que les chômeurs de moins de un an et également non précaires EPICES¹⁰⁸. Il a été décidé de ne pas prendre en compte dans cette population de référence quatre groupes d'individus à cause de leur spécificité par rapport au non recours : les étudiants, les élèves, les jeunes en formation, les retraités, les personnes au foyer, les personnes diverses sans activité professionnelle. Ont été écartés également de l'étude les individus hors FNPEIS (Fonds de Prévention d'Education et d'Information Sanitaire), les agriculteurs (trop faible effectif) et les bilans hors référentiels (bilans incomplets). L'analyse porte donc sur 301 069 consultants, dont 61.7 % d'hommes et 38.3 % de femmes.

1. La « non précarité » de la population de référence.

La comparaison parle d'elle-même. Quelle que soit la variable socioéconomique prise en compte, la population de référence se distingue de n'importe quelle population d'actifs précaires (cf. 1. Tableau comparatif de la précarité socioéconomique). Sur tous les plans, la proportion d'individus présentant un facteur de vulnérabilité à la précarité est nettement inférieure aux résultats obtenus pour l'une ou l'autre des six populations d'actifs précaires. Pourtant, la population d'actifs non précaires est elle aussi composée majoritairement d'ouvriers et d'employés (dans des proportions qui sont supérieures à celles trouvées pour les hommes et les femmes bénéficiaires de la CMU-C). Plutôt ressemblante sur le plan de la PCS, la population des actifs non précaires ne cumule pas de facteurs de vulnérabilité (sinon elle serait identifiée comme précaire selon le score EPICES). Davantage diplômée¹⁰⁹, très rarement affectée par des problèmes financiers récurrents, cette population apparaît également comme étant beaucoup moins isolée (vivant très majoritairement en couple et bénéficiant très massivement de soutiens

¹⁰⁵ *L'isolement* peut comprendre 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.

¹⁰⁶ *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.

¹⁰⁷ Par *protection sociale*, nous parlons ici de l'existence d'une couverture maladie assurée par une mutuelle complémentaire, ou par une complémentaire gratuite.

¹⁰⁸ Les travailleurs occupant un emploi stable à temps plein nous ait apparu pertinent dans la définition de la population de référence. En revanche, conserver les chômeurs de moins de un an avec les travailleurs ayant un emploi stable à temps plein dans la population de référence a fait débat. Malgré leurs caractéristiques différentes selon le sexe, l'âge et leur catégories socioprofessionnelle, ces deux populations ont montré qu'elles étaient très semblables concernant le non recours aux soins. De plus, le chômage de moins de un an ne rend pas nécessairement compte d'une situation de précarité, et ce d'autant plus si ces chômeurs sont non précaires EPICES. On peut penser par exemple au « chômage frictionnel » qui correspond au passage entre deux emplois (ou entre la fin des études et l'entrée sur le marché de l'emploi) et qui n'implique pas un basculement automatique dans la précarité.

¹⁰⁹ Le niveau d'étude de la population de référence est assez élevé puisque plus de 20% de la population a au minimum un diplôme de 3 années après le BAC. 57% des hommes et 60% des femmes ont le baccalauréat, et moins de 1% ne savent pas lire ou écrire le français.

en cas de besoin). De plus – et le contraste est sur ce plan particulièrement fort – moins d'1 % rencontrerait des difficultés financières pour faire face à leurs besoins. C'est donc l'environnement social qui est ici bien meilleur. L'une des conséquences de cette « non précarité » est qu'à la différence des populations d'actifs précaires, la proportion de personnes rencontrant régulièrement un travailleur social chute à moins de 3 %.

1. Tableau comparatif des variables de 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	
	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.

Dit autrement, les actifs non précaires peuvent être vulnérables sur certains plans, 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 nos enquêtes qualitatives. Pour ces personnes, avoir un emploi stable (ou être en chômage depuis peu) et se trouver globalement dans un environnement social favorable ne rendrait pas leur possible vulnérabilité plus difficile à vivre. C'est ce qui les différencie en particulier des actifs ayant un emploi précaire¹¹⁰, 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 incertitudes¹¹¹.

Apparemment moins exposées du « cumul de précarités qui fait *la précarité* »¹¹², la population de référence est également moins sujette au phénomène de non recours aux soins. Le lien entre précarité et non recours aux soins, maintenant bien établi, fonctionne également en sens inverse : moins on est précaire, plus la possibilité de non recours diminue.

¹¹⁰ M.-O. Simon, C. Olm, E. Alberola 2006. *Avoir un emploi rend la pauvreté plus difficile à vivre*, CREDOC.

¹¹¹ J. Furtos, C. Laval 2005. *La santé mentale en actes. De la clinique au politique*, Paris, Erès.

¹¹² A. Bihl, R. Pfefferkorn 2008. *Le système des inégalités*, Paris, La Découverte, coll. Repères.

2. Un non recours aux soins plus limité, mais principalement lié à l'absence de complémentaire.

La comparaison des résultats est tout aussi nette en ce qui concerne le non recours aux soins (*cf.* 2. Tableau comparatif des taux de non recours). La « non précarité » éloignerait en quelque sorte du non recours. L'étude multivariée des variables socioéconomiques associées au non recours indique montre en effet que le phénomène est lié à des facteurs de précarité que l'on retrouve *de facto* beaucoup moins chez les actifs non précaires que dans les six populations d'actifs précaires (*cf.* Analyse multivariée des variables socioéconomiques associées au non recours aux soins – Annexe 1). Ainsi, le faible niveau de niveau de diplôme (environ 7% des personnes) ou la non maîtrise du français (moins de 0.5%), tout comme l'absence de contact avec la famille et de possibilité d'hébergement en cas de besoin, sont associés une nouvelle fois au non recours, mais pour un nombre de personnes et pour des taux de prévalence plus réduits (risque relatif plus bas que pour les populations de précaires). En fait, la seule variable qui paraît fortement et systématiquement associée au non recours des actifs non précaires et comme des actifs précaires (hormis les bénéficiaires de la CMU-C), est l'absence de complémentaire. Le risque relatif (RR) est 1.5 à 2 fois plus élevé lorsque les personnes n'ont aucune complémentaire que lorsqu'elles ont une mutuelle. Certes la proportion d'actifs non précaires sans complémentaire est particulièrement bas (moins de 3%), mais une dépendance statistique forte apparaît ici aussi, que ce soit pour le non recours au médecin ou au dentiste, ou pour le non suivi gynécologique. L'absence de complémentaire apparaît en tête du classement des variables associées au non recours au médecin et au non suivi gynécologique, et parmi les deux ou trois premières variables pour le non recours au dentiste (*cf.* Classement des variables socioéconomiques et de santé associées au non recours aux soins – Annexe 2). Cette variable multiplie par 1.6 à 1.9 la possibilité de non recours aux soins.

2. Tableau comparatif des taux de non recours 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	
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F
Aucune consultation médicale au cours des 2 ans	16.3	6.8	19.2	10.7	18.1	8.6	12.8	3.9	10.3	4.0	13.7	5.5	8.7	3.6
Aucune consultation dentaire au cours des 2 ans	33.3	21.9	34.8	25.7	35.6	25.1	25.6	13.5	27.4	19.0	30.8	20.6	15.8	10.0
Aucun suivi gynécologique	-	37.9	-	55.4	-	47.8	-	23.2	-	30.4	-	36.0	-	17.4

D'une façon plus générale, le classement des variables socioéconomiques et de santé indique une relative homogénéité des résultats selon les formes de non recours et entre hommes et femmes de la population de référence, mais aussi des ressemblances avec ceux trouvés pour les populations d'actifs précaires. Aussi, l'analyse d'ensemble confirme-t-elle l'intérêt de rechercher les principales variables permettant d'identifier la vulnérabilité au non recours aux soins d'une population donnée. L'idée de proposer le cas échéant un « indicateur du non recours » – présentée dans le projet NOSAP en réponse à l'appel à recherches de l'ANR – paraît à la fois intéressante et réaliste. C'est pour cela que, suite à la comparaison des résultats entre actifs précaires, un *outil de repérage de non recours aux soins* (nommé NORES) a été construit. Cet outil a été

bâti 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 sociale. Il est aujourd'hui en cours de validation, en particulier dans des travaux menés par l'Odenore pour l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé et le Haut Commissariat aux Solidarités Actives, en lien avec une équipe CNRS du CHU de Grenoble.

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). Toutefois, il faut surtout indiquer ici, pour souligner une nouvelle fois la faible vulnérabilité des actifs non précaires au non recours aux soins, que parmi les cinq variables prises en compte par NORES, une seule correspond à une variable associée au non recours aux soins des actifs non précaires. Il s'agit de l'absence de complémentaire santé qui est, nous l'avons vu, la principale caractéristique du non recours chez les actifs non précaires (bien que dans le questionnaire NORES d'évaluation du risque de non recours aux soins, non seulement l'absence de complémentaire mais aussi la CMU-C complémentaire et l'AMER sont prises en compte). Ce résultat est particulièrement significatif au moment où la part de la complémentaire santé et du restant à charge individuel dans le paiement des frais de santé s'accroît.

Annexe 1 : Analyse multivariée des variables socioéconomiques associées au non recours aux soins.

Les Odds ratios (OR) significatifs sont les OR dont l'intervalle de confiance ne comprend pas la valeur « 1 ». Plus l'OR est supérieur à 1 ou inférieur à 1, plus la relation avec le non recours est importante. Les OR grisés sont non significatif.

Analyse multivariée des variables socioéconomiques associées au non recours au médecin et dentiste chez les actifs non précaires.

	Médecin				Dentiste			
	Homme		Femmes		Hommes		Femmes	
	OR	IC 95	OR	IC 95	OR	IC 95	OR	IC 95
16-19 ans	0.80	[0.51 ; 1.24]	1.54	[0.87 ; 2.71]	1.44	[1.08 ; 1.91]	1.63	[1.14 ; 2.34]
20-29 ans	1.02	[0.96 ; 1.09]	0.96	[0.87 ; 1.07]	1.53	[1.46 ; 1.60]	1.72	[1.61 ; 1.83]
30-39 ans	1.04	[0.99 ; 1.09]	1.17	[1.07 ; 1.28]	1.13	[1.09 ; 1.17]	1.16	[1.09 ; 1.23]
40-49 ans	1.10	[1.05 ; 1.14]	1.22	[1.13 ; 1.33]	0.96	[0.93 ; 0.99]	1.00	[1.00 ; 1.00]
50-59 ans	1		1		1		1	
licence, maîtrise, école d'ingénieur	1		1		1		1	
DEUG DUT BTS	0.88	[0.83 ; 0.93]	0.93	[0.84 ; 1.03]	1.03	[0.98 ; 1.07]	0.93	[0.87 ; 0.99]
BAC	0.96	[0.91 ; 1.01]	0.90	[0.81 ; 0.99]	1.00	[0.96 ; 1.04]	0.97	[0.90 ; 1.03]
CAP BEP BEPC Brevet des collèges	0.94	[0.89 ; 0.99]	0.88	[0.80 ; 0.98]	1.04	[0.99 ; 1.08]	1.00	[0.94 ; 1.07]
Certificat	1.07	[0.99 ; 1.16]	1.10	[0.95 ; 1.27]	1.36	[1.28 ; 1.44]	1.45	[1.33 ; 1.58]
Sans diplôme ou CEP seul	1.07	[0.99 ; 1.16]	1.10	[0.95 ; 1.27]	1.36	[1.28 ; 1.44]	1.45	[1.33 ; 1.58]
Ne sait pas lire ou écrire le français	1.01	[0.76 ; 1.32]	1.11	[0.69 ; 1.80]	1.85	[1.55 ; 2.21]	2.22	[1.74 ; 2.84]
Cadres supérieurs	1		1		1		1	
Professions intermédiaires	0.79	[0.75 ; 0.83]	0.83	[0.75 ; 0.91]	0.98	[0.95 ; 1.02]	0.95	[0.88 ; 1.02]
Artisans commerçants	1.09	[0.93 ; 1.29]	2.23	[1.48 ; 3.35]	1.04	[0.89 ; 1.20]	1.59	[1.12 ; 2.25]
Employés	0.76	[0.71 ; 0.80]	0.75	[0.67 ; 0.83]	1.05	[1.00 ; 1.09]	1.02	[0.95 ; 1.10]
Ouvriers	0.79	[0.75 ; 0.84]	0.73	[0.63 ; 0.85]	1.16	[1.11 ; 1.22]	1.08	[0.98 ; 1.18]
Autres	0.77	[0.41 ; 1.44]	0.54	[0.22 ; 1.34]	2.05	[1.40 ; 3.00]	1.50	[1.04 ; 2.17]
Emploi stable à temps plein	1		1		1		1	
<= 6 mois	0.94	[0.84 ; 1.06]	1.25	[1.07 ; 1.46]	0.93	[0.85 ; 1.01]	1.10	[1.00 ; 1.22]
> 6 mois et <= 1 an	0.85	[0.78 ; 0.93]	0.91	[0.80 ; 1.04]	0.98	[0.92 ; 1.05]	1.12	[1.05 ; 1.20]
Mutuelle Complémentaire	1		1		1		1	
Bénéficiaire aide autre que CMU-C	0.87	[0.55 ; 1.38]	0.69	[0.29 ; 1.69]	1.23	[0.91 ; 1.67]	1.64	[1.11 ; 2.43]
Sans complémentaire	1.89	[1.75 ; 2.05]	1.52	[1.28 ; 1.81]	1.64	[1.53 ; 1.75]	1.66	[1.49 ; 1.84]
En couple	1		1		1		1	
Pas en couple	1.30	[1.25 ; 1.36]	1.26	[1.17 ; 1.35]	1.05	[1.02 ; 1.09]	1.04	[0.99 ; 1.09]
Pas de rencontre avec un travailleur social	1		1		1		1	
Rencontre avec un travailleur social	0.85	[0.76 ; 0.96]	0.79	[0.64 ; 0.97]	0.94	[0.86 ; 1.03]	0.96	[0.64 ; 0.97]
Pas de problème financier	1		1		1		1	
Problèmes financiers	0.96	[0.71 ; 1.29]	0.75	[0.48 ; 1.16]	1.24	[1.02 ; 1.51]	1.01	[0.82 ; 1.26]
Contact avec la famille	1		1		1		1	
Pas de contact	1.22	[1.13 ; 1.32]	1.11	[0.94 ; 1.30]	1.07	[1.00 ; 1.14]	1.23	[1.11 ; 1.36]
Hébergement en cas de besoin	1		1		1		1	
Absence d'hébergement...	1.17	[1.07 ; 1.27]	1.24	[1.05 ; 1.47]	0.97	[0.91 ; 1.04]	0.90	[0.81 ; 1.01]
Aide matérielle	1		1		1		1	
Absence d'aide matérielle	0.91	[0.85 ; 0.97]	0.81	[0.72 ; 0.91]	1.13	[1.09 ; 1.19]	1.15	[1.07 ; 1.22]

OR grisé : non significatif.

Analyse multivariée des variables socioéconomiques associées au non suivi gynécologique chez les actives non précaires.

	Gynécologue	
	Femmes	
	OR	IC 95
16-19 ans	1.40	[1.06 ; 1.85]
20-29 ans	1.21	[1.15 ; 1.27]
30-39 ans	1.01	[0.97 ; 1.06]
40-49 ans	1.01	[0.97 ; 1.06]
50-59 ans	1	
licence, maîtrise, école d'ingénieur	1	
DEUG DUT BTS	0.87	[0.83 ; 0.92]
BAC	0.94	[0.90 ; 0.99]
CAP BEP BEPC Brevet des collèges Certificat	1.02	[0.97 ; 1.07]
Sans diplôme ou CEP seul	1.30	[1.21 ; 1.39]
Ne sait pas lire ou écrire le français	1.90	[1.54 ; 2.35]
Cadres supérieurs	1	
Professions intermédiaires	0.92	[0.87 ; 0.97]
Artisans commerçants	1.17	[0.87 ; 1.57]
Employés	0.96	[0.90 ; 1.01]
Ouvriers	1.15	[1.07 ; 1.23]
Autres	1.63	[1.19 ; 2.22]
Actifs	1	
<= 6 mois	1.23	[1.14 ; 1.33]
> 6 mois et <= 1 an	1.19	[1.13 ; 1.26]
Mutuelle Complémentaire	1	
Bénéficiaire aide autre que CMU-C	1.26	[0.89 ; 1.79]
Sans complémentaire	2.02	[1.85 ; 2.20]
En couple	1	
Pas en couple	1.84	[1.77 ; 1.90]
Pas de rencontre avec un travailleur social	1	
Rencontre avec un travailleur social	1.04	[0.95 ; 1.14]
Pas de problème financier	1	
Problèmes financiers	1.00	[0.84 ; 1.20]
Contact avec la famille	1	
Pas de contact	1.16	[1.07 ; 1.25]
Hébergement en cas de besoin	1	
Absence d'hébergement...	0.91	[0.84 ; 0.99]
Aide matérielle	1	
Absence d'aide matérielle	1.19	[1.14 ; 1.26]

OR grisé : non significatif.

Annexe 2 : Classement des variables socioéconomiques et de santé associées au non recours aux soins.

La partie supérieure des tableaux regroupe les *Odds Ratios* (OR) significatifs de plus grand au plus petit. Les OR significatifs sont les OR dont l'intervalle de confiance ne comprend pas la valeur « 1 » : ils sont identifiés par une étoile « * ». Plus l'OR est supérieur à 1 ou inférieur à 1, plus la relation avec le non recours est importante.

La partie inférieure des tableaux regroupe les OR non significatifs : ce sont les variables qui n'ont pas de relation significative avec le non recours.

Les résultats présentés classent les variables du non recours, des plus déterminantes à celles n'ayant pas de relation avec le non recours.

Classement des variables socioéconomiques et de santé associées au non recours au médecin des actifs non précaires.

Médecin	Homme	
	OR	IC 95
Sans complémentaire santé	1.82 *	[1.61 ; 2.06]
Présence de dents cariées non traitées	1.40 *	[1.34 ; 1.47]
Pas d'hébergement en cas de besoin	1.38 *	[1.20 ; 1.60]
Ne pas vivre en couple	1.33 *	[1.24 ; 1.43]
Déficit visuel	1.25 *	[1.17 ; 1.33]
Hypercholestérolémie	1.22 *	[1.11 ; 1.35]
Pas de contact avec la famille	1.21 *	[1.06 ; 1.39]
Taux de triglycérides élevé	1.13 *	[1.02 ; 1.24]
PCS (+ favorisée à - favorisée)	0.94 *	[0.92 ; 0.96]
Durée du chômage	0.89 *	[0.83 ; 0.94]
Mauvaise santé perçue	0.68 *	[0.63 ; 0.73]
Taux d'hémoglobine bas	0.66 *	[0.49 ; 0.90]
Ne pas rencontrer de travailleur social	1.10	[0.90 ; 1.34]
Tension artérielle élevée	1.05	[0.96 ; 1.15]
Obésité	1.04	[0.99 ; 1.09]
Maigreux	1.02	[0.77 ; 1.36]
Problèmes financiers	1.01	[0.62 ; 1.64]
Age	1.01	[0.98 ; 1.04]
Niveau d'études (+ élevé au + faible)	0.98	[0.95 ; 1.00]
Déficit auditif	0.98	[0.90 ; 1.07]
Pas d'aide matérielle en cas de besoin	0.96	[0.86 ; 1.06]
Taux de glucose élevé	0.92	[0.74 ; 1.13]

Médecin	Femmes	
	OR	IC 95
Sans complémentaire santé	1.60 *	[1.24 ; 2.06]
Présence de dents cariées non traitées	1.48 *	[1.34 ; 1.63]
Tension artérielle élevée	1.42 *	[1.11 ; 1.80]
Ne pas vivre en couple	1.36 *	[1.21 ; 1.52]
Taux d'hémoglobine bas	1.24 *	[1.02 ; 1.51]
PCS (+ favorisée à - favorisée)	0.93 *	[0.89 ; 0.97]
Mauvaise santé perçue	0.68 *	[0.59 ; 0.77]
Taux de glucose élevé	0.22 *	[0.06 ; 0.91]
Age	1.00	[0.95 ; 1.06]
Maigreux	1.26	[0.99 ; 1.59]
Pas de contact avec la famille	1.23	[0.95 ; 1.60]
Hypercholestérolémie	1.23	[0.99 ; 1.54]
Pas d'hébergement en cas de besoin	1.18	[0.89 ; 1.56]
Ne pas rencontrer de travailleur social	1.08	[0.77 ; 1.51]
Déficit auditif	1.05	[0.89 ; 1.25]
Déficit visuel	1.05	[0.93 ; 1.18]
Taux de triglycérides élevé	1.04	[0.70 ; 1.53]
Niveau d'études (+ élevé au + faible)	1.03	[0.98 ; 1.08]
Obésité	1.03	[0.94 ; 1.13]
Durée du chômage	0.98	[0.89 ; 1.07]
Pas d'aide matérielle en cas de besoin	0.94	[0.78 ; 1.13]
Problèmes financiers	0.60	[0.28 ; 1.30]

Classements des variables socioéconomiques et de santé associées au non recours au dentiste des actifs non précaires.

Dentiste	Homme	
	OR	IC 95
Présence de dents cariées non traitées	1.84 *	[1.77 ; 1.91]
Maigreux	1.51 *	[1.23 ; 1.84]
Sans complémentaire santé	1.49 *	[1.34 ; 1.65]
Déficit visuel	1.23 *	[1.17 ; 1.29]
Hypercholestérolémie	1.21 *	[1.11 ; 1.30]
Ne pas rencontrer de travailleur social	1.19 *	[1.02 ; 1.38]
Tension artérielle élevée	1.19 *	[1.11 ; 1.28]
Ne pas vivre en couple	1.13 *	[1.06 ; 1.19]
Pas d'aide matérielle en cas de besoin	1.12 *	[1.04 ; 1.22]
Age	1.11 *	[1.08 ; 1.13]
Obésité	1.05 *	[1.01 ; 1.08]
Taux de glucose élevé	1.16	[0.99 ; 1.34]
Problèmes financiers	1.12	[0.82 ; 1.55]
Pas d'hébergement en cas de besoin	1.08	[0.97 ; 1.21]
Pas de contact avec la famille	1.07	[0.96 ; 1.19]
Mauvaise santé perçue	1.05	[1.00 ; 1.09]
PCS (+ favorisée à - favorisée)	1.01	[0.99 ; 1.02]
Durée du chômage	1.01	[0.96 ; 1.05]
Déficit auditif	1.00	[0.94 ; 1.07]
Niveau d'études (+ élevé au + faible)	0.99	[0.97 ; 1.01]
Taux d'hémoglobine bas	0.96	[0.78 ; 1.18]
Taux de triglycérides élevé	0.96	[0.89 ; 1.04]

Dentiste	Femmes	
	OR	IC 95
Présence de dents cariées non traitées	1.83 *	[1.73 ; 1.94]
Sans complémentaire santé	1.61 *	[1.37 ; 1.88]
Tension artérielle élevée	1.34 *	[1.15 ; 1.56]
Ne pas rencontrer de travailleur social	1.33 *	[1.08 ; 1.64]
Déficit visuel	1.31 *	[1.21 ; 1.40]
Pas de contact avec la famille	1.26 *	[1.07 ; 1.48]
Age	1.23 *	[1.18 ; 1.27]
Hypercholestérolémie	1.19 *	[1.03 ; 1.37]
Obésité	1.18 *	[1.12 ; 1.25]
Déficit auditif	1.12 *	[1.01 ; 1.25]
Mauvaise santé perçue	1.08 *	[1.01 ; 1.16]
Durée du chômage	1.06 *	[1.01 ; 1.11]
Taux d'hémoglobine bas	1.11	[0.97 ; 1.25]
Pas d'aide matérielle en cas de besoin	1.08	[0.97 ; 1.20]
Taux de triglycérides élevé	1.05	[0.84 ; 1.32]
Ne pas vivre en couple	1.05	[0.97 ; 1.13]
PCS (+ favorisée à - favorisée)	1.02	[0.99 ; 1.05]
Niveau d'études (+ élevé au + faible)	1.00	[0.97 ; 1.03]
Taux de glucose élevé	0.96	[0.63 ; 1.45]
Pas d'hébergement en cas de besoin	0.90	[0.76 ; 1.07]
Maigreux	0.85	[0.72 ; 1.00]
Problèmes financiers	0.71	[0.50 ; 1.03]

Classements des variables socioéconomiques et de santé associées au non suivi gynécologique des actives non précaires.

Gynécologue	Femme	
	OR	IC 95
Sans complémentaire santé	1.88 *	[1.64 ; 2.15]
Ne pas vivre en couple	1.87 *	[1.76 ; 1.98]
Tension artérielle élevée	1.40 *	[1.23 ; 1.59]
Présence de dents cariées non traitées	1.40 *	[1.33 ; 1.47]
Obésité	1.26 *	[1.21 ; 1.32]
Hypercholestérolémie	1.23 *	[1.09 ; 1.38]
Taux d'hémoglobine bas	1.22 *	[1.10 ; 1.36]
Pas de contact avec la famille	1.20 *	[1.04 ; 1.38]
Mauvaise santé perçue	1.18 *	[1.12 ; 1.25]
Maigreur	1.16 *	[1.02 ; 1.32]
Déficit visuel	1.15 *	[1.08 ; 1.22]
Pas d'aide matérielle en cas de besoin	1.14 *	[1.05 ; 1.25]
Age	1.09 *	[1.06 ; 1.12]
Durée du chômage	1.09 *	[1.04 ; 1.14]
PCS (+ favorisée à - favorisée)	1.04 *	[1.02 ; 1.07]
Pas d'hébergement en cas de besoin	0.83 *	[0.72 ; 0.97]
Taux de glucose élevé	1.37	[1.00 ; 1.88]
Déficit auditif	1.08	[0.99 ; 1.18]
Ne pas rencontrer de travailleur social	1.04	[0.89 ; 1.23]
Taux de triglycérides élevé	1.02	[0.84 ; 1.23]
Niveau d'études (+ élevé au + faible)	0.99	[0.97 ; 1.02]
Problèmes financiers	0.97	[0.73 ; 1.29]

Résultats d'une approche qualitative du non recours aux soins des actifs précaires.

Eléments de synthèse.

Une série d'entretiens semi directifs a été réalisée au cours du premier trimestre 2007 auprès de 44 consultants du Centre d'examens de santé du département de l'Isère, financé par l'Assurance Maladie (le Centre ISBA¹¹³, situé à Saint Martin d'Hères, commune limitrophe de Grenoble). Ces entretiens 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 1992¹¹⁴. Il n'y a pas eu de difficulté pour les rencontrer.

Au total, les enquêté(e)s se répartissent comme suit entre les 6 populations étudiées. Les 2/3 sont des chômeurs de plus d'un an ou des jeunes en insertion.

Populations	1	2	3	4	5	6
Effectifs	13	14	8	5	0	3

1 personne est hors définition Nosap

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 « Evaluation de la précarité et des inégalités de santé dans les Centres d'examens de santé » (EPICES)¹¹⁵.

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 ont mis en évidence l'importance de ces facteurs pour les différentes populations.

¹¹³ Institut Santé Bourgogne Auvergne.

¹¹⁴ 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.

¹¹⁵ C. Sass, J.-J. Moulin, R. Guéguen, C. Dupré, L. Gerbaud *et al.* 2006. Les score Epices : un score individuel de précarité. Construction du score et mesure des relations avec des données de santé, dans une population de 197 389 personnes, *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, n° 14.

- *Interfaces* 2005. Journal d'information des Centres d'examens de santé, n° 1, avril, p. 7-14.

- C. Sass, R. Guéguen, J.-J. Moulin, C. Dupré, *et al.* 2006. Comparaison du score individuel de précarité des Centres d'examens de santé, Epices, à la définition socio-administrative de la précarité, *Santé publique*, vol.18, n°4, p. 513-522.

Plusieurs constats ressortent de cette analyse d'ensemble. Mais l'observation principale à retenir des enquêtes qualitatives est que le non recours aux soins des populations précaires n'est pas seulement financier mais aussi social. Il renvoie en particulier à la condition du vivre seul(e) – notamment sans enfant – qui fait qu'en l'absence d'une responsabilité familiale les comportements en matière de santé seraient plus erratiques et le non recours aux soins plus fréquent.

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 »¹¹⁶ des données recueillies et à une analyse lexicale des propos tenus. Pour cela, tous les entretiens (sauf les deux premiers, à cause de raisons techniques) ont été enregistrés avec l'accord des personnes et retranscrits grâce au logiciel de reconnaissance vocale Dragon Naturally Speaking.

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 ». Par réponse, nous entendons **chaque prise de parole** de la personne, suite à une intervention de l'enquêteur.

Précision sur l'enquête par entretien :

S'agissant d'entretiens semi-directifs, c'est-à-dire menés suivant un questionnaire pré-établi mais donnant la possibilité de relances et d'échanges autour d'une même question, les réponses/prises de parole de l'enquêté peuvent être nombreuses mais aussi revenir plusieurs fois sur un même thème. Il faut tenir compte de cette dynamique d'interlocution propre à la méthode de l'entretien pour comprendre qu'à chaque question posée ne correspond pas nécessairement (même rarement, sauf pour des questions dites d'identification de la personne) un nombre de réponses équivalent au nombre d'enquêté(e)s.

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 NOSAP) ; 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 recours¹¹⁷) ; les expériences vécues et trajectoires (en matière de santé et plus généralement) ; modes de vie (rythmes journaliers ; consommations ; sorties et sociabilité, etc.).

Les 9 « variables communes » sont les suivantes :

⇒ N° d'entretien

⇒ Date

⇒ Sexe

¹¹⁶ 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. Ch. Ragin 1997. *Turning the Tables: How Case-Oriented Research Challenges Variable-Oriented Research*, *Comparative Social Research* 16: 27-42. J. Jenny 2004. « Quanti/Quali = distinction artificielle, fallacieuse et stérile ! », communication au 1^{er} Congrès de l'AFS, Groupe Thématique 20 (Méthodes), Villetaneuse, février.

¹¹⁷ 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.

- ⇒ Age
- ⇒ Situation familiale (couple ou non, enfants ou non)
- ⇒ Situation sociale (les 6 populations NOSAP)
- ⇒ Situation Recours ou Non recours aux soins
- ⇒ Situation EPICES (Q1 à Q5)
- ⇒ Complémentaire santé (AME, CMU-C¹¹⁸, autre et sans)

Cette étape nécessaire au classement thématique des réponses – préalable à toute analyse qualitative d'un matériau d'enquête – est forcément tributaire de l'appréciation des chercheurs. Elle permet un regroupement thématique des réponses (au total 1 842 réponses pour les 44 entretiens). Mais il peut arriver que des réponses intéressent plusieurs variables thématiques.

L'analyse se fait au niveau de l'ensemble des réponses. Chaque entretien ne comporte pas le même nombre de réponses (l'écart peut être important : 14 réponses pour l'entretien n° 22 contre 90 pour l'entretien n° 40).

Les 27 « variables thématiques » sont les suivantes. L'analyse peut porter sur une ou plusieurs variables en même temps :

⇒ Autour de la temporalité :

- Rapport au passé
- Rapport au présent
- Rapport au futur

⇒ Autour de la santé :

- Fréquence des bilans de santé
- Education santé
- Expériences vécues
- Automédication
- Médecine douce, parallèle
- Note de santé perçue
- Médecin traitant
- Prévention/Dépistage
- Influence de la précarité sur la santé physique et psychologique
- Non recours (NR) pour raisons financières
- Suivi des prescriptions médicales (qui englobent aussi bien les prescriptions de médicaments, que les demande d'examen complémentaires, des consultations de spécialistes, etc.).
- Refus de soins subi
- Réactions face à des refus de soins

⇒ Autres :

- Causes de la situation précaire actuelle
- Support social
- Parcours professionnel
- Trajectoire de vie
- Diplôme
- Confiance dans l'offre publique
- Priorités, logement, santé, travail
- Mode de consommation

¹¹⁸ L'Aide Médicale d'Etat est une couverture de santé qui permet la prise en charge des dépenses de soins, de consultations médicales à l'hôpital ou en médecine de ville, de prescriptions médicales et de forfait hospitalier, par application des tarifs servant de base au calcul des prestations de l'assurance maladie. Le bénéficiaire de l'AME est dispensé de faire l'avance des frais, à l'hôpital ou en médecine de ville. Attention à ne pas confondre la Couverture maladie universelle (CMU) de base et la CMU-Complémentaire. La première est une protection maladie obligatoire pour les personnes résidant en France et qui ne sont pas déjà couvertes par un autre régime obligatoire d'Assurance Maladie. La seconde est une protection complémentaire (comparable à une mutuelle) accordée sur critères de ressources. La CMU-C possède tous les avantages d'une protection complémentaire, avec, en plus, la gratuité et la dispense d'avance de frais chez tous les professionnels de santé pour les soins remboursables.

- Rythme de journée
- Regard des autres sur la situation de la personne
- NR dans d'autres domaines que la santé

L'étude « quanti/quali » est prolongée par une analyse lexicale des réponses. 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 (voir ci-dessous) : 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 :

- ⇒ Des tableaux lexicaux, pour une ventilation des mots selon une variable de contexte.
- ⇒ Des verbatim, pour une sélection d'extraits d'entretiens.
- ⇒ Des mots spécifiques, pour l'étude de leur fréquence (le rapport des fréquences observées/théoriques est utilisé comme indicateur de spécificité. Le mot est d'autant plus surreprésenté que ce rapport est $>$ à 1).
- ⇒ Des réponses caractéristiques, pour obtenir une liste de réponses sélectionnées à partir de mots spécifiques. La fréquence et l'indice de spécificité moyen des mots choisis sont connus.
- ⇒ Des segments répétés, pour faire ressortir les expressions ou les formules toutes faites. L'étude porte ici sur les séquences de formes graphiques répétées à l'identique dans le texte.
- ⇒ Des bilans par contextes, pour récapituler pour chaque variable thématique, la taille du corpus, du lexique, la longueur moyenne d'une réponse. Cette étude est utile pour comparer la manière dont les variables sont documentées.

Nous avons travaillé avec le lexique brut afin de garder tout le sens des verbatim relatifs au « support social » (ou relationnel). Nous entendons par là le soutien apporté par le réseau de parenté, d'amitié ou de soutiens qu'un individu peut mobiliser. « Il dépend donc de la taille de son réseau, de sa densité mais aussi de sa qualité », comme le soulignent des chercheurs de l'IRDES qui intègrent le support relationnel – comme le « capital social » – parmi les déterminants de l'état de santé¹¹⁹. L'analyse statistique réalisée sur la base RAIDE du CETAF avait en particulier indiqué le caractère discriminant de cette variable dans les comportements de recours et de non recours. 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 de ces mots auxquels nous prêtons une attention particulière dans notre recherche.

Ce chapitre présente en les articulant les principaux enseignements de l'étude « quanti/quali » et résultats de l'analyse lexicale. L'ensemble des résultats bruts est joint dans les annexes.

L'étude « quanti/quali » se fonde sur un traitement statistique de l'ensemble des réponses apportées par les 44 personnes enquêtées. La codification par variables thématiques permet de dégager des observations générales, alors que le croisement de « variables communes » et de « variables thématiques » permet de caractériser les réponses obtenues aux questions qui nous intéressent en priorité, comme celles du recours/non recours, des supports sociaux et des priorités des personnes, mais aussi celles relatives à la santé perçue et aux comportements en matière de suivi des prescriptions médicales et de prévention.

¹¹⁹ 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.

Plusieurs constats ressortent de cette analyse d'ensemble. Mais l'observation principale à retenir des enquêtes qualitatives est que le non recours aux soins des populations précaires n'est pas seulement financier mais aussi social. Il renvoie en particulier à la condition du vivre seul(e) – notamment sans enfant – qui fait qu'en l'absence d'une responsabilité familiale les comportements en matière de santé seraient plus erratiques et le non recours aux soins plus fréquent.

1. Des personnes précaires et isolées.

La majorité des réponses est apportée par les hommes (1 083 réponses viennent de 23 hommes, 759 des 21 femmes). En revanche la distribution des réponses selon l'âge des répondants est très équilibrée (un peu plus de 20% des réponses renvoient à chaque classe d'âges, sauf pour les 50-59 ans et 60 et + pour lesquels moins de réponses ont été recueillies). C'est la même chose avec les diplômes, puisque les réponses se répartissent à quasi égalité entre l'absence de diplômes, des diplômes de niveau inférieur au bac, ou supérieur au bac. Concernant les autres caractéristiques, des écarts notables apparaissent. Ainsi, la plupart des réponses renvoie à des personnes qui sont précaires (44,4% des réponses ; n = 1 842) ou très précaires (36,2%) au sens du score EPICES. En tout, plus des ¾ des enquêté(e)s sont précaires ou très précaires. Ce sont le plus souvent des jeunes en insertion (32% ; n = 1 842), des chômeurs de plus d'un an (31,5%) ou des personnes au RMI ou ayant la CMU (22%), mais aussi des personnes sans enfant ne vivant pas en couple (54,7%).

Répartition des enquêté(e)s entre les quintiles du score EPICES.

Quintiles	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5
Effectifs	1	2	6	19	16

Au-delà de cette catégorisation par le score EPICES, les entretiens renvoient la précarité à une diversité de causes. Pour l'essentiel : des difficultés liées à l'immigration, en particulier pour obtenir un regroupement familial (22,4% ; n = 76) ; des problèmes de santé (21,1%) ; l'absence de diplôme et d'expérience professionnelle (18,4%) ; des démêlés avec la Justice (17,1%). Cette diversité d'explications reflète le mode de recrutement qu'opère le Centre d'examen de santé de l'Isère, notamment à l'appui d'associations d'aide aux populations étrangères, aux jeunes en désinsertion sociale, ou aux anciens détenus. Elle rend compte pour le coup d'interactions entre inégalités sociales, dans la mesure où les enquêté(e)s relient leur précarité à de multiples causes qui interagissent.

		C	C+Efts	NC	NC+Efts	Total
R	P	1	6	8	3	18
	NP	1	3	4	0	8
NR	P	0	3	8	3	14
	NP	0	0	1	0	1

R : recours ; NR : non recours

P : vulnérable à la précarité ; NP : non vulnérable à la précarité

C : vit en couple ; C+Efts : vit en couple avec enfants ; NC : ne vit pas en couple ; NC+Efts : ne vit pas en couple mais enfants.

L'effectif = 41 personnes en R ou NR **totalment**, 3 ne sont pas dans le tableau du fait qu'elles peuvent être en Rg (aux généralistes) et NRs (aux spécialistes) ou inversement.

Les entretiens confirment aussi le lien établi par l'analyse statistique de la base RAIDE du CETAF, entre précarité et faiblesse des supports sociaux. Les croisements de variables attribuent ainsi essentiellement les réponses mentionnant des supports faibles ou moyens aux personnes classées comme précaires ou très précaires au sens du score EPICES (80% ; n = 30) et à celles

vivant seules avec ou surtout sans enfants (83% ; n = 30). L'analyse lexicale permet de repérer certaines causes de cet isolement. Les séparations au sein des couples et les conditions de logement ressortent par endroits avec force, comme dans cet extrait d'un entretien réalisé avec un homme, père de famille, sans emploi stable : « *Non pour l'instant on n'a pas beaucoup de contacts. Je suis hébergé, mais je n'ai pas de chez moi. J'ai un T2 de 40 m² dans une résidence sociale. Vous ne pouvez pas recevoir des gens, les enfants n'ont pas leur chambre, j'ai un tout petit frigo. Non ce n'est pas possible* » (Entretien n°3 ; Q4 ; recourant¹²⁰).

A l'isolement social et familial s'ajoute parfois un éloignement géographique par rapport aux services publics. C'est le cas, par exemple, de cette femme de 59 ans, séparée, ayant arrêté son activité professionnelle (« *déleguée en pharmacie* ») pour éduquer ses trois enfants aujourd'hui adultes, et habitant une commune résidentielle : « *J'ai arrêté à la naissance de mon premier enfant. J'avais un très bon métier. Et après j'ai retravaillé par intermittence, par petits bouts, entre les naissances de mes trois enfants, quand il le fallait. Mais je me suis beaucoup occupée de mes enfants, ce n'est pas pour cela qu'ils m'en sont reconnaissants. Mes trois enfants sont très espacés, parce que j'ai eu du mal à les avoir, à les garder même avec les traitements. Donc je suis restée un long moment hors du circuit du travail. C'est pour ça qu'à 45 ans, quand j'ai cherché à retravailler je n'intéressais plus personne. [...] Je me suis arrêtée de travailler pour élever mes enfants, je ne veux pas dépendre de mes fils mais... C'est la totale indifférence pour deux d'entre eux, et pour celui du milieu, qui est très gentil avec moi avec qui je m'entends très bien, il est au Canada maintenant, car il ne trouvait pas de travail en France. Ça aussi c'est un problème, les jeunes surdiplômés on ne les veut pas en France, ils partent tous tous. [...] En octobre, novembre 2006 je n'avais plus rien du tout. J'ai vidé mes placards pour manger, et quand je n'avais plus rien... [...] Quand on est dans le caca déjà jusque-là, tout le monde se détourne de vous, les amis, les machins... Il y a même une amie, qui m'a donné des légumes, je les ai jetés. [...] Je suis dans un secteur où il n'y a pas beaucoup de pauvres, j'ai 304 € par mois, je vais aux Restos du coeur. On a plus de fierté hein. Ils sont d'ailleurs très très sympathiques. Ça me fait énormément de bien, elles m'ont invitée à venir tous les vendredis, je mange avec elles, les dames les bénévoles, ça me fait du bien. La première fois que j'y suis allée, elles m'ont dit "venez nous voir on verra ce à quoi vous avez droit on vous donnera un colis". Je n'étais pourtant pas encore au RMI mais je n'avais rien. Et le fait de parler cela m'a fait un bien fou. D'autant plus que j'ai une tendance à me replier sur moi-même. Alors je me suis habillée, maquillée un peu, c'est que l'on n'a plus tellement les moyens pour les produits de maquillage.* » (Entretien n° 25 ; Q5 ; recourant).

Les motifs de la faible sociabilité¹²¹ ont été largement étudiés dans le passé par la 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, reniement et repli sur soi¹²². Les entretiens montrent comment ces termes interagissent, notamment en fonction des situations et fonctionnements familiaux, et produisent une forme d'« abandon de soi ». L'extrait suivant en est une illustration parmi d'autres. Cet homme au chômage, vivant seul nous explique qu'il n'a plus de projet professionnel : « *Avant c'était de monter un cybercafé, mais maintenant non. Et maintenant je suis arrivé à un stade, à 34 ans où "pouff". Je m'en fous, on pourrait m'annoncer la fin du monde, ni chaud ni froid. J'ai perdu ma mère, alors maintenant "poueh". 2006, ça été affreux, ça c'est clair. Ma mère est décédée, paix en son âme. Mon père, je n'ai pas connu mon père, il s'est retrouvé au cimetière. Donc ça m'a foutu les nerfs. Et 2007, elle est aussi pourrie, alors. Donc vous savez, pourquoi me faire chier à me prendre la tête. Q : Et par rapport à la santé, cette situation que vous vivez actuellement, vous avez l'impression que ça a changé quelque chose ? R : Non, non je suis moins*

¹²⁰ Nous indiquons « recourant » ou « non recourant » pour signaler un recours ou un non recours tant aux médecins généralistes qu'aux spécialistes.

¹²¹ Par définition, 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.

¹²² Pour principales références sur ce thème, voir les travaux de la sociologue Claudine Haroche, qui interroge notamment les comportements contemporains liées à la précarité avec en arrière plan ce que Cornélius Castoriadis appelait « la montée de l'insignifiance » et Nobeit Elias « le processus de dé-civilisation ».

stressé parce que je m'en fous, parce que ça glisse. On m'insulte, le reste de la famille m'insulte, la famille, ça fait plus mal parce que c'est la famille. Quand on me dit " ouais, tu es un con ", qu'est-ce que vous voulez que je vous dise... » (Entretien n° 27 ; Q 5 ; non recourant). Cet abandon de soi, qui peut s'apparenter au reniement de sa propre importance, ne signifie pas nécessairement une abdication par rapport à la santé. Dans quelques entretiens, on relève comment ces non recourants réagissent néanmoins en cas d'alerte sérieuse sur leur possible état de santé. Ainsi, à la question portant sur la prévention (hépatite ou VIH), plusieurs répondent avoir fait des tests et disent qu'ils continueront en cas de doute. Autrement dit, le risque grave ou mortel fait réagir et montre que l'abandon n'est pas total et ne correspond pas à cette « définitive liquidation de soi-même » dont parle Bernanos¹²³. Rien, dans les entretiens n'indique non plus une indifférence qui flirterait avec une position quasi mystique d'abandon à la volonté de Dieu (même dans le cas de cette femme en non recours, aujourd'hui accueillie dans une communauté religieuse), alors que nous avons débouché sur une hypothèse explicative de ce type dans un autre travail sur le non recours aux soins des immigrés vieillissant¹²⁴.

Le travail qualitatif nous approche de la diversité des situations, et donc d'une casuistique qui échappe nécessairement aux représentations statistiques¹²⁵. Il permet surtout de percevoir à partir de matériaux qualitatifs quelle peut être la condition d'un groupe social, voire d'une population. C'est vrai dans cette enquête en ce qui concerne « le repli sur soi » des personnes vivant seules. L'isolement relationnel (parfois lié à l'âge) semble agir dans le sens d'une perte d'estime de soi qui entretient à son tour une tendance au repli. C'est ce que disent certains enquêté(e)s de leur condition, en parlant du « vieillir seul(e) ». Retrouvons cette femme, séparée et sans enfant à charge, entraînée dans une situation de « pauvreté disqualifiante »¹²⁶ : « *L'aspect financier, si on fait des économies on peut s'en sortir, c'est surtout d'être seule, il y a un renfermement sur soi. Avoir fait toute sa vie, et arriver à presque 60 ans comme ça, c'est vraiment dur. Plus jeune ça n'aurait pas été pareil, cela m'est arrivé plus d'une fois dans ma vie d'être obligée de retravailler, de prendre le taureau par les cornes, et puis j'y allais, maintenant je n'intéresse plus personne. Avec mon âge...* » (Entretien n° 25 ; Q5 ; recourant). Le repli social qui se double souvent d'un état dépressif, est une source potentielle de perte d'estime de soi pouvant avoir des incidences sur la façon de prendre en compte des questions personnelles, comme celle de la santé. A l'inverse, un semblant d'environnement social ne peut pas non plus faire illusion, comme dans le cas de cet homme, immigré, vivant dans un foyer de travailleurs : « *Oui je vois mon frère, j'ai un peu des amis au foyer, des compatriotes Turcs.* » (Entretien n° 6 ; Q5 ; non recourant). Surtout lorsque l'on comprend dans la suite de l'entretien que ces relations ne lui procurent pas un support social suffisamment dense et réactif pour l'aider dans ses nombreuses difficultés. Les huis clos ne facilitent pas l'accès aux droits et services. De ce point de vue, les quelques entretiens avec des hommes, immigrés, résidant en foyer rappellent une autre enquête

¹²³ G. Bernanos 1985 (1927). *L'imposture*, Paris, Le Seuil.

¹²⁴ M. Louyot 2007. Le rapport aux droits et services de santé des hommes immigrés d'origine maghrébine âgés de plus de 55 ans et résidant en foyer, *Observation & Travaux d'étudiants*, n° 8. http://odenore.msh-alpes.prd.fr/documents/et_n_8.pdf

¹²⁵ Pour une belle explication : cf. D. Fassin 2002. L'invention française de la discrimination, *Revue française de science politique*, vol. 52, n° 4, pp. 403-423.

¹²⁶ La *pauvreté disqualifiante* traduit une configuration sociale où ceux que l'on appelle les « pauvres » sont de plus en plus nombreux et refoulés, pour la plupart, hors de la sphère productive. Leurs difficultés risquent de ce fait de s'accroître, ainsi que leur dépendance à l'égard des services de l'action sociale. Cette forme élémentaire de la pauvreté se distingue nettement de la *pauvreté marginale* et de la *pauvreté intégrée*. Elle ne renvoie pas à un état de misère stabilisée, mais à un processus qui peut toucher des franges de la population jusqu'à lors parfaitement intégrées au marché de l'emploi. Ce processus concerne des personnes confrontées à des situations de précarité de plus en plus lourdes tant dans le domaine du revenu, des conditions de logement et de santé, que dans celui de la participation à la vie sociale. Ce phénomène n'affecte pas que ces franges nouvellement précarisées de la population. Il affecte l'ensemble de la société tant l'insécurité génère une angoisse collective. La *pauvreté disqualifiante* a une probabilité plus élevée de se développer dans les sociétés « postindustrielles », notamment dans celles qui sont confrontées à une forte augmentation du chômage et des statuts précaires sur le marché du travail. Cf. S. Paugam 2005., *Les formes élémentaires de la pauvreté*, Paris, Puf, coll. « Le lien social ».

de l'ODENORE sur une population analogue. Celle-ci a montré que le non recours aux soins, particulièrement marqué chez ces hommes, est masqué par des pratiques d'automédication encouragées par le collectif des co-résidents (souvent des compatriotes), tant qu'une intervention sociale et sanitaire digne de ce nom n'opère pas régulièrement dans les lieux même de vie¹²⁷. Autrement dit, au-delà des relations statistiques entre précarité et isolement, une dynamique de nature psychologique, entre les deux termes, apparaît à travers les observations dégagées des entretiens.

2. Des pratiques de santé relativement organisées.

D'une façon générale, les entretiens réalisés dans ce Centre d'examen de santé caractérisé par un fort recrutement de personnes précaires montrent que les répondants ont des pratiques de santé relativement organisées. Plusieurs résultats l'attestent.

a) Un suivi médical.

En premier, les réponses collectées renvoient à des personnes ayant un médecin traitant (79,5% des réponses ; n = 44)¹²⁸, percevant plutôt positivement leur état de santé (60,5% ; n = 43), suivant les prescriptions médicales (60% ; n = 20), ayant participé à des actions de dépistage (42,6%) et/ou disant être sensibilisées par celles-ci (32,8% ; n = 61 car plusieurs réponses possibles). Presque toutes ont une complémentaire santé.

Répartition des enquêté(e)s selon la complémentaire santé.

Complémentaires	AME	CMU-C	Autre	Sans	Non réponse
Effectifs	1	23	16	3	1*

* un jeune en insertion.

Pour autant, des nuances apparaissent. Ainsi, 9 personnes sur 44, soit 20% de l'ensemble des enquêté(e)s n'ont pas de médecins traitants. Notons que ces 9 personnes disposent toutes de la CMU-C, si bien que ce sont près de 2 personnes sur 3 (9 sur 14) ayant cette complémentaire, qui se trouvent sans médecin traitant. En revanche, les 3 personnes sans complémentaire déclarent en avoir un.

Répartition des enquêté(e)s avec ou sans médecin traitant selon la complémentaire santé.

Complémentaires	AME	CMU-C	Autre	Sans	Non réponse
Avec médecin traitant	1	14	16	3	1
Sans médecin traitant	0	9	0	0	0

Concernant le suivi des prescriptions médicales, les rares réponses signalant des interruptions de traitements proviennent uniquement de personnes vivant seules, avec ou sans enfant, qui sont toutes des jeunes en insertion.

Malgré ces différences, les entretiens ne font pas apparaître de désinvestissement massif par rapport à la santé, quelle que soit la situation familiale ou sociale des enquêté(e)s. Les résultats ne rendent pas compte principalement de comportements erratiques (absence de médecin traitant, inobservance, désintérêt pour la prévention). Alors que les liens entre situations de précarité et

¹²⁷ Marion Louyot 2007. Op. cit.

¹²⁸ Pour cette série de questions et d'autres, le nombre de réponses correspond au nombre d'enquêtés (moins éventuellement des « non réponse »). Dans ce cas le résultat en % est souligné. Il vaut à la fois pour les réponses et les enquêtés.

mauvais état de santé ont été, à de multiples reprises, démontrés¹²⁹, ce ne semble pas être le cas ici, au vu (principalement) de l'état de santé perçu. En général, celui-ci est bon (60,5% > ou = à 7 ; n = 43). Mais rappelons-le, l'enquête est réalisée auprès de personnes qui se rendent à un examen de santé ; elles ne sont donc pas totalement en retrait. Pour la plupart, elles sont adressées au Centre d'exams de santé par des services sociaux, des organismes formation, ou des associations. Les entretiens montrent d'ailleurs toute l'importance de ces interventions pour (re)mettre les personnes dans leurs capacités à agir, que ce soit pour leur santé ou pour d'autres raisons¹³⁰. L'échange suivant avec une jeune fille en insertion professionnelle illustre « l'effet réparateur » que peut avoir cette présence institutionnelle : « Q : Par quel biais êtes vous venue ici [ISBA] ? R : J'ai commencé une formation au GILIF, un organisme de formation à Jarrie, une formation sur la découverte des métiers. Et il faut faire un bilan de santé au démarrage, pour voir si on est apte à travailler. [...] J'ai fait 2 secondes professionnelles. Une seconde professionnelle en hôtellerie, que j'ai abandonnée parce que ce ne m'intéressait pas, et la deuxième dans le domaine de la vente, mais à ce moment j'ai fait une dépression, j'ai fait une tentative de suicide, j'ai été obligée d'arrêter. C'était en juin 2006, j'ai été hospitalisée tout l'été, et j'ai eu du mal à reprendre les cours, j'ai tout laissé tomber. J'étais hospitalisée à l'hôpital à Pont de Claix. Q : Et qui vous a orienté vers le GILIF ? R : C'est la mission locale, à ce moment je souhaitais avoir un emploi, et vu mon âge j'ai été orientée vers la mission locale. Q : Avez-vous un médecin traitant ? R : Oui. [...] Q : Avez-vous l'impression que la période relativement instable dans laquelle vous êtes, a changé quelque chose dans votre rapport à la santé ? R : Oui, dans le sens où dès qu'on se sent fragile il faut prendre les choses en main, qu'il ne faut pas laisser traîner ces choses pour ne pas qu'elles s'aggravent, et moi j'ai l'impression d'avoir laissé filer ça. Mes parents n'ont jamais été attentifs à ces problèmes, j'ai toujours tout fait par moi-même. [...] Maintenant je suis dans un foyer logement, donc je suis suivie, je rencontre les éducateurs trois fois par semaine, ils gèrent le budget hebdomadaire qu'ils me donnent. » (Entretien n° 16 ; Q4 ; recourant).

Une autre explication peut être trouvée à cette relative organisation des pratiques de santé. En effet, malgré la grande difficulté de percevoir cela à travers des entretiens sociologiques (les professionnels de santé se heurtent eux-mêmes à une difficulté de diagnostic), la population rencontrée ne paraît pas particulièrement anxiogène ou dépressive. En tout cas, les questions sur les « perspectives temporelles » appellent des réponses sur le passé qui sont plutôt connotées positivement (47,8% ; n = 46) ou perçues comme neutres (17,4%). Autrement dit, la population enquêtée serait plus que d'autres peut-être épargnée par les liens que le rapport au passé et au présent entretient à la fois à la précarité et aux troubles psychologiques¹³¹. Cela apparaît dans les perceptions relatives à la vie quotidienne. Une majorité de réponses renvoie au sentiment d'un rythme journalier actif (34,3% ; n = 29) ou modéré (27,6%), et à une relative confiance en général dans l'offre publique d'aides et de services (53,1% ; n = 32). Pourtant, les entretiens montrent – mais cela n'est pas étonnant concernant une population caractérisée comme précaire ou très précaire – une prévalence des réponses signalant des trajectoires de vie et des parcours professionnels plutôt chaotiques (respectivement 83% ; n = 47 et 50% ; n = 42), des supports sociaux jugés moyens (57,1% ; n = 35) ou faibles (28,6%) et le sentiment d'une dégradation du regard extérieur porté sur eux (45,8% ; n = 24). En même temps, autant de réponses soulignent que la précarité a une influence positive sur la santé que négative (32,1% à chaque fois ; 35,8% des réponses n'indiquent aucun lien ; n = 53). Aussi, les difficultés de vie contribueraient-elles à

¹²⁹ M. Joubert, P. Chauvin, F. Facy, V. Ringa 2001. *Précarisation, risque et santé*, Paris, Editions Inserm.

¹³⁰ C'est la question de l'individuation des parcours et de la subjectivation des engagements (au sens de l'individu qui, parce qu'il est conduit par les politiques actuelles à être son propre sujet, est redevable à lui-même de démontrer ses capacités pour obtenir quelque chose de la solidarité), qui peut avoir un effet sur le non recours aux soins. Pour aborder cette question : cf. F. Cantelli, J.-L. Genard 2007. *Action publique et subjectivité*, Paris, LGDJ ou plus récemment : J. de Munck, B. Zimmermann 2008. *La liberté au prisme des capacités*, Paris, Raisons pratiques, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales.

¹³¹ Sur l'explication de ces liens : cf. N. Fieulaine 2006. Précarité et troubles psychologiques : l'effet médiateur de la perspective temporelle, *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, n°72 : 51-64.

donner de l'importance aux questions de santé et parfois, au contraire, elles occasionneraient un désintéressement.

b) Une pratique de l'automédication.

Certaines réponses mentionnent une expérience passée (29,3% ; n = 58) et surtout une pratique courante (55,2%) de l'automédication¹³². Elles sont apportées par des personnes disposant de la CMU-C ou d'une autre complémentaire (77,5% ; n = 58). Ces personnes déclarent parfois transmettre cette pratique à leurs enfants. Le plus souvent, le recours à l'automédication est un choix revendiqué : « *Mon rapport à la santé est un peu particulier, je vous explique. Soyons clairs, depuis plus de 30 ans j'ai opté pour une médecine de prévention naturelle, homéopathique, non consommateurs de médicaments. Même en cas de fortes douleurs, j'attends vraiment la limite du supportable pour prendre un aspirine ou quelque chose comme ça. En règle générale je ne prends aucun médicament allopathique. Je n'ai pas d'ordonnance depuis au moins 30 ans. Q : La dernière fois que vous avez consulté un généraliste ? R : La dernière fois que j'ai consulté un généraliste, il pratiquait l'homéopathie. Par contre pour les soins spécialisés de type dentiste ou ophtalmologique je consulte les professionnels. Pour tous les autres soins, je commence toujours par l'homéopathie et je vois après. Et je suis étonné qu'aujourd'hui encore des gens ne peuvent pas avoir accès à des soins. Je pensais que en France cela n'existait plus. Peut-être par contre les populations très marginalisées qui ont des soucis de finances ou des difficultés psychologiques peuvent rencontrer ces difficultés.* » (Entretien n° 5 ; Q1 ; non recourant généralistes). Le non recours aux médecins généralistes est un choix volontaire chez cet homme de 55 ans, qui est le seul parmi les enquêtés à être classé dans le quintile 1 du score EPICES. Son témoignage est intéressant dans la mesure où cet enquêté s'étonne que le non recours aux soins puisse exister (sauf pour les très précaires, dit-il), alors que chacun dispose, selon lui, de possibilités raisonnées pour se soigner par automédication ou par homéopathie. Ce témoignage indique que le non recours aux soins peut être considéré comme une anomalie en tant que comportement d'impuissance (dans ce cas il se comprendrait chez les « très marginalisés »). Cet avis est normatif au sens où il suggère que chacun devrait être maître de ses capacités. Tout en évitant une interprétation hâtive sur le sens à attribuer à cette pratique d'automédication, on peut s'interroger sur ses significations (probablement multiples), alors que celle-ci fait l'objet d'attentions particulières de la part des pouvoirs publics¹³³.

c) La santé entre autres priorités.

On s'aperçoit aussi que les personnes, même précaires ou très précaires au sens du score EPICES, donnent la priorité à la santé avant le logement ou le travail, nonobstant leur situation familiale (52,5% tous scores confondus ; n = 40. Et 54% pour les personnes classées Q4 ou Q5 ; n = 39). Qu'elles vivent seules, avec ou sans enfant, ou bien en couple avec enfant, 1 personne sur 2 environ met la santé avant le reste (logement ou travail). La priorité accordée à la santé se remarque dans les mêmes proportions également quelle que soit la situation sociale des enquêté(e)s, déterminée ici en fonction de leur appartenance à l'une des 6 populations d'actifs précaires. Pourtant, les réponses faisant état d'un sentiment positif à l'égard de l'éducation reçue au sein de la famille en matière de santé sont minoritaires (29,2% contre 24,6% de réponses « négatives » et 46,2% de réponses « indifférentes » ; n = 65). D'autres facteurs entrent cependant

¹³² L'automédication a été définie en France par le Conseil de l'Ordre des médecins comme étant « l'utilisation, hors prescription médicale, par des personnes pour elles-mêmes ou pour leurs proches et de leur propre initiative, de médicaments considérés comme tels et ayant reçu l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM), avec la possibilité d'assistance et de conseils de la part des pharmaciens ». Cette définition a été retenue par le Comité Permanent des Médecins Européens. Les enquêté(e)s incluent la phytothérapie et l'homéopathie dans les pratiques d'automédication.

¹³³ Récemment, un rapport officiel a fait part du retard de la France en matière d'automédication, comparativement à d'autres pays occidentaux. Alain Coulomb, Alain Baumelou, *Situation de l'automédication en France et perspectives d'évolution. Marché, comportements, positions des acteurs*, Rapport au ministre de la Santé et des Solidarités, janvier 2007. Selon certains, « Elle devrait se renforcer prochainement avec l'autorisation de vendre de médicaments 'over the counter', c'est-à-dire en accès direct, le cas échéant en grande surface, comme le souhaite ardemment Michel-Edouard Leclerc. » *Alternatives économiques*, Dossier « Grandes manœuvres autour de la santé », n° 270, juin 2008, p. 60.

en ligne de compte pour donner de l'importance à la santé, comme les expériences (positives ou négatives) en matière médicale, qui sont suffisamment importantes pour être retenues. L'extrait suivant en est une illustration parmi d'autres : « *Par rapport à mon passé, la santé était quelque chose de vraiment important pour moi, ma mère est décédée d'une méningite foudroyante, donc depuis c'est très important, sauf si c'est un rhume bien sûr.* » (Entretien n° 19 ; Q4 ; recourant). Aussi, est-il intéressant de relever comment parfois les représentations et les comportements en matière de santé peuvent être façonnés dès le plus jeune âge. « *C'est une question importante, le rapport à la santé c'est comme le rapport à l'argent. C'est à dire c'est dans l'inconscient, c'est un mode de fonctionnement, ce sont des choses transmises par la famille. Dans ma famille je pense que le rapport à la santé était bien pris en compte. C'est pour cela qu'aujourd'hui je fais relativement attention et que je transmets ce souci à mes enfants. Et c'est pour ça aussi que ces institutions comme ISBA, elles sont importantes, indispensables, mais je ne pense pas qu'elles touchent forcément le public le plus en difficulté, le plus éloigné des soins.* » (Entretien n°1 ; Q5 ; recourant). Cette femme en grande difficulté privilégie autant que faire sa santé dans la mesure où « prendre soin de sa santé » est chez elle une valeur héritée. Pour autant, on ne peut pas en déduire qu'une telle rectitude de comportement découle nécessairement de l'éducation reçue. C'est ce que montre en particulier cet autre témoignage : « *A l'époque, ce n'était pas comme maintenant. Nous on s'en fichait un peu. Ma mère ne nous soignait pas, on avait un truc elle ne nous soignait pas, pas le dentiste, moi la première fois que j'ai été chez le dentiste, j'y suis allée toute seule, j'avais à peu près 15 ans. Et pourtant un milieu tout à fait bien, on avait bien les moyens. Q : Vous n'avez pas agi de même avec vos propres enfants ? R : Non, je n'ai pas agi comme leur grand-mère. Parce que moi j'ai eu des enfants difficilement, donc pour moi c'était très important de bien les suivre. J'ai accouché à l'hôpital parce que j'ai eu de très mauvais accouchements, et à l'hôpital vous voyez directement un pédiatre avant de sortir, et puis j'ai continué avec lui, c'était vraiment un type formidable. C'est surtout la prévention qui est important. Être suivie régulièrement. Petits, mes enfants ont toujours été suivis par un pédiatre. Dès qu'il y avait un problème on consultait le médecin, et moi j'ai donc ce gynécologue qui me traite par homéopathie et oligo-éléments depuis bien longtemps, depuis des années, qui traite l'individu entièrement. J'ai fait des économies et je vais le voir, je ne veux pas en changer. De plus je ne peux pas avoir d'antibiotiques ni de cortisone, pénicilline, on ne veut pas m'opérer, parce que je ne peux pas avoir d'anesthésie, non j'ai de gros problèmes. Q : Est-ce que le fait d'être au RMI, ne vous a pas posé de problèmes par rapport à vos soins ? Financiers notamment ? R : Ah oui financiers oui, à partir du moment où on va voir un spécialiste, c'est très mal remboursé, mais bon je préfère faire des petites économies sur autre chose, et continuer à aller voir mon médecin qui me connaît bien, qui sait ce que j'ai.* » (Entretien n° 25 ; Q 5 ; recourant).

Il est possible que la priorité donnée à la santé soit en partie liée au contexte des entretiens. Ceux-ci ont été réalisés dans un Centre d'examen de santé. Des travaux comparables sont parvenus en effet à hiérarchiser autrement ces priorités. Ainsi, pour donner raison à l'idée d'un effet de contexte, signalons que des entretiens réalisés en 2004 au sein d'un Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) indiquaient comment, par des restrictions sur des dépenses individuelles de santé, des femmes économisaient dans le but de retrouver le plus rapidement un logement, car c'est la condition principale pour vivre avec leurs enfants ou parfois pour s'en assurer la garde¹³⁴. Il s'agissait de femmes seules, avec ou sans enfants, alors qu'ici 30 personnes vivent en couple et 14 seules, avec ou sans enfant. On ne peut toutefois passer sous silence cet entretien avec une femme âgée de 73 ans, maghrébine, veuve et vivant seule, sans toit, et du coup hébergée ici où là, chez des amies, en foyer, ou dans une mosquée, quand elle n'est pas dans la rue. Totalement dépendante des aides, elle est suivie sur le plan médical dans un Centre de santé associatif. En revanche, l'hébergement, sinon le logement, est sa priorité absolue : « *Q : Autrement avez-vous un problème grave de santé ? R : Non ça va vraiment, c'est le souci, la fatigue, les problèmes tout est problème. Pas savoir où dormir. C'est ça le problème.* » (Entretien n° 8 ; Q5 ; non recourant spécialistes). En même temps, l'ordre des priorités peut évoluer en fonction des changements de situation. Cet homme, père de famille au RMI, l'explique bien : « *Q : La santé. Vous m'avez dit que la santé était*

¹³⁴ C. Chauveaud 2004. Le non recours dans les histoires de vie de cinq femmes. Entretiens dans une structure d'hébergement, *Observations & Etudes*, n° 4. http://odenore.msh-alpes.prd.fr/documents/n_4.pdf

prioritaire pour vous. R : Aujourd'hui oui. Q : Donc vous établissez une hiérarchie entre le travail, le logement, la santé... R : Avant c'était le logement, j'étais hébergé, mais aujourd'hui je suis dans un appartement que je loue par une agence immobilière, cela me pèse énormément, malgré l'aide au logement ; c'est plus du tiers de mon RMI. J'ai toujours vécu chez moi, et je ne pouvais pas supporter d'être hébergé. Q : Donc pour vous le logement a été la priorité. R : Absolument, c'était la première des priorités. Sans cela je ne pouvais rien faire, il fallait me poser, avoir mon espace à moi. Q : Après c'est votre recherche de travail, que vous avez peut-être mené de paire, et après la santé, c'est un peu l'ordre de vos priorités ? R : Tout à fait. » (Entretien n° 24 ; Q5 ; non recourant). En même temps, d'autres priorités peuvent également apparaître. Il n'y a pas que le logement, la santé ou le travail. Plusieurs personnes, étrangères, parlent aussi de leur besoin de maîtriser tout d'abord le français comme d'une condition élémentaire pour tout projet de vie. « Cela fait quatre mois que je suis régularisé. [...] Avant j'avais les ASSEDIC pendant une année, après j'ai été radié, puis je suis resté une année et demi sans ressources. Au départ, j'étais chez mes amis, hébergés chez les amis. [...] Je suis toujours chez un ami, et je suis maintenant au RMI. Je vais à l'ANPE, on a cherché les trucs dans les agences, et on n'a rien trouvé. On m'a dit d'attendre et de passer chaque semaine pour regarder les offres d'emploi. Si je ne trouve pas pendant une année, je ferais une formation de la langue française, parler vraiment couramment, c'est ça mon projet. [...] Mais la santé, c'est la priorité, avant tout le reste. » (Entretien n° 26 ; Q4 ; non recourant).

3. L'existence d'un non recours aux soins.

L'existence de pratiques plutôt organisées en matière de santé n'empêche pas des situations de non recours aux soins¹³⁵. Cela peut apparaître paradoxal, mais cette situation s'éclaire à la lumière des résultats suivants.

a) Un non recours pour raisons financières.

D'un point de vue quantitatif, parmi les 44 personnes enquêtées, 26 recourent aux médecins et aux spécialistes, 15 ne recourent ni aux uns, ni aux autres, soit 1 personne sur 3 (les 3 personnes restantes recourent aux généralistes uniquement). Lorsque le sujet est abordé dans les entretiens parce qu'une situation de non recours est signalée, ce sont en tout 9 personnes sur 15 qui déclarent ne pas recourir pour des raisons financières, soit 56% des non recourants et 20% du total des enquêté(e)s (un taux supérieur mais somme toute assez voisin des 13% estimés par l'ONPES dans son dernier rapport annuel¹³⁶). Ces personnes ont une complémentaire santé (5 la CMUC-C, 1 l'AME, 3 une autre complémentaire) ; ce qui confirme le constat selon lequel la CMU-C – comme d'autres complémentaires – ne protège pas nécessairement les personnes de l'éventualité d'un non recours pour des raisons financières, et ce même si elle a permis à de nombreuses personnes de bénéficier de soins auxquels elles n'avaient pas accès avant la création du dispositif en 1999¹³⁷.

Le croisement des variables montre que les personnes en situation de non recours aux soins pour raisons financières sont toutes précaires ou très précaires au sens du score EPICES. Leurs trajectoires de vie sont particulièrement chaotiques. Les enquêté(e)s rencontrent également des situations de non recours dans d'autres domaines, que ce soit celui du logement (22,9% ; n = 35),

¹³⁵ Les entretiens ont repris terme à terme la définition du non recours aux soins retenue depuis le début de la recherche NOSAP. Pour rappel, cette définition porte sur la fréquence du recours au médecin, dentiste et sur le suivi gynécologique. Cf. dans le Rapport « Non recours aux soins – Définition de la notion ».

¹³⁶ Il s'agit de données de 2004. L'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale intègre le « taux de renoncement aux soins pour raisons financières » parmi les indicateurs de pauvreté.

www.travail-solidarite.gouv.fr/web/observatoire-national-pauvrete-exclusion-sociale/

¹³⁷ B. Boisguérin 2004, « Etat de santé et recours aux soins des bénéficiaires de la CMU. Un impact qui se consolide entre 2000 et 2003 », DREES, *Etudes et Résultats*, n° 294. B. Boisguérin, S. Pichetti 2008. « Panorama de l'accès aux soins de ville des bénéficiaires de la CMU complémentaire en 2006 », DREES, *Etudes et Résultats*, n° 629.

du travail (17,1%), ou des prestations sociales et familiales (17,1%). Pour autant, on ne relève pas, sinon très peu, de cumul de non recours à la fois aux soins et à d'autres services.

b) Une diversité de raisons.

Les raisons du non recours sont cependant très diverses et ne se limitent pas à des raisons financières. Elles peuvent renvoyer à des problématiques relatives à la confiance ou au contraire à des lassitudes et des craintes, mais aussi à l'intimité du corps et à la pudeur.

- *Une confiance dans sa santé.*

Les questions de santé peuvent paraître superflues quand les personnes s'estiment en bonne forme (forme de « confiance en soi »). C'est ce qu'exprime ce jeune adulte, au chômage, vivant chez sa mère : « *J'ai un médecin traitant, un peu par obligation. Je vais rarement chez le docteur. Je me sens rarement malade, à part ce problème de dos. Mais je ne l'ai pas vu pour ce problème. Je l'ai vu par rapport à la réforme, que j'allais payer plus cher si je n'avais pas de médecin traitant.* » (Entretien n° 10 ; Q4 ; non recourant).

- *Des craintes et du déni.*

A l'opposé, des craintes prennent parfois le dessus. La « peur du médecin » tout simplement, comme dans l'extrait suivant, ou bien la crainte du diagnostic médical (voir plus bas) pousse des personnes à renoncer. « *Q : Au niveau des vaccins vous suivez ça correctement ? R : Non il y en a un que j'aurais dû faire en 2006, je vais le faire maintenant. Q : Et les spécialistes à quand remonte votre dernier rendez-vous chez un dentiste ou chez un ophtalmologiste ? R : Non je n'en vois pas. Le dentiste j'en ai peur.* » (Entretien n° 12 ; Q4 ; non recourant spécialistes et non suivi gynécologique).

- *Un repli sur soi.*

Parfois cette indifférence par rapport à la santé illustre un comportement plus général de repli sur soi, lié aux situations de précarité et à la lassitude des personnes. C'est ce que nous comprenons du récit de cet homme de 34 ans, chômeur de plus d'un an : « *A la maison on laissait un peu filer la santé. Maintenant je suis un peu ...comment dire " je m'en foutiste ", je suis un peu "baba cool". Je m'en fous un peu. [...] Un dentiste ! ça remonte à 98. Et pour les yeux, à peu près pareil. Je dois porter des lunettes.. J'ai une myopie. Et je dois refaire un examen. [...] Souvent je prends les médicaments comme ça. [...] Non la mutuelle je n'ai pas. J'ai la Sécurité sociale. Pour la mutuelle il faudrait que je retravaille. Il faut avoir cotisé. À chaque fois que je demande des aides, on me fout dehors. Maintenant je ne demande plus d'aide, plus rien. Q : Vous avez l'impression que lorsque vous demandez des aides, elles vous sont refusées ? R : Oui, et il y en a, ils ont tout ce qu'ils veulent, ça commence à me gaver ça. [...] J'ai un problème de loyer, qui remonte à l'époque où ma mère était encore en vie, paix en son âme. Donc, ces dettes il faut les éponger, cela fait plusieurs loyers en retard. J'ai demandé une aide à une assistante sociale. J'ai demandé un coup de main à l'assistante sociale. Elle sort le dossier et voit tous ses abonnements, et me dit que ce n'est pas possible. Donc elle me dit que je peux payer ma dette. Mais ça ne va pas, parce que donner le Resto du cœur, l'aide alimentaire, à des gens qui roulent en Mercedes et à ceux qui ont un manteau de fourrure, venez chez moi à Saint-Martin d'Hères, vous verrez. Là, c'est de l'incompréhension. Donc moi, je ne demande plus rien, qu'ils aillent se faire foutre. Tout ce que font les assistantes sociales, c'est du pipeau. Non mais c'est vrai, comment peut-on être au RMI, au Resto du cœur et rouler en Mercedes, en BMW, franchement ça consomme ça, l'assurance ce n'est pas 20 € par mois.* » (Entretien n° 27 ; Q5 ; non recourant).

- *Un manque d'attention de la part des proches.*

Les situations de non recours s'expliquent aussi par l'absence de reconnaissance ou plus simplement par le manque d'attention portée aux personnes. L'extrait suivant concentre des facteurs de mal-être (échec scolaire, période d'inaction, pas de projet de vie, problème de surpoids) chez un jeune homme de 21 ans, qui, tout en vivant chez ses parents, paraît abandonné à lui-même : « *Ça a été plus ou moins bien, jusqu'à la sixième ça pouvait aller mais je commençais déjà à lâcher*

un peu. Je sautais des cours parfois, je ne faisais plus mes devoirs. Je suis quand même allé jusqu'en troisième. Après je ne savais pas où aller, ils m'ont mis dans une classe SEGPA en attendant de trouver quelque chose. J'y suis resté un an. Après j'ai trouvé un CAP, j'ai passé mon CAP d'horticulture, après j'ai fait un MAP, c'est un peu comme au GILIF, mais c'est pour concrétiser son projet. Et après j'ai eu envie d'essayer autre chose, et c'est pour ça que je suis dans cette formation. Q : Et ça c'était l'année dernière ? R : L'année dernière, en janvier 2006. Q : Donc il y a eu presque un an avant le GILIF. R : Oui c'est ça. Q : Et durant ce temps qu'est-ce que vous avez fait, vous avez cherché du travail ? R : Non pas vraiment, mon oncle m'a demandé de m'occuper de son chien, alors j'ai fait ça. Q : Avez-vous un médecin traitant ? R : Oui. Q : Avez-vous une complémentaire maladie, ou vos parents en ont-ils une ? R : Je vis chez mes parents. Je ne sais pas trop pour la complémentaire. Q : Quand vous allez chez le médecin, est-ce que vous payez quelque chose ? R : Je ne sais pas trop tout ça. Q : Dans votre enfance et même maintenant, comment parle-t-on de la santé, est-ce quelque chose d'important ? R : Quand j'étais petit oui j'allais souvent voir le docteur, mais maintenant moins, quand je suis un peu malade je n'y vais pas. Je ne veux plus voir le médecin je reste chez moi. Sauf si ça persiste là j'y vais. Q : Est-ce que vous vous soignez un peu tout seul, en prenant les médicaments dans la pharmacie sans forcément aller chez le médecin ? R : Oui je fais ça aussi. Q : Note de santé perçue. R : 7. Q : Donc vous ne vous sentez en super forme ? R : Non, mon problème c'est le poids. Q : Et ce problème de surpoids, vous le constatez, mais est-ce que vous le traitez ? R : Bah, j'ai arrêté un peu de manger, je réduis, mais c'est dur. Et je replonge. Q : Et vous vous faites suivre ? R : Non je ne me fais pas suivre. Mais comme je l'ai dit, je vais peut-être essayer de me faire suivre maintenant. Mon petit frère se fait suivre aussi pour le même problème, je vais voir si je peux voir le même médecin. Q : Avez-vous eu l'impression parfois qu'on vous refuse des soins, qu'on refuse de vous soigner ? R : Non je ne vois pas. Q : La dernière fois que vous avez vu votre généraliste, c'était quand ? R : C'était un peu avant Noël pour une gastro. Q : Et un spécialiste, dentiste ? R : Le dentiste oui pour me remettre une dent, il y a un peu plus d'un an. J'ai des lunettes de repos aussi, mais je ne les mets pas souvent et je ne vais pas voir souvent l'ophtalmologiste. Q : Vous m'avez dit tout à l'heure que vous aviez l'intention de prendre en charge votre surpoids, pourquoi maintenant et pas avant ? R : Avant je prenais du poids et ça ne me faisait rien, maintenant si. Maintenant quand je fais du football je suis beaucoup plus essoufflé. Et puis aussi au niveau des chevilles, ça fait du poids. Q : Maintenant cela vous pose problème ? R : Oui. [...] Q : Quand vous pensez à votre passé, ce sont les bons moments où les mauvais moments qui vous reviennent en tête ? R : Un peu tout je repense un peu à tout, mais je ne pense pas trop à mon passé parce que il y a eu deux ou trois petites choses, du coup je n'y pense pas. [...] Q : Est-ce qu'il vous faut des étapes progressives, des objectifs pour pouvoir avancer ? R : Non je suis plutôt au jour le jour mais avec un peu de projet quand même. » (Entretien n°18 ; Q4 ; non recourant). Les jeunes se retrouvent parfois isolés au sein de leur propre famille. C'est le cas avec cette jeune fille, présentée plus haut, seulement aidée aujourd'hui par les structures d'insertion : « Q : Vous vous dites que si cela avait été pris plus tôt en considération, vous n'auriez pas été jusqu'où vous avez été [tentative de suicide] ? R : Oui, c'est ça. Q : Et cette période là, a-t-elle engendré un autre regard des autres vis-à-vis de vous ? R : Oui, il y a certaines personnes qui ne me parlent plus, mon père et toute sa famille de son côté. J'ai perdu des amies aussi. Quand on fait une tentative de suicide certains ne comprennent pas. Ils n'ont pas accepté que je fasse ça. Malgré les explications que j'ai données, ils n'ont pas accepté. Ils ne comprennent pas les choses de la vie encore. Ils ont toujours eu tout derrière eux et ne comprennent pas les problèmes que les autres peuvent avoir. Q : Quand vous pensez à votre passé, ce sont les bons moments où les mauvais moments qui vous reviennent en tête ? R : Les mauvais moments. » (Entretien n° 17 ; Q4 ; recourant).

Chez les jeunes, le retard de soins ou l'inobservance des prescriptions (assez fréquents), sinon le non recours, paraît souvent associé à une faible préoccupation pour la santé dans la famille. C'est le cas avec cet autre jeune, longtemps déscolarisé, aujourd'hui en insertion professionnelle et vivant également chez ses parents : « Q : Avez-vous l'impression qu'on vous a parfois refusé des soins ? R : Non de ce côté-là rien à signaler. Vu que je ne suis jamais malade. Q : Est-ce que dans votre passé, la santé a été un sujet dont on parlait ? R : Non pas vraiment. Q : Alliez-vous chez le médecin dès que vous en aviez besoin ou bien est-ce qu'on attendait un peu, on reculait un peu l'échéance ? R : Moi j'attends un peu. Par exemple la semaine dernière, j'étais pas bien du lundi au mercredi, j'avais finalement décidé d'aller voir le médecin le jeudi, et le jeudi ça allait mieux donc je ne suis pas allé voir le Docteur. Dans ma famille, ils réagissent plus vite, au bout

d'une journée, si ça va pas mieux ils vont voir un médecin. Q : Depuis quand on avez-vous vu le généraliste ? R : Ça fait très longtemps, à peu près un an. Q : Et un spécialiste ? R : Non je ne me souviens pas. Q : Un dentiste par exemple ? R : Ben je dois porter un appareil dentaire, mais je ne le porte pas, il me gêne. Le dentiste m'a dit que j'étais pas sérieux, donc on laisse faire, je ne le porte pas. » (Entretien n° 15 ; Q3 ; non recourant).

- *Un confinement familial.*

A l'inverse, un confinement familial peut entretenir comme ci-après des craintes et être source de non recours : « *Chez moi, j'ai toujours été bien soignée, on avait le souci de la santé. Personnellement, je n'ai jamais fait attention à ma santé car tout allait bien, de plus en Tunisie le système de soins est moins perfectionné, l'hôpital n'est pas très sérieux. Aujourd'hui c'est mon premier contrôle médical. Oh, je n'ai pas vu de médecins depuis bien longtemps, ... je ne sais plus, ça remonte à des années. Moi ça va. Mais mes filles, elles ont beaucoup de problèmes de santé également, des problèmes psychologiques également avec des angoisses pour tout. Elles ne se font pas suivre car elles ont l'angoisse qu'on leur découvre quelque chose de grave. On vit ensemble voilà, toutes les trois. C'est plus simple comme ça. [...] Ah ça, on ne voit pas beaucoup de monde, on est toutes les trois... ça va » (Entretien n° 1 ; Q5 ; non recourant).*

- *La pudeur.*

L'intimité du corps et la pudeur peuvent également entrer en ligne de compte et conduire des personnes à s'abstenir d'un suivi médical : « *Q : Et votre suivi gynécologique, vous préférez être suivie par votre généraliste ou voir un gynécologue spécialement ? R : J'avais pris rendez-vous mais j'ai eu un peu peur et je n'y suis pas allée, je n'ai pas l'habitude de parler des rapports sexuels. Q : Vous n'avez donc pas eu de consultation gynécologique pour le moment ? R : Non pas pour le moment. Q : Je pense qu'avec la pilule vous allez être à un moment donné obligée de consulter soit un gynécologue, soit votre généraliste ? Et vous avez eu peur de quoi ? R : Bien je ne sais pas, parce qu'avec mon médecin on n'a pas l'habitude de parler de ça, des rapports sexuels je n'ai pas trop l'habitude. Je ne devrais pas avoir honte. Q : Vous savez qu'il existe le planning familial. Vous pouvez y rencontrer des personnes qui ont l'habitude de parler de cela, vous ne les connaissez pas, l'anonymat peut être conservé. » (Entretien n° 12 ; Q4 ; non recourant spécialistes et non suivi gynécologique).*

En revanche, les mauvaises expériences en matière de santé ne paraissent pas entraîner directement des situations de non recours (telles que nous les avons définies), mais plutôt des retards de soins. Cela étant, les enquêté(e)s estiment que de telles expériences peuvent occasionner du non recours (49,3% ; n = 67). Une enquêtée qui n'a pas eu d'expérience directe de ce type parle de « *racisme social* » (Entretien n°1 ; Q5 ; recourant). L'extrait suivant est une illustration parmi bien d'autres des refus subis : « *Cela m'est arrivé une fois, mais je pense qu'il s'agissait d'un malentendu avec mon médecin. Après une opération du nez dans une clinique, je suis revenu le voir parce que je trouvais que ça n'allait pas vraiment mieux. Mais le médecin ne voyait rien de plus. Il m'a dit non il y a rien d'anormal. Et au moment de donner ma carte vitale, il y a eu un problème, la carte n'était pas chargée, pas mise à jour. Donc le médecin m'a dit que je n'avais pas la CMUC et il a demandé 28 €. J'ai eu beau parler, rien à faire. Je ne voulais pas aller chez ma mère lui demander ces 28 €. J'ai laissé tomber, et le lendemain matin je suis allé à la Sécu pour parler de ma carte non chargée, ils ont fait le nécessaire et je suis retourné chez le médecin pour lui redonner ma carte. Le médecin n'a rien voulu savoir et il a même dit que j'avais essayé de tenter ma chance, de l'escroquer en ne payant pas, d'en profiter quoi. En plus il ne m'a même pas remis l'ordonnance du traitement. J'ai repris ma carte je suis parti. » (Entretien n° 3 ; Q4 ; recourant). Dans l'ensemble, les réponses attestent peu de refus de soins directs (11,3% ; n = 53), mais une certaine crainte vis-à-vis de cela (30,2%). Lorsque les enquêté(e)s déclarent un non recours, les réponses montrent que les personnes retardent l'accès aux soins ou bien s'adressent à un autre professionnel de santé. Jamais elles se ne résignent et n'abandonnent. Pour autant, elles ne portent pas plainte, ni ne cherchent*

des appuis contre cette discrimination. Cette absence de contestation a déjà été remarquée dans d'autres travaux¹³⁸.

c) Non recours et responsabilité familiale.

Au-delà des motifs de non recours aux soins présentés ci-dessus, l'analyse des entretiens fait apparaître une observation importante, nouvelle par rapport au traitement statistique de la base RAIDE, qui porte sur la relation entre non recours et « responsabilité familiale ». La notion de 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, etc¹³⁹.

Dans les entretiens, le non recours apparaît principalement du côté de personnes vivant seules et sans enfant, dont les comportements, on l'a vu, sont moins organisés en matière de santé. 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. Parmi les 15 personnes en situation de non recours, 9 vivent seules, 3 sont seules avec enfant et 3 en couple avec enfant. Toutes ont une complémentaire santé, sauf deux personnes vivant seules et sans enfant (dans les deux cas, des jeunes en insertion). Ainsi, l'idée 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.

Plusieurs témoignages mettent en avant l'attention portée à la santé lorsque les personnes ont une charge familiale. Cet homme de 44 ans, qui est depuis plus d'un an au chômage, l'explique sans détour : « *Quand vous avez un gamin de deux ans et une épouse enceinte, et des soucis dont votre job, il n'y a pas de risque à prendre. Surtout pas.* » Entretien n° 29 ; Q5 ; recourant). Mais l'importance de la responsabilité familiale ressort aussi fortement lorsque, à l'inverse, les parents (classés en non recours) se préoccupent de la santé de leurs enfants et font tout pour qu'ils accèdent au mieux aux soins. Ainsi, pour les parents en non recours, la santé des enfants est une priorité, comme pour cette femme de 28 ans, avec un emploi précaire à temps partiel : « *Q : Vous avez déjà fait un bilan de santé ? R : Oui en 2002, la dame a regardé. C'était à mon arrivée en France, et je devais faire un bilan de santé. Je l'avais fait ici déjà. Mais je vais rarement chez le docteur. Je ne suis jamais malade. Q : Vous avez un médecin traitant ? R : Oui c'est bien pour les enfant. Eux il faut s'en occuper. Moi, je le vois rarement. Cela fait très longtemps que je ne l'ai pas vu, je ne suis jamais malade. Si j'ai mal à la tête, je prends un Doliprane. Je me soigne comme cela. Sauf quand ça persiste. Q : Vous l'avez-vous quand la dernière fois ? R : Ou la la ! il y a 2ans 1/2 à peu près. Je ne suis jamais malade.* » (Entretien n° 19 ; Q3 ; non recourant). Limiter ainsi son propre recours aux soins, par habitude ou pour des raisons financières, n'obère en rien l'importance accordée à la santé et au suivi médical de ses enfants. D'une certaine façon, la santé 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 un sentiment complexe. Il peut parfois provoquer des formes d'angoisse ou de dépression, qui plongent l'adulte dans des situations de non recours. Ce long

¹³⁸ C. Chauveaud 2006. Les difficultés d'accès aux droits et services des populations modestes. Enquête par questionnaire auprès du public d'un Point Information Médiation Multiservices (PIMMS) installé dans un quartier d'habitat social, *Observations & Etudes*, n° 19. http://odenore.msh-alpes.prd.fr/documents/n_19.pdf

¹³⁹ 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.

extrait témoigne de cette situation extrême : « *Et c'est là que mon fils est tombé malade. C'est une maladie très très rare, qui atteint la plupart du temps les personnes âgées, c'est une atrophie musculaire. C'est un virus. C'est une paralysie qui peut atteindre les poumons et le coeur. Ils l'ont mis en réanimation pendant un mois, il s'en est sorti, Dieu merci. Et cette période m'en a mis un coup dans la tête, après j'avais plus le goût à rien. Ça fait trois ans qu'il a eu ça. Et ça m'a culpabilisé, j'en ai pris la responsabilité, et après j'ai fait une grande dépression. Mais c'est une période où j'étais proche de mes enfants, je m'en suis occupé beaucoup. Et après j'ai engagé cette formation Sport animation à l'IFRA. Malgré les douleurs que j'ai encore, je me suis engagé de nouveau dans cette nouvelle voie de sport animation. J'ai besoin d'air maintenant.* Q : *Et votre fils actuellement ?* R : *Après trois ans il continue toujours la rééducation, il est pris en charge à 100 %, il remarche, mais il reste avec les genoux atrophiés, il ne peut pas les plier complètement. Il a 11 ans maintenant. Il ne prend pas de poids. Mais cela a été une épreuve terrible pour nous tous. Un an d'hospitalisation, des hurlements, une période terrible. Sa scolarité a été perturbée complètement. Ça a été un coup dur pour toute la famille. Moi personnellement, depuis j'ai du mal à me relever. Depuis 2004, je suis aux ASSEDIC. [...] Q : y a-t-il d'autres expériences malheureuses en matière de santé dans votre famille ?* R : *Oui il y en a eu d'autres. Ma mère est décédée en 2002, à cause d'une insuffisance rénale. Elle vivait en Kabylie, j'ai essayé de la rapatrier en France pour la faire soigner, et pour lui donner en rein, ça ne s'est pas fait, malgré tout l'argent que j'ai emprunté pour ça, j'avais pris une assurance personnelle, c'est plus les gens de là bas, elle est décédée à 49 ans. J'ai été très marqué par tout ça. Après, en 97, le père de ma femme est mort d'un cancer du poumon aussi à 49 ans. Cela n'a pas arrêté. Moi moralement et psychologiquement j'ai du mal à m'en remettre.* Q : *Est-ce que vous vous faites suivre par quelqu'un psychologiquement ?* R : *En ce moment je suis très très passif, et depuis tous ses malheurs, et malgré mes douleurs personnelles, je ne me suis plus occupé de moi, j'ai tout laissé filer. Je suis complètement bloqué, je n'arrive plus à bouger, et d'un autre côté j'ai besoin d'air. Il me reste encore plein de séances de kiné à faire. Je ne supporte plus l'odeur de l'hôpital, je suis traumatisé. C'est cauchemardesque.* Q : *Vous avez laissé filer, parce que votre préoccupation était ailleurs vers votre fils ? Vous n'auriez pas eu ce gros problème avec votre fils, votre problème de santé à vous serait peut-être terminé maintenant ?* R : *Oui c'est cela. [...] Q : Avez-vous l'impression que cette période que vous traversez à changer le regard des autres ?* R : *Oui, même par rapport à moi-même. Je culpabilise, même maintenant j'ai l'impression que tout est bouché. Avant même d'écrire, je me dis que ça ne va pas marcher. J'ai l'impression que je replonge dans une période dépressive. [...] Si, pendant un an j'ai été suivi par un psychiatre, mais plus maintenant. J'ai un surmenage psychologique, et je suis en train de replonger. Là je suis efficace nulle part. J'ai peur pour mes enfants. J'ai mon " mal être " qui prend le dessus. Je ne suis pas en forme. » (Entretien 21 ; Q5 ; non recourant). Le témoignage de ce père de famille de 36 ans, au chômage depuis plus d'un an, montre que le sentiment de responsabilité peut voisiner avec celui de culpabilité. Dans ce cas, « le non recours pour soi » découle d'une souffrance pour le proche que l'on aime. Celle-ci prive la personne de penser en même temps à sa propre santé. L'interprétation est probablement plus complexe, mais cet extrait montre que le non recours peut comporter une dimension psychologique et affective très forte, lorsque le souci des siens conduit la personne à s'abandonner.*

D'autres recherches ont rendu compte de l'importance de la responsabilité familiale sur le phénomène inverse de « sur recours ». La situation est différente, mais l'explication est la même. Elle renvoie au besoin de protéger avant tout ses propres enfants¹⁴⁰. Les entretiens réalisés pour cette recherche font apparaître ce type de scénario, non pas sur le plan de la santé mais sur celui du logement et du cadre de vie. En particulier, des enquêté(e)s d'origine maghrébine font part de leurs demandes répétées – et non satisfaites – de logement pour sortir d'un quartier perçu comme néfaste pour leurs familles. Outre la crainte probable de ce que les sociologues urbains appellent une « assignation à résidence », on relève un souci pour le bien-être, la sécurité et l'avenir des enfants. Ces échanges, parmi d'autres, en rendent compte : « *Dans mes demandes j'élimine des endroits. Il y a des quartiers tellement chauds. Ma mère habite le quartier Léon Jouhaux, avant c'était bien, maintenant c'est moche. Maintenant c'est nul. Vous savez, j'ai deux enfants, une fille de 11 ans qui me ramène de très bonnes notes de l'école et un garçon qui n'arrête pas d'avoir les compliments de la maîtresse. Eh bien je ne veux pas qu'ils*

¹⁴⁰ Cf. La recherche en cours de l'Odenore pour le programme « Citoyennetés urbaines » du PUCA. Observation relevée au sein de structures intervenant dans le domaine éducatif, en soutien à des familles populaires.

tourment mal, je ne veux pas que dans 10 ans, on vienne frapper à ma porte en disant " Mr on vient arrêter votre fils ". Je ne veux pas que les mauvais quartiers l'influence. Moi je n'ai jamais fait de délinquance, j'ai jamais volé, rien. Q : Vous savez il n'y a pas que des mauvaises choses et de la délinquance dans ces quartiers. R : Non non non, excusez-moi Madame, mais je remarque tout sur mes gosses. Je ne les laisse pas sortir de chez moi, on joue beaucoup ensemble mais chez moi. Mais parfois quand c'est ma mère qui me les garde, et qu'elle les laisse sortir dehors, et bien quand je les reprends chez moi je les entends dire des gros mots, des choses qu'ils ne disaient pas avant. Non je sais de quoi je parle. Je l'entends dire " ouais t'as vu les gadjos ". Moi je n'ai jamais dit ça. Non, je veux que mon fils donne une bonne image. Je veux qu'on dise " Le fils de Mr X il est comme ça (pouce en l'air) ". Je cherche un quartier calme où mes enfants grandissent, voilà. » (Entretien n° 3 ; Q4 ; recourant). « Oui des quartiers comme Teisseire, Villeneuve, le Village Olympique, Mistral, les Iles de Mars, on ne veut pas. Il faut changer de quartier, autrement les gosses ils deviennent des sauvages. Je connais des familles, les 4 garçons sont en prison. Vous vous souvenez du casse de la boulangerie il n'y a pas longtemps, moi je les connais tous, et bien ils étaient contents de passer à la télé, rien d'autre. » (Entretien 14 ; Q 4 ; non recourant).

En définitive, non recours et sur recours apparaissent en filigrane comme des termes conjoints, signifiant un « investissement parental¹⁴¹ » dans le bien être et l'avenir des enfants. Il est d'ailleurs assez symptomatique qu'à la question relative aux « projections dans le futur », les réponses les moins optimistes proviennent essentiellement de personnes vivant seules et sans enfant, c'est-à-dire celles qui se retrouvent plus fréquemment dans des situations de non recours aux soins.

Le fait de ne pas être responsable d'un autre ou de ne pas se sentir important pour autrui nourrit une forme de reniement de soi qui peut conduire à délaisser sa propre santé. Le non recours pour raisons financières n'explique donc pas tout. D'autres variables liées aux situations familiales, sociales, psychologiques et affectives des personnes agissent également. Les entretiens permettent en particulier d'insister sur la possibilité d'une relation entre l'isolement social – lui-même relié à des vies marquées par des échecs et à l'absence de projets – et une faible importance accordée à la santé. Cependant, les personnes rencontrées ne recourent pas à cause des mêmes motifs. Une différence apparaît entre celles qui ne recourent pas par contrainte et celles qui ne recourent pas par abandon de soi. Dans un cas, le non recours est l'effet d'une précarité financière directement liée à la situation d'actif précaire ; dans l'autre, il est la résultante d'un comportement de repli dont les raisons dépassent la situation d'actif précaire. Autrement dit, la précarité économique qui découle de la précarité de l'emploi n'est pas une explication suffisante du non recours aux soins. Pour comprendre celui-ci, il faut aussi considérer la situation familiale et affective des personnes. Si la précarité de l'emploi pèse sur le phénomène du non recours aux soins, ce n'est donc pas seulement pour des raisons financières, mais parce que cette précarité aggrave également l'isolement relationnel des personnes. L'étude de l'environnement lexical autour du mot « travail »¹⁴² atteste ce lien.

Plusieurs réponses soulignent que la désocialisation due à un éloignement durable du travail peut déliter le souci de soi et minorer ainsi l'importance accordée à la santé, comme cela est souvent évoqué dans les travaux sur le chômage, comme ceux de Didier Demazières. Le point de vue suivant, s'il n'engage pas directement la personne, est explicite : « La santé ça devrait être l'objectif premier, mais je pense que les gens les plus éloignés de l'emploi ne sont pas ceux qui montrent le plus d'intérêt à leur santé. Ce n'est pas leur préoccupation majeure. [...] Ils ont tellement d'autres soucis, bien souvent d'autres problèmes, ils peuvent tomber dans l'autodestruction [...] et je ne vois pas pourquoi ces gens-là iraient faire un

¹⁴¹ Nous parlons ici d'investissement parental pour signifier une éventuelle symétrie avec la notion d'investissement social qui qualifie aujourd'hui les politiques publiques donnant la priorité à la santé et l'éducation des enfants, plutôt qu'aux dépenses compensatrices ou réparatrices classiques (notamment autour de l'allocation chômage).

¹⁴² Nous avons sélectionné les mots suivants par ordre décroissant de fréquence : travail, chômage, emploi, travaillait, travaillé, RMI, formatrice, ANPE, travailler, boulot, boulots, formation, ASSEDIC, travaillais, retravailler, diplôme, ASSEDICS, patron, travaillent, formations, emplois, travaillez, diplômes, patronne, travailleurs, travailleur, bénévole. Soit 589 occurrences relatives à 305 réponses.

bilan de santé. Après c'est un laisser-aller complet. Après, c'est de l'ordre du psychologique. » (Entretien n°1 ; Q5 ; recourant). En revanche d'autres témoignages de personnes en non recours indiquent des enchaînements entre absence d'emploi et repli sur soi. C'est le cas, par exemple, de cet homme de 41 ans, au chômage depuis plus d'un an et ayant des enfants à charge : « *Ma femme m'a laissé tomber, j'ai été licencié, c'est pour ça. On m'a pas arrangé, on ne m'a pas donné de chances, j'ai plus de travail, on m'a licencié, je ne suis pas sur la bonne voie, je ne sais plus où aller, je ne sais plus ce qui va se passer.* » (Entretien n° 6 ; Q5 ; non recourant). Chômage, divorce, repli sur soi forment un triptyque maintes fois relevé dans les explications de la précarité. Ce n'est cependant qu'un scénario parmi d'autres.

4. Conclusion.

Au vu des entretiens réalisés auprès de personnes rencontrées au Centre ISBA, le non recours des actifs précaires apparaît comme la résultante d'un faisceau d'explications, à la fois économiques, relationnelles, psychologiques et sociologiques. L'étude qualitative montre cependant 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* »¹⁴³.

Dans ces conditions, une action visant à 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. De ce point de vue, l'enquête montre l'importance des raisons financières. Mais il n'en demeure pas moins que l'enjeu 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 »¹⁴⁴ bousculent vraisemblablement les mécanismes d'apprentissage ou de socialisation par lesquels la santé est transmise à la fois comme norme, valeur et croyance.

¹⁴³ B. Cassaigne 2000. « Conclusions – Dossier 'La santé, l'expert, le patient' », *Projet*, n° 263.

¹⁴⁴ 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.

Définir et mesurer le « non recours aux soins ».

Proposition de questions complémentaires et discussion autour de cette notion.

Cette note traite essentiellement de la définition du non recours aux soins. Elle propose d'abord de venir rediscuter, à partir de l'enquête qualitative que nous avons réalisée¹⁴⁵, les trois variables utilisées pour la recherche NOSAP, avant d'esquisser une typologie permettant de mieux appréhender le phénomène de non recours dans sa complexité. Pour finir, nous ouvrirons la discussion autour des conceptions et représentations sur lesquelles repose toute définition du non recours dans le champ de la santé.

1. Une définition initiale permettant d'envisager la « non-consommation de 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 la recherche NOSAP, une définition du non recours aux soins a été proposée autour de trois variables issues de la base RAIDE du CETAF :

- 1) L'absence de consultation, au cours des deux dernières années, d'un médecin (généraliste ou spécialiste).
- 2) L'absence de consultation, au cours des deux dernières années, d'un dentiste.
- 3) 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 soins¹⁴⁶ 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 en la matière.

2. Principales limites de la définition initiale du non recours aux soins.

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 en présenterons les principales, tout du moins celles rencontrées lors de l'enquête dans les Centres d'examen de santé et des associations caritatives grenobloises.

¹⁴⁵ Cette enquête s'inscrit dans le cadre d'une recherche doctorale, menée à l'IEP de Grenoble. Les entretiens recueillis ne font donc pas partis directement du matériel de NOSAP.

¹⁴⁶ 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.

a) *Sur les catégories de soignants.*

- *La juxtaposition médecin généraliste/ médecin spécialiste.*

La première des variables retenues pour définir le non recours aux soins traitent de la (non) consultation d'un médecin généraliste et/ou d'un médecin spécialiste. Ce faisant, elle parle, dans une même question, de deux professionnels de santé distincts quant à leur fonction et à leur accessibilité potentielle (prise en charge des soins spécialisés moins importants par l'Assurance Maladie, répartitions géographiques plus inégalitaires pour les spécialistes que pour les généralistes, délais d'attente différents...).

Faire la distinction entre la consultation d'un médecin généraliste et celle d'un spécialiste apparaît d'autant plus nécessaire dans le cadre d'études se destinant à analyser les disparités de recours aux soins selon la position socioéconomique des individus. En effet, de nombreux travaux, tels que ceux du projet européen Ecuity¹⁴⁷, ont démontré que les inégalités de recours aux soins ne sont pas les mêmes selon le type de consultation. Elles sont davantage marquées pour les soins spécialisés que pour les soins dispensés par les médecins généralistes. Pour ces derniers, selon les pays étudiés, les travaux d'Ecuity constatent une légère inégalité en défaveur des catégories les plus vulnérables voire, pour certains pays, une tendance à être en faveur de ces catégories (tendance appelée autrement « pro poor »).

De la sorte, appréhender dans une même question le non recours aux soins généralistes et spécialistes peut biaiser la mesure du phénomène (en augmentant de fait le non recours aux soins des populations précaires) et homogénéiser des déterminants *a priori* distincts.

- *L'exclusion d'autres professions de santé.*

Une seconde limite nous apparaît dans la continuité du point précédent. La définition retenue, en ne s'intéressant qu'à la consultation d'un médecin généraliste ou spécialiste, ne tient pas compte de l'évolution des métiers de la santé qui fait que le soin n'est plus réservé à ces seules professions. Or, par exemple, une personne peut être considérée en situation de non recours aux soins, en déclarant ne pas avoir eu de contact avec un de ces médecins, même si par ailleurs elle prend en charge sa santé en faisant appel à un autre professionnel de santé (infirmier, pharmacien...) ou, dans une perspective large, en utilisant des pratiques d'automédication. D'autres cas ont été rencontrés au cours de notre enquête, notamment lorsque les personnes faisaient une différence entre un recours aux consultations hospitalières et une consultation avec un « médecin » (cette dernière catégorie étant restreinte au « médecin généraliste »). Elles pouvaient alors, elles aussi, être considérées en non recours aux soins bien qu'elles aient engagé une démarche de soins à l'hôpital¹⁴⁸.

Ces illustrations nous rappellent donc que le non recours aux *soins* mesuré par les trois variables ne concerne pas l'ensemble des soins médicaux à disposition des malades, mais bien des types précis de soins. Et, plus généralement, elles appuient un constat issu des entretiens selon lequel le non recours aux soins n'est pas nécessairement synonyme d'absence de soins de la part des personnes.

b) *Sur les besoins de soins.*

Un autre biais rencontré tient à l'absence de caractérisation de l'état de santé des individus identifiés en non recours aux soins. En effet, toute personne est considérée comme étant dans

¹⁴⁷ <http://www2.eur.nl/bmg/ecuity/>

¹⁴⁸ Il est d'ailleurs établi que les catégories modestes, tels que les ménages d'ouvriers, mobilisent davantage les consultations hospitalières que les autres catégories sociales, au dépend des consultations de ville. Voir D. Raynaud 2005. Les déterminants individuels des dépenses de santé : l'influence de la catégorie sociale et de l'assurance maladie complémentaire, *Etudes et Résultats*, n°378, février.

cette situation uniquement sur le critère de l'absence de consultation d'un médecin, et ce quel que soit son état de santé. Dès lors, nous y retrouvons aussi bien des personnes souffrant d'une maladie chronique mais qui ne reçoivent ou ne mobilisent pas les soins nécessaires, que d'autres n'ayant pas de troubles ressentis et/ou diagnostiqués pouvant entraîner un besoin de soins. Autant de cas qui laissent envisager, d'un point de vue qualitatif, une palette de sens du non recours, allant d'une situation problématique (lorsque le diagnostic vital est engagé) à une situation positive (être le reflet d'un bon état de santé). D'autre part, d'un point de vue de santé publique, l'absence de caractérisation de l'état de santé ne permet pas de distinguer entre un non recours aux soins relevant d'une logique curative, de celui relevant d'une logique préventive.

Là aussi, c'est donc le risque de rassembler sous un même terme des situations très diverses que ces exemples soulèvent. Pour y remédier, une possibilité consiste à tenir compte de l'état de santé des personnes, de manière à mesurer un « besoin de soins non satisfaits¹⁴⁹ ». La sociologie de la santé insiste sur le fait qu'un besoin de soin et l'état de santé sont difficiles à établir, ne se réduisant pas à des facteurs biologiques mais relevant également d'une interprétation sociale par les individus¹⁵⁰. Toutefois, nous pouvons tenter de les approcher, selon les informations disponibles, par l'usage d'indicateurs médicaux (telles que ceux relevés à l'occasion d'un bilan de santé), par la mesure subjective de l'état de santé (ou santé perçue), ou encore par la référence à une catégorie médicale (être bénéficiaire d'une Affection Longue Durée par exemple).

c) Sur l'approche en termes de non consommation de soins.

Le non recours aux soins, nous l'avons dit, est envisagé à travers les trois variables sélectionnées comme une non consommation de soins. Cela produit une représentation binaire du phénomène, départageant les personnes considérées en non recours des autres. En creux, cela signifie que ces dernières ne sont pas concernées par la situation « problématique » du non recours, ce que nuancent les entretiens qualitatifs.

Ils ont mis en évidence différentes situations qui, sans relever au sens strict du non recours, peuvent s'en approcher. Comme exemple, prenons le cas de ceux qui ont consulté un médecin généraliste au cours des deux dernières années, mais pour des motifs qui ne sont pas directement médicaux (demande d'un certificat médical, renouvellement de la pilule...). Prenons également un ensemble de situations, lorsque les personnes consultent trop tard un soignant, lorsqu'elles abandonnent leurs soins ou, de manière assez proche, lorsqu'elles ne prennent pas les traitements ou ne suivent pas les examens complémentaires prescrits à l'issue de la consultation médicale. Ainsi, statistiquement, ces personnes ne seront pas considérées en non recours aux soins du fait de leur consultation, tout en pouvant avoir des besoins de soins non satisfaits. Nous allons à présent revenir sur ces situations.

3. Proposition de questions complémentaires.

Dans cette partie, il s'agit de repartir des limites d'une définition du non recours aux soins basée uniquement sur les trois variables retenues, pour proposer d'autres questions complémentaires. Ce faisant, nous cherchons à esquisser une typologie du non recours qui tienne davantage compte du caractère multiforme (non recours complet, partiel, primaire, secondaires, etc.¹⁵¹) et séquentiel

¹⁴⁹ Nous reprenons ici une formulation proposée par le CETAF lors d'une réunion du groupe du Cluster 12 (dont l'objet est « Exclusion et non recours aux droits et services »), le 15 décembre 2006.

¹⁵⁰ M. Augé, C. Herzlich 1983. *Le sens du mal, anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris, Editions des Archives contemporaines.

¹⁵¹ A ce sujet, voir les déclinaisons du non recours et leurs définitions sur le site de l'Odenore (<http://odenore.msh-alpes.prd.fr/>).

de ce phénomène (envisageant chacune des étapes du parcours de soins, de l'identification d'un besoin de soins à la guérison, en passant par la demande de soins)¹⁵².

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'exclusion¹⁵³ – mais aussi sa faiblesse. En effet, la mesure du renoncement 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 »¹⁵⁴. 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 améliorations¹⁵⁵ et les limites persistantes¹⁵⁶ 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 »). Nous présentons ci-dessous les questions utilisées dans notre enquête.

Question sur le renoncement aux soins :

Avez-vous renoncé à au moins un soin, au cours des 12 derniers mois, pour des raisons financières ?

- Pour quel type de soins ?

- Y avez-vous renoncé définitivement ou l'avez-vous reporté ?

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 P. 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 »¹⁵⁷.

¹⁵² Des exemples de ces modèles séquentiels du non recours sont présentés dans W. Van Oorschot 1996. Les causes du non recours. Des responsabilités largement partagées, *Recherches et Prévisions*, n°43.

¹⁵³ 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>.

¹⁵⁴ 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.

¹⁵⁵ 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.

¹⁵⁶ 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 ?.

¹⁵⁷ 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.

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 »¹⁵⁸. 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. Dans le cadre de notre enquête qualitative, n'ayant pas les compétences des professionnels de santé, nous avons fait ce dernier choix.

Question sur le retard aux soins :

Y a-t-il eu un moment où vous pensez avoir attendu trop de temps après l'apparition d'un symptôme pour consulter un médecin ?

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 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*¹⁵⁹, 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 pas la 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...). C'est pour ces raisons que nous avons introduit dans notre grille d'entretien une question posée directement aux personnes susceptibles d'être concernées par le refus de soins.

Question sur le refus de soins par les professionnels de santé :

Avez-vous eu le sentiment qu'un médecin n'ait pas accepté de vous recevoir en consultation ?

¹⁵⁸ 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.

¹⁵⁹ 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.

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 dans le modèle séquentiel du non recours mentionné auparavant.

La question utilisée dans notre grille d'entretien suit une formulation simple, à partir desquelles plusieurs relances peuvent être envisagées (quel type de soins avez-vous arrêté, pour quelle raison...).

Question sur l'abandon de soins :

Avez-vous mis fin, de manière prématurée, à des soins programmés dans le cadre du suivi d'une maladie ?

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 médicamenteuses¹⁶⁰.
- 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.

Pour notre enquête, nous avons choisi de ne retenir que l'observance de prescription médicamenteuse¹⁶¹ et de distinguer deux types de problématiques, celle des traitements pour maladie chronique et les autres. Pour la première, parmi les grilles qui existent dans la littérature consacrée, nous avons repris celle de X. Girerd.

Questions sur l'observance thérapeutique (hors traitement pour maladie chronique) :

Lorsqu'un médecin vous prescrit des médicaments, prenez-vous l'ensemble de ce qu'il y a marqué sur l'ordonnance ?
Prenez-vous les traitements prescrits jusqu'au bout ?

Questionnaire de Girerd sur l'observance thérapeutique (traitement pour maladie chronique) :

Ce matin avez-vous oublié de prendre votre médicament ?

Depuis la dernière consultation, avez-vous été en panne de médicament ?

Vous est-il arrivé de prendre votre traitement avec retard par rapport à l'heure habituelle ?

Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, votre mémoire vous fait défaut ?

Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, vous avez l'impression que votre traitement vous fait plus de mal que de bien ?

Pensez-vous que vous avez trop de comprimés à prendre ?

Démarche : Chaque réponse positive compte 1 point. Au-dessus de trois points, le patient est considéré comme non-observant.

¹⁶⁰ Selon la définition retenue par la DREES et énoncée dans leur appel à projets de recherche 2008 sur le thème de l'observance.

¹⁶¹ Une question sur la réalisation ou non des examens complémentaires aurait pu être rajoutée ici.

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 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.

Question sur les rendez-vous non honorés :

Y a-t-il eu un RDV chez un médecin cette année auquel vous ne seriez pas allé ?

g) Le dépistage des cancers.

Nous avons évoqué le fait que, en ne prenant pas en compte la notion de besoin de soins, le non recours aux soins pouvait tout aussi bien relever d'une logique préventive que d'une logique curative. Pour éviter cela, outre la possibilité de mesurer l'état de santé, une question concernant la prévention et le dépistage des cancers peut être introduite. Autre intérêt, cette question permet de comparer les données recueillies aux résultats des nombreuses études sur le domaine des dépistages des cancers, priorité de santé publique affichée par les gouvernements successifs et facteurs explicatifs des inégalités sociales de santé.

C'est dans ce sens que nous avons introduit les questions portant sur les trois principaux dépistages, à savoir celui du cancer du colon, de l'utérus et du sein.

Question sur le dépistage des cancers (à adapter selon l'âge et le sexe de l'enquêté(e)) :

Avez-vous réalisé, et quand, un test hémocult ?

Avez-vous bénéficié, et quand, d'un frottis et d'une mammographie ?

4. Non recours et normes de santé publique.

Nous avons vu, dans les parties précédentes, les limites de la définition du non recours aux soins retenue dans l'étude NOSAP et les pistes qui pouvaient y remédier. Plusieurs questions complémentaires ont ainsi été proposées afin de distinguer plus finement les différents types de non recours dans le domaine de la santé¹⁶².

Si ce tour d'horizon émet des solutions, il n'évite pas une difficulté centrale. L'ensemble de ces questions repose sur une conception normative des comportements de recours aux soins,

¹⁶² Même si ici nous pouvons noter un déséquilibre entre les origines du non recours aux soins, les questions évoquées accordant davantage de place aux causes émanant de l'individu qu'à celles émanant du dispositif de prestations ou de l'organisme prestataire. Pour une description de ces différences, voir les travaux de l'Odenore.

dessinant la figure d'un « bon patient » qui adhère à la prévention, consulte son médecin à temps, honore ses rendez-vous ou encore suit à la lettre les prescriptions. La définition du non recours apparaît ainsi comme l'inverse même de ces comportements fondés sur des normes principalement issues de la santé publique. Autrement dit, d'un côté nous trouverions les comportements vertueux et, de l'autre, les comportements déviants¹⁶³, néfastes à la fois pour l'individu et la collectivité¹⁶⁴. Cette perspective normative n'est pas sans poser problème, et ce pour trois principales raisons.

Tout d'abord, elle pose un problème méthodologique. Les questions présentées sont recueillies de manière déclarative, n'engageant que la parole des personnes enquêtées. Or, biais classique des études qualitatives et quantitatives, il existe ce qu'elles supposent être la « bonne » réponse, celle proche de la norme admise socialement. Ce biais s'est observé dans plusieurs entretiens, des contradictions apparaissant au fil de l'entretien (comme l'exemple flagrant de ce jeune expliquant avoir fait face à des refus de soins lié à son statut de « CMUiste », alors qu'il n'est pas allé chez un médecin depuis qu'il en bénéficie). Parfois, ces biais ont pu s'expliquer par l'assimilation de l'enquêteur à un médecin, liée à la situation d'enquête dans les CES. Pensant être face à un médecin, la tendance des personnes interrogées peut alors être de donner la réponse juste, celle que l'on suppose attendue par le médecin (suivre ses conseils, être dans la prévention, etc.). Ce sont là des difficultés inhérentes à toutes enquêtes dont il faut avoir conscience dans l'analyse des résultats.

Ensuite, il semble important de noter que les normes sur lesquelles s'adosent les questions ne font pas toutes consensus, dans le sens où l'ensemble des acteurs composant le champ de la santé publique ne se retrouve pas tous sur le contenu à leur donner. Pensons à la définition du non recours aux soins issue de la base RAIDE. Si nous caractérisons le non recours par l'absence de consultation d'un médecin en deux ans, d'autres études ne prennent pas le même critère temporel. L'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale – l'ONPES, qui est un acteur important de l'introduction du thème du non recours en France – reprend comme définition du non recours aux soins la variable de l'INSEE « nombre de visites chez un médecin généraliste au cours des 12 derniers mois »¹⁶⁵. La limite temporelle permettant de distinguer ce qui est du non recours aux soins et ce qui n'en est pas fluctue donc en fonction des définitions et, logiquement, sa mesure s'en trouve modifiée.

D'autres exemples nous démontrent que les normes peuvent même être l'enjeu de luttes entre les acteurs de la santé publique (entendus au sens large). Ces exemples sont intéressants à observer puisqu'ils nuancent l'interprétation selon laquelle le non recours aux soins serait un comportement négatif d'un point de vue de santé publique, tandis que les comportements inverses seraient uniquement positifs. En effet, des débats ont lieu sur les effets des soins et de la prévention, certaines positions exprimant des réserves quant à leur réelle efficacité sur l'état de

¹⁶³ Terme fort, la déviance recouvre d'après A. Cohen « l'ensemble des comportements qui transgressent des règles normatives et qui suscitent des réponses caractéristiques allant de la simple réprobation à la répression violente ». La notion s'applique aux comportements tels que les rendez-vous non honorés, l'inobservance thérapeutique... puisque ceux-ci, uniquement lorsqu'ils sont l'œuvre des bénéficiaires de la CMU-C, peuvent faire l'objet d'un recours au conciliateur local (présent dans chaque CPAM), après plainte d'un professionnel de santé. Voir la circulaire CIR-33/2008 de l'Assurance Maladie datant du 30 juin 2008.

¹⁶⁴ C'est dans ce sens que T. Perilleux et J. Cultiaux analysent la montée, dans le champ de la santé, d'un « argumentaire de la responsabilisation ». Celui-ci repose en effet sur une idée forte : favoriser les bons comportements (prévention, soin...) aurait un impact à la fois pour celui qui les pratique (préservation de son « capital santé ») et pour la collectivité (réduction des dépenses de santé...). J. Cultiaux, T. Perilleux 2007. Être responsable de sa santé ? Faces, accents et limites d'un argumentaire de responsabilisation des patients, in F. Cantelli, J.-L. Genard (dir.), *Action publique et subjectivité*, Paris, LGDJ.

¹⁶⁵ Voir le rapport 2007-2008 de l'ONPES.

santé (et les inégalités de santé¹⁶⁶) voire émettant l'hypothèse d'effets iatrogènes, comme c'est le cas pour le cancer de la prostate¹⁶⁷.

Ainsi, les normes de santé publique n'étant ni figées, ni partagées par l'ensemble des acteurs de ce champ, cela nous invite à réfléchir sur la construction du non recours aux soins comme un « risque » d'un point de vue sanitaire.

Enfin, si ces normes ne font pas consensus dans le champ de la santé publique, elles ne remportent pas non plus toute l'adhésion de la population concernée. C'est l'un des principaux constats de notre enquête qualitative auprès des personnes en situation de non recours aux soins. Bien entendu, ce dernier s'explique également par de multiples facteurs (difficulté d'accès aux soins pour des raisons financières ou géographiques, méfiance à l'égard des institutions sanitaires, rapports aux temps...), que nous ne développerons pas ici puisqu'ils ont été abordés dans une autre note. Mais ce qui a retenu notre attention, c'est le décalage dans les représentations du non recours aux soins, ces situations n'apparaissant plus nécessairement dans les entretiens comme un « problème » ou un « risque ». Décalage qui peut s'expliquer par la variable des normes et des valeurs.

Pour illustrer notre propos, prenons le cas significatif de l'automédication. Cette pratique ne s'interprète pas uniquement sous un angle économique, qui voudrait qu'elle soit l'alternative mise en œuvre par les individus pour se soigner, faute d'accès aux soins. Elle reflète, d'après notre analyse qualitative des entretiens, aussi la montée de la norme de l'autonomie dans le champ de la santé. L'automédication revêt alors le sens d'une volonté des individus à prendre une part active dans la gestion de leur santé ou, selon la formule d'une personne interrogée, à « être son propre médecin ». Le non recours aux soins, dans ce cas, n'est pas perçu comme une difficulté, et ce d'autant plus que l'automédication est encouragée par différents acteurs de la santé (pouvoirs publics, entreprises du médicament...). Plutôt que de suivre une norme qui préconiserait de consulter dès que des symptômes apparaissent, certaines personnes préfèrent suivre une autre norme, celle invitant à tenter d'abord de prendre en charge sa santé soi-même. Parfois, cette attitude prend un sens civique, lorsque l'économie d'une consultation engendrée par l'automédication est présentée comme un acte de participation à la réduction du déficit de la Sécurité sociale, renvoyant à ce que nous avons appelé une « logique citoyenne » du non recours.

Pour conclure, la question des normes nous semble être au centre de la réflexion sur le non recours, et ce d'autant plus dans le domaine de la santé où, comme nous l'avons évoqué, les normes et valeurs sont plurielles et parfois en concurrence. Mais maintenant, quel est l'apport de cette analyse par les normes ? A cette question, la réponse simple que nous pouvons faire est qu'elle soulève justement d'autres interrogations, qui pourraient être formulées de la sorte : jusqu'où faut-il repérer les personnes considérées comme étant « à risque » de non recours ? Jusqu'où vouloir modifier les comportements pour les rapprocher de ceux censés être plus efficaces pour la santé ? Quelle place laisser aux pratiques de santé profanes, dès lors qu'elles s'appuient sur des valeurs différentes comme l'autonomie ? Comment les considérer, comme des actes problématiques ou normaux ? Est-il envisageable de tenir compte des points de vue de l'ensemble des acteurs, y compris ceux en situation de non recours, dans la production des normes de santé ? Un débat à partir de cet ensemble de questions, principalement d'ordres éthiques, paraît un préalable aux actions destinées à réduire le non recours aux soins.

¹⁶⁶ Voir les diverses communications de l'atelier « Soins et prévention : réduction ou aggravation des inégalités sociales de santé ? », lors des journées de la prévention organisées en 2008 par l'INPES.

¹⁶⁷ Pour une contribution récente à ce débat autour du dépistage du cancer, voir G.-H. Welch 2005. *Dois-je me faire tester pour le cancer ? Peut-être pas et voici pourquoi*, Laval, Presses Universitaires de Laval.