

# **Le non recours aux soins des actifs précaires (NOSAP)**

## **Rapport scientifique intermédiaire n° 2**

**Juillet 2007**

**Pour l'Agence Nationale de la Recherche -  
Programme Santé Environnement – Santé Travail  
Projet n° 00083 05**

**Equipes :**

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

Coordinateur du projet et rédacteur du rapport : Philippe Warin.

# Sommaire

<b>1. Objectif général du projet NOSAP – Rappel</b>	<b>p. 3</b>
<b>2. Travaux du 1<sup>er</sup> semestre 2007</b>	<b>p. 4</b>
<b>2.1. Le non recours aux soins des chômeurs de plus d'1 an.</b>	<b>p. 6</b>
2.1.1. Des caractéristiques sociales et médicales	p. 6
2.1.2. Une prévalence du non recours lorsque le « précarier » se double d'une « désaffiliation »	p. 7
2.1.3. Vers une explication comportementale ?	p. 9
Annexe 1 : Classement des variables selon leur lien au non recours au médecin, au dentiste et au suivi gynécologique (analyse multivariée)	p. 12
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	p. 14
Annexe 3 : Distribution des 12 chômeurs de plus d'un an enquêtés au centre ISBA de Saint Martin d'Hères, suivant les critères suivants : recours/non recours, santé perçue, quintiles EPICES, niveau diplôme, support social et temporalité	p. 14
<b>2.2. Le non recours aux soins des jeunes de 16 à 25 ans en insertion.</b>	<b>p. 15</b>
2.2.1. Le non recours aux soins, un phénomène juvénile ou un héritage familial ?	p. 16
2.2.2. Un phénomène lié au « précarier »	p. 19
2.2.3. Un phénomène sensible à « l'isolement » des personnes	p. 20
Annexe 1 : Classement des variables selon leur lien au non recours au médecin, au dentiste et au suivi gynécologique (analyse multivariée)	p. 22
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	p. 24
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	p. 24
Annexe 4 : Proportion d'actifs précaires parmi les personnes en non recours (en %)	p. 25
<b>3. Conclusion : faits marquants, difficultés, valorisation</b>	<b>p. 26</b>
<b>4. Synthèse des activités scientifiques du coordinateur</b>	<b>p. 28</b>
Annexe 1 : Rappel des définitions du non recours	p. 29
Annexe 2 : Rappel de l'organisation du travail et de l'échéancier	p. 32

# 1. Objectif général du projet « Non recours aux soins des actifs précaires » (NOSAP) – Rappel

L'objectif général de cette recherche est de développer une analyse quantitative et qualitative du non recours aux soins des actifs précaires.

L'interrogation principale porte sur les relations entre 'absences de suivi médical' ou 'renoncements aux soins', et cumul de précarités d'emploi, de revenus, dans le travail et de protection sociale.

Le phénomène du non recours apparaît en France après d'autres pays (*cf.* Annexe 1 : rappel des définitions). Il entre à la fois dans le débat politique et scientifique. La complexité de ce phénomène oblige à le saisir domaine par domaine. Celui de la santé est particulièrement concerné. Les inégalités de santé renvoient à la progression des précarités sociales et économiques et à leurs impacts sur les modes de vie et de consommation. L'analyse du non recours aux soins des actifs précaires permet une approche précise des rapports entre « Santé, Travail et société » autour d'une réflexion en profondeur sur les relations entre l'accès aux soins et les précarités aujourd'hui. L'analyse proposée intéresse directement la définition de projets de politiques publiques, puisque elle débouche sur la proposition d'outils de calcul de probabilité de risques de non recours aux soins.

L'étude des données des Centres d'examen de santé (CES) financés par l'Assurance maladie est au cœur du projet NOSAP. Il s'agit d'une base de données sociales et médicales unique : plus de 600 000 consultants par an sur l'ensemble du territoire français. Cette étude donnera lieu à plusieurs travaux de nature statistique visant à décrire finement les profils des personnes en situation de non recours aux soins. Elle sera complétée par des travaux qualitatifs réalisés à un niveau régional. Ces travaux seront menés auprès de consultants des Centres d'examen de santé. Les travaux quantitatifs et qualitatifs comprendront des approches longitudinales, puisque les consultants en situation de non recours peuvent être re-enquêtés.

Le projet mobilise le Centre technique d'appui et de formation des Centres d'examen de santé de l'Assurance maladie (CETAF) et l'Observatoire des non recours aux droits et service de l'UMR n°5194 du CNRS (ODENORE). Il bénéficie des collaborations actives entre les deux organismes.

## 2. Travaux du 1<sup>er</sup> semestre 2007

Ce rapport intermédiaire présente le travail réalisé depuis janvier 2007. Il fait suite au premier Rapport scientifique intermédiaire rendu en tout début d'année.

Le projet NOSAP comportant 4 objectifs opérationnels successifs, les équipes ont poursuivi le travail sur le premier d'entre eux : *l'étude statistique des populations en situation de non recours aux soins*, le second : *l'analyse qualitative du non recours aux soins*, et le troisième : *la conduite d'opérations de valorisation*. Cela correspond au calendrier prévu dans le projet. Le dernier objectif opérationnels du projet NOSAP qui vient à la suite correspond à *la préparation d'une enquête comparative européenne*. (cf. Annexe 2).

En ce qui concerne l'étude statistique des populations en situation de non recours aux soins, elle a été réalisée pour 4 des 6 populations d'actifs précaires définies au départ :

- Les personnes au chômage depuis plus d'1 an.
- Les jeunes de 16-25 ans en insertion.
- Les allocataires du RMI/CMU.
- Les personnes occupant un emploi « non stable » ou un emploi « stable à temps partiel ».

L'étude statistique des 2 autres populations sera achevée au cours de l'été. Elle concerne :

- 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.
- 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'examen de santé » (EPICES  $\geq$  30).

Comme prévu, le second semestre 2007 et le premier semestre 2008 sera consacré à l'approche par le non recours, à la réflexion sur la création d'un indicateur de non recours aux soins et à une étude géographique nationale (cartographie des résultats).

L'étude statistique donne lieu à de très nombreux traitements. Ils ont été effectués au CETAF par **Stéphanie Gutton**, avec le soutien de **Catherine Sass** et de **Jean-Jacques Moulin**. Le dossier complet de ces traitements est disponible.

L'analyse qualitative du non recours aux soins a également beaucoup progressé puisque près de 100 entretiens individuels ont été réalisés dans 4 Centres d'examen de santé (Bobigny, Saint Martin d'hères/Grenoble, Dijon, Bourg-en-Bresse). Ces entretiens ont été réalisés par **Catherine Chauveaud** (ODENORE/IEP Grenoble) et **Antoine Rode** (IEP Grenoble), avec le soutien de **Philippe Warin**. La quasi-totalité a été enregistrée ; dans ce cas les entretiens sont tous retranscrits. Les documents numérisés vont donner lieu au cours de l'été à une préparation pour permettre le lancement d'une analyse lexicale sur Sphinx Lexica au second semestre 2007. Les retranscriptions sont disponibles.

Le présent rapport rend compte d'éléments de synthèse concernant les deux premières populations étudiées (les chômeurs de plus d'un an, et les jeunes en insertion). Il s'agit à chaque fois de monographies qui présentent et discutent les principaux résultats statistiques et qualitatifs. Nous reprenons effectivement l'ensemble des résultats produits par les deux équipes. Cela nécessite un travail séparé de préparation mais aussi collectif de mise au point au cours de réunions régulières.

Il est indispensable de procéder de cette façon pour examiner les spécificités par population et au-delà pour repérer les invariants possibles qui peuvent expliquer en général le phénomène du non recours. Ce travail méthodique par étape nous permet d'aller progressivement vers une synthèse globale qui tiendra compte également des autres études (traitement lexical des entretiens, résultat de l'approche transversale par le non recours et de la cartographie). Vu la masse considérable de données statistiques et qualitatives, nous n'avons pas d'autre choix.

## 2.1. Le non recours aux soins des chômeurs de plus d'1 an.

### Eléments de synthèse.

*L'analyse statistique de la base de données RAIDE du CETAF et des centres d'examens de santé de l'Assurance maladie 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. Ce commentaire tient compte des observations issues d'entretiens réalisés auprès de consultants de centres d'examens de santé, mais aussi auprès d'usagers d'associations grenobloises (terrains d'enquête 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.*

\* \*

### 2.1.1. – Des caractéristiques sociales et médicales.

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 autant marqué par les caractéristiques sociales que par les caractéristiques de santé. La valeur des *odds ratio* qui leur sont associés sont assez comparables, ce qui signifie un lien de dépendance tout aussi important avec l'un et l'autre des deux groupes de variables (cf. Annexe 1 les tableaux des OR pour les études multivariées). Maintenant, au sein de ces groupes, certaines variables pèsent plus que d'autres.

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

	Hommes		Femmes	
Aucune consultation médicale au cours des 2 ans	12887	16.3%	5487	6.8%
Aucune consultation dentaire au cours des 2 ans	25992	33.3%	17398	21.0%
Aucun suivi gynécologique	-	-	30467	37.9%

Des liens significatifs apparaissent avec des variables sociales comme l'absence de complémentaire privée et le fait de ne pas vivre en couple. 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 est sociale, comme la pauvreté relative, l'isolement social et la perte d'estime de soi, l'adoption de comportements à risque pour la santé, ...<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> A. Mesrine 2000. La surmortalité des chômeurs : un effet catalyseur du chômage ?. *Economie et statistiques* n° 334, p. 93-48.

Sur le plan médical, certaines variables ont également une relation marquée avec le non recours (taux de cholestérol, tension artérielle, dents cariées non traitées, déficit visuel). Une explication est probablement à rechercher du côté des conditions de vie et des modes de consommation<sup>2</sup>, mais pas seulement. En tout cas, on trouve là des indicateurs de mauvaise santé et donc de besoins de soins non satisfaits.

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, particulièrement chez la femme.

### ***2.1.2. – Une prévalence du non recours lorsque le « précaire » 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*<sup>3</sup> 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 les personnes suivies par les services sont dans une meilleure situation sociale que celles qui ne le sont pas<sup>4</sup>, ce qui pourrait signifier – à titre d'hypothèse – un possible cumul entre non recours aux soins et absence de relations avec les services sociaux.

---

<sup>2</sup> 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. Par exemple, des études ont montré 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 adultes (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](http://www.invs.sante.fr/publications/2005/jvs_2005/poster_1.pdf)) que pour les enfants pour lesquels la question des dents lésées vient parfois brouiller l'idée même du besoin de prévention (se reporter aux Etudes n°1 (2004) et n° 16 (2005) de l'ODENORE avec le service Santé scolaire de la ville de Grenoble : 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, <http://odenore.msh-alpes.prd.fr/travaux.html>)

<sup>3</sup> 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 conjugue absence de travail et isolement social, la vulnérabilité associe précarité du travail et fragilité relationnelle, l'intégration signifie que l'on dispose des garanties d'un travail permanent et que l'on peut mobiliser des supports relationnels solides. En particulier les travaux de Robert Castel, et sur cette question du repli son ouvrage *Propriété privée, propriété sociale, propriété de soi* (Fayard, 2005).

<sup>4</sup> 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.

A l'inverse, d'autres variables sont liées au non recours (*cf.* Résultats grisés dans les tableaux des *odds ratio*, en Annexe 1). Ainsi, la prévalence du non recours aux soins va en s'accroissant avec l'abaissement du niveau de protection sociale : elle est plus élevée chez les bénéficiaires de la CMU que chez les personnes ayant une mutuelle privée, mais, elle est encore plus élevée chez les personnes n'ayant aucune complémentaire. Ce résultat est cohérent avec les travaux de la DREES sur l'effet positif de la CMU sur l'accès aux soins<sup>5</sup>. Ceci dit, le *précarial*<sup>7</sup> vu ici sous l'angle d'une « sortie » conjointe de l'emploi et avant tout de la protection sociale, semble 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.

L'analyse des caractéristiques sociales liées au non recours aux soins indique autre chose de plus important encore. 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 par rapport à de possibles *supports sociaux*<sup>8</sup>. 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, surtout, le non recours au médecin et au dentiste et pour les femmes le non suivi gynécologique vont de pair avec le fait de ne pas vivre en couple (*cf.* Résultats grisés dans les tableaux des *odds ratio*, en Annexe 1). En particulier, le risque de ne pas recourir au médecin est plus élevé chez les hommes ne vivant pas en couple que chez ceux qui sont en couple (OR=1.53), et chez les femmes selon cette même différence de situation (OR=1.16). Remarquons que pour les femmes le fait de vivre seule est l'un des deux indicateurs les plus associés au non suivi gynécologique (OR=1.72). Ces résultats confirment que l'isolement social lié à la pauvreté du *support social* (ou du capital relationnel)<sup>9</sup> agit comme facteur de désaffiliation<sup>10</sup>. Le lien entre ce facteur et les inégalités sociales

---

<sup>5</sup> Voir les travaux de Bénédicte Boisguérin sur les bénéficiaires de la Couverture maladie universelle publiés régulièrement dans *Etudes et Résultats* (depuis 2002, voir les n° 152, 287, 294). Egalement le n° 1142 de *INSEE Première*, juin 2007.

<sup>7</sup> Le *précarial* 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 *précarial* 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.

<sup>8</sup> Se reporter en priorité à la recherche de M. Grignon, A. Couffinhall, P. Dourgnon, F. Jusot et F. Naudin 2004. *Mesurer l'impact des déterminants non médicaux des inégalités sociales de santé*. Rapport de recherche de l'IRDES réalisé dans le cadre du Programme « Sciences biomédicales, santé et société » du CNRS (SHS-SDV), INSERM, MIRE-DREES.

<sup>9</sup> Le *support social* se définit en termes de soutiens apportés par le réseau de parenté, d'amitié ou de soutien qu'un individu peut mobiliser. Il dépend de la taille du réseau, de sa densité mais aussi de sa qualité.

<sup>10</sup> 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 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).



de santé est aujourd'hui établi et donne même lieu à une réflexion méthodologique visant à mesurer l'impact de variables comme le support social.

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 élevé<sup>11</sup>. Ici, les résultats montrent que les hommes jeunes sont plus souvent dans ce cas, comme ils le sont en matière d'insertion socioprofessionnelle par exemple<sup>12</sup>. 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'examen 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.

### ***2.1.3. – Vers une explication comportementale ?***

La prise en compte d'éléments relatifs au support 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 (*cf.* Annexe 3), 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 support 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 Centre d'examen 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 support social plus faible suivant l'application du score EPICES (*cf.* Annexe 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).

---

<sup>11</sup> Concernant les femmes notamment, on peut se reporter à l'ouvrage de Véronique Mougin, *Femmes en galère. Enquête sur celles qui vivent avec moins de 600 euros par mois.* (Editions La Martinière, 2005).

<sup>12</sup> 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.

Cette personne bénéficie d'un entourage familial très fort. Et bien qu'elle soit en non recours, elle dit-elle : « *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 support 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 support 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 santé<sup>13</sup>. Les entretiens illustrent bien ce mécanisme, dans un sens comme dans un autre. Une femme, disposant d'un support 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 support 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'est pas pour autant démontrée sur le plan 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 support 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 support 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

---

<sup>13</sup> 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)<sup>14</sup>. 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 »<sup>15</sup>.

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 support 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. Un 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*)<sup>16</sup>. 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.

---

<sup>14</sup> CREDOC, enquête « Conditions de vie et les Aspirations des Français, 2003-2005 ».

<sup>15</sup> 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.

<sup>16</sup> 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 selon leur lien au non recours au médecin, au dentiste et au suivi gynécologique (analyse multivariée).

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

### Classement des indicateurs associés au non recours au médecin des chômeurs de plus d'un an

Médecin	Homme	
	OR	IC 95
Sans complémentaire santé	2.53 *	[2.28 ; 2.81]
Bénéficiaires de la CMU	1.60 *	[1.46 ; 1.76]
Ne pas vivre en couple	1.53 *	[1.41 ; 1.66]
Tension artérielle élevée	1.31 *	[1.18 ; 1.45]
Présence de dents cariées non traitées	1.27 *	[1.22 ; 1.33]
Taux de cholestérol élevé	1.24 *	[1.10 ; 1.41]
Déficit visuel	1.23 *	[1.14 ; 1.33]
Niveau d'études (+ élevé au + faible)	1.09 *	[1.06 ; 1.13]
Durée du chômage	1.09 *	[1.06 ; 1.13]
Obésité	0.88 *	[0.83 ; 0.93]
Mauvaise santé perçue	0.78 *	[0.74 ; 0.83]
Maigreur	1.08	[0.92 ; 1.27]
Problèmes financiers	1.05	[0.97 ; 1.13]
Taux d'hémoglobine bas	1.02	[0.85 ; 1.23]
Age	1.01	[0.98 ; 1.05]
Taux de triglycérides élevé	1.00	[0.90 ; 1.11]
Déficit auditif	0.99	[0.91 ; 1.07]
PCS (+ favorisée à - favorisée)	0.98	[0.94 ; 1.01]
Rencontre d'un travailleur social	0.95	[0.88 ; 1.03]
Taux de glucose élevé	0.83	[0.69 ; 1.00]

Médecin	Femmes	
	OR	IC 95
Sans complémentaire santé	2.27 *	[1.93 ; 2.68]
Bénéficiaires de la CMU	1.63 *	[1.42 ; 1.87]
Taux de cholestérol élevé	1.52 *	[1.23 ; 1.88]
Présence de dents cariées non traitées	1.33 *	[1.24 ; 1.42]
Déficit visuel	1.29 *	[1.15 ; 1.45]
Maigreur	1.26 *	[1.04 ; 1.52]
Durée du chômage	1.17 *	[1.12 ; 1.24]
Ne pas vivre en couple	1.16 *	[1.03 ; 1.30]
Age	1.13 *	[1.07 ; 1.20]
Niveau d'études (+ élevé au + faible)	1.12 *	[1.06 ; 1.17]
Rencontre d'un travailleur social	0.85 *	[0.76 ; 0.95]
Mauvaise santé perçue	0.82 *	[0.76 ; 0.89]
Tension artérielle élevée	1.23	[1.00 ; 1.52]
PCS (+ favorisée à - favorisée)	1.06	[0.99 ; 1.12]
Problèmes financiers	1.06	[0.95 ; 1.19]
Déficit auditif	1.06	[0.93 ; 1.20]
Taux d'hémoglobine bas	1.04	[0.89 ; 1.21]
Obésité	0.95	[0.88 ; 1.02]
Taux de glucose élevé	0.87	[0.60 ; 1.28]
Taux de triglycérides élevé	0.87	[0.67 ; 1.16]

### Classement des indicateurs associés au non recours au dentiste des chômeurs de plus d'un an

Dentiste	Homme		Dentiste	Femmes	
	OR	IC 95		OR	IC 95
Sans complémentaire santé	2.14 *	[1.96 ; 2.33]	Sans complémentaire santé	1.94 *	[1.76 ; 2.15]
Bénéficiaires de la CMU	1.37 *	[1.27 ; 1.47]	Présence de dents cariées non traitées	1.48 *	[1.42 ; 1.54]
Présence de dents cariées non traitées	1.53 *	[1.47 ; 1.58]	Tension artérielle élevée	1.39 *	[1.23 ; 1.56]
Tension artérielle élevée	1.43 *	[1.31 ; 1.56]	Déficit visuel	1.30 *	[1.21 ; 1.39]
Déficit visuel	1.28 *	[1.20 ; 1.37]	Problèmes financiers	1.26 *	[1.18 ; 1.35]
Ne pas vivre en couple	1.20 *	[1.13 ; 1.28]	Déficit auditif	1.26 *	[1.17 ; 1.35]
Problèmes financiers	1.14 *	[1.07 ; 1.21]	Taux d'hémoglobine bas	1.26 *	[1.15 ; 1.39]
Mauvaise santé perçue	1.10 *	[1.06 ; 1.15]	Taux de cholestérol élevé	1.21 *	[1.05 ; 1.38]
Niveau d'études (+ élevé au + faible)	1.07 *	[1.05 ; 1.10]	Obésité	1.20 *	[1.15 ; 1.26]
PCS (+ favorisée à - favorisée)	1.07 *	[1.04 ; 1.10]	Bénéficiaires de la CMU	1.19 *	[1.10 ; 1.29]
Durée du chômage	1.07 *	[1.04 ; 1.10]	PCS (+ favorisée à - favorisée)	1.11 *	[1.07 ; 1.15]
Taux de glucose élevé	1.14	[0.98 ; 1.31]	Age	1.10 *	[1.06 ; 1.13]
Maigreux	1.09	[0.95 ; 1.26]	Mauvaise santé perçue	1.07 *	[1.02 ; 1.12]
Déficit auditif	1.07	[1.00 ; 1.15]	Durée du chômage	1.05 *	[1.02 ; 1.08]
Taux d'hémoglobine bas	1.07	[0.91 ; 1.25]	Taux de glucose élevé	1.20	[0.98 ; 1.47]
Taux de cholestérol élevé	1.03	[0.93 ; 1.15]	Taux de triglycérides élevé	1.08	[0.93 ; 1.26]
Rencontre d'un travailleur social	1.02	[0.96 ; 1.09]	Ne pas vivre en couple	1.07	[1.00 ; 1.14]
Age	1.01	[0.98 ; 1.04]	Maigreux	1.07	[0.94 ; 1.22]
Obésité	0.96	[0.92 ; 1.00]	Niveau d'études (+ élevé au + faible)	1.02	[0.99 ; 1.06]
Taux de triglycérides élevé	0.96	[0.89 ; 1.05]	Rencontre d'un travailleur social	1.01	[0.94 ; 1.08]

### Classement des indicateurs associés au non suivi gynécologique des femmes au chômage depuis plus d'un an

Gynécologue	Femme	
	OR	IC 95
Sans complémentaire santé	1.81 *	[1.65 ; 1.99]
Ne pas vivre en couple	1.72 *	[1.62 ; 1.83]
Tension artérielle élevée	1.37 *	[1.22 ; 1.53]
Taux de glucose élevé	1.28 *	[1.05 ; 1.56]
Présence de dents cariées non traitées	1.26 *	[1.21 ; 1.31]
Maigreux	1.21 *	[1.08 ; 1.35]
Bénéficiaires de la CMU	1.20 *	[1.12 ; 1.28]
Obésité	1.18 *	[1.13 ; 1.23]
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	1.14 *	[1.06 ; 1.22]
PCS (+ favorisée à - favorisée)	1.11 *	[1.07 ; 1.14]
Durée du chômage	1.10 *	[1.07 ; 1.13]
Age	1.09 *	[1.06 ; 1.13]
Problèmes financiers	1.07 *	[1.01 ; 1.14]
Niveau d'études (+ élevé au + faible)	1.04 *	[1.01 ; 1.07]
Taux de triglycérides élevé	1.09	[0.95 ; 1.26]
Taux d'hémoglobine bas	1.07	[0.98 ; 1.16]
Rencontre d'un travailleur social	1.06	[0.99 ; 1.13]

**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 12 chômeurs de plus d'un an enquêtés au centre ISBA de Saint Martin d'Hères, suivant les critères suivants : recours/non recours, santé perçue, quintiles épices, niveau diplôme, support 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
Support 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

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

### Eléments de synthèse.

*L'analyse statistique de la base de données RAIDE du CETAF et des centres d'examens de santé de l'Assurance maladie 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 deuxième population étudiée, celle des jeunes de 16-25 ans en insertion professionnelle. Ce commentaire tient compte des observations issues d'entretiens réalisés auprès de consultants de centres d'examens de santé, mais aussi auprès d'usagers d'associations grenobloises (terrains d'enquête de la thèse). Il renvoie également à la monographie relative aux chômeurs de plus d'un an, mais ne contient pas de comparaisons avec les quatre autres populations d'actifs précaires. Ce sera le cas dès l'étude suivante. Ainsi, renverrons-nous l'analyse concernant les allocataires du RMI/CMU aux résultats présentés ici et précédemment, 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.*

\* \*

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, mais également plusieurs différences.

Les résultats comparés des deux premières études diffèrent sur plusieurs plans. Nous pouvons les résumer ainsi :

- Tout d'abord, le non recours est un peu plus important chez les jeunes en insertion que chez les chômeurs de plus d'un an. Il l'est surtout en ce qui concerne le suivi gynécologique des jeunes femmes (*cf.* Tableau comparatif des taux de non recours).
- Ensuite, avec les jeunes en insertion le phénomène du non recours paraît davantage lié aux caractéristiques socioéconomiques qu'aux caractéristiques de santé, même si la variable relative à l'état de santé bucco-dentaire ressort de nouveau<sup>17</sup>. Mais il est vrai que les taux de cholestérol élevés, l'hypertension et le diabète sont rares chez les jeunes. Ce qui peut expliquer le peu de relation du non recours aux soins avec les données de santé.
- Enfin, le non recours aux soins renvoie à des caractéristiques socioéconomiques qui sont beaucoup plus homogènes chez les jeunes, hommes et femmes, en insertion que chez les chômeurs (*cf.* Résultats grisés dans les tableaux des *odds ratio* – Annexe 1). C'est particulièrement vrai pour le non recours au médecin.

---

<sup>17</sup> 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

### Taux de non recours chez les jeunes 16-25 ans en insertion

	Homme		Femme	
Aucune consultation médicale au cours des 2 ans	7 239	19.2%	4 937	10.7%
Aucune consultation dentaire au cours des 2 ans	12 816	34.8%	11 568	25.7%
Aucun suivi gynécologique	-	0	25 495	55.3%

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

	Aucune consultation médicale au cours des 2 ans		Aucune consultation dentaire au cours des 2 ans		Aucun suivi gynécologique
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Femmes
Chômeurs de plus de 1 an	<b>16.3%</b>	<b>6.8%</b>	<b>33.3%</b>	<b>21.0%</b>	<b>37.9%</b>
Jeunes en insertion	<b>19.2%</b>	<b>10.7%</b>	<b>34.8%</b>	<b>25.7%</b>	<b>55.3%</b>

#### 2.2.1. – Le non recours aux soins, un phénomène juvénile ou un héritage familial ?

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. Avec les jeunes, en revanche, la santé perçue n'est pas significativement liée au non recours au médecin (l'intervalle de confiance de l'odd ratio comprend 1). En même temps, pour les chômeurs 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 peut-être davantage 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.

Ces particularités du non recours chez les jeunes sont délicates à interpréter. Sans qu'il ne soit possible – répétons-le – d'établir des liens de causalité à partir de l'étude statistique, une discussion peut s'ouvrir sur la possibilité d'une explication par l'âge ou par la situation socioéconomique, ou bien encore par les deux.



D'un côté, ces résultats suggèrent que par leur non recours au médecin 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 la consultation médicale dès que l'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*). Sur ce plan, les enquêtes qualitatives réalisées<sup>18</sup> 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.

L'étude statistique conforte en partie cette explication. La décroissance observée du taux de non recours aussi bien pour les jeunes hommes que les jeunes femmes aux alentours de 23 ans va en effet dans le même sens, en tendant à montrer le caractère éphémère d'une réaction juvénile. Si l'on reprend l'analyse de Pugeault-Cicchelli *et alii*<sup>19</sup> 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. Des entretiens indiquent que la venue d'un enfant amène bien souvent une prise de conscience et va de pair avec 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, on le voit, 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*). Elle ouvre une possibilité intéressante d'explication du non recours par rapport au sentiment de responsabilité.

Mais une autre explication se présente aussi. En particulier, les entretiens réalisés permettent d'introduire une hypothèse inverse : plutôt qu'une rupture vis-à-vis des habitudes familiales, le non recours chez les jeunes peut témoigner davantage de la continuité, voire de la reproduction, des habitudes et comportements familiaux en matière de suivi de la santé<sup>20</sup>. 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. De nombreuses recherches, en particulier britanniques, ont insisté sur l'importance des hypothèses de « latence », de « cheminement » et de « transmission intergénérationnelle » des comportements liés à la santé et des inégalités sociales de santé<sup>21</sup>. Entre ces hypothèses, celle de la transmission ressort plus particulièrement de notre matériau qualitatif ;

---

<sup>18</sup> 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.

<sup>19</sup> C. Pugeault-Cicchelli, V. Cicchelli, T. Ragi 2004. *Ce que nous savons des jeunes*. Paris : Puf.

<sup>20</sup> 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).

<sup>21</sup> M. Devaux, F. Jusot, A. Trannoy et S. Tubeul 2007. Inégalité des chances en santé : influence de la profession et de l'état de santé des parents. IRDES, *Bulletin d'information en économie de la santé*, n° 118.

nous y reviendrons dans la suite de la recherche. Mais il faut dire aussitôt que nous avons moins interrogé les personnes sur leurs conditions de vie dans l'enfance (logement, alimentation, etc.) – latence – ou sur le lien entre leur statut socioéconomique et leur enfance – cheminement – que sur les comportements liés à la santé dans leur famille – transmission –.

Or, là-dessus, les questions posées dans les entretiens sur la manière de se soigner dans l'enfance laissent apparaître 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 puisse également indiquer une cristallisation des comportements en matière de santé acquis dans l'enfance. Dans ce cas, le non recours renverrait à un *comportement hérité*.

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 des données longitudinales pouvant nous indiquer si, avant 16 ans (âge d'inclusion dans la population des jeunes en insertion), les personnes ont 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 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 indique 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 – dans notre société* »<sup>22</sup>. Le non recours au médecin chez les jeunes serait moins lié à l'âge qu'aux conditions 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 établissements<sup>23</sup>, n'apparaît pas

---

<sup>22</sup> M. Loriot 2004. « Être jeune est-il dangereux pour la santé ? », in C. Pugeault-Cicchelli, V. Cicchelli, T. Ragi, op. cit. p. 110.

<sup>23</sup> J. Penneff 2000. *Les malades des urgences*. Paris : Métaillé.

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.

### ***2.2.2. – Un phénomène lié au « précarité ».***

La dimension juvénile peut entrer dans une explication globale du non recours aux soins des jeunes en insertion. 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 différencie les jeunes en insertion des chômeurs de plus d'un an, renvoie à un ensemble de variables socioéconomiques qui sont particulièrement marquées et homogènes entre jeunes hommes et jeunes femmes (*cf.* Résultats grisés dans les tableaux des *odds ratio*, en annexe). 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 dans les données constituées à partir de la base RAIDE.

L'importance des variables socioéconomiques chez les jeunes en insertion clive en même temps cette population en plusieurs groupes, puisque la prévalence du non recours au médecin paraît fortement liée au positionnement autour de ces variables. En premier lieu, on s'aperçoit que plus que les autres, les jeunes en insertion ayant un statut de chômeurs sont en non recours au médecin (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). En même temps, 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 beaucoup plus élevé de ne pas recourir au médecin (OR~3.5) 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 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 de 1.89 et 2.22 plus élevé que celles et ceux qui disposent d'une mutuelle privée<sup>24</sup>).

De même, avec les jeunes en insertion, surtout les hommes, le non recours 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. Par ailleurs, 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).

---

<sup>24</sup> Il ne faut toutefois pas sous-estimer la qualité de prise en charge de la CMU par rapport à bon nombre de mutuelles privées.

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 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 recours<sup>25</sup>. 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.

### ***2.2.3. – Un phénomène sensible à « l'isolement » des personnes.***

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, une nouvelle fois le non recours est lié au fait de « ne pas vivre en couple ». Mais cette relation semble agir un peu différemment qu'avec les chômeurs puisque pour les jeunes en insertion l'association est moins importante avec le non recours au médecin et davantage avec le non suivi gynécologique.

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. En particulier pour les jeunes femmes, on s'aperçoit que le non suivi gynécologique est lié à un taux d'hémoglobine bas, alors que ce n'est pas le cas avec les femmes de la population des chômeurs de plus d'un an. Une étude séparée<sup>26</sup> a montré que cette anémie est de type microcytaire, c'est-à-dire lié à une carence en fer. Le risque plus élevé d'anémie microcytaire des jeunes filles en insertion pourrait révéler une spoliation sanguine chronique lié à la non prise de contraceptifs oraux ou à une carence alimentaire en fer liés à des problèmes nutritionnels. Cependant, cette deuxième hypothèse n'est pas la plus probable car la relation de l'anémie avec le non recours aux soins n'est pas retrouvée chez les hommes<sup>27</sup>.

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

---

<sup>25</sup> 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.

<sup>26</sup> Labbe E, Moulin JJ, Sass C, Chatain C, Guéguen R, Gerbaud L. Etat de santé, comportements et environnement social de 105 901 jeunes en insertion professionnelle. *Pratiques et Organisation des Soins* 2007 Mar;38(1):43-53.

<sup>27</sup> Cette observation n'évacue toutefois pas la possibilité d'un lien entre non recours aux soins chez les jeunes en insertion (ou en général) et difficultés d'avoir une alimentation régulière de qualité, si l'on tient compte des constats qui alertent sur les privations diverses auxquelles sont contraintes plusieurs populations de jeunes. Nous pensons ici par exemple aux enquêtes « Conditions de vie » de l'Observatoire de la vie étudiante.

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<sup>28</sup>. 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.

Ce point 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*).

---

<sup>28</sup> Ce résultat est confirmé par une étude réalisée par le CETAF sur la santé des jeunes en insertion professionnelle : « Les risques de non suivi gynécologique et de non prise de contraceptif, moins élevés chez les jeunes ne insertion que chez les non précaires avant l'âge de 18 ans, laissent supposer un meilleur suivi des jeunes filles en difficulté aux plus jeunes âges, éventuellement à cause d'une vie scolaire précoce » ; E. Labbe, J.-J. Moulin, C. Sass, C. Chatain, *et al.* 2005. *Etat de santé, comportements et fragilité sociale de 105 901 jeunes en difficulté d'insertion professionnelle*. Rapport d'étude. CETAF. Publication résumée dans *Pratiques et Organisation des soins*, 38 (1), 2007, p. 43-53.

## Annexe 1 : Classement des variables selon leur lien au non recours au médecin, au dentiste et au suivi gynécologique (analyse multivariée).

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

### Classements des indicateurs associés au non recours au médecin des jeunes de 16 à 25 ans en insertion

Médecin	Homme	
	OR	IC 95
Jeunes chômeurs	1.90 *	[1.69 ; 2.14]
Sans complémentaire santé	1.89 *	[1.68 ; 2.12]
Bénéficiaires de la CMU	1.59 *	[1.41 ; 1.79]
Niveau d'études (+ élevé au + faible)	1.38 *	[1.30 ; 1.48]
Ne pas vivre en couple	1.28 *	[1.10 ; 1.49]
Maigreur	1.18 *	[1.03 ; 1.35]
Présence de caries	1.17 *	[1.11 ; 1.23]
Age (De 16 ans à 25 ans)	1.06 *	[1.03 ; 1.08]
Rencontre d'un travailleur social	1.11	[1.00 ; 1.22]
Jeunes Actifs	1.04	[0.76 ; 1.43]
Déficit auditif	1.02	[0.84 ; 1.25]
Déficit visuel	1.01	[0.90 ; 1.14]
Taux de glucose élevé	1.01	[0.63 ; 1.62]
Problèmes financiers	0.99	[0.89 ; 1.09]
Obésité	0.98	[0.89 ; 1.09]
Mauvaise santé perçue	0.96	[0.88 ; 1.05]
Tension artérielle élevée	0.89	[0.58 ; 1.37]
Taux d'hémoglobine bas	0.90	[0.62 ; 1.29]
Taux de triglycérides élevé	0.90	[0.68 ; 1.19]
Taux de cholestérol élevé	0.57	[0.29 ; 1.13]

Médecin	Femmes	
	OR	IC 95
Sans complémentaire santé	2.22 *	[1.95 ; 2.52]
Jeunes chômeurs	1.90 *	[1.67 ; 2.15]
Niveau d'études (+ élevé au + faible)	1.37 *	[1.28 ; 1.47]
Taux d'hémoglobine bas	1.36 *	[1.18 ; 1.57]
Bénéficiaires de la CMU	1.35 *	[1.19 ; 1.54]
Ne pas vivre en couple	1.33 *	[1.18 ; 1.51]
Présence de caries	1.18 *	[1.11 ; 1.26]
Déficit visuel	1.15 *	[1.02 ; 1.30]
Age (De 16 ans à 25 ans)	0.95 *	[0.93 ; 0.98]
Problèmes financiers	0.88 *	[0.79 ; 0.99]
Déficit auditif	1.12	[0.93 ; 1.34]
Taux de triglycérides élevé	1.11	[0.72 ; 1.72]
Taux de glucose élevé	1.09	[0.51 ; 2.31]
Obésité	0.98	[0.90 ; 1.07]
Maigreur	0.97	[0.83 ; 1.13]
Rencontre d'un travailleur social	0.93	[0.84 ; 1.04]
Mauvaise santé perçue	0.93	[0.85 ; 1.01]
Jeunes Actifs	0.90	[0.60 ; 1.36]
Tension artérielle élevée	0.81	[0.36 ; 1.78]
Taux de cholestérol élevé	0.78	[0.47 ; 1.29]

### Classements des indicateurs associés au non recours au dentiste des jeunes de 16 à 25 ans en insertion

Dentiste	Homme	
	OR	IC 95
Sans complémentaire santé	1.85 *	[1.69 ; 2.03]
Bénéficiaires de la CMU	1.25 *	[1.13 ; 1.37]
Rencontre d'un travailleur social	1.19 *	[1.10 ; 1.28]
Obésité	1.12 *	[1.04 ; 1.21]
Niveau d'études (+ élevé au + faible)	1.09 *	[1.04 ; 1.15]
Problèmes financiers	1.11 *	[1.02 ; 1.21]
Présence de caries	1.11 *	[1.06 ; 1.16]
Mauvaise santé perçue	1.10 *	[1.03 ; 1.18]
Age (De 16 ans à 25 ans)	1.04 *	[1.02 ; 1.05]
Taux de triglycérides élevé	1.12	[0.91 ; 1.39]
Maigreur	1.05	[0.94 ; 1.18]
Déficit auditif	1.05	[0.89 ; 1.23]
Déficit visuel	1.03	[0.93 ; 1.13]
Jeunes Actifs	1.00	[0.78 ; 1.29]
Ne pas vivre en couple	1.00	[0.89 ; 1.13]
Tension artérielle élevée	0.99	[0.71 ; 1.38]
Taux d'hémoglobine bas	0.92	[0.69 ; 1.23]
Jeunes chômeurs	0.90	[0.81 ; 1.00]
Taux de cholestérol élevé	0.85	[0.54 ; 1.36]
Taux de glucose élevé	0.75	[0.51 ; 1.12]

Dentiste	Femmes	
	OR	IC 95
Sans complémentaire santé	1.79 *	[1.64 ; 1.95]
Déficit visuel	1.22 *	[1.12 ; 1.32]
Taux d'hémoglobine bas	1.15 *	[1.03 ; 1.27]
Déficit auditif	1.14 *	[1.01 ; 1.29]
Problèmes financiers	1.14 *	[1.06 ; 1.23]
Rencontre d'un travailleur social	1.12 *	[1.04 ; 1.20]
Présence de caries	1.10 *	[1.05 ; 1.15]
Obésité	1.07 *	[1.01 ; 1.13]
Niveau d'études (+ élevé au + faible)	1.06 *	[1.02 ; 1.11]
Ne pas vivre en couple	0.91 *	[0.84 ; 0.98]
Jeunes chômeurs	0.89 *	[0.81 ; 0.98]
Tension artérielle élevée	1.08	[0.67 ; 1.73]
Mauvaise santé perçue	1.05	[0.99 ; 1.11]
Age (De 16 ans à 25 ans)	1.00	[0.98 ; 1.01]
Taux de glucose élevé	1.04	[0.61 ; 1.77]
Bénéficiaires de la CMU	1.03	[0.94 ; 1.12]
Maigreur	0.97	[0.87 ; 1.07]
Taux de triglycérides élevé	0.89	[0.66 ; 1.19]
Jeunes Actifs	0.85	[0.66 ; 1.09]
Taux de cholestérol élevé	0.83	[0.61 ; 1.13]

### Classements des indicateurs associés au non suivi gynécologique des jeunes de 16 à 25 ans en insertion

Gynécologue	Femme	
	OR	IC 95
Ne pas vivre en couple	2.10 *	[1.95 ; 2.25]
Sans complémentaire santé	1.72 *	[1.58 ; 1.87]
Taux d'hémoglobine bas	1.36 *	[1.23 ; 1.51]
Mauvaise santé perçue	1.16 *	[1.09 ; 1.22]
Déficit auditif	1.15 *	[1.02 ; 1.30]
Présence de caries	1.14 *	[1.09 ; 1.18]
Obésité	1.14 *	[1.08 ; 1.20]
Maigreur	1.13 *	[1.03 ; 1.25]
Niveau d'études (+ élevé au + faible)	1.12 *	[1.08 ; 1.17]
Bénéficiaires de la CMU	1.11 *	[1.03 ; 1.20]
Problèmes financiers	0.92 *	[0.86 ; 0.99]
Age (De 16 ans à 25 ans)	0.91 *	[0.90 ; 0.93]
Jeunes chômeurs	0.85 *	[0.78 ; 0.92]
Jeunes Actifs	0.74 *	[0.59 ; 0.93]
Taux de triglycérides élevé	0.74 *	[0.57 ; 0.97]
Taux de cholestérol élevé	0.50 *	[0.37 ; 0.66]
Tension artérielle élevée	1.52	[0.96 ; 2.41]
Taux de glucose élevé	1.17	[0.69 ; 1.99]
Déficit visuel	1.08	[0.99 ; 1.16]
Rencontre d'un travailleur social	0.94	[0.88 ; 1.01]

**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<sup>(\*)</sup>.**

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

#### 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 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.

### 3. Conclusion : faits marquants, difficultés, valorisation

Nous regroupons en conclusion nos réponses à plusieurs demandes de l'ANR concernant le déroulement du projet NOSAP. Aucune difficulté particulière n'est à signaler. Le projet se déroule comme convenu et pour le mieux.

Pour les mois à venir, le projet va suivre le déroulement attendu :

- Fin des études statistiques et mise en œuvre du second objectif lié à l'analyse statistique générale proposée : l'élaboration d'un **score de vulnérabilité** au non recours aux soins pour aider à repérer les populations potentiellement concernées.
- Fin des enquêtes qualitatives.
- Remise du 3<sup>e</sup> Rapport scientifique intermédiaire en décembre 2007.

Les deux équipes participent activement à un Cluster de recherche mis en œuvre par la Région Rhône-Alpes dans le cadre d'un programme coordonné par Philippe Warin sur « Exclusions et non recours aux droits »<sup>29</sup>. Les 5 équipes réunies pourraient venir en appui du projet de recherche comparative prévu dans NOSAP.

Concernant la valorisation, il faut noter plusieurs communications dans des colloques internationaux au cours du 1<sup>er</sup> semestre 2007, issues du projet :

Gutton S., Sass C., Moulin J.-J. « Non-recours aux soins : données des Centres d'Examens de Santé ». In : Conférence du Cluster 12, Saint Etienne, 15 décembre 2006.

Gutton S ; Sass C, Moulin J.-J., Chatain C., Labbe E., Gerbaud L., Rode A., Chauveaud C., Warin P. « Le non recours aux soins chez les chômeurs de plus d'un an. » In : 4<sup>e</sup> Congrès International de Psychologie de la Santé de langue Française, Toulouse 20-22 juin 2007.

Rode A, « Non recours au soins : questions de confiance. » In : Conférence du Cluster 12, Saint Etienne, 15 décembre 2006.

Rode A., « Les déterminants du non recours aux soins chez les populations précaires : une approche en terme de confiance. » In : 4<sup>e</sup> Congrès international de psychologie de la Santé de langue française, Toulouse, 20-22 juin 2007.

Autres interventions ayant valorisé la recherche NOSAP :

Catherine Chauveaud, Philippe Warin, « La question du non recours, une recherche scientifique utile pour l'action publique. » Intervention devant le Conseil économique et social de la Région Rhône-Alpes, Groupe « Exclusions », Lyon/Charbonnières, 15 mars 2007.

---

<sup>29</sup> Se reporter au site du Cluster : <http://cluster12.upmf-grenoble.fr/>

Philippe Warin, participation à la Table ronde « Offre de service sur les publics fragiles. ». In 2<sup>e</sup> Forum des Conventions d'objectifs et de gestion, « Solidarité et Performance », Paris, 5 mars 2007.

Philippe Warin, préparation de l'appel à communication et co-organisation des Journées du Réseau thématique « Protection sociale, politiques sociales, solidarité » de l'Association française de sociologie (17-18 janvier 2008), avec un panel sur « Ciblage et non recours aux droits et services sociaux ».

## 4. Synthèse des activités scientifiques du coordinateur

Les activités du coordinateur sont toujours de deux ordres : administratif et scientifique.

Sur le plan administratif, les tâches ont été légères au cours du semestre étant donné la bonne organisation des deux équipes et de nos services gestionnaires. Nous avons toutefois signalé en début d'année à l'ANR une inquiétude concernant la gestion du contrat par l'IEP de Grenoble. Le problème passager a été réglé.

Sur le plan scientifique, le coordinateur a :

- Poursuivi l'organisation des réunions d'équipes, alternativement à Grenoble et St-Etienne.
- Rédigé les deux versions de ce 2<sup>e</sup> rapport scientifique intermédiaire.
- Poursuivi la direction de la thèse d'Antoine Rode et la coordination des travaux de l'ODENORE en lien avec le projet NOSAP.

# Annexes

## Annexe 1. Rappel des définitions du non recours

### Définitions initiales

Apparu à propos des prestations sociales, le phénomène non recours renvoie à *toute personne éligible à une prestation et qui ne la reçoit pas, qu'elle que soit la raison.*

Cette définition standard produite par convention (par accumulation des travaux d'études et de recherches sur le non recours à des prestations sociales) divise de fait la population en deux catégories : la population éligible (Ne) et la population non-éligible (Nne).

Un même individu ne peut pas entrer dans ces deux groupes : il est ou il n'est pas éligible au vu des règles d'accès et d'attribution. Le non recours correspond à la population éligible qui ne reçoit pas un bénéfice (NeNr). Le taux de non recours est par conséquent le ratio de cette population éligible qui ne reçoit pas un bénéfice sur le total des individus éligibles :

$$\text{Taux NR} = \frac{100 \times \text{NeNr}}{\text{Ne}}$$

Malgré sa simplicité, ce taux est cependant loin d'être connu : ni Ne, ni NeNr ne sont faciles à identifier.

Une typologie validée précise les formes de non recours :

- **Non recours primaire** : une personne éligible ne perçoit pas une prestation pour ne pas l'avoir demandée.  
**Non recours secondaire** : une personne éligible demande une prestation, mais ne la perçoit pas.
- **Non recours partiel** : une personne éligible demande une prestation et n'en reçoit qu'une partie.  
**Non recours complet** : une personne éligible demande une prestation et ne reçoit rien.
- **Non recours temporaire** : apparaît entre le moment où une personne devient éligible et le moment où elle demande une prestation.  
**Non recours permanent** : apparaît quand une personne ne demande pas une prestation entre le moment où elle devient éligible et le moment où elle ne l'est plus.
- **Non recours frictionnel** : dû au non versement complet de prestations alors que des droits sont ouverts.
- **Non recours cumulatif** : une personne éligible à plusieurs prestations ne perçoit que certaines d'entre elles.

- **Quasi non recours** : une personne répond à toutes les conditions sauf à celle(s) liée(s) au comportement et qui, si elle avait eu une connaissance de la prestation et des conditions d'accès, aurait eu le comportement souhaité pour être éligible.

Appliqué au domaine de la santé, le non recours peut porter sur les droits à l'Assurance maladie et sur les soins, dans ce dernier cas à travers des critères tels que les « retards aux soins » et les « renoncements » (en cas de non observance de prescriptions), les « absences de suivi médical, dentaire ou gynécologique » au cours d'une période assez longue, les « rendez-vous non honorés », etc.

En général, les travaux relatifs à l'étude des inégalités sociales de santé parlent de « non accès » plutôt que de non recours aux soins, sans toutefois proposer une définition unique du non accès (ou du non recours) du fait de la diversité des explications possibles<sup>30</sup>.

Autrement dit, le terme de non recours utilisé dans cette recherche doit être considéré comme un terme générique désignant *toutes les situations de besoins effectifs de soins non suivis de demandes ou d'accès*.

## Remarques et compléments

Cette typologie établie à partir des travaux précurseurs sur les prestations sociales se préoccupe peu des raisons du non recours. Ceci dit, des explications ont été données autour d'un axe d'opposition entre raisons comportementales et raisons institutionnelles. Ces explications apportées par les travaux de recherche sont aujourd'hui connues et diffusées. Par exemple, le Conseil de l'Europe les a intégré dans son analyse des obstacles dans l'accès aux droits sociaux.

En particulier, la possibilité d'un **non recours « tertiaire »** a été discutée par le groupe porteur du projet NOSAP en association avec d'autres équipes dans le cadre du projet Cluster. Partant de nos différentes observations, nous avons convenu de la nécessité de spécifier toutes les situations dans lesquelles des individus parfaitement informés ne recourent pas à l'offre publique qui leur est proposée. Alors que le non recours primaire renvoie aux personnes éligibles qui ne perçoivent pas une prestation pour ne pas l'avoir demandée, notamment à défaut d'avoir été (suffisamment) informées, le non recours tertiaire renverrait spécifiquement aux personnes éligibles qui, parfaitement informées, choisissent de ne pas demander une prestation, une aide ou un service. Ce non recours tertiaire peut donc être assimilé à un non recours volontaire et devenir la forme explicite d'un phénomène de **défection**. Ce type de non recours pose clairement la question du désintérêt pour l'offre publique, et en particulier pour les aides ou services en nature, que l'on peut illustrer, par exemple, à travers de très nombreuses situations de non réponses à des propositions ou d'abandons de démarches.

Son analyse est importante car la question de l'information qu'il faut garantir aux individus pour leur assurer la possibilité effective ou l'opportunité réelle d'accéder à des ressources, fait partie du débat sur la responsabilité des individus dans leurs préférences et leurs choix. En effet, dans le débat général sur la justice sociale, il est possible de prendre appui sur l'observation d'un non recours tertiaire pour considérer que les individus informés ont fait leur choix et que face à ce non recours l'interventionnisme doit s'arrêter là, ou bien pour considérer que l'information ne fait

---

<sup>30</sup> Dans la volumineuse littérature consacrée aux inégalités sociales de santé, se reporter avec profit concernant ces questions de définition à la revue de l'Observatoire franco-québécois de la santé et de la solidarité (OFQSS), *Santé, société et solidarité*, et au dossier « Inégalités sociales de santé » publié dans le n° 2 de 2004.

pas tout et en particulier ne gomme pas les inégalités sociale, si bien qu'il faut d'autres réalisations (*functionings*), notamment en termes d'éducation, pour leur permettre d'accéder au mieux aux ressources. Ces options différentes font l'objet du débat philosophique portant sur les attributs individuels qu'une société juste doit chercher à égaliser entre les individus (l'accès à l'information ou à plus). Mais elles traversent également d'une certaine façon le débat sur le « nouvel Etat social », puisque des propositions sont aujourd'hui avancées pour développer des *politiques d'investissement social* plutôt que des politiques de compensation et d'indemnisation<sup>31</sup>. Il s'agit au final de favoriser la socialisation et l'éducation dès le plus jeune âge, dans le but de garantir une égalité des chances tout au long de la vie et d'éviter que ne s'installent très tôt des situations de marginalisation sociale.

Nos discussions ont en même temps souligné l'importance de travailler sur le ***non recours secondaire***, dans la mesure où il renvoie explicitement aux dispositifs, aux procédures et aux pratiques des organismes prestataires qui peuvent être à l'origine d'un non recours total ou partiel, temporaire ou définitif. C'est toute la question du caractère sélectif (par omission et dissuasion) de l'offre publique. Or cette question peut avoir un lien évident avec le phénomène de défection dans la mesure où l'expérience malheureuse de dispositifs, procédures, pratiques sélectifs peut entraîner un repli volontaire d'individus informés et expérimentés.

Sur le fond, nos débats ont clairement indiqué un accord total entre nous pour aborder aussi ***le non recours comme une logique d'action*** de la part des individus, dont l'intentionnalité reste à découvrir.

Par rapport aux travaux antérieurs marqués par la problématique de la stigmatisation, on ouvre ainsi l'approche du non recours à la question de la perte d'intérêt et de confiance, au choix délibéré, à la rationalité et à l'intentionnalité des individus étudiés explicitement comme acteurs.

Cette perspective de travail n'obère en rien, au contraire, les hypothèses de travail évoquées en fin d'exposé sur le non recours comme phénomène volontaire pouvant interroger le choix des individus lié à leurs préférences, leurs expériences, leur socialisation et leurs ressources. La question étant alors de reconnaître à travers le non recours un changement social, qui pourrait être débattu en particulier dans les termes d'un « nouvel individualisme » (*individualisme négatif*<sup>32</sup>), quand le non recours volontaire est renvoyé à un « désencastrement du social » c'est-à-dire à un repli par rapport aux formes du lien social institué par les solidarités collectives du système de protection sociale ; mais tout autant – par hypothèse – à un « réencastrement » dans des formes différentes de satisfaction des besoins).

---

<sup>31</sup> Esping-Andersen G., Gallie D., Myles J., Hemerijck A. 2002. *Why we need a new welfare state?* Oxford: Oxford University Press.

<sup>32</sup> Castel R. 1995. *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*. Paris : Fayard. ; 2003. *L'insécurité sociale. Qu'est-ce qu'être protégé ?* Paris : Le Seuil.

## Annexe 2. Rappel de l'organisation du travail et de l'échéancier

Le projet NOSAP est prévu sur une durée de **36 mois**.

### A. Rappel de l'organisation du travail par étapes, objectifs, rendus

Etapes	Objectifs	Rendus
1. étude statistique des populations en situation de non recours aux soins	1.1. analyse statistique et longitudinale des données du CETAF  1.2. élaboration d'un score de vulnérabilité au 'risque' de non recours et d'un 'outil de ciblage'	R1. rapport d'analyse des résultats statistiques  R2. rapport méthodologique et tests
2. analyse qualitative du non recours aux soins	2.1. thèse auprès de consultants de Centres d'examens de santé <sup>33</sup>  2.2. enquête par entretiens auprès de consultants des Centres d'examens de santé	R4. rapport de thèse (soutenance à T+36, fin 2008)  R5. rapport d'enquête
3. préparation d'une enquête comparative européenne	3.1. confrontation des résultats du projet NOSAP avec ceux d'autres pays, au cours d'un séminaire avec des équipes européennes  3.2. élaboration d'un projet d'étude comparative	R7. compte rendu du séminaire (en français et en anglais) R8. mise en ligne sur site web Odenore/EXNOTA des données des équipes étrangères  R9. éléments pour projet d'enquête comparative
4. opérations de valorisation	4.1. rédaction d'articles scientifiques dans des revues internationales  4.2. production de documents de synthèse	R10. articles en français ou en anglais  R11. mise en ligne sur sites CETAF, Odenore/EXnota des résultats. Impression documents de synthèse pour large diffusion

### B. rappel de l'échéancier objectifs/rendus

Objectifs	T0	T6	T12	T18	T24	T30	T36
1.1	Début	R1		R1		R1	
1.2	Début		R2		Tests	Tests	Tests
2.1	Début						R4
2.2	Début		R5		R5		R5
3.1						Début	R7, R8
3.2						Début	R9
4.1			Début	R10	R10	R10	R10
4.2			Début	R11	R11	R11	R11

<sup>33</sup> Thèse sur le non recours à la santé financée par le programme Emergence 2005 de la région Rhône-Alpes.