

questions

d'économie de la santé

analyse

Repères

Le CREDES a réalisé de septembre 1999 à mai 2000 une enquête sur l'état de santé et les logiques de recours aux soins des consultants de centres de soins gratuits en France. Cette enquête a été effectuée dans le cadre de l'appel d'offre « Précarité, précarisation et santé » de l'INSERM. Ce document constitue, après « Précarité et problèmes dentaires », le deuxième volet d'une série qui portera ensuite sur les profils des consultants de soins gratuits, les motifs de recours et les logiques de recours aux soins. Cette étude prolonge des recherches que le CREDES mène depuis plus de vingt ans sur les consommations de soins et l'état de santé des populations en situation de précarité.

CENTRE DE RECHERCHE, D'ÉTUDE ET DE DOCUMENTATION EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ

Adresse :

1, rue Paul-Cézanne 75008 Paris

Téléphone : 01 53 93 43 02/17

Télécopie : 01 53 93 43 50

E-mail : document@credes.fr

Web : www.credes.fr

Directrice de la publication :

Dominique Polton

Rédactrice en chef :

Nathalie Meunier

Maquettiste :

Aude Sirvain

ISSN : 1283-4769

Diffusion par abonnement : 60 euros par an

Prix du numéro : 6 euros

10 à 15 numéros par an

Précarités, risque et santé

Enquête menée auprès des consultants de centres de soins gratuits

Marc Collet, Georges Menahem, Valérie Paris, Hervé Picard

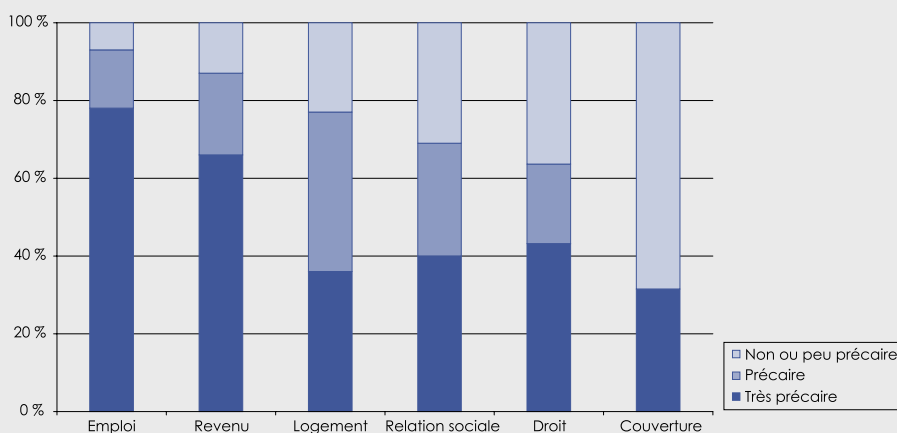
Quelles réalités affrontent les patients trop démunis pour recourir à la médecine de ville classique ? Notre enquête menée en 1999-2000 auprès de 590 consultants de centres de soins gratuits met en lumière la diversité des problèmes auxquels ils sont confrontés : emploi, revenu, logement, relations avec les amis ou la famille, couverture maladie, régularité du séjour en France pour les étrangers. Autant de ressources du quotidien qui lorsqu'elles manquent sont des facteurs de précarité.

L'absence d'un emploi stable ou le manque de revenus touchent neuf consultants sur dix. Plus de deux fois sur trois, les patients n'ont pas de logement stable. De même, deux sur trois sont concernés par l'isolement social. La moitié des patients n'a pas de couverture médicale et près de la moitié des étrangers se déclare en situation illégale.

Ces différents facteurs de précarité sont le plus souvent associés : bien évidemment absence d'emploi et manque de revenus, mais aussi absence de logement et perte de liens sociaux ou encore, pour les étrangers, irrégularité du séjour et absence de couverture maladie.

Il existe des différences notables entre consultants français et consultants étrangers : ces derniers cumulent un plus grand nombre de facteurs de précarité que les Français, ne consultent pas pour les mêmes maladies et semblent avoir une moindre tendance à la prise de risque (consommation de tabac et d'alcool, accidents graves).

Répartition de la population ayant consulté dans un centre de soins gratuits selon six facteurs de précarité



Source : CREDES, Préalogue 1999-2000

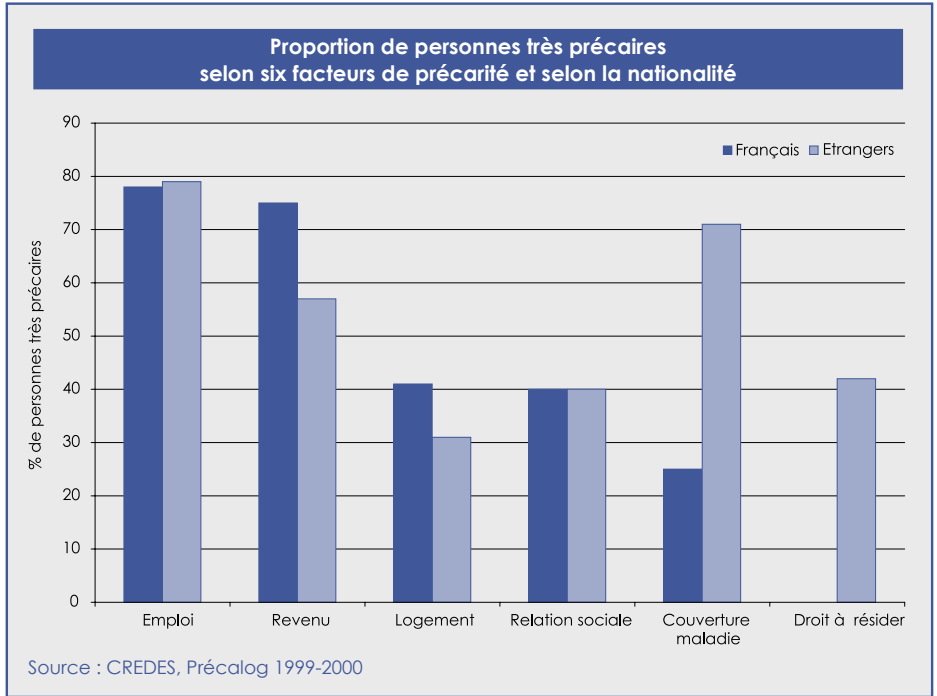
Lecture : - Concernant l'emploi : près de huit consultants sur dix sont sans emploi (situation très précaire), 15 % ont un travail au noir ou ponctuel (situation précaire), la proportion des consultants ayant un emploi stable n'est que de 7 % (situation peu ou pas précaire) ; - Concernant la légalité du séjour sur le territoire français : 43 % des étrangers sont en situation illégale (situation très précaire), 21 % se déclarent en attente de régularisation (situation précaire) et seuls 36 % ont un titre de séjour régulier (situation peu ou pas précaire).

À partir de l'enquête « Préalog » menée en 1999-2000 auprès de consultants de centres de soins gratuits (voir encadré page 5), nous présentons tout d'abord les diverses situations de précarité. Pour cette analyse, six facteurs de précarité ont été retenus : l'emploi, le revenu, le logement, les liens sociaux, la couverture maladie et la régularité du séjour en France pour les étrangers. Nous avons ensuite construit, en séparant Français et étrangers, des groupes de personnes ayant des profils similaires du point de vue de la précarité. À partir de cette typologie et de la connaissance des diagnostics portés par les médecins, nous avons cherché à savoir si un niveau de précarité plus élevé était lié à des diagnostics plus fréquents ou à des prises de risque plus importantes.

Six facteurs de précarité fortement associés

Les premiers facteurs de précarité sont l'absence d'emploi et de revenu

D'après notre enquête, les problèmes d'emploi et de revenu sont les deux premiers facteurs de précarité. L'absence d'emploi touche neuf patients sur dix.



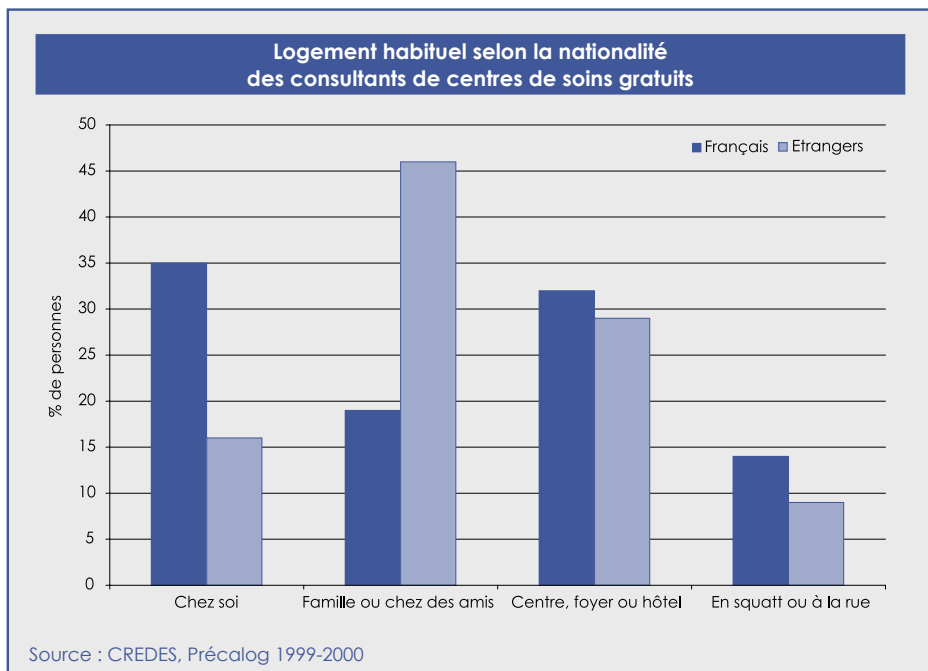
Plus précisément, 78 % des patients sont dépourvus de toute activité professionnelle et 15 % travaillent au noir. Dans 67 % des cas, leurs revenus sont limités à des allocations ou proviennent de la mendicité, alors que seuls 13 % ont des revenus stables (cf. graphique page 1).

La précarité des conditions de logement et le manque de liens sociaux sont le plus souvent associés. Les situations diffèrent toutefois selon la nationalité. Les étrangers sont ainsi plus nombreux à ne pas avoir de logement stable et indépendant

que les Français (86 % contre 69 %). En revanche, les Français vivent plus souvent en squat ou à la rue (14 %) que les étrangers (9 %) ; ces derniers font en effet état d'un réseau social plus solidaire, en cela qu'ils bénéficient deux fois plus souvent d'un hébergement en famille ou chez des amis (46 % contre 19 % pour les Français) (cf. graphique ci-dessous).

Deux autres aspects de la précarité sont également fortement associés l'un à l'autre : l'irrégularité du séjour en France et l'absence de couverture maladie. Près de la moitié des consultants sont des étrangers : parmi eux, 43 % sont sans papiers et 21 % n'ont qu'un titre provisoire de séjour. Parmi ces 64 % de consultants étrangers en situation de séjour précaire, près de neuf sur dix (87 %) ne disposent pas de couverture maladie, alors que ce n'est le cas que pour 44 % des étrangers en situation régulière durable. Les patients français, quant à eux, ne sont dépourvus de couverture maladie qu'une fois sur quatre.

Signalons que ces résultats sont antérieurs à la mise en place de la Couverture maladie universelle (CMU) et ont donc certainement varié depuis.



Les étrangers cumulent un plus grand nombre de facteurs de précarité

Nous avons construit un indicateur dit de « cumul des précarités ». Il correspond au nombre de fois où la situation d'un patient peut être jugée « très précaire » sur les six dimensions étudiées (emploi, logement, revenu, liens sociaux, couverture maladie et régularité du séjour en France). Ainsi, une personne sans logement ni emploi – et dont la situation n'est pas « très précaire » dans les quatre autres aspects considérés – se voit

attribuer un « cumul de précarité » égal à deux.

Si 11 % des consultants interrogés ne font état que d'un seul facteur de grande précarité, 60 % en déclarent deux ou trois et 29 % quatre, cinq ou six.

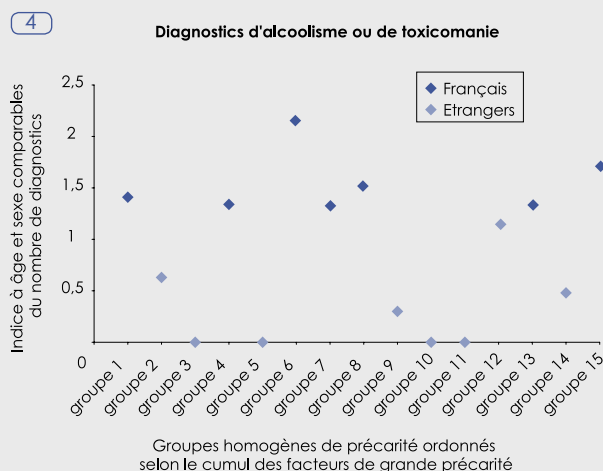
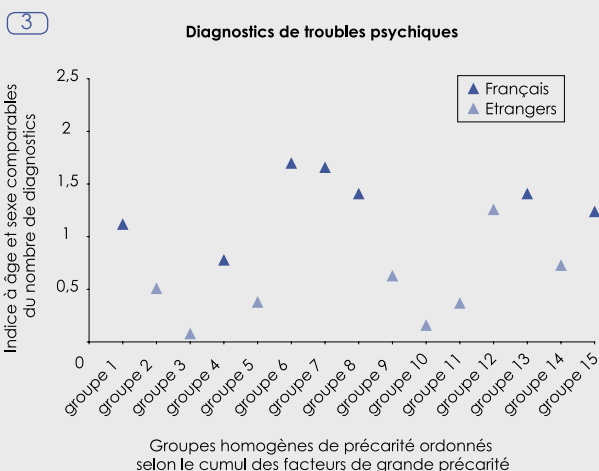
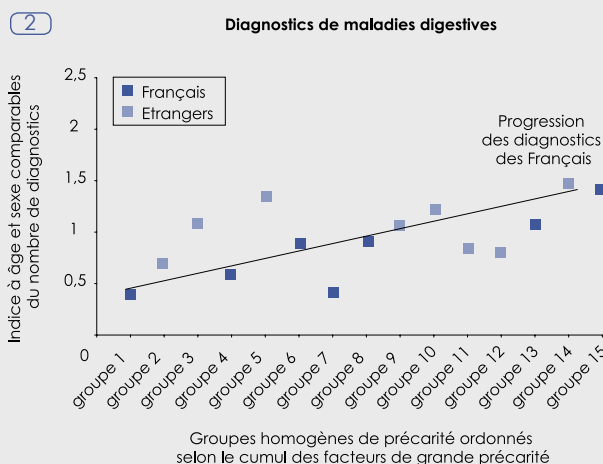
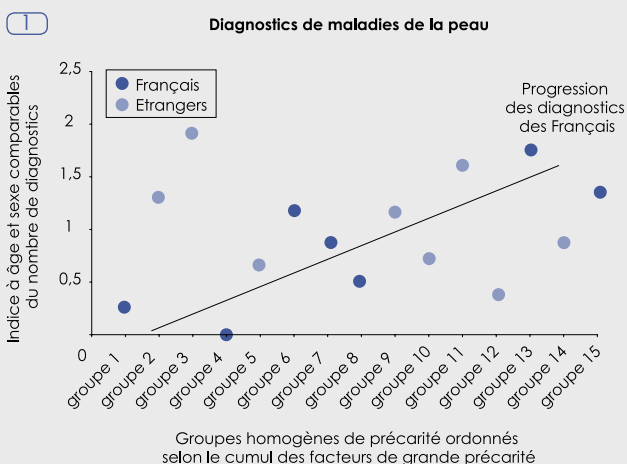
Les personnes en situation de grande précarité (c'est-à-dire cumulant au moins quatre facteurs de précarité) sont presque deux fois sur trois des étrangers (63 %). Ceci peut s'expliquer par la forte proportion des étrangers en si-

tuation irrégulière qui sont confrontés à au moins trois autres facteurs de grande précarité (68 %).

La moitié des personnes sans couverture maladie, la moitié des personnes sans logement et 48 % des personnes isolées sont dans une situation de grande précarité.

Le manque d'emploi est le facteur le plus fréquemment retrouvé, à tous les niveaux de précarité. On le retrouve déjà chez un tiers des patients les moins

Diagnosics selon le niveau de précarité



Source : CREDES, Préalogue 1999-2000

Lecture : Sur ces graphiques figurent les quinze « situations-type » de précarité, classées de gauche à droite par niveau global de précarité croissant (moyenne de l'indicateur de cumul des précarités dans le groupe). Ainsi, les consultants du premier groupe cumulent en moyenne 0,7 facteur de précarité, ceux du deuxième groupe 1,5 et ceux du quinzième 3,7 (voir encadré p. 6).

Les consultants français très précaires du groupe 13 ont un nombre de diagnosics psychiques 1,4 fois plus élevé que la moyenne de l'échantillon. Les étrangers du groupe 14 présentent moins de diagnosics de troubles psychiques que la moyenne (0,7). Les étrangers du groupe 12 sont en France en moyenne depuis 21 ans (contre 7 ans en moyenne pour les autres groupes) et leur situation se rapproche de celle des Français surtout pour les addictions (1,2 fois la moyenne, contre de 0 à 0,6 pour les autres groupes étrangers).

précaires (déclarant un seul facteur de précarité), il est présent chez plus des deux tiers de ceux cumulant deux facteurs, et chez 90 % de ceux cumulant trois facteurs.

Cette observation plaide en faveur de l'hypothèse, désormais classique, selon laquelle la perte d'emploi est fréquemment le point de départ d'un processus de dégradation des conditions globales de vie, entraînant à sa suite problèmes de logement, isolement social, etc. Une telle hypothèse rejoint également les résultats de l'étude qualitative par entretiens menée conjointement dans la présente enquête.

Les diagnostics diffèrent entre consultants français et étrangers

Nous avons recherché s'il existe un lien entre les caractéristiques de précarité des patients et la nature des pathologies diagnostiquées à l'issue de chaque consultation. Pour cela, en distinguant consultants français et étrangers, nous avons conduit une analyse de données qui a permis de définir quinze groupes de patients, correspondant à autant de « situations-type » de précarité (voir encadré page 6). Ces groupes ont été classés par « cumul de précarité » croissant. Partant de cette typologie, nous avons étudié la fréquence des principaux diagnostics dans chacun des quinze groupes de patients, la comparaison s'effectuant en neutralisant l'effet des différences de sexe et d'âge.

Nous avons ainsi mis en évidence une importante différence entre les motifs de consultations des Français et des étrangers. Les diagnostics de troubles psychiques, de troubles respiratoires et les diagnostics d'alcoolisme ou de toxicomanie sont en effet plus fréquents chez les consultants français alors que les étrangers consultent plus souvent pour

des troubles digestifs ou des problèmes locomoteurs.

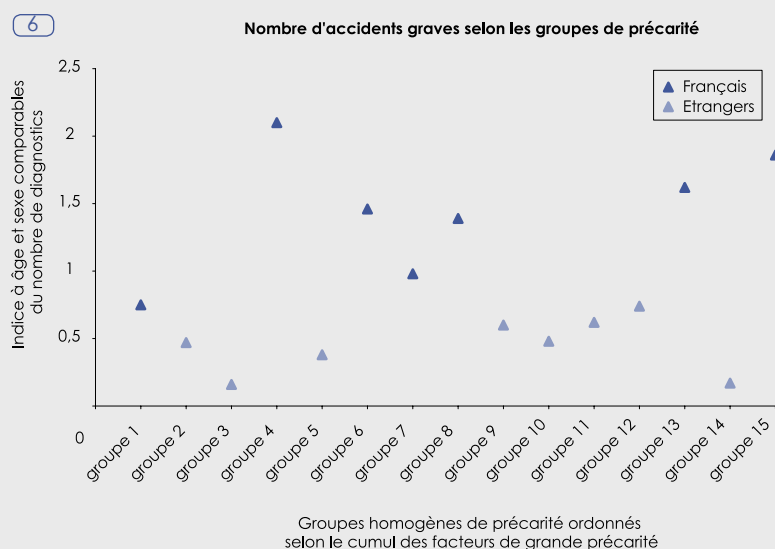
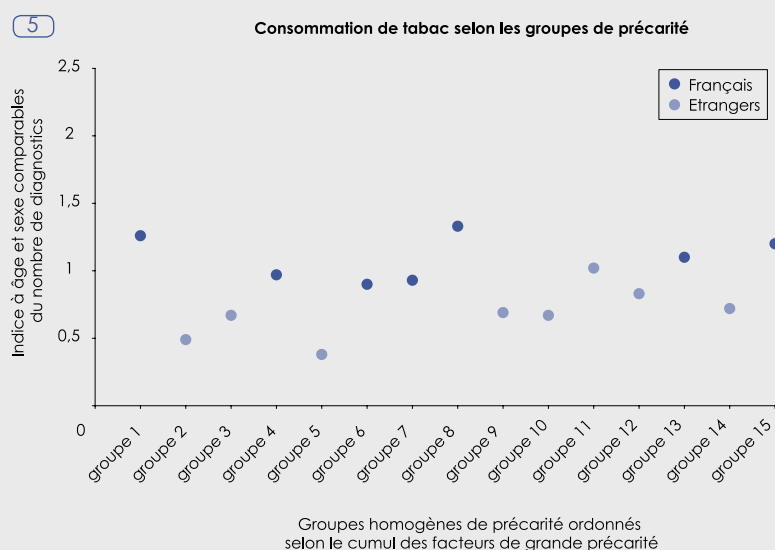
Par ailleurs, deux diagnostics sont dépendants du niveau cumulé de précarité : les maladies de peau et celles de l'appareil digestif, tous deux d'autant plus fréquents que le niveau cumulé de précarité est grand (cf. graphiques 1 et 2 page précédente). Ce phénomène est plus net chez les Français que chez les étrangers. Pour les autres pathologies, on n'observe pas de lien entre la fréquence

des diagnostics et le niveau cumulé de précarité, notamment par exemple pour les troubles psychiques et les problèmes de toxicomanie et/ou alcoolisme (cf. graphiques 3 et 4, page précédente).

Des comportements à risque plus fréquents chez les consultants français

L'attitude à l'égard du risque a été approchée à travers deux indicateurs : la

Risque selon le niveau de précarité



Source : CREDES, Préalogo 1999-2000

Lecture : Les consultants du groupe 1 (Français « peu précaires ») fument quotidiennement 1,3 fois plus de cigarettes que la moyenne, et ceux du groupe 2 (étrangers « peu précaires »), seulement 0,5 fois plus que la moyenne. Les Français « très précaires » du groupe 15 déclarent 1,9 fois plus d'accidents graves que la moyenne des patients et les étrangers « très précaires » du groupe 14 en déclarent cinq fois moins que la moyenne.

consommation de tabac et le nombre d'accidents graves vécus dans le passé. De ce point de vue – à âge et sexe comparables – la tendance à la prise de risque apparaît significativement plus élevée chez les consultants français que chez les étrangers (cf. graphiques 5 et 6). Ce qui paraît cohérent avec la plus grande fréquence observée précédemment des diagnostics « alcoolisme ou toxicomanie » chez les Français. *A contrario*, la tendance à la prise de risque paraît indépendante du niveau cumulé de précarité, que ce soit chez les patients français ou chez les étrangers. Notons toutefois qu'au niveau des groupes, des différences se manifestent sans qu'elles soient liées de façon linéaire avec le degré de précarité.

* * *

Les résultats de cette enquête rendent compte du caractère multiforme de la précarité et donc de la diversité des situations des personnes qui ont recours aux centres de soins gratuits.

L'importance de la précarisation (nombre de facteurs de précarité cumulés par un patient) ne paraît jouer un rôle notable, plus pour les Français que pour les étrangers, que pour deux types de problèmes médicaux : les maladies de la peau et celles de l'appareil digestif. Elles sont d'autant plus fréquemment diagnostiquées que les consultants cumulent un plus grand nombre de facteurs de grande précarité. Par ailleurs, l'attitude au regard du risque semble indépendante de l'importance de la précarisation.

Rappelons toutefois que notre étude ne porte pas sur l'ensemble de la population en situation de précarité mais seulement sur un échantillon de consultants de centres de soins gratuits.

Des différences plus nettes s'observent entre consultants français et étrangers. Elles concernent en premier lieu les pathologies diagnostiquées : plus de

Source des données : l'enquête « Préalogue »

L'enquête « Logique de recours aux soins des personnes en situation de précarité » du CREDES, dite Préalogue, a été conduite dans 80 centres de soins gratuits dans toute la France. Dans ces centres, chaque médecin participant a inclus les trois premiers patients vus un jour donné. Le volet social du questionnaire a été rempli par le personnel d'accueil, puis le volet médical par le médecin. Au total, 590 patients adultes ont été inclus dont 571 pour lesquels les deux volets du questionnaire ont été renseignés.

Une première série d'items permettait d'évaluer le niveau de précarité des consultants selon leurs ressources économiques et leur situation sociale. Le questionnaire passait ensuite en revue les problèmes vécus avant l'âge de 18 ans, les accidents graves subis au cours de la vie et les comportements vis-à-vis des soins (retard aux soins, observance...). Enfin, le médecin recueillait des informations quant au motif de recours (diagnostic(s) posé(s) à l'issue de la consultation) et enfin aux problèmes dentaires des consultants.

troubles de l'appareil locomoteur et de l'appareil digestif chez les consultants étrangers, plus de troubles psychiques et addictifs chez les consultants français. Elles s'observent également sur les indicateurs de rapport au risque, les comportements à risque paraissant moins fréquents chez les étrangers.

Plusieurs interprétations peuvent être avancées pour expliquer ces écarts. Un effet de sélection lié à l'immigration peut jouer pour une part : on peut ainsi penser que les étrangers ayant des troubles psychiques sont moins susceptibles de quitter leur pays. Une autre hypothèse pourrait être que la démarche que font les étrangers qui souhaitent venir vivre en France, leur souhait d'intégration, se traduirait dans leurs comportements, voire dans leur moindre vulnérabilité aux troubles psychiques. Cette interprétation n'est pas très éloignée au demeurant de la première, car là encore on peut penser que le choix de l'émigration sélectionne une population spécifique.

On peut également se demander si l'opposition entre consultants français et étrangers concernant les comportements à risque ne recouvre pas une différence de durée de résidence en France. Certains travaux, menés sur des populations similaires (Picard, [2001]), ont montré en effet que la consommation excessive d'alcool croît régulièrement avec l'ancienneté du séjour en France

chez les étrangers, pour devenir au bout de nombreuses années comparable à celle observée chez des personnes ayant toujours vécu en France. Ce phénomène pourrait donc être interprété en termes d'acquisition progressive dans le temps des habitudes de vie du pays de résidence.

Pour en savoir plus

- Collet M., Menahem G., Paris V., *Les profils des consultants de centres de soins gratuits*, CREDES, à paraître.
- Collet M., Menahem G., Paris V., Picard H., *Motifs de recours aux soins et précarité*, CREDES, à paraître.

Voir aussi :

- Beynet A., Menahem G., *Précarité et problèmes dentaires chez les étrangers et les Français*, CREDES, octobre 2001, 137 p.
- Menahem G., chapitre « Douleur » dans *Baromètre santé 2000*, Éditions CFES, 2001, pp. 279-306.
- Amossé T., Doussin A., Firdion J.-M., Marpsat M. et Rochereau T., *Vie et santé des jeunes sans domicile ou en situation précaire*, CREDES, septembre 2001, 85 p.
- Parizot I., « Trajectoires sociales et modes de relation aux structures sanitaires » dans *Précarité et santé*, Flammarion, 1998, pp. 33-43.
- Picard H., « Analyse de l'activité des centres Mission France de Médecins du Monde durant l'année 2000 » dans *Rapport à Médecins du Monde*, Paris, juin 2001, 61 p.

La construction d'une typologie des situations de précarité

La précarité est un phénomène complexe et ne peut être réduite à des critères économiques. Six dimensions ont donc été prises en compte pour traduire l'hétérogénéité des situations et des parcours individuels : la situation professionnelle, le niveau des ressources financières, les conditions de logement, le degré d'isolement, l'existence d'une protection sociale et, pour les étrangers, la position administrative conditionnant la régularité du séjour sur le sol français. Pour ces six dimensions, nous avons distingué les situations « très précaires » des « moyennement précaires » et des « peu précaires ».

Sur chacune des populations des étrangers et des Français, nous avons réalisé une analyse multidimensionnelle (analyse des correspondances multiples), puis une classification ascendante hiérarchique sur les coordonnées factorielles. Quinze groupes de patients ont ainsi pu être identifiés, correspondant à autant de « situations-type » de précarité. Ces groupes ont ensuite été classés par niveau global de précarité croissant, selon un indicateur synthétique dit de « cumul de précarité ».

L'**indicateur de « cumul de précarité »** est le nombre d'items pour lesquels un patient est considéré « très précaire », parmi les six items étudiés. Par exemple, les patients du groupe 13 (voir ci-dessous), sont en moyenne « très précaires » au regard de 3,4 items. Le plus souvent, dans ce groupe, les problèmes en cause ont trait au logement, à l'emploi, au manque de ressources ou à l'absence de couverture sociale.

Nous donnons ci-dessous une définition rapide des groupes. Afin de visualiser pour ces différentes populations les relations entre précarité et maladies, nous avons distingué les groupes de Français de ceux des étrangers et nous avons noté, parmi ces derniers, la part en situation irrégulière. Pour illustrer les différences de processus de précarisation, nous avons signalé les taux particulièrement élevés de personnes ayant le souvenir de problèmes graves durant l'enfance ou ayant fait l'objet de diagnostic de pathologie psychique, ce qui est le cas de 6 des 7 groupes de Français mais d'un seul des 8 groupes d'étrangers.

Les numéros des 15 groupes sont ordonnés selon le degré de cumul des situations de grande précarité (dont la moyenne est explicitée entre parenthèses). Dans l'échantillon, 66 % des consultants ont moins de 40 ans et 69 % sont des hommes. Nous avons précisé l'âge moyen et la proportion d'hommes, indicateurs qui varient beaucoup d'un groupe à l'autre.

7 groupes homogènes de Français

Groupe 1 (« cumul de précarité » = 0,7) :

personnes peu précaires ayant un emploi stable et des ressources faibles mais régulières (4,4 % de l'échantillon, 34 ans en moyenne et 76 % d'hommes)

Groupe 4 (« cumul de précarité » = 1,8) :

travailleurs avec des ressources mais dont l'emploi est instable, et dont 73 % ont connu au moins un problème affectif grave durant leur jeunesse (5,9 % de l'échantillon, 28 ans en moyenne et 82 % d'hommes)

Groupe 6 (« cumul de précarité » = 1,9) :

individus avec des difficultés matérielles, et dont 38 % ont connu un diagnostic de pathologie psychique (5,1 % de l'échantillon, 33 ans en moyenne et 66 % d'hommes)

Groupe 7 (« cumul de précarité » = 2,3) :

sans emploi peu précaires ayant un logement personnel, et dont 42 % ont connu un diagnostic de pathologie psychique (9,7 % de l'échantillon, 41 ans en moyenne et 66 % d'hommes)

Groupe 8 (« cumul de précarité » = 2,4) :

sans emploi aidés par des proches et dont 39 % ont connu un diagnostic de pathologie psychique (7,2 % de l'échantillon, 36 ans en moyenne et 68 % d'hommes)

Groupe 13 (« cumul de précarité » = 3,4) :

grands précaires, dont 75 % ont connu au moins un problème affectif grave durant leur jeunesse, et 42 %, un diagnostic de pathologie psychique (14,2 % de l'échantillon, 39 ans en moyenne et 86 % d'hommes)

Groupe 15 (« cumul de précarité » = 3,7) :

sans emploi sans protection sociale, très précaires économiquement et dont 63 % ont connu au moins un problème affectif grave durant leur jeunesse (7,6 % de l'échantillon, 32 ans en moyenne et 56 % d'hommes)

8 groupes homogènes d'étrangers

Groupe 2 (« cumul de précarité » = 1,5) :

travailleurs déclarés (2,3 % de l'échantillon, depuis 9 ans en moyenne en France, 39 ans et 85 % d'hommes)

Groupe 3 (« cumul de précarité » = 1,7) :

travailleurs non déclarés et souvent sans papiers (6,2 % de l'échantillon, depuis 9 ans en moyenne en France, 35 ans et 63 % d'hommes)

Groupe 5 (« cumul de précarité » = 1,8) :

peu précaires majoritairement en couple (3,3 % de l'échantillon, 50 ans et 50 % d'hommes, depuis 18 ans en moyenne en France)

Groupe 9 (« cumul de précarité » = 2,6) :

sans emploi avec un logement personnel (3,9 % de l'échantillon, 35 ans et 55 % d'hommes, depuis 9 ans en moyenne en France)

Groupe 10 (« cumul de précarité » = 3) :

sans papiers avec un réseau de relations (5,6 % de l'échantillon, 33 ans, 69 % d'hommes et depuis 5 ans en moyenne en France)

Groupe 11 (« cumul de précarité » = 3,1) :

sans emploi en attente de régularisation (6,9 % de l'échantillon, 34 ans, 69 % d'hommes et depuis 5 ans en moyenne en France)

Groupe 12 (« cumul de précarité » = 3,3) :

grands précaires en situation régulière depuis longtemps, dont 66 % ont connu au moins un problème affectif grave durant leur jeunesse et 41 %, un diagnostic de pathologie psychique (7,8 % de l'échantillon, 42 ans, 64 % d'hommes et depuis 21 ans en moyenne en France)

Groupe 14 (« cumul de précarité » = 3,5) :

précaires sans papiers sans relation sociale, 9,9 % de l'échantillon, 32 ans, 61 % d'hommes et depuis 6 ans en moyenne en France).