

Chapitre IV

Rapports au corps, aux soins et à la santé

*Ce chapitre a été réalisé avec les collaborations de Hervé PICARD
et Georges MENAHEM.*

Rapport au corps aux soins et à la santé

L'analyse des processus de précarisation a montré à quel point les dimensions de la santé et de la précarité sont enchevêtrées. Schématiquement les récits de vie ont *explicitement* mis en évidence deux principaux liens. Premièrement, des accidents handicapants, des troubles psychiatriques invalidants, une forte usure physique ou, plus rarement, une fragilité chronique sont avancés comme causes de la dégradation de leurs conditions de vie. Certains individus présentent de tels handicaps comme le fondement d'une rupture professionnelle définitive et conséquemment d'une dégradation de leurs conditions de vie. Cependant, ces troubles de santé sont plus fréquemment exprimés sur le mode de la dévalorisation de l'image et de l'oppression quotidienne occasionnée par la gêne, la douleur et le stigmate qu'en termes d'incapacité au travail et de causes de la précarité. Deuxièmement, le corps apparaît souvent comme mode d'expression privilégié – mode contraint car souvent unique – de la détresse et du besoin d'écoute. La santé des individus est alors profondément affectée par la fréquence et l'excessivité des conduites ordaliques et des accidents concomitants ainsi que par une propension forte à prendre des risques et à moins écouter les signes corporels. La distinction entre ce qui relève du « psychologique » et ce qui relève du « physique » n'a souvent plus aucun sens pour ces individus lorsqu'ils parlent de leur douleur et de leur maladie.

Très souvent dans les récits de vie, ces deux formes de liens coexistent. *Implicitement*, se trouvent aussi des conditions de vie qui surexposent ces sujets à certaines infections et microbes (problèmes dermatologiques, problèmes ORL...). Cependant, lorsque de tels liens sont exprimés, ils sont souvent relativisés ; soit que les conditions sont jugées comme peu influentes soit qu'elles sont compensées par une « *plus forte résistance liée à l'habitude et l'expérience* ».

Dans un premier temps (**partie I**), il s'agira de connaître les raisons pour lesquelles les patients de notre échantillon sont venus consulter. Cette interrogation s'intègre dans la recherche des éventuelles spécificités pathologiques présentées par le groupe des précaires. Des études récentes privilégient la thèse des pathologies aggravées par les conditions de vie et le retard aux soins plutôt que celle de pathologies réellement spécifiques à la précarité¹. D'autre part, des auteurs tels que V.Kovess et C.Mangin-Lazarus² ont montré que le poids des pathologies psychiatriques était important parmi les sans-abri.

¹ J. Lebas et P. Chauvin, *Précarité et santé*, 1998, Editions Flammarion.

² Dans V.Kovess et C.Mangin-Lazarus, *La santé mentale des sans-abris dans la ville de Paris*, Association l'élan retrouvé (1999)

La **partie II** se concentrera sur l'étude des nombreuses composantes qui interagissent dans la constitution des représentations et des comportements de santé : les relations à la maladie, au corps et aux soins ainsi que le rapport entretenu avec les institutions médico-sociales. Ces différentes dimensions du rapport à la santé seront conjointement connectées aux parcours de précarité (conditions de vie et adaptation identitaire aux difficultés) et à la trajectoire globale des sujets (expériences passées de santé, transmissions familiales et culturelles des représentations et pratiques).

Fort de ces analyses, la **partie III** permettra de comprendre les différences qui existent dans les modes de mobilisation face à l'occurrence de problèmes de santé et les attitudes à l'égard des recommandations et prescriptions médicales. Après avoir construit 3 principaux idéaltypes de *logiques de recours aux soins* – adhésion, résistance ou refus des soins – , l'enjeu sera de déterminer le rôle joué par les facteurs exogènes de la précarité (conditions de vie) et par les facteurs endogènes (modes d'adaptation identitaire) sur la propension à renoncer ou refuser les soins médicaux.

Partie I. : Les motifs de recours aux soins

(Partie entièrement co-réalisée et co-écrite avec le Dr Hervé Picard)

Le volet médical recueilli sur les 590 individus, s'il permet d'analyser la fréquence des motifs de recours aux soins, n'autorise pas à se prononcer sur la gravité des symptômes. Par exemple, une infection broncho-pulmonaire est souvent bénigne mais elle peut aussi amener à de très fortes complications. Aussi, même si la nature d'un diagnostic fournit de précieuses indications sur la gravité de la maladie, nous nous garderons de nous avancer sur ce point³.

D'autre part, la lecture de cette partie doit être précédée de précautions relatives à son interprétation. Comme pour toute étude de morbidité, nous ne pourrions nous exprimer qu'en termes de motifs de recours aux soins, et non de « pathologies objectives » ; c'est-à-dire ce que le patient donne à voir et ce que le médecin cherche à voir⁴.

A l'aide de données très fiables fournies par Institut Médico-Social France – IMS Health-EPPM (Etude Permanente de la Prescription Médicale) : cumul mobil annuel de 1997 – sur les diagnostics effectués lors de consultations en médecine générale pendant l'année 1997-1998, nous avons pu comparer les motifs de recours des précaires à ceux d'un échantillon de la population générale. Pour ce faire, nous avons utilisé le concept des « Profils Nosologiques Comparatifs »⁵. Il consiste à comparer la fréquence d'un diagnostic dans l'ensemble des diagnostics émis pour notre population précaire à cette même fréquence dans une population de référence (ici la population générale). Il gomme donc « l'effet durée de la consultation » sur le volume de diagnostics⁶.

A partir d'une telle méthode, deux principaux points pourront être approfondis :

- La comparaison de l'activité des centres de soins pour précaires à celle de la médecine libérale (spécialistes inclus ou spécialistes exclus). Cette étude permettra de voir si les pratiques des centres sont proches de la médecine généraliste ou s'il y a un effet d'adaptation des médecins qui, connaissant le manque de moyens financiers des patients, prennent aussi en charge des activités relevant habituellement des spécialités (cardio-vasculaire, ophtalmologie...).

³ Ou alors de manière timide, à partir des récits de vie.

⁴ Bien que cela soit très tentant, je me garderai de comparer le nombre de diagnostics émis dans nos deux sous-populations (précaire et générale). En effet, il paraît incohérent de vouloir comparer des consultations qui sont foncièrement différentes dans leur mode d'appréhension (« consultation d'urgence » probablement plus fréquente parmi les précaires et « consultation ciblée » plus fréquente en population générale) et dans leur déroulement (connaissance du patient, temps accordé...).

⁵ Concept défini par le Docteur Hervé Picard dans *Une nosologie de la misère : le cas des tsiganes roumains de la banlieue parisienne nord*, thèse effectuée à Paris VI, 1997.

⁶ En effet, on conçoit aisément que plus le temps passé par le médecin avec son patient est important et plus il est susceptible d'émettre un grand nombre de diagnostics.

- Puis, en nivelant les différences structurelles d'âge et de sexe de nos populations (par la méthode de standardisation indirecte), il sera possible de comparer les motifs de recours aux soins des précaires à ceux d'une population générale et d'en analyser les spécificités.

A) L'activité des centres de soins gratuits pour personnes en situation de précarité

1. Les motifs de recours aux soins des patients précaires

Dans notre échantillon de 590 consultations, 1389 diagnostics ont été posés au total soit en moyenne 2,34 motifs médicaux identifiés pour un même recours aux soins. Ces motifs de recours peuvent être regroupés en grandes catégories : dermatologie, cardiologie, etc. Le tableau ci-dessous donne les fréquences respectives de chacune de ces catégories parmi l'ensemble des motifs identifiés, classées par ordre décroissant.

Tableau n°12 : Effectifs et fréquences des différents motifs de recours aux soins.

Catégorie	Nombre de motifs	Part de l'ensemble des motifs
Psychiatrie	278	20,0%
ORL et pneumologie	170	12,2%
Bucco-dentaire	142	10,2%
Appareil locomoteur	141	10,2%
Appareil digestif	115	8,3%
Dermatologie	88	6,3%
Ophthalmologie	93	6,7%
Cardio-vasculaire	75	5,4%
Neurologie	74	5,3%
Autres motifs	72	5,2%
Génito-urinaire et obstétrique	60	4,3%
Endocrino-métabolique	57	4,1%
Pathologie infectieuse spécifique	17	1,2%
Oncologie	5	0,4%
Hématologie	2	0,1%
TOTAL	1389	100%

Source : Enquête Précalog du CREDES

Les problèmes mentaux, dentaires, locomoteurs et des voies respiratoires représentent à eux seuls plus de la moitié des motifs de recours dans les consultations « précarité ».

Un examen détaillé de la répartition fine de chacune de ces catégories (voir *l'annexe 14*) permet d'éviter une interprétation trop hâtive :

- Plus de la moitié des problèmes mentaux sont probablement relativement bénins, voire non pathologiques *stricto sensu*⁷ : angoisse, troubles du sommeil, dépression. Une autre part importante de cette catégorie est représentée par les dépendances à l'alcool ou aux drogues illicites. Les problèmes psychiatriques « autres » (comportant entre autres les pathologies lourdes comme les psychoses) représentent en fait moins de 2% de l'ensemble des motifs de recours. Ce résultat tend donc à contredire les nombreuses théories voyant dans la précarité la conséquence d'un dérèglement psychiatrique et à invalider le « mythe de la folie » des sans domicile fixe.
- Plus de la moitié des problèmes respiratoires sont eux aussi probablement bénins (infections broncho-pulmonaires et ORL correspondant sans doute le plus souvent à des rhumes, angines etc.).

2. Des différences nettes par rapport aux motifs de recours en médecine libérale

(Voir le tableau numéro 13).

Nous avons comparé les motifs des recours aux soins en centres « précarité » avec ceux des recours aux soins en médecine libérale. Pour cela deux échantillons de consultations ont été construits à partir des données de l'enquête permanente sur la prescription médicale (E.P.P.M.) de l'institut IMS-France (données de l'année 1997) :

- Le premier est tiré de l'activité des médecins libéraux, tant généralistes que spécialistes ;
- Le second est issu de l'activité des seuls médecins généralistes.

Ces échantillons de référence ont été construits de manière à ce qu'ils soient représentatifs de l'activité médicale en secteur libéral sur l'ensemble du territoire français⁸ tout en étant méthodologiquement comparables avec l'échantillon de consultations « précarité »⁹.

⁷ On peut imaginer qu'un état anxio-dépressif chez une personne en grande précarité soit purement réactionnel aux difficultés de vie rencontrées et ne témoigne donc pas d'une structure de personnalité pathologique.

⁸ Représentativité de l'activité médicale française en ce qui concerne le lieu d'installation, la spécialité et l'âge des médecins.

⁹ Même période de l'année (pour éviter le biais lié aux maladies « saisonnières ») et même méthode de construction de l'échantillon (les trois premiers patients de plus de 18 ans rencontrés par chaque médecin à partir du premier jour de sa participation à l'enquête) que chez les précaires.

Les diagnostics des échantillons de référence, initialement codés selon la 9^{ème} révision de la Classification Internationale des Maladies (C.I.M.9), ont été recodés en quinze catégories qui se superposent presque exactement avec les têtes de chapitre de la C.I.M. Les effectifs des catégories « pathologie infectieuse spécifique », « oncologie » et « hématologie » étaient particulièrement faibles (inférieurs à 30) dans tous les groupes ; on a donc regroupé ces trois catégories en une seule. Les fréquences brutes des différents motifs de recours aux soins figurent dans le tableau ci-dessous.

Tableau n°13 : Comparaison des proportions des différents motifs de recours aux soins entre consultations en centres de soins gratuits et consultations en médecine libérale.

Fréquence brute de chaque catégorie dans l'ensemble des motifs de recours	En médecine libérale		Dans les centres pour personnes précaires
	généralistes et spécialistes	généralistes seulement	
Psychiatrie	8,7%	6,1%	20,2%
ORL et Pneumologie	12,1%	13,9%	12,3%
Bucco-dentaire	0,3%	0,4%	10,3%
Appareil locomoteur	9,7%	11,5%	10,2%
Appareil digestif	4,3%	5,1%	8,3%
Dermatologie	3,0%	1,6%	6,4%
Ophthalmologie	3,6%	0,6%	6,1%
Cardio-vasculaire	17,8%	20,0%	5,4%
Neurologie	2,8%	3,1%	5,4%
Autre	23,0%	21,7%	5,2%
Génito-Urinaire et obstétrique	4,1%	3,8%	4,4%
Endocrinologie	6,3%	7,4%	4,1%
Onco-hématologie et pathologie infectieuse spécifique	4,7%	4,7%	1,7%
TOTAL	100% (8000 motifs)	100% (4451 motifs)	100% (1389 motifs)

Sources : IMS Health-EPPM (Etude Permanente de la Prescription Médicale) : cumul mobile annuel de 1997, Enquête Précalog du CREDES.

METHODE DE CONSTRUCTION DES ECHANTILLONS DE REFERENCE

Nous décrivons ici la méthode de construction de l'échantillon de référence « médecine libérale (généralistes et spécialistes) », la méthode utilisée pour l'échantillon « généralistes seulement » étant strictement analogue. L'enquête permanente sur la prescription médicale (E.P.P.M.) de l'institut IMS-France réalise un suivi annuel par vagues d'un échantillon de médecins libéraux français, chaque médecin transmettant les informations relatives à toutes les consultations qu'il réalise durant une semaine donnée. Les diagnostics posés par les médecins sont recueillis en clair et secondairement codés selon la 9^{ème} révision de la Classification Internationale des Maladies (C.I.M.9). A chaque médecin est affecté un coefficient de pondération (dépendant de son âge, de sa spécialité et de son lieu d'installation) permettant d'obtenir a posteriori une estimation sans biais de l'activité médicale libérale sur le territoire français.

L'échantillon de consultations "précarité" a été construit en incluant les trois premiers patients de plus de 18 ans rencontrés par chaque médecin participant à partir d'une date de début d'observation, alors que dans l'E.P.P.M. ce sont l'ensemble des consultations (enfants et adultes) réalisées durant une semaine par chaque médecin participant qui sont prises en compte. Il était donc nécessaire de ne retenir que les trois premiers patients majeurs vus par chaque médecin de l'enquête E.P.P.M. pour pouvoir réaliser ensuite une comparaison valide.

Par ailleurs, l'E.P.P.M. couvre les 12 mois de l'année alors que les trois quart des consultations « précarité » étudiées dans la présente enquête ont été réalisées entre décembre 1999 et mai 2000. Pour éviter un biais de saisonnalité, il était nécessaire de tirer un sous-échantillon aléatoire de consultations au sein de la base de données E.P.P.M, afin que la répartition temporelle y soit analogue à celle observée dans l'échantillon de consultations « précarité ».

La procédure suivante a été appliquée pour tirer de la base de données E.P.P.M. un échantillon aléatoire de consultations dont la taille soit aussi grande que possible et qui respecte les deux contraintes ci-dessus tout en conservant la représentativité obtenue grâce aux coefficients de pondération déterminés par l'institut I.M.S.-France.

- *Pré-traitement des données E.P.P.M. :*
 - *Exclusion des consultations ayant eu lieu chez des mineurs ;*
 - *Exclusion des médecins ayant vu moins de trois patients au total ;*
- *Tirage des médecins E.P.P.M. pour le trimestre de référence :*
 - *Au sein du trimestre qui est le mieux représenté dans l'échantillon « précaires », on retient l'intégralité des médecins de l'E.P.P.M. ;*
 - *Le nombre total de consultations (pondérées) que l'on obtiendra pour ce trimestre de référence dans l'échantillon « médecine libérale » est égal à trois fois la somme des coefficients de pondération de chacun des médecins ayant participé à l'E.P.P.M. durant ce trimestre.*
- *Tirage des médecins E.P.P.M. pour chacun des autres trimestres :*
 - *Le nombre de consultations (pondérées) à inclure durant un trimestre est donné par $N = (\text{nombre de consultations pour ce trimestre dans l'échantillon « précaires »}) / (\text{nombre de consultations pour ce trimestre dans la population de référence})$;*
 - *On réalise un tri aléatoire (loi uniforme) de l'ensemble des médecins E.P.P.M. de ce trimestre ;*
 - *On inclus séquentiellement ces médecins dans l'ordre du tri, jusqu'à ce que le cumul des coefficients de pondérations des médecins inclus atteigne la valeur $N/3$*
- *Sélection des consultations :*
 - *A l'issue de cette procédure, on dispose d'un échantillon de médecins E.P.P.M. ;*
 - *On retient les trois premières consultations réalisées par chacun de ces médecins*
- *Chaque consultation sera pondérée par le coefficient de pondération du médecin qui l'a réalisée (rapporté au coefficient moyen de la base E.P.P.M.)*

La méthodologie précise et sa mise en œuvre statistique peuvent être consultées en *annexe 15*.

La catégorie « bucco-dentaire » occupe une place particulière dans ce tableau comparatif. En effet, l'enquête à partir de laquelle sont construits les échantillons « médecine libérale » ne concerne que l'activité des médecins et exclut donc celle des chirurgiens-dentistes. L'énorme différence observée entre le groupe « précaires » et les deux groupes « médecine libérale » suggère que chez les précaires, les problèmes dentaires motivent fréquemment des recours au médecin, alors qu'en population générale les recours se font en pareil cas directement auprès du dentiste.

Ce phénomène s'explique très vraisemblablement par un effet d'adaptation de l'offre de soins à la demande. La rareté des structures spécifiquement dentaires destinées aux plus démunis explique sans doute que les structures de soins « précarité » à vocation généralistes prennent également en charge ce type de problèmes et témoigne de difficultés d'accès aux soins dentaires accrues pour les personnes en situation précaire.

Toutefois, cela implique que la fréquence des recours aux soins pour des problèmes dentaires n'est pas quantitativement comparable entre le groupe « précaires » et les deux groupes « médecine libérale » ; pour cette raison, la catégorie « bucco-dentaire » a été exclue de la suite de cette étude comparative.

Pour chacun des 12 motifs de recours restants, nous avons calculé le rapport entre la fréquence de ce motif chez les précaires, et la fréquence du même motif en médecine libérale (tableau ci-après).

Tableau n°14 : Profils Nosologiques Comparatifs bruts « précaires » versus « médecine libérale » (rapport de fréquences brutes hors bucco-dentaire)

Fréquence en consultations "précarité" rapportée à la fréquence en médecine libérale (hors bucco-dentaire, fréquences brutes)	médecine libérale : généralistes et spécialistes		médecine libérale : généralistes seulement	
	Ratio des fréquences	Intervalle de confiance +/-	Ratio des fréquences	Intervalle de confiance +/-
Psychiatrie	2,54	0,13	3,65	0,15
Neurologie	2,30	0,26	1,93	0,27
Appareil digestif	2,11	0,20	1,81	0,21
Dermatologie	1,98	0,23	4,41	0,30
Ophthalmologie	1,50	0,23	10,60	0,42
Appareil locomoteur	1,21	0,17	0,99	0,18
ORL et pneumologie	1,18	0,15	0,99	0,16
Génito-urinaire et obstétrique	1,16	0,27	1,25	0,29
Endocrino-métabolique	0,80	0,27	0,62	0,27
Oncologie, hématologie et patho. Inf. spécifique	0,41	0,41	0,42	0,42
Cardio-vasculaire	0,35	0,22	0,30	0,23
Autres motifs	0,24	0,24	0,27	0,23

Sources : IMS Health-EPPM (Etude Permanente de la Prescription Médicale) : cumul mobile annuel de 1997, Enquête Précalog du CREDES.

Ce «ratio des fréquences»¹⁰ s'interprète de manière simple. Par exemple, le motif « dermatologie » est deux fois (1,98) plus fréquemment en cause dans les recours aux soins en centres « précarité » que dans les recours aux soins en médecine libérale, si l'on compare avec l'activité des spécialistes et des généralistes réunis. Il est plus de 4 fois plus fréquent (4,41) si l'on compare seulement avec la médecine générale. Dans les deux cas, l'intervalle de confiance de ce ratio n'inclut pas la valeur 1 ce qui signifie que la différence est statistiquement significative.

¹⁰ On pourra désigner ce ratio comme le « Profil Nosologique Comparatif » de la population des consultants de centres de soins gratuits versus la population générale.

3. Adaptation de l'offre de soins aux besoins des patients

Pour les problèmes de vue, la dermatologie et la psychiatrie, l'activité des centres de soins destinée aux précaires est très nettement supérieure à l'activité habituelle des praticiens généralistes.

Le graphique n° 25 (page 173) offre une présentation commode des données du tableau précédent. On y distingue très nettement cinq groupes de motifs de recours.

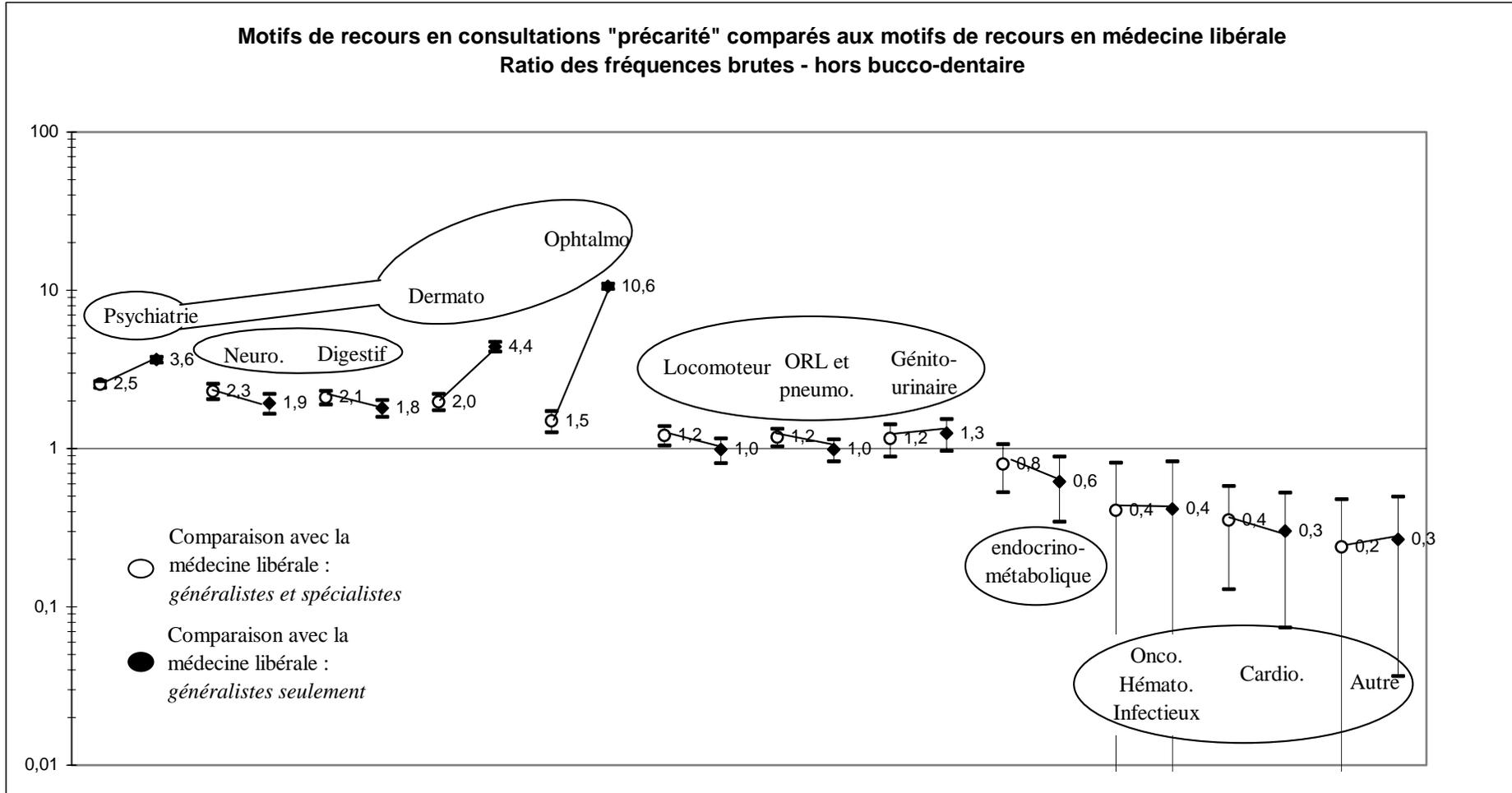
- **Premier groupe** : les motifs de recours plus fréquents dans les consultations « précarité » qu'en médecine libérale et pour lesquels l'écart est encore plus marqué par rapport à la médecine générale que par rapport à la médecine libérale dans son ensemble (spécialistes et généralistes). Il s'agit de l'ophtalmologie surtout mais aussi de la dermatologie et de la psychiatrie.
Dans ce groupe, l'activité des consultations « précarité » est bien plus proche de celle de la médecine libérale, spécialistes inclus, que de celle de la seule médecine générale. Cela traduit vraisemblablement un phénomène d'adaptation de l'offre de soins similaire à celui observé pour les problèmes dentaires.
- **Second groupe** : les motifs de recours plus fréquents dans les consultations « précarité » qu'en médecine de ville, pour lesquels l'écart est semblable que l'on compare avec la seule médecine générale ou avec la médecine libérale spécialistes inclus¹¹. Ce groupe est formé par la neurologie et les pathologies de l'appareil digestif ;
- **Troisième groupe** : les motifs de recours dont la fréquence chez les précaires ne diffère pas significativement par rapport à la médecine de ville : pathologies de l'appareil locomoteur, ORL et pneumologie, affections génito-urinaires et obstétricales.
- **Quatrième groupe** : les motifs de recours aux soins significativement plus rares en consultations « précarité » qu'en médecine libérale ; les effectifs faibles dans ce groupe conduisent à des intervalles de confiance particulièrement larges, ce qui ne permet pas de distinguer une éventuelle différence selon que l'on compare avec la médecine générale ou avec l'activité de tous les médecins libéraux spécialistes inclus. Ce groupe est formé de la cardiologie, de l'oncologie-hématologie-maladies infectieuses spécifiques, ainsi que des « autres motifs de recours » (qui correspondent dans bon nombre de cas, nous y reviendrons, à la médecine préventive).

¹¹ Comme on peut le voir, les intervalles de confiance du ratio avec « généralistes et spécialistes » chevauchent ceux du ratio avec « généralistes seulement ».

- **Cinquième groupe** : la pathologie endocrino-métabolique occupe une place particulière sur ce diagramme, puisqu'il s'agit d'un motif de recours significativement plus rare en consultations « précarité » qu'en médecine générale, alors que la différence n'est pas significative avec la médecine libérale spécialistes inclus.

Les centres de soins gratuits se démarquent donc nettement de l'activité des généralistes. Les médecins y exerçant sont contraints à opérer d'eux-mêmes une très forte spécialisation en psychiatrie, en dermatologie, en ophtalmologie et en dentisterie. A l'opposé, les problèmes « endocrino-métaboliques », de cardiologie et de prévention (qui constituent une part très importante des « autres » motifs de recours aux soins) sont très peu recensés. Pour les deux premiers, une explication peut d'ores et déjà être avancée : ce sont des diagnostics qui exigent une forte investigation médicale – or, on sait que les centres pour précaires tendent à manquer de temps et de moyens pour explorer les problèmes de ce type.

Graphique n° 25 : Motifs de recours en consultations « précarité » comparés aux motifs en médecine libérale (ratio des fréquences brutes - hors bucco-dentaire).



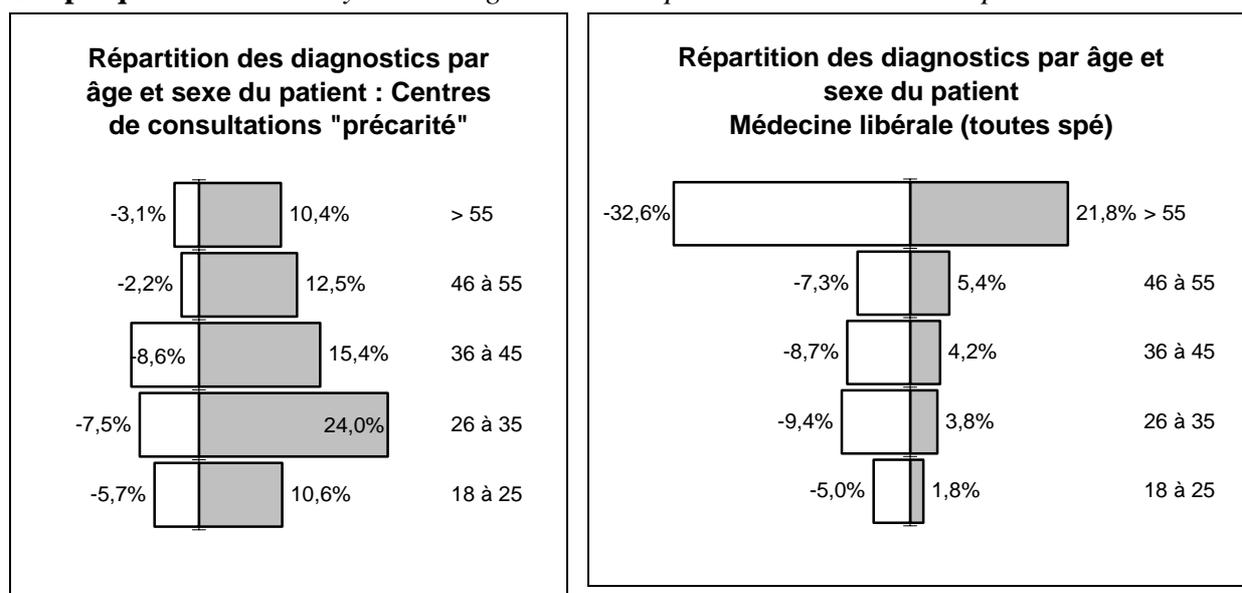
Sources : IMS Health-EPPM (Etude Permanente de la Prescription Médicale) : cumul mobile annuel de 1997, Enquête Précalog du CREDES.

B) Comparaison standardisée des motifs de recours aux soins précaires versus non précaires

1. Standardiser pour comparer les motifs de recours individuels

Nous venons de comparer l'activité des centres pour précaires à l'activité de la médecine libérale. Cependant, en aucun cas ces résultats ne permettent de se prononcer sur les éventuelles sous-représentations ou sur-représentations des motifs de recours aux soins des précaires. En effet, la répartition par âge et sexe (décrite ci-dessous) dévoile des structures de population sensiblement différentes. Il y a une très forte sous-représentation des femmes de plus de 55 ans dans l'échantillon des précaires compensée par une sur-représentation des hommes de moins de 55 ans.

Graphiques n°26 et 27 Pyramides âge-sexe des « précaires » et des « non précaires ».



Source enquête Précalog CREDES

Source : IMS Health-EPPM (Etude Permanente de Prescription la médicale) : cumul mobil annuel de 1997.

Les rectangles blancs décrivent la structure par âge des femmes et ceux en gris celle des hommes.

C'est donc en standardisant par l'âge et le sexe – méthode de standardisation directe explicitée dans le deuxième point de l'annexe 15 – que l'on peut réellement comparer les motifs de recours aux soins des précaires à ceux de la population générale.

Ici, nous choisirons de prendre pour base de comparaison les motifs de recours en médecine libérale, spécialités comprises, car tout laisse à penser que les individus précaires s'adressent aux centres pour personnes démunies indépendamment du type de symptômes. Cette

hypothèse de logique de non-choix est appuyée par le constat d'une spécialisation des centres pour précaires induite par la demande. Aussi pouvons-nous considérer que ces centres apparaissent comme organismes de substitution à la médecine libérale dans son ensemble.

Le tableau n°15 (page suivante) présente les Profils Nosologiques Comparatifs des précaires avant et après standardisation sur l'âge et le sexe. Il permet donc de voir si les écarts de fréquences sont le simple fait de l'hétérogénéité des clientèles ou s'il existe de réelles différences entre les motifs de recours des deux groupes.

2. Etude comparée des motifs de recours « précaires » versus population générale

2.1. Marginalité des visites de prévention

Le résultat le plus frappant est que, à âge et sexe rendus comparables, les recours pour prévention sont quatre fois moins importants parmi les précaires. Il ne s'agit pas là d'un quelconque « effet âge et sexe ». Visites systématiques, suivis, vaccinations et « check-up » sont des comportements très marginaux parmi la population des consultants de centres de soins gratuits.

2.2. Sur-représentation des troubles somatiques et toxicomaniaques

A âge et sexe comparables, les individus en situation de précarité présentent bien une sur-représentation des motifs de recours pour raisons psychiatriques. Sur 100 diagnostics posés, les motifs psychiatriques sont deux fois plus invoqués dans les centres de soins gratuits. Les précaires, de par leur situation matérielle et/ou le sentiment d'exclusion, révèlent un état de grande vulnérabilité psychologique. Ils expriment une détresse somatisée de leur condition (troubles du sommeil, angoisse, dépression...) et dévoilent une tendance aux comportements « d'abandon » dans l'alcool et les psychotropes.

2.3. Problèmes ophtalmologiques et dermatologiques

L'importance relative des motifs de recours aux soins pour raisons ophtalmologiques et dermatologiques n'est pas le seul fait de la substitution des centres aux spécialités onéreuses ou de la structure par âge et sexe des individus. Les consultants précaires présentent, sur 100 diagnostics, 2,3 fois plus de troubles de la vue et de la peau.

Tableau n°15 : Comparaison des profils nosologiques comparatifs avant et après standardisation (i.e. part de l'effet âge et sexe sur les motifs de recours)

Motifs de recours aux soins : comparaison entre lieux de soins pour public précaire et médecine libérale pondérée (médecine générale et toutes spécialités hors bucco-dentaire)	APRES standardisation sur l'âge et le sexe		SANS standardisation sur l'âge et le sexe	
	Fréquence relative de la catégorie diagnostique	Intervalle de confiance : +/-	Fréquence relative de la catégorie diagnostique	Intervalle de confiance : +/-
Psychiatrie	1,96	0,51	2,54	0,13
Système nerveux (y compris AVC)	2,61	1,20	2,30	0,26
Digestif	2,04	0,78	2,11	0,20
Peau	2,38	1,08	1,98	0,23
Vue et ophtalmologie	2,34	0,95	1,50	0,23
Appareil locomoteur et traumatismes	1,56	0,50	1,21	0,17
Respiratoire et ORL	0,82	0,22	1,18	0,15
Génito urinaire	1,39	0,54	1,16	0,27
Endocrinologie	1,21	0,54	0,80	0,27
Immu-onco-infectieux	0,35	0,19	0,41	0,41
Cardio-vasculaire	0,74	0,29	0,35	0,22
Autre	0,27	0,12	0,24	0,24

Sources : IMS Health-EPPM (Etude Permanente de la Prescription Médicale) : cumul mobile annuel de 1997, Enquête Précalog du CREDES.

2.4. Sur-représentation des troubles d'origine relationnelle

A âge et sexe comparables, les individus en situation de précarité présentent des maux relevant davantage du « relationnel » que de « l'ontologique ».

Nous pouvons en effet distinguer deux grandes formes de représentation de l'origine de la maladie¹² :

- L'origine ontologique pour laquelle la maladie est une chose distincte et indépendante du malade. Le mal « se déclare », « se déclenche ».
- L'origine relationnelle pour laquelle normal et pathologique sont considérés en termes d'équilibre qui vient à être perturbé. L'individu fait alors partie intégrante de la maladie (causalité externe mais aussi interne).

Il est assez difficile de se prononcer sur l'origine d'un motif de recours. C'est le discours tenu par l'individu sur sa maladie qui, en réalité, est le plus révélateur. Cependant, le graphique n°28 (page 179) fait apparaître une sur-représentation de motifs connus pour être fréquemment d'origine relationnelle : les troubles psychiatriques réactionnels, les pathologies du système nerveux (céphalées, épilepsie...) – qui, si elles restent assez marginales, apparaissent comme 2,6 fois plus fréquentes parmi les recours des consultants de centres de soins gratuits. On peut également citer l'importance relative des problèmes de l'appareil digestif (2 fois plus fréquents) et de la peau (2,4) qui peuvent s'expliquer conjointement par des excès individuels (alcool...) et un certain mal être ainsi que par les conditions financières (malnutrition...) et sanitaires (insalubrité des lieux d'habitation, conditions d'hygiène déplorable...).

2.5. Importance des troubles de la motricité et de la mobilité physique

Les pathologies handicapant l'autonomie de mouvement sont sur-représentées parmi les consultants précaires. Problèmes oculaires et de l'appareil locomoteur sont des motifs significativement plus fréquents chez les précaires. Ce sont là des troubles perturbant l'autonomie des individus : perte des repères spatiaux, difficultés pour se déplacer, gênes dans les gestes quotidiens... Ce constat tend à confirmer les pistes dégagées dans maints entretiens : beaucoup de personnes en situation de précarité y affirmaient, en effet, que plus que par la douleur ressentie, leur consultation était motivée par la crainte du handicap et de la perte d'autonomie.

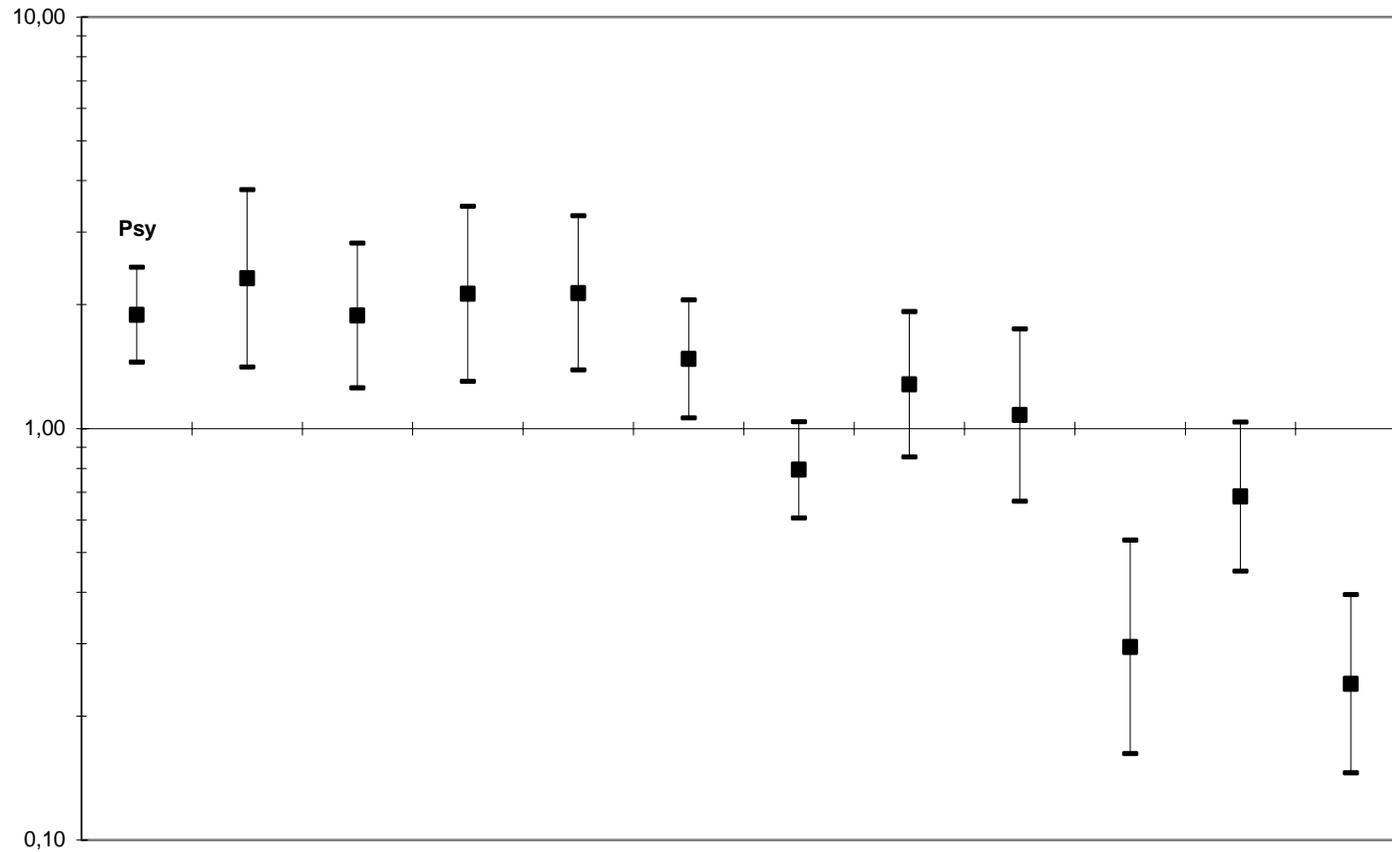
¹² F. Laplantine, *Anthropologie de la maladie*, Editions Payot, 1956.

2.6. Une médecine à deuxième vitesse ?

A âge et sexe comparables, on constate une forte sous représentation des pathologies exigeant une exploration médicale minutieuse. Le dépistage des pathologies du groupe immuno-onco-infectieux – infection à VIH, cancers... – est trois fois moins fréquent dans les centres de soins gratuits qu'en médecine libérale classique. Cette différence très significative ne peut être sciemment imputée à une « invulnérabilité » des précaires à ces maladies – et ce d'autant plus que plusieurs études ont montré que les plus démunis, à travers leur forte propension à prendre des risques et à adopter des conduites ordaliques, y étaient particulièrement exposés. En réalité, elle reflète davantage une inégalité d'accès aux soins : le plateau technique dont disposent les centres est plus restreint. Aussi l'investigation médicale, la prévention et le suivi des pathologies lourdes y sont contraintes. Les centres se consacrent alors davantage à soulager ou à résoudre un problème sur le court terme.

Graphique n° 28 : Fréquences relatives des motifs de recours chez les précaires par rapport à la médecine libérale pondérée France entière (hors bucco-dentaire et après standardisation par l'âge et le sexe). Sources : IMS Health-EPPM (Etude Permanente de la Prescription Médicale) : cumul mobile annuel de 1997 & Enquête Préalog du CREDES.

Fréquences relatives des motifs de recours chez les précaires par rapport à la médecine libérale pondérée France entière (hors bucco-dentaire - ages et sexes comparables)



Partie II. : Rapport aux soins et à la maladie

(La majorité des analyses statistiques ont été réalisées avec Hervé Picard et l'analyse plus qualitative faite avec la collaboration de Georges Menahem)

La **partie I** a permis de dresser un portrait précis des motifs de recours aux soins des individus en situation de précarité, en les comparant à ceux de la population générale. Elle dévoile une forte sur-représentation des motifs pour troubles psychosomatiques, problèmes de toxicomanie et gêne de mobilité et de motricité. D'autre part, de nombreuses études ont indiqué qu'il s'agissait plus souvent de pathologies aggravées que de pathologies spécifiques. Si la plus forte exposition du corps à de tels troubles peut être rapprochée de conditions de vie souvent peu salubres, elle est également fortement soumise aux bouleversements identitaires – principalement décrits dans le chapitre 3 – qui affectent les personnes en situation défavorable. Dans des situations douloureuses, les ressources personnelles de protection de soi sont difficilement mobilisables. Les sentiments de dévalorisation de soi et la construction d'une identité reposant sur la résistance à la douleur (physique et psychologique) peuvent être exacerbés au point de nier l'utilité de toute démarche curative ou analgésique.

A travers les expériences passées et le parcours dans la précarité, l'ensemble des comportements, rapports et représentations vis à vis du corps, de la maladie (**partie A**), des soins (**partie B**) ou encore des institutions socio-médicales (**partie C**) peuvent se trouver profondément modifiés. Lorsque ces dimensions s'expriment sous la forme de retards ou de renoncement à recourir, d'une moindre écoute du corps et d'une plus grande prise de risque, elles agissent de manière interactive sur l'état de santé et le degré de précarisation des individus.

Il s'agira donc ici de comprendre la genèse et la spécificité des logiques de prise en charge des problèmes de santé. Dans l'optique d'une telle analyse, le « *Baromètre santé 2000* »¹³ permettra de réaliser de nombreuses comparaisons entre notre sous-population de consultants de centres de soins gratuits et un échantillon de la population générale.

¹³ Cette base constituée par le Comité Français pour l'Education de la Santé (CFES) fournit une mine d'informations sur les comportements à l'égard des soins et les attitudes par rapport aux risques sur 13685 individus.

A) Logiques de gestion du corps et de la maladie

1. Les logiques de gestion de la maladie

Trois principales logiques de gestion de la maladie s'opposent dans les récits de nos interlocuteurs.

1.1. Gestion de la maladie et rapport utilitariste au corps

D'un côté, une faible majorité (13 individus sur 24) maîtrise d'une certaine manière ses problèmes de santé : ils ont un rapport utilitariste à leur corps et à leurs affections. Ils « gèrent » d'une manière pragmatique leurs problèmes de santé même si la réussite en la matière est très inégale et reflète l'inégalité des ressources dont ils disposent.

Par exemple, malgré ses 48 ans et un passé chargé de problèmes, **Maurice** se débrouille très bien pour gérer et coordonner sa désintoxication alcoolique : il s'est isolé de son lieu de vie en prenant un petit studio près du centre de soins gratuits où il a entrepris un travail psychothérapeutique. En revanche, **Vincent**, à 23 ans, a le même rapport pragmatique à son corps mais semble bien plus mal parti dans la mesure où il ne prend qu'un jour sur deux ou trois le traitement qu'il devrait suivre pour soigner sa jambe gravement nécrosée; ce qu'il explique par le fait qu'il n'en a « rien à foutre » – *i.e.* des soins, de sa santé et de la vie en général.

Inversement, les 11 autres patients semblent davantage « être gérés par leur maladie ». Confrontés à elle, ils se sentent impuissants même si certains savent « vivre avec » et en calmer les symptômes. Parmi ces individus, deux formes d'impuissance à l'égard de la maladie peuvent être distinguées.

1.2. Impuissance à prendre en charge une maladie angoissante

Dans un premier sous-groupe, sept patients sont largement gouvernés par leur maladie et l'angoisse qu'elle génère. Si la maladie semble régir directement leur destin, c'est d'abord parce qu'elle est souvent grave et menace leur survie même, mais c'est aussi parce qu'ils ont le sentiment de ne pas avoir de prise sur elle¹⁴. Dans ce groupe de rapport à la santé, l'éloignement vis à vis du système de soins et le niveau de méconnaissance en matière médicale joue bien entendu un rôle essentiel. Ainsi, si **Zita** est persuadée d'être touchée par une grave maladie « héréditaire » au coeur, elle n'a jamais consulté pour être diagnostiquée et éventuellement traitée (« *C'est la maladie de la famille. C'est le destin.* »).

¹⁴ C'est le cas, par exemple de **Joseph** dont les comportements sont fortement contraints par ses crises épileptiques ou encore de **René** face à sa tumeur au cerveau.

1.3. Psychosomatisation et abattement face à la maladie

Enfin, dans le deuxième sous-groupe, cinq patients semblent dépendants de relations familiales qu'ils maîtrisent mal, lesquelles s'expriment en particulier par des troubles psychosomatiques durables (asthme, psoriasis, spasmophilie). Ces personnes s'accommodent aussi, dans une certaine mesure, de leurs troubles mais elles restent impuissantes à les maîtriser. De plus, la culture diffuse concernant l'aspect psychosomatique de ces maladies incite certains de ces patients à douter de l'utilité d'un recours classique, d'où un certain retard aux soins imputable à leurs formes de représentation de la santé¹⁵. Dans ce dernier cas, l'individu fait partie intégrante de la maladie (causalité externe mais déclencheur interne) et les sentiments conjugués d'impuissance et de culpabilité affectent profondément l'image de soi – et ce, d'autant plus que les affections subies donnent lieu à des manifestations visibles. Laplantine définit de tels troubles comme des « maladie-sanction »¹⁶.

2. Rapport général au corps

2.1. Le corps : expression de la détresse ou réceptif d'expériences

16 de nos 24 patients considèrent prendre beaucoup de risques ou en avoir pris dans le passé de façon inconsidérée. La plupart rattache cette prise de risques à des consommations excessives et incontrôlées d'alcool et de drogues donnant lieu à des comportements « casse-cou ». Ainsi, accidents de la route et bagarres émergent fréquemment des récits.

Notons que, chez les toxicomanes, le corps est souvent perçu différemment dans sa temporalité – toute-puissance de l'instant présent et horizon myope – et dans son usage – **Loïc**, par exemple, nous parle du corps comme « d'un réceptif d'expériences ».

Le lien entre ces comportements d'abandon et la biographie des individus se décline essentiellement selon deux modalités (parfois conjuguées) : implicitement en rapport aux violences subies pendant leur enfance et, de manière plus explicite, en rapport avec des ruptures soudaines d'ordre professionnel, sentimental ou familial. Tenillés par le sentiment d'avoir perdu toute considération de la part de leurs proches, la valeur qu'ils accordent à leur existence s'en trouve largement imputée. Dans ce cadre, l'individu devient très vite vulnérable à l'alcoolisme et/ou la toxicomanie et de manière générale à des réactions impulsives d'abandon.

¹⁵ C'est le cas du psoriasis de **Jamad**, des crises de spasmophilie de **Laetitia** ou encore de l'asthme de **Patrick**.

¹⁶ F. Laplantine, *Anthropologie de la maladie*, 1956, Editions Payot.

2.2. Résistance à la douleur et moindre écoute du corps

Il existe différentes manières de prêter attention aux sensations corporelles, aux sensations à partir desquelles un signe va être tenu pour anormal et va déterminer un recours aux soins.

De manière générale, l'usage du « corps-signe » diffère profondément selon les cultures et la socialisation initiale¹⁷. Pour nos interlocuteurs, il semble s'agir de facteurs relativement annexes. Leur rapport à la douleur est principalement construit sur leur parcours de santé (souvent très chargé) et leurs conditions de vie (de manière plus nuancée).

Près de 75% des personnes interviewées se disent « résistantes » voire « très résistantes » à la douleur, compte tenu de ce qu'elles ont déjà enduré. Ce sentiment de résistance – que leur expérience de santé tend à objectiver crûment – est souvent perçu comme un « non-choix financier » voire même comme une condition nécessaire à la survie physique et psychologique comme l'illustre **René** : « Résistant à la douleur, moi ? J'ai pas le choix... sinon j'me serai flingué ».

Chez nombre d'entre eux, il existe un refus de « trop s'écouter », une valorisation de la dureté au mal ou de la mise en jeu de leur corps dans la prise de risques, éléments qui jouent un rôle primordial dans les comportements d'auto-soin, le retard aux soins et la mauvaise observance des prescriptions. Ces comportements trouvent leur légitimité dans « un récit initiatique des difficultés » comme nous l'avons vu précédemment (cf. « en souffrant j'ai appris à vivre »).

Remarquons qu'un tel usage brutal du corps – prises de risques et valorisation de la dureté au mal – correspond aux valeurs viriles et à la valorisation de la violence. Cet usage instrumental du corps se retrouve quasi exclusivement chez des hommes (à l'exception de **Marina**).

¹⁷ P. Adam, C. Herzlich, *Sociologie de la maladie et de la médecine*, 1994, Editions Nathan.

B) Les rapports aux soins des précaires

Le rapport des individus à l'égard des soins est approché sous de multiples prismes – refus des soins, renoncement pour raisons financières, retard aux soins, observance d'une prescription médicale ou d'examen complémentaires, comportements d'automédication – et ce, tant dans le questionnaire que dans le guide d'entretien.

1. Modes de réactions à un épisode douloureux

1.1. Approche et premiers résultats

Dans le questionnaire, l'ensemble des patients avait à répondre à la question suivante : « *Au cours des douze derniers mois, avez-vous souffert d'une douleur difficile à supporter ?* ».

323 personnes soit 55% des individus ont répondu positivement, alors que ce n'était le cas que d'une personne sur trois dans la population générale de référence (*données Baromètre Santé 2000*). De plus, un individu sur 7 ne s'est pas prononcé sur cette question – alors qu'une telle non réponse n'existe tout simplement pas dans l'échantillon de référence.¹⁸

Les individus ayant déclaré une telle douleur, devaient alors décrire quelle avait été alors leur réaction. Quatre modalités leur étaient proposées et il était formellement stipulé que plusieurs réponses étaient possibles :

- Position d'attente,
- Prise en charge individuelle de la douleur par l'automédication (position active et autonome).
- Consultation en médecine de ville ou hospitalière¹⁹.

Pour une douleur remémorée, les individus déclarent en moyenne 1,34 réactions. Les réactions sont parfaitement partagées entre consultations (66% la déclarent) et réactions non médicalisées *stricto sensu* (68% décomposé en 40% déclarant des attitudes d'attente et 28% des comportements d'automédication).

¹⁸ Voir le point 1 de l'*annexe 16*.

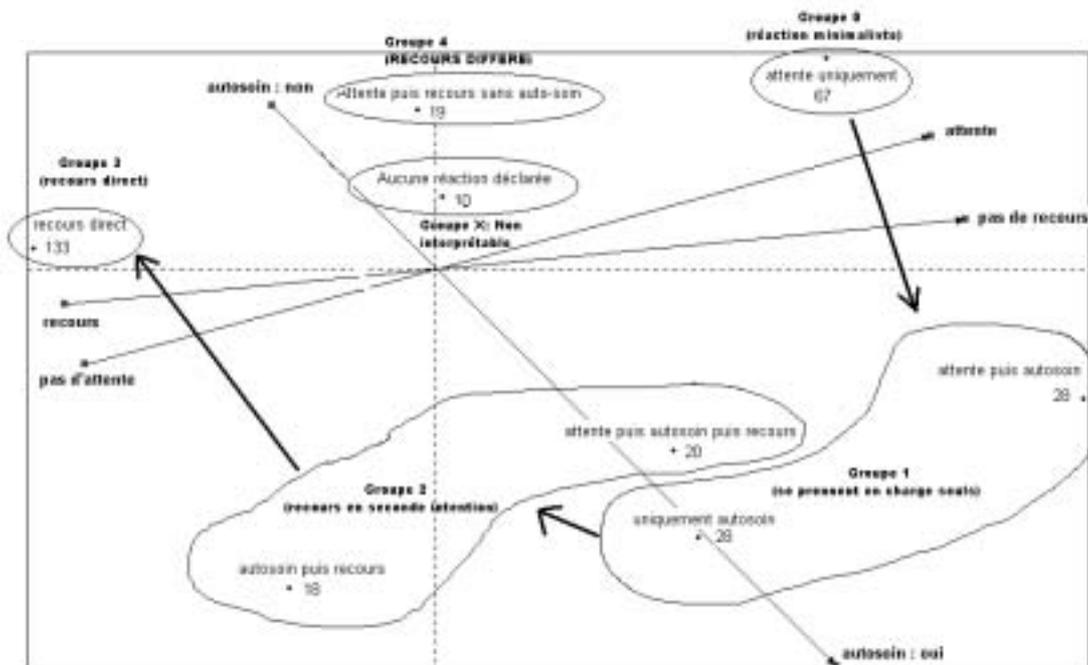
¹⁹ Ces deux recours médicalisés seront ici jugés comme équivalents. En effet, maintes études ont montré que, si pour les populations aisées, le choix entre consultation libérale et consultation hospitalière se fonde souvent sur les critères d'urgence et de gravité ressenties par la douleur, une telle distinction n'est pas valable pour les plus démunis.

1.2. Les logiques de réactions à un épisode douloureux

Les individus témoignent d'une grande diversité de réactions à la douleur, puisqu'ils tendent à les combiner²⁰. Une Analyse des Correspondances Multiples (décrite au point 3 de l'annexe 16) permet de mieux saisir la diversité des logiques de prise en charge d'un épisode douloureux.

Le premier plan factoriel (ci-dessous) résume 84% de l'information du nuage. Il discrimine les individus selon deux critères : s'ils ont ou non consulté sans attendre et s'ils ont ou non pris en charge leur douleur.

Graphique n°29 : Logiques de réactions à un épisode douloureux



Source : Enquête Préaloc du CREDES

Le graphique distingue clairement cinq grands groupes :

- 133 individus – soit 41% des individus concernés – déclarent un **recours direct** aux structures médicales.
- 19 individus – soit 6% des individus concernés – ont eu un **retard différé** au médecin.
- 38 individus – soit 12 % – ont **recouru en seconde intention**, c'est à dire qu'ils ont dans un premier temps tenté de pallier eux-mêmes leur douleur par l'automédication puis, devant un probable échec, ils s'en sont remis aux structures médicales.

²⁰ Voir point 2 de l'annexe 16.

- 56 individus – soit 17 % des individus se remémorant une douleur dans les 12 derniers mois – ont **pris en charge seuls** leur douleur sans consultation préalable (automédication). Ce groupe témoigne d'un comportement actif et sans délégation aux structures médicales.
- Enfin, ils sont 67 – soit 20% de la sous-population – à avoir adopté un **comportement minimaliste** d'attente. Par ailleurs, il est probable que les 10 individus n'ayant indiqué aucune réaction à cet événement douloureux (4%) soit proche de cette logique.

Les résultats statistiques concordent fort bien avec les logiques de prise en charge repérées dans les entretiens et leur fréquence relative. Elles permettent également de comprendre la sévérité accrue rencontrée dans les maladies des précaires (ORL,...). Si 40% des patients se sont adressés, sans trop attendre, à un médecin lorsqu'ils ont perçu une douleur *difficile à supporter*, nombreux sont ceux qui ont retardé les soins ; soit qu'ils aient jugé que « *ça passerait tout seul* », soit qu'ils aient préféré traiter eux-mêmes leurs troubles.

Ils sont conscients des graves conséquences que peuvent engendrer de tels retards. Pour les expliquer, ils invoquent (et, par là, légitiment) soit des contraintes qui pèsent sur leur accès aux soins – problèmes financiers²¹, absence de protection sociale ou stigmatisation de leurs conditions – soit des choix individuels – relativisation (et valorisation) de la douleur, confiance limitée en la médecine ou inutilité du recours (*logique d'abandon de soi* ou, au contraire, de toute puissance du corps).

Enfin, il faut souligner l'importance des comportements d'automédication puisque 30% des sujets ont notifié de telles pratiques. Ce point sera approfondi par la suite.

1.3. Des modes de réactions différenciés selon le type de douleur

Selon les sociétés et les cultures, l'intérêt porté aux différents organes ou parties du corps est plus ou moins grande²². De telles différences dans la perception et l'approche du corps jouent naturellement sur les comportements individuels selon la nature et la localisation des maux. Sur la base de notre échantillon de patients de centres de soins gratuits, il sera donc intéressant de voir comment se modulent les réactions en fonction de la localisation douloureuse.

Pour ce faire, la méthode de l'Analyse Factorielle des Correspondances²³ permettra une interprétation simple et lisible du tableau de contingence croisant les 4 principales logiques de prise en charge avec la localisation du foyer douloureux²⁴. Une telle démarche est légitimée par le fait que la somme des lignes et la somme des colonnes ont un sens dans ce tableau

²¹ En particulier pour les spécialités médicales onéreuses comme le dentaire, l'ophtalmologie...

²² P. Adam, C. Herzlich, *Sociologie de la maladie et de la médecine*, 1994, Editions Nathan.

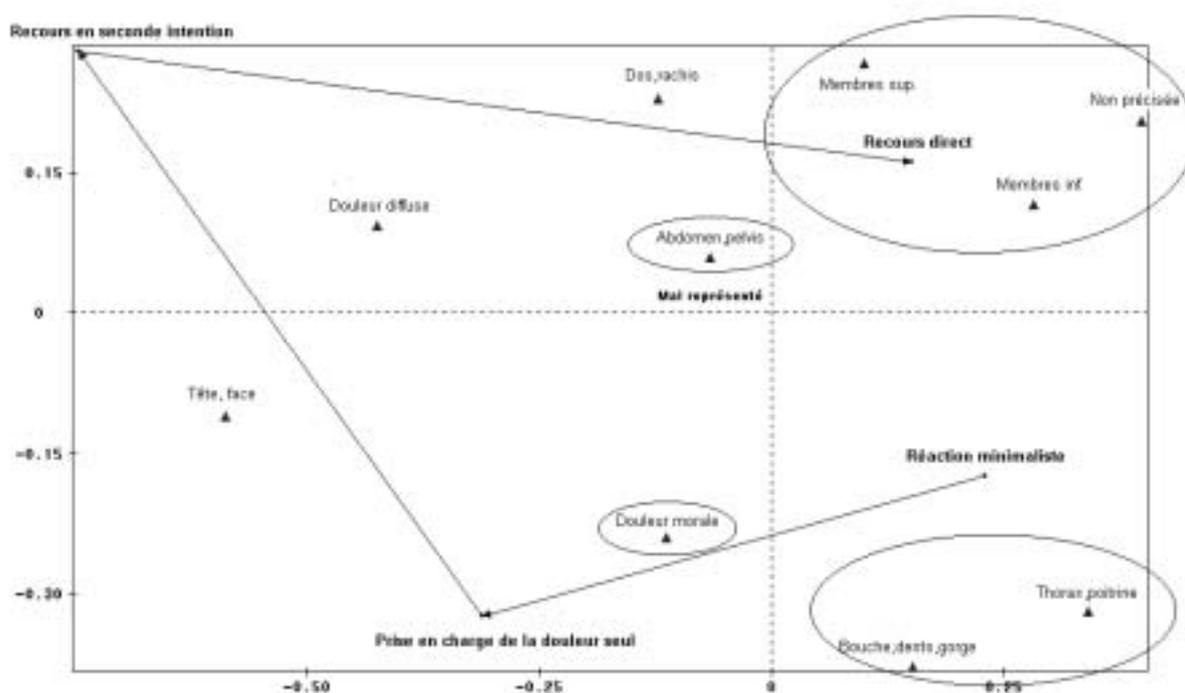
²³ Il s'agit d'un type d'analyse de données proche de celle déjà utilisée jusqu'ici (ACM).

²⁴ Les localisations de la douleur étaient exprimées dans les propres mots du patient. Ils ont donc fait l'objet d'un recodage *a posteriori* par les soins du Docteur Hervé Picard. Pour une description et une analyse des fréquences des différents foyers douloureux, le lecteur pourra consulter *l'annexe 17*.

croisé : la première représente la proportion de chaque type de douleur sur l'ensemble des douleurs déclarées alors que la seconde s'interprète comme la propension à une réaction quelle que soit le type de douleur ressentie.

Les deux premiers axes résument à eux seuls 90% de l'inertie totale du nuage ; le premier discrimine les douleurs occasionnant une propension forte à l'automédication, et le second distingue les individus selon qu'ils aient ou non recouru à un médecin.²⁵

Graphique n°30 : Logiques de prise en charge de la douleur selon sa localisation.



Source : Enquête Précalog du CREDES

La projection des localisations de la douleur sur ce plan factoriel permet de distinguer :

- Les douleurs fréquemment « enterrées » par les individus : douleurs au thorax et à la poitrine (pourtant généralement considérées comme très angoissantes), problèmes dentaires et ORL. Face à ce type de problèmes, ils pratiquent facilement la « politique de l'autruche » en adoptant des comportements minimalistes.
- A l'opposé, les douleurs aux membres supérieurs et inférieurs ainsi que les localisations « non précises » (qui s'avèrent souvent être des états, extrêmement douloureux, de manque alcoolique ou toxicomaniaque) alarment les patients au point qu'ils préfèrent aller directement consulter.

²⁵ La description précise des axes et de la qualité de représentation se trouve à la fin de l'annexe 17.

Entre ces deux profils extrêmes, s'intercalent les autres localisations de la douleur qui donnent lieu à des réactions hybrides et plus nuancées :

- Les réactions face à une douleur dorsale ou lombaire sont, en termes de mobilisation médicale, assez proches des douleurs aux membres supérieurs et inférieurs. Ceci avalise la thèse selon laquelle un individu en situation de précarité recourt rapidement aux structures médicales dès lors que sa douleur se révèle invalidante pour son autonomie de mouvements. Une forme prononcée de peur du handicap, fortement exprimée dans les entretiens, sous-tend donc la plus forte mobilisation pour les douleurs susceptibles d'affecter leur mobilité et leur motricité. Plus que par l'intensité ou la durée de la douleur, c'est davantage le fait de se sentir handicapé ou de pouvoir le devenir qui motive les individus à prendre en considération et en charge leurs troubles.
- En revanche, la douleur morale, très présente, est subie dans l'attente ou l'automédication. Souvent, les patients font état d'une détresse psychologique lancinante et pérenne contre laquelle ils se déclarent plus sensibles et plus impuissants que face aux maux strictement physiques. Ne parvenant pas à les traiter durablement – soit que différentes thérapies aient échouées, soit qu'ils ne parviennent à se résigner à entreprendre ou à suivre un traitement psychiatrique de fond –, ils adoptent des comportements passifs ou de soulagement médicamenteux ponctuel. Du reste, il est probable qu'étant donnée la forte exposition des précaires à la toxicomanie et aux épisodes anxio-dépressifs, ils aient acquis une certaine connaissance des effets et posologies des différents calmants et/ou antidépresseurs. De tels phénomènes se trouvent fortement confortés par l'analyse des entretiens.
- Les douleurs à la tête ou à la face font fréquemment l'objet d'une prise en charge individuelle, en première instance. Cependant, les réactions postérieures à ce premier traitement diffèrent. Certains se seront contentés de l'auto-soin alors que d'autres, devant l'inefficacité de l'automédication iront finalement consulter un médecin.

Enfin, les liens étroits qui peuvent exister entre rapport au corps et capacité au travail, bien qu'assez minoritaires, sont apparus comme le *leitmotiv* des recours aux soins de 6 individus. Pour **Mounir, Henri, Pierre** et **Jamad** (qui exercent ou exerçaient des travaux ouvriers) ainsi que chez **Laeticia** et **Marina** (étudiantes), les comportements « d'écoute » et de prise en charge des troubles corporels sont presque exclusivement liés à la gêne ressentie au travail.

2. Observance des prescriptions et propension à l'automédication

De manière générale, les prescriptions de médicaments semblent bien respectées. Plus de 80% des personnes ayant eu, lors de leur dernière consultation médicale, un traitement à suivre déclarent l'avoir scrupuleusement respecté. Cependant, les entretiens mettent en exergue des spécificités propres aux conditions de vie, aux expériences passées, à la perception de soi et de la médecine qui pèsent sur les attitudes à l'égard des médicaments.

2.1. Déterminants économiques de l'observance des prescriptions

Les individus déplorent fortement les déficiences économiques qui pénalisent l'accès aux prescriptions. Si le poids financier est objectivement associé à un moindre recours médical et à l'impossibilité temporaire de réaliser des examens complémentaires coûteux (radiographie, analyse de sang, consultation complémentaire chez un spécialiste...), il semble moins peser sur l'obtention des médicaments (une fois prescrits). Bien que l'avance de frais apparaisse comme facteur contraignant, elle ne semble que marginalement responsable d'un renoncement ou d'une restriction dans le suivi d'un traitement médicamenteux de court terme. Même les individus parmi les plus démunis en termes de protection sociale et de ressources parviennent *via* différentes stratégies à se procurer des médicaments : grâce à des amis, à des dons d'organisme de santé ou encore en se présentant comme « SDF » chez différents pharmaciens. Nous ne prétendons pas ici que la barrière économique n'est pas réelle et fortement contraignante mais plutôt qu'elle se mêle à d'autres éléments pour expliquer une mauvaise ou une non-observance.

Ainsi, la forte mobilité géographique et l'instabilité des conditions de logement apparaissent comme une barrière au suivi des traitements médicamenteux. Oublis, difficultés à s'approvisionner régulièrement et à respecter scrupuleusement les posologies sont souvent imputés aux conditions de logement et à l'urgence du présent. De tels phénomènes s'observent particulièrement pour les traitements de long terme. Cependant, l'irrégularité de l'observance est alors aussi attribuée à un sentiment de lassitude, d'impuissance ou de doutes dans la guérison.

Enfin, il faut ajouter qu'à la mauvaise observance partielle dans le temps se mêle des attitudes d'observance limitative de la prescription. Devant une liste assez longue de médicaments, certains individus vont choisir de prendre tels médicaments et pas tels autres, alors même qu'ils sauraient être complémentaires. Parmi eux, nombreux sont ceux qui tendent à privilégier les médicaments à visée analgésique rapide plutôt que ceux dont l'effet traite plus lentement la cause du mal.

2.2. Déterminants individuels et culturels de l'observance des prescriptions

De nombreux individus semblent appliquer l'omnipotence du présent, caractéristique de la dégradation de leurs conditions de vie (« avenir myope »), au suivi des prescriptions médicamenteuses : priorité donnée aux traitements de la douleur plutôt qu'à ses causes réelles ; ou encore arrêt prématuré dès amélioration de l'état de santé.

Certains entretiens découvrent des représentations et pratiques héritées de la famille, ou plus généralement, du milieu socioculturel. L'emploi et la croyance en l'efficacité de « *vieilles recettes de grand-mère* » pour soigner les petits maux (tisanes, cataplasmes, pommades à base de plantes concoctés par leurs soins et auto-administrés) semblent particulièrement développés parmi les individus originaires de la Bretagne populaire, des régions rurales du Poitou ou encore parmi les gitans et africains. Très souvent, de telles pratiques sont conjuguées à des recours ponctuels passés ou présents aux médecines parallèles type *rebouteux, guérisseurs, marabouts...* Cependant, les individus conçoivent de telles pratiques comme un complément et non un substitut à la médecine moderne.

D'autre part, le rejet ou la méfiance vis à vis des médicaments ne concernent souvent qu'un type circonscrit de prescriptions. Dans les entretiens, il s'agit principalement de deux classes de pharmacopées :

- *Les thérapeutiques à visée psychiatrique (type neuroleptiques, antidépresseurs...)*. Cette défiance, très marquée chez certains (**Laurent, Florent, Nordine, Solange**), est à rapprocher d'un lourd passé psychiatrique personnel ou familial – ayant donné lieu à de nombreux passages traumatisants en institutions et à une forte sur-médication – et de consommations intenses, passées ou présentes, d'alcool et de drogues.
- *Les antibiotiques*. Une telle méfiance est articulée à deux modes de représentations différentes. D'une part, pour les moins démunis (**Fabienne...**), ces traitements sont jugés comme « *agressifs* » et « *trop violents* » pour l'organisme et sont remplacés par des médecines jugées « *plus douces* » (acupuncture, homéopathie...). L'idée que le corps « *doit se soigner tout seul* » et que l'usage des antibiotiques « *affaiblit la résistance biologique* » est davantage avancée par les publics les plus démunis. Les cas où la toute-puissance du corps est mise en avant correspondent surtout aux individus dont les assises identitaires résident principalement dans l'adversité face aux souffrances (cf. « *en souffrant, j'ai appris à vivre* »).

Ce serait donc l'incompatibilité entre les « *thérapeutiques soustractives* » – qui consistent à expulser le mal, à le retirer – et un « *mode de définition de soi cristallisé sur la douleur et la résistance* » qui expliquerait, pour partie, la réticence à ce type de médicaments.

2.3. Automédication

C'est le plus souvent cette même sous-population qui se caractérise par une tendance nette à prendre en charge seule ses problèmes de santé par des comportements d'auto-soin. Le lien entre problèmes dans l'enfance et de tels comportements n'a été que très rarement esquissé. Cependant, à la vue de leur biographie, deux facteurs antagonistes peuvent expliquer de telles démarches. D'un côté, le fait que ces individus aient été prématurément livrés à eux-mêmes peut expliquer leur refus de prise en charge et leur souci de régler seuls leur problème puisqu'ils se sont toujours « construits seuls face aux difficultés ». D'un autre côté, les troubles relationnels conjugués à la précarité de leur situation actuelle ont pu induire méfiance, repli sur soi et laisser-aller s'incarnant en particulier par une réaction minimale à un problème de santé (pallier les douleurs). Cette dernière assertion apparaît comme la plus convaincante, d'autant plus que le comportement d'auto-soin est souvent accompagné d'une surconsommation passée ou récente d'alcool et/ou de drogues (pour plus de la moitié d'entre eux). Ce constat doit être cependant imputé aux seuls hommes français puisque femmes et étrangers²⁶, au contraire, se révèlent nettement plus prudents.

C) Rapport aux structures médico-sociales

1. Logiques de confiance, méfiance ou défiance à l'égard des soignants

1.1. *Peur et méfiance à l'égard du médecin comme expression d'une asymétrie d'informations*

Des sentiments exacerbés d'appréhension à l'idée de passer devant « les blouses blanches » peuvent être responsables de retards conséquents ou de renoncements dans le fait de recourir à un médecin. Le tableau n°16 (page suivante) montre que, dans notre échantillon, seul un individu sur huit déclare une forte appréhension à l'idée d'aller consulter un médecin. Cependant, un tel résultat minimise probablement la proportion réelle d'individus ayant une crainte de la consultation, et ce, pour deux raisons :

- La non-réponse élevée à cette question (9%) laisse présager que les individus n'ayant su trancher cette question sont des personnes plutôt anxieuses à l'idée de consulter.
- Il est probable qu'il existe un phénomène de biais déclaratif. En effet, déclarer une peur vis-à-vis du médecin peut être interprété individuellement comme une dévalorisation de son image.

²⁶ Pour la plupart d'origine maghrébine.

Tableau n°16: *Appréhension face à une visite médicale*

Peur d'aller chez le médecin?		
	Effectif	Pourcentage
Oui	76	12,88
Non	461	78,14
Non réponse	53	8,98
Total	590	100

Source : Enquête Précalog du CREDES

Le facteur le plus explicatif de cette appréhension²⁷ s'avère être le nombre de problèmes affectifs déclarés pendant l'enfance. Plus un individu exprime une enfance douloureuse et plus la peur du médecin est ancrée – 10% parmi les individus ne notifiant aucun problème affectif juvénile, 14,5% pour ceux qui en déclarent 1 à 2 et 20% pour ceux qui en déclarent au moins 3. Un tel résultat suggère l'idée qu'une fragilisation juvénile s'incarne dans les représentations et les logiques de mobilisation à l'âge adulte ; les sentiments d'anxiété et de mal-être contraignant les manières de prendre soin de soi.

Par ailleurs, le manque d'informations, d'explications et de contacts humains des médecins est très fréquemment reproché, dans les entretiens (**Laeticia, Patrick, Laurent, Pierre, Fabienne...**). Il amène les individus à mettre en valeur les qualités d'écoute, de soutien, d'accueil du personnel des centres de soins gratuits fréquentés. Nos interlocuteurs sont donc particulièrement sensibles à l'asymétrie d'informations qui existe dans la relation patient-médecin, et ce d'autant plus qu'ils ont déjà une image d'eux-mêmes dévalorisée. Leurs attentes dans l'interaction avec le médecin est à rapprocher d'une *demande affective implicite* émanant d'individus perdus ou isolés (voir plus loin au point 2).

Si une telle asymétrie d'information apparaît assez peu influente sur la décision de consulter un médecin, elle tend à s'incarner par des postures de méfiance et semble avoir une grande importance sur le choix des structures de soins, ainsi que sur le fait d'observer des prescriptions (« *si on me dit pas à quoi ça sert, moi je le prends pas* »).

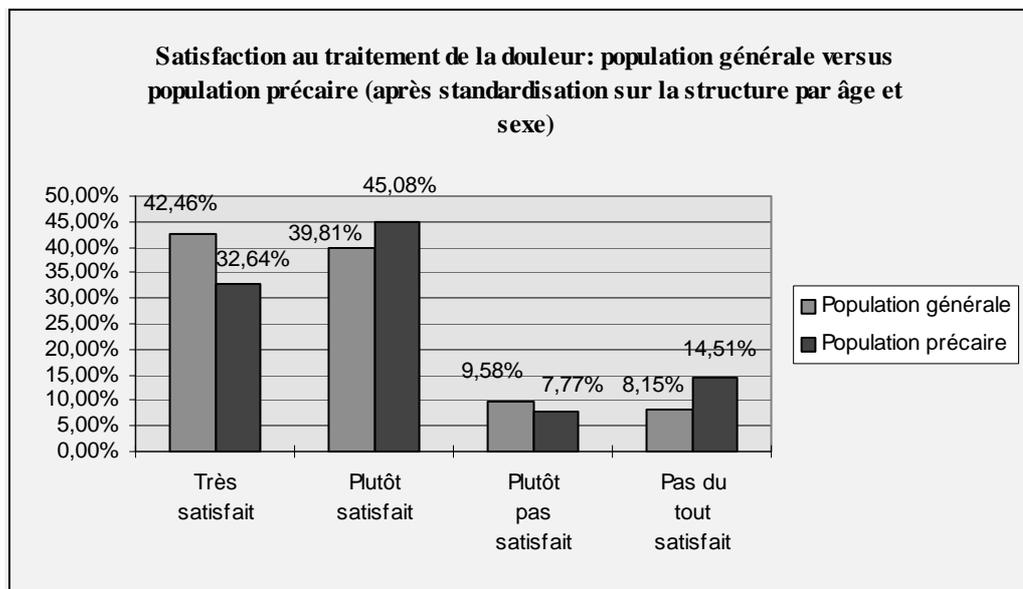
1.2. Méfiance ou défiance liée aux expériences de santé

A première vue, le niveau général de satisfaction des précaires au traitement d'un épisode douloureux est semblable à celui de la population générale (78% sont très satisfaits ou plutôt satisfaits contre 82% dans l'échantillon issu du baromètre santé). Cependant, l'analyse détaillée des réponses – graphique 31 ci-dessous – indique que des logiques de défiance sont plus ancrées parmi les précaires. Comparativement à la population générale – et à structure d'âge et de sexe rendus comparables – ils expriment moins facilement une totale

²⁷ i.e. niveau de significativité du test d'indépendance du Chi-Deux le plus élevé.

reconnaissance (32,5% contre 42,5% en population générale) alors qu'ils n'hésitent pas à exprimer un profond mécontentement (14,5% contre 8% dans l'échantillon Baromètre Santé).

Graphique n° 31: Comparaison standardisée entre les degrés de satisfaction des patients précaires à une population générale lors du traitement médical d'un épisode douloureux.



Sources : Enquête Précalog du CREDES & Baromètre Santé 2000 du CFES

Les problèmes marquants de santé sont fréquemment évoqués chez la majorité de nos interlocuteurs. Cependant, il est assez rare que les événements de santé dans l'enfance ou dans l'adolescence soient associés à une mise en cause parentale (négligence, maltraitance manque d'écoute...). C'est davantage le sentiment d'avoir été mal soigné ou qu'un proche ait été mal soigné qui introduit une défiance certaine dans les recours aux soins et leur sélection. Cependant, cette méfiance reste en général circonscrite à un groupe de soignants (par exemple les médecins généralistes ou les psychiatres). Cette mise en cause d'un groupe soignant est véhiculée par trois principaux événements :

- n'avoir pas pris au sérieux ou n'avoir pas détecté un problème qui s'est avéré par la suite gênant ou grave (le panaris de **Jacky**, l'appendicite de **Betty** pendant sa grossesse qui a coûté la vie à son bébé...) ;
- avoir subi de mauvais traitements (enfermement et traitements durs en hôpital psychiatrique pour **René** et **Solange**) ou un traitement inadapté, n'arrangeant rien voire empirant les choses (opération de **Joseph** pour ses kystes hépatiques, mort de la mère de **Zita** attribuée à l'incompétence des médecins...)
- avoir le sentiment d'une stigmatisation des conditions de précarité (qui, en réalité, se rapproche davantage d'une stigmatisation des comportements toxicomaniaques).

2. Prise en charge, demande affective et sentiment de dévalorisation

2.1. Rapport aux personnels soignants

Les comportements à l'égard du personnel des institutions pour personnes démunies diffèrent selon les individus.

Le rapport de l'Institut de l'Humanitaire²⁸ élabore une typologie dynamique des formes que peut prendre le rapport aux centres de soins. Il décrit des « idéal-types » fortement liés à la fidélisation au centre ainsi qu'à l'ancienneté de la situation de précarité.

- La fréquentation ponctuelle, due à de récentes difficultés économiques, est généralement caractérisée par une *distanciation* prise par le patient. Cette visite, ancrée dans le « *non-choix* », souligne leur déclassement social et certains souffrent d'humiliation. Au contraire, d'autres mettent en avant le *pragmatisme* de leur démarche et, rationalisant l'aspect passager de ce recours, se protègent de toute dégradation de leur image.
- Une fréquentation régulière de ces structures, devant la persistance de la précarité, mène à deux grands types de comportements : l'installation d'une *relation de prise en charge*, caractérisée par la création de liens interpersonnels dépassant souvent le cadre médical et le respect des règles du centre ou la *revendication de la prise en charge*, les individus mettant en avant leur position d'ayant-droit et réclamant avec défiance, sans respecter les règles internes du centre, à être soignés.
- Enfin, une fréquentation instable est souvent le propre de personnes très déstructurées socialement, moralement et psychologiquement. Certaines se maintiennent volontairement hors des institutions. Ils portent peu d'attention au respect des normes en vigueur, et consultent avec méfiance. Le suivi et la réussite des traitements sont, du fait de l'état très avancé de désocialisation des individus, minimes.

Les entretiens effectués par le CREDES permettent d'approfondir la relation patient-personnel au sein des structures pour démunis. Schématiquement, plus les patients manifestent de demandes de reconnaissance ou de relations « humaines » et plus ils semblent dépendants des institutions qui les prennent en charge.

- Dans un premier groupe (4 femmes, 5 hommes), les 9 patients gèrent dans l'ensemble leurs rapports avec les centres de soins et autres institutions sans sembler en être dépendants. Pourtant certains vivent dans une grande précarité depuis longtemps.

Par exemple, **Henri**, un rempailleur de 53 ans qui vit avec le RMI dans un « squat » est un enfant de la DDASS qui a connu la prison, les foyers et un nombre impressionnant d'accidents. Pourtant, il vit bien en faisant la manche, met son RMI sur son CCP et se

²⁸ P. Chauvin P., M. Guignet, J. Lebas, G. Menahem, I. Parizot, N. Pech, *Trajectoires de précarité, état de santé et accès aux soins*, 1999, Institut de l'Humanitaire.

débrouille entre ses passages dans son « *squat* » et des séjours périodiques à l'hôpital qu'il sait provoquer « pour faire avancer son dossier RMI ».

- Dans le second groupe, les quinze personnes (3 femmes, 12 hommes) manifestent à des degrés divers des problèmes de reconnaissance de leur identité. Retard aux soins, mauvaise observance et auto-soin sont caractéristiques de cette sous-population. Fréquemment, ce sont des individus qui nous ont déclaré manquer d'affection (hier comme aujourd'hui) et dévoilent une image noircie d'eux-mêmes qui s'inscrit dans une logique de prise en charge. Ils soulignent la sympathie et le temps accordé à les écouter, éléments qu'ils sont soulagés de trouver dans ces structures. Du reste, certains passent régulièrement au centre, indépendamment des problèmes de santé, pour « *prendre un café* » et « *parler un peu* ». Le centre est avant tout perçu comme un repère de socialisation.

2.2. Non-choix et stigmatisation des conditions de vie

Dans la majorité des cas, le recours aux centres gratuits est un choix par nécessité (un « non-choix »), ce qui joue dans le retard aux soins (on y va lorsqu'on n'en peut plus). On peut distinguer deux niveaux d'influence de la situation de précarité sur les logiques de recours aux soins (niveaux contradictoires) :

- **Hier** : C'est la méconnaissance de l'existence d'une telle possibilité de recours (gratuité, anonymat possible...) ou encore des démarches pour obtenir des droits sociaux qui sont souvent mis en avant pour expliquer le retard aux soins. Parallèlement, beaucoup d'individus jugent les médecins selon le caractère désintéressé de leur activité (« *à l'hôpital, au moins ils travaillent pas pour les sous* »²⁹). L'expérience d'un rejet par la médecine du fait de la situation de précarité est assez rarement évoquée et concerne, en général, les spécialistes (**Patrick, Zita, Betty, Fabienne et Florent**). C'est davantage la peur ou la certitude qu'ils seront « *traités différemment* », du fait de leur « *habillement...* », qui les incite à renoncer à certains soins (en particulier les soins dentaires et les troubles concomitants aux toxicomanies).
- **Aujourd'hui** : En revanche, ce recours dans un centre gratuit peut être vécu (et explicité) comme la résultante d'une **contrainte** dite temporaire et paradoxalement en limiter l'accès : on l'utilise avec parcimonie, faute de pouvoir choisir un autre recours ou pour un usage circonscrit.

Pour certains, la dévalorisation de soi par l'image stigmatisante que véhicule un tel recours peut être aggravée. Même si les individus soulignent les qualités d'accueil et d'écoute, rares sont ceux qui, si la précarité ne les y avait contraints, auraient choisi un tel recours. Pour renverser le stigmate, nombreux sont les patients qui insistent sur le caractère éminemment temporaire de l'utilisation de ces structures. Beaucoup insistent, dans leur

²⁹ Zita.

discours, pour se démarquer « *des gens de la rue* » – en soulignant toutefois qu'ils « *n'ont rien contre eux, au contraire...* » – : « *je pensais pas que je pouvais y accéder* » ; « *ça m'embête un peu parce que c'est pour les pauvres* ».

Partie III. : Les logiques de recours aux soins et leurs déterminants

(Pour cette partie, j'ai bénéficié des conseils méthodologiques et interprétatifs de Georges Menahem et Hervé Picard)

Saisir les *modes de mobilisation médicalisée face à des problèmes de santé* demeure complexe tant les éléments intervenant dans ces modes de prise en charge sont nombreux, interactifs et imbriqués de manière complexe : rapport au corps et aux risques, représentations de la maladie et des systèmes de soins, image de soi...

L'enjeu de cette partie sera donc de saisir au mieux les principales formes de rapport aux soins présentées par les patients, d'en analyser les spécificités puis d'en chercher les déterminants sociaux, psychologiques et économiques.

Grâce à une batterie riche et multiforme d'informations, nous pourrons avoir une vision **globale** des comportements individuels en matière de soins (renoncement déclaré à des soins, observance des prescriptions, réaction à un épisode douloureux, attitudes vis à vis de problèmes ORL ou dermatologiques éventuellement détectés...). Après avoir explicité la méthodologie mise en oeuvre afin de combiner ces différentes dimensions médicales, nous pourrons différencier plusieurs *logiques de recours aux soins* qui s'intègrent dans le cadre plus global du rapport à la santé, au corps et aux institutions médico-sociales (**sous-partie A**). Puis, à l'aide de méthodes de régression, l'objectif sera de comprendre quels sont les déterminants influant sur la propension à adopter telle ou telle *logique de recours aux soins* (**sous-partie B**). En particulier, l'enjeu sera de distinguer les poids relatifs que peuvent avoir les déterminants exogènes de la précarité (protection sociale, déficiences économiques, instabilité du logement...) et les déterminants endogènes (fatalisme et dévalorisation de son image, conduites ordaliques incarnées dans une moindre capacité ou un déni de l'utilité de prendre soin de sa santé). Une telle approche permet d'insérer la recherche des mécanismes d'une moindre utilisation des structures médicales dans un cadre de politique sociale : faut-il agir sur les contraintes matérielles des individus et les inégalités objectives d'accès aux soins ou bien le renoncement s'explique-t-il davantage par la structure de personnalité des individus conséquente à la situation de précarité (sentiment d'isolement, logique de méfiance ou de défiance, non écoute de son corps...) ? Les résultats avancés feront alors pencher la balance plutôt vers l'amélioration de l'accès aux soins (thèse en faveur de la Couverture Maladie Universelle) ou plutôt vers une amélioration de la prise en charge du patient (allant davantage dans le sens du maintien voire du développement des centres « précarité » qui assurent parallèlement à son rôle médical un intense travail d'écoute et de sociabilité).

A) Les logiques de recours aux soins

1. Objectifs et méthodologie

1.1. Une vision globale des rapports aux soins

Le questionnaire *Précalog* fournit une batterie de huit indicateurs pertinents qui permet d'approcher les comportements des personnes en situation de précarité face aux soins, selon de multiples dimensions (*voir le questionnaire en annexe 2*) :

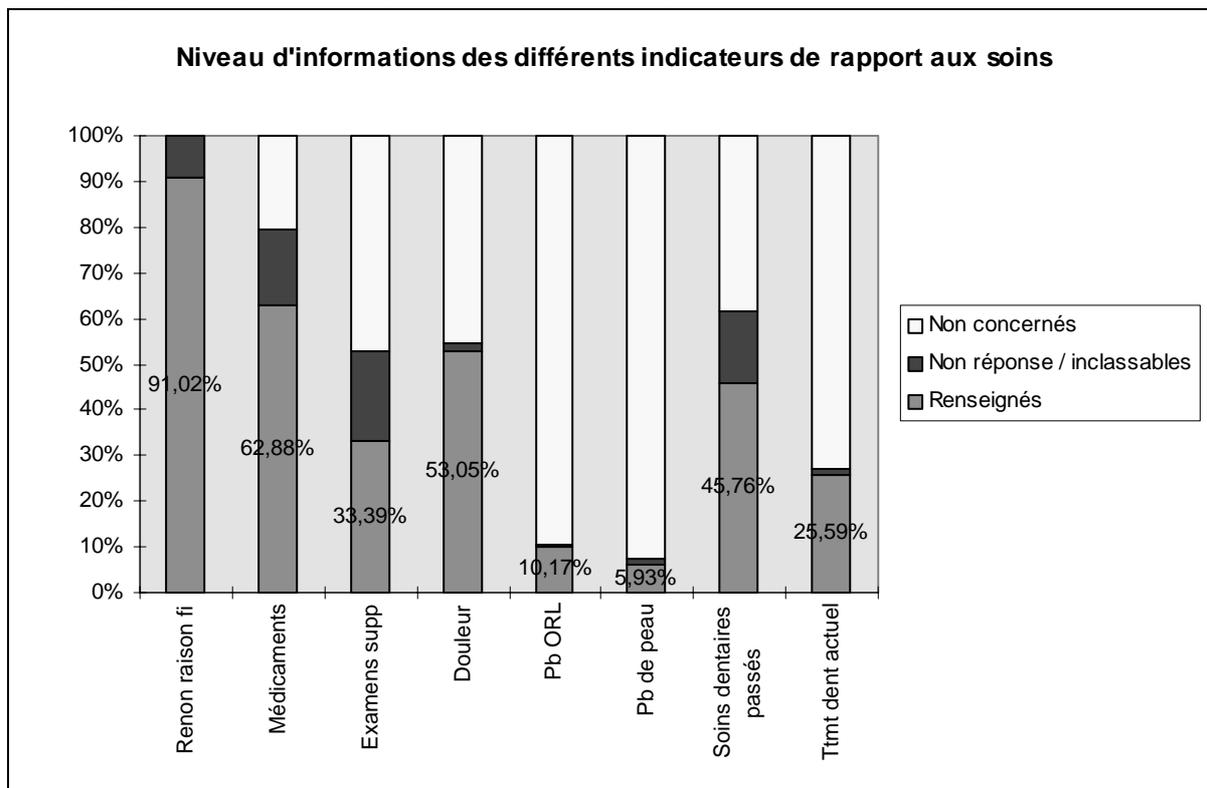
- Q. 15 : le renoncement à des soins pour des raisons financières (*non, 1 renoncement, 2 ou plus*);
- Q. 16.1 et 16.3 donnant la typologie décrite au point B.1.2 de ce chapitre : réaction à un épisode douloureux (*recours direct, recours différé, non recours*) ;
- Q. 17.1 et 17. 2 : le rapport à une prescription de médicaments (*observance totale, observance partielle, non observance*),
- Q. 17. 3 : le rapport à une prescription d'examen d'approfondissement (*observance, non observance*) ;
- Q. 24.1, 24.2 et 24.3 : l'historique d'un problème ORL détecté pendant la consultation (*recours, non recours*) ;
- Q. 24.4, 24.5 et 24.6 : l'historique d'un problème de peau détectée pendant la consultation (*recours, non recours*) ;
- Q. 27.1 et 27.2 : les soins dentaires passés (*remplacement de toutes les dents manquantes, remplacement insuffisant des dent manquantes, non remplacement des dents manquantes*)
- Q. 27.4 : le consentement à aller chez le dentiste lorsque l'examen dentaire a fait apparaître la nécessité de soigner des caries ou de mettre en place des prothèses (*oui, ne sais pas, non*).

A partir de ces informations riches et variées, le but est de réaliser une typologie des logiques de recours aux soins – et ce, afin de pouvoir par la suite, expliquer par des modèles de régression ce qui entrave ou au contraire favorise ces différentes logiques.

1.2. Une information multiforme, inégale et hybride

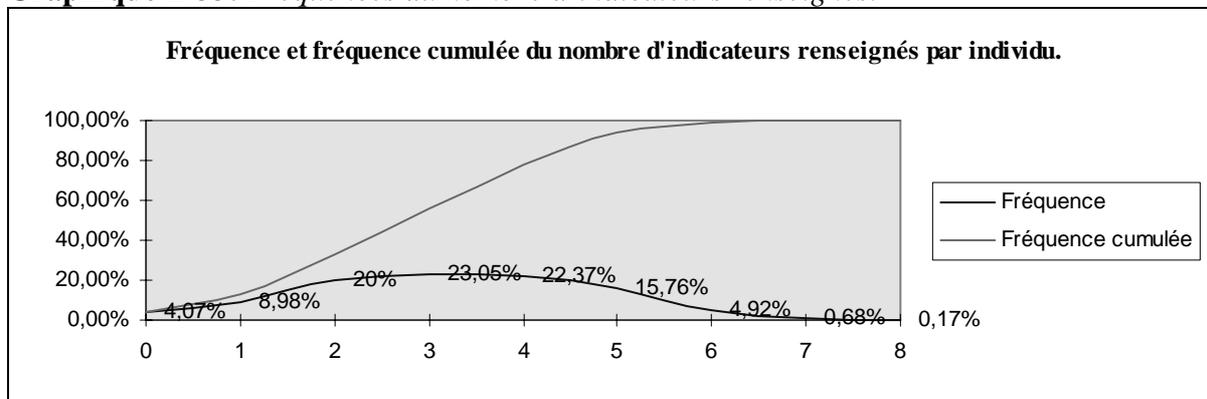
Cependant, comme le montrent les deux graphiques suivants, ces différentes informations ne sont pas renseignées de manière homogène, que ce soit en termes de nature (*graphique 32*) ou de quantité d'informations (*graphique 33*).

Graphique n°32: Pourcentages d'individus renseignés sur nos 8 indicateurs.



Source : Enquête Précalog du CREDES

Graphique n°33: Fréquences du nombre d'indicateurs renseignés.



Source : Enquête Précalog

Le principal écueil à la construction d'une typologie des attitudes à l'égard des soins est bien la grande variabilité des informations individuelles sur leur rapport aux soins, tant en quantité qu'en type d'informations. Devant une telle hybridité, il a fallu sélectionner les individus dont on considère qu'ils ont une information suffisante **et** comparable, permettant ainsi de témoigner d'une vision globale des logiques de recours aux soins.

1.3. Méthodologie

Méthodologie de construction des types homogènes de rapport aux soins.

Objectif :

Le but est de réaliser, à partir des huit principaux indicateurs comportementaux, une typologie des logiques de rapport aux soins – et ce, afin de pouvoir par la suite, expliquer par des modèles de régression, ce qui entrave ou au contraire favorise ces différents comportements.

Problèmes :

Un niveau « numérique » d'informations inégal: les individus ont renseigné de 2 à 6 questions sur leurs comportements face à un problème de santé. De plus, les différents indicateurs sont très inégalement renseignés.

Une information hybride : nous disposons d'informations qui, si elles renseignent toutes sur le rapport des individus aux soins, n'en demeurent pas moins très hétérogènes : réaction à la douleur, attitude face à des problèmes dentaires, face à l'observance... Or, renoncer à soigner une carie ne relève pas de la même logique que d'ignorer une douleur intense ou bien encore refuser de prendre des médicaments prescrits.

Résolution :

A la vue des fortes inégalités tant en termes de richesse que de nature de l'information individuelle, nous ne pouvons nous permettre ni de nous avancer sur les logiques d'individus mal renseignés, ni de rendre comparable des logiques qui ne le sont pas de par les différences de la nature de l'information disponible.

Le choix a donc été fait de ne raisonner que sur les seuls individus ayant une information à la fois complète et de nature homogène.

Etape 1 : rapprochement des huit indicateurs en quatre grandes dimensions.

Si certains indicateurs se révèlent fortement hétérogènes et ne peuvent donc s'interpréter de manière uniforme, d'autres peuvent être rapprochés. Ainsi, nos huit indicateurs peuvent se résumer en quatre grandes dimensions : le renoncement à des soins pour des raisons financières, le comportement face à une douleur et/ou une maladie décelée par l'individu, la réaction face à un problème dentaire, et enfin l'observance d'une prescription médicale.

Nous créons alors quatre variables dichotomiques qui nous indiquent si l'individu a ou non fourni au moins une information sur chacune de ces dimensions.

Etape 2 : analyse multidimensionnelle des groupes d'information et sélection de la population

A partir de ces quatre variables, nous pouvons, à l'aide d'une analyse des correspondances multiples couplée à une classification ascendante hiérarchique, constituer des groupes homogènes d'information. L'étude de ces classes nous permet de filtrer notre population d'intérêt, c'est à dire les individus pouvant se prêter à une conceptualisation en termes de logiques de rapports aux soins. Le critère de sélection de notre population – les dimensions du renoncement pour raisons financières, de la réaction face à une douleur ou une maladie et la dimension de l'observance doivent être nécessairement renseignés – s'est voulu volontairement drastique afin d'obtenir des groupes très interprétables et se révélant fiables à des modélisations par les méthodes de régression

Etape 3 : analyse multidimensionnelle et obtention de types homogènes de rapport aux soins

Pour cette population, nous caractérisons de manière simple les comportements individuels sur chacune de ces dimensions. Puis, à l'aide d'une classification ascendante hiérarchique précédée d'une analyse des correspondances multiples sur les trois dimensions d'intérêt, nous obtenons des groupes homogènes et parfaitement interprétables de rapport aux soins.

1.4. Restreindre la population pour mieux cerner les logiques

- *Groupes d'informations et restriction de la population*

Par l'application conjuguée d'analyse de données et de classification, nous avons pu distinguer 8 classes d'individus selon leur niveau d'information sur les 4 principales dimensions³⁰. L'analyse montre que pour 3 classes – soit 144 individus –, la pauvreté de l'information afférente aux rapports aux soins (0 ou 1 dimension renseignée) rend impossible une analyse en termes de logiques. Pour 3 autres classes – 185 individus –, l'information est correcte mais jugée insuffisante pour avoir une vision réellement fiable des logiques de recours aux soins³¹.

Nous nous sommes donc restreints à deux classes (la classe 6 et la classe 7). Ces 261 individus renseignent au moins trois des quatre dimensions fondamentales : le renoncement aux soins pour raisons financières, la réaction à un problème de santé (épisode douloureux et/ou problème ORL et/ou problème de peau) et l'observance d'une prescription (médicaments et/ou examens complémentaires)³².

- *Modes d'évaluation des comportements sur ces dimensions de rapports aux soins*

Pour ces 261 individus, il a fallu caractériser leur rapport à chacune de ces trois – ou quatre – dimensions. Pour ce faire, on établit un *score pondéré de renoncement* ou *d'écart à la norme comportementale idéale*. Un tel score se calcule en deux étapes :

– Pour chacun des indicateurs renseignés – parmi les 8 sus cités et quelle que soit la dimension à laquelle il appartient – on administre un score de 0, de 0,5 ou de 1 selon le comportement observé. Prenons deux exemples pour mieux illustrer ce raisonnement :

Pour les individus ayant répondu à la question sur l'observance d'une prescription médicamenteuse, son score sera de 0 si il l'a scrupuleusement respectée (*observance totale*); de 0,5 si il s'est arrêté en cours de traitement ou qu'il n'a pris qu'une partie des médicaments (*observance partielle*) et de 1 s'il n'a absolument pas pris ces médicaments (*non observance*). En ce qui concerne la réaction à un épisode douloureux, son score sera de 0 s'il a tout de suite recouru au médecin, de 0,5 s'il a recouru tardivement et de 1 s'il n'a pas recouru.

– Pour chacune des 3 (ou 4) dimensions décrites, l'individu peut avoir répondu à plusieurs indicateurs. Aussi faut-il calculer un *score pondéré* afin de rendre comparables les comportements des individus. Il suffit, pour chacune des dimensions, de sommer les scores

³⁰ Voir **annexe 19**. Pour connaître la nature de ces classes, se reporter directement au point II de cette annexe.

³¹ Pour 2 classes, seules 2 des 4 dimensions sont renseignées. Pour la dernière, 3 dimensions sont renseignées mais la dimension jugée la plus primordiale – réaction à un épisode douloureux ou à une maladie – n'est pas renseignée.

³² Sur ces 261 individus, 152 renseignent également la réaction à un problème dentaire.

partiels sur les indicateurs s'y afférant et de diviser par le nombre de questions auquel l'individu a répondu³³.

Indice de renoncement sur dimension I = (somme de score renoncement sur dimension I / nombre de questions répondues sur dimension I),
 en rappelant que pour chaque question répondue, l'individu se voit attribuer :
 0 s'il n'a pas renoncé à un soin ou à un recours,
 0,5 s'il a partiellement renoncé (recours, soins différés ou partiels)
 1 s'il a totalement renoncé.
 D'autre part, si aucune information n'est renseignée sur la dimension I, le ratio de tendance au renoncement est incrémenté à valeur manquante.

Ces quatre indices (pondérés) de renoncement sont donc compris entre 0 et 1. Plus on est proche de 0 et plus la propension au renoncement est faible ; au contraire, plus on est proche de 1 et plus cette propension est forte. Pour une meilleure lisibilité et une meilleure interprétation, ces indices ont été recodés en 3 classes :

- Pour chacune des dimensions, l'individu est jugé *peu renonçant* si il découvre un indice strictement inférieur ou égal à 0,3.
- Il est jugé *moyennement renonçant* si ce même indice est strictement supérieur à 0,3 et inférieur ou égal à 0,5.
- Enfin il dévoile une *forte propension au renoncement* si l'indice est strictement supérieur à 0,5.

2. Logiques d'adhésion, de résistance et de refus des soins

2.1. Typologie des rapports combinés aux différentes dimensions des soins

En alliant analyse de données et classifications, il est alors possible d'observer les combinaisons des comportements individuels par rapport à chacune des dimensions et ainsi de dessiner des logiques globales de recours aux soins³⁴.

La classification Ascendante Hiérarchique fournit 8 groupes particulièrement homogènes de logiques de recours aux soins (le quotient inertie inter classe sur inertie totale vaut plus de

³³ Par exemple, pour un individu ayant répondu aux deux indicateurs afférant à la dimension de « *observance d'une prescription* » : s'il a été faire les examens supplémentaires éventuellement demandés par le médecin (*i.e.* score de 0) mais n'a pas absolument pas observé la prescription de médicaments (*i.e.* score de 1), il se verra attribué un score de : $(0+1) / 2 = 0,5$. Le raisonnement est strictement identique pour calculer les indices des trois autres dimensions.

³⁴ L'Analyse des Correspondances Multiples (ACM) et la Classification Ascendante Hiérarchique se trouvent en *annexe 19*. Il est à noter qu'elles portent sur les 3 dimensions que sont *l'observance*, le *renoncement à des soins pour raisons financières* et *la réaction à une douleur ou une maladie*. La quatrième dimension, ne concernant pas tous les individus et étant jugée plus annexe – *réaction à un problème dentaire* – a été placée en variable supplémentaire (*i.e.* elle n'intervient pas dans la construction des axes factoriels et des classes d'individus).

0,9, ce qui signifie que les individus regroupés dans un même groupe sont extrêmement proches en termes de comportements vis à vis des soins).

Les huit classes obtenues – le lecteur pourra les consulter à la fin de *l'annexe 19* –, sont rangées selon la logique suivante : des individus qui renoncent les moins à des soins médicaux à ceux qui renoncent le plus fréquemment.

- **Classe 8**

Ces 46 individus présentent un comportement parfaitement homogène sur les trois dimensions étudiées. Ce sont des individus caractérisés par une propension forte à user des structures et des conseils des professionnels de la santé : dès lors qu'ils perçoivent une douleur ou une maladie, ils consultent un médecin sans différer et suivent scrupuleusement sa prescription. D'autre part, ces individus ne déclarent aucun frein financier à la réalisation des soins nécessaires.

- **Classe 5**

Ce groupe parfaitement homogène de 43 individus témoigne de comportements très proches de ceux de la classe précédente. Comme eux, l'occurrence d'une maladie ou d'une douleur donne lieu à un recours quasiment immédiat et les prescriptions médicales sont suivies à la lettre. En revanche, ils ont déclaré avoir renoncé à un soin pour des raisons financières, une fois dans l'année.

- **Classe 1**

Les 35 individus de cette classe n'ont pas strictement les mêmes comportements. Tous accusent, à deux reprises ou plus, le manque de ressources financières pour se soigner mais suivent néanmoins les prescriptions médicales. Cependant, ils révèlent des réactions hybrides en cas de douleur ou de maladie : seuls 57% d'entre eux vont, dans ce cas de figure, consulter sans plus attendre un médecin. Les autres individus, probablement par manques économiques, tendent davantage à prendre en charge ces problèmes de santé par l'automédication ou encore à attendre que la douleur passe.

- **Classe 6**

Les 30 individus de cette classe révèlent un profil mitigé en termes de recours aux soins : leur propension à ne pas recourir au médecin en cas de douleur et/ou de maladie est très forte. En revanche, ils déclarent que pendant l'année écoulée, ils n'ont jamais renoncé à un soin pour des raisons financières. D'autre part, lorsqu'ils se voient prescrire médicaments ou examens complémentaires, ils tendent à suivre ces recommandations médicales.

- *Classe 4*

Les 32 individus composant ce groupe dévoilent des attitudes à l'égard des soins très proches de celles de la classe précédente. Comme eux, ils ont une logique de recours ambivalente : une très forte propension à ne pas consulter en cas de douleur et/ou maladie mais une observance scrupuleuse des prescriptions médicales. A la différence de la classe 6, ces individus déclarent avoir été contraints de renoncer une fois dans l'année à des soins par manque de moyens financiers.

- *Classe 7*

Les 20 personnes de cette classe témoignent, eux aussi, d'une attitude à l'égard des soins assez ambivalente. D'une part, ils ont tendance à consulter directement un médecin dans le cas d'une douleur ou d'une maladie (pour 80% d'entre eux) et aucun d'entre eux ne déclare avoir souffert d'insuffisances financières pour se soigner. Cependant, ils se révèlent incapables ou averses au suivi des prescriptions médicales.

- *Classe 2*

Ces 19 individus apparaissent comme de « forts renonceurs ». Ils déclarent avoir renoncé à deux reprises ou plus à des soins par contrainte budgétaire. Ils témoignent d'une propension très marquée à ne pas suivre les prescriptions médicales, Enfin deux individus sur trois ont adopté des attitudes attentistes lors du dernier épisode douloureux, d'infection ORL ou cutanée.

- *Classe 3*

Les 36 individus regroupés dans cette classe ont des comportements similaires à ceux du groupe précédent : à savoir le sentiment d'une contrainte économique pesant sur les soins nécessités (tous déclarent avoir du renoncé à un soin dans l'année), une propension forte à ne pas suivre les prescriptions médicales (100%) et une tendance marquée au non-recours médicalisé en cas de douleur ou de maladie (53% des individus).

2.2. Trois idéal-types et cinq logiques globales de recours aux soins

A partir de ces huit groupes initiaux – très homogènes entre eux et aux comportements très finement détaillés –, il est possible de mettre en évidence 3 idéal-types de logiques de recours aux soins, à l'intérieur desquels deux sous-groupes pourront être distingués.

- *Les logiques d'adhésion, de résistance ou de refus des soins*

Nous pouvons clairement distinguer trois logiques de mobilisation face aux problèmes de santé :

- Pour 124 individus (47,5% du sous-échantillon), dès lors qu'une douleur ou un problème médical apparaît, ils ont tendance à consulter au plus vite un médecin et, lorsqu'une prescription leur a été notifiée, ils la respectent scrupuleusement. Ces individus adoptent des comportements attentifs aux stimuli corporels, témoignent d'une propension forte à médicaliser leurs éventuels troubles de santé et à considérer les diagnostics et conseils médicaux comme omniscients. Une telle attitude peut être qualifiée de **logique d'adhésion aux soins médicaux**.
- 82 individus (31,4% du sous-échantillon étudié) révèlent des comportements ambivalents à l'égard du recours et du suivi médical : si consultations médicales et observance des prescriptions en cas de problèmes de santé ne sont pas exclues, elles ne relèvent pas non plus de comportements automatiques incorporés comme *normatifs*. Soit ils diffèrent ces recours médicalisés, soit ils modulent un tel recours selon l'intensité ou la localisation de la douleur, soit encore ils consultent un médecin mais ne font finalement que peu état des conseils et des traitements prescrits. Ces individus relèvent donc de **logiques de résistance aux soins**.
- Enfin, 55 sujets (21,1% du sous-échantillon) adoptent un recours minimaliste aux structures de soins. Consultations médicales et observance des prescriptions alors occasionnées sont des démarches très marginales. Nous pourrions dire que de tels comportements se réfèrent à **une logique de refus des soins**.

- *Approfondissement des logiques d'adhésion et de résistance aux soins*

Un niveau de détails peut être ajouté pour décrire les *logiques d'adhésion* et les *logiques de résistance* aux soins.

- Parmi les 124 individus faisant montre de *logiques d'adhésion* : 89 ne déclarent aucune entrave financière à la prise en charge de leur santé alors que, au contraire, 35 sujets jugent que leurs insuffisances économiques a porté à plusieurs reprises préjudice à leurs démarches de soins (plusieurs renoncements déclarés, en particulier dans le domaine dentaire).
- Parmi les 82 sujets se référant davantage à des *logiques de résistance*, les réticences à l'égard des soins s'expriment sous deux formes différenciées. 62 patients semblent éprouver des difficultés à initier une démarche de prise en charge médicale lorsqu'ils ressentent des troubles physiques ou psychologiques. Ils tendent à voiler, relativiser ou soulager temporairement (automédication) les problèmes ressentis et à repousser les consultations jusqu'à ce que « *la douleur soit trop intense* ». De telles attitudes s'apparentent à des *logiques de diffèremment des recours* où une prise en charge médicale n'est envisagée qu'en seconde intention suivant l'aggravation (plus que la persistance) des troubles. Les 20 autres patients présentent, quant à eux, des difficultés à suivre une prescription médicale. Il semble

que si ils se déplacent chez le médecin, c'est davantage pour obtenir un diagnostic ou se rassurer sur la sévérité des symptômes. Dans une telle démarche, ils sont davantage susceptibles de se prononcer sur la nécessité ou au contraire l'inutilité de tel ou tel traitement. Ils tendraient donc à adopter des *logiques de recours ponctuel* où la consultation serait davantage perçue comme une source d'informations et de conseils et non d'un engagement strict dans une démarche de traitement médical de fond.

Tableau n° 17 : 3 idéal-types de logiques de recours aux soins décomposés en cinq types spécifiques.

Logique d'adhésion aux soins médicaux: 124 individus		Logique de résistance aux soins médicaux : 82 individus		Logique de refus des soins médicaux: 55 individus
Faible renoncement aux soins médicaux		Difficultés à initier une démarche de soins médicaux	Difficultés à suivre une prescription médicale	Fort renoncement au recours et au suivi médical
" sans grandes difficultés" : <i>89 individus</i>	"logique médicale en dépit de la contrainte financière": <i>35 individus</i>	"logique de recours différé?": <i>62 individus</i>	" logique de recours ponctuel?": <i>20 individus</i>	" Cumul des difficultés?": <i>55 individus</i>
Classe 8 et classe 5	Classe 1	Classe 4 et classe 6	Classe 7	Classe 2 et classe 3

- *Remarques sur la représentativité de ces logiques de recours aux soins :*

Les groupes décrits permettent une vision exhaustive des logiques de recours. Cependant, les proportions observées d'individus adoptant tel ou tel rapport aux soins ne sauraient refléter la réalité de notre échantillon – et à plus forte raison de la population des consultants de centres de soins gratuits.

En effet, la construction de ces idéal-types s'est opérée sur le sous-échantillon qui renseignait un maximum d'informations sur leurs comportements de soins (observance, réaction à un épisode douloureux, renoncement aux soins). La probabilité d'intégrer des individus qui ont régulièrement recours aux structures socio-médicales est donc plus forte ; alors que les chances de prendre en considération les sujets consultant marginalement ou encore faisant peu état d'événements douloureux est plus faible. Un tel phénomène tendrait donc *a priori* à surestimer la proportion des *logiques d'adhésion aux soins* et à sous-estimer les *logiques de refus*.

2.3. Pistes interprétatives des logiques de recours aux soins

- *Liens entre les 3 idéal-type et le rapport au corps et aux institutions*

La mise en parallèle de ces logiques de recours aux soins avec représentations individuelles du corps et de la douleur, d'une part, et les attitudes vis à vis des structures socio-médicales, d'autre part, soulève deux éléments d'interprétation.

- Les individus les plus à l'écoute de leur corps – que cette écoute soit motivée par un souci de bien-être ou par des considérations d'aptitude au travail – seront davantage enclins à *une forte mobilisation médicale*. En revanche, les sujets peu attentifs aux stimuli corporels – que cela soit lié aux toxicomanies ou à un rapport endurci à la douleur – se référeront davantage à des logiques de *prise en charge ponctuelle* ou de *non prise en charge*.
- Parallèlement, les *logiques d'adhésion* se rapprocheront davantage d'une forte demande de prise en charge et d'une valorisation des expériences passées et/ou présentes de santé (*rapport de confiance*). Les logiques de *résistance* ou de *refus des soins* seront davantage véhiculées par des sentiments de mépris, de stigmatisation à l'égard de leur mode de vie ou par un refus d'une intrusion extérieure dans leur souffrance (*rapports de méfiance ou de défiance*).

- *Précarité et difficultés à initier une démarche de soins*

Le manque de ressources se traduit, certes, par des difficultés d'accès à un logement décent qui handicape fortement les capacités à se soigner et à bénéficier de conditions d'hygiène minimum. De même, les personnes démunies doivent supporter des efforts bien plus importants pour trouver de quoi s'alimenter, se vêtir ou avoir une vie sociale minimum ; d'où

une vulnérabilité plus grande. Mais bien souvent, parmi les personnes interviewées, la disposition d'un revenu ou de ressources patrimoniales non négligeables voisine avec une situation pour le moins précaire du point de vue de la santé et des modes de recours aux soins. **Pierre**, avec ses revenus et son camion, est toujours empêtré entre ses algies paralysantes et sa méfiance à l'égard des médecins, ce qui ne l'empêche pas de continuer à multiplier ses prises de risque. **Roger** possède une maison et reste toujours coincé avec ses problèmes cardiaques. En sens inverse, des individus qui n'ont comme seule ressource que leur santé, justement, ne semblent pas handicapés en matière de modes de recours aux soins. **Nordine**, par exemple, le jeune immigré kabyle sans papiers ni ressources depuis huit mois, porte une forte attention à son corps et sa santé. **Mounir**, le vieil ouvrier marocain qui ne peut toucher sa retraite après avoir travaillé toute sa vie, vit paisiblement avec ses 400 francs par trimestre en se débrouillant pour faire face à ses petits ennuis.

B) Les déterminants des logiques de recours aux soins

1. Caractérisation des logiques de recours aux soins

1.1. Logiques de recours aux soins et caractéristiques sociodémographiques

Parmi les variables sociodémographiques classiques – âge, sexe, nationale, situation familiale –, deux dimensions discriminent assez fortement les logiques de recours aux soins.

- *La répartition par âge et sexe (cf. point 1 de l'annexe 20)*

Si le sexe semble peu différencier les rapports aux soins des sujets observés, l'âge apparaît, lui, comme un facteur très influent. On peut souligner, en particulier, deux phénomènes :

- Il existe une très forte propension chez les plus jeunes – moins de 25 ans, hommes comme femmes – à refuser toute prise en charge médicale et, à moindre niveau, à se référer à des *logiques de résistance aux soins*.
- En revanche, les personnes ayant entre 30 et 40 ans sont plus nombreuses à adopter des *logiques d'adhésions aux soins* bien que subsistent chez nombre d'entre elles des réticences à initier une démarche de soins.

- *La situation familiale des individus (cf. point 3 de l'annexe 20)*

L'analyse de la situation familiale confirme l'influence, apparue dans les entretiens, de cette caractéristique sur les logiques de recours aux soins.

Les individus adoptant des *logiques de refus des soins* sont, à la fois moins nombreux à déclarer une relation amoureuse revêtant de l'importance à leurs yeux (38,2% contre 44,8% et 47,6% dans les autres classes), et plus nombreux à déclarer avoir des enfants. Leur situation familiale globale permet de confirmer l'idée (incarnée dans les entretiens) qu'une blessure narcissique – liée à une rupture familiale – est souvent responsable d'une forme de laisser-aller, particulièrement exprimé dans une moindre attention à la protection de soi.

1.2. Logiques de recours aux soins et expériences de précarité

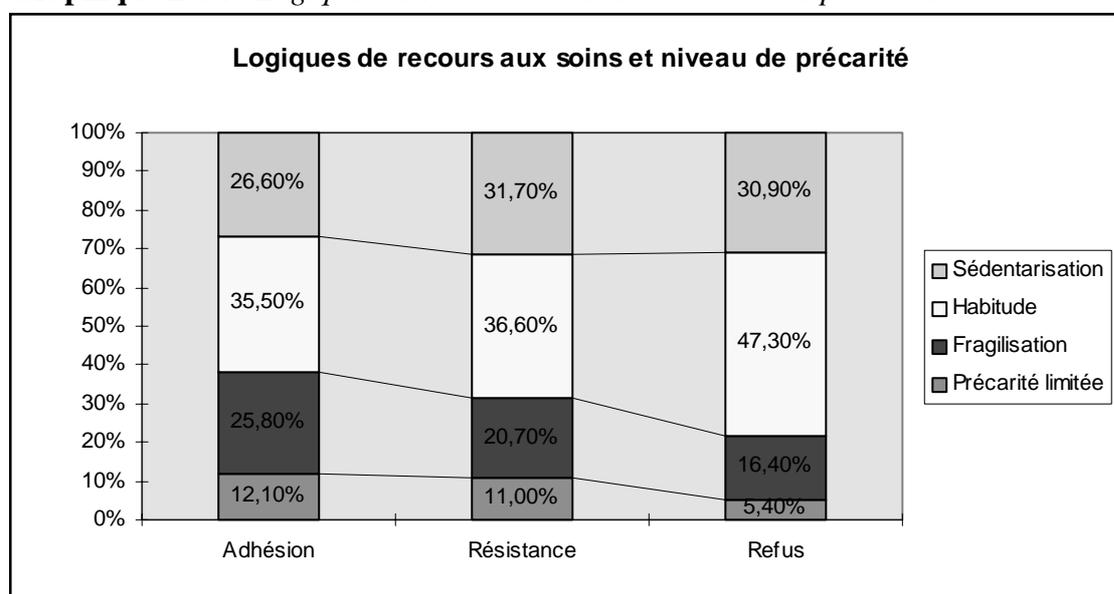
- *Une faible influence de l'expérience globale de précarité (graphique n°34)*

La comparaison du niveau de précarité – selon la typologie en quatre degrés inspirés par Damon et Firdion – et du type de rapport aux soins s'insère dans l'hypothèse selon laquelle

les conditions de vie globales auraient un effet restrictif sur l'accès aux soins. Une telle hypothèse semble se confirmer mais de manière assez nuancée.

- Les individus en situation plus favorable apparaissent comme nettement plus enclins à une adhésion totale ou partielle à l'égard des soins. Il en va de même, bien que de façon moins prononcée, pour les individus en situation de « fragilisation ».
- Les personnes qui connaissent depuis longtemps de graves difficultés – « habitude » – dévoilent pour leur part une forte propension au refus ou à une minimalisation de toutes formes de soins.
- Contrairement à nos attentes, le rapport aux soins des plus démunis se partage de manière assez équitable entre les 3 différentes logiques de recours. Si les logiques de mobilisation restreinte ou minimale sont bien présentes, elles sont contrebalancées par des comportements d'adhésion aux soins.

Graphique n°34 : Logiques de recours aux soins et niveau de précarité.



Source : Enquête Précalog du CREDES

Un tel résultat ne signifie pas que les conditions et les expériences de précarité ne jouent que faiblement sur les logiques de recours aux soins. En réalité, c'est plutôt que les différentes composantes de la précarité sont susceptibles d'annuler ou de minimiser leurs effets les uns par rapport aux autres. Ainsi, si l'on reprend le cas des « sédentarisés », on peut supposer que la dévalorisation subie par leurs conditions et leur inclination à des attitudes d'abandon (*variables endogènes*) sont susceptibles de les mener à des *logiques de refus des soins*. Cependant, ces effets peuvent être compensés par le fait que, étant reconnus comme démunis, ils sont couverts par une protection sociale spécifique. Aussi est-il nécessaire de décomposer les effets propres à chaque dimension de la précarité, en distinguant ceux qui relèvent des conditions de vie objectives et ceux qui se réfèrent davantage à une dégradation identitaire.

- *Influence des variables exogènes de la précarité sur le rapport aux soins (voir point 1 de l'annexe 21)*

En termes de conditions de vie, deux dimensions semblent principalement affecter le rapport aux soins :

- Le fait de disposer d'une protection sociale a, naturellement, une influence sur les *logiques de recours aux soins* des précaires : le *refus* et, dans une moindre mesure, la *résistance* à la prise en charge correspondent à des taux plus forts de non protection (respectivement 47,3% et 39% contre seulement 36,3% parmi les individus du groupe « *adhésion aux soins* »). A ce niveau-là, deux remarques peuvent être faites. D'une part, en dépit de l'absence de couverture, un nombre important d'individus parvient à se soigner et à se procurer des médicaments, ce qui correspond probablement à des stratégies de mobilisation de réseaux informels et/ou à une bonne connaissance des structures gratuites. D'autre part, l'attribution d'une protection sociale semble avoir une importance assez relative dans les logiques de recours aux soins des consultants de centres de soins gratuits.
- En revanche, la précarité professionnelle – plus encore que la précarité économique – apparaît comme extrêmement discriminante sur les relations aux soins puisque les écarts selon l'inactivité sont très importants : respectivement parmi les logiques *d'adhésion*, de *résistance* et de *refus* à l'égard des soins médicaux, il y a 71%, 80% et 93% d'inactifs).

- *Influence des variables endogènes de la précarité sur le rapport aux soins (voir point 2 de l'annexe 22)*

Deux variables, relevant d'une structure de personnalité fortement fragilisée, influencent de manière très significative les aptitudes à la mobilisation médicale en cas de troubles de santé.

- Force est de constater le lien extrêmement fort qui existe entre déclaration de problèmes juvéniles et acceptation ou capacité à prendre en charge médicalement ses troubles de santé. Les écarts sont sur ce point flagrants. D'un côté, le fait de ne déclarer que peu de problèmes (0 ou 1) est fortement à relier au fait que ces personnes n'adoptent que très marginalement *des logiques de refus des soins*. Au contraire les individus déclarant 3 problèmes ou plus adoptent essentiellement ce type de logiques. Trois types d'explications, non exclusives, peuvent être envisagées à un tel phénomène : d'une part, la répétition des problèmes et une propension forte à l'abattement et à la « *victimisation* » peut donner lieu à des comportements de repli et d'abandon de soi ; au contraire, une construction identitaire se fondant sur la résistance aux souffrances peut induire un refus délibéré de toute aide extérieure ; enfin, des conflits et troubles familiaux peuvent être reliés à des lacunes dans l'apprentissage des modes de protection de soi et à une méconnaissance des systèmes de soins.

- La « peur du médecin » apparaît également comme explicative de formes prononcées de refus des soins – mais dans une moindre mesure – puisque cette appréhension concerne un quart des individus ayant un rapport minimaliste aux soins, contre seulement une personne sur dix dans les deux autres logiques. La crainte d'apprendre l'existence d'une maladie grave ou encore le sentiment d'être dévalorisé face à ce « *puits de connaissances* » peuvent donc être responsables d'une forte réticence à prendre en charge ses ennuis de santé ; et de ce fait, les rendre plus alarmants.

2. Déterminants des logiques de recours aux soins

2.1. Méthodologie : recherche des déterminants et de leur poids relatif

La partie précédente a permis de montrer que plusieurs grands types de variables semblaient influencer sur la relation aux soins des patients. Cependant, cette analyse univariée, aussi nécessaire qu'elle soit, n'est qu'un préalable à une explication plus globale des déterminants de ces *logiques de recours aux soins*. En effet, les différentes dimensions étant liées entre elles, nous ne pouvons distinguer l'effet propre de chacune d'entre elles.

C'est en utilisant des modèles de régression logistique³⁵ que nous pourrions évaluer le poids spécifique de chacune des variables intégrées dans l'analyse – i.e. « *toutes choses égales par ailleurs* » – sur les propensions à adopter telle ou telle logique de recours aux soins. Aussi avons-nous réalisé trois modèles de régression – un pour chacune des logiques – qui permettent de déterminer les éventuels facteurs qui restreignent ou encouragent significativement l'adoption de la logique étudiée. C'est grâce aux odds-ratio – ou *rapport de risques relatifs* – que l'on peut évaluer l'existence d'une telle influence³⁶ mais aussi sa puissance explicative. Ce concept sera rapidement explicité plus loin.

Les variables prises en considération dans ces trois analyses se décomposent en quatre grandes dimensions³⁷.

- *Les variables de cadrage*

Il s'agit, d'une part, des variables sociodémographiques classiques (âge, sexe, nationalité et situation familiale, mais aussi des caractéristiques du centre dans lequel nous avons interrogé le patient (type de centre et taille du centre).

- *Les variables exogènes de la précarité*

³⁵ Le lecteur pourra trouver les fondements et l'explicitation de cette méthode statistique dans A. Agresti, *An Introduction to Categorical Data Analysis*, 1996, John Wiley & Sons, Inc ; ou encore Ch. Gouriéroux, *Econométrie des Variables Qualitatives*, 1992, Économica (2e édition).

³⁶ Les modèles raisonnent en termes d'augmentation ou de diminution de la probabilité d'appartenance à un groupe.

³⁷ L'ensemble de ces variables et de leurs modalités respectives sont décrites au début de *l'annexe 22*.

Ce sont là les six dimensions classiques utilisées jusqu'à présent : les degrés de précarité professionnelle, économique, affective et du logement ainsi que la situation administrative (pour les étrangers) et la couverture sociale face au risque de maladie. Il a paru nécessaire d'ajouter également le niveau de PCS de l'individu tant cette dimension est susceptible de moduler les logiques de recours aux soins.

- *Les variables endogènes de la précarité*

Il s'agit des variables qui expriment une fragilité subjective susceptible d'entraver les comportements de soins des individus : déclaration de problèmes juvéniles, appréhension à l'égard d'une consultation médicale, sentiment d'isolement, niveau de santé estimée.

- *Les variables concernant les rapports aux risques*

Trois grandes composantes ont été intégrées dans les modèles : les attitudes face à l'alcool et au tabac ainsi que le nombre d'accidents graves déclarés dans son existence.

2.2. Résultats des régressions (voir annexe 22)³⁸

Les trois régressions présentées ci-dessous modélisent la probabilité de se référer à chacune des trois logiques de recours aux soins plutôt qu'aux deux autres. La synthèse de ces trois modèles permettra ainsi de mieux comprendre les contraintes qui pèsent sur la relation au corps et à la santé des personnes en situation de précarité.

Remarque préliminaire : les odds-ratio ou risques relatifs.

Les odds-ratio, présentés ci-après, représentent le *risque relatif* d'appartenir au groupe modélisé selon chacune des variables intégrées dans le modèle. Pour chaque facteur (variable), le modèle cherche à voir si, « *toutes choses égales par ailleurs* », il augmente, diminue ou est peu influent sur la probabilité d'appartenir au groupe étudié. Ainsi :

* Un odd-ratio supérieur à 1 pour une variable³⁹ est interprété comme un facteur d'accroissement de la propension à adopter la démarche de soins étudiée (et plus l'odd-ratio s'éloigne de 1 plus le facteur est influent).

* Au contraire, un odd-ratio inférieur à 1 pour une variable s'interprète comme facteur de réduction de cette propension (et de même plus l'odd-ratio s'éloigne de 1 plus le facteur est influent).

* Il s'agit de facteurs estimés. Aussi, pour qu'un facteur soit jugé significativement influent (à 95% de chances), il faut que l'intervalle de confiance de l'odd-ratio ne contienne pas la valeur 1. Le cas échéant, la variable est jugée peu ou pas influente sur la logique de recours aux soins étudiée.

³⁸ Cette annexe regroupe la présentation et les résultats globaux des trois modèles de régression présentés. En particulier elle permet d'évaluer leur qualité via trois indicateurs le *R2*, le *pseudo R2* et le *pouvoir prédictif du modèle* (pour plus de renseignements sur ces indicateurs, voir les ouvrages sus cités).

- *Modélisation de l'adhésion aux soins*

Ici, on modélise la probabilité d'appartenir au groupe « adhésion aux soins ».

Deux facteurs se révèlent extrêmement influents sur la propension à se référer à une démarche normative face aux problèmes de soins :

- Avec l'âge, les individus sont nettement plus enclins à médicaliser leurs troubles – la probabilité d'appartenir à ce groupe est 1,8 fois supérieur pour les personnes ayant plus de 30 ans que pour les autres.
- D'autre part, le poids des situations de chômage ou d'instabilité professionnelle concourt nettement à une moindre propension à accéder aux soins nécessités (odds-ratio très significatif valant 0,43).

Deux autres dimensions influencent, dans une moindre mesure, les logiques d'adhésion aux soins.

- Plus l'individu déclarera être en mauvaise santé et plus il sera disposé à témoigner d'une demande de prise en charge médicale.
- Enfin, il faut noter que les individus adoptant des relations attentives et actives aux soins sont davantage enclins à limiter les comportements à risque (moins sujets à une intense tabagie).

Tableau n° 18 : les facteurs influents sur la propension à adopter une logique d'adhésion

Modélisation de la probabilité d'adopter une logique d'adhésion			Intervalle de confiance à 95%
Facteurs significativement influents ⁴⁰	Odds ratio	Borne inférieure	Borne supérieure
Classe d'âge	1,81	1,02	3,19
Précarité professionnelle	0,43	0,25	0,76
<i>Santé estimée</i>	<i>1,28</i>	<i>0,94</i>	<i>1,77</i>
<i>Rapport au tabac</i>	<i>0,8</i>	<i>0,55</i>	<i>1,16</i>

Source : enquête Préalogue du CREDES

- *Modélisation de la résistance aux soins*

On modélise, à présent, la probabilité de témoigner de « logiques de résistance aux soins ». Trois dimensions se sont révélées comme fortement influentes sur la propension à adopter des logiques de report ou de restriction des soins nécessaires :

- Le premier facteur, pourtant extrêmement significatif, est au premier abord d'interprétation délicate : les individus déclarant ne ressentir aucune appréhension à l'idée de consulter le médecin ont trois fois plus de chances de se référer à ces logiques (odds-ratio très significatif valant 2,97). Il faut ici « raisonner par défaut » afin de comprendre ce résultat : c'est parce que l'appréhension à l'idée d'aller

³⁹ Par rapport à une modalité de référence (ici, c'est la première modalité de chacune des variables décrites en **annexe 22**).

⁴⁰ Les facteurs en italique sont les variables qui ne sont pas totalement significatives au risque d'erreur de 5% – i.e. valeur 1 incluse dans l'intervalle de confiance – mais le sont lorsque le risque d'erreur est un peu plus large.

consulter un médecin est liée à la peur d'y apprendre l'existence d'une maladie – ou de manière plus générale témoigne d'une structure de la personnalité plus fragilisée – que les individus vont se référer aux deux autres logiques : *adhésion aux soins* ou *refus des soins* selon que cette fragilité donne lieu à un besoin d'être rassuré ou à une forte réticence à faire face à une démarche médicale.

- Le modèle indique l'importance des contraintes économiques sur les démarches de soins. Face à un manque de ressources, les personnes vont avoir tendance à minimiser la charge financière liée à leur santé en renonçant ponctuellement à des soins et/ou traitements ou en différant les consultations (« *si ça passe pas, faudra malgré tout, que j'aie voir le médecin* »).
- D'autre part, une tabagie intense correspond à une plus forte propension à adopter une *logique de résistance aux démarches de soins*. Deux interprétations peuvent être envisagées : dans le sens du rapport au corps, il témoigne d'une moindre attention à sa santé qui s'incarne tant dans les comportements addictifs que dans les modes de gestion des troubles de santé ; dans le sens de la relation entre le médecin et le patient, la peur ou la répulsion à l'égard de remontrances potentielles sur le mode gestion de sa santé peut amener le patient à éviter ou différer une confrontation médicale. A la vue des entretiens, c'est majoritairement la première interprétation qui est avalisée.

Enfin, remarquons que les consultants témoignant d'un tel rapport aux soins ont été davantage rencontrés dans des centres de grande taille. Ils se situent davantage dans une optique de recours ponctuel et impersonnel et, par conséquent, choisiront en cas de besoin d'importantes structures socio-médicales (hôpital...).

Tableau n° 19 : les facteurs influents sur la propension à adopter une logique de résistance

Modélisation de la probabilité d'adopter une logique de résistance			Intervalle de confiance à 95%
Facteurs significativement influents	Odds ratio	Borne inférieure	Borne supérieure
Peur du médecin	2,97	1,11	7,92
Rapport au tabac	1,59	1,05	2,4
Précarité économique	1,75	0,98	3,1
Taille du centre	0,76	0,49	1,15

Source : enquête Préalogue du CREDES

- *Modélisation du refus des soins*

Enfin, le dernier modèle cherche à estimer les facteurs influents sur la propension à adopter des « *logiques de refus des soins* ».

Ce modèle, de très bonne qualité, met en évidence quatre facteurs très significativement prépondérants (voir tableau 20).

- *Trois facteurs endogènes de la précarité* : les résultats obtenus vont dans le sens d'une inscription dans des logiques de non-prise en charge des problèmes de santé principalement liée à une très forte fragilisation identitaire. Ainsi, la probabilité de témoigner de comportements attentistes très marqués est près de 3 fois supérieure pour les individus ayant déclaré au moins 2 problèmes juvéniles. L'adoption d'un tel comportement est également expliqué par une forte propension à exprimer des sentiments de menace ou d'anxiété à l'égard des médecins (odd-ratio de 0,35). Enfin, ces individus ont très majoritairement été rencontrés dans des structures humanitaires et associatives, structures où les postures empathiques d'écoute sont davantage développées parmi le personnel soignant. L'ensemble de ces éléments témoigne d'une très forte concordance entre les difficultés à mobiliser les ressources de protection de soi et un état de détresse, d'isolement et de manque affectif fortement ancré.
- *Un facteur sociodémographique* : L'âge apparaît également comme un facteur très discriminant du renoncement aux soins médicaux. La probabilité de se référer à des *logiques de refus des soins* est près de trois fois plus importante parmi les consultants de moins de 30 ans (odd ratio valant 0,38). Les entretiens avalisent cette tendance forte à exprimer des formes accentuées de défiance à l'égard des structures institutionnelles. L'idée pour les jeunes démunis est qu'ils n'ont besoin de personne pour s'en sortir et ne comptent que sur eux-mêmes, y compris lorsqu'ils sont touchés par des troubles de santé.

Tableau n° 20 : les facteurs influents sur la propension à adopter une logique de refus

Modélisation de la probabilité d'adopter une logique de refus			Intervalle de confiance à 95%
Facteurs significativement influents	Odds ratio	Borne inférieure	Borne supérieure
Problèmes dans l'enfance	2,9	1,18	7,11
Classe d'âge	0,38	0,18	0,79
Peur du médecin	0,35	0,15	0,84
Type de centre	0,3	0,09	0,98
Précarité professionnelle	2,63	0,92	7,5
Protection sociale	1,65	0,7	3,8
Rapport au tabac	0,78	0,49	1,27

Source : enquête Préalogue du CREDES

Pour autant, de tels résultats ne doivent pas faire oublier le rôle des déficiences matérielles, bien qu'elles se révèlent nettement plus relatives (car moins significatives).

L'inactivité professionnelle concourt à augmenter les risques d'adopter des comportements médicaux minimalistes. D'autre part, l'absence de protection sociale jusqu'ici peu explicative des logiques de recours aux soins (de manière surprenante), est susceptible de surexposer les individus à un fort renoncement aux soins.

2.3. Synthèse des résultats

L'analyse comparative des facteurs influents sur les logiques individuelles de mobilisation face à l'occurrence de problèmes de santé remet fortement en cause l'idée assez répandue selon laquelle si les personnes en situation de précarité ne se soignent pas, c'est uniquement parce qu'elles n'en ont pas les moyens. En réalité, les conditions matérielles de précarité n'expliquent que très partiellement les *logiques de recours aux soins*. Il faut toutefois nuancer ce propos par fait que, vue la méthodologie d'enquête, nous n'avons rencontré que des individus qui connaissaient la possibilité d'accéder à des soins gratuitement – ce qui tendrait, en particulier à minimiser l'influence de l'absence de protection sociale.

Plusieurs éléments ont été mis en exergue :

- La dégradation des conditions de vie restreint la marge de manoeuvre face à l'occurrence d'un problème de santé. Devant l'oppression matérielle, les troubles jugés mineurs ou passagers revêtent une place secondaire dans l'ordre des priorités et donnent lieu, dans un premier temps, à un report des démarches médicales (« *j'attends un peu pour voir si ça passe* »). Comme en témoignent les entretiens, ce n'est que marginalement l'ignorance des comportements normatifs qui explique les difficultés à se soigner dès les premières alertes corporelles. L'éloignement du modèle de *l'adhésion totale aux soins* est avant tout lié à des déficiences économiques.
- Cependant, lorsque la douleur devient de moins en moins tolérable, que les troubles persistent, s'aggravent ou gênent l'activité, l'état de santé devient alarmant. Comment expliquer alors que, pour certains, la prise en charge de tels troubles revient au premier plan des priorités, en dépit des difficultés matérielles (*logiques de résistance aux soins*) ; alors que d'autres persistent dans le non-recours (*logiques de refus des soins*) ? En réalité, c'est le cumul des facteurs exogènes et endogènes de la précarité que l'on retrouve chez les individus ayant le plus fortement tendance à un renoncement inéluctable, alors que les individus moins marqués psychologiquement initieront finalement une démarche de soins.

Conclusion

Conclusion

Conclusion

Plutôt que d'élaborer une synthèse des résultats, la conclusion se concentrera davantage sur les « zones d'ombre » de ce mémoire et sur certaines pistes de recherches *a priori* pertinentes qui n'ont pu être qu'évoquées. L'optique relève donc davantage de propositions et d'approfondissements de nouveaux éléments principalement centrés sur les *logiques de mobilisation et de protection de soi* face aux difficultés.

L'étude détaillée des situations de précarité des individus consultant dans des centres de soins gratuits, a permis de montrer la très forte hétérogénéité des profils sociodémographiques, des difficultés quotidiennes et des degrés de dégradation des conditions de vie auxquelles les sujets sont confrontés. Les quinze groupes homogènes dessinent bien un *continuum* de situations allant de la personne rendue vulnérable par une rupture récente jusqu'à l'individu vivant dans la rue sans autre ressource que la mendicité. Pour autant, plusieurs remarques doivent être faites.

L'étude détaillée des origines, des reconstructions et des modes de mobilisation des ressources formelles et informelles disponibles face à une *disqualification sociale* ne dessine pas « une trajectoire type de précarité » mais une multitude de processus nettement différenciés ; processus agissant selon des ressorts particuliers et mettant différemment en jeu l'équilibre identitaire. Si les états de dénuement face aux principaux objets sociaux sont proches pour les « grands précaires français » et les « sans papiers », les individus n'ont pas connu les mêmes dynamiques et relèvent de stratégies de survie très distinctes. Les premiers présentent une forte propension à des formes prononcées « d'abandonnisme pathologique » dans les comportements addictifs, les seconds axent davantage leurs pratiques vers un resserrement des liens familiaux et culturels, les protégeant mieux des sentiments de détresse et de dévalorisation de soi. C'est en analysant les parcours globaux – le rôle prépondérant des problèmes juvéniles déclarés, le contexte d'immigration pour les étrangers... – et le mode de reconstruction de ces trajectoires que l'on peut réellement comprendre les comportements adoptés par tel ou tel. Dans cette même optique, il semblerait judicieux de ne pas se cantonner aux dynamiques de dégradation sociale – comme le font la grande majorité des études portant sur le thème de la précarité – mais d'intégrer dans une même analyse les trajectoires de « *requalification sociale* ». Une telle comparaison amènerait de nouveaux éclairages sur les interactions psychosociales qui existent entre la dégradation des conditions de vie et les modes de mobilisation et de préservation de soi.

En particulier, dans le domaine de la santé, l'étude ici présentée a confirmé la sur-représentation des troubles psychologiques – non pathologiques *stricto sensu*, à savoir des états anxio-dépressifs et des conduites addictives –, des problèmes dentaires et

ophtalmologiques. D'autre part, les individus ont dévoilé un rapport utilitariste au corps. Autant les individus sont capables de différer ou d'ignorer de fortes douleurs, autant, dès lors que les troubles portent atteinte à leur mobilité ou à leur motricité, ils acceptent plus facilement des logiques de prise en charge médicale. Enfin, une interprétation des données recueillies permet d'observer que les personnes en situation de précarité consultent pour des maladies qui relèvent souvent de psychosomatisme – de problèmes relationnels et/ou affectifs et/ou liée à la dévalorisation de son image – plus qu'elles ne sont ontologiques.

Par manque de temps, deux analyses pourtant sources d'interprétations prometteuses n'ont pu être poursuivies à ce jour. D'une part, la comparaison des motifs de recours aux soins selon les expériences et les degrés de précarité auraient permis de tester l'inégale priorité donnée à tel ou tel aspect de la santé et de contribuer à expliciter les spécificités des rapports au corps et aux soins. Enfin, dans la base du CREDES, nous disposons du motif initial de recours aux soins tel qu'il a été exprimé par l'individu. Il aurait été intéressant de comparer le ou les diagnostic(s) posé(s) par le médecin au motif de la consultation. En particulier, on aurait pu tester l'hypothèse selon laquelle derrière certains recours médicaux se cachent en réalité une demande d'écoute, de socialisation et des signes de détresse psychologiques.

Enfin un même ensemble de phénomènes concourt à la fois au développement des processus de précarisation et à la genèse de *logiques de défiance* à l'égard des soins, ce qui explique la fréquente simultanéité de leurs manifestations. Un dernier axe de recherche repose donc sur l'interaction entre les facteurs exogènes et les facteurs endogènes de la précarité et de leur impact en termes de *logiques de recours aux soins*. Les résultats ici avancés ont montré que c'est le cumul de ces deux types de facteurs que l'on retrouve chez les individus ayant la plus forte tendance à adopter des *logiques de refus des soins* et des comportements de *défiance* ou d'*évitement* à l'égard des institutions médico-sociales.

Les dimensions de la précarité des ressources matérielles jouent un rôle bien moins important dans la genèse des logiques de recours aux soins que d'autres déterminants psychologiques (précarité sentimentale et dévalorisation de soi). La précarité matérielle apparaît davantage comme un facteur aggravant qui accentue le poids d'autres déterminants des inégalités de santé et qui augmente l'effort (objectif et subjectif) à fournir pour avoir accès aux soins. Là encore, la restitution de l'évolution des rapports aux soins et aux institutions semble primordiale afin d'approfondir ce thème.

Proposition de thèse

Proposition de thèse⁴¹

INCIDENCES DES LOGIQUES DE PRÉCARISATION SUR LE RAPPORT AU CORPS, A LA SANTÉ ET A L'ACCÈS AUX SOINS.

A) Problématique de recherche

1- Cadre général et enjeux socio-politiques de la recherche :

La terminologie commune tournant autour de la précarité se réfère généralement à des manques économique-professionnels : chômage ou, plus récemment, instabilité des contrats et des conditions de travail. Dans un tel cadre, le processus de précarisation menant à la figure du sans domicile fixe « s'aplanit » en un phénomène, certes dynamique, mais relativement unique, durable et irréversible, indépendant des autres sphères sociales et des stratégies de mobilisation des individus face aux difficultés. Cette conception fortement centrée sur la situation vis-à-vis du marché du travail, a permis aux pouvoirs publics d'élaborer des catégories simples de distribution des ayant-droit autour de la gamme des aides ciblées (RMI, Allocation Adulte Handicapé...). Cependant elle gomme toute visibilité quant à la diversité des situations, des conditions de vie et des expériences vécues⁴² et masque la polymorphie des processus qui se trouvent engagés. En réalité les phénomènes de précarisation des individus relèvent de la combinaison de multiples déficiences sociales : emploi, famille (rupture conjugale, problèmes dans l'enfance...), santé (handicaps liés aux accidents et maladie, problèmes psychologiques, conduites addictives...), sociabilité (isolement, accès à l'information, éloignement du milieu culturel...), droits administratifs (sans-papiers, anciens détenus...)...

Les populations concernées sont donc exposées, à des degrés divers, à des déficiences sociales directement liées aux principaux modes d'accès à une couverture sociale – à savoir la famille et l'exercice d'un emploi stable et déclaré. Dans les années 90, la veine d'études – épidémiologiques, sociologiques ou en économie de la santé – portant sur les liens entre précarisation et santé des individus a abouti à un triple constat. Premièrement, la précarité sociale est souvent associée à une dégradation de l'état de santé, et les inégalités de santé, aux vues d'indicateurs tels que les taux de mortalité ou d'incapacité physique et psychologique,

⁴¹ Ce projet de thèse a été écrit et présenté avec l'aide et l'appui de Michel Joubert et Dominique Merllié, que je souhaitais ici remercier.

⁴² J.M. Firdion et M. Marpsat, *Devenir sans domicile ; ni fatalité ni hasard*, Populations et Sociétés n°313.

Conclusion

sont particulièrement prégnantes dans le bas de l'échelle sociale⁴³. Deuxièmement, le niveau de protection sociale des plus démunis se révèle médiocre⁴⁴ et, parmi les populations précarisées, il existe une zone de trou entre deux seuils d'accès à la protection sociale ; le seuil « supérieur » correspondant à l'accès normal aux droits qui nécessite un minimum d'insertion et une certaine stabilité au regard du logement et le seuil « inférieur » correspondant à l'accès à des dispositifs d'aides spécifiques⁴⁵. Enfin, des travaux récents ont montré que, d'une part, ce ne sont pas tant des pathologies spécifiques que des pathologies aggravées demandant des soins d'urgence qui affectent cette population et que, d'autre part, la prévalence des maladies respiratoires, des affections psychologiques et des problèmes bucco-dentaires s'avérait particulièrement forte⁴⁶. En se fondant sur ces résultats et en postulant que le déterminant essentiel de la santé réside dans l'accès et la qualité des soins, les pouvoirs publics ont mis en place la Couverture Maladie Universelle (CMU) afin de résorber les inégalités de santé.

La reconnaissance de l'existence de ces inégalités de santé n'a pas pour autant donné lieu à une véritable réflexion sur les causes de ce phénomène. Leur prise en considération par les pouvoirs publics s'est principalement traduite par la mise en place de dispositifs tentant de réduire les inégalités par une revalorisation des droits effectifs et une généralisation des possibilités d'accès aux soins⁴⁷. Par là même, ils postulaient que la gravité des troubles de santé et la désaffection face à une démarche de soins enregistrées parmi les individus en situation précaire étaient essentiellement le fait de manques administratifs et structurels. Or, lorsque l'on se penche sur les représentations, les comportements et les logiques de soins de cette population, on peut supposer que la problématique de la santé déborde largement le cadre et l'approche traditionnelle des inégalités de santé. Elle ne saurait se restreindre au seul problème de la perte – ou du déni pour les sans-papiers – des droits et des supports ouvrant aux démarches de soins. D'autres éléments interviennent : des problèmes d'usure conduisant à l'épuisement des ressources de base dans la gestion de la santé (dégradation de savoir-faire, de connaissance des modes d'accès aux services et à l'information), une vulnérabilité individuelle s'exprimant dans une perte de la mobilisation face aux atteintes et stimuli corporels et/ou dans une entrée ou une amplification des conduites à risques ou encore la (re)construction d'une identité et de valeurs fondées sur un rapport au corps durci comme extrapolation de la résistance à une existence difficile.

Les travaux sur l'accès aux soins se sont jusqu'ici essentiellement attachés à l'identification des facteurs sociaux conditionnant l'accès aux droits et exposant à des risques propres aux

⁴³ Voir par exemple . Mesrine, *La surmortalité des chômeurs : un effet catalyseur du chômage ?*, octobre 2000, *Economie et Statistiques* n° 334.

⁴⁴ T. Lecomte, An. Mizrahi, Ar. Mizrahi, *Santé et recours aux soins des personnes sans abri à Paris*, dans *La rue et le foyer* de M. Marpsat et J.M. Firdion, 2000, Editions PUF-INED, pp. 323-339.

⁴⁵ Ce résultat a été démontré dans mon DEA.

⁴⁶ Cf. P. Chauvin et J. Lebas, *Précarité et santé*, 1998, Editions Flammarion.

⁴⁷ D. Fassin, H. Granjean, M. Kaminski, T. Lang , A. Leclerc, *Les inégalités sociales de santé* , 2000, Editions la Découverte, ouvrage collectif de l'INSERM.

conditions de vie précaire. Je me propose dans cette thèse d'approfondir les déterminants sociaux et anthropologiques du rapport à la santé et aux soins, en interrogeant le rôle des « ressources sociales » (réseaux de survie, soutien social) et les ressorts individuels de confrontation aux difficultés (usages sociaux du corps, expression de la souffrance, stratégies de négociation avec les acteurs médico-sociaux présents dans la proximité). Il s'agira également de comprendre comment ces deux axes de recours et de mobilisation (droits, ressources officielles / soutiens, ressources informelles) peuvent connaître une précarisation conjointe, ouvrir à des logiques de perte de maîtrise et à des situations d'exposition accentuée aux risques sanitaires et sociaux (amplification des effets, cumuls de difficultés). Une telle recherche sur les déterminants et la compréhension des modes de recours aux soins – et plus généralement des modes de gestion du corps et de la maladie – permettra d'explorer des orientations alternatives et complémentaires aux politiques sociales actuellement mises en oeuvre.

Il ne s'agit ni de remettre en cause les réformes structurelles (CMU..) et les dispositifs récemment mis en place (lois contre l'exclusion, Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins...) ni d'évaluer l'efficacité de chacune de ces réformes, mais d'explorer les processus conduisant à entretenir et reproduire les inégalités. L'enjeu est ici, que si le droit constitue une condition nécessaire pour accéder aux ressources du système de santé, il n'est pas suffisant quand il s'agit de populations confrontées à la précarité et aux processus de précarisation⁴⁸.

2- Comprendre les processus : la production sociale de l'éloignement et des vulnérabilités à l'égard des ressources de santé

Mon travail de DEA, intitulé « dynamiques de précarisation, modes d'adaptation identitaire et interactions avec les logiques de santé », se fonde sur une recherche réalisée au sein du CREDES (Centre de Recherche d'Etudes et de Documentation en Economie de la Santé) s'étalant de avril à décembre 2000. En qualité de statisticien (principalement), j'ai pu participer à un appel d'offre de l'INSERM portant sur les inégalités de santé et d'accès aux soins de la population précaire. Cette recherche ciblée sur les patients des centres de soins gratuits (Médecins du Monde, Centre Communal d'Action Sociale, Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale...) s'est appuyée sur deux principaux outils complémentaires :

- Une enquête quantitative administrée à 590 usagers sous la forme d'un questionnaire riche de deux volets : le premier sur les conditions de vie des individus et le second sur leurs comportements médicaux ;
- une enquête qualitative approfondissant les liens entre précarité, santé et rapport aux soins a été parallèlement réalisée. Elle a donné lieu au recueil de 24 récits de vie.

⁴⁸ M. Joubert, P. Chauvin, F. Facy, V. Ringa (dir), *Précarisation, risque et santé*, 2001, INSERM.

Conclusion

Dans le cadre de l'étude du CREDES, nous nous sommes davantage orientés vers une étude épidémiologique de l'état de santé, des démarches de soins et des relations aux structures médico-sociales des patients précaires⁴⁹.

L'idée de ce DEA était, à partir de ces mêmes outils, d'approfondir la dynamique de la précarité et d'aborder la dimension de la santé du point de vue de ses interactions avec le processus de précarisation. Pour traiter de la précarité, j'ai tenté de dépasser la scission souvent opérée entre paradigmes structurels et paradigmes individuels. Les premiers consistent en l'analyse des processus socio-économiques sous-jacents à la précarité. Les seconds font une place plus importante aux caractéristiques des individus, à leur mode de réaction et de mobilisation face aux difficultés. Ils se réfèrent donc moins à un contexte socio-économique qu'à des formes de vulnérabilité individuelle pour analyser et comprendre le processus de précarisation. Il m'a semblé nécessaire de combiner ces deux approches, c'est-à-dire d'analyser la précarité comme une interaction permanente entre la dégradation des conditions de vie, les réactions pratiques et comportementales et la mobilisation des ressources formelles et informelles⁵⁰. Il s'est donc agi de prendre simultanément en compte l'analyse des caractéristiques individuelles – existe-t-il des constantes dans la structure socio-démographique, dans les trajectoires, les difficultés, les comportements et modes de mobilisation de la population touchée par la précarité ? – et une approche globale et empirique – repérer des situations type, des degrés de précarité et des expériences différenciés.

Dans ce cadre, la dimension de la santé – au sens large du rapport au corps, aux institutions et aux soins – est apparue comme pertinente. D'une part elle participe de la dégradation des conditions de vie des sujets *via* les conduites addictives, les prises de risque, la surexposition à certaines pathologies... D'autre part, elle permet d'étudier et de comprendre les différences qui existent dans les modes de réaction et de mobilisation des ressources formelles et informelles face à l'occurrence d'un problème de santé.

3- Se confronter à des problèmes de santé : analyse des composantes de production des inégalités de recours :

L'étude détaillée des situations objectives de précarité m'a permis de constituer 15 groupes fins de conditions de vie⁵¹. Elle met à jour une forte hétérogénéité tant au niveau des expériences que du degré et des formes de déficiences auxquels les individus sont confrontés. Il existe un *continuum* de précarité matérielle – c'est à dire une tendance globale à l'association linéaire entre précarité professionnelle, économique et des conditions de

⁴⁹ Etude qui devrait prochainement donner lieu à la parution d'un rapport pour l'INSERM, co-écrit par G. Ménahem, V. Paris, H. Picard et moi-même, intitulé « *Logiques de recours aux soins des personnes en situation de précarité* ».

⁵⁰ Une telle approche interactive est, en particulier prônée, par C. Chasseriaux, *La grande exclusion sociale, questions liées à l'insertion et au devenir des publics en grande difficulté sociale*, 1993, rapport au ministre des Affaires Sociales de la Santé et de la Ville, La Documentation Française.

⁵¹ Cf. Mémoire de DEA.

Conclusion

logement – allant de la « non précarité » à la « grande précarité ». Cependant, cette dynamique de précarisation est profondément liée à d'autres dimensions telles que la situation administrative (sans-papiers), l'affiliation à une protection sociale ou encore les réseaux formels et informels mobilisables et effectivement mobilisés par les personnes. Selon les ressources initiales, l'éducation et le réseaux de sociabilité dont dispose l'individu, il réagira différemment aux phénomènes de rupture ou de glissement professionnel, familial ou sanitaire qui affectent son existence. Il faut donc éviter de se restreindre à une « trajectoire » ou une « carrière » de précarité indépendante et exogène, mais au contraire la relier à la trajectoire globale de l'individu. On comprendra mieux, d'une part, la polysémie des liens entre les différentes dimensions de la précarité⁵² et, d'autre part, les facteurs aggravant (comportements addictifs ou de laisser-aller) ou au contraire protecteurs des difficultés. Les reconstructions individuelles du récit de vie et les modes de mobilisation des ressources formelles et informelles disponibles face à une disqualification sociale ne dessinent pas « une trajectoire type de précarité » mais une multitude de processus nettement différenciés ; processus agissant selon des ressorts particuliers et mettant différemment en jeu l'équilibre identitaire.

L'analyse des réseaux de sociabilité, des ressources solidaires et des stratégies de survie et du cadre social dans lesquels ils s'inscrivent, permettra de mieux comprendre les différents modes « d'éclatement identitaire » ou au contraire de « restructuration identitaire » qui affectent différemment les multiples visages de la précarité. Par exemple, si les états de dénuement face aux principaux « objets sociaux » sont proches pour les « grands précaires français » et pour les « sans-papiers », les individus n'ont a priori pas connu les mêmes dynamiques de dégradation des conditions de vie et engagent des stratégies de survie très distinctes. Les premiers présentent une forte propension à des formes prononcées « d'abandonnisme pathologique » dans les conduites addictives alors que les seconds axent davantage leurs pratiques vers un resserrement des liens familiaux et culturels, les protégeant mieux des sentiments de détresse et de dévalorisation de soi. C'est donc en analysant les parcours globaux – origines, chemins, étapes, rapport à la famille, au travail, aux institutions ou encore contexte d'immigration pour les étrangers... – et le mode de reconstruction de ces trajectoires que l'on pourra réellement comprendre les comportements et stratégies adoptés par tel ou tel.

⁵² Six principales dimensions peuvent être retenues : la situation professionnelle, économique, de logement, affective et sociale, la couverture sociale et la situation administrative (principalement pour les étrangers).

B) Hypothèses et plan de travail

L'approche traditionnelle des liens entre précarité et santé se restreint, se contente de replacer les incidents de santé dans les parcours de précarisation en se demandant s'ils agissent comme cause de la dégradation des conditions de vie (phénomènes de rupture), comme conséquence des déficiences (phénomènes de « déclenchement ») ou bien encore comme facteur aggravant des situations (phénomènes de vulnérabilisation). Sous cet angle, la problématique socio-politique de la santé est essentiellement abordée en termes d'inégalités de conditions de vie et d'inégalités d'accès aux soins et à la prévention. Or, le plus souvent, les problèmes de santé sont enchevêtrés, plus que liés de manière directe et univoque, avec l'histoire de la précarité (et plus généralement avec la trajectoire globale de l'individu)⁵³. Aussi l'objectif de cette thèse est-il d'affiner la compréhension de ces liens en adoptant une approche interactive entre les processus de précarisation et de maintien ou de dégradation de l'intégrité physique et mentale.

Sous-jacentes aux particularités des rapports au corps, à la douleur et à la maladie des populations précarisées, des logiques spécifiques de recours aux soins prennent naissance et se forment selon quatre grands prismes interdépendants: le rapport aux soins, le rapport au risque, la représentation de soi et de sa trajectoire et les relations entretenues avec les institutions médico-sociales. Deux pans indissociables d'hypothèses sont donc envisagés : le premier se réfère à la complexité des liens entre état de santé et situation de précarité (points 1 et 2) alors que le second se propose d'analyser les comportements de santé et les logiques de recours aux soins et de montrer qu'ils ne sauraient se restreindre aux seules contingences économiques et administratives (points 3 et 4).

1 - Hétérogénéité de l'état de santé selon les situations de précarité :

Dans mon mémoire de DEA à l'aide d'un concept et d'une méthode statistique appropriés⁵⁴, la sur-représentation des troubles psychologiques réactionnels – c'est-à-dire non psychiatriques *stricto sensu* – ainsi que des problèmes oculaires et dentaires a été enregistré parmi la population précaire, par rapport à un important échantillon en population générale. Par ailleurs, les problèmes locomoteurs et de motricité apparaissent également comme un motif fréquent de recours aux soins.

De telles comparaisons (« précaires » versus « non précaires ») sont intéressantes dans le sens où elles permettent aux centres de soins spécialisés une meilleure harmonisation de leur offre

⁵³ Cf. les 24 entretiens analysés au sein de mon DEA.

⁵⁴ A savoir le concept de Profils Nosologiques Comparatifs (PNC) défini par le docteur Hervé Picard dans *Une nosologie de la misère : le cas des tsiganes roumains de la banlieue parisienne nord*, thèse effectuée à Paris VI, 1997. Il consiste à comparer la fréquence d'un diagnostic dans l'ensemble des diagnostics émis pour notre population d'intérêt (ici les précaires) à cette même fréquence dans une population de référence (ici la population générale). Il gomme donc « l'effet durée de la consultation » sur le volume de diagnostics. Dans le même temps, j'ai neutralisé l'effet « âge et de sexe » par une méthode robuste de standardisation.

Conclusion

de soins globale face aux problèmes rencontrés⁵⁵. Cependant, elles sont inopérantes dans la mise en place de dispositifs plus ciblés puisqu'elles tendent à ignorer les différences, *a priori* importantes, qui peuvent exister au sein d'une population précarisée de manière pourtant très hétérogène. Je me propose donc de comparer l'état de santé au sein même de cette population selon plusieurs critères pertinents, et ce de manière indépendante et combinée :

- les conditions « objectives » de précarisation : degré des déficiences matérielles et administratives, sources de vulnérabilité... ;
- les spécificités socio-démographiques : âge, sexe, nationalité ;
- les vulnérabilités affectives et/ou identitaires : situation familiale, sentiment d'isolement, problèmes déclarés dans l'enfance,...

Ainsi, une série d'hypothèses pourra être testée comme le rôle joué par les supports sociaux ou familiaux, autour d'une question centrale : la sur-représentation de certaines pathologies relève-t-elle davantage d'une vulnérabilité matérielle, d'une déficience de droits sociaux ou d'un processus de déstabilisation sociale, affective ou identitaire ?

Il sera particulièrement intéressant d'affiner cette recherche sur les affections psychologiques et addictives qui peuvent accompagner le processus de précarisation car la santé mentale est au coeur même de la sociabilité et de la gestion des relations avec autrui.

2 – Le rôle du rapport au corps et au risque :

L'état de santé de notre population d'intérêt est particulièrement lié à la précarité car il met en jeu le rapport au corps, aux soins et aux institutions *via* deux types de facteurs. Les *facteurs exogènes* correspondent à une fragilisation potentielle de la santé liée à des conditions de vie rendant plus difficiles des comportements d'hygiène ou de prévention, et des conditions économiques et administratives contraignant les individus à retarder voire à renoncer à consulter. Les *facteurs endogènes* se réfèrent davantage à une dégradation potentielle de l'état de santé *via* les comportements addictifs ou la psychosomatisation de troubles psychologiques.

De nombreuses études, tant quantitatives que qualitatives, ont montré la forte propension aux conduites addictives parmi la population précaire. Il s'agira d'aller plus loin et d'analyser l'impact des différents modes d'adaptation identitaire et comportementale à des conditions dégradées – dévalorisation de soi, troubles psychologiques, tendance à l'auto-exclusion ou, au contraire, logique de mobilisation des ressources informelles, construction face aux difficultés... – sur le rapport au corps (moins écoute de la douleur, perception de son corps, projection dans le temps) et au risque (dérives addictives...).

Trois dimensions fondamentales pourront être explorées :

- l'impact de l'addiction aux drogues et/ou à l'alcool sur la perception du corps et de la douleur en comparant les usagers aux non-usagers.

⁵⁵ C'est ainsi que certains centres, à vocation généraliste, ont opéré à une forme de spécialisation dans certains secteurs médicaux, en se munissant notamment de dentistes ou de psychiatres.

Conclusion

- En particulier, je tenterai d'expliciter l'apparent paradoxe qui consiste, pour beaucoup d'individus, à développer des comportements addictifs comme moyens pour protéger leur intégrité physique et psychique.
- Enfin, en me fondant sur l'œuvre de Laplantine (*Anthropologie de la maladie*), je me concentrerai sur les logiques de gestion de la maladie et de la douleur.

3 – Composantes sociales des logiques de recours aux soins :

L'objectif soutenu est donc de mieux comprendre comment le positionnement et les attitudes de santé face à des situations défavorables selon les trajectoires et les stratégies individuelles et qu'ils ne sauraient se restreindre aux seules déficiences économique-administratives.

Lors de mes précédents travaux (au sein du CREDES et du DEA), j'ai pu distinguer trois idéal-types de logiques de recours aux soins : l'adhésion aux soins, la résistance aux soins – difficultés à initier une démarche de soins ou à observer les prescriptions médicales – et le refus des soins. La recherche des déterminants indique que, si les difficultés économiques et l'absence de couverture sociale tendent à retarder la prise en charge des problèmes médicaux, c'est le cumul des facteurs exogènes (i.e. conditions de vie objectives) et endogènes (i.e. dévalorisation de l'image de soi, troubles psychologiques laisser-aller dans les conduites addictives...) de la précarité que l'on retrouve chez les individus se référant à des logiques de refus des soins – et de défiance à l'égard des structures médico-sociales.

Un même ensemble de phénomènes concourt à la genèse des logiques de défiance à l'égard des recours aux soins et au développement des processus de précarisation, d'où la plus fréquente simultanéité de leurs manifestations. Ainsi, d'un côté, la faiblesse des ressources initiales, économiques, culturelles, sociales, dont dispose une personne freine notablement l'acquisition de positions stables, pour l'emploi, le logement et en matière d'installation familiale, statuts qui font barrage à la précarisation ; alors que, de l'autre côté, la faiblesse des moyens culturels et sociaux d'apprentissage du fonctionnement et des usages du système de santé maintient dans une situation d'ignorance et de sujétion favorisant l'emprise d'une logique de défiance à l'égard du recours aux soins. On peut supposer que si des personnes psychologiquement vulnérables se trouvent dans des situations angoissantes qui les mettent en jeu, soit à travers l'image de leur corps, soit pour ce qui est des conséquences aléatoires sur leur santé, leurs comportements tendront alors davantage à se référer à une logique de défiance que de confiance à l'égard des structures de soins.

D'autre part, l'analyse des démarches de soins (propension à renoncer ou à différer des soins, comportements d'automédication répandus...) devra être rapprochée des caractéristiques socio-démographiques des individus, des relations entretenues avec les structures et avec l'entourage proche, des représentations de santé héritées ou construites sur leurs expériences passées de santé et de prise en charge médicale.

4 - Rapport à soi, stratégies individuelles d'approche des biens et des structures de santé :

Conclusion

Par les affections particulières et " symptomatiques " que véhiculent la dépossession des statuts socioprofessionnels (ou la négation d'un tel statut pour les sans-papiers), le corps devient porteur de stigmates profondément négatifs, participant de la dévalorisation de soi. La pérennité de l'instabilité des conditions de vie et l'éternelle vacuité du présent peu à peu se fixent comme autant de traces corporelles et comportementales rendues éminemment visibles. C'est aussi par le prisme des regards extérieurs – individuels comme institutionnels – que l'individu se positionne et reconstruit son parcours. Il serait donc intéressant de voir les stratégies mobilisées et les modes de présentation de soi employés par les individus afin de rendre, tout au moins acceptable (pour eux comme pour autrui), cette figure dégradée. L'objectif sera d'approfondir la réflexion sur les paroles qui indiquent une immense résistance aux soins, une dureté supposée, une absence d'écoute et un déni du corps. On peut, en effet, supposer que les déclarations et les paroles données sont pliées par les stigmates négatifs et sont interprétables dans ce cadre. Ce sont les stigmates qui font ployer le sens des récits vers « la grande victime » ou une « vie coupable ». Pour les individus, il s'agit alors de savoir comment donner une figure acceptable de soi quand les stigmates sont visibles et bruyants, comment les remanier, les déplacer, les transformer positivement. Il faudra donc se garder de prendre les paroles et les déclarations sans tenir compte de ce cadre d'interaction entre le monde médical et le stigmaté.

En dehors de toute considération de précarité, on suppose ainsi que les personnes qui hésitent à avoir recours aux différentes structures de soins agissent selon une « logique de défiance » : elles considèrent a priori que tout recours à ce système de santé qu'elles connaissent mal est menaçant, soit parce qu'elles ont peur d'y apprendre l'existence d'une maladie, soit parce que leur ignorance pouvant être dévoilée, elles risquent à cette occasion d'être méprisées, voire d'être sanctionnées et privées de certaines de leurs ressources. A l'autre extrême, les personnes qui ont recours sans difficultés aux différentes structures de soins agissent selon une « logique de confiance » : elles considèrent a priori qu'elles n'ont pas à se méfier de leur visite de santé, que les interventions qui peuvent leur être alors prodiguées seront effectuées pour leur bien et qu'elles ne risquent à cette occasion ni d'être méprisées, ni de se voir agressées ou indûment taxées.

Si une telle conception des logiques de recours aux soins est pertinente, on peut supposer alors que les degrés les plus importants de l'apprentissage de l'usage des structures de soins correspondent à une plus grande emprise des « logiques de confiance »; et qu'inversement, plus la personne est étrangère au symbolisme et aux pratiques des professionnels de santé, plus ses comportements obéissent à une « logique de défiance ». La détention d'un niveau important de ressources économiques, professionnelles et culturelles correspondrait plus fréquemment aux logiques de confiance alors que le fait de se trouver dans une situation de précarité de ressources, tant financières que de sociabilité, induirait une fragilité des repères qui s'associerait souvent avec les logiques de défiance. On suppose que l'importance de la méfiance à l'égard du système de soins ne trouve pas son origine principale dans la faiblesse du niveau des droits ou l'insuffisante protection sociale de l'intéressé. Mais, d'un autre côté,

on constate qu'elle est notablement renforcée dans les situations de précarité des droits ou des ressources financières. Réciproquement, la défiance à l'égard du système de soins engendre des retards de prise en charge des maladies qui, à leur tour, accentuent la gravité des troubles de santé et, de ce fait, concourent à la précarisation de la personne.

C) MÉTHODOLOGIE

1- Outils quantitatifs potentiels et protocoles d'accord avec différents organismes :

Étant, de formation initiale, statisticien spécialisé en économie de la santé⁵⁶, il m'a semblé intéressant d'utiliser ces connaissances dans le cadre de cette thèse. A l'heure actuelle, trois principales sources de données riches et diversifiées me semblent pouvoir être travaillées :— Les données du CREDES, que j'ai déjà en partie exploité (lorsque j'étais chargé d'étude au CREDES et pour ma recherche de DEA). Cette base très riche me permettrait en particulier d'approfondir la dimension de la santé, du rapport au corps et aux soins. L'intérêt porté par l'administration et les chercheurs du CREDES à mon mémoire de DEA ouvre la voie à un nouveau protocole d'utilisation indépendante de ces données.

— A l'occasion de contacts répétés avec une personne de l'administration de la Mission Locale de Poitiers, un accord bilatéral pourrait être envisagé. Les données, non exploitées à ce jour, dont dispose l'organisme dévoile un double intérêt dans le cadre de ma recherche. D'une part, les informations portent à la fois sur les conditions de vie et les éventuels problèmes de santé des individus (puisque un médecin y travaille à plein temps). D'autre part, et surtout, il s'agit de données dynamiques (suivi des parcours individuels dans le temps) qui permettent d'étudier l'évolution des conditions de vie des individus. Ce serait là un matériel précieux qui me permettrait de suivre les processus et modes de disqualification mais aussi de requalification sociales.

— Enfin, j'ai pris contact avec l'INSEE qui mène actuellement une vaste étude sur les personnes en situation de précarité en France. Cécile Brousse, responsable de cette enquête, m'a adressé un avis favorable quant à une utilisation strictement personnelle et confidentielle de ces données. Cependant, l'exploitation de l'enquête étant conduite par un groupe de travail comprenant outre l'INSEE et l'INED, les organismes qui ont financé l'enquête (CERC, CNAF, ministère du logement, ministère de l'emploi et de la solidarité, observatoire de la pauvreté), l'INSEE se doit de garantir à ses partenaires un droit d'exclusivité sur les publications d'études portant sur cette enquête jusqu'en 2003 (date à laquelle les données deviendront publiques). Néanmoins, elle m'a proposé de demander l'aval des institutions en question afin que je puisse exploiter les données pendant cette période de carence. A l'heure actuelle, elle m'a envoyé le questionnaire complet de cette étude et m'a proposé une rencontre afin que je lui soumette mon projet.

⁵⁶ Diplôme de l'ENSAI (Ecole Nationale de la Statistique et de l'Analyse de l'Information) obtenu en 2000.

2. Outils qualitatifs

Le travail qualitatif me permettra d'explorer mes hypothèses d'une manière plus systématique (analyse des processus) ; je pense repartir des entretiens semi-directifs réalisés dans le cadre de la recherche du CREDES en les complétant par un ensemble d'entretiens pour une série de publics exposés à des processus significatifs et différenciés de précarisation :

- jeunes en difficulté d'insertion,
- familles précarisées,
-
- personnes isolées exclues du marché du travail.

Ces nouveaux entretiens porteront davantage sur le rapport au corps, les relations avec les structures médico-sociales et les modes de mobilisation des aides formelles et informelles. La passation de tels entretiens pourrait se passer dans plusieurs espaces de contact avec ces publics :

- Mission Locale pour les jeunes (Poitiers)
- Centres de soins gratuits (Paris)
- Centre de prévention (bilans de santé) (banlieue parisienne)

Deux types d'approches me semblent ici pertinentes.

- La première consistera à élaborer un échantillon d'individus pour lesquels je pourrai effectuer, avec leur accord, une vague de 2 à 3 entretiens espacés dans le temps, permettant ainsi de mieux comprendre le lien entre l'évolution des conditions de vie, des réseaux de sociabilité, du rapport aux structures médico-sociales, au corps et à la santé.
- La seconde approche pourrait consister en une analyse comparative des parcours et des représentations de deux sous-échantillons : le premier porterait sur des individus actuellement en grandes difficultés alors que le second concernerait des sujets qui " se sont sortis des difficultés ".

Conclusion

Bibliographie

BIBLIOGRAPHIE

- Adam P. , Herzlich C. ,** *Sociologie de la maladie et de la médecine*, 1994, Editions Nathan.
- Adès J., Lejoyeux M.,** *Alcoolisme et psychiatrie*, 1997, Editions Masson
- Agresti A. ,** *An Introduction to Categorical Data Analysis*, 1996, John Wiley & Sons, Inc.
- Andersen, Gallagher, Gelberg, Koegel,** *Competing priorities as a barrier to medical cares among homeless adults in Los Angeles*, 1997, American Journal of public health.
- Antonovsky A. ,** *Health, stress and coping*, 1979, Editions Jossey-Bass.
- Appay B. ,** « Précarité, précarisation : réflexions épistémologiques », 2001, dans *Précarisation, risque et santé*, Editions INSERM.
- Bantman P. , Martin S. , Ménahe G. ,** *Trajectoires sociales et inégalités*, 1994, MIRE/INSEE.
- Barrier G. ,** *La prise en charge effective des urgences médicales*, 1994, Rapport rendu au Premier Ministre sur la prise en charge préhospitalière des urgences.
- Bichot E., d'Agostin E., Malpart M.L. , Martin B. , Ruellan R. ,** *Les conditions d'un véritable accès aux soins des personnes défavorisées*, 1997, Centre Nationale d'Etudes Supérieures de Sécurité Sociale.
- Bisson J., Nadeau L., Demers A. ,** « The validity of the CAGE scale to screen for heavy drinking and drinking problems in a general population survey », 1999, Addiction n°94 pp. 715-722.
- Black B. , Bruce M.E. ,** « Treating tuberculosis : the essential role of social work », Social Work Health Care n°26.
- Bocognano A. ,** *Le recours aux soins médicaux des chômeurs en France*, 1995, CREDES.
- Bourdieu P. ,** *La distinction, critique sociale du jugement*, 1979, Editions de Minuit.
- Bourdieu P.** (avec L. J. D. Wacquant), *Réponses*, 1992, Editions du Seuil.
- Bourget-Devouassoux J. , Chastang A. , Kovess V. , Ortun M. ,** « La santé mentale dans l'enquête « Conditions de vie ». Problématiques et premiers résultats », 1992, Revue de Santé Publique.
- Bouyer J. , Cordier S. , Hémon D. ,** *Épidémiologie : principes et méthodes quantitatives*, 1993, Editions INSERM.

- Breakey W.R. , Fischer P.J. ,** « The epidemiology of alcohol, drug and mental disorders among homeless persons », 1991, American Psychologist volume n°46.
- Buchsbaum DF., Buchaman RG., Centor RM., Schnoll SH., Lawton MJ. ,** *Screening for alcohol abuse using CAGE scores and likelihood ratios*, 1991, Ann. Intern Méd.
- Burnam A. , Koegel P. , Melamid E. ,** « Childhood risk factors for homelessness among homeless adults, 1995 », American Journal of Public Health n°12.
- Castel R. ,** *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*, 1995, Editions Fayard.
- Charbonnel J-M., Paugam S.; Zoyem J-P.,** *Précarité et risque d'exclusion en France*, La Documentation Française.
- Chassériaux C. ,** *La grande exclusion sociale, questions liées à l'insertion et au devenir des publics en grande difficulté sociale*, 1993, rapport au ministre des Affaires Sociales de la Santé et de la Ville, La Documentation Française.
- Chauvin P. , Lebas J. ,** *Précarité et santé*, 1998, Editions Flammarion.
- Chauvin P. , Guiguet M. , Lebas J. , Menahem G. , Pech N. , Parizot I. ,** *Précar : trajectoires de précarité, états de santé et accès aux soins*, rapport final à l'intercomission n°6 de l'INSERM, 1999, Institut de l'Humanitaire.
- Chauvin P. , Facy F. , Joubert M. , Ringa V. ,** *Précarisation, risque et santé*, 2001, Editions INSERM.
- CNIS (Conseil National de l'Information Statistique),** *Pauvreté, précarité, exclusion*, 1998, rapport rendu à l'INSEE.
- Collet M.,** *Précarité, précarisation et logiques de recours aux soins*, 2000, rapport de stage ENSAI.
- Conover S.A. , Lin S.P. , Struening E.L. , Susser E. S. ,** « Childhood Antecedents of Homelessness in Psychiatric Patients », 1991, American Journal of Psychiatry n°148.
- Daguet F. , Thave S. ,** « La population immigrée », 1999, INSEE Première n°458.
- Damon J. , Firdion J-M. ,** « Vivre dans la rue : la question SDF », dans **S. Paugam :** *L'exclusion, l'état des savoirs*, 1996, Editions La Découverte.
- Danset,** *Eléments de la psychologie du développement : introduction et aspects cognitifs*, 1983, Editions Colin.
- Dambuyant-Wargny G. ,** « Corps et précarité », 2001, Ecorev' n°4.

Declerck P. , Duprat P. , Gaslonde O. , Hassin J. , Pichon J.P. , *L'état médico-social et psychopathologique des personnes SDF*, 1996, Réseau National de Santé Publique.

De Gaulejac V. (en collaboration avec **Taboada Leonetti I.**), 1994, *La lutte des places*, Editions Desclée de Brouwer.

Demazières D. , « La négociation des identités des chômeurs de longue durée », 1992, dans Revue française de sociologie n° XXXIII.

Dubar C., « Formes identitaires et double transaction : une théorie de la socialisation professionnelle », 1992, Revue Française de Sociologie.

Farge D., Marjanovic Z., Poinsignon Y. , « Maladies infectieuses liées à la pauvreté », 1997 dans Farge, Jourdain-Meninger, *L'hôpital public : le retour à l'Hôtel Dieu*, Editions Hermès, pp. 99-122.

Fassin D. , Granjean H. , Kaminski M. , Lang T. , Leclerc A. , *Les inégalités sociales de santé*, 2000, Editions la Découverte.

Firdion J.M. , Marpsat M. , « Devenir sans domicile ; ni fatalité, ni hasard », dans Populations et Sociétés n° 313.

Firdion J.M. , Marpsat M. , « Les personnes sans domicile à Paris : caractéristiques, trajectoires et modes de vie », 2000, dans *La rue et le foyer : une recherche sur les sans-domicile et les mal-logés dans les années 1990*, Travaux et documents de l'INED PUF.

Furtos J. , « Contexte de précarité et souffrance psychique : quelques particularités de la clinique psychosociale », Septembre 1999, Revue Soins.

Gache P. , « Repérage et diagnostic des malades de l'alcool », 1999, La Revue du Praticien n°49, pp. 375-378.

Galland O. , « Entrer dans la vie adulte : des étapes plus tardives mais resserrées », 2000; Economie et Statistiques n°337-338.

Godbout J.T. , *Le don, la dette et l'identité*, 2000, Editions La Découverte / M.A.U.S.S.

Goffman E., *Asiles, études sur la condition sociale des malades mentaux*, 1968, Editions de Minuit.

Goffman E., *Stigmate, les usages sociaux des handicaps*, 1975, Editions de Minuit.

Gouriéroux Ch. , *Econométrie des Variables Qualitatives*. 1992, Editions Économica.

Grignon M. , Polton D. , « Inégalités d'accès et de recours aux soins », dans *Mesurer les inégalités*, 2000, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité Mission Recherche - DREES.

Hassoun D. , *Précarité et santé bucco-dentaire*, 1998, Thèse au sein du CREDES.

- Herpin N.** , « La famille à l'épreuve du chômage », 1990, Economie et Statistiques n°235.
- Joubert M.** , « Précarisation et santé mentale. Déterminants sociaux de la fatigue et des troubles dépressifs ordinaires » dans *Précarisation, risque et santé*, 2001, Editions INSERM.
- Huas D., Allemand H., Loiseau D., Pessione F., Rueff B.** , « Prévalence du risque et des maladies liées à l'alcool dans la clientèle adulte du généraliste », 1993, Revue Pratique du Médecin Généraliste n°203, pp. 39-44.
- Kovess V. , Mangin-Lazarus C.** , *La santé mentale des sans-abris dans la ville de Paris*, 1996, Association l'Elan Retrouvé.
- Laé J.F.** , *L'homme à la rue, étapes et figures de l'abandon*, 1993, GRASS.
- Lagache D.** , *Eléments de psychologie médicale*, 1955, repris en 1979, PUF.
- Lamarque G.** , *L'exclusion*, 1998, Que sais-je ? 2^{ème} édition.
- Laplantine F.** , *Anthropologie de la maladie*, 1956, Editions Payot.
- Lazarus A., Strohl H.**, *Ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale. Une souffrance qu'on ne peut plus cacher*, 1995, Rapport DIRMI, DIV, DASS, DGS.
- Lebas J.** , *Accueil des malades démunis à l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris*, 1994, rapport à la Commission.
- Lecomte T. , Mizrahi An. , Mizrahi Ar.** avec Firdion J.M et Marpsat M. de l'INED, *Vie et santé des personnes sans domicile à Paris : enquête INED 1995*, 1998, CREDES.
- Lecomte T. , Mizrahi An. , Mizrahi Ar.** , *Précarité sociale : cumul des risques de sociaux et médicaux*, 1996, CREDES
- Legrand J-L. , Pineau G.** , *Les histoires de vie*, 1993, PUF Editions Que sais-je ?
- Mackenbach JP, Kunst AE, Cavelaars AEJM, Groenhof F., Geurts JJM**, *European Working Group on Socio-economic Inequalities in Health*, 1997, « Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe : a comparative study », Editions Lancet.
- Maisondieu J.** , « Alcool, alcoolisme, exclusion et précarité », 2001, dans *Précarisation, risque et santé*, Editions INSERM.
- Mäkela R. , Seppä K. , Sillanaukee P.** , « Effectiveness of the Alcohol Use Disorders Identification Test in occupational health screenings », 1995, in *Alcoholism : Clinical and Experimental Research*.
- Martin C.** , « Famille et précarité : la protection rapprochée », 2001, dans *Précarisation, risque et santé*, Editions INSERM.

Massé R. , *Culture et santé publique. Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*, 1995, Editions Gaëtan Morin.

Ménahe G. , avec la collaboration de Bantman P. et Martin S. , *Quand l'enfance fait mal – Trois approches des relations entre problèmes de jeunesse et troubles de la santé à l'âge adulte*, 1998, Rapport de recherche pour la MIRE.

Ménahe G. , « Spécificités des usages précaires des systèmes de soins : quelques hypothèses », dans *Les usagers du système de soins*, 2000, Editions ENSP.

Ménolet-Calles B. , *L'accès aux soins des personnes démunies*, 1997, Editions L'harmattan.

Mesrine A. , « La surmortalité des chômeurs : un effet catalyseur du chômage ? », 2000, Economie et Statistiques n° 334.

Morisson A., Pomerantz D. , *Alcohol problems*, Bellevue Guide to outpatient medicine.

Nasse R. , *Exclus et exclusion : connaître les populations, comprendre les processus*, 1993, Commissariat Général du Plan, La Documentation Française.

Paris V. , Sourty Le Guellec M.J. , « Lieux de soins pour les démunis », 1997, dans Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine, Santé et Pauvreté, volume n° 181.

Paugam S. , Zoyem J.P. , « Le soutien financier de la famille : une forme essentielle de la solidarité », 1997, Economie et Statistiques n°308-309-310.

Paugam S. , « Famille et vie conjugale », dans *Précarité et risque d'exclusion en France*, 1993, Documents du CERC n°109.

Piaget J. , *La psychologie de l'enfant*, 1971, PUF 4ème édition.

Picard H. , *Une nosologie de la misère : le cas des tsiganes roumains de la banlieue parisienne nord*, 1997, thèse effectuée à Paris VI.

RESSCOM et DIV , *Séminaire ville, violences et santé mentale*, avril 2001, Bulletin n°1

Rubin D.A. , Wright J.D. , « Les sans-domicile aux Etats-Unis, leçons tirées de quinze années de recherches », 1998, Sociétés Contemporaines n°30.

Rueff, dans *Les malades de l'alcool*, 1995, Editions John Libbey Eurotext.

Sayad A. , *La double absence. Des illusions de l'émigré aux souffrances de l'immigré*, 1999, Editions Seuil.

Schleret, « Consommation et accès aux soins : la prise en compte des plus démunis », 1993, dans Revue des affaires sociales, volume n° 47, p. 75-91.

Schnapper D. , *La relation à l'autre. Au coeur de la pensée sociologique*, 1998, Editions Gallimard NRF / Essais.

Seeman M., Seeman A. , «Life strains, alienation and drinking behavior», 1992, Alcoholism : Clinical end Experimental Research n°16, pp. 199-205)

Thomas H. , *La production des exclus*, 1997, PUF

Trapier P., *Mort d'un SDF*, 1996, Editions Calman-Levy.

UHSO (Groupe de travail), *L'hôpital et les exclus*, 1994; dans la Revue Hospitalière de France n°6.

Vexliard A. , *Le clochard. Etude de la psychologie sociale*, 1957, réédition en 1998, Paris, Desclée de Brouwer.

Volle M. , *Analyse de données 4ème édition*, 1997, Editions Economica.

ANNEXE 1

Le questionnaire *Précalog* :

1. **Identification du centre** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
2. **Date de remplissage** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
3. **Numéro d'ordre du patient** |_|_|_|_|_|

4. **Âge** |_|_|_|_|
5. **Sexe** M F

6. Raisons de la demande de consultation

6.1 Pour quelles raisons êtes-vous venu aujourd'hui ?
(Cette première question introduira l'entretien. Elle devra être saisie textuellement, avec les mots de la personne et même ses erreurs de syntaxe. Il faut donc accepter toutes les réponses, qu'elles précisent le type de consultation, le type de problèmes de santé, de problèmes administratifs liés à l'absence de couverture sociale ou d'autres problèmes.)

.....

.....

.....

.....

- 6.2 Êtes-vous déjà venu dans ce centre ? oui non
 ↳ si oui, quand la dernière fois ?

7. Logement actuel

- 7.1 Type de logement
- chez moi
- chez des amis
- dans la famille
- dans un centre d'accueil (CHRS, etc.)
- dans un foyer (SONACOTRA, etc.)
- à l'hôtel
- dans un squat
- à la rue, SDF
- autre, *préciser*

- 7.2 Votre logement est-il fixe ou temporaire ?
- fixe ⇒ *depuis combien de temps* ?
- temporaire ⇒ *depuis combien de temps* ?

8. Travail actuel

- 8.1. Situation de travail ? (plusieurs réponses possibles)
- stable
- temporaire
- travail non déclaré, au noir
- ne travaille pas
- en recherche d'emploi/au chômage

8.2. Depuis quand êtes-vous dans cette situation ?

9. Quelles sont vos ressources ? (plusieurs réponses possibles)

- salaire ou autre revenu déclaré
- retraite
- petits boulots, travail au noir
- allocation chômage, ASSEDIC
- RMI, AAH, pension
- autre allocation (familiale, logement, ...)
- aide de la famille ou de proches
- fait la manche
- aucune ressource
- autre, *préciser*

10. Formation

- 10.1 A quel âge avez-vous cessé d'aller régulièrement à l'école ? ⇒ |_|_|_|_| ans
- 10.2 Quel est votre métier actuel, ou le dernier métier que vous avez exercé ?
-

11. Situation familiale

- 11.1 Avez-vous une relation sentimentale ou amoureuse qui compte beaucoup pour vous ? oui non
- 11.2 Vivez-vous en couple ? oui non
- 11.3 Avez-vous des enfants ? oui non
 ↳ si oui, combien |_|_|_|_|
- 11.4 Vivez-vous avec d'autres personnes ? oui non
 si oui,
 ↳ nombre d'adultes (*y compris vous-même*) |_|_|_|_|
 ↳ nombre d'enfants au total |_|_|_|_|
- 11.5 Depuis combien de temps êtes-vous dans cette situation familiale ?
- 11.6 Avez-vous l'impression d'être isolé ? oui non

12. Situation légale

- 12.1 Quelle est votre nationalité ?
- 12.2 Si né hors de France, lieu de naissance
- ↳ Année d'arrivée en France |_|_|_|_|_|_|
- 12.3 Si vous êtes étranger, quelle est votre situation administrative ?
- carte de résident, statut de réfugié accordé
- carte de séjour
- récépissé en cours de validité
- sans papiers
- autre, *préciser*
- 12.4 A-t-on établi pour vous une demande d'autorisation provisoire de séjour pour soins urgents ? oui non
- Si oui, pour quels motifs ?
-

13. Trajectoires de vie

13.1. Avant d'avoir atteint vos 18 ans, avez-vous connu des événements familiaux graves ou des difficultés importantes, tels que (*plusieurs réponses possibles*) :

- graves problèmes de santé
- décès du père
- maladie, handicap ou accident grave du père
- décès de la mère
- maladie, handicap ou accident grave de la mère
- séparation ou divorce des parents
- graves disputes ou mésentente entre les parents
- conflits ou disputes graves avec vos parents
- un grand manque d'affection
- une situation matérielle difficile
- des événements graves liés à la guerre
- d'autres événements

13.2 Avez-vous, au cours de votre vie été victime d'un ou de plusieurs accidents graves ? oui non
↳ Si oui, combien ? |__|__|

13.3 Lesquels (*plusieurs réponses possibles*)

- accident du travail
- accident de la circulation
- accident de la vie domestique
- accident dans les loisirs
- autre type d'accidents

14. Protection sociale

- bénéficiaire de la sécurité sociale (*assuré ou ayant droit*)
- aide médicale, carte Paris santé, etc.
- sans protection sociale
- ne sait pas

15. Recours aux soins

15.1 Vous est-il déjà arrivé de renoncer pour vous-même à certains soins pour des raisons financières ? oui non

15.2 Si oui, pour quels soins ? (*au plus 2 réponses*)
.....
.....

16. Attitudes à l'égard des soins

16.1 Au cours des 12 derniers mois, avez-vous souffert d'une douleur difficile à supporter ?

- oui, une fois oui, plusieurs fois non ne sait pas

16.2 Si oui, où avez-vous eu mal ?
.....

16.3 Qu'avez-vous fait la dernière fois? (*plusieurs réponses possibles*)

- | | oui | non | nsp |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ↳ Avez-vous attendu que cela passe ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ↳ Avez-vous essayé de vous soigner vous-même ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ↳ Êtes-vous allé consulter ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ↳ Avez-vous été hospitalisé ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

↳ Qui êtes-vous allé consulter ?

- un médecin généraliste
- un kinésithérapeute
- un dentiste
- autre, précisez ⇒

↳ Avez-vous été satisfait du traitement reçu pour soulager cette douleur ? très satisfait
 plutôt satisfait
 plutôt pas satisfait
 pas du tout satisfait

16.4 Avez-vous attendu avant de demander de l'aide ? oui non
↳ si oui, combien de jours ? |__|__|

16.5 Si vous aviez besoin de voir un médecin et si c'était gratuit dans tous les cas, préféreriez-vous ?
 continuer à venir ici
 consulter dans un dispensaire, PMI, centre de soins, ...
 consulter à l'hôpital
 consulter chez un médecin de quartier
 autre, précisez ⇒

17. Évaluation des difficultés à observer des prescriptions médicales éventuellement reçues

17.1 La dernière fois que vous avez vu un médecin, vous a-t-il fait une ordonnance pour des médicaments ? oui non

17.2 Avez-vous pu prendre ces médicaments pendant toute la durée du traitement ? oui non
↳ Si non, pourquoi ?

17.3 La dernière fois que vous avez vu un médecin, vous a-t-il fait une ordonnance pour une prise de sang ou des radios ? oui non
↳ Avez-vous eu des difficultés pour les réaliser ? oui non
↳ si oui, pourquoi ?

18. Aller chez le médecin vous fait-il peur ? oui non

19. Mode de vie actuel

19.1 Fumez-vous actuellement ? oui non
↳ si oui, combien de cigarettes par jour ? |__|__|
↳ ou de paquets de tabac par semaine ? |__|__|

19.2 Vous arrive-t-il de boire du vin,
.....

19.3 Si oui, avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ? oui non

19.4 Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation de boissons alcoolisées ? oui non

19.5 Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ? oui non

19.6 Avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ? oui non

20. Estimation subjective de l'état de santé

Actuellement, compte tenu de votre âge, pouvez-vous noter entre 0 et 10 votre état de santé ? |__|__|
Ne sait pas

21. Raisons de la demande de consultation

Pour quelles raisons êtes-vous venu ici aujourd'hui?

(Cette première question introduira l'entretien. Elle devra être saisie textuellement avec les mots de la personne et même ses erreurs de syntaxe. Il faut donc accepter toutes les réponses, qu'elles précisent le type de consultation, le type de problème de santé, de problèmes administratifs liés à l'absence de couverture sociale ou de problèmes autres)

22. Types de symptômes dont se plaint le patient

Noter en clair les symptômes déclarés par le patient, si possible dans les termes les plus proches de son vocabulaire (ce qui peut aussi nous aider à évaluer ses connaissances médicales).

23. Noter en clair le/les diagnostic(s) et cocher ci-dessous la/les case(s) correspondante(s)

- Vue et ophtalmologie 1. Troubles de la vue
- 2. Autre problème ophtalmologique
- Respiratoire et ORL** 3. **Infection des voies aériennes supérieures, infection ORL**
- 4. Infection broncho-pulmonaire
- 5. Asthme, emphysème, BPCO
- 6. Autre problème broncho-pulmonaire
- 7. Autre problème ORL
- Cardio-vasculaire 8. Hypertension artérielle
- 9. Maladie cardiaque (*angor, insuffisance cardiaque, valvulopathies, etc.*)
- 10. Phlébite, varices, insuffisance veineuse
- 11. Autre problème cardio-vasculaire
- Bouche et dents 12. Problème bucco-dentaire
- Digestif 13. Maladie de l'oesophage
- 14. Maladie de l'estomac (ulcère, gastrite, etc.)
- 15. Maladie intestinale ou ano-rectale
- 16. Maladie hépato-biliaire ou pancréatique
- 17. Autre maladie intestinale
- Génito-urinaire 18. Diagnostic ou suivi de grossesse, obstétrique
- 19. Troubles gynécologiques (y compris seins)
- 20. M.S.T.
- 21. Infection urinaire ou prostatique
- 22. Autre maladie génito-urinaire
- Peau** 23. **Infection cutanée, plaie infectée, mycose**
- 24. Parasitose cutanée
- 25. Autre dermatose non infectieuse
- Infectieux 26. Infection à VIH
- 27. Tuberculose
- 28. Autre maladie infectieuse non classée ailleurs
- Psychiatrie 29. Toxicomanie
- 30. Alcoolisme
- 31. Angoisse, anxiété, troubles du sommeil
- 32. Dépression
- 33. Autre problème psychiatrique
- Neurologie 34. Céphalée, migraine
- 35. Autre problème neurologique

24. Diagnostic(s) en clair :

.....
.....

S'il s'agit d'une infection ORL ou respiratoire haute AIGUE : rhume, rhinite aiguë, toux, pharyngite, angine, sinusite aiguë, laryngite, otite aiguë...

24.1 Depuis quand souffrez-vous ?

24.2 Vous êtes-vous d'abord soigné sans voir un médecin ?
 oui quand ?
 non

24.3 Avez-vous déjà consulté un médecin pour cela avant aujourd'hui ?
 oui quand pour la 1^{ère} fois ?
 non

S'il s'agit d'une infection AIGUE de la peau ou de ses annexes : impétigo, dermite bactérienne, abcès cutané, furoncle, érysipèle, surinfection d'une dermatose, surinfection d'une plaie, mycose aiguë...

24.4 Depuis quand souffrez-vous ?

24.5 Vous êtes-vous d'abord soigné sans voir un médecin ?
 oui quand ?
 non

24.6 Avez-vous déjà consulté un médecin pour cela avant aujourd'hui ?
 oui quand pour la 1^{ère} fois ?
 non

- | | | | |
|----------------|--|--------------|--|
| Locomoteur | 36. <input type="checkbox"/> Arthrose | | |
| | 37. <input type="checkbox"/> Rhumatismes | | |
| | 38. <input type="checkbox"/> Traumatisme, fracture, plaie non infectée | | |
| | 39. <input type="checkbox"/> Autre locomoteur | | |
| Tumeurs | 40. <input type="checkbox"/> Cancer, tumeur maligne | | |
| | 41. <input type="checkbox"/> Tumeur bénigne ou tumeur sans précision | Autre | 48 <input type="checkbox"/> Prévention ou vaccination |
| Hématologie | 42. <input type="checkbox"/> Hémopathies malignes | | 49 <input type="checkbox"/> État morbide mal défini |
| | 43. <input type="checkbox"/> Anémie et autres maladies du sang | | 50 <input type="checkbox"/> En bonne santé, visite systématique |
| Endocrinologie | 44. <input type="checkbox"/> Diabète | | 51 <input type="checkbox"/> Anomalie congénitale, affection périnatale |
| | 45. <input type="checkbox"/> Dénutrition, carence alimentaire | | 52 <input type="checkbox"/> Autre, préciser |
| | 46. <input type="checkbox"/> Obésité | | |
| | 47. <input type="checkbox"/> Autre endocrino-métabolique | | |

25. Évaluation de la perception des difficultés concernant la dentition

Les questions qui suivent ont été posées à un échantillon représentatif de la population générale vivant en France. Afin de pouvoir mettre en évidence les caractères particuliers des personnes en situation de précarité, il serait nécessaire que vous les posiez à votre patient dans les mêmes termes et avant de procéder à l'examen de dépistage des problèmes dentaires.

- 25.1 Avez-vous déjà perdu ou fait arracher des dents, en dehors des dents de sagesse ou des dents de lait ? oui non
- 25.2 Combien vous manque-t-il de dents non remplacées ? (*par dents "remplacées" on entend celles pour lesquelles la personne dispose d'une prothèse ou d'un appareil, même si elle ne le porte pas*)
- 25.3 Pourquoi ne les avez-vous pas fait remplacer ?
- 25.4 Avez-vous des prothèses dentaires (*couronnes, dentiers, bridges, plombages, ...*) ? oui non
- 25.5 De quand date votre dernière visite chez le dentiste ? mois année
- 25.6 Si cela fait plus d'un an, pourquoi n'y êtes-vous pas allé plus récemment ?

26. Proposition d'un examen dentaire :

- 26.1 *Lorsqu'un de vos patients a besoin de faire soigner ses dents, pouvez-vous l'orienter vers des soins dentaires gratuits ?* oui non
- Si oui, nous vous demandons de proposer au patient un examen de dépistage dentaire* ↗
- 26.2 Êtes-vous d'accord pour que je procède maintenant à un rapide examen de dépistage de vos problèmes de dents ? oui non

27. Résultats de l'examen dentaire pratiqué par le médecin :

- 27.1 Nombre de dents manquantes non remplacées :
- 27.2 Y a-t-il des prothèses visibles (*bridge, couronne, dentier, appareil...*) : oui non
- 27.3 Un soin dentaire curatif semble-t-il nécessaire actuellement pour le patient :
- ↳ *traitement de caries et autres soins dentaires courants* oui, probablement non ne sait pas
- ↳ *mise en place de prothèse(s) dentaire(s) ou appareil* oui, probablement non ne sait pas
- 27.4 Si des soins dentaires semblent nécessaires, le patient est-il d'accord pour aller consulter un dentiste ?
- tout à fait d'accord plutôt d'accord plutôt pas d'accord pas du tout d'accord ne sait pas

28. Après le départ du patient, quels sont vos éventuels commentaires sur ce patient ?

Nous vous remercions vivement de votre contribution à la réalisation de notre enquête.

ANNEXE 2

Le guide d'entretien :

Démarche générale :

Il s'agit de laisser la personne enquêtée rentrer dans la logique de son existence passée et de la laisser réadopter l'une ou l'autre des identités qu'elle avait construites au cours de sa vie antérieure. Pour ce faire, il serait utile de partir du récit d'expériences passées de maladies ou d'accidents ayant suscité des soins ou des interventions de professionnels de santé. À partir de ce point de départ, les relances encourageront autant que possible les associations avec les souvenirs d'enfance et les transformations véhiculées ou au contraire transformées. On tentera ainsi de remonter aussi loin que possible dans le passé de manière à ce que la personne interviewée s'immerge dans le "corridor de ses souvenirs", afin qu'elle retrouve les émotions, les angoisses ou les plaisirs qu'elle a vécus.

Le pari d'une telle démarche est de rendre présent à l'esprit les conceptions de la vie et de l'existence les plus profondes et de rendre compte de certaines des cohérences de base des rapports à la santé et aux soins, cohérences qui fondent la logique des défiances ou des confiances à l'égard des recours aux soins.

Thèmes abordés et pistes privilégiées:

L'information que l'on cherche à recueillir peut être subdivisé en 10 principaux blocs interdépendants et aisément fiable lors de l'entretien. Un des objectifs est notamment de voir si l'individu fait lui-même le lien entre sa situation précaire et les logiques de rapport au corps et aux soins qu'il dévoile.

Pour chacun des blocs, nous présentons ici les grands thèmes que nous souhaitons aborder (correspondent dans le texte aux questions précédées d'une puce). Par ailleurs, nous fournissons une série de questions

Cependant, cette série de questions n'est en aucun cas ni une liste exhaustive ni une liste imposée de questions à poser. Elle constitue une aide mais se doit d'être modelée par les orientations prises par la conservation.

Consigne de départ:

Une fois la prise de contact faite avec un interviewé potentiel, il nous faut lui résumer succinctement les objectifs affichés par notre étude:

Le CNRS et le CREDES mènent une recherche pour comprendre les différentes réactions qu'adoptent les personnes confrontées à la maladie et aux problèmes de santé. Nous voulons comprendre en particulier en quoi vous vous appuyez sur l'expérience que vous avez pu acquérir pendant votre jeunesse, dans votre milieu familial ou lors des épreuves que vous avez vécues. Dans ce but, nous aimerions que vous nous parliez de l'ensemble des problèmes que vous avez affrontés lorsque vous avez été malade, aujourd'hui mais aussi dans le passé, et des solutions que vous avez adoptées pour y faire face. Nous essaierons de comprendre ensemble en quoi cela a pu évoluer au cours de votre vie.

1. Raisons de la demande de consultation

Ce premier bloc peut constituer une introduction à l'entretien. Il ne s'agit pas de demander au patient de s'étendre sur les raisons de la consultation, mais seulement d'établir le contact avec lui.

- * Pour quelle(s) raison(s) êtes-vous venu aujourd'hui à *** (type de consultation, type de problème de santé, problèmes administratifs liés à l'absence de couverture sociale)?
- * Étiez-vous déjà venu avant ? Pour les mêmes raisons ? Fréquence et ancienneté des consultations? Avez-vous un dossier ici ?

2. Récit du problème de santé et de la décision de recours aux soins.

- * Pouvez-vous me dire comment vous avez décidé de venir vous faire soigner ici ? D'abord, quels étaient les premiers symptômes qui vous ont fait réagir ? Avez-vous souffert ? et si oui où ?
- * Comment avez-vous réagi à ces premières douleurs ou à ces premiers problèmes ?
- * Avez-vous attendu que cela se passe ? avez-vous demandé conseil à des proches ?
[on cherchera à saisir, non seulement la représentation de la maladie mais aussi le système de vigilance et d'alerte qu'utilise la personne pour surveiller son état de santé]
- * A quel moment avez-vous pris la décision d'aller voir un médecin ? Cette décision a-t-elle été prise seul ?
- * Quels critères ont présidé au choix du médecin, de l'hôpital, du dispensaire ou d'un centre de soins ?

3. Histoire des problèmes de santé.

- Avez-vous déjà eu de graves problèmes de santé ayant nécessité des interventions extérieures ?
 - * Si oui : pour quel problème ? qu'avez-vous fait ? et avez-vous essayé de vous soigner seul avant ?
 - * Si oui, comment vous êtes soigné ? un proche vous a-t-il conseillé ? ou aidé ?
 - * A partir de quoi considérez-vous qu'une maladie est grave ? votre avis est-il différent de celui des autres membres de votre famille ? ou de vos proches?
- D'une manière générale, considérez-vous que vous êtes résistant à la douleur ?
 - * Êtes-vous plus ou moins résistant à la douleur que les autres membres de votre famille proche ?
 - * A quoi est-ce dû d'après vous ? (conditions de vie actuelles, biographie personnelle, ...)
 - * Est-ce que cela a changé au cours de votre vie ?
- Avez-vous déjà été hospitalisé ?
 - * Où et quand ? Pour quelles raisons ? Comment cela s'est-il passé ? comment a été prise la décision de recourir à l'hôpital ? qui a pris la décision d'appeler un médecin ? après quels problèmes?
 - * Vous souvenez-vous avoir été à l'hôpital étant enfant, pour vous faire soigner ou pour visiter un proche ? Qu'avez-vous ressenti ? Est-ce que cela a changé des choses pour vous ?
- Lorsque vous étiez enfant ou adolescent, étiez-vous souvent malade ?
 - * Lorsque vous étiez malade, que se passait-il ? [recours ou non, type de recours, conséquences sur la vie familiale, scolaire, etc.]
 - * Vos proches considéraient-ils qu'il fallait tout faire pour vous soigner, ou avaient-ils plutôt tendance à ne pas prendre vos malaises au sérieux ?

- * Aimiez-vous être malade ? Appéciez-vous la situation de malade ?
- * Etiez-vous suivi par un médecin ? Aviez-vous peur de consulter un médecin ou étiez-vous au contraire très rassuré ?
- Lorsque vous étiez enfant ou adolescent, y avait-il dans votre entourage des personnes souvent malades?
- * Comment cela se passait-il ? Qu'est-ce que vous et votre entourage en pensait ?
- * Comment les soignait-on ? Faisait-on facilement appel à des professionnels de santé ? et à partir de quel moment décidait-on de recourir à leurs services ?
- * Y a-t-il dans votre famille des antécédents de maladie grave ? Que s'est-il passé ? quelles conséquences cela a-t-il eu ? Si le parent malade s'est soigné, cela a-t-il amélioré son existence ?

- En ce qui concerne votre santé et le recours aux médecins, avez-vous l'impression qu'il y a eu plusieurs périodes différentes au cours de votre vie ou bien est-ce la même chose depuis que vous êtes enfant ?
- * Est-ce que quelque chose a changé, dans votre manière de considérer les médecins, lorsque vous vous êtes marié par exemple, ou lorsque vous avez eu des enfants ? (+ autres moments importants de la biographie ?) A quoi est-ce dû ?
- * Est-ce que le système de soins a changé depuis votre enfance ? Si oui, en quoi ? Pourquoi d'après vous ?

4. Trajectoire biographique et familiale

- Trajectoire géographique et scolaire
- * Quel âge avez-vous ? Si étranger, à quel âge êtes-vous arrivé en France ?
- * Où êtes-vous né ? Quel était le métier de vos parents ?
- * Jusqu'à quel âge avez-vous été à l'école ? Le cas échéant, pourquoi avez-vous abandonné vos études ?
- * Avez-vous appris un métier ? Ou avez-vous suivi une formation professionnelle ?
- Événements marquants de votre vie et de votre jeunesse
- * Au total, avez-vous un souvenir heureux ou malheureux de votre enfance ?
- * Où avez-vous passé votre enfance ? Par qui avez-vous été élevé ? Et avec combien d'enfants avez-vous été élevé ?
- * Avez-vous rencontré des difficultés, des coups durs, dans votre jeunesse ? De quelles difficultés les plus marquantes vous souvenez-vous ?
- * Pour chacune d'entre elles, il serait important de préciser quelques points : l'origine de cette difficulté ? Et si vous pensez que quelqu'un en portait la responsabilité principale ?
- * Vous souvenez-vous de quelques conflits importants avec votre père ? Avec votre mère ? Et avec les autres membres de votre famille ?
- * Pensez-vous que les événements ou périodes difficiles que vous avez vécus durant votre jeunesse ont eu des conséquences sur votre santé ? Et sur votre manière de vous soigner ?
- * Plus généralement, avez-vous connu des événements dans votre vie qui ont marqué, pour une raison ou pour une autre, une rupture dans le cours de votre existence ? Si oui lesquels, et quelles en ont été les principales conséquences ?
- * Et pensez-vous que les autres événements ou périodes difficiles que vous avez vécus durant votre vie ont eu des conséquences sur votre santé ? Et sur votre manière de vous soigner ?

5. Attitudes à l'égard du risque et de la santé

- Estimez-vous vivre une vie risquée, en général, et particulièrement sur le plan de la santé ?
 - * Par exemple, pensez-vous que la précarité de vos conditions de vie fait courir des risques à votre santé ? Et pensez-vous consommer trop de tabac, ou trop d'alcool ?
 - * Estimez-vous prendre souvent des risques d'accidents, par exemple en roulant trop vite ? ou en ayant des comportements violents ?
 - * Vous est-il déjà arrivé de vouloir modifier certains de vos comportements pour des raisons de santé ? par exemple par des régimes alimentaires, ou en limitant votre consommation de tabac, d'alcool, de psychotropes, etc. ? Si oui, que c'est-il passé ?
 - * Y a-t-il un lien, selon vous, entre vos comportements dans la vie de tous les jours et votre santé ? Pouvez-vous donner quelques exemples ?
 - * Avez-vous déjà été victime d'accidents graves ? (détailler les conditions et les conséquences)
 - * Et avez-vous des amis ou des connaissances proches qui ont eu des accidents graves ? lesquels ?
 - * Quelles attitudes adoptez-vous, ou adoptiez-vous quand vous aviez un emploi, pour vous protéger des accidents de travail ?
- Avez-vous l'impression de faire attention à votre santé ?
 - * Que veut dire, selon vous, "prendre soin de soi" ?
 - * Estimez-vous qu'il est important d'entretenir son corps ? Cela vous est-il possible dans votre vie quotidienne ?
 - * Vous souvenez-vous d'avoir eu (vous ou votre entourage) des comportements de prévention des maladies, même traditionnels –des recettes de "grand-mère" comme disent certains ? Est-ce que votre famille accordait une attention particulière à la santé ?
 - * Y a-t-il eu des moments ou des périodes dans votre vie au cours desquels vous n'avez pas vu du tout de médecins ? Et des moments où vous consultiez moins souvent ? A quoi était-ce dû ? Était-ce un choix ou une obligation ? Est-ce que vous avez eu l'impression que cela a eu des conséquences sur votre santé ?

6. Rapport à la médecine.

- Voyez-vous régulièrement des médecins ?
 - * A quelle fréquence en moyenne consultez-vous un médecin ?
 - * Quels types de médecins voyez-vous (généralistes, spécialistes, dentistes, psychologues, médecines "alternatives", etc.) ? Quels centres de soins fréquentez-vous ?
 - * Suivez-vous actuellement un traitement pour une maladie ?
- Généralement, quand vous souffrez d'une maladie ou d'une affection que faites-vous ?
 - * Est-ce que vous vous faites soigner pour tous les problèmes de santé que vous ressentez ? Ou bien, au contraire, y a-t-il des choses pour lesquelles vous ne consultez pas, alors que d'autres personnes iraient voir un médecin par exemple ? Lesquelles ? Pour quelles raisons ? (causes, conséquences...)
 - * Est-ce que cela vous arrive de vous soigner vous-même ? Souvent ? Régulièrement ? Pour quel type de maladies ? Que faites-vous ?
 - * Avez-vous tendance à retarder une consultation ? Êtes-vous au contraire très prévoyant ? Pourquoi ?
 - * Pensez-vous que le fait d'attendre avant de consulter un médecin a des conséquences sur l'état de santé ? Pour vous personnellement, est-ce que cela a déjà eu des conséquences ?

- * A partir de quels critères considérez-vous qu'il faut absolument consulter un médecin ?
- * Prenez-vous parfois (ou souvent) des médicaments sans aller voir auparavant un médecin – par exemple de l'aspirine, ou du sirop contre la toux... ? Demandez-vous conseil à un pharmacien ?
- * Avez-vous souvent des difficultés à suivre les prescriptions d'un médecin après la consultation ? Si oui, dans quels cas ? et d'après vous, pourquoi ?
- D'une manière générale, que pensez-vous des médecins ?
- * Avez-vous confiance en la médecine? Pensez-vous que les médecins sont efficaces pour tous les types de problèmes de santé, ou bien considérez-vous que certains problèmes se résolvent mieux par un autre moyen ? [si oui :] lesquels ? dans quelles conditions ? Y avez-vous recours ?
- * Quand un médecin vous donne une longue liste de médicaments à prendre, est-ce que vous les prenez tous ? Suivez-vous toujours tous ses conseils ? Pourquoi ?
- Est-ce que quelque chose vous gêne ou vous fait peur dans le fait de consulter un médecin ?
- * (*distinguez les réticences psychologiques des réticences sociales*)
- * Et dans l'idée d'avoir un suivi médical sur plusieurs semaines ?
- * Avez-vous déjà eu un traitement à suivre ? Comment cela s'est-il passé (difficultés éventuelles, réactions diverses, conséquences sur la vie quotidienne, etc.) ? L'avez-vous suivi jusqu'au bout ? Pourquoi ?
- Avez-vous déjà eu le sentiment d'être mal soigné ? (traitement non adapté, prise en compte d'une partie seulement des problèmes, etc.)
- * Et avez-vous déjà eu le sentiment d'avoir été mal accueilli dans un centre de soins ?
- * Que s'est-il passé ? A quoi cela était-il dû ? (situation administrative, sociale, type de maladie, etc.). Est-ce que, depuis, vous êtes plus réticent à aller voir un médecin ?
- * Lorsque vous n'êtes pas content des soins qui vous sont accordés, que faites-vous ? (en parler avec le médecin ou l'infirmière, changer de centres de soins, ne rien faire, ...) ? Pourquoi ?
- Vos problèmes de santé ont-ils des conséquences sur votre vie familiale, sociale ou professionnelle ?
- * Si oui : quelles sont ces conséquences ? Vous empêchent-ils de travailler ? Dans ce cas, faites vous quelque chose pour y remédier ?

7. Préférences en matière de recours aux soins.

- Connaissez-vous d'autres possibilités de vous faire soigner gratuitement ?
- * Lesquelles ? Y avez-vous déjà été ? Qui vous en a parlé ?
- * D'une manière générale, par quel moyen êtes-vous informé sur la santé et les structures de soins ?
- Accordez-vous de l'importance au choix du médecin et du centre de soins dans lequel vous consultez?
- * De quoi cela dépend-il éventuellement ?
- * A partir de quels critères choisissez-vous le type de médecins et le centre où vous consultez ? Etait-ce différent avant ? (faire expliciter)
- Que pensez-vous des différents centres de soins où vous avez été ?
- * Est-ce que vous avez payé les consultations? En étiez-vous gêné ?
- * Est-ce que cela vous gênait d'y côtoyer les autres personnes qui s'y trouvaient ? Que pensez-vous d'elles ? (Avaient-elles plus ou moins de difficultés que vous ?)

* Quelle différence faites-vous entre le fait de consulter un médecin généraliste, dans un hôpital, dans un centre de soins gratuits (associatif), un dispensaire municipal, un espace précarité AP-HP, etc. ?

• Si vous aviez le choix, dans quel type de centre de soins préféreriez-vous consulter ?

* Pourquoi ?

* Selon vous, dans quel type de structures de soins les médecins sont-ils le plus compétents ? Et dans quel type de centres pensez-vous que vous trouveriez le meilleur accueil ? A votre avis, est-ce la même chose pour toutes les catégories de malades ou de personnes ?

• Avez-vous l'impression d'avoir des difficultés d'accès aux soins ?

* A quoi est-ce dû ? A votre avis est-ce seulement, une question d'argent ? Selon vous qu'est-ce que " l'exclusion des soins " ?

* Où en êtes-vous quant à vos droits sociaux ? Sécurité Sociale, Carte Paris Santé, etc.

8. Appréciation de votre situation sociale et de vos ressources actuelles

Pour nous aider à comprendre votre situation, nous allons parler maintenant de votre situation familiale et de votre position vis-à-vis de l'emploi, de votre situation administrative (si étranger) et de logement ?

• Lieu de vie, vie familiale et amicale

* Où habitez-vous ? Avec qui (conjoint, enfants, parents) ? Depuis quand ?

* (Si seul et sans logement) Où êtes-vous hébergé ? Où dormez-vous la nuit ? Depuis quand ?

* Avant, où habitiez-vous ? Combien de temps y êtes-vous resté ? C'était mieux ou moins bien ?

* Connaissez-vous des personnes qui vivent la même situation que vous ? Avez-vous des amis, des " collègues " ? Les voyez-vous ? Avez-vous l'impression d'être isolé ?

* Quelle est votre situation administrative du point de vue de vos titres de séjour ? Etes-vous angoissé quand on vous arrête, ou quand vous avez à faire renouveler vos papiers ?

* Vous sentez-vous isolé ?

• Ressources et gestion du quotidien

* Actuellement avez-vous un emploi ? Si non, recherchez-vous du travail ? Comment expliquez-vous que vous n'avez pas d'emploi ?

* Avec quelles ressources vivez-vous ? Comment faites-vous ? Percevez-vous le RMI ? Depuis combien de temps ? Avez-vous déjà signé un contrat d'insertion ?

* Avez-vous des proches à qui vous pourriez demander de l'aide si nécessaire (aide matérielle, hébergement, soutien moral, etc.) ?

* Est-ce que vous pensez appartenir à la catégorie pauvre ou des exclus ?

* Qu'est-ce que vous faites généralement au cours d'une journée ? Par exemple, hier et avant hier qu'avez-vous fait ? (déroulement d'une journée)

* Qu'est-ce que vous aimez faire ?

* Est-ce que votre situation par rapport à l'emploi et vos problèmes financiers, ainsi que votre situation par rapport à la Sécurité sociale, influencent vos comportements de santé et de recours aux soins ? Si oui, comment ? Et pourquoi ? Est-ce que cela a des conséquences quant à votre façon de vivre ? (prévention, attention à l'alimentation, attention à ne pas s'exposer au froid, etc.)

• Perspectives d'avenir

* Comment voyez-vous votre avenir ? Et par rapport à la santé ?

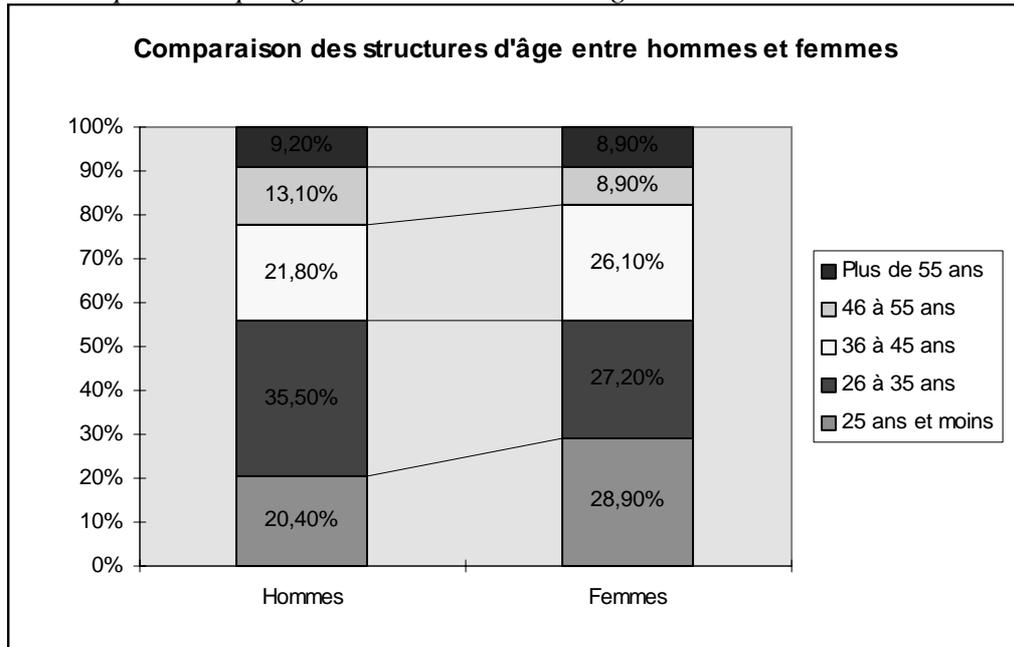
* Qu'est-ce que ça veut dire pour vous réussir sa vie ?

ANNEXE 3

Structure sociodémographique des patients :

1) Une population jeune et masculine :

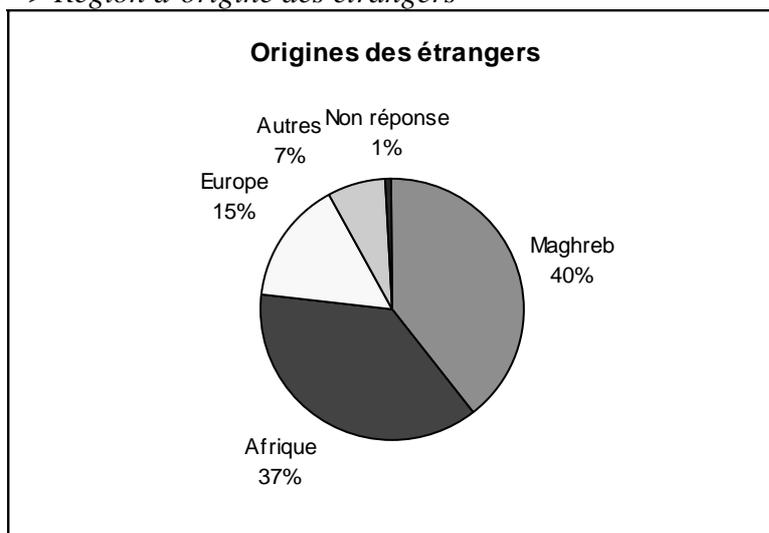
--> Comparaison par genre de la structure d'âge :



Source : Enquête Précalog du CREDES.

2) Forte représentation des étrangers

--> Région d'origine des étrangers



Source : Enquête Précalog du CREDES.

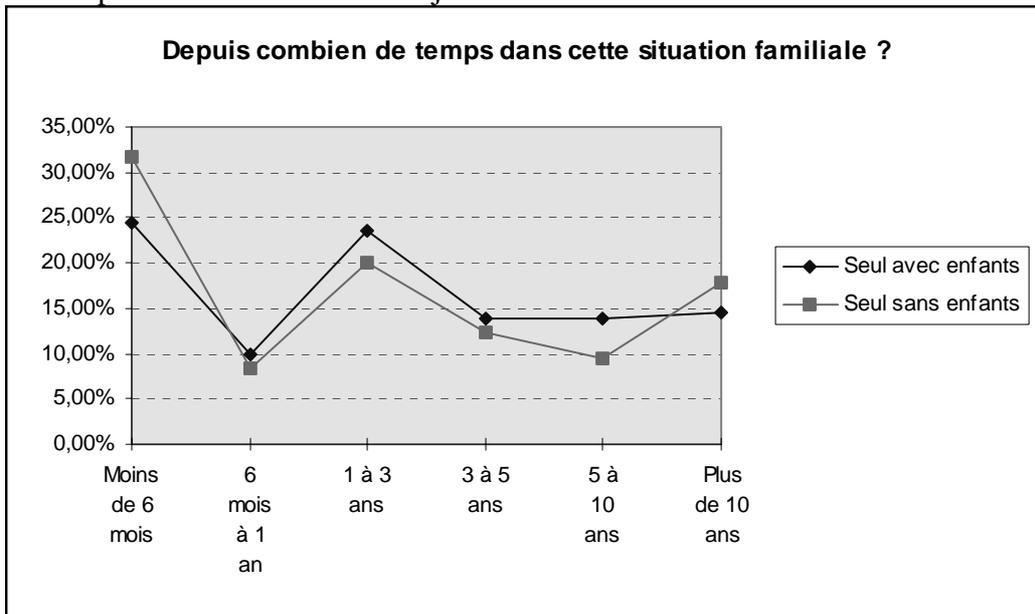
3) Situation familiale :

--> *Pérénnité des situations familiales :*

Il faut souligner, avant tout, la très forte non réponse qui altère les analyses de durée des situations familiales : 22,1% pour les personnes vivant sans conjoint mais ayant des enfant ; 41,7% pour celles qui n'ont pas d'enfant. 31,4% pour les personnes vivant avec un conjoint et ayant des enfant ; 20,5% pour celles qui n'ont pas d'enfant.

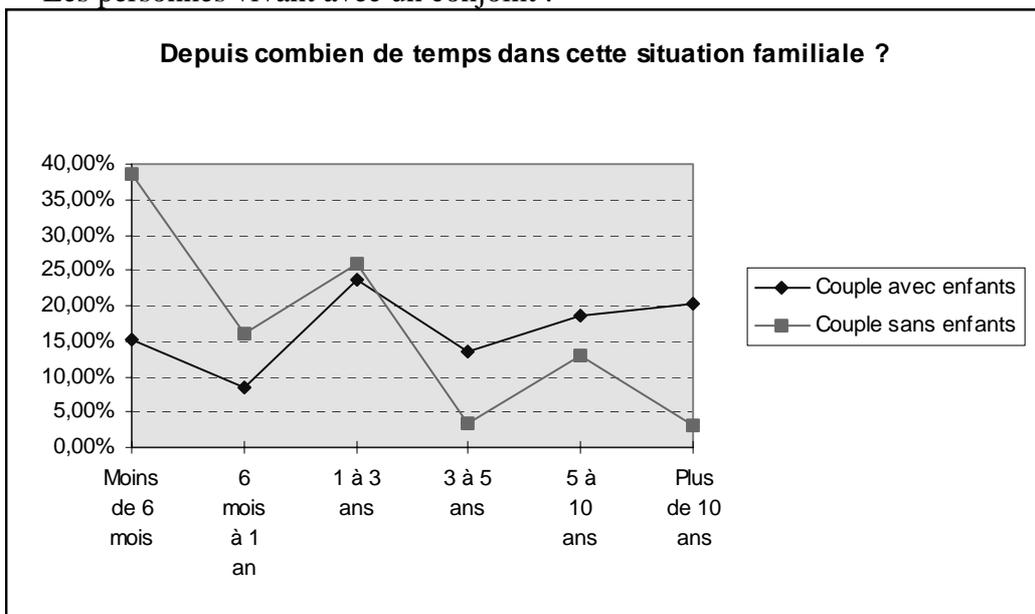
Les analyses qui suivent sont réalisées sur les seuls répondants. Aussi nous faut-il éclairer le sens de ces non réponses. L'absence de réponse à cette question correspond probablement à une difficulté à restituer les événements dans le temps et donc à des durées importantes. Ainsi, on aura tendance à sous-estimer le dénuement familial des personnes sans conjoint et à sous-estimer la longévité des vies en couple.

- Les personnes vivant sans conjoint :



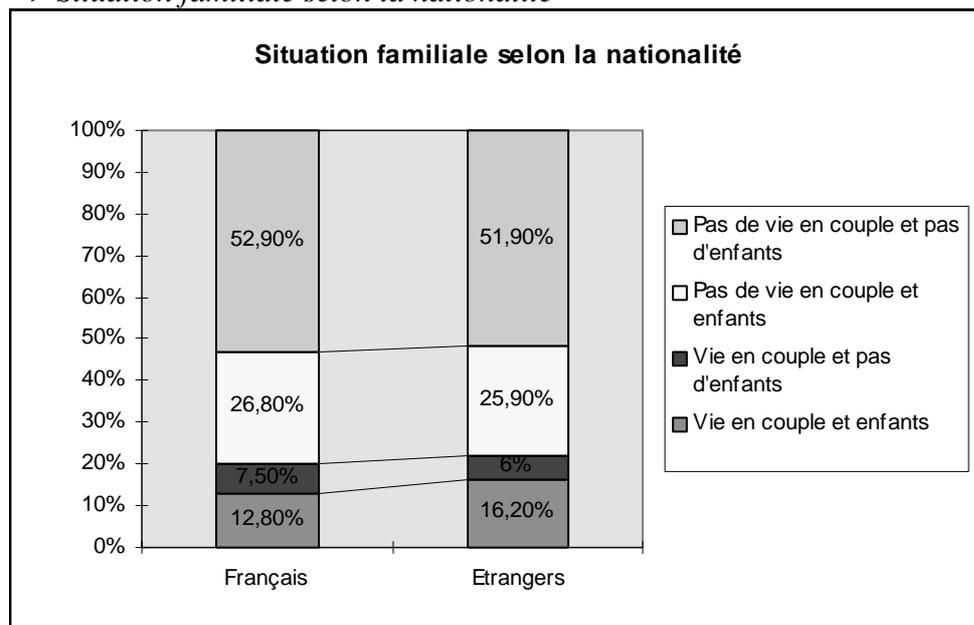
Source : Enquête Précalog du CREDES.

- Les personnes vivant avec un conjoint :



Source : Enquête Précalog du CREDES.

--> *Situation familiale selon la nationalité*



Source : Enquête Précatalog du CREDES.

--> *Situations familiales selon le sexe et l'âge*

Sexe et âge	Couple avec enfants	Couple sans enfant	Seul avec enfants	Seul sans enfants	Total
Hommes	12,8%	6,4%	25,4%	55,4%	100,0%
<i>moins de 25</i>	14,5%	8,4%	8,4%	68,7%	100,0%
<i>26 à 35 ans</i>	12,6%	8,4%	12,6%	66,4%	100,0%
<i>36 à 45 ans</i>	11,4%	5,7%	38,6%	44,3%	100,0%
<i>46 à 55 ans</i>	11,3%	3,8%	58,5%	26,4%	100,0%
<i>Plus de 55</i>	13,5%	0,0%	32,4%	54,1%	100,0%
Femmes	17,8%	7,2%	29,4%	45,6%	100,0%
<i>moins de 25</i>	1,9%	9,6%	13,5%	75,0%	100,0%
<i>26 à 35 ans</i>	18,7%	6,3%	33,3%	41,7%	100,0%
<i>36 à 45 ans</i>	25,5%	8,5%	34,1%	31,9%	100,0%
<i>46 à 55 ans</i>	43,7%	6,3%	43,8%	6,2%	100,0%
<i>Plus de 55</i>	12,5%	0,0%	43,8%	43,7%	100,0%

4) Une enfance difficile :

--> *Comparaison par âge et sexe des déclarations de problèmes dans l'enfance :*

Nombre moyen de problèmes juvénils type en fonction de l'âge et du sexe

Sexe et âge	Deuils	Vécu maladie	Pb affectifs	Pb économique	Autre problème	Total
Hommes	0,32	0,28	0,73	0,28	0,31	1,61
<i>moins de 25</i>	0,23	0,25	0,98	0,28	0,31	1,74
<i>26 à 35 ans</i>	0,39	0,33	0,71	0,31	0,33	1,74
<i>36 à 45 ans</i>	0,28	0,31	0,80	0,28	0,26	1,67
<i>46 à 55 ans</i>	0,30	0,21	0,55	0,23	0,28	1,29
<i>Plus de 55</i>	0,32	0,24	0,43	0,22	0,41	1,21
Femmes	0,22	0,29	0,82	0,28	0,22	1,61
<i>moins de 25</i>	0,19	0,40	1,48	0,36	0,21	2,43
<i>26 à 35 ans</i>	0,21	0,19	0,60	0,31	0,25	1,31
<i>36 à 45 ans</i>	0,21	0,25	0,47	0,15	0,19	1,08
<i>46 à 55 ans</i>	0,25	0,44	0,50	0,25	0,25	1,44
<i>Plus de 55</i>	0,37	0,19	0,69	0,37	0,40	1,62

Source : Enquête Précalog du CREDES.

- Par *deuils*, on entend les décès du père et/ou de la mère avant les 18 ans de leur enfant.
- Par *vécu de maladies*, on entend l'ensemble des problèmes de santé connus par l'individu, qu'il en soit lui-même la victime ou que ce soit ses parents.
- Le groupe des *problèmes affectifs* sont regroupés les problèmes relationnels intra-familiaux : séparation, divorce des parents, mésentente et conflit avec les parents, manque affectif.
- Les *problèmes économiques* correspondent aux difficultés matérielles.
- Dans le groupe *autre problème*, il s'agit des problèmes liés à la guerre et des autres problèmes non identifiés.

--> Liens entre les problèmes déclarés dans l'enfance :

Risque d'erreur : **** : < 0,01% / *** : < 0,1% / ** : < 1% / * : < 5% / n.s. : non significatif.

	Santé	Mort père	Mal père	Mort mère	Mal mère	Séparation	Mésentente	Conflit	Affection	Pb matériel	Guerre	Autre
Santé Significativité V. de Cramer		N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	**** 0,162	*** 0,135	*** 0,17	* 0,13	N.S.	N.S. 0,11
Mort du père Significativité V. de Cramer			**** 0,242	**** 0,292	*** 0,153	* -0,1	N.S.	N.S.	** 0,14	* 0,09	**** 0,18	N.S.
Maladie du père Significativité V. de Cramer				N.S.	**** 0,169	N.S.	**** 0,176	* 0,084	N.S.	** 0,12	N.S.	N.S.
Mort de la mère Significativité V. de Cramer					**** 0,169	N.S.	N.S.	N.S.	**** 0,22	N.S.	N.S.	N.S.
Maladie de la mère Significativité V. de Cramer						N.S.	N.S.	* 0,087	*** 0,16	*** 0,15	N.S.	N.S.
Séparation Significativité V. de Cramer							**** 0,267	**** 0,202	**** 0,21	* 0,09	* -0,09	N.S.
Mésentente Significativité V. de Cramer								**** 0,51	**** 0,39	**** 0,24	N.S.	N.S.
Conflit Significativité V. de Cramer									**** 0,37	**** 0,21	N.S.	** 0,146
Manque affectif Significativité V. de Cramer										**** 0,38	N.S.	**** 0,252
Pb matériel Significativité V. de Cramer											** 0,12	* 0,099
Guerre Significativité V. de Cramer												N.S.

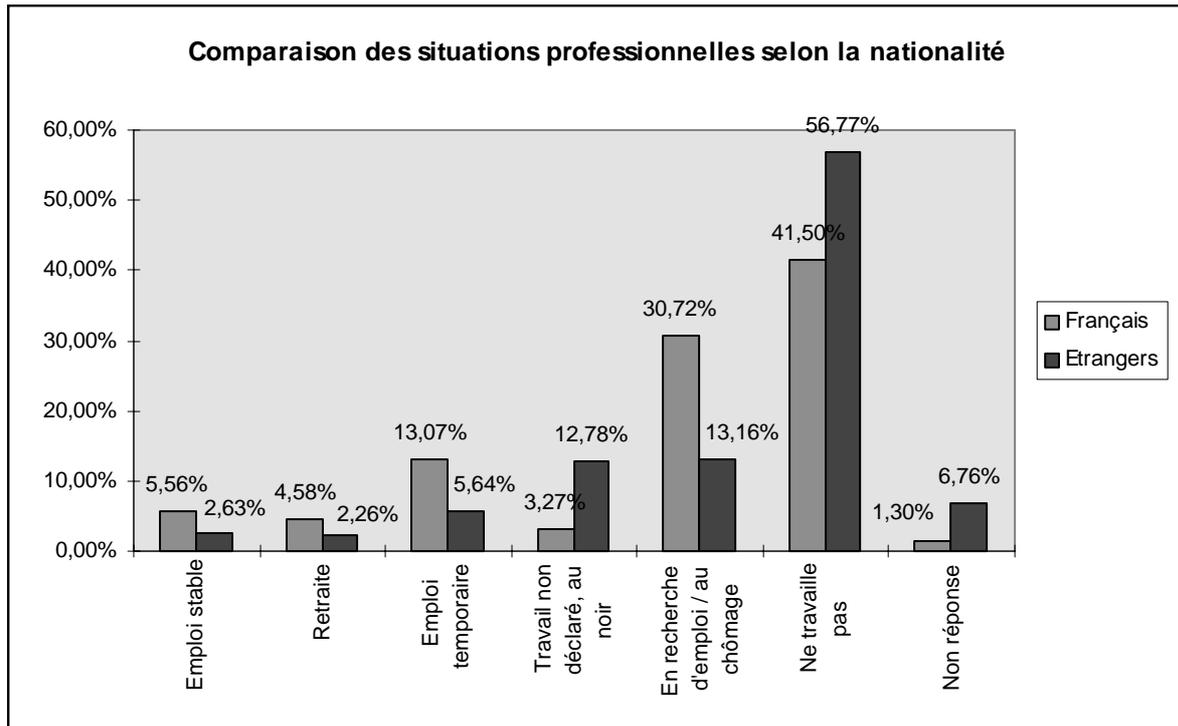
Source : Enquête Préalogue du CREDES.

ANNEXE 4

Conditions de vie des patients :

1) Ici, point de travail :

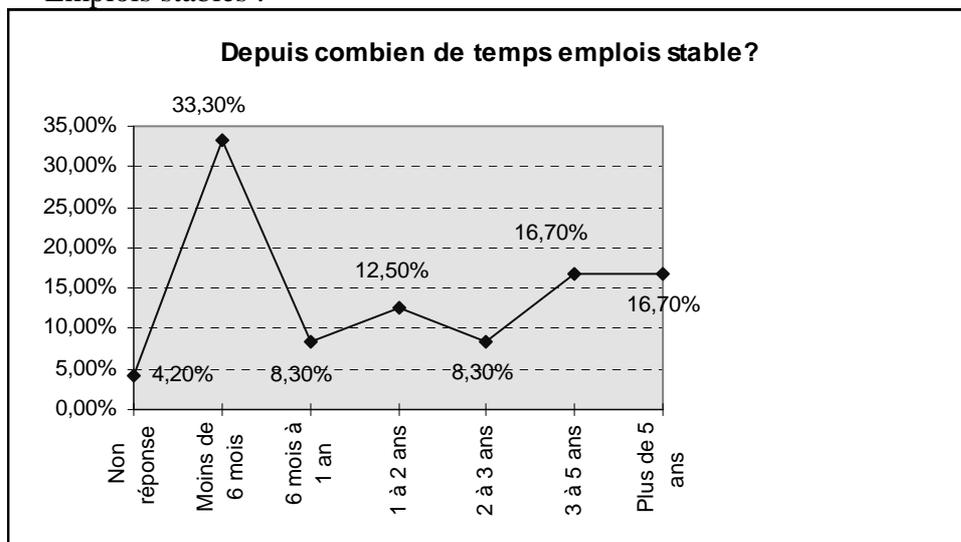
--> Comparaison des emplois déclarés selon la nationalité :



Source : Enquête Précalog du CREDES.

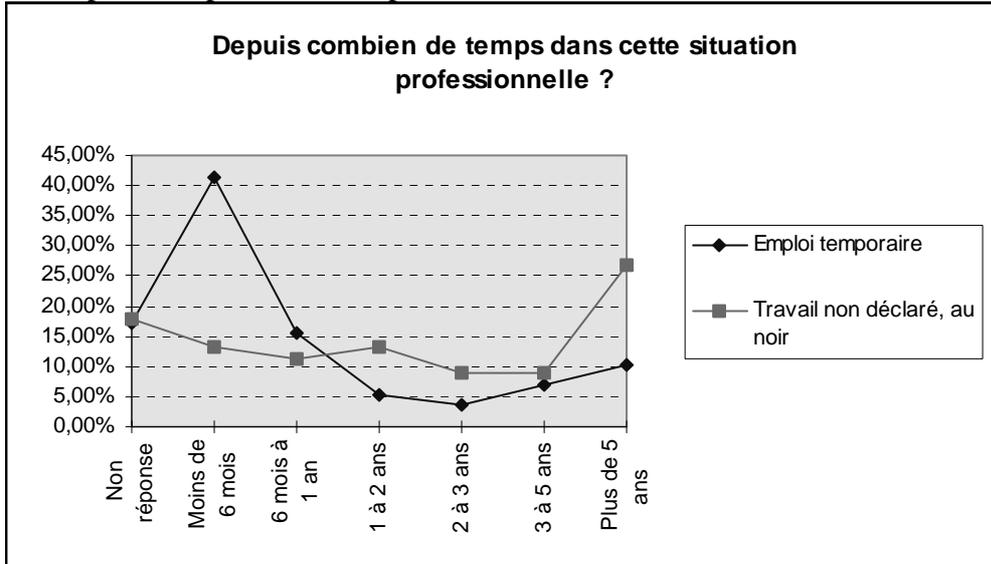
--> Durée des situations professionnelles :

- Emplois stables :



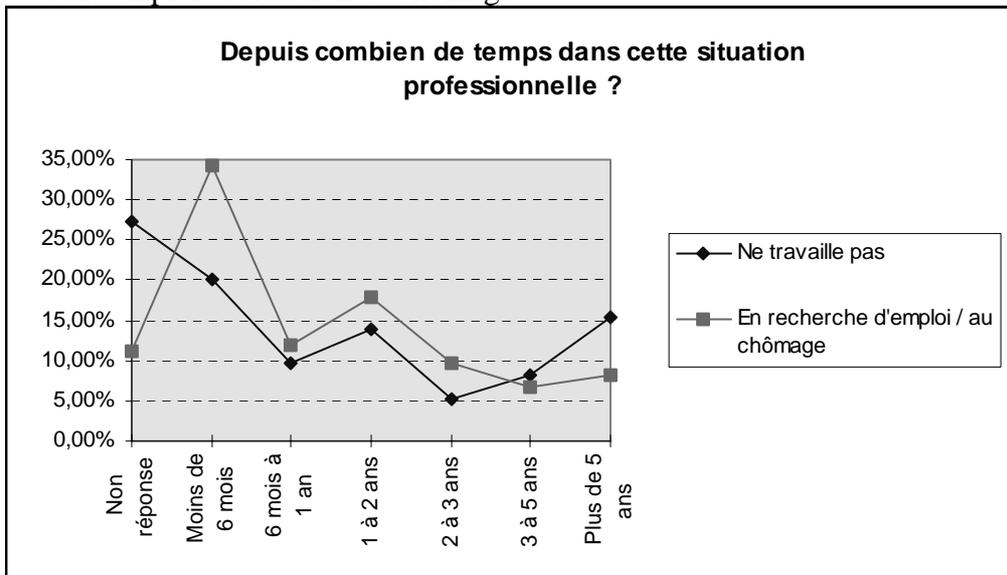
Source : Enquête Précalog du CREDES.

• Emplois temporaires et emplois au noir :



Source : Enquête Précalog du CREDES

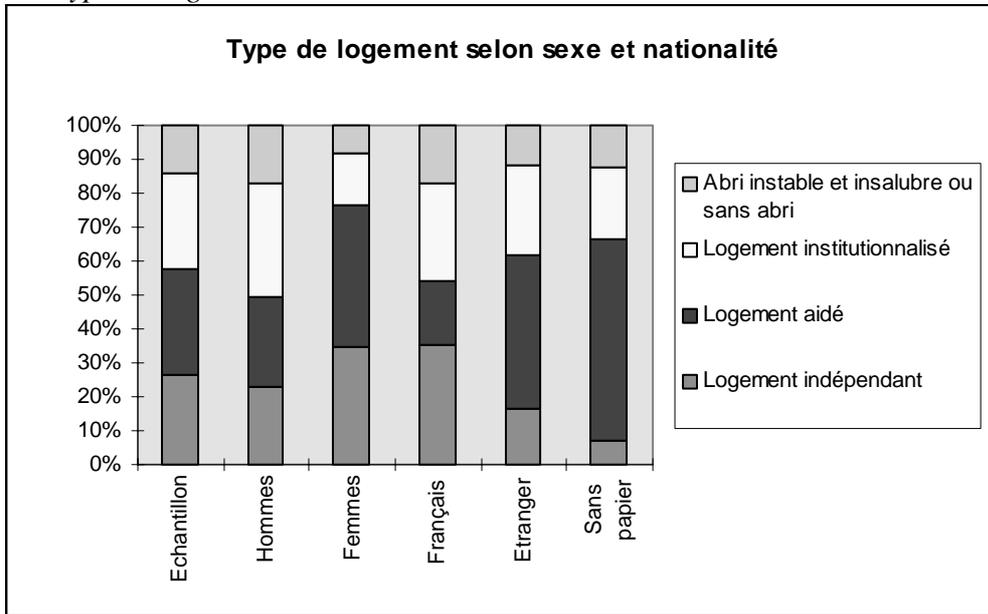
• Sans emploi et situation de chômage :



Source : Enquête Précalog du CREDES

4) Des situations de logement instables :

--> *Type de logement selon le sexe et la nationalité :*



Source : *Enquête Préalogue du CREDES*

ANNEXE 5

Les différentes dimensions de la précarité :

1. La précarité professionnelle :

a) Critères intégrés :

→ La situation professionnelle actuelle

→ Lorsque l'on dispose de l'information, la durée de la situation professionnelle (moins de 6 mois, 6 mois à 1 an, plus d'un an).

b) Typologie en trois classes :

- 1) Non précaires : Emploi stable, travail temporaire (revêtant une stabilité certaine : situation durant depuis plus d'un an).
- 2) Précarité intermédiaire : Travail temporaire (déclaré et d'une durée objective inférieure à un an), travail non déclaré / au noir.
- 3) Précaires : Non travailleurs et chômeurs.

2. La précarité économique :

a) Critères intégrés :

→ La précarité professionnelle

→ Le type de ressources déclarées

b) Typologie en trois classes :

- 1) Non précaires :
 - a) Emploi stable et salaire ou revenus déclarés,
 - b) Retraités en situation « stable »,
 - c) Les individus recherchant un emploi ou en situation temporaire, qui disposent d'un salaire (reconversion dans un autre emploi).
- 2) Précarité intermédiaire:
 - a) Revenus des petits boulots et du travail au noir,
 - b) Recherche d'emploi et petits boulots,
 - c) Sans travail mais aidé par la famille et/ou les proches,
- 3) Précaires :

Les chômeurs ou non travailleurs ayant pour seules ressources :

 - a) aucune,
 - b) mendicité,
 - c) activités illégales (dealers...),
 - d) aides institutionnalisées : RMI, pension invalidité et AAH (Allocations Aides aux Handicapés), allocations chômage, allocations familiales...

3. La précarité du logement :

a) Critères intégrés :

- Le type de logement
- La stabilité temporelle du logement (durée d'habitation), résumée en trois classes : moins d'un mois, un à six mois, plus de six mois.

b) Deux typologies :

- TYPO sur la précarité du logement, reprenant la même formalisation que les précédentes : 3 classes : 1) stabilité du logement (situation fixe chez eux ou chez des proches) 2) instabilité du logement (personnes en centres d'hébergement depuis moins de 6 mois, SDF ou logements très précaires) 3) situation de stabilité intermédiaire ou difficilement discernable.

- Type et mode d'obtention du logement :

- 1) Logement propre et indépendance :
 - a) Locataire ou propriétaire de leur logement
- 2) Logement « aidé » :
 - a) Logement chez des proches (famille, amis, petit(e) ami(e)...
- 3) Logement de « solidarité » :
 - a) Centres d'accueil pour personnes sans-abri
- 4) Conditions de logement instables et souvent insalubres :
 - a) Caravanes, camping, squats...
 - b) Hôtels,
 - b) Sans logement...

- Typologie en trois classes de la précarité du logement :

Les critères de construction sont le type de logement décrit ci-dessus et la durée de cette situation, signe de stabilité.

- 1) Non précaires :
 - a) Logement propre de long terme (plus de 6 mois),
 - b) Logement aidé de long terme (plus de 6 mois),
 - c) Logement de solidarité de long terme (plus de 6 mois).
- 2) Précarité intermédiaire :
 - a) Logement propre depuis moins de 6 mois,
 - b) Logement « aidé » depuis moins de 6 mois.
- 3) Précaires :
 - a) Conditions de logement instables et souvent insalubres,
 - b) Logement de « solidarité » instable (moins de 6 mois).

4. La précarité administrative

a) *Population concernée* :

Cette dimension de la précarité ne concerne que les seuls étrangers.

b) *Critères intégrés* :

→ La situation administrative déclarée

c) *Typologie en trois classes* :

- 1) Non précaires : étrangers en situation légale durable sur le sol français :
 - a) Carte de résident, statut de réfugié
 - b) Carte de séjour valide
 - c) Les étrangers de la CEE
- 2) Précarité intermédiaire : étrangers en situation légale mais instable :
 - a) Récépissés en cours de validité
 - b) Demande statut de réfugié ou carte de résident
- 3) Précaires : étrangers en situation illégale sur le sol français
 - a) Les sans papiers

5. La précarité face à la protection sociale

a) *Critères intégrés* :

→ La protection sociale déclarée

b) *Typologie en deux classes* :

- 1) Non précaires : personnes disposant d'une couverture sociale
 - a) Bénéficiaire de la sécurité sociale (assuré ou ayant droit)
 - b) Protection sociale pour démunis : aide médicale, carte Paris Santé...
- 2) Précaires : individus vulnérables en termes de protection sociale
 - a) Sans protection sociale
 - b) Ne sait pas (vulnérabilité induite par la méconnaissance de ses droits)

6. La précarité affective :

a) *Critères intégrés* :

Cette typologie se construit à la fois sur les éléments objectifs de vie familiale ou de vie en communauté (existence d'une relation amoureuse, vie en couple, paternité, vie en communauté) et sur le sentiment subjectif d'isolement (auquel nous attachons une importance particulière, tant les entretiens nous ont montré l'influence qu'il pouvait avoir sur les recours aux soins et les comportements face aux risques).

b) Typologie en trois classes :

- 1) Non précaires : les personnes non isolées
 - a) Personnes vivant en couple et ne se sentant pas isolées,
 - b) Personnes ayant une relation sentimentale importante et ne se sentant pas isolées,
 - c) Personnes vivant en communauté et ne se sentant pas isolées.
- 2) Précarité intermédiaire :
 - a) Sentiment d'isolement malgré une vie familiale ou amoureuse,
 - b) Ni relations sentimentales importantes ni sentiment d'isolement.
- 3) Précaires : Personnes isolées
 - a) Sentiment d'isolement et pas de vie familiale ou amoureuse.

7. Le potentiel de réinsertion sociale :

a) Critères intégrées :

→ L'âge de fin de scolarisation, qui, s'il ne donne pas le niveau de diplôme, est un bon indicateur du niveau de scolarisation.

→ Le niveau de CSP

b) Deux typologies en trois classes :

• Scolarisation

- 1) Peu ou pas d'étude :
 - a) Individus ayant quitté l'école avant l'âge de 16 ans
- 2) Scolarisation limitée :
 - a) Individus ayant arrêté leurs études entre 16 et 20 ans
- 3) Scolarisation plus longue :
 - a) Individus ayant poursuivi leurs études après l'âge de 20 ans

• Niveau de PCS :

- 1) Potentiel d'insertion professionnelle élevé:
 - a) Cadres et professions intellectuelles supérieures,
 - b) Professions intermédiaires.
- 2) Potentiel d'insertion professionnelle moyen :
 - a) Artisans, commerçants, chefs d'entreprise,
 - b) Employés.
- 3) Potentiel d'insertion professionnelle bas :
 - a) N'a jamais travaillé,
 - b) Exploitants agricoles,
 - c) Ouvriers qualifiés,
 - d) Ouvriers non qualifiés.

8. Degré de précarité dans les différentes dimensions :

Degré de précarité dans les différentes dimensions

Niveau de précarité:	Précarité	Précarité intermédiaire	Non précarité	Non réponse	Effectif concerné
<i>Professionnelle</i>	78,47%	14,92%	6,61%	0,00%	590
<i>Economique</i>	66,95%	20,17%	12,88%	0,00%	590
<i>Logement</i>	36,10%	40,85%	23,05%	0,00%	590
<i>Administrative (*)</i>	41,73%	20,30%	35,34%	2,63%	266
<i>Sécurité sociale</i>	45,93%	.	53,90%	0,17%	590
<i>Affective</i>	39,66%	29,32%	31,02%	0,00%	590

(*) la précarité administrative ne concerne que les étrangers.

ANNEXE 6

ACM sur les dimensions de la précarité des français :

On introduit dans l'analyse les cinq grandes dimensions des précaires français : le logement, l'emploi, les ressources, la couverture sociale et l'isolement.

Par ailleurs, on place en illustratives, les variables permettant de cerner le profil socio démographique des individus, leur portrait psychologique et leur comportement par rapport au risque.

• SELECTION DES INDIVIDUS ET DES VARIABLES UTILES

→ VARIABLES NOMINALES ACTIVES

5 VARIABLES	14 MODALITES ASSOCIEES
27 . précarité du logement	(3 MODALITES)
29 . typologie de l'emploi	(3 MODALITES)
31 . précarité économique	(3 MODALITES)
33 . couverture sociale?	(2 MODALITES)
57 . typologie isolement	(3 MODALITES)

→ VARIABLES NOMINALES ILLUSTRATIVES

19 VARIABLES	70 MODALITES ASSOCIEES
1 . Sexe	(3 MODALITES)
3 . Accident du travail	(2 MODALITES)
4 . Accident de la circulation	(2 MODALITES)
10 . typo2 nbre pbs enfance	(4 MODALITES)
12 . typo2 nbre pbs affectifs	(4 MODALITES)
13 . nbre deuils	(4 MODALITES)
19 . classe_age	(6 MODALITES)
20 . taille du centre	(3 MODALITES)
21 . taille de la ville	(3 MODALITES)
34 . type de fumeurs	(5 MODALITES)
35 . type_alcool	(4 MODALITES)
38 . typo2 nb pathos	(4 MODALITES)
40 . typo2 nb pathos psy	(3 MODALITES)
43 . relation amoureuse?	(3 MODALITES)
46 . type2_nb_enfts	(4 MODALITES)
50 . vie en couple?	(4 MODALITES)
52 . non-soin pour rais fi? label	(4 MODALITES)
55 . typo2 études	(4 MODALITES)
56 . typo CSP	(4 MODALITES)

→ INDIVIDUS

L'analyse porte sur les 306 français de la base.

```
----- NOMBRE ----- POIDS ---
POIDS DES INDIVIDUS: Poids des individus, uniforme egal a 1.
RETENUS ..... NITOT =   590      PITOT =   590.000
SELECTION APRES FILTRAGE
ACTIFS ..... NIACT =   306      PIACT =   306.000
SUPPLEMENTAIRES .... NISUP =   284      PISUP =   284.000
-----
```

→ TRI-A-PLAT DES QUESTIONS ACTIVES

Pour chacune des dimensions de la précarité, les modalités sont classées dans l'ordre croissant du degré de précarité. Ainsi, la modalité 1 de la précarité du logement correspond à une situation non précaire, la modalité 2 à une précarisation et la modalité 3 à une situation de forte précarité. Cette logique s'applique à toutes les variables.

IDENT	MODALITES LIBELLE	AVANT APUREMENT EFF. POIDS	APRES APUREMENT EFF. POIDS	HISTOGRAMME DES POIDS RELATIFS
27 . précarité du logement				
BA_1	- PRECLOG=1	96 96.00	96 96.00	*****
BA_2	- PRECLOG=2	86 86.00	86 86.00	*****
BA_3	- PRECLOG=3	124 124.00	124 124.00	*****
29 . typologie de l'emploi				
BC_1	- TYPO_W=1	26 26.00	26 26.00	*****
BC_2	- TYPO_W=2	41 41.00	41 41.00	*****
BC_3	- TYPO_W=3	239 239.00	239 239.00	*****
31 . précarité économique				
BE_1	- PREC_ECO=1	48 48.00	48 48.00	*****
BE_2	- PREC_ECO=2	29 29.00	29 29.00	*****
BE_3	- PREC_ECO=3	229 229.00	229 229.00	*****
33 . couverture sociale?				
BG_1	- PREC_SAN=1	230 230.00	230 230.00	*****
BG_2	- PREC_SAN=2	76 76.00	76 76.00	*****
57 . typologie isolement				
CE_1	- TYP_ISO=1	91 91.00	91 91.00	*****
CE_2	- TYP_ISO=2	124 124.00	124 124.00	*****
CE_3	- TYP_ISO=3	91 91.00	91 91.00	*****

→ INERTIE RESTITUEE PAR LES AXES FACTORIELS

HISTOGRAMME DES 9 PREMIERES VALEURS PROPRES

NUMERO	VALEUR PROPRE	POURCENT. CUMULE	POURCENT.
1	0.3442	19.12	19.12
2	0.2713	15.07	34.19
3	0.2363	13.13	47.32
4	0.2071	11.51	58.83
5	0.1752	9.73	68.56
6	0.1701	9.45	78.01
7	0.1660	9.22	87.23
8	0.1424	7.91	95.14
9	0.0874	4.86	100.00

→ CONTRIBUTIONS AUX AXES :

Axe 1: restitué 19,12% de l'inertie totale			
Var. à coord. positives	Contribution	Var. à coord. négatives	Contribution
Non prec. pro	33,80%	Precaire eco	6,10%
Non prec. eco	33,60%		
Non prec. lgmt	6,90%		

Contributions cumulées	
Emploi	40%
Economique	39,90%
Logement	10,10%

Axe 2: restitué 15,07% de l'inertie totale			
Var. à coord. positives	Contribution	Var. à coord. négatives	Contribution
Précaire éco	34,50%	Prec. lgmt	7,60%
Pas couvert. sociale	19%	Couverture sociale	6,30%
Prec. lgmt interm	13,90%	Pas isolé	5,40%
Pas isolé	6,80%		

Contributions cumulées	
Economique	38,70%
Santé	25,30%
Logement	21,60%

Axe 3: restituée 13,13% de l'inertie totale			
Var. à coord. positives	Contribution	Var. à coord. négatives	Contribution
Prec. pro interm.	40,30%	Non prec. lgmt	8,00%
Très isolé	17%		
Précarité lgmt	12,40%		

Contributions cumulées	
Emploi	46,60%
Isolement	23,90%
Logement	21,90%

Axe 4: restituée 11,51% de l'inertie totale			
Var. à coord. positives	Contribution	Var. à coord. négatives	Contribution
Isolement interm	34,80%	Pas isolé	12,40%
Non prec. lgmt	15%	Précarité lgmt	11,50%
Prec. pro. interm	10,90%	Très isolé	11,20%

Contributions cumulées	
Isolement	58,40%
Logement	26,70%
Emploi	13,00%

ANNEXE 7

ACM sur les dimensions de la précarité des étrangers :

Pour cette analyse, on ajoute aux cinq grandes dimensions de la précarité, la précarité administrative, propre aux étrangers.:

En illustratives, nous plaçons les variables permettant de cerner le profil socio démographique, leur période d'immigration en France, ainsi que le portrait psychologique et l'attitude par rapport au risque des individus.

• SELECTION DES INDIVIDUS ET DES VARIABLES UTILES

→ VARIABLES NOMINALES ACTIVES

6 VARIABLES	18 MODALITES ASSOCIEES
27 . précarité du logement	(3 MODALITES)
29 . typologie de l'emploi	(3 MODALITES)
31 . précarité économique	(3 MODALITES)
32 . précarité administrative étrangers	(4 MODALITES)
33 . couverture sociale?	(2 MODALITES)
57 . typologie isolement	(3 MODALITES)

→ VARIABLES NOMINALES ILLUSTRATIVES

24 VARIABLES	88 MODALITES ASSOCIEES
1 . Sexe	(3 MODALITES)
3 . Accident du travail	(2 MODALITES)
4 . Accident de la circulation	(2 MODALITES)
10 . typo2 nbre pbs enfance	(4 MODALITES)
12 . typo2 nbre pbs affectifs	(4 MODALITES)
13 . nbre deuils	(4 MODALITES)
19 . classe_age	(6 MODALITES)
20 . taille du centre	(3 MODALITES)
21 . taille de la ville	(3 MODALITES)
23 . typo hôpital/gratuit	(2 MODALITES)
34 . type de fumeurs	(5 MODALITES)
35 . type_alcool	(4 MODALITES)
36 . prise de risque et nbre accidents	(3 MODALITES)
38 . typo2 nb pathos	(4 MODALITES)
40 . typo2 nb pathos psy	(3 MODALITES)
41 . estimation subjective santé	(4 MODALITES)
43 . relation amoureuse?	(3 MODALITES)
45 . typo nb enfts	(3 MODALITES)
47 . période immigration	(4 MODALITES)
50 . vie en couple?	(4 MODALITES)
51 . typo fidél centre	(6 MODALITES)
52 . non-soin pour rais fi? label	(4 MODALITES)
55 . typo2 études	(4 MODALITES)
56 . typo CSP	(4 MODALITES)

→ INDIVIDUS

L'analyse porte sur les 259 individus étrangers de la base.

```

----- NOMBRE ----- POIDS ---
POIDS DES INDIVIDUS: Poids des individus, uniforme egal a 1.
RETENUS ..... NITOT =    590      PITOT =    590.000
SELECTION APRES FILTRAGE
ACTIFS ..... NIACT =    259      PIACT =    259.000
SUPPLEMENTAIRES .... NISUP =    331      PISUP =    331.000

```

→ TRI-A-PLAT DES QUESTIONS ACTIVES :

Pour toutes les dimensions, les modalités sont dans l'ordre croissant du niveau de précarité. Par exemple, si on prend la précarité de l'emploi :

La modalité 1 correspond à une situation stable, la modalité 2 à une tendance à la précarité et la modalité 3 à une situation très précaire.

IDENT	MODALITES LIBELLE	AVANT APUREMENT EFF. POIDS	EFF.	APRES APUREMENT POIDS	HISTOGRAMME DES POIDS RELATIFS
27 . précarité du logement					
BA_1	- PRECLOG=1	36 36.00	36	36.00	*****
BA_2	- PRECLOG=2	144 144.00	144	144.00	*****
BA_3	- PRECLOG=3	79 79.00	79	79.00	*****
29 . typologie de l'emploi					
BC_1	- TYPO_W=1	13 13.00	13	13.00	****
BC_2	- TYPO_W=2	42 42.00	42	42.00	*****
BC_3	- TYPO_W=3	204 204.00	204	204.00	*****
31 . précarité économique					
BE_1	- PREC_ECO=1	24 24.00	24	24.00	*****
BE_2	- PREC_ECO=2	89 89.00	89	89.00	*****
BE_3	- PREC_ECO=3	146 146.00	146	146.00	*****
32 . précarité administrative étrangers					
BF_1	- PREC_ADM=1	94 94.00	94	94.00	*****
BF_2	- PREC_ADM=2	54 54.00	54	54.00	*****
BF_3	- PREC_ADM=3	111 111.00	111	111.00	*****
32_	- reponse manquante	0 0.00			
33 . couverture sociale?					
BG_1	- PREC_SAN=1	74 74.00	74	74.00	*****
BG_2	- PREC_SAN=2	185 185.00	185	185.00	*****
57 . typologie isolement					
CE_1	- TYP_ISO=1	82 82.00	82	82.00	*****
CE_2	- TYP_ISO=2	104 104.00	104	104.00	*****
CE_3	- TYP_ISO=3	73 73.00	73	73.00	*****

→ INERTIE RESTITUEE PAR LES AXES FACTORIELS

HISTOGRAMME DES 11 PREMIERES VALEURS PROPRES

NUMERO	VALEUR PROPRE	POURCENT.	POURCENT. CUMULE	
1	0.3590	19.58	19.58	*****
2	0.2715	14.81	34.39	*****
3	0.1923	10.49	44.88	*****
4	0.1724	9.40	54.28	*****
5	0.1621	8.84	63.12	*****
6	0.1464	7.99	71.11	*****
7	0.1362	7.43	78.54	*****
8	0.1319	7.20	85.74	*****
9	0.1012	5.52	91.26	*****
10	0.0833	4.54	95.80	*****
11	0.0770	4.20	100.00	*****

→ CONTRIBUTIONS AUX AXES :

Axe 1: restituée 19,58% de l'inertie totale			
Var. à coord. positives	Contribution	Var. à coord. négatives	Contribution
Couverture sociale	17,20%	Situation illégale	12%
Situation légale	14,80%	Préc.éco interm.	11,90%
Non prec. éco	7,50%	Prec. pro interm	8,50%

Contributions cumulées	
Administratif	26,80%
Santé	24,10%
Economique	21,90%
Logement	13,20%

Non prec logmt	5,70%	Pas couvert sociale	6,90%
		Prec logmt interm.	5,30%

Emploi	12,10%
--------	--------

Axe 2: restitué 14,81% de l'inertie totale			
Var. à coord. positives	Contribution	Var. à coord. négatives	Contribution
Non prec.éco	21,30%	Préc.pro interm	8%
Précarité éco	13,00%	Prec.éco interm	5,00%
Non prec.pro	12,60%		
Préc logement	12,00%		
Non prec. logmt	0,079		

Contributions cumulées	
Economique	39,30%
Emploi	25,90%
Logement	21,20%

Axe 3: restitué 10,49% de l'inertie totale			
Var. à coord. positives	Contribution	Var. à coord. négatives	Contribution
Pas isolé	25,10%	Isolement interm.	20%
Situation illégale	7,40%	Sit.adm. en attente	15,90%
		Préc. éco interm.	8,10%

Contributions cumulées	
Isolement	45,00%
Administratif	23,30%
Economique	12,60%

Axe 4: restitué 9,40% de l'inertie totale			
Var. à coord. positives	Contribution	Var. à coord. négatives	Contribution
Isolement interm.	18,70%	Très isolé	39%
		Non prec. pro	15,30%
		Sit.adm. en attente	6,80%

Contributions cumulées	
Isolement	59,20%
Emploi	18,40%

Axe 5: restitué 8,84% de l'inertie totale			
Var. à coord. positives	Contribution	Var. à coord. négatives	Contribution
Sit.adm. en attente	31,90%	Non prec.pro	15%
Non prec.logmt	18,30%	Precarité logement	11,50%
Pas isolé	7,70%		

Contributions cumulées	
Administratif	40,60%
Logement	30,00%
Emploi	15,90%
Isolement	11,30%

ANNEXE 8

Classification Ascendante Hiérarchique sur les précaires français:

Cette CAH est lancée sur tous les axes (9 au total) construit par l'Analyse en Composantes Multiples décrite en annexe 7. Elle permet donc de différencier les situations des 306 précaires français.

SUR LES 9 PREMIERS AXES FACTORIELS, DESCRIPTION DES 50 NOEUDS D'INDICES LES PLUS ELEVES :

NUM.	AINE	BENJ	EFF.	POIDS	INDICE	HISTOGRAMME DES INDICES DE NIVEAU
562	495	513	5	5.00	0.00444	**
563	427	424	5	5.00	0.00457	**
564	532	521	6	6.00	0.00467	**
565	556	538	6	6.00	0.00508	**
566	549	426	5	5.00	0.00519	**
567	554	547	5	5.00	0.00532	**
568	412	340	6	6.00	0.00554	**
569	510	536	5	5.00	0.00562	**
570	550	489	4	4.00	0.00566	**
571	559	546	6	6.00	0.00610	**
572	493	552	6	6.00	0.00618	**
573	562	544	7	7.00	0.00633	**
574	422	563	9	9.00	0.00696	***
575	520	113	3	3.00	0.00751	***
576	557	465	5	5.00	0.00791	***
577	505	548	7	7.00	0.00901	***
578	553	572	10	10.00	0.00909	***
579	476	338	10	10.00	0.00915	***
580	564	565	12	12.00	0.00977	***
581	574	551	12	12.00	0.00983	***
582	555	569	9	9.00	0.01090	****
583	481	568	15	15.00	0.01170	****
584	577	534	15	15.00	0.01288	****
585	575	570	7	7.00	0.01342	****
586	578	560	16	16.00	0.01397	****
587	580	571	18	18.00	0.01439	****
588	582	581	21	21.00	0.01511	****
589	392	464	17	17.00	0.01522	****
590	585	561	11	11.00	0.01546	****
591	576	567	10	10.00	0.01822	*****
592	573	566	12	12.00	0.01873	*****
593	496	313	34	34.00	0.02142	*****
594	583	579	25	25.00	0.02190	*****
595	535	531	26	26.00	0.02242	*****
596	529	512	22	22.00	0.02338	*****
597	584	590	26	26.00	0.02378	*****
598	595	478	39	39.00	0.02731	*****
599	587	591	28	28.00	0.03068	*****
600	528	596	47	47.00	0.03216	*****
601	594	589	42	42.00	0.03697	*****
602	522	533	41	41.00	0.03718	*****
603	588	592	33	33.00	0.03928	*****
604	602	593	75	75.00	0.06182	*****
605	600	586	63	63.00	0.06924	*****
606	601	598	81	81.00	0.09405	*****
607	605	604	138	138.00	0.12037	*****
608	606	607	219	219.00	0.12494	*****
609	599	603	61	61.00	0.17358	*****
610	609	608	280	280.00	0.21378	*****
611	597	610	306	306.00	0.26577	*****
SOMME DES INDICES DE NIVEAU =					1.80000	

→ Classification en 7 classes sélectionnée :

* *Caractéristiques des 7 classes :*

DECOMPOSITION DE L'INERTIE CALCULEE SUR 9 AXES.

INERTIES		INERTIES		EFFECTIFS		POIDS		DISTANCES	
		AVANT	APRES	AVANT	APRES	AVANT	APRES	AVANT	APRES
INTER-CLASSES		0.9925	1.0107					INTRA-CLASSE	
				CLASSE 1 / 7		0.1204	0.1506	75	80
75.00	80.00	0.4620	0.4358						
CLASSE 2 / 7		0.1672	0.1009	63	55	63.00	55.00	0.4574	0.5935
CLASSE 3 / 7		0.0497	0.0620	39	41	39.00	41.00	0.7053	0.6859
CLASSE 4 / 7		0.1005	0.1086	42	43	42.00	43.00	0.7975	0.7829
CLASSE 5 / 7		0.1405	0.1405	33	33	33.00	33.00	1.3971	1.3971
CLASSE 6 / 7		0.1286	0.1406	28	29	28.00	29.00	2.0966	2.0841
CLASSE 7 / 7		0.1005	0.0861	26	25	26.00	25.00	2.8621	2.9371
TOTALE		1.8000	1.8000						

QUOTIENT (INERTIE INTER / INERTIE TOTALE) : AVANT ... 0.5514
APRES ... 0.5615

* *Description détaillée des 7 classes :*

On rappelle que pour les variables, la première modalité correspond toujours à la meilleure situation et la dernière à la plus alarmante. Les modalités intermédiaires assurant le gradient entre les situations extrêmes.

Afin de mieux comprendre ces sorties, quelques précisions doivent être ajoutées :

V.Test (Valeur test) :

Le signe de la valeur test indique qu'il y a sur représentation d'une modalité dans la classe s'il est positif et sous représentation s'il est négatif. Plus la valeur absolue est élevée, plus la modalité différencie la classe par rapport à l'ensemble de la population.

PROBA :

→ CLA/MOD s'interprète comme suit : c'est la part occupée par les individus de la classe parmi tous les individus ayant la modalité étudiée.

→ MOD/CLA représente la fréquence de la modalité dans la classe (exprimée en pourcentages).

→ GLOBAL correspond à la fréquence de la modalité sur l'ensemble de la population étudiée (exprimée en pourcentages)

Ainsi, plus l'écart entre fréquence de la modalité dans la classe et fréquence de cette même modalité dans l'ensemble de la population est importante et plus la valeur absolue de la valeur test associée sera grande.

CLASSE 1 / 7 : les « grands précaires »

V.TEST	PROBA	----	POURCENTAGES	----	MODALITES	POIDS		Poids
		CLA/MOD	MOD/CLA	GLOBAL	CARACTERISTIQUES	DES VARIABLES		
				26.14	CLASSE 1 / 7			80
13.51	0.000	64.52	100.00	40.52	PRECLOG=3	précarité du logement		124
11.14	0.000	51.97	98.75	49.67	TLOGINS=1	logement temporaire?		152
7.01	0.000	67.92	45.00	17.32	TYP_LOG=4	typo logement		53
6.43	0.000	33.47	100.00	78.10	TYP_W=3	typologie de l'emploi		239
5.72	0.000	50.00	55.00	28.76	TYP_LOG=3	typo logement		88
4.79	0.000	32.75	93.75	74.84	PREC_ECO=3	précarité économique		229
3.63	0.000	31.30	90.00	75.16	PREC_SAN=1	couverture sociale?		230
3.42	0.000	30.90	90.00	76.14	COUPLE2=2	vie en couple?		233
3.30	0.000	46.94	28.75	16.01	T_PATHO2=3	typo2 nb pathos	49	
3.27	0.001	39.56	45.00	29.74	TYP_ISO=3	typologie isolement		91
3.18	0.001	31.08	86.25	72.55	SEXE=1	Sexe		222
2.81	0.002	36.04	50.00	36.27	TAILCEN=1	taille du centre	111	

CLASSE 6 / 7 : les individus « en difficultés matérielles »

V.TEST	PROBA	---- POURCENTAGES ----			MODALITES POIDS CARACTERISTIQUES	DES VARIABLES	Poids
		CLA/MOD	MOD/CLA	GLOBAL			
				9.48	CLASSE 6 / 7		29
13.41	0.000	100.00	100.00	9.48	PREC_ECO=2	précarité économique	29
3.91	0.000	14.59	93.10	60.46	T2_ENFT=1	type2_nb_enfts	185
3.26	0.001	22.81	44.83	18.63	TYP_LOG=2	typo logement	57
3.10	0.001	19.74	51.72	24.84	PREC_SAN=2	couverture sociale?	76
2.62	0.004	13.61	79.31	55.23	NBDEUIL=0	nbre deuils	169
2.33	0.010	13.64	72.41	50.33	TLOGINS=0	logement temporaire?	154
-2.33	0.010	5.26	27.59	49.67	TLOGINS=1	logement temporaire?	152
-2.55	0.005	0.00	0.00	15.69	PREC_ECO=1	précarité économique	48
-3.10	0.001	6.09	48.28	75.16	PREC_SAN=1	couverture sociale?	230
-9.12	0.000	0.00	0.00	74.84	PREC_ECO=3	précarité économique	229

CLASSE 7 / 7 : les « peu précaires »

V.TEST	PROBA	---- POURCENTAGES ----			MODALITES POIDS CARACTERISTIQUES	DES VARIABLES	Poids
		CLA/MOD	MOD/CLA	GLOBAL			
				8.17	CLASSE 7 / 7		25
12.44	0.000	96.15	100.00	8.50	TYPO_W=1	typologie de l'emploi	26
7.45	0.000	41.67	80.00	15.69	PREC_ECO=1	précarité économique	48
2.66	0.004	15.38	56.00	29.74	TYP_ISO=1	typologie isolement	91
2.61	0.005	15.85	52.00	26.80	CLAGE2=2	classe_age	82
2.46	0.007	14.58	56.00	31.37	PRECLOG=1	précarité du logement	96
2.43	0.008	13.89	60.00	35.29	TYP_LOG=1	typo logement	108
-2.61	0.005	0.00	0.00	18.63	TYP_LOG=2	typo logement	57
-5.85	0.000	2.18	20.00	74.84	PREC_ECO=3	précarité économique	229
-8.83	0.000	0.00	0.00	78.10	TYPO_W=3	typologie de l'emploi	239

ANNEXE 9

Classification Ascendante Hiérarchique sur les précaires étrangers :

Cette CAH est lancée sur les 10 premiers axes construits par l'Analyse en Composantes Multiples décrite en annexe 8. Elle permet donc de différencier les situations des 259 précaires étrangers.

SUR LES 10 PREMIERS AXES FACTORIELS, DESCRIPTION DES 50
NOEUDS D'INDICES LES PLUS ELEVES :

NUM.	AINE	BENJ	EFF.	POIDS	INDICE	HISTOGRAMME DES INDICES DE NIVEAU
468	456	440	6	6.00	0.00581	***
469	433	265	5	5.00	0.00587	***
470	401	462	15	15.00	0.00587	***
471	157	40	2	2.00	0.00590	***
472	461	274	6	6.00	0.00611	***
473	459	263	6	6.00	0.00624	***
474	466	434	7	7.00	0.00682	***
475	447	421	10	10.00	0.00683	***
476	425	293	7	7.00	0.00696	***
477	451	84	3	3.00	0.00769	***
478	463	471	6	6.00	0.00841	****
479	446	399	10	10.00	0.00869	****
480	431	453	8	8.00	0.00907	****
481	394	423	11	11.00	0.00956	****
482	473	439	8	8.00	0.01057	****
483	445	398	17	17.00	0.01074	****
484	454	449	14	14.00	0.01117	*****
485	465	477	7	7.00	0.01126	*****
486	435	444	12	12.00	0.01135	*****
487	457	442	14	14.00	0.01147	*****
488	386	388	16	16.00	0.01147	*****
489	460	437	11	11.00	0.01153	*****
490	424	469	9	9.00	0.01183	*****
491	410	428	20	20.00	0.01290	*****
492	482	438	10	10.00	0.01333	*****
493	448	318	14	14.00	0.01374	*****
494	490	464	16	16.00	0.01388	*****
495	476	467	14	14.00	0.01474	*****
496	481	468	17	17.00	0.01509	*****
497	479	452	17	17.00	0.01618	*****
498	496	384	25	25.00	0.01834	*****
499	494	472	22	22.00	0.01891	*****
500	486	474	19	19.00	0.02100	*****
501	495	475	24	24.00	0.02184	*****
502	470	489	26	26.00	0.02298	*****
503	492	480	18	18.00	0.02892	*****
504	501	487	38	38.00	0.02911	*****
505	500	493	33	33.00	0.02985	*****
506	478	485	13	13.00	0.03045	*****
507	491	497	37	37.00	0.03140	*****
508	488	483	33	33.00	0.03253	*****
509	502	484	40	40.00	0.03790	*****
510	508	498	58	58.00	0.05339	*****
511	510	507	95	95.00	0.07979	*****
512	509	499	62	62.00	0.09621	*****
513	504	512	100	100.00	0.10855	*****
514	506	503	31	31.00	0.12185	*****
515	511	513	195	195.00	0.13213	*****
516	515	505	228	228.00	0.18422	*****
517	516	514	259	259.00	0.21906	*****
SOMME DES INDICES DE NIVEAU =						1.75633

→ Classification en 8 classes sélectionnée :

**Caractéristiques des 8 classes :*

INERTIES		EFFECTIFS		POIDS		DISTANCES		INERTIES	
AVANT	APRES	AVANT	APRES	AVANT	APRES	AVANT	APRES		
INTER-CLASSES		0.9418	0.9671					INTRA-CLASSE	
				CLASSE 1 / 8		0.0859	0.0859	18	18
18.00	18.00	1.9530	1.9530						
CLASSE 2 / 8		0.0837	0.0837	13	13	13.00	13.00	3.5654	3.5654
CLASSE 3 / 8		0.1034	0.1140	33	35	33.00	35.00	1.2695	1.2318
CLASSE 4 / 8		0.0780	0.0780	22	22	22.00	22.00	1.1523	1.1523
CLASSE 5 / 8		0.1075	0.1156	40	44	40.00	44.00	0.6144	0.6825
CLASSE 6 / 8		0.1126	0.1187	38	39	38.00	39.00	0.7464	0.7394
CLASSE 7 / 8		0.0768	0.0481	37	32	37.00	32.00	0.5480	0.6238
CLASSE 8 / 8		0.1665	0.1451	58	56	58.00	56.00	0.3787	0.3870
								TOTALE	
1.7563	1.7563								

QUOTIENT (INERTIE INTER / INERTIE TOTALE) : AVANT ... 0.5362
APRES ... 0.5506

** Description des 8 classes :*

On rappelle que pour les variables, la première modalité correspond toujours à la meilleure situation et la dernière à la plus alarmante. Les modalités intermédiaires assurant le gradient entre les situations extrêmes.

Afin de mieux comprendre ces sorties, quelques précisions doivent être ajoutées :

V.Test (Valeur test) :

Le signe de la valeur test indique qu'il y a sur représentation d'une modalité dans la classe s'il est positif et sous représentation s'il est négatif. Plus la valeur absolue est élevée, plus la modalité différencie la classe par rapport à l'ensemble de la population.

PROBA :

→ CLA/MOD s'interprète comme suit : c'est la part occupée par les individus de la classe parmi tous les individus ayant la modalité étudiée.

→ MOD/CLA représente la fréquence de la modalité dans la classe (exprimée en pourcentages).

→ GLOBAL correspond à la fréquence de la modalité sur l'ensemble de la population étudiée (exprimée en pourcentages)

Ainsi, plus l'écart entre fréquence de la modalité dans la classe et fréquence de cette même modalité dans l'ensemble de la population est importante et plus la valeur absolue de la valeur test associée sera grande.

CLASSE 1 / 8 : les « peu précaires »

V.TEST	PROBA	POURCENTAGES		MODALITES	DES VARIABLES	POIDS
		CLA/MOD	MOD/CLA	GLOBAL	CHARACTERISTIQUES	
				6.95	CLASSE 1 / 8	18
9.80	0.000	75.00	100.00	9.27	PREC_ECO=1	24
3.78	0.000	30.77	44.44	10.04	CLAGE2=5	26
3.48	0.000	14.89	77.78	36.29	PREC_ADM=1	94
3.08	0.001	22.22	44.44	13.90	PRECLOG=1	36
2.68	0.004	18.60	44.44	16.60	TYP_LOG=1	43
2.50	0.006	15.79	50.00	22.01	COUPLE2=1	57
-3.09	0.001	3.31	33.33	69.88	COUPLE2=2	181
-3.38	0.000	0.00	0.00	34.36	PREC_ECO=2	89
-5.13	0.000	0.00	0.00	56.37	PREC_ECO=3	146

CLASSE 2 / 8 : les « travailleurs déclarés »

V.TEST	PROBA	POURCENTAGES			MODALITES	DES VARIABLES	POIDS
		CLA/MOD	MOD/CLA	GLOBAL			
				5.02	CLASSE 2 / 8		13
9.61	0.000	100.00	100.00	5.02	TYPO_W=1	typologie de l'emploi	13
3.37	0.000	25.00	46.15	9.27	PREC_ECO=1	précarité économique	24
-6.10	0.000	0.00	0.00	78.76	TYPO_W=3	typologie de l'emploi	204

CLASSE 3 / 8 : les « travailleurs non déclarés »

V.TEST	PROBA	POURCENTAGES			MODALITES	DES VARIABLES	POIDS
		CLA/MOD	MOD/CLA	GLOBAL			
				13.51	CLASSE 3 / 8		35
12.60	0.000	83.33	100.00	16.22	TYPO_W=2	typologie de l'emploi	42
7.44	0.000	35.96	91.43	34.36	PREC_ECO=2	précarité économique	89
3.49	0.000	22.52	71.43	42.86	PREC_ADM=3	précarité administrative étrangers	111
3.33	0.000	17.84	94.29	71.43	PREC_SAN=2	couverture sociale?	185
3.01	0.001	18.95	82.86	59.07	T2_ENFT=1	typo2_nb_enfts	153
2.94	0.002	22.00	62.86	38.61	CLAGE2=2	Classe_age	100
2.87	0.002	16.50	97.14	79.54	TYP_PSY2=0	typo2_nb pathos psy	206
2.68	0.004	18.88	77.14	55.21	TAILCEN=3	taille du centre	143
-2.67	0.004	2.04	2.86	18.92	T2_ENFT=2	typo2_nb_enfts	49
-3.30	0.000	4.26	11.43	36.29	PREC_ADM=1	précarité administrative étrangers	94
-3.33	0.000	2.70	5.71	28.57	PREC_SAN=1	couverture sociale?	74
-6.19	0.000	2.05	8.57	56.37	PREC_ECO=3	précarité économique	146
-11.20	0.000	0.00	0.00	78.76	TYPO_W=3	typologie de l'emploi	204

CLASSE 4 / 8 : les « sans emplois indépendants »

V.TEST	PROBA	POURCENTAGES			MODALITES	DES VARIABLES	POIDS
		CLA/MOD	MOD/CLA	GLOBAL			
				8.49	CLASSE 4 / 8		22
9.76	0.000	61.11	100.00	13.90	PRECLOG=1	précarité du logement	36
9.17	0.000	51.16	100.00	16.60	TYP_LOG=1	typo logement	43
4.23	0.000	24.56	63.64	22.01	COUPLE2=1	vie en couple?	57
2.92	0.002	13.74	81.82	50.58	TYPE3=2	assoce/orgas/hôpital	131
2.79	0.003	20.41	45.45	18.92	TYP_CSP=2	typo CSP	49
2.65	0.004	10.78	100.00	78.76	TYPO_W=3	typologie de l'emploi	204
-2.70	0.003	3.28	18.18	47.10	TYP_CSP=3	typo CSP	122
-3.01	0.001	1.18	4.55	32.82	TYPE3=1	assoce/orgas/hôpital	85
-3.13	0.001	0.00	0.00	26.25	TYP_LOG=3	typo logement	68
-3.19	0.001	4.42	36.36	69.88	COUPLE2=2	vie en couple?	181
-3.52	0.000	0.00	0.00	30.50	PRECLOG=3	précarité du logement	79
-4.86	0.000	0.00	0.00	45.95	TYP_LOG=2	typo logement	119
-5.73	0.000	0.00	0.00	55.60	PRECLOG=2	précarité du logement	144

CLASSE 5 / 8 : les « grands précaires résidents »

V.TEST	PROBA	POURCENTAGES			MODALITES	DES VARIABLES	POIDS
		CLA/MOD	MOD/CLA	GLOBAL			
				16.99	CLASSE 5 / 8		44
9.46	0.000	45.74	97.73	36.29	PREC_ADM=1	précarité administrative étrangers	94
7.31	0.000	45.95	77.27	28.57	PREC_SAN=1	couverture sociale?	74
5.26	0.000	27.40	90.91	56.37	PREC_ECO=3	précarité économique	146
4.53	0.000	34.18	61.36	30.50	PRECLOG=3	précarité du logement	79
3.98	0.000	32.47	56.82	29.73	DAT_IMM=1	période immigration	77
3.92	0.000	33.82	52.27	26.25	TYP_LOG=3	typo logement	68
3.28	0.001	63.64	15.91	4.25	ACCW=1	Accident du travail	11
3.11	0.001	28.24	54.55	32.82	TYPE3=1	assoce/orgas/hôpital	85
3.10	0.001	53.33	18.18	5.79	TYP_PSY2=2	typo2_nb pathos psy	15
3.06	0.001	20.59	95.45	78.76	TYPO_W=3	typologie de l'emploi	204
2.92	0.002	24.59	68.18	47.10	TYP_CSP=3	typo CSP	122
2.77	0.003	30.91	38.64	21.24	TAILCEN=1	taille du centre	55
2.62	0.004	25.00	59.09	40.15	TYP_ISO=2	typologie isolement	104
2.50	0.006	35.48	25.00	11.97	TYP_FUM=4	type de fumeurs	31
-2.33	0.010	13.94	65.91	80.31	TYP_ACC=1	prise de risque et nbre accidents	208
-2.36	0.009	0.00	0.00	9.27	PREC_ECO=1	précarité économique	24
-2.38	0.009	8.54	15.91	31.66	TYP_ISO=1	typologie isolement	82
-2.58	0.005	10.69	31.82	50.58	TYPE3=2	assoce/orgas/hôpital	131
-2.93	0.002	10.49	34.09	55.21	TAILCEN=3	taille du centre	143
-3.19	0.001	0.00	0.00	13.90	PRECLOG=1	précarité du logement	36
-3.20	0.001	11.18	43.18	65.64	TYP_FUM=1	type de fumeurs	170
-3.28	0.001	2.04	2.27	18.92	TYP_CSP=2	typo CSP	49
-3.28	0.001	14.92	84.09	95.75	ACCW=0	Accident du travail	248
-3.29	0.000	12.62	59.09	79.54	TYP_PSY2=0	typo2_nb pathos psy	206
-3.30	0.000	8.40	22.73	45.95	TYP_LOG=2	typo logement	119
-3.53	0.000	4.17	6.82	27.80	DAT_IMM=3	période immigration	72
-4.00	0.000	4.49	9.09	34.36	PREC_ECO=2	précarité économique	89
-4.24	0.000	0.00	0.00	20.85	PREC_ADM=2	précarité administrative étrangers	54
-6.51	0.000	0.90	2.27	42.86	PREC_ADM=3	précarité administrative étrangers	111
-7.31	0.000	5.41	22.73	71.43	PREC_SAN=2	couverture sociale?	185

CLASSE 6 / 8 : les « sans emplois non régularisés »

V.TEST	PROBA	POURCENTAGES			MODALITES	DES VARIABLES	POIDS
		CLA/MOD	MOD/CLA	GLOBAL			
				15.06	CLASSE 6 / 8		39
12.16	0.000	72.22	100.00	20.85	PREC_ADM=2	précarité administrative étrangers	54
3.28	0.001	18.63	97.44	78.76	TYPO_W=3	typologie de l'emploi	204
2.92	0.002	34.29	30.77	13.51	TYP_CSP=1	typo CSP	35
2.87	0.002	26.39	48.72	27.80	DAT_IMM=3	période immigration	72
2.49	0.006	18.78	87.18	69.88	COUPLE2=2	vie en couple?	181
-2.43	0.007	6.49	12.82	29.73	DAT_IMM=1	période immigration	77
-2.54	0.005	2.38	2.56	16.22	TYPO_W=2	typologie de l'emploi	42
-2.92	0.002	0.00	0.00	13.90	PRECLOG=1	précarité du logement	36

-5.79	0.000	0.00	0.00	36.29	PREC_ADM=1	précarité administrative étrangers	94
-6.56	0.000	0.00	0.00	42.86	PREC_ADM=3	précarité administrative étrangers	111

CLASSE 7 / 8 : les « précaires sans papiers insérés »

V.TEST	PROBA	POURCENTAGES			MODALITES	DES VARIABLES	POIDS
		CLA/MOD	MOD/CLA	GLOBAL			
				12.36	CLASSE 7 / 8		32
8.80	0.000	39.02	100.00	31.66	TYP_ISO=1	typologie isolement	82
4.55	0.000	23.42	81.25	42.86	PREC_ADM=3	précarité administrative étrangers	111
3.62	0.000	16.76	96.88	71.43	PREC_SAN=2	couverture sociale?	185
3.46	0.000	15.69	100.00	78.76	TYP_W=3	typologie de l'emploi	204
-2.52	0.006	0.00	0.00	13.90	PRECLOG=1	précarité du logement	36
-2.83	0.002	0.00	0.00	16.22	TYP_W=2	typologie de l'emploi	42
-2.88	0.002	0.00	0.00	16.60	TYP_LOG=1	typo logement	43
-3.41	0.000	0.00	0.00	20.85	PREC_ADM=2	précarité administrative étrangers	54
-3.62	0.000	1.35	3.13	28.57	PREC_SAN=1	couverture sociale?	74
-4.25	0.000	0.00	0.00	28.19	TYP_ISO=3	typologie isolement	73
-5.52	0.000	0.00	0.00	40.15	TYP_ISO=2	typologie isolement	104

CLASSE 8 / 8 : les « précaires sans papiers isolés »

V.TEST	PROBA	POURCENTAGES			MODALITES	DES VARIABLES	POIDS
		CLA/MOD	MOD/CLA	GLOBAL			
				21.62	CLASSE 8 / 8		56
8.03	0.000	45.05	89.29	42.86	PREC_ADM=3	précarité administrative étrangers	111
6.18	0.000	30.27	100.00	71.43	PREC_SAN=2	couverture sociale?	185
5.06	0.000	27.45	100.00	78.76	TYP_W=3	typologie de l'emploi	204
3.81	0.000	38.36	50.00	28.19	TYP_ISO=3	typologie isolement	73
3.27	0.001	31.09	66.07	45.95	TYP_LOG=2	typo logement	119
-2.51	0.006	8.16	7.14	18.92	NBPBAF3T=1	typo2 nbre pbs affectifs	49
-2.81	0.002	10.39	14.29	29.73	DAT_IMM=1	période immigration	77
-2.86	0.002	0.00	0.00	9.27	PREC_ECO=1	précarité économique	24
-3.80	0.000	0.00	0.00	13.90	PRECLOG=1	précarité du logement	36
-4.21	0.000	0.00	0.00	16.22	TYP_W=2	typologie de l'emploi	42
-4.28	0.000	0.00	0.00	16.60	TYP_LOG=1	typo logement	43
-4.63	0.000	6.38	10.71	36.29	PREC_ADM=1	précarité administrative étrangers	94
-5.00	0.000	0.00	0.00	20.85	PREC_ADM=2	précarité administrative étrangers	54
-6.18	0.000	0.00	0.00	28.57	PREC_SAN=1	couverture sociale?	74
-6.63	0.000	0.00	0.00	31.66	TYP_ISO=1	typologie isolement	82

ANNEXE 10

Corrélations deux à deux entretenues par les différentes dimensions de la précarité.

En termes statistiques, la corrélation entre les différentes dimensions de la précarité peut être recherchée et quantifiée à l'aide du Tau-B de Kendall (aussi appelée *corrélation au sens des rangs*). En effet, c'est l'outil le plus pertinent pour traiter des corrélations entre variables qualitatives ordonnées, ayant le même type de sens et le même nombre de modalités (à l'exception de la protection sociale qui ne compte que 2 modalités au lieu de 3 pour les autres variables).

Je rappelle ici la définition de la corrélation au sens des rangs : considérant deux dimensions données de la précarité (par exemple l'emploi et le logement), on étudie toutes les $n*(n-1)/2$ paires d'individus différents qu'il est possible de constituer dans l'échantillon. Une paire d'individus est dite « concordante » si l'individu qui est le plus précaire des deux pour la première dimension de précarité est également le plus précaire pour l'autre. Une paire est dite « discordante » dans le cas contraire. Le Tau-B de Kendall se calcule alors comme :

$$\tau_B = \frac{N_C - N_D}{n(n-1)/2}$$

Où N_C est le nombre total de paires concordantes, N_D le nombre total de paires discordantes et n l'effectif de l'échantillon.

Corrélations entre les dimensions de la précarité (Tau-B de Kendall)

	Précarité du logement	Précarité professionnelle	Précarité économique	Absence de protection sociale	Précarité administrative
Précarité affective	0,108 (*)	0,055 (n.s.)	0,084 (*)	-0,044 (n.s.)	-0,015 (n.s.)
Précarité du logement		0,076 (*)	0,188 (**)	0,025 (n.s.)	0,046 (n.s.)
Précarité professionnelle			0,43 (***)	0,01 (n.s.)	-0,054 (n.s.)
Précarité économique				-0,107 (***)	-0,032 (n.s.)
Absence de protection sociale					0,492 (***)

Source : Enquête Préalogue du CREDES

(*) : significatif au risque d'erreur de 5% - (**) : significatif au risque de 1% - (***) : significatif au risque de 0,1% - (n.s) : non significatif.

N.B : L'effectif est de 590 individus sauf dans le cas de la précarité administrative où seuls les 259 étrangers sont pris en compte.

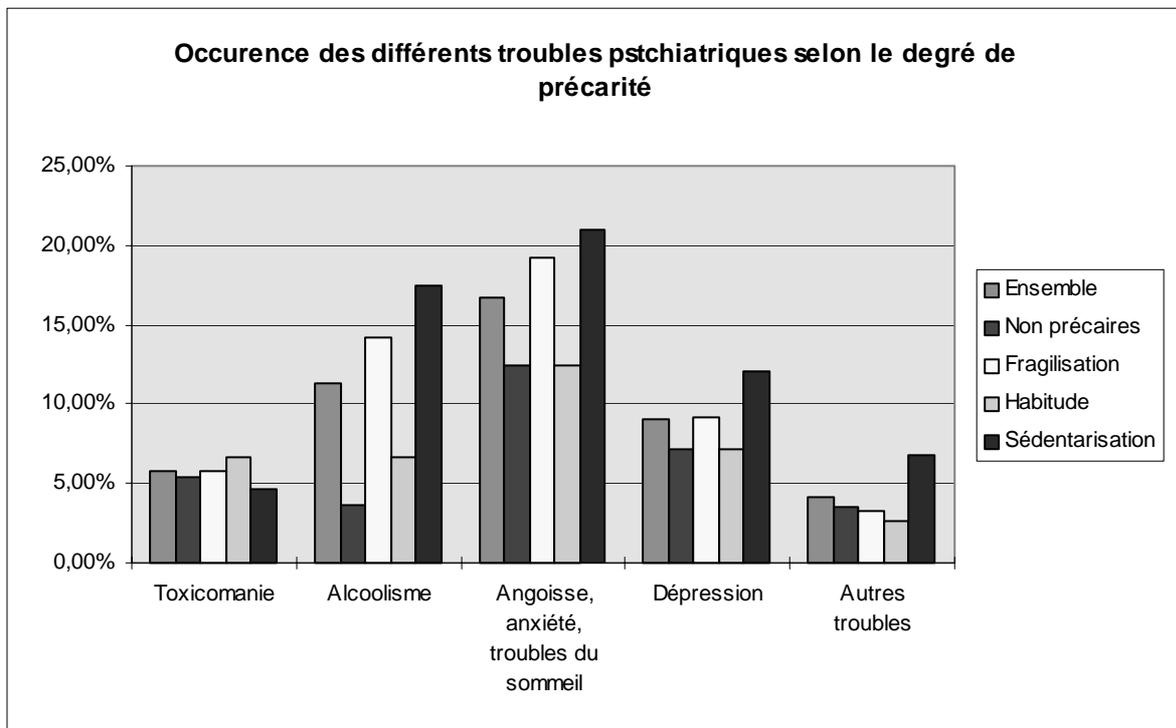
Les corrélations présentées ici sont à interpréter avec précaution dans la mesure où la prise en compte de variables deux à deux ne permet pas d'analyser leurs liaisons « toutes choses égales par ailleurs ».

ANNEXE 11

Etudes des troubles psychologiques selon le degré de précarisation :

1) Diagnostics psychiatriques :

--> *Occurences des diagnostics psychiatriques selon le degré de précarité :*

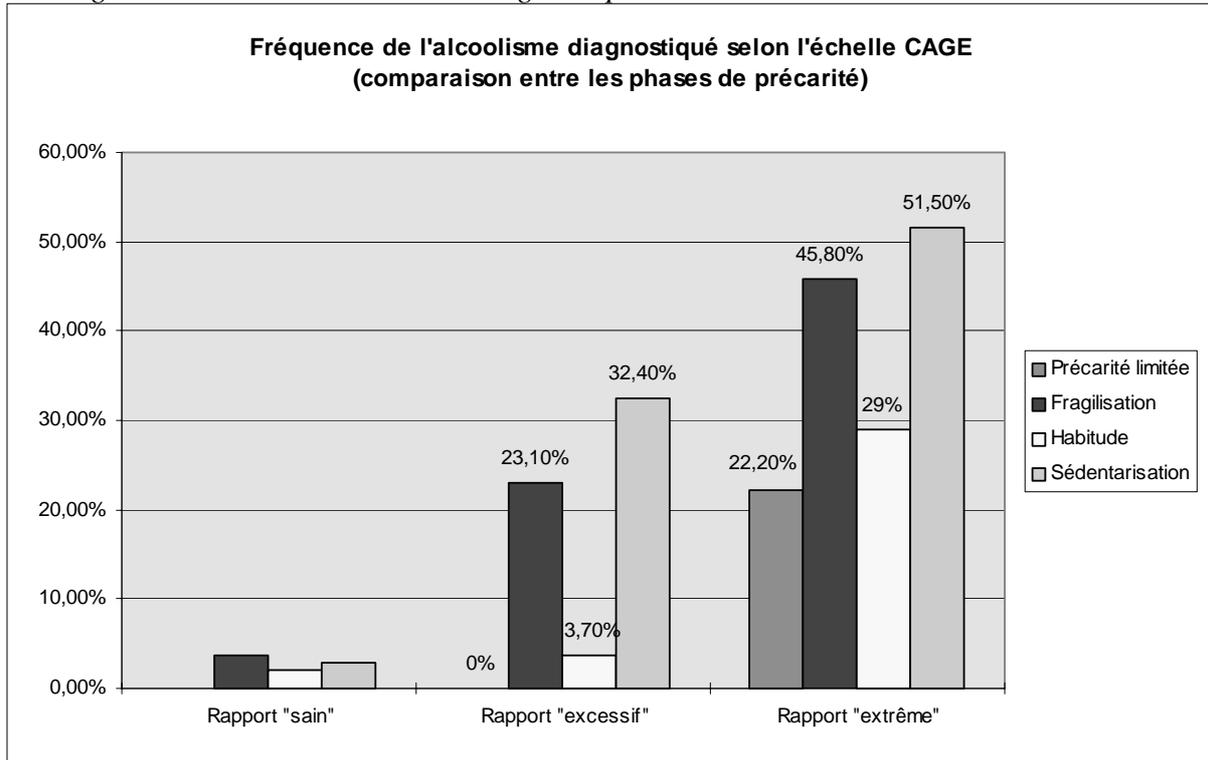


Source : Enquête Préalogue du CREDES

ANNEXE 12

Inadaptabilité du score CAGE aux populations précaires ?

--> Disparités des concordances entre « problèmes d'alcoolisation » par la méthode CAGE et les diagnostics d'alcoolisme selon le degré de précarité :



Source : Enquête Précalog du

ANNEXE 13

**Tableau détaillé des motifs de recours
aux soins des précaires.**

Catégorie	Motifs de recours aux soins	Effectif	Total catégorie
Ophtalmologie	Trouble de la vue	76	93
	Autre problèmes ophtalmologiques	17	
ORL et pneumologie	Infection respiratoire et/ou ORL	63	170
	Infection broncho-pulmonaire	33	
	Asthme, emphysème, BPCO	25	
	Autres problèmes broncho-pulmonaires	16	
	Autre problèmes ORL	33	
Cardio-vasculaire	Hypertension artérielle	37	75
	Maladie cardiaque	12	
	Phlébite, varices, insuffis. Veineuse	18	
	Autres problèmes cardio-vasculaire	8	
Bucco-dentaire	Affections de la bouche et des dents	142	142
Appareil digestif	Pathologie de l'œsophage	11	115
	Pathologie de l'estomac	49	
	Pathologie intestinale ou ano-rectale	21	
	Pathologie hépatique, biliaire ou pancréatique	21	
	Autres problèmes digestifs	13	
Génito-urinaire et obstétrique	Diagnostic et suivi de grossesse, obstétrique	9	60
	Affections gynécologiques, sénologie	21	
	Maladies sexuellement transmises	5	
	Infection urinaire	8	
	Autres problèmes génito-urinaires	17	
Dermatologie	Infection ou mycose cutanée	43	88
	Ecto-parasitose cutanée	8	
	Autre dermatose (non infectieuse)	37	
Psychiatrie	Toxicomanie	34	278
	Alcoolisme	67	
	Angoisse, anxiété et troubles du sommeil	98	
	Dépression	54	
	Autres troubles psychiatriques	25	
Neurologie	Céphalée, migraine	50	74
	Autres problèmes neurologiques	24	
Appareil locomoteur	Arthrose	37	141
	Rhumatisme	27	
	Plaies, fractures, traumatismes	38	
	Autres problèmes locomoteurs	39	
Pathologie infectieuse spécifique	Infection à VIH	9	17
	Tuberculose	3	
	Maladie infectieuse non classée ailleurs	5	
	Motifs de recours aux soins	Effectif	Total catégorie
Oncologie	Cancer, tumeur maligne	2	5
	Tumeur bénigne ou de malignité inconnue	3	

Hématologie	Hémopathie maligne	0	2
	Anémie et autres maladies du sang	2	
Endocrino-métabolique	Diabète sucré	16	57
	Dénutrition, carence alimentaire	17	
	Obésité	14	
	Autres problèmes endocrino-métabolique	10	
Autres motifs de recours aux soins	Prévention ou vaccination	22	72
	Etat morbide mal défini	3	
	Visite systématique	7	
	Anomalie congénitale, affection périnatale	1	
	Autres motifs	39	
TOTAL		1389	1389

Source : Enquête Précalog du CREDES

ANNEXE 14

Les Profils Nosologiques Comparatifs (PNC) :

Le concept des « Profils Nosologiques Comparatifs » et sa mise en œuvre présentés ci-après sont issus de la thèse du Docteur Hervé Picard effectuée à l'université de Paris 6 en 1997 et intitulée : « Une nosologie de la misère : les cas des tsiganes roumains de la banlieue parisienne nord ».

1 – Méthodologie de comparaison des motifs médicaux de recours aux soins entre patients précaires et médecine libérale

Principe :

Par “ motifs médicaux de recours aux soins ”, on entend l'ensemble des diagnostics posés à l'issue de l'ensemble des consultations¹. Ces diagnostics peuvent être classés en grandes catégories : dermatologie, cardiologie, etc. L'objectif est ici de comparer la part respective de chacune de ces catégories² dans l'ensemble des motifs de recours aux soins des personnes en situation précaire, par rapport à ce que l'on observe chez les personnes consultant en médecine libérale.

La population de référence a été construite sur la base des données de l'enquête permanente sur la prescription médicale (E.P.P.M.) de l'institut IMS-France. Cette enquête réalise un suivi annuel par vagues d'un échantillon de médecins libéraux français, chaque médecin transmettant les informations relatives à toutes les consultations qu'il réalise durant une semaine donnée. Un redressement permet ensuite d'aboutir à une représentativité de l'activité médicale libérale sur tout le territoire français, en médecine générale comme dans l'ensemble des spécialités médicales cliniques. Les diagnostics sont codés selon la 9^{ème} révision de la Classification Internationale des Maladies (C.I.M.9).

A partir des données de l'E.P.P.M. 1997-1998, un échantillon de consultations “ médecine libérale ” a été reconstruit afin de minimiser les biais et d'optimiser la comparabilité avec l'échantillon de consultations “ précarité ” étudié ici.

Prise en compte des biais

Biais de répartition temporelle (saisonnalité)

Les pathologies rencontrées sont susceptibles d'être influencées par des phénomènes saisonniers³. Or si les données de l'E.P.P.M. couvrent de manière équilibrée douze mois d'activité médicale, les consultations que nous avons observées dans les centres “ précarité ”

¹ Le nombre total de motifs médicaux peut donc être supérieur au nombre total de consultations car plusieurs diagnostics différents sont fréquemment posés à l'issue d'une même consultation.

² Part de l'ensemble des diagnostics posés qui entrent dans la catégorie considérée. Par construction, la somme des fréquences de toutes les catégories est donc égale à 100% dans une population donnée.

³ Par exemple, les infections respiratoires hautes sont plus fréquentes à la saison froide, etc.

ont eu lieu pour 74% d'entre elles durant une période comprise entre décembre 1999 et mai 2000.

Nous avons donc reconstruit un échantillon aléatoire de consultations E.P.P.M. satisfaisant les trois critères :

- Avoir la même structure temporelle que l'échantillon "précarité"⁴ ;
- Avoir une taille maximale⁵.

Sélection des consultations

L'échantillon de consultations "précarité" a été construit en incluant les trois premiers patients rencontrés par chaque médecin participant à partir d'une date de début d'observation⁶. *A contrario*, dans E.P.P.M. ce sont l'ensemble des consultations réalisées durant une semaine par chaque médecin participant qui sont prises en compte. Pour chaque médecin enquêté dans E.P.P.M. nous n'avons donc retenu que les trois premiers patients qui ont été vu durant la semaine de participation du médecin.

Le facteur potentiel de confusion lié à l'activité des spécialistes

L'enquête E.P.P.M. mêle les consultations généralistes et les visites de spécialistes. Nous avons donc constitué deux échantillons de référence, un avec toutes les spécialités **pondérées par leur représentation en France** (redressement IMS en fonction de la spécialité, de l'âge du médecin, de sa situation géographique...) et l'autre incluant exclusivement la médecine générale. Cette démarche permet de faire deux grands types de comparaisons : consultations des centres précarité versus « consultations toute médecine libérale » et consultations des centres précarité versus « consultations des généralistes ». Ceci permettra de voir si l'activité des centres de précarité relève davantage de la médecine généraliste ou si, au contraire, elle se révèle fortement spécialisée.

***In fine*, on aboutit à deux échantillons de consultations de référence (l'un en médecine libérale toutes spécialités confondues et l'autre en médecine générale de ville) pour lesquels "tout se passe comme si" ces échantillons avaient été constitués (deux ans plus tôt) selon la même méthode que celle employée dans la présente enquête, durant les mêmes périodes de l'année.**

Prise en compte de l'effet "age et sexe"

Lorsque l'on souhaite comparer, entre deux populations, un événement aussi dépendant de l'âge et du sexe que peut l'être une pathologie, une standardisation directe est inévitable. Cette méthodologie analogue aux CMF va nous fournir à la sortie les fameux Profils Nosologiques Comparatifs. La démarche statistique et les formules mathématiques sont décrites dans le paragraphe qui suit.

2 – Standardisation directe par âge dans une enquête d'utilisation

⁴ Dans E.P.P.M., l'année est découpée en 4 trimestres : février à avril, mai à juillet, etc. L'objectif était donc d'avoir une répartition analogue entre ces quatre trimestres à celle observée dans les consultations précarité.

⁵ Pour cela, les consultations des deux échantillons ont été ventilées en N groupes selon le double critère (trimestre x zone). Le groupe le mieux représenté dans l'échantillon précarité étant le groupe "trimestre BLA x zone BLI", nous avons retenu l'ensemble des consultations E.P.P.M. de ce groupe, puis tiré aléatoirement des consultations E.P.P.M. dans chacun des autres groupes au prorata de la part respective de chaque groupe dans la structure de l'échantillon précarité.

⁶ Cette date étant librement déterminée par chacun des centres de soins participants.

On souhaite transposer la méthode de standardisation directe dans le cadre d'une enquête d'utilisation.

→ On considère une population P qui a effectué $R \in \mathbb{N}$ recours aux soins durant la période étudiée.

→ Considérons une catégorie nosologique C (par exemple : « maladies dermatologiques »).

→ Le nombre de fois où un diagnostic correspondant à cette catégorie a été posé dans la population P durant la période étudiée sera noté C ($D \in \mathbb{N}$).

→ On s'intéresse ici à ce que nous appellerons le ratio de fréquence diagnostic de la catégorie nosologique D et que nous définirons comme le rapport $FD = D/R$. Ce ratio exprime « le nombre de diagnostics appartenant à la catégorie C qui sont posés pour 100 diagnostics ».

→ La structure par âge de notre population est décrite par la donnée du nombre de recours R_i effectués dans chaque classe d'âge $i \in [1, k]_{\mathbb{N}}$.

→ On donne également le nombre de fois où un diagnostic appartenant à C a été posé dans chaque classe d'âge i, que l'on note D_i .

→ Par définition, $\sum_{i=1}^k R_i = R$ et $\sum_{i=1}^k D_i = D$. On en tire $\forall i \in [1, k]_{\mathbb{N}}, FD_i = D_i / R_i$.

→ $\forall i \in [1, k]_{\mathbb{N}}$ soit $\omega_i = R_i / R$

Par définition, $\sum_{i=1}^k \omega_i = 1$. Il vient également : $FD = \sum_{i=1}^k \frac{D_i}{R} = \sum_{i=1}^k \frac{D_i}{R_i} * \frac{R_i}{R} = \sum_{i=1}^k FD_i * \omega_i$

→ Considérons une population de référence, P', ayant effectué R' recours aux soins, à l'occasion desquels un diagnostic appartenant à la catégorie C a été posé D' fois.

→ Supposons connues les valeurs des R'_i, ω'_i et D'_i .

→ La standardisation directe correspond à l'application à P de la structure d'âge de P'. Le ratio standardisé de la fréquence diagnostic de C s'écrit :

$$FDS = \sum_{i=1}^k FD_i * \omega'_i$$

→ On sait que $\forall i \in [1, k]_{\mathbb{N}}$, la variance de FD_i peut être estimée par : $Var (FD_i) \approx \frac{D_i}{(R_i)^2}$

(par analogie avec l'estimation de la variance d'un taux de prévalence. Cf Bayer Hemon).

→ Il vient $Var (FDS) = \sum_{i=1}^k Var(FD_i) * (\omega'_i)^2$, puisque les ω'_i peuvent être considérés comme des constantes du fait de la grande taille de P' par rapport à P.

→ L'intervalle de confiance du ratio de fréquence standardisé s'en déduit immédiatement :

$$IC_{95}(FDS) = FDS \pm 1,96 * \sqrt{\sum_{i=1}^k \frac{D_i}{(R_i)^2} * (\omega'_i)^2}$$

$$\rightarrow \eta = 1,96 * \sqrt{\sum_{i=1}^k \frac{D_i}{(R_i)^2} * (\omega'_i)^2}$$

Donc $IC_{95}(FDS) = FDS \pm \eta$

→ Par analogie avec la CMF, on peut construire un rapport de fréquence diagnostics standardisées que l'on notera CDF (Comparative Diagnosis Figure)

$$CDF = \frac{FDS(PopulationP)}{FD'(PopulationP')}$$

→ On en tire $\ln(CDF) = \ln(FDS) - \ln(FD')$

D'où : $\text{Var}(\ln(CDF)) = \text{Var}(\ln(FDS)) + \text{Var}(\ln(FD'))$

→ Là encore, on fait l'approximation selon laquelle $\text{Var}(\ln(FD'))$ est négligeable devant $\text{Var}(\ln(FDS))$, puisque P' est bien plus grande que P.

Ainsi : $\text{Var}(\ln(CDF)) \approx \text{Var}(\ln(FDS))$

→ Une expression approchée de $\text{Var}(\ln(FDS))$ est :

$$\text{Var}(\ln(FDS)) \approx \frac{\text{Var}(FDS)}{(FDS)^2} \quad (\text{car } f(\ln(x)) \approx \frac{f(x)}{x^2} \text{ si } x \in]0;1])$$

$$\rightarrow \text{On en déduit : } \text{Var}(\ln(CDF)) \approx \frac{\text{Var}(FDS)}{(FDS)^2} \approx \frac{\sum_{i=1}^k \frac{D_i}{(R_i)^2} * (\omega'_i)^2}{\left(\sum_{i=1}^k \frac{D_{ii}}{R_i} * \omega'_i\right)^2}$$

→ L'intervalle de confiance de $\ln(CDF)$ est donc approché par :

$$IC_{95}(\ln(CDF)) = \ln(CDF) \pm 1,96 * \sqrt{\sum_{i=1}^k \frac{D_i}{(R_i)^2} * (\omega'_i)^2} * \frac{1}{\sum_{i=1}^k \frac{D_{ii}}{R_i} * \omega'_i}$$

→ Finalement, on obtient l'intervalle de confiance de CDF : [a ; b] avec

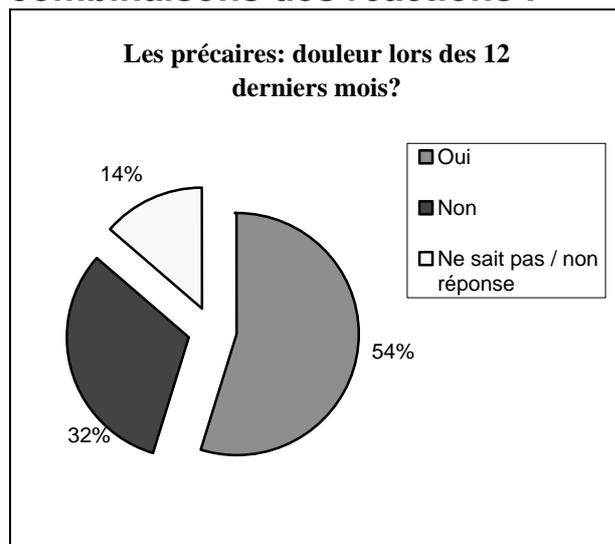
$$a = \exp^{\ln\left(\frac{FDS}{FD'}\right) - \frac{\mu}{FDS}}$$

$$b = \exp^{\ln\left(\frac{FDS}{FD'}\right) + \frac{\eta}{FDS}}$$

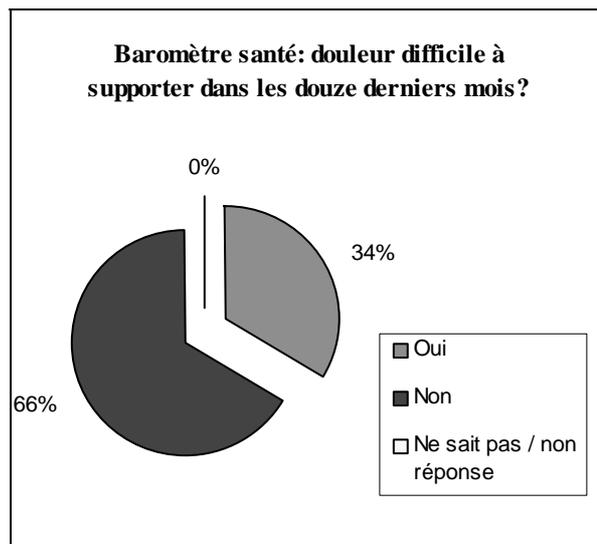
ANNEXE 15

Etude des réactions à un épisode douloureux

1) Délai avant demande d'aide dans un épisode douloureux et combinaisons des réactions :



Source Préalogue CREDES



Source CFES Baromètre Santé 2000

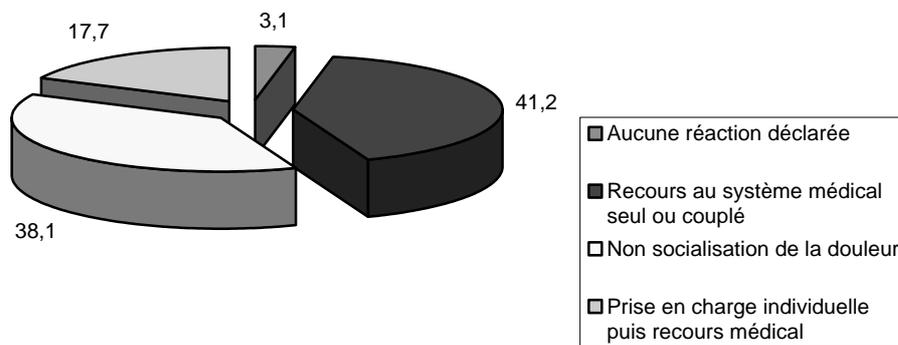
Combinaison des réactions face à la douleur:		
Type de réactions	Effectif	Pourcentage
Aucune réaction déclarée	10	3,1
Attente seul	67	20,7
Attente + Auto-soin	28	8,7
Attente+auto-soin+consult	14	4,3
Attente+auto-soin+hospitalisation	2	0,6
Attente+auto-soin+consult+hospitalisation	4	1,2
Attente + consultation	12	3,7
Attente + hospitalisation	4	1,2
Attente+consult+hospitalisation	3	0,9
Auto soin seul	28	8,7
Auto soin + hospitalisation	3	0,9
Auto soin et consultation	13	4,0
Auto soin + consultation+hospitalisation	2	0,6
Consultation seule	93	28,8
Hospitalisation seule	21	6,5
Consultation + hospitalisation	19	5,9
Total	323	100

Source Préalogue CREDES

On peut donc distinguer quatre grands groupes :

- Les individus qui ne déclarent aucune réaction face à la douleur : ils représentent 3% de notre population d'intérêt
- Les individus qui, en cas de douleur, s'en remettent aux structures médicales classiques : la médecine de ville et l'hôpital. Ils sont 41% dans ce cas.
- Les personnes qui se débrouillent tout seul face à la douleur, par un comportement actif (auto-soin) ou passif (attente). Cette réaction de « non socialisation de la douleur » est typique de plus d'un individu sur trois.
- Enfin, les individus qui se débrouillent seul face à la douleur (on infère que c'est dans un premier temps) puis s'en remettent aux structures médicales. Ce groupe témoignant de la réaction de près d'un individu sur cinq peut être interprété comme tel : la douleur est, dans un premier temps, traitée par le malade sans avis médical, puis devant la persistance ou l'aggravation de la douleur, il est poussé à aller consulter.

Fréquence en pourcentage des différents types de réactions à la douleur



2) Etude et interprétation des axes de l'ACM sur les réactions à un épisode douloureux :

L'étude de l'inertie restituée par chacun des axes conduit à retenir les deux premiers axes – pour des questions d'interprétation bien plus que pour des motifs statistiques–.

HISTOGRAMME DES 3 PREMIERES VALEURS PROPRES

NUMERO	VALEUR PROPRE	POURCENT.	POURCENT. CUMULE	
1	0.5390	53.90	53.90	*****
2	0.3020	30.20	84.10	*****
3	0.1590	15.90	100.00	*****

Le premier axe – qui résume plus de la moitié de l'information – oppose les individus qui ont recouru directement aux structures médicales aux individus qui ont privilégié l'attente et/ou l'auto-soin à la consultation médicale.

Axe 1: restitue 53,90% de l'inertie totale			
Var. à coord. positives	Contribution	Var. à coord. négatives	Contribution
Non recours médical: + 1,02	26,50%	Recours médical: - 0,71	18,60%
Attente: + 0,95	23,30%	Pas d'attente: - 0,68	16,50%
Auto-soin: + 0,77	10,70%		

L'auto-soin contribue pour plus de 80% à la construction du second axe. On voit bien là que c'est une composante très discriminante des comportements des précaires. L'axe 2 oppose les individus ayant pris en charge leur douleur aux autres.

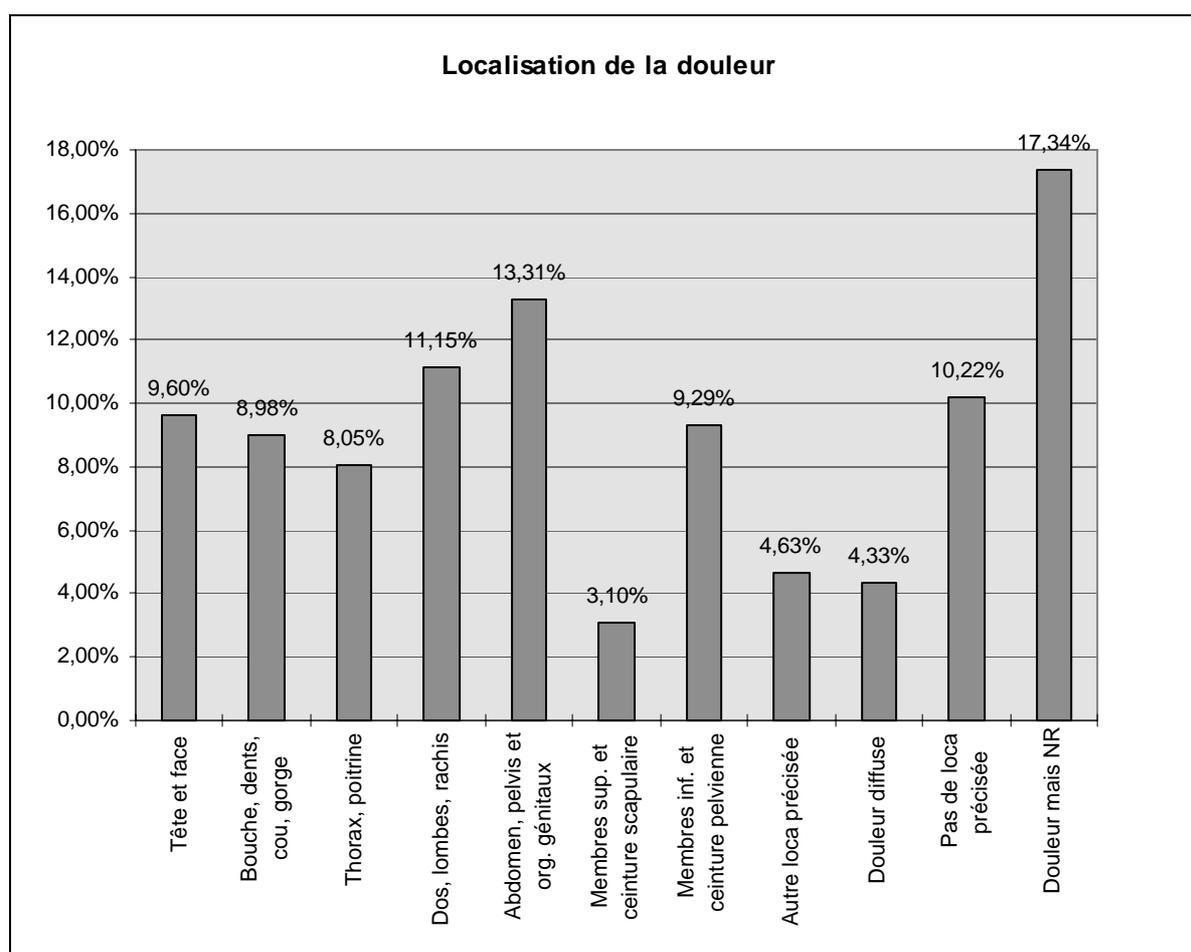
Axe 2: restitue 30,20% de l'inertie totale			
Var. à coord. positives	Contribution	Var. à coord. négatives	Contribution
Pas d'auto-soin : + 0,55	23,80%	Auto-soin: -1,34	58,10%

ANNEXE 16

Réactions selon la localisation de la douleur

1) Localisation de la douleur :

La modalité « autre localisation précisée » correspond dans la majeure partie des cas à une douleur morale.



Source : Enquête Précalog du CREDES

2) Réactions selon la localisation de la douleur :

- *Analyse descriptive* :

En dissociant les différents types de réaction par type de douleur, le but est de voir si certaines douleurs ne sont pas considérées comme moins importantes que d'autres. Ne pouvant réaliser un travail sur l'intensité ressentie de la douleur, il peut être intéressant de voir les problèmes qui inquiètent réellement les précaires et ceux considérés comme bénins et ne donnant pas lieu à consultation.

Le tableau ci-dessous permet de résumer la fréquence des différentes réactions selon la localisation de la douleur. Le signe ‘++’ indique que la réaction correspondante est particulièrement présente, ‘+’ qu’elle est significativement plus présente. De même les signes ‘-’ correspondent à une sous représentation plus ou moins forte d’un type de réaction. Ainsi, on peut distinguer, de manière globale, des attitudes différentes en fonction de la localisation de la douleur :

- En cas de douleurs dites « diffuses », la réaction de l’individu se caractérise par son immédiateté (pas d’attente). Ceci s’explique par le fait que bon nombre des douleurs recensées dans cette catégorie sont dues à un état de manque (alcool et toxicomanie), état qu’il est impossible d’ignorer.
- Les douleurs à la tête et au visage induisent une forte propension à s’auto-soigner.
- Une tendance marquée à l’attente pour les problèmes de bouche, dents, cou et gorge (dentisterie et ORL). Ces problèmes sont donc davantage considérés comme passagers, bénins et pouvant donc être ignorés. L’attente témoigne bien d’un état de non-alerte face à ce type de problèmes.
- Cette forte propension à attendre s’applique également pour les douleurs à la poitrine et au thorax. On ne peut cependant retenir l’hypothèse d’état de « non-alerte » puisque l’on sait que ces douleurs génèrent très souvent une forte angoisse. On penchera davantage pour une perplexité forte devant ce type de douleurs (propension à s’auto-soigner très faible). Notons également que ce type de douleurs donne lieu à un taux d’hospitalisation significativement plus élevée.
- Les problèmes dorsaux, lombaires ou des membres supérieurs sont plus fréquemment traités par une consultation.
- Au contraire, peu de gens attendent lorsqu’ils souffrent du visage ou de la tête. Ils sont partagés entre le soulagement individuel de la douleur et la consultation.
- Enfin, les douleurs non localisées qui, rappelons-le, se révèlent être souvent des souffrances psychologiques sont souvent subis dans l’attente ou affrontés par « l’auto-médication » par les personnes précaires.

Localisation de la douleur	Attente	Auto-soin	Consult	Hôpital
Douleur mais non réponse	-	++		
Douleur diffuse	--	+	+	
Tête et face		++	--	
Bouche, dents, cou, gorge	++			--
Thorax, poitrine	++	--	--	++
Dos, lombes, rachis			+	
Abdomen, pelvis, org. Génitaux				
Membres supérieurs	-	-	++	-
Membres inférieurs		--		+
Douleur morale	++	+		--
Pas de localisation précise		--	+	++

• Analyse Factorielle des Correspondances :

Description des deux premiers axes :

Axe 1: restitué 60,15% de l'inertie totale du nuage

<i>Les profils-ligne</i>			
Modalités à coord. positives	Contribution	Modalités à coord. négatives	Contribution
Comportement minimaliste:+0,23	13,90%	Recours en seconde intention:-0,75	56,20%
Recours direct: +0,15	11,30%	Prise en charge seul:-0,31	18,70%

<i>Les profils colonne</i>			
Modalités à coord. positives	Contribution	Modalités à coord. négatives	Contribution
Non précisée: + 0,40	18,10%	Douleur diffuse:-0,42	8,70%
Thorax, poitrine : + 0,34	11,70%	Tête et face:-0,59	45,40%
Membres inf. : + 0,28	9,40%		

Axe 2: restitué 29,45% de l'inertie totale du nuage

<i>Les profil-ligne</i>			
Modalités à coord. positives	Contribution	Modalités à coord. négatives	Contribution
Recours direct:+0,16	26,40%	Prise en charge seul:-0,32	41,30%
Recours en seconde intention:+0,28	16,00%	Réaction minimaliste:-0,17	16,30%

<i>Les profils colonne</i>			
Modalités à coord. positives	Contribution	Modalités à coord. négatives	Contribution
Dos, rachis:+ 0,23	16,50%	Bouche, dents, gorge: - 0,38	32,10%
Non précisée: +0,20	9,80%	Thorax, poitrine: - 0,32	20,90%

Qualité de représentation des localisations de la douleur sur le premier plan factoriel :
 Qualité de représentation sur le plan factoriel 1*2 :⁷

	Modalités	Qlté représentation
Réac doul	Comportement minimaliste	0,74
	Prise en charge seul	0,91
	Recours en seconde intention	0,96
	Recours direct	0,9
Lieu doul	Douleur diffuse	0,85
	Tête et face	0,96
	Bouche, dents, gorge	0,94
	Thorax, poitrine	0,88
	Dos, rachis	0,77
	Abdomen, pelvis	0,2
	Membres supérieurs	0,98
	Membres inférieurs	0,96
	Douleur morale	0,99
	Non précisée	0,97

⁷ Rappelons le calcul de la qualité de représentation d'une modalité sur un plan factoriel :

La qualité de représentation d'une modalité sur un axe vaut le cosinus carré de l'angle formé par la modalité i et l'axe k .

D'où la qualité de représentation sur un plan factoriel $k*l$ vaut la somme des qualités de représentation de la modalité i sur les axes k et j .

ANNEXE 17

ACM et CAH sur le type d'information disponibles sur le rapport aux soins.

I - L'analyse des correspondances multiples :

Individus et variables actives :

Puisque l'objectif est de grouper les individus en fonction des combinaisons d'informations, nous plaçons en variables actives les quatre variables dichotomiques qui nous indiquent si :

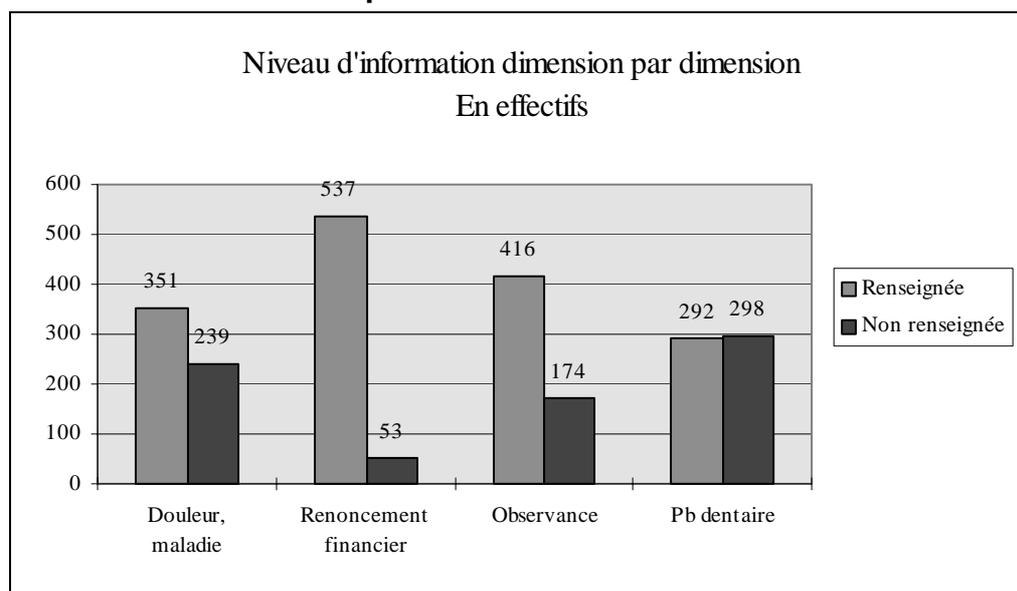
- au moins une réaction à une douleur ou maladie détectée est ou non renseignée (problème ORL, problème de peau, épisode douloureux),
- la question sur le renoncement aux soins pour raisons financières est ou non renseignée,
- au moins une question sur l'observance d'une prescription médicale est ou non renseignée,
- au moins une réaction à un problème dentaire est ou non renseignée.

SELECTION DES INDIVIDUS ET DES VARIABLES UTILES
 VARIABLES NOMINALES ACTIVES :
 4 VARIABLES 8 MODALITES ASSOCIEES

26 . information sur douleur/maladie?	(2 MODALITES)
27 . information sur renoncement financier?	(2 MODALITES)
28 . information sur observance prescription	(2 MODALITES)
29 . information sur problème dentaire?	(2 MODALITES)

Dans cette analyse factorielle, l'ensemble des 590 individus de notre base est pris en compte.

Information dimension par dimension



Choix des axes :

Nous disposons de 8 modalités actives. Quatre axes⁸ résument donc l'ensemble de l'information contenue dans le nuage. Devant ce faible nombre d'axes, nous avons choisi de tous les interpréter.

Description des axes factoriels :

L'axe 1 mêle l'information de toutes les dimensions, à l'exception des réactions à un problème dentaire.

Il oppose globalement dimensions renseignées et dimensions non renseignées.

Axe 1: restitué 39,04% de l'inertie totale				Contributions cumulées	
Var. à coord. positives	Contribution	Var. à coord. négatives	Contribution		
0 info ren. financier	34,20%	Info pb nn dentaire	9,80%	Info ren. financier	37,60%
0 info observance	21,20%	Info observance	8,90%	Info observance	30,10%
0 info pb nn dentaire	13,80%			Info pb nn dent	23,30%

L'axe 2 porte plus spécifiquement sur la dimension dentaire, mettant en exergue la répartition particulière de ce type d'information.

Il oppose les individus non renseignés sur la dimension dentaire, à ceux qui y sont renseignés alors même qu'ils n'ont répondu à aucune question sur l'observance et le renoncement à des soins pour raisons financières.

Axe 2: restitué 24,49% de l'inertie totale				Contributions cumulées	
Var. à coord. positives	Contribution	Var. à coord. négatives	Contribution		
0 info pb dentaire	34,10%	Info pb dentaire	34,80%	Info pb dentaire	68,80%
		0 info observance	11,70%	Info observance	16,60%
		0 info ren. financier	6,20%		

L'axe 3 est principalement construit sur l'information afférente aux réactions à une maladie ou un épisode douloureux.

Il oppose les individus non renseignés sur cette dimension mais renseignée sur les réactions à un problème dentaire aux individus renseignés sur la dimension des réactions à une maladie ou une douleur mais n'ayant pas répondu aux questions portant sur l'observance et les problèmes dentaires. L'axe 4 est construit sur la combinaison de l'information sur deux dimensions : le renoncement à des soins pour raisons financières et l'observance des prescriptions médicales.

Axe 3: restitué 20,90% de l'inertie totale				Contributions cumulées	
Var. à coord. positives	Contribution	Var. à coord. négatives	Contribution		
0 info pb non dentaire	36,50%	Info pb non dentaire	24,80%	Info pb nn dentaire	61,30%
Info pb dentaire	11,20%	0 info observance	11,70%	Info pb dentaire	22,10%
		0 info pb dentaire	10,90%	Info observance	16,50%

⁸ En effet, le nombre d'axes factoriels d'une Analyse en Composantes Multiples est égal à :

Nombre d'axes = (nombre de modalités actives - nombre de variables actives)

Soit ici : nombre d'axes = (8 - 4) = 4

Axe 4: restitue 15,57% de l'inertie totale			
Var. à coord. Positives	Contribution	Var. à coord. négatives	Contribution
0 info ren. financier	50,50%	0 info observance	25,90%
Info observance	10,80%		

Contributions cumulées	
Info ren.financier	55,50%
Info observance	36,80%

II - La classification ascendante hiérarchique :

Une classification par groupes d'informations :

Une classification est réalisée sur l'ensemble des axes de l'Analyse des Correspondances Multiples précédente, afin de classer les individus en fonction de leur niveau et de la nature de l'information afférente à leur logique de recours aux soins.

Cette classification se fonde donc sur la proximité des combinaisons multidimensionnelles des rapports aux soins renseignés. Nous avons également jugé important de fait apparaître le nombre d'indicateurs renseignés, en plaçant cette information en variable illustrative, c'est à dire sans la faire intervenir dans la constitution des classes.

Une typologie en huit classes résume presque l'intégralité de l'information:

Lorsque l'on réalise une classification, il faut toujours opérer à un arbitrage entre nombre de groupes et homogénéité de ces classes. De manière générale, le critère de choix est le pouvoir d'interprétabilité (mesuré par le quotient inertie inter-classes sur inertie totale⁹) et l'interprétabilité réelle (ce que signifie ou sous-tend, en termes sociaux, aux classes constituées). Ici, le problème est différent puisque la typologie que l'on cherche à constituer n'a pas pour d'être analysée et interprétée en termes comportementaux mais justement de présélectionner les individus dont les comportements sont les plus à mêmes d'être interprétés. Aussi avons-nous choisi d'adopter la partition en huit classes puisque c'est celle qui révèle la plus faible perte d'information : le quotient inertie inter-classe sur inertie totale est en effet très proche de 1 (0,927).

Seules deux des huit classes ne sont pas parfaitement homogènes en termes de nature d'informations (inertie intra-classe légèrement différente de 0).

La description des classes

Le tableau présenté ci-après décrit les 8 classes d'informations en faisant apparaître les dimensions renseignées ainsi que celles non renseignées ou relativement mal renseignées.

Elles sont présentées dans un ordre croissant d'informations.

⁹ Pour rappel, lors d'une classification, l'inertie totale du nuage peut se décomposer selon la formule de Huygens en la somme de deux types d'inertie : l'inertie entre les classes – ou inertie inter-classes – mesurée à partir des centres de gravité des classes et l'inertie à l'intérieur des classes – ou inertie intra-classe –.

Description des classes	Dimensions renseignées	Freq dans classe	Dimensions non renseignées	Fréq dans classe	Nbre indicateurs renseignés	Freq dans classe	Fréq dans échantillon
Classe 8							
Effectif: 53 Distance bary: 3,03 Inertie intra: 0,052			Ren. financier	100%			
			Observance	81,13%			
			Non dentaire	79,25%			
					0 indicateur	41,51%	3,73%
					1 indicateur	37,74%	8,81%
Classe 1							
Effectif: 52 Distance bary: 1 Inertie intra: 0,0209	Ren.financier	100%					
			Observance	100%			
			Non dentaire	100%			
					1 indicateur	61,54%	8,81%
Classe 2							
Effectif: 39 Distance bary: 1,04 Inertie intra: 0	Non dentaire	100%					
			Observance	100%			
			Dentaire	100%			
					2 indicateurs	89,74%	19,32%
Classe 5							
Effectif: 83 Distance bary: 0,74 Inertie intra: 0	Observance	100%					
	Ren. financier	100%					
			Non dentaire	100%			
			Dentaire	100%			
					2 indicateurs	72,29%	19,32%
Classe 6							
Effectif: 109 Distance bary: 0,54 Inertie intra: 0	Non dentaire	100%					
	Observance	100%					
	Ren. financier	100%					
			Dentaire	100%			
					3 indicateurs	55,96%	22,71%
					4 indicateurs	40,37%	22,37%
Classe 3							
Effectif: 40 Distance bary: 1,05 Inertie intra: 0	Dentaire	100%					
	Non dentaire	100%					
			Observance	100%			
					4 indicateurs	52,50%	22,37%
					3 indicateurs	42,50%	22,71%
Classe 4							
Effectif: 62 Distance bary: 0,75 Inertie intra: 0	Dentaire	100%					
	Observance	100%					
	Ren. financier	100%					
			Non dentaire	100%			
					4 indicateurs	43,55%	22,37%
Classe 7							
Effectif: 152 Distance bary: 0,55 Inertie intra: 0	Dentaire	100%					
	Non dentaire	100%					
	Observance	100%					
	Ren. financier	100%					
					5 indicateurs	50%	16,61%
					6 indicateurs	21,71%	5,59%

- Classe 8 :

Les 53 individus de cette classe se caractérisent par le fait qu'ils sont particulièrement mal renseignés sur trois des quatre dimensions des logiques de recours aux soins (renoncement financier, l'observance et les problèmes non dentaires).

Près de 80% d'entre eux ne sont renseignés que sur 0 ou 1 indicateur.

- Classe 1 :

61,5% de ces 52 individus ne sont renseignés que sur un indicateur – en l'occurrence le renoncement financier –. Aucun n'est renseigné ni sur l'observance ni sur les réactions à un problème non dentaire.

- Classe 2:

Ces 39 individus sont renseignés sur les réactions à un problèmes non dentaire et souvent (89,74%) au renoncement pour raisons financières. En revanche, pour aucun d'entre eux, nous ne connaissons ni le comportement face à l'observance ni celui face au problèmes dentaires. 90% d'entre eux n'ont répondu qu'à deux indicateurs.

- Classe 5 :

C'est ici encore un groupe parfaitement homogène, puisque ces 83 individus ont fourni au moins un renseignement sur les dimensions de l'observance et du renoncement pour raisons financières et aucun sur les réactions aux problèmes dentaires et non dentaires.

L'information dont il dispos est cependant peu étoffée puisque 72% n'ont répondu qu'à deux indicateurs – soit un par dimension –.

- Classe 6 :

Ces 109 individus sont analysables sur trois des quatre dimensions : le renoncement pour raisons financières, l'observance et la réaction à un problème non dentaire. 56% d'entre eux ont fourni un et un seul indicateur pour chacune des dimensions, soit 3 indicateurs au total ; alors que 40% ont fourni pour une de ces dimensions 2 indicateurs, soit au total 4 indicateurs.

- Classe 3 :

Ces 40 individus ont répondu en général à un peu plus d'indicateurs que le groupe précédent (42,5% à 3 indicateurs et 52,5% à 4 indicateurs). Si ils sont un petit moins bien renseignés en termes de dimensions – l'observance est non renseignée pour tous et environ 10% n'ont pas répondu au renoncement à des soins pour raisons financières –, c'est que l'information afférente à ces dimensions est plus fournie.

- Classe 4 :

Ces 62 individus renseignent strictement les mêmes dimensions : à savoir les réactions à un problème dentaire, l'observance et le renoncement aux soins pour raisons financières. En revanche, aucun n'a communiqué une réaction face à un problème non dentaire.

- Classe 7 :

Les 152 individus de cette dernière classe, ayant souvent renseigné 5 à 6 indicateurs, apportent au moins une information sur chacune des 4 dimensions.

ANNEXE 18

ACM et CAH des types de recours aux soins pour les deux classes d'information maximum.

I – Analyse des correspondances multiples sur l'attitude par rapport aux soins :

- **Individus et variables actives :**

L'analyse porte sur les 261 individus dont les comportements sont, au moins partiellement, renseignés sur les trois dimensions principales des comportements de soins : la réaction à une douleur et/ou une maladie, le renoncement déclaré à des soins pour raisons financières et l'observance d'une prescription médicale.

L'analyse des composantes multiples porte sur le comportement observé des individus sur nos trois dimensions principales. Le découpage en modalités explicites est expliqué au point I de cette annexe.

VARIABLES NOMINALES ACTIVES
3 VARIABLES 9 MODALITES ASSOCIEES

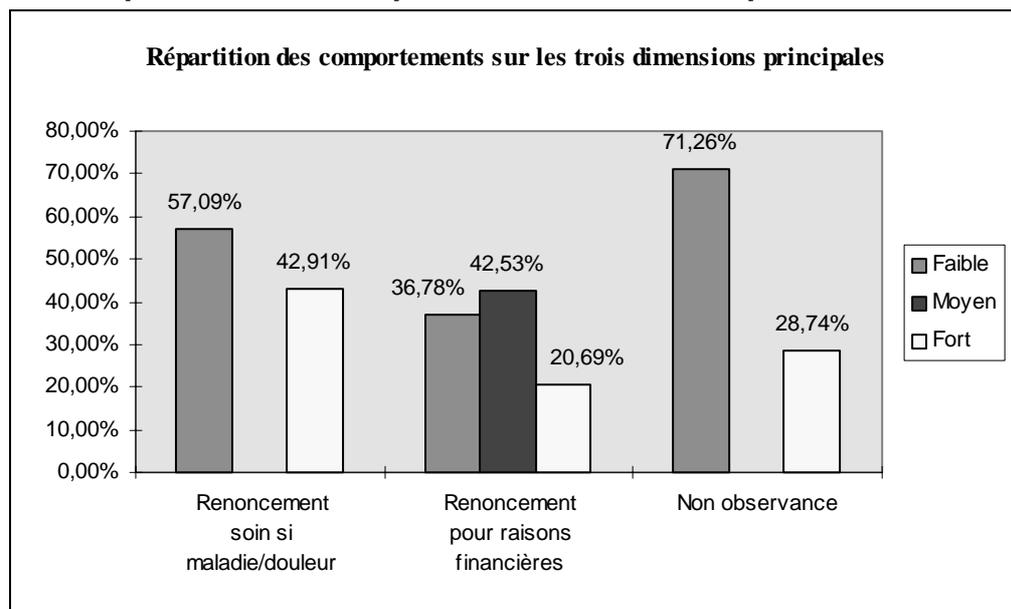
30 . Renoncement soin maladie/douleur (3 MODALITES)
31 . Renoncement déclaré rais fi (3 MODALITES)
32 . Observance (3 MODALITES)

Seule une partie des individus ici étudiés nous renseigne également sur ses attitudes face aux soins dentaires. Du fait de cette forte non réponse, cette dimension tend à « tirer les axes à elle » sans pour autant donner du sens à l'analyse. Aussi, en la plaçant en variable illustrative, avons-nous choisi d'observer cette dimension, sans toutefois la faire intervenir dans la construction des axes.

VARIABLES NOMINALES ILLUSTRATIVES
1 VARIABLES 4 MODALITES ASSOCIEES

33 . Renoncement pb dentaire (4 MODALITES)

• **La répartition des comportements dimension par dimension :**



• **Choix des axes :**

Nous disposons de 3 variables et de 7 modalités actives. 4 axes factoriels¹⁰ résument donc l'ensemble de l'information contenue dans ce nuage. Devant ce faible nombre d'axes, nous avons choisi de tous les interpréter.

• **Description des axes factoriels :**

Les trois dimensions participent de manière assez homogènes à la construction du premier axe. Il résume un peu moins d'un tiers de l'information. Son interprétation est simple. Il oppose les individus fortement « renoncateurs » aux individus tendant à une logique de recours et de suivi des prescriptions médicales.

Axe 1: restitue 30,14% de l'inertie totale			
Var. à coord. positives	Contribution	Var. à coord. négatives	Contribution
Forte observance	21,70%	Faible reno rais finan	26,20%
Fort reno maladie/doul	14,90%	Faible reno maladie/doul	11,20%
Fort reno rais finan	11,30%	Faible observance	8,80%

Contributions cumulées	
Reno rais finan	43,40%
Observance	30,50%
Reno maladie/doul	26,10%

L'axe 2 construit à 97% sur la dimension du renoncement pour raisons financières est à rapprocher de l'axe 4. En effet, l'axe 2 oppose les personnes déclarant s'être privée une et une seule fois d'un soin dans l'année à celles déclarant plusieurs renoncements ; alors que l'axe 4 oppose les individus qui ne déclarent n'avoir jamais renoncé pour des raisons financières à ceux qui ont invoqué à plusieurs reprises cette barrière aux soins.

¹⁰ On rappelle que le nombre d'axes factoriels résumant toute l'information du nuage lors d'une Analyse des Correspondances Multiples est : nombre d'axes = (nombre de modalités actives - nombre de variables actives).

Axe 2: restitue 25,03% de l'inertie totale			
Var. à coord. positives	Contribution	Var. à coord. négatives	Contribution
Reno moyen rais finan	43,00%	Fort reno rais finan	51,60%

Contributions cumulées	
Reno rais finan	97,40%
Reno maladie/doul	1,50%
Observance	1,10%

L'axe 3 est, quant à lui, principalement construit sur les réactions à un épisode douloureux ou à une maladie et sur l'observance d'une prescription médicale. Il oppose les individus qui recourent chez le médecin en cas d'alerte mais qui suivent peu ou pas les prescriptions médicales aux individus, qui au contraire, sont peu portés à consulter mais en revanche suivent les prescriptions.

Axe 3: restitue 23,77% de l'inertie totale			
Var. à coord. positives	Contribution	Var. à coord. négatives	Contribution
Forte observance	29,70%	Fort reno maladie/doul	31,70%
Faible reno maladie/doul	23,90%	Faible observance	12,00%

Contributions cumulées	
Reno maladie/doul	55,60%
Observance	41,60%
Reno rais finan	2,80%

Axe 4: restitue 21,05% de l'inertie totale			
Var. à coord. positives	Contribution	Var. à coord. négatives	Contribution
Fort reno rais finan	14,50%	Faible reno rais finan	34,20%
Faible observance	7,70%	Forte observance	19,10%
Reno moyen rais finan	7,70%	Fort reno maladie/doul	9,60%
Faible reno maladie/doul	7,20%		

Contributions cumulées	
Reno rais finan	56,40%
Observance	26,80%
Reno maladie/doul	16,80%

II – La classification ascendante hiérarchique : des profils types d'attitudes par rapport aux soins :

- **Les logiques de recours aux soins comme un comportement multidimensionnel :**

Une classification ascendante hiérarchique est réalisée sur l'ensemble des axes factoriels de la précédente analyse des correspondances multiples. Ainsi, les individus ayant des comportements similaires sur chacune des dimensions du rapport aux soins seront rapprochés, mettant en évidence des attitudes typiques.

- **Une typologie en huit classes résume presque l'intégralité de l'information :**

Nous avons choisi de retenir la classification qui permet, sans multiplier les classes, d'obtenir des groupes très homogènes, quitte à opérer à des regroupements *a posteriori*. Le rapport

inertie intra-classe sur inertie totale vaut ici 0,902, ce qui indique une très grande homogénéité des classes.

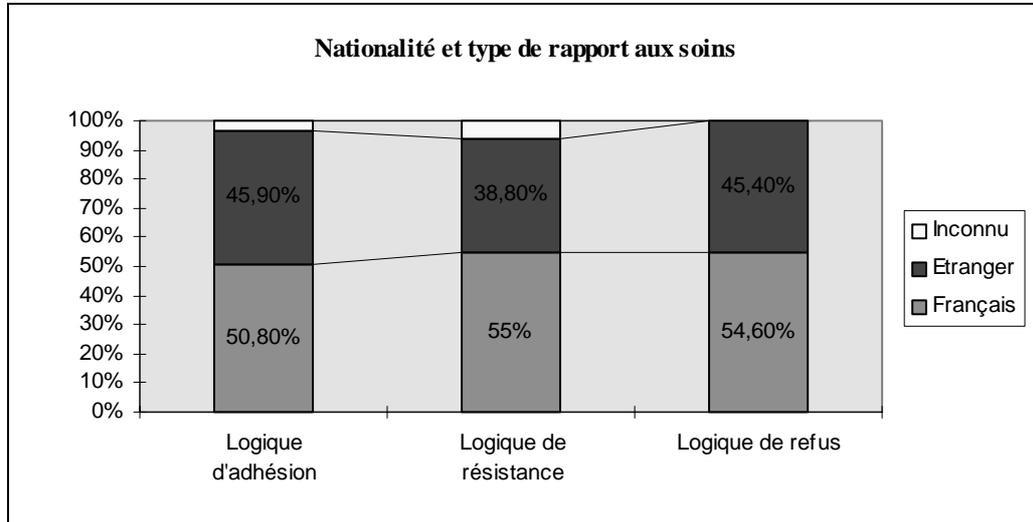
• **La description des classes :**

Les huit classes obtenues, présentées ci-dessous, sont rangées selon la logique suivante : des individus qui renoncent les moins à des soins médicaux à ceux qui renoncent le plus fréquemment.

Description des classes	Caractéristiques	Fréquence dans la classe	Fréquence dans l'échantillon
Classe 8 Effectif: 46 Distance bary: 0,96 Inertie intra: 0	0 renoncement pour raison financière Faible renoncement maladie/douleur Forte observance	100% 100% 100%	36,78% 57,09% 71,26%
Classe 5 Effectif: 43 Distance bary: 0,84 Inertie intra: 0	1 renoncement pour raison financière Faible renoncement maladie/douleur Forte observance	100% 100% 100%	42,53% 57,09% 71,26%
Classe 1 Effectif: 35 Distance bary: 1,41 Inertie intra: 0,045	Plus de 2 renoncements raison finan Forte observance Faible renoncement maladie/douleur	100% 100% 57,14%	20,69% 71,26% 57,09%
Classe 6 Effectif: 30 Distance bary: 1,15 Inertie intra: 0	0 renoncement pour raison financière Fort renoncement maladie/douleur Forte observance	100% 100% 100%	36,78% 42,91% 71,26%
Classe 4 Effectif: 32 Distance bary: 1,03 Inertie intra: 0	1 renoncement pour raison financière Fort renoncement maladie/douleur Forte observance	100% 100% 100%	42,53% 42,91% 71,26%
Classe 7 Effectif: 20 Distance bary: 1,47 Inertie intra: 0,017	Faible observance 0 renoncement pour raison financière Faible renoncement maladie/douleur	100% 100% 80%	28,74% 36,78% 57,09%
Classe 2 Effectif: 19 Distance bary: 2,16 Inertie intra: 0,023	Plus de 2 renoncements raison finan Faible observance Fort renoncement maladie/douleur	100% 100% 63,16%	20,69% 28,74% 42,91%
Classe 3 Effectif: 36 Distance bary: 1,29 Inertie intra: 0,047	Faible observance 1 renoncement pour raison financière Fort renoncement maladie/douleur	100% 100% 52,78%	28,74% 42,53% 42,91%

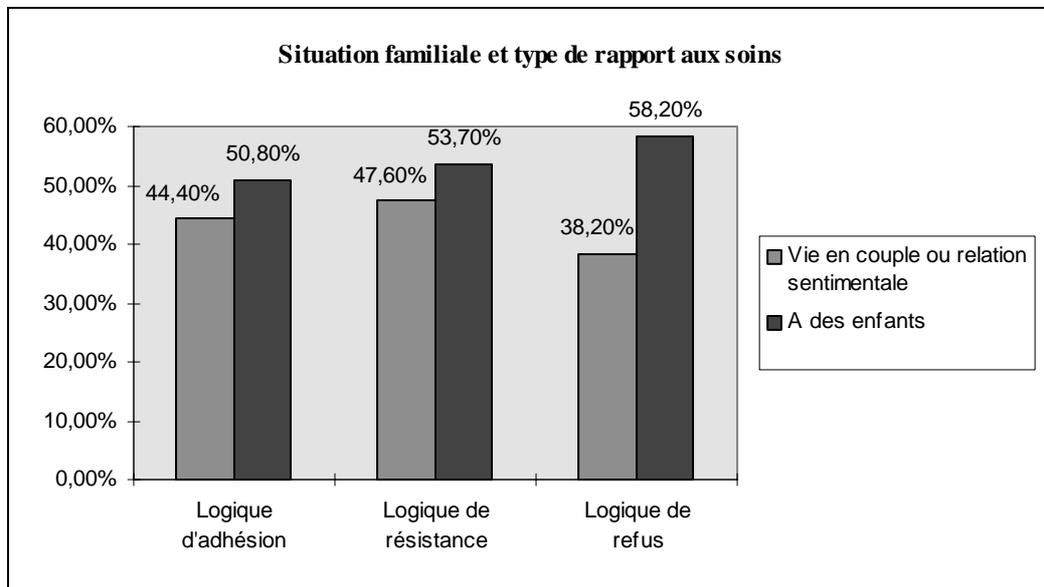
2. Nationalité

La structure par nationalité des différents types de rapport aux soins est assez homogène. La proportion de français parmi les individus adoptant une logique d'adhésion vis à vis des soins est légèrement moindre (51% contre 55% pour les deux autres logiques).



Source : Enquête Préalogue du CREDES

3. Situation familiale et sentimentale



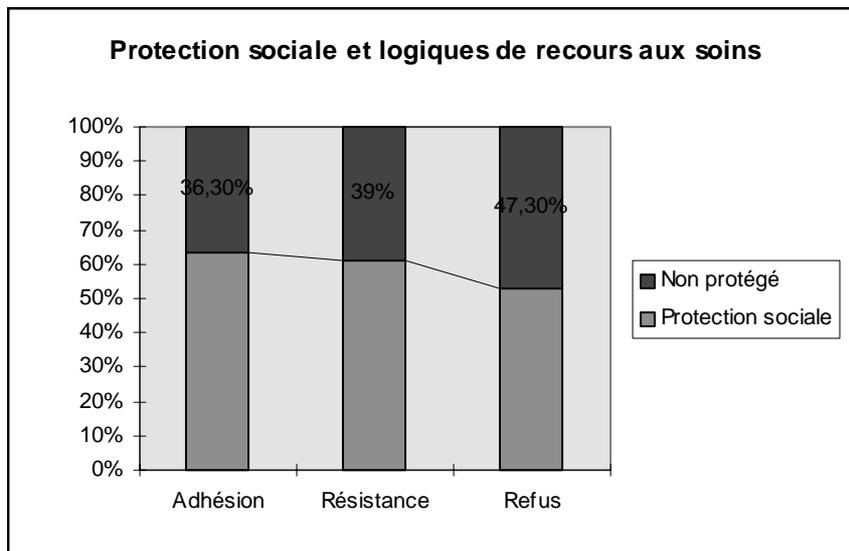
Source : Enquête Préalogue du CREDES

ANNEXE 20

Logiques de recours aux soins selon les facteurs endogènes et exogènes de la précarité.

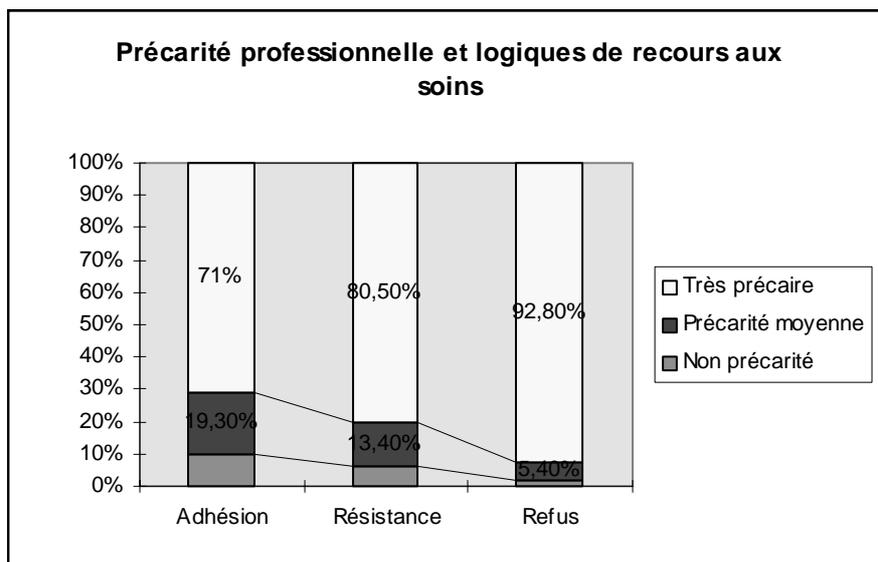
1. Les variables exogènes de la précarité :

- *Protection sociale :*



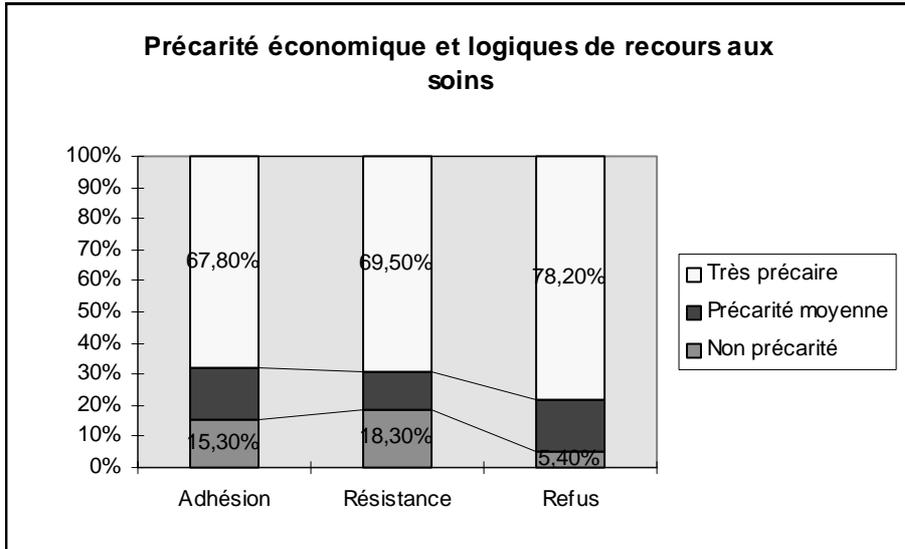
Source Préalogue du CREDES

- *Précarité professionnelle*



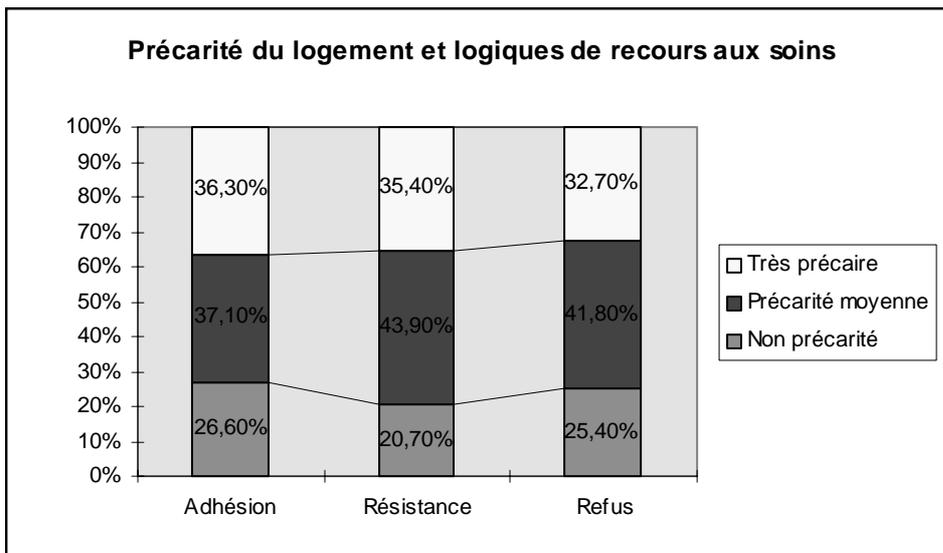
Source Préalogue du CREDES

- *Précarité économique :*



Source Préalogue du CREDES

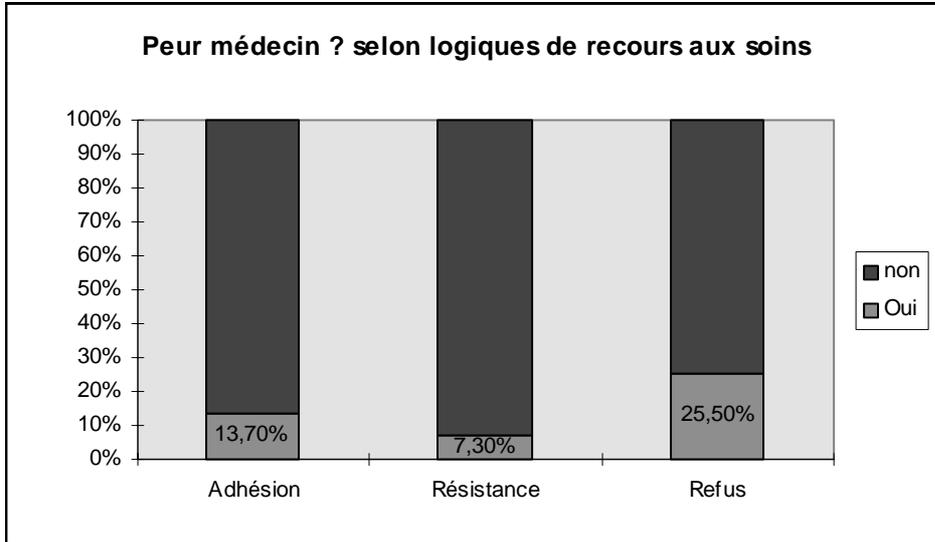
- *Précarité du logement :*



Source Préalogue du CREDES

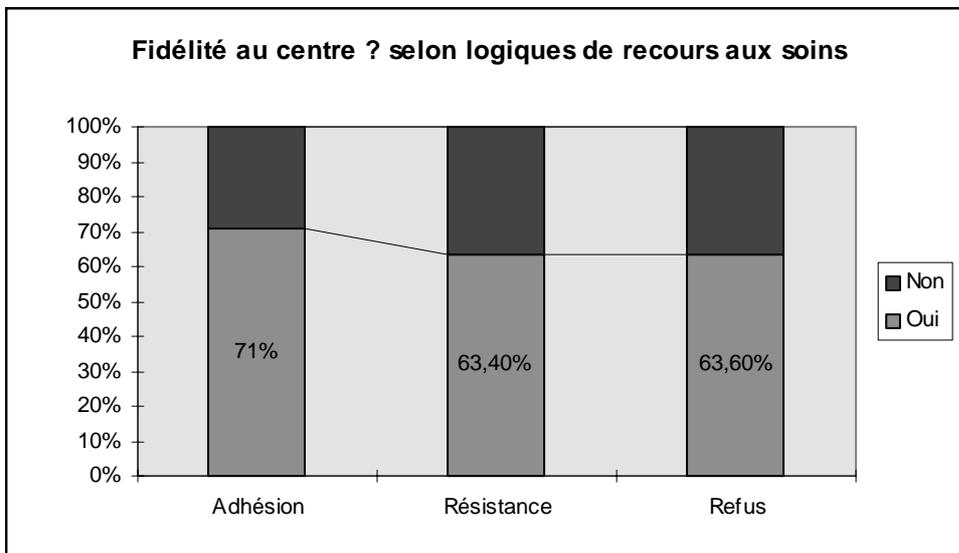
2. Les variables endogènes :

- *Appréhension d'aller voir un médecin :*



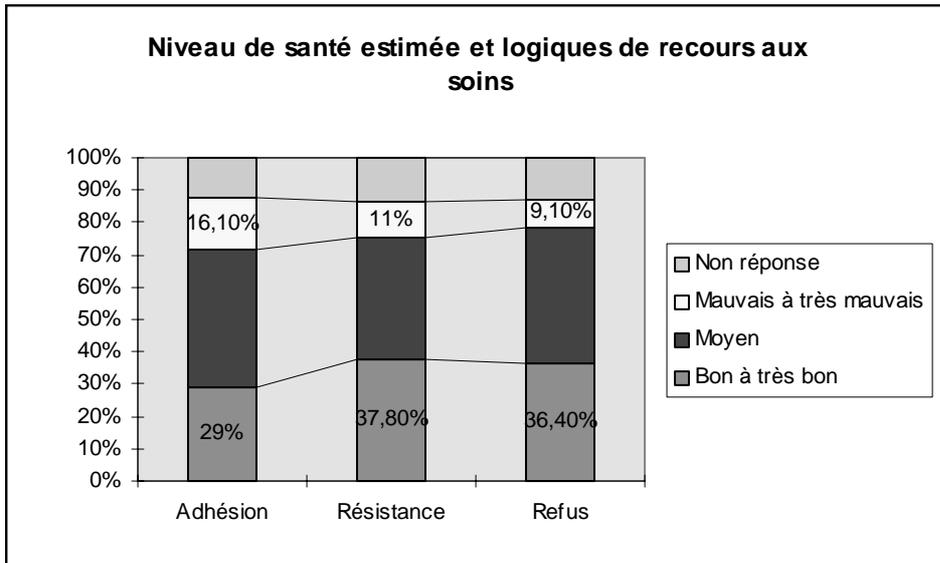
Source Préalogue du CREDES

- *Fidélité au centre :*



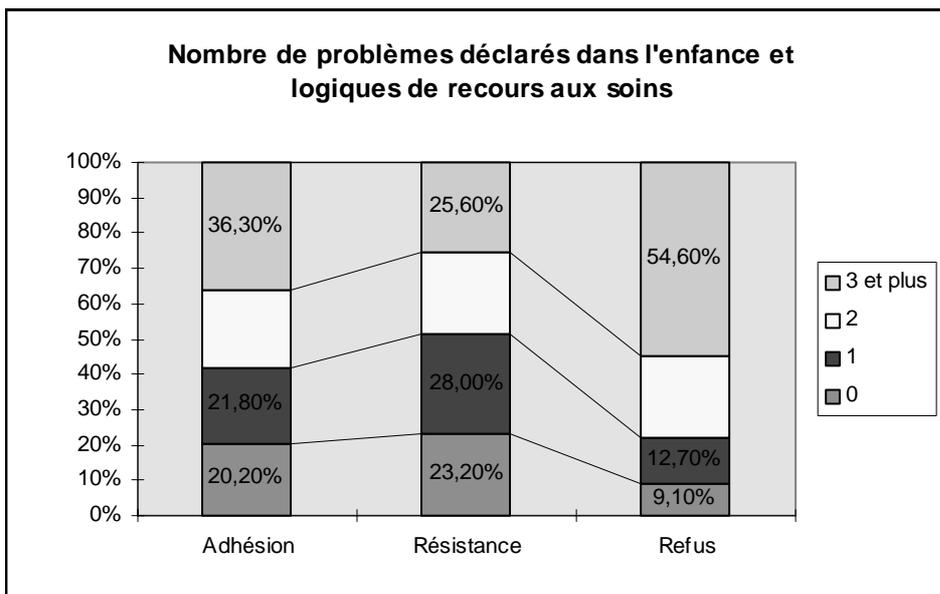
Source Préalogue du CREDES

• Niveau de santé estimé :



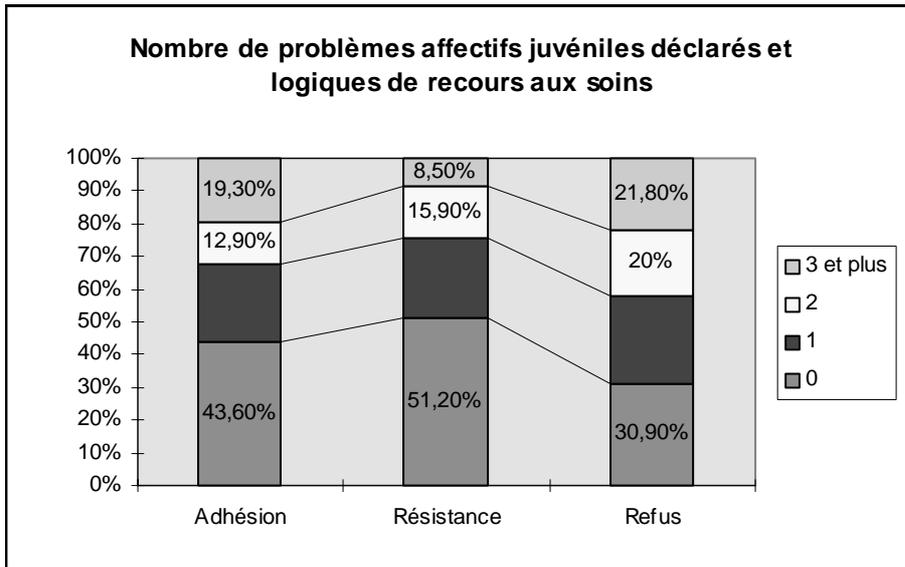
Source Préalogue du CREDES

• Déclaration de problèmes généraux dans l'enfance :



Source Préalogue du CREDES

- *Déclaration de problèmes affectifs dans l'enfance :*



Source Préalogue du CREDES

ANNEXE 21

Régressions logistiques sur les types de rapport aux soins par les variables de cadrage, les différentes dimensions de la précarité, de la trajectoire et du rapport au risque.

1) Présentation des modèles :

Les variables intégrés et leurs modalités sont les suivantes :

- *Les variables de cadrage :*

→ Classe d'âge :

- 1 : 30 ans et moins
- 2 : strictement plus de 30 ans

→ Sexe :

- 1 : homme
- 2 : femme

→ Situation sentimentale :

- 1 : une relation amoureuse ou de couple /
- 2 : aucune relation amoureuse ou de couple déclarée.

→ Nationalité :

- 1 : français
- 2 : étranger

→ Taille du centre :

- 1 : centre de petite taille
- 2 : centre de taille moyenne
- 3 : importante structure.

→ Type de centre :

- 1 : centre de soins gratuits
- 2 : hôpital.

- *Les variables exogènes de la précarité :*

→ Précarité santé :

- 1 : protection sociale
- 2 : aucune protection sociale.

→ Précarité administrative :

- 1 : situation régulière (français et étrangers) sur le territoire
- 2 : étrangers en attente de régularisation
- 3 : étrangers sans papiers.

→ Précarité professionnelle :

- 1 : emploi stable
- 2 : emploi précaire
- 3 : sans emploi.

→ Précarité économique :

- 1 : situation non précaire
- 2 : précarité intermédiaire
- 3 : grande précarité.

→ Précarité du logement :

- 1 : non précaire
- 2 : précarité intermédiaire
- 3 : grande précarité.

→ Précarité affective :

- 1 : non isolé
- 2 : isolement intermédiaire
- 3 : grande isolement.

→ Niveau de scolarisation :

- 1 : fin de scolarité après 20 ans
- 2 : fin de scolarité entre 17 et 20 ans
- 3 : fin de scolarité avant ses 17 ans.

• *Les variables endogènes de la précarité :*

→ <u>Problèmes déclarés dans l'enfance :</u>	1 : 0 ou 1 problème déclaré dans l'enfance 2 : 2 problèmes ou plus
→ <u>Problèmes affectifs déclarés dans l'enfance :</u>	1 : 0 ou 1 problème affectif déclaré dans l'enfance 2 : 2 problèmes ou plus.
→ <u>Peur du médecin:</u>	1 : oui 2 : non
→ <u>Sentiment d'isolement :</u>	1 : sentiment d'isolement 2 : pas le sentiment d'être isolé.
→ <u>Santé estimée :</u>	0 : non réponse 1 : bon à très bon état de santé ressenti 2 : état de santé ressenti moyen 3 : mauvais à très mauvais état de santé ressenti.
→ <u>Fidélité au centre:</u>	1 : déjà venu dans ce centre 2 : jamais venu dans ce centre.

• *Les variables de comportements face aux risques :*

→ <u>Alcool :</u>	1 : comportement sain 2 : comportement excessif 3 : comportement extrême
→ <u>Tabac :</u>	1 : non fumeur 2 : petit fumeur ou fumeur moyen 3 : gros fumeur
→ <u>Accidents :</u>	1 : pas d'accident grave 2 : un à deux accidents graves 3 : trois accidents graves ou plus.

2) Modélisation du groupe « d'adhésion aux soins » :

On modélise la probabilité d'appartenir au groupe « adhésion aux soins ».

→ *Effectifs et fréquences :*

Type de rapport aux soins	Effectifs	Fréquence
"Adhésion aux soins"	124	47,51%
Non "adhésion aux soins"	137	52,49%
Total	261	100,00%

→ *Indicateurs de validité globale du modèle :*

Convergence criterion (GCONV=1E-8) satisfied.			
Model Fit Statistics			
	Constante	Constante and Covariates	
Criterion	Only		
AIC	363.175	378.864	
SC	366.740	457.283	
-2 Log L	361.175	334.864	
R-Square	0.0959	Max-rescaled R-Square	0.1280
Testing Global Null Hypothesis: BETA=0			
Test	Chi-Square	DF	Pr > ChiSq
Likelihood Ratio	26.3111	21	0.1948
Score	25.1805	21	0.2394
Wald	22.9322	21	0.3476

→ Paramètres estimés et odds-ratio :

Analysis of Maximum Likelihood Estimates					
Parameter	DF	Estimate	Standard Error	Chi-Square	Pr > ChiSq
Constante	1	1.4640	2.3684	0.3821	0.5365
Classe d'âge	1	0.5911	0.2906	4.1382	0.0419
Sexe	1	0.0575	0.3287	0.0306	0.8610
Sentimental	1	0.2560	0.4712	0.2950	0.5870
Nationalité	1	0.0231	0.3702	0.0039	0.9502
Taille du centre	1	0.00999	0.1979	0.0025	0.9598
Type de centre	1	0.5796	0.4150	1.9500	0.1626
Fidélité au centre	1	-0.1728	0.2939	0.3458	0.5565
Protection sociale	1	-0.3542	0.3592	0.9724	0.3241
Sit. administrative	1	0.2429	0.2480	0.9592	0.3274
Précarité économique	1	0.2273	0.2173	1.0939	0.2956
Précarité pro.	1	-0.8322	0.2834	8.6211	0.0033
Précarité affective	1	-0.3663	0.4840	0.5728	0.4491
Précarité logement	1	0.00310	0.1909	0.0003	0.9870
Pbs enfance	1	-0.2367	0.3348	0.4996	0.4797
Pbs affectifs enf.	1	0.1823	0.3711	0.2414	0.6232
Peur du médecin	1	-0.0685	0.3860	0.0315	0.8591
Sentiment isolement	1	-0.6120	0.6413	0.9110	0.3399
<i>Santé estimée</i>	1	0.2495	0.1628	2.3486	0.1254
Rapport à l'alcool	1	0.0114	0.1847	0.0038	0.9506
Rapport au tabac	1	-0.2264	0.1912	1.4024	0.2363
Accidents graves	1	0.1518	0.2305	0.4340	0.5101

Odds Ratio Estimates			
Effect	Point Estimate	95% Wald Confidence Limits	
Classe d'âge	1.806	1.022	3.192
Sexe	1.059	0.556	2.017
Sentimental	1.292	0.513	3.253
Nationalité	1.023	0.495	2.114
Taille du centre	1.010	0.685	1.489
Type de centre	1.785	0.791	4.027
Fidélité au centre	0.841	0.473	1.497
Protection sociale	0.702	0.347	1.419
Sit. administrative	1.275	0.784	2.073
Précarité économique	1.255	0.820	1.922
Précarité pro.	0.435	0.250	0.758
Précarité affective	0.693	0.268	1.790
Précarité logement	1.003	0.690	1.458
Pbs enfance	0.789	0.409	1.521
Pbs affectifs enf.	1.200	0.580	2.484
Peur du médecin	0.934	0.438	1.990
Sentiment isolement	0.542	0.154	1.906
<i>Santé estimée</i>	1.283	0.933	1.766
Rapport à l'alcool	1.012	0.704	1.453
<i>Rapport au tabac</i>	0.797	0.548	1.160
Accidents graves	1.164	0.741	1.828

→ Préviation du modèle et observations :

Association of Predicted Probabilities and Observed Responses			
Percent Concordant	67.8	Somers' D	0.358
Percent Discordant	32.0	Gamma	0.359
Percent Tied	0.3	Tau-a	0.179
Pairs	16988	c	0.679

3) Modélisation du groupe de « résistance aux soins » :

On modélise ici la probabilité que l'individu présente un comportement de résistance à l'égard des soins.

→ *Effectifs et fréquences :*

Type de rapport aux soins	Effectifs	Fréquence
"Résistance aux soins"	82	31,42%
Non "résistance aux soins"	179	68,58%
Total	261	100,00%

→ *Critères de validité globale du modèle :*

Convergence criterion (GCONV=1E-8) satisfied.			
Model Fit Statistics			
	Constante	Constante	
	Only	and	
Criterion		Covariates	
AIC	326.894	339.386	
SC	330.458	417.806	
-2 Log L	324.894	295.386	
R-Square	0.1069	Max-rescaled R-Square	0.1501
Testing Global Null Hypothesis: BETA=0			
Test	Chi-Square	DF	Pr > ChiSq
Likelihood Ratio	29.5073	21	0.1023
Score	27.7043	21	0.1487
Wald	24.6353	21	0.2633

→ Paramètres estimés et odds-ratio :

Analysis of Maximum Likelihood Estimates					
Parameter	DF	Estimate	Standard Error	Chi-Square	Pr > ChiSq
Constante	1	-2.3152	2.5875	0.8006	0.3709
Classe d'âge	1	-0.0653	0.3165	0.0426	0.8364
Sexe	1	-0.2163	0.3611	0.3587	0.5492
Sentimental	1	-0.3374	0.4940	0.4664	0.4946
Nationalité	1	-0.2881	0.4022	0.5130	0.4738
Taille du centre	1	-0.2789	0.2176	1.6421	0.2000
Type de centre	1	0.1324	0.4534	0.0853	0.7702
Protection sociale	1	0.0165	0.3861	0.0018	0.9659
Sit. administrative	1	0.1326	0.2670	0.2467	0.6194
<i>Précarité économique</i>	1	-0.3394	0.2315	2.1486	0.1427
Précarité pro.	1	0.5613	0.2976	3.5566	0.0593
Précarité affective	1	0.0345	0.5102	0.0046	0.9461
Précarité logement	1	0.0704	0.2061	0.1166	0.7327
Fidélité au centre	1	0.1084	0.3134	0.1197	0.7293
Pbs enfance	1	-0.3792	0.3564	1.1323	0.2873
Pbs affectifs enf.	1	-0.2857	0.4191	0.4647	0.4954
Peur du médecin	1	1.0876	0.5011	4.7101	0.0300
Sentiment isolement	1	0.5536	0.6755	0.6715	0.4125
Santé estimée	1	-0.1940	0.1764	1.2095	0.2714
Rapport à l'alcool	1	-0.0349	0.1977	0.0312	0.8599
Rapport au tabac	1	0.4646	0.2103	4.8807	0.0272
Accidents graves	1	-0.2656	0.2516	1.1143	0.2912

Odds Ratio Estimates			
Effect	Point Estimate	95% Wald Confidence Limits	
Classe d'âge	0.937	0.504	1.742
Sexe	0.806	0.397	1.635
Sentimental	0.714	0.271	1.879
Nationalité	0.750	0.341	1.649
<i>Taille du centre</i>	<i>0.757</i>	<i>0.494</i>	<i>1.159</i>
Type de centre	1.142	0.469	2.776
Protection sociale	1.017	0.477	2.167
Sit. administrative	1.142	0.677	1.927
Précarité économique	0.712	0.452	1.121
Précarité pro.	1.753	0.978	3.141
Précarité affective	1.035	0.381	2.814
Précarité logement	1.073	0.716	1.607
Fidélité au centre	1.115	0.603	2.060
<i>Pbs enfance</i>	<i>0.684</i>	<i>0.340</i>	<i>1.376</i>
Pbs affectifs enf.	0.752	0.331	1.709
Peur du médecin	2.967	1.111	7.923
<i>Sentiment isolement</i>	<i>1.739</i>	<i>0.463</i>	<i>6.538</i>
<i>Santé estimée</i>	<i>0.824</i>	<i>0.583</i>	<i>1.164</i>
Rapport à l'alcool	0.966	0.656	1.423
Rapport au tabac	1.591	1.054	2.403
<i>Accidents graves</i>	<i>0.767</i>	<i>0.468</i>	<i>1.255</i>

→ *Prévision du modèle et observations :*

Association of Predicted Probabilities and Observed Responses				
Percent Concordant	69.0	Somers' D	0.383	
Percent Discordant	30.7	Gamma	0.384	
Percent Tied	0.3	Tau-a	0.166	
Pairs	14678	c	0.691	

4) Modélisation du comportement de « refus des soins » :

On modélise ici la probabilité que l'individu présente un comportement de refus à l'égard des soins.

→ *Effectifs et fréquences :*

Type de rapport aux soins	Effectifs	Fréquence
"Refus des soins"	55	21,07%
Non "refus des soins"	206	78,93%
Total	261	100,00%

→ *Critères de validité globale du modèle :*

Convergence criterion (GCONV=1E-8) satisfied.				
Model Fit Statistics				
	Constante	Constante		
	Only	and		
Criterion		Covariates		
AIC	270.788	264.640		
SC	274.353	343.059		
-2 Log L	268.788	220.640		
R-Square	0.1685	Max-rescaled R-Square	0.2620	
Testing Global Null Hypothesis: BETA=0				
Test	Chi-Square	DF	Pr >	ChiSq
Likelihood Ratio	48.1480	21	0.0007	
Score	41.6658	21	0.0046	
Wald	32.7261	21	0.0493	

→ Paramètres estimés et odds-ratio :

Analysis of Maximum Likelihood Estimates					
Parameter	DF	Estimate	Standard Error	Chi-Square	Pr > ChiSq
Constante	1	-4.3400	3.2009	1.8384	0.1751
Classe d'âge	1	-0.9651	0.3721	6.7272	0.0095
Sexe	1	0.1819	0.4149	0.1922	0.6611
Sentimental	1	0.1316	0.6453	0.0416	0.8384
Nationalité	1	0.3415	0.4686	0.5311	0.4661
Taille du centre	1	0.3560	0.2507	2.0159	0.1557
Type de centre	1	-1.2202	0.6163	3.9202	0.0477
Protection sociale	1	0.5006	0.4388	1.3019	0.2539
<i>Sit. administrative</i>	1	-0.4954	0.3266	2.3004	0.1293
Précarité économique	1	0.1982	0.3131	0.4006	0.5268
Précarité pro.	1	0.9670	0.5366	3.2482	0.0715
Précarité affective	1	0.5780	0.6566	0.7749	0.3787
Précarité logement	1	-0.0733	0.2605	0.0792	0.7784
Fidélité au centre	1	0.2093	0.3732	0.3145	0.5750
Pbs enfance	1	1.0656	0.4576	5.4222	0.0199
Pbs affectifs enf.	1	0.1005	0.4428	0.0516	0.8204
Peur du médecin	1	-1.0449	0.4474	5.4548	0.0195
Sentiment isolement	1	0.1901	0.8496	0.0500	0.8230
Santé estimée	1	-0.2188	0.2158	1.0283	0.3106
Rapport à l'alcool	1	-0.00341	0.2418	0.0002	0.9888
Rapport au tabac	1	-0.2390	0.2433	0.9649	0.3260
Accidents graves	1	0.0586	0.3003	0.0380	0.8454

Odds Ratio Estimates			
Effect	Point Estimate	95% Wald Confidence Limits	
Classe d'âge	0.381	0.184	0.790
Sexe	1.199	0.532	2.705
Sentimental	1.141	0.322	4.041
Nationalité	1.407	0.562	3.525
Taille du centre	1.428	0.873	2.334
Type de centre	0.295	0.088	0.988
<i>Protection sociale</i>	<i>1.650</i>	<i>0.698</i>	<i>3.899</i>
Sit. administrative	0.609	0.321	1.156
Précarité économique	1.219	0.660	2.252
Précarité pro.	2.630	0.919	7.528
<i>Précarité affective</i>	<i>1.783</i>	<i>0.492</i>	<i>6.456</i>
Précarité logement	0.929	0.558	1.548
Fidélité au centre	1.233	0.593	2.562
Pbs enfance	2.903	1.184	7.117
Pbs affectifs enf.	1.106	0.464	2.634
Peur du médecin	0.352	0.146	0.845
Sentiment isolement	1.209	0.229	6.393
Santé estimée	0.803	0.526	1.226
Rapport à l'alcool	0.997	0.620	1.601
<i>Rapport au tabac</i>	<i>0.787</i>	<i>0.489</i>	<i>1.269</i>
Accidents graves	1.060	0.589	1.910

→ *Prévision du modèle et observations :*

Association of Predicted Probabilities and Observed Responses			
Percent Concordant	78.0	Somers' D	0.563
Percent Discordant	21.7	Gamma	0.564
Percent Tied	0.2	Tau-a	0.188
Pairs	11330	c	0.781