

# questions

## d'économie de la santé

analyse

### Repères

L'IRDES a mené de septembre 1999 à mai 2000 une enquête dite Précalog auprès des consultants de 80 centres de soins gratuits en France. Cette enquête a porté sur leur état de santé et leurs modes de recours aux soins. Elle a été initiée dans le cadre de l'appel d'offres « Précarité, précarisation et santé » de l'INSERM, et réalisée avant la mise en place de la Couverture maladie universelle (CMU). Elle reprend notamment des questions du « Baromètre santé 2000 » de l'INPES afin de comparer les expériences de la douleur de notre échantillon à celles de la population adulte vivant en France. De plus, le recueil de 24 récits de vie qualitatifs auprès de consultants des centres permet de réaliser une analyse sociologique de leurs rapports à la santé et au système de soins.

### Logiques de recours aux soins des consultants de centres de soins gratuits

#### Enquête Précalog 1999-2000

Marc Collet (DREES), Georges Menahem, Hervé Picard  
 Marc Collet et Hervé Picard travaillaient à l'IRDES au moment de l'enquête.

Une personne sur deux en situation de précarité déclare avoir souffert de douleurs difficiles à supporter dans l'année précédant l'enquête. Pourtant, plus de la moitié d'entre elles renoncent ou retardent le moment de se faire soigner. Tout se passe comme si certaines étaient réticentes aux soins médicaux : elles diffèrent en effet le moment de consulter ou n'y recourent que ponctuellement, alors que d'autres n'observent pas les traitements qui leur ont été prescrits ou vont même jusqu'à refuser de soigner leurs troubles de santé. Pourquoi de telles résistances ou refus ? Sans répondre complètement à cette question, notre enquête montre l'importance des rapports à la santé et le caractère déterminant des trajectoires particulièrement difficiles auxquelles les patients en situation précaire ont pu être confrontés (problèmes familiaux graves dans la jeunesse, chômage prolongé, etc.).

Cette nouvelle exploration de l'enquête menée en 1999/2000 auprès de personnes consultant dans des centres de soins gratuits permet d'analyser la diversité des logiques de recours aux soins d'individus en situation de précarité. Elle complète la toute récente étude présentée par Médecins du monde en portant un autre regard sur un échantillon plus large.

#### Caractérisation des logiques de recours aux soins observées chez les consultants de centres de soins gratuits

	Logique d'adhésion aux soins médicaux		Logique de résistance à la démarche de soins		Logique de refus de soins
	Recours aux soins sans grande difficulté financière (34%)	Faible renoncement aux soins en dépit de contraintes financières (13%)	Difficultés à initier une démarche de soins (24%)	Difficultés à suivre une prescription médicale (8%)	Fort renoncement au recours et au suivi médical (21%)
Médicalisation d'une douleur ou de symptômes récents	Recours direct		Recours différé	Recours direct ou différé	Non-recours
Observance des dernières prescriptions (médicaments, examens complémentaires)	Observance complète		Observance complète	Observance partielle	Non-observance ou observance très partielle
Renoncement déclaré à des soins pour raisons financières	Pas d'entrave financière	Déclaration de renoncements aux soins, notamment bucco-dentaires	Entrave financière déclarée	Pas d'entrave financière déclarée	Fort entrave financière déclarée

Source : IRDES, Enquête Précalog 1999-2000

**Note de lecture :** La répartition entre les différentes logiques de recours aux soins est relative au sous-échantillon que nous avons pu observer. Elle n'est donc pas représentative de la diversité des comportements de l'ensemble de la population précaire.

INSTITUT DE RECHERCHE ET DOCUMENTATION  
 EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ

Adresse :  
 10, rue Vauvenargues 75018 Paris  
 Téléphone : 01 53 93 43 02/17  
 Télécopie : 01 53 93 43 50  
 E-mail : [document@irdes.fr](mailto:document@irdes.fr)  
 Web : [www.irdes.fr](http://www.irdes.fr)

Directrice de la publication :  
 Chantal Cases

Rédactrice en chef technique :  
 Nathalie Meunier

Maquettiste :  
 Nicole Guervin

ISSN : 1283-4769

Diffusion par abonnement : 60 euros par an

Prix du numéro : 6 euros

En ligne sur [www.irdes.fr](http://www.irdes.fr)

10 à 15 numéros par an

Le dernier rapport de Médecins du monde (2006) souligne les freins à l'accès aux soins et les particularités des souffrances des patients démunis soignés par ses centres en France. Il révèle notamment que ces patients présentent des pathologies non spécifiques mais « aggravées par les conditions de vie ou les retards d'accès aux soins ». L'enquête Précalog<sup>1</sup>, réalisée en 1999-2000 par l'IRDES<sup>2</sup>, concerne une population plus représentative de la diversité des situations de précarité que celle de Médecins du monde : outre les étrangers récemment arrivés en France, elle inclut des SDF, des mères seules, des chômeurs de longue durée, des étudiants, etc. (cf. encadré p. 3). Plus ancienne de cinq ans, et donc antérieure à la mise en place de la CMU, elle met en évidence des problè-

mes de santé et des rapports au système de soins similaires et apporte un éclairage supplémentaire sur les particularités des démarches de soins de ces personnes en situation précaire (Collet *et al.*, 2006a). Pour comprendre leurs réactions face à l'apparition de symptômes, nous décrivons brièvement leurs comportements de santé et attitudes à l'égard des soins, puis nous montrerons quelles sont leurs logiques schématiques de prise en charge des problèmes de santé et chercherons à en comprendre la genèse.

### Les rapports aux soins et à la santé des consultants de centres de soins gratuits

À travers les parcours et expériences de la précarité, les comportements et représentations du corps, de la maladie, des soins ou encore des institutions socio-médicales peuvent se trouver profon-

dément modifiés. Lorsque ces attitudes s'expriment sous la forme de retard ou de renoncement à recourir aux soins, de moindre écoute du corps ou de plus grandes prises de risque, elles agissent de manière interactive sur l'état de santé et le degré de précarisation des individus.

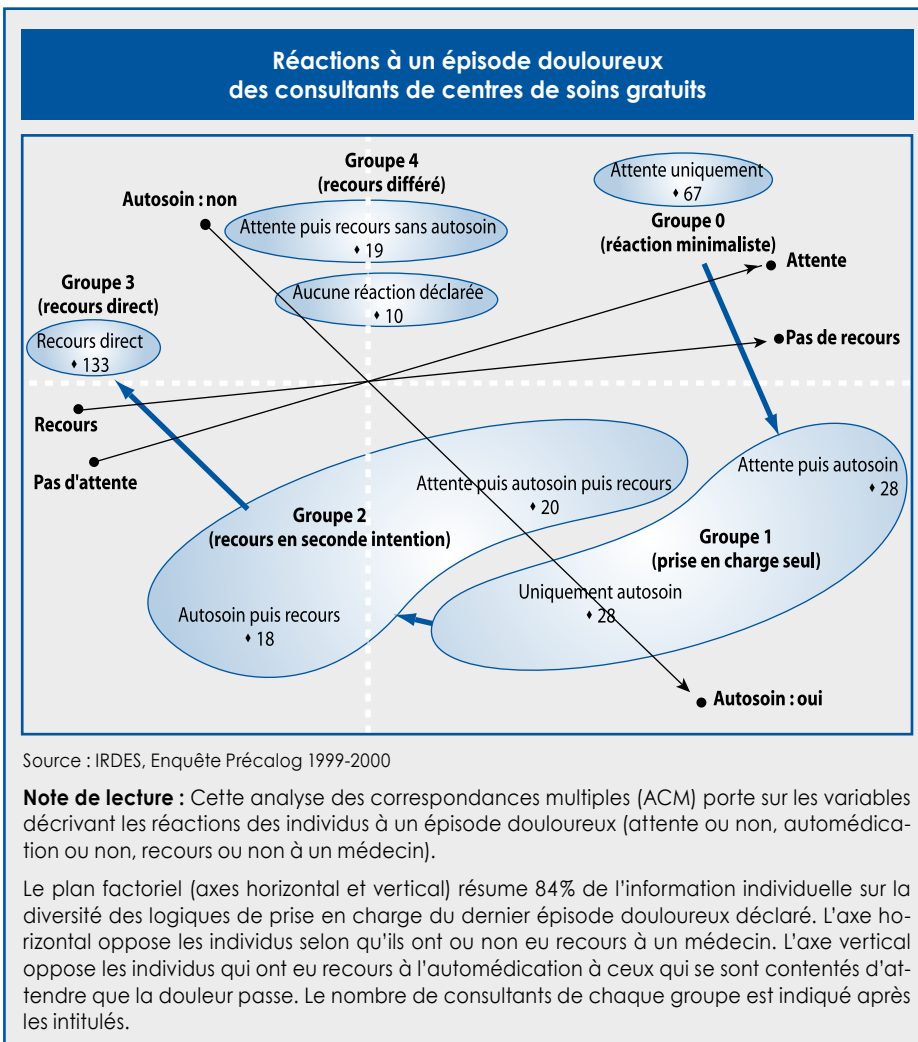
### Des épisodes douloureux fréquents ne donnant pas toujours lieu à une consultation médicale

Parmi les individus ayant consulté dans un centre de soins gratuits, 55% des personnes<sup>3</sup> ont déclaré « avoir souffert d'une douleur difficile à supporter au cours des douze derniers mois », alors que, au même moment, ce n'était le cas que d'une personne sur trois dans un échantillon représentatif de la population générale de référence (Baromètre Santé 2000). Une analyse des réactions à ces épisodes douloureux passés, réalisée à partir de méthodes multivariées (cf. graphique ci-contre), montre qu'elles se partagent en 60% de consultations et 40% de non-recours à des soins médicaux. Plus précisément, 41% des individus déclarent un recours immédiat aux soins, 6% un recours différé (après une période d'attente) et 12% un recours en seconde intention, dans le sens où ils ont d'abord tenté de pallier leur douleur par l'automédication puis, celle-ci se révélant insuffisante, s'en sont finalement remis à l'avis d'un médecin. À l'opposé, 17% ont préféré prendre en charge seuls leurs problèmes par automédication tandis que 24% ont adopté des comportements passifs d'attente.

### Plus que l'intensité ou la durée de la douleur, une atteinte de la mobilité inciterait à consulter

L'enquête Précalog met en évidence une forte surreprésentation de certains motifs de recours parmi les consultants de centres de soins gratuits : troubles psychologiques, toxicomanies, gênes de la mobilité et de la motricité (Collet *et al.*,

1 L'enquête Précalog a été conduite dans 80 centres de soins gratuits, 590 consultants ont répondu au questionnaire (cf. encadré p. 5).  
2 À l'époque de l'enquête, l'IRDES s'appelait le CREDES.



3 Soit 323 des 590 individus interrogés (cf. encadré p. 5).

2006a et 2006b). Selon les sociétés et les cultures, l'intérêt porté aux différents organes ou parties du corps est plus ou moins grand (Adam *et al.*, 1994). Il est donc intéressant de voir comment les réactions des patients se modulent en fonction de la localisation douloureuse (cf. graphique ci-dessous). En cas de douleurs au thorax et à la poitrine (pourtant généralement considérées comme angoissantes) ou de problèmes dentaires et ORL, ils adoptent le plus souvent des comportements minimalistes. À l'opposé, les douleurs aux membres supérieurs et inférieurs semblent davantage alarmer les patients au point qu'ils préfèrent aller directement consulter. De même, face à des douleurs dorsales ou lombaires, les individus ont tendance à avoir recours aux médecins, ces deux phénomènes allant dans le sens de l'hypothèse selon laquelle plus que l'intensité ou la durée de la douleur, c'est la perte d'autonomie de mouvement qui inciterait à prendre en considération leurs troubles. Les autres localisations donnent lieu à des réactions plus nuancées ou hybrides. En particulier, les douleurs « morales » sont souvent subies passivement ou donnent lieu à un soulagement médicamenteux ponctuel, témoignant d'un certain rejet pour une prise en charge globale et de fond.

### Des inégalités fortes dans le mode de gestion des maladies

Si la plus forte exposition du corps à certains troubles peut être *a priori* rapprochée des conditions de vie souvent insalubres des individus en situation précaire, elle dépend aussi fortement de leurs rapports à la santé et au système de soins. Les 24 entretiens approfondis confirment l'existence de logiques différentes de gestion de la maladie tout en les éclairant. Plus d'un individu sur deux présente une certaine attention à ses problèmes de santé et manifeste un rapport « utilitariste » à son corps. Ceux-là « gèrent » de manière pragmatique leurs troubles, même si la réussite en la matière est très inégale et reflète la précarité de leurs ressources. À l'opposé, les autres personnes interviewées semblent

### Caractéristiques des centres de soins gratuits et des consultants enquêtés

#### 80 centres de soins gratuits ont accepté de participer à l'enquête

L'enquête Précalog a été menée en 1999-2000 auprès de 80 centres de soins gratuits, répartis sur l'ensemble du territoire. Les centres ayant accepté de répondre à l'enquête présentent des caractéristiques très diverses, notamment :

- ils sont plutôt de petite taille : 49% comptent moins de 3 médecins exerçant régulièrement, 27% ont de 3 à 9 médecins, et 24% en ont 10 ou plus ;
- ils sont pour leur majorité organisés sous une forme associative (45%) ou relèvent d'organisations humanitaires (24%) ou encore de structures communales ou de CHRS (20%) et d'hôpitaux (11%) ;
- les centres de soins gratuits sont plus souvent installés dans les grandes villes : 66% le sont dans des agglomérations de plus de 80 000 habitants ;
- ils sont plus souvent localisés dans le Nord de la France : 44% sont au Nord de la région parisienne contre 39% au Sud.

#### Près de 600 patients ont été enquêtés

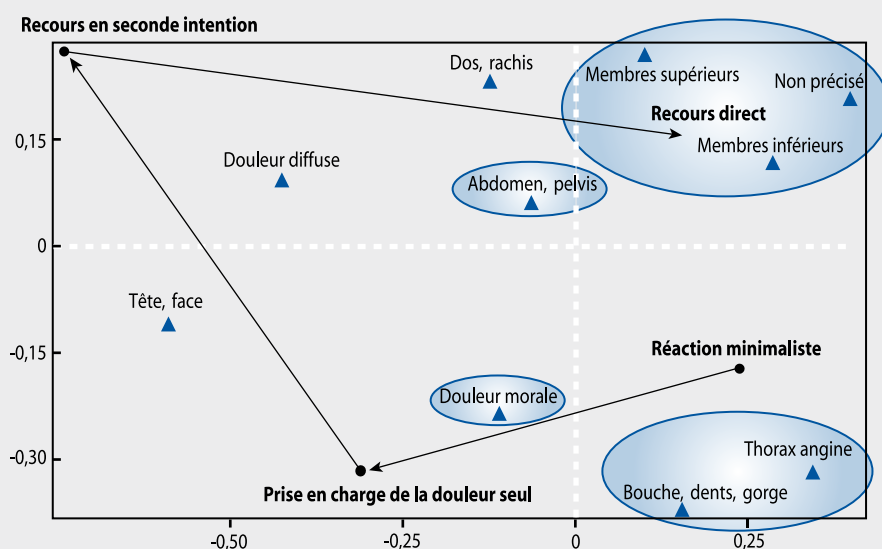
Au total, 590 patients ont accepté de participer à l'enquête. Cette population est à dominante masculine (70%) et plutôt jeune (plus de la moitié a moins

de 35 ans). Elle est en majorité d'origine française (52%), alors que près de 18% viennent du Maghreb, 16% de régions d'Afrique et 7% de pays d'Europe.

En termes de précarité matérielle ou d'isolement, on retient les caractéristiques suivantes (Collet, 2001) :

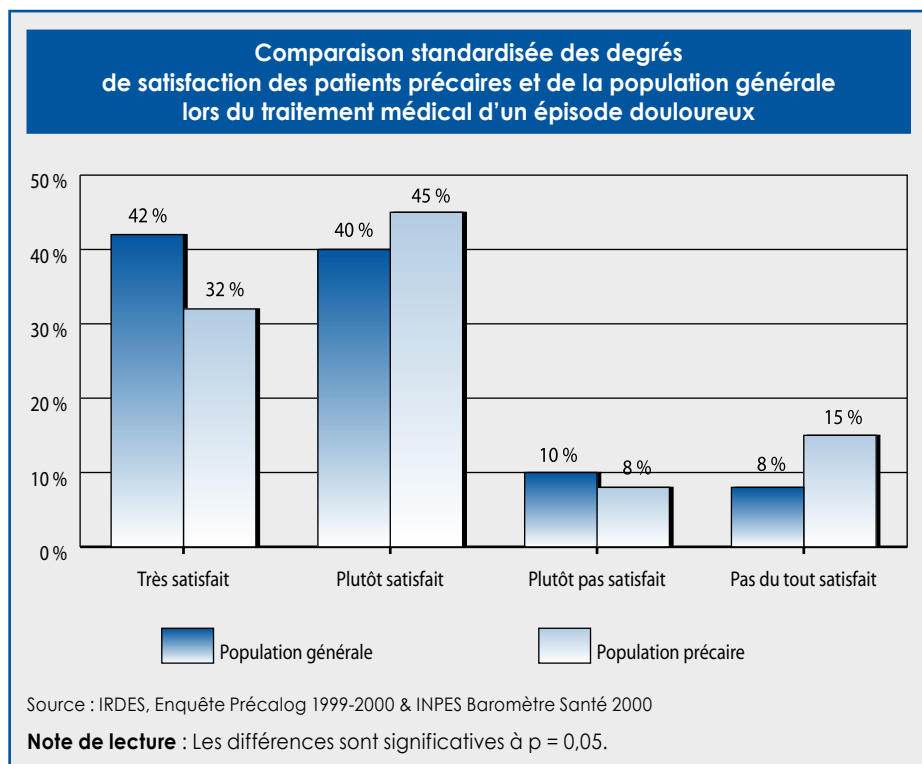
- moins de 18% des personnes ont un emploi, stable ou temporaire ;
- seulement 13% déclarent toucher une retraite ou un salaire déclaré, 36% vivent d'allocations chômage, du RMI, ou d'autres allocations ;
- seulement 26% des personnes vivent dans leur propre logement, 28% sont hébergées en institution, 32% sont logées par des proches et 14% sont sans domicile fixe ;
- 42% des étrangers n'ont pas d'autorisation de séjour ;
- 45% des personnes sont couvertes par la Sécurité sociale et 9% par l'aide médicale. 40% se déclarent sans protection sociale et 6% ignorent leur situation administrative ;
- enfin, 52% des personnes vivent totalement seules (plus des trois quarts étant des hommes) et 9,5% sont seuls avec leurs enfants (68% sont des femmes).

### Logiques de prise en charge de la douleur selon sa localisation



Source : IRDES, Enquête Précalog 1999-2000

**Note de lecture** : Cette analyse factorielle des correspondances (AFC) permet de représenter graphiquement le croisement des quatre principaux modes de prise en charge d'un épisode douloureux selon sa localisation physique.



largement gouvernées par leur éventuelle maladie et par l'angoisse qu'elle génère. Cette impuissance conjuguée à une forme de passivité est, le plus souvent, à relier à une méconnaissance et à un éloignement vis-à-vis du système de soins et à une incapacité à maîtriser des troubles psychosomatiques durables (asthme, spasmophilie, psoriasis), lesquels sont associés à des sentiments de culpabilité, dévalorisation et abattement (Laplantine, 1986), ce qui peut entraîner un déni de l'utilité d'un recours médical.

#### Une observance inégale des prescriptions médicamenteuses et une forte propension à l'automédication

D'après l'enquête par questionnaire, plus de 80% des personnes ayant eu, lors de leur dernière consultation médicale, un traitement à suivre déclarent l'avoir scrupuleusement respecté. Les entretiens semi-directifs mettent néanmoins en évidence des spécificités propres aux conditions de vie, aux expériences passées ou encore à la perception de soi et de la médecine qui peuvent peser sur les attitudes à l'égard des médicaments. Ainsi, l'instabilité des conditions de logement – bien plus que l'absence

de protection sociale ou le manque de ressources économiques – peut constituer un obstacle à un suivi scrupuleux des posologies, notamment pour les traitements de long terme. Cette priorité conférée au présent peut également induire chez les individus des attitudes d'observance limitée de la prescription : première place donnée aux traitements de la douleur plutôt qu'à ses causes, arrêt prématuré dès la moindre amélioration de l'état de santé, etc. Enfin, il faut souligner l'importance des comportements d'automédication puisque 30% des sujets ayant déclaré un épisode douloureux ont répondu avoir eu recours à de telles pratiques.

#### Appréhension et méfiance à l'égard des médecins

Les entretiens recueillis montrent que les rapports aux personnels de santé posent parfois problème, au-delà des réticences de certains professionnels à recevoir des patients en situation précaire. De fortes appréhensions à l'idée de passer devant « les blouses blanches » ou des sentiments de méfiance à l'égard du personnel médico-social peuvent être responsables de retards importants ou de renoncements à un recours médica-

lisé. Dans l'échantillon Précalog, un individu sur huit déclare avoir peur d'aller chez le médecin. Plus un individu déclare de problèmes avant 18 ans et plus la peur du médecin est présente.

À première vue, le niveau général de satisfaction des précaires vis-à-vis du traitement d'un épisode douloureux est semblable à celui de la population générale (77% sont très satisfaits ou plutôt satisfaits parmi les 590 consultants de centres de soins gratuits contre 82% dans l'échantillon issu du baromètre santé). Cependant, une analyse détaillée des réponses (cf. graphique ci-contre) indique que des logiques de défiance semblent plus ancrées parmi les populations précaires. Comparativement à la population générale, à structure d'âge et de sexe comparables, ils expriment moins souvent une totale satisfaction (32% contre 42% en population générale) et ils vont plus fréquemment jusqu'à exprimer un profond mécontentement (15% contre 8%). Les entretiens suggèrent néanmoins que cette méfiance, souvent reliée à leur histoire personnelle, reste en général circonscrite à un groupe de soignants (médecins libéraux et psychiatres notamment).

### Trois grandes logiques de recours aux soins

Grâce à une batterie de questions, l'enquête Précalog permet d'avoir une vision globale des comportements individuels en matière de soins : renoncement déclaré à des soins, observance des prescriptions, réaction à un épisode douloureux, etc. Mais il est difficile de saisir et comprendre les modes de mobilisation médicalisée face à des problèmes de santé tant les éléments intervenant dans ces modes de prise en charge sont nombreux, interactifs et imbriqués : rapports au corps et aux risques, représentations de la maladie et du système de soins, image de soi. Il nous a donc fallu différencier et décrire au mieux certaines formes caractéristiques de logiques de recours aux soins des patients précai-

res, en analysant les spécificités, puis en cherchant les déterminants économiques, sociaux et psychologiques.

### Limites de la méthode de construction des logiques de recours aux soins

Une difficulté importante dans la construction de notre typologie des attitudes à l'égard des soins provient de la grande variabilité des informations individuelles, tant en quantité qu'en type d'informations. Il a donc fallu sélectionner les individus dont on considère qu'ils ont une information suffisante, homogène et comparable pour témoigner d'une vision globale de leurs logiques de recours aux soins (cf. encadré p. 6) ; soit 261 des 590 consultants (44%) ayant renseigné sur les dimensions jugées fondamentales. Cette restriction induit un biais de sélection : les individus présentant le moins de troubles de santé (actuellement ou dans le passé proche) sont les moins susceptibles de fournir des renseignements sur leurs logiques de recours aux soins.

Autre limite, les consultants de centres de soins gratuits ne sauraient être parfaitement représentatifs de la population dite « précaire » ; en particulier, les per-

sonnes jugeant inutiles de se soigner ou refusant toute relation avec des professionnels de santé ne viennent pas consulter dans ces structures.

Ainsi, l'analyse multidimensionnelle des données présentée ci-après permet certes d'identifier et de différencier trois logiques de recours aux soins mais ne se prétend ni exhaustive ni représentative de leur répartition réelle au sein de la population des consultants de centres de soins gratuits (et, à plus forte raison, de la population précaire). Nous présentons ci-après les trois logiques : logiques d'adhésion aux soins médicaux, logiques de résistance à la démarche de soins médicaux, logique de refus des soins médicaux ou de renoncement (cf. tableau synthétique p. 1).

#### Logiques d'adhésion aux soins médicaux

124 individus (47% du sous-échantillon) présentent des comportements que nous qualifions « d'adhésion aux soins médicaux ». Dès lors qu'une douleur apparaît ou qu'un problème médical est détecté, ils ont tendance à consulter au plus vite un médecin. Lorsqu'une prescription leur a été notifiée, ils disent la respecter scrupuleusement. Ils adoptent des com-

portements 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 pertinents. On peut, pour autant, distinguer deux sous-groupes : ceux qui ne déclarent aucune entrave financière à la prise en charge de leur santé (75% d'entre eux) et ceux qui jugent que leur manque de ressources économiques a pu porter préjudice à leurs démarches de soins (plusieurs renoncements déclarés, notamment pour des problèmes bucco-dentaires).

#### Logiques de résistance à la démarche de soins médicaux

82 individus (32% du sous-échantillon étudié) ont des attitudes ambivalentes à l'égard du recours et du suivi médical. Si les consultations médicales et l'observation des prescriptions en cas de problèmes de santé ne sont *a priori* pas rejetées, elles ne relèvent pas non plus de comportements automatiques. Ces « logiques de résistance à la démarche de soins » s'expriment sous deux formes :

- 62 patients (soit 76% d'entre eux) semblent éprouver des difficultés à initier une démarche de prise en charge médicale lorsqu'ils ressentent des troubles physiques ou psychologiques ; soit qu'ils la diffèrent, soit qu'ils la modulent selon l'intensité ou la localisation de la douleur. Ils expriment une forte propension à voiler ou relativiser les problèmes ressentis, quitte à les soulager temporairement en se soignant eux-mêmes, et à repousser les consultations jusqu'au moment où « la douleur devient trop intense ». De telles attitudes s'apparentent à des logiques de report des soins : un recours médicalisé n'est envisagé qu'en seconde intention en cas d'aggravation des troubles.

- Les 20 autres patients (soit 24% d'entre eux) présentent des difficultés à suivre une prescription médicale. Lorsqu'ils se déplacent chez le médecin, c'est davantage pour obtenir un diagnostic ou se rassurer. Dans une telle démarche,

#### Source des données : l'enquête Précalog

L'enquête « Logiques de recours aux soins des personnes en situation de précarité » de l'IRDES, dite « Précalog » a été conduite dans 80 centres de soins gratuits dans toute la France. Dans ces centres, chaque médecin participant a inclus les trois premiers patients vus un jour donné. Le volet social du questionnaire a été rempli par le personnel d'accueil, puis le volet médical par le médecin. Au total, 590 patients adultes ont répondu aux différents pans du questionnaire.

Une première série de questions permet d'évaluer le niveau et les formes de précarité des consultants selon leurs ressources économiques et leur situation sociale. Le questionnaire passe ensuite en revue une série de points relatifs aux problèmes vécus dans l'enfance, aux

accidents graves subis au cours de la vie et aux comportements vis-à-vis des soins (retard aux soins, réaction à un épisode douloureux, observance de prescriptions médicales...). Enfin, le médecin recueille des informations quant aux motifs de recours (diagnostics en clair et cochés à l'issue de la consultation) et enfin aux éventuels problèmes dentaires des consultants.

Parallèlement, des entretiens qualitatifs ont été menés auprès de 24 personnes venues dans des centres de soins gratuits. Ils ont pour objet de recueillir des récits des trajectoires afin de mettre en relation des événements de vie avec la perception de la santé et les modes de recours aux soins, ceci pour mieux en comprendre la genèse et les spécificités.

### Méthode de construction des logiques de recours aux soins

Quatre grandes dimensions peuvent résumer les comportements de recours aux soins :

- le renoncement à des soins pour raisons financières,
- le comportement face à un épisode douloureux ou une maladie décelée par l'individu (ORL, dermatologie),
- l'observance (prescription de médicaments, d'examen complémentaires),
- et la réaction face à un problème dentaire (remplacement des dents manquantes, propension à aller chez le dentiste pour soigner des caries ou mettre en place des prothèses).

Ces dimensions n'étant pas toutes renseignées pour l'ensemble des individus, nous avons sélectionné une sous-population ayant un niveau d'informations suffisant et homogène pour se prêter à une conceptualisation en termes de logi-

ques de recours aux soins, soit 261 consultants sur les 590 participants à l'enquête. Le critère d'inclusion des consultants à cette analyse (éléments disponibles sur l'ensemble des dimensions, hormis éventuellement sur la réaction à un problème dentaire) s'est voulu volontairement drastique afin d'obtenir des groupes interprétables et fiables pour se prêter à des modélisations par les méthodes de régression. Sur cette population et pour chacune des dimensions, les comportements individuels sont caractérisés de manière simple en termes d'écart à « une norme comportementale idéale » – propension à renoncer ou retarder les soins. Puis, à l'aide d'une classification ascendante hiérarchique précédée d'une analyse des correspondances multiples, nous obtenons des groupes homogènes et cohérents en terme de rapport aux soins.

ils ont tendance à déterminer eux-mêmes la nécessité ou l'utilité de tel ou tel traitement. Ils adopteraient ainsi des logiques de recours ponctuel où la consultation serait davantage perçue comme une source d'informations et de conseils plutôt que comme un engagement réel dans une démarche de traitement médical de fond.

### Logiques de refus des soins médicaux

Enfin, 55 sujets (21 % du sous-échantillon) adoptent un recours minimaliste aux structures de soins. Les consultations médicales et l'observance des prescriptions éventuelles ne constituent plus que des démarches très marginales. Même lors d'un épisode douloureux jugé difficile à supporter, dans plus d'un cas sur deux ces individus décident de ne pas consulter et lorsqu'ils le font, les prescriptions ne sont pas ou que partiellement respectées. La majorité d'entre eux déclarent par ailleurs avoir dû renoncer pour des raisons financières, au cours de l'année, à des soins jugés nécessaires. Les comportements de cette population se réfèrent à une « logique de refus des soins ou de renoncement ». Les propos issus des entretiens suggèrent que cette logique correspond fréquemment à des sentiments de dévalo-

risation et de stigmatisation à l'égard de leur mode de vie ainsi qu'au refus d'une intrusion extérieure dans leur souffrance (rapport de méfiance ou de défiance à l'égard des structures médico-sociales).

### Les déterminants des logiques de recours aux soins

L'emploi de modèles de régressions logistiques permet d'approcher, « toutes choses égales par ailleurs », les déterminants qui restreignent ou encouragent l'adoption de chacune des trois principales logiques de recours aux soins étudiées (probabilité d'adopter une logique plutôt que les deux autres). Il s'agit notamment de distinguer les poids relatifs que peuvent avoir, outre les caractéristiques sociodémographiques classiques (âge, sexe, nationalité), les conditions de vie objectives (protection sociale, déficiences économiques, instabilité du logement, etc.<sup>4</sup>) ou des éléments plus subjectifs exprimant des fragilités individuelles face à des situations difficiles (sentiment d'isolement, problèmes déclarés dans l'enfance, conduites à risque, appréhension vis-à-vis

<sup>4</sup> L'état de santé du patient n'étant pas médicalement mesuré dans cette enquête, cette caractéristique a priori importante n'a donc pas été intégrée aux modèles.

du médecin, etc.). Le tableau présenté p. 7 synthétise le poids des différents facteurs significatifs.

Cette approche s'insère dans la recherche des déterminants d'une moindre utilisation des structures médicales dans un cadre de politique sociale : s'agit-il principalement des contraintes matérielles pesant sur les individus et fondant des inégalités objectives d'accès aux soins? S'agit-il des ressources dont disposent ou non les individus du fait de leurs succès ou échecs antérieurs ou encore des événements qu'ils ont pu vivre au cours de leur enfance (Firdion, 2006 ; Menahem *et al.*, 1994)? Ou bien le renoncement s'explique-t-il davantage par la structure de personnalité des individus qui serait associée à leur situation de précarité?

### Les jeunes sont plus enclins à refuser les soins

Si, « toutes choses égales par ailleurs », le sexe et la nationalité ne semblent pas avoir d'influence significative sur la propension à adopter telle logique plutôt que telle autre, il en va autrement en ce qui concerne l'âge. Les individus de plus de trente ans sont ainsi nettement plus enclins à médicaliser leurs troubles que les autres (probabilité d'appartenir à ce groupe 1,8 fois plus importante). À l'opposé, 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.

### Les logiques d'adhésion aux soins correspondent plus souvent à des conditions de vie moins dégradées...

La dégradation des conditions de vie restreint la marge de manœuvre face à l'occurrence d'un problème de santé. Devant l'oppression matérielle, certains troubles (souvent jugés mineurs ou passagers) revêtent une place secondaire dans l'ordre des priorités et peuvent donner lieu à un report des démarches médicales. Le poids des situations de chômage ou d'instabilité professionnelle concourt nettement à un éloignement du modèle

de « l'adhésion aux soins » (odds-ratio très significatif de 0,43) et conduit vers des comportements médicaux minimalistes ou alternatifs. L'importance des contraintes économiques joue sur les démarches de soins : face à un manque de ressources, les personnes vont chercher à réduire la charge financière liée à leur santé, soit en renonçant ponctuellement à des soins ou traitements, soit en différant au maximum les consultations. Soulignons enfin que si l'absence de protection sociale surexpose au risque d'un fort renoncement aux soins, elle apparaît relativement peu explicative des logiques de recours adoptées. Il faut toutefois nuancer ce propos par le fait que, vu

la méthodologie d'enquête, nous n'avons rencontré que des individus qui connaissent la possibilité d'accéder à des soins gratuitement et sans avoir à faire valoir leurs droits – ce qui tendrait, en particulier à minimiser l'influence de l'absence de protection sociale ou encore du manque de ressources financières.

**... mais c'est le cumul des facteurs exogènes et endogènes de la précarité qui induit des logiques de « refus des soins »**

Lorsque la douleur devient de moins en moins tolérable, que les troubles persistent, s'aggravent ou gênent l'activité

et que l'état de santé devient alarmant, comment expliquer 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) ? C'est très souvent le cumul des facteurs exogènes et endogènes de la précarité que l'on retrouve chez de nombreux individus ayant fortement tendance à un renoncement inéluctable, alors que les individus moins marqués psychologiquement finiront par initier une démarche de soins. Ainsi, la probabilité de témoigner de comportements attentistes très marqués est près de trois fois supérieure pour les individus ayant déclaré au moins deux problèmes juvéniles. L'adoption d'une logique de refus des soins s'explique également par une forte propension à ressentir des sentiments de menace ou d'anxiété dans leurs relations avec les médecins. 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.

Enfin, on constate que les individus adoptant des relations actives aux soins sont davantage enclins à limiter les comportements à risque (moins sujets à une consommation importante de tabac). En revanche, des attitudes plus attentistes dans la gestion des troubles sont davantage associées à une moindre attention à sa santé, ce qui s'incarne également dans des comportements addictifs (fort tabagisme).

\* \* \*

Les conditions de vie difficiles des patients ayant recours à des centres de soins gratuits se traduisent par une déclaration plus fréquente d'épisodes douloureux comparativement à la population générale. Plus fondamentalement, elles mènent à des logiques de recours aux soins qui diffèrent selon les situations, l'absence d'emploi et le fait d'avoir vécu

**Facteurs significatifs\* jouant sur la probabilité d'adopter telle ou telle logique de recours aux soins (odds-ratios\*\*)**

Facteurs significatifs	Logique d'adhésion	Logique de résistance	Logique de refus
31 ans et plus versus moins de 30 ans	1,81	n.s.	0,38
Aucune protection sociale versus protection sociale	n.s.	n.s.	<i>1,65</i>
Sans papier versus situation administrative régulière	n.s.	n.s.	0,61
Sans emploi ou travail au noir versus emploi stable	0,43	n.s.	<i>2,63</i>
Grande précarité économique versus ressources régulières	n.s.	<i>1,75</i>	n.s.
Problèmes déclarés dans l'enfance versus pas de problème	n.s.	n.s.	2,9
Pas d'appréhension à l'égard du médecin versus appréhension	n.s.	<i>2,97</i>	0,35
État de santé estimé mauvais ou moyen par l'individu versus bon	<i>1,28</i>	n.s.	n.s.
Fumeur versus non fumeur	<i>0,8</i>	1,59	<i>0,78</i>
<b>R2</b>	<b>0,13</b>	<b>0,15</b>	<b>0,26</b>

Source : IRDES, Enquête Précalog 1999-2000

\* Seules les variables ayant une influence significative sont mentionnées dans ce tableau. Pour autant, d'autres variables ont été intégrées aux modèles de régression sans que leur impact s'avère significatif : le sexe, la nationalité, le type et la taille du centre de soins, la situation à l'égard du logement, la situation familiale, le niveau de scolarisation, le sentiment d'isolement, les comportements face à l'alcool et les accidents graves connus au cours de l'existence.

\*\* Chaque odds-ratio représente le risque relatif associé à une variable de relever d'un type de logique par rapport à la situation de référence, « toutes choses égales par ailleurs » quant aux autres variables du modèle. Un odds-ratio supérieur (respectivement inférieur) à 1 pour une variable est interprété comme un facteur d'accroissement (respectivement de réduction) de la propension à adopter la logique de soins étudiée.

La mention « n.s. » signifie que la variable n'est pas significative avec un risque d'erreur de moins de 10% ; un odds-ratio en caractère italique indique une significativité comprise entre 90 et 95 % et en caractère normal un risque d'erreur inférieur à 5%.

**Note de lecture :** les 31 ans et plus ont une probabilité d'adopter une « logique d'adhésion » aux soins de 81 % plus élevée que les moins de 30 ans. En revanche, leur probabilité de présenter une logique de refus est 2,6 fois moins importante ( $1/0,38 = 2,6$ ).

### Extraits de propos issus des entretiens et illustrant les trois logiques de recours aux soins

Les propos présentés ici, issus des entretiens, montrent que les trois logiques définies selon notre méthodologie restent très théoriques. Prises au cas par cas, les situations témoignent de parcours de vie très divers.

#### Logique d'adhésion aux soins : l'exemple de Kadisha

Kadisha est une Marocaine sans papier de 25 ans. Sans emploi, elle loge chez des amis. Enceinte de deux mois, elle vient consulter dans un centre de Médecins du monde.

Kadisha dit faire très attention à sa santé : « *La santé, c'est central dans la vie. C'est ce qu'il y a de plus important. La vie c'est pas un jeu, surtout la santé.* » Elle considère en effet que quel que soit le type de maladie en question, il est nécessaire de consulter un médecin : « *Parce qu'après les maladies faciles, il y a des choses graves. Par exemple les angines ça fait des maladies graves pour le cœur.* »

Mais sa logique est fondée sur la notion de faute. Elle se sent

en faute si elle est malade et ne va pas voir le médecin. Enfant, et encore aujourd'hui, elle avait l'impression que c'était de sa faute si elle était malade : « *Je dis toujours : c'est, c'est ma faute; pourquoi j'ai fait ça ? pourquoi j'ai fait ça ?* »

#### Logique de résistance à la démarche de soins : l'exemple de Morice

Morice est un Breton de 48 ans. Au chômage depuis 98, il travaille au noir. Ses revenus sont faibles. Il est logé dans un logement d'un centre communal d'action sociale après une cure de désintoxication alcoolique. Lors de l'entretien, il exprime une nette méfiance vis-à-vis des traitements médicamenteux et émet une préférence pour les médecines traditionnelles (plantes, rebouteux...). Il avoue aussi consulter quand les choses s'aggravent. « *Les maux de gorge, je les soigne moi-même avec du citron, du miel. Non! j'aime pas ça. Ça vaut de loin tous les médicaments. Mais si je vois que ça va*

*pas avec le citron, il est certain que je vais pas rester plusieurs jours sans aller consulter un médecin. Je vais attendre 2-3 jours. Mais si je vois que ça passe pas, ben je me dis qu'il y a peut-être autre chose, un coup de froid, mettons. Car le chauffage on le met pas trop dans la maison, des conneries comme ça. Je préfère le savoir... »*

#### Logique de refus des soins : l'exemple de René

René est un Français de 45 ans qui touche une pension de personne handicapée (Cotorep). Il n'est pas venu pour consulter mais pour chercher un colis alimentaire (qu'il a obtenu). Il se situe plus dans une logique de refus de la démarche de soins mais, là aussi, pour des raisons particulières : « *(...) J'ai échappé plusieurs fois à la mort, je me suis coupé les veines, je me suis pendu, j'ai avalé des cachets, quand j'avais des crises je me suis pendu pour mon ex-femme, j'ai fait des conneries pour mes enfants quand on me les a enlevés.* »

Son rapport au système de soin est ambivalent. Il est très méfiant : « *Les médecins, y en a qui sont bons, y en a qui sont cons. Pour moi, ils sont pas tous les mêmes. Mais y en a qui sont pourris aussi, qui m'ont mis dans l'hôpital psychiatrique, je le méritais pas. Ça, c'est des pourris. Et y en a qui m'ont sorti, qui étaient bons, qui ont compris que j'étais pas fou.* »

Mais cette méfiance n'est pas la seule raison de son refus de se faire soigner. Il y aussi son côté religieux qui lui commande d'accepter la douleur : « *Là, si je me suis ouvert la jambe, j'ai pas été à l'hôpital. Je veux pas voir de docteur, je veux que ma femme me soigne c'est tout. Ma femme ou moi c'est tout. Là on m'a dit que si ça empire je vais avoir la gangrène. Mais tant que ça s'aggrave pas vraiment je veux rien. Jésus, lui il a pas crié, j'ai fait comme lui, moi. Moi je suis à l'image de Jésus, il sert le monde, je sers le monde, si je peux aider, j'aide. Si je peux aimer, j'aime. Si j'aime pas, bon... c'est tout !* »

des problèmes graves durant la jeunesse étant des facteurs aggravant le renoncement ou le report des soins. Nos résultats ne permettent pas de savoir si un facteur a plus d'influence que les autres. Mais ils suggèrent qu'il est nécessaire d'adapter les mesures à la diversité des situations.

Ainsi, la CMU, mise en place tout juste après notre enquête, paraît ne pas avoir tout réglé. D'un côté, il semble qu'une part significative de médecins refuse de soigner les patients relevant de la CMU ou de l'AME, fait dénoncé récemment par le Fonds CMU et confirmé par Médecins du monde. D'un autre côté, certains patients en situation précaire diffèrent leurs soins voire y renoncent, souvent en relation à des parcours de vie particulièrement difficiles. Ceci démontre qu'il y a encore beaucoup à faire pour améliorer les modalités de prise en charge de ces populations, si nous voulons limiter l'impact des troubles de santé qui les frappent.

#### Pour en savoir plus

Collet M., Menahem G., Picard H. (2006a), *Motifs médicaux de recours aux centres de soins gratuits et logiques de recours aux soins des consultants*, IRDES, biblio n° 1627, 167 p.

Collet M., Menahem G., Picard H. (2006b), *Motifs médicaux de recours aux centres de soins gratuits – Enquête Préca-log 1999-2000. Questions d'économie de la santé à paraître.*

#### Voir aussi

Adam P., Herzlich C. (1994), *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Éditions Nathan.

Beynet A., Menahem G. (2002), *Problèmes dentaires et précarité*, biblio n° 1366, CREDES, 164 p.

Cambois E. (2004), *Les personnes en situation sociale difficile et leur santé in Les travaux de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale 2003-2004*, La Documentation Française.

Chauvin P., Parizot I. (2005), *Santé et recours aux soins des populations vulnérables*, INSERM.

Collet M., (2001), *Dynamiques de précarisation, modes d'adaptation identitaire et interactions avec les logiques de santé*, Mémoire de DEA, *Modes de vie et politiques sociales de Paris VII*.

Firdion J.-M., (2006), *Influence des événements de jeunesse et héritage social au sein de la population des services d'aide aux sans-domicile*, *Économie et statistique*, n° 391-392.

Laplantine F. (1986), *Anthropologie de la maladie*, BSP.

Médecins du monde (2006), *Rapport 2005 de l'Observatoire de l'accès aux soins de la mission France de Médecins du monde*, 242 p.

Menahem G., Martin S. (1994), *Quand l'enfance fait mal. Liaisons entre événements de l'enfance et sensibilité des adultes aux maladies*, *Dialogue*, n° 124.