

Motifs médicaux de recours aux centres de soins gratuits et logiques de recours aux soins des consultants

Marc Collet
Georges Menahem
Hervé Picard

Rapport n° 533 (biblio n° 1627) Avril 2006

Les noms d'auteurs apparaissent par ordre alphabétique

Toute reproduction de textes ou tableaux est autorisée sous réserve de l'indication de la source et de l'auteur.
En cas de reproduction du texte intégral ou de plus de 10 pages, le Directeur de l'IRDES devra être informé préalablement.

I.S.B.N. : 2-87812-336-0

Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier l'ensemble des personnes et institutions ayant participé à cette enquête et aidé à la concrétisation de ce travail. Soit par ordre d'apparition dans ce long processus :

- l'INSERM et en particulier, son intercommission n°6 à l'origine de l'appel d'offre " précarité, précarisation et santé " dans le cadre duquel cette recherche a été conçue, financée et réalisée ;
- Michel Grignon, Thérèse Lecomte, Marie-Jo Sourty Le-Guellec et Valérie Paris qui ont contribué à concevoir le premier projet ;
- les sociologues Julien Damon, Anne-Bénédicte de Montaigne, Isabelle Parizot, puis Françoise Guillou et Bénédicte Kaïl qui ont contribué à en dessiner les deux guides d'entretien puis ont effectué les entretiens semi-directifs auprès des patients des centres de soins gratuits ;
- les 32 patients qui ont accepté de s'entretenir avec nous de leur histoire ;
- les docteurs Thérèse Lecomte et Philippe Le Fur qui ont contribué à la mise au point du questionnaire de l'enquête ;
- les directions, personnels de l'accueil et médecins des 80 centres de soins gratuits qui ont accepté de collaborer au recueil des données, de l'enregistrement et du passage des questionnaires auprès des patients qu'ils soignaient ;
- les 590 patients qui ont bien voulu répondre au questionnaire qui leur était proposé ;
- Catherine Banchereau et Martine Broïdo qui ont sollicité patiemment les centres de soins gratuits puis ont vérifié et enregistré les questionnaires qui nous étaient envoyés ;
- Valérie Paris pour ses innombrables apports, sa grande disponibilité et son investissement continu de la conception à l'aboutissement de ce rapport ;
- Michel Joubert, Jean-François Laé et Dominique Merllié pour les riches échanges entretenus sur cette problématique ;
- Pascale Breuil, Chantal Cases et Dominique Polton qui ont contribué, par leur soutien, à faciliter l'aboutissement de ce rapport ;
- Anne Doussin, Florence Jusot, Nathalie Meunier, Thierry Rochereau et Catherine Sermet pour leur relecture attentive et leurs remarques constructives ;
- Khadidja Ben Larbi pour la mise en page et la composition de ce rapport.

Sommaire

Introduction	7
1. L'enquête «Précalog» : description et méthodologie	13
1.1. Une enquête centrée sur les consultants de centres de soins gratuits	15
1.1.1. L'apport d'une analyse multi-centrique nationale	15
1.1.2. Constitution de l'échantillon des centres de soins gratuits participant à l'enquête	15
1.2. Le déroulement de l'enquête	17
1.2.1. L'enquête par questionnaire	17
1.2.2. Les entretiens semi-directifs	19
1.2.3. Les bases de comparaison mobilisées	20
1.3. L'analyse des motifs de recours aux centres de soins gratuits : les différents modes de recueil et biais induits	20
1.3.1. Les motifs de recours exprimés par les patients	21
1.3.2. Les diagnostics cochés par les médecins	22
1.3.3. Des motifs de recours notés en clair aux diagnostics cochés par le médecin : impacts de l'effet «liste»	25
2. Specificités des motifs de recours aux centres de soins gratuits	29
2.1. Comparaison brute des motifs de recours aux soins : adaptation de l'offre des centres de soins gratuits aux besoins de leurs patients	31
2.2. Comparaison standardisée par age et sexe : spécificités des motifs de recours aux soins des consultants de centres de soins gratuits	36
3. Processus de précarisation et motifs de recours aux soins	41
3.1. Variabilité des motifs de recours selon les principales variables socio-démographiques	44
3.1.1. Etude comparative du nombre de motifs cochés par le médecin	45
3.1.2. Fréquences comparées des grands types de motifs de recours aux soins.....	49
3.1.3. Analyse détaillée des diagnostics psychiatriques et génito- urinaires/obstétriques	52
3.2. Variabilité des motifs de recours selon les degrés de précarisation	55
3.2.1. Nombre cumulé de motifs cochés par le médecin.....	58
3.2.2. Fréquences comparées de grands types de motifs de recours aux soins.....	58
3.2.3. Analyse détaillée des motifs psychiatriques de recours aux soins selon le degré de précarisation.....	61
4. Rapport au corps, aux soins et à la santé des consultants de centres de soins gratuits	63
4.1. Les logiques de gestion du corps et de la maladie	65
4.1.1. Les logiques de gestion de la maladie.....	65
4.1.2. Rapport général au corps	66
4.2. Les rapports aux soins des consultants de centres de soins gratuits	67
4.2.1. Modes de réactions à un épisode douloureux	67
4.2.1.1. Approche et premiers résultats.....	67
4.2.1.2. Les logiques de réactions à un épisode douloureux	67
4.2.1.3. Des modes de réactions différenciés selon le type de douleur.....	69

4.2.2. Observance des prescriptions et propension à l'automédication	70
4.2.2.1. Déterminants économiques de l'observance des prescriptions	70
4.2.2.2. Déterminants individuels et culturels de l'observance des prescriptions	71
4.2.3. Comportements d'automédication	71
4.3. Rapport aux structures médico-sociales	72
4.3.1. Logiques de confiance, méfiance ou défiance à l'égard des soignants.....	72
4.3.2. Prise en charge, demande affective et sentiment de dévalorisation	74
5. Les logiques de recours aux soins et leurs déterminants.....	77
5.1. Les logiques de recours aux soins	79
5.1.1. Objectifs et méthodologie	79
5.1.2. Logiques d'adhésion, de résistance et de refus des soins	83
5.2. Les déterminants des logiques de recours aux soins	87
5.2.1. Caractérisation des logiques de recours aux soins	87
5.2.2. Les facteurs influents sur les logiques de recours aux soins.....	89
Conclusion	95
Bibliographie	99
Annexe	103
Annexe 1 : Les centres ayant participé à l'enquête (classés par code postal).....	105
Annexe 2 : Le questionnaire définitif et les recommandations d'enquête communiquées aux centres.....	109
Annexe 3 : Caractérisation et guide des entretiens semi-directifs	117
1. Lieux de passation et caractéristiques sociodémographique des sujets	119
2. Le guide d'entretien	120
Annexe 4 : Etude approfondie de l'impact de «l'effet liste»	127
1. Nature des consultations «diagnostic en clair» : absence de réponse liée au médecin et à la structure d'accueil ou endogène à la consultation ?	129
2. Estimation de l'ampleur et la teneur de «l'effet liste».....	131
Annexe 5 : Estimation de l'impact de «l'effet liste» dans le cadre des comparaisons entre motifs de recours aux centres de soins gratuits et en médecine générale	135
Annexe 6 : ACM et CAH des types de recours aux soins pour les deux classes d'information maximum	141
Analyse des correspondances multiples sur le rapport aux soins	143
La classification ascendante hiérarchique : des profils types d'attitudes par rapport aux soins	145
Annexe 7 : Logiques de recours aux soins selon les facteurs endogènes et exogènes de la précarité.....	147
1. Les variables exogènes de la précarité	149
2. Les variables endogènes	150
Annexe 8 : 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	151

Introduction

Introduction

La mise en place de la Couverture Maladie Universelle (CMU) a, plus que jamais, remis la question de l'état de santé et des comportements de soins des personnes en situation de précarité au cœur des débats. Dans l'optique d'une évaluation des dispositifs sociaux visant à une meilleure concordance entre les besoins et les ressources mises à disposition des publics les plus défavorisés, les travaux portant sur le thème des inégalités de santé et d'accès aux soins se sont multipliés.

De nombreuses études, françaises ou internationales, ont ainsi montré l'existence d'inégalités sociales de santé. Le bilan réalisé dans le cadre d'un projet de recherche INSERM (Leclerc *et al.*, 2000) présente l'état de la question dans de nombreux domaines. Les inégalités de mortalité et de morbidité selon différents indicateurs de la position sociale (CSP, revenu, niveau de scolarité...) ont été maintes fois exposées, tout comme les effets néfastes sur la santé de conditions de travail difficiles et précaires. A côté de ces études, à vocation généraliste, un certain nombre d'analyses se sont concentrées sur les problèmes de santé de groupes de population spécifiques, présentant des caractéristiques plus ou moins marquées de vulnérabilité ou de précarité : familles monoparentales, chômeurs, allocataires du RMI, sans domicile fixe¹...

La santé des sans domicile fixe a fait l'objet d'une attention particulière, en France comme à l'étranger. Elle est appréhendée à partir de deux types d'études : des travaux plutôt monographiques produits par les soignants exerçant dans les structures spécialisées et des enquêtes menées auprès des populations de sans domicile fixe.

Le dossier consacré à la santé des sans-abris dans la Revue du praticien de 1996 réunit plusieurs articles où se côtoient données épidémiologiques

et impressions des soignants. Il met en évidence les résultats suivants :

- Les conditions de vie matériellement précaires constituent sans aucun doute un facteur de risque connu pour certaines affections. Poinsignon, Marjanovic et Farge, (1996) décrivaient ainsi en 1996 l'apparition ou la résurgence de maladies infectieuses liées à la pauvreté telles que la tuberculose, les pneumopathies aiguës et même la diphtérie. Ils notaient également la forte prévalence, parmi les SDF des infections au VIH et aux hépatites B et C. De même, Blum et Bourrat, (1996) soulignaient l'importance relative des pathologies cutanées directement liées aux conditions de vie difficiles (manque d'hygiène, carences alimentaires et traumatismes) et aux terrains particuliers (alcoolisme, toxicomanie et maladies psychiatriques) rencontrés chez les personnes précaires.
- Toutefois, comme le démontraient (Declercq et Henry, 1996), les pathologies rencontrées chez les sans domicile, qui sont la frange la plus extrême de la population précaire, sont superposables aux pathologies rencontrées chez les autres patients. Elles sont en revanche aggravées par ce que les auteurs appellent un " décor pathologique " spécifique : les addictions alcoolique, tabagique et toxicomaniaque, les troubles mentaux, la malnutrition, l'exposition aux agressions, l'absence d'hygiène, le manque de sommeil et le retard à la médicalisation.

Les études de nature plus statistiques ont produit les résultats suivants :

- La récente enquête sur les jeunes SDF en Île-de-France montre que les problèmes de santé ont une prévalence plus forte chez les enquêtés que chez les jeunes ayant un mode de vie plus "normal" (Firdion *et al.*, 1998). L'écart est plus important pour les hommes que pour les femmes, à l'exception des problèmes psychiques (y compris toxicomanie). Pour ces derniers, en effet, la sur-prévalence est plus importante pour les femmes et les tentatives de suicides ont une fréquence cinq fois plus élevée qu'en population générale.

1. Voir par exemple Jin, Shah et Svoboda (1995) et Khlal, Sermet (2004) pour une revue des études sur le chômage ; Sermet, Khlal et Le Pape (1999) pour l'état de santé des mères de familles monoparentales ; Charbonnel, Paugam, Zoyem (1993) et Chauvin, Parizot (2005) sur la santé des populations vulnérables ; Lecomte *et al.* (1996) pour l'effet du cumul de vulnérabilités sur la santé ou encore de manière plus générale le recueil " santé et précarité " de l'INSERM.

Les pathologies psychiatriques des SDF ont fait l'objet d'une attention particulière. De nombreuses études ont souligné leur forte prévalence dans les populations les plus désocialisées (voir, pour une revue de la littérature, Kovess et Mangin-Lazarus C., (1996), en relevant souvent l'ambiguïté de la relation causale entre problèmes psychiatriques et situations de précarité. Les travaux récents insistent sur la nécessité de distinguer la souffrance psychique due à une situation difficile de la véritable pathologie psychiatrique qui peut éventuellement être à l'origine du processus de précarisation (Lazarus *et al.*, 1994). Des publications récentes décrivent les troubles psychiques observés comme de véritables modes d'adaptation aux processus de disqualification sociale (Furtos, 1999 ; Maisondieu, 2001...).

Néanmoins, l'analyse des motifs de recours aux soins n'est pas assimilable à l'analyse de l'état de santé. En effet, deux conditions sont nécessaires pour qu'un problème de santé devienne un " motif de recours " : il faut d'abord que le problème de santé soit ressenti par la personne, puis que cette personne ait recours à un professionnel de santé pour se soigner. Il est donc important de ne pas assimiler la fréquence de " motifs de recours " à une mesure de la prévalence des pathologies : c'est ce que le patient donne à voir et ce que le médecin cherche à voir. D'autre part, il est courant d'appeler " motifs de recours " les diagnostics qui sont posés par un médecin à l'issue d'une consultation. Ces diagnostics sont évidemment forcément influencés par les motifs de recours exprimés par le patient, mais ils s'en distinguent par le fait que tout motif de recours ne donne pas lieu à l'inscription d'un diagnostic par le médecin et qu'*a contrario*, le médecin peut poser des diagnostics qui n'ont aucun rapport avec la plainte exprimée par le patient. Les diagnostics posés par les médecins dans le cadre de tels enquêtes ne peuvent donc être interprétés comme une mesure exhaustive de l'état de santé.

On connaît actuellement peu de choses sur la propension à recourir aux soins des personnes en situation de précarité. Gelberg *et al.*, (2000) ont analysé les déterminants du recours aux soins de personnes sans domicile. Pour cela, ils ont réalisé une étude prospective sur une cohorte de personnes sans domicile issues de deux quartiers de Los Angeles. L'enquête se déroulait en trois phases. Dans la première phase, les individus étaient interviewés sur leurs conditions de vie et leur état de santé, puis examinés, notamment sur quatre aspects de leur santé : leur tension artérielle, leur vision, leurs problèmes

éventuels de peau, de jambe ou de pied, ainsi que la réponse à un test cutané de tuberculose. Lorsque les personnes rencontrées présentaient l'un de ces problèmes de santé, il leur était recommandé de consulter. Les deuxième et troisième phases avaient pour objet d'évaluer comment ces recommandations avaient été suivies et de mesurer éventuellement l'effet du recours à des soins médicaux sur l'amélioration de l'état de santé. Les auteurs ont dégagé quelques éléments intéressants de cette étude. Premièrement, contrairement à ce qu'ils attendaient, après la première vague de l'enquête la proportion de personnes ayant recouru à des soins pour des problèmes d'hypertension ou une réponse positive au test de tuberculose (respectivement 81 % et 78 % des personnes concernées et restées dans la cohorte) était plus élevé que pour des problèmes de vision (33 %) ou les problèmes de peau, jambe ou pied (44 %). La propension à consulter de ces personnes s'est donc révélée plus importante pour les problèmes asymptomatiques et dont les effets sont plutôt de long terme que pour les problèmes symptomatiques pouvant les gêner dans leur vie quotidienne. Evidemment, il faut resituer cette étude dans son contexte particulier qui est la réponse à un diagnostic posé et à une recommandation à consulter.

En France, peu d'études permettent d'analyser les particularités du recours aux soins des personnes défavorisées. Si la moindre consommation de soins de spécialistes des personnes les moins favorisées est connue (Bocognano, 1995), les motifs de recours et la propension à recourir dans certaines conditions restent encore peu explorés. Le recours aux soins des migrants a été comparé à celui des Français à partir de données d'enquêtes recueillies en 1988-1991 (Mizrahi, Mizrahi et Wait, 1993). Selon cette étude, les étrangers consomment moins de soins (à âge, sexe et niveau de couverture comparable) que les personnes naturalisées et que les Français. Il demeure toutefois difficile de départager l'effet de l'état de santé et l'effet d'une différence dans la propension à recourir aux soins (il peut, de plus, exister une sélection à la migration, en lien avec l'état de santé des migrants).

L'étude sur les jeunes SDF précédemment citée (Firdion *et al.*, 2001) ne permet pas de conclure de manière évidente sur les écarts de recours aux soins entre les sans domicile et les autres jeunes. Alors que dans les douze derniers mois, le recours au médecin des SDF ne semble pas différent du recours des autres jeunes, il est su-

périeur pendant le mois précédant l'enquête. Il peut ici s'agir d'un biais de saisonnalité, car les deux enquêtes n'ont pas eu lieu à la même période de l'année. Les auteurs évoquent également la possibilité d'un rapport au temps particulier chez les jeunes SDF qui pourrait biaiser leurs déclarations sur les recours dans les douze derniers mois. Les auteurs remarquent cependant que les problèmes de vue, à prévalence comparable, sont beaucoup moins bien pris en charge chez les jeunes SDF que chez les jeunes ayant des conditions de vie plus normales.

Quant aux motifs de recours aux soins, ils ont été analysés à plusieurs reprises dans les centres de soins gratuits (Cong *et al.*, 1992), (Dupas *et al.*, 1990), (Mizrahi, Mizrahi et Wait, 1993). Les auteurs ont relevé à chaque fois l'importance relative des pathologies respiratoires, des troubles du comportement, des problèmes dermatologiques, des pathologies digestives, des problèmes bucco-dentaires et des motifs gynécologiques (y compris grossesse). Dans ces études toutefois, la mise en évidence des spécificités de ces recours par rapport à ceux de la population générale n'était pas évidente. Pour les consultations de la Mission France de Médecins du Monde (MDM), les motifs de recours des primo-consultants ont été mis en parallèle avec les motifs de consultations en médecine de ville par la méthode des profils nosologiques que nous utiliserons dans ce rapport (Picard, 1997). Cette méthode a permis de dégager les motifs véritablement sur-représentés dans les consultations de Médecins du Monde. Il s'agit des problèmes bucco-dentaires, des maladies de l'appareil digestif, des problèmes dermatologiques et des suivis de grossesse. Il est évident que la spécificité des motifs de recours dépend de la demande des patients et de l'offre proposée par les centres. La sur-représentation des motifs bucco-dentaires de recours vient par exemple en partie du fait que les centres de MDM offrent des soins dentaires, alors que les médecins de ville (qui forment la base de comparaison pour les consultations en médecine de ville) n'offrent pas du tout ces soins. On peut noter également que l'importance des maladies de l'appareil digestif peut s'expliquer par la forte proportion de consultants étrangers, chez lesquels on connaît l'importance de ces pathologies.

Les recherches sur ce domaine manquent cependant, afin de mieux comprendre comment se perpétuent et se creusent ces inégalités de santé. C'est pourquoi, en 1998, l'intercommission n° 6 de l'INSERM, *Analyse et évaluation des systèmes*

de soins et de prise en charge, de prévention et de protection sociale, a souhaité susciter des recherches sur les liens entre la situation sociale et les états de santé. Cet appel d'offre visait deux principaux pans de recherches : la précarité, le processus de précarisation et la santé d'une part, les inégalités sociales en matière de santé, d'autre part. Dans ce cadre, l'IRDES a proposé une étude afin de mieux comprendre les liens complexes qui peuvent exister entre les situations de précarité, les troubles de santé et la genèse des logiques de recours aux soins. Pour mener à bien cette recherche, nous avons choisi de mener une enquête combinant une approche statistique par questionnaire et une approche qualitative par récits de vie auprès de personnes venues consulter dans les centres de soins gratuits. Bien que cette population ne couvre pas, loin s'en faut, l'ensemble des situations de précarité, elle nous a semblé à la fois suffisamment hétérogène pour y rencontrer différents types de précarité et suffisamment homogène dans la difficulté d'accéder au système de soins ordinaire. L'ensemble des centres de soins gratuits que nous avons pu repérer sur le territoire métropolitain a été contacté en 1999. Environ 80 centres ont finalement participé à l'enquête et ont renvoyé près de 600 questionnaires exploitables. La participation à l'enquête était volontaire et le protocole d'enquête inégalement respecté selon les centres. La représentativité des données recueillies ne peut être estimée.

Une première analyse des processus de précarisation a montré à quel point les dimensions de la santé et de la précarité sont enchevêtrées (Collet, 2001) ; voir également à ce sujet (Cambois, 2004). 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 des conditions de vie des consultants de centres de soins gratuits. 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 con-

duites 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.

Le présent rapport porte sur les motifs et logiques de recours aux soins des consultants de centres de soins gratuits. Il s'inscrit dans le cadre d'une recherche plus large dont l'objet était de comprendre les logiques de recours aux soins des populations en situation de précarité et d'en dégager les éventuelles spécificités par rapport aux comportements observés en population générale. En dépit des problèmes de représentativité de notre échantillon, il nous a semblé intéressant de produire une photographie des motifs de recours aux centres de soins gratuits sur l'ensemble du territoire et sur la période 1999-2000. C'est en effet la première fois que l'ensemble des lieux de soins gratuits sont sollicités pour participer à une enquête sur leurs consultants.

Ce rapport se compose de cinq parties. Une première partie présente succinctement le champ et les modalités de l'enquête menée auprès des consultants de centres de soins gratuits (Préca-log), en insistant particulièrement sur les différents modes de recueil des motifs de recours aux soins mis en œuvre et les problèmes méthodologiques y afférant ("effet liste"...). La deuxième partie expose les motifs de recours aux centres

de soins gratuits, puis propose un exercice de comparaison de ces motifs avec ceux des consultations en médecine générale. Les motifs de recours aux soins gratuits sont analysés en fonction des caractéristiques des consultants et des processus de précarisation dans une troisième partie. La quatrième partie se concentre 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 ou encore 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 dernière partie se propose 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 trois principaux idéaux-types 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 objectives) et par les facteurs endogènes (dimension plus subjective des modes d'adaptation identitaire) sur la propension à renoncer ou refuser les soins médicaux.

1. L'enquête «Précalog» : description et méthodologie

1. L'enquête «Précalog» : description et méthodologie

1.1. Une enquête centrée sur les consultants de centres de soins gratuits

1.1.1. L'apport d'une analyse multicentrique nationale

La première étape de la recherche a consisté à délimiter une population présentant des conditions de vie fragilisées et sur laquelle on puisse disposer d'informations afin d'approfondir la dimension de la santé. En effet, la statistique classique a souvent du mal à cerner les populations en situation de précarité : ces populations, beaucoup plus que d'autres, échappent à des enquêtes générales qui ont pour objet la description des structures de l'ensemble de la société et de leur évolution².

L'IRDES a choisi de mener son enquête (qualitative et quantitative) auprès de personnes venues consulter dans les centres de soins gratuits. De cette manière, nous rencontrons un public dont le recours à des structures stigmatisées témoigne de déficiences - économiques, administratives... - temporaires ou durables, en se gardant bien d'appliquer un critère unique et arbitraire de " précarité "³.

Par rapport à la majorité des études citées en introduction, notre échantillon couvre donc l'ensemble du territoire national et différents types de centre. En abordant une offre plus disparate, nous pouvons espérer obtenir une photographie plus complète, bien que non représentative, des motifs de recours aux soins des consultants de centres de soins gratuits.

Ces motifs seront comparés à ceux des consultations en médecine de ville, ce qui nous permettra de repérer les diagnostics sur-représentés dans les consultations de précarité.

Cependant, il faut garder en mémoire que nous

2. Pauvreté, précarité, exclusion, 1998, Rapport du CNIS (Conseil National de l'Information Statistique) rendu à l'INSEE.
3. Les outils destinés à transiger sur qui peut être qualifié de personne en situation de précarité sont nombreux, fondamentalement différents et plus ou moins arbitraires (pauvretés monétaires absolue et relative, recours à des aides stigmatisantes, concepts de vulnérabilité sociale ou de cumuls des handicaps, visions fondées sur des critères d'insalubrité des logements...).

n'appréhendons pas ici l'ensemble du champ de la précarité. En effet, l'accès au système de soins ordinaire reste le recours privilégié pour une large part de la population en situation de précarité. Il est intéressant par exemple de voir que parmi les jeunes SDF parisiens (Firdion et al., 2001), un quart seulement a fréquenté une structure spécialisée (hors consultations des hôpitaux) lors de son dernier rapport avec le système de soins. L'accès à la couverture maladie et à l'aide médicale ayant progressé dans la décennie 1990, le recours aux soins gratuits s'est concentré sur des populations exclues de droit ou de fait de l'assurance maladie et/ou sur des soins très mal couverts (soins dentaires, lunetterie).

Outre cette population qui parvient à se soigner ailleurs, nous n'observons pas non plus les personnes qui ne viennent pas consulter dans ces structures parce qu'elles ignorent leur existence - " biais de connaissance " -, parce qu'elles jugent inutiles de se soigner, ou encore parce qu'elles refusent toute relation avec des professionnels de santé - " biais de défiance ". La probabilité d'interroger les personnes en situation de précarité les plus défiantes vis-à-vis des soins demeure donc plus faible⁴.

1.1.2. Constitution de l'échantillon des centres de soins gratuits participant à l'enquête

Dans un premier temps, nous avons tenté de constituer une base exhaustive des centres de soins gratuits en France. Nous sommes pour cela partis d'un inventaire dressé lors d'une enquête menée auparavant par l'IRDES en 1996-1997 (Cf. Sourty-Le Guellec et Paris, 1997).

Après avoir repris contact avec les centres précédemment enquêtés afin de vérifier qu'ils correspondaient bien à notre objet d'étude, nous avons actualisé notre base en y ajoutant les centres de soins nouvellement créés que nous avons pu recenser à partir des annuaires et guides des organismes locaux d'assistance.

4. La difficulté à saisir l'ensemble de la population précaire n'est cependant pas propre à cette enquête mais à l'ensemble des questionnements administratifs. Il est même possible que les attitudes d'évitement soient ici réduites du fait du bénévolat des travailleurs et des relations de confiance qui se tissent souvent entre le personnel et les patients.

Au total, nous avons ainsi constitué une base de 234 centres ou institutions procurant des soins gratuits aux personnes qui le demandent. Ces centres représentent une large partie de l'offre disponible en France pour les personnes sans ressources, même s'il existe sans doute quelques centres associatifs ou religieux qui ont échappé à nos recherches.

Parmi ces centres, certains n'ont pu être joints (13) ou ne dispensaient pas ou plus de soins (29) ; d'autres n'ont pas été retenus parce qu'ils ne fournissaient qu'une assistance psychologique (9) ou seulement des soins infirmiers (5) ou encore parce qu'ils correspondaient à des dispositifs de soins trop spécialisés - protection maternelle et infantile (2), assistance aux toxicomanes (4). En fin de compte, notre recensement des structures fournissant des soins gratuits en France nous a permis de disposer d'une base de 172 centres pouvant théoriquement collaborer à notre enquête sur les motifs et logiques de recours aux soins des personnes en situation précaire.

Tout au long de l'année 1999, et parfois jusqu'en avril 2000, nous avons contacté les centres pour obtenir des informations sur leur activité et, éventuellement, leur accord pour collaborer à notre projet. Le taux de participation des centres à l'enquête est très variable selon le type d'organisme (cf. tableau 1) : très bon pour les structures associatives et communales (respectivement 57 % et 62 %), il est beaucoup plus limité pour les consultations hospitalières (26 %). Pour

ces dernières, le poids des structures hiérarchiques et l'insuffisance de nos recommandations institutionnelles ont été défavorables à notre enquête.

Finalement, 80 des 172 centres repérés (soit 47 %) ont accepté de participer à l'enquête (la liste des centres participants est présentée en annexe 1). A l'image de notre base de sondage initiale, ils présentent des caractéristiques très diverses. Nous observons en particulier les tendances suivantes :

- les centres participants sont plutôt de petites tailles : 49 % comportent 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 %), relèvent d'organisations humanitaires pour 24 % d'entre eux, de structures communales ou de CHRS pour 20 % et d'hôpitaux pour 11% seulement ;
- 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.

Tableau 1
Collaboration et motifs de non participation à l'enquête

Total anciens et nouveaux	Total dans le champ	Refus des médecins	Pas le temps	Impossible avec l'organisation	Structure existe mais pas de patients	D'accord mais n'envoie rien	Contact mais pas de réponse	Total refus ou non envoi	% refus ou non envoi	Collabore enquête	% collabore
Association	63	4	5	2	0	16	0	27	43 %	36	57 %
Ccas	13	0	0	0	0	5	0	5	38 %	8	62 %
Chrs	14	0	1	0	0	5	0	6	43 %	8	57 %
Emmaus	4	0	0	0	0	4	0	4	100 %	0	0 %
Hôpitaux	34	1	4	1	1	15	3	25	74 %	9	26 %
Humanitaire	44	11	7	1	0	6	0	25	57 %	19	43 %
Total	172	16	17	4	1	51	3	92	53 %	80	47 %

Source : Enquête Précalog 1999-2000, IRDES.

1.2. Le déroulement de l'enquête

Sur les 80 centres ayant accepté de participer à notre enquête, nous avons pu administrer le protocole d'enquête ; protocole constitué de deux outils complémentaires :

- Une enquête quantitative sur les usagers des centres de soins gratuits, administrée sous la forme d'un questionnaire riche de deux volets : le premier sur les conditions de vie des individus, le second sur leurs comportements médicaux. Cet outil a été soumis à l'ensemble des 80 centres et les informations obtenues rassemblées dans une base (1.2.1.).
- Une enquête qualitative, sous forme d'entretiens semi-directifs, a été parallèlement réalisée dans 6 de ces centres. Elle a donné lieu au recueil de 24 récits de vie (1.2.2.).

Enfin, des sources extérieures de données sur population générale ont été mobilisées afin de déterminer l'existence et l'importance des spécificités des consultants de centres de soins gratuits en matière de santé (1.2.3.).

1.2.1. L'enquête par questionnaire

En théorie, chacun des 80 centres devait effectuer l'enquête par questionnaire au cours d'une semaine, entre novembre 1999 et mai 2000. Au cours de cette semaine, pour chaque médecin intervenant dans le centre, les trois premiers patients âgés d'au moins 18 ans devaient être interrogés, sous réserve d'une part, qu'ils acceptent de participer et d'autre part, qu'ils puissent s'exprimer en français ou soient accompagnés par une personne assurant la traduction⁵.

En fait, plus de la moitié des centres ayant réellement participé à notre enquête a pris plus de 15 jours pour remplir les questionnaires. Un tiers des centres a pris plus d'un mois et 10 % plus de deux mois, moyennant souvent plus de trois relances. Il semble également que nos consignes n'aient pas toujours été exactement respectées et que les patients aient été plus ou moins choisis par les personnes de l'accueil chargées de faire passer la première partie du questionnaire. Si l'on peut considérer que notre base de sonda-

ge des centres est exhaustive et que nous connaissons le taux de refus et quelques caractéristiques des centres ayant refusé de participer, nous n'avons en revanche aucune information sur la fréquence des refus opposés par les médecins sollicités ni sur la fréquence des refus opposés par les personnes sollicitées à l'accueil. La représentativité de notre échantillon par rapport à la population fréquentant les centres de soins gratuits est donc impossible à évaluer. Il nous semble pourtant que cet inconvénient ne nous empêche pas d'étudier les logiques de recours aux soins des personnes interrogées.

Le questionnaire, présenté en annexe 2, se compose de deux parties :

- Une première partie, remplie par une personne assurant l'accueil au sein du centre, concerne les caractéristiques socio-démographiques des consultants en insistant sur les aspects liés à la précarité : situation vis-à-vis de l'emploi et du logement, nature des ressources financières, soutien familial et social et régularité du séjour pour les étrangers. Cette partie comporte également des questions sur les modes de recours aux soins, le rapport aux risques et les relations avec les professionnels de santé.
- Une deuxième partie, remplie par le médecin lors de la consultation, porte sur les motifs médicaux de la consultation, les diagnostics posés par les médecins, puis dans un second temps par un approfondissement sur les problèmes dentaires.

Au total, 590 patients ont accepté de participer à l'enquête et ont répondu au moins au questionnaire d'accueil⁶. Comme dans les nombreuses études effectuées sur un ou plusieurs centres de soins gratuits, la population observée dans notre enquête est à dominante masculine (près de 70 %) et plutôt jeune (plus de la moitié a moins de 35 ans) - tableau 2.

Un peu plus de la moitié des consultants est d'origine française, près de 18 % viennent du Maghreb et 16 % d'autres régions d'Afrique (tableau 3). Enfin, 7 % sont européens.

5. Du fait de cette méthode d'enquête, les patients des grands centres ont tendance à être sur-représentés. En effet, le sondage portant sur les trois premiers patients reçus par chacun des médecins consultant dans le centre enquêté, les centres ayant le plus grand nombre de médecins sont donc mécaniquement mieux représentés dans la population des patients.

6. Il faut souligner que quelques questions n'ont pas été posées ou ont été formulées différemment pour un nombre restreint d'individus. En effet, afin de valider la compréhension et l'intérêt du formulaire, nous avons préalablement réalisé un questionnaire pilote sur 59 individus. Le dépouillement de ces premières réponses a abouti à des modifications ou des suppressions de questions.

Tableau 2
Répartition par âge et sexe de la population enquêtée

Âge	Hommes		Femmes		Non réponse		Ensemble	
	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%
Moins de 25 ans	83	14,1	52	8,8	1	0,2	136	23,0
26 à 35 ans	143	24,2	48	8,1	0	0,0	191	32,4
36 à 45 ans	88	14,9	47	8,0	0	0,0	135	22,9
46 à 55 ans	53	9,0	16	2,7	0	0,0	69	11,7
plus de 55 ans	37	6,3	16	2,7	1	0,2	54	9,2
Non réponse	2	0,3	1	0,2	2	0,3	5	0,9
Ensemble	406	68,8	180	30,5	4	0,7	590	100,0

Source : Enquête Précalog 1999-2000, IRDES.

Tableau 3
Répartition par lieu d'origine et sexe de la population enquêtée

Lieu d'origine	Hommes		Femmes		Non réponse		Ensemble	
	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%
France	222	37,6	82	14,0	2	0,3	306	51,9
Europe	31	5,3	10	1,7			41	7,0
Magrheb	72	12,2	31	5,3	2	0,3	105	17,8
Afrique autre	54	9,2	45	7,6			99	16,8
Autres	13	2,2	6	1,0			19	3,2
Non réponse	14	2,4	6	1,0			20	3,4
Ensemble	406	68,8	180	30,5	4	0,7	590	100,0

Source : Enquête Précalog 1999-2000, IRDES

De nombreuses questions posées à l'accueil nous ont permis d'apprécier la situation des enquêtés en termes de précarité matérielle ou d'isolement⁷ :

- 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 institutions, 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 sont des hommes) et 9,5 % sont seules avec leurs enfants (68 % sont des femmes).

1.2.2. Les entretiens semi-directifs

Parallèlement à cette enquête quantitative, un deuxième recueil, qualitatif cette fois, a été mené à l'aide d'entretiens avec 24 personnes venues dans des centres de soins gratuits. Il avait pour objet de recueillir des récits de trajectoires afin de mettre en relation des événements de vie avec la perception de la santé et les modes de recours aux soins.

Les six centres sélectionnés pour réaliser nos entretiens l'ont été sur des critères beaucoup plus subjectifs (mise à disposition d'un lieu calme et isolé, qualité de l'accueil, sympathie des interactions avec le personnel, intérêt suscité par l'enquête...), tout en prenant soin de conserver une diversité minimum en ce qui concerne le type d'organismes, la taille des établissements et la situation géographique (annexe 3).

Les entretiens avaient pour objectif le recueil d'informations biographiques centrées sur les

7. L'analyse détaillée des caractéristiques des personnes enquêtées est présentée dans le rapport Dynamiques de précarisation, modes d'adaptation identitaire et interactions avec les logiques de santé (Collet, 2001).

thèmes des rapports au corps et à la santé (leur fondement, leur évolution, les liens entretenus avec la situation de précarité...). De manière plus détaillée, il s'agissait des éléments suivants⁸ :

- l'histoire familiale des conceptions de la santé dont la personne a hérité au cours de son enfance et de sa jeunesse, et en particulier, des relations de la famille avec les systèmes de soins ;
- parallèlement, l'histoire des fondements de l'instabilité de sa position dans la société ;
- l'histoire des mises en couple, des arrivées d'enfants et, éventuellement, des ruptures (familiales, professionnelles ou géographiques) et des liens de ces événements avec les transformations de l'image de soi, des rapports au corps et des pratiques de soins ;
- l'histoire des incidents et problèmes de santé marquants (pour soi et dans la famille proche), des relations qui en découlent avec le système de soins (médecin de famille, dispensaire, hôpital...) et avec les médecines alternatives (guérisseurs, magnétiseurs...) et des transformations associées des pratiques de soins et des modes de vie (hygiène, comportements de boisson, d'alimentation, de tabagie...).

Chacun de ces entretiens a duré entre une et deux heures selon la richesse de la trajectoire individuelle, la loquacité et le temps mis à disposition par l'interviewé.

Dans le cadre de ce rapport, seuls certains éléments de ce recueil qualitatif ont été analysés afin d'étayer les résultats issus de l'enquête quantitative et de mieux comprendre les mécanismes intervenant dans la genèse et la dynamique des comportements de soins des individus (partie 4) :

- les expériences de santé et les liens avec les trajectoires et les situations de précarité ;
- les troubles actuels ayant motivé une consultation ;
- les rapports au corps et à la maladie, en particulier les conduites ordaliques et les modes de gestion de troubles de santé ;
- les relations de confiance ou de défiance à l'égard du système de soins, des thérapeutes et des prescriptions ;

8. Le guide d'entretien est présenté en annexe 3.

- les relations au risque et à la douleur, et les propensions associées à se soigner et à se prendre en charge ou, au contraire, à négliger et à retarder les soins.

1.2.3. Les bases de comparaison mobilisées

Deux principales sources de données en population générale ont été mobilisées afin d'analyser les spécificités de l'état de santé et des logiques de recours aux soins des personnes en situation de précarité et de mieux en comprendre les déterminants :

- l'échantillon de l'institut IMS France - IMS Health-eppm (étude permanente de la prescription médicale), cumul mobil annuel pendant l'année 1997-1998 - portant sur des consultations médicales en population générale a permis d'étudier la spécificité des motifs médicaux de recours aux soins⁹ des personnes en situation de précarité. Dans cette base, le recueil des motifs de recours aux soins est réalisé après recodage par des médecins extérieurs du (ou des) diagnostic(s) noté(s) en clair à l'issue de la consultation ;
- grâce au baromètre santé de l'Institut national de promotion et d'éducation pour la santé (INPES, données 2000), il a été possible de comparer les comportements à l'égard de la douleur des patients des centres de soins gratuits à ceux observés en population générale et, ainsi, de tester l'hypothèse selon laquelle les personnes en situation de précarité seraient particulièrement susceptibles d'adopter, du fait de leur mode de vie et de leur trajectoire, des comportements " plus durs à la douleur " et moins attentifs aux symptômes.

9. Par " motifs médicaux de recours aux soins ", nous entendons l'ensemble des diagnostics posés à l'issue de l'ensemble des consultations. Le nombre total de motifs médicaux peut donc être supérieur au nombre total de consultations car plusieurs diagnostics différents sont fréquemment posés lors d'une même consultation.

1.3. L'analyse des motifs de recours aux centres de soins gratuits : les différents modes de recueil et biais induits

L'un des enjeux de notre étude réside dans l'analyse des motifs de recours aux soins des consultants de centres de soins gratuits et de leur éventuelle spécificité par rapport à ceux observés dans les consultations en population générale (données IMS).

Dans notre enquête, les motifs de recours aux centres de soins gratuits ont été recueillis à plusieurs niveaux.

- Une première question figurait dans le questionnaire d'accueil : " Pour quelles raisons êtes-vous venu aujourd'hui ? ".
- Cette même question était à nouveau posée au début de la consultation médicale par le médecin : " Pour quelles raisons êtes-vous venu ici aujourd'hui ? ".
- Puis, il était demandé au médecin de consigner les types de symptômes dont se plaignait le patient.
- Enfin, le médecin devait noter en clair le(s) diagnostic(s) posé(s) ;
- et cocher dans une liste de 52 items inspirée de la Classification internationale des maladies la (ou les) catégorie(s) pathologique(s) concernée(s) (annexe 2)¹⁰.

La première question posée à l'accueil a été renseignée pour 575 dossiers par la personne de l'accueil remplissant le questionnaire. Il faut préciser d'ailleurs qu'un certain nombre de personnes travaillant dans les centres ont refusé, par souci de discrétion, de poser cette question aux consultants.

Les raisons de la consultation telles qu'exprimées par le patient ont été indiquées par le médecin pour 548 patients et les symptômes ont été consignés 430 fois. Initialement, ces deux questions devaient nous permettre de distinguer

10. Il est important de noter à ce stade que pour 59 questionnaires d'enquête, envoyés au moment de l'enquête pilote, la liste de diagnostics proposée n'est pas tout à fait la même. Elle ne comporte en effet que 48 diagnostics. Concrètement, cela signifie que les items " prévention, vaccination ", " état morbide mal défini ", " en bonne santé, visite systématique " et " anomalies congénitales, affections périnatales ", ajoutés seulement au moment de l'enquête en vraie grandeur, ne peuvent être déclarés pour 10 % des consultants.

d'une part la première phrase prononcée par le patient, première expression de sa demande ou de sa plainte et d'autre part les symptômes retenus après interrogation plus approfondie du médecin. Nous espérons donc des réponses du type :

Q.21 : "je viens parce que j'ai mal à la tête et au cœur"

Q.22 : "céphalées, nausées, vomissements".

En fait, les médecins ont souvent confondu les deux questions. La plupart du temps, les deux réponses sont quasi-identiques et, dans plus de 100 dossiers, les symptômes ne sont pas indiqués. Ce fort taux de non réponse, propre à cette interrogation¹¹, tend à prouver que les médecins n'ont pas jugé utile de répondre à cette question. Il est probable que nos consignes de remplissage n'ont pas été suffisamment précises pour que les médecins, généralement pressés par le temps, perçoivent l'intérêt de ce recueil.

11. En moyenne, sur l'ensemble du questionnaire, le degré ou taux de "complétude" est de 92 % - soit 7,5 % de non réponse et 0,5 % de questions non posées. Pour plus de détails, le lecteur pourra se reporter au point 3.2. de l'annexe 1.

1.3.1. Les motifs de recours exprimés par les patients

Comme nous l'avons mentionné plus haut, une question concernant les raisons de la venue du consultant au centre a été posée à deux reprises : une première fois par la personne assurant l'accueil dans le centre et une deuxième fois par le médecin lors de la consultation.

De manière attendue, les personnes ont répondu de manière beaucoup plus précise au médecin qu'à la personne de l'accueil. En effet, lorsque le patient avait déclaré à l'accueil venir voir un dermatologue ou un gynécologue, il a naturellement exprimé plus précisément l'objet de sa visite une fois qu'il était devant le médecin.

Les questions posées à l'accueil puis par le médecin sur les raisons de la venue au centre ont fait l'objet d'un recodage permettant de distinguer différents motifs exprimés de recours selon plusieurs grandes catégories¹² (tableau 4).

12. Lors de ce recodage, lorsqu'un consultant a exprimé plusieurs motifs appartenant à une même catégorie, un seul motif a été inscrit dans cette catégorie (par exemple : "j'ai mal au pied et à la gorge" a donné lieu à un motif médical physique non dentaire). En revanche, s'il a exprimé deux motifs appartenant à deux catégories différentes (j'ai mal au pied et je suis anxieux), alors un motif a été compté dans chaque catégorie concernée.

Tableau 4
Motifs de recours exprimés à l'accueil et lors de la consultation médicale

	Motif accueil		Motif consultation	
	Effectif	%	Effectif	%
Expression symptôme physique (hors dentaire)	284	44,30 %	435	61,20 %
Expression symptôme dentaire	24	3,70 %	30	4,20 %
Expression symptôme psychique	28	4,40 %	57	8,00 %
Demande traitement, renouvellement ordonnance	49	7,60 %	68	9,60 %
Demande d'examen, lecture de résultat d'examen	20	3,10 %	21	3,00 %
Fourniture médicaments *	11	1,70 %	2	0,30 %
Vaccins	8	1,20 %	6	0,80 %
Suivi de grossesse, contraception	8	1,20 %	13	1,80 %
Suivi désintoxication (alcool, drogue) ou fourniture traitements substitut.	17	2,70 %	39	5,50 %
Motif médical non précisé	120	18,70 %	6	0,80 %
Motif administratif (certificats, sécu...)	22	3,40 %	22	3,10 %
Motif non médical (demande sociale, accompagnant...)	50	7,80 %	12	1,70 %
Nombre total de motifs	641	100,00 %	711	100,00 %

* Sauf produits de substitution liés à la toxicomanie, classés dans la rubrique " suivi toxicomanie ".

Source : Enquête Précalog 1999-2000, IRDES.

Sur l'ensemble des motifs exprimés à l'accueil, près de 8 % ne semblent pas médicaux. Les enquêtés disent être venus pour accompagner quelqu'un ou expriment une demande sociale. La plupart du temps, la demande qui s'adresse ensuite au médecin est une demande médicale, mais il arrive que la première phrase prononcée devant le médecin reste un problème non médical *stricto sensu* : " *je n'arrive plus à vivre seul* " ou " *j'ai été agressé, on m'a tout pris* "13.

Un tiers des personnes interrogées venait pour la première fois dans le centre de soins et la comparaison des fréquences de motifs entre ces patients et les autres met en évidence un résultat intéressant : si les distributions de fréquences sont très proches, elles diffèrent au moins sur un point. Il semble en effet que les primo consultants fassent preuve d'une plus grande réserve à l'accueil : le premier motif de venue exprimé est un motif médical non précisé dans 30 % des cas pour eux alors que les motifs médicaux non précisés ne représentent que 12 % des premiers motifs exprimés pour les autres patients.

Les problèmes bucco-dentaires ne représentent qu'environ 4 % des motifs de consultation exprimés. Cette fréquence semble plutôt faible comparée à d'autres enquêtes. Par exemple dans l'étude de (Cong *et alii*, 1992¹⁴) sur 6 centres de soins gratuits parisiens, les motifs dentaires représentaient 9,8 % des motifs de consultations des personnes venant pour la première fois dans l'un des centres étudiés. Cette différence peut être liée au fait que dans notre étude on ne se restreint pas aux seuls primo-consultants mais l'hypothèse la plus vraisemblable est que les six centres étudiés par Cong et ses collègues offraient tous des soins dentaires contrairement à l'ensemble des centres de l'enquête Précalog.

La demande de traitement médicamenteux (renouvellement d'ordonnance, fourniture de médicaments...) représente près de 10 % des motifs exprimés, aussi bien à l'accueil que devant le médecin, ce qui est un peu supérieur aux résultats obtenus par Cong *et alii* (1992).

Il semble également que les motifs liés à la grossesse, à la contraception ou à l'IVG soient beaucoup moins nombreux dans notre enquête que dans les enquêtes antérieures. Pour Cong *et alii*, ils représentaient 6,3 % des motifs contre moins

de 2 % dans Précalog. Il est possible que des différences dans l'offre de soins soient à l'origine de cet écart (présence ou non de spécialistes en gynécologie). Mais on peut aussi espérer que, les liens entre précarité et mortalité périnatale ayant été montrés dans les années 1990, la grossesse soit mieux prise en charge aujourd'hui par l'assurance maladie et les circuits de soins ordinaires.

L'analyse de ces réponses appelle toutefois quelques réserves. En premier lieu, il n'est pas garanti que les propos du patient aient été littéralement retranscrits par tous les médecins avec le même degré d'exactitude. En second lieu, il convient de garder à l'esprit que le motif exprimé par le patient au médecin n'est pas forcément celui qui a réellement motivé sa démarche.

1.3.2. Les diagnostics cochés par les médecins

En théorie, après avoir inscrit en clair le motif de la consultation, le médecin devait cocher le(s) diagnostic(s) posé(s) au moment de la consultation parmi les 52 catégories diagnostiques proposées.

Ceci nous permet de mesurer les fréquences respectives des grandes catégories nosologiques parmi les diagnostics portés dans des centres de soins pour personnes en situation précaire. Il ne s'agit nullement d'une mesure de prévalence. En effet, pour qu'une maladie soit prise en compte ici, il est nécessaire qu'elle ait été correctement diagnostiquée par le médecin au moment de la consultation. Il est d'ailleurs intéressant de remarquer que les diagnostics posés ne correspondent pas forcément aux demandes exprimées par les patients. Dans le cas des problèmes psychiatriques par exemple, si seulement 16 % des consultants mentionnent un problème psychique ou un problème de dépendance (alcool, autres drogues illicites), comme raison de leur consultation, un diagnostic psychiatrique (y compris dépendance) est posé pour 30 % des consultants.

Toutefois, lors de ces consultations, le médecin ne procède pas systématiquement à un examen complet permettant d'indiquer si l'individu est ou non atteint par chacune des 52 pathologies proposées. Les diagnostics émis sont donc fortement liés à la demande formulée par le patient. Enfin, il convient de rappeler ici le rôle de " l'effet liste " commun à toutes les enquêtes : les pathologies qui figurent dans la liste proposée par le

13. Pour une étude détaillée des stratégies et rapports particuliers par les patients avec le personnel médico-social des centres de soins gratuits, voir Chauvin *et al.*, (1999).

14. L'étude portait sur 5 575 nouveaux patients venus consulter en 1990.

questionnaire ont une probabilité plus grande de figurer parmi les diagnostics signalés par les médecins que celles qui n'y figurent pas, même si le médecin a la possibilité d'ajouter des diagnostics non proposés.

Au total, sur les 590 enquêtés, 1 389 diagnostics ont été posés, soit en moyenne 2,4 motifs médicaux identifiés pour un même recours aux soins.

Comparé à la moyenne des motifs par séance en médecine de ville (1,6)¹⁵, ce nombre paraît particulièrement élevé. Il est pourtant extrêmement difficile de les comparer. En effet, l'écart observé peut trouver trois explications différentes qu'il est impossible de départager. La première explication pourrait être un réel écart d'état de santé (santé plus fragile ou plus dégradée) et/ou de logiques de recours aux soins entre consultants de médecine générale et consultants de centres de soins gratuits (propension plus forte à un recours différé et donc multiple). Une seconde explication repose sur les différences qui peuvent exister dans la nature des consultations des centres gratuits et celles de la médecine libérale. Enfin, la différence existant dans le mode de recueil des motifs de recours aux soins (diagnostics repérés à partir d'une liste versus diagnostics en clair) induit des divergences factices sur le nombre de diagnostics posés (Cf. *point suivant*).

Les motifs de recours indiqués par les médecins peuvent être regroupés par grandes catégories nosologiques (têtes de chapitre de la Classification internationale des maladies) : dermatologie, cardiologie...

15. Source : EPPM, IMS-Health, 1998 (voir plus loin).

Il apparaît que 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 " (tableau 5).

Un examen fin de la composition de ces grandes catégories nosologiques amène certaines nuances :

- Plus de la moitié des problèmes d'ordre psychiatrique ne relèvent pas précisément d'une structure de personnalité pathologique mais davantage d'une détresse psychologique et sont probablement relativement bénins : 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 les pathologies lourdes comme les psychoses) représentent en fait moins de 2 % de l'ensemble des motifs de recours¹⁶.
- La majorité des diagnostics de la catégorie " neurologie " correspondent à des céphalées ou des migraines.
- Plus de la moitié des problèmes respiratoires et ORL sont de nature infectieuse. Ils correspondent probablement à des affections bénignes dans nombre de cas (coryza, pharyngite, otite, etc.)

16. Voir aussi sur ce point précis, V. Kovess et C. Mangin-Lazarus, La santé mentale des sans-abris dans la ville de Paris, Association l'élan retrouvé (1996).

Tableau 5
Fréquences brutes des différents motifs de recours aux centres de soins gratuits

Catégorie	Motifs de recours aux soins	Effectif	% motifs
Ophthalmologie		93	6,7
	Trouble de la vue	76	
	Autre problèmes ophtalmologiques	17	
ORL et pneumologie		170	12,2
	Infection respiratoire et/ou ORL	63	
	Infection broncho-pulmonaire	33	
	Asthme, emphysème, BPCO	25	
	Autres problèmes broncho-pulmonaires	16	
	Autre problèmes ORL	33	
Cardio-vasculaire		75	5,4
	Hypertension artérielle	37	
	Maladie cardiaque	12	
	Phlébite, varices, insuffis. Veineuse	18	
	Autres problèmes cardio-vasculaire	8	
Bucco-dentaire	Affections de la bouche et des dents	142	10,2
Appareil digestif		115	8,3
	Pathologie de l'œsophage	11	
	Pathologie de l'estomac	49	
	Pathologie intestinale ou ano-rectale	21	
	Pathologie hépatique, biliaire ou pancréatique	21	
	Autres problèmes digestifs	13	
Géno-urinaire / Obst.		60	4,3
	Diagnostic et suivi de grossesse, obstétrique	9	
	Affections gynécologiques, sénologie	21	
	Maladies sexuellement transmises	5	
	Infection urinaire	8	
	Autres problèmes géno-urinaires	17	
Dermatologie		88	6,3
	Infection ou mycose cutanée	43	
	Ecto-parasitose cutanée	8	
	Autre dermatose (non infectieuse)	37	
Psychiatrie		278	20,0
	Toxicomanie	34	
	Alcoolisme	67	
	Angoisse, anxiété et troubles du sommeil	98	
	Dépression	54	
	Autres troubles psychiatriques	25	
Neurologie		74	5,3
	Céphalée, migraine	50	
	Autres problèmes neurologiques	24	
Appareil locomoteur		141	10,2
	Arthrose	37	
	Rhumatisme	27	
	Plaies, fractures, traumatismes	38	
	Autres problèmes locomoteurs	39	
Patho. inf. Spécifique		17	1,2
	Infection à VIH	9	
	Tuberculose	3	
	Maladie infectieuse non classée ailleurs	5	
Oncologie		5	0,4
	Cancer, tumeur maligne	2	
	Tumeur bénigne ou de malignité inconnue	3	
Hématologie		2	0,1
	Hémopathie maligne	0	
	Anémie et autres maladies du sang	2	
Endocrino-métabolique		57	4,1
	Diabète sucré	16	
	Dénutrition, carence alimentaire	17	
	Obésité	14	
	Autres problèmes endocrino-métabolique	10	
Autres motifs		72	5,2
	Prévention ou vaccination	22	
	Etat morbide mal défini	3	
	Visite systématique	7	
	Anomalie congénitale, affection périnatale	1	
	Autres motifs	39	
Nombre total de diagnostics posés		1 389	100,0

Source : Enquête Préaloc 1999-2000, IRDES

1.3.3. Des motifs de recours notés en clair aux diagnostics cochés par le médecin : impacts de l'effet "liste"

Si, pour 536 dossiers, les médecins ont coché au moins une case correspondant à une des 52 catégories diagnostics proposées, les diagnostics en clair n'ont été reportés que sur 301 dossiers. Pour ces derniers, les médecins ont consigné un seul diagnostic pour 215 patients, deux diagnostics pour 68 patients et 3 diagnostics pour 18 patients.

Ainsi, seulement 55 % des dossiers contiennent des diagnostics en clair. L'absence de réponse dans près d'un cas sur deux ne signifie évidemment pas que le médecin n'a identifié aucune pathologie¹⁷. En réalité, les deux modes de recueil des diagnostics, bien que théoriquement complémentaires dans notre étude, ont été parfois perçus comme redondants par le médecin qui s'est alors uniquement contenté de cocher les diagnostics associés à la consultation.

De ce fait, il est apparu préférable d'étudier les motifs de recours aux soins des consultants de centres de soins gratuits par le prisme des diagnostics "cochés" plutôt que par le recueil en clair. Toutefois, un tel choix n'est pas neutre dans la mesure où il peut induire un biais de méthode (désigné dans la littérature sous le terme "d'effet liste" (Aïach, Cèbe, 1989)). Le nombre et la structure des motifs de recours aux soins peut en effet varier selon le mode de transcription des résultats des consultations considéré. En particulier, l'hypothèse prépondérante est que les diagnostics les plus "visibles" (problèmes bucco-dentaires, ophtalmologiques, troubles psychologiques...) ne seraient pas nécessairement notés en clair car n'étant pas l'objet principal de la visite mais, qu'en présence d'une liste de pathologies, ils soient davantage cochés par le médecin car manifestement latents, et ce, dans des proportions variables selon le type de pathologies.

Aussi, avant de nous livrer à un exercice de comparaison entre motifs de recours aux soins des groupes "patients précaires" et "patients en population générale" (partie 2), il nous faut tester l'existence de ce biais de liste - i.e. existe-t-il des différences quantitatives et/ou qualitatives selon que l'on considère les diagnostics en clair ou les diagnostics cochés ? - et en étudier l'ampleur et

la nature, de manière à évaluer dans quelles mesures il est susceptible d'influer sur l'analyse et l'interprétation des spécificités des motifs de recours aux soins de la population étudiée.

Trois grandes questions relatives à ce "biais de liste" se posent :

- Avant tout, il nous faut analyser si ces 301 consultations apparaissent semblables en termes de profils des patients et de structure des motifs de recours (*via* les diagnostics cochés) aux consultations pour lesquelles aucun diagnostic en clair n'a été recueilli. Autrement dit, il s'agit de vérifier que l'absence de réponse à cet item est uniquement liée au médecin ou à la structure de prise en charge (temps disponible, pratiques médicales, réactions face au questionnaire...) et en aucun cas endogène au déroulement ou au contenu de la consultation.
- Ce mode de recueil incite-t-il le médecin à indiquer davantage de pathologies ?
- Aboutit-il à une sur-représentation relative de certaines pathologies au détriment d'autres pathologies ?

La méthodologie mise en œuvre pour appréhender ces questions a comporté trois étapes :

- Nous avons isolé les 301 dossiers médicaux pour lesquels au moins un diagnostic en clair a été recueilli et nous avons recodé ces diagnostics en fonction des 52 items proposés dans la liste.
- Dans un premier temps, en mettant en parallèle ces consultations avec celles pour lesquelles aucun diagnostic en clair n'a été émis, nous avons pu déterminer si les caractéristiques socio-démographiques et médicales des patients avaient *a priori* une influence sur le mode de recueil choisi par les médecins.
- Dans un second temps, nous avons comparé pour les 301 dossiers de référence le nombre et la répartition des motifs de recours aux soins selon que l'on s'appuyait sur les diagnostics en clair recodés ou sur les diagnostics directement cochés par le médecin.

Nous ne présentons ici que les principales conclusions de ces travaux (l'analyse détaillée de la nature et de l'ampleur de "l'effet liste" se trouve en annexe 4).

Il s'agit, avant tout, de déterminer si l'absence de diagnostic en clair dans certains dossiers médi-

17. Le médecin a en moyenne coché le même nombre de diagnostics qu'il ait ou non mentionné un diagnostic en clair.

caux est aléatoirement répartie selon le profil des patients et les résultats des consultations. En effet, des hypothèses alternatives à un "effet médecin" ou "structure" pour expliquer cette non réponse seraient l'absence de pathologies, au contraire une forte propension à la polypathologie ou encore des difficultés de la part du médecin à rendre un diagnostic médical précis et certain - phénomènes pouvant eux-mêmes être en rapport avec les caractéristiques socio-démographiques des consultants. L'analyse du nombre et de la structure des motifs (cochés) entre les deux groupes de consultations (avec diagnostic en clair versus sans diagnostic en clair) montre que :

- Les profils socio-démographiques des patients sont extrêmement proches - et statistiquement significativement non différents - puisque l'on retrouve dans les deux cas : un taux de féminisation légèrement supérieur à 30 %, une nette sous-représentation des patients de plus de 55 ans et une forte sur-représentation des moins de 35 ans en particulier parmi les hommes.
- Bien que légèrement plus élevé dans les consultations où au moins un diagnostic en clair a été émis, le nombre moyen de diagnostics cochés par le médecin demeure très proche dans les deux groupes de consultations (2,5 contre 2,2).
- Enfin, la répartition des motifs de recours aux soins selon les 15 grandes catégories de diagnostics sont quasiment superposables entre les deux groupes de consultations¹⁸.

Ainsi, l'absence de diagnostic en clair dans les dossiers médicaux apparaît totalement indépendant du profil socio-démographique et médical des patients. Il en découle, naturellement, que l'absence de "diagnostic en clair" peut être considérée comme exogène au contenu même de la consultation (déroulement, objet et résultats) et davantage liée à son contexte (temps imparti, réactions du médecin face au questionnaire...).

18. A quelques nuances près. Ainsi, dans le groupe "avec diagnostic en clair", on note une très légère sous-représentation des diagnostics "ophtalmologie" et "autres". A l'opposé, les troubles dermatologiques, cardio-vasculaires et de l'appareil locomoteur sont relativement un peu moins nombreux. Cependant, ces écarts s'avèrent extrêmement restreints.

L'ampleur et la teneur de "l'effet liste" peuvent ensuite être appréhendés en mettant en parallèle le nombre de motifs de recours aux soins et la part relative de chacune des grandes catégories nosologiques selon que l'on considère les diagnostics en clair recodés ou ceux cochés par le médecin pour les 301 dossiers médicaux pour lesquels ces deux informations sont disponibles.

Trois observations ressortent de cette analyse :

- *"L'effet liste" a un impact fort sur le nombre de diagnostics émis*

Le nombre moyen de diagnostics cochés par le médecin s'élève à presque 2,3 par patient contre seulement 1,3 lorsque l'on considère les diagnostics en clair recodés (soit 1,75 fois plus). "L'effet liste" a donc indéniablement un impact fort sur le nombre de diagnostics observés.

- *En dépit de ces différences, les profils nosologiques appréhendés selon les diagnostics en clair recodés ou les diagnostics cochés demeurent très proches*

Pour autant, les parts relatives représentées par la plupart des grandes catégories de diagnostics s'avèrent très voisines dans les deux approches. Pour 10 grandes catégories nosologiques, elles se superposent et les différences sont d'autant plus faibles que la part occupée par une catégorie de diagnostic est importante et donc moins soumise à une importante variance. Autrement dit, "l'effet liste quantitatif" se répartit de manière similaire pour une grande majorité des catégories nosologiques et n'affecte donc qu'à la marge les parts relatives qu'elles occupent dans l'ensemble des motifs de recours aux soins.

- *... à l'exception de quelques groupes de pathologies pour lesquelles des différences structurelles existent*

Néanmoins, pour de rares catégories nosologiques, la part relative qu'elles occupent selon le mode de recueil varie sensiblement. Il s'agit en général de pathologies assez peu représentées. Synthétiquement, on observe :

- Une sur-représentation relative parmi les diagnostics cochés de pathologies qui ne constituent probablement pas le "motif principal de recours", mais qui sont manifestement latentes et auxquelles les médecins de centres de soins gratuits sont certainement plus attentifs (troubles de la vue, problèmes bucco-dentaires) ;

- Une sur-représentation des "autres motifs" cochés qui peut s'expliquer par le fait que, d'une part, les visites systématiques ou de prévention et, d'autre part, les symptômes et syndrômes demandant explorations supplémentaires, sont cochés par le médecin, mais non inscrits en clair car non considérés *stricto sensu* comme une "pathologie" (dans le premier cas) ou non clairement identifiés par le médecin (dans le second cas) ;
- Une sur-représentation relative parmi les diagnostics en clair recodés de motifs de recours généralement "principaux" qui, pour être identifiés, nécessitent un examen médical ciblé et approfondi (pathologies spécifiques infectieuses, troubles génito-urinaires et obstétriques) et pour lesquels, "l'effet liste" est donc faible sinon nul sur le nombre de ces diagnostics cochés.

Si la mise à la disposition du médecin d'une liste de pathologies joue fortement sur le nombre de diagnostics émis, elle affecte donc peu la structure générale des motifs de recours aux soins et son effet reste circonscrit à des types particuliers de pathologies.

2. Spécificités des motifs de recours aux centres de soins gratuits

2. Spécificités des motifs de recours aux centres de soins gratuits

La partie précédente a permis, d'une part, de décrire les motifs de recours (exprimés par les patients, aussi bien à l'accueil qu'au moment de la consultation médicale, ainsi que les diagnostics posés par les médecins), et, d'autre part, de montrer que le "biais de liste" joue un rôle mineur sur la structure des motifs de recours posés par les médecins.

Dans cette partie, nous nous proposons donc de comparer les motifs de recours aux centres de soins gratuits observés dans notre enquête, *via* les diagnostics cochés par le médecin, aux motifs de recours à la médecine de ville, connus par l'enquête permanente sur la prescription d'IMS-health (diagnostics en clair recodés).

Les motifs de consultation dans les centres de soins gratuits ont *a priori* deux raisons d'être différents de ceux observés en médecine de ville : d'une part la spécificité des consultants, ayant éventuellement des pathologies et/ou des logiques de recours aux soins différentes de celles de la population générale, et d'autre part, les particularités de l'offre de soins gratuits. En effet, les centres de soins gratuits offrent le plus souvent des consultations de médecine générale et des consultations de certaines spécialités seulement.

Les paragraphes qui suivent proposent une analyse de ces deux éléments. En premier lieu, un exercice de comparaison des motifs de consultations (profils nosologiques bruts) en centres de soins gratuits et en cabinets libéraux de ville (spécialistes inclus ou exclus) donnera quelques éléments sur les spécificités de l'offre de soins (2.1.). Une comparaison des profils nosologiques redressés par âge et sexe permettra ensuite une approche plus populationnelle ou épidémiologique, permettant de dégager des spécificités dans l'état de santé et le recours aux soins des consultants des centres de soins gratuits (2.2.).

Concrètement, les motifs de recours au médecin observés dans notre enquête ont été comparés avec les motifs de recours en médecine libérale (médecins généralistes d'une part, et ensemble des médecins généralistes et spécialistes d'autre part). L'échantillon de référence est issu de l'Enquête permanente sur la prescription médicale de l'Institut IMS-Health pour la France durant l'année 1997-98¹⁹. Les exercices de comparaison se sont appuyés sur le concept des "Profils Nosologiques Comparatifs"²⁰. Il consiste à comparer la fréquence d'un diagnostic dans l'ensemble des diagnostics émis pour notre po-

pulation 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 diagnostics²¹.

2.1. Comparaison brute des motifs de recours aux soins : adaptation de l'offre des centres de soins gratuits aux besoins de leurs patients

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 1997-98) :

- le premier est tiré de l'activité de l'ensemble des médecins libéraux ;
- 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 français, tout en étant méthodologiquement comparables avec l'échantillon de consultations en centres de soins gratuits (dit "précarité") issus de l'enquête Préalogue (Encadré 1), exception faite de "l'effet liste" dont nous nous sommes au préalable assurés que son impact demeurerait modéré (Cf. 1.3.3.). Les diagnostics des échantillons de référence, initialement codés selon la 9^{ème} révision de la Classification internationale des maladies (CIM9), ont été recodés en quinze catégories qui se superposent presque exactement avec les têtes de chapitre de la CIM. Les effectifs des catégories " pathologie infectieuse spécifique ", " oncologie " et " hématologie " étaient particulièrement faibles ; les trois catégories ont été regroupées en une seule.

19. Dans les données IMS, le médecin notait en clair le (ou les) diagnostic(s) qui était(en)t ensuite recodé(s) selon le 9^{ème} révision de la Classification internationale des maladies (CIM9).

20. 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.

21. 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.

Encadré 1 Construction des échantillons de référence

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 9ème révision de la Classification internationale des maladies (CIM9). 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 en France métropolitaine.

L'échantillon de consultations "précarité" (Préca-log) 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 quarts 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 IMS-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 inclut 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.) .

Tableau 6
Fréquences brutes comparées des différents motifs de recours

	Population générale : recours aux soins en médecine libérale		Précaires : recours aux soins dans les centres de soins gratuits
	Activité des généralistes et des spécialistes	Activité des généralistes uniquement	
Psychiatrie	8,70 %	6,10 %	20,20 %
ORL et Pneumologie	12,10 %	13,90 %	12,30 %
Bucco-dentaire	0,30 %	0,40 %	10,30 %
Appareil locomoteur	9,70 %	11,50 %	10,20 %
Appareil digestif	4,30 %	5,10 %	8,30 %
Dermatologie	3,00 %	1,60 %	6,40 %
Ophthalmologie	3,60 %	0,60 %	6,10 %
Cardio-vasculaire	17,80 %	20,00 %	5,40 %
Neurologie	2,80 %	3,10 %	5,40 %
Autre	23,00 %	21,70 %	5,20 %
Génito-Urinaire et obstétrique	4,10 %	3,80 %	4,40 %
Endocrinologie	6,30 %	7,40 %	4,10 %
Onco-hématologie et pathologie infectieuse spécifique	4,70 %	4,70 %	1,70 %
TOTAL	100,00 % (8 000 motifs)	100,00 % (4 451 motifs)	100,00 % (1 389 motifs)

Sources : Enquête Préaloc 1999-2000, IRDES, Enquête permanente sur la prescription médicale d'IMS-Health.

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 des consultants de centres de soins gratuits et les deux groupes " médecine libérale " suggère que chez les patients précarisés, 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 généraliste prennent également en charge ce type de problèmes.

Toutefois, cela implique que la fréquence des recours aux soins pour des problèmes dentaires n'est pas directement 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 l'étude comparative.

Pour chacun des 12 motifs de recours restants, les fréquences dans la population précaire (consultants de centres de soins gratuits) ont été comparées aux fréquences en médecine libérale par le calcul du ratio " fréquence brute chez les précaires sur fréquence brute en médecine libérale " (méthode dite des " profils nosologiques comparatifs " décrite précédemment).

Tableau 7
Fréquences relatives des motifs de recours aux centres de soins gratuits par rapport aux recours en médecine libérale (Profils Nosologiques Comparatifs bruts)

	Activité des généralistes et des spécialistes		Activité des 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 : Enquête Précalog 1999-2000, IRDES, Enquête permanente sur la prescription médicale d'IMS-Health.

Ce " ratio des fréquences " 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 de soins gratuits 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 on le 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.

Les pathologies suivantes sont des motifs de recours relativement plus fréquents dans les centres de soins gratuits qu'en médecine de ville (comparaison brute) : problèmes psychiatriques, dermatologiques, ophtalmologiques, maladies neurologiques, maladies de l'appareil digestif.

De manière symétrique, d'autres motifs de recours sont moins fréquents dans les consultations " précarité " qu'en médecine de ville : cardiologie, endocrinologie-métabolisme, onco-hématologie-maladies infectieuses spécifiques et " autres motifs " (ces derniers correspondant

notamment à la médecine préventive, rédaction de certificats, bilans de santé...).

Enfin, certains motifs ont une fréquence comparable (pas de différence significative) dans le groupe des centres de soins gratuits et en médecine de ville. Il s'agit des affections respiratoires (ORL et pneumologie), des pathologies de l'appareil locomoteur, ainsi que des affections génito-urinaires et de l'obstétrique.

Pour l'ophtalmologie, la psychiatrie et la dermatologie un phénomène particulier est à souligner. La sur-représentation chez les consultants de centres de soins gratuits de ces motifs de recours est nettement plus marquée lorsque l'on compare avec l'activité des seuls médecins généralistes que lorsque l'on compare avec la médecine libérale dans son ensemble, généralistes et spécialistes confondus.

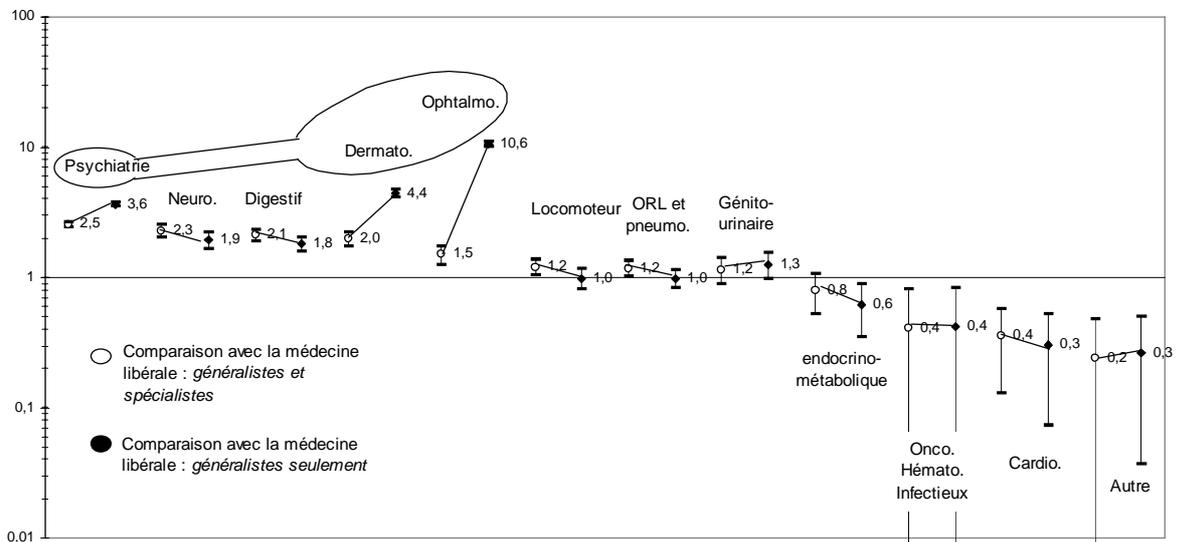
Pour expliquer cette observation, on peut évoquer un phénomène similaire à ce qui a été noté pour la pathologie bucco-dentaire. Il est vraisemblable qu'en population générale les problèmes ophtalmologiques motivent fréquemment un re-

cours direct au spécialiste, sans passer par le généraliste ; l'existence d'une offre de soins moins diversifiée à destination des personnes en situation précaire expliquerait que cette offre se soit adaptée à la demande en étendant son activité au domaine ophtalmologique.

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 et on sait que les centres pour précaires tendent à manquer de temps et de moyens pour explorer les problèmes de ce type.

Graphique 1
Motifs de recours : fréquence en consultations "précarité"
rapportée à la fréquence en médecine libérale
Comparaison des fréquences brutes - Hors bucco-dentaire - Echelle logarithmique



Source : Enquête Précalog 1999-2000, IRDES, Enquête permanente sur la prescription médicale d'IMS-Health.

2.2. Comparaison standardisée par âge et sexe : spécificités des motifs de recours aux soins des consultants de centres de soins gratuits

La fréquence des différents motifs de recours aux soins doit être *a priori* considérée comme fortement dépendante de la structure par âge et sexe des deux populations que l'on compare.

Or, ces structures sont ici très différentes entre le groupe " précaires " et les groupes " patients en médecine libérale " :

- 34 % des motifs identifiés concernent des patients de sexe masculin âgés de moins de 35 ans dans le groupe " précaires ", contre seulement 6 % dans le groupe " médecine libérale " ;
- 32 % des motifs identifiés concernent des patientes de sexe féminin et de plus de 55

ans dans le groupe " médecine libérale ", contre seulement 3 % dans le groupe " précaires ".

L'application de la technique de standardisation directe à une enquête d'utilisation, initialement développée par Picard (Picard, 1997), permet de corriger ce biais. Elle aboutit *in fine* à comparer la fréquence des différents motifs de recours aux soins entre les personnes consultant dans les centres " précarité " et celles consultant en médecine libérale à âges et sexes rendus comparables. Les principes de calcul sont présentés en Encadré 2.

Cette comparaison standardisée a été réalisée uniquement par rapport à l'activité globale de médecine libérale (généralistes et spécialistes) car, comme nous venons de le voir, l'activité des centres couvre à la fois une demande "généraliste" et " spécialiste ".

Tableau 8
Fréquences chez les consultants de centres de soins gratuits rapportées aux fréquences en population générale (activité des généralistes et des spécialistes) : comparaison des fréquences avec et sans standardisation

	AVEC STANDARDISATION		SANS STANDARDISATION	
	Ratio des fréquences standardisées	Intervalle de confiance : +/-	Ratio des fréquences brutes	Intervalle de confiance : +/-
Psychiatrie	1,96	0,51	2,54	0,13
Neurologie	2,61	1,20	2,30	0,26
Appareil digestif	2,04	0,78	2,11	0,20
Dermatologie	2,38	1,08	1,98	0,23
Ophthalmologie	2,34	0,95	1,50	0,23
Appareil locomoteur	1,56	0,50	1,21	0,17
ORL et pneumologie	0,82	0,22	1,18	0,15
Génito-urinaire et obstétrique	1,39	0,54	1,16	0,27
Endocrino-métabolique	1,21	0,54	0,80	0,27
Oncologie, hématologie, patho. inf. spécifique	0,35	0,19	0,41	0,41
Cardio-vasculaire	0,74	0,29	0,35	0,22
Autre motifs	0,27	0,12	0,24	0,24

Source : Enquête Préalog 1999-2000, IRDES, Enquête permanente sur la prescription médicale d'IMS-Health.

A âge et sexe comparables, les motifs de recours aux soins apparaissant significativement plus fréquents dans les consultations " précarité " qu'en médecine de ville sont les problèmes dermatologiques, neurologiques et ophtalmologiques, ainsi que de manière peut-être légèrement moins marquée les troubles psychologiques, de l'appareil digestif et de l'appareil locomoteur, cette dernière catégorie incluant les traumatismes - cf. graphique 2.

A l'inverse, les recours pour problèmes d'onco-hématologie-pathologie infectieuse spécifique et pour " autres motifs " sont moins fréquents qu'en médecine libérale.

On ne retrouve pas de différence significative pour ce qui concerne les affections respiratoires (ORL et pneumologie), cardio-vasculaires, endocrino-métaboliques et les problèmes génito-urinaires et obstétriques.

La standardisation permet donc de corriger deux points :

- Les recours pour problèmes de l'appareil locomoteur (traumatismes inclus) sont significativement plus importants dans les consultations des centres de soins gratuits, ce qui était masqué dans la comparaison brute par un effet d'âge ;
- Les recours pour problèmes cardio-vasculaires ou pour maladies endocrino-métaboliques ne semblent en fait pas significativement plus rares parmi les consultants de centres de soins gratuits que chez les patients en médecine libérale, contrairement à ce que laissait penser la comparaison brute.

On peut d'autre part retenir les observations suivantes :

- A âge et sexe comparables, les personnes en situation précaire semblent effectivement recourir plus souvent que les autres aux soins pour des problèmes psychiatriques. Les troubles mentaux ne sont toutefois pas le motif de recours pour lequel l'écart avec la médecine libérale est le plus marqué et ces troubles sont par ailleurs majoritairement de nature réactionnelle.
- L'importance des recours pour problèmes ophtalmologiques et dermatologiques chez les précaires paraît bien réelle ; elle s'accompagne d'un phénomène d'adaptation de l'offre par les centres de soins " précarité ",

dont le volume d'activité en la matière dépasse notablement celui de la médecine générale.

- Les motifs de recours nettement plus rares dans les consultations " précarité " qu'en médecine libérale (à ages et sexe comparables) paraissent être :
d'une part, ceux pour lesquels des explorations complémentaires complexes sont en général nécessaires (oncologie, hématologie, pathologie infectieuse spécifique) et donnent probablement plus lieu, pour les personnes précarisées, à une orientation hospitalière ;
d'autre part, les " autres motifs " c'est-à-dire la médecine préventive (suivis, vaccinations...), la rédaction de certificats, les bilans de santé...

Ainsi, cet exercice de comparaison nous permet de dégager de manière fiable et robuste²², certaines spécificités des motifs de recours aux soins des consultants de centres de soins gratuits :

- **Marginalité des visites de prévention**

A âge et sexe rendus comparables, les recours pour prévention sont extrêmement moins importants parmi les consultants de centres de soins gratuits. Visites systématiques, suivis, vaccinations et " check-up " sont des comportements très marginaux pour cette population.

- **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 au moins deux fois plus invoqués dans les centres de soins gratuits. Les personnes précarisées, 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 révèlent une tendance aux comportements " d'abandon " dans l'alcool et/ou les psychotropes.

22. "L'effet liste" mentionné auparavant ne biaise ni le sens ni la significativité ni l'interprétation de ces résultats (cf. annexe 5). Tout au plus, la prise en compte de cet effet tend-il à quelque peu relativiser (" ophtalmologie ", " génito-urinaire " et " autres motifs ") ou accroître l'ampleur des différences observées (" neurologie ", " oncologie, hématologie et pathologie infectieuse ").

- **Sur-représentation des troubles d'origine relationnelle**

A âge et sexe comparables, les consultants de centres de soins gratuits 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 maladie²³ :

- 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 ; autrement dit, pour partie psychosomatique).

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 2 (page 39) fait apparaître une sur-représentation parmi les recours des consultants de centres de soins gratuits de motifs connus pour être fréquemment d'origine relationnelle : les troubles psychiatriques réactionnels, les pathologies du système nerveux (céphalées, épilepsie...). 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...).

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

- **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. Les problèmes de l'appareil locomoteur sont des motifs significativement plus fréquents chez les précaires (tout comme les troubles ophtalmologiques, si ils sont comparés à la seule "médecine générale"). 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 recueillis : 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.

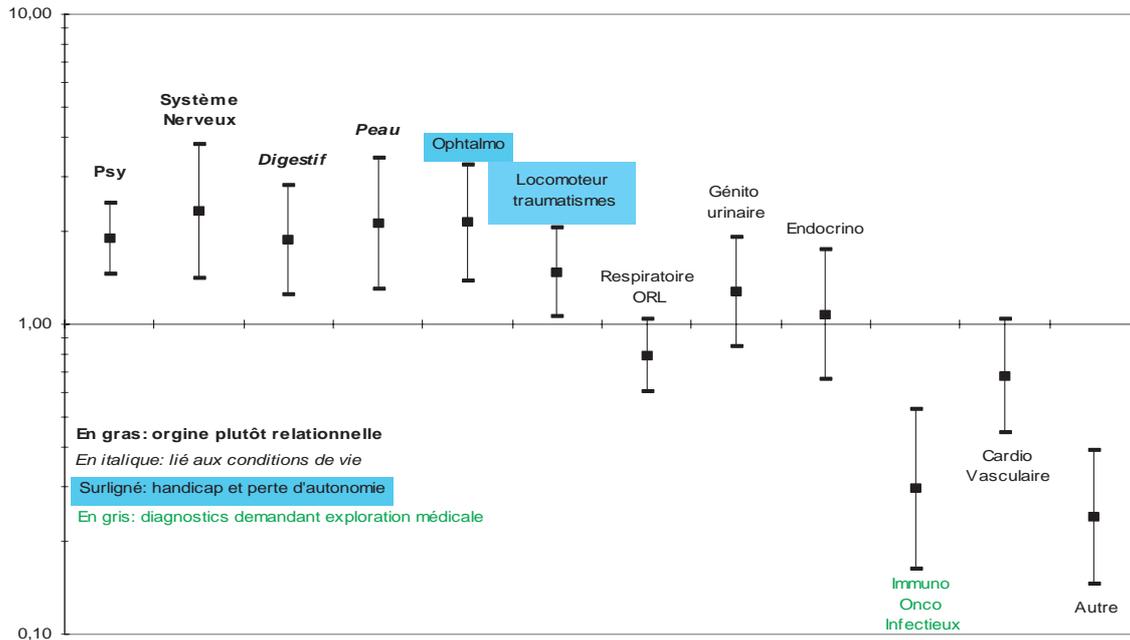
- **Une médecine à deuxième vitesse ?**

A âge et sexe comparables, il semblerait que les pathologies exigeant une exploration médicale minutieuse soient sous-représentées. Le dépistage de pathologies "complexes" apparaît moins fréquent dans les centres de soins gratuits qu'en médecine libérale classique. Cette différence ne peut être sciemment imputée à une "invulnérabilité" des personnes précarisées 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 addictives, 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 2

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



Source : Enquête Préalog 1999-2000, IRDES, Enquête permanente sur la prescription médicale d'IMS-Health.

Encadré 2

Principe de comparaison standardisée des motifs de recours aux soins

Soit une population P de sujets recourant aux soins durant une période donnée. L'ensemble des recours a abouti à un nombre total de R diagnostics posés, c'est-à-dire de R motifs médicaux de recours aux soins.

Considérons une catégorie nosologique "c" (par exemple : « dermatologie »). Soit D(c) le nombre de fois où un diagnostic de la catégorie "c" a été posé dans la population P durant la période étudiée.

La fréquence brute de la catégorie c parmi les motifs de recours est donnée par $F(c) = D(c)/R$.

La structure par âge de la population est décrite par la donnée du nombre total de motifs identifiés dans chaque classe d'âge et de sexe :

$$R_i, i \in [1, k]_N.$$

On donne également le nombre de fois où un diagnostic appartenant à "c" a été posé dans chaque classe d'âge et de sexe i, que l'on note

$$D_i(c). \text{ Par définition, } \sum_{i=1}^k R_i = R \text{ et}$$

$$\sum_{i=1}^k D_i(c) = D(c).$$

La fréquence spécifique $F_i(c)$ du motif « dermatologie » dans chaque classe d'âge et de sexe est donnée par

$$\forall i \in [1, k]_N, F_i(c) = D_i(c) / R_i.$$

$$\forall i \in [1, k]_N, \text{ soit } \omega_i = R_i / R.$$

Par définition, $\sum_{i=1}^k \omega_i = 1.$

Il vient $F(c) =$

$$\sum_{i=1}^k \frac{D_i(c)}{R} = \sum_{i=1}^k \frac{D_i(c)}{R_i} \cdot \frac{R_i}{R} = \sum_{i=1}^k \omega_i \cdot F_i(c).$$

Considérons une population de référence P' parmi laquelle un nombre total de R' motifs de recours aux soins ont été identifiés. Le nombre de motifs appartenant à la catégorie "c" étudiée (« dermatologie ») est ici D'(c). Supposons connues les valeurs des R'_i , ω'_i et $D'_i(c)$.

La standardisation directe correspond à l'application à P de la structure par âge et sexe de P'. La fréquence standardisée du motif "c" s'écrit :

$$FDS(c) = \sum_{i=1}^k F_i(c) \omega'_i$$

On sait que $\forall i \in [1, k]_N$, la variance de $F_i(c)$ peut être estimée par :

$$\text{Var} [F_i(c)] \approx \frac{D_i(c)}{(R_i)^2}$$

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

Il vient

$$\text{Var}(FDS(c)) = \sum_{i=1}^k \text{Var}(F_i(c)) * (\omega'_i)^2,$$

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 de la fréquence standardisée s'en déduit immédiatement :

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

Si l'on pose $\eta = 1,96 * \sqrt{\sum_{i=1}^k \frac{D_i(c)}{(R_i)^2} * (\omega'_i)^2}$ on peut écrire

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

Pour comparer la fréquence du motif de recours "c" entre les deux populations à âge et sexe comparables, on étudiera le rapport CDF(c) défini comme le rapport entre la fréquence standardisée du motif "c" dans la population étudiée, et sa fréquence dans la population de référence :

$$CDF(c) = \frac{FDS(c)}{F''(c)}$$

Il s'agit ici de l'équivalent des CMF (Comparative Morbidity Figure), rapports de fréquences après standardisation directe, utilisé dans les études de prévalence.

De la formule précédente il vient

$$\text{Ln} [CDF(c)] = \text{Ln} [FDS(c)] - \text{Ln} [F''(c)]$$

d'où :

$$\text{Var} \{ \text{Ln}[CDF(c)] \} = \text{Var} \{ \text{Ln} [FDS(c)] \} + \text{Var} \{ \text{Ln}[F''(c)] \}$$

On néglige $\text{Var} \{ \text{Ln} [F''(c)] \}$ devant $\text{Var} \{ \text{Ln} [FDS(c)] \}$, car P^* est bien plus grande que P .

Ainsi :

$$\text{Var} \{ \text{Ln} [CDF(c)] \} \approx \text{Var} \{ \text{Ln} [FDS(c)] \}$$

Une expression approchée de

$\text{Var} \{ \text{Ln} [FDS(c)] \}$ est :

$$\text{Var} \{ \text{Ln} [FDS(c)] \} \approx \frac{\text{Var}[FDS(c)]}{[FDS(c)]^2}$$

$$\text{car } f[\text{Ln}(x)] \approx \frac{f(x)}{x^2} \text{ si } x \in]0;1]$$

On en déduit :

$$\text{Var} \{ \text{Ln} [CDF(c)] \} \approx \frac{\sum_{i=1}^k \frac{D_i(c)}{(R_i)^2} * (\omega'_i)^2}{\left(\sum_{i=1}^k \frac{D_i(c)}{R_i} * \omega'_i \right)^2}$$

L'intervalle de confiance de $\text{Ln} [CDF(c)]$ est donc approché par :

$$IC_{95} \{ \text{Ln}[CDF(c)] \} = \text{Ln}[CDF(c)] \pm$$

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

On en tire finalement l'intervalle de confiance de CDF(c) par exponentiation des bornes.

3. Processus de précarisation et motifs de recours aux soins

3. Processus de précarisation et motifs de recours aux soins

Dans la partie précédente, nous avons pu comparer la structure des motifs de recours aux soins de notre échantillon de consultants en situation précaire à celle d'un échantillon de patients en population générale. Il s'agissait donc de repérer et d'analyser les spécificités des diagnostics émis sur une population précarisée.

Cependant, une telle comparaison - aussi enrichissante soit-elle - se doit d'être approfondie par une analyse spécifique sur l'échantillon des consultants de centres de soins gratuits. En effet, si ils sont, dans l'ensemble, tous confrontés à une ou plusieurs déficiences sociales, leur profil socio-démographique, la nature et le niveau de leur précarité n'en demeurent pas moins fortement hétérogènes²⁴.

Les profils de précarisation et les modes de mobilisation des ressources (sociales et familiales, formelles et informelles) diffèrent fortement selon l'âge, le sexe et la nationalité des individus²⁵. On peut donc faire l'hypothèse que, si les processus de dégradation des conditions de vie et les stratégies de requalification, maintien ou survie sociale sont fortement différenciés selon les profils socio-démographiques, alors la place et la nature des incidents de santé se distinguent également selon ces mêmes caractéristiques. On analysera donc, dans un premier temps, le rôle de ces facteurs socio-démographiques sur les motifs de recours aux soins des consultants de centres de soins gratuits.

Par ailleurs, la précarité des patients de centres de soins gratuits adopte des formes particulières qui se distinguent notamment par l'importance des manques sociaux observés (emploi, ressources économiques, logement...). Là encore, on peut supposer que face à des conditions de vie (dimensions objectives ou *exogènes*) et des modes d'adaptation à la situation et à l'espace public (dimensions subjectives ou *endogènes*) hétérogènes, les problèmes de santé rencontrés et les raisons pour recourir à des soins médicaux diffèrent fortement.

Aussi, dans un second temps et en nous appuyant sur une typologie des processus de précarisation en quatre phases dynamiques, nous proposerons d'analyser la variabilité des motifs de recours aux soins selon le niveau et la nature des difficultés individuelles.

Pour ce faire, nous utiliserons, comme dans la partie précédente, les profils nosologiques, auxquels nous adjoindrons deux autres indicateurs que sont le cumul des pathologies diagnostiquées et la fréquence d'occurrence des motifs de recours²⁶.

Le cumul des pathologies est un indicateur assez grossier, qui consiste à comptabiliser pour chaque individu le nombre de diagnostics cochés par le médecin à l'issue de la consultation. Il ne prétend pas être un indicateur de gravité de l'état de santé, mais permet d'évaluer l'importance numérique des troubles décelés. Il aurait certainement été plus pertinent de comparer le nombre de pathologies aiguës ou chroniques enregistrées lors de la consultation, mais la liste des pathologies proposées ne nous a pas permis de dégager de manière fiable de telles caractéristiques.

La fréquence d'occurrence des différentes catégories de motifs de recours aux soins sera également observée. Elle ne peut être assimilée à une mesure de prévalence des pathologies puisque nous nous situons dans le cadre d'une consultation motivée par des symptômes d'une part, et que, d'autre part, le médecin n'est pas censé procéder à un examen complet permettant d'indiquer si l'individu est ou non atteint par chacune des 52 pathologies proposées. Les diagnostics émis sont donc fortement liés à la demande formulée par le patient. C'est pourquoi il est plus juste de parler de "fréquence" plutôt que de "prévalence" et de "motifs de recours aux soins" ou de "diagnostics" plutôt que de "pathologies".

24. Pour une étude approfondie de l'hétérogénéité des conditions de vie, des trajectoires et des degrés de précarisation de cet échantillon, le lecteur pourra se reporter à Collet, 2001.

25. On peut se reporter par exemple aux travaux portant sur le maintien ou le délitement du réseau social, sur la précarité affective, sur les différences des aides formelles et informelles accordées selon le statut de l'individu (jeunes / personnes âgées ; hommes / femmes ; français / étrangers) : Paugam et Zoyem, 1997, Martin, 2000.

26. Ces indicateurs n'ont pas été utilisés dans la comparaison avec le recours à la médecine de ville parce qu'ils sont par trop sensibles à la nature des consultations médicales et au "biais de liste". Nous avons en effet supposé que le contenu, le mode de recueil et la vocation des consultations de ville étaient trop différents de ceux des consultations de précarité pour nous autoriser à comparer des nombres de motifs ou des fréquences.

3.1. Variabilité des motifs de recours selon les principales variables socio-démographiques

En population générale, il n'est plus besoin de rappeler l'impact de variables telles que l'âge et le sexe sur l'état de santé et la plus forte exposition à certaines pathologies. Ces différences se superposent, bien qu'imparfaitement, aux différences observées dans les motifs de recours aux soins selon l'âge et le sexe dans les enquêtes de recours à la médecine de ville²⁷.

De même, de nombreux travaux ont montré que les inégalités de santé observées peuvent, pour partie, s'expliquer par des inégalités sociales (niveau de PCS)²⁸. Cependant, à niveau social équivalent, demeure une forte variabilité des motifs de recours aux soins selon l'âge et le sexe qui peut s'expliquer par une batterie de facteurs (propension à recourir à des soins, niveau d'information, attention portée à la santé, exposition à certains troubles..., variables selon les caractéristiques socio-démographiques au sein même d'une classe sociale homogène).

Qu'en est-il de ces différences pour des individus confrontés à des conditions de vie précaires ? Les études portant sur l'état de santé de populations précarisées n'ont guère approfondi cette problématique. Les travaux orientés vers les liens entre état de santé et situations de précarité ont le plus souvent tenté 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 socio-économiques (phénomène de surexposition à certains risques sanitaires) ou bien encore comme facteur aggravant des situations (phénomène " interactionnel " de vulnérabilisation).

Quelques recherches ont toutefois mis en évidence l'ampleur de l'impact des variables socio-démographiques sur l'état de santé des personnes en situation de précarité. Ainsi, Annie Mesrine, en comparant les taux de mortalité de

chômeurs aux profils relativement homogènes à ceux des travailleurs, a montré, d'une part, que les inégalités étaient particulièrement frappantes et, d'autre part, qu'elles variaient fortement selon le sexe : " *Dans les cinq ans qui suivent l'observation du chômage, le risque annuel de décès d'un homme chômeur est, à chaque âge, environ trois fois celui d'un actif occupé du même âge (et deux fois supérieur pour les femmes)* " (Mesrine, 2000).

De même, les travaux menés à partir de l'enquête sur la santé et les soins médicaux de 1991-1992 (Lecomte, Mizrahi et Mizrahi, 1996) qui proposaient une analyse couplée des vulnérabilités médicale²⁹ et sociale³⁰, ont mis en évidence trois phénomènes allant dans le sens d'une importante différenciation de l'état de santé selon l'âge, le sexe et la nationalité au sein des populations socialement vulnérables. Premièrement, la " bi-vulnérabilité " - fait d'être vulnérable socialement et médicalement - augmente avec l'âge à partir de 44 ans et la liaison entre précarité sociale et vulnérabilité médicale se révèle maximum pour les jeunes de 20 à 34 ans. Deuxièmement, la liaison entre les deux types de vulnérabilité est particulièrement pregnante dans les ménages où le chef de famille est une femme (divorcée ou séparée). Enfin, les auteurs constatent que la liaison entre précarité sociale et vulnérabilité médicale est nettement plus forte sur la sous-population française que parmi les étrangers.

D'une manière générale, le système d'informations sanitaires, les études épidémiologiques ou encore les enquêtes sur les inégalités sociales de santé n'incluent et n'exploitent que rarement une différenciation en fonction de la nationalité ou du lieu de naissance (Fassin, 2000). Il ne s'agit pas ici de prôner une lecture ethnicisée de la santé, mais d'explorer les différences qui peuvent, en particulier, exister au sein de populations précarisées. En effet, les analyses qualitatives et quantitatives ont montré, d'une part, que les profils et filières de précarisation se différencient selon la nationalité

27. L'essentiel des résultats publiés sur les motifs de recours au médecin sont issus de l'Enquête permanente sur la prescription médicale d'IMS-Health décrite en Encadré 1. On peut se référer par exemple à la première étude publiée à partir de cette enquête (Aguzzoli, Le Fur et Sermet, 1994), puis aux résultats annuellement publiés dans l'Annuaire des statistiques sanitaires et sociales (DREES).

28. Pour des résultats récents, consulter Leclerc *et al.*, 2000.

29. Les auteurs jugent une personne " médicalement vulnérable " lorsqu'elle présente soit un handicap - repéré par la perception d'aides ou d'exonérations spécifiques -, soit une maladie jugée invalidante, soit une morbidité importante - fondée sur une note d'invalidité et une note de risque vital attribuées par les médecins chiffreurs.

30. Dans cette étude, sont considérés comme " socialement vulnérables " les 10 % de la population étudiée ayant les plus hauts scores de risques de précarité sociale ; score calculé à partir de l'activité exercée, du niveau de scolarité, de la nationalité et de la protection sociale.

via la situation administrative - sans papiers, situation en cours de régularisation... -, les modes de socialisation des difficultés ou encore des formes tangibles de discrimination d'accès à l'emploi, au logement, mais aussi à la santé. Fassin (Fassin, 2000) nous rappelle également que, " *plus que les écarts dans les droits, ce sont les écarts dans les faits qui instituent de véritables disparités d'accès aux prestations médicales, tant les étrangers tendent à consulter moins souvent et parfois à renoncer aux soins* ".

En 1990-1991, Mizrahi, Mizrahi et Wait, 1993 ont analysé les différences des motifs de recours des étrangers et des Français dans les centres de soins gratuits des associations MSF et ReMeDe à Lyon, Paris, Marseille et Lille³¹. Ils concluent à des motifs de recours significativement différents pour les consultants français et les étrangers. Alors que les pathologies respiratoires, les traumatismes, les problèmes de peau et les troubles psychiques sont plus courants chez les Français, les pathologies digestives et les motifs liés à la grossesse ou la contraception sont significativement plus représentés parmi les étrangers. Tandis que l'absence de domicile et le manque d'hygiène des conditions de vie semblent en grande partie à l'origine des plaintes somatiques caractéristiques des Français, l'origine géographique est le facteur explicatif le plus puissant des pathologies digestives rencontrées chez les immigrés. Quant aux problèmes psychiques, rencontrés deux fois plus fréquemment chez les Français, les auteurs remarquent dans un premier temps que leur diagnostic suppose dans la plupart des cas une maîtrise d'une langue commune par le médecin et le patient, ce qui gêne souvent leur dépistage dans les populations non francophones³². Puis, en observant plus attentivement la prévalence de ces troubles chez les étrangers, ils notent une augmentation de cette prévalence avec la durée de séjour en France et font alors l'hypothèse d'une souffrance psychique due à une longue période de précarité.

Notre enquête nous a permis d'analyser les motifs de recours aux centres de soins gratuits en fonction des caractéristiques des consultants, et en particulier en fonction du genre, de l'âge et de la nationalité (Français versus étranger) (3.1) et en fonction du degré de précarisation (3.2).

31. L'étude portait sur 10 448 patients, venus consulter pour la première fois dans l'un des centres en 1990 ou 1991.

32. A ce sujet, voir aussi A. Sayad, *La double absence : des illusions de l'émigré à la souffrance des immigrés*, 1990 ou T. Ben Jelloun, *La plus haute de solitudes - misère affective et sexuelle des immigrés nord-africains*, Editions du Point, 1997.

3.1.1. Etude comparative du nombre de motifs cochés par le médecin

Le nombre de motifs par consultation est un indicateur assez complexe à interpréter. En effet, il dépend de trois éléments : la demande émise par le patient, le nombre de motifs effectivement déclarés par le médecin sur la base des symptômes présentés par le patient, nombre qui lui-même dépend de la liste de pathologies qui lui est proposée. Il est donc difficile de savoir si un nombre important de motifs rend compte d'une fragilité et d'une surexposition sanitaire des consultants (" polyopathologies ") ou relève davantage d'une tendance à différer et à restreindre le recours au médecin, qui donne à chaque consultation une importance plus grande pour le patient (qui exprime plusieurs motifs) et pour le médecin (qui peut être amené à faire un examen plus complet).

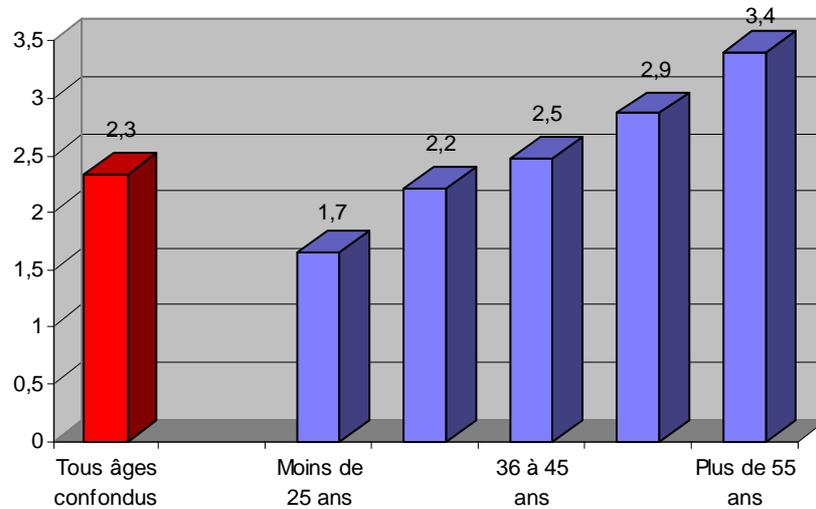
L'analyse du nombre de motifs de recours selon l'âge et le sexe des patients (Graphique n° 3) fait ressortir deux principaux résultats.

De manière générale, le nombre de motifs cochés par consultation est très élevé sur notre échantillon de patients précaires : 2,4 en moyenne. Ce constat est d'autant plus frappant que la population enquêtée est jeune puisque plus de 50 % des patients ont moins de 35 ans et seulement 10 % plus de 55 ans. Qui plus est, un nombre non négligeable d'individus sont venus chercher une ordonnance, des médicaments, demander ou faire lire des résultats d'analyses, motifs donnant probablement lieu à des visites très rapides et minimisant de ce fait le nombre de diagnostics émis par le médecin.

A l'instar de la population générale, le nombre de motifs par séance est croissant avec l'âge. Au-delà de ce résultat classique, les écarts enregistrés entre les différentes classes d'âge sont importants. Les patients ayant entre 18 et 25 ans se démarquent par un nombre relativement faible de motifs (respectivement 25 % et 33 % de motifs en moins que chez les 26 à 35 ans et les 36 à 45 ans). A l'inverse, les patients les plus âgés cumulent de nombreux motifs : respectivement 2,9 et 3,4 motifs par consultation pour les patients de 46 à 55 ans et ceux de plus de 55 ans, soit 29 % et 53 % de motifs de plus que les patients de 26 à 35 ans³³.

33. Résultat d'autant plus frappant que, parmi les 54 individus ayant plus de 55 ans, plus de 70 % n'ont pas dépassé les 65 ans.

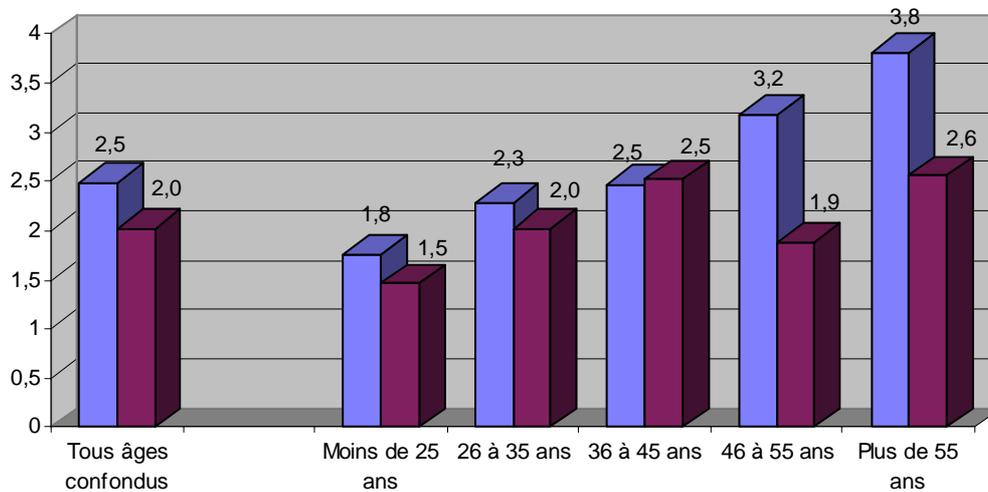
Graphique 3
Nombre de motifs de recours selon l'âge des patients (*)



(*) Ont été exclus de cette analyse les 4 individus n'ayant pas indiqué leur âge.

Source : Enquête Préalogue 1999-2000, IRDES.

Graphique 4
Nombre de motifs de recours selon l'âge et le sexe des patients (*)



(*) Ont été exclus de cette analyse les 7 individus pour lesquels l'information sur leur âge ou leur sexe est manquante.

Source : Enquête Préalogue 1999-2000, IRDES.

Si l'on s'intéresse à présent au nombre de motifs de recours par sexe, on observe trois phénomènes (cf. Graphique 4).

Les hommes présentent un nombre sensiblement plus important de motifs de recours aux soins que les femmes aussi bien en moyenne (2,5 contre 2) que pour chacune des classes d'âges observées, à l'exception des 36-45 ans pour lesquels le cumul individuel de motifs est similaire. C'est là un premier constat d'autant plus intéressant que dans les grandes enquêtes de morbidité diagnostiquée en population générale, c'est le phénomène contraire que l'on observe, à savoir une sur-représentation significative du nombre de motifs parmi les femmes adultes quel que soit l'âge (Aguzzoli, Le Fur et Sermet, 1994).

Cependant, si le cumul moyen de motifs est quasiment toujours supérieur chez les hommes, les écarts enregistrés sont très fortement hétérogènes selon les classes d'âge. Parmi les plus jeunes (18 à 35 ans), les hommes présentent, en moyenne, 15 à 20 % de motifs supplémentaires. Au sein de la classe d'âge des 36 à 45 ans, le cumul moyen de motifs de recours est sensiblement le même. Et pour les patients les plus âgés, les différences selon le sexe sont de très forte amplitude puisque les hommes de 46 à 55 ans et de plus de 55 ans cumulent, respectivement, 1,7 et 1,5 fois plus de motifs que les femmes des mêmes classes d'âge.

Enfin, l'importance de ces derniers écarts est à mettre en relation avec deux phénomènes antagonistes : chez les hommes, un accroissement très fort du nombre de motifs à partir de 45 ans et au contraire chez les femmes, une diminution entre 46 et 55 ans, puis une relative stabilité du nombre de motifs aux âges plus avancés³⁴.

L'analyse du nombre de motifs de recours par nationalité (Français versus ensemble des étrangers) montre que parmi les patients rencontrés, les hommes français présentent notablement plus de motifs de recours (2,7) que les autres groupes. Les femmes étrangères recourent pour un nombre de motifs relativement faible (1,9). Entre ces deux extrêmes, les femmes françaises et les hommes étrangers se trouvent très proches en moyenne (cf. tableau 9).

34. Il faut toutefois émettre des réserves quant à la généralisation d'un tel phénomène sur l'ensemble des consultants de soins gratuits, car dans notre échantillon nous ne disposons que de 16 observations de femmes de 46 à 55 ans et de 16 observations de femmes de plus de 55 ans.

Tableau 9
Nombre moyen de motifs de recours selon le sexe et la nationalité (*)

Sexe et nationalité	Effectifs	Nombre moyen de motifs
Hommes français	222	2,7
Hommes étrangers	170	2,2
Femmes françaises	82	2,2
Femmes étrangères	92	1,9
Total	566	2,4

(*) Ont été exclus de cette analyse les 24 individus n'ayant pas donné d'information sur leur sexe ou leur nationalité.

Source : Enquête Précalog 1999-2000, IRDES

Cependant, de tels résultats ne prennent pas en compte les effets potentiels de l'hétérogénéité des structures par âge. Aussi avons-nous testé l'hypothèse selon laquelle le cumul moyen de pathologies diffère selon le sexe et la nationalité, indépendamment de l'âge des patients.

Après ajustement sur l'âge, les tests d'égalité de moyenne (cf. Encadré 3) confirment l'existence d'un effet sexe (hypothèse d'égalité rejetée avec $p = 0,017$) et d'un effet nationalité (hypothèse d'égalité rejetée avec $p = 0,0005$). L'analyse de l'effet couplé du sexe et de la nationalité sur le nombre moyen de diagnostics émis affine la nature exacte des liaisons (tableau 10).

Même après ajustement sur l'âge, les hommes français consultent toujours pour un nombre de motifs très significativement supérieur à celui des hommes étrangers et, à plus forte raison, à celui des femmes étrangères. De manière certes moins significative, les Françaises consultent pour davantage de motifs que les femmes de nationalité étrangère.

En revanche, il est intéressant de noter que les différences entre, d'une part, hommes et femmes de nationalité française et, d'autre part, hommes et femmes de nationalité étrangère ne sont pas robustement significatives (rejet de l'hypothèse d'égalité des moyennes avec des p -valeur respectivement égales à 0,13 et 0,17).

A ce stade, il est difficile d'interpréter ces chiffres. En effet, rien ne permet de savoir si les consultants français et étrangers ont des états de santé très différents ou si leurs modes de recours aux

soins expliquent l'écart entre le nombre de motifs moyen par personne. On pourrait par exemple faire l'hypothèse que les étrangers consultent plus rapidement en cas de problème de santé, alors que les Français retardent leur recours au système de soins et profitent d'une même consultation pour exprimer plusieurs plaintes.

Tableau 10
Test d'égalité des moyennes (deux à deux),
après ajustement sur la structure par âge,
du nombre moyen de motifs
selon le sexe et la nationalité.

Niveau de significativité des différences de moyenne	Hommes français	Hommes étrangers	Femmes françaises	Femmes étrangères
Hommes français	.	***	n.s.	****
Hommes étrangers	.	.	n.s.	n.s.
Femmes françaises	.	.	.	*
Femmes étrangères

Lecture du tableau : n.s : différence non significative à moins de 10% de marge d'erreur ; * : significative avec une marge d'erreur inférieure à 10% ; ** : significative avec probabilité d'erreur inférieure à 5 % ; *** : significative avec une probabilité d'erreur inférieure à 1% ; **** = significative avec une probabilité d'erreur inférieure à 0,1%.

Source : *Enquête Précalog 1999-2000, IRDES.*

Encadré 3

Tests de significativité³⁵

Des tests de significativité sont mobilisés en vue de tester l'existence et l'intensité des relations entre deux variables. Concrètement, c'est l'hypothèse d'indépendance des deux variables qui est testée. En effet, si deux variables sont indépendantes, le tableau croisé correspondant présente une structure particulière. Ainsi, si l'on fait l'hypothèse que le nombre de diagnostics émis lors d'une consultation est indépendant du sexe du patient, il devrait être sensiblement le même pour les hommes et pour les femmes. Si l'écart enregistré est très élevé, il est peu probable que ces deux variables soient indépendantes dans l'ensemble de la population. Plusieurs tests statistiques permettent d'évaluer la vraisemblance de cette hypothèse. Plus la probabilité de vraisemblance est faible et plus on rejettera, de manière fiable, l'hypothèse d'indépendance - ou autrement dit plus ces deux variables croisées sont liées. Cette probabilité est appelée seuil de significativité (ou encore risque de première espèce). On considérera qu'une relation statistique est significative au seuil p si la probabilité d'erreur, en rejetant l'indépendance des deux variables, est inférieure ou égale à p. En général, le seuil retenu est de 5 % (plus rarement, 10 %).

Dans notre cas, nous souhaitons tester la significativité et l'intensité des liens entre, d'une part, certaines variables médicales (cumul des motifs de recours, fréquence d'occurrence de tel ou tel motif...) et, d'autre part, des variables socio-démographiques et les degrés de précarisation. Or, les liens existants peuvent s'avérer multiples et parfois trompeurs. Reprenons l'exemple des différences du nombre de diagnostic émis selon le sexe des individus. Le lien observé entre ces deux variables peut, en réalité, être factice et cacher un tout autre lien (ou au contraire le lien peut être masqué par l'effet d'une autre variable). Ainsi, si les structures d'âge selon le sexe diffèrent fortement, il est possible que " l'effet sexe " ne soit, en réalité, qu'un " effet âge " (ou encore soit sous-estimé ou sur-estimé par cet effet). Aussi, pour tester les liens entre deux variables d'intérêt, avons-nous réalisé des tests d'égalité de moyenne après redressement sur les autres variables " potentiellement parasites " - i.e. en gommant préalablement l'effet de ces dernières.

35. Pour plus de précisions, voir Saporta G., 1990, Probabilités, analyse de données et statistiques, Editions Dunod.

3.1.2. Fréquences comparées des grands types de motifs de recours aux soins

Il existe donc des différences notoires en termes de volume de motifs de recours selon le sexe et la nationalité, qui ne sauraient être imputées au seul effet de l'âge. Ces différences relèvent-elles de fréquences plus élevées de tous les diagnostics ont-elles concentrées sur certains types de problèmes ?

En partant du regroupement de diagnostics en 13 grandes catégories, déjà utilisé dans la partie 1.3.2, il s'agit à présent d'affiner l'analyse de ces disparités, en repérant les types de motifs de recours éventuellement sur-représentés. Le tableau 11 (page 51) donne, pour chaque groupe stratifié par le sexe et la nationalité, le pourcentage d'individus présentant au moins une pathologie de chacune des 13 grandes catégories de motifs. Il s'agit ici de fréquences brutes - i.e. non standardisées sur l'âge. Aussi, afin d'éclairer l'analyse et évaluer l'impact réel du sexe et de la nationalité sur l'occurrence des divers motifs, des tests d'égalité de moyenne, après ajustement sur l'âge, ont-ils été réalisés.

L'incidence du sexe et de la nationalité sur la fréquence des motifs de recours peut être décomposée en trois principaux groupes de résultats : les différences principalement liées à un effet sexe, à un effet nationalité ou encore à un effet croisé du sexe et de la nationalité.

Motifs de recours principalement sur-représentés selon le sexe

D'un point de vue général, la sur-représentation du nombre de pathologies parmi les hommes consultant des centres de soins gratuits est confirmée par des fréquences brutes de motifs sensiblement plus élevées pour 9 des 13 catégories de diagnostics.

Quatre groupes de motifs sont à l'origine de recours significativement plus fréquents chez les hommes (les tests d'égalité des moyennes, après ajustement sur la structure par âge, sont tous rejetés avec un risque d'erreur largement inférieur à 5 %) :

- Les recours pour troubles ORL et respiratoires concernent 28 % des hommes contre seulement 18 % des femmes.
- Les problèmes bucco-dentaires constituent un motif de recours sensiblement plus fré-

quent parmi les hommes - 27 % contre seulement 17 % parmi les femmes.

- Les troubles de l'appareil locomoteur et les traumatismes sont des motifs de recours pour près de 25 % des hommes contre seulement 16 % des femmes.
- Enfin, la fréquence de recours pour au moins un motif (souvent grave) relevant de l'oncologie, de l'hématologie ou de pathologies infectieuses est significativement plus élevée parmi les hommes (4,8 %) que parmi les femmes (1,7 %).

En revanche, l'apparente sur-représentation des troubles cardio-vasculaires parmi les hommes (12,5 % contre 8,6 % pour les femmes) est principalement liée à un effet de structure par âge, puisque, après ajustement, l'hypothèse d'égalité des moyennes n'est rejetée qu'avec un risque d'erreur élevé de 20 %.

Enfin, et de manière attendue, les diagnostics relatifs à l'appareil génito-urinaire - y compris suivi de grossesse et obstétrique - sont plus fréquents dans la sous-population féminine : 20 % des femmes présente au moins un problème de ce type contre seulement 4 % des hommes (le test d'égalité des moyennes, après ajustement sur la structure par âge, est rejeté avec un risque d'erreur strictement inférieur à 0,01 %).

Motifs principalement sur-représentés selon la nationalité

Si l'on s'intéresse, à présent, aux différences principalement imputables à la nationalité des individus, trois principaux constats peuvent être faits (les tests d'égalité des moyennes, après ajustement sur la structure par âge, tous rejetés avec un risque d'erreur largement inférieur à 5 %) :

- Les diagnostics psychiatriques sont près de deux fois plus fréquents chez les consultants français que chez les étrangers (39,1% contre 21,2%).
- Les problèmes bucco-dentaires sont significativement plus fréquents parmi les patients français puisque plus d'un sur quatre présente au moins une affection de ce type pour seulement un étranger sur cinq.
- En revanche, les " autres diagnostics ", qui regroupent notamment les visites systématiques, les visites de prévention et les vaccinations, sont deux fois moins fréquents pour les étrangers que pour les consultants français (7,6 % contre 15,1 %).

La comparaison des fréquences brutes des motifs de recours selon la nationalité fait également apparaître une sur-représentation des troubles digestifs parmi les étrangers (19,7 % contre 13,8 % parmi les Français) et une sous-représentation des troubles " ORL et pneumologie " (22 % contre 27,6 % parmi les Français). Cependant, les tests d'égalité des moyennes après ajustement sur l'âge tendent à relativiser quelque peu ces différences : l'hypothèse n'est rejetée qu'avec un faible niveau de significativité (respectivement $p = 0,14$ et $p = 0,15$).

Effets cumulés, spécifiques ou différenciés du sexe et de la nationalité

L'observation des fréquences des diverses catégories de motifs en fonction du sexe et de la nationalité précise les deux analyses précédentes et met en exergue trois types d'effets :

- Un effet âge et sexe cumulé :

Les hommes français recourent, indépendamment de tout effet d'âge³⁶, beaucoup plus que les autres sous-groupes pour des troubles relevant de la psychiatrie (43,7 % contre 21 à 27 % pour les trois autres groupes).

Les hommes étrangers présentent plus fréquemment que les trois autres groupes des troubles de l'appareil locomoteur et des traumatismes (30,4 % soit 1,5 à plus de 2 fois plus que les autres groupes) et, dans une moindre mesure, des troubles digestifs (21 % contre seulement 15 % pour les hommes français et 12 % pour les femmes françaises).

- Un effet spécifique :

Jusqu'à présent, les motifs ophtalmologiques ne semblaient liés ni avec le sexe, ni avec la nationalité. Pourtant, lorsque l'on croise ces deux variables, on s'aperçoit que les hommes français apparaissent davantage touchés par des troubles de la vue que les hommes étrangers (17,1 % contre 10,5 %, avec rejet de l'hypothèse d'égalité des moyennes significatif au risque d'erreur de 7 %).

- Un effet différencié :

L'analyse couplée par le sexe et la nationalité montre que les écarts de fréquences observées selon le sexe de la fréquence des motifs " ORL, pneumologie " et " troubles bucco-dentaires " sont particulièrement marqués entre femmes françaises et femmes étrangères.

36. Les tests d'égalité de moyenne, avec ajustement sur la structure d'âge, sont rejetés de manière hautement significative ($p < 0,0001$).

Tableau 11
Fréquences des différents types de motifs de recours aux soins selon le sexe et la nationalité (*)

Fréquence d'occurrence des types de motifs de recours aux soins	Analyse selon le sexe		Analyse selon la nationalité		Analyse selon le sexe et la nationalité			
	Ensemble Hommes (392 individus)	Ensemble Femmes (174 individus)	Français (304 individus)	Étrangers (262 individus)	Hommes français (222 individus)	Hommes étrangers (170 individus)	Femmes françaises (82 individus)	Femmes étrangères (92 individus)
Catégories de diagnostics	Fréquence	Fréquence	Fréquence	Fréquence	Fréquence	Fréquence	Fréquence	Fréquence
Psychiatrie	33,84 %	24,00 %	39,14 %	21,21 %	43,69 %	21,05 %	26,83 %	21,51 %
ORL et pneumologie	27,99 %	18,29 %	27,63 %	21,97 %	29,73 %	25,73 %	21,95 %	15,05 %
Bucco-dentaire	27,23 %	17,14 %	27,30 %	20,45 %	29,73 %	23,98 %	20,73 %	13,98 %
Appareil locomoteur et traumatismes	24,94 %	16,00 %	20,07 %	24,62 %	20,72 %	30,41 %	18,29 %	13,98 %
Ophthalmologie	14,25 %	13,71 %	15,79 %	12,12 %	17,12 %	10,53 %	12,20 %	15,05 %
Appareil digestif	17,81 %	13,71 %	13,82 %	19,70 %	15,32 %	21,05 %	9,76 %	17,20 %
Autres diagnostics	12,72 %	9,14 %	15,13 %	7,58 %	15,32 %	9,36 %	14,63 %	4,30 %
Dermatologie	14,76 %	13,14 %	14,47 %	14,02 %	14,41 %	15,20 %	14,63 %	11,83 %
Cardio-vasculaire	12,47 %	8,57 %	11,51 %	10,98 %	13,06 %	11,70 %	7,32 %	9,68 %
Neurologie	11,70 %	12,57 %	13,49 %	10,23 %	13,51 %	9,36 %	13,41 %	11,83 %
Endocrino-métabolique	8,65 %	10,29 %	9,54 %	8,71 %	9,91 %	7,02 %	8,54 %	11,83 %
Oncologie, hémathologie et pathologies infectieuses	4,83 %	1,71 %	3,29 %	4,55 %	4,05 %	5,85 %	1,22 %	2,15 %
Génito-urinaire et obstétrique	4,07 %	21,14 %	9,21 %	9,45 %	4,05 %	4,09 %	23,17 %	19,35 %

(*) Ont été exclus de cette analyse les 24 individus n'ayant pas donné d'information sur leur sexe ou leur nationalité.
Source : Enquête Précalog 1999-2000, IRDES

3.1.3. Analyse détaillée des diagnostics psychiatriques et génito-urinaires / obstétriques

Pour deux groupes de motifs de recours, il est apparu important de réaliser une analyse plus approfondie des sous-catégories de diagnostics posés par le médecin.

Concernant les troubles psychiatriques, nous avons déjà souligné leur importance parmi les consultants des centres de soins gratuits et, en particulier, la très forte exposition de la sous-population des hommes français. Les cinq troubles de cette catégorie de diagnostics peuvent être scindés en trois classes, selon la typologie adoptée par Picard (2001) :

- les troubles addictifs que sont l'alcoolisme et la toxicomanie ;
- les manifestations psycho-fonctionnelles qui traduisent davantage une souffrance psychique liée aux conditions de vie que des troubles structurels de la personnalité : angoisse, anxiété, troubles du sommeil et dépression.
- les troubles psychiatriques lourds (névrose, schizophrénie...) qui sont principalement regroupés dans l'item " autres pathologies psychiatriques ".

Le tableau ci-dessous montre que la très forte sur-représentation des motifs psychiatriques chez les hommes français est principalement liée à deux types de troubles (après ajustement sur l'âge, différences significatives avec chacun des autres groupes avec un risque d'erreur inférieur à 0,01 %) :

- les problèmes addictifs (principalement l'alcoolisme) qui touchent plus d'un consultant français sur quatre.
- les troubles psychiatriques lourds qui concernent 1 consultant français sur 12 pour seulement 1 sur 50 dans les autres groupes.

En revanche, les troubles psychiatriques observés parmi les hommes étrangers et les femmes sont principalement des troubles réactionnels (angoisses, anxiétés, troubles du sommeil ou dépression) que l'on peut supposer liés à des conditions de vie dégradées. On peut souligner également la fréquence plus élevée des troubles addictifs chez les patientes françaises (près de 10 %) par rapport aux étrangères (un peu plus de 4 %).

Tableau 12
Fréquences des diagnostics psychiatriques selon le sexe et la nationalité (*).

Analyse selon le sexe et la nationalité				
Fréquences détaillées des motifs "psychiatrie"	Hommes français (222 individus)	Hommes étrangers (170 individus)	Femmes françaises (82 individus)	Femmes étrangères (92 individus)
Catégories de diagnostics	Fréquence	Fréquence	Fréquence	Fréquence
Psychiatrie (**)	43,7 %	21,1 %	26,8 %	21,5 %
Problèmes addictifs	28,2 %	7,0 %	9,8 %	4,3%
Manifestations psycho-fonctionnelles	25,2 %	17,0 %	20,7 %	19,4 %
Problèmes psychiatriques lourds	8,1 %	1,7 %	2,4 %	2,2 %

(*) Ont été exclus de cette analyse les 24 individus n'ayant pas donné d'information sur leur sexe ou leur nationalité.

(**) Il s'agit de la fréquence des personnes déclarant au moins un des motifs considérés. C'est pourquoi, la somme des fréquences par sous-catégorie de motifs est supérieure ou égale à la fréquence de la catégorie.

Source : *Enquête Préalogue 1999-2000, IRDES*

Les problèmes génito-urinaires et obstétriques des femmes ont également fait l'objet d'une attention plus particulière de notre part. Le tableau ci-dessous montre que si, parmi les patientes rencontrées, la fréquence des diagnostics génito-urinaires et obstétriques est assez proche selon la nationalité, la structure plus détaillée des raisons de recours est fondamentalement différente (cf. Tableau 13).

Les consultations pour diagnostic ou suivi de grossesse sont plus fréquentes chez les patientes françaises (7,3 % contre seulement 3,2 % parmi les étrangères), alors que les troubles gynécologiques sont particulièrement sur-représentés parmi les étrangères.

On peut, au passage, noter que ce résultat n'est pas cohérent avec les résultats de l'étude de Mizrahi, Mizrahi et Wait (1993) qui observaient que les motifs de recours liés à la grossesse étaient deux fois plus fréquents chez les femmes immigrées que chez les femmes françaises. Les auteurs soulignaient à l'époque que les femmes, souvent très mal couvertes par l'assurance maladie, recouraient aux centres de soins pour le suivi de leur grossesse ; en particulier les jeunes femmes d'origine africaine. Par conséquent on peut se demander si le renversement de cette

tendance n'est pas lié à une meilleure prise en charge de la grossesse et de la surveillance périnatale.

Tableau 13
Fréquences détaillées, sur le sous-échantillon des patientes, des motifs "génito-urinaires et obstétriques" selon la nationalité (*)

Femmes selon la nationalité		
Fréquences détaillées des motifs "génito-urinaires et obstétriques"	Femmes françaises (82 individus)	Femmes étrangères (92 individus)
Catégories de diagnostics	Fréquence	Fréquence
Génito-urinaire et obstétrique (**)	23,17 %	19,35 %
Grossesse	7,32 %	3,23 %
Troubles gynécologiques	7,32 %	12,90 %
Autres	10,98 %	5,38 %

(*) Ont été exclues de cette analyse les 6 femmes n'ayant pas donné d'information sur leur nationalité.

(**) Il s'agit de la fréquence des femmes déclarant au moins un des motifs considérés. C'est pourquoi, la somme des fréquences par sous-catégorie de motifs est supérieure ou égale à la fréquence de la catégorie.

Source : Enquête Précalog 1999-2000, IRDES.

Tableau 14
Profils Nosologiques selon le sexe et la nationalité des patients de centres de soins gratuits (*)

	Français Hommes	222 individus	Etrangers Hommes	170 individus	Ensemble Hommes	392 individus	Français Femmes	82 individus	Etrangers Femmes	92 individus	Ensemble Femmes	174 individus
Catégories de diagnostics	Nb Motifs	Fréquence relative	Nb Motifs	Fréquence relative	Nb motifs	Fréquence relative	Nb motifs	Fréquence relative	Nb motifs	Fréquence relative	Nb motifs	Fréquence relative
Psychiatrie	164	26,93 %	52	13,79 %	216	21,91 %	32	17,98 %	28	15,82 %	60	16,90 %
<i>Problèmes addictifs</i>	72	11,82 %	16	4,24 %	88	8,92 %	8	4,49 %	5	2,82 %	13	3,66 %
<i>Manifestations psycho-fonctionnelles</i>	74	12,15 %	33	8,75 %	107	10,85 %	22	12,36 %	21	11,86 %	43	12,11 %
<i>Problèmes psychiatriques lourds</i>	18	2,96 %	3	0,80 %	21	2,13 %	2	1,12 %	2	1,13 %	4	1,13 %
ORL et pneumologie	82	13,46 %	47	12,47 %	129	13,08 %	19	10,67 %	16	9,04 %	35	9,86 %
Bucco-dentaire	66	10,84 %	41	10,88 %	107	10,85 %	17	9,55 %	13	7,34 %	30	8,45 %
Appareil locomoteur et traumatismes	48	7,88 %	60	15,92 %	108	10,95 %	17	9,55 %	14	7,91 %	31	8,73 %
Ophthalmologie	39	6,40 %	18	4,77 %	57	5,78 %	10	5,62 %	14	7,91 %	24	6,76 %
Appareil digestif	39	6,40 %	40	10,61 %	79	8,01 %	9	5,06 %	21	11,86 %	30	8,45 %
Autre	36	5,91 %	17	4,51 %	53	5,38 %	13	7,30 %	4	2,26 %	17	4,79 %
Dermatologie	32	5,25 %	28	7,43 %	60	6,09 %	13	7,30 %	11	6,21 %	24	6,76 %
Cardio-vasculaire	31	5,09 %	25	6,63 %	56	5,68 %	8	4,49 %	10	5,65 %	18	5,07 %
Neurologie	30	4,93 %	18	4,77 %	48	4,87 %	11	6,18 %	12	6,78 %	23	6,48 %
Endocrino-métabolique	23	3,78 %	12	3,18 %	35	3,55 %	7	3,93 %	12	6,78 %	19	5,35 %
Oncologie, hémathologie et pathologies infectieuses spécifiques	10	1,64 %	11	2,92 %	21	2,13 %	1	0,56 %	2	1,13 %	3	0,85 %
Génito-urinaire et obstétrique	9	1,48 %	8	2,12 %	17	1,72 %	21	11,80 %	20	11,30 %	41	11,55 %
<i>Grossesse</i>							6	3,37 %	3	1,69 %	9	2,54 %
<i>Troubles gynéco (y compris seins)</i>							6	3,37 %	12	6,78 %	18	5,07 %
<i>Autres</i>	9	1,48 %	8	2,12 %	17	1,72 %	9	5,06 %	5	5,08 %	14	3,94 %
Nombre total de diagnostics	609	100,00 %	377	100,00 %	986	100,00 %	178	100,00 %	177	100,00 %	355	100,00 %
Nombre moyen de diagnostics	2,74		2,2		2,51		2,17		1,9		2,03	

(*) Ont été exclus de cette analyse les 24 individus n'ayant pas donné d'information sur leur sexe ou leur nationalité.
Source : Enquête Précalog 1999-2000, IRDES.

3.2. Variabilité des motifs des recours aux soins selon le degré de précarisation

Nous venons de voir que certaines variables socio-démographiques ont un impact important sur le volume et la nature des motifs de recours aux soins des consultants des centres de soins gratuits. Or, nous savons que les processus de précarisation touchent un ensemble très diversifié de populations (adolescents, femmes, migrants, sans-papiers, toxicomanes, handicapés...) et que les ressources mobilisables, le soutien social, familial et/ou culturel, les stratégies d'adaptation et les modes de réaction aux difficultés sont foncièrement différents selon les publics touchés³⁷ et jouent fortement sur le devenir des individus vulnérabilisés.

On peut donc supposer que les motifs de recours des publics en difficulté sont également

37. Voir par exemple sur l'aspect éminemment protecteur de la famille, C. Martin, Famille et précarité : la protection rapprochée, dans Précarisation, risque et santé de M. Joubert, P. Chauvin, F. Facy, V. Ringa, 2000, Editions INSERM ou encore S. Paugam, J.P. Zoyem, Le soutien financier de la famille : une forme essentielle de solidarité, 1997, Economie et Statistiques n° 308-309-310.

conditionnés par le degré de précarisation et constater, à cette occasion, que cette question n'a que rarement été explorée dans les études sur la santé et les recours aux soins des personnes défavorisées.

Notre étude multi-centrique et nationale permet d'apporter des éléments de réponse à cette question. En effet, même si la population que nous observons ne représente pas l'ensemble des publics démunis - mais seulement ceux qui ont connaissance de ces centres, qui acceptent de consulter et se jugent " suffisamment démunis " pour prétendre à la gratuité des soins -, notre échantillon est suffisamment important et diversifié pour tester certaines hypothèses.

L'hypothèse centrale est que l'importance des troubles de santé et la nature des motifs de recours aux soins sont profondément variables selon le degré de précarisation des individus. Pour la tester, nous utiliserons les groupes correspondant à la classification présentée dans l'encadré 4 pour comparer et analyser les motifs de recours des patients des centres de soins gratuits en fonction de ce gradient.

Encadré 4 Construction et description des phases de précarisation

- *Méthodologie de construction des phases et degrés de précarisation : une analyse multidimensionnelle*

Dans le cadre du mémoire intitulé *Dynamiques de précarisation, modes d'adaptation identitaire et interactions avec les logiques de santé* (Collet, 2001), nous avons mis en évidence la multiplicité des expériences de la précarité et avons regroupé les consultants des centres de soins gratuits selon le degré observé dans un " processus de précarisation ". La méthodologie adoptée a comporté trois étapes :

- Construction d'indicateurs synthétiques pour les six dimensions fondamentales de la précarité.

D'après les réponses aux questionnaires d'accueil, six dimensions fondamentales de l'existence des individus ont été intégrées dans l'analyse des expériences de la précarité : la situation vis-à-vis de l'emploi, les ressources économiques, les conditions de logement, l'isolement (critères objectifs et subjectifs), l'accès ou non à une protection sociale et enfin, pour les étrangers, leur situation administrative.

Pour chacune de ces six dimensions, nous avons construit un indicateur synthétique résumant les situations individuelles selon trois niveaux de précarité : pas ou peu précaire ; en situation de précarité intermédiaire ; très précaire.

- Constitution d'une typologie des expériences de la précarité

En stratifiant sur la nationalité³⁸, deux analyses des correspondances multiples (ACM) sur ces six indicateurs ont permis de cerner la diversité des expériences de précarité en mettant en évidence les manières dont se combinent les principales dimensions de la précarité. A partir de ces deux analyses factorielles, deux classifications ascendantes hiérarchiques (CAH)³⁹ ont permis de dégager 15 groupes homogènes de conditions de vie : 7 pour les consultants français et 8 pour les étrangers.

- Hiérarchisation des manques socio-économiques et recontextualisation dans un processus dynamique de précarisation.

Puis, les 15 classes formées ont été analysées selon la grille de lecture des processus de précarisation proposée par Julien Damon et Jean-Marie Firdion (Damon et Firdion, 1996), dans leur actualisation des travaux d'Alexandre Vexliard (Vexliard, 1957). Cette grille d'analyse définit quatre phases dans les processus de précarisation, en partant d'une situation de vie " normale " pour arriver à une situation de très grande précarité, au sein desquelles nous pouvons classer les 590 consultants de centres de soins gratuits. En supposant récurrente la succession d'un certain nombre d'événements tels que la perte d'emploi, de logement, de droits sociaux et le délitement des rapports sociaux, les auteurs placent les individus dans quatre phases dynamiques d'un processus de précarisation : la non précarité (que nous qualifierons plutôt de *précarité limitée*), la phase de fragilisation, la phase d'habitude et la phase de sédentarisation.

- *Les phases et degrés de précarisation*

- La **phase de précarité limitée** concerne 56 personnes, françaises ou étrangers résidentes⁴⁰. Plus des deux tiers d'entre eux ont un emploi stable, 45 % disposent de leur propre logement, 36 % sont hébergés et enfin, 70 % bénéficient d'une couverture maladie. Si leurs conditions de vie sont plus favorables que celles de l'ensemble des autres consultants, elles n'en demeurent pas moins modestes et vulnérables. Les emplois sont souvent trop fragiles et peu rémunérateurs pour que ces individus puissent réellement se sentir à l'abri des manques. Il semble donc plus juste de parler de " précarité limitée ", c'est-à-dire de conditions de vie qui oscillent entre pauvreté monétaire relative et risques de précarisation réelle. Ce stade regroupe un ensemble de situations disparates allant de personnes plus âgées en situation de retraite (ou de préretraite) qui se maintiennent tant bien que mal dans des conditions décentes et indépendantes à de plus jeunes individus dont la situation professionnelle est vulnérable et qui restent menacés par un basculement dans une précarité plus marquée.

- La **phase de fragilisation** concerne 120 consultants, français ou résidents étrangers, connaissant principalement des difficultés vis-à-vis de l'emploi (32 % ont un emploi précaire et 68 %

38. La stratification par la nationalité trouve une double légitimité : sociologique, d'une part, tant on peut supposer que les situations de précarité sont profondément différenciées entre les Français et les étrangers ; statistique, d'autre part, puisque la dimension de la précarité administrative n'a lieu d'être intégrée que pour l'analyse des étrangers.

39. Pour une information précise sur les méthodes de l'Analyse des Correspondances Multiples (ACM) et de la Classification Ascendante Hiérarchique (CAH), le lecteur pourra en particulier consulter M. Volle (Volle, 1985).

40. Les " résidents " sont les étrangers qui bénéficient d'un titre de séjour de longue durée et la plupart du temps facilement renouvelable. Ils ont donc un statut relativement pérenne.

aucun emploi). Ils conservent néanmoins des conditions de logement décentes (74 % ont leur propre logement) et 80 % d'entre eux bénéficient d'une couverture maladie. Si cette phase symbolise bien l'entrée réelle dans un processus de précarisation, les profils des individus ne sauraient se restreindre à la seule figure du " chômeur récemment licencié et recherchant activement un emploi ", mais inclut également des populations en attente de leur retraite et de plus jeunes individus assurant des conditions de vie décentes par la pratique intermittente de petits boulots.

- La **phase d'habitude** correspond à l'existence d'individus dont la vie est organisée, depuis un certain temps, autour de réseaux de survie individualisés et/ou collectifs. C'est une période de dégradations qui ne se restreint plus au seul domaine de l'emploi, mais s'étend aux sphères du logement, de la sociabilité et de l'accès aux droits sociaux élémentaires. L'utilisation des ressources informelles et/ou formelles (pour se loger et subvenir aux besoins élémentaires) est très répandue mais, pour autant, ne permet pas d'assurer un cadre de vie stable. Nous avons resitué 224 personnes de notre échantillon dans cette phase de précarisation. Toutes accusent des manques socio-économiques étendus et durables : incapacité à assurer un logement indépendant, éloignement marqué du marché formel du travail et carences en termes de protection sociale. Cependant, si la nature et la persistance des déficiences observées sont assez proches, elles sont issues de trajectoires et de contextes fortement différenciés et leur ampleur demeure relativement variable. Pour tenir compte de ces différences, trois niveaux de précarité ont été distingués au sein de cette phase. Au *niveau 1* se trouvent 103 personnes, essentiellement des étrangers ayant un titre de séjour provisoire (44 %) ou sans papiers (24 %), dont la situation vis-à-vis de l'emploi est très défavorable (42 % ont un emploi précaire et 56 % ne travaillent pas) et dont les conditions de logement sont instables (64 % d'entre eux sont logés chez des proches ou en institution). Près d'un quart de ces personnes n'ont pas de couverture maladie. Au *niveau 2* de cette phase sont regroupées

43 personnes, toutes françaises, sans emploi et sans couverture maladie. 44 % d'entre elles sont logées par des amis ou en institution et 30 % ont des conditions de logement très précaires. Enfin, au *niveau 3* sont regroupées 78 personnes, également toutes sans emploi, logées par des amis ou en institution dans 85 % des cas ou dans des conditions très précaires (14 % des cas). Ce groupe compte 37 % d'étrangers sans papier. Mais 40 % de ces personnes bénéficient d'une couverture maladie (probablement des Français disposant d'une protection sociale spécifique).

- Enfin, la **phase de sédentarisation** représente le stade le plus avancé des processus de précarisation, à savoir un état de dénuement à l'égard de l'ensemble des objets sociaux. Parmi les consultants enquêtés, 190 personnes paraissent en situation de " grande précarité ", que nous avons séparées en deux groupes dont les expériences nous semblent un peu différentes. Dans les deux groupes toutefois, les déficiences sont généralisées et profondément ancrées, les réseaux de solidarité formels et informels épuisés, très restreints ou rejetés. Le *niveau 1* concerne un groupe de 60 personnes, toutes étrangères, dont 89 % sont sans papiers, n'ayant ni emploi, ni couverture sociale. Les deux tiers d'entre eux sont logés par des amis ou des institutions et un tiers n'ont pas de domicile fixe. Le *niveau 2* concerne 130 personnes, Français et résidents étrangers, qui sont presque tous sans emploi, ont des conditions de logement très précaires (squat, hébergement d'urgence, rue...), mais qui bénéficient d'une protection sociale, sans doute par le biais d'aides spécifiques.

Il faut tout de même rappeler que nous saisissons la position sociale et économique des individus à un instant donné et que celle-ci est susceptible d'évoluer dans le temps. Les quatre phases de précarisation considérées correspondent bien à des stades et des degrés distincts de précarisation, mais les processus sous-jacents ne sauraient constituer un phénomène univoque et irréversible.

3.2.1. Nombre cumulé de motifs cochés par le médecin

Le Tableau 15 s'intéresse à l'importance et la nature des écarts bruts du nombre moyen de motifs de recours par consultation selon le niveau de précarité des patients.

L'analyse de ces données est complexe. Le nombre de motifs de recours ne semble pas augmenter systématiquement avec le degré de précarisation. En fait, ce serait presque le cas si les premiers niveaux des phases *d'habitude et de sédentarisation* n'avaient pas un nombre de motifs aussi bas. Or, ce qu'ont en commun ces deux classes, c'est qu'elles se composent d'une large majorité d'étrangers : 72 % dans la première et 100 % dans la seconde, qui sont le plus souvent dans une situation administrative instable (titre de séjour provisoire ou " sans papiers ").

Tableau 15
Nombre moyen de motifs selon le degré de précarisation

Phases de précarisation	Effectif	Nombre moyen de motifs
Précarité limitée	56	1,96
Fragilisation	120	2,23
Habitude Niveau 1	103	1,95
Habitude Niveau 2	43	2,32
Habitude Niveau 3	78	2,27
Sédentarisation Niveau 1	60	1,97
Sédentarisation Niveau 2	130	3,12
Total	590	2,34

Source : Enquête Précalog 1999-2000, IRDES.

3.2.2. Fréquences comparées des grands types de motifs de recours aux soins

L'analyse comparée des fréquences des motifs de consultation des patients permet d'affiner le profil des recours aux soins de santé selon le degré de précarisation (cf. tableau n° 16 page 60).

Nous pouvons distinguer trois principaux groupes de motifs : ceux dont la fréquence augmente avec le degré de précarisation, ceux qui sont au contraire plus fréquents dans les groupes les moins précarisés et enfin, les motifs qui semblent spécifiques à certains profils de précarisation.

Les motifs dont la fréquence est croissante avec le degré de précarisation

Pour deux groupes de motifs, les fréquences d'occurrence sont croissantes avec le degré de précarisation.

Ainsi, les troubles bucco-dentaires augmentent régulièrement, avec néanmoins un décrochage pour la classe des étrangers sans papiers en phase de *sédentarisation*. Ils sont presque trois fois plus importants chez les personnes très précarisées que chez les consultants les moins précarisés⁴¹.

Les affections de la sphère ORL ou pneumologique augmentent également régulièrement avec le degré de précarité. Elles touchent un consultant sur sept lorsque la précarité est *limitée*, un individu sur quatre lors des phases de *fragilisation et d'habitude* pour culminer à deux individus sur sept pour les individus sans domicile. Là aussi, on note deux décrochages à cette croissance régulière, qui correspondent aux deux classes d'étrangers en situation administrative précaire des phases *d'habitude et de sédentarisation*.

Des motifs de recours plus fréquents parmi les publics les moins précarisés

En revanche, quatre types de motifs apparaissent comme ayant plus fréquemment motivé une consultation parmi les patients les moins défavorisés.

Pour trois pathologies, les différences observées opposent les individus apparentés aux phases de *précarité limitée* et de *fragilisation* aux phases *d'habitude* et de *sédentarisation*. Ainsi, les motifs endocrino-métaboliques apparaissent pour respectivement 14,3 % et 11,7 % des consultants des deux premières phases contre respectivement 6,3 % et 9,5 % des individus des deux dernières phases. De même, les " autres diagnostics ", qui englobent notamment les consultations de prévention, sont nettement plus fréquemment signalés parmi les deux groupes d'individus ayant les conditions les moins dégradées (15,9 % en moyenne contre 9,7 % des individus apparentées aux phases d'habitude et de sédentarisation). En revanche, si les diagnostics " cardio-vasculaires " sont 1,3 à 1,6 fois plus fréquents parmi les deux groupes les moins précarisés, c'est pour partie lié à un effet âge et sexe

41. Pour une étude approfondie sur ce point, le lecteur pourra se reporter au rapport spécifiquement dévolu à l'état de santé bucco-dentaire (Beynet et al., 2002).

(le test d'hypothèse d'égalité des moyennes, après redressement sur l'âge et le sexe, se révèle peu significatif). Enfin, le recours pour des troubles oncologiques, hématologiques ou infectieux est très nettement sur-représenté parmi les individus en situation de *précarité limitée*, puisque pour 7 % d'entre eux au moins une de ces affections est décelée contre seulement 3 à 4 % dans les autres groupes.

Des motifs de recours inégalement représentés dans certains groupes spécifiques

L'observation de la fréquence des motifs "psychiatriques" met en évidence un phénomène déjà repéré dans certaines études⁴² sur les liens entre santé mentale et processus de précarisation. Si la proportion d'individus en "état de souffrance psychique" est importante pour l'ensemble des patients des centres de soins gratuits, elle se différencie nettement selon leur degré de précarisation, et ce, de manière non linéaire (tableau 16).

Par rapport aux patients les moins défavorisés (dont près d'un quart présentent déjà des problèmes d'ordre psychique), les phénomènes de rupture (licenciement, divorce, décès d'un proche, accidents...) ou de glissement (précarisation de l'emploi...) qui marquent communément l'entrée réelle dans la précarité - phase de *fragilisation* - s'accompagnent d'un très fort accroissement de la fréquence d'occurrence des diagnostics psychiatriques (32,5 %). La perte d'un "objet social"⁴³ élémentaire engendre, dans un premier temps, un choc émotionnel qui peut se traduire par des sentiments de perte des repères statutaires, de l'estime de soi ou de dévalorisation sociale et se conjuguer avec l'oppression de l'incertitude du devenir. Aussi, on comprend que pendant cette phase, l'équilibre psychique et identitaire des individus se trouve fortement déstabilisé ; déstabilisation d'autant plus pathogène

qu'elle interagit avec une altération de la présentation de soi, des relations à autrui et souvent un affaiblissement des supports sociaux mobilisables (retrait de certains proches) ou effectivement mobilisés (sentiments de honte, d'humiliation ou de dévalorisation qui paralysent le recours à des ressources potentiellement disponibles).

En revanche, lorsque les situations de précarité se pérennisent - phase *d'habitude* -, certains individus parviennent à "s'adapter" et à mobiliser de nouvelles ressources (formelles et/ou informelles) et de nouveaux supports sociaux afin de restructurer "l'éclatement identitaire" subi en reconstruisant leur trajectoires, leurs relations et leurs appuis sociaux pour affronter l'âpreté des conditions de vie avec un nouvel équilibre⁴⁴. On observe ainsi que parmi les consultants assimilés à la phase *d'habitude*, seuls ceux du niveau 3 présentent une occurrence élevée de troubles psychiatriques, équivalente à celle observée dans la phase de *fragilisation*.

Les deux groupes d'individus apparentés à la phase de *sédentarisation* se différencient nettement. Dans le premier groupe, formé exclusivement d'étrangers sans papiers, les troubles psychiatriques sont, relativement, près de deux fois moins importants (23,3 %) que dans le deuxième groupe, formés de consultants français ou étrangers résidents en situation de très grande précarité matérielle.

Le même phénomène, à savoir une plus forte occurrence pendant les phases de *fragilisation* et de *sédentarisation*, est observé pour les motifs génito-urinaire et obstétrique, bien que les écarts enregistrés soient de moindre amplitude. De plus, les tests d'égalité des moyennes indiquent qu'il s'agit davantage d'un effet âge et sexe que d'une différence liée aux conditions sanitaires de vie.

42. Voir notamment, Une souffrance qu'on ne peut plus cacher, 1994, Rapport " Ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale ".

43. "Objet social" comme l'entend Jean Furtos (Furtos, 1999) à savoir "quelque chose de concret comme le travail, l'argent, le logement, la formation, les diplômes [...] qui donne un statut, une reconnaissance d'existence, une valeur et autorise des relations."

44. Concernant l'apprentissage à gérer des situations pérennes de précarité et le travail de reconstitution de nouvelles bases de ressources, voir notamment M. Arène, M. Brunteaux, M. Joubert, C. Lanzarini, A. Perret, S. Touze, Perturbations. Santé mentale et confrontations aux difficultés de la vie quotidienne, 1996, RESSCOM, MiRe.

Tableau 16
Fréquences des motifs de recours selon le degré de précarisation

Taux de prévalence des différents diagnostics selon le degré de précarisation	Précarité limitée (56 individus)	Phase de fragilisation (120 individus)	Phase d'habitude Niveau 1 (103 individus)	Phase d'habitude Niveau 2 (43 individus)	Phase d'habitude Niveau 3 (78 individus)	Phase sédentarisation Niveau 1 (60 individus)	Phase sédentarisation Niveau 2 (130 individus)	Ensemble (590 individus)
Catégories de diagnostics	Fréquence	Fréquence	Fréquence	Fréquence	Fréquence	Fréquence	Fréquence	Fréquence
Psychiatrie	23,2 %	32,5 %	17,5 %	32,6 %	25,6 %	23,3 %	45,4 %	30,0 %
<i>Problèmes addictifs</i>	7,1 %	17,5 %	6,8 %	16,3 %	16,7 %	6,7 %	24,6 %	14,9 %
<i>Manifestations psycho-fonctionnelles</i>	16,1 %	21,7 %	13,6 %	18,6 %	19,2 %	20,0 %	29,2 %	20,7 %
<i>Problèmes psychiatriques lourds</i>	3,6 %	3,3 %	1,0 %	7,0 %	2,6 %	0,0 %	10,0 %	4,2 %
ORL et pneumologie	14,3 %	24,2 %	19,4 %	27,9 %	30,8 %	26,7 %	29,2 %	24,9 %
Bucco-dentaire	12,5 %	20,0 %	24,3 %	27,9 %	23,1 %	16,7 %	35,4 %	24,1 %
Appareil locomoteur et traumatismes	23,2 %	15,8 %	26,2 %	14,0 %	21,8 %	18,3 %	26,9 %	21,7 %
Ophthalmologie	5,4 %	13,3 %	11,7 %	18,6 %	14,1 %	10,0 %	20,8 %	14,1 %
Appareil digestif	16,1 %	12,5 %	13,6 %	18,6 %	20,5 %	21,7 %	19,2 %	17,0 %
Autres diagnostics	14,3 %	16,7 %	4,9 %	11,6 %	11,5 %	6,7 %	13,1 %	11,5 %
<i>Prévention, vaccination</i>	1,8 %	5,0 %	1,0 %	2,3 %	5,1 %	5,0 %	4,6 %	3,7 %
<i>Visite systématique</i>	5,4 %	0,8 %	0,0 %	0,0 %	1,3 %	0,0 %	1,6 %	1,2 %
Dermatologie	10,7 %	9,2 %	19,4 %	18,6 %	11,5 %	11,7 %	18,5 %	14,4 %
Cardio-vasculaire	14,3 %	14,2 %	11,7 %	4,7 %	6,4 %	1,7 %	15,4 %	11,0 %
Neurologie	8,9 %	10,0 %	8,7 %	25,6 %	9,0 %	11,7 %	15,4 %	12,0 %
Endocrino-métabolique	14,3 %	11,7 %	6,8 %	7,0 %	5,1 %	8,3 %	10,0 %	9,2 %
Oncologie, hémathologie et pathologies infectieuses spécifiques	7,2 %	3,3 %	2,9 %	0,0 %	7,7 %	3,3 %	3,1 %	3,9 %
<i>Infectieux</i>	3,6 %	0,8 %	1,9 %	0,0 %	7,7 %	3,3 %	2,3 %	2,7 %
Génito-urinaire et obstétrique	7,1 %	10,8 %	6,8 %	4,7 %	10,3 %	16,7 %	8,5 %	9,3 %
<i>Grossesse</i>	0,0 %	2,5 %	1,0 %	2,3 %	2,6 %	1,7 %	0,8 %	1,5 %
<i>Troubles gynécologiques</i>	1,8 %	5,0 %	4,9 %	2,3 %	1,3 %	8,3 %	1,5 %	3,6 %
<i>Autres diagnostics</i>	8,9 %	3,3 %	1,9 %	0,0 %	6,4 %	6,7 %	6,9 %	5,1 %

(*) Il s'agit de la fréquence des personnes déclarant au moins un des motifs considérés. C'est pourquoi, la somme des fréquences par sous-catégorie de motifs est supérieure ou égale à la fréquence de la catégorie.

Source : Enquête Précalog 1999-2000, IRDES.

3.2.3. Analyse détaillée des motifs psychiatriques de recours aux soins selon le degré de précarisation

Si les dynamiques de précarisation bouleversent les équilibres psycho-identitaires *via* la déstabilisation des bases sociales, elles engagent également des stratégies d'adaptation aux bouleversements qui, lorsqu'elles sont bien maîtrisées, peuvent permettre aux individus de rendre réversibles les traumatismes psychiques ou de se prémunir de dérives addictives.

Le tableau 16 (page précédente) précise, pour chacun des trois grands types de troubles psychiatriques identifiés dans l'enquête, la fréquence d'occurrence selon le niveau de précarisation des patients à la date de leur consultation. La plus forte occurrence des troubles psychiatriques pendant les phases de fragilisation et de sédentarisation trouve son origine dans deux types de problèmes : les dépendances addictives et les manifestations psycho-fonctionnelles.

Les dépendances addictives (surtout l'alcool) touchent près d'un individu sur cinq pendant ces phases alors qu'elles ne sont repérées que pour 7 % des patients les moins démunis (*précarité limitée*) et pour 12 % des individus apparentés à la phase d'habitude.

Une explication plausible à ce fort engagement dans les conduites addictives consiste à considérer de telles dérives comme des modalités de réponse aux bouleversements qui affectent le quotidien des individus. Une telle piste (vers laquelle de nombreuses contributions à l'ouvrage *Précarisation, risque et santé*⁴⁵ abondent) envisage les comportements à risque à la fois comme l'expression d'une souffrance psychosociale - dans le sens d'expression de la détresse - et comme une tentative de dépasser cette souffrance, le plus souvent à défaut d'autres supports sociaux (famille, amis, travail...). Plus qu'une vision simplificatrice de la relation psychotropes-précarité en termes de cause ou de conséquence, il s'agit de replacer les comportements addictifs comme des phénomènes interagissant avec les processus de précarisation (Facy, Dally et Rabaud, 2001). En partant de ces fondements, on peut alors comprendre les différences observées des diagnostics d'alcoolisme et de toxicomanie selon les phases de précarisation : des individus fragilisés par l'incertitude de leur devenir et l'affaiblissement des supports sociaux habituellement mobilisables face aux difficultés quotidiennes (emploi, famille, relations amicales...), sont davantage enclins à s'engager ou à amplifier des consommations addictives, consommations qui fonctionnent comme mode de réponse (par défaut) à une disqualification sociale et qui, en retour, tendent à accélérer les processus de vulnérabilisation mentale - moindre mobilisation de soi, amplification de la dégradation de son image et du sentiment de culpabilité - et à éloigner les chances de réinsertion. En revanche, lorsque les conditions de précarité sont ancrées, certains individus ont pu reconstruire des bases socio-relationnelles, certes fragiles, mais qui peuvent leur permettre de se prémunir ou de pallier les dérives addictives. Enfin, au stade de la sédentarisation ou de la grande précarité, si l'alcool et les autres substances psychoactives entretiennent la précarité et l'exclusion, ils sont avant tout les produits que les sujets utilisent afin de la supporter en restreignant au maximum les états de lucidité quant à une déchéance qui leur serait insupportable (Maison-dieu, 2001).

Les manifestations psycho-fonctionnelles (angoisses, anxiété, troubles du sommeil, dépression...) sont pour 21,7 % des individus fragilisés et 26,3 % des individus les plus démunis un motif de recours alors que " seul " un individu sur six présente ce type de symptômes dans les deux autres groupes.

Si les individus sont " en souffrance ", dans la double acception d'attente suspendue et de douleur psychique⁴⁶, les personnes *fragilisées* relèveraient donc davantage de symptômes de nervosité, d'anxiété, de phobie sociale et de perte de confiance en soi quant à leur avenir. En revanche, les individus les plus précarisés tendraient davantage à manifester leur souffrance psychosociale dans le cadre d'un repli sur soi, d'une usure psychologique pouvant mener jusqu'à la perte de l'image de soi et de son corps et la difficulté à ressentir et exprimer ses besoins, difficultés et émotions.

Les troubles psychiatriques dont souffrent notre population ne relèvent donc que peu de la psychiatrie lourde (troubles de la personnalité, psychoses...) et sont très majoritairement l'expression d'une détresse psychologique liée à la précarité, à la dévalorisation de leur situation et aux

Les troubles psychiatriques dont souffrent notre population ne relèvent donc que peu de la psychiatrie lourde (troubles de la personnalité, psychoses...) et sont très majoritairement l'expression d'une détresse psychologique liée à la précarité, à la dévalorisation de leur situation et aux

45. Ouvrage collectif édité par M. Joubert, P. Chauvin, F. Facy et V. Ringa, *Précarisation, risque et santé*, 2001, Editions INSERM

46. Docteur C. Massardier, Bilan du suivi médical des bénéficiaires du Revenu Minimum d'Insertion, SIMTR de Roanne.

réponses comportementales. Il faut toutefois remarquer que ces troubles majeurs sont un motif deux à trois fois plus fréquents pour les personnes les plus démunies - soit 6,8 % d'entre elles⁴⁷ - que pour les autres patients. Schématiquement, une telle sur-représentation est le fait de trois phénomènes distincts.

Premièrement, les troubles de la personnalité, en perturbant l'insertion sociale et le cadre relationnel des individus, tendent à les surexposer à des situations d'exclusion. Il s'agit probablement de la situation la plus marginale (cas de jeunes sujets dont la pathologie n'a pas été détectée ou n'a pas eu, au début, une intensité telle qu'elle ait conduit à une orientation psychiatrique⁴⁸ et à des formes de protection médico-sociale contre un processus d'exclusion).

Deuxièmement, les processus de précarisation conjugués aux pratiques addictives sont génératrices de pathologies psychiatriques lourdes, en

particulier des formes aiguës de déconnexion de la réalité qui peuvent être perçues, soit comme une désagrégation de la structure de la personnalité, soit comme le seul mode d'adaptation inconsciemment adopté pour survivre à une réalité insupportable.

Enfin, et c'est là très probablement la modalité la plus fréquente, processus de précarisation et graves troubles psychiatriques sont intriqués. La forte interaction entre dégradation des conditions de vie et effritement de l'équilibre psychique et comportemental des individus se combinent alors, amenuisant ainsi les chances de réinsertion des individus et accélérant les comportements d'exclusion et d'auto-exclusion. Pour reprendre les propos de Furtos, (1999) : pour les personnes en situation de grande précarité, "le problème, pour ne plus souffrir certaines souffrances extrêmes (terreur, désespoir, agonie psychique), c'est que l'on est obligé de s'exclure de soi-même, de ne plus sentir, de ne plus ressentir, et d'utiliser des mécanismes psychiques de rupture extrêmement coûteux du type clivage, déni, projection. A ce stade, l'exclusion sociale se double d'une auto-exclusion psychique. Les ruptures du lien social s'accompagnent de problèmes de santé graves sur le plan somatique et du comportement et l'on peut dire que la souffrance, non assumée par le sujet, peut, tout au plus être portée par les aidants".

47. Nous retrouvons ici un résultat assez proche de l'étude de V. Kovess, C. Mangin-Lazarus, (*La santé mentale des sans abris dans la ville de Paris*, 1996, Association l'Elan Retrouvé) puisque, sur un échantillon représentatif de 838 personnes usagers des accueils de courte ou longue durée ou des lieux de restauration gratuite, les auteurs trouvent que la prévalence identifiée, à un moment donné pour les 6 derniers mois, d'un trouble psychotique actif est de 6%.

48. M. Roy, Les soins psychiatriques aux exclus, 1996, La Lettre du PSYGE n°6.

4. Rapport au corps, aux soins et à la santé des consultants de centres de soins gratuits

4. Rapport au corps, aux soins et à la santé des consultants de centres de soins gratuits

Les parties précédentes ont permis, à partir du questionnaire statistique, de dresser un portrait précis des spécificités des motifs de recours aux soins des consultants de centres de soins gratuits par rapport à ceux observés en population générale et selon le degré de précarisation. Elles dévoilent une forte sur-représentation des motifs pour troubles psychosomatiques, problèmes de toxicomanie et gênes de la mobilité et de la motricité. D'autre part, de nombreuses études ont indiqué qu'il s'agissait plus souvent de pathologies aggravées que de pathologies spécifiques (Chauvin, Lebas, 1998). Si la plus forte exposition du corps à de tels troubles peut être rapprochée de conditions de vie souvent insalubres, elle est également fortement soumise aux bouleversements identitaires 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 (4.1.), des soins (4.2.) ou encore des institutions socio-médicales (4.3.) peuvent se trouver profondément modifiés. Lorsque ces dimensions s'expriment sous la forme de retard 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. Pour ce faire, il nous a semblé nécessaire de mettre en regard des analyses sociologiques des entretiens recueillis (cf. annexe 3)⁴⁹ à des analyses plus statistiques.

49. Les passages en italique et placés entre guillemets correspondent à des citations issues de ces entretiens.

4.1. Les logiques de gestion du corps et de la maladie

4.1.1. Les logiques de gestion de la maladie

Dans les entretiens recueillis auprès de nos 24 interlocuteurs, trois principales logiques de gestion de la maladie s'opposent.

Gestion de la maladie et rapport utilitariste au corps

D'un côté, une faible majorité (13 individus sur 24) maîtrise d'une certaine manière leurs 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.

A l'opposé, les 11 autres patients interviewés 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.

Impuissance à prendre en charge une maladie angoissante

Dans un premier sous-groupe, six 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 elle⁵⁰. 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 jouent bien entendu un rôle essentiel. Ainsi, si **Zita** est persuadée d'être touchée par une grave maladie " héréditaire " au cœur, elle n'a jamais consulté pour être diagnostiquée et éventuellement traitée (" *C'est la maladie de la famille. C'est le destin.* ").

Psychosomatisme et abatement face à la maladie

Dans un 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 santé⁵¹. 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 " maladies-sanction " ⁵².

50. 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.

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

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

4.1.2. Rapport général au corps

Le corps comme mode d'expression de la détresse et des expériences

Dans les entretiens réalisés, 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, parmi les personnes rencontrées au cours des entretiens et souffrant de toxicomanie, 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 récipient 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 avec les violences subies pendant leur enfance et, de manière plus explicite, en rapport avec des ruptures soudaines d'ordre professionnel, sentimental ou familial. Tenailés 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.

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 initiale⁵³. 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).

18 des 24 personnes interviewées se disent " *ré-*

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

sistantes " 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 semblent jouer un rôle primordial dans les comportements d'auto-soin, le retard aux soins et la mauvaise observance des prescriptions.

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**).

4.2. Les rapports aux soins des consultants de centres de soins gratuits

Le rapport des individus à l'égard des soins peut être 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, à partir du questionnaire comme des entretiens réalisés.

4.2.1. Modes de réactions à un épisode douloureux

4.2.1.1. 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 (Baromètre Santé 2000).

De plus, un individu sur sept ne s'est pas prononcé sur cette question - alors qu'une telle non réponse n'existe tout simplement pas dans l'échantillon de référence.

Les individus ayant déclaré une telle douleur, devaient alors décrire quelle avait été alors leur(s) réaction(s). 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 hospitalière⁵⁴.

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

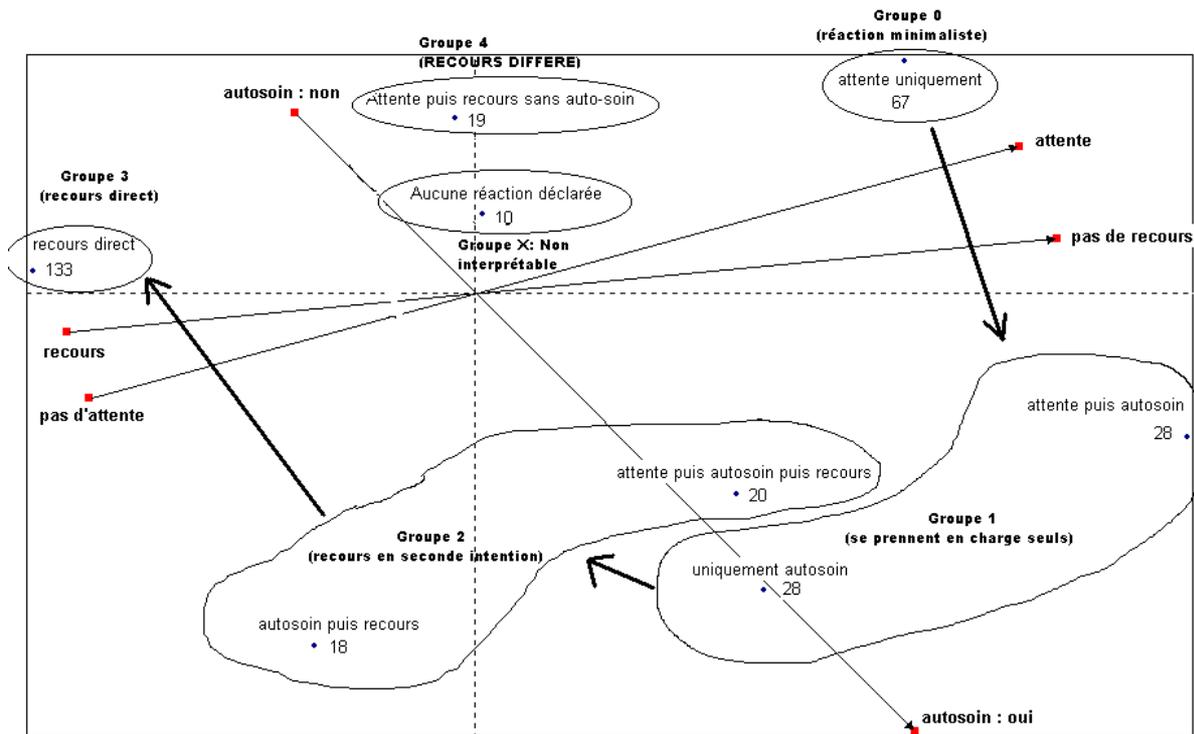
4.2.1.2. Les logiques de réactions à un épisode douloureux

Les individus témoignent d'une grande diversité de réactions à la douleur, puisqu'ils tendent à les combiner. Une analyse des correspondances multiples (ACM) permet de mieux saisir la diversité des logiques de prise en charge d'un épisode douloureux.

Le premier plan factoriel (graphique 5) 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.

54. Ces deux recours médicalisés seront ici jugés comme proches. 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 revêt moins de sens pour les plus démunis.

Graphique 5
Logiques de réaction(s) à un épisode douloureux



Source : Enquête Précalog 1999-2000, IRDES

Le graphique distingue clairement cinq grands groupes :

- 133 individus - soit 41 % des individus concernés par un épisode douloureux au cours des douze derniers mois - 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.
- 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 d'attente**. Par ailleurs, il est probable que les 10 individus n'ayant indiqué aucune réaction

à cet événement douloureux (4 %) soient proches 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 financiers⁵⁵, absence de protection sociale ou stigmatisation de leurs conditions de vie -, soit des choix individuels - relativisation (et valorisation) de la douleur, confiance limitée en la médecine ou inutilité du re-

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

cours (*logique d'abandon de soi* ou, au contraire, de toute puissance du corps).

Enfin, il faut souligner l'importance des comportements d'automédication puisque, dans l'enquête par questionnaire, 30 % des sujets ayant déclaré un épisode douloureux ont notifié de telles pratiques. Ce point sera approfondi par la suite, en s'appuyant plus spécifiquement sur les entretiens recueillis.

4.2.1.3. 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 grande⁵⁶. 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. Il est donc intéressant de voir comment se modulent les réactions des 323 patients de centres de soins gratuits ayant déclaré un épisode douloureux au cours des 12 derniers mois en fonction de la localisation douloureuse.

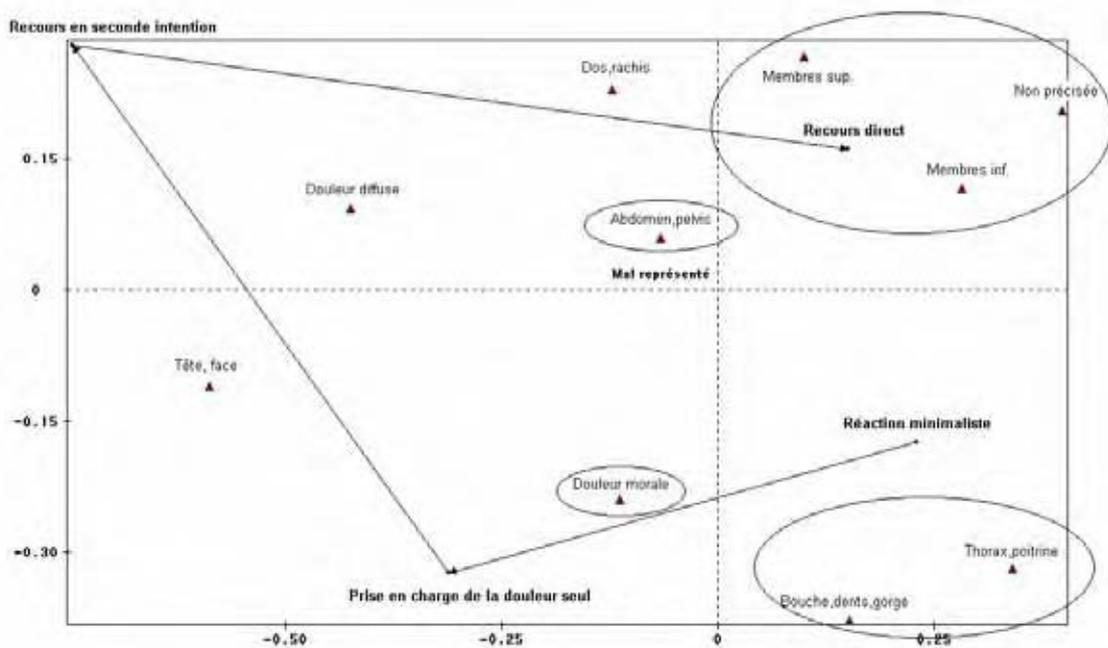
56. P. Adam, C. Herzlich, *Sociologie de la maladie et de la médecine*, 1994, Editions Nathan.

Pour ce faire, la méthode de l'analyse factorielle des correspondances (AFC) permet une interprétation simple et lisible du tableau de contingence croisant les quatre principales logiques de prise en charge avec la localisation du foyer douloureux⁵⁷. Une telle démarche est légitimée par le fait que la somme des lignes et la somme des colonnes ont un sens dans ce tableau 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 (graphique 6).

57. 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.

Graphique 6
Logiques de prise en charge de la douleur selon sa localisation



Source : Enquête Préalog 1999-2000, IRDES

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.

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 avale 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-tendrait 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 motiverait 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 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. Ces éléments 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 sur 24 dans les entretiens. Pour **Mounir, Henri, Pierre et Jammad** (qui exercent ou exerçaient des travaux ouvriers), ainsi que chez **Laetitia 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.

4.2.2. Observance des prescriptions et propension à l'automédication

De manière générale, les prescriptions de médicaments semblent bien respectées. 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. Cependant, les entretiens semi-directifs menés en parallèle 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.

4.2.2.1. Déterminants économiques de l'observance des prescriptions

Dans les 24 entretiens recueillis, 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.

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

A la mauvaise observance dans le temps se mêle des attitudes d'observance limitative de la prescription. Devant une liste assez longue de médicaments, il apparaît que certains individus interviewés vont choisir de prendre tel(s) médicament(s) et pas tel(s) autre(s), 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. 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 arrêter 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 dévelop-

pés 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 (rebouteux, guérisseurs, marabouts...). Cependant, les individus conçoivent de telles pratiques comme un complément et non un substitut à la médecine moderne.

Par ailleurs, le rejet ou la méfiance vis-à-vis des médicaments ne concernent souvent qu'un type circonscrit de prescriptions. Dans les entretiens recueillis, 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 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.

Ce serait donc l'incompatibilité entre *les thérapeutiques soustractives* (Laplantine, 1986) - 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.

4.2.3. Comportements d'automédication

Les personnes qui ne respectent pas ou que partiellement les prescriptions médicales se caractérisent également par une nette tendance à prendre en charge seules leurs 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 leurs problèmes 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, et non aux femmes et aux étrangers⁵⁸.

4.3. Rapport aux structures médico-sociales

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

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 17 (ci-contre) montre que, dans notre échantillon statistique, 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 ces individus sont plutôt des personnes 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.

58. Pour la plupart d'origine maghrébine.

Tableau 17
Appréhension face à une visite médicale déclarée dans le questionnaire

Peur d'aller chez le médecin?		
	Effectif	Pourcentage
Oui	76	12,88
Non	461	78,14
Non réponse	53	8,98
Total	590	100,00

Source : Enquête Préalog 1999-2000, IRDES

Le facteur le plus explicatif de cette appréhension⁵⁹ est 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.

Les entretiens nous fournissent des pistes d'interprétation supplémentaires. Le manque d'informations, d'explications et de contacts humains des médecins y est très fréquemment reproché (**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.

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* ").

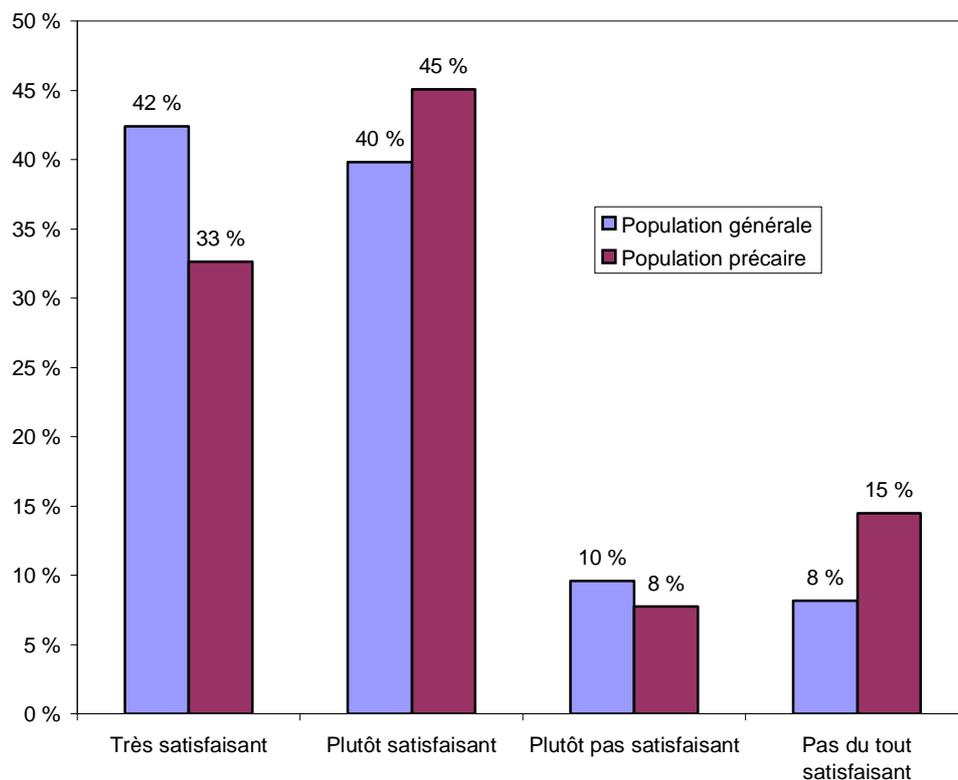
59. i.e. niveau de significativité du test d'indépendance du Chi-Deux le plus élevé.

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 parmi les 590 consultants de centres de soins gratuits contre 82 % dans l'échantillon issu du baromètre santé). Cependant, l'analyse détaillée

des réponses (graphique 7) 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 satisfaction (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 7
Satisfaction au traitement de la douleur : population générale versus population précaire
(après standardisation sur la structure par âge et sexe)



Sources : Enquête Précalog 1999-2000, IRDES & Baromètre Santé 2000 INPES.

Les entretiens permettent d'éclairer la genèse des sentiments d'insatisfaction rencontrés chez certains patients.

Des 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).

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

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'Humanitaire⁶⁰ élabore une typologie dynamique des formes que peut prendre le rapport aux centres de soins. Il décrit des " idéaux-types " fortement liés à la fidélisation au centre, ainsi qu'à l'ancienneté de la situation de précarité.

60. 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.

- La fréquentation ponctuelle, due à de récentes difficultés économiques, est généralement caractérisée par une *distançiation* 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. Elles 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 l'IRDES 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, 9 patients (4 femmes, 5 hommes) 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 très important d'accidents. Pourtant, il vit " *bien* " en faisant la manche, met son RMI sur son CCP et se 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.

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*⁶¹). 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 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".

61. Zita.

5. Les logiques de recours aux soins et leurs déterminants

5. Les logiques de recours aux soins et leurs déterminants

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 dernière 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 économiques, sociaux et psychologiques.

Grâce à une batterie riche et multiforme d'informations, nous pourrions 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 pourrions 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 (5.1.).

A l'aide de méthodes de régressions, l'objectif sera ensuite de comprendre quels sont les déterminants influant sur la propension à adopter telle ou telle *logique de recours aux soins* (5.2.). En particulier, l'enjeu sera de distinguer les poids relatifs que peuvent avoir les déterminants exogènes (objectifs) de la précarité (protection sociale, déficiences économiques, instabilité du logement...) et les déterminants endogènes (plus subjectifs - 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 principalement 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...) ?

5.1. Les logiques de recours aux soins

5.1.1. Objectifs et méthodologie

La méthodologie de construction de types homogènes de rapports aux soins est décrite en détail dans cette sous-partie (à la fin, le lecteur pourra trouver une synthèse de la logique appliquée en encadré 6).

Une vision globale des rapports aux soins

Le questionnaire 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 :

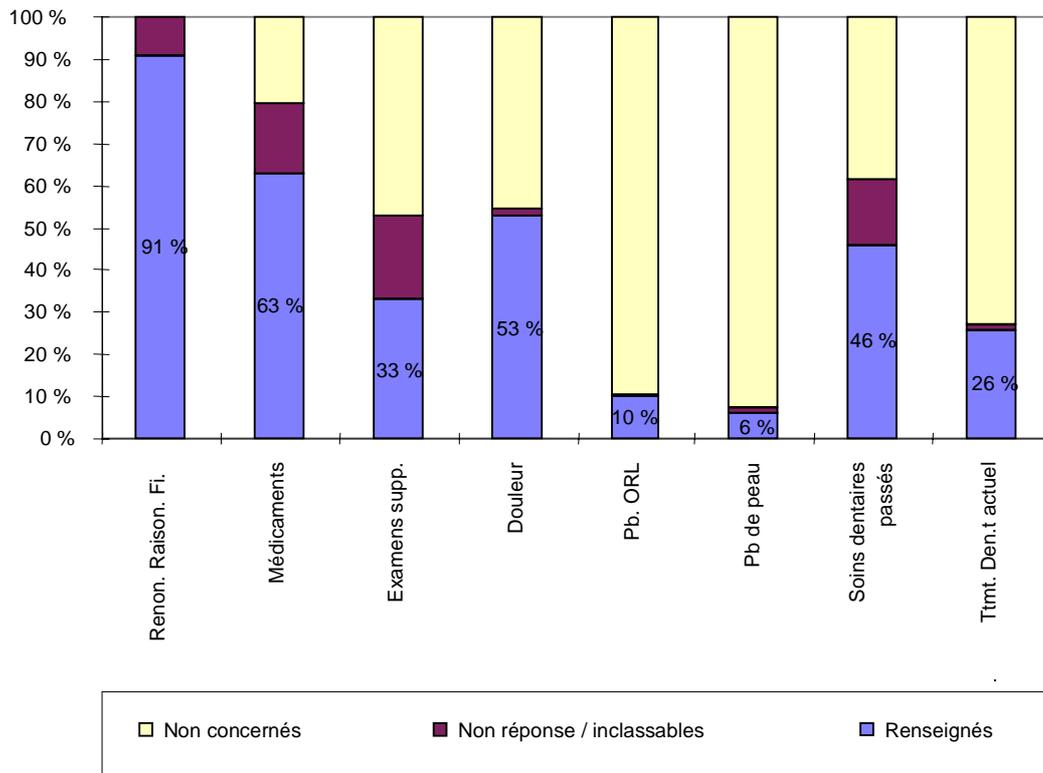
- le renoncement à des soins pour des raisons financières ;
- la réaction à un épisode douloureux ;
- le rapport à une prescription de médicaments (*observance totale, observance partielle, non observance*),
- le rapport à une prescription d'examens complémentaires (*observance, non observance*) ;
- l'historique d'un problème ORL détecté pendant la consultation (recours, non recours) ;
- l'historique d'un problème de peau détectée pendant la consultation (*recours, non recours*) ;
- les soins dentaires passés (*remplacement de toutes les dents manquantes, remplacement insuffisant des dents manquantes, non remplacement des dents manquantes*) ;
- 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.

A partir de ces informations, le but est de réaliser une typologie des logiques de recours aux soins.

Une information multiforme, inégale et hybride

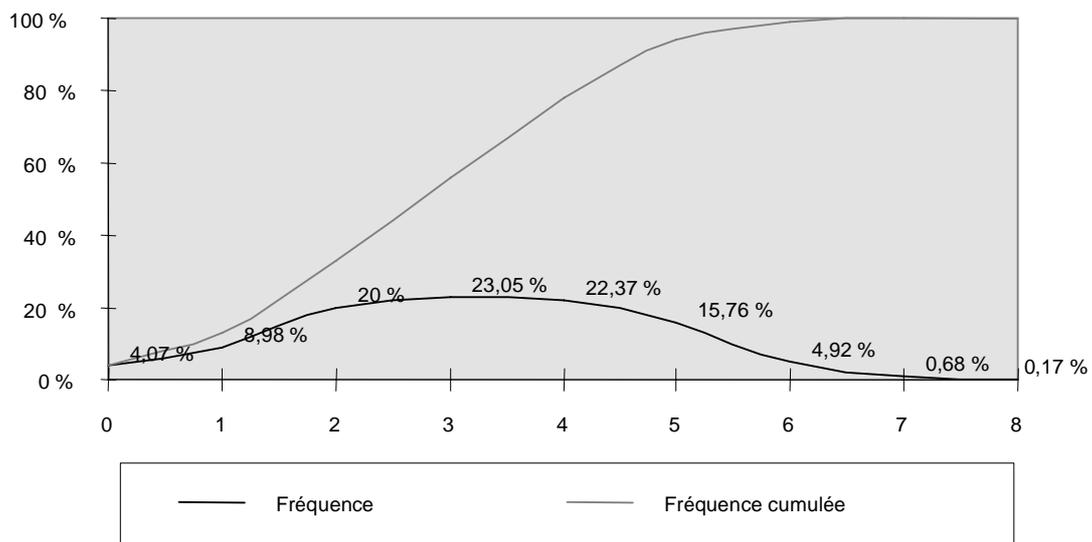
Ces différentes informations ne sont pas cependant renseignées de manière homogène, que ce soit en termes de nature (graphique 8) ou de quantité d'informations (graphique 9).

Graphique 8
Pourcentages d'individus renseignés sur nos 8 indicateurs



Source : Enquête Préalog 1999-2000, IRDES

Graphique 9
Fréquences du nombre d'indicateurs renseignés



Source : Enquête Préalog 1999-2000, IRDES

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. Il a donc 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. Cette restriction induit un biais de sélection : au sein de notre population, les individus présentant le moins de troubles de santé actuellement ou dans le passé sont les moins susceptibles de fournir des informations sur leurs *logiques de recours aux soins*.

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 huit classes d'individus selon leur niveau d'information sur quatre principales dimensions. 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 soins⁶².

Nous nous sommes donc restreints à deux classes regroupant au total 261 individus qui 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)⁶³.

62. 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.

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

- *Caractérisation 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 trois (ou quatre) 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 partiels sur les indicateurs s'y afférant et de diviser par le nombre de questions auquel l'individu a répondu⁶⁴ (cf. encadré 5).

64. Par exemple, pour un individu ayant répondu aux deux indicateurs afférant à la dimension de l'*observance d'une prescription* : s'il a été fait les examens supplémentaires éventuellement demandés par le médecin (i.e. score de 0) mais n'a 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.

Encadré 5

Mode de calcul de l'indice de renoncement sur chacune des dimensions

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 renonceur si il découvre un indice strictement inférieur ou égal à 0,3.
- Il est jugé moyennement renonceur 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.

Encadré 6

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 recours aux soins.

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 de refuser de prendre des médicaments prescrits.

Résolution :

A la vue des fortes inégalités tant en termes de richesse que du type 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 sur un même plan, 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, l'observance d'une prescription médicale et enfin la réaction face à un problème dentaire.

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 recours aux soins. Nous

avons choisi un critère de délimitation de la population étudiée volontairement drastique (personnes pour lesquelles on dispose d'information à la fois sur les dimensions du renoncement pour raisons financières, de la réaction face à une douleur ou une maladie et de l'observance) afin d'obtenir des groupes très interprétables et se révélant fiables pour 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.

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

Typologie des rapports combinés aux différentes dimensions des soins

En alliant analyses 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 soins⁶⁵.

La classification ascendante hiérarchique (CAH) fournit 8 groupes particulièrement homogènes de logiques de recours aux soins (le quotient inertie inter classe sur inertie totale vaut plus de 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 6 -, sont rangées selon la logique suivante : des individus qui renoncent les moins à des soins médicaux à ceux qui renoncent le plus fréquemment.

65. L'analyse des correspondances multiples (ACM) et la Classification ascendante hiérarchique (CAH) correspondants se trouvent en annexe 6. Il est à noter qu'elles portent sur les trois 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).

• 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 nécessités.

• 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 renoncateurs ". 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 renoncer 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).

Trois idéaux-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 trois idéaux-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 18
Trois idéaux-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"	"logique médicale en dépit de la contrainte financière"	"logique de recours différé?"	" logique de recours ponctuel?"	" Cumul des difficultés?"
89 individus	35 individus	62 individus	20 individus	55 individus
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 idéaux-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*.

Pistes interprétatives des logiques de recours aux soins

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

La mise en parallèle de ces logiques de recours aux soins avec les 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 (*rapports 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 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. Pour autant, parmi les personnes inter-viewées, la disposition d'un revenu ou de certaines ressources patrimoniales coïncide souvent 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.

5.2. Les déterminants des logiques de recours aux soins

5.2.1. Caractérisation des logiques de recours aux soins

Logiques de recours aux soins et caractéristiques sociodémographiques

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

- *La répartition par âge et sexe*

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 (près de 40 %) ou, à moindre niveau, à se référer à des *logiques de résistance aux soins* (25 %).
- En revanche, les personnes ayant entre 30 et 40 ans sont plus nombreuses à adopter des *logiques d'adhésion aux soins* (plus de

30 %) bien que subsistent chez nombre d'entre elles des réticences à initier une démarche de soins.

- *La situation familiale des individus*

L'analyse de la situation familiale confirme l'influence, latente 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 sentimentale 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, exprimé en particulier dans une moindre attention à la protection de soi.

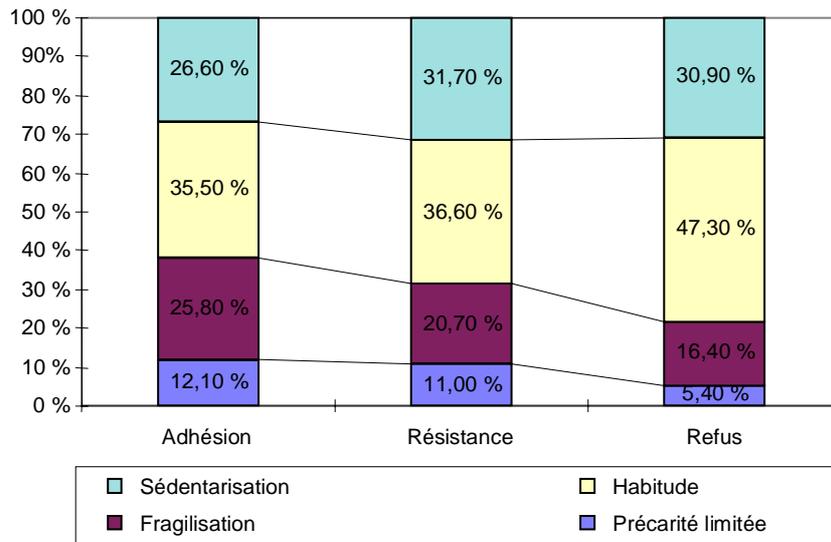
Logiques de recours aux soins et expériences de précarité

- *Une faible influence de l'expérience globale de précarité*

La comparaison du niveau de précarité - selon la typologie en quatre phases inspirés par Damon et Firdion (1996) - 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 (graphique 10).

- 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 - *phase d'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 égale entre les trois différentes logiques de recours. Si des logiques de mobilisation restreinte ou minimale sont bien présentes, elles sont contrebalancées par des comportements *d'adhésion aux soins*.

Graphique 10
Logiques de recours aux soins et niveau de précarité



Source : Enquête Préalog 1999-2000, IRDES.

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 plus démunis (sédentarisation), 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

En termes de conditions de vie, deux dimensions semblent principalement affecter le rapport aux soins (annexe 7) :

- 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 parviennent 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. Les écarts selon les taux d'inactivité sont très importants : respectivement 71 %, 80 % et 93 % parmi les logiques *d'adhésion*, de *résistance* et de *refus* à l'égard des soins médicaux.

- *Influence des variables endogènes de la précarité sur le rapport aux soins*

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 (annexe 7).

- 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, les personnes ne déclarant que peu de problèmes (0 ou 1) 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, dans une moindre mesure, comme explicative de formes prononcées de refus des soins puisque cette appréhension concerne un quart des individus ayant un rapport minimaliste aux soins, contre seulement une personne sur dix adoptant l'une des 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.

5.2.2. Les facteurs influents sur les logiques de recours aux soins

Méthodologie : recherche des déterminants et de leur poids relatif

Les analyses univariées ont permis de montrer que plusieurs grands types de variables semblaient influencer sur la relation aux soins des patients. Cependant, elles ne sont 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 logistique⁶⁶ 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*⁶⁷ - que l'on peut évaluer l'existence d'une telle influence mais aussi sa puissance explicative.

Les variables prises en considération dans ces trois analyses se décomposent en quatre grandes dimensions⁶⁸.

- *Les variables structurelles*

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*

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.

66. 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).

67. Les odds-ratio 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. Deux cas sont ainsi rencontrés : un odd-ratio supérieur à 1 pour une variable 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 non significativement influente sur la logique de recours aux soins étudiée.

68. L'ensemble de ces variables et de leurs modalités respectives sont décrites au début de l'annexe 8.

- *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 au cours de l'existence.

Résultats des régressions

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 (annexe 8⁶⁹). 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.

69. 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 (tableau 19) :

- 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 et suivre les soins nécessités (oddratio très significatif valant 0,43).

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

- Plus l'individu déclare être en mauvaise santé et plus il est disposé à adopter une logique d'adhésion aux soins (i.e. 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 consommation importante de tabac).

Tableau 19
Les facteurs influents sur la propension à adopter une logique d'adhésion

<i>Modélisation de la probabilité d'adopter une logique d'adhésion</i>			Intervalle de confiance à 95 %
Facteurs significativement influents*	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 Précalog 1999-2000, IRDES

- *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 (tableau 20) :

- 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 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'aille voir le médecin* ").

- D'autre part, un fort tabagisme 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 20
Les facteurs influents sur la propension à adopter une logique de résistance

<i>Modélisation de la probabilité d'adopter une logique de résistance</i>			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
<i>Précarité économique</i>	<i>1,75</i>	<i>0,98</i>	<i>3,1</i>
<i>Taille du centre</i>	<i>0,76</i>	<i>0,49</i>	<i>1,15</i>

Source : enquête Précalog 1999-2000, IRDES

- *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 statistiquement très significatifs (**tableau 21**).

- *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. 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. 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.

Pour autant, de tels résultats ne doivent pas faire oublier le rôle des déficiences matérielles, bien qu'elles se révèlent nettement moins significatives. Il semblerait ainsi que l'inactivité professionnelle concourt à augmenter les risques d'adopter des comportements médicaux minimalistes. L'absence de protection sociale jusqu'ici peu explicative des logiques de recours aux soins (de manière surprenante) apparaît également susceptible de surexposer les individus à un fort renoncement aux soins.

Tableau 21
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 Préalog 1999-2000, IRDES.

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 ou encore du manque de ressources financières.

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 don-

nent 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

Cette étude portant sur les motifs de recours aux soins de 590 consultants de centres de soins gratuits a permis de dégager plusieurs grands résultats. L'analyse 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 par rapport à la population générale. Les individus ont également 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 - liée à des problèmes relationnels et/ou affectifs et/ou à la dévalorisation de son image - plus qu'elles ne sont ontologiques.

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 qui affectent les personnes en situation de précarité. Dans des situations douloureuses, les ressources personnelles de protection de soi sont difficilement mobilisables. Or, une 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. Ainsi, 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. Cette hétérogénéité des modes et des degrés de précarisation se retrouvent lorsque l'on explore la nature des motifs de recours aux soins et les comportements adoptés par les individus. L'état de santé de notre population d'intérêt est en effet

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 psychosomatisme de troubles psychologiques.

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 soins⁷⁰. Par là même, est postulée que la gravité des troubles de santé et la désaffection face à une démarche de soins enregistrées parmi les individus en situation précaire sont 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.

Nous avons, dans ce rapport, pu distinguer trois idéaux-types de logiques de recours aux soins :

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

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). Il semble donc que 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 apparaîtrait 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. En effet, un même ensemble de phé-

nomènes 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.

Bibliographie

Bibliographie

- Agresti A. (1996) ; *An Introduction to Categorical Data Analysis*, John Wiley & Sons, Inc.
- Aguzzoli F., Le Fur P., Sermet C. (1994) ; *Clientèle et motifs de recours en médecine libérale*. CREDES (éd.). Paris : CREDES, 343 pages.
- Aïach P., Cèbe D. (Décembre 1989) ; "Symptômes et maladies déclarées". Essai de validation du questionnaire de l'enquête de l'INSEE: Etude des conditions de vie 1986-1987, INSERM, 200 pages.
- Arène M., Bruneteaux M., Joubert M., Lanzarini C., Perret A., Touze S. (1996) ; *Perturbations. Santé mentale et confrontations aux difficultés de la vie quotidienne*, RESSCOM, MiRe.
- Ben Jelloun T. (1997) ; *La plus haute de solitudes - misère affective et sexuelle des immigrés nord-africains*, Editions du Point.
- Beynet A., Menahem G. (2002) ; *Problèmes dentaires et précarité*, CREDES (éd.). Paris : CREDES, 148 pages, n° 1369.
- Blum L., Bourrat E. (1996) ; Pathologie cutanée de la misère. in : Dossier "Pathologie de la précarité et de la misère", *La revue du praticien* n° 46, pp. 1839-1843.
- Bocognano A. (1995) ; *Le recours aux soins médicaux des chômeurs en France*, CREDES (éd.). Paris : CREDES.
- Cambois E. (2004) ; *Les personnes en situation sociale difficile et leur santé in ONPES. Les travaux de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale 2003-2004*, La Documentation Française, pp. 101-126.
- Charbonnel J-M., Paugam S., Zoyem J-P. (1993) ; *Précarité et risque d'exclusion en France*, La Documentation Française, collection " Documents du CERC ", n°109.
- Chauvin P., Lebas J. (1998) ; *Précarité et santé*, Editions Flammarion.
- Chauvin P., Parizot I., Menahem G., Guiget M., Pech M., Lebas J. (1999) ; *Précar : trajectoires de précarité, états de santé et accès aux soins*, Rapport final à l'Inter Commission n° 6 de l'INSERM, Institut de l'Humanitaire, Paris.
- Chauvin P., Parizot I. (2005) ; *Santé et recours aux soins des populations vulnérables*, Paris, Editions INSERM.
- Collet M. (Septembre 2001) ; *Dynamiques de précarisation, modes d'adaptation identitaire et interactions avec les logiques de santé*, Mémoire de DEA de sociologie "Modes de vie et politiques sociales, consultable sur http://www.irdes.fr/En_ligne/ThesesMemo/precatot.pdf.
- Cong H. Q., Dupas P., Jacob A., Lecomte T., Luciolli E., Mizrahi Andrée, Mizrahi Arié, Rauna P. (1992) ; *Recours aux soins et morbidité des défavorisés 1988-1989-1990 : L'expérience de 6 centres associatifs de soins gratuits*. CREDES (éd.), 63 pages, n° 927.
- Damon J., Firdion J. M. (1996) ; *Vivre dans la rue : la question SDF. in : L'exclusion, l'état des savoirs*. Paugam Serge (éd.). La découverte.
- Declerck P., Henry P. (1996) ; Pathologie de la rue, *La revue du praticien* n° 46, pp. 1844-1848.
- Dupas P., Jacob A., Lecomte T., Loeffel J., Lombrail F., Luciolli E., Mizrahi A., Mizrahi A., Rauna P. (1990) ; *Recours aux soins et morbidité des défavorisés : l'expérience de 5 centres associatifs de soins gratuits*. CREDES (éd.), 87 pages.
- Facy F., Dally S., Rabaud M. (2001) ; *Alcoolisme et précarité. in : Précarisation, risque et santé*. Inserm (éd.). Paris ; pp. 351-363.
- Fassin D. (2000) ; *Santé des immigrés et des Français : méconnaissance de l'objet et objet de reconnaissance. in : Précarisation, risque et santé*. Inserm (éd.). Paris : INSERM.
- Firdion J. M., Marpsat M., Amossé T., Doussin A., Rochereau T. (2001) ; *Vie et santé des jeunes sans domicile ou en situation précaire*. Enquête INED, Paris et petite couronne, 1998. CREDES (éd.). Paris : CREDES, 85 pages, n° 1355.
- Firdion J. M., Marpsat M., Bozon M. (2000) ; *Est-il légitime de mener des enquêtes statistiques auprès des sans domicile ? Une question éthique et scientifique. in : La rue et le foyer*. Institut national d'études démographique (éd.). Presses universitaires de France Diffusion, pp. 127-150.
- Furtos J. (1999) ; *Contexte de précarité et souffrance psychique : quelques particularités de la clinique psychosociale*, Soins. Psychiatrie

n° 104, pp. 11-15.

Gouriéroux C. (1992) ; *Econométrie des Variables Qualitatives*, Économica (2e édition).

Jin R. L., Shah C. P., Svoboda T. J. (1995) ; *The impact of unemployment on health: a review of the evidence*, Canadian Association Medical Journal, pp. 529-540.

Khlat M., Sermet C. (2004) ; *La santé des chômeurs en France : revue de la littérature in "Revue d'Epidémiologie et de Santé publique"*, vol. 52, n° 3, 2004/10, pp. 465-474.

Kovess V., Mangin-Lazarus C. (1996) ; *La santé mentale des sans-abris dans la ville de Paris*. Association l'élan retrouvé (éd.). Paris.

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

Lazarus A., Strohl H., Arene M., Querouil O. (1994) ; *Une souffrance qu'on ne peut plus cacher* D.I.V.;D.I.R.M.I. ; 63 pages.

Leclerc A., Fassin D., Grandjean H. et al. (2000) ; *Les inégalités sociales de santé*. Inserm, La découverte (éd.). Paris : Inserm ; La découverte ; 448 pages.

Lecomte T., Mizrahi A., Mizrahi A. (1996) ; *Précarité sociale : cumul des risques sociaux et médicaux. Enquête sur la santé et les soins médicaux France 1991-1992*. CREDES (éd.), 85 pages.

Maisondieu J. (2001) ; *Alcool, alcoolisme, exclusion et précarité*. in : *Précarisation, risque et santé*. Inserm (éd.). Paris : Inserm, pp. 377-393.

Martin C. (2000) ; *Famille et précarité : la protection rapprochée*. in : *Précarisation, risque et santé*. Inserm (éd.). Paris : Inserm.

Massardier C. (2002) ; *Bilan du suivi médical des bénéficiaires du Revenu Minimum d'Insertion, SIMTR de Roanne*.

Mesrine A. (2000) ; *La surmortalité des chômeurs : un effet catalyseur du chômage ?*, Economie et statistiques n° 334, pp. 33-48.

Mizrahi A., Mizrahi A., Wait S. (1993) ; *Accès aux soins et état de santé des populations immigrées en France*. CREDES (éd.). Paris : CREDES, 58 pages, n° 968.

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

Picard H. (1997) ; *Une nosologie de la misère : le cas des Tsiganes roumains de la banlieue parisienne nord*.

Picard H. (2001) ; *Analyse de l'activité des centres Mission France de Médecins du monde durant l'année 2000*, Médecins du Monde.

Poinsignon Y., Marjanovic Z., Farge D. (1996) ; *Maladies infectieuses nouvelles et récurrentes liées à la pauvreté*. in : *Dossier "Pathologie de la précarité et de la misère"*, La revue du praticien, vol 46, pp. 1827-1838.

Rapport " Ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale ". (1994) ; *Une souffrance qu'on ne peut plus cacher*.

Roy M. (1996) ; *Les soins psychiatriques aux exclus*, La Lettre du PSYGE n° 6.

Saporta G. (1990) ; *Probabilités, analyse de données et statistiques*, Editions Dunod.

Sayad A. (1990) ; *La double absence : des illusions de l'émigré à la souffrance des immigrés*.

Sermet C., Khlat M., Le Pape A. (1999) ; *Situation familiale et santé des femmes : les mères de famille monoparentale en France. Théories, paradigmes et courants explicatifs en démographie*. Chaire Quetelet 1997.. Louvain-la-Neuve : Institut de Démographie, Université catholique de Louvain, pp. 517-548.

Sourty-Le Guellec M.-J., Paris V. (1997) ; *Lieux de soins pour les démunis*, Bulletin de l'Académie nationale de médecine, vol 181, n° 8, pp. 13-22.

Vexliard A. (1957) ; *Le clochard*. Etude de la psychologie sociale.

Volle M. (1985) ; *L'analyse des données*. Economica (éd.), 323 pages.

Annexes

**Annexe 1 : Les centres ayant participé à l'enquête
(classés par code postal)**

Annexe 1 : Les centres ayant participé à l'enquête (classés par code postal)

			Nb de questionnaires renvoyés ↓
Accueil Santé 04	4100	MANOSQUE	6
C.C.A.S de la ville de Nice	6300	NICE	3
Croix Rouge Française	6300	NICE	6
CHRS L'Espérance	8200	SEDAN	2
Centre Médical Laennec	11800	TREBES	6
Médecins du monde	13100	AIX EN PROVENCE	12
Médecins sans frontières	13001	MARSEILLE	6
Sleep In Marseille	13001	MARSEILLE	2
Accueil de Nuit	13002	MARSEILLE	2
Transit-AMPT	13002	MARSEILLE	3
ADRM	13003	MARSEILLE	3
Hôtel social Honnorat	13003	MARSEILLE	3
Médecins du monde	13003	MARSEILLE	9
CHRS L'Étape	13840	ROGNES	3
Médecins du monde	16000	ANGOULEME	5
Médecins du monde	17000	LA ROCHELLE	9
Antenne d'Accueil Médicale de Beaune	21203	BEAUNE	8
SDAT	21000	DIJON	6
Croix Rouge Française	23000	GUERET	3
Médecins du monde	25000	BESANÇON PLANOISE	11
Tempo	26000	VALENCE	5
CHRS AOFB Armée du Salut	27380	FLEURY-SUR-ANDELLE	3
Centre d'Accueil de Jour - Point "H"	29200	BREST	6
CCAS - Point santé	29000	QUIMPER	3
Croix Rouge - Centre Henry Dunant	30100	ALES	5
Antenne de premier accueil médicalisé	30900	NIMES	21
CHRS "Le Relais"	31400	TOULOUSE	3
Point Santé - Accueil de jour	32000	AUCH	3
Hôpital Saint-André - Centre d'Albret	33000	BORDEAUX	21
Accueil Santé Béziers	34500	BEZIERS	11
Centre Hospitalier de Béziers	34525	BEZIERS	19
Centre de Santé-Espoir	34000	MONTPELLIER	3
Centre AFTAM "Guy Houist"	35000	RENNES	3
Centre de soins « Porte Ouverte »	37000	TOURS	12
Centre d'hébergement d'urgence de nuit Albert Thomas	37000	TOURS	15
Entr'Aide Ouvrière (CASOUS)	37010	TOURS	7
Médecins du monde	44000	NANTES	18
La Rose des Vents	44600	SAINT-NAZAIRE	3
Passerelle Santé	45000	ORLEANS	18
Médecins du monde	49100	ANGERS	6
Association Rémoise de médecine d'entr'aide	51100	REIMS	4

Secours Populaire	51100	REIMS	3
Association Lorraine	54000	NANCY	3
Médecins du monde	54000	NANCY	20
ATHENES	57100	THIONVILLE	3
Hôpital Général de Valenciennes	59322	VALENCIENNES	10
Hôpital Général de Beauvais	60021	BEAUVAIS	5
Centre Médico-social CASA JAUMET	66000	PERPIGNAN	9
Centre d'accueil et d'hébergement municipal	67000	STRABOURG	3
Médecins du monde	67000	STRASBOURG	13
L'Escale St Vincent	67083	STRASBOURG	3
CHRS COTRAMI – CADA	68050	MULHOUSE	3
Foyer féminin	69006	LYON	3
Service médical du Fover Notre-Dame des Sans Abri	69007	LYON	3
Centre d'Accueil et de Soins - Association Jonathan	69400	VILLEFRANCHE- SUR-SAONE	6
Association Le Pont	71000	MACON	3
Centre Hospitalier du Mans	72037	LE MANS	9
Centre Hospitalier de Chambéry	73000	CHAMBERY	4
Accueil médical gratuit	74041	ANNECY	12
APRETO	74100	ANNEMASSE	3
Centre médico-social Le Figuier	75004	PARIS	4
Relais du cœur	75009	PARIS	3
Médecins du Monde	75011	PARIS	33
REMEDE - Croix-Rouge	75011	PARIS	15
CASP - La maison dans la rue	75012	PARIS	9
Centre médico-social Edison	75013	PARIS	9
Centre médico-social St Marcel	75013	PARIS	3
Hôpital Pitié-Salpêtrière	75013	PARIS	7
Institut Ménarini	75013	PARIS	9
Centre médico-social Ridder	75014	PARIS	6
Hôpital Saint-Louis - Consultation Verlaine	75101	PARIS	16
Collectif Havrais Solidarité Pauvreté	76600	LE HAVRE	3
Médecins du monde	76600	LE HAVRE	16
SOMEDE (Secours Catholique)	80000	AMIENS	3
Médecins du monde	82000	MONTAUBAN	3
Promo-Soins – Espace Santé Mirabeau	83000	TOULON	12
CAO	85000	LA ROCHE SUR YON	6
Antenne médicale CHAPSA - Consultation C.A.S.H.	92000	NANTERRE	3
Hôpital Ambroise Paré	92100	BOULOGNE BILLANCOURT	6
Médecins du monde	92230	GENNEVILLIERS	10
Créteil Solidarité	94000	CRETEIL	15

**Annexe 2 : Le questionnaire définitif et les recommandations
d'enquête communiquées aux centres**

Annexe 2 : Le questionnaire définitif et les recommandations d'enquête communiquées aux centres

Enquête de l'IRDES :

" Logiques de recours aux soins des personnes en situation de précarité " ◇ Recommandations concernant la procédure d'enquête ◇

Le questionnaire comporte quatre pages correspondant à **deux volets** :

1. Le premier volet, pages 1 et 2 en vis à vis (*questionnaire soumis par la personne de l'accueil*) comprend les deux premières pages et vise à recueillir des informations concernant la situation de précarité et le mode de vie de la personne, ses caractéristiques socio-professionnelles et sa trajectoire biographique, éléments dont nous souhaitons comprendre en quoi ils expliquent le mode de recours aux soins. Une personne de l'accueil posera les questions correspondantes et remplira ces deux pages.
2. Le second volet, pages 3 et 4 en vis à vis (*questionnaire soumis par le médecin consultant*), précise les symptômes et le diagnostic médical. Parmi ces informations, qu'il est nécessaire de faire saisir par un médecin, figurent aussi des indications renseignant sur les délais de recours aux soins et sur l'état de la dentition.

Afin de ne pas trop alourdir votre tâche, nous demandons de remplir seulement **trois questionnaires par médecin au cours d'une seule semaine**, par exemple pour les trois premiers patients qu'ils auront à examiner.

A cette fin, nous proposons le **mode opératoire** suivant :

1. Il est d'abord nécessaire d'effectuer autant de paquets de trois questionnaires qu'il est prévu de médecins consultants au cours de la semaine choisie pour réaliser l'enquête.
2. Lorsqu'un patient se présentera à l'accueil, dans le cas où la situation et l'encombrement de la salle d'attente permettront de l'interroger discrètement, la personne chargée de le recevoir aura à décider s'il est ou non suscep-

tible d'être sélectionné dans l'enquête. Pour cela, quatre conditions : être majeur, avoir besoin de consulter un médecin, s'exprimer en français sans trop de difficulté et accepter de participer à l'enquête.

3. S'il est retenu, la personne de l'accueil attribue en tête du questionnaire un numéro d'ordre au patient (dans l'ordre de sa sélection pour l'enquête), puis elle l'interroge et se charge de remplir les deux premières pages du questionnaire.
4. Lorsque le médecin reçoit le patient, la personne de l'accueil lui remet le questionnaire dont le premier volet est rempli. Le médecin remplit alors les deux dernières pages et remet le questionnaire complet à la personne de l'accueil.
5. Lorsque le médecin a rempli trois questionnaires, la personne de l'accueil les rassemble et les met dans une enveloppe pré-affranchie (*voir les explications jointes à ce sujet sur la feuille bleue*).
6. Cette opération ayant été répétée pour tous les médecins consultant la même semaine dans le centre de soins, la personne de l'accueil se charge de renvoyer tous les questionnaires remplis au CREDES.
7. Afin de faciliter et améliorer le passage des questionnaires dans les autres centres, il serait important pour nous que la ou les personne(s) qui ont rempli les questionnaires accueil en fassent l'évaluation (*questionnaire de la feuille bleue*), qu'elles joindront à l'une des enveloppes.

Dans le cas d'un centre important où se relaient plusieurs personnes chargées de recevoir les patients, il serait préférable qu'un responsable unique centralise les opérations, même si des personnes différentes remplissent les questionnaires.

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 ?

Suite au verso

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, de la bière ou de l'alcool ? oui non

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
- ophtalmologique 2. Autre problème
- Respiratoire et ORL 3. Infection des voies aériennes supérieures, infection ORL
- pulmonaire 4. Infection broncho-
- 5. Asthme, emphysème, BPCO
- 6. Autre problème broncho-
- 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 infectée, 23. Infection cutanée, plaie 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
- 34. Céphalée, migraine
- 35. Autre problème neurologique

(Suite des diagnostics, codes 36 à 52 page 4)

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, dermatite 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

Suite au verso

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

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 3 : Caractérisation et guide des entretiens semi-directifs

Annexe 3 : Caractérisation et guide des entretiens semi-directifs

1. Lieux de passation et caractéristiques sociodémographiques des sujets

- *Caractéristiques sociodémographiques par centre :*

Les 24 entretiens réalisés dans les 6 différents centres se décomposent comme suit :

Alès, Croix-Rouge : 3 entretiens

--> 1 homme, 2 femmes / 2 Français, 1 étrangère / 45, 45 et 52 ans.

Brest, Point H : 4 entretiens

--> 4 hommes / 4 Français / 21, 30, 39 et 48 ans.

Le Mans, SAU de l'hôpital : 3 entretiens

--> 3 hommes / 2 Français, 1 étranger / 30, 45 et 53 ans.

Lille, MSL : 5 entretiens

--> 2 hommes, 3 femmes / 4 Français, 1 étranger / 19, 23, 23, 24 et 28 ans.

Nîmes, Croix-Rouge : 4 entretiens

--> 3 hommes, 1 femme / 2 étrangers, 2 Français / 23, 26, 36 et 68 ans.

Tours, " Portes Ouvertes " : 5 entretiens

--> 4 hommes, 1 femme / 5 Français / 21, 34, 41, 43 et 56 ans.

- *Caractéristiques sociodémographiques des individus :*

Dans l'ensemble, la population interviewée est caractérisée comme suit :

- 17 hommes et 7 femmes soit 71% d'hommes.
- 19 Français, 5 étrangers soit 79% de Français.
- La moyenne d'âge est de 36 ans et les classes d'âge réparties comme suit :
7 ont moins de 25 ans, 2 entre 25 et 29 ans, 5 entre 30 et 39 ans, 6 entre 40 et 49 ans et 4 plus de 50 ans.

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 reliables 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 possibles. Cependant, ce 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 l'IRDES 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.

A. 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) ?
- * Etiez-vous déjà venu avant ? Pour les mêmes raisons ? Fréquence et ancienneté des consultations ? Avez-vous un dossier ici ?

B. 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 les représentations 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 ?

C. 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-vous 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 ? Appréciez-vous

la situation de malade ?

- * Étiez-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 ?

D. 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 ?
- * 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 ?
- * 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...) ? Si oui, que s'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 ?

E. 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 ?
- * 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 ?

F. 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, 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 ?

G. 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 les 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.) ?

H. 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'ayez 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 des pauvres 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 4 : Etude approfondie de l'impact de l'"effet liste"

Annexe 4 : Etude approfondie de l'"effet liste"

1. Nature des consultations sans "diagnostic en clair" : absence de réponse liée au médecin et à la structure d'accueil ou endogène à la consultation ?

La première question qui se pose sur l'absence de diagnostics pour 45 % des dossiers médicaux est de déterminer si cette non réponse est aléatoirement répartie selon le profil des patients et les résultats des consultations. En effet des hypothèses alternatives à un "effet médecin" ou "structure" pour expliquer cette non-réponse seraient l'absence de pathologies, au contraire une forte propension à la polyopathie ou encore des difficultés de la part du médecin à rendre un diagnostic médical précis et certain - phénomènes pouvant eux-mêmes avoir rapport avec les caractéristiques socio-démographiques des consultants. C'est pourquoi ce premier point étu-

diera s'il existe des différences en termes de public, de nombre et de structure des motifs (cochés) entre les deux groupes de consultation (avec diagnostic en clair versus sans diagnostic en clair).

Le tableau ci-dessous compare les structures par âge et sexe des patients selon que les consultations ont ou non donné lieu à la transcription par le médecin d'un diagnostic en clair. Il montre que les profils des patients des deux groupes sont extrêmement proches - et statistiquement significativement non différents - puisque l'on retrouve dans les deux cas : un taux de féminisation légèrement supérieur à 30 %, une nette sous-représentation des patients de plus de 55 ans et une forte sur-représentation des moins de 35 ans en particulier parmi les hommes.

Tableau 1
Structures par âge et sexe des patients selon le mode de recueil valide (patients pour lesquels un diagnostic en clair a été émis versus ceux pour lequel il était absent)

Structure par âge et sexe	Patients "sans diagnostic en clair émis" (289)	Patients "avec diagnostic en clair émis" (301)	Ensemble des patients (590)
Hommes moins de 35 ans	39,60 %	38,20 %	38,90 %
Hommes 35 à 55 ans	23,20 %	24,90 %	24,10 %
Hommes plus de 55 ans	6,00 %	6,60 %	6,30 %
Femmes moins de 35 ans	19,30 %	15,40 %	17,20 %
Femmes 35 à 55 ans	9,80 %	11,60 %	10,80 %
Femmes plus de 55 ans	2,10 %	3,30 %	2,70 %
Total	100,00 %	100,00 %	100,00 %

Source : Enquête Précalog 1999-2000, IRDES.

L'absence de diagnostics en clair apparaît donc totalement indépendant du profil démographique des patients. Il s'agit à présent de déterminer si elle peut être liée à des différences dans le déroulement, l'objet et le résultat des consultations.

Le tableau ci-après compare la représentation relative des 15 grandes catégories diagnostiques dans les deux groupes et donne le nombre moyen de motifs cochés par le médecin à l'issue de la consultation.

- Le nombre de diagnostics cochés par le médecin est légèrement plus élevé à l'issue des consultations où au moins un diagnostic en clair a été émis (2,5 versus 2,2). Outre l'aléa statistique, deux éléments pourraient concourir à expliquer ce phénomène : "un effet médecin" qui se traduirait par une consultation un peu plus approfondie ou encore un "effet patient" qui reposerait sur le fait que

certains patients présentent davantage de troubles visibles et donc plus aisément repérables et diagnosticables. Quoiqu'il en soit, les différences en termes de nombre de diagnostics cochés demeurent très limitées.

- La répartition des motifs de recours aux soins selon les 15 grandes catégories diagnostiques sont quasiment superposables entre les deux groupes de consultations, à quelques nuances près. Dans le groupe "avec diagnostic en clair", on constate une légère sous-représentation des diagnostics "ophtalmologie" (6,1 % contre 7,5 %) et "autres" (4,5 % contre 6,0 %). A l'opposé, on observe une légère sur-représentation des troubles dermatologiques (7,1 % versus 5,4 %), cardio-vasculaire (6,0 % contre 4,6 %) et de l'appareil locomoteur (11,1 % contre 9,0 %). Là encore, les écarts s'avèrent extrêmement restreints.

Tableau 2
Nombre moyen de diagnostics cochés par le médecin et part relative des motifs de recours selon le mode de recueil

Catégorie de motifs	Consultations "sans diagnostic en clair émis" (289)		Consultations "avec diagnostic en clair émis" (301)		Ensemble des consultations (590)	
	Effectif	% motifs	Effectif	% motifs	Effectif	% motifs
Ophtalmologie	47	7,50 %	46	6,10 %	93	6,70 %
ORL et pneumologie	79	12,50 %	91	12,00 %	170	12,20 %
Cardio-vasculaire	29	4,60 %	46	6,00 %	75	5,40 %
Bucco-dentaire	65	10,30 %	77	10,10 %	142	10,20 %
Appareil digestif	52	8,30 %	63	8,30 %	115	8,30 %
Génito-urinaire / Obst.	30	4,80 %	30	4,00 %	60	4,30 %
Dermatologie	34	5,40 %	54	7,10 %	88	6,30 %
Psychiatrie	126	20,00 %	152	20,00 %	278	20,00 %
Neurologie	33	5,20 %	41	5,40 %	74	5,30 %
Appareil locomoteur	57	9,00 %	84	11,10 %	141	10,20 %
Patho. Inf. Spécifique	7	1,10 %	10	1,30 %	17	1,20 %
Oncologie	2	0,30 %	3	0,40 %	5	0,40 %
Hématologie	1	0,20 %	1	0,10 %	2	0,10 %
Endocrino-métabolique	30	4,80 %	27	3,60 %	57	4,10 %
Autres motifs	38	6,00 %	34	4,50 %	72	5,20 %
Nombre total de diagnostics cochés	630	100,00 %	759	100,00 %	1 389	100,00 %
Nombre moyen de diagnostics cochés	2,2		2,5		2,4	

Source : Enquête Précalog 1999-2000, IRDES

Ainsi, les consultations "sans diagnostic en clair" et "avec diagnostic(s) en clair" ne se différencient que très peu tant en termes de profils socio-démographique que médical des patients. Il en découle naturellement que l'absence de "diagnostic en clair" peut être considérée comme exogène au contenu même de la consultation et davantage liée à son contexte (temps imparti, réactions du médecin face au questionnaire...).

2. Estimation de l'ampleur et la teneur de "l'effet liste"

La méthodologie mise en œuvre pour appréhender "l'effet liste" se déroule en trois étapes simples :

- On isole les 301 dossiers médicaux des consultants de centres de soins gratuits pour lesquels au moins un diagnostic en clair a été recueilli ;
- Pour ces consultations, les diagnostics en clair sont recodés par un médecin selon la liste des 52 pathologies proposées ;

- Afin d'approximer la teneur et la nature de "l'effet liste", nous comparons alors le nombre moyen et, surtout, la part relative des grandes catégories nosologiques des diagnostics en clair recodés et des diagnostics cochés par le médecin.

Enfin, il est important de souligner que "l'effet liste" que nous pourrions observer sur ces 301 dossiers médicaux pourra être généralisé aux autres consultations pour lesquelles aucun diagnostic en clair n'a été recueilli, puisque l'analyse précédente nous a montré que les deux groupes de consultations se révèlent très proches dans leur contenu.

Le tableau ci-après met en parallèle le nombre de motifs de recours aux soins et la part relative de chacune des grandes catégories nosologiques selon que l'on considère les diagnostics en clair recodés ou ceux cochés par le médecin pour les 301 dossiers médicaux pour lesquels ces deux informations sont disponibles.

Tableau 3
Nombre moyen et part relative des motifs de recours aux centres de soins gratuits
(hors bucco-dentaires)⁷¹ : comparaison entre motifs cochés et motifs en clair recodés
(sur les 301 patients pour lesquels un diagnostic en clair apparaît)

Catégorie de motifs	Diagnostiques en clair recodés		Diagnostiques cochés	
	Effectif	% motifs	Effectif	% motifs
Ophthalmologie	13	3,40 %	46	6,70 %
ORL et pneumologie	62	16,00 %	91	13,30 %
Cardio-vasculaire	29	7,50 %	46	6,70 %
Appareil digestif	31	8,00 %	63	9,20 %
Génito-urinaire / Obst.	24	6,20 %	30	4,40 %
Dermatologie	33	8,50 %	54	7,90 %
Psychiatrie	91	23,50 %	152	22,30 %
Neurologie	17	4,40 %	41	6,00 %
Appareil locomoteur	46	11,90 %	84	12,30 %
Patho. Inf. Spécifique	16	4,10 %	10	1,50 %
Oncologie	1	0,30 %	3	0,40 %
Hématologie	1	0,30 %	1	0,10 %
Endocrino-métabolique	16	4,10 %	27	4,00 %
Autres motifs	7	1,80 %	34	5,00 %
Nombre total de diagnostics cochés	387	100,00 %	682	100,00 %
Nombre moyen de diagnostics cochés	1,3		2,3	

Source : Enquête Précalog 1999-2000, IRDES

- "L'effet liste" a un impact fort sur le nombre de diagnostics émis.

Le nombre moyen de diagnostics cochés par le médecin s'élève à presque 2,3 par patient contre seulement 1,3 lorsque l'on considère les diagnostics en clair recodés (soit 1,75 fois plus). " L'effet liste " a donc indéniablement un impact fort sur le nombre de diagnostics observés.

- En dépit de ces différences, les profils nosologiques appréhendés selon les diagnostics en clair recodés ou les diagnostics cochés demeurent très proches...

Néanmoins, les parts relatives représentées par 10 des 14 grandes catégories de diagnostics s'avèrent très voisines dans les deux approches. En effet, pour ces 10 grandes catégories nosologiques, les taux de différences des parts relatives n'excèdent pas plus de 10% et ils sont d'autant plus faibles que la part occupée par une catégorie de diagnostic est importante et donc moins soumise à une importante variance. Autrement dit, "l'effet liste quantitatif" se répartit de manière similaire pour une grande majorité des catégories nosologiques et n'affecte donc qu'à la marge la part relative qu'elles occupent dans l'ensemble des motifs de recours aux soins.

71. En effet, la comparaison des motifs de recours entre consultants "précaires" et patients "en médecine libérale" ayant été réalisée "hors problèmes bucco-dentaires", nous les avons également exclus de l'analyse de "l'effet liste". Néanmoins, soulignons que les différences entre diagnostics en clair recodés et diagnostics cochés sont très fortes sur ce type de pathologies (en relatif, 10,2 % des motifs de recours aux soins contre 4,2 %). Cet écart peut s'expliquer par le fait qu'il ne s'agit probablement pas du "motif initial de recours" mais qu'il est facilement visible (physiquement s'entend) par le médecin ; raison pour laquelle le médecin aurait tendance à ne pas le noter en clair mais à le signaler dans les diagnostics à cocher. De plus, ce phénomène est certainement renforcé par le fait que, dans la dernière partie du questionnaire, il était expressément demandé au médecin de pratiquer un examen dentaire approfondi, ce qui a probablement donné lieu à une plus grande propension de la part des médecins à cocher cet item (soit par anticipation, soit en complétant ultérieurement les diagnostics posés à l'issue de la consultation) sans pour autant l'avoir indiqué en clair.

- ... à l'exception de 4 groupes de pathologies pour lesquelles des différences structurelles existent.

En revanche, pour 4 grandes catégories nosologiques, la part relative qu'elles occupent selon qu'elle est appréhendée par les diagnostics en clair recodés ou par les diagnostics cochés par le médecin varie sensiblement.

- Ainsi, la part des problèmes ophtalmologiques est deux fois plus représentée lorsque l'on considère les diagnostics cochés (6,7 % contre 3,4 %). Cette sur-représentation relative peut s'expliquer par le fait qu'il ne s'agit probablement pas du "motif initial de recours" mais qu'il est facilement visible et donne peut-être lieu à une attention plus forte de la part des médecins des centres de soins gratuits. C'est pourquoi il est probable que le médecin a tendance à le signaler dans les diagnostics cochés sans pour autant l'indiquer en clair. Cette interprétation apparaît confirmée lorsque l'on observe la ventilation précise de ces pathologies : la sur-représentation parmi les diagnostics cochés est uniquement liée aux "troubles de la vue" et non aux "autres problèmes ophtalmologiques", a priori plus sérieux et demandant une exploration plus minutieuse.
- A plus forte raison encore, les " autres diagnostics " sont presque 3 fois plus représentés (5,0 % contre 1,8 % lorsque l'on considère les diagnostics en clair recodés). Deux éléments, distincts selon la nature de ces "autres motifs", se cumulent pour expliquer cette sur-représentation. Soit il s'agit d'actes de prévention, d'examen systématiques ou de suivis médicaux qui sont signalés (18 cas) sans pour autant donner lieu à l'inscription d'un " diagnostic en clair " (2 cas), car ne relevant pas stricto sensu d'une maladie. Soit le patient présente des symptômes et/ou syndromes difficilement identifiables de manière précise (car cumulatifs, concomitants ou demandant exploration médicale pour poser un diagnostic certain) : la réaction du médecin consisterait alors à cocher l'item "autre diagnostic" (15 cas) sans pour autant pouvoir discerner, identifier et donc indiquer clairement une ou plusieurs pathologie(s) "autre(s)" (1 seul cas).
- A l'opposé des deux cas précédents, les pathologies infectieuses spécifiques, même si elles restent relativement marginales, sont près de trois fois plus représentées parmi les diagnostics en clair recodés que parmi les

diagnostics cochés (4,1 % contre 1,5 %). Dans ce cas précis, l'explication probable est encore différente de celles avancées jusqu'à présent. En effet, les pathologies infectieuses (infection à VIH, tuberculose...) relèvent plus fréquemment d'affections longue durée (ALD) demandant un suivi régulier par un médecin et constituent probablement le "motif principal de recours" du patient. Aussi, lorsqu'il se présente pour le suivi d'une pathologie de ce type, le médecin indique clairement ladite pathologie (du reste, le nombre de pathologies de ce type notées " en clair " et " cochées " sont assez proches et il s'agit bien des mêmes patients). C'est donc parce qu'il existe moins d'" effet liste quantitatif " sur les pathologies infectieuses spécifiques par rapport aux autres que la part représentée par ce groupe de diagnostic apparaît, en pourcentage relatif, plus importante dans l'étude des diagnostics en clair (i.e. induit un " effet liste " sur la structure des motifs).

- Dans une moindre mesure, les motifs de recours "génito-urinaires et obstétriques" sont 1,4 fois plus fréquemment représentés dans les diagnostics en clair recodés que dans les diagnostics cochés (6,2 % contre 4,4 %). La cause de cette divergence est indéniablement la même que pour les pathologies infectieuses spécifiques à savoir qu'il s'agit certainement du motif principal de recours et que, pour établir un tel diagnostic, une exploration médicale ciblée est nécessaire. De ce fait, "l'effet liste quantitatif" est bien moindre (30 cas décelés dans les motifs cochés, 24 dans les diagnostics en clair recodés et il y a bien correspondance entre ces cas), ce qui aboutit à cette sur-représentation relative.

Soulignons enfin que dans les quatre cas où il existe des différences en termes de part relative des motifs de recours, il s'agit de pathologies assez peu représentées.

Cette analyse du biais de liste a montré que, si la mise à la disposition du médecin d'une liste de pathologies joue fortement sur le nombre de diagnostics émis, elle affecte peu la structure générale des motifs de recours aux soins et son effet reste circonscrit à des types particuliers de pathologie. Synthétiquement, on observe : premièrement, une sur-représentation relative parmi les diagnostics cochés de pathologies qui ne constituent probablement pas le "motif principal de recours" mais qui sont manifestement latentes et auxquelles les médecins de centres de soins gratuits sont certainement plus attentifs (troubles

de la vue, problèmes bucco-dentaires) ; deuxièmement une sur-représentation des "autres motifs" cochés qui s'expliquerait par le fait que, d'une part, les visites systématiques ou de prévention et, d'autre part, les symptômes et syndrômes demandant explorations supplémentaires, sont cochés par le médecin mais non inscrits en clair car non considérés stricto sensu comme une "pathologie" (dans le premier cas) ou en l'absence de pathologies précisément

identifiées par le médecin ; troisièmement, une sur-représentation relative parmi les diagnostics en clair recodés - qui résulte en réalité de l'absence ou d'un moindre "effet liste" sur le nombre de ce type de diagnostics décelés - de motifs de recours généralement "principaux" et qui pour être identifiés nécessitent un examen médical ciblé et approfondi (pathologies spécifiques infectieuses, troubles génito-urinaires et obstétriques).

**Annexe 5 : Estimation de l'impact de «l'effet liste» dans le cadre
des comparaisons des motifs de recours aux centres de soins
gratuits et en médecine générale**

Annexe 5 : Estimation de l'impact de «l'effet liste» dans le cadre des comparaisons des motifs de recours aux centres de soins gratuits et en médecine libérale

Le tableau de la page suivante permet de calculer - de manière simplifiée et donc un peu moins précise⁷² - les Profils Nosologiques Comparatifs " consultations en centre de soins gratuits versus consultations en médecine de ville " selon la population de consultants étudiée (les 301 dossiers médicaux ou l'ensemble des consultations), et surtout, selon la modalité de recueil du (ou des) diagnostic(s) de la consultation.

On observe quatre cas de figures :

- **6 résultats de même signe** (*i.e.* strictement supérieur à 1 ou strictement inférieur à 1) **et de même ordre de grandeur**, quel que soit le champ étudié et le mode de recueil du diagnostic. C'est le cas le plus fréquent ; tant dans les pathologies sur-représentées parmi les consultants de centres de soins gratuits (psychiatrie, appareil digestif, appareil locomoteur, ORL et pneumologie) que sous-représentées (endocrino-métabolique, cardiovasculaire) ;
- **1 résultat de même signe mais dont l'ordre de grandeur dépend de la population étudiée**. C'est le cas de la dermatologie pour laquelle les PNC sont très proches sur la population des 301 consultants mais d'amplitude plus grande lorsque l'on compare à l'ensemble des consultants. Ici, il s'agit d'une variance liée à la taille de l'échantillon considéré (ou à un profil particulier des patients) et non à des différences liées au mode de recueil. C'est pourquoi la dermatologie peut être rapprochée des 6 autres catégories de diagnostics pour lesquels les résultats sont, peu ou prou, les mêmes.
- **4 résultats de même signe mais dont l'ordre de grandeur varie un peu plus sensiblement selon le mode de recueil étudié**.

72. En effet, les PNC bruts sont ici simplement estimés en divisant, pour chacun des grands groupes de motifs, la part qu'il représente dans la population des consultants à la part qu'il représente en population générale. En particulier, les intervalles de confiance ne sont pas calculés et les biais de saisonnalité partiellement corrigés (sur l'échantillon des 590 consultations).

C'est le cas de 4 pathologies : la neurologie (un peu moins sur-représentée lorsque l'on prend en compte les diagnostics en clair), les diagnostics " génito-urinaires et obstétriques " (sensiblement plus sur-représentés lorsque l'on prend en compte les diagnostics en clair), " l'oncologie, l'hématologie et les pathologies infectieuses " (pas ou très peu sous-représentées lorsque l'on prend en compte les diagnostics en clair) et les " autres motifs " (trois fois plus sous-représentés).

- **1 résultat pour lequel le signe change selon le mode de recueil choisi**. Il s'agit de l'ophtalmologie. En effet, lorsque l'on considère les diagnostics cochés par le médecin, ce motif de recours apparaît assez nettement sur-représenté alors que si l'on ne prend en compte que les diagnostics en clair, la fréquence relative est très proche de celle constatée en population générale (voire même légèrement sous-représentée mais de manière statistiquement non significative).

Pour leur part, les problèmes bucco-dentaires - non pris en compte dans l'analyse des PNC -, sont assimilables au troisième cas de figure. En effet, si l'on considère les diagnostics en clair, ce type de pathologie est dix fois plus représenté qu'en médecine libérale mais le coefficient est encore plus important lorsque l'on étudie les diagnostics cochés.

En conclusion, dans l'analyse des PNC bruts, l'effet liste ne modifie réellement que dans le seul cas de l'ophtalmologie l'interprétation des résultats (la sur-représentation est principalement liée à un " effet liste "). Dans 4 autres cas, l'effet liste tend à relativiser (" génito-urinaire et obstétrique ", " autres motifs ") ou accroître quelque peu l'ampleur des différences (" neurologie ", " oncologie, hématologie et pathologie infectieuse "). Globalement, et avec ces nuances, les interprétations réalisées à partir de la comparaison brute des diagnostics cochés restent donc dans leur ensemble valides.

Tableau 4
Ratios de fréquences relatives brutes des motifs de recours aux centres de soins gratuits par rapport aux recours en médecine libérale : des différences entre diagnostics cochés et diagnostics en clair ?

Catégorie de motifs	Ratio de fréquences : Diagnostics cochés / activité des généralistes et des spécialistes		Ratio de fréquences : Diagnostics en clair recodés / activité des généralistes et des spécialistes
	Ratio des fréquences sur 590 consultants	Ratio des fréquences sur 301 consultants	Ratio des fréquences sur 301 consultants
Psychiatrie	2,48	2,48	2,61
Neurologie	2,03	2,07	1,52
Appareil digestif	2,09	2,09	1,82
Dermatologie	2,26	2,55	2,74
Ophtalmologie	1,81	1,62	0,92
Appareil locomoteur	1,13	1,23	1,19
ORL et pneumologie	1,09	1,06	1,29
Génito-urinaire et obstétrique	1,14	1,05	1,48
Endocrino-métabolique	0,71	0,72	0,63
Oncologie, hématologie et patho. Inf. spécifique	0,42	0,42	0,98
Cardio-vasculaire	0,33	0,36	0,41
Autres motifs	0,24	0,21	0,08

Sources : Enquête Préalog 1999-2000, IRDES, Enquête permanente sur la prescription médicale d'IMS-Health.

Il s'agit à présent de savoir si les résultats, globalement validés dans l'analyse des Profils Nosologiques Comparatifs (PNC) bruts, le sont également pour l'analyse des PNC standardisés par âge et sexe. Nous avons vu que l'absence de diagnostics en clair apparaissait totalement indépendant du profil socio-démographique des patients. Il ne nous reste donc plus qu'à vérifier que la structure par âge et sexe des motifs de recours aux soins est superposable selon que l'on considère les diagnostics cochés lors des 590 consultations ou les diagnostics en clair observés sur les 301 consultations renseignées. Le ta-

bleau suivant permet de vérifier ce point ; à savoir que :

- une majorité des diagnostics identifiés concernent les hommes et en particulier les hommes de moins de 35 ans (un peu plus d'un tiers) ;
- les motifs identifiés concernent relativement peu les personnes de plus de 55 ans (notamment en ce qui concerne les femmes).

Tableau 5
Structures par âge et sexe des motifs de recours aux soins selon le mode de recueil
(et la population étudiée)

Structure par âge et sexe	Des motifs de recours aux soins <i>via</i> les diagnostics cochés		Des motifs de recours aux soins <i>via</i> les diagnostics en clair recodés
	Sur l'ensemble des consultations	Sur les 301 consultations	Sur les 301 consultations
Hommes moins de 35 ans	35,00 %	33,30 %	39,60 %
Hommes 35 à 55 ans	28,10 %	30,30 %	24,00 %
Hommes plus de 55 ans	10,30 %	10,30 %	6,90 %
Femmes moins de 35 ans	12,80 %	11,40 %	15,80 %
Femmes 35 à 55 ans	10,80 %	10,40 %	10,40 %
Femmes plus de 55 ans	3,00 %	4,30 %	3,30 %
Total	100,00 %	100,00 %	100,00 %

Source : Enquête Précalog 1999-2000, IRDES.

Le fait que nous retrouvions des structures de motifs par âge et sexe extrêmement proches pour les diagnostics en clair et cochés indique que la standardisation par âge et sexe appliquée aux PNC induirait des effets du même ordre pour les diagnostics en clair que ceux constatés pour les diagnostics cochés. Autrement dit, dans le cas présent, " l'effet liste " n'a pas d'impact sur la

structuration par âge et sexe des diagnostics posés. Cela implique que les conclusions émises sur la significativité et la relativisation des résultats dans l'étude des PNC bruts, indépendamment de l'impact de " l'effet liste " sont strictement de même nature concernant les conclusions sur les PNC standardisés.

**Annexe 6 : ACM et CAH des types de recours aux soins pour les
deux classes d'information maximum**

Annexe 6 : ACM et CAH des types de recours aux soins pour les deux classes d'information maximum

Analyse des correspondances multiples sur le 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.

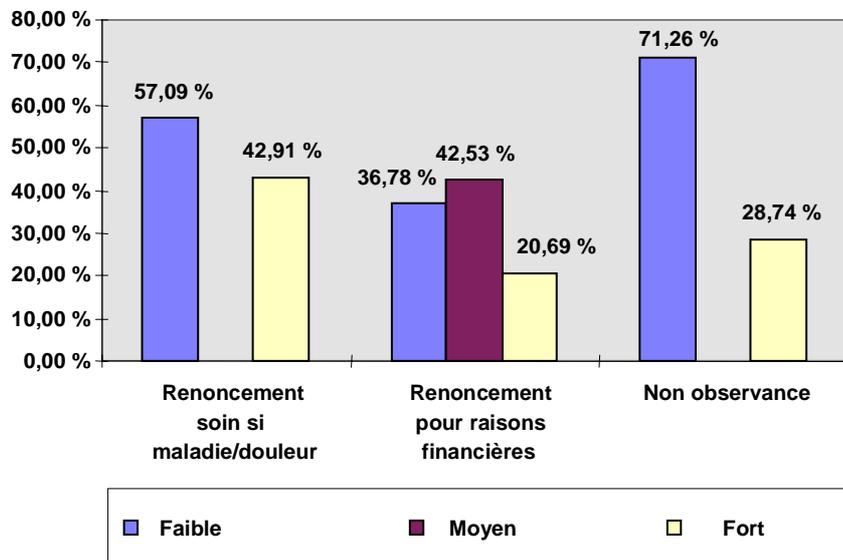
L'analyse des correspondances multiples porte sur le comportement observé des individus sur

nos trois dimensions principales (chacune ayant trois modalités possibles : propension au renoncement faible, moyen ou fort).

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.

- La répartition des comportements dimension par dimension :

Répartition des comportements sur les trois dimensions principales



- Choix des axes :

Nous disposons de 3 variables et de 7 modalités actives. 4 axes factoriels⁷³ 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.

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.

73. 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 3: restituée 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 %

Axe 4: restituée 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 maladie/doul	55,60 %
Observance	41,60 %
Reno rais finan	2,80 %

Contributions cumulées	
Reno rais finan	56,40 %
Observance	26,80 %
Reno maladie/doul	16,80 %

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.

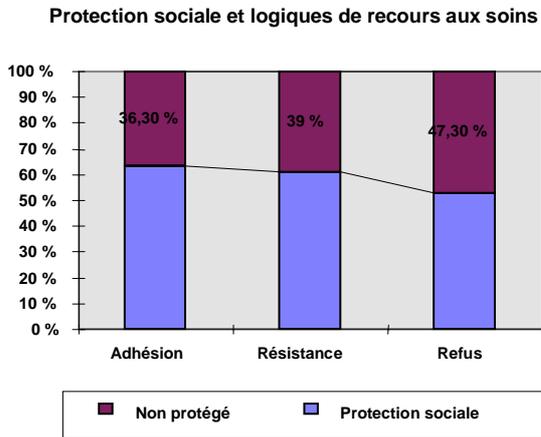
Description des classes	Caractéristiques	Fréquence dans la classe	Fréquence dans l'échantillon
Classe 8			
Effectif: 46	0 renoncement pour raison financière	100,00 %	36,78 %
Distance bary: 0,96	Faible renoncement maladie/douleur	100,00 %	57,09 %
Inertie intra: 0	Forte observance	100,00 %	71,26 %
Classe 5			
Effectif: 43	1 renoncement pour raison financière	100,00 %	42,53 %
Distance bary: 0,84	Faible renoncement maladie/douleur	100,00 %	57,09 %
Inertie intra: 0	Forte observance	100,00 %	71,26 %
Classe 1			
Effectif: 35	Plus de 2 renoncements raison finan	100,00 %	20,69 %
Distance bary: 1,41	Forte observance	100,00 %	71,26 %
Inertie intra: 0,045	Faible renoncement maladie/douleur	57,14 %	57,09 %
Classe 6			
Effectif: 30	0 renoncement pour raison financière	100,00 %	36,78 %
Distance bary: 1,15	Fort renoncement maladie/douleur	100,00 %	42,91 %
Inertie intra: 0	Forte observance	100,00 %	71,26 %
Classe 4			
Effectif: 32	1 renoncement pour raison financière	100,00 %	42,53 %
Distance bary: 1,03	Fort renoncement maladie/douleur	100,00 %	42,91 %
Inertie intra: 0	Forte observance	100,00 %	71,26 %
Classe 7			
Effectif: 20	Faible observance	100,00 %	28,74 %
Distance bary: 1,47	0 renoncement pour raison financière	100,00 %	36,78 %
Inertie intra: 0,017	Faible renoncement maladie/douleur	80,00 %	57,09 %
Classe 2			
Effectif: 19	Plus de 2 renoncements raison finan	100,00 %	20,69 %
Distance bary: 2,16	Faible observance	100,00 %	28,74 %
Inertie intra: 0,023	Fort renoncement maladie/douleur	63,16 %	42,91 %
Classe 3			
Effectif: 36	Faible observance	100,00 %	28,74 %
Distance bary: 1,29	1 renoncement pour raison financière	100,00 %	42,53 %
Inertie intra: 0,047	Fort renoncement maladie/douleur	52,78 %	42,91 %

**Annexe 7 : Logiques de recours aux soins selon les facteurs
endogènes et exogènes de la précarité**

Annexe 7 : Logiques de recours aux soins selon les facteurs endogènes et exogènes de la précarité

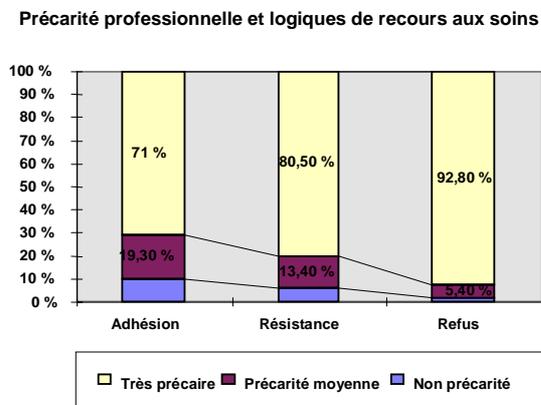
1. Les variables exogènes de la précarité

- *Protection sociale*



Source : Préalog 1999-2000, IRDES.

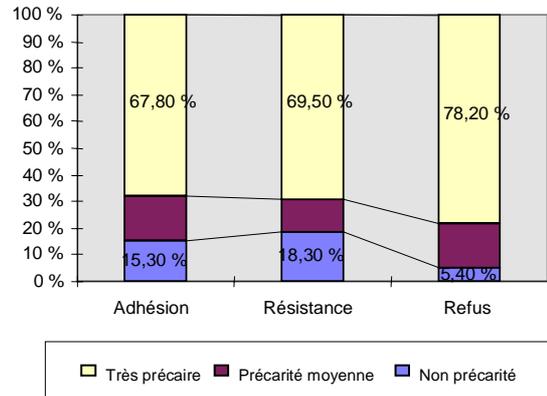
- *Précarité professionnelle*



Source Préalog 1999-2000, IRDES.

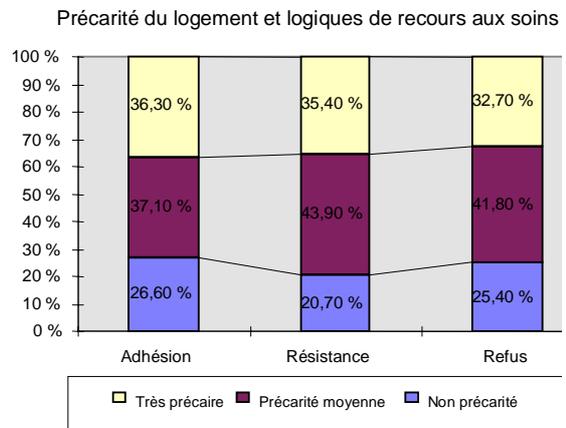
- *Précarité économique*

Précarité économique et logiques de recours aux soins



Source Préalog 1999-2000, IRDES.

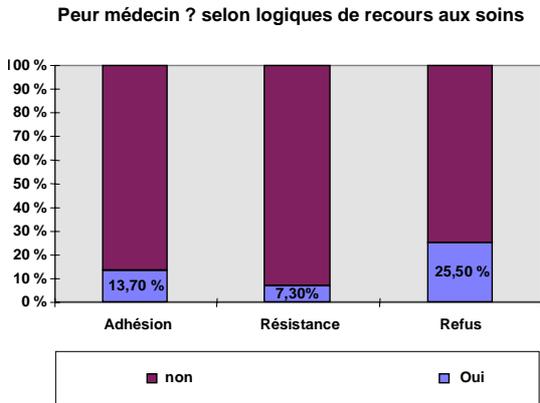
- *Précarité du logement*



Source Préalog 1999-2000, IRDES.

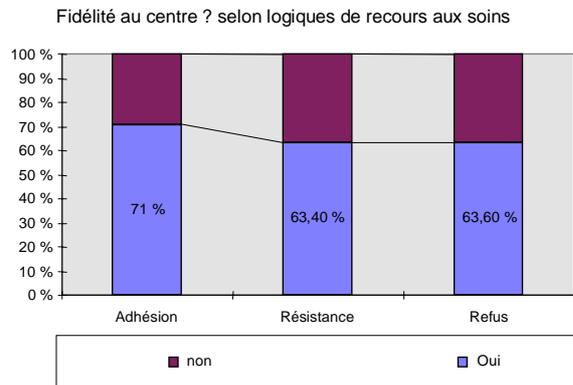
2. Les variables endogènes

- *Appréhension d'aller voir un médecin*



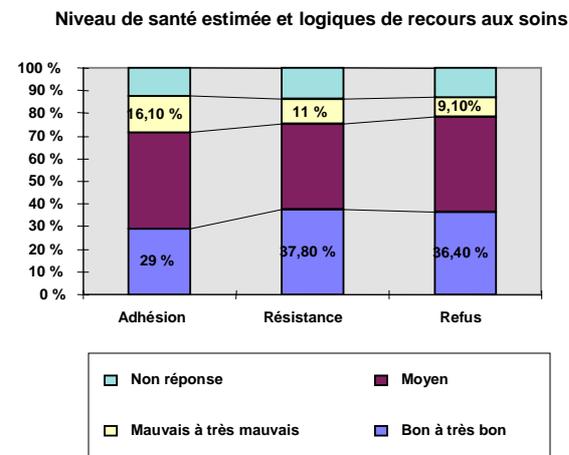
Source Préalog 1999-2000, IRDES.

- *Fidélité au centre*



Source Préalog 1999-2000, IRDES.

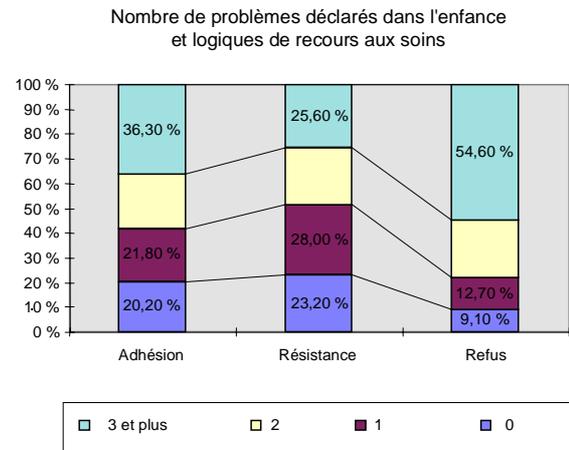
- *Niveau de santé estimé*



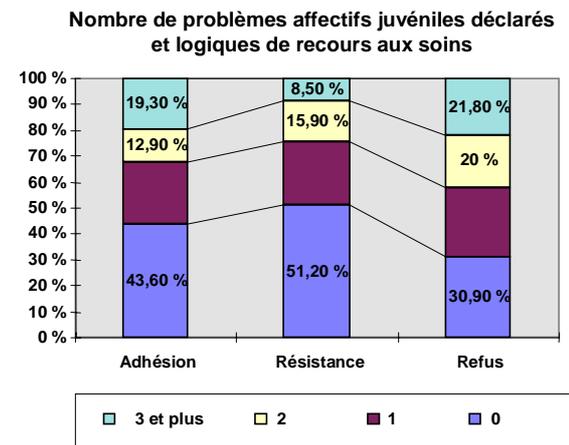
Source Préalog 1999-2000, IRDES.

- *Déclaration de problèmes généraux dans l'enfance*

Source Préalog 1999-2000, IRDES.



- *Déclaration de problèmes affectifs dans l'enfance*



Source Préalog 1999-2000, IRDES.

Annexe 8 : 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

Annexe 8 : 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 : relation sentimentale 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 (logement propre)
- 2 : précarité intermédiaire (hébergement durable chez proches ou institutions)
- 3 : grande précarité (sans logement stable)

⇒ Précarité affective :

- 1 : non isolé
- 2 : isolement intermédiaire
- 3 : grand 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*

⇒ Problèmes déclarés dans l'enfance :

- 1 : 0 ou 1 problème déclaré dans l'enfance
- 2 : 2 problèmes ou plus

⇒ Problèmes affectifs déclarés dans l'enfance :

- 1 : 0 ou 1 problème affectif déclaré dans l'enfance
- 2 : 2 problèmes ou plus

⇒ Peur du médecin:

- 1 : oui
- 2 : non

⇒ Sentiment d'isolement :

- 1 : sentiment d'isolement
- 2 : pas le sentiment d'être isolé

⇒ Santé estimée :

- 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.

⇒ Fidélité au centre :

- 1 : déjà venu dans ce centre
- 2 : jamais venu dans ce centre

- *Les variables de comportements face aux risques*

⇒ Alcool :

- 1 : comportement sain
- 2 : comportement à risque
- 3 : comportement d'alcool-dépendance

⇒ Tabac :

- 1 : non fumeur
- 2 : tabagie faible à moyenne (moins de 20 cigarettes)
- 3 : forte tabagie (un paquet et plus)

⇒ Accidents :

- 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	
Criterion	Only	Covariates	
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 > Chi Sq
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 > Chi Sq
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 isolément	1	-0.6120	0.6413	0.9110	0.3399
<i>Santé estimée</i>	1	0.2495	0.1628	2.3486	<i>0.1254</i>
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
Précariété économique	1.255	0.820	1.922
Précariété pro.	0.435	0.250	0.758
Précariété affective	0.693	0.268	1.790
Précariété 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 isolément	0.542	0.154	1.906
<i>Santé estimée</i>	<i>1.283</i>	<i>0.933</i>	<i>1.766</i>
Rapport à l'alcool	1.012	0.704	1.453
<i>Rapport au tabac</i>	<i>0.797</i>	<i>0.548</i>	<i>1.160</i>
Accidents graves	1.164	0.741	1.828

⇒ *Prévision 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 and	
Criterion	Only	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 > Chi Sq
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 > Chi Sq
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 isolément	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	Only	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 > Chi Sq
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 > Chi Sq
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	<i>0.1293</i>
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 isolément	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	Li mi ts
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
Précari té économique	1.219	0.660	2.252
Précari té pro.	2.630	0.919	7.528
<i>Précari té affective</i>	<i>1.783</i>	<i>0.492</i>	<i>6.456</i>
Précari té 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 isolément	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

⇒ Préviation 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

Achévé d'imprimer le 19 mai 2006
COPY PRODUCTION
75, avenue de la Division Leclerc
92160 Antony
Dépôt légal : Mai 2006