

Juillet 1999



RAPPORT FINAL

PIERRE CHAUVIN

ISABELLE PARIZOT

GEORGES MENAHEM

MARGUERITE GUIGUET

NICOLAS PECH

JACQUES LEBAS

Partenaires du projet

Responsable

Jacques Lebas

Institut de l'Humanitaire

Coordination scientifique

Pierre Chauvin

Institut de l'Humanitaire / INSERM U444

Equipe de travail

Isabelle Parizot

Observatoire sociologique du changement (CNRS)

Marguerite Guiguet, Françoise Le Pont

INSERM U444

Georges Ménahem, Johan Rouault

CREDES

Dominique Farge

Service de médecine interne, Hôpital Saint-Louis

Michèle Lévy-Soussan

Service de médecine interne, Hôpital de la Pitié

Jacques Hassin

Samu Social / CHAPSA

Zoubida Djelali

Médecins du Monde

Anabelle Gilg, Anne-Bénédicte de Montaigne, Nicolas Pech

Institut de l'Humanitaire

Correspondants sur les sites

Béatrice Brun, Mickaël Guézelot, Joëlle Saunière

Service de médecine interne, Hôpital Saint-Antoine

Catherine Richard, Arlette Lefèvre

Médecins du Monde, Mission France Gennevilliers

Claire Georges

Service de Médecine Interne, Hôpital Saint-Louis

Coordination des enquêteurs

Claire Doussaud

Consultest

Expertise extérieure

Fabrice Carrat

INSERM U444

Patrick Cherrin

Service de médecine interne, Hôpital de la Pitié

Sophie Durieux

Hôpital Cantonal Universitaire, Genève

Roland Guenoun

IPSOS - INSIGHT

Alain Leplège

INSERM U292

Serge Paugam

Observatoire sociologique du changement (CNRS)

Bruno Pradazzi

Association MAAVAR

Thierry Sainte-Marie

Service de médecine interne, Hôpital du Kremlin-Bicêtre

Amparo Sanchez

Medicos del Mundo, Valencia

Anne Vincent

Médecins sans Frontières, Bruxelles

H.-Jochen Zenker

Département de santé publique, Bremen

Administration

Annie Claude Paty, Marianne Fernandez

Institut de l'Humanitaire

Table des matières

1^{ère} partie : Position du problème	6
I. Introduction	6
II. Objectifs	8
2^{ème} partie : Analyse des données d'activité des sites participants	11
I. Intérêts et limites des données existantes : la faisabilité de l'étude Précar	11
II. De la médecine libérale aux dispositifs de soins gratuits : un continuum de situations sociales	16
1. Précarité en médecine générale	16
2. Des "clientèles" différentes	17
III. Etude des facteurs influençant l'accès ou le retour à une couverture sociale	19
1. Patients et méthodes	19
2. Résultats	19
3^{ème} partie : Etude qualitative	
modes de fréquentation des patients démunis dans les centres de soins gratuits	23
I. Introduction.	23
II. La fréquentation ponctuelle des centres de soins.	26
1. La distanciation.	26
2. Le pragmatisme.	29
III. La fréquentation régulière du centre de soins .	30
1. L'apprentissage d'une prise en charge régulière.	31
2. L'installation dans une relation de prise en charge.	33
3. La revendication de la prise en charge.	35
IV- La fréquentation instable du centre de soins.	37
V. Conclusion.	41
4^{ème} partie : Etude épidémiologique	45
I. Méthodes	45
1. Questionnaire	45
2. Population d'étude	46
3. Méthodes statistiques	46
II. Description des personnes interrogées	46
III. Attitudes des consultants vis-à-vis de la fréquentation des centres et de la qualité des prises en charge médicales et sociales	47
1. Influences des variables socio-démographiques sur la satisfaction des usagers	48
2. Attitudes vis-à-vis de la prise en charge et des personnels	50
3. Gêne à fréquenter les centres de soins gratuits et préférence de fréquentation	52
4. Discussion	54
IV. Etat de santé	55
1. Etat de santé ressenti	55
2. Antécédents personnels actuels	57

3. Symptômes actuels	59
V. Etat de santé dentaire et visuel	61
1. Etat dentaire	61
2. Etat de santé visuelle	63
3. Etat de santé auditive	63
VI. Intoxications	65
1. Tabac	65
2. Alcool	67
3. Drogues illégales	69
VII. Recours aux soins	69
1. Soins de prévention	69
2. Santé des femmes	72
3. Renoncement aux soins	74
4. Consultation avec un médecin de ville dans les six mois précédents	76
5. Recours au médecin dans le mois précédent	77
6. Hospitalisations récentes	78
6. Parcours de soins	79
VIII. Situations sociales	80
1. Situation familiale	82
2. Niveau d'étude	83
3. Maîtrise du français	84
4. Emploi et ressources	84
5. Nationalité et situations administratives des étrangers	85
6. Migrations	86
7. Réseau et soutien social	87
IX. Evènements dans l'enfance	89
1. L'enfance	89
2. La maladie	90
3. Les liaisons entre les déclarations concernant l'enfance et la maladie	92
X. Scores de précarité	99
1. Variables sociales	99
2. Etats de santé	101
3. Consommation de soins	101
4. L'échec d'un score empirique de précarité pour expliquer l'état de santé ressenti	102
5. Les limites d'un score statistique de précarité pour expliquer l'état de santé ressenti	103
6. La recherche de scores de précarité expliquant le renoncement ou la consommation de soins	107
5^{ème} partie : Synthèse et perspectives	118
I. Synthèse	118
II. Perspectives	119
Annexe 1	120
Annexe 2	124
Publications et communications en rapport avec le projet	134
Table des illustrations	134

1^{ère} partie : Position du problème

I. Introduction

Les processus de fragilisation sociale vont souvent de pair avec une dégradation de l'état de santé, que ces états morbides soient la cause ou la conséquence de leur situation sociale¹. Différentes études ont tenté de mieux connaître les problèmes de santé des personnes en situation de précarité².

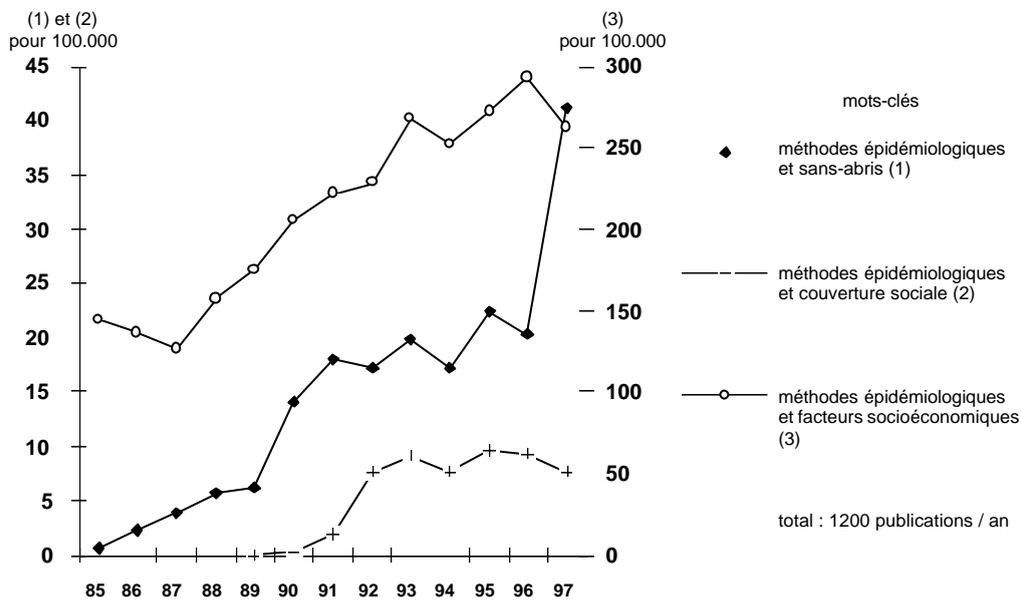
Notamment, de nombreuses recherches américaines se sont penchées sur les relations entre le statut socio-économique, les conditions de vie et l'état de santé³. Elles montrent clairement que la précarité s'accompagne d'un risque accru en terme de morbidité, particulièrement en ce qui concerne la santé mentale, les maladies transmissibles comme la tuberculose ou les maladies sexuellement transmissibles et les dépendances aux différents toxiques (alcool, drogues, psychotropes).

En France, de même, on a montré que s'il n'y a pas de maladies "spécifiques" à la pauvreté, les personnes précaires cumulent les facteurs de risque et les maladies, et présentent des pathologies à un stade plus avancé que les autres⁴. Les études réalisées décrivent les pathologies les plus fréquemment décelées chez ces personnes (pathologies respiratoires, les troubles du comportement, les problèmes cutanés, dentaires et visuels), mais ne permettent pas pour l'instant d'en établir la prévalence pour l'ensemble des populations en difficulté sociale. En effet, en dehors des évaluations du RMI qui ont motivé ce type d'étude au tout début des années 90⁵, les rares enquêtes épidémiologiques consacrées à cette problématique restent généralement unicentriques. Les problèmes de santé sont présentés par type de structure de soins ou par type de population^{6,7}. En outre, de par leur mode de recrutement (foyers d'hébergement d'urgence, dispositifs pour sans-abri, urgences hospitalières), ces études ne reflètent que partiellement l'étendue du problème, car elles portent le plus souvent sur des populations très désocialisées alors que la précarité dépasse largement le problème des sans-abri et de la grande pauvreté. Certaines études ont certes porté sur des populations plus larges, par exemple les résidents de certains quartiers de banlieues⁸ ; particulièrement instructives quant à la morbidité et la dépressivité ressenties, ces analyses n'ont pu être couplées avec une description épidémiologique des pathologies objectivées.

Globalement donc, des études multicentriques (regroupant divers centres de soins et des populations ayant connu différents types de ruptures sociales) font défaut pour mieux approcher la problématique des relations entre précarisation et santé, et pouvoir notamment quantifier les phénomènes.

Par ailleurs, malgré une inflation de littérature médicale et scientifique dans ces domaines au cours des dix dernières années (Figure 1) - plus de 170 articles sont référencés dans la base de données Medline[®] chaque mois⁹ - des études manquent pour rendre compte, d'une façon dynamique, de l'importance des phénomènes de précarité et de leur retentissement sur la santé.

Figure 1. Proportion de publications scientifiques référencées dans Medline® au cours des 12 dernières années se rapportant à des études épidémiologiques traitant des sans-abri, de la couverture sociale et de facteurs socio-économiques.



La plupart des travaux considèrent des états ou des situations sociales individuelles observées à un moment donné de la vie de l'individu, quasiment supposées irréversibles : la pauvreté ou l'aisance comme situation de ressources, le chômage ou l'emploi comme situation d'activité, la vie à la rue ou la copropriété comme conditions d'hébergement, l'isolement ou la vie de couple comme situation familiale, le niveau d'étude ou la catégorie professionnelle comme situation sociale, la nationalité ou le statut de résidence comme situation d'intégration, etc... En vérité, cette approche par catégorie rend de moins en moins compte de la diversité des trajectoires sociales des individus. Elle laisse sans doute de côté toute une série de déterminants de ces trajectoires, plus difficiles à mesurer ou à recueillir, tels que le soutien et le réseau social dont dispose un individu, ses capacités d'initiative, les événements de son enfance, la propre trajectoire sociale de ses parents, etc... Des auteurs britanniques - ayant participé à la rédaction du *Black Report*, un travail de référence sur les inégalités de santé dans le Royaume-Uni paru à la fin des années 80 - ont proposé un index individuel de "déprivation" qui comporte 77 items décrivant à la fois les dimensions matérielles et sociales des conditions de vie¹⁰. Enfin, une approche par catégories socio-économiques permet mal d'étudier les risques - en particulier pour la santé - attachés aux exclusions multifactorielles : ces risques s'additionnent-ils ? leur accumulation est-elle exponentiellement péjorative ou certains s'annulent-ils, par exemple grâce au développement de stratégies personnelles d'adaptation ?¹¹

Chercheurs et professionnels de l'action sanitaire et sociale constatent également que la précarité s'accompagne de difficultés d'accès à une couverture sociale effective et, par là, de difficultés d'accès au système sanitaire et d'une moindre consommation de soins¹². Par ailleurs, lorsqu'il a lieu, le recours aux soins se fait trop souvent tardivement, ce qui a des conséquences néfastes sur les probabilités de réussite et la durée nécessaire du traitement.¹³ Une étude comparative des consommations médicales en France entre 1981 et 1991 montre ainsi qu'en comparaison avec la moyenne nationale, les personnes les plus pauvres consomment environ 10% de moins de consultations en médecine générale, 30% de moins de soins préventifs (vaccination, dépistage, contraception, examens de santé), 40% de moins de consultations spécialisées et 40% de moins de frais dentaires¹⁴.

Mais au-delà de l'alternative "consulter / ne pas consulter", les stratégies sanitaires des personnes en phase de précarisation sont encore mal connues. Certaines études réalisées auprès de RMIstes ont montré que le choix des structures de soins fréquentées dépend en partie de l'orientation du patient par les travailleurs sociaux¹⁵ et des réseaux de professionnels. Mais on manque encore d'analyses sur la manière dont les patients démunis vivent la fréquentation des structures de soins - notamment en ce qui concerne les relations qui s'établissent au sein des structures et le sens qu'ils donnent à ces relations - pour comprendre le rapport au système sanitaire des personnes en difficulté sociale, leurs stratégies d'accès aux soins et de choix des filières.

Par exemple, une étude que nous avons menée dans des dispensaires de Médecins du Monde a permis de montrer que la plus ou moins grande acceptation du statut attaché à la précarité influe sur la signification que les patients donnent à la fréquentation d'une association humanitaire, et par là, sur la "disposition" à se stabiliser dans une relation avec Médecins du Monde ; ce qui conditionnera bien sûr la consommation médicale au sein même de l'association, ainsi que le choix de la structure de soins fréquentée en cas de maladie¹⁶. Cette étude demande à être élargie à d'autres structures proposant (de manière spécifique ou non) des soins à des personnes en difficulté.

II. Objectifs

Notre hypothèse principale de travail est que la particularité du recrutement des structures de soins biaise l'estimation de la morbidité associée au processus de précarisation qui ne serait effectuée à partir d'une seule source de données. Certaines structures prennent en charge beaucoup de pathologies dermatologiques, d'autres des pathologies infectieuses transmissibles comme l'infection à VIH, d'autres encore des pathologies relevant de la santé maternelle et infantile. La réunion des "clientèles" des différentes structures en une population d'étude de grande taille, l'agrégation de toutes les données médicales les concernant, et la correction des biais de recrutement à partir des données sociales individuelles permettra une estimation plus juste des motifs de recours aux soins et de la morbidité des populations en situation de précarité.

Notre étude porte donc sur différents types de structures de soins, afin d'approcher les personnes à différents "moments" du processus de précarisation. Elle est centrée sur des structures sanitaires de la Région parisienne afin d'avoir une certaine unité de lieu concernant les offres de soins, mais les conséquences des migrations (nationales ou internationales) sur l'accès aux soins et les filières empruntées sont bien sûr prises en compte. Par ailleurs, nous pensons que les possibilités d'accès aux soins, les différentes ruptures de la trajectoire sociale et la manière dont les personnes vivent leur situation de précarité doivent être étudiées en ce qu'elles influent sur les stratégies mises en oeuvre face aux structures sanitaires et, par là, sur la consommation et les trajectoires de soins et sur l'état de santé.

L'objectif général de ce projet de recherche est de mieux cerner les risques pour la santé associés au processus de précarisation, risques analysés en termes d'état de santé ressentie, de morbidité déclarée et d'accès et de recours au système sanitaire.

Les objectifs spécifiques de ce projet peuvent être distingués en plusieurs parties :

1. Etats de santé des populations en situation de précarité.

- ? comparer le recrutement social de différents centres de soins s'adressant à des publics en difficulté.
- ? décrire (au moment de leur fréquentation d'une structure sanitaire) l'état de santé des populations précaires, en terme de santé ressentie et de morbidité déclarée (antécédents personnels actuels, plaintes symptomatiques et motifs de consultations)

2. Stratégies des patients en situation précaire face au système sanitaire

- ? étudier les attentes des patients démunis à l'égard du personnel médico-social des structures de soins.
- ? analyser l'image qu'ils ont des différents dispositifs de soins, la perception qu'ils ont de la clientèle des différentes structures, le jugement qu'ils portent sur la pratique professionnelle des acteurs de ces structures (médecins, infirmiers, travailleurs sociaux, bénévoles, etc...).
- ? voir en quoi la manière ils vivent le recours à une structure sanitaire accueillant des personnes démunies influence les patients quant à leur fréquentation de la structure.
- ? analyser les stratégies sanitaires des patients démunis, en fonction de leurs possibilités d'adaptation aux normes des institutions, de la manière dont ils vivent la relation avec le personnel médico-social et avec les autres patients, et selon le sens qu'il donnent à ces relations.

3. Recours aux soins et trajectoires sanitaires

- ? reconstituer les itinéraires de soins suivis par les patients en situation précaire au cours du mois précédent l'étude.
- ? décrire (et comparer avec les données connues en population générale) le recours aux soins en terme de fréquence d'hospitalisation, de consultations médicales, de soins de prévention.

- ? analyser les déterminants sociaux individuels (situations sociales, conditions de vie) des états de santé ressentis recueillis, d'une part, et d'accès (ou de renoncement) aux soins, d'autre part.

2^{ème} partie : Analyse des données d'activité des sites participants

I. Intérêts et limites des données existantes : la faisabilité de l'étude Précar

Les centres de soins gratuits de la Mission France de Médecins du Monde (dont celui de l'avenue Parmentier à Paris et celui de Gennevilliers) et certains dispositifs précarité hospitaliers (dont le dispositif Verlaine à l'Hôpital Saint-Louis et le dispositif Baudelaire à l'Hôpital Saint-Antoine) utilisent un dossier médico-social standard, qui est rempli soit pour tout nouveau consultant au moment de sa première consultation (un dossier "patient" par personne), soit à chaque consultation (une fiche "patient" par consultation). Ces données, saisies au fur et à mesure, sont archivées sur fichiers informatiques. Nous présentons ici l'exploitation des données d'activité de l'année 1996 concernant ces 4 centres ainsi que leur comparaison pour les cas où ces données sont comparables (en terme de recueil de l'information et de codage). L'ensemble des données a été rapporté à un dénominateur patient.

L'analyse porte sur 3903 patients reçus au cours de l'année 1996 à Parmentier, 640 patients à Gennevilliers, 487 (nouveaux) patients à Baudelaire et 442 (nouveaux) patients à Verlaine. Ces centres reçoivent environ 1 femme pour 3 hommes, sauf Gennevilliers où le sexe ratio des consultants est proche de 1 (Table 1).

La distribution des consultants par classe d'âge est similaire dans les 4 centres : les classes d'âge 25-30 et 30-35 ans sont partout les plus représentées (Figure 1).

La situation familiale des consultants est différente suivant les centres : Parmentier et Baudelaire reçoivent une majorité de personnes vivant seules alors qu'à Gennevilliers, les consultants (qui, pour moitié, sont des consultantes) vivent en couple ou en famille dans 70% des cas (Table 2). Les consultants de Gennevilliers sont, aussi, ceux qui ont le plus souvent (39%) au moins une personne à leur charge (Table 3) et le plus souvent (79%) un domicile fixe. Les patients de nationalité étrangère sont partout majoritairement représentés, mais dans des proportions variables, de 68% à 84% suivant les centres.

Les deux points communs de ces différentes clientèles de centre de soins gratuits (Table 4) sont l'absence de couverture sociale (dans au moins 78% des cas, selon les centres) et l'absence d'emploi, déclaré ou non, (dans au moins 73% des cas, selon les centres).

Malheureusement, la comparaisons socio-démographiques s'arrête à ces quelques critères simples. Certains centres, comme le dispositif Baudelaire, disposent de données sociales plus détaillées (notamment grâce à la consultation systématique avec un assistant social et à l'archivage informatique de ses données)ⁱ mais ces données ne sont pas disponibles partout et/ou ne sont que transversales (situation au jour de la première consultation).

Table 1. Distribution des consultants par sexe

	MDM Parmentier	MDM Gennevilliers	APHP Baudelaire	APHP Verlaine
Hommes	64,8%	47,2%	66,7%	72,2%
Femmes	35,2%	52,8%	33,3%	27,8%
nb total	3903	640	487	442

Figure 1. Distribution des consultants par classe d'âge

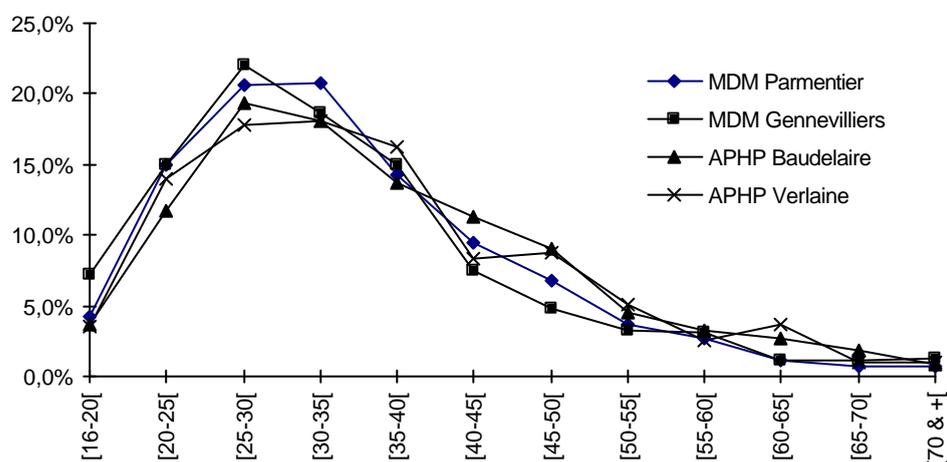


Table 2. Distribution des consultants par situations familiales

	MDM Parmentier	MDM Gennevilliers	APHP Baudelaire
Seul	70,5%	41,5%	57,7%
Couple/Famill	29,5%	58,5%	42,3%

Table 3 Nombre de personnes à charge

	MDM Parmentier	MDM Gennevilliers	APHP Baudelaire
0	84,0%	60,8%	87,5%
1 & +	16,0%	39,2%	12,5%

ⁱ Voir Chapitre III de cette partie pour le travail effectué sur la prise en charge sociale à Baudelaire.

Table 4. Comparaison des populations des 4 centres (récapitulatif)

	Parmentier	Gennevilliers	St Antoine	St Louis
Nbre de consultants	3903	640	487	431
Sexe masculin, %	35,2	52,8	33,3	27,8
Classes d'âge, %				
16-30	39,9	44,2	35,0	35,0
30-40	35,0	34,0	32,0	34,0
> 40	25,0	23,0	33,0	31,0
Sans domicile fixe, % (logement en centre d'accueil, en hôtel ou autre logement temporaire, SDF)	31,2	21,0	37,3	-
Sans Emploi, % (ni emploi déclaré ou non déclaré, ni stage)	72,7	76,4	81,3	-
Sans couverture sociale, %	78,0	81,4	86,6	-
Etranger, %	73,2	84,3	67,6	-
Aucune personne à charge, %	75,0	61,0	87,5	-

A l'inverse, les dossiers de Médecins du Monde comportent certains renseignements systématiques non recueillis ailleurs, comme par exemple le motif de consultation dans un centre gratuit. Les réponses recueillies à Parmentier et Gennevilliers (Figure 2) corroborent celles concernant la situation de couverture sociale des personnes ; dans plus de 3 cas sur 4, il s'agit de l'une ou l'autre des situations suivantes : absence de droits ouverts, difficultés financières pour avancer les frais (en l'absence de prise en charge au titre de l'Aide médicale), ignorance des droits.

Concernant l'origine des ressources, les consultants de Gennevilliers (qui sont plus souvent qu'ailleurs des femmes avec des enfants à charge) reçoivent plus fréquemment un soutien financier de leur entourage (famille ou amis) que ceux de Parmentier (Figure 3).

Figure 2. Motifs de consultations dans un centre gratuit (Médecins du Monde)

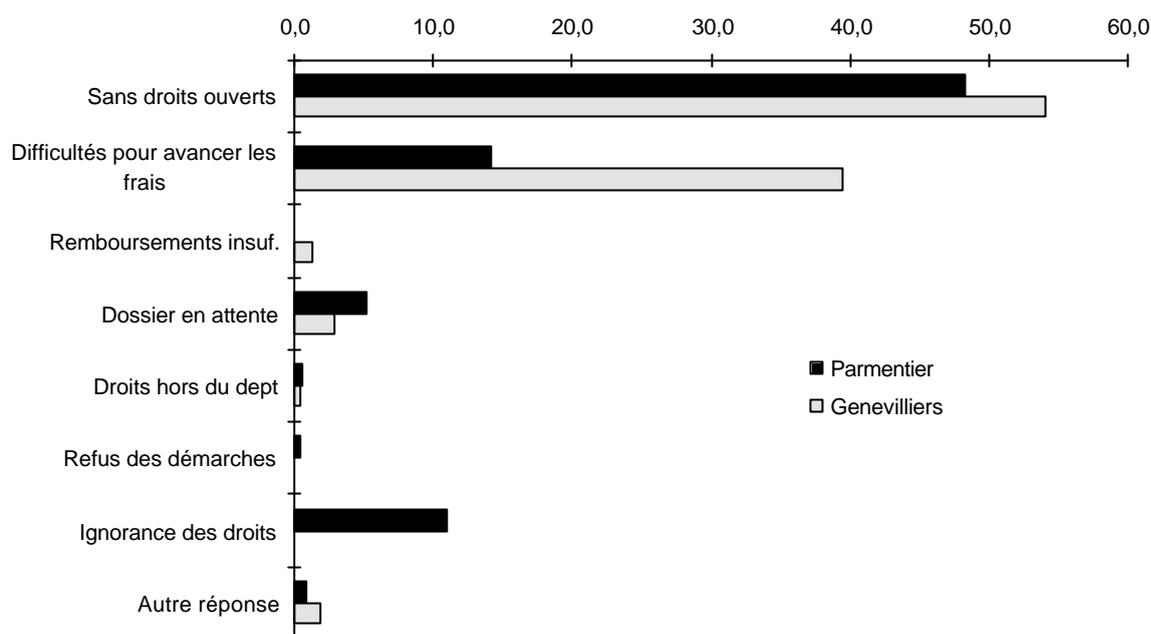


Figure 3. Origine des ressources (Médecins du Monde)

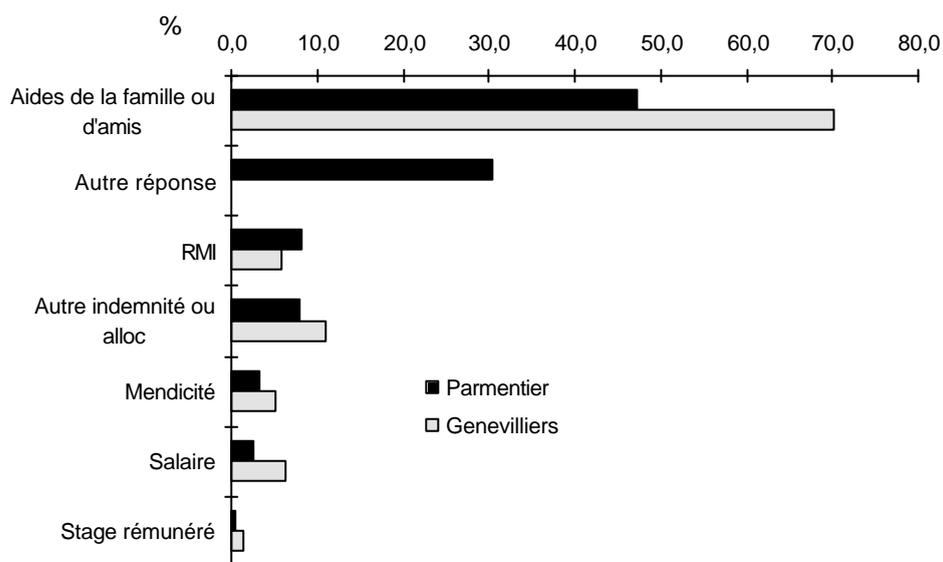
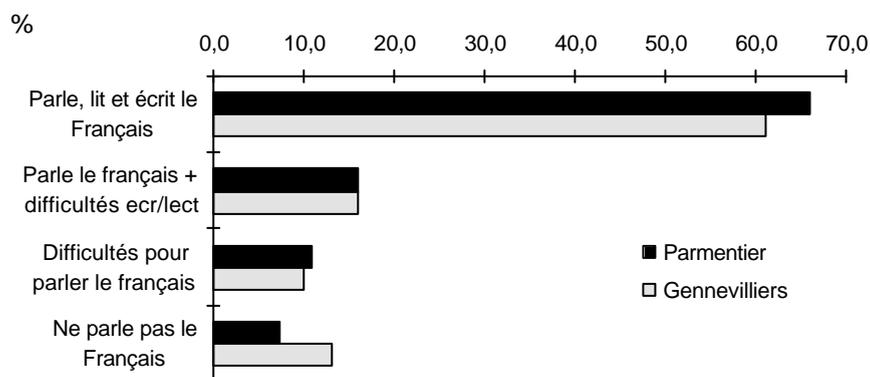


Figure 4. Maîtrise du français (Médecins du Monde)



Sur ces quelques variables descriptives, il semble que notre hypothèse de départ se vérifie : ces centres reçoivent des individus qui, derrière un motif administratif ou financier commun (l'absence de couverture sociale effective ou l'impossibilité financière d'avancer les soins faute d'accès à l'Aide médicale), connaissent des situations sociales différentes.

Une portion de population extrêmement démunie (les personnes sans abri) ne consultent que peu ces structures et sont prises en charge par d'autres dispositifs, comme le Centre d'Hébergement et d'Accueil des Personnes Sans Abri (CHAPSA), qui a été choisi, pour cette raison, comme cinquième centre d'étude de l'enquête quantitative présentée dans la partie 4.

Enfin, nous avons fait le choix de mener les entretiens et d'administrer les questionnaires en langue française, sachant qu'entre 7 et 13% de la population consultant les centres de Médecins du Monde (mais les pourcentages sont semblables dans les autres sites de l'étude) ne parlent pas le Français et sont, de fait, exclus de notre population d'étude.

II. De la médecine libérale aux dispositifs de soins gratuits : un continuum de situations sociales

1. Précarité en médecine générale

Une enquête prospective a été réalisée au cours du mois de septembre 1996 auprès des 500 médecins généralistes appartenant au réseau Sentinelles. Ce réseau est développé par l'INSERM (U444) depuis 1984, en partenariat avec la Direction générale de la santé et le Réseau National de Santé Publique, pour assurer la surveillance hebdomadaire de pathologies transmissibles courantes en médecine générale. Le même panel de médecins est régulièrement interrogé sur d'autres sujets de santé au cours d'enquêtes ponctuelles. Les objectifs de cette étude étaient d'estimer la part des consultants précaires dans l'activité des médecins généralistes, de décrire la morbidité et les motifs de recours aux soins de ces patients en médecine générale, d'étudier les attitudes et les pratiques des généralistes vis-à-vis de ces patients, et de décrire le contenu des consultations (social, médical, filières de soins). La définition de cas utilisée pour cette enquête était la suivante : était considéré "précaire" tout consultant sans logement stable et/ou dont les ressources du foyer étaient inférieures à 3800 FF / unité de consommation.

Une part importante de l'activité des médecins généralistes

Au cours du mois d'enquête, les consultations concernant un patient en situation précaire (telle que définie précédemment) représentaient, en médiane, 20% de l'ensemble des consultations mensuelles (étendue : de 0 à 47%).

L'importance des maladies chroniques

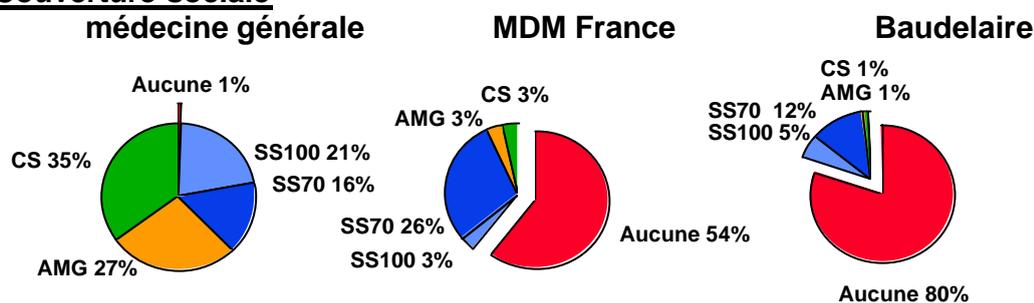
La plupart (92%) des consultants en situation précaire sont des patients connus et habituels du médecin. Ceci nous a permis de recueillir certaines informations sur leurs antécédents et leur terrain, informations parfois difficiles à collecter dans des dispositifs de soins gratuits spécifiques. Une maladie chronique est présente chez 63,6% des patients et dans un quart des cas, le médecin estime qu'elle est mal ou insuffisamment suivie et prise en charge. Six groupes de maladies comptent pour la moitié d'entre elles : les syndromes anxio-dépressifs (13,3%), les maladies cardio-vasculaires (13,3%), les broncho-pneumopathies chroniques obstructives (7,1%), le diabète (6,1%), l'alcool et ses complications neurologiques et hépatiques (5,1%), la toxicomanie IV (3,1%). 22,3%. En terme d'antécédents, 37,8% des patients ont déjà présenté, d'après leur médecin, des troubles dépressifs, 20,9% ont consulté un psychiatre ou un psychologue, 21,3% ont eu des traitements psychotropes.

2. Des "clientèles" différentes

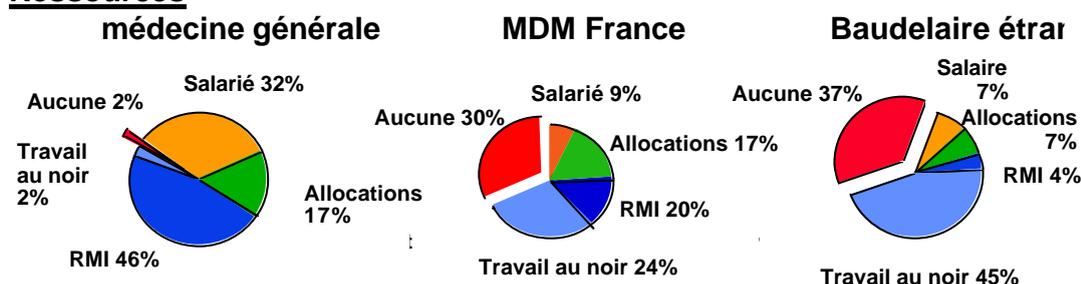
La plupart des personnes précaires décrites par les médecins généralistes ont un logement stable, près d'1/3 vivent en famille, la plupart sont de nationalité française (93%). Surtout, 99% des consultants décrits par les médecins généralistes ont une protection sociale maladie effective et les 2/3 ont l'Aide médicale gratuite.

Figure 1. Couverture sociale et ressources des personnes en situation précaire consultant en médecine générale, dans les centre de la Mission France de Médecins du Monde et dans un dispositif "précarité" hospitalier (l'espace Baudelaire à Paris).

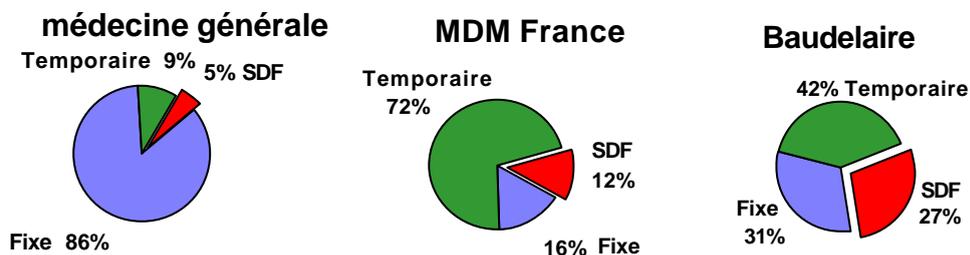
Couverture sociale



Ressources



Logement



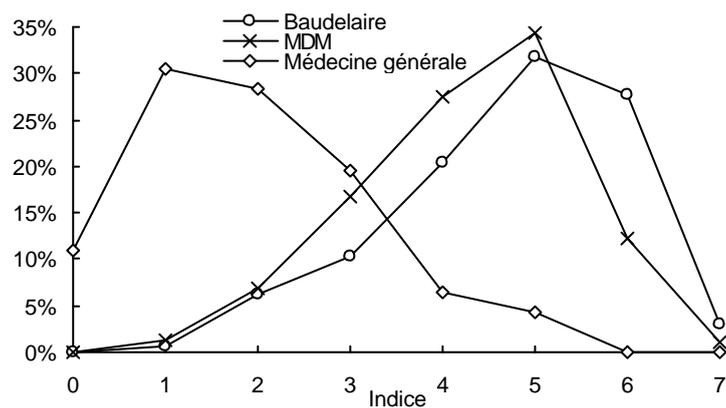
CS: Carte santé, AMG: Aide médicale gratuite, SS: Sécurité sociale, SDF: Sans domicile fixe

La comparaison de ces caractéristiques sociales avec celles des personnes consultant des dispositifs de soins gratuits tels que l'espace Baudelaire ou les centres de la Mission France de Médecins du Monde nous montre que ces différentes offres de soins s'adressent à des populations différentes : les "exclus" (qu'il s'agisse des personnes sans domicile, sans papier ou sans aucune ressource) sont plus nombreux

dans ces derniers dispositifs (Figure 1). A l'inverse, les médecins généralistes prennent en charge des personnes aux revenus parfois très faibles (pour 20% des consultants précaires, les ressources mensuelles du foyer sont inférieures à 2500 FF/UC), souvent isolées (28,4% des consultants précaires vivent seuls).

Un "indice cumulatif de précarité" individuel a pu être construit de façon empirique pour représenter ces différences de recrutement social entre les dispositifs. Nous avons défini cet indice en prenant en compte les situations suivantes : conditions de logement (0 si stable, 1 si temporaire, 2 si SDF), situation familiale (0 si en couple ou en famille, 1 si seul), protection sociale maladie (0 si SS100% ou AMG ou SS + assurance complémentaire, 1 si SS70% sans assurance complémentaire, 2 si aucune couverture effective), situation professionnelle (0 si actif, retraité ou étudiant, 1 si sans emploi), compréhension du français (0 si français parlé, 1 si ne parle pas français).

Figure 2. Distribution de l'indice cumulatif de précarité dans les 3 populations de consultants étudiées.



Avec toutes ces imperfections (liées à la disponibilité et à la comparabilité des variables sociales recueillies dans les trois sources de données existantes utilisées), cet indice résume les différences décrites (Figure 2) : sa médiane dans la population accueillie dans les centres de soins gratuits est le double de celle observée dans notre enquête en médecine générale.

III. Etude des facteurs influençant l'accès ou le retour à une couverture sociale

Cette étude a été effectuée rétrospectivement sur les données d'activité (médico-sociales) recueillies en routine auprès des consultants du dispositif Baudelaire à l'Hôpital Saint-Antoine¹⁷.

1. Patients et méthodes

Un patient précaire est défini comme un patient sans couverture sociale au moment de la première consultation. L'ensemble des patients répondant aux critères de précarité et venant en consultation pour la première fois entre le 1er Janvier 1994 et le 31 Décembre 1994 a été étudié (n=623). Au cours de la première consultation, un entretien systématique avec un assistant social est réalisé. A cette occasion, les caractéristiques socio-démographiques du patient sont collectées sur un questionnaire standardisé. La prise en charge sociale a pour objectif de permettre au patient d'accéder à une couverture sociale. Les démarches administratives sont déclenchées dès cette première consultation. Le travailleur social est par la suite informé de la date à laquelle le patient obtient une couverture sociale effective, le cas échéant.

Pour notre étude, le critère principal de jugement est la durée qui s'écoule entre la première consultation et le moment où le patient accède à une couverture sociale. Chacune de ces durées est calculée en jours. L'analyse a été effectuée en utilisant des méthodes statistiques de "survie" pour tenir compte du caractère censuré de ces durées, i.e., du fait que certains patients inclus vers la fin de l'année pouvaient ne pas avoir obtenu d'accès à une couverture sociale à la date choisie pour l'évaluation (le 31 Décembre 1994) en raison d'une durée de suivi trop courte. Le test du Chi² de Log-rank a été utilisé pour l'analyse univariée. Un modèle de Cox a été utilisé pour déterminer en analyse multivariée, les facteurs socio-démographiques associés à l'accès à une couverture sociale.

2. Résultats

Description de la population

La moyenne d'âge est de 35 ans ; 20% des sujets ont moins de 25 ans et 10% sont âgés de plus de 50 ans ; 70% sont de sexe masculin. Plus de la moitié des patients sont de nationalité étrangère, majoritairement d'Afrique Noire ou d'Afrique du Nord. Parmi ceux-ci, 64% sont des clandestins et 14% sont demandeurs d'asile. Tous les indicateurs usuels de "précarité" sont retrouvés, avec plus de 80% de patients en situation instable de logement (30% de sans domicile fixe), 80% de patients vivant seuls, un niveau d'études inférieur ou égal au primaire chez la moitié d'entre eux, un taux de chômage élevé (88%), l'absence totale de ressources chez 32%. Certains patients ont des revenus stables (7%),

vivent en logement stable (18%) et peuvent avoir bénéficié d'un haut niveau d'études (80 patients ont un niveau d'études supérieur ou égal au baccalauréat). L'examen des modes de recours à l'espace Baudelaire montre que la plupart des patients sont adressés par des services sociaux, des associations ou d'autres services de l'hôpital, seuls 10% ayant eu recours à ce dispositif de leur propre initiative. Plus des deux tiers des patients vivent à Paris. Un point important concerne l'existence d'une couverture sociale antérieure qui existe chez 139 (22%) patients.

Etude des durées d'accès à une couverture sociale

Globalement $70.4 \pm 4.5\%$ des patients obtiennent ou récupèrent une couverture sociale effective à 1 an. Une différence significative d'accès à une couverture sociale est retrouvée en fonction de la nationalité du patient : la médiane (durée à laquelle la moitié des patients d'un groupe accède à une couverture sociale) est de 51 jours chez les Français, et entre 147 et 204 jours chez les étrangers ($p < 10^{-4}$).

Une différence significative est notée entre les patients ayant un domicile régulier (médiane=51 jours) et ceux ayant un domicile temporaire (117 jours) ou n'ayant pas de domicile (71 jours ; $p < 10^{-3}$).

Un niveau d'études inférieur ou égal au primaire est associé à une durée plus longue : médiane = 96 jours contre 74 jours pour les patients de niveau d'études supérieur, $p = 0,02$.

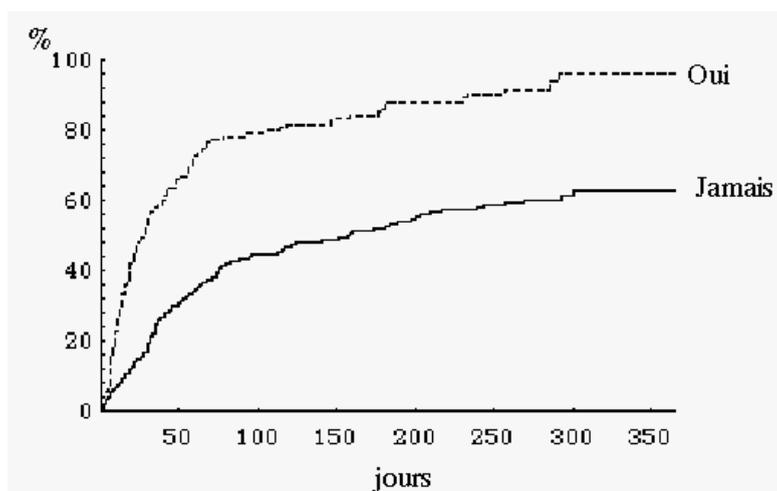
Les patients à la recherche d'un emploi ont des durées d'accès nettement inférieures à celles des patients au chômage ne recherchant pas d'emploi (35 jours contre 185 jours) ; les patients actifs se situant dans une médiane intermédiaire (117 jours). Enfin, une différence très importante est notée entre les patients ayant déjà possédé une couverture sociale et ceux n'en ayant jamais possédée, avec des médianes respectives de 28 jours et 158 jours ($p < 10^{-4}$) et une proportion de sujet ayant accès à une couverture sociale à un an de 62,6% et 95,6% (Figure 3).

Analyse multivariée

Les résultats de l'analyse multivariée sont présentés sous forme de risque relatif (RR) dans la Table 1. L'âge et le sexe ont été introduits comme variables d'ajustements et n'ont été considérées que les variables pour lesquelles le degré de signification statistique (p) était inférieur à 0,20 en analyse univariée. Trois facteurs restent significativement associés à la durée d'accès en analyse multivariée. Deux sont "favorisants" : un mode de recours hospitalier (RR = 1,62 par rapport à un mode de recours "service social"), et la situation de recherche d'emploi (RR = 1,83). Un facteur défavorable reste très lié à la durée d'accès, il s'agit de l'absence de couverture sociale antérieure (RR = 0,51). Une fois pris

en compte ces trois facteurs, aucune autre variable ne reste associée à la durée d'accès. Finalement, une dernière analyse multivariée (par modèle logistique) a été réalisée sur les variables associés à l'existence d'une couverture sociale antérieure. Celle-ci montre qu'être de nationalité étrangère, ne pas avoir de domicile fixe, ne pas avoir de ressources ou travailler au noir, ou vivre à Paris constituent autant de situations associées à l'existence d'une couverture sociale antérieure.

Figure 3. Proportion de patients ayant accès à une couverture sociale en fonction du nombre de jours écoulés depuis la première consultation à l'espace Baudelaire, selon l'existence (ou non) d'une couverture sociale antérieure



Globalement, 70% des patients venant consulter sans couverture sociale accèdent à une couverture sociale à un an. L'analyse multivariée a permis de dégager trois facteurs indépendants liés à la durée d'accès : la relation qui existe avec le fait d'être adressé par un service hospitalier peut s'expliquer par une ouverture de droits initiée dans ces services. La relation existant avec le fait d'être inactif et à la recherche d'un emploi s'explique par l'ouverture de droits automatique résultant de l'inscription à l'Agence Nationale pour l'Emploi. Il s'agit donc dans ces deux cas, de procédures déjà engagées lorsque ces patients arrivent en consultation. Enfin, une différence majeure est liée à l'existence d'une couverture sociale antérieure - ici encore liée aux procédures différentes entre patients ayant déjà été immatriculés et patients pour lesquels une demande d'immatriculation doit être engagée, avec pour résultat un allongement du délai d'accès. Outre ces quelques différences - non liées aux caractéristiques individuelles "endogènes" du patient - aucun autre facteur n'est associé avec l'accès à une couverture sociale. Ceci permet de conclure qu'il n'existe pas d'inégalité dans la prise en charge effectuée depuis la consultation liée à des caractéristiques telles que la nationalité, l'existence ou l'absence d'un revenu, d'un domicile stable, etc.... En revanche, il existe une claire différence de ces facteurs socio-démographiques - nationalité étrangère, sans domicile fixe ou stable, sans ressources, vivre à Paris - vis à vis de l'existence d'une couverture sociale antérieure, reflet probable de la plus grande "marginalisation initiale" des sujets possédant d'emblée ces facteurs de risque.

Table 1. Analyse des variables liées à la durée d'accès à une couverture sociale

Variables	RR brut	Univariée IC95%	p	RR ajusté†	Multivariée IC95%	p
Nationalité						
France	1	-		1	-	
Afrique du Nord	0,62	(0,48 - 0,80)	**	0,88	(0,62 - 1,26)	NS
Afrique Noire	0,64	(0,47 - 0,87)	***	0,93	(0,66 - 1,31)	NS
Autres	0,52	(0,38 - 0,72)	***	0,76	(0,52 - 1,09)	NS
Domicile						
Régulier	1	-		1	-	
Temporaire	0,64	(0,49 - 0,83)	**	0,93	(0,68 - 1,26)	NS
Sans	0,68	(0,51 - 0,91)	***	0,85	(0,62 - 1,18)	NS
Banlieue, Province						
Paris	0,81	(0,65 - 1,01)	NS	0,80	(0,63 - 1,01)	NS
Mode de recours						
Service Social	1	-		1	-	
Personnel	0,88	(0,61 - 1,27)	NS	0,75	(0,51 - 1,09)	NS
ONG, associations	0,91	(0,73 - 1,15)	NS	0,93	(0,73 - 1,19)	NS
Hôpital	1,62	(1,08 - 2,42)	*	1,62	(1,07 - 2,47)	*
Niveau d'études						
> Primaire	1	-		1	-	
= Primaire	0,79	(0,65-0,97)	*	0,99	(0,78 - 1,27)	NS
CSP						
Employés	1	-		1	-	
Ouvriers	0,75	(0,59 - 0,94)	*	0,89	(0,68 - 1,17)	NS
Autres	0,87	(0,61 - 1,26)	*	1,04	(0,70 - 1,55)	NS
Ressources						
Salaire, stages, autres	1	-		1	-	
Indemnités	1,20	(0,79 - 1,82)	NS	0,78	(0,40 - 1,52)	NS
RMI	1,12	(0,73 - 1,71)	NS	0,74	(0,38 - 1,44)	NS
Aucune	0,58	(0,39 - 0,87)	**	0,78	(0,43 - 1,42)	NS
Travail au noir	0,48	(0,31 - 0,73)	***	0,71	(0,37 - 1,33)	NS
Emploi						
Actifs, retraités, étudiants	1	-		1	-	
Sans, recherchant	1,69	(1,21 - 2,34)	**	1,83	(1,03 - 3,24)	*
Sans, ne recherchant pas	0,67	(0,49 - 0,92)	*	1,00	(0,61 - 1,65)	NS
Couverture sociale antérieure						
Oui	1	-		1	-	
Jamais	0,35	(0,28 - 0,43)	***	0,51	(0,39 - 0,66)	***

RR : risque relatif ; IC95% : intervalle de confiance à 95% du risque relatif.

† RR ajusté sur l'âge, le sexe et toutes les autres variables présentées dans le tableau.

NS : non significatif * p < 0,05 ; ** p < 0,01 ; *** p < 0,001

3^{ème} partie : Etude qualitative

Modes de fréquentation des patients démunis dans les centres de soins gratuits

I. Introduction.

Les années 1980 ont été marquées par la mise en lumière des failles du système de protection sociale. Dans le domaine sanitaire en particulier, de larges franges de la population se trouvaient écartées de toute prise en charge médicale. En dehors des urgences avérées, l'accès aux soins courants était en effet réservé à ceux qui pouvaient justifier d'une affiliation à la Sécurité sociale et de moyens financiers suffisants. Aujourd'hui encore, on estime à 1% la part de la population qui ne bénéficie d'aucune protection maladie.

Le système de santé français s'est progressivement adapté aux problèmes de prise en charge des publics démunis. Diverses initiatives, d'abord associatives puis législatives et publiques, ont ainsi vu le jour. A partir de 1985, des associations telles que Remède, Médecins du Monde ou Médecins Sans Frontières ont ouvert des dispensaires afin d'accueillir et soigner sans conditions les personnes en difficulté sociale, et de les aider à régulariser leur situation au regard de la couverture maladie. C'est en 1992 que fut créée au sein du système public la première "antenne d'accueil démunis" : le dispositif Baudelaire de l'hôpital Saint-Antoine. Les patients n'ayant pas de protection sociale ou des moyens financiers réduits y suivent le même circuit de soins que l'ensemble des consultants hospitaliers mais de façon totalement gratuite ; ils bénéficient par la suite d'un service social qui les aide à recouvrer leurs droits.

Aujourd'hui, la possibilité d'accéder au système sanitaire de droit commun s'est largement généralisée, même si elle n'est encore universelle que dans les textes. Ne serait-ce qu'à Paris, des dispositifs d'accueil démunis existent dans une vingtaine d'hôpitaux de l'APHP. Pourtant, on constate par exemple que des patients qui connaissent l'existence de ces dispositifs consultent dans des dispensaires associatifs. On observe parallèlement chez des personnes prises en charge gratuitement à l'APHP un auto-rationnement de leurs consultations. Il apparaît alors nécessaire d'analyser le rapport que ces personnes entretiennent avec le système sanitaire, en particulier la manière dont elles vivent la fréquentation des différents centres de soins. Les expériences vécues au sein des structures influent en effet sur la fréquence et la nature des recours. Par ailleurs, les attitudes et comportements de chacun évoluent en fonction de différents facteurs, qu'il s'agit également de comprendre.

Les résultats présentés ici sont issus d'une étude réalisée par l'Institut de l'Humanitaire et financée par le FISP, ainsi que des conclusions d'une recherche menée par l'OSC sur la Mission France de Médecins du Mondeⁱⁱ. Ils s'appuient sur une large série d'observations et d'entretiens menés d'une part à la policlinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine (laquelle intègre le dispositif Baudelaire) et, d'autre part, dans les centres de soins de Médecins du Monde à Paris, Marseille et Gennevilliers. Plus de 30 entretiens ont été réalisés auprès de personnes consultant à la policlinique et plus de 70 auprès de patients de Médecins du Monde. Parallèlement, des entretiens ont été effectués auprès des membres du personnel de ces structures, qu'ils soient bénévoles, volontaires ou salariés.

Pour caractériser le rapport des patients à la structure de soins fréquentée, nous avons procédé selon une démarche compréhensive : le discours des personnes et l'organisation de ce discours forment donc la base de l'analyse, qui tient compte à la fois du mode de fréquentation des services et du sens que les patients donnent à leurs expériences.

Derrière la diversité des actions des structures étudiées et l'hétérogénéité de leur public, trois grands types de fréquentation peuvent en effet être distingués. La *fréquentation ponctuelle* correspond le plus souvent aux premiers contacts avec la structure. L'intervention des professionnels est ponctuelle, tant par la durée que par la nature de l'aide prodiguée. La *fréquentation régulière* concerne des patients pris en charge de manière régulière, aussi bien d'un point de vue médical que social. Enfin, la *fréquentation instable* n'autorise pas de réelle prise en charge ni de relation stable avec les membres du personnel de la structure. Un même type de fréquentation n'est toutefois pas vécu de la même manière par l'ensemble des patients concernés. Ainsi, et pour les trois modes de fréquentation distingués, plusieurs types d'expériences vécues sont mis en évidence, comme le résume le tableau ci-dessous.

Table 1. Modes de fréquentation et types d'expériences vécues

Type de fréquentation	Type d'expériences vécues
I. la fréquentation ponctuelle	I.1- l'humiliation I.2- le pragmatisme
II. la fréquentation régulière	II.1- l'apprentissage d'une prise en charge régulière
	II.2- l'installation dans une relation de prise en charge
	II.3- La revendication de la prise en charge

ⁱⁱ Op. citée

III. la fréquentation instable

III.1- l'adaptation dans la marginalité

III.2- la rupture dans la marginalité

Il s'agit bien d'une typologie des formes que peut prendre le rapport à l'une des structures de soins étudiées. Elle ne vise donc pas à décrire des populations ni des groupes de personnes dont les caractéristiques sociales seraient similaires. D'une manière générale en effet, une typologie n'est pas une classification des personnes ; elle est un instrument d'intelligibilité du réel, visant à le comprendre et en guider l'exploration¹⁸. En l'occurrence, les rapports concrets que les patients rencontrés entretiennent avec Médecins du Monde ou la policlinique de Saint-Antoine ne correspondent jamais exactement à ceux dégagés dans la typologie ; chacun entretient un rapport particulier et singulier, qui conjugue à des degrés divers les idéal-types décrits.

Cette typologie doit en outre être envisagée de façon dynamique : les relations avec le personnel des structures médico-sociales ne sont pas figées et l'utilisation des services proposés se modifie avec le temps de présence et selon l'évolution des conditions sociales du patient. Après une phase de découverte caractérisée par une fréquentation ponctuelle, certains patients s'installent dans une fréquentation assistancielle régulière. D'autres restent en relation avec la structure en la fréquentant de façon instable, dans un rapport d'infra-assistance. L'analyse des expériences vécues par les personnes en situation de précarité souligne par ailleurs la diversité des comportements et des modes d'adaptation face à l'épreuve de la disqualification sociale et de ses conséquences sur les recours en matière de santé. Cette diversité, considérée au niveau individuel, peut être lue comme différentes étapes d'un processus de prise en charge institutionnelle, constituant une trajectoire –ce que l'on formalise par la notion de carrière morale.

Le concept de "carrière morale"ⁱⁱⁱ permet en effet de suivre dans le temps les transformations d'une personnalité en tenant compte d'au moins deux dimensions : l'une, objective, qui concerne les statuts et les positions occupées dans l'espace social ; l'autre, subjective, qui porte sur les perceptions de l'individu quant à sa personnalité et sa situation. L'analyse de la carrière morale des patients autorise ainsi la compréhension sociologique de la construction et de l'évolution du rapport à la structure médico-sociale fréquentée. Les types de fréquentation et d'expériences vécues dégagés sont appréhendés sous cet angle comme autant de phases de la "carrière morale" au sein de la structure. Cette carrière morale

ⁱⁱⁱ notion développée tout d'abord par des sociologues américains tels que Erving Goffman ou Howard S. Becker. En France, Serge Paugam a appliqué cette notion aux personnes démunies fréquentant des centres d'action sociale.

n'est bien sûr pas uniforme et ne se conclue pas systématiquement par la même phase pour tous les patients.

II. La fréquentation ponctuelle des centres de soins.

Lorsqu'elles prennent contact avec Médecins du Monde ou la polyclinique de l'hôpital Saint-Antoine, les personnes démunies ont, pour la plupart, des demandes de soins médicaux définies associées à des attentes précises de prise en charge financière des actes thérapeutiques. Il en découle un mode de fréquentation des structures que l'on qualifie de *ponctuel*. C'est le cas généralement lorsque l'état de santé ne nécessite pas un suivi à long terme, mais ce mode de fréquentation peut aussi correspondre aux premiers temps d'un suivi médical. Le rapport que ces personnes entretiennent avec la structure médico-sociale se fonde essentiellement sur la prise en charge médicale et laisse peu de place à l'établissement de liens personnalisés avec l'équipe. Les patients démunis apprécient la possibilité de bénéficier d'actions sociales ponctuelles et précises, telle qu'une aide pour l'obtention d'une protection sociale ou pour une régularisation administrative ; il n'attendent toutefois pas de prise en charge globale de leurs problèmes sociaux, parce qu'ils n'en ressentent pas véritablement le besoin ou parce qu'ils n'osent pas en faire la demande. On distingue deux types d'expériences vécues de la *fréquentation ponctuelle* : la *distanciation* et le *pragmatisme*.

1. La distanciation.

Les personnes qui connaissent un déclassement social récent sont souvent gênées de recourir à des aides institutionnelles. Cela s'oppose en effet aux valeurs d'autonomie financière auxquelles elles se réfèrent jusqu'à présent. Or les centres de Médecins du Monde comme le dispositif Baudelaire de Saint-Antoine, parce qu'ils permettent la gratuité des soins, s'inscrivent selon elles dans la sphère de l'assistance sociale. Fréquenter une structure qui s'adresse aux "pauvres" ou aux "exclus" concrétise leur déclassement social et en ce sens les stigmatise. Elles ressentent alors de l'humiliation à s'y faire soigner. Dans ces conditions, la fréquentation des structures de soins est marquée par la *distanciation*.

Si ces personnes parviennent à dépasser leurs réticences et demandent finalement à être soignées gratuitement dans ces centres, c'est avant tout en se référant à l'importance ou à la gravité de leurs problèmes médicaux. En outre, la stigmatisation attachée à l'aide en matière de santé est moindre que celle liée à la fréquentation des services d'action sociale¹⁹, dans la mesure notamment où elle permet de conserver son "capital santé". Le caractère médical de Médecins du Monde et du dispositif Baudelaire leur permet ainsi de mieux accepter l'assistance demandée. Un patient de l'association explique ainsi : "*Ce qui, disons, enlève un petit peu à la culpabilité, c'est que la maladie, moi je veux dire, que*

personne ne peut s'échapper". Hospitaliers et bénévoles confortent d'ailleurs par leurs arguments ces justifications fondées sur le besoin médical.

Ces patients concentrent donc leurs demandes sur la prise en charge thérapeutique. Les demandes sociales sont limitées afin de ne pas apparaître, aux yeux d'autrui et à leurs propres yeux, comme des assistés. Mais la volonté de "ne pas abuser" concerne également le domaine médical. Cherchant en effet à minimiser le bénéfice de l'aide institutionnelle, les malades retardent souvent leur recours médicaux et en réduisent aussi bien la fréquence que l'ampleur. Certains préfèrent se faire aider par des proches pour acheter en ville des médicaments, alors qu'ils les obtiendraient sans payer au centre de soins qu'ils fréquentent. D'une manière générale, les contacts avec la structure sont réduits, souhaités comme ponctuels et temporaires. Cette attitude induit parfois un évitement des démarches administratives pourtant nécessaires à l'obtention d'une Carte Santé ou de l'Aide médicale. Certains considèrent en effet qu'ils n'ont pas besoin d'effectuer ces démarches puisqu'ils pensent obtenir rapidement un travail et la Sécurité sociale qui en dépendra. Refusant la précarité de leur situation, ils évitent de "prévoir" et de s'organiser pour le moment éventuel où ils auraient à nouveau besoin d'une prise en charge médico-sociale.

Parallèlement, ces patients font preuve de réserve dans leurs échanges avec les hospitaliers ou les bénévoles, comme un moyen de prendre de la distance vis-à-vis d'une expérience mal supportée et de préserver leur dignité en affirmant leur refus d'une situation dévalorisante. S'investir affectivement dans ces relations reviendrait selon eux à s'installer dans une situation qu'ils préféreraient éviter : la nécessité de recourir à l'assistance, qu'elle soit associative ou publique.

L'expérience de la *distanciation* résulte du sentiment de honte que ressentent des personnes lorsqu'elles doivent recourir à un dispositif singulier de prise en charge médico-sociale. Il est à ce titre essentiel de noter que la gêne est similaire dans les deux types de structures étudiées. En particulier, le fait que le dispositif Baudelaire soit inclus dans un hôpital public, de droit commun, ne supprime pas nécessairement la stigmatisation que les patients ressentent à le fréquenter. En réalité, trois types d'attitudes peuvent logiquement être distingués quant à la composition de la clientèle du centre fréquenté, et se retrouvent effectivement chez les patients de la polyclinique comme chez ceux de Médecins du Monde :

- La plupart des patients affirment être indifférents au fait que les autres malades paient ou ne paient pas leurs consultations. Ils avouent en effet se concentrer sur leurs propres problèmes sans se soucier des autres malades. Les propos d'un patient de MDM sont à ce sujet tout à fait explicites : "*quand je viens, tellement je pense à mon mal, le reste je fais pas attention*". Un homme suivi à Saint-Antoine

explique pareillement : *"J'ai pas de préférence. Pour moi, ce qui m'intéresse, c'est être soigné"*. D'après les résultats de l'étude quantitative, 44.4% des personnes interrogées à Médecins du Monde Paris et Gennevilliers et 55.5% des personnes interrogées au sein du dispositif Baudelaire répondent qu'ils ne se sentent pas plus à l'aise dans un centre de soins où personne ne paie que dans un centre où consultent en même temps des personnes qui payent et d'autres qui ne payent pas.

- Pour d'autres patients, consulter dans un centre de droit commun tel que la policlinique réduit la stigmatisation, car le fait de recourir à ce lieu de soins ne permet pas, en lui-même, de les identifier comme "pauvre". Dans un centre tel que Médecins du Monde, ces patients éprouvent (ou éprouveraient) de la gêne à rencontrer des marginaux dans la salle d'attente ; devoir fréquenter les mêmes lieux que des grands exclus renforcerait de plus leur sentiment d'appartenir à ces catégories défavorisées. Une femme déplore par exemple l'ambiance des dispensaires de MDM : *"on a des gens qui sont nerveux, des gens... quand je suis rentrée, y en avait un qui gueulait..."*. Toujours selon l'enquête *Précar*, 17.8% des enquêtés de Médecins du Monde et 22.8% des enquêtés de Saint-Antoine déclarent se sentir plus à l'aise dans un centre de soins non spécifique aux malades démunis.

- D'autres patients, enfin, se sentent au contraire plus à l'aise au sein d'une structure qui n'accueille que des malades démunis. C'est le cas respectivement de 29.4% et 17.8% des patients interrogés à MDM et à Baudelaire^{iv}. La procédure à respecter avant de voir un médecin y étant la même pour tous, elle leur épargne le regard d'autrui (toujours susceptible d'être méprisant) lorsqu'ils demandent à voir un assistant social ou à bénéficier de la gratuité des soins. Une femme inscrite dans le dispositif Baudelaire explique ainsi : *"A la caisse, il me demande des papiers, moi j'ai dit : non, j'ai pas. J'ai honte. Je dis, des gens, ils me regardent comme ça, il y en a peut-être qui disent : oh, elle profite."* On peut citer parallèlement les propos d'une femme consultant à MDM : *"Si on est là, c'est parce qu'on est pareil. Alors on se sent à l'aise en fin de compte. C'est pas comme si on allait dans un truc de chic, hein, et je rentre et je me sens pas à ma place ! Là, on se sent bien parce qu'on sait qu'on est tous pareil, on vient tous pour la même raison."*

Il apparaît bien que ce n'est pas la structure fréquentée qui est en elle-même stigmatisante; mais l'incapacité de "s'en sortir" sans faire appel à l'aide institutionnelle. Notons enfin que l'expérience de la distanciation est vécue par des personnes qui résistent à un handicap et pour lesquelles recourir à ce type de dispositif, hospitalier ou associatif, concrétise le stigmate qui les marque. A la policlinique, elle

^{iv} Voir la 3^{ème} partie

ne concerne d'ailleurs pas uniquement les individus touchés par la précarité sociale, mais aussi des personnes assumant mal leur maladie, par exemple des malades infectés par le VIH.

2. Le pragmatisme.

Le recours à Médecins du Monde ou au dispositif Baudelaire ne représente pas pour tous les patients une expérience douloureuse envers laquelle il leur faudrait prendre de la distance. Lorsqu'ils parviennent à élaborer un système de rationalisations de leur recours, les patients envisagent des motifs de fréquentation qui ne sont pas dévalorisants. Ils utilisent les services proposés de façon très pragmatique : ils viennent se faire soigner dans un centre médical et ne ressentent pas d'humiliation s'ils doivent pour cela bénéficier de mesures d'aide sociale ou des secours d'une association humanitaire.

D'une manière générale, la rationalisation du recours passe par le constat d'un besoin de soins médicaux. La santé étant considérée comme une valeur, agir en vue de la conserver fait partie à leurs yeux des comportements "normaux", situés au-dessus des contingences administratives et des considérations relatives à l'assistance. Les propos d'une femme sont à ce titre tout à fait explicites, lorsqu'elle relate son entrevue avec une assistante sociale à qui elle demandait des bons d'aide médicale : *"Je lui ai dit : "moi, c'est pour un soin, c'est pas pour vous demander la charité !" Elle a rien voulu savoir. (...) Donc après, je suis venue directement ici [à Médecins du Monde], parce que je sais qu'ici, je peux avoir les soins."* Des personnes font également référence au devoir de tout être humain d'assister son prochain, en particulier lorsque celui-ci est en souffrance et en maladie.

L'aide institutionnelle est de plus vécue par beaucoup comme quelque chose de transitoire. Ceux-là refusent d'être assistés et utilisent rationnellement l'aide apportée par le centre de soins (souvent celle d'autres institutions également) en attendant le moment où ils en seront indépendants : *"le temps de s'installer"* disent plusieurs d'entre eux. Il s'agit alors à leurs yeux d'un moyen de "s'en sortir" et non d'une forme d'assistanat.

Le *pragmatisme* correspond également à l'expérience que vivent bon nombre de personnes déjà installées dans le circuit assistanciel mais qui ne fréquentent MDM ou la policlinique que depuis peu. Elles voient dans la structure une opportunité supplémentaire de se faire aider. Leur apprentissage du rapport à l'assistance a commencé avant le recours médical. Parce qu'elles ont une bonne connaissance du circuit assistanciel et ne sont pas humiliées de demander de l'aide, ces personnes cherchent à tirer le meilleur profit de ce que l'association ou le dispositif peuvent leur offrir. Elles analysent ainsi les avantages et inconvénients de chacune des institutions qu'elles fréquentent. Les

premiers contacts avec les centres de soins sont donc marqués chez ces personnes par une évaluation critique qui porte tant sur le plan médical que sur le service social ou l'accueil.

Quelques rares patients enfin, essentiellement des étrangers récemment arrivés en France, méconnaissent les système sanitaire et assistanciel ; ils ne perçoivent pas que certaines aides induisent une stigmatisation des personnes qui en bénéficient. C'est ainsi que des malades consultant à MDM ne différencient pas la nature du service apporté par l'association de celui d'autres centres de soins. De même, certains patients de la polyclinique supposent que tous les hôpitaux parisiens accueillent dans les mêmes conditions les personnes dépourvues de couverture sociale. Ces personnes font elles aussi preuve de *pragmatisme* dans leur rapport aux structures médico-sociales, s'intéressant essentiellement à la consultation médicale et à ses résultats.

Contrairement à ce qu'on observe pour l'expérience de la *distanciation*, si les recours au service social sont limités, ce n'est pas ici dans le but de restreindre le bénéfice de l'assistance mais simplement parce que l'objet de la fréquentation ne concerne que le domaine médical. Le cas échéant, ces patients font en effet appel aux travailleurs sociaux des structures dès qu'ils en ressentent le besoin, sans en éprouver d'humiliation. Les demandes sociales formulées peuvent alors s'étendre au-delà de la seule prise en charge des soins. En particulier, les personnes habituées au système assistanciel savent ce que l'on peut demander aux travailleurs sociaux, et envisagent parfois dès le premier contact de les solliciter pour une aide matérielle.

Toutefois, tant que la fréquentation de la structure est *ponctuelle*, les patients se concentrent pragmatiquement sur leur démarche de soins. La façon dont celle-ci se déroule nourrit l'essentiel de leur perception de la structure. Leur rapport à la polyclinique ou à Médecins du Monde est donc fondé sur l'acte médical et intègre peu d'éléments qui dépasseraient ce cadre. En outre, ils ne voient pas de raison particulière à établir des relations personnalisées et affectives avec les hospitaliers ou les bénévoles.

III. La fréquentation régulière du centre de soins.

Lorsque les premiers contacts avec Médecins du Monde ne leur ont pas permis de recouvrer une couverture maladie ou qu'ils souhaitent encore faire appel à une telle structure pour obtenir des soins, les patients s'installent progressivement, pour la plupart, dans une relation stable avec l'association. A Saint-Antoine, nombre de patients poursuivent les suivis entamés à la polyclinique qu'ils aient ou non régularisé leur situation. D'une manière générale, ceux qui retournent dans ces structures considèrent qu'ils y sont bien soignés, bien accueillis, que le suivi social est efficace ou encore qu'ils s'y sentent à

l'aise. L'ensemble de ces facteurs les amènent à se stabiliser dans une *relation de prise en charge régulière*. Ils bénéficient alors d'un suivi médical et/ou social à moyen terme, ou bien s'y rendent comme ils se rendraient dans un centre de soins ordinaire. Ils ont pris en effet l'habitude d'une médecine gratuite, accessible relativement facilement, et recourent aux médecins pour des problèmes de santé même peu importants (tandis que la fréquentation ponctuelle répondait en général à la crainte de troubles graves).

Trois expériences vécues de la *fréquentation régulière* peuvent être distinguées : *l'apprentissage*, *l'installation dans une relation de prise en charge* et *la revendication de la prise en charge*. Elles peuvent se succéder et constituer ainsi les étapes d'une carrière morale au sein de la structure médico-sociale.

1. L'apprentissage d'une prise en charge régulière.

La *fréquentation régulière* d'un centre médico-social suppose un apprentissage, comme c'est le cas dans tout espace social, des modes de fonctionnement et des normes qui y sont en vigueur. Du respect de celles-ci dépendent en effet l'acceptation du patient par le service et la marge de manœuvre dont il dispose pour influencer sur les interactions et faire entendre son point de vue. Cet apprentissage permet en outre de s'orienter seul au sein de l'espace physique et administratif de la structure et d'accroître par là son autonomie. Ce point est loin d'être négligeable pour les patients de la polyclinique dans la mesure où la dispersion géographique des services de l'hôpital Saint-Antoine (pharmacie, service de radiologie, lieu de consultation, etc.) pose souvent problème aux nouveaux arrivants. Les malades inscrits dans le dispositif Baudelaire comprennent peu à peu qu'ils ont accès à l'ensemble de ces services. A Médecins du Monde, les patients se rendent compte progressivement que l'association leur permet d'accéder à des examens complémentaires en ville ou à l'hôpital si cela s'avère nécessaire.

L'apprentissage porte également sur les règles implicites des structures. D'un point de vue informel, plusieurs patients de MDM par exemple ont repéré les jours de présence de certains bénévoles et se rendent à l'association en fonction de l'emploi du temps de ceux-ci. Quelques-uns ont appris à distinguer les professionnels selon leur plus ou moins grande propension à prescrire certains médicaments et s'adressent à eux en fonction de ce critère. On peut encore citer un autre exemple : à la polyclinique, des patients se sont aperçus que pour être informé de l'avancée d'un dossier social, il est souvent plus rapide de ne pas patienter dans la salle d'attente mais de rester dans le couloir : les travailleurs sociaux étant régulièrement amenés à y passer, ils peuvent alors profiter du "bonjour" échangé pour leur poser la question qui les préoccupe. Ces types de comportements ne peuvent bien sûr venir qu'après une période d'apprentissage, lorsque le patient connaît les "habitudes du service" et

de son personnel, et lorsqu'il se sent suffisamment à l'aise pour contourner à son avantage les "règles du jeu".

La *fréquentation régulière d'une structure médico-sociale* nécessite par ailleurs une phase d'adaptation à ce qu'une telle fréquentation implique sur le plan social et symbolique. En particulier, lorsqu'elles doivent faire appel dans la durée au dispositif Baudelaire ou aux services de Médecins du Monde, les personnes ne peuvent plus justifier leur recours en considérant qu'il est temporaire et de courte durée. Certaines prennent de plus conscience que leurs chances s'amoindrissent de retrouver prochainement une situation acceptable à leurs yeux. Les patients qui ressentaient de l'humiliation lors des premiers contacts doivent alors transformer le sens de l'expérience qu'ils vivent avant de pouvoir accepter un suivi régulier. Une transformation de leur identité sociale et personnelle s'opère ainsi, de façon plus ou moins rapide en fonction notamment de l'ancienneté de leurs problèmes médicaux et sociaux, ou encore de leur expérience passée du bénéfice de l'assistance. Les caractéristiques de la structure et les motivations de son personnel jouent parallèlement un rôle essentiel dans cette évolution.

A la polyclinique en particulier, les hospitaliers insistent sur le droit qu'a tout citoyen d'accéder aux soins quelle que soit sa situation financière et sociale. Ils encouragent ainsi les patients à se concentrer sur leurs problèmes de santé et leur démarche thérapeutique, les incitant à détacher symboliquement l'aide médicale qu'ils reçoivent de l'assistance sociale. A Médecins du Monde, les patients découvrent progressivement le sérieux de la médecine qui est prodiguée dans les dispensaires de l'association. L'accueil qui leur est réservé rend moins douloureuse l'expérience de demande d'une aide, en créant une *"ambiance chaleureuse"* qui permet quelque peu d'oublier leurs réticences à l'aide institutionnelle.

Au cours de cette période, les patients repèrent les conditions de l'établissement d'une bonne relation et adoptent, plus ou moins consciemment, les comportements adéquats pour se faire accepter. Ce n'est toutefois que progressivement qu'ils apprennent à connaître les membres du personnel, et qu'ils peuvent développer des sentiments de confiance (ou de méfiance) à leur égard. Les patients commencent à éprouver du plaisir à retrouver quelques-uns des bénévoles ou salariés à chacun de leur recours. Ils prennent en outre conscience qu'il est possible d'établir des relations qui ne se limitent pas à la technique thérapeutique. L'anonymat des premiers temps s'estompe peu à peu ; le patient de Médecins du Monde se sent de moins en moins perdu dans la salle d'attente souvent comble et bruyante ; celui de la polyclinique perçoit de plus en plus l'humanité des hospitaliers derrière leurs blouses blanches et les procédures administratives qu'ils font respecter. Une femme par exemple, lors de ses premiers contacts avec Saint-Antoine, affirmait que le personnel de la polyclinique était caractérisé par sa *"conscience professionnelle"*, et non par *"l'humanisme"* qu'elle percevait pourtant chez d'autres

médecins. Mais elle précisait, deux mois après : *"Je ne connaissais pas... Maintenant, je vois que l'accueil est formidable. Ils sont tous gentils, magnifiques !"*

Si les échanges entre patients et bénévoles ou salariés commencent à se personnaliser, ils s'inscrivent encore, lors de cette phase d'*apprentissage*, dans un cadre essentiellement médical et professionnel. Les malades en situation de précarité apprécient l'offre d'actions sociales ponctuelles, telle que l'aide pour l'obtention d'une protection maladie ou une régularisation administrative, mais ils bénéficient rarement d'une prise en charge globale de leurs problèmes sociaux.

2. L'installation dans une relation de prise en charge.

Après cette période d'apprentissage plus ou moins longue, les patients peuvent s'installer symboliquement et socialement dans une relation régulière de prise en charge médicale et sociale. Ils rationalisent à présent de façon systématique l'aide qu'ils perçoivent, ce qui leur permet de surmonter les réticences et la distanciation des premiers temps. L'élaboration de justifications de l'assistance est aussi un moyen de se faire reconnaître comme un "bon pauvre" ou un "bon malade", c'est-à-dire quelqu'un qui mérite d'être aidé. Dans la mesure où ils perçoivent l'aide institutionnelle comme un moyen de réaliser leurs projets d'insertion, certains cherchent de plus à se distinguer des "*profiteurs*", de ceux qui ne seraient pas de "bons pauvres" ou, comme les qualifie un patient de MDM, les "*malades imaginaires*". Parallèlement, des liens privilégiés sont tissés avec certains membres du personnel, ce qui place le rapport au centre fréquenté sur un autre plan symbolique que celui de l'assistance. La polyclinique ou Médecins du Monde sont devenus pour eux une structure de référence –un lieu signifiant de leur vie sociale.

A ce stade de la relation, les patients sont attentifs à ce qui accompagne l'acte thérapeutique proprement dit et reconnaissent que le service apporté n'est pas uniquement médical. La fonction d'accueil et d'écoute prend de plus en plus d'importance et ne se distingue plus réellement de la fonction médicale. Elle est parfois reconnue comme l'apport premier du service rendu. Il s'agit d'une relation de soins élargie, qui prend la forme d'un soutien moral et d'une aide face à des situations difficiles, que ce soit sur le plan social, médical ou psychologique. On peut citer en exemple les propos d'un patient de Médecins du Monde : *"C'est pas uniquement les soins, c'est les questions: "comment ça va ? Est-ce qu'il faut d'autres médicaments ? Vous en manquez, vous n'en manquez pas ?" Des fois, quand elle me voit fatigué, elle me donne des compléments nutritifs. (...) Ce n'est pas uniquement une infirmerie, c'est vraiment un lieu d'accueil. (...) Sans Médecins du Monde, je crois que j'aurais été beaucoup plus... j'aurais été beaucoup plus désespéré. Le mot soulagement me vient, c'est... c'est un mot-clé : Médecins du Monde soulage les personnes."*

L'installation dans une relation de prise en charge marque en réalité le passage d'une situation "impersonnelle" entre un patient en demande et un professionnel qui a le pouvoir d'accorder (et de refuser) l'aide, à une relation interpersonnelle. Leurs interactions sont fondées sur l'habitude, la confiance et le sens des relations humaines. Dans la salle d'attente, accueillants et accueillis se saluent, s'embrassent, s'appellent par leur nom ou leur prénom, prennent respectivement de nouvelles de la famille ou du travail de leur interlocuteur... Après la consultation, les patients restent un peu pour discuter ; certains passent à la polyclinique ou au dispensaire de l'association simplement pour dire bonjour, donner et prendre des nouvelles –et ce même s'ils n'ont pas rendez-vous avec un médecin ou un travailleur social. La personnalisation et la qualité des échanges font partie intégrante du rapport à la structure ; elles représentent un supplément de sens donné aux liens sociaux particuliers que sont les relations médicale et soignante au sein d'une structure sanitaire. Ce qui fait dire à un patient de MDM : *"Si tous les médecins étaient comme les gens qui sont médecins du Monde, je crois que ce serait beaucoup mieux."*

Le discrédit qui s'attache généralement au bénéfice d'une aide institutionnelle ne représente plus un "coût" intolérable : grâce à la qualité de la médecine prodiguée, aux conditions d'accueil et aux liens tissés avec le personnel, ces personnes peuvent transformer la signification de leur *fréquentation régulière* du centre médico-social. L'aide reçue ne relève plus de la sphère de l'assistance. Elle est vécue désormais comme le prolongement d'un rapport privilégié à la structure et son équipe. Bien souvent en effet, l'action des membres du personnel n'est pas considérée comme institutionnalisée mais plutôt comme relevant de l'initiative d'un individu qui souhaite en aider un autre envers lequel il a des affinités spécifiques. A la polyclinique par exemple, il arrive que les assistants sociaux gardent dans leur bureau les affaires de malades sans domicile pendant leur hospitalisation ; ces patients apprécient alors ce geste, comme une faveur qui leur est accordée sur des critères personnels. Une patiente s'exprime ainsi : *"Mes sacs, j'y tiens ! [l'assistant social] me les a gardés dans son bureau pendant mon hospitalisation ici. Il peut pas le faire pour tout le monde... M'enfin, je reconnais qu'il a été, vraiment, il a été très très sympa."* On peut de même citer les propos d'un homme suivi à MDM, qui estime avoir été *"vraiment sauvé"* par l'intervention d'une bénévoles, à un moment de sa vie où il se sentait perdu : *"C'était la déprime... sinon, je serais plus là. Elle a vraiment été au-delà de ce que j'aurais pu imaginer qu'ils puissent faire, quoi. Sans... Parce qu'ils l'ont fait sans que je leur demande, en toute amitié ; sincèrement, en toute amitié."*

De nombreuses personnes parlent en effet de leurs relations avec le personnel de Médecins du Monde ou de la polyclinique en des termes de relations familiales ou amicales. La précarité économique s'accompagnant bien souvent du relâchement des liens sociaux et familiaux, les malades

particulièrement isolés trouvent dans ce mode de fréquentation un peu de la chaleur affective qu'ils ne trouvent plus par ailleurs. C'est ainsi qu'une femme âgée et seule, consultant à la polyclinique depuis plusieurs mois, eut le plaisir de trouver l'équipe soignante réunie pour son anniversaire, autour d'un gâteau personnalisé et de quelques cadeaux. Cette femme précise en outre que, trop préoccupée par ses problèmes matériels du moment, elle avait elle-même oublié que c'était le jour de son anniversaire : *"Quand je suis rentrée dans la pièce, en voyant tout le monde dire "bon anniversaire", j'ai pleuré ; je disais "j'ai pas de famille, ma famille elle est là".* Des situations similaires s'observent à Médecins du Monde. Un homme qui y consulte régulièrement, par exemple, dit à propos du médecin qui le suit : *"Y une relation un peu paternelle. (...) Je ne sais pas si c'est... si je ressens ça après la perte de mon père... Mais y a une relation qui n'est pas de payant à professionnel : c'est plutôt quelqu'un qui demande de l'aide et quelqu'un qui est prêt à l'aider."* Les interactions entre patients et membres du personnel sont devenues de véritables relations d'échanges, dans une dynamique de réciprocité proche de celle des relations amicales¹².

Ces patients apprécient l'implication personnelle des hospitaliers ou bénévoles dans la résolution de leurs problèmes. Car si cette implication augmente les chances de réussite des actions entreprises, elle a également une valeur symbolique essentielle : ils y voient le signe d'une écoute et la marque du respect qui leur est témoigné. La relation d'aide prend alors un sens nouveau : si le professionnel s'investit au delà de ses attributions statutaires, c'est à leurs yeux parce qu'il souhaite aider le patient en tant qu'être humain, qu'il fait sienne la cause du patient. Il s'agit là d'un facteur primordial dans un contexte de disqualification sociale. D'une part, le patient n'est plus seul face à sa situation de détresse, il se voit accorder la reconnaissance de sa personne et de son désarroi. D'autre part, il partage avec le professionnel le sentiment semblable d'une nécessité ainsi que les efforts d'une action commune. Or ces éléments manquent souvent douloureusement aux personnes dont les liens sociaux se sont délités. La polyclinique et Médecins du Monde sont en ce sens des lieux d'intégration sociale : ils permettent à certaines d'établir de nouvelles relations sociales mais aussi et surtout de retrouver un sens, un objectif et les moyens d'une action dans laquelle elles ne sont plus isolées.

3. La revendication de la prise en charge.

Certaines personnes mettent en avant leur identité d'ayant-droit au point de ne pouvoir s'adapter aux contraintes des structures. Elles revendiquent sans gêne ni scrupule une prise en charge médicale et sociale dont elles définissent elles-mêmes le contenu et les conditions. La relation avec les membres du personnel prend alors la forme d'un rapport "consommateur-fournisseur de services". L'ampleur des attentes que ces patients développent envers les structures médico-sociales les conduit à s'opposer à l'équipe dès lors que leurs revendications ne sont pas satisfaites. Ils ont en outre souvent du mal à se

placer entre le constat de la qualité du service qu'ils reçoivent et la non-satisfaction de leurs besoins et désirs.

Dans la plupart des cas, la *revendication de la prise en charge* concerne des personnes qui doivent affronter de graves problèmes médicaux et sociaux. Le cumul de handicaps mobilise en quelque sorte toute leur attention, si bien qu'elles n'envisagent aucun argument valable qui permettrait d'expliquer une restriction quant à leur demande d'assistance. En particulier, elles ne comprennent ni n'acceptent pas que des structures puissent apposer à leurs revendications des contraintes financières, administratives ou organisationnelles. L'attitude de revendication s'inscrit dans un climat de méfiance vis-à-vis des institutions en général ; ces personnes ont souvent le sentiment d'être écartées, parfois intentionnellement, de ce à quoi elles estiment pouvoir légitimement prétendre. En matière de santé, elles craignent qu'on leur refuse l'accès aux dernières innovations techniques et médicales –ce qui, remarquons-le, se retrouve aussi chez des personnes sans difficultés sociales particulières. Les patients sont alors amenés à réclamer, voire exiger, de nombreux examens complémentaires et la prescription de médicaments. En dépit d'un environnement matériel fort différent, la *revendication de la prise en charge* se retrouve dans les deux types de centres étudiés. Lorsque la revendication porte sur le domaine médical toutefois, les patients de Médecins du Monde peuvent être orientés vers des dispositifs hospitaliers, lesquels répondront souvent mieux à leurs exigences en matière de technologie médicale.

Dans cette phase de la carrière morale, les patients n'élaborent quasiment jamais de stratégies pour se faire accepter et apprécier. Lorsqu'on ne répond pas à leurs demandes, les clients-consommateurs critiquent ouvertement, parfois avec virulence, les bénévoles ou les hospitaliers et deviennent même parfois agressifs envers eux. Un homme s'explique ainsi sur l'attitude peu avenante qu'il a envers l'équipe de MDM : *"Il paraît que je suis mal poli... Ben ouais ! moi, j'aime pas qu'on... quand un truc me fait chier, hein, je me casse !"* Une patiente de la policlinique affirme parallèlement : *"Si on ne gueule pas, ça marche pas !"*. Dans ces conditions, ceux qui vivent l'expérience de la *revendication* s'exposent au risque d'être rejetés de la structure –du moins refoulés aux marges du service. D'une part en effet, l'expression de leurs exigences réduit la marge d'initiative des professionnels. Il est clair que cette attitude risque d'être mal vécue par ces derniers qui craignent alors d'être instrumentalisés et exploités. D'autre part, les professionnels ne trouvent pas dans leurs échanges avec ces personnes les rétributions symboliques qu'ils sont habitués à recevoir et qui leur sont parfois nécessaires pour poursuivre un travail difficile : loin de signifier leur reconnaissance pour l'aide apportée, ces patients expriment au contraire critiques et objections à l'encontre de la structure et de

l'équipe. Cette dimension est particulièrement importante à Médecins du Monde dans la mesure où la motivation de nombreux bénévoles se fonde en grande partie sur ces rétributions symboliques.

Relativement peu de personnes font l'expérience de la *revendication de la prise en charge*. A Médecins du Monde, le mode d'organisation des centres d'une part, et les motivations spécifiques des bénévoles d'autre part, autorisent en effet une certaine flexibilité –une souplesse qui permet généralement de s'adapter aux demandes des patients. De plus, ceux-ci semblent être davantage compréhensifs face à une équipe bénévole : il est difficile en réalité de ne pas tenir compte, dans l'expression de revendications, du fait que le personnel apporte des services sans être rémunéré.

A la polyclinique, de même, seules de rares personnes vivent cette expérience. L'image que les patients ont de l'hôpital étant celle d'un pôle technique compétent, ils n'envisagent souvent pas de structures plus performantes d'un point de vue médical. Par ailleurs, dans la mesure où la polyclinique est avant tout comme une structure sanitaire, le volet social de son action est vécu comme un "supplément" apporté à sa mission première et qu'elle ne serait pas formellement tenue d'assurer. La plupart des patients sont en outre conscients que les travailleurs sociaux de l'hôpital ne décident pas eux-mêmes de l'attribution des aides mais qu'ils sont des intermédiaires entre les patients et les institutions dispensatrices. Les revendications et critiques concernant le travail social en sont d'autant moins virulentes.

Les personnes qui revendiquent l'assistance de Médecins du Monde ou de la polyclinique dépendent largement des services d'action sociale et des associations caritatives. Elles ont d'ordinaire la même attitude à l'égard de toutes les institutions qu'elles fréquentent, et des conflits –plus ou moins importants et plus ou moins durables - marquent leurs relations avec le personnel de la plupart de ces établissements. La fréquentation régulière de la polyclinique ou de Médecins du Monde leur permet de conserver un certain lien social et administratif.

IV- La fréquentation instable du centre de soins.

Des personnes très déstructurées socialement, moralement ou psychologiquement éprouvent parfois des difficultés à se stabiliser au sein d'une structure. Le cumul de handicaps auxquelles elles doivent faire face entrave en particulier leur prise en charge. Ces personnes en effet ne parviennent pas à respecter les contraintes institutionnelles qui leur permettraient d'entrer de manière régulière dans la sphère de l'assistance. Certaines y sont même réticentes, lorsqu'elles ont pu trouver un équilibre dans la marginalité qui les satisfait momentanément ; se maintenant plus ou moins volontairement en marge des structures, elles font ainsi l'expérience de *l'adaptation dans la marginalité*. Le plus souvent toutefois,

les personnes concernées vivent des situations de crise et de *rupture dans la marginalité* telles, que leur instabilité les prive de tout suivi social et médical régulier.

Dans l'ensemble, ces personnes font appel dans le moyen terme à Médecins du Monde ou la policlinique mais de façon désordonnée. Elles peuvent par exemple interrompre leur fréquentation quelques temps, alors même que les démarches engagées n'ont pas été menées à terme, puis la reprendre en se comportant vis-à-vis du personnel comme si elles n'avaient jamais cessé le suivi. Si ces personnes font preuve de nomadisme médical, cela relève plus d'un nomadisme institutionnel que d'une logique de recherche de la meilleure qualité des soins. Leur rapport est instable tant avec le service médical qu'avec le service social des structures, et se caractérise par des attentes floues.

La *fréquentation instable* correspond à une utilisation "en marge" des services proposés : en dépit de graves problèmes de santé ou de problèmes sociaux importants, ces patients ne profitent pas de l'ensemble des actions dont ils pourraient bénéficier. Plus précisément, ils ont en général un rapport déstructuré à la santé. Un patient de Saint-Antoine affirme par exemple ne se préoccuper de sa santé que lorsqu'il ne peut pas faire autrement, c'est-à-dire – selon ses propres termes - lorsqu'il tombe évanoui au cours de crises de tétanie. Les traitements prescrits sont rarement respectés de façon rigoureuse. Leurs demandes médicales elles-mêmes sont inconstantes et répondent à des critères parfois fort éloignés de la pratique médicale habituelle. Voici comment un "habitué" de la mission SDF de Médecins du Monde justifie l'un de ses recours médicaux : "*Comme personne ne faisait attention à moi, je lui ai demandé qu'il prenne la mienne, de tension*". On peut encore citer l'exemple d'un homme, qui déclare s'être rendu à MDM pour obtenir une consultation qu'il avait déjà "*dix fois reportée*". Mais lorsqu'on lui demande s'il a pu voir un médecin, il répond : "*Ca m'a plus intéressé du tout ! Pour tout dire. J'y pensais... et puis, j'ai autre chose à faire, des mots-croisés, bavasser...*"

En ce qui concerne le versant social de l'action des structures, les démarches conseillées par les travailleurs sociaux ne sont pas systématiquement mises en œuvre. "S'en sortir" n'a d'ailleurs souvent que peu de sens aux yeux de ces patients tant ils sont marginalisés. Ils pratiquent certes des adaptations secondaires pour améliorer dans le court terme leur situation ou leur statut, mais ils n'élaborent pas de stratégies pour être pris en charge dans le long terme. Le plus souvent en effet, leur attitude est marquée par la recherche d'une satisfaction immédiate des envies ou besoins. Ils se découragent très rapidement lorsqu'ils doivent accomplir une démarche ne serait-ce que de quelques jours. Cette tendance les écarte alors de l'assistance régulière des services publics et associatifs, qui nécessite un minimum de suivi.

Il faut toutefois noter que dans certains cas, le rejet d'une démarche de prise en charge dont les effets ne seraient pas immédiatement perceptibles peut être considéré comme un comportement rationnel. On comprend par exemple qu'une personne sans abri qui se rend à Médecins du Monde ou à la polyclinique un jour de grand froid soit plus soucieuse de trouver un toit pour la nuit que de la grippe qui la frappe depuis plusieurs jours. Et que cette personne ne demande pas alors à consulter un médecin mais préfère rester auprès de l'assistant social pour s'assurer qu'il téléphone aux associations susceptibles de lui trouver une place d'hébergement. Quoiqu'il en soit, dans ce contexte, les réponses apportées aussi bien par Médecins du Monde que par la polyclinique de Saint-Antoine ne peuvent être que ponctuelles et paraissent souvent insuffisantes au regard des besoins médicaux et sociaux de ces personnes.

Dans la mesure où ils ne cherchent pas à être pris en charge à long terme ni à se faire reconnaître comme de "bons assistés", les patients en "*fréquentation instable*" portent peu d'attention au respect des normes en vigueur dans les centres. Leur attitude entrave les relations affectives, et peut même susciter de la méfiance du fait de leur inconstance. Des comportements agressifs, parfois violents apparaissent dans les centres de la Mission France comme à la polyclinique, de la part de ces personnes qui souvent ne supportent aucune contrainte, ou souffrent de problèmes psychiatriques, de toxicomanie ou d'alcoolisme. La violence peut dans certains cas être vue comme un moyen de se protéger face à une situation mal supportée, ou comme un appel, une demande d'attention qui ne trouve pas d'autres voies pour s'exprimer. Il n'en reste pas moins vrai que l'agressivité de quelques-uns gêne et déconcerte nombre de professionnels et de patients.

D'une manière générale, seule une faible proportion (bien qu'importante selon des critères autres que statistiques) de la population est si déstructurée qu'elle ne peut ou ne veut pas s'inscrire de façon régulière dans une démarche de prise en charge. Peu de personnes fréquentent donc les structures étudiées de façon instable. Il semble toutefois qu'il y en ait davantage à Médecins du Monde qu'à la polyclinique de Saint-Antoine. Différentes hypothèses d'explications peuvent ici être avancées.

a) Il existe tout d'abord une "auto-sélection" des patients avant même le recours à l'hôpital Saint-Antoine. La façade institutionnelle d'un centre hospitalier, en effet, dissuade a priori des individus très marginalisés, qui préféreront peut-être consulter dans des lieux associatifs dont l'image se décline davantage en termes de souplesse des conditions d'accueil et d'ouverture à tous. On peut de plus supposer que pour les personnes très marginalisées, la crainte du regard que leur porteraient des patients "ordinaires" les dissuade quelque peu de se rendre dans une structure de droit commun. Les

résultats de l'enquête quantitative présentée ci après^v montrent d'ailleurs que les personnes interrogées au CHAPSA de Nanterre, c'est-à-dire en moyenne les plus marginalisées de l'échantillon, sont les plus nombreuses à affirmer se sentir davantage à l'aise dans un centre de soins où ne sont accueillies que des personnes qui ne paient pas les soins. Les réseaux d'informations sur les possibilités de se faire soigner gratuitement diffèrent par ailleurs selon les caractéristiques sociales des malades et en fonction de leur mode de vie. Tant que leur état de santé ne nécessite pas de soins hospitaliers, il est probable que les personnes très déstructurées obtiennent de leurs pairs ou des structures qu'ils fréquentent (de manière instable également) des informations sur des dispositifs autres que ceux de l'APHP. Ainsi, une personne qui se rend le soir à la mission SDF de Médecins du Monde pour y prendre un sandwich apprendra que l'association propose des consultations gratuites. C'est d'ailleurs l'un des objectifs de cette mission que de sensibiliser à la santé et d'offrir des soins médicaux dans le lieu même où l'on vient se restaurer quelque peu. Bien que la polyclinique soit ouverte à toute personne désireuse de recevoir des soins médicaux, un certain type de malades y accéderait donc moins facilement.

b) Par ailleurs, comme c'est le cas dans toute structure sanitaire, les décisions médicales conduisent parfois à orienter le malade vers un service autre que celui dans lequel il s'est initialement rendu. En particulier, les comportements des patients en *fréquentation instable* sont susceptibles d'être interprétés en termes de pathologie mentale et donner lieu à une orientation vers des médecins psychiatres. Parce qu'à Médecins du Monde, les consultations psychiatriques s'effectuent au sein même des dispensaires, les patients "réorientés" restent dans l'enceinte de l'association tandis qu'à Saint-Antoine, ils se retrouvent de fait dans un secteur autre que celui de la polyclinique.

c) Enfin, face aux patients violents qui menaceraient le bon déroulement de la prise en charge des autres malades, la conservation du matériel, ou même l'intégrité physique des personnes présentes, le personnel des structures dispose en dernier recours de la solution d'expulser, ne serait-ce que momentanément, le fauteur de troubles. Cette solution (ou du moins la menace d'y recourir) semble plus fréquente à la polyclinique que dans les centres de l'association ; peut-être est-ce dû en partie au fait qu'il existe précisément à Saint-Antoine un service de sécurité chargé de ce type de problèmes, ce qui n'est pas le cas à Médecins du Monde. Quoiqu'il en soit, nous avons observé que l'exclusion d'une personne était toute provisoire. Les "débordements" bénéficient généralement de l'indulgence rétrospective du personnel, une fois l'ordre rétabli, dans la mesure où le patient est connu ou que l'on est conscient de ses problèmes et souffrances. D'une manière générale, l'éthique, le critère médical ou le souci d'Autrui interviennent en faveur d'une tolérance vis-à-vis du malade "récalcitrant" qui demande

^v Voir la 3^{ème} partie

à consulter, dès lors qu'il ne perturbe pas le bon fonctionnement du service. Certains comportements agressifs sont en outre attribués non pas à la mauvaise volonté du patient mais à la détresse dans laquelle il se trouve.

La *fréquentation instable* des centres médico-sociaux déconcerte et suscite parfois du découragement chez les bénévoles et salariés. D'une part, les comportements inconstants et agressifs sont difficiles à vivre. D'autre part, dans la mesure où ces patients ne leur expriment généralement aucune reconnaissance, médecins, soignants et accueillants peuvent être amenés à douter de l'efficacité de leur intervention. Ils sont enfin conscients que l'instabilité réduit les chances de réussite des actions entreprises. Jamais sûrs que le travail qu'ils ont engagé sera suivi, ils se voient confrontés à la remise en question du mythe prométhéen de la guérison et de la réinsertion.

D'une manière globale, la réponse que Médecins du Monde et la policlinique donnent effectivement aux personnes lors d'une *fréquentation instable* est insuffisante face aux demandes et besoins. Elle est "en deçà" de l'assistance. L'intervention des structures permet toutefois un certain accès aux soins, et offre un lieu chaleureux où ces personnes très marginalisées peuvent s'asseoir, prendre un café, se reposer physiquement et moralement. Elle leur permet également de rencontrer une assistante sociale, parfois de recouvrer des droits sociaux lorsque les démarches à effectuer ne sont pas trop longues, d'être adressé à un centre d'hébergement et, le cas échéant, orienté vers un service médical plus pointu –hospitalier ou de désintoxication par exemple. Il arrive alors que le patient parvienne à se stabiliser peu à peu dans sa relation avec la structure, du fait de l'attention qui lui est portée et de la souplesse des prises en charge proposées. Dans ce cas, la *fréquentation instable* se transforme progressivement en une relation de prise en charge médicale et sociale. La Mission France comme le dispositif Baudelaire facilitent en ce sens l'entrée des marginaux dans la sphère de l'assistance, et peuvent donner lieu à une restructuration progressive du patient au travers de relations régulières et affectives avec des membres du personnel.

V. Conclusion.

A partir d'un recours dont le but premier et initial est thérapeutique, la fréquentation d'un centre de soins peut donner lieu à une prise en charge globale, à la fois médicale et sociale. Les interactions entre patients démunis et membres du personnel prennent progressivement la forme d'une relation d'écoute et de soutien qui ne se limite pas au cadre professionnel. Dans les centres que nous avons étudiés, ce type de relation procure des éléments essentiels à la reconstruction morale et sociale de personnes fragilisées ou désocialisées. La personnalité de certains membres des équipes rencontrées jouent bien sûr un rôle primordial dans la réussite des actions proposées.

Les trajectoires institutionnelles à Médecins du Monde et à la polyclinique de Saint-Antoine présentent certaines similarités, en particulier en ce qui concerne les formes que prennent la *fréquentation ponctuelle* et la *fréquentation instable*. Dans le premier cas en effet, les contacts avec les centres de soins sont trop récents, ou ne sont pas suffisamment réguliers, pour que les caractéristiques de ces structures déterminent les expériences vécues par les patients. C'est alors avant tout leur attitude concernant le bénéfice d'une assistance médico-sociale qui oriente leurs comportements. Dans le second cas, les patients sont si déstructurés qu'ils ne parviennent à se stabiliser dans quasiment aucune structure –et ce quelles qu'en soient les caractéristiques. Par contre, lorsque les patients fréquentent la structure de façon régulière, leur carrière morale diffère sous certains angles selon qu'ils consultent à la polyclinique ou à Médecins du Monde.

A la polyclinique, l'installation dans une relation de prise en charge se fonde sur les valeurs médicales. Les patients se présentent comme des ayants-droits en matière de santé : il leur apparaît légitime que les personnes sans couverture maladie disposent des moyens qui leur permettent de se soigner dans les mêmes conditions que l'ensemble des citoyens. Les aides sociales en matière de santé s'inscrivent à leurs yeux dans ce cadre, et représentent une simple alternative à la Sécurité sociale. Ils rationalisent donc leurs recours en en faisant primer l'aspect thérapeutique, au point d'en reléguer le caractère social et assistanciel au second plan. Le personnel hospitalier les conforte dans cette attitude : il s'efforce en effet de présenter le dispositif Baudelaire comme "un mode parmi d'autres" de recouvrement des frais médicaux, et fait en sorte que la procédure pour en bénéficier ne soit pas stigmatisante. Nombre de patients ont en outre vu changer leur statut administratif (par exemple d'une prise en charge gratuite à un recouvrement par l'Aide médicale Etat puis par la Carte Paris-Santé) sans que cela n'ait eu aucune conséquence quant à leur prise en charge. De plus, et parce que le personnel hospitalier n'effectue pas un travail ciblé uniquement sur des publics socialement défavorisés, ces derniers peuvent voir dans les échanges établis une relation médicale dégagée de toute problématique se rapportant à la précarité. La référence mutuelle aux valeurs de la Médecine conduit chacun des acteurs à dépasser les préoccupations administratives pour se concentrer sur le sens même de la relation de soins.

Patients et hospitaliers ont respectivement intégré l'idée de l'indépendance de la Médecine vis-à-vis de caractéristiques sociales des malades. Bien sûr, celles-ci ne sont pas niées ; la personnalisation des échanges ainsi que les liens affectifs qui s'y greffent le prouvent bien. Mais le fondement de la relation se trouve ailleurs, au cœur de l'éthique médicale. Si bien que le patient se perçoit et est perçu comme un malade en souffrance avant d'être considéré comme un "pauvre" ou un "exclu". Il s'en dégage une identité de "Malade", commune à tous, qu'ils soient ou non inscrits dans le dispositif Baudelaire.

Les modalités de l'installation dans une relation de prise en charge sont quelque peu différentes à Médecins du Monde. Même s'il y est également fait référence à l'éthique médicale, c'est avant tout l'importance que les malades accordent au bénévolat du personnel et les motivations de celui-ci qui orientent la carrière morale du patient. Beaucoup perçoivent en effet chez les bénévoles une pratique qui dépasse largement le cadre de la relation médicale habituelle. Au-delà de la qualification professionnelle, les valeurs humanistes qui motivent le personnel transforment et enrichissent la pratique médicale. Certains médecins et infirmiers affirment d'ailleurs retrouver la véritable éthique de leur profession en exerçant bénévolement à Médecins du Monde. Les patients sont sensibles à cet investissement, qui relève selon eux d'une vocation différente, de valeurs humanistes notoires ; ils y voient le fondement d'une relation humaine aux plus défavorisés. Lors d'une fréquentation régulière de l'association, leurs interactions entre patients et bénévoles sont effectivement d'une autre nature que les rapports de client à technicien. Chacun adopte des comportements qui se rapprochent de ceux d'une relation amicale. En fait, cette expérience permet de donner du sens, un sens humain, aux relations qui s'établissent dans un centre de soins pour malades démunis.

Par ailleurs, avant de prendre contact avec Médecins du Monde, certaines personnes s'étaient vu refuser l'accès aux soins qu'elles demandaient parce qu'elles ne bénéficiaient pas de la Sécurité sociale. L'association est ainsi parfois considérée comme "l'ultime recours" sans lequel elles ne pourraient pas se soigner. Le fait que le personnel offre bénévolement ces services jugés indispensables ouvre alors la voie à un transfert affectif plus important que s'il s'inscrivait dans le cadre du travail et de l'économie marchande. Dans un contexte de pauvreté relationnelle, les patients peuvent en effet identifier l'action des bénévoles à l'aide que d'autres reçoivent de leurs famille et amis. Parallèlement, qu'ils se soient engagés pour mettre en œuvre un accueil médical "plus humain", pour rester en contact avec une profession dont ils sont retraités ou pour sentir utiles en aidant des personnes en besoin, les bénévoles trouvent dans l'établissement de liens affectifs avec les patients une rétribution symbolique de leur action, une valorisation personnelle, une reconnaissance et une raison de continuer à s'investir.

En schématisant, on pourrait donc dire que la socialisation des patients s'effectue à Médecins du Monde en fonction essentiellement de valeurs humanitaires, tandis qu'elle se fonde à la polyclinique avant tout sur les valeurs de la Médecine. A la polyclinique, le patient apprendrait ainsi à ne plus percevoir en tant que "pauvre" mais en tant que citoyen, ayant droit comme tout malade à l'accès aux soins hospitaliers. A Médecins du Monde, le patient apprendrait progressivement à ne plus se percevoir comme un "pauvre" en demande mais comme un être humain digne de respect, et méritant à ce titre les soins médicaux de personnes attentives.

Au-delà du contexte institutionnel qui influe sur la manière dont s'établissent les relations entre patients et professionnels, les différences observées résident dans les motivations, les attentes et les normes de référence de chacun des acteurs de ces structures. Ces quelques points doivent à présent être éclairés par des analyses plus approfondies sur les motivations du personnel hospitalier et bénévole –en particulier en étudiant leurs propres carrières morales au sein de la structure dans laquelle ils travaillent.

4^{ème} partie : Etude épidémiologique

I. Méthodes

1. Questionnaire

Le questionnaire *Précar 121* comprend 121 questions (comptant pour 170 items), que l'on peut regrouper en plusieurs parties :

? Une description détaillée de la situation sociale de la personne au jour de l'enquête, ainsi que sur l'ancienneté des situations pour les variables indiquées en italiques : *logement, emploi*, ressources, éducation, nationalité et migration (*ancienneté de séjour*), situation administrative, *couverture sociale*, support social, événements graves dans l'enfance

Pour le premier niveau d'analyse présenté ici, les caractéristiques individuelles suivantes ont été systématiquement étudiées : sexe, âge, situation d'emploi, couverture sociale, nationalité

? Une partie concernant l'état de santé ressenti ; évalué de 2 façons : par le questionnaire SF-12²⁰ (une forme abrégée du Short-Form 36 Health Survey²¹), et par le questionnaire (fonctionnel) EQ-5D complété d'une note sur 10 (correspondant à la marque indiquée sur une échelle analogique de 10 cm de long)

? Une partie concernant les recours aux soins : au cours du dernier mois (itinéraires de soins, structures consultées et motifs détaillés), au cours du dernier trimestre (hospitalisations), ainsi que certains soins de prévention

? Une partie concernant les antécédents personnels (connus) et les plaintes actuelles ou chroniques.

Ce questionnaire a été établi à la suite de l'étude qualitative rapportée dans la première partie, du rapprochement des données d'activité recueillies en routine par les différents centres²², ainsi que des propositions des partenaires de l'étude, réunis au cours de 15 réunions de travail entre septembre 1997 et septembre 1998.

Après avoir été testé auprès de 50 personnes recrutées aléatoirement dans les 5 sites, sa version définitive a été administrée (en face à face) auprès de la population d'étude du 1^{er} octobre au 30 novembre 1998.

2. Population d'étude

Le questionnaire *Précar 121* a été administré auprès de 500 personnes :

- ? Répondant aux critères d'inclusion suivant : âge > 18 ans, venir consulter un médecin du dispositif de soins gratuits^{vi}, comprendre et parler le français
- ? Recrutés - de façon aléatoire à raison de 100 personnes / site - dans 5 sites : deux centres de soins gratuits de la Mission France de Médecins du Monde (avenue Parmentier, Paris 12^{ème} et Gennevilliers); deux dispositifs "précarité" hospitaliers de l'APHP (espace Baudelaire à St Antoine, espace Verlaine à St Louis) et à la consultation médicale du Chapsa (Centre d'hébergement et d'accueil pour les personnes sans abri, Nanterre)

Les personnes ont été recrutées de façon aléatoire, avec l'objectif initial d'interroger 100 personnes par site. Au cours de la passation des questionnaires et compte tenu des questionnaires inexploitable, les effectifs finaux sont légèrement déséquilibrés (voir plus bas).

3. Méthodes statistiques

Cette première partie d'analyse utilise essentiellement des méthodes classiques : test du Chi2 pour la comparaison de données qualitatives, test de rang non paramétrique (Wilcoxon) pour la comparaison des variables quantitatives. Les analyses multivariées ont utilisé des modèles de régression logistique. Les corrélations entre les caractéristiques des personnes ont été étudiées par des analyses des correspondances multiples. L'ensemble des analyses a été effectué sur SAS/STAT[®], version 6.12 (SAS Institute Inc, Cary, Caroline du Nord, 1996).

II. Description des personnes interrogées

Les patients consultant dans les différents centres de soins sont différents avec une prédominance d'hommes, de patients plus âgés, et de patients de nationalité française au Chapsa. Plus de 90% des patients du Chapsa sont sans emploi et ont un hébergement précaires.

^{vi} Dans les centres hospitaliers, les dispositifs "précarité" s'adressent aux personnes n'ayant aucune couverture sociale effective au jour de la consultation ou – dans le cas où ils sont couverts par la Sécurité sociale – étant dans l'impossibilité financière d'avancer les frais médicaux (en l'absence de prise en charge par l'aide médicale ou d'assurance complémentaire)

Table 1. Description des populations interrogées dans les cinq centres

	Parmentier (n=81)	Gennevilliers (n=101)	St Louis (n=116)	St Antoine (n=101)	CHAPSA (n=100)	
Sexe masculin, %	51.9	59.4	76.7	67.3	90	p=0,001
Classes d'âge, %						
0-30	40.7	37.6	37.9	28.7	21	
30-40	38.3	39.6	32.8	34.6	26	
> 40	21	22.8	29.3	36.6	53	p=0,001
Sans domicile fixe, % (logement en centre d'accueil, en hôtel ou autre logement temporaire, SDF)	19.8	18.8	37.4	31	95	p=0,001
Sans emploi, % (ni emploi déclaré ou non déclaré, ni stage)	53.1	63.4	67.2	63.4	92	p=0,001
Sans couverture sociale, % (ni sécurité sociale, ni AMG/carte santé)	82.7	72.3	72.4	62.4	50	p=0,001
Etranger, %	81	81.2	77.6	82.2	22	p=0,001
Première visite, %	24.7	31.7	26.7	9.9	24	p<0,01
Nb total de visites précédentes, %						
1-2	37.7	35.7	30	18.6	36.5	
3-9	27.9	48.2	46.3	38.4	41.3	
>=10	24.4	16	23.8	43	22.2	p=0,001

Les patients consultant les centres MDM ou les centres de soins gratuits de l'APHP ne sont pas différents en termes d'âge, de nationalité, d'emploi ou de couverture sociale, mais les centres MDM accueillent plus de femmes que les centres hospitaliers (44% vs 28%, p=0.001) et moins de personnes sans domicile (19% vs 34%, p=0.001).

L'antériorité du suivi médical dans le centre où a lieu l'interview n'est pas différent suivant les centres sauf pour le centre de l'hôpital Saint Antoine dont le public est constitué à 90% de re-consultants.

Les résultats regroupés par type de centre (MDM, APHP, Chapsa) figurent en Annexe 1 (Table 1).

III. Attitudes des consultants vis-à-vis de la fréquentation des centres et de la qualité des prises en charge médicales et sociales

Les centres ont été regroupés en trois catégories (MDM, APHP, Chapsa). Après une première comparaison des réponses entre patients consultant les trois catégories de centre (Table 2), les

réponses des patients au sujet de l'accueil, des relations avec le personnel, des attentes et des satisfactions ont été comparées systématiquement, de façon univariée, entre :

- ? hommes et femmes
- ? patients de différentes classes d'âge (<30 ans, 30-40 ans, >40 ans)
- ? patients avec un domicile (domicile fixe ou logement temporaire chez des amis ou en famille) et patients sans domicile stable (hébergement en centre d'accueil, en hôtel ou autre logement temporaire, SDF)
- ? patients déclarant avoir un emploi, y compris travail au noir ou stage, et patients sans emploi
- ? patients ayant une couverture sociale (sécurité sociale à 70%, sécurité sociale à 100%, AMG/carte santé, assurance complémentaire) et patients sans aucune couverture sociale
- ? patients français et étrangers.

Une analyse multivariée par régression logistique a ensuite testé l'effet centre après ajustement sur les variables socio-démographiques.

1. Influences des variables socio-démographiques sur la satisfaction des usagers

L'accueil est moins souvent jugé bon (ou très bon) au Chapsa. Aucune différence dans l'appréciation de l'accueil n'est retrouvée en fonction de l'âge, de l'emploi ou de la couverture sociale. Des différences de jugement sont observées en fonction du sexe (82% des hommes jugeant l'accueil bon ou très bon vs 90% des femmes, $p=0.03$), de la situation de logement (77% des sans domicile stable, vs 90%, $p=0.001$) ou de la nationalité (76% des français vs 88% des étrangers, $p=0.001$). Ces variations s'expliquent par la spécificité des patients vus au Chapsa et en analyse multivariée seul l'effet centre est conservé.

Lorsque les patients qui ont déjà consulté sont interrogés sur leur satisfaction, 90% des personnes interrogées à MDM ou dans les centres de l'APHP ont un jugement favorable sur le centre de soins qui est vécu comme un endroit où l'on se sent à l'aise. Toutefois les patients français sont moins nombreux à être satisfait (81% vs 91%, $p=0.005$), de même que les patients ayant une couverture sociale (83% vs 92%, $p=0.01$) et on retrouve cette différence au niveau d'une moindre (75%) satisfaction des patients du Chapsa. Après ajustement sur les caractéristiques des patients l'effet centre est conservé, moins de patients rapportant se sentir à l'aise au Chapsa. Par contre tous les centres de soins sont vécus comme des endroits où l'on est toujours bien soigné et ce jugement est indépendant des caractéristiques des patients.

Table 2. Accueil, relations, attentes, satisfaction dans les trois types de structure

	%	MDM (n=182)	APHP (n=217)	CHAPSA (n=100)	
en général le patient préfère prendre RV (vs venir directement ou sans opinion)	18.7		37.3	23	p=0,001
accueil dans le centre : très bon ou bon (vs insuffisant ou mauvais)	96.1		84.2	64.3	p=0,001* vii
attente trop longue (vs acceptable)	19.2		41.4	47.5	p=0,001*
Depuis que le patient fréquente le centre, les relations avec le personnel se sont améliorées (vs dégradées ou inchangées)	32.5		31.1	61.8	p=0,001
Jugement sur le centre de soins :					
Tout à fait ou plutôt d'accord (vs plutôt pas ou pas du tout d'accord)					
c'est un endroit où on se sent à l'aise	93.6		91	75	p=0,001
un endroit où on est toujours bien soigné	89.8		90	91.8	ns (0,8)
le personnel est toujours agréable	96.8		86.8	88	p<0,05
le personnel ne fait pas attention à moi	32.2		30.2	24	ns (0,5)
les autres malades pas agréables	31.9		18.1	56.6	p=0.001
Il y a dans le centre une personne avec laquelle les relations dépassent le cadre professionnel (vs non)	7.3		21.3	31.1	p=0.001
Les démarches pour se faire soigner gratuitement: simples ou très simples (vs très compliquées ou compliquées)	89.4		73.2	87.5	p=0.001*

Une vision critique vis à vis des autres malades est très répandue parmi les patients du Chapsa^{viii}. En analyse univariée, les malades français sont plus critiques (47% vs 25%, p=0.001), de même que les patients avec une couverture sociale (45% vs 25%, p=0.001) ou ceux avec un domicile (43% vs 24%,

^{vii} Tous les astérisques suivants les valeurs de p indiquent que les différences restent significatives après ajustement sur le sexe, l'âge, le domicile, l'emploi, la nationalité et la couverture sociale (voir plus haut pour la définition des variables).

^{viii} Ces attitudes critiques chez les personnes sans abri vis-à-vis des autres personnes dans cette situation est fréquemment retrouvée dans les enquêtes qualitatives auprès de ces personnes (voir, par exemple, les motifs de refus de recours aux dispositifs d'hébergement d'urgence dans Olivier C. *Attentes et perceptions des personnes sans abri contactées par la mission SDF de Médecins du Monde*. Parsi, Institut de l'Humanitaire, 1999, sous presse).

$p=0.001$). Ce dernier résultat apparaît contradictoire avec l'analyse par centre. En fait, en analyse multivariée, on retrouve que, seuls, les patients du Chapsa sont moins enclins à trouver les autres malades agréables.

Les démarches pour se faire soigner gratuitement sont en général considérées comme simples mais cela est moins vrai à l'hôpital. Aucune différence d'appréciation n'est rapportée en fonction du sexe, de l'âge, du domicile, de la situation face à l'emploi ou à la couverture sociale. Les patients français trouvent que les démarches simples légèrement plus fréquemment que les patients étrangers (87% vs 79%, $p=0.07$).

2. Attitudes vis-à-vis de la prise en charge et des personnels

La satisfaction concernant les soins médicaux donnés est très forte (>85%) et identique selon les centres. Aucune variable socio-démographique n'est liée au degré de satisfaction des soins. Aucune différence n'est retrouvée entre les centres concernant le jugement des patients sur les qualités professionnelles et humaines des médecins qu'ils ont pu y consulter et très majoritairement les patients ont confiance dans le médecin (93% d'accord), le médecin étant par ailleurs jugé compétent (93%), humain (93%), faisant tout pour aider (90%). Le désaccord beaucoup plus fort des personnes interrogés au Chapsa sur l'item "c'est comme si le médecin faisait partie de la famille" s'explique par la différence d'opinion entre personnes de nationalité française et étrangère (25% vs 63% d'accord, $p=0.001$). En analyse multivariée, seule la nationalité reste associée à cette réponse.

Les rapports avec les infirmières et les aides soignantes sont jugés moins bons par les personnes de 30 à 40 ans que par les plus jeunes ou les plus âgés. Après prise en compte de la variable âge, aucune différence n'est observée entre les centres.

La prise en charge sociale effectuée dans le centre de soins est jugée moins bonne par les personnes interrogées au Chapsa et aucune variable socio-démographique ne modifie ce jugement. Globalement les jugements sur l'assistant social consulté dans le centre de soins sont positifs, bien que légèrement moins bons au Chapsa. Comme pour les médecins, les fortes différences d'appréciation de l'item "c'est comme si l'assistant social faisait partie de la famille" recouvrent les différences d'appréciation entre patients français et étrangers.

Une analyse séparant les cinq centres retrouve, après ajustement sur les variables socio-démographiques les mêmes résultats (Annexe 1, Tables 2 et 3), à l'exception d'une appréciation globale concernant l'accueil moins positive parmi les patients consultant à St Louis. Les démarches pour se faire soigner gratuitement sont également considérées comme moins simples dans ce centre, et si

3. Gêne à fréquenter les centres de soins gratuits et préférence de fréquentation

Un patient sur deux éprouve de la gêne à demander à être soigné gratuitement (Table 4). Ceci est observé indépendamment du centre de soins. Aucune différence n'est observée entre hommes et femmes, entre classes d'âge, ni entre patients ayant ou non un emploi, un domicile ou une couverture sociale. Le sentiment de gêne est aussi fréquemment rapporté par les patients français et que par les patients étrangers.

Mais cette gêne à exprimer la demande ne se traduit pas automatiquement par une préférence pour un centre de soins gratuits : 27% des patients qui ressentent une gêne à demander des soins gratuits se sentent plus à l'aise dans un centre de soins où consultent en même temps des personnes qui payent et d'autres qui ne payent pas, alors que seuls 11% des patients ne se sentant pas gêné à demander des soins gratuits expriment une telle préférence.

Les patients du Chapsa préfèrent se faire soigner dans un centre où personne ne paye; préférence qui est retrouvée chez les patients français (36% vs 26%, $p=0.009$), ainsi que chez les patients sans domicile (35% vs 25%, $p=0.03$). Après ajustement sur les variables socio-démographiques, la préférence pour un centre de soins où personne ne paye est significativement plus fréquente chez les patients du Chapsa ainsi que chez les femmes, alors que le sentiment de gêne n'est pas associé à cette préférence.

S'ils avaient le choix, 30% des patients consultant à MDM et 47% des patients consultant dans les centres de soins de l'APHP choisiraient de se faire soigner dans le même centre, alors que ce choix n'est donné que par 29% des patients du Chapsa.

La satisfaction dans les soins médicaux donnés dans le centre influe sur la préférence, 55% des patients très satisfait préférant consulter le même centre contre seulement 27% des patients non satisfaits ($p=0.001$). Les patients étrangers expriment plus fréquemment une préférence pour le centre de soin consulté le jour de l'interview (42% vs 28%, $p=0.003$), de même que les patients sans couverture sociale (42% vs 30%, $p=0.01$). De la même façon les patients qui se sentent plus à l'aise dans un centre où personne ne paye, préfèrent le centre consulté (51% vs 33%, $p=0.001$). Par contre les patients qui sont gênés par la demande d'un soin gratuit seraient moins enclins, s'ils en avaient le choix, à venir dans le centre (33% vs 43%, $p=0.02$).

Si les patients avaient le choix, seul un sur cinq choisirait de se faire soigner chez un médecin de ville et ceci indépendamment du centre, du sexe, de la classe d'âge, de la nationalité ou du domicile. Toutefois les personnes ayant un emploi expriment plus souvent une préférence pour la médecine de ville (25%

vs 17% des sans emploi, $p=0.04$), tout comme les personnes qui ont une couverture sociale (26% vs 16% des non couverts, $p= 0.009$).

La préférence pour l'hôpital est globalement forte, particulièrement parmi les patients du Chapsa dont un sur deux indique cette préférence mais cette vision très positive de l'hôpital comme lieu de soin privilégié est aussi partagée par un patient de MDM sur trois.

La moitié des patients consultant à MDM et 15 à 20% des patients des deux autres structures disent n'avoir jamais fait appel à un(e) assistant(e) social(e). Lorsqu'ils y font appel, plus d'un sur trois en est gêné, et cette gêne est également partagée par les patients de tous les centres. Les hommes et les femmes ont la même attitude. Une relation entre âge et consultation sociale est observée, mais la gêne est indépendante de la classe d'âge.

Table 4. Préférences des patients vis à vis des lieux de soins médicaux et des lieux de prise en charge sociale.

	MDM (n=182)	APHP (n=217)	CHAPSA (n=100)	
Gêne quand demande à être soigné gratuitement	51.7	51.9	56	ns (0,8)
Le plus à l'aise dans un centre				
où personne ne paye	29.4	21.2	45	
mixte	17.8	23	16	
sans opinion	52.8	55.8	39	$p=0.001$
Si avait le choix, souhaiterait de faire soigner				
ici	30.8	47.5	29	$p=0.001$
médecin de ville	20.9	16.6	22	$p=0,4$
hôpital	30.8	20.3	49	$p=0,01$
Ne fait jamais appel à l'AS	56.1	20.8	16.0	$p<0.001$
Gêne quand appel à assistant(e) social(e)	34.2	42.7	41.7	$p=0.43$
préfère voir un(e) assistant(e) social(e)				
dans le centre de soins	40	50.9	42.9	
en dehors du centre de soin	14.7	8.7	20.2	
sans opinion	46.3	40.5	36.9	$p=0.06$

Les patients sans domicile ont plus souvent déjà fait appel à un(e) assistant(e) social(e) que les patients ayant un domicile (77% vs 60%, $p<0.001$). On retrouve également cette relation avec l'emploi (71% des sans emploi vs 58%, $p=0.005$) et avec la nationalité (78% des français vs 63% des étrangers,

$p < 0.001$). Seuls 60% des non couverts contre 83% des patients avec une couverture sociale ont déjà vu un assistant social ($p < 0.001$), ce qui pourrait traduire l'aide apportée par l'assistant social au recouvrement de la couverture sociale. Mais ces différences dans les taux de recours à l'assistante sociale ne traduisent pas une meilleure acceptation de la nécessité de ce recours et aucune différence concernant la gêne ressentie n'est observée suivant les caractéristiques socio-démographiques des personnes.

Aucune différence n'est observée entre les centres concernant la préférence quand au lieu de consultation d'une assistante sociale. Plus de 40% d'entre eux apprécient la présence dans le même lieu des soins médicaux et de la possibilité d'une prise en charge sociale, tandis que moins de 20% des patients préfèrent rencontrer l'assistante sociale en dehors du lieu de soin.

4. Discussion

Malgré les différences de caractéristiques socio-démographiques des personnes consultant dans les centres de soins, quelques résultats apparaissent de façon identique dans les trois types de structure. Indépendamment des problèmes médicaux à l'origine de la consultation le jour de l'interview et sans prendre en compte l'état de santé (mesuré ou ressenti) de la personne, les réponses aux questions sur les attentes et satisfactions des patients vis à vis des structures de soins consultées peuvent apporter des éléments sur leur vision du rapport aux soignants et au système de soin.

La gêne à faire la demande d'un soin gratuit est ressentie par un patient sur deux, et ceci indépendamment de son sexe, de son âge, de sa nationalité ou de sa situation de logement, d'emploi ou de couverture sociale. Mais cette gêne ne traduit pas une réticence vis à vis du centre de soins consulté puisque, même s'ils avaient le choix, 30% des patients de MDM ou du Chapsa et 47% des patients des centres de l'APHP préféreraient se faire soigner dans le centre qu'ils consultent au jour de l'enquête. Cette vision très positive des centres de santé non libéraux se traduit aussi par la forte préférence exprimée vis à vis de l'hôpital alors que seul un patient sur cinq choisirait la médecin libérale de ville s'il le pouvait^{ix}. Par ailleurs la satisfaction vis-à-vis des soins médicaux pratiqués par les centres est générale et très forte (plus de 85% de patients satisfaits quelque soit la structure). Les qualités professionnelles et humaines du médecin sont reconnues de façon pratiquement unanimes et les relations avec les infirmières et aides-soignantes sont jugées bonnes.

^{ix} On pourrait croire que les personnes préfèrent peu la médecine libérale faute de la connaître. Ce n'est pas complètement le cas puisque 26% des personnes interrogées (et jusqu'à 34% des femmes) ont consulté au moins une fois un omnipraticien libéral au cours des 6 derniers mois (voir plus bas).

La majorité des patients des centres de l'APHP et du Chapsa ont déjà fait appel à un(e) assistant(e) social(e) mais seulement un patient de MDM sur deux. Cette nécessité d'un recours à l'AS est vécue difficilement par un tiers des patients indépendamment de leurs caractéristiques socio-démographiques. Parmi les personnes interrogées ayant déjà consulté un AS, plus de 40% préfèrent voir l'AS dans le centre de soins où ils se font soigner. Le jugement sur la qualité de la prise en charge sociale effectuée dans le centre de soins ainsi que le jugement sur les qualités professionnelles de l'AS sont globalement très positifs.

L'unanimité de la reconnaissance du travail accompli par les médecins et les assistants sociaux n'empêche pas une grande proportion de personnes d'exprimer des réserves sur la relation inégale qui s'établit par le non paiement de l'acte de soins (15% à 25% des répondants, selon les centres, se retrouvant dans l'item " le médecin me fait sentir que je ne paye pas") ou par la demande d'aide sociale (25 à 40% se retrouvant dans l'item "l'AS me fait sentir que je suis dans le besoin"). Ces critiques étant formulées dans les mêmes proportions quelque soit le centre, cela traduit sans doute plus la susceptibilité des personnes consultant ces centres que des problèmes de relations interpersonnelles particuliers.

Cette juxtaposition d'attitudes de gêne et de satisfaction peut être discutée selon les axes de la typologie dégagée par l'étude qualitative. Encore faut-il rechercher – ce que la suite de l'analyse s'efforcera de faire dans un second temps – si ces attitudes varient au cours du temps, suivant l'ancienneté de la fréquentation de la structure (une variable dont nous disposons, de même que la fréquence de consultations), comme le suggère la description sociologique de phases d'apprentissage, puis d'installation – voire de revendication - dans la relation de prise en charge du patient à la structure fréquentée.

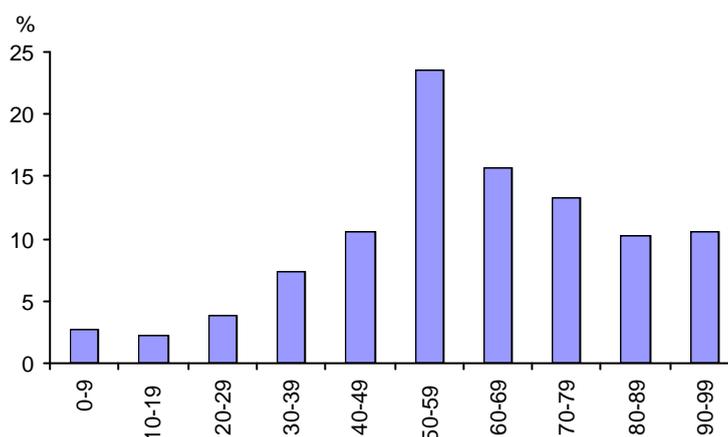
IV. Etat de santé

1. Etat de santé ressenti

L'état de santé ressenti a fait l'objet de 3 séries de questions : une série de question sur l'état de santé fonctionnel et l'échelle de qualité de vie SF-12 qui seront analysées ultérieurement, et une échelle analogique graduée de 0 (pire état de santé imaginable) à 100 (meilleur état de santé imaginable) sur laquelle la personne interrogée devait inscrire son niveau de santé (ressentie) actuel. Les résultats suivants concernent cette dernière variable.

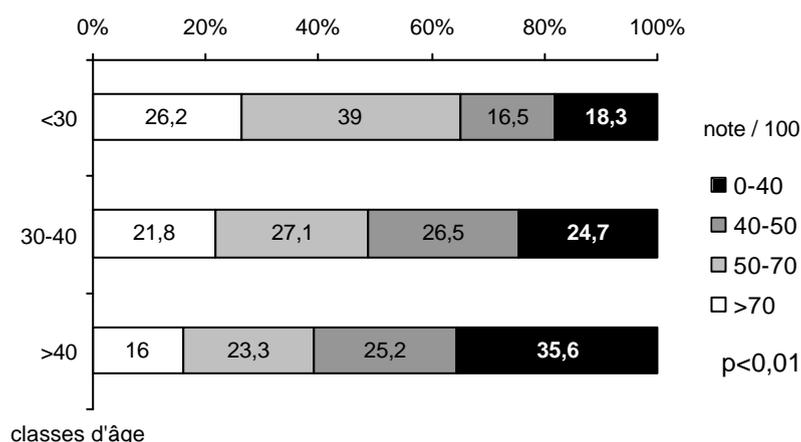
La distribution de cette note/100 dans l'ensemble de la population d'étude est indiquée sur la Figure 1. Exprimée en classes (0-40, 41-50, 51-70, > 70) ou étudiée en variable continue, la distribution de cette note - ou sa valeur médiane - n'est pas significativement différente en fonction du sexe, du statut d'emploi, de logement, de nationalité ou de couverture sociale.

Figure 1. Distribution de l'état de santé ressenti dans la population d'étude



En revanche, l'état de santé ressenti est significativement meilleur chez les personnes les plus jeunes (de moins de 30 ans) que les plus âgées (Figure 2). En ajustant sur l'âge (en analyse multivariée), aucune différence n'est retrouvée en fonction des variables individuelles mentionnées ci dessus.

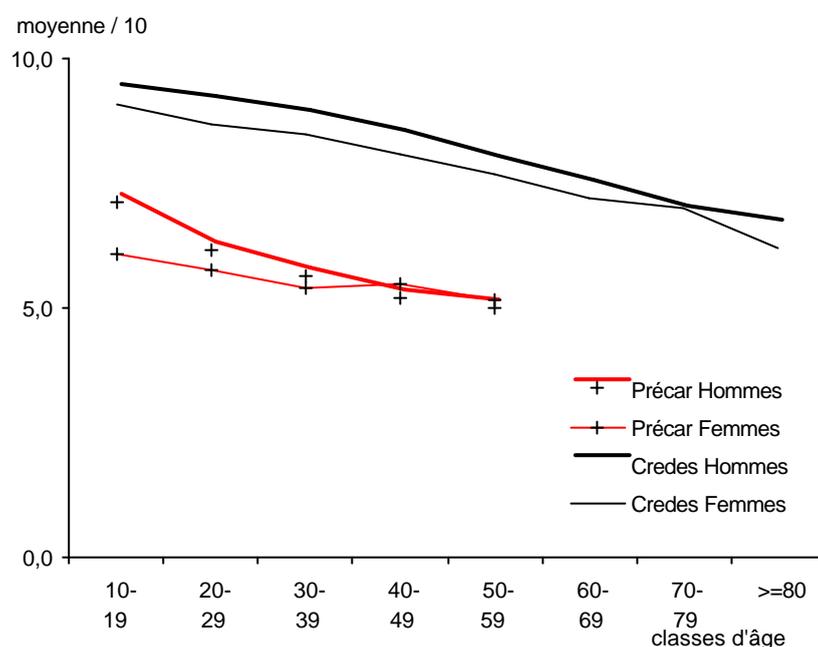
Figure 2. Distribution de l'état de santé ressenti par classes d'âge



Rapportée en une note sur 10, cette note a pu être comparée à celle obtenue de la même façon auprès de la population de l'étude menée en population par le CreDES²³ en 1996. Quand on compare la note moyenne attribuée par chaque classe d'âge dans ces deux enquêtes, on observe trois points (Figure 3) :

- ? un faible écart (non significatif dans notre étude) entre hommes et femmes, comparable dans les deux populations ;
- ? une aggravation progressive de l'état de santé ressenti avec l'âge, dont la pente est identique dans les deux populations ;
- ? un état de santé ressenti constamment deux fois plus mauvais dans notre population d'étude que celui de la population général.

Figure 3. Etat de santé ressenti moyen par classes d'âge : comparaison entre l'étude Précar et l'enquête CreDES (1996)



2. Antécédents personnels actuels

Une liste de maladies était soumise aux personnes interrogées, qui devaient signaler si (à leur connaissance), elles souffraient "actuellement ou fréquemment" de ces maladies^x. La fréquence de réponses affirmatives, par sexe, est indiquée sur la Figure 4. Certaines fréquences ont pu être comparées avec les résultats publiés par l'enquête du CreDES.

^x Pour ce rapprocher des conditions d'administration du questionnaire du CreDES (questionnaire écrit, auto-administré), aucune reformulation n'était effectuée en cours d'entretien pour ces questions.

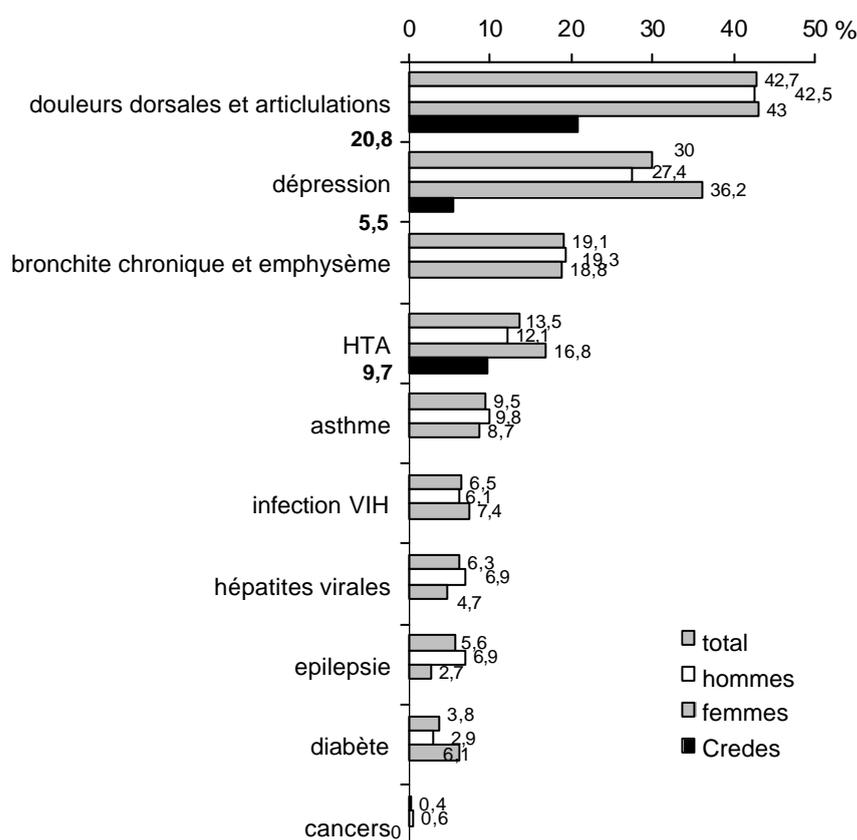
Les douleurs dorsales et des articulations (toutes causes confondues) sont les plus fréquents des antécédents actuels parmi ceux interrogés. Ils concernent un peu plus de 40% des personnes interrogés (avec une fréquence identique chez les hommes et les femmes). Cette fréquence est deux fois plus élevée que celle observée en population générale par le CreDES (dont la population d'étude comprend, pourtant, plus de personnes âgées que celle interrogée ici).

Bronchites chroniques et emphysèmes sont déclarés par 19% des personnes interrogées, sans différence en fonction du sexe, ce qui ne correspond pas aux écarts de prévalence entre les deux sexes décrits en population générale puisqu'on estime généralement que les broncho-pneumopathies chroniques obstructives concernent, en France, 15% de la population masculine de plus de 40 ans et 10% de la population féminine du même âge^{24,25}.

Une infection à VIH est déclarée par 6.5% des personnes interrogées. Il s'agit – y compris en tenant compte du biais de sous déclaration, d'une prévalence importante, près de 10 fois supérieure à celle retrouvée, par exemple, dans les CDAG (0.70%) ou les laboratoires publics (0.73%)²⁶.

La fréquence particulièrement élevée des dépressions justifie, à elle seule, une analyse à part, présentée ci-dessous.

Figure 4. Antécédents personnels actuels déclarés (et comparaison avec la prévalence estimée en population générale par l'enquête CreDES de 1996)

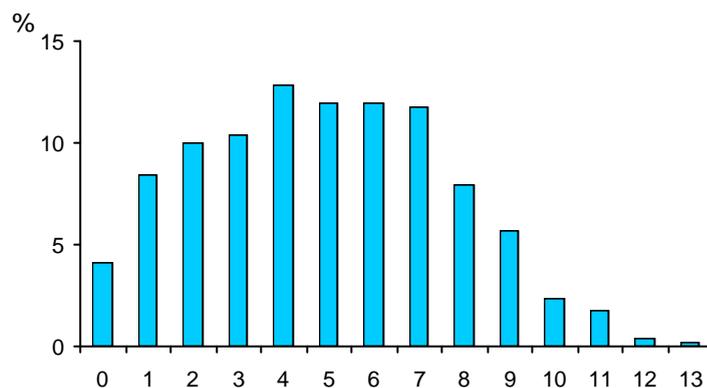


3. Symptômes actuels

Les antécédents actuels déclarés ont pu être recoupés avec les symptômes ressentis au cours des 3 dernières semaines, pour lesquels une liste de 13 symptômes (ou catégories de symptômes) était systématiquement passée en revue.

Globalement, la plainte symptomatique des personnes interrogées est très riche (Figure 5) : 50% d'entre elles déclarent 4 symptômes ou plus (le 1^{er} interquartile est à 2, 20% des personnes déclarent 8 symptômes ou plus).

Figure 5. Distribution du nombre de réponses affirmatives concernant les 13 symptômes systématiquement interrogés



La fréquence respective de ces symptômes est indiquée par ordre décroissant Figure 6.

Douleurs du rachis, des articulations et céphalées sont déclarées, chacune, par plus de la moitié des personnes interrogées.

Les troubles de l'humeur et du sommeil sont particulièrement fréquents. Un "état dépressif" est déclaré encore plus fréquemment (42.1%) qu'une "dépression" dans les antécédents actuels (voir ci dessus : 30%). A titre de comparaison, un tel état est déclaré par 5.5% des personnes interrogées en population générale par l'enquête CreDES de 1996.

Si on considère les 4 questions suivantes :

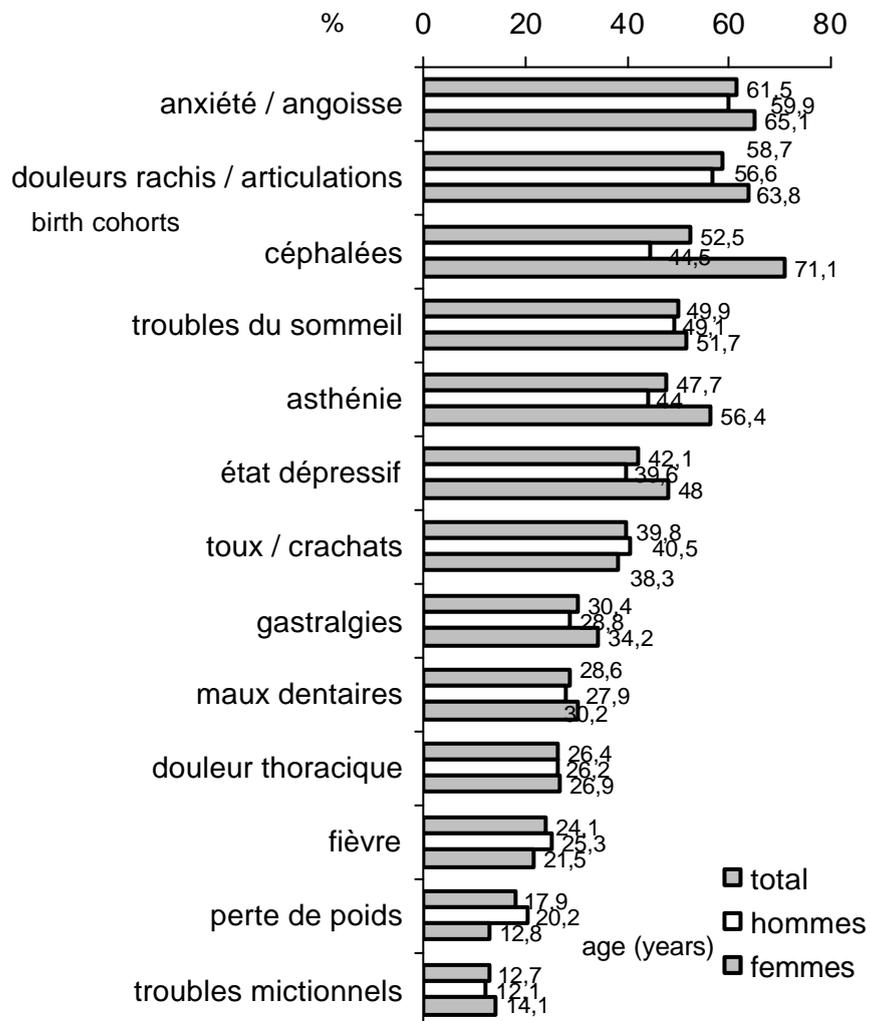
- Question 33.3 "au cours des 4 dernières semaines, vous êtes-vous senti(e) triste ou abattu(e)" : en permanence, très souvent ou souvent ;
- Question 39 "vous sentez-vous déprimé(e) ou anxieux(se)" ;
- Question 67 "souffrez-vous en ce moment ou fréquemment de dépression" ;

Question 74 "au cours des 3 dernières semaines, avez-vous ressenti une perte de confiance en vous ou un état dépressif" ;

on observe qu'au total, 57.1% des personnes interrogées répondent de façon affirmative à l'une ou l'autre de ces questions : respectivement 54% des hommes et 64.4% des femmes (p=0.03), de façon constante d'une classe d'âge à l'autre. Là aussi, à titre de comparaison, le MINI test (qui recherche les états dépressifs non déclarés comme tels par une série de questions comportementales) est positif chez 10 à 15% des personnes interrogés dans l'enquête CreDES.

Que ce soit, donc, par la déclaration d'un symptôme, d'un antécédent actuel ou d'une combinaison de réponses, nous retrouvons constamment une prévalence de syndromes anxio-dépressifs 4 à 6 fois plus élevée qu'en population générale.

Figure 6. Symptômes ressentis au cours des 3 dernières semaines, par sexe



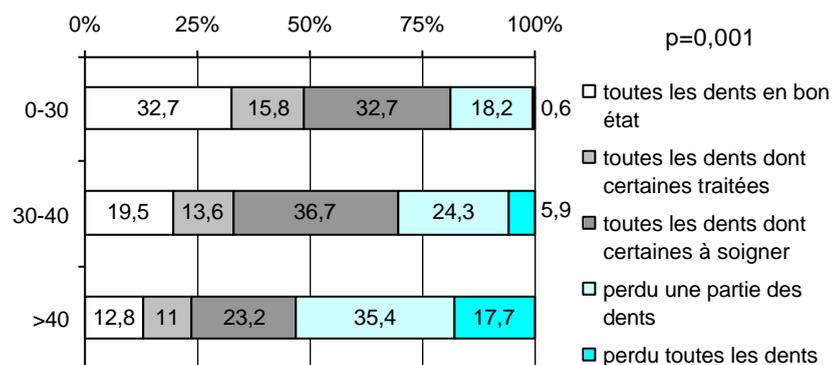
V. Etat de santé dentaire et visuel

1. Etat dentaire

52% des personnes interrogées déclarent avoir eu mal aux dents au cours des 12 derniers mois mais seulement la moitié d'entre eux ont consulté un dentiste. Aucune différence n'est rapportée entre hommes et femmes, entre les classes d'âge, ni en fonction du domicile ou de l'emploi. Les patients étrangers (58% vs 40%, $p < 0.001$) ainsi que les patients sans couverture sociale (55% vs 46%, $p = 0.04$) rapportent plus souvent avoir eu mal aux dents, mais la fréquence de consultation en cas de douleur n'est pas modifiée..

22% des répondants déclarent avoir toutes leurs dents en bon état, 44% ont toutes leurs dents mais des dents traitées (13%) ou à soigner (31%), tandis que 34% des patients ont perdus une partie (26%) ou toutes (8%) les dents. Une différence très importante de l'état dentaire étant observée en fonction du domicile (47% des patients sans domicile ayant déjà perdus toutes ou une partie de leurs dents contre 25% des patients avec un domicile, $p = 0.001$), ainsi qu'entre hommes et femmes ou en fonction des classes d'âge (Figure 1), des analyses spécifiques ont été menées en séparant les personnes interrogées au Chapsa (majoritairement des hommes, sans domicile et d'âges plus élevés) et les personnes interrogées dans les autres centres.

Figure 1. Etat de santé dentaire par classes d'âge



Parmi les patients du Chapsa, l'état de santé dentaire est très détérioré avec 62% des patients qui ont perdus une partie, voire toutes les dents, et 25% des patients ayant des dents à soigner, tandis que le port d'une prothèse dentaire n'est rapporté que par 12% des patients. Ainsi, quand on questionne systématiquement les personnes (comme dans notre questionnaire), les chiffres obtenus sont très supérieurs à ceux spontanément déclarés dans d'autres enquêtes. Par exemple, dans leur étude sur l'état de santé de 556 personnes sans domicile à Paris, les chercheurs de l'INED et du CreDES

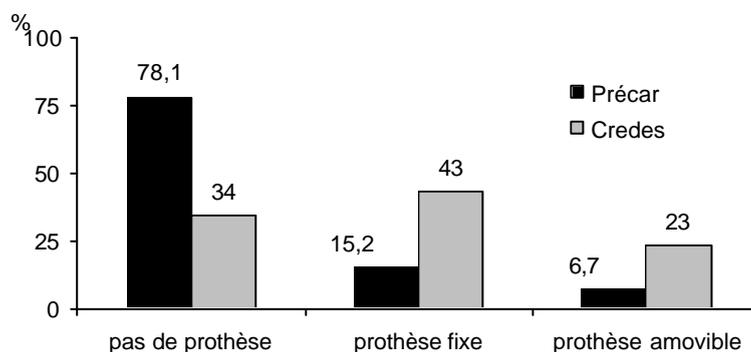
rappellent qu'entre 2.4% et 7.3% (selon les sites d'enquête : foyers, rue, etc.) des personnes interrogées déclarent spontanément une pathologie dentaire quelconque²⁷. Une comparaison entre l'état dentaire des personnes consultant à MDM ou dans les centres de l'APHP et la situation décrite en population générale par le Credes en 1996^{xi} montre une plus grande proportion de personnes ayant perdu des dents dans l'enquête Précar, particulièrement frappante chez les moins de 40 ans (Table 1). Par ailleurs dans cette population en difficulté un grand nombre de répondants ont une ou plusieurs dents à soigner.

Table 1: Etat dentaire selon l'âge. Etude Précar réalisée dans les centres MDM et APHP; Etude Credes 1996.

	<40 ans		40- 64 ans	
	Précar	Credes	Précar	Credes
Toutes les dents en bon état ou certaines traitées	44%	87%	32%	61%
Toutes les dents mais certaines à soigner	34%		27%	
Perdu une partie ou toutes les dents	22%	13%	41%	38%

Le port de prothèse dentaire est moins souvent rapportée que dans la population générale : seuls 17% des moins de 40 ans de l'étude Précar (contre 29% dans l'étude Credes) déclarent avoir une prothèse dentaire fixe (couronne ou bridge). L'écart est encore plus important chez les 40-64 ans avec 18% dans l'étude Précar contre 43% dans l'étude Credes (Figure 2). Ce moindre appareillage avec une prothèse fixe n'étant pas compensée par une prothèse amovible (dentier), qui est également moins fréquente dans l'étude Précar (9% des plus de 40 ans) que dans l'étude Credes (23% des 40-64 ans).

Figure 2. Taux de prothèse chez les 40-65 ans dans l'étude Précar et dans l'enquête Credes (1996)

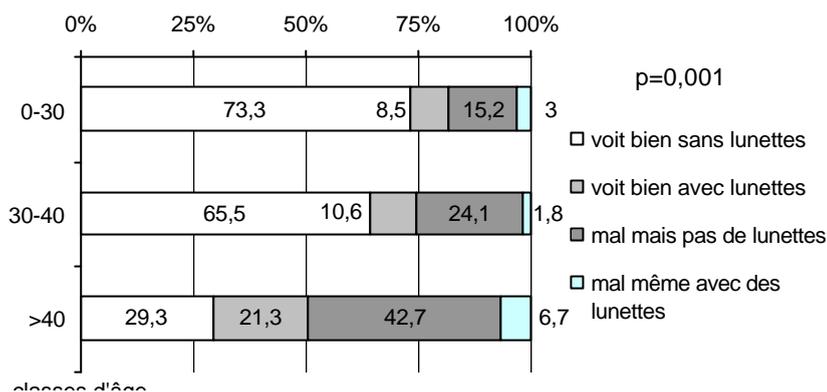


^{xi} ibid

2. Etat de santé visuelle

L'état de santé visuelle est – bien entendu – dépendant de l'âge (Figure 3) : ainsi, les ¾ des personnes interrogées de moins de 30 ans ne déclarent aucune baisse de la vision contre moins d'un tiers des plus de 40 ans.

Figure 3. Etat de santé visuelle par classes d'âge



L'étude du CreDES faite en population générale retrouve que 33% des personnes de 16 à 39 ans et 70% des 40-64 ans portent des lunettes ou des lentilles. Ces proportions de problèmes visuels sont retrouvés dans l'étude Précar mais avec une sous correction très importante puisque seuls un tiers des patients qui rapportent des problèmes de visions portent effectivement des lunettes (Table 2).

Table 2: Etat de santé visuelle selon l'âge. Etude Précar; Etude CreDES 1996.

	<40 ans		40- 64 ans	
	Précar	CreDES	Précar	CreDES
Port de lunettes ou de lentilles	12%	33%	28%	70%
Problème de vision mais pas de lunettes ni lentilles	20%		43%	
Bonne vision sans lunettes ni lentilles	68%	67%*	29%	30%*

* pourcentages ne portant pas de lunettes ou de lentilles dans l'étude CreDES

3. Etat de santé auditive

Parmi l'ensemble des personnes interrogées, 20.8% déclarent une baisse de l'audition au cours de la dernière année, 12% déclarent entendre mal (de 6.1% avant l'âge de 30 ans à 18.9% après 40 ans). Aucun d'entre ne portent d'appareil auditif. Seuls 10 personnes (10 femmes de moins de 40 ans) portaient un appareil auditif dans la population interrogée (soit 0.2%). Ce petit nombre ne permet pas

de comparaison avec les estimations en population générale du Credes qui rapportent un taux moyen d'appareillage de 1% (5% entre 40 et 65 ans).

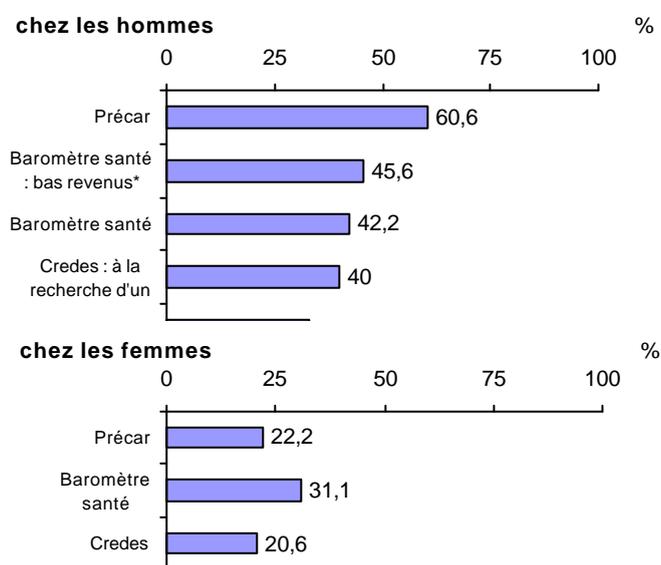
VI. Intoxications

1. Tabac

Interrogées sur leur consommation tabagique, 49.1% des personnes déclarent fumer actuellement. Cette fréquence est significativement plus élevée chez les hommes que chez les femmes (60.6% et 22.2% respectivement, $p=0.001$), chez les français que chez les étrangers (75.0% et 37.8% respectivement, $p=0.001$), chez les personnes sans domicile stable que chez les autres (68.6% et 36.2% respectivement, $p=0.001$).

Comparée avec les résultats de l'étude du CreDES^{xii} de 1996 et le Baromètre santé des adultes de 1995/96 publié par le CFES²⁸, la fréquence du tabagisme masculin est supérieure dans notre population à celle estimée en population générale par ces deux enquêtes, y compris en ne considérant que les sous-populations les plus consommatrices (respectivement les personnes à la recherche d'un emploi et celles dont les revenus mensuels sont inférieurs à 10.000 FF). En revanche, les femmes de notre population fument dans une proportion comparable à ces deux autres sources de données (Figure 1).

Figure 1. Comparaison du pourcentage de fumeurs dans l'étude Précar, dans l'enquête CreDES (1996) et dans le Baromètre santé (1995/96)



* revenus mensuels > 10.000 FF

^{xii} ibid

Figure 2. Fréquence du tabagisme par sexe et par classes d'âge, dans l'étude Précar et dans l'enquête CreDES (1996)

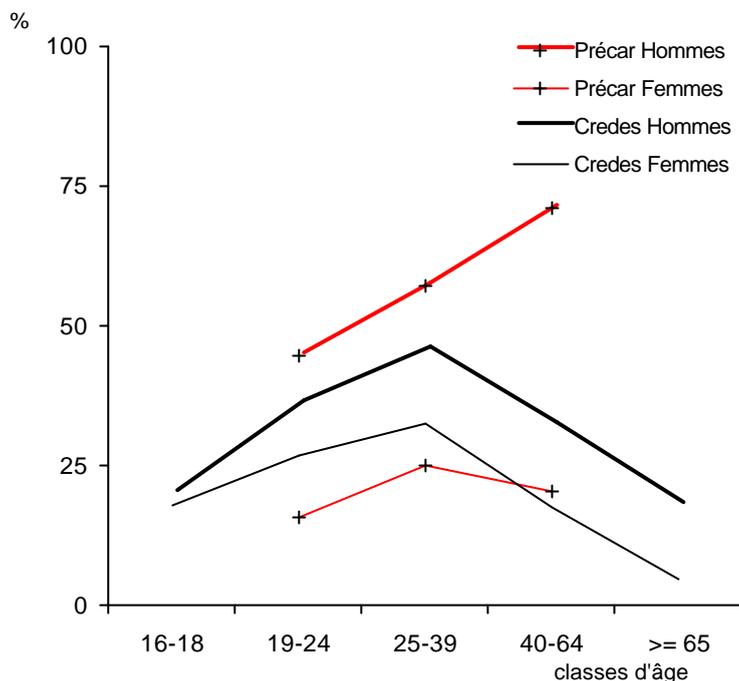
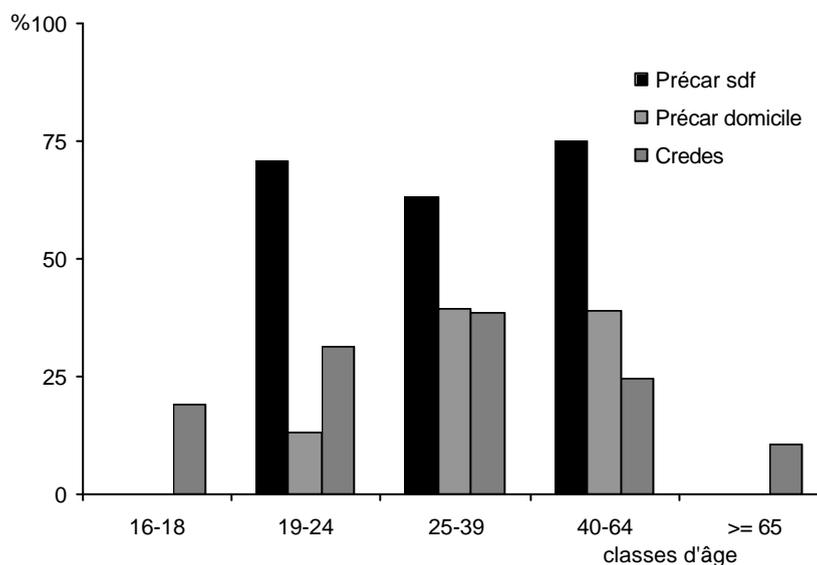


Figure 3. Fréquence du tabagisme par classes d'âge, chez les personnes sans domicile de l'étude Précar et dans l'enquête CreDES (1996)



En affinant la comparaison par classes d'âge avec les données du CreDES, on retrouve que les hommes de notre population d'étude fument plus souvent que la population générale à tous les âges et particulièrement dans la classe d'âge 40-64 ans : en population générale, la fréquence du tabagisme décroît à partir de 40 ans, ce qui n'est pas le cas dans notre population (Figure 2). Cette différence est

essentiellement due aux personnes sans domicile stable, nombreuses dans la classe d'âge la plus élevée (Figure 3).

En quantité de tabac fumée quotidiennement, les hommes de notre population d'étude fument 2 fois plus entre 19 et 24 ans qu'en population générale (en moyenne 24 cigarettes et 12 cigarettes par jour, respectivement) et aussi plus entre 40 et 64 ans (21 et 15 cigarettes par jour respectivement). La consommation des hommes de 25 à 39 ans est équivalente (17 et 16 cigarettes respectivement).

2. Alcool

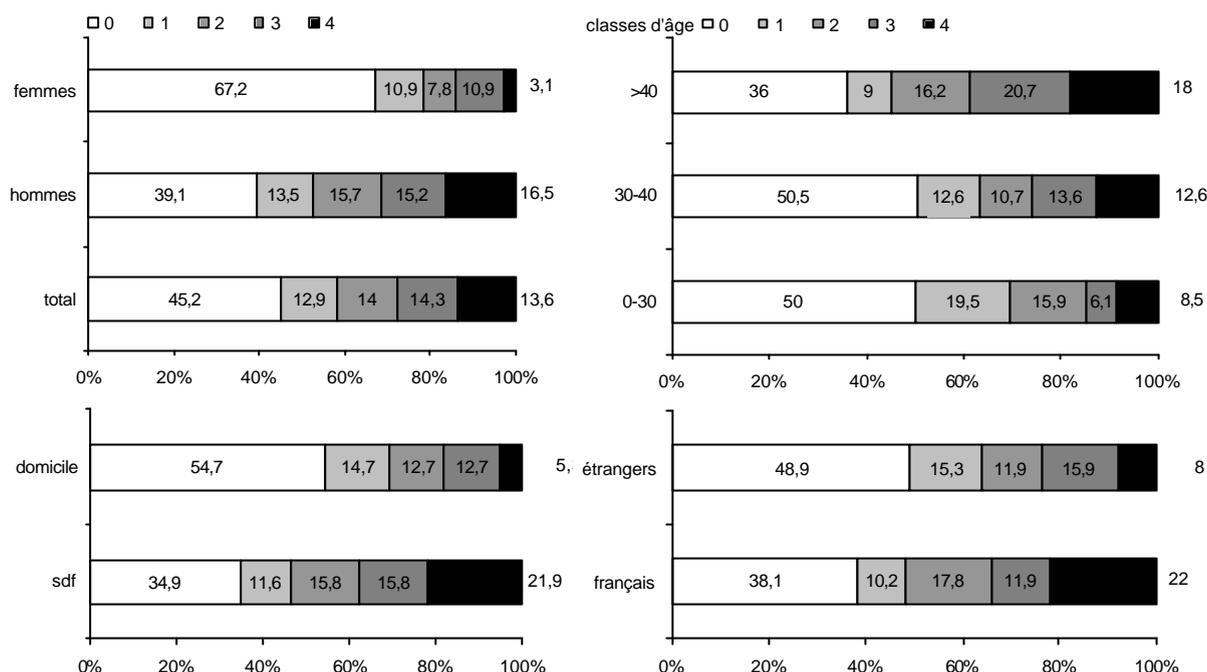
Plus de la moitié des personnes interrogées (59.4%) consomment des boissons alcoolisées. Cette fréquence est significativement plus élevée chez les hommes que chez les femmes (66.3% et 43.2% respectivement, $p=0.001$), chez les français que chez les étrangers (76.1% et 51.7% respectivement, $p=0.001$), chez les personnes sans domicile stable que chez les autres (71.9% et 51.4% respectivement, $p=0.001$).

Le questionnaire CAGE²⁹ était posé aux consommateurs (voir en Annexe I, les questions 91.2 à 91.5). Un score individuel a été calculé, il est la somme du nombre de réponses affirmatives, comprise entre 0 et 4. Des scores élevés sont retrouvés significativement plus souvent dans les mêmes sous groupes que ceux listés ci dessus (Figure 4) : un score maximum est retrouvé chez 16.5% des hommes (contre 3.1% des femmes, $p=0.001$), 22% des français (contre 8% des étrangers, $p<0.01$), 18% des plus de 40 ans (contre 12.6% entre 30 et 40 ans et 8.5% avant 30 ans, $p=0.02$) et 54.7% des personnes sans domicile (contre 34.9% des autres, $p=0.001$).

Rapportée à l'ensemble de la population d'étude (consommatrice ou non), la proportion de buveurs excessifs, définie par un score supérieur ou égal à 2, atteint 24.8% et, respectivement, 31,4% chez les hommes (contre 9.5% des femmes, $p=0.001$), 37,2% des plus de 40 ans (contre 18.9% des moins de 40 ans, $p<0.01$), 39.4% des français (contre 18.5% des étrangers, $p=0.001$) et 38.4% des personnes sans domicile stable (contre 15.8% des autres, $p=0.001$).

Au total, 82.6% des hommes français sont consommateurs (contre 57.3% des hommes étrangers, $p=0.001$) et 44,6% sont buveurs excessifs (contre 24.4% des hommes étrangers, $p=0.001$).

Figure 4. Distribution du score CAGE dans différents sous groupes



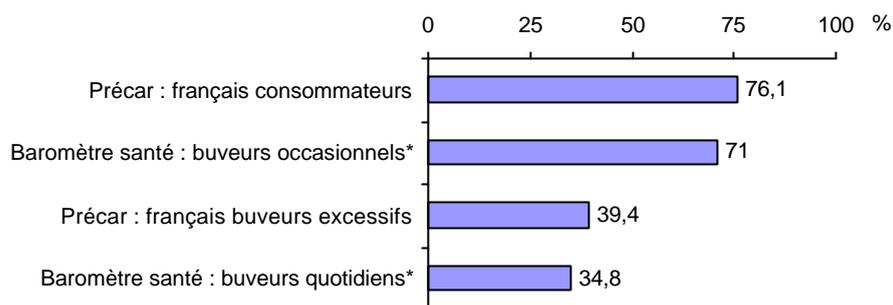
En analyse multivariée, en ajustant simultanément sur le sexe, la classe d'âge (en 3 classes), le domicile, la nationalité, l'emploi, et la couverture sociale, les 4 premières variables restent significativement associées à un score CAGE supérieur ou égale à 2 (Table 1).

Table 1. Estimation du risque relatif de consommation excessive d'alcool en analyse multivariée

variable	Risque relatif	IC 95%
Sexe masculin (vs féminin)	3.44	[1.75-6.80]
Age		
> 40 ans	-	
30-40 ans	0.75	[0.44-1.27]
< 30 ans	0.23	[0.08-0.65]
Sans domicile stable (vs domicile)	1.81	[1.04-3.15]
Français (vs étranger)	1.89	[1.04-3.44]

En comparant ces données avec celles du Baromètre santé, on observe que la proportion de *consommateurs* dans notre population d'étude n'est pas très différente de la proportion de *buveurs occasionnels* estimée dans la population générale et que la proportion de *buveurs excessifs* dans notre population (estimée par le questionnaire CAGE) est proche de celle des *buveurs quotidiens* dans la population générale (Figure 5).

Figure 5. Comparaison de la fréquence des comportements de consommation alcoolique dans l'étude Précar et le Baromètre santé (1995-96)



* au cours des 7 derniers jours

3. Drogues illégales

Une seule question concernait la consommation (vie entière) de drogues illégales injectables. Parmi l'ensemble des personnes interrogées, 7.1% répondent affirmativement à cette question. Rappelons que les taux de consommation (déclarés) vie entière estimés en population générale par le Baromètre santé en 1995^{xiii} sont de 15.8% - toutes substances illégales confondues (22.9% en région parisienne) - et 0.4% pour l'héroïne.

VII. Recours aux soins

1. Soins de prévention

Une série de questions permet d'étudier (selon les déclarations des personnes) dans quelle mesure et à quelle fréquence certains soins de prévention (au sens large, y compris le simple interrogatoire d'un médecin ou le fait que le sujet ait déjà été abordé au cours d'une consultation médicale) ont été proposés dans le passé aux personnes interrogées (voir Annexe 1, Table 4).

Ainsi, dans 44.6% des cas, les patients fumeurs (qui représentent 49% de la population) ont déjà bénéficié de conseils pour arrêter de fumer de la part d'un médecin. Dans 46.8% des cas, les patients "buveurs excessifs"^{xiv} (un quart de notre population d'étude) ont bénéficié de conseils médicaux pour diminuer leur consommation mais seulement 22.6% ont eu une consultation spécialisée en alcoologie.

^{xiii} *ibid*

^{xiv} Définis par un score ≥ 2 au questionnaire CAGE (voir le paragraphe consacré à l'alcool)

Un peu plus d'un quart des patients interrogés (27.1%) déclarent avoir des antécédents familiaux de diabète ou d'obésité : les femmes significativement plus souvent que les hommes (respectivement 41.9% et 20.9%, $p=0.001$). Parmi eux, 49.4% déclarent qu'un médecin leur a déjà posé la question (sans différence d'un site d'étude à l'autre) et 48.5% déclarent avoir bénéficié d'une mesure de la glycémie (dont 71% dans la dernière année). De la même façon, parmi les 14% de personnes déclarant un antécédent familial de dyslipidémie, 52.2% déclarent avoir bénéficié d'un dosage de la cholestérolémie (dont 44.4% dans la dernière année).

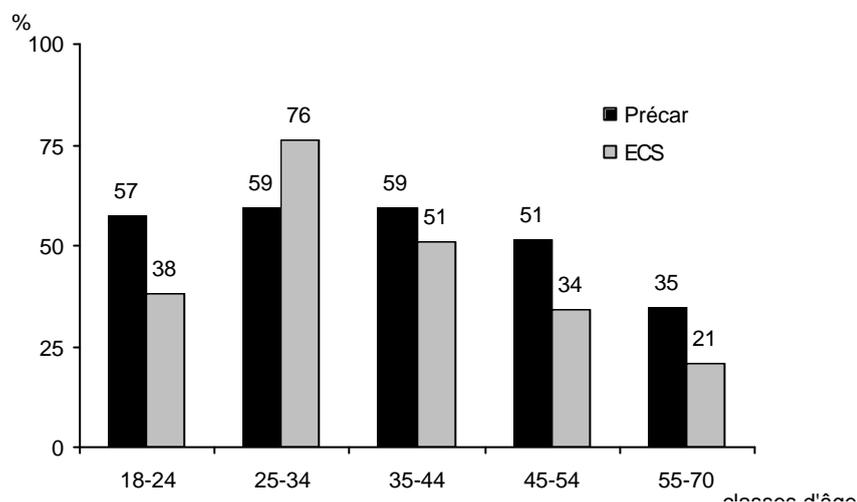
Pour la grande majorité de la population interrogée (91.2%), la prise de la tension artérielle a déjà été effectuée, la plupart du temps (dans 85.5% des cas) au cours de la dernière année même si seulement 50% des personnes interrogées connaissent effectivement leurs chiffres de TA.

Un tiers de la population interrogée a déjà bénéficié d'une intradermo-réaction (IDR) à la tuberculine (contre 49.3% qui déclarent le contraire et 19% qui ne savent pas répondre). Cette pratique est significativement différente d'un centre de soins à l'autre : elle est significativement plus fréquente chez les personnes interrogées à St Louis (45.7) et au Chapsa (37%) qu'à MDM Gennevilliers (26.7%), St Antoine (23.8%) et MDM Parmentier (21%). Bien qu'interrogés sur une période rétrospective non précisée ("avez-vous déjà eu une..."), ces fréquences décrivent assez bien la variabilité des pratiques médicales connues par ailleurs dans les différents centres : en effet, la pratique de l'IDR est certainement plus fréquente à St Louis (qui prend en charge beaucoup de tuberculeux dans son dispositif précarité^{30,31}) et au Chapsa de Nanterre (où le corps médical est sensibilisé à l'incidence de la tuberculose dans les populations sans domicile^{32,33}). Ces fréquences différentes d'un centre à l'autre recoupe les différences observées par sexe (35.9% des hommes et 20.8% des femmes, $p<0.01$), par classes d'âge (39% des plus de 40 ans, 30.6% des 30-40 ans, 25.5% des moins de 30 ans, $p<0.01$), par type de domicile (36.3% des SDF et 28.0% des personnes avec domicile, $p=0.001$), par nationalité (39.1% des français et 28.5% des étrangers, $p=0.01$).

Concernant l'infection à VIH, 56.5% de la population interrogée déclare avoir déjà eu au moins un test de dépistage^{xv}. Là encore, cette fréquence est la plus élevée dans le centre prenant en charge le plus de personnes démunies infectées par le VIH : elle atteint 65.4% des personnes interrogées à St Antoine³⁴. Cette fréquence n'est pas significativement différente selon le sexe, la classe d'âge, le domicile, la couverture sociale, l'emploi ou la nationalité. Si on la compare à celle estimée auprès d'un échantillon représentatif de la population générale par Ensemble Contre le Sida en octobre 1998³⁵, on

constate que les personnes interrogées dans notre étude déclarent plus souvent avoir déjà effectué un test que le panel interrogé par téléphone par ECS, sauf pour la classe d'âge des 25-34 ans (Figure 1).

Figure 1. Comparaison du pourcentage de personnes ayant déjà effectué un test de dépistage VIH dans l'étude Précar et dans l'enquête ECS (1998).



Concernant la prévention des maladies sexuellement transmissibles (MST), 44% des personnes interrogées déclarent qu'un(e) infirmier(e) ou un médecin leur ont déjà parlé de préservatifs ou des moyens de se préserver des MST. Ce pourcentage est significativement plus élevé chez les personnes interrogées en milieu hospitalier (53.5%) qu'à MDM (40.9%) ou au Chapsa (29%, $p=0.001$). Il est aussi significativement plus élevé chez les femmes (51.7%) que chez les hommes (40.9%, $p=0.03$) ; plus élevé chez les moins de 30 ans (46.7%) et les 30-40 ans (49.4%) que chez les plus de 40 ans (35.6%, $p=0.03$) ; chez les personnes avec domicile (50.7%) que sans (33.8%, $p=0.001$) et chez les étrangers (48.8%) que les français (33.3%, $p=0.001$). Une différence de pratiques professionnelles concernant le *counseling* en matière de prévention des MST et d'usage des préservatifs en fonction de la nationalité est retrouvée dans d'autres dispositifs "précarité" hospitaliers par certains auteurs qui s'interrogent sur la signification de ces différences en terme de représentations des "groupes à risque" de la part des soignants³⁶.

Enfin, concernant les antécédents de toxicomanie intraveineuse, 45% des personnes interrogées signalent qu'un médecin leur a déjà posé la question^{xvi}.

^{xv} La séroprévalence VIH (connue et déclarée) dans la population est de 6.5% (voir le paragraphe consacré aux antécédents personnels actuels).

^{xvi} 7.1% répondent affirmativement à la question "Avez-vous déjà consommé des drogues injectables"

Au total, sur chacune des questions de santé listées, entre 40 et 60% des personnes interrogées déclarent avoir déjà bénéficié d'interrogatoire médical ou de tests biologiques de dépistage. Quand on les compare avec les (rares) données comparables disponibles en population générale, on n'observe pas – sur les sujets explorés – d'importants déficits de prévention. Bien entendu, ces données déclaratives rétrospectives ne peuvent remplacer des données objectives (au mieux prospectives) de consommation de soins.

Près de 25% des patients ont déjà eu un bilan de santé pris en charge par la Sécurité Sociale. Plus de patients français que de patients étrangers ont bénéficié d'un bilan (35% vs 19%, $p=0.001$). Mais en dehors de la nationalité, les différences observées indiquent un effort facilitant l'accès des personnes plus en difficultés avec une fréquence plus élevée rapportée par les personnes sans domicile (29% vs 20%, $p=0.02$), ou par les personnes sans emploi (28% vs 16%, $p=0.007$). La réalisation de ce bilan est aussi associée à la couverture sociale avec 34% personnes avec une couverture sociale ayant eu un bilan de santé contre 19% en absence de cette couverture. En analyse multivariée, la couverture sociale et aussi la nationalité restent significativement associées à la réalisation d'un bilan.

2. Santé des femmes

Chez les femmes, 3 questions de santé génésique étaient posées, sur la contraception, le recours au dépistage du cancer du col et le recours au dépistage du cancer du sein.

Concernant la contraception, en moyenne un tiers des femmes (31.5%) utilise actuellement un moyen de contraception, ce qui est proche du taux en population générale. Ce pourcentage diminue avec l'âge : il est respectivement de 47.3% avant 30 ans, de 25.9% entre 30 et 40 ans et de 17.5% après 40 ans ($p<0.01$). On ne retrouve pas de différence significative entre les françaises et les femmes de nationalité étrangère. Le moyen de contraception le plus utilisé est la contraception orale^{xvii} (par 16.8% des femmes), suivi des préservatifs (12.1%) et du dispositif intra-utérin (3.4%).

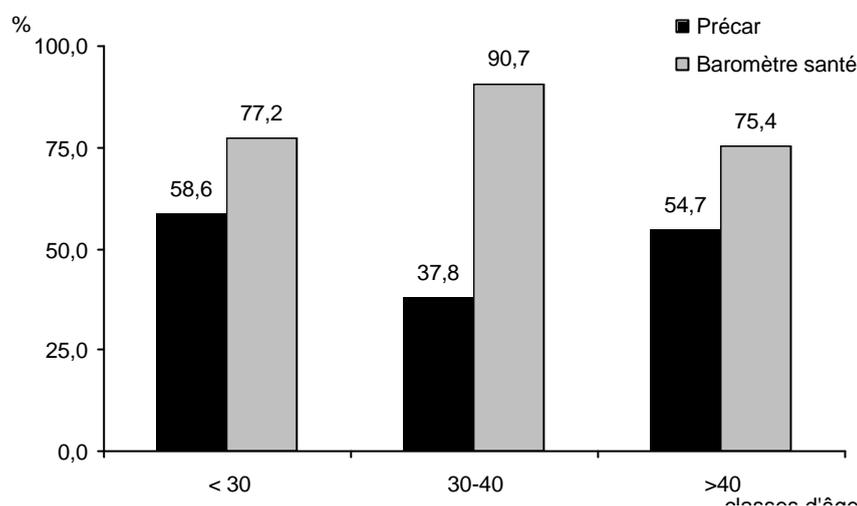
Parmi les femmes interrogées, 71% déclarent avoir bénéficié d'un frottis du col, dont 71% dans les deux dernières années. La comparaison des taux de réalisation d'un frottis au cours des 24 derniers mois avec ceux recueillis par le Baromètre santé^{xviii} (Figure 2) montre que les femmes interrogées dans notre étude accèdent en moindre proportion à cet examen que les femmes de la population

^{xvii} Le type de pilule était précisé dans le questionnaire. La comparaison du type de contraception orale utilisée dans notre population d'étude par rapport à la population générale fera l'objet d'une analyse ultérieure.

^{xviii} *ibid*

générale, en particulier entre 30 et 40 ans où 37.8% des femmes interrogées déclarent avoir eu un frottis au cours des deux dernières années contre 91% des femmes interrogées en population générale.

Figure 2. Comparaison du pourcentage de femmes ayant eu un frottis du col au cours des deux dernières années dans l'étude Précar et dans l'enquête du Baromètre santé (1995/96).



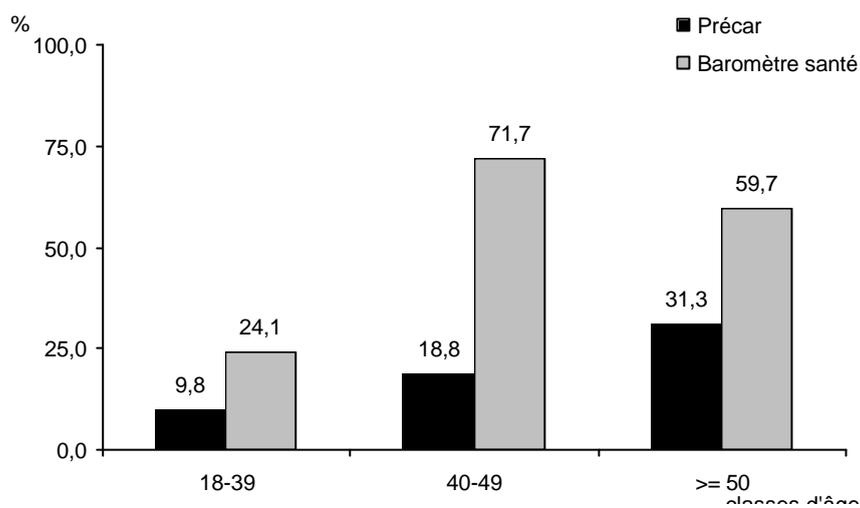
Concernant le dépistage du cancer du sein, 51.8% des femmes interrogées déclarent avoir bénéficié d'une palpation des seins par un médecin, dont 60.9% depuis moins d'un an. Un tel examen est plus souvent rapporté par les femmes de plus de 40 ans (73.7%) que par celles de moins de 30 ans (38.9%) ou celles âgées de 30 à 40 ans (49.0%, $p < 0.01$), plus souvent aussi par les françaises (74.2%) que les étrangères (45.9%, $p < 0.01$).

Près d'un quart des femmes interrogées (23.2%) déclarent avoir eu une mammographie, dont 58.1% dans les 3 dernières années. La comparaison des taux de réalisation d'une mammographie au cours des 3 dernières années avec ceux recueillis par le Baromètre santé^{xix} (Figure 3) montre que les femmes interrogées dans notre étude accèdent en moindre proportion à cet examen que les femmes de la population générale, en particulier entre 40 et 49 ans (18.8% des femmes interrogées contre 71.7% en population générale) mais aussi dans la population cible des plus de 50 ans : dans cette tranche d'âge, 31.3% des femmes interrogées déclarent avoir bénéficié d'un examen au cours des 3 dernières années contre 59.7% des femmes dans l'enquête du Baromètre santé.

^{xix} *ibid*

Enfin 36.7% des femmes âgées de plus de 50 ans ont déjà été informées par un médecin de l'existence de traitements substitutifs de la ménopause, mais les effectifs concernés sont faibles (30 femmes interrogées).

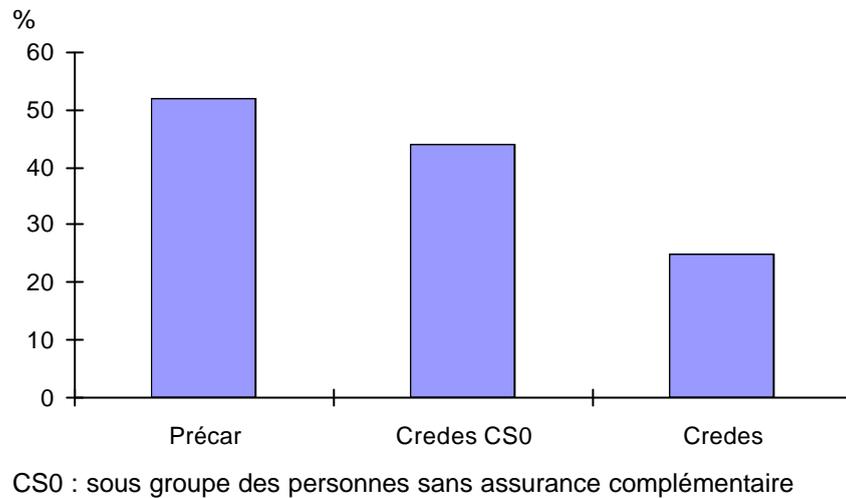
Figure 3. Comparaison du pourcentage de femmes ayant eu une mammographie au cours des trois dernières années dans l'étude Précar et dans l'enquête du Baromètre santé (1995/96).



3. Renoncement aux soins

Un renoncement aux soins pour des raisons financières est rapporté par 52% des personnes interrogées dans l'étude Précar, deux fois plus souvent que dans l'étude faite par le CreDES en population générale en 1996 (Figure 4).

Figure 4. Comparaison du pourcentage de personnes ayant renoncé à des soins pour raisons financières dans l'étude Précar et l'étude CreDES 1996



Dans cette enquête CreDES, où toutes les personnes interrogées bénéficiaient d'une protection maladie, 25% des personnes déclaraient avoir renoncé au moins une fois à des soins pour des raisons financières mais ce pourcentage allait jusqu'à 44% chez ceux ne bénéficiant pas d'une couverture complémentaire. La comparaison de la nature des soins sur lesquels portaient les restrictions montre un renoncement plus important des consultations médicales dans l'enquête Précar (cité par 69% de ceux ayant renoncé à des soins pour motif financier) que dans l'enquête CreDES (31% des renoncements). Dans les deux enquêtes, plus d'un patient sur deux qui a renoncé à des soins cite les soins dentaires (57% des renoncements de l'enquête Précar, 58% dans l'enquête CreDES). Le plus grand écart entre les deux enquêtes est observé pour le renoncement aux examens complémentaires rapporté par 24% des personnes interrogées dans l'étude Précar et par 2.6% des personnes interrogées dans l'étude CreDES.

Au total un patient sur deux dans l'étude Précar a déjà renoncé à des soins médicaux pour des raisons financières; ce renoncement étant un peu plus fréquent parmi les patients consultant à MDM ou dans les centres de soins de l'APHP qu'au Chapsa (Table 1). Les renoncements concernent principalement les consultations médicales ainsi que les soins dentaires. La proportion de patients qui a du renoncer à des soins est similaire quelque soit l'âge, la situation vis à vis de l'emploi ou de la couverture sociale. Par ailleurs un patient sur deux a eu besoin de médicaments sans pouvoir les obtenir. Là aussi la situation socio-économique des personnes interrogées n'est pas associée à la non obtention de médicaments qui est rapportée dans les mêmes proportions par les patients bénéficiant ou non d'une couverture sociale; seule une différence est observée en fonction de la nationalité, les patients étrangers ayant eu plus souvent besoin de médicaments sans pouvoir les obtenir (54% vs 42%,

p=0.02). Au total 65% des patients déclarent avoir renoncé à des soins ou à des médicaments prescrits par le médecin.

Les personnes consultant les centres MDM ou les centres de l'APHP rapportent la même attitude vis à vis des consultations médicales, c'est à dire que la moitié d'entre eux consultent en cas de besoin, tandis que la majorité des patients vus au Chapsa ne consultent que lorsqu'il leur est impossible de faire autrement. L'attitude d'une consultation médicale régulière est même rapportée par près de 20% des patients consultant les centres de l'APHP, mais ce pourcentage cache des disparités d'attitudes entre les centres avec 28% des patients vus à Saint-Antoine rapportant cette attitude contre 11% des patients de Saint-Louis. Les pathologies prises en charge dans ces centres, et en particulier la fréquence de patients infectés par le VIH, peuvent certainement expliquer ces différences d'attitude vis à vis de consultations régulières. Les patients sans domicile consultent plus fréquemment lorsqu'ils ne peuvent faire autrement (46% vs 28%, p=0.001). Par contre la couverture sociale n'influence absolument pas l'attitude des patients. Le fait d'avoir déjà renoncé à des soins médicaux pour raisons financières ne change pas l'attitude théorique des personnes vis à vis des consultations médicales.

Table 1. Renoncement aux soins médicaux et attitude vis à vis des consultations médicales

	MDM (n=182)	APHP (n=217)	CHAPSA (n=100)	
A déjà renoncé à des soins pour raisons financières	59.3	54.4	37	p=0,01
A déjà eu besoin de médicaments sans pouvoir les obtenir*	51.7	50	48	ns (0,9)
En général, vous allez chez le médecin				
quand vous ne pouvez pas faire autrement	32.6	26,3	60.6	
dès que besoin	56.9	54.8	32.3	
régulièrement pour voir si tout va bien	10.5	18.9	7.1	p=0,001
A déjà eu un bilan de santé pris en charge par la Sécurité Sociale	18.3	26.7	29.0	p=0.06

* prescrits par un médecin dans 75% des cas

4. Consultation avec un médecin de ville dans les six mois précédents

25% des patients consultant ces centres de soins ont également consulté un médecin généraliste privé dans les six derniers mois. Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à avoir consulté un

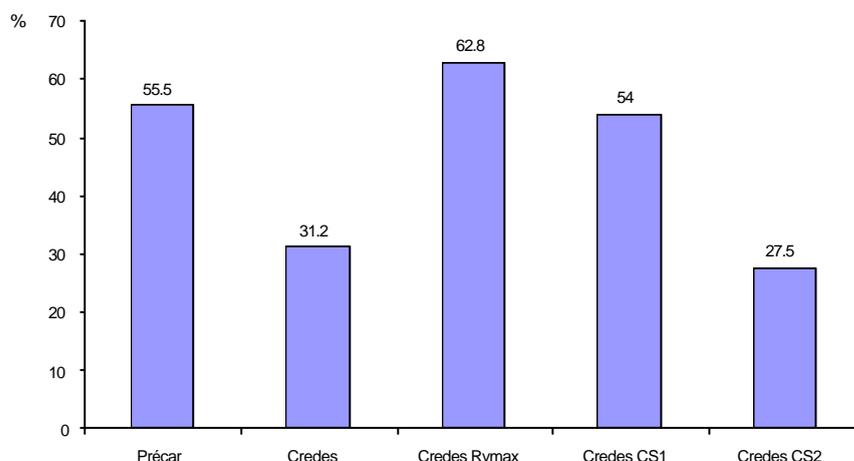
médecin de ville (34% vs 22%, $p=0.007$), ainsi que les patients avec un domicile (29% vs 20%, $p=0.02$) ou les patients avec une couverture sociale (35% vs 21%, $p=0.001$). Par contre ni l'âge, ni la nationalité ou la situation vis à vis de l'emploi ne sont associés à une consultation dans le secteur privé.

5. Recours au médecin dans le mois précédent

Parmi les personnes interrogées dans un centre de soins, 55% ont consulté au moins une fois un médecin dans le dernier mois et 80% de ces patients avec un récent recours aux soins avaient eu au moins une consultation avec prescription médicale. 37% des patients avaient consulté dans le centre où ils ont été interviewés et 6% avaient été dans un service d'urgence, ce pourcentage atteignant 11% des patients interrogés au Chapsa.

Comparés aux résultats de l'étude CreDES faite en population générale, les personnes interrogées dans l'étude Précar déclarent deux fois plus fréquemment avoir consulté un médecin au cours du dernier mois (Figure 5). Mais cette différence de réponse disparaît lorsque la comparaison est faite avec des sous groupes ayant des problèmes de santé, qu'il s'agisse de personnes avec un risque vital important ou de personnes exonérées du ticket modérateur, 86% de ces exonérations étant liées à des problèmes médicaux. Aucune différence de recours médical n'était observée dans l'étude CreDES entre les personnes bénéficiant de l'aide médicale gratuite ou non. Les personnes interrogées dans l'étude Précar étaient sans doute plus proche au niveau socio-économique de ce dernier sous groupe de l'étude CreDES mais tous les interviews de l'étude Précar ont eu lieu dans des centres de soins auprès de consultants et il est donc prévisible de retrouver une plus forte fréquence de consultations médicales.

Figure 5. Pourcentage ayant consulté un médecin au moins une fois au cours du dernier mois dans l'étude Précar et l'étude CreDES 1996



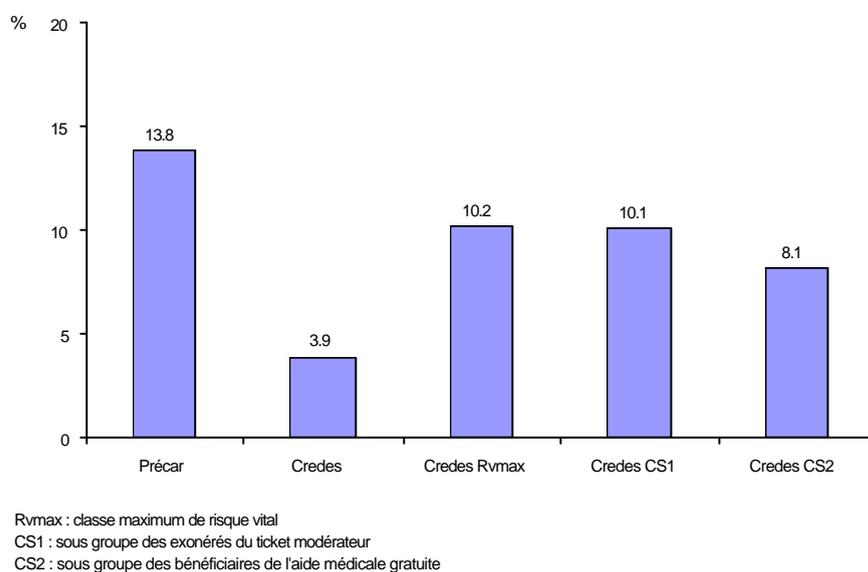
Rvmax : classe maximum de risque vital
CS1 : sous groupe des exonérés du ticket modérateur
CS2 : sous groupe des bénéficiaires de l'aide médicale gratuite

En moyenne les personnes de l'enquête Précar qui ont consulté un médecin l'ont fait 1.5 fois au cours du dernier mois. L'enquête CreDES faite en population générale retrouvait que si seulement 31% des enquêtés avaient eu recours au moins une fois à un médecin au cours du dernier mois, ceux qui l'avaient fait avaient consulté en moyenne 1.2 fois un médecin généraliste.

6. Hospitalisations récentes

Au total 13.8% des patients interviewés avaient été hospitalisés dans les 3 derniers mois. Il s'agit principalement d'hospitalisation pour maladie, examens ou observations (taux d'hospitalisation : 11.4%) ; 2.4% des personnes ayant été hospitalisées à la suite d'un accident. Les patients du Chapsa ont des taux d'hospitalisation beaucoup plus élevés (24%) que les patients des centres de l'APHP (14%) ou de MDM (8%). Les taux d'hospitalisation ne dépendent pas du sexe ou de l'âge. Ils sont très différents entre patients français et étrangers (22% vs 10%, $p=0.001$), en fonction du domicile (21% chez les patients sans domicile, vs 9%, $p=0.001$), de l'emploi (16% chez les patients sans emploi vs 9%, $p=0.03$), et de la couverture sociale (23% chez les patients ayant une couverture sociale vs 9%, $p=0.001$). Seule cette dernière variable, la couverture sociale, reste associée à un antécédent récent d'hospitalisation après ajustement sur les autres caractéristiques socio-démographiques par une analyse multivariée.

Figure 6. Taux d'hospitalisation en 3 mois dans l'étude Précar et l'étude CreDES 1996



Les patients interrogés dans l'étude Précar ont des taux d'hospitalisation très supérieurs à ceux estimés dans la population générale par l'enquête du CreDES (y compris parmi les catégories sociales les moins favorisées : 4.5% chez les membres des ménages d'ouvriers non qualifiés³⁷). Toutefois les taux d'hospitalisation en 3 mois dans des sous groupes définis par leur état de santé (personnes ayant un

risque vital maximum ou personnes exonérées du ticket modérateur) sont eux aussi beaucoup plus élevés que dans le reste de la population de l'étude CreDES (Figure 6). Une tendance à une plus forte hospitalisation est aussi observée parmi les bénéficiaires de l'aide médicale gratuite.

6. Parcours de soins

Chaque personne était interrogée sur ses consultations antérieures au cours du mois précédent, en remontant dans le temps : lieu de consultation, motif, prescriptions pour (au maximum) les 5 derniers contacts médicaux. Ces réponses concernent exclusivement les consultations auprès d'un médecin, ce qui n'est pas forcément le cas pour la consultation du jour qui peut concerner par exemple une consultation auprès d'une assistante sociale.

a) Motif de visite du jour

Il s'agit pour 65% des cas d'un motif médical, et pour près de 20% d'une consultation auprès d'une assistante sociale. Suivant les 3 types de structure (MDM, Hôpital et Chapsa), il existe des différences significatives ($p=0.001$) entre MDM où 79% des consultations ont un motif médical, l'hôpital où ce motif ne concerne que 60% des consultations, et Chapsa où ce taux descend à 48%.

Parmi les consultations hospitalières, 30% concernent une visite auprès d'une assistante sociale (contre à peu près 11% à MDM et Chapsa). Au Chapsa, 34% des motifs concernent l'absence de logement (personnes SDF), alors qu'aucune consultation pour ce motif n'a été observée à MDM ou à l'hôpital.

b) Suivi des consultations

? Nombre de consultations au cours du mois

44.5% des personnes interrogées déclarent ne pas avoir consulté de médecin au cours du dernier mois. Parmi les personnes ayant consulté un médecin, 63.5% ont eu une consultation au cours du mois écoulé, et 20% ont eu 2 consultations. Parmi les personnes ayant consulté au moins une fois, la fréquence de consultation est significativement ($p=0.02$) plus élevée à Chapsa qu'à l'hôpital et à MDM.

? Lieu de consultation précédent selon le site d'enquête

Nous avons recodé la variable "lieu de consultation" suivant 5 modalités (ici / au même endroit, hôpital, dispensaire, médecin généraliste, autre). Les personnes interrogées à MDM sont moins

"fidèles"^{xx} : 54.5% dans les centres de MDM contre 68% à l'hôpital et 71% à Chapsa. Ce sont aussi proportionnellement les plus nombreuses à avoir consulté un généraliste : 13.6% à MDM contre 8,5% des personnes interrogées à l'hôpital et 1,7% de celles interrogées au Chapsa (p=0.07).

? Lieux des deux consultations précédentes selon le site d'enquête

Nous avons considéré les couples définis par les deux derniers lieux de consultation. Il y a alors 14 combinaisons de lieux, les effectifs de plusieurs de ces combinaisons étant faibles. On constate alors que les personnes interrogées à l'hôpital sont plus "fidèles"^{xxi} à leur structure (60%) que les personnes interrogées à MDM (52%). Les consultations des personnes interrogées à MDM concernent en effet pour 12% d'entre elles la combinaison (hôpital - hôpital) et pour 18% la combinaison (généraliste - généraliste). Parmi les personnes interrogées au Chapsa, 50% y ont consulté lors de leurs deux dernières consultations et 18% ont eu leurs deux dernières consultations au Chapsa et à l'hôpital.

? Lieu d'interview et motifs de consultation (médicale)

Si l'on crée à partir des deux derniers motifs de consultation une variable à deux modalités qui distingue le cas où les motifs sont différents du cas où il s'agit de deux motifs identiques, on ne note pas de différence significative de la distribution de cette variable suivant les structures où ont eu lieu les interviews, l'hôpital correspondant un peu plus à des consultations pour des motifs similaires.

VIII. Situations sociales

Les résultats suivants constituent une analyse descriptive des situations sociales des personnes interrogées. La manière dont lesquelles celles-ci seront utilisées pour les mettre en rapport avec les états de santé et les consommations de soins précédemment décrits font l'objet d'un développement ci-après (voir chapitre Perspectives).

^{xx} par "fidèle", on entend avoir consulté la fois précédente au lieu de l'interview

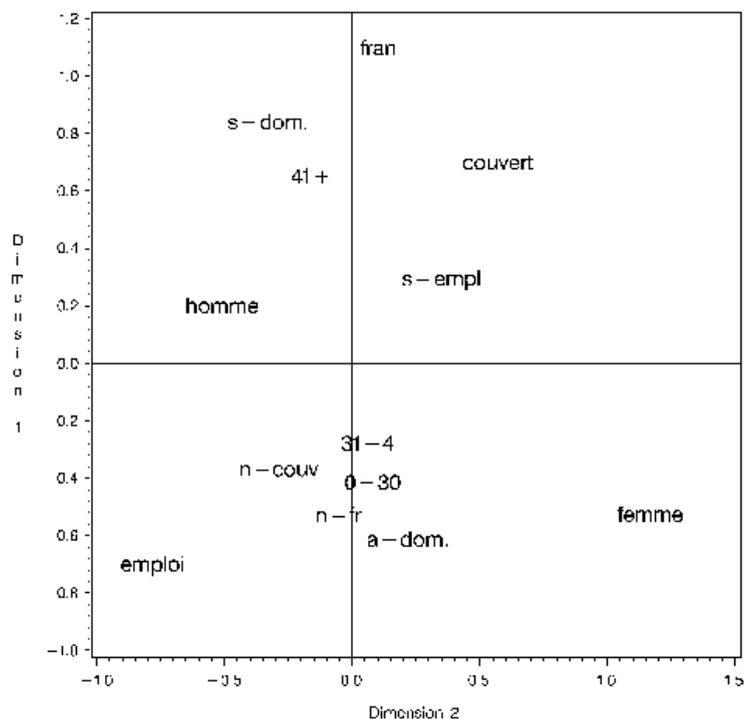
^{xxi} par "fidèle" on entend avoir eu les deux dernières consultations au lieu d'interview

Jusqu'à ce point de l'analyse, nous n'avons mentionné et utilisé – comme caractéristiques sociales des individus – que les 6 variables suivantes, recodées de la façon indiquée au chapitre III, à savoir :

- ? sexe : hommes et femmes
- ? classes d'âge (le plus souvent en 3 classes : <30 ans, 30-40 ans, >40 ans)
- ? domicile : les sans domicile stable (hébergement en centre d'accueil, en hôtel ou autre logement temporaire, SDF) et les autres (domicile fixe ou logement temporaire chez des amis ou en famille)
- ? emploi : avec un emploi (de tout type, y compris travail au noir ou stage) ou sans
- ? couverture sociale : avec (sécurité sociale à 70% ou 100%, AMG, carte santé, etc.) ou sans
- ? nationalité : français versus étrangers (quelque soit le pays d'origine et le statut)

Comme nous l'avons déjà indiqué, ces 6 variables sociales ne sont évidemment pas "indépendantes". L'analyse des correspondances multiples permet de représenter ces corrélations statistiques (Figure 1). Ainsi, nous retrouvons une corrélation entre l'absence de domicile fixe, le sexe masculin, l'âge supérieur à 40 ans, la nationalité française, l'existence d'une couverture sociale (dont nous avons vu que cela correspondait à la population fréquentant le Chapsa). A l'inverse, le sexe féminin semble très "éloigné" de ce profil et une autre corrélation est observée entre un âge inférieur à 40 ans, une nationalité étrangère, la présence d'un domicile, l'absence de couverture sociale.

Figure 1. Analyse des correspondances multiples entre 6 variables socio-démographiques



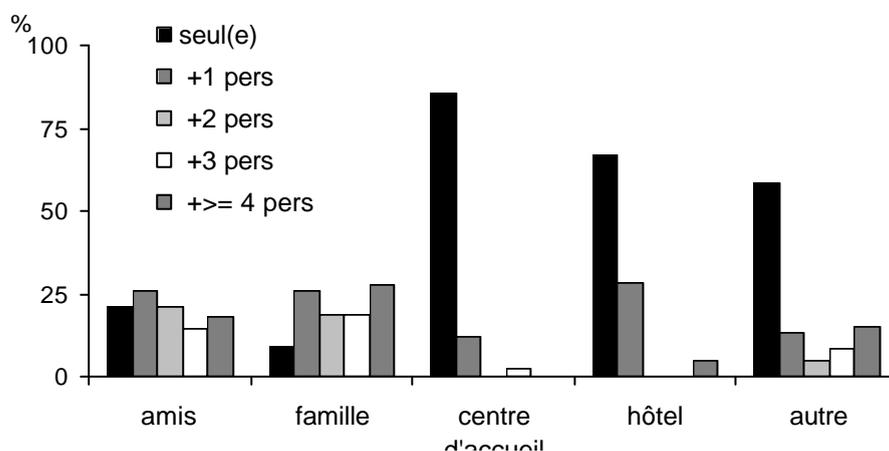
1. Situation familiale

Les ¾ des personnes interrogées sont célibataires (57.7%) ou séparées / veuves / divorcées (16.5%). Seuls 13.3% et 12.5% d'entre elles, respectivement, sont mariées ou vivent maritalement. Les situations sont significativement différentes entre les hommes et les femmes ($p < 0.01$) - essentiellement en ce qui concerne la vie maritale, déclarée par 9.2% et 20.1% d'entre eux respectivement – et entre les français et les étrangers ($p = 0.001$) ; essentiellement en ce qui concerne le mariage ou la vie maritale, déclarés par 31.4% des étrangers contre 13.6% des français.

Pourtant, seulement 31% des personnes interrogées vivent seules, sauf les personnes SDF qui vivent seules à 89%. Chez les autres, le nombre d'individus avec lesquels vit la personne interrogée dépend de ses conditions de logement (Figure 2, $p = 0.001$).

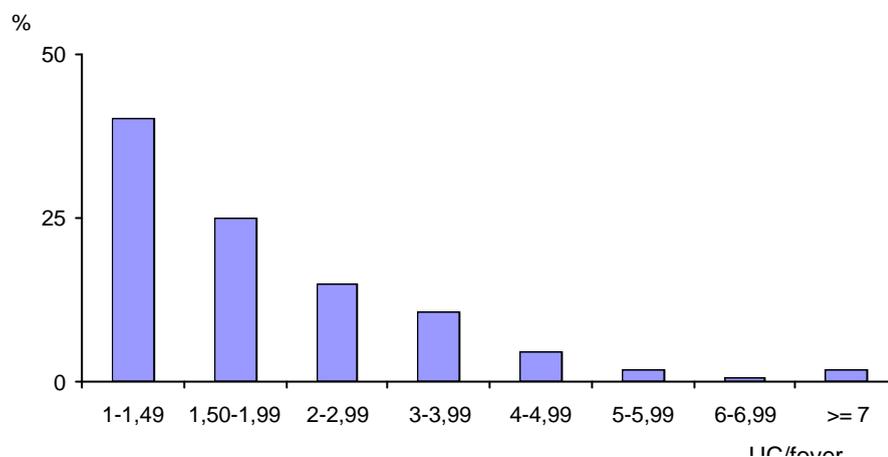
Au total, sur l'ensemble de la population d'étude, la taille des foyers varie de 1 à 13.5 unités de consommation^{xxii}, selon une distribution indiquée Figure 3.

Figure 2. Taille de la cellule familiale en fonction des conditions de logement chez les personnes ayant un domicile fixe ou temporaire



^{xxii} Il s'agit de la somme des unités de consommation du foyer, sachant que le 1^{er} adulte (la personne interrogée) compte pour 1, les adultes suivants pour 0.7 et les enfants pour 0.5.

Figure 3. Distribution de la taille des foyers des personnes interrogées, par total d'unités de consommation.



2. Niveau d'étude

Une grande majorité des personnes interrogées (62%) ont un niveau d'étude supérieur au BEPC (y compris parmi les personnes interrogées au Chapsa : 53.1%). La distribution détaillée est indiquée dans la Table 1 pour l'ensemble de la population et dans les différents sous-groupes entre lesquels existe une différence significative.

Table 1. Niveaux d'étude : population totale et par sous groupes

	Total	SDF	domicile	français	étrangers
		p<0.01		p=0.001	
primaire	13.5	17.3	10.9	13.6	13.7
secondaire < BEPC	24.3	25.7	23.3	26	23.6
BEPC, Brevet, CAP	23.6	27.2	21.1	34.4	18.2
secondaire jusqu'au Bac.	20	13.1	24.7	13.6	22.7
supérieur	18.7	16.8	20	12.3	21.7

3. Maîtrise du français

Près d'un quart de la population d'étude (22.5%) éprouve des difficultés pour lire le français (sans différence significative entre les sexes, les classes d'âge, les sites, le domicile) : respectivement 15.4% des français et 25.7% des étrangers interrogés^{xxiii} ($p=0.01$).

Près d'un tiers de la population interrogée éprouve des difficultés pour écrire le français, sans différence significative entre les sexes, les classes d'âge, les sites, le domicile, ni même entre les français (28.9%) et les étrangers interrogés (34.4%, $p=0.22$).

4. Emploi et ressources

Un tiers des personnes interrogées (31.7%) déclarent travailler actuellement (sauf au Chapsa, où seuls 8% des personnes interrogées travaillent, tandis que le taux d'emploi atteint 37.6% dans les autres sites de l'étude, $p=0.001$). Cette proportion n'est pas différente selon le sexe. En revanche, les personnes de plus de 40 ans sont plus souvent sans travail (76.8%) que les moins de 30 ans (62.4%) ont les 30-40 ans (65.9%, $p=0.01$) ; ainsi que les personnes sans domicile (77.9%) par rapport aux autres (62.1%, $p=0.001$). Mais c'est surtout entre les personnes de nationalité étrangère et les français que la différence est la plus importante : 39% des étrangers déclarent travailler, contre seulement 16% des français ($p=0.001$).

Parmi ces personnes qui travaillent, l'emploi non déclaré est largement majoritaire (78.5%), plus fréquent chez les étrangers (82.7%) que chez les français (56%, $p<0.01$). Les autres formes de travail citées sont un emploi déclaré stable (7.0%) ou temporaire (12.7%), plus rarement des stages, rémunérés^{xxiv} (3.8%) ou non (0.6%).

La situation des deux tiers de personnes qui ne travaillent pas est résumée sur la Figure 4. Les chômeurs (indemnisés, inscrits ou non inscrits cumulés) représentent près de 40% des cas ; les inactifs représentent 51.3% des cas. Cette (nombreuse) catégorie - dont la fréquence n'est pas significativement différente en fonction du sexe, de la classe d'âge et du domicile - comprend, en fait, de nombreuses personnes de nationalité étrangère sans travail : 57.7% d'entre elles sont classées

^{xxiii} Rappelons que n'étaient interrogées que les personnes parlant le français

^{xxiv} Y compris les Contrats Emploi-Solidarité

inactives contre 39.7% des français sans travail (p=0.001). En effet, ces étrangers inactifs, lorsqu'ils sont sans papier (voir plus loin), ne peuvent être comptés dans les chômeurs^{xxv}.

Figure 4. Distribution des situations des personnes sans travail

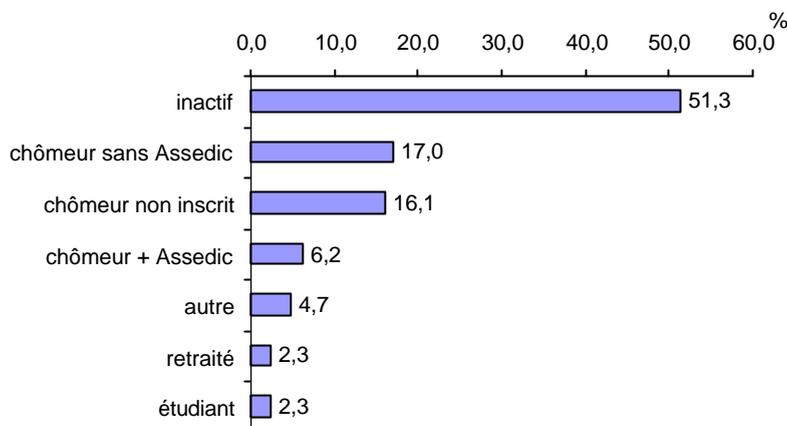
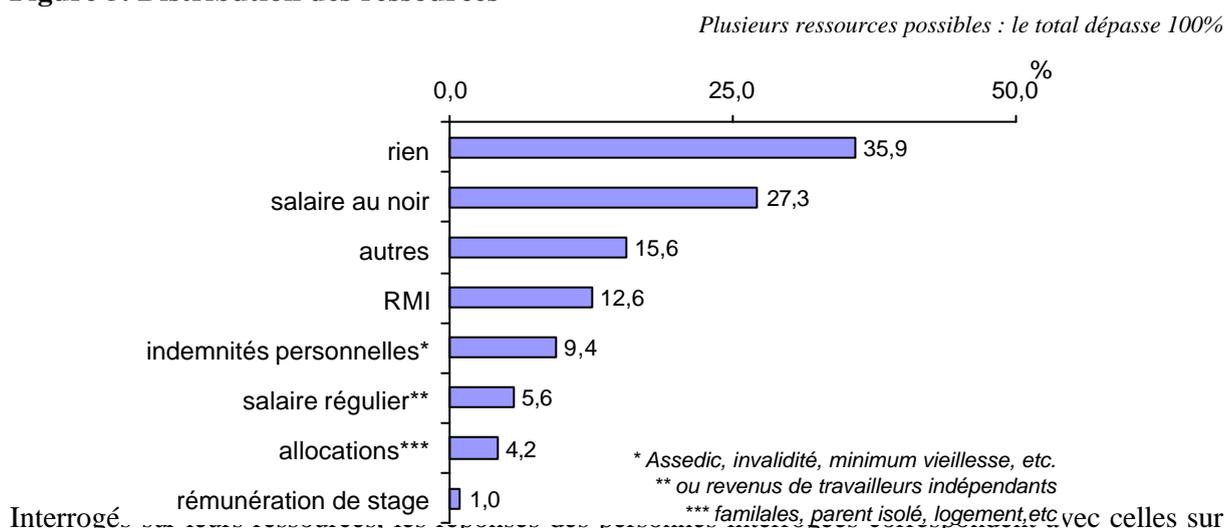


Figure 5. Distribution des ressources

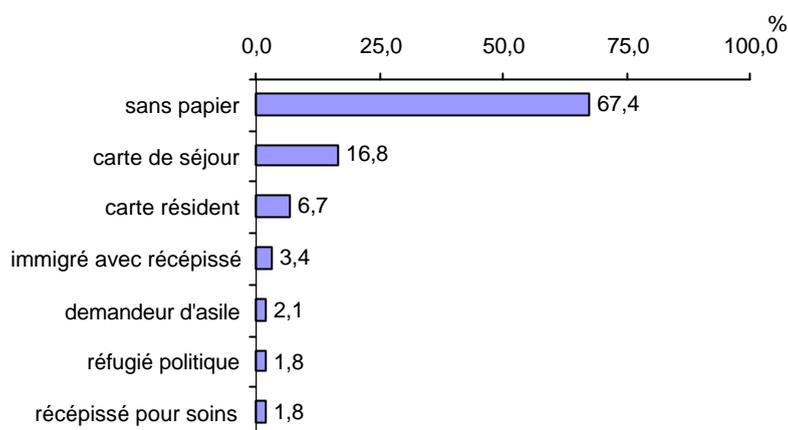


Interrogés sur leurs ressources, 36% des personnes interrogées déclarent avoir une ressource. Parmi celles sur le type de leur emploi (en particulier en ce qui concerne le travail au noir et le travail déclaré). Au bout du compte, près de 36% ne déclarent aucune ressource.

5. Nationalité et situations administratives des étrangers

Les deux tiers des personnes interrogées sont de nationalité étrangère (68.3%). En dehors du Chapsa, ce pourcentage atteint, en moyenne, 80% sur les 4 autres sites d'étude. Les situations administratives au jour de l'enquête sont indiquées sur la Figure 5.

^{xxv} Y compris dans la catégorie des chômeurs non inscrits, par consigne aux enquêteurs (voir question 109.3 du questionnaire figurant en Annexe I).

Figure 5. Situations administratives des étrangers

6. Migrations

6.1. Immigration en France

Dans la population d'étude, 343 personnes sont nées hors de France^{xxvi} : c'est le cas de 64.8% des hommes et 78.5% des femmes ($p < 0.01$), de 47.1% des personnes sans domicile stable et 83.9% des personnes avec domicile ($p = 0.001$). Les raisons de migration sont, par ordre décroissant, les suivantes : raisons économiques ("pour gagner ma vie") : 38.5% ; réfugiés (demandeurs d'asile, réfugiés politiques, victimes de guerre) : 23.6% ; raisons familiales ("pour suivre mon conjoint ou ma famille") : 17.2% ; études : 17.2% ; raisons médicales : 4.4% ; en simple transit pour un autre pays : 0.3% ; autres raisons : 9.6%. Ces raisons ne sont pas significativement différentes entre les hommes et les femmes. En revanche, la proportion de personnes ayant immigré en France pour raisons économiques est plus élevée chez les personnes de plus de 40 ans que chez les autres (respectivement 45.5% contre 33.9%, $p = 0.05$).

6.1. Emigration rurale

Un quart de la population interrogée (24.3%) est d'origine rurale^{xxvii}. Les français sont deux fois plus souvent dans cette situation (40.9%) que les étrangers (19.2%, $p = 0.001$). Il semble bien – mais nous ne dispos(er)ons pas, comme pour l'immigration internationale, de la date d'arrivée à Paris et nous ne pouvons donc pas dater son ancienneté individuelle – qu'un phénomène d'immigration urbaine s'ajoute, dans notre population d'étude, à celui de l'immigration internationale.

^{xxvi} 10 personnes sont françaises nées hors de France, 10 autres étrangères nées en France

^{xxvii} "a passé son enfance à la campagne"

7. Réseau et soutien social

Interrogées sur les personnes vers qui ils pourraient se tourner en cas de besoin dans différentes situations de la vie courante, 12% des individus interrogés répondent ne pouvoir compter sur aucun soutien social quelque soit la nature du service demandé.

Les soutiens cités sont principalement dans la sphère familiale ou amicale, à l'exception des situations de démarches ou de conseils sur la santé où l'aide des professionnels et des associations est massivement citée (Figures 6-12). Pour chacune des situations prises séparément, entre 40 et 60% n'auraient personne pour les aider.

Figure 6. Distribution des soutiens disponibles "pour vous aider si vous êtes alité"

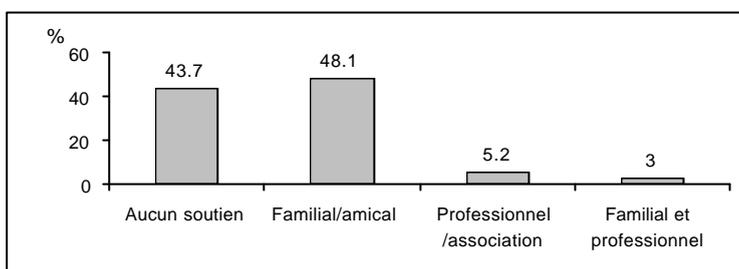


Figure 7. Distribution des soutiens disponibles "pour vous aider dans les tâches ménagères"

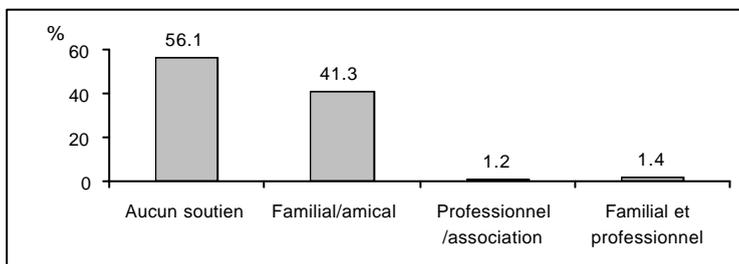


Figure 8. Distribution des soutiens disponibles "pour vous prêter de l'argent"

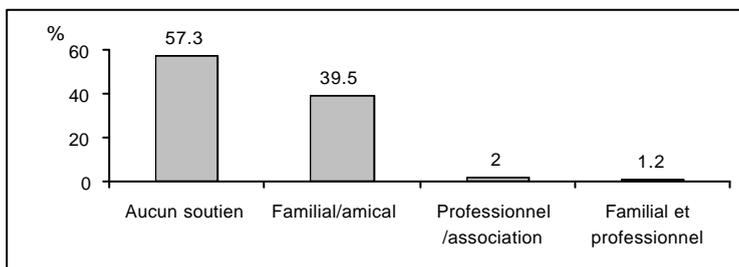


Figure 9. Distribution des soutiens disponibles "pour parler si vous vous sentez triste ou déprimé"

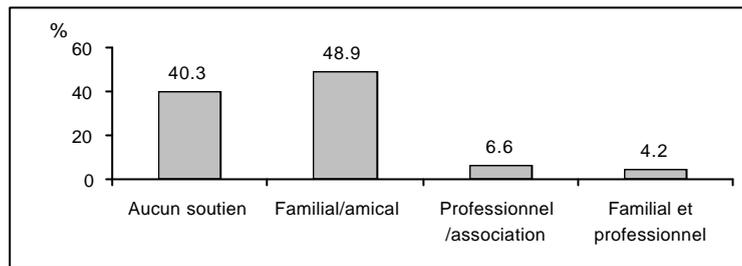


Figure 10. Distribution des soutiens disponibles "pour vous aider à écrire une lettre officielle ou faire des démarches administratives"

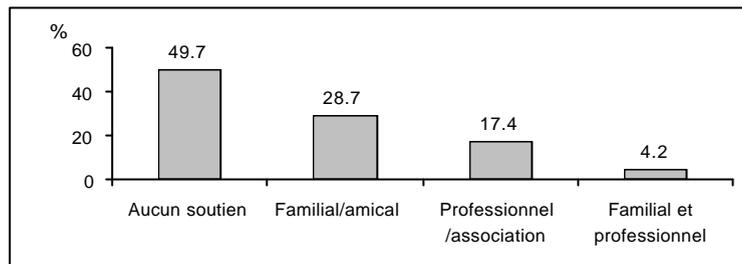


Figure 11. Distribution des soutiens disponibles "pour vous accompagner chez le médecin si vous en avez besoin"

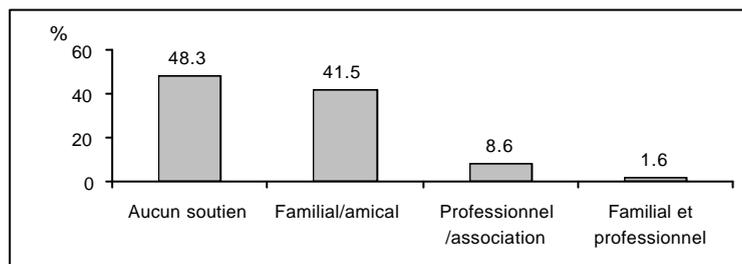
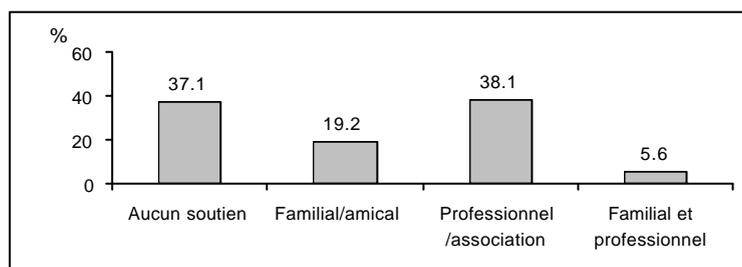


Figure 12. Distribution des soutiens disponibles "pour vous donner des conseils sur votre santé"



Il reste à étudier, ultérieurement, si les associations entre ces ressources en terme de soutien social, d'une part, et l'état de santé ressenti, la morbidité connue et les souffrance somatiques déclarées des personnes afin de rechercher si les (fortes) associations décrites en population générale^{38,39,40} se retrouvent dans notre population d'étude.

IX. Evènements dans l'enfance

L'enquête "Étude des conditions de vie" a été réalisée par l'INSEE en 1987 pour étudier les dimensions du cumul des inégalités sur un échantillon de plus de 13 000 personnes représentatives de la population générale (cf. description en Annexe 2). Dans une optique de comparaison avec les résultats de cette enquête, nous nous sommes intéressés aux liaisons entre plusieurs des dimensions qu'elle a permis d'évaluer : les déclarations d'événements au sujet de l'enfance et la citation de troubles de santé.

1. L'enfance

Dans l'enquête Précar comme lors de l'enquête INSEE "Étude des conditions de vie", les enquêteurs demandaient aux personnes si elles avaient "connu des événements familiaux graves avant d'avoir atteint 18 ans" ou si elles avaient "vécu d'autres difficultés marquantes". Nous nous sommes intéressés à la distribution des déclarations d'événements de l'enfance en fonction du sexe dans l'une et l'autre enquête.

Table1. Type d'événements vécus dans l'enfance par sexe et enquête

	Femmes				Hommes			
	échantillon précar		population générale		échantillon précar		population générale	
	nombre	%	%	nombre	nombre 348	%	%	pop générale
	151			7280				5874
Mort, maladie du père								
Mort	11	7,3	12,5	913	24	6,9	6,7	395
Maladie	12	7,9	13,2	962	44	12,6	8,1	478
Mort et maladie du père	21	13,9	5,7	416	23	6,6	5,2	303
Mort, maladie de la mère								
Mort	5	3,3	3,4	249	19	5,5	3,6	214
Maladie	13	8,6	5,9	426	29	8,3	5,1	298
Mort et maladie de la mère	5	3,3	2,5	182	19	5,5	2,6	155
1 seul événement								
Absence des parents > 1 an	42	27,8	7,8	566	122	35,1	8,0	468
Séparation	5	3,3	3,2	232	5	1,4	3,1	180
Mésentente entre les parents	8	5,3	3,7	266	20	5,7	2,7	161
Manque affectif	15	9,9	5,6	408	20	5,7	4,3	255
Conflit avec parents	10	6,6		-	41	11,8		-
2 événements								
Séparation et mésentente	5	3,3	2,4	176	5	1,4	2,5	144
Séparation et manque affectif	0	0,0	1,0	75	0			49
Séparation et conflit avec les parents	2	1,3		-	2	0,6		-
Mésentente et manque affectif	5	3,3	2,0	142	6	1,7	0,9	54
Mésentente et conflit	8	5,3		-	19	5,5		-
Conflit et manque affectif	5	3,3		-	17	4,9		-
4 événements	5	3,3	1,2	89	11	3,2	1,3	75

Table 2. Nombre de problèmes affectifs par sexe et par lieu de naissance

	Sexe				né en France			
	Femme 151	%	%	Homme 348	oui 155	%	%	non 343
Aucun problème	63	41,50%	36,50%	127	41	26,50%	43,50%	149
1 problème affectif	36	24%	24,50%	85	37	24%	24%	83
2 problèmes affectifs	24	16%	18%	62	29	18,50%	16,50%	57
3 problèmes affectifs	15	10%	11,50%	40	22	14%	10%	33
4 problèmes affectifs	9	6%	7,50%	26	21	13,50%	4%	14
5 problèmes affectifs	4	2,50%	2%	8	5	3,50%	2%	7

Comme le montre les tableau 1 et 2, à première vue, la population recourant aux soins gratuits déclare plus fréquemment des événements familiaux avant 18 ans.

Pour vérifier qu'il en est de même pour toutes les catégories, nous avons également étudié le nombre de problèmes affectifs par rapport au sexe puis selon le lieu de naissance.

Dans le tableau 3 qui concerne les individus nés en France, nous avons distingué le nombre de problèmes affectifs vécus en fonction du sexe.

Nous constatons que le taux de déclaration d'un des 5 problèmes affectifs durables est bien plus important pour l'échantillon.

Table 3. Nombre de problèmes affectifs par sexe dans la population né en France

	Né en France			
	Femmes 33	%	%	Hommes 122
Aucun problème	9	27,50%	26%	32
1 problème affectif	6	18%	25,50%	31
2 problèmes affectifs ou +	18	54,50%	48,50%	59

2. La maladie

Dans les tableaux 4 et 5 nous pouvons comparer les prévalences de 12 modalités chroniques correspondant au même intitulés dans les enquêtes Précar et "Étude des conditions de vie", citations de maladie dont nous évaluerons ensuite la liaison avec la déclaration des événements connus avant 18 ans.

Table 4. Comparaison des déclarations de maladies par sexe en fonction de l'enquête:

	Femmes		Hommes	
	échantillon 151	pop générale 7280	échantillon 348	pop générale 5874
4 maladies et symptômes de l'appareil psychique				
Dépression	55	551	95	167
Insomnie ou troubles du sommeil	78	1515	171	642
Nervosité, irritabilité, anxiété, angoisse	98	2071	208	998
Perte de confiance en soi, état dépressif	73	626	137	220
2 maladies "autres" (à caractère ni psychique, ni psychosomatique)				
Hépatite virale	7	60	24	45
Bronchite chronique ou emphysème	28	317	67	362
6 autres troubles fonctionnels et symptômes (à caractère ni				
Maux de tête, céphalées	107	2008	155	854
Fatigue intense	86	1395	153	600
Toux ou crachats fréquents	57	217	141	380
Envie fréquente, difficultés, douleurs ou brûlures pour uriner	21	220	42	164
Troubles de la vision	52	774	103	366
Maux de dents	46	497	97	368

Table 5. Comparaison des déclarations de maladies par sexe en fonction de l'enquête

	Femmes		Hommes	
	échantillon 151	pop générale 7280	échantillon 348	pop générale 5874
2 maladies et symptômes de l'appareil digestif et endocrinien				
Brûlure d'estomac	51	688	100	574
Diabète	9	220	10	172
2 maladies et symptômes de l'appareil cardiovasculaire				
Hypertension artérielle	25	1065	42	557
Douleurs dans la poitrine	41	267	91	204
2 maladies et symptômes du système locomoteur				
Lumbago, sciatique, arthrose, arthrite, douleurs dorsales ou des articulations	65	1270, 980	148	470, 508
Douleurs du dos, des reins, du cou ou des articulations	97	2386, 1279, 1561	196	1577, 559, 959
1 maladie et symptôme de l'appareil respiratoire				
Asthme	13	240	34	228

Toutefois, pour évaluer l'importance des liaisons entre ces deux types de déclaration de souffrance, il est important d'avoir présent à l'esprit l'incertitude qui leur est attachée du fait de l'absence de réponses à certains questionnaires.

3. Les liaisons entre les déclarations concernant l'enfance et la maladie

Dans l'enquête INSEE "Étude des conditions de vie", un grand nombre de liaisons entre les déclarations au sujet de l'enfance et celles concernant la maladie ont été mises en évidence. Celles que nous pouvons observer dans l'enquête Précar sont nettement moins significatives.

méthodes

Nous avons cherché à examiner en quoi les situations de précarité associées au fait de consulter dans des centres de soins gratuits se traduisent, elles aussi, dans des associations fréquentes entre les déclarations de souffrance à propos de l'enfance et celles concernant les troubles de santé.

L'utilisation de modèles logistiques a été privilégiée dans le but de mettre en évidence les liens significatifs entre les événements familiaux graves déclarés par le patient avant ses 18 ans et la déclaration de certaines maladies. D'autre part, nous nous sommes également intéressés à la survenue de maladie en fonction du nombre d'événements vécus.

Afin de faciliter la comparaison avec une étude précédente réalisée sur un échantillon INSEE représentatif de la population générale^{xxviii}, nous avons contrôlé le modèle de manière similaire (même si la variable CSP des individus - absente du questionnaire - n'a pas pu être introduite dans nos deux modèles). De plus, les maladies ont subi le même regroupement et une distinction entre les sexes a été effectuée.

Dans notre premier modèle, nous étudions les liaisons statistiques entre les déclarations des événements familiaux et les différentes maladies. La situation de référence par rapport à laquelle sont évaluées les variations de probabilité de déclaration y diffère fortement de la précédente étude^{xxix}. Dans ce modèle la situation de référence est celle d'un individu âgé d'au moins 39 ans, avec un niveau d'étude secondaire sans diplôme, ayant connu au moins une période de chômage, ne fumant pas, ne buvant pas.

^{xxix} voir en annexe 2 : il s'agissait d'un individu de 25 ans à 44 ans, vivant en couple marié à Paris, ayant fait des études supérieures, ayant un emploi de cadre supérieur, avec des revenus supérieurs à deux fois le SMIC, dont le mode de vie était spécialement préservé et stable : ne fumant pas, ni ne buvant plus de cinq verres de vin ou d'équivalent en alcool par jour, ne connaissant aucune gêne dans son travail, n'ayant connu qu'un seul emploi et aucune période de chômage supérieure à trois mois, et n'ayant cité avant 18 ans aucun événement familial grave à l'exception de l'absence prolongée des parents, ni décès, ni maladie, handicap ou accident grave du père ou de la mère ni le conflit ou la séparation des parents ni un grave manque d'affection ni le manque de chauffage ni la faim.

Dans notre second modèle, nous nous intéressons à l'influence du nombre d'événements sur la probabilité de déclarer les différentes maladies. Dans ce modèle l'individu de référence est âgé d'au moins 39 ans, ne travaille pas actuellement, ni au noir, ni même en stage, sans couverture sociale maladie, avec un niveau d'étude secondaire sans diplôme, avec un revenu par mois de moins de 2500F.

résultats

Les liaisons des événements familiaux avec la déclaration de symptômes ou de maladies sont dans l'ensemble nettement moins significatives sur l'échantillon Précar que sur l'étude déjà réalisée en population générale.

Nous pouvons avancer plusieurs éléments d'interprétation relatifs aux caractères de l'échantillon :

- ? Les deux échantillons sont de tailles différentes. La population de l'étude précédente était composée de 13154 individus tandis que celle de Précar ne compte que 499 patients. Un grand nombre de liaisons peu significatives ne peuvent donc y apparaître du fait des trop faibles effets. 55,3 % était des femmes, alors qu'elles ne sont que 30,2 % dans notre échantillon.
- ? De plus, un grand nombre de liaisons en population générale concernait les femmes nées en France or celles-ci ne représentent que 6,5 % de la population interrogée dans l'enquête Précar.

Malgré ces difficultés, quelques ressemblances et différences peuvent être notées entre les liaisons observées dans les deux populations avec plusieurs événements déclarés à propos de la jeunesse.

Dans les deux populations :

- ? les maladies et symptômes de l'appareil psychique sont liés significativement à la maladie de la mère par les hommes.
- ? L'absence des parents supérieure à un an est liée de manière significative avec une plus forte probabilité de déclarer des maladies et symptômes de l'appareil psychique et des troubles fonctionnels par les femmes.
- ? De même, pour les femmes, la probabilité de citer une fatigue intense est liée significativement au fait de déclarer la mésentente entre ses parents. De plus, la déclaration des maux de dents est associé à la mort du père dans sa jeunesse.

- ? En ce qui concerne les hommes, la probabilité plus élevée de douleurs dans la poitrine est liée à la maladie du père et à la déclaration du manque affectif ou de la mésentente entre les parents, même si les significativités de ces liaisons sont moindres.
- ? Enfin, on retrouve dans les deux échantillons des liaisons comparables chez la femme en ce qui concerne la déclaration d'hypertension artérielle et la mort de la mère; et entre les déclarations de douleurs du dos ou des reins et la maladie du père ou la citation d'un manque affectif.

En revanche, de nombreuses différences se manifestent entre les tableaux 6 à 9 (dans lesquels seuls les liens significatifs ont été conservés) :

- ? un grand nombre de liaisons qu'il est possible d'observer en population générale avec les déclarations par les femmes du souvenir de la maladie grave de leur mère ou de leur père ne sont plus significatives sur l'échantillon des femmes consultant en centres de soins gratuits ;
- ? pour les femmes également, les troubles de l'appareil psychique qui présentent 20 liaisons significatives avec la déclaration des événements graves de la jeunesse en population générale n'en manifestent plus que 2 avec l'absence prolongée des parents avant leurs 18 ans pour les personnes consultant gratuitement ;
- ? de même, les 20 liaisons avec les maladies et douleurs concernant le système locomoteur des femmes en population générale ne sont quasiment plus observables pour celles consultant en centres de soins gratuits.

Table 6. Déterminants biographiques et familiaux des maladies et symptômes à caractère psychosomatique des hommes

Groupe de maladies et de symptômes à caractère psychosomatique (dont on a déclaré souffrir en ce moment ou dans les 3 semaines) (effectif sur 348 hommes)	Nbre de liaisons significatives à 95% (par grpe)	Evénement familial grave lié significativement avec les déclarations de maladies ou de symptômes																		
		mort, maladie père			mort, maladie mère			absce parent >1an 122	un seul événement				2 événements seulement					4 évé S+M+ m.aff+C 11		
		mort 24	mal. 44	mort & mal 23	mort 19	mal. 29	mort & mal 19		sép. 5	més. 20	manq. affect 20	conf av par 41	sép. & més. 5	sép. & m.aff 0	sép. & conf. 2	més. & m.aff 6	més. & conf. 19		conf. & m.aff 17	
2 maladies et symptômes de l'appareil digestif et endocrinien																				
Brûlure d'estomac (100)	2									1		1								
Diabète (10)	-									*		**								
2 maladies et symptômes de l'appareil cardiovasculaire																				1
Hypertension artérielle (42)	-		1																	
Douleurs dans la poitrine (91)	2		*																	*
2 maladies et symptômes du système locomoteur																				
Lumbago, sciatique, arthrose, arthrite, douleurs dorsales ou des articulations (148)																				
Douleurs du dos, des reins, du cou ou des articulations (196)	1										1									
1 maladie et symptôme de l'appareil respiratoire																				
Asthme (34)	-																			
Nombre de liaisons significatives (à 95% de certitude)	5	-	1	-			-	-	-	1	1	1	-	-	-		-	-		1

Table 7. Déterminants biographiques et familiaux des maladies et symptômes à caractère psychosomatique des femmes

Groupe de maladies et de symptômes à caractère psychosomatique (dont on a déclaré souffrir en ce moment ou dans les 3 semaines) (effectif sur 151 femmes)	Nbre de liaisons significatives à 95% (par grpe)	Événement familial grave lié significativement avec les déclarations de maladies ou de symptômes																	
		mort, maladie père			mort, maladie mère			absce parent >1an 42	un seul événement				2 événements seulement					4 évé S+M+m. aff+C 5	
		mort 11	mal. 12	mort & mal 21	mort 5	mal. 13	mort & mal 5		sép. 5	més. 8	manq. affect 15	conf av par 10	sép. & més. 5	sép. & m.aff 0	sép. & conf. 2	més. & m.aff 5	més. & conf. 8		conf. & m.aff 5
2 maladies et symptômes de l'appareil digestif et endocrinien			1																1
Brûlure d'estomac (51)	2		*																***
Diabète (9)	-																		
2 maladies et symptômes de l'appareil cardiovasculaire					1							1							
Hypertension artérielle (25)	2				*							**							
Douleurs dans la poitrine (41)										▪									
2 maladies et symptômes du système locomoteur												1							
Lumbago, sciatique, arthrose, arthrite, douleurs dorsales ou des articulations (65)			▪																
Douleurs du dos, des reins, du cou ou des articulations (97)	1		▪								▪	*					▪		
1 maladie et symptôme de l'appareil respiratoire																			
Asthme (13)																			▪
Nombre de liaisons significatives (à 95% de certitude)	5	-	1	-	1	-	-	-	-	-		2	-	-	-	-		-	1

Table 8. Déterminants biographiques et familiaux des maladies et symptômes à caractère psychosomatique des hommes

Groupe de maladies et de symptômes à caractère psychosomatique (dont on a déclaré souffrir en ce moment ou dans les 3 semaines) (effectif sur 5874 hommes)	Nbre de liaisons significatives à 95% (par grpe)	Événement familial grave lié significativement avec les déclarations de maladies ou de symptômes																		
		mort, maladie père			mort, maladie mère			absce parent	un seul événement				2 événements seulement					3 évé		
		mort	mal.	mort & mal	mort	mal.	mort & mal	>1 an	sép.	més.	manq. affect	conf av par	sép. & més.	sép. & m.aff	sép. & conf.	més. & m.aff	més. & conf.	conf. & m.aff	S+M+m. aff	
		395	478	303	214	298	155	468	180	161	255	-	144	49	-	54	-	-	75	
2 maladies et symptômes de l'appareil digestif et endocrinien																				
Brûlure d'estomac (574)	1											1							1	
Diabète (172)	1						▪					.*							***	
2 maladies et symptômes de l'appareil cardiovasculaire			1						1				1		1					
Hypertension artérielle (557)	2							**				*								
Douleurs dans la poitrine (204)	2		***												***					
5 maladies et symptômes du système locomoteur			1	2		1							1	1		1				
Arthrite, arthrose, rhumatisme de: la colonne vertébrale, cervicale, de la nuque ou du cou (470)	2			*											*					
La colonne vertébrale dorsale (508)	-																		.*	
Douleurs dos et reins (1577)	1			▪								**			▪					
Douleurs niveau cou (559)	2			*		▪				▪			**							
Douleurs articulations (959)	2		*			***														
1 maladie et symptôme de l'appareil respiratoire		1							1											
Asthme (228)	2	*							*											
Nombre de liaisons significatives (à 95% de certitude)	15	1	2	2		1			2				2	2		2			1	

Table 9. Déterminants biographiques et familiaux des maladies et symptômes à caractère psychosomatique des femmes

Groupe de maladies et de symptômes à caractère psychosomatique (dont on a déclaré souffrir en ce moment ou dans les 3 semaines) (effectif sur 7280 femmes)	Nbre de liaisons significatives à 95% (par grpe)	Événement familial grave lié significativement avec les déclarations de maladies ou de symptômes																		
		mort, maladie père			mort, maladie mère			absce parent	un seul événement				2 événements seulement					3 évé		
		mort	mal.	mort & mal	mort	mal.	mort & mal	>1 an	sép.	més.	manq. affect	conf av par	sép. & més.	sép. & m.aff	sép. & conf.	més. & m.aff	més. & conf.	conf. & m.aff	S+M+m. aff	
		913	962	416	249	426	182	566	232	266	408	-	176	75	-	142	-	-	89	
2 maladies et symptômes de l'appareil digestif et endocrinien					1							1								
Brûlure d'estomac (688)	2				**							***	°							
Diabète (220)	-																			
2 maladies et symptômes de l'appareil cardiovasculaire				1	1										1					
Hypertension artérielle (1065)	1			*																
Douleurs dans la poitrine (267)	2				**										**					
5 maladies et symptômes du système locomoteur		2	1		3	2	3		2	1		1	3		2					
Arthrite, arthrose, rhumatisme de: la colonne vertébrale, cervicale, de la nuque ou du cou (1270)	4				*	_*			**			°	*		°					
La colonne vertébrale dorsale (980)	4	**				_*							**		*					
Douleurs dos et reins (2386)	6	**	*		*		**			*		**			°					
Douleurs niveau cou (1279)	4				**	_*	**		**				°		*					
Douleurs articulations (1561)	2	°					*		°				**		°					
1 maladie et symptôme de l'appareil respiratoire							1		1											
Asthme (240)	2						*		*											
Nombre de liaisons significatives (à 95% de certitude)	27	2	1	1	5	2	4		3	1		2	3		3					

X. Scores de précarité

Nous avons cherché à construire un *score individuel de précarité* qui permette de prédire, à partir de la situation sociale d'un individu, son état de santé, d'une part, et sa consommation de soins d'autre part.

1. Variables sociales

Nous avons défini 14 variables sociales reprenant les différents facteurs de précarité sociale (situation de logement, de travail, de couverture sociale, etc.). Chacune de ces variables a au plus 3 modalités ; elles peuvent être considérées en tant que variables ordinales ou qualitatives. Leur distribution dans la population d'étude figure dans le tableau 1.

Nous pouvons distinguer parmi les variables considérées celles relatives à un état décrit de manière objective (par exemple, le niveau de couverture sociale) et celles qui correspondent à une appréciation subjective de la personne interrogée (par exemple lorsqu'on lui demande de quel type d'aide il peut disposer en cas de besoin). D'autre part, certaines des variables considérées sont probablement redondantes parce qu'elles décrivent des aspects identiques – ou, en tout cas, pas indépendants les uns des autres - de la situation sociale des personnes : par exemple, le niveau scolaire (scol_var) et les difficultés de lecture (lect_var), ou encore la durée de séjour (sej_var) et la situation administrative (resi_var).

Pour cette raison, nous avons, dans un premier temps, effectué une analyse en composante principale (ACP) et une analyse des correspondances multiples (ACM) de ces variables.

L'ACM retrouve une opposition entre les Français sans domicile fixe ayant une couverture sociale et les étrangers sans papier ou statut stable de résidence.

L'ACP centrée et normée de ces variables met en évidence un axe représentant 27,5% de l'inertie totale qui oppose les variables de séjour et de résidence aux variables de logement et de situation maritale. D'autre part, l'inertie diminue assez lentement avec les axes. Il faut 5 axes pour expliquer 70% de l'inertie, qui sont les suivants :

- ? axe 1 : Couverture sociale et situation de résidence / situations maritale et de logement ;
- ? axe 2 : Scolarité et lecture ;
- ? axe 3 : Situation de travail et de lecture ;
- ? axe 4 : Aides et soutiens ;
- ? axe 5 : revenu par unité de consommation.

Table 1. Distribution des variables sociales de précarité dans la population d'étude

	%
Couverture sociale (couv_var)	
présente	34,8
absente depuis moins d'un an	20,2
absente depuis plus d'un an	45,0
Travail (trav_var)	
travaille pas actuellement	38,3
ne travaille pas depuis moins d'un an	20,2
ne travaille pas depuis plus d'un an	41,5
Logement (log_var)	
logement stable	41,0
logement précaire	59,0
Séjour en France (sej_var)	
né(e) en France	32,5
né(e) à l'étranger et en France depuis > 3 ans	48,5
né(e) à l'étranger et en France depuis <= 3 ans	19,0
Situation administrative (resi_var)	
Français	32,2
étranger avec statut régulier	22,1
étranger sans papier ou statut provisoire	45,7
Ressources (ress_var)	
au moins une source de revenus réguliers déclarés	30,3
rien d'autre qu'un salaire au noir	26,5
ni revenus déclarés, ni salaire au noir	43,2
Revenus (rev_var)	
plus de 3500 FF/UC	15,5
entre 2500 et 3500 FF/UC	46,6
moins de 2500 FF/UC	38,0
Aide et soutien : au moins une réponse affirmative (aid_var)	
oui	84,4
non	15,6
Aide ménagère ¹ (aid2_var)	
oui	27,1
non	72,9
Soutien financier ² (aid3_var)	
oui	56,7
non	43,3
Soutien psychologique ³ (aid4_var)	
oui	37,1
non	62,9
Niveau d'étude (scol_var)	
Bac et supérieur	36,1
secondaire	44,9
primaire ou jamais scolarisé(e)	19,0
Difficultés à lire le Français (lect_var)	
oui	22,5
non	77,5
Situation maritale (mari_var)	
marié(e) ou vivant maritalement	57,6
séparé(e)	25,7
célibataire	16,7

¹ Dans les situations suivantes de la vie courante, pouvez-vous nous dire si vous pouvez compter sur quelqu'un pour vous aider dans les tâches ménagères ? ² Dans les situations suivantes de la vie courante, pouvez-vous nous dire si vous pouvez

compter sur quelqu'un pour vous prêter de l'argent ?³ Dans les situations suivantes de la vie courante, pouvez-vous nous dire si vous pouvez compter sur quelqu'un pour parler si vous vous sentez triste ou déprimé(e) ?

2. Etats de santé

Nous avons considéré 2 types d'état de santé : un état de santé ressenti, recueilli par des échelles de qualité de vie, et un état de santé "objectif", construit à partir des données médicales déclarées par les personnes interrogées.

L'état de santé ressenti a été mesuré par 3 échelles :

- ? le SF-12 (une forme abrégée du Short-Form 36 Health Survey), dont l'expression a été calculée suivant l'algorithme proposé par Ware et coll.²⁰. Les résultats ont été exprimés en fonction des paramètres donnés pour la population américaine générale, sous la forme d'un indice de santé mentale (MCS12) et d'un indice de santé physique (PCS12).
- ? l'échelle EQ-5D, dont l'expression a été calculée suivant l'algorithme proposé par Mc Dowell et Neuwel²¹.
- ? le "thermomètre" analogique a été directement exprimé en une note sur 10, correspondant à la marque indiquée sur une échelle de 10 cm de long comprise entre les deux bornes extrêmes "le meilleur état de santé imaginable" et "le pire état de santé imaginable".

L'état de santé objectif a été décrit par les réponses aux questions interrogeant systématiquement la présence actuelle de 10 états morbides, les réponses aux questions interrogeant systématiquement 13 plaintes symptomatiques actuelles, et l'indice de dépression décrit précédemment (chapitre IV.3.). Nous avons choisi de ne pas reconstruire d'indice global synthétique à partir de ces questions mais de les considérer une à une dans les modèles de régression.

3. Consommation de soins

Trois variables dichotomiques de consommation de soins ont été étudiées, correspondant aux réponses à 3 questions différentes de Précar121 :

- ? avez-vous déjà renoncé à des soins pour des raisons financières ?
- ? avez-vous consulté un médecin généraliste privé (de ville) depuis 6 mois ?
- ? avez-vous consulté un médecin au cours de ce dernier mois ?

Là encore, nous avons choisi d'étudier séparément ces 3 variables de consommation, sans chercher à reconstruire un indice synthétique de consommation.

4. L'échec d'un score empirique de précarité pour expliquer l'état de santé ressenti

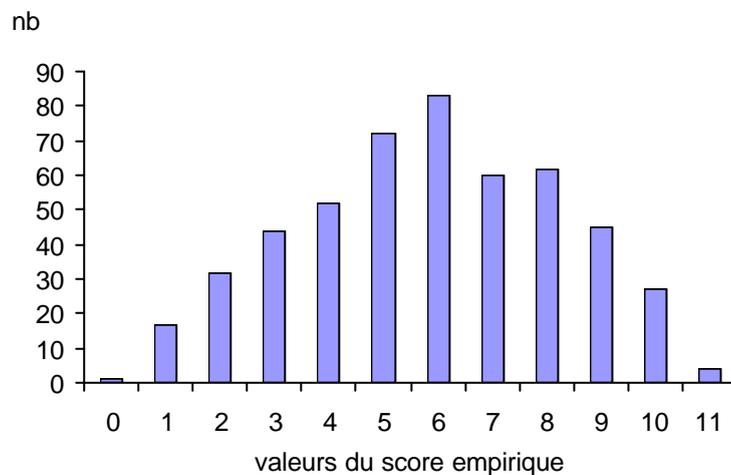
La première partie de notre analyse, purement empirique, a consisté à affecter un poids croissant en fonction du handicap social observé (évalué a priori) par chacune des variables sociales recueillies, indépendamment de toute considération sur la distribution de la modalité dans la population d'étude, d'une part, et de la force de son association avec l'*outcome* étudié en analyse univariée (et de sa signification statistique), d'autre part. Par exemple, pour la situation administrative, on a fixé empiriquement que la nationalité française vaut 0, un statut stable de séjour 1, l'absence de papiers ou un statut provisoire 2, etc.

Pour ce "score" empirique, nous n'avons retenu que les variables sociales objectives et éliminer les variables apparaissant redondantes à partir de l'ACP et de l'ACM. Ce score additif était ainsi défini :

$$\text{emp_sc} = \text{lect_var} + \text{log_var} + \text{trav_var} + \text{rev_var} + \text{couv_var} + \text{ress_var} + \text{sej_var}.$$

Dans la population d'étude, ce score est compris entre 0 (valeur la moins péjorative) et 11 (valeur la plus péjorative), avec une distribution approximativement Normale autour de 6 (Figure 1).

Figure 1. Distribution du "score" empirique dans la population d'étude



Nous avons ensuite étudié si ce score empirique était, ou non, associé significativement aux états de santé ressentis :

- ? en considérant successivement les 4 indices de qualité de vie comme des variables d'*outcome* continues (modèle de régression linéaire) ou dichotomiquesⁱ (modèle de régression logistique) ;
- ? en prenant systématiquement en compte le sexe et l'âge des personnes, ainsi que le site d'enquête dans les différents modèles.

Nous n'avons retrouvé aucune association significative entre ce score empirique et aucun des indicateurs de santé ressenti. Par ailleurs, les modèles obtenus (comprenant les variables sexe, âge, site, score empirique) sont très peu explicatifs : moins de 10% de la part de variance est expliquée par le modèleⁱⁱ.

Nous concluons que - dans notre population d'étude tout au moins - une telle approche par score empirique (additif) de précarité n'explique en rien - et prédit encore moins - l'état de santé ressenti des personnes.

5. Les limites d'un score statistique de précarité pour expliquer l'état de santé ressenti

La faiblesse la plus évidente de l'approche précédente est de fixer *a priori* quelles variables doivent être retenues dans le score, ainsi que la valeur des différentes modalités de chaque variable. Pour cette raison, nous avons ensuite adopté une démarche classiquement statistique, toujours à l'aide de modèles de régression logistiqueⁱⁱⁱ, successivement :

- ? en forçant le sexe, l'âge et le site d'enquête dans les modèles comme variables d'ajustement systématiques ;
- ? en sélectionnant par *stepwise* les variables de santé objective associées significativement à l'*outcome* étudié (les 4 indicateurs de santé ressentie) puis en forçant dans le modèle les variables retenues ;
- ? enfin, en sélectionnant dans un dernier temps, les variables sociales retenues dans le modèle (toujours par *stepwise*).

ⁱ les indices de qualité de vie ont été dichotomisés de la façon suivante : pour le PCS12 et le MCS12, 1^{er} quartile de la population de référence contre 3 derniers quartiles ; pour l'EQ-5D, inférieur ou supérieur ou égal à 50 ; pour le thermomètre, inférieur ou supérieur ou égal à 4/10.

ⁱⁱ En incluant pas à pas d'autres variables dans ces modèles, telles que certaines variables de santé objective ou de consommation de soins, la part de variance expliquée augmente (jusqu'à 30%) mais le score empirique n'est, pour autant, jamais associé significativement aux états de santé ressenti, même en prenant en compte ces nouvelles variables.

ⁱⁱⁱ Nous avons préféré utilisé des méthodes de régression logistique qui permettent d'estimer la force de l'association observée entre la variable considérée et l'*outcome* étudié (estimation de l'Odds Ratio).

Nous avons ainsi obtenu 4 modèles (un pour chacun des 4 indicateurs de santé ressentie) dont les résultats figurent dans les tables suivantes : les Odds ratio (OR) supérieurs à 1 signalent des variables associées à un meilleur état de santé ressenti, ceux inférieurs à 1 signalent des variables péjoratives.

Ces résultats mettent en évidence les limites de l'approche utilisée (et des scores qui pourraient être construits à partir des modèles obtenus) :

- ? Les variables sélectionnées - en particulier les caractéristiques sociales - sont différentes d'un modèle à l'autre, n'apportant aucun argument de validité interne (*consistency*) à ces résultats.
- ? Les associations observées sont parfois difficiles à interpréter, en particulier pour l'EQ-5D.
- ? Les modèles obtenus ne sont pas stables. Par exemple, si on retire de la population d'étude les 16 individus (sur 499) dont les réponses sont de mauvaise qualité, ce ne sont plus du tout les mêmes variables (ni sociales, ni de santé objective) qui sont retenues dans les modèles correspondants.
- ? Enfin, certains résultats apparemment paradoxaux (l'infection à VIH associée à un meilleur score EQ-5D, l'absence totale de soutien ou d'aide associée à un meilleur score du thermomètre) peuvent s'expliquer par les capacités d'adaptation des personnes : connaître des conditions de vie difficiles ou des situations morbides graves peut, selon les individus, s'accompagner d'un état de santé (ou d'une qualité de vie) dégradé ou non.

Nous en avons conclu que l'hypothèse sous jacente (qu'un état de santé ressenti puisse être expliqué seulement par des caractéristiques sociales et des événements de santé objectifs) est probablement erronée. Dans tous les cas, des modèles stables et prédictifs ne peuvent pas être obtenus dans notre population d'étude.

Table 2. Modèle de régression logistique (*outcome* = PCS12)

Variable	OR	p
sexe masculin	1,46	0,24
âge <= 30 ans	2,08	0,04
30 < âge <= 40 ans	2,72	<0,01
MDM (vs Chapsa)	1,47	0,31
hôpital (vs Chapsa)	1,56	0,21
lumbago, sciatique, arthrose, arthrite	0,43	<0,01
diabète insulino-dépendant	0,25	<0,05
douleurs du dos et des articulations	0,55	0,08
asthénie	0,47	0,01
fièvre	0,54	0,06

pas de couverture sociale depuis moins d'un an	0,50	<0,05
scolarité secondaire	0,41	<0,01

Table 3. Modèle de régression logistique (outcome = MCS12)

Variable	OR	p
sexe masculin	1,34	0,30
âge <= 30 ans	1,05	0,87
30 < âge <= 40 ans	1,21	0,53
MDM (vs Chapsa)	1,57	0,20
hôpital (vs Chapsa)	1,74	0,10
nervosité, irritabilité, anxiété	0,45	<0,01
dépression	0,19	<0,001

Table 4. Modèle de régression logistique (outcome = EQ-5D)

Variable	OR	p
sexe masculin	0,97	0,92
âge <= 30 ans	1,08	0,80
30 < âge <= 40 ans	1,26	0,44
MDM (vs Chapsa)	1,13	0,71
hôpital (vs Chapsa)	1,53	0,20
infection par le VIH	2,25	0,13
diabète insulino-dépendant	0,25	0,08
brûlures gastriques	0,48	<0,01
asthénie	0,55	0,01
maux de dents	0,54	0,02
dépression	0,28	<0,001
difficultés à lire le Français	1,92	0,03

Table 5. Modèle de régression logistique (outcome = thermomètre)

Variable	OR	p
sexe masculin	1,08	0,78
âge <= 30 ans	2,56	<0,01
30 < âge <= 40 ans	2,30	<0,01
MDM (vs Chapsa)	1,09	0,80
hôpital (vs Chapsa)	1,39	0,33
dépression	0,38	<0,01
asthme	0,67	0,35
asthénie	0,51	0,01
maux de dents	0,54	0,02
au moins une possibilité d'aide ou de soutien	0,50	0,04

6. La recherche de scores de précarité expliquant le renoncement ou la consommation de soins

En considérant les trois variables dichotomiques de consommation mentionnées ci dessus comme trois *outcome* différents, nous avons appliqué la démarche précédente, consistant à utiliser un modèle de régression logistique pour, successivement (i) forcer les 3 variables d'ajustement : sexe, âge et site d'enquête ; (ii) sélectionner par *stepwise* les variables de santé objectives puis conserver les variables retenues ; (iii) sélectionner finalement les variables sociales ainsi que les différents indicateurs de santé ressentie, toujours par une procédure de *stepwise*.

Les 3 modèles obtenues sont indiqués dans les tables suivantes.

Table 6. Modèle de régression logistique (*outcome* = renoncement à des soins pour raisons financières)

Variable	OR	p
sexe masculin	1,13	0,60
âge (années)	1,00	0,70
MDM (vs Chapsa)	2,13	0,02
hôpital (vs Chapsa)	1,71	0,07
dépression	1,63	0,04
épilepsie	0,20	<0,01
insomnies	1,52	<0,05
maux de dents	1,68	0,02
EQ-5D	0,99	0,08*
marié(e) ou vivant maritalement	0,51	<0,01
pas de couverture sociale depuis plus d'un an	1,38	0,13*

* n'apparaît plus significatif en réappliquant le modèle à l'ensemble de la population alors qu'ils étaient retenus dans la procédure de *stepwise* au seuil de 5%

Table 7. Modèle de régression logistique (*outcome* = consultation chez un médecin généraliste libéral au cours des 6 derniers mois)

Variable	OR	p
sexe masculin	0,80	0,38
âge (années)	1,00	0,67
MDM (vs Chapsa)	2,82	<0,01
hôpital (vs Chapsa)	1,44	0,31*
PCS12	0,97	<0,01
séparé(e), veuf(ve), divorcé(e)	1,43	0,19*
couverture sociale effective	2,47	<0,001
sans travail depuis moins d'un an	3,00	<0,001

* n'apparaît plus significatif en réappliquant le modèle à l'ensemble de la population alors qu'ils étaient retenus dans la procédure de stepwise au seuil de 5%

Table 8. Modèle de régression logistique (*outcome* = consultation médicale au cours du dernier mois)

Variable	OR	p
sexe masculin	0,76	0,21
âge (années)	1,01	0,20
MDM (vs Chapsa)	0,71	0,22
hôpital (vs Chapsa)	1,05	0,85
dépression	1,53	0,03
pas de couverture sociale depuis moins d'un an	0,57	0,02

Pour étudier la stabilité des modèles obtenus, nous avons utilisé trois méthodes.

? *l'étude de la meilleure sélection possible* de k variables sociales (k étant le nombre de variables retenues dans les modèles obtenus) dans des modèles prenant en compte les mêmes variables d'ajustement et les mêmes variables de santé objective, selon la méthode proposée par Furnival et Wilson⁴¹ :

? les trois modèles obtenus se classent chacun en première position parmi l'ensemble des modèles possibles à k variables sociales.

? *l'étude de la fréquence de sélection* des variables en appliquant la même procédure de sélection par stepwise en deux temps (variables de santé objective d'abord, variables sociales ensuite) **sur 100 échantillons obtenus par bootstrap** (tirage au sort avec remise de 499 individus dans la population d'étude de même taille) :

? concernant le modèle de renoncement aux soins : les variables de santé objectives retenues dans notre modèle sont celles qui sont le plus souvent sélectionnées au cours des 100 modélisations (entre 47 et 89 fois sur 100 suivant les variables) mais deux autres variables non retenues dans notre modèle sont sélectionnées assez fréquemment : l'infection à VIH (45 fois) et les douleurs du dos et des articulations (41 fois). De la même façon, les variables sociales retenues sont les plus fréquemment sélectionnées (entre 36 et 44 fois sur 100), mais le séjour en France depuis moins de 3 ans est sélectionné aussi souvent que l'indicateur EQ-5D (36 fois sur 100). Toutes les autres variables ne sont sélectionnées que moins de 18 fois sur 100.

? concernant le modèle de consommation de consultations chez un généraliste : aucune variable de santé objective n'était sélectionnée dans le modèle obtenu et, au cours des 100

modélisations, aucune d'entre elles ne ressort effectivement plus de 23 fois sur 100 (sauf l'infection à VIH, 34 fois). Les variables sociales retenues dans notre modèle sont celles qui sont de loin le plus souvent sélectionnées (entre 58 et 92 fois sur 100).

? concernant le modèle de consommation médicale au cours du dernier mois : certaines variables de santé objective sont sélectionnées plus fréquemment que celle (la dépression) retenue dans notre modèle : l'asthme, l'HTA, l'infection à VIH, les troubles mictionnels. La variable sociale retenue dans notre modèle est celle la plus souvent sélectionnée (39 fois sur 100) mais deux autres variables sont sélectionnées presque aussi souvent : le statut d'étranger avec titre régulier de séjour (38 fois) et le séjour en France depuis plus de 3 ans (31 fois).

? ***L'étude de l'interquartile de la distribution des paramètres*** estimés sur les ***100 échantillons obtenus par bootstrap*** en réappliquant le modèle final obtenu :

? dans tous les cas, les paramètres estimés ponctuellement (à partir desquels sont estimés les Odds ratio figurant dans les Tables 6 à 8) sont inclus dans l'interquartile des distributions estimées par bootstrap.

Nous en concluons que la stabilité des 3 modèles obtenu est satisfaisante, en tout cas en ce qui concerne les variables sociales (le modèle de consommation de séances de généralistes au cours du dernier semestre est moins stable en ce qui concerne les variables de santé objective).

Au total, après ajustement sur l'âge, le sexe, le site d'enquête, les antécédents actuels et les plaintes symptomatiques déclarées par les personnes, nous observons que certaines de leurs caractéristiques sociales sont significativement associées à leurs comportements de consommation en matière de soins.

? Les personnes marié(e) ou vivant maritalement déclarent 2 fois moins souvent renoncer à des soins pour raisons financières que les autres ($p < 0,01$). C'est la seule caractéristique sociale qui soit retenue de façon significative par notre modèle et dans notre population d'étude, même si le séjour en France depuis moins de 3 ans "ressort" relativement fréquemment dans des populations fictives obtenues par bootstrap.

? Les personnes ayant une couverture sociale ont consulté un médecin généraliste libéral au cours du dernier semestre 2,5 fois plus souvent que les autres ($p < 0,001$) ; celles ayant perdu leur travail depuis moins d'un an 3 fois plus souvent ($p < 0,001$). Rappelons que ces estimations sont obtenues en analyse multivariée logistique et que le score social construit à partir de ce modèle est additif. En d'autre terme, le modèle obtenu prédit, dans notre population d'étude, un risque 5,5 fois plus

élevé d'avoir consulté un médecin généraliste au cours des 6 derniers mois quand on est chômeur depuis moins d'un an et bénéficiaire d'une couverture sociale.

Enfin, les personnes ayant perdu leur couverture sociale depuis moins d'un an sont celles qui ont eu le moins recours à un médecin au cours du dernier mois (0,57 fois moins, $p=0,02$). L'étude des parcours de soins (chapitre VII.6.) nous montre que, dans notre population d'étude, ce recours s'est fait très majoritairement dans un centre de soins gratuits. Ainsi, ce résultat peut s'interpréter en fonction des typologies décrites lors de l'étude sociologique : il refléterait la fréquentation ponctuelle et le sentiment d'humiliation des personnes ayant perdu récemment leur couverture sociale et leur capacité à se soigner dans les structures de soins... comme l'installation ultérieure dans une fréquentation régulière des centres de soins gratuits pour ceux ayant perdu cette couverture depuis plus d'un an.

5^{ème} partie : Synthèse et perspectives

I. Synthèse

Les processus de fragilisation sociale vont souvent de pair avec une dégradation de l'état de santé, que ces états morbides soient la cause ou la conséquence de la situation sociale. La plupart des études précédentes ont porté sur des populations particulières (essentiellement les personnes en grande détresse sociale) et restaient généralement unicentriques. L'hypothèse principale de ce projet est que la réunion des "clientèles" de différentes structures de soins gratuits en une population d'étude de grande taille est à même d'estimer plus justement les situations sociales, les états de santé et les attitudes de recours aux soins des personnes en situation précaire. L'objectif général était donc de mieux cerner les risques pour la santé associés au processus de précarisation et d'étudier, spécifiquement, l'état de santé des populations en situation de précarité s'adressant aux différents centres de l'étude, leurs stratégies de recours et leurs attitudes face à ces structures, leurs itinéraires de soins et, parmi leurs caractéristiques sociales, celles qui déterminent la perception de leur état de santé et leur accès ou leur renoncement aux soins.

Le projet s'est déroulé en 3 phases successives : une analyse rétrospective des données médico-sociales d'activité des centres participant à l'étude (complétée d'une comparaison avec ce qui est observé en médecine générale) ; une étude sociologique associant observation des comportements au sein des structures de soins et analyse compréhensive des expériences vécues effectuée à partir d'une centaine d'entretiens approfondis ; une étude épidémiologique multicentrique réalisée auprès de 500 personnes, interrogées à l'aide d'un questionnaire de 140 items sur leur situation sociale, leurs attitudes, attentes et perceptions quant aux différents dispositifs de soins en général, leur état de santé ressenti, leurs recours aux soins, leurs antécédents personnels et leurs plaintes actuelles ou chroniques.

Nos principales conclusions sont les suivantes :

- ? L'humiliation que ressentent certains malades à fréquenter un centre de soins gratuits les amène à retarder leurs recours aux soins et à en limiter l'ampleur et la fréquence. Elle résulte plus du sentiment d'infériorité sociale induit par le recours à l'assistance qu'elle n'est liée aux caractéristiques du centre fréquenté. La fréquentation régulière des centres de soins étudiés conduit progressivement à l'émergence de liens sociaux qui débordent du cadre strictement professionnel, et représentent un soutien à la fois social, médical et psychologique.
- ? notre population d'étude est une population en mauvaise santé : l'état de santé ressenti est, en moyenne, deux fois plus dégradé que celui ressenti par la population générale et la fréquence de certaines pathologies (douleurs, syndromes dépressifs, intoxications) apparaît extrêmement plus élevée dans notre population d'étude que la prévalence estimée en population générale. Le recours à l'hospitalisation est élevé et le recours à la médecine libérale est rare. La perte récente d'une couverture sociale, la perte récente d'un travail, la situation maritale constituent autant de

caractéristiques associées à des comportements et des pratiques de recours aux soins différenciés dans une population où, globalement, les situations de renoncement aux soins sont deux fois plus fréquentes qu'en population générale

II. Perspectives

L'approche sociologique compréhensive de la fréquentation d'un centre de soins gratuits pourrait être étendue à d'autres types de clientèles que celles étudiées ici, en particulier aux bénéficiaires de l'Aide médicale gratuite qui consultent en cabinet privé. Le couplage de ces différentes analyses serait d'autant plus instructif qu'il serait complété par une enquête réalisée auprès des professionnels de chacune des structures. La réalisation d'études similaires auprès de patients qui ne sont pas en situation de précarité permettrait par ailleurs d'apporter un éclairage sur la question des spécificités des personnes démunies quant à leur rapport au système sanitaire.

Concernant l'approche épidémiologique, nous ne disposons pas aujourd'hui d'autres populations d'étude permettant de valider définitivement les modèles obtenus. Il restera donc, dans un futur projet, à réadministrer ces questions à d'autres populations, au mieux en population générale, à défaut dans d'autres clientèles (par exemple dans des dispensaires municipaux ou des clientèles de médecine générale de ville). Une autre piste de recherche consisterait à comparer les qualités des scores construits à partir de ces modèles de régression (et/ou à comparer les scores différents obtenus) dans des contextes sociaux différents (par exemple, en étudiant les clientèles de dispositifs de soins gratuits dans différentes villes européennes).

Ces travaux devraient permettre de mieux d'adapter l'offre de soins (spécifique ou de droit commun) à la situation et aux attentes des personnes en situation de précarité.

Annexe 1

Table 1. Description des populations dans les trois types de structure: MDM, APHP, Chapsa

Description des populations (%)	MDM (n=182)	APHP (n=217)	CHAPSA (n=100)	
sexe masculin	56.1	72.4	90	p=0,001
classes d'âge				
0-30	39	33.6	21	
30-40	39	33.6	26	
> 40	22	32.7	53	p=0,001
sans domicile stable (logement en centre d'accueil, en hôtel ou autre logement temporaire, SDF)	19.2	34.4	95	p=0,001
sans emploi (ni emploi déclaré ou non déclaré, ni stage)	58.8	65.4	92	p=0,001
sans couverture sociale (ni sécurité sociale, ni AMG/carte santé)	76.9	67.7	50	p=0,001
étranger	81.1	79.7	22	p=0,001
première visite	28.6	18.9	24	ns (0,1)
Nombre total de visites précédentes				
1-2	36.7	24.1	36.5	
3-9	37.6	42.2	41.3	
≥10	25.6	33.7	22.2	ns (0,1)

Table 2. Accueil, relations, attentes, satisfaction

(%)	Parmentier (n=81)	Gennevilliers (n=101)	St Louis (n=116)	St Antoine (n=101)	CHAPSA (n=100)	
en général le patient préfère : prendre rendez-vous (vs venir directement ou sans opinion)	28.4	10.9	39.7	34.7	23	p=0,001
accueil dans le centre : très bon ou bon (vs insuffisant ou mauvais)	97.5	95	78.1	91.1	64.3	p=0,001
attente trop longue (vs acceptable)	17.1	20.8	45.7	36.4	47.5	p<0,01
<i>Chez les patients ayant déjà consulté le centre</i>						
	Parmentier (n=61)	Gennevilliers (n=64)	St Louis (n=82)	St Antoine (n=89)	CHAPSA (n=76)	
Depuis que le patient fréquente le centre, les relations avec le personnel se sont améliorées (vs dégradées ou inchangées)	21.7	42.9	25.3	36.4	61.8	p=0,001
Jugement sur le centre de soins :						
Tout à fait ou plutôt d'accord (vs plutôt pas ou pas du tout d'accord)						
c'est un endroit où on se sent à l'aise	91.8	95.2	92.5	89.7	75	p=0,001
un endroit où on est toujours bien soigné	91.8	87.7	92.1	88.1	91.8	ns (0,9)
le personnel est toujours agréable	95.1	98.4	85	88.5	88	p<0,05
le personnel ne fait pas attention à moi	17.9	45.2	29.1	31.3	24	p<0,05
les autres malades pas agréables	41.4	21.8	13	23.4	56.6	p=0,001
Il y a dans le centre une personne avec laquelle les relations dépassent le cadre professionnel (vs non)	15	0	10	31.5	31.1	p=0,001
Les démarches pour se faire soigner gratuitement: simples ou très simples (vs très compliquées ou compliquées)	90.2	88.7	65.8	79.8	87.5	p<0,05

Table 3. Accueil, relations, attentes, satisfaction (suite)

(%)	Parmentier (n=61)	Gennevilliers (n=64)	St Louis (n=82)	St Antoine (n=89)	CHAPSA (n=76)	
soins médicaux dans le centre						
En général le patient est très ou assez satisfait des soins médicaux (vs pas très ou pas du tout satisfait)	90	90.6	90.9	77.9	87.3	ns (0,1)
Jugement sur le médecin généralement consulté : Tout à fait ou plutôt d'accord (vs plutôt pas ou pas du tout d'accord)						
confiance dans le médecin	98.2	96.3	94.9	88.9	90.5	ns (0,1)
compétence du médecin	98.3	96.2	94.9	87.2	90.3	p=0,05
médecin humain	98.3	96.3	92.3	89.2	88.9	ns (0,2)
comme s'il faisait partie de ma famille	50	64.2	62	60.8	23.8	p=0,001
fait tout pour m'aider	94.8	94.4	90.9	84.6	88.7	ns (0,2)
me fait sentir que je ne paye pas	15.8	15.1	35.1	16.7	19.4	p<0,05
médecin froid et distant	25.9	18.9	19.2	23.9	22.6	ns (0,8)
ne passe pas assez de temps avec moi	25.9	52.8	26.6	42.7	42.9	p<0,01
Ici les rapports avec les infirmières / aides soignantes sont : très bons ou bons (vs moyens, mauvais ou très mauvais)	93.3	87.5	69.4	76.8	85.3	p<0,01
prise en charge sociale						
Ici la prise en charge sociale est (très) bonne (vs assez bonne ou mauvaise)	91.7	81.3	71.9	87.5	60	p<0,01
Jugement sur l'assistant social consulté: Tout à fait ou plutôt d'accord (vs plutôt pas ou pas du tout d'accord)						
confiance dans l'AS	100	93.3	92.2	97.6	79.6	p<0,01
compétence de l'AS	100	100	90.3	97.6	81.5	p<0,01
AS humain	100	100	92.2	97.5	83.6	p=0,02
comme s'il faisait partie de ma famille	40	53.3	53.1	66.7	21.8	p=0,001
fait tout pour m'aider	90	100	82.5	95.1	73.6	p<0,01
me fait sentir que je suis dans le besoin	30	21.4	54	14.3	42.3	p=0,001
AS froid et distant	20	0	21.9	5.6	24.1	p<0,01
ne passe pas assez de temps avec moi	30	66.7	39.1	36.7	39.6	ns (0,3)
permet de me faire soigner mais rien d'autre	11.1	33.3	65.6	16.9	44.4	p=0,001

Table 4. Mesures de prévention proposées aux personnes interrogées

antécédent personnel [ou familial] déclaré	%	mesure de prévention proposée [chez les concernés]	%	dont % dans les (x) derniers mois
tabagisme	49,1	[conseil d'arrêt]	44,6	
alcoolisme*	24,8	[conseil de diminution]	46,8	
		[consultation spécialisée]	22,6	
[diabète / obésité]	27,1	interrogatoire du médecin	49,4	
		[glycémie]	48,5	70,7 (12 mois)
HTA	13,4	prise TA	91,2	85,5 (12 mois)
[hypercholestérolémie]	14	[cholestérolémie]	52,2	44,4 (12 mois)
tuberculose	-	IDR	31,7	
MST	-	information sur les préservatifs	44	
[cancer intestinal]	4,2	coloscopie	38	
toxicomanie IV	7,1	interrogatoire du médecin	45	
VIIH	-	test	56,5	
		à votre demande	26,5	
		sur les conseils d'un médecin	18,8	
		de façon systématique	9,0	
		autre	2,2	
<i>chez les femmes</i>				
contraception	31,5	pilule	16,8	
		préservatifs	12,1	
		stérilet	3,4	
		autre	0,7	
cancers gynécologiques	-	frottis col	71,0	71 (24 mois)
		palpation des seins	51,8	60,9 (12 mois)
		mammographie	23,2	58,1 (36 mois)
ménopause**	-	[information traitement substitutif]	36,7	

* score alcool ≥ 2

** n = 30 femmes > 50 ans

Annexe 2

1. Les principales caractéristiques de l'enquête INSEE "Étude des conditions de vie 1986-1987"

L'enquête INSEE "Étude des conditions de vie 1986-1987" a été réalisée en deux visites successives et par la passation de quatre questionnaires auprès d'un échantillon de ménages. Comme la première enquête exploratoire réalisée en 1978-1979, elle a été conçue afin d'évaluer le "cumul des situations défavorisées". Mais, dans une optique comparative, elle s'est adressée à l'ensemble des ménages.

Pour constituer l'échantillon, l'INSEE a tiré au hasard un échantillon national représentatif de 18 700 fiches adresses de logement en respectant des quotas de sexe, de niveau d'étude, de CSP, de situation par rapport à l'emploi, de région et de catégorie d'urbanisation. Dans ce tirage, afin de mieux contrôler l'information concernant les individus susceptibles de cumuler des facteurs de handicap, l'INSEE a sur-représenté des catégories de logements dont les caractères étaient, en 1982, plus fréquemment liés avec diverses inégalités (logements sans confort, garnis, meublés, ou comportant des ménages particuliers). Ces ménages sont en nombre réduits (moins de 2 % de l'échantillon).

Au cours de la première visite, une personne adulte vivant habituellement dans le logement donnait un certain nombre d'informations sur toutes les personnes du ménage, sur les caractéristiques du logement, du patrimoine immobilier et financier du ménage, sur ses revenus, aides et difficultés financières et sur la situation des chômeurs, informations faisant l'objet du *questionnaire A*. Par ailleurs, on tirait au sort une personne adulte au sein du ménage qui était invitée à remplir elle-même le *questionnaire B* portant sur son état de santé.

Lors de la deuxième visite, l'enquêteur récupérait le questionnaire B, vérifiait qu'il avait été correctement rempli et interrogeait la personne tirée au sort au moyen des *questionnaires C et D*. Ces questions concernant un individu du ménage portaient sur ses consommations de santé, ses handicaps, sa jeunesse, son emploi, ses accidents et ses comportements de prévention, sur ses habitudes de vie et ses comportements de la vie courante.

Nous avons tiré parti principalement des parties des questionnaires de l'enquête consacrées aux problèmes de santé ainsi qu'aux informations sur la biographie des individus.

2. L'utilisation des modèles de régression logistique

Pour estimer l'influence de chacune des 18 variables individuelles et biographiques sur la déclaration des 20 maladies et des 30 symptômes distingués, on a eu recours à des modèles dits de "régression logistique". **Deux avantages essentiels** découlent d'une telle méthodologie.

On estime ainsi les liaisons avec chacun des facteurs pris isolément, "toutes choses étant considérées égales par ailleurs" pour les autres caractères pris en compte par le modèle. L'avantage essentiel de cette méthode sur les simples tris croisés ou sur les tableaux de corrélation est qu'il est possible d'estimer la relation avec chacune des modalités considérées en faisant abstraction des effets indirects des modifications des autres variables prises en compte. L'estimation est d'autant mieux approchée que les caractères considérés dans le modèle sont plus indépendants les uns des autres.

On peut évaluer la significativité statistique de chacune des relations ainsi estimées, à savoir son risque d'erreur, en évaluant la probabilité de l'hypothèse d'une absence de liaison entre le caractère considéré et la variable dépendante analysée. Si on considère en effet que la loi de probabilité des écarts entre valeur estimée des coefficients, $e(\beta)$, et valeur réelle, β , peut être approchée par la loi logistique, des tables de calcul de la loi normale permettent d'évaluer, pour les faibles valeurs des coefficients, la probabilité pour que l'estimation de cet écart à partir de l'échantillon se situe dans une fourchette donnée.

En théorie :

Pour approcher le modèle de régression, on estime le maximum de la fonction de vraisemblance d'une variable dichotomique (le fait d'avoir ou non déclaré souffrir d'une affection donnée) expliquée par un ensemble de variables qualitatives. Quand on approche par une fonction logistique la loi de probabilité correspondante, ce problème a une solution unique. Si X est le vecteur des variables explicatives et β un vecteur de coefficients inconnus, la probabilité P est estimée alors par la formule :

$$P = 1 / 1 + \exp(-\beta X)$$

En pratique :

On définit d'abord un modèle spécifiant précisément les différents caractères jugés importants dans la détermination de la morbidité (l'âge, la catégorie sociale, le niveau de diplôme, la situation matrimoniale, le revenu et le type de logement, plus cinq variables spécifiant des caractères du mode de vie, dont la liste des modalités a été donnée dans le tableau suivant). Pour estimer la relation entre une maladie donnée et les diverses modalités de difficulté de l'enfance, on calcule ensuite les variations de

probabilité de l'affection que chacune entraînerait par rapport au risque d'une situation de référence (dans laquelle les valeurs des caractéristiques socio-démographiques et socioprofessionnelles mais aussi celles des autres variables de situation de l'enfance prises en compte sont bien spécifiées).

La situation de référence choisie dans nos modèles de régression : Pour estimer la relation entre les déclarations de chaque maladie et symptôme et, par exemple, l'absence prolongée des parents, on a calculé la variation de probabilité par rapport au risque couru par une personne dans une situation de risque de santé très faible :

- un individu de 25 à 44 ans, vivant en couple marié à Paris, ayant fait des études supérieures, ayant un emploi de cadre supérieur, avec des revenus supérieurs à deux fois le SMIC ;
- dont le mode de vie était spécialement préservé et stable : ne fumant pas ni ne buvant plus de cinq verres de vin ou d'équivalent en alcool par jour, ne connaissant aucune gêne dans son travail, n'ayant connu qu'un seul emploi et aucune période de chômage supérieure à trois mois ;
- et, enfin, n'ayant cité avant 18 ans aucun événement familial grave à l'exception de celui étudié ici, l'absence prolongée des parents : ni décès, ni maladie, handicap ou accident grave du père ou de la mère, ni le conflit ou la séparation des parents, ni un grave manque d'affection, ni le manque de chauffage, ni la faim.

Toutes les modalités correspondant à cette situation de référence ont un $e(\beta)$ et un $e(?)$ nuls dans les régressions. Ils ne sont donc pas reproduits dans le tableau général des modalités ci-après.

Le tableau n°1 donne le résultat de l'estimation du maximum de vraisemblance réalisée par le modèle dans le cas *des déclarations* des 7 280 femmes et des 5 874 hommes *concernant "l'arthrite, l'arthrose ou le rhumatisme de la colonne vertébrale lombaire sacrée et du coccyx"*. Outre les effectifs des modalités concernées, il fournit trois indications :

- Dans la deuxième colonne une série de coefficients estimés $e(\beta)$ correspondants à chacune des modalités (pour notre exemple, on a ainsi -0,09 pour la modalité "absence prolongée des parents" dans le cas des hommes, et 0,26 dans le cas des femmes) ;
- Dans la troisième colonne, les écarts-type estimés $e(?)$ de ces estimations de β .
- Dans la quatrième colonne, on a la statistique de Wald, à savoir $[e(\beta)/e(?)]^2$, qui permet de tester la nullité du coefficient β . En effet, le carré des $e(\beta)/e(?)$ correspondant aux estimations de β suit asymptotiquement une loi du Chi² à un degré de liberté. On en déduit que l'hypothèse de la nullité de β est rejetée pour une significativité à 5 % lorsque la statistique de Wald dépasse environ 4.

- Dans la cinquième colonne, on a la probabilité correspondant au niveau atteint par le $[e(\beta)/e(?)]^2$, soit la probabilité pour que la statistique de Wald conduise à la nullité du coefficient β - autrement dit le risque d'erreur quand on affirme qu'il y a une liaison significative entre la déclaration de la maladie et la modalité considérée.

Table 1. Coefficients d'un modèle de régression logistique concernant les déclarations masculines d'un groupe de maladies

Variables qualitatives explicatives de l'enfance concernant des événements survenus ou vécus avant 18 ans (effectifs)	?	?	Wald	P (? >0)
<i>Constante</i> : (intercept)	-2,8743	0,2828	103,271	0,0001
<i>Mort ou maladie du père</i> :				
- mort sans maladie, handicap grave (395)	-0,2627	0,2071	1,6086	0,2047
- maladie ou handicap grave sans mort (478)	0,2718	0,1696	2,5691	0,1090
- maladie ou handicap grave et mort (303)	0,3996	0,1976	4,0884	0,0432
<i>Mort ou maladie de la mère</i> :				
- mort sans maladie, handicap grave (214)	-0,1531	0,2655	0,3325	0,5642
- maladie ou handicap grave sans mort (298)	-0,3373	0,2586	1,7022	0,1920
- maladie ou handicap grave et mort (155)	-0,3914	0,3136	1,5577	0,2120
<i>Problème affectif et familial grave</i>				
- séparation des parents seulement (180)	-0,1818	0,3244	0,3139	0,5753
- mésentente des parents seulement (161)	0,3867	0,3082	1,5743	0,2096
- grand manque d'affection seulement (255)	0,2207	0,2389	0,8534	0,3556
- séparation et mésentente des parents (144)	0,4828	0,3275	2,1734	0,1404
- séparation et manque d'affection (49)	0,9601	0,3981	5,8164	0,0159
- mésentente et manque d'affection (54)	0,9172	0,3812	5,7888	0,0161
- séparat., mésentente et manq. d'affection (75)	-0,2070	0,5405	0,1467	0,7017
- absence des parents > 1 an ss les voir (468)	-0,0920	0,1855	0,2460	0,6199
- a souffert de manque de chauffage (619)	0,4925	0,1699	8,4065	0,0037
- a souffert de la faim (604)	-0,1992	0,1844	1,1677	0,2799
<i>Nombre de redoublements</i> :				
- une fois (613)	0,2858	0,1779	2,5816	0,1081
- deux fois (1 141)	0,2254	0,1701	1,7560	0,1851
- trois fois et plus (1 144)	0,0013	0,1321	0,0001	0,9925

Variables qualitatives explicatives du mode de vie actuel de l'individu (effectifs)	?	?	Wald	P (? >0)
<i>Fume habituellement :</i> (2 571)	-0,0180	0,1060	0,0288	0,8653
<i>Boit (en équivalent verre de vin) :</i>				
- moins de 5 verres / jour (2 599)	-0,0806	0,1187	0,4610	0,4972
- 5 verres et plus / jour (1 167)	0,1242	0,1396	0,7912	0,3737
<i>Nombre de périodes de chômage (> 3 mois) :</i>				
- une fois (808)	0,2218	0,1469	2,2791	0,1311
- deux fois (269)	0,1410	0,2551	0,3054	0,5805
- trois fois (98)	0,0685	0,4431	0,0239	0,8772
- quatre fois et plus (116)	-0,4741	0,4744	0,9986	0,3176
<i>Types de gênes dans le travail :</i>				
- physiques, (effort, bruit, chaleur, ..) (598)	-0,2954	0,1925	2,3533	0,1250
- mentales (cadences, répétitif, équipe,..) (423)	-0,1447	0,2076	0,4857	0,4858
- physiques et mentales (281)	-0,3992	0,2719	2,1550	0,1421
<i>Nombre emplois (depuis le premier travail) :</i>				
- une fois (1133)	0,0343	0,1700	0,0406	0,8403
- deux fois (1 714)	0,1637	0,1175	1,9413	0,1635
- trois fois et plus (513)	0,3603	0,1738	4,2982	0,0382

Variables qualitatives explicatives de cadrage sociodémographique et socio professionnel (effectifs)	?	?	Wald	P (? >0)
<i>Classe d'âge :</i>				
- 18 à 24 ans (840)	-1,0125	0,3137	10,416	0,0012
- 45 à 59 ans (1 265)	0,8798	0,1346	42,715	0,0001
- 60 ans et plus (1 322)	0,7151	0,1468	23,736	0,0001
<i>Etat matrimonial :</i>				
- divorcé ou célibataire vivant en couple (391)	-0,6067	0,2713	5,0019	0,0253
- célibataire, veuf ou divorcé vivant seul (1 969)	-0,5565	0,1267	19,293	0,0001
<i>Type d'habitat</i>				
- maison hors agglomération (1 125)	-0,1330	0,1381	0,9272	0,3356
- immeuble en zone urbaine (1 945)	0,0054	0,1178	0,0021	0,9635
<i>Catégorie socioprofessionnelle</i>				
- agriculteur (491)	0,4203	0,2588	2,6389	0,1043
- indépendant (commerçant, artisan,...) (498)	-0,0181	0,2343	0,0059	0,9383
- cadre moyen (1 013)	-0,0961	0,1962	0,2401	0,6241
- employé (723)	-0,0986	0,2301	0,1837	0,6683
- ouvrier qualifié (1 648)	-0,1526	0,2110	0,5229	0,4696
- ouvrier spécialisé (736)	-0,1227	0,2477	0,2454	0,6203
<i>Niveau de diplôme :</i>				
- sans diplôme (2 069)	0,2223	0,2621	0,7188	0,3965
- certificat d'étude primaire (1 948)	0,2939	0,2521	1,3592	0,2437
- brevet ou équivalent (861)	0,1393	0,2601	0,2869	0,5922
- Baccalauréat ou équivalent (544)	0,0742	0,2682	0,0765	0,7821
<i>Revenu du ménage (par unité de consommation)</i>				
- inférieur au SMIC (639)	-0,4296	0,2509	2,9318	0,0869
- niveau du SMIC (2 311)	-0,1504	0,1881	0,6387	0,4242
- une à deux fois le SMIC (2 246)	-0,0188	0,1720	0,0120	0,9129

Table 2. Coefficients d'un modèle de régression logistique concernant les déclarations féminines d'un groupe de maladies.

Variables qualitatives explicatives de l'enfance concernant des événements survenus ou vécus avant 18 ans / (effectifs)	?	?	Wald	P (? >0)
<i>Constante</i> : (intercept)	-2,4994	0,2283	119,809	0,0001
<i>Mort ou maladie du père</i> :				
- mort sans maladie, handicap grave (913)	0,1186	0,1402	0,7154	0,3976
- maladie ou handicap grave sans mort (962)	0,3403	0,1352	6,3357	0,0118
- maladie ou handicap grave et mort (416)	0,1714	0,1531	1,2532	0,2629
<i>Mort ou maladie de la mère</i> :				
- mort sans maladie, handicap grave (249)	-0,0283	0,2207	0,0199	0,8878
- maladie ou handicap grave sans mort (426)	0,2157	0,1518	2,0203	0,1552
- maladie ou handicap grave et mort (182)	-0,2306	0,2433	0,8980	0,3433
<i>Problème affectif et familial grave</i>				
- séparation des parents seulement (232)	-0,2071	0,2435	0,7229	0,3952
- mécontentement des parents seulement (266)	0,0441	0,2215	0,0396	0,8423
- grand manque d'affection seulement (408)	0,1735	0,1571	1,2196	0,2694
- séparation et mécontentement des parents (176)	0,3737	0,2481	2,2688	0,1320
- séparation et manque d'affection (75)	0,6299	0,3111	4,0983	0,0429
- mécontentement et manque d'affection (142)	0,4062	0,2496	2,6484	0,1037
- séparat., mécontentement et manq. d'affection (89)	0,6136	0,3152	3,7882	0,0516
- absence des parents > 1 an sans les voir (566)	0,2455	0,1353	3,2932	0,0696
- a souffert de manque de chauffage (796)	0,3564	0,1287	7,6732	0,0056
- a souffert de la faim (639)	-0,0188	0,1436	0,0170	0,8961
<i>Nombre de redoublements</i> :				
- une fois (745)	0,1940	0,1450	1,7902	0,1809
- deux fois (1 139)	0,0482	0,1332	0,1135	0,7364
- trois fois et plus (1 289)	-0,1414	0,1080	1,7135	0,1905

Variables qualitatives explicatives du mode de vie actuel de l'individu (effectifs)	?	?	Wald	P (? >0)
<i>Fume habituellement :</i> (1 491)	-0,1214	0,1166	1,0848	0,2976
<i>Boit (en équivalent verre de vin) :</i>				
- moins de 5 verres / jour (1 993)	-0,0172	0,0854	0,0404	0,8406
- 5 verres et plus / jour (143)	0,4075	0,2393	2,9004	0,0886
<i>Nombre de périodes de chômage (> 3 mois) :</i>				
- une fois (949)	0,0804	0,1231	0,4264	0,5138
- deux fois (261)	0,5002	0,2098	5,6846	0,0171
- trois fois (90)	0,0698	0,3822	0,0334	0,8551
- quatre fois et plus (92)	0,7957	0,2986	7,1861	0,0073
<i>Types de gênes dans le travail :</i>				
- physiques, (effort, bruit, chaleur, ..) (438)	-0,0736	0,1844	0,1593	0,6898
- mentales (cadences, répétitif, équipe,..) (536)	0,0231	0,1608	0,0207	0,8857
- physiques et mentales (297)	-0,1971	0,2250	0,7678	0,3809
<i>Nombre emplois (depuis le premier travail) :</i>				
- aucun (2 539)	-0,2019	0,0982	4,2297	0,0397
- deux fois (1 536)	-0,0089	0,0999	0,0079	0,9293
- trois fois et plus (255)	0,3725	0,1764	4,4563	0,0348

Variables qualitatives explicatives de cadrage sociodémographique et socio professionnel (effectifs)	?	?	Wald	P (? >0)
<i>Classe d'âge :</i>				
- 18 à 24 ans (969)	-1,0016	0,2357	18,055	0,0001
- 45 à 59 ans (1 470)	1,0113	0,1180	73,422	0,0001
- 60 ans et plus (2 217)	1,1073	0,1249	78,621	0,0001
<i>Etat matrimonial :</i>				
- divorcé ou célibataire vivant en couple (422)	-0,4731	0,2465	3,6864	0,0550
- célibataire, veuf ou divorcé vivant seul (3 199)	0,0973	0,0913	1,1370	0,2863
<i>Type d'habitat</i>				
- maison hors agglomération (1 214)	-0,1376	0,1152	1,4263	0,2324
- immeuble en zone urbaine (2 560)	-0,1137	0,0884	1,6549	0,1983
<i>Catégorie socioprofessionnelle</i>				
- agriculteur (556)	-0,3693	0,2118	3,0403	0,0812
- indépendant (commerçant, artisan,...) (653)	-0,3406	0,1835	3,4466	0,0634
- cadre moyen (1 239)	-0,2466	0,1519	2,6356	0,1045
- employé (1 585)	-0,1191	0,1589	0,5616	0,4536
- ouvrier qualifié (1 601)	-0,1941	0,1637	1,4070	0,2356
- ouvrier spécialisé (846)	-0,2689	0,1872	2,0623	0,1510
<i>Niveau de diplôme :</i>				
- sans diplôme (2 627)	-0,0121	0,2175	0,0031	0,9558
- certificat d'étude primaire (2 229)	0,1499	0,2117	0,5013	0,4789
- brevet ou équivalent (1 258)	0,3765	0,2091	3,2431	0,0717
- Baccalauréat ou équivalent (715)	0,2795	0,2257	1,1535	0,2156
<i>Revenu du ménage (par unité de consommation)</i>				
- inférieur au SMIC (769)	-0,4476	0,2001	5,0014	0,0253
- niveau du SMIC (3 249)	-0,2706	0,1451	3,4782	0,0622
- une à deux fois le SMIC (2 576)	-0,1201	0,1353	0,7875	0,3749

Publications et communications en rapport avec le projet

Publications

Carrat F, Guézelot M, Chauvin P, Imbert JC, Valleron AJ, Lebas J. Accès à une couverture sociale des patients non assurés consultant en milieu hospitalier : une étude de cohorte historique au sein de la consultation "Baudelaire". *Rev Epidemiol Santé Pub* 1998; 46: 361-370.

Lebas J, Chauvin P, eds. *Précarité et santé*. Flammarion, Paris, 1998, 300p.

Chauvin P, Lebas J. Précarité et recours aux soins. *In: Encycl Méd Chir. Encyclopédie pratique de médecine*. Elsevier, Paris, 1998, 7-1050, 4 p.

Chauvin P, Lebas J. Précarité et états de santé : quelles interactions ? *In: Joubert M, Chauvin P, Facy F, Lebas J, Terra JL, eds. Santé, précarité, précarisation*. INSERM, Paris, 1998, 27-35.

Chauvin P, Lebas J. Precarious conditions and inequality of access to care and prevention in France. *In: Chauvin P and the EUROPROMED working group. Prevention and health promotion for the excluded and destitute in Europe*. Final report, EU (DG V), Luxembourg, 1999, 15-20.

Chauvin P, Parizot I, Lebas J. Etats de santé, recours aux soins et modes de fréquentation des personnes en situation précaire consultant des centres de soins gratuits : le projet *Précar*. *In: Joubert M et coll, eds. Santé, précarité, précarisation*. Paris, Editions INSERM, 1999, sous presse.

Communications

Chauvin P. *Précarité, morbidité et filières de soins*. 2ème Forum International de la Gestion de la Santé, Paris, 21-22 nov 1996, abstract book: 172-178.

Chauvin P. *Access to health services: obstacles and difficulties for people living in destitute conditions*. Scientific symposium on Health problems of vulnerable populations, Athens, 19-21 April 1997.

Chauvin P, Parizot I, Lebas J. *Etat de santé et accès aux soins des populations précaires en France et en Europe*. European conference on Health, poverty and exclusion. Amsterdam, 28-31 May 1997.

Poinsignon Y, Mortier E, Chauvin P, Farge D, Lebas J. *Accès aux soins, mortalité et morbidité infectieuses*. Deuxième colloque sur le Contrôle épidémiologique des maladies transmissibles, Institut Pasteur de Paris, 30 mai 1997.

Table des illustrations

Proportion de publications scientifiques référencées dans Medline® au cours des 12 dernières années se rapportant à des études épidémiologiques traitant des sans-abris, de la couverture sociale et de facteurs socio-économiques	7
Distribution des consultants par sexe	12
Distribution des consultants par classe d'âge	12
Distribution des consultants par situations familiales	12
Nombre de personnes à charge	12
Comparaison des populations des 4 centres (récapitulatif)	13
Motifs de consultations dans un centre gratuit (Médecins du Monde)	14
Origine des ressources (Médecins du Monde)	14
Maîtrise du français (Médecins du Monde)	14
Couverture sociale et ressources des personnes en situation précaire consultant en médecine générale, dans les centre de la Mission France de Médecins du Monde et dans un dispositif "précarité" hospitalier (l'espace Baudelaire à Paris)	17
Distribution de l'indice cumulatif de précarité dans les 3 populations de consultants étudiées	18
Proportion de patients ayant accès à une couverture sociale en fonction du nombre de jours écoulés depuis la première consultation à l'espace Baudelaire, selon l'existence (ou non) d'une couverture sociale antérieure	21
Modes de fréquentation et types d'expériences vécues	24
Description des populations interrogées dans les cinq centres	47
Accueil, relations, attentes, satisfaction dans les trois types de structure (suite)	51
Préférences des patients vis à vis des lieux de soins médicaux et des lieux de prise en charge sociale	53
Distribution de l'état de santé ressenti dans la population d'étude	56
Distribution de l'état de santé ressenti par classes d'âge	56
Etat de santé ressenti moyen par classes d'âge : comparaison entre l'étude Précar et l'enquête CreDES (1996)	56
Antécédents personnels actuels déclarés (et comparaison avec la prévalence estimée en population générale par l'enquête CreDES de 1996)	58
Distribution du nombre de réponses affirmatives concernant les 13 symptômes systématiquement interrogés	59
Symptômes ressentis au cours des 3 dernières semaines, par sexe	60
Etat de santé dentaire par classes d'âge	61
Etat dentaire selon l'âge. Etude Précar réalisée dans les centres MDM et APHP; Etude CreDES 1996.	62
Taux de prothèse chez les 40-65 ans dans l'étude Précar et dans l'enquête CreDES (1996)	62
Etat de santé visuelle par classes d'âge	63
Etat de santé visuelle selon l'âge. Etude Précar; Etude CreDES 1996.	63
Comparaison du pourcentage de fumeurs dans l'étude Précar, dans l'enquête CreDES (1996) et dans le Baromètre santé (1995/96)	65
Fréquence du tabagisme par sexe et par classes d'âge, dans l'étude Précar et dans l'enquête CreDES (1996)	66
Fréquence du tabagisme par classes d'âge, chez les personnes sans domicile de l'étude Précar et dans l'enquête CreDES (1996)	66
Distribution du score CAGE dans différents sous groupes	68
Estimation du risque relatif de consommation excessive d'alcool en analyse multivariée	68
Comparaison de la fréquence des comportements de consommation alcoolique dans l'étude Précar et le Baromètre santé (1995-96)	69
Comparaison du pourcentage de personnes ayant déjà effectué un test de dépistage VIH dans l'étude Précar et dans l'enquête ECS (1998)	71
Comparaison du pourcentage de femmes ayant eu un frottis du col au cours des deux dernières années dans l'étude Précar et dans l'enquête du Baromètre santé (1995/96)	73
Comparaison du pourcentage de femmes ayant eu une mammographie au cours des trois dernières années dans l'étude Précar et dans l'enquête du Baromètre santé (1995/96)	74

Comparaison du pourcentage de personnes ayant renoncé à des soins pour raisons financières dans l'étude Précar et l'étude CreDES 1996.....	75
Renoncement aux soins médicaux et attitude vis à vis des consultations médicales	76
Pourcentage ayant consulté un médecin au moins une fois au cours du dernier mois dans l'étude Précar et l'étude CreDES 1996.....	77
Taux d'hospitalisation en 3 mois dans l'étude Précar et l'étude CreDES 1996.....	78
Analyse des correspondances multiples entre 6 variables socio-démographiques	81
Taille de la cellule familiale en fonction des conditions de logement chez les personnes ayant un domicile fixe ou temporaire	82
Distribution de la taille des foyers des personnes interrogées, par total d'unités de consommation.	83
Niveaux d'étude : population totale et par sous groupes	83
Distribution des situations des personnes sans travail	85
Distribution des ressources	85
Situations administratives des étrangers	86
Distribution des soutiens disponibles "pour vous aider si vous êtes alité".....	87
Distribution des soutiens disponibles "pour vous aider dans les tâches ménagères"	87
Distribution des soutiens disponibles "pour vous prêter de l'argent"	87
Distribution des soutiens disponibles "pour parler si vous vous sentez triste ou déprimé"	88
Distribution des soutiens disponibles "pour vous aider à écrire une lettre officielle ou faire des démarches administratives".....	88
Distribution des soutiens disponibles "pour vous accompagner chez le médecin si vous en avez besoin"	88
Distribution des soutiens disponibles "pour vous donner des conseils sur votre santé"	88
Type d'événements vécus dans l'enfance par sexe et enquête	89
Nombre de problèmes affectifs par sexe et par lieu de naissance	90
Nombre de problèmes affectifs par sexe dans la population né en France.....	90
Comparaison des déclarations de maladies par sexe en fonction de l'enquête:.....	91
Comparaison des déclarations de maladies par sexe en fonction de l'enquête.....	91
Déterminants biographiques et familiaux des maladies et symptômes à caractère psychosomatique des hommes	95
Déterminants biographiques et familiaux des maladies et symptômes à caractère psychosomatique des femmes	96
Déterminants biographiques et familiaux des maladies et symptômes à caractère psychosomatique des hommes	97
Déterminants biographiques et familiaux des maladies et symptômes à caractère psychosomatique des femmes	98
Distribution des variables sociales de précarité dans la population d'étude	100
Distribution du "score" empirique dans la population d'étude.....	102
Modèle de régression logistique (<i>outcome</i> = PCS12).....	104
Modèle de régression logistique (<i>outcome</i> = MCS12).....	106
Modèle de régression logistique (<i>outcome</i> = EQ-5D).....	106
Modèle de régression logistique (<i>outcome</i> = thermomètre).....	106
Modèle de régression logistique (<i>outcome</i> = renoncement à des soins pour raisons financières).....	107
Modèle de régression logistique (<i>outcome</i> = consultation chez un médecin généraliste libéral au cours des 6 derniers mois).....	107
Modèle de régression logistique (<i>outcome</i> = consultation médicale au cours du dernier mois).....	108
Description des populations dans les trois types de structure: MDM, APHP, Chapsa.....	120
Accueil, relations, attentes, satisfaction	121
Accueil, relations, attentes, satisfaction (suite).....	122
Mesures de prévention proposées aux personnes interrogées	123
Coefficients d'un modèle de régression logistique concernant les déclarations masculines d'un groupe de maladies	128
Coefficients d'un modèle de régression logistique concernant les déclarations féminines d'un groupe de maladies..	131

Références bibliographiques

- 1 Bungener M, Pierret J. De l'influence du chômage sur l'état de santé. *In*: Bouchayer F, ed. *Trajectoires sociales et inégalités*. Paris, Mire-Insee-Eres, 1994.
- 2 Nicole-Drancourt C. Précarité et santé : la face cachée d'une corrélation. *Actualité et dossier en santé publique*, Haut Comité de la Santé Publique, n°12, 1995.
- 3 Aday LA. Health status of vulnerable populations. *Annu Rev Public Health* 1994; 15: 487-509.
Spence DPS, Hotchkiss J, Williams CSD, Davies PDO. Tuberculosis and poverty. *BMJ* 1993; 307: 759-761.
- 4 Lecomte T, Mizrahi A, Mizrahi A. *Précarité sociale : cumul des risques sociaux et médicaux - enquête sur la santé et les soins médicaux en France, 1991-92*. Paris, CreDES, 1996 : 33-44.
- 5 Fatras JY, Goudet B, eds. *RMI et santé*. Paris, CFES, 1993.
Gadreau M, Goujon D. RMI et santé : quelles relations ? *Sci Soc Santé* 1994; 12: 77-104.
- 6 Lecomte T, Mizrahi A, Mizrahi A. *Les bénéficiaires du RMI fréquentant les centres de soins gratuits*. Paris, CreDES, 1991.
- 7 Mizrahi A, Mizrahi A, Wait S. *Accès aux soins et état de santé des populations immigrées en France*. Paris, CreDES, 1993.
- 8 Joubert M, Bertolotto F, Bouhnik P, *Quartier, démocratie et santé*. Paris, L'Harmattan, 1993.
- 9 Kaplan GA, Lynch JW. Whither studies on the socioeconomic foundations of population health? *Am J Public Health* 1997; 87: 1409-1411.
- 10 Townsend P. *The international analysis of poverty*. New York (USA), Harvester / Wheatsheaf, 1993.
- 11 Chauvin P, Lebas J. Précarité et états de santé : quelles interactions ? *In*: Joubert M, Chauvin P, Facy F, Lebas J, Terra JL, eds. *Actes du colloque de recherche finalisée "Précarité, précarisation et santé"*. Paris, INSERM, 1998.
- 12 Boisselot P, Rémond MC. Niveau de protection sociale et consommation de soins. *Solidarité Santé* 1994; 1.
- 13 Weissman JS, Stern R, Dieling SL, Epstein AM. Delayed access to health care : risks factors, reasons, and consequences. *Ann Intern Med* 1991; 114: 325-331
- 14 Mormiche P. Inégalités de santé et inéquité du système de soins. *In*: Jacobzone S, ed. *Economie de la santé, trajectoires du futur*. Paris, INSEE Méthodes, 1997.
- 15 Bourret P, Chanut C, Mosse P. La santé des pauvres : entre spécificité et généralité. *Solidarité Santé* 1993; 3: 17-25.
- 16 Paugam S, Parizot I. *La relation humanitaire. Patients et bénévoles à la Mission France de Médecins du Monde*. Paris, MDM, à paraître.
- 17 Carrat F, Guézelot M, Chauvin P, Imbert JC, Valleron AJ, Lebas J. Accès à une couverture sociale des patients non assurés consultant en milieu hospitalier : une étude de cohorte historique au sein de la consultation Baudelaire à Paris. *Rev Epidém et Santé Publ* 1998; 46: 361-370.
- 18 Weber M. *Essai sur la théorie de la science*. Paris, Plon, 1965.
- 19 Parizot I. *Modes de fréquentation d'un service hospitalier intégrant un dispositif précarité*. Paris, Institut de l'Humanitaire, 1998.
- 20 Ware JE, Kosinski M, Keller D. *SF-12: how to score the SF-12 physical and mental health summary scales*. Boston, The Health Institute, New England Medical Center, 1995.
- 21 McDowell I, Newell C. *Measuring health, a guide to rating scales and questionnaires*. New York, Oxford University Press, 1996.

- 22 Chauvin P, Gilg A, Lebas J. De la médecine libérale aux dispositifs de soins gratuits, un continuum de situations sociales. In: Lebas J, Chauvin P, eds. *Précarité et santé*. Paris, Flammarion Médecine-Sciences, 1998, pp 119-123.
- 23 Dumesnil S, Grandfils N, Le Fur P, Mizrahi A, Mizrahi A. *Santé, soins et protection sociale en 1996*. Paris, CreDES, 1997.
- 24 Neukirch F, Perdrizet S. La bronchite chronique : évolution, prévention. *Rev Mal Respir* 1988; 5: 331-346.
- 25 Chauvin P, Petitpretz P, Brai A, et al. Prise en charge des épisodes infectieux bronchiques en médecine générale. *Rev Mal Respir* 1996; 13: 397-404.
- 26 Source RENA VI, citée dans Dormont J. *Prise en charge des personnes atteintes par le VIH*. Paris, Flammarion Médecine-Sciences, 1996.
- 27 Firdion JM, Marpsat M, Lecomte T, Mizrahi A, Mizrahi A. *Vie et état de santé des personnes sans domicile à Paris, enquête INED, février-mars 1995*. Paris, CreDES, 1998.
- 28 Baudier F, Arènes J, eds. *Baromètre santé des adultes 95/96*. Paris, Editions CFES, 1997.
- 29 Samet JH, Rollnick S, Barnes H. Beyond CAGE, a brief clinical approach after detection of substance abuse. *Arch Intern Med* 1996; 156: 2287-2293.
- 30 Farge D. Précarité et médecine interne. *Rev Méd Interne* 1997; 18: 687-690.
- 31 Poinsignon Y, Farge-Bancel D. Précarité, pauvreté et recrudescence des maladies infectieuses. In: Lebas J, Chauvin P, eds. *Précarité et santé*. Paris, Flammarion Médecine-Sciences, 1998.
- 32 Hassin J, Declerck P, Pichon JP, et al. *L'état médico-social et psychopathologique des personnes SDF*. Paris, RNSP, 1996.
- 33 Hassin J. Health status of homeless in Paris. In: Chauvin P, ed. *Prevention and health promotion of the excluded and the destitute in Europe*. Paris, Institut de l'Humanitaire, 1999.
- 34 Chauvin P, Mortier E, Carrat F, Imbert JC, Valleron AJ, Lebas J. A new out-patient care facility for HIV-infected destitute populations in Paris, France. *AIDS Care* 1997; 9: 451-459.
- 35 Ensemble Contre le Sida. Sida, l'opinion des français. *La lettre d'ECS* 1998; 12: 4-6.
- 36 Lévy-Soussan M. Influences of the social characteristics of patients on the behaviour of physicians as regards prevention within a hospital outpatient consultation. In: Chauvin P, ed. *Prevention and health promotion of the excluded and the destitute in Europe*. Paris, Institut de l'Humanitaire, 1999.
- 37 Mizrahi A, Mizrahi A. Inégalités d'accès aux soins : cumul des risques sociaux et consommation de soins. In: Lebas J, Chauvin P, eds. *Précarité et santé*. Paris, Flammarion Médecine-Sciences, 1998.
- 38 Cassel J. An epidemiological perspective of psychosocial factors in disease etiology. *Am J Public Health* 1974; 64: 1040-1043.
- 39 Wortman CB, Conway TL The role of social support in adaptation and recovery from physical illness. In: Cohen S, Syme SL, eds. *Social support and health*. New York, Academic Press, 1985, 281-302.
- 40 Van Oostrom MA, Tijhuis MA, De Haes JC, Tempelaar R, Kromhout D. A measurement of social support in epidemiological research: the social experiences checklist tested in a general population in The Netherlands. *J Epidemiol Community Health* 1995; 49: 518-524.
- 41 SAS Institute Inc. SAS Technical Report P-229, *Software: changes and enhancements, release 6.07*. Cary, SAS Institute Inc, 1992, p. 453.