HAL
open science

Le non-recours aux soins des actifs précaires

Philippe Warin, Catherine Chauveaud, Antoine Rode, Jean-Jacques Moulin, Carine Chatain, Stéphanie Gutton, Emilie Labbe, Catherine Sass

To cite this version:

Philippe Warin, Catherine Chauveaud, Antoine Rode, Jean-Jacques Moulin, Carine Chatain, et al.. Le non-recours aux soins des actifs précaires : Rapport scientifique intermédiaire n°1 - pour l'ANR. 2007. halshs-00138936

HAL Id: halshs-00138936

https://shs.hal.science/halshs-00138936

Submitted on 28 Mar 2007

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

halshs-00138936, version 1 - 28 Mar 2007

Le non-recours aux soins des actifs précaires (NOSAP)

Rapport scientifique intermédiaire n° 1

Janvier 2007

Pour l'Agence Nationale de la Recherche -
Programme Santé Environnement – Santé Travail
Projet n° 00083 05

Equipes :
- **CNRS-PACTE/ODENORE : P. Warin, C. Chauveaud, A. Rode.**
- **CETAF : J.-J. Moulin, C. Chatain, S. Gutton, E. Labbe, C. Sass.**

Coordinateur : Philippe Warin.

halshs-00138936, version 1 - 28 Mar 2007

Sommaire

1. Objectif général du programme NOSAP « Non-recours aux soins des actifs précaires » – Rappel p. 3

2. Description des travaux effectués au cours de l'année 2006 p. 4

2.1. Préciser les notions d'« actifs précaires » et de « non-recours aux soins » p. 5
2.1.1. Les actifs précaires p. 6
2.1.2. Le non-recours aux soins p. 8

2.2. Réaliser les analyses statistiques de la base de données du CETAF p. 9
2.2.1. L'étude statistique des populations d'actifs précaires p. 9
2.2.2. Une analyse territoriale p. 11

2.3. Lancer l'analyse qualitative p. 11
2.3.1. Les enquêtes d'une recherche doctorale p. 12
2.3.2. Les enquêtes de l'ODENORE p. 14

3. Premiers résultats p. 17

3.1. L'étude statistique des populations d'actifs précaires en situation de non-recours aux soins p. 17

3.2. La mise au point d'une méthode pour l'analyse territoriale du non-recours aux soins p. 19

4. Conclusion : faits marquants, difficultés, valorisation p. 21

5. Synthèse des activités scientifiques du coordinateur p. 22

Annexes p. 23

Annexe 1. Rappel des définitions du non-recours p. 23
Annexe 2. Rappel de l'organisation du travail et de l'échancier p. 26
Annexe 3. Résultats de l'étude quantitative p. 27

halshs-00138936, version 1 - 28 Mar 2007

1. Objectif général du programme « Non-recours aux soins des actifs précaires » (NOSAP) – Rappel

L'objectif général de cette recherche est de développer une analyse quantitative et qualitative du non-recours aux soins des actifs précaires.

L'interrogation principale porte sur les relations entre 'absences de suivi médical' ou 'renoncements aux soins', et cumul de précarités d'emploi, de revenus, dans le travail, de revenus, de protection sociale.

Le phénomène du non-recours apparaît en France après d'autres pays (*cf.* Annexe 1 : rappel des définitions). Il entre à la fois dans le débat politique et scientifique. La complexité de ce phénomène oblige à le saisir domaine par domaine. Celui de la santé est particulièrement concerné. Les inégalités de santé renvoient à la progression des précarités sociales et économiques et à leurs impacts sur les modes de vie et de consommation. L'analyse du non-recours aux soins des actifs précaires permet une approche précise des rapports entre « Santé, Travail et société » autour d'une réflexion en profondeur sur les relations entre l'accès aux soins et les précarités aujourd'hui. L'analyse proposée intéresse directement la définition de programmes de politiques publiques, puisque elle débouche sur la proposition d'outils de calcul de probabilité de risques de non-recours aux soins.

L'étude des données de l'Assurance maladie est au cœur du projet NOSAP. Il s'agit d'une base de données sociales et médicales unique : plus de 650 000 consultants par an sur l'ensemble du territoire français. Cette étude donnera lieu à plusieurs travaux de nature statistique visant à décrire finement les profils des personnes en situation de non-recours aux soins. Elle sera complétée par des travaux qualitatifs réalisés à un niveau régional. Ces travaux seront menés auprès de consultants des Centres d'examens de santé. Les travaux quantitatifs et qualitatifs comprendront des approches longitudinales, puisque les consultants en situation de non-recours peuvent être re-enquêtés.

Le projet mobilise le Centre technique d'appui et de formation des Centres d'examens de santé de l'Assurance maladie (CETAF) et l'Observatoire des non-recours aux droits et service de l'UMR n°5194 du CNRS (ODENORE). Il bénéficie des collaborations actives entre les deux organismes.

halshs-00138936, version 1 - 28 Mar 2007

2. Description des travaux effectués au cours de l'année 2006

Ce rapport intermédiaire présente le travail réalisé depuis la notification du contrat avec l'Agence nationale de la recherche (ANR), fin décembre 2005. Il tient compte d'une année de travail, aucun autre rapport intermédiaire n'ayant été demandé plus tôt. Pour la suite, les rapports intermédiaires seront rendus chaque semestre.

Le programme NOSAP comportant 4 objectifs opérationnels successifs, les équipes ont au cours de l'année 1 principalement travaillé sur le premier d'entre eux : *l'étude statistique des populations en situation de non-recours aux soins*. Cela correspond au calendrier prévu dans le projet (*cf.* Annexe 2).

Les trois autres objectifs opérationnels du programme NOSAP qui viennent à la suite sont :

- L'analyse qualitative du non-recours aux soins (à compter de fin 2006).
- La préparation d'une enquête comparative européenne (en 2008).
- La conduite d'opérations de valorisation (à compter de 2007).

Nous rendons compte aussi du lancement de l'analyse qualitative, comme l'indique le calendrier, en attendant de rendre compte de ses premiers résultats dans les prochains rapports intermédiaires.

Rappelons que pour des raisons financières, liées au budget accordé au projet, l'étude statistique des populations en situation de non-recours aux soins a dû être amputée des deux enquêtes statistiques complémentaires qui avaient été proposées, auprès de jeunes 16-25 ans en insertion professionnelle et d'étudiants en BTS. Cette modification du projet a été indiquée et acceptée par l'ANR. La version du projet adressée à l'Agence pour préparer le contrat de recherche mentionne ce changement.

A la fin de la première année, le travail réalisé a porté sur l'analyse statistique des données du CETAF, conformément au plan de travail prévu. Il a permis de d'engager trois ensembles de travaux :

- Préciser les critères définissant les deux termes clés de la recherche (« actifs précaires » et « non-recours aux soins »), de façon à pouvoir rechercher les « actifs précaires en non-recours aux soins » dans la base de données du CETAF.
- Réaliser les analyses statistiques de la base de données du CETAF dans le but de caractériser les actifs précaires en non-recours aux soins (étude réalisée ou en cours sur les chômeurs de plus d'un an, les jeunes en insertion, les allocataires du RMI), mais aussi le non-recours partant de la totalité de la population des consultants des Centres d'examens de santé (CES).
- Mettre au point la méthodologie attendue pour l'analyse territoriale.

Cette étape est indispensable pour atteindre les objectifs prévus de caractérisation (définir les profils sociodémographiques et socioéconomiques des actifs précaires en non-recours aux soins), de modélisation (identifier les facteurs les plus pertinents pour expliquer le non-recours aux soins) et de classification (mesurer l'influence du non-recours sur les indicateurs de santé et les comportements de santé à risque).

halshs-00138936, version 1 - 28 Mar 2007

Le rapport présente les résultats des trois ensembles de travaux engagés au cours de l'année 2006. Il fait également le point sur l'avancement d'études qualitatives liées au programme NOSAP, qui sont en cours, soit dans le cadre d'une recherche doctorale financée par la Région Rhône-Alpes, soit dans le programme général de travail de l'Observatoire des non-recours (ODENORE).

Signalons en préambule que la mise en œuvre du programme NOSAP a demandé le recrutement, par le CETAF, d'une chargée d'études pour la réalisation des traitements et analyses statistiques. En même temps, plusieurs réunions préparatoires ont été nécessaires pour expliquer le projet et organiser le travail des équipes (CETAF à St-Etienne ; PACTE/ODENORE à Grenoble), avant des rencontres régulières de suivi des travaux.

2.1. Préciser les notions d'« actifs précaires » et de « non-recours aux soins »

L'étude statistique des populations en situation de non-recours aux soins porte sur les données du CETAF, créé en 1994 par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés pour accompagner les Centres d'examens de santé dans leurs missions d'examen de santé, d'éducation pour la santé, de prévention et de recherche épidémiologique.

Les 98 Centres d'examens de santé réalisent, chaque année, près de 650 000 examens de santé. Ces examens de santé comprennent : questionnaire (données socioéconomiques, mode de vie, accès aux soins, données sociologiques permettant le calcul d'un score individuel de précarité, symptomatologie), des tests fonctionnels divers (audition, vue, ECG, fonction respiratoire …), ainsi que des examens clinique et dentaire, biologie sanguine et urinaire. Ils s'adressent à l'origine aux assurés sociaux du régime général ou à leur ayants droit. Mais un arrêté ministériel de 1992 demande aux Centres d'accueillir prioritairement en consultation des populations définies comme précaires[1].

La base de données du CETAF – base RAIDE (Recueil annuel informatisé des données épidémiologiques) – offre la possibilité de caractériser une population en situation de non-recours aux soins. Elle peut permettre un travail de catégorisation sur le non-recours aux soins des actifs précaires, à partir de données sociales et de données médicales. Cette base centralise des données recueillies annuellement par le CETAF.

A partir de quels critères contenus dans la base RAIDE, les actifs précaires en non-recours aux soins peuvent-ils être caractérisés ? La réponse à cette question préalable a été apportée en deux temps. La notion d'actifs précaires a d'abord été définie, puis celle de non-recours aux soins.

L'exercice était le même à chaque fois (cerner les variables descriptives), mais il a porté sur des parties spécifiques du descriptif de la base RAIDE (les données sociales et administratives ; les données médicales et para cliniques). Que ce soit pour définir la notion d'actifs précaires ou celle

[1] L'article 2 de l'arrêté de 1992 a défini les publics prioritaires de l'examen périodique de santé : les personnes qui ne bénéficient pas d'une surveillance médicale au titre d'une législation et en particulier les retraités, les demandeurs d'emploi, les inactifs et les populations exposées à des risques menaçant leur santé. Suite à l'article 2 de cet arrêté ministériel, la CNAMTS a défini trois types de population correspondant aux catégories « demandeurs d'emploi » et « inactifs » : les jeunes de 16-25 ans en parcours d'insertion, les chômeurs et les bénéficiaires de RMI ainsi que leurs ayants droit. Ont été ajoutées en 1998 les personnes en contrat emploi solidarité et les sans domicile fixe et en 2000 les bénéficiaires de la CMU. Ces populations représentent actuellement 25% à 30% de l'ensemble des consultants examinés chaque année par les Centres d'examens de santé.

de non-recours aux soins, il a fallu établir des conventions, c'est-à-dire s'accorder sur les critères à retenir en l'absence de définitions spécifiques préexistantes ayant valeur de normes. La définition des critères constitue par conséquent une première étape importante du travail, qui a nécessité une préparation[2] et des allers-retours entre les équipes (CETAF et ODENORE).

Des variables contenues dans la base RAIDE ont donc été retenues au regard :

- De définitions générales établies (actif, non-recours).
- Des caractéristiques généralement admises pour parler de la précarité.
- De notions courantes dans le domaine médical permettant d'approcher le phénomène du non-recours (le *non suivi médical*, dentaire ou gynécologique, le *retard* ou le *renoncement aux soins*, la *non observance* de prescriptions).

Pour définir la notion d'actifs précaires, nous avons tenu compte du choix annoncé et justifié dans le projet NOSAP d'expliquer le non-recours aux soins des actifs précaires à partir du cumul de précarités d'emploi, de ressources financières et de protection sociale. C'est ce qui conduit à étudier **6 populations d'actifs précaires** (*cf.* 2.1.1).

En ce qui concerne la notion de non-recours aux soins, nous avons décidé de considérer comme critères caractéristiques **trois variables disponibles** dans la base RAIDE et de les croiser avec d'autres, relatives à l'état de santé mesuré, de façon à affiner l'analyse statistique (*cf.* 2.1.2).

2.1.1. Les actifs précaires

a) Populations étudiées

A sein de la population prise en compte (consultants des Centres d'examens de santé âgés de 16 à 59 ans), **6 populations d'actifs précaires** pourront être étudiées au regard du « non-recours aux soins » :

- Les personnes au chômage depuis plus d'1 an.
- Les jeunes de 16-25 ans en insertion.
- Les allocataires du RMI/CMU.
- Les personnes occupant un emploi « non stable » ou un emploi « stable à temps partiel ».
- Les personnes occupant un emploi stable à temps plein parmi les personnes de 16 à 59 ans qui déclarent rencontrer dans le mois de réelles difficultés financières.
- Les personnes travaillant et les chômeurs depuis moins d'1 an parmi les consultants actifs présentant un risque de fragilité sociale selon le score « Evaluation de la précarité et des inégalités de santé dans les Centres d'examens de santé » (EPICES) (*cf.* Encadré) (EPICES $\geq$ 30). On pourra également étudier parmi cette population des sous-groupes identifiés selon les différentes dimensions de la précarité mesurées par EPICES, par exemple : perte des liens sociaux, dimension socioculturelle de la précarité.

Au sein de chacune de ces populations, des sous populations sont analysées. Elles sont définies en faisant appel à des données individuelles et à des données géographiques (ou écologiques).

[2] Voir les notes de travail de travail préparatoires : *Définition de la notion d'actifs précaires* (PW – 27 janvier 2006) ; *Non-recours aux soins – Définition de la notion* (PW – 31 mai 2006).

halshs-00138936, version 1 - 28 Mar 2007

halshs-00138936, version 1 - 28 Mar 2007

Le score « Evaluation de la précarité et des inégalités de santé dans les Centres d'examens de santé » (EPICES)

Le CETAF et les Centres d'examens de santé ont construit un score individuel de précarité, dénommé score EPICES, Le score EPICES a été établi en administrant un questionnaire à un échantillon de 7200 consultants des centres. Ce questionnaire comportait 42 questions explorant toutes les dimensions de la précarité : diplômes, profession, famille, logement, protection sociale, revenus, difficultés financières, évènements de vie, santé perçue, recours aux soins. En mettant en œuvre les méthodes d'analyse factorielle des correspondances et de régression multiple, il a été possible de sélectionner 11 questions qui résumaient 90% de l'information apportée par les 42 questions, et d'attribuer un poids à chacune de ces 11 questions. Ainsi est calculé un score individuel de précarité, variant de 0 à 100.
Ce score a été validé dans un échantillon de 200 000 consultants des centres, en montrant qu'il était significativement associé à tous les indicateurs du bilan de santé : position socioéconomique, comportements, santé perçue et santé mesurée.
Par ailleurs, la confrontation de la précarité selon EPICES avec la définition administrative initiale a révélé l'existence de « populations discordantes », notamment des populations réellement précaires (EPICES) qui ne le sont pas administrativement. Les besoins de ces populations sont importants car l'analyse a montré que leur situation sociale, leur état de santé et leurs conditions d'accès aux soins sont très dégradés.

Pour en savoir plus :
- C. Sass, J.-J. Moulin, R. Guéguen, C. Dupré, L. Gerbaud *et al.*, « Les score Epices : un score individuel de précarité. Construction du score et mesure des relations avec des données de santé, dans une population de 197 389 personnes », *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, n° 14, 2006.
- *Interfaces*, Journal d'information des Centres d'examens de santé, n° 1, avril 2005, p. 7-14.
- C. Sass, R. Guéguen, J.-J. Moulin, C. Dupré, *et al.*, « Comparaison du score individuel de précarité des Centres d'examens de santé, Epices, à la définition socio-administrative de la précarité », *Santé publique*, vol.18, n°4, 2006, p. 513-522.

b) Données individuelles complémentaires

D'autres données complémentaires contenues dans la base RAIDE peuvent être utilisées pour caractériser les sous populations, qu'elles soient ou non en situation de recours ou de non-recours :

- Sexe.
- Age.
- Catégorie socioprofessionnelle.
- Codes « non prioritaires de l'article 2 ». (*cf.* note 1 page 5)
- Vie en couple.
- Niveau d'études.
- Problèmes financiers.
- Conditions d'emplois (statut du contrat, temps de travail, travail posté)

c) Données géographiques ou écologiques

Le code postal de domicile est utilisé pour générer des variables mesurant les conditions de vie des personnes. Deux types d'analyses complémentaires sont envisagées :

- Regroupements géographiques de type :
  - France, régions, départements.
  - zones d'emploi.
  - bassins de soins hospitaliers.
  - zones urbaines, rurales, semi rurales.

- Regroupements basés sur des données écologiques mesurant des données sanitaires ou des indicateurs de défaveur sociale :
    - Offre de soins.
    - % logements sociaux.
    - % RMI.
    - % chômeurs.
    - % foyers non imposables.

2.1.2. Le non-recours aux soins

a) Variables de base

Les situations de non-recours aux soins seront définies à partir de **trois variables** :

- Fréquence de recours au médecin.
- Fréquence de recours au dentiste.
- Suivi gynécologique.

b) Variables croisées avec l'état de santé

Il convient également de relever d'autres variables contenues dans la base RAIDE, permettant de mieux définir les personnes en situation de non-recours.

Ceci permettra de définir le non-recours en fonction du fait que les personnes présentent, ou ne présentent pas, une anomalie de l'état de santé révélée lors de l'examen de santé dans le Centre d'Examens de Santé :

- Non-recours avec anomalie de la santé mesurée = « besoins de soins non satisfaits ».
- Non-recours sans anomalie de la santé mesurée.

Les variables qui permettront d'apprécier l'état de santé sont les suivantes :

- IMC (obésité, maigreur).
- Audition.
- Caries.
- Acuité visuelle.
- Tension artérielle.
- Dosages biologiques : cholestérol, triglycérides, hémoglobine.
- Prises médicamenteuses : antihypertenseurs, antidiabétiques, hypolimémiants.
- indicateur de vieillissement (population > 44 ans).
- Santé perçue.

halshs-00138936, version 1 - 28 Mar 2007

halshs-00138936, version 1 - 28 Mar 2007

2.2. Réaliser les analyses statistiques de la base de données du CETAF

Cette section rappelle les objectifs de l'analyse statistique de la base de données RAIDE. Rappelons que l'analyse statistique de la base RAIDE est l'une des deux parties de l'étude statistique prévue dans le programme NOSAP, puisque, comme cela est rappelé plus haut, nous chercherons également à élaborer un score de vulnérabilité au « risque » de non-recours aux soins pour aider à repérer des populations potentiellement concernées.

2.2.1. L'étude statistique des populations d'actifs précaires en situation de non-recours aux soins

L'analyse statistique repose sur deux approches complémentaires, l'une par les actifs précaires (les six populations définies plus haut), l'autre par le non-recours aux soins (les trois variables de base).

Il s'agit de caractériser, d'un côté, les actifs précaires en situation de non-recours, de l'autre, les situations de non-recours au regard des profils (démographiques, économiques, précarité d'emploi) des personnes concernées, pour déterminer les caractéristiques de la précarité en relation avec du non-recours (*p* R *nr*) et celles du non-recours avec la précarité (*nr* R *p*), afin de les comparer.

a) Une approche par les actifs précaires

L'approche par les actifs précaires suit cinq étapes. Elle demande de :

1. Classifier chacune des 6 populations d'actifs précaires selon l'âge, la région d'habitation, la catégorie socioprofessionnelle, le niveau d'étude, la durée du chômage, la couverture sociale (voire d'autres variables), pour **connaître les profils sociodémographiques et socioéconomiques des actifs précaires**.
2. Calculer pour chacune des 6 populations d'actifs précaires les effectifs qui sont en situation de non-recours (au médecin, au dentiste, à un suivi gynécologique), pour **connaître les proportions de personnes en non-recours parmi les actifs précaires**.
3. Préciser les profils des actifs précaires en situation de non-recours en fonction d'autres variables explicatives (par régression logistique sur les variables du volet médico-social et administratif de la base Raide[3]), pour **savoir comment les précaires en non-recours se caractérisent sur le plan social**.
4. Préciser les profils des actifs précaires en situation de non-recours en fonction de la santé perçue et de l'existence ou non d'une anomalie de l'état de santé révélée lors de l'examen de santé, pour **savoir comment les précaires en non-recours se caractérisent sur le plan médical**.
5. Comparer les profils des actifs précaires et non précaires[4] en situation de non-recours, sous l'angle de la santé perçue et de l'existence ou non d'une anomalie de l'état de santé révélée lors de l'examen de santé, pour **savoir comment les précaires en non-recours et les non précaires en non-recours se caractérisent sur le plan médical**.

[3] Qui incluent notamment des données sur les comportements à risque pour la santé.
[4] Les non précaires sont tous les consultants qui n'entrent dans aucune des 6 sous populations de précaires.

halshs-00138936, version 1 - 28 Mar 2007

b) Une approche par le non-recours aux soins

L'approche par le non-recours aux soins suit un plan comparable, mais en quatre étapes. Elle demande de :

1. Classifier les personnes qui déclarent ne jamais consulter un médecin, un dentiste, et pour les femmes ne pas avoir de suivi gynécologique, en fonction de l'âge, la région d'habitation, la catégorie socioprofessionnelle, le niveau d'étude, la durée du chômage, la couverture sociale (voire d'autres variables), pour **connaître les profils sociodémographiques et socioéconomiques des personnes en non-recours**.
2. Calculer pour l'ensemble des personnes qui déclarent ne jamais consulter un médecin, un dentiste, et pour les femmes ne pas avoir de suivi gynécologique, les effectifs d'actifs précaires, pour **connaître les proportions d'actifs précaires parmi les personnes en situation de non-recours**.
3. Préciser les profils des personnes qui déclarent ne jamais consulter un médecin, un dentiste, et pour les femmes ne pas avoir de suivi gynécologique, en fonction de la santé perçue et de l'existence ou non d'une anomalie de l'état de santé révélée lors de l'examen de santé, pour **savoir comment le non-recours se caractérise sur le plan médical**.
4. Comparer les profils des personnes qui déclarent ne jamais consulter un médecin, un dentiste, et pour les femmes ne pas avoir de suivi gynécologique, et ceux des personnes qui déclarent consulter et être suivies, en fonction d'autres variables explicatives (par régression logistique sur les variables du volet médico-social et administratif de la base Raide), pour **savoir comment le non-recours est caractérisé par des facteurs de précarité**.

Les deux approches sont largement engagées. Précisément, ont été réalisées à ce jour les étapes :

- 1 à 4 pour les chômeurs de plus d'un an.
- 1 à 2 pour les jeunes en insertion.
- 1 à 3 pour l'approche par le non-recours aux soins.

Nous présentons au chapitre 3 de ce rapport une partie seulement des principaux résultats obtenus à ce jour, ceux concernant les Etapes 1 à 4 pour les chômeurs de plus d'un an. Pour la suite, précisons que l'analyse statistique de la base RAIDE, par les actifs précaires et par le non-recours, doit permettre de répondre à l'ensemble de questions suivantes :

Approche par les actifs précaires	« Comparaisons »	Approche par le non-recours
1. Quels sont les profils sociodémographiques et socioéconomiques des actifs précaires ?	← a →	1. Quels sont les profils sociodémographiques et socioéconomiques des personnes en non-recours ?
2. Quelles sont les proportions de personnes en non-recours parmi les actifs précaires ?	← b →	2. Quelles sont les proportions d'actifs précaires parmi les personnes en situation de non-recours ?
3. Comment les précaires en non-recours se caractérisent-ils sur le plan social ?	← c →	4. Comment le non-recours est caractérisé par des facteurs de précarité ?
4. Comment les précaires en non-recours se caractérisent-ils sur le plan médical ?	← d →	3. Comment le non-recours se caractérise-t-il sur le plan médical ?
5. Comment les précaires en non-recours et les non précaires en non-recours se différencient-ils sur le plan médical		

La colonne « comparaisons » indiquent les questions à partir desquelles les résultats de l'une et l'autre des deux approches seront comparés. Quatre niveaux de discussion apparaissent : a) les profils de la précarité et du non-recours ; b) leurs proportions ; c) leurs caractéristiques sociales ; d) leurs caractéristiques médicales.

halshs-00138936, version 1 - 28 Mar 2007

2.2.2. Une analyse territoriale

L'analyse statistique prévue dans le projet pour l'ANR poursuit l'objectif d'une **analyse territoriale des données** relatives au non-recours aux soins des actifs précaires.

Les données de la base RAIDE peuvent en effet être traitées à différentes échelles territoriales (nationale, régionale, départementale, et commune de résidence des consultants des Centres d'examens de santé). Le projet a prévu de procéder à une analyse statistique et cartographique au niveau régional et infrarégional.

L'approche territoriale proposée présente plusieurs intérêts. Elle offre la possibilité de :

- Comparer le risque de non-recours pour les précaires et les non précaires entre départements et entre bassins hospitaliers d'une même région (méthode d'évaluation d'un indicateur de risque : Odds Ratios).
- Comparer la différence de risque entre précaires et non précaires par département et par bassin hospitalier.
- Réaliser les mêmes comparaisons pour d'autres types de découpages territoriaux (tant que les effectifs le permettent), notamment par zones d'emploi.

La méthode qui sera utilisée a été mise au point dans le cadre d'une étude spécifique, indépendante du projet NOSAP, réalisée en 2006 pour la DRASS Rhône-Alpes[5].

2.3. Lancer l'analyse qualitative

L'étude qualitative a pour but d'expliquer les liens entre non-recours aux soins, précarités sociales et modes de vie, en étudiant en priorité l'influence des cumuls de précarités sur le non-recours aux soins, mais aussi à d'autres services et droits. La recherche d'explications directement auprès de personnes concernées se situe, tant que possible, dans les histoires de vie pour apporter un éclairage par les différentes trajectoires individuelles (familiale, éducative, professionnelle, résidentielle, …).

Cette étude se compose de plusieurs enquêtes. Ces enquêtes sont envisagées auprès de consultants des Centres d'examens de santé, mais aussi auprès d'autres populations précaires en non-recours aux soins.

Au cours des premiers mois du programme NOSAP, la préparation de plusieurs enquêtes a été engagée :

- Certaines, dans le cadre d'une thèse de science politique financée par la Région Rhône-Alpes sur « Le non-recours aux droits et services en matière de santé ». Cette thèse, engagée en décembre 2005[6], a été préparée par une étude (mémoire de Master) sur les « retards et renoncements aux soins » effectuée auprès de patients de l'Association de gestion des centres de santé (AGECSA) à Grenoble. Cette étude mettait en particulier en

[5] Dupré C., Guéguen R, Moulin J.-J., Sass C., *Le non-recours aux soins en Rhône-Alpes : étude des consultants des Ces financés par l'Assurance maladie* – Rapport d'étude, CETAF, novembre 2006, 236 p.

[6] Elle est dirigé par le responsable du programme NOSAP et est suivie également par le responsable de l'équipe du CETAF engagée dans ce programme.

avant l'impact de la déstructuration des temps de vie des personnes en situation précaire sur les rapports aux soins et sur l'organisation de l'offre de soins. La thèse reprend et élargit cette analyse pour repérer et articuler l'ensemble des déterminants du non-recours, notamment dans le but de modéliser les facteurs de risque. Les objectifs de la thèse, les enquêtes en cours ou en préparation, vers des consultants de Centres d'examens de santé et les publics d'autres structures de soin et/ou de prévention sont présentés ci-dessous.

- D'autres, par l'ODENORE. Elles prennent appui pour une part sur des études réalisées par l'Observatoire, en lien avec différents partenaires institutionnels ou associatifs. Mais des enquêtes sont également prévues directement auprès de consultants de Centres d'examens de santé, en lien avec celles conduites pour la thèse. Ces différentes enquêtes en préparation sont présentées plus bas.

Nous listons ici les enquêtes qualitatives qui s'intègrent au projet NOSAP, sans entrer pour le moment dans la présentation des résultats (les entretiens sont en cours).

2.3.1. Les enquêtes d'une recherche doctorale [7]

La thèse de sciences politiques (laboratoire PACTE de l'Institut d'Etudes Politiques de Grenoble) s'insère en partie dans le programme NOSAP. Les principaux résultats tirés des enquêtes réalisées au cours de ce travail universitaire, une fois la thèse terminée, viendront compléter les autres dispositifs d'enquêtes statistiques et qualitatifs menés parallèlement par les équipes du programme NOSAP. Fin janvier plus de 60 entretiens sont réalisés, dont la moitié dans des Centres d'examens de santé.

a) Les objectifs de la thèse

La thèse propose une analyse sociologique des situations de non-recours aux droits et aux services en matière de santé, et ce chez les populations précaires. Elle s'inscrit dans la thématique générale des inégalités sociales de santé : le non-recours y est envisagé comme un élément participant à la persistance de ces dernières en France.

Les non-recours étudiés dans la thèse recouvrent les critères retenus dans le programme NOSAP (non observance thérapeutique, retards et renoncements aux soins, etc.). Nous avons fait le choix d'élargir l'analyse en ajoutant un axe supplémentaire, qui permet d'appréhender le phénomène de non-recours aux droits à l'assurance maladie (c'est-à-dire ne pas avoir de droits effectifs à la couverture maladie de base ou complémentaire ouverts).

Pour analyser ces situations, nous poursuivons avec la perspective de sociologie compréhensive adoptée dans l'étude préparatoire à la thèse. Elle donne à voir la manière avec laquelle les personnes concernées par le non-recours perçoivent les situations et pratiques desquelles elles sont actrices, le sens qu'elles leur donnent.

Une large référence au parcours de vie des personnes sera faite afin de repérer les origines et déterminants du non-recours. A ce titre, nous partirons le plus possible des récits d'expériences vécues (passées ou présentes) de recours à des structures de soins. Les situations de non-recours seront ainsi envisagées doublement : comme conséquence directe d'expériences jugées négatives (avec des formes de non-recours volontaires induites par le sentiment d'avoir été stigmatisé par

[7] Par Antoine Rode (IEP Grenoble / PACTE). Allocation doctorale de recherche de la région Rhône-Alpes.

halshs-00138936, version 1 - 28 Mar 2007

exemple) et comme critère d'évaluation des politiques mises en œuvre, quant à leur efficacité et leur effectivité, à travers une critique exprimée par les destinataires eux-mêmes. Interroger les parcours de vie amènera également à envisager le rapport au temps – dans ses usages et représentations – comme déterminant du non-recours, tel que nous l'avons soulevé dans notre étude préparatoire.

b) Démarche générale d'enquête

Le matériau principal de cette enquête est constitué d'entretiens auprès des personnes vivant des situations de non-recours. Ils saisiront de manière qualitative les déterminants du non-recours en partant directement de leur parole, de leurs « récits de vie ».

Les entretiens suivront le plus possible une approche longitudinale. Ils se feront ainsi sur plusieurs vagues successives auprès des mêmes consultants, soit *a priori* deux entretiens par personne étant donnée la durée de la thèse. L'intérêt est de comprendre le non-recours de manière dynamique, de sorte à repérer son évolution dans le temps.

A ce moment de l'enquête, le profil des personnes interrogées reste à définir plus précisément, en partant notamment des premiers résultats des analyses statistiques de la base du CETAF faits pour le programme NOSAP. Il semble que nous inclurons des consultants qui présentent les caractéristiques suivantes :

- Absence de protection complémentaire.
- Absence de suivi médical, de suivi gynécologique ou de frottis, absence de soins dentaires malgré un examen bucco-dentaire négatif…

Ces éléments pourront être croisés avec d'autres concernant la situation financière de la personne, son âge, son sexe, sa perception de l'état de santé, sa vulnérabilité (au sens du score EPICES), etc.
Sur ce point, même si l'enquête se centre sur les consultants en situation de précarité, ils ne seront pas les seuls à figurer dans l'échantillon. Il semble intéressant de réfléchir en terme de comparaison entre des consultants placés dans quatre situations différentes :

- Les consultants précaires :
  - en non-recours aux soins
  - n'ayant ni renoncement ou retard aux soins, ni absence de protection sociale
- Les consultants non précaires :
  - en non-recours aux soins
  - n'ayant ni renoncement ou retard aux soins, ni absence de protection sociale

Comme autre profil de consultants intéressant, l'enquête pourrait interroger ceux qui sont déjà venus faire un examen périodique de santé et qui ont eu des prescriptions particulières à ce moment, mais qui ne les ont pas réalisés par la suite. L'entretien se déroulerait alors au moment de leur nouvelle convocation par le Centre d'examens de santé et permettrait de bien mettre en lumière les facteurs de renoncement à ces soins.

c) Présentation des lieux d'enquête

La majorité des entretiens sera réalisée dans **les Centres d'examens de santé de Bourg-en-Bresse, Dijon et Bobigny**.

halshs-00138936, version 1 - 28 Mar 2007

D'autres lieux d'enquête sont aussi mobilisés pour les besoins de la thèse, dans lesquels sont ou seront réalisés des entretiens, voire des observations. Ils alimenteront les résultats pour le programme NOSAP, en ouvrant notamment l'analyse du non-recours à des contextes divers. Par rapport aux Centres d'examens de santé, ces terrains d'enquête diffèrent sur la nature de leurs actions – non spécifiquement tournées vers la santé mais la prenant en charge à leur manière – et sur le public auquel ils se destinent.

Ces lieux, tous situés sur l'agglomération grenobloise, sont :

- **L'AGECSA (Association de Gestion des Centres de Santé de Grenoble)**
  Centres de santé implantés dans 5 quartiers en difficulté de Grenoble.
  Soins tout public, pratique de médecine de proximité, tiers-payant, actions de prévention.
- **Le Fournil**
  Accueil de personnes en situation de précarité.
  Intervention sur l'insertion (chantier d'insertion, prestation restauration), l'accès aux droits, l'accès au logement, la santé (évoquée à travers les repas).
- **L'Amicale du Nid**
  Association d'aide aux prostitué(e)s ou aux personnes en voie de prostitution.
  Accueil, écoute et accompagnement social individualisé (prévention santé et accompagnement aux soins).

Des entretiens ont déjà été réalisés dans les trois Centres d'examens de santé et les autres structures. Dans les Centres d'examens de santé, la première vague s'achèvera au printemps 2007. Les entretiens suivants, avec les mêmes personnes (enquête longitudinale), seront effectués au second semestre 2007.

2.3.2. Les enquêtes de l'ODENORE [8]

Créé début 2003, l'ODENORE a déjà réalisé des enquêtes qualitatives dont les résultats pourront servir au programme NOSAP. A la fin du second semestre 2006, l'Observatoire a préparé le dispositif d'entretiens en coordination avec Antoine Rode (doctorant ; *cf.* 2.3.1) et avec les professionnels des Centres d'examens de santé ; les entretiens engagés en janvier 2007 se prolongeront toute l'année 2007.

a) Enquêtes réalisées ou en cours

Durant ces trois dernières années, l'Observatoire (parfois avec des étudiants de master accueillis à l'ODENORE) a réalisé des études et des enquêtes sur Grenoble et ses alentours, auprès de différents publics notamment caractérisés par *leur précarité*[9]. En revanche, la variable « *actifs* » n'a pas forcément été isolée.

Citons entre autres :

- Des familles résidant dans un quartier d'habitat social.
- Des allocataires du RMI du département de l'Isère sans contrat d'insertion.
- Des assurés sociaux sans complémentaire maladie inscrit à la Caisse Primaire Maladie au titre du RMI.
- Des patients de Médecins du Monde.
- Des résidentes d'un centre d'hébergement.

[8] Par Catherine Chauveaud (IEP Grenoble / ODENORE) et Philippe Warin (CNRS / ODENORE).
[9] Voir les travaux et les résultats sur le site de l'ODENORE : http//Odenore.msh-alpes.prd.fr rubrique « Travaux ».

halshs-00138936, version 1 - 28 Mar 2007

halshs-00138936, version 1 - 28 Mar 2007

- Des résidents d'une structure d'accueil SDF.
- Des personnes âgées bénéficiant de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie
- Des personnes marginalisées suivies par un service social spécialisé.
- Des personnes fréquentant un Point d'Information de proximité réunissant plusieurs services et une structure de médiation dans un quartier d'habitat social, …

Il est important de signaler que dans presque la totalité des cas (entretiens individuels ou collectifs, *focus groups*, entretiens téléphoniques, questionnaires par voie postale ou remplis avec les personnes…) des problématiques de santé et de non-recours à la santé reviennent très fréquemment, même si l'objet principal de l'enquête n'est pas le santé et le non-recours aux soins.

A titre d'exemples, nous pouvons mentionner quelques remarques et résultats:

- 1 enfant scolarisé en élémentaire sur 4 n'aurait pas reçu les soins correspondant aux signalés médicaux de la santé scolaire (données sur un secteur géographique de Grenoble)
- sur 1099 bénéficiaires du RMI et affiliés à une CPAM, 61 % n'ont pas de complémentaire maladie. Ce taux peut s'élever à 82 % si l'on regarde en détail certains centres de paiement de cette CPAM.
- plus d'1/3 du public reçu par le Centre grenoblois de Médecin du Monde en 2003 n'a pas de droits ouverts à une couverture de base alors qu'il pouvait en bénéficier. Idem pour plus des ¾ des étrangers accueillis.
- Monsieur X, demandeur d'asile en Haute Savoie, accompagné d'une militante, viennent à Médecins du Monde Grenoble, car bien qu'ayant la CMU il n'a trouvé aucun Médecin sur place qui accepte de le soigner.
- Madame B, après séparation, n'a plus la mutuelle de son ex-mari. Ses ressources ne sont pas suffisantes, elle n'a aucune couverture maladie. Sans récépissé de demande de RMI, pas de CMU.
- Madame D, petits revenus, pas d'assurance maladie. Entre santé et logement, Mme D a du choisir. La santé attendra encore.
- Madame E retarde les soins dentaires dont elle a besoin. Elle connaît le refus de certains dentistes d'accepter les patients avec CMU.
- Sur une moyenne de 900 passages annuels dans une structure de médiation dans un quartier « sensible », environ 60 % sont en non-recours de soins.

b) Des enquêtes spécifiques pour le programme NOSAP

Les enquêtes menées dans le cadre de NOSAP se recentrent bien entendu sur *les actifs précaires* en situation de non-recours aux soins ou pas, et sur leur rapport à la santé. Elles se dérouleront dans certains Centres d'examens de santé (pour commencer **le Centre ISBA de Saint Martin d'Hères** dans l'agglomération grenobloise, qui accueille essentiellement des publics précaires) et dans deux Caisses Primaires d'Assurance Maladie (Grenoble et Vienne) à partir des fichiers des assurés sociaux au titre du RMI.

Ces enquêtes procèdent par entretien individuel semi directif.

Les enquêtes auprès d'assurés sociaux des CPAM de Grenoble et Vienne exigent – on l'a vu dans le cadre d'une pré enquête sur les allocataires du RMI sans complémentaire maladie[10] – un travail préalable d'identification des personnes. Cela exige une étroite concertation avec les services de

[10] http://odenore.msh-alpes.prd.fr/documents/rapport_pour_Fonds_CMU.pdf

l'assurance maladie et la mise en place d'un dispositif de travail particulier ; cette préparation est en cours et débouchera sur une mise en œuvre d'entretiens début 2007.

Le guide d'entretien suit une trame autour de 4 points essentiels :

- L'influence des trajectoires professionnelles et sociales, des conditions de vie, des projets sur le recours ou le non-recours aux soins.
- Le rôle des conditions d'emploi, de travail (précarité au travail) sur les représentations de la santé et de son importance.
- Les déterminants multiples (santé, sociaux, …) de recours ou du non-recours aux soins.
- Le cumul de précarités et le cumul de non-recours (au-delà de la santé).

halshs-00138936, version 1 - 28 Mar 2007

halshs-00138936, version 1 - 28 Mar 2007

3. Premiers résultats

Nous présentons ici les principaux résultats des analyses statistiques issues des études réalisées au cours de la première année de la recherche. Nous dissocions pour le moment (avant l'analyse finale) les résultats issus de l'étude statistique des six populations d'actifs précaires en situation de non-recours aux soins, de ceux produits par l'approche par le non-recours aux soins développée sur l'ensemble de la population des consultants des Centres d'examens de santé.

Pour simplifier la présentation, nous choisissons ici de rendre compte des résultats synthétiques issus de l'étude des chômeurs de plus d'un an. C'est en effet à partir de ce type de résultats que nous pourrons chercher à apporter une réponse au second objectif de l'analyse statistique, qui est de produire **un score de vulnérabilité au non-recours aux soins**. Un tel score ne pourra être construit qu'à partir des variables explicatives qui ressortiront des régressions logistiques produites sur chacune des populations.

Nous indiquons aussi de façon succincte les principales caractéristiques de la méthode mise au point pour l'analyse territoriale.

Nous attendons d'avoir achevé l'ensemble des études statistiques pour proposer une analyse commentée de l'ensemble des résultats, discutées à partir des observations issues des enquêtes qualitatives dont certaines seront présentées dès les prochains rapports scientifiques intermédiaires.

3.1. L'étude statistique des populations d'actifs précaires en situation de non-recours aux soins

Nous rendons compte pour l'essentiel des résultats synthétiques obtenus sur la première population étudiée : les chômeurs de plus d'un an. La méthode et les résultats principaux sont expliqués en Annexe 3. Ces résultats seront nécessairement approfondis grâce à la comparaison qui sera faite entre les six populations d'actifs précaires.

Pour l'instant, la comparaison entre les trois variables prises en compte pour identifier le non-recours aux soins (visite chez le médecin, visite chez le dentiste, suivi gynécologique) apporte des premiers éléments de discussion. Tout d'abord elle met en avant un non-recours au dentiste plus fréquent que le non-recours au médecin, aussi bien chez les hommes que chez les femmes, quels que soient l'âge, la catégorie socio-économique et la santé des personnes. L'examen des variables explicatives renvoie pour beaucoup aux ressources économiques pour expliquer ce plus fort non-recours au dentiste qu'au médecin. Les coûts des traitements et le niveau de prise en charge par les assurances complémentaires ont souvent été mis en avant dans ce cas pour expliquer des retards ou des renoncements aux soins. Nos résultats le confirment :

- Chez les hommes, les variables liées au non-recours au médecin et au non-recours au dentiste sont la complémentaire santé, la situation de couple, la vue, le nombre de caries, la tension artérielle, le niveau d'études et la durée de chômage.

Les variables liées uniquement au non-recours au médecin sont l'IMC et le cholestérol, et celles concernant exclusivement le non-recours au dentiste sont la PCS et les problèmes financiers. D'un côté, ces variables « exclusives » sont médicales, de l'autre elles sont socioéconomiques et renvoient à la précarité des ressources.

- Chez les femmes, les variables liées au non-recours au médecin et au non-recours au dentiste sont la complémentaire santé, le nombre de caries, le taux de cholestérol, la vue, la durée de chômage et la santé perçue.

  Les variables liées uniquement au non-recours au médecin sont le niveau d'études et l'isolement (au sens de ne pas vivre en couple), et celles concernant exclusivement le non-recours au dentiste sont l'âge, la PCS, les problèmes financiers, l'IMC, l'audition, la tension artérielle et le taux d'hémoglobine.

Une différence apparaît ici entre les hommes et les femmes, dans la mesure où pour les femmes, les variables explicatives attachées exclusivement à l'un ou l'autre non-recours (au médecin ou au dentiste), sont toutes ou en partie d'ordre socioéconomique, alors que ce n'est pas du tout le cas pour les hommes en ce qui concerne le non-recours au médecin (variables strictement médicales). On peut également remarquer que chez les hommes, les indicateurs les plus déterminants du non-recours aux soins sont les mêmes pour le médecin et le dentiste, alors que chez les femmes, plus que chez les hommes, le non-recours au dentiste est davantage lié à des indicateurs de santé. Autrement dit, l'explication du non-recours varie entre les hommes et les femmes. Cependant, pour affirmer si ce phénomène est le résultat de logiques différentes selon le genre (et pour dire par conséquent s'il s'agit d'un « phénomène de genre »), nous devrons retrouver des différences (sinon *ces* différences) entre hommes et femmes pour chacune des cinq autres populations, afin de dégager un système d'explications récurrentes.

L'influence des variables économiques (des ressources financières principalement) soulignée plus haut se lit également au niveau des indicateurs qui sont communs aux hommes et aux femmes. Sur ce plan, que ce soit pour le non-recours au médecin ou le non-recours au dentiste, les variables qui pèsent le plus sont l'absence de complémentaire santé, être bénéficiaire de la CMU ou d'une autre aide, le chômage de longue durée, et, sur le plan médical, la présence de caries et le déficit visuel. Pour les hommes comme pour les femmes, les autres déterminants sociologiques du non-recours au médecin sont la vie en couple (surtout pour les hommes) et dans une moindre mesure le niveau d'études, et ceux du non-recours au dentiste sont la PCS et une nouvelle fois les problèmes financiers.

De tout cela, retenons que vivre en couple « protègerait » davantage du non-recours. Comme d'autres travaux l'ont montré, français ou anglo-saxons consacrés à la protection sociale, les personnes vivant seules sont en effet plus exposées au non-recours, surtout lorsque leur niveau d'études est peu élevé. En l'occurrence, ce sont surtout des hommes plutôt jeunes qui sont généralement dans ce cas et qui subissent ainsi les effets d'une désocialisation plus forte. De ce point de vue, la recherche NOSAP apporte une nouvelle fois la confirmation que le non-recours est un *phénomène social situé*, c'est-à-dire renvoyant à un système d'explications donné, que l'analyse statistique multivariée d'une part, et les enquêtes qualitatives d'autre part, auront à expliciter.

Sur le plan médical maintenant, certaines variables paraissent avoir une influence (taux de cholestérol, tension artérielle, …). Une probable explication est à rechercher en particulier du côté des conditions de vie et des modes de consommation, mais pas seulement. En tous cas, du côté de la santé perçue un lien apparaît avec le non-recours aux soins, même si le sens de

halshs-00138936, version 1 - 28 Mar 2007

halshs-00138936, version 1 - 28 Mar 2007

l'association est différent pour le non-recours au médecin et le non-recours au dentiste. Le premier est plus fréquent chez les personnes se sentant en bonne santé, alors que le second est plus fort chez les personnes se percevant en mauvaise santé.

En revanche, le non-recours au médecin ainsi que le non-recours au dentiste diminuent avec l'âge. Les besoins de santé grandissent, mais peut-être aussi que les situations sociales globalement s'améliorent pour les plus âgés. Remarquons surtout les indicateurs non associés au non-recours au médecin et au non-recours au dentiste, à savoir « avoir un lien avec un travailleur social » et, sur le plan médical, le taux de triglycérides élevé et le taux de glucose élevé. Les médecins et épidémiologistes du programme NOSAP chercheront à apporter une explication par rapport aux variables de santé. Pour cela, ils attendent l'ensemble des données statistiques pour les six populations. De même, il sera intéressant de vérifier pour les autres catégories d'actifs précaires, si le non-recours est toujours sans lien avec le fait d'être en relation avec un travailleur social. Si cette observation se confirmait, on pourrait en déduire que le fait de bénéficier d'un « accompagnement social » ne joue pas sur le recours ou le non-recours à des services de soins. L'hypothèse selon laquelle le travail social n'aborde pas toutes les problématiques des individus (et sépare en l'occurrence le social et le sanitaire) se trouverait alors renforcée. On sait que les professionnels du social restent le plus souvent dans leur champ de compétences et par nécessité parent au plus pressé. De nombreuses enquêtes ont montré que devant l'urgence de certaines situations, la sécurité d'un enfant battu passe avant le RMI des parents, le besoin d'un logement sinon d'un hébergement avant le non accès à la santé, etc.[11] Cette hiérarchie des priorités, vraie pour les professionnels du social, l'est également pour les personnes elles-mêmes, en particulier quand on est femme et mère isolée[12] (Mougin 2005).

3.2. La mise au point d'une méthode pour l'analyse territoriale du non-recours aux soins

L'objectif de cette étape a été de tester l'intérêt de trois zonages (les départements, les bassins hospitaliers, les zones d'emploi) permettant de procéder à une présentation cartographiée des principaux résultats obtenus des études statistiques.

La base RAIDE gérée par le CETAF contient en effet les codes postaux de résidence des consultants. A partir de ces codes postaux, il a été possible de reconstruire des bassins hospitaliers et des zones d'emploi. La base utilisée contenant donc les codes postaux et non les communes INSEE, une règle de classification a été créée pour construire les zones d'emploi.

[11] Voir en particulier les enquêtes réalisées par Catherine Chauveaud pour l'ODENORE : Entretiens dans une structure d'hébergement. Le non recours dans les histoires de cinq femmes, juillet 2004 ; Non recours et non droit. Entretien avec une conseillère en insertion et un médiateur, animateurs d'un Relais de Voisinage, août 2004 ; Stratégies de recours. Projection du film « Les combattants de la pauvreté » et débat avec des résidentes d'une structure d'hébergement (1), septembre 2004, (2) décembre 2004; L'accès à des soins dans des parcours d'obstacles. Entretiens aux permanences de Médecins du Monde, décembre 2004 ; L'accès aux droits. Entretiens collectifs avec des hommes, résidents d'une structure d'accueil, décembre 2004 ; Des personnes âgées hors leurs droits. Non recours subi ou volontaire. Rencontres avec des assistantes sociales d'un CCAS, mars 2005.

[12] Mougin V. 2005. *Femmes en galère. Enquête sur celles qui vivent avec moins de 600 euros par mois*. Paris : La Martinière.

Ainsi, au niveau géographique, l'étude peut se faire à partir de 3 découpages, qui pour la région Rhône-Alpes, sont par exemple au nombre de :

- 8 départements.
- 13 bassins hospitaliers.
- 27 zones d'emploi.

La méthode a été mise au point à l'occasion d'une étude réalisée par le CETAF pour la DRASS Rhône-Alpes. Elle est présentée dans le rapport suivant :

Dupré C., Guéguen R, Moulin J.-J., Sass C., *Le non-recours aux soins en Rhône-Alpes : étude des consultants des Centres d'examens de santé financés par l'Assurance maladie* – Rapport d'étude, CETAF, novembre 2006, 236 p

halshs-00138936, version 1 - 28 Mar 2007

halshs-00138936, version 1 - 28 Mar 2007

4. Conclusion : faits marquants, difficultés, valorisation

Nous regroupons en conclusion nos réponses à plusieurs demandes de l'ANR concernant le déroulement du programme NOSAP. La brièveté de nos réponses ici explique ce choix.

Aucune difficulté particulière n'est à signaler. Ceci expliquant peut-être cela, le fonctionnement en commun des deux équipes (ODENORE/PACTE : sociologues et politologues, et CETAF : médecins, épidémiologistes, statisticiens) dans le cadre de cette recherche a eu pour fait (effet) marquant de susciter l'intérêt de la DRASS Rhône-Alpes, qui a permis au CETAF de procéder à la mise au point d'une méthode d'analyse territoriale des résultats statistiques, qui sera utilisée dans la suite du programme NOSAP.

Pour les mois à venir, le programme va suivre le déroulement attendu :

- Suite et fin des études statistiques et mise en œuvre du second objectif lié à l'analyse statistique générale proposée : l'élaboration d'un **score de vulnérabilité** au non-recours aux soins pour aider à repérer les populations potentiellement concernées.
- Poursuite des enquêtes qualitatives.
- Remise de rapports scientifiques intermédiaires, à un rythme semestriel maintenant.

A noter que le projet de recherche indiquait la possibilité d'une étude longitudinale, portant sur une variable spécifique, celle du « retard/renoncement aux soins » ('inobservances' des recommandations ou préconisations). Cet objectif pourra être réalisé sur le plan qualitatif. En ce qui concerne la possibilité envisagée initialement d'une analyse statistique longitudinale, une étude de faisabilité est en cours.

Le programme de travail prévoit une valorisation de la recherche sous forme de publications et de communications à compter de 2007. En effet, le bon suivi du calendrier jusque-là devra nous permettre de publier, ou de communiquer des résultats issus des études statistiques et des enquêtes qualitatives, sachant que nous aurons à nous déterminer plus tard sur le choix d'une valorisation collective majeure (ouvrage, article de synthèse). Ceci dit, nous pouvons signaler des premières valorisations au cours de l'année 2006 :

Une communication portant sur l'analyse qualitative du non-recours à la santé :

- Rode A., « La sociologie face aux inégalités sociales de santé. L'exemple de recherches sur le non-recours aux soins des populations précaires », communication au 2ème Congrès de l'Association Française de Sociologie, Réseau thématique n°19 Santé, médecine, maladie et handicap, Bordeaux, septembre 2006.

Une communication en novembre 2006 et un ouvrage publié en janvier 2007, qui citent la recherche en cours et en reprennent brièvement quelques éléments :

- Warin P. « L'analyse des non-recours en matière de santé », Communication présentée lors de la Journée *Sciences Humaines et Cancer. Etat des lieux, synergie et opportunités de développement*, organisée par l'INCA et le Cancéropôle Lyon/Auvergne/Rhône-Alpes à l'Institut Merck, Lyon, 16 novembre 2006.
- Warin P. 2007, *L'accès aux droits sociaux*. Grenoble, PUG, col. « Politique en + ».

halshs-00138936, version 1 - 28 Mar 2007

5. Synthèse des activités scientifiques du coordinateur

Les activités du coordinateur ont été de deux ordres au cours de cette année de lancement de la recherche NOSAP : administratif et scientifique.

Sur le plan administratif plusieurs tâches sont à signaler, même si elles ont été brèves du fait de la bonne organisation des équipes et de la bonne circulation d'informations entre elles :

- Accompagner le recrutement d'une statisticienne affectée au CETAF pour les besoins spécifiques de la recherche.
- Suivre la préparation des conventions tripartites (IEP/ODENORE – CETAF – Centres d'examens de santé) permettant la réalisation des enquêtes qualitatives.
- Suivre l'évolution des dépenses (pour la partie IEP) avec le service gestion du laboratoire PACTE.

Sur le plan scientifique, le coordinateur a :

- organisé le lancement de la recherche grâce à une série de réunions en alternance entre Grenoble et St Etienne, visant à réexposer les objectifs du programme et à préciser les termes clés (définition des notions d'actifs précaires et de non-recours aux soins – *cf.* 2.1.). L'étape des définitions a été la plus délicate sur le plan scientifique, car il a fallu se mettre d'accord sur une définition des actifs précaires en partant de définitions existantes mais aussi en tenant compte des possibilités offertes par la base RAIDE. Pour la définition du non-recours, le travail a été plus simple, car largement conditionné par les variables disponibles dans la base de données. Ceci dit, le non suivi médical, dentaire ou gynécologique ne pouvant être assimilé à du non-recours, il a fallu choisir des variables complémentaires dans la partie médicale du questionnaire passé à chaque consultant lors de leur visite dans un Centre d'examens de santé.
- mis en place des réunions régulières d'avancement des travaux (avec l'ensemble des équipes ou avec certains membres), mais aussi initié des rencontres entre membres des deux équipes pour la préparation des enquêtes qualitatives.
- mis en contact le CETAF avec la DRASS pour l'étude territorialisée du non-recours aux soins en Rhône-Alpes (étude méthodologique test).
- rédigé la première version du rapport scientifique intermédiaire et coordonné sa version finale.
- assuré la direction d'une thèse en cours et la coordination des travaux de l'ODENORE en lien avec le programme NOSAP.

halshs-00138936, version 1 - 28 Mar 2007

Annexes

Annexe 1. Rappel des définitions du non-recours

Définitions initiales

Apparu à propos des prestations sociales, le phénomène non-recours renvoie à *toute personne éligible à une prestation et qui ne la reçoit pas, qu'elle que soit la raison.*

Cette définition standard produite par convention (par accumulation des travaux d'études et de recherches sur le non-recours à des prestations sociales) divise de fait la population en deux catégories : la population éligible (Ne) et la population non-éligible (Nne).

Un même individu ne peut pas entrer dans ces deux groupes : il est ou il n'est pas éligible au vu des règles d'accès et d'attribution. Le non-recours correspond à la population éligible qui ne reçoit pas un bénéfice (NeNr). Le taux de non-recours est par conséquent le ratio de cette population éligible qui ne reçoit pas un bénéfice sur le total des individus éligibles :

$$\textbf{Taux NR} = \frac{\textbf{100 x NeNr}}{\textbf{Ne}}$$

Malgré sa simplicité, ce taux est cependant loin d'être connu : ni Ne, ni NeNr ne sont faciles à identifier.

Une typologie validée précise les formes de non-recours :

- ***Non-recours primaire*** : une personne éligible ne perçoit pas une prestation pour ne pas l'avoir demandée.
  Non-recours secondaire : une personne éligible demande une prestation, mais ne la perçoit pas.

- ***Non-recours partiel*** : une personne éligible demande une prestation et n'en reçoit qu'une partie.
  Non-recours complet : une personne éligible demande une prestation et ne reçoit rien.

- ***Non-recours temporaire*** : apparaît entre le moment où une personne devient éligible et le moment où elle demande une prestation.
  Non-recours permanent : apparaît quand une personne ne demande pas une prestation entre le moment où elle devient éligible et le moment où elle ne l'est plus.

- ***Non-recours frictionnel*** : dû au non versement complet de prestations alors que des droits sont ouverts.

- ***Non-recours cumulatif***: une personne éligible à plusieurs prestations ne perçoit que certaines d'entre elles.

halshs-00138936, version 1 - 28 Mar 2007

- ***Quasi non-recours*** : une personne répond à toutes les conditions sauf à celle(s) liée(s) au comportement et qui, si elle avait eu une connaissance de la prestation et des conditions d'accès, aurait eu le comportement souhaité pour être éligible.

Appliqué au domaine de la santé, le non-recours peut porter sur les droits à l'Assurance maladie et sur les soins, dans ce dernier cas à travers des critères tels que les « retards aux soins » et les « renoncements » (en cas de non observance de prescriptions), les « absences de suivi médical, dentaire ou gynécologique » au cours d'une période assez longue, les « rendez-vous non honorés », etc.

En général, les travaux relatifs à l'étude des inégalités sociales de santé parlent de « non accès » plutôt que de non-recours aux soins, sans toutefois proposer une définition unique du non accès (ou du non-recours) du fait de la diversité des explications possibles[13].

Autrement dit, le terme de non-recours utilisé dans cette recherche doit être considéré comme un terme générique désignant *toutes les situations de besoins effectifs de soins non suivis de demandes ou d'accès*.

Remarques et compléments

Cette typologie établie à partir des travaux précurseurs sur les prestations sociales se préoccupe peu des raisons du non-recours. Ceci dit, des explications ont été données autour d'un axe d'opposition entre raisons comportementales et raisons institutionnelles. Ces explications apportées par les travaux de recherche sont aujourd'hui connues et diffusées. Par exemple, le Conseil de l'Europe les a intégré dans son analyse des obstacles dans l'accès aux droits sociaux.

En particulier, la possibilité d'un ***non-recours « tertiaire »*** a été discutée par le groupe porteur du projet NOSAP en association ave d'autres équipes dans le cadre du projet Cluster.. Partant de nos différentes observations, nous avons convenu de la nécessité de spécifier toutes les situations dans lesquelles des individus parfaitement informés ne recourent pas à l'offre publique qui leur est proposée. Alors que le non-recours primaire renvoie aux personnes éligibles qui ne perçoivent pas une prestation pour ne pas l'avoir demandée, notamment à défaut d'avoir été (suffisamment) informées, le non-recours tertiaire renverrait spécifiquement aux personnes éligibles qui, parfaitement informées, choisissent de ne pas demander une prestation, une aide ou un service. Ce non-recours tertiaire peut donc être assimilé à un non-recours volontaire et devenir la forme explicite d'un phénomène de ***défection***. Ce type de non-recours pose clairement la question du désintérêt pour l'offre publique, et en particulier pour les aides ou services en nature, que l'on peut illustrer, par exemple, à travers de très nombreuses situations de non réponses à des propositions ou d'abandons de démarches.

Son analyse est importante car la question de l'information qu'il faut garantir aux individus pour leur assurer la possibilité effective ou l'opportunité réelle d'accéder à des ressources, fait partie du débat sur la responsabilité des individus dans leurs préférences et leurs choix. En effet, dans le débat général sur la justice sociale, il est possible de prendre appui sur l'observation d'un non-recours tertiaire pour considérer que les individus informés ont fait leur choix et que face à ce non-recours l'interventionnisme doit s'arrêter là, ou bien pour considérer que l'information ne

[13] Dans la volumineuse littérature consacrée aux inégalités sociales de santé, se reporter avec profit concernant ces questions de définition à la revue de l'Observatoire franco-québecois de la santé et de la solidarité (OFQSS), *Santé, société et solidarité*, et au dossier « Inégalités sociales de santé » publié dans le n° 2 de 2004.

fait pas tout et en particulier ne gomme pas les inégalités sociale, si bien qu'il faut d'autres réalisations (*functionings*), notamment en termes d'éducation, pour leur permettre d'accéder au mieux aux ressources. Ces options différentes font l'objet du débat philosophique portant sur les attributs individuels qu'une société juste doit chercher à égaliser entre les individus (l'accès à l'information ou à plus). Mais elles traversent également d'une certaine façon le débat sur le « nouvel Etat-providence », puisque des propositions sont aujourd'hui avancées pour développer des *politiques d'investissement social* plutôt que des politiques de compensation et d'indemnisation[14]. Il s'agit au final de favoriser la socialisation et l'éducation dès le plus jeune âge, dans le but de garantir une égalité des chances tout au long de la vie et d'éviter que ne s'installent très tôt des situations de marginalisation sociale.

Nos discussions ont en même temps souligné l'importance de travailler sur le ***non-recours secondaire,*** dans la mesure où il renvoie explicitement aux dispositifs, aux procédures et aux pratiques des organismes prestataires qui peuvent être à l'origine d'un non-recours total ou partiel, temporaire ou définitif. C'est toute la question du caractère sélectif (par omission et dissuasion) de l'offre publique. Or cette question peut avoir un lien évident avec le phénomène de défection dans la mesure où l'expérience malheureuse de dispositifs, procédures, pratiques sélectifs peut entraîner un repli volontaire d'individus informés et expérimentés.

Sur le fond, nos débats ont clairement indiqué un accord total entre nous pour aborder aussi ***le non-recours comme une logique d'action*** de la part des individus, dont l'intentionnalité reste à découvrir.

Par rapport aux travaux antérieurs marqués par la problématique de la stigmatisation, on ouvre ainsi l'approche du non-recours à la question de la perte d'intérêt et de confiance, au choix délibéré, à la rationalité et à l'intentionnalité des individus étudiés explicitement comme acteurs.

Cette perspective de travail n'obère en rien, au contraire, les hypothèses de travail évoquées en fin d'exposé sur le non-recours comme phénomène volontaire pouvant interroger le choix des individus lié à leurs préférences, leurs expériences, leur socialisation et leurs ressources. La question étant alors de reconnaître à travers le non-recours un changement social, qui pourrait être débattu en particulier dans les termes d'un « nouvel individualisme » (*individualisme négatif* [15]), quand le non-recours volontaire est renvoyé à un « désencastrement du social » c'est-à-dire à un repli par rapport aux formes du lien social institué par les solidarités collectives du système de protection sociale ; mais tout autant – par hypothèse – à un « réencastrement » dans des formes différentes de satisfaction des besoins).

[14] Esping-Andersen G., Gallie D., Myles J., Hemerijck A. 2002. *Why we need a new welfare state?* Oxford: Oxford University Press.

[15] Castel R. 1995. *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*. Paris : Fayard. ; 2003. *L'insécurité sociale. Qu'est-ce qu'être protégé ?* Paris : Le Seuil.

halshs-00138936, version 1 - 28 Mar 2007

halshs-00138936, version 1 - 28 Mar 2007

Annexe 2. Rappel de l'organisation du travail et de l'échancier

Le projet NOSAP est prévu sur une durée de **36 mois**.

A. Rappel de l'organisation du travail par étapes, objectifs, rendus

Etapes	Objectifs	Rendus
1. étude statistique des populations en situation de non-recours aux soins	1.1. analyse statistique et longitudinale des données du CETAF 1.2. élaboration d'un score de vulnérabilité au 'risque' de non-recours et d'un 'outil de ciblage'	R1. rapport d'analyse des résultats statistiques R2. rapport méthodologique et tests
2. analyse qualitative du non-recours aux soins	2.1. thèse auprès de consultants de Centres d'examens de santé[16] 2.2. enquête par entretiens auprès de consultants des Centres d'examens de santé	R4. rapport de thèse (soutenance à T+36, fin 2008) R5. rapport d'enquête
3. préparation d'une enquête comparative européenne	3.1. confrontation des résultats du projet NOSAP avec ceux d'autres pays, au cours d'un séminaire avec des équipes européennes 3.2. élaboration d'un projet d'étude comparative	R7. compte rendu du séminaire (en français et en anglais) R8. mise en ligne sur site web Odenore/EXNOTA des données des équipes étrangères R9. éléments pour projet d'enquête comparative
4. opérations de valorisation	4.1. rédaction d'articles scientifiques dans des revues internationales 4.2. production de documents de synthèse	R10. articles en français ou en anglais R11. mise en ligne sur sites CETAF, Odenore/EXnota des résultats. Impression documents de synthèse pour large diffusion

B. rappel de l'échéancier objectifs/rendus

Objectifs	T0	T6	T12	T18	T24	T30	T36
1.1	**Début**		**R1**		**R1**		**R1**
1.2			**Début**	**R2**	**Tests**	**Tests**	**Tests**
2.1	**Début**						**R4**
2.2		**Début**	**R5**		**R5**		**R5**
3.1						**Début**	**R7, R8**
3.2						**Début**	**R9**
4.1			**Début**	**R10**	**R10**	**R10**	**R10**
4.2			**Début**	**R11**	**R11**	**R11**	**R11**

[16] Thèse sur le non-recours à la santé financée par le programme Emergence 2005 de la région Rhône-Alpes.

halshs-00138936, version 1 - 28 Mar 2007

Annexe 3. Résultats de l'étude quantitative

A. Définition du « non-recours aux soins »

Les situations de non-recours aux soins seront définies à partir de **trois variables** :

- **Visite chez le médecin :**

« *Ces deux dernières années, avez-vous consulté un médecin (généraliste ou spécialiste) ?* »

☐ Jamais
☐ 1 fois par an
☐ 2 fois par an
☐ Plus souvent

- **Visite chez le dentiste :**

« *Ces deux dernières années, avez-vous consulté un dentiste ?* »

☐ Jamais
☐ 1 fois par an
☐ 2 fois par an
☐ Plus souvent

- **Suivi gynécologique :**

« *Etes-vous suivie régulièrement une fois par an sur le plan gynécologique* »

☐ Oui
☐ Non

Ces variables seront utilisées de la manière suivante :

- **Le non-recours au médecin** sera expliqué par la réponse « Jamais » à la question concernant la « Visite chez le médecin ».
- **Le non-recours au dentiste** sera expliqué par la réponse « Jamais » à la question concernant la « Visite chez le dentiste ».
- **Le non suivi sur le plan gynécologique** sera expliqué par la réponse « Non » à la question concernant le « Suivi gynécologique ».

B. Analyses statistiques

Pour expliquer le non-recours aux soins (3 définitions) chez les actifs précaires, les variables utilisées sont les suivantes :

Variables à expliquer :

- **Non-recours au médecin**
- **Non-recours au dentiste**
- **Non suivi sur le plan gynécologique**

Variables explicatives :

- Variables socio-économiques :
  - **Age** (5 tranches d'âge : 16-19 ans, 20-29 ans, 30-39 ans, 40-49 ans, 50-59 ans)
  - **Niveau d'études** (6 catégories : 1 : Diplôme du premier cycle universitaire
    2 : Diplôme du second cycle universitaire
    3 : BAC, brevet de technicien

4 : CAP, BEP, BEPC…
5 : Sans diplôme ou CEP seul
6 : Ne sait pas lire ou écrire le français)

- **Catégorie socioprofessionnelle** (PCS) (5 catégories : 1 : Cadres supérieurs
  2 : Professions intermédiaires
  3 : Artisans, commerçant…
  4 : Employés
  5 : Ouvriers
  6 : Autres)
- **Durée de chômage** (4 durées : 1 : 1 à 2 ans,
  2 : 2 à 3 ans,
  3 : 3 ans et plus,
  4 : jamais travaillé)
- **Complémentaire santé** (1 : Bénéficiaires de mutuelles privées
  2 : Bénéficiaires de la CMU
  3 : Bénéficiaires d'aides autres que la CMU
  4 : Personnes sans complémentaire)
- **Couple** (« Vivez-vous en couple ? » : oui ou non)
- **Rencontre d'un travailleur social**
  (« Rencontrez-vous parfois un travailleur social ? » oui ou non)
- **Problèmes financiers**
  (« Y a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF,…) ? » oui ou non)

o Variables de santé :

- **IMC** : Indice de masse corporelle (IMC = poids(kg) / taille²(m²))
  (4 catégories : Normal, maigreur, surpoids, obésité)
- **Audition** (3 catégories : audition normale, légère surdité, moyenne à sévère surdité)
- **Vue** (Déficit visuel si au moins une acuité visuelle est >7/10)
- **Caries** (4 catégories : Pas de caries, 1 à 3 caries, 4 à 9 caries et 10 caries et plus)
- **Santé perçue**
  (« Compte tenu de votre âge, veuillez indiquer par une note comprise entre 0 et 10 votre état de santé telle que vous la ressentez, sachant que 0 indique une très mauvaise santé, et 10, une très bonne santé. »
  3 catégories : Notes de 0 à 4, notes 5 et 6, notes de 7 à 10)
- **Cholestérol** (Cholestérol élevé : > à 7 mmol/l)
- **Hémoglobine** (Hémoglobine basse : < à 129 g/l)
- **Glucose** (Hyperglycémie : > à 7 mmol/l pour les >=18 ans
  >5.6mmol/l pour les <18 ans)
- **Pression artérielle** (TAS>=140 ou TAD>=90)
- **Triglycérides** (3 intervalles : < à 2.3 mmol/l
  > à 2.3 et < à 4.6 mmol/l
  >4.6 mmol/l)

Populations étudiées :

- Les chômeurs de plus de 1 an
- Les bénéficiaires du RMI et/ou CMU
- Les jeunes de 16 à 25 ans en insertion professionnelle

halshs-00138936, version 1 - 28 Mar 2007

halshs-00138936, version 1 - 28 Mar 2007

- Les personnes occupant un emploi « non stable » ou un emploi « stable à temps partiel »
- Les personnes occupant un emploi stable à temps plein déclarant rencontrer dans le mois de réelles difficultés financières
- Les personnes travaillant et les chômeurs depuis moins d'1 an parmi les consultants actifs présentant un risque de fragilité sociale selon le score EPICES « Evaluation de la précarité et des inégalités de santé dans les CES » (EPICES ≥ 30)

Les résultats obtenus pour chaque population seront comparés entre eux, ainsi qu'aux résultats obtenus sur la population de référence : la population complémentaire des non précaires.

C. Méthode d'analyse :

L'objectif de l'analyse statistique est d'identifier les déterminants du non-recours au médecin, du non-recours au dentiste et du non suivi gynécologique. Pour cela, nous étudions les relations entre les variables socioéconomiques et de santé citées ci-dessus et les 3 variables de non-recours.

L'analyse s'effectue en 2 étapes :

1. L'analyse univariée :

Pour chaque variable, nous étudions le lien entre la variable et les 3 types de non-recours (médical, dentaire et gynécologique), pour les deux sexes.

Chaque case du tableau suivant représente l'analyse entre une variable et un type de non-recours chez les hommes puis chez les femmes.

Tableau : Analyses réalisées sur chaque population

		Homme		Femme		
		Non-recours médical	Non-recours dentaire	Non-recours médical	Non-recours dentaire	Non-recours gynécologique
Socio-économie	Age					
	Niveau d'étude					
	PCS					
	Durée d'inactivité					
	Complémentaire					
	Couple					
	Travailleur social					
	Problème financier					
Santé	IMC					
	Audition					
	Vue					
	Carie					
	Santé perçue					
	Cholestérol					
	Hémoglobine					
	Glucose					
	Pression artérielle					
	Triglycérides					

18 variables * 5 types de non-recours
=
90 analyses

Pour chaque analyse, les résultats comportent :

- Les prévalences du non-recours (tableaux et graphes)
- Les tableaux des risques relatifs (RR)

halshs-00138936, version 1 - 28 Mar 2007

2. Les analyses multivariées :

La mise en œuvre de ces analyses s'effectue à l'aide de régressions logistiques dont les variables à expliquer sont les variables de non-recours, et les variables explicatives sont les variables socioéconomiques (2.1) et les variables de santé (2.2).

2.1. Les déterminants socioéconomiques du non-recours

Nous cherchons à connaître les variables les plus déterminantes de chaque non-recours (médical, dentaire et gynécologique) parmi les variables socio-économiques.

2.2. Les déterminants de santé du non-recours

Nous cherchons à connaître les variables les plus déterminantes de chaque non-recours (médical, dentaire et gynécologique) parmi les variables de santé.

Pour les analyses 2.1 (socioéconomique) et 2.2 (santé), les résultats comportent les Odds ratios et leurs intervalles de confiance à 95 % (présentés sous forme de tableaux et de graphes).

2 séries de variables (économiques et de santé) * 5 types de non-recours =
10 analyses

2.3. Les déterminants du non-recours

L'étape finale consiste à chercher les déterminants de chaque non-recours (médical, dentaire et gynécologique) parmi toutes les variables étudiées (socioéconomiques et médicales).

L'analyse multivariée est effectuée par régression logistique sur l'ensemble des variables socioéconomique et de santé. Il est important de souligner que nous avons choisi de réaliser ces analyses en considérant les variables comme des variables quantitatives afin de ne générer qu'une seule mesure de l'association par indicateur. En effet, cette méthode a pu être utilisée puisque nous n'avions pas observé d'écart majeur à la linéarité des variables lors des analyses univariées et multivariées réalisées auparavant. Pour chaque variable, nous avons donc un seul Odd ratios qui synthétise l'effet de la variable sur le non-recours.

Pour chaque analyse, les résultats comportent :

- Les tableaux des Odds ratios et intervalles de confiance à 95 %
- Le classement décroissant des Odds ratios : classement des variables les plus déterminantes à celle n'ayant pas de lien avec le non-recours aux soins.

1 série de variables (toutes les variables) * 5 types de non-recours
=
5 analyses

Soit un total de **105 analyses par population**.

halshs-00138936, version 1 - 28 Mar 2007

D. Synthèse de l'analyse pour les chômeurs de plus de 1 an

D.1. Descriptif de la population

Les chômeurs étudiés sont les personnes n'ayant pas d'activité professionnelle depuis plus d'un an. Les personnes au foyer, les étudiants, les retraités et les personnes sans activité ne recherchant pas effectivement un emploi ne sont pas pris en compte.

Ont été sélectionnés tous les chômeurs de plus de un an parmi les consultants de 16 à 59 ans ayant passé un examen périodique de santé entre 2002 et 2005 (lorsqu'un consultant a passé plusieurs examens sur la période, un seul examen est pris en compte).

Ont été exclus de l'étude les individus étant hors FNPEIS (Fonds de Prévention d'Education et d'Information Sanitaire), les agriculteurs (trop faible effectif) et les bilans hors référentiels (bilans incomplets).

L'analyse porte donc sur 160 017 consultants dont 49,4 % d'hommes et 50,6 % de femmes.

Tableau 1. Répartition des chômeurs de plus de un an par âge et par région d'habitation.

		Homme		Femme	
		Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Age	16-19 ans	1490	1,9%	1833	2,3%
	20-24 ans	4128	5,2%	6095	7,5%
	25-29 ans	7978	10,1%	9041	11,2%
	30-34 ans	9137	11,6%	10285	12,7%
	35-39 ans	9377	11,9%	10440	12,9%
	40-44 ans	9816	12,4%	10319	12,8%
	45-49 ans	9891	12,5%	9621	11,9%
	50-54 ans	11573	14,6%	10544	13,0%
	55-59 ans	15696	19,8%	12753	15,8%
	Total	79086	100,0%	80931	100,0%
Région Européenne	Nord-Ouest	8911	11,3%	8768	10,8%
	Ouest	8239	10,4%	8752	10,8%
	Est	10272	13,0%	12368	15,3%
	Sud-Ouest	11192	14,2%	12384	15,3%
	Sud-Est	12550	15,9%	11745	14,5%
	Massif-Central	6282	7,9%	7703	9,5%
	Ile-de-France	18110	22,9%	14743	18,2%
	Guadeloupe	3513	4,4%	4445	5,5%
	Total	79069	100.0%	80908	100.0%

halshs-00138936, version 1 - 28 Mar 2007

Tableau 2. Répartition socio-économique des chômeurs de plus de un an.

		Homme		Femme	
		Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Niveaux d'études	Licence, Maîtrise, école d'ingénieur,...	5881	9,5%	4315	6,7%
	DEUG, DUT, BTS	4517	7,3%	4337	6,7%
	BAC	8041	13,0%	9252	14,3%
	CAP, BEP, BEPC, Brevet des collèges, certificat de fin d'apprentissage	23830	38,6%	25516	39,3%
	Sans diplôme ou CEP seul	16919	27,4%	19208	29,6%
	Ne sait pas lire ou écrire le français	2513	4,1%	2244	3,5%
	Total	61701	100,0%	64872	100,0%
PCS	Cadres supérieurs	4719	6,0%	1963	2,4%
	Professions intermédiaires	5850	7,4%	4520	5,6%
	Artisans commercants	648	0,8%	302	0,4%
	Employés	28906	36,6%	45725	56,5%
	Ouvriers	33391	42,2%	20230	25,0%
	Autres inactifs	5572	7,0%	8191	10,1%
	Total	79086	100,0%	80931	100,0%
Durée de chômage	>1 an et <= 2 ans	27988	35,4%	27251	33,7%
	>2 ans et <= 3 ans	12742	16,1%	12666	15,7%
	>3 ans et plus	32583	41,2%	32421	40,1%
	jamais travaillé	5773	7,3%	8593	10,6%
	Total	79086	100,0%	80931	100,0%
Complémentaire sociale	Mutuelle complémentaire	27623	35,5%	37134	46,5%
	Bénéficiaire de la CMU	37008	47,6%	33603	42,1%
	Bénéficiaire d'une aide médicale autre que la CMU	1087	1,4%	1062	1,3%
	Sans complémentaire	12096	15,5%	8086	10,1%
	Total	77814	100,0%	79885	100,0%
Couple	En couple	30536	44,0%	35941	49,1%
	Pas en couple	38917	56,0%	37244	50,9%
	Total	69453	100,0%	73185	100,0%
Travailleur social	Rencontre d'un travailleur social	20536	35,4%	21002	34,6%
	N'a jamais rencontré de travailleur social	37419	64,6%	39641	65,4%
	Total	57955	100,0%	60643	100,0%
Problèmes financiers	Problèmes financiers	29862	50,5%	29192	46,7%
	Pas de problème financier	29253	49,5%	33326	53,3%
	Total	59115.00	100,0%	62518	100,0%

halshs-00138936, version 1 - 28 Mar 2007

Constats :

- Les trois quarts des chômeurs de plus de un an sont des employés ou des ouvriers et ont un niveau d'étude inférieur au baccalauréat.
- La moitié de la population d'étude sont des chômeurs de longue durée (> 3 ans).
- Les hommes sont moins nombreux que les femmes à avoir une mutuelle complémentaire.
- Enfin, plus de 45 % des chômeurs de plus de un an sont bénéficiaires de la CMU et 12 % n'ont pas de complémentaire.
- Plus de la moitié des chômeurs de plus de un an ne vivent pas en couple.
- Près d'un chômeur de plus de un an sur 2 a de réelles difficultés financières.

D.2. Recours au médecin, dentiste et gynécologue

16,3 % des hommes n'ont pas eu recours au médecin au cours des 2 dernières années et plus d'un tiers n'a pas consulté un dentiste.

Chez les hommes, le non-recours au médecin et le non-recours au dentiste sont respectivement 2,4 et 1,5 fois plus fréquents que chez les femmes.

Chez les femmes, plus d'un tiers n'a pas de suivi gynécologique régulier.

Tableau 3. Recours au médecin, dentiste et gynécologique chez les chômeurs.

		Hommes	Femmes
Fréquence des consultations chez le médecin	Jamais	**16,3%**	**6,8%**
	1 fois par an	26,7%	18,9%
	2 fois par an	18,7%	20,1%
	Plus souvent	38,3%	54,2%
	Total	100,0%	100,0%
Fréquence des consultations chez le dentiste	Jamais	**33,3%**	**21,9%**
	1 fois par an	40,7%	46,2%
	2 fois par an	12,4%	14,8%
	Plus souvent	13,6%	17,1%
	Total	100,0%	100,0%
Suivi gynécologique	Non	-	**37,9%**
	Oui	-	62,1%
	Total	-	100,0%

halshs-00138936, version 1 - 28 Mar 2007

D.3. Les déterminants du non-recours aux soins

Les résultats présentés ici sont les résultats obtenus à partir de l'analyse multivariée sur toutes les variables (*cf.* section 2.3).

Le classement des variables les plus liées au non-recours aux variables les moins liées est fait à partir de l'Odd ratios des variables.

La première partie des tableaux regroupe les Odd ratios significatifs de plus grand au plus petit. Les Odd ratios significatifs sont les Odd ratios dont l'intervalle de confiance ne comprend pas la valeur « 1 » : ils sont identifiés par une étoile « * ». Plus l'Odd ratios est supérieur à 1 ou inférieur à 1, plus la relation avec le non-recours est importante.

La deuxième partie des tableaux regroupe les Odds non significatifs : ce sont les variables qui n'ont pas de relation significative avec le non-recours.

Les résultats présentés ici sont donc le classement des variables les plus déterminantes du non-recours aux variables n'ayant pas de relation avec le non-recours.

halshs-00138936, version 1 - 28 Mar 2007

Classements des indicateurs associés au non-recours au médecin chez les chômeurs de plus de 1 an

Médecin	Homme	
	OR	IC 95
Ne pas vivre en couple (a)	1.57 *	[1.45 ; 1.70]
Complémentaire santé (b)	1.35 *	[1.30 ; 1.39]
Tension artérielle élevée	1.31 *	[1.18 ; 1.45]
Présence de caries	1.28 *	[1.23 ; 1.33]
Déficit visuel	1.24 *	[1.15 ; 1.34]
Taux de cholestérol élevé	1.24 *	[1.10 ; 1.41]
Niveau d'études (Du plus élevé au plus faible)	1.10 *	[1.06 ; 1.13]
Longue durée du chômage	1.08 *	[1.05 ; 1.10]
IMC (Maigreur, surpoids, obésité)	0.92 *	[0.89 ; 0.95]
Mauvaise santé perçue (c)	0.79 *	[0.75 ; 0.83]
Problèmes financiers	1.05	[0.97 ; 1.13]
Taux d'hémoglobine bas	1.04	[0.86 ; 1.26]
Rencontre d'un travailleur social	1.00	[0.93 ; 1.08]
Age	0.99	[0.97 ; 1.13]
Déficit auditif	0.99	[0.91 ; 1.07]
Taux de triglycérides élevé	0.99	[0.89 ; 1.11]
PCS (De la plus favorisée à la moins favorisée) (d)	0.98	[0.94 ; 1.01]
Taux de glucose élevé	0.83	[0.69 ; 1.00]

Médecin	Femmes	
	OR	IC 95
Taux de cholestérol élevé	1.51 *	[1.22 ; 1.86]
Complémentaire santé (b)	1.30 *	[1.24 ; 1.37]
Présence de caries	1.33 *	[1.25 ; 1.42]
Déficit visuel	1.31 *	[1.17 ; 1.46]
Ne pas vivre en couple (a)	1.23 *	[1.10 ; 1.38]
Niveau d'études (Du plus élevé au plus faible)	1.12 *	[1.07 ; 1.18]
Longue durée du chômage	1.12 *	[1.09 ; 1.16]
Mauvaise santé perçue (c)	0.83 *	[0.77 ; 0.90]
Tension artérielle élevée	1.22	[0.99 ; 1.49]
Age	1.18	[0.99 ; 1.39]
Rencontre d'un travailleur social	1.11	[0.99 ; 1.24]
Problèmes financiers	1.08	[0.97 ; 1.21]
Déficit auditif	1.07	[0.94 ; 1.21]
Taux d'hémoglobine bas	1.05	[0.90 ; 1.23]
PCS (De la plus favorisée à la moins favorisée)(d)	1.04	[0.98 ; 1.10]
IMC (Maigreur, surpoids, obésité)	0.97	[0.93 ; 1.02]
Taux de triglycérides élevé	0.87	[0.66 ; 1.14]
Taux de glucose élevé	0.87	[0.59 ; 1.28]

Aide à la lecture :

(a) Les hommes ne vivant pas en couple ont un risque plus élevé d'être en non-recours au médecin par rapport aux hommes vivant en couple.

(b) Le risque d'être en non-recours au médecin dépend du type de la complémentaire santé. L'Odd ratios de cette variable est significatif et supérieur à 1, donc les bénéficiaires de la CMU ont plus de risque d'être en non-recours que les bénéficiaires d'une mutuelle privée. De même, les

personnes sans complémentaire ont plus de risque d'être en non-recours que les bénéficiaires de la CMU et donc aussi des bénéficiaires d'une mutuelle privée.

(c) Les hommes déclarant une mauvaise santé ont un risque plus faible d'être en non-recours par rapport à ceux se déclarant en bonne santé.

(d) La PCS n'a pas de relation significative avec le non-recours. Le risque d'être en non-recours est le même pour toutes les catégories socioprofessionnelle.

Ne pas vivre en couple, l'absence de complémentaire, être bénéficiaire de la CMU ou d'une autre aide, la présence de caries, un déficit visuel, un taux de cholestérol élevé, un niveau d'études faible et un chômage de longue durée sont les indicateurs les plus liés à la situation de non-recours au médecin dans les deux sexes.

La relation « ne pas vivre en couple » avec le non-recours au médecin est très marqué chez les hommes ; cette relation est également observée chez la femme, sans avoir la même portée.

La mauvaise santé perçue est liée au non-recours au médecin chez les hommes et chez les femmes ; cependant, il s'agit des chômeurs se sentant en mauvaise santé qui sont les moins fréquemment en non-recours au médecin.

La tension artérielle élevée et l'IMC sont liés chez les hommes au non-recours au médecin, mais ne le sont pas chez la femme.

halshs-00138936, version 1 - 28 Mar 2007

halshs-00138936, version 1 - 28 Mar 2007

Classements des indicateurs associés au non-recours au dentiste chez les chômeurs de plus de 1 an

Dentiste	Homme	
	OR	IC 95
Présence de caries	1.53 *	[1.48 ; 1.58]
Tension artérielle élevée	1.43 *	[1.31 ; 1.55]
Complémentaire santé (a)	1.29 *	[1.25 ; 1.33]
Déficit visuel	1.29 *	[1.21 ; 1.37]
Ne pas vivre en couple	1.22 *	[1.15 ; 1.30]
Problèmes financiers	1.14 *	[1.07 ; 1.21]
Mauvaise santé perçue	1.10 *	[1.06 ; 1.15]
Niveau d'études (Du plus élevé au plus faible)	1.08 *	[1.05 ; 1.11]
PCS (De la plus favorisée à la moins favorisée)(b)	1.07 *	[1.04 ; 1.10]
Longue durée du chômage	1.05 *	[1.03 ; 1.07]
Taux de glucose élevé	1.13	[0.98 ; 1.31]
Taux d'hémoglobine bas	1.08	[0.92 ; 1.26]
Déficit auditif	1.07	[1.00 ; 1.15]
Taux de cholestérol élevé	1.03	[0.93 ; 1.15]
Age	0.99	[0.96 ; 1.03]
Rencontre d'un travailleur social	0.96	[0.90 ; 1.02]
IMC (Maigreur, surpoids, obésité)	0.97	[0.95 ; 1.00]
Taux de triglycérides élevé	0.96	[0.89 ; 1.05]

Dentiste	Femmes	
	OR	IC 95
Présence de caries	1.48 *	[1.42 ; 1.54]
Tension artérielle élevée	1.39 *	[1.23 ; 1.57]
Déficit visuel	1.30 *	[1.21 ; 1.39]
Problèmes financiers	1.27 *	[1.03 ; 1.26]
Taux d'hémoglobine bas	1.26 *	[1.14 ; 1.38]
Déficit auditif	1.26 *	[1.16 ; 1.35]
Complémentaire santé (a)	1.26 *	[1.22 ; 1.30]
Taux de cholestérol élevé	1.20 *	[1.05 ; 1.38]
Age	1.14 *	[1.03 ; 1.26]
IMC (Maigreur, surpoids, obésité)	1.12 *	[1.09 ; 1.15]
PCS (De la plus favorisée à la moins favorisée)	1.10 *	[1.06 ; 1.14]
Mauvaise santé perçue	1.07 *	[1.03 ; 1.12]
Longue durée du chômage	1.04 *	[1.01 ; 1.06]
Taux de glucose élevé	1.21	[0.99 ; 1.48]
Taux de triglycérides élevé	1.08	[0.93 ; 1.26]
Ne pas vivre en couple	1.05	[0.98 ; 1.12]
Niveau d'études (Du plus élevé au plus faible)	1.02	[0.99 ; 1.06]
Rencontre d'un travailleur social	1.01	[0.94 ; 1.08]

Aide à la lecture :

(a) Même remarque que pour le non-recours au médecin : le risque d'être en non-recours au dentiste dépend du type de la complémentaire santé. L'Odd ratios de cette variable est significatif et supérieur à 1, donc les bénéficiaires de la CMU ont plus de risque d'être en non-recours que les bénéficiaires d'une mutuelle privée. De même, les personnes sans complémentaire ont plus de risque d'être en non-recours que les bénéficiaires de la CMU et donc aussi des bénéficiaires d'une mutuelle privée.

(b) Contrairement au non-recours au médecin, l'Odd ratios de la variable « PCS » est significatif ; le non-recours au dentiste est donc lié à la PCS. D'autre part, l'Odd ratios est supérieur à 1 ; ce qui signifie que le risque de non-recours au dentiste augmente avec une catégorie socioprofessionnelle (PCS) défavorisée. Du cadre supérieur aux ouvriers, le risque d'être en non-recours augmente d'une catégorie à l'autre.

Chez les femmes comme chez les hommes, le non-recours au dentiste est lié à la présence de caries, à une tension artérielle élevée, l'absence de complémentaire, être bénéficiaire de la CMU ou d'une autre aide, au déficit visuel, à la mauvaise santé perçue, aux problèmes financiers, aux PCS défavorisées et à la durée de chômage.

Les hommes ne vivant pas en couple, ou ayant un niveau d'études faibles ont un risque plus élevé d'être en non-recours au dentiste.

Chez les femmes, un taux d'hémoglobine bas, un déficit auditif, un taux de cholestérol élevé, un surpoids ou une obésité et l'âge sont liés au non-recours au dentiste.

halshs-00138936, version 1 - 28 Mar 2007