



HAL
open science

Le non-recours aux soins des actifs précaires - bilan de la recherche

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

► To cite this version:

Philippe Warin, Carine Chatain, Catherine Chauveaud, Stéphanie Gutton, Jean-Jacques Moulin, et al.. Le non-recours aux soins des actifs précaires - bilan de la recherche. Colloque "Bilan et perspective" - Programme Santé Environnement / Santé Travail - ANR, Dec 2009, Paris, France. halshs-00429063

HAL Id: halshs-00429063

<https://shs.hal.science/halshs-00429063>

Submitted on 2 Nov 2009

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.

Agence Nationale de la Recherche

Colloque « Bilan et perspectives »

Programme « Santé Environnement/Santé Travail »

Le non-recours aux soins des actifs précaires

Communication

10 décembre 2009

Equipes :

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

Coordinateur :

P. Warin.

Odenore : Maison des Sciences de l'Homme – BP 47 – 38040 Grenoble Cedex 9.

Cetaf : 67-69 avenue Rochetaillée – BP 167 – 42012 Saint-Etienne Cedex 02



Odenore

Observatoire des non-recours aux droits et services



Information · Prévention · Santé

Le non-recours aux soins des actifs précaires

L'objectif de cette recherche était de développer une analyse quantitative et qualitative du non recours aux soins des actifs précaires. L'interrogation initiale portait sur les relations entre absences de suivi médical ou renoncements aux soins, et cumul de précarités d'emploi, de revenus, dans le travail et la protection sociale.

L'étude des données des Centres d'examen de santé (CES) financés par l'Assurance Maladie a été au cœur de cette recherche. Une analyse de la base de données des CES gérée par le CETAF pour le compte de l'Assurance Maladie a été réalisée. Cette base de données sociales et médicales est unique en France : plus de 600 000 consultants par an sur l'ensemble du territoire. Le non recours aux soins a été mesuré à partir de 3 variables : absence de consultation médicale au cours des 2 ans ; absence de consultation dentaire au cours des 2 ans ; absence de suivi gynécologique. Plusieurs travaux statistiques ont été réalisés pour décrire finement les profils des personnes en situation de non recours aux soins. Ils ont été complétés par des travaux qualitatifs réalisés auprès de consultants de certains Centres d'examen de santé (150 entretiens semi directifs).

Le non recours aux soins des actifs précaires dans la problématique des inégalités sociales de santé.

Précaires ou non précaires, les populations actives sont toutes concernées. Elles le sont toutefois dans des proportions variables. Malgré cette différence de fréquence, le phénomène est cependant associé aux mêmes variables, quelle que soit la population considérée. Plus précisément, le non recours aux soins est fortement associé à des variables socioéconomiques liées aux conditions d'existence des individus :

- Ce résultat général donne raison à l'approche systémique des inégalités sociales qui montre en particulier comment les inégalités face à la santé peuvent être la conséquence d'un faisceau d'inégalités. Cela a été clairement démontré par la littérature internationale.
- Ce résultat complète toutefois cette analyse générale dans la mesure où il indique que les inégalités de recours aux soins – l'un des déterminants des inégalités de santé – relèvent de multiples causes, qui ne proviennent pas seulement des conditions de travail et des modes de vie, mais aussi de facteurs relatifs à *l'environnement social*, tels que *l'isolement* et *la responsabilité familiale*.

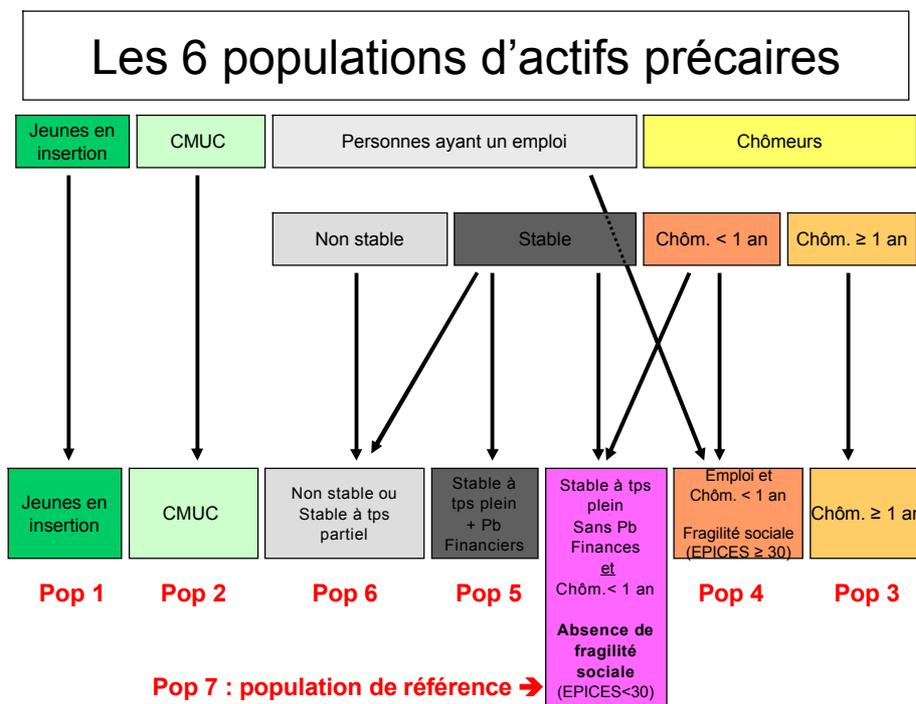
Ces facteurs mis en exergue par l'étude statistique et par l'enquête par entretiens, réalisées dans le cadre de cette recherche, indiquent que les inégalités de recours aux soins ont des déterminants autres que les variables habituellement remarquées en épidémiologie sociale, tel que *le capital social* des individus. Elle conduit notamment à tenir compte de dimensions d'ordre psychologique, dès lors qu'elle observe *in fine* que les individus « vivant seuls », sans *support social* et sans responsabilité d'autrui sont davantage que d'autres vulnérables au non recours du fait d'un repli sur soi plus prononcé.

Dans ces conditions, une action menée dans le but de réduire le phénomène de non recours aux soins ne peut pas s'attaquer à une cause unique. Certes, les conditions matérielles de vie des actifs précaires constituent bien une cible prioritaire pour améliorer l'accès à la santé et corriger ainsi des inégalités sociales. De ce point de vue, notre travail montre l'importance des difficultés financières liées à la précarité du travail et de l'emploi parmi les facteurs associés au non recours. La très forte prévalence du risque de non-recours en cas d'absence de complémentaire santé le confirme. Il n'en demeure pas moins que l'enjeu qui apparaît ici est aussi de (re)constituer la santé comme un bien individuel et collectif dans une société où à la fois la montée des précarités, la transformation des relations familiales et la progression du « vivre seul » bousculent vraisemblablement les mécanismes d'apprentissage ou de socialisation par lesquels la santé est transmise à la fois comme norme, valeur et croyance. Au terme de cette recherche, le phénomène du non recours aux soins dévoile aussi la nature du risque qu'il représente, à savoir celui d'une situation qui peut conduire les individus à renier leur propre importance.

1. Matériels et méthodes.

a) Etude statistique de la base de données des Centres d'examens de santé financés par l'Assurance Maladie.

La population étudiée est l'ensemble des consultants de 16 à 59 ans ayant passé un examen 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'étude est transversale et porte sur 1 427 431 consultants, dont 49.6 % d'hommes et 50.4 % de femmes. La recherche porte précisément sur 6 populations d'actifs précaires. Elle intègre aussi une « population de référence », à savoir celle des actifs non précaires. Les critères utilisés pour définir les populations d'actifs précaires sont des critères liés à la situation par rapport à l'emploi (chômage, conditions d'emploi), financiers, de couverture sociale et de fragilité sociale (mesurée à l'aide du score EPICES¹).



L'objectif de l'étude statistique a été d'identifier les déterminants du non recours au médecin, du non recours au dentiste et du non suivi gynécologique. Pour cela, nous avons étudié, par des analyses univariées et multivariées, les relations entre les variables socioéconomiques et de santé et les 3 variables de non recours systématiquement renseignées par les consultants au cours des examens de santé :

- *Le non recours au médecin*, séparément chez les hommes et les femmes, expliqué par la réponse « Jamais » à la question « Ces deux dernières années, avez-vous consulté un médecin (généraliste ou spécialiste) ? jamais, 1 fois l'an, 2 fois par an, davantage ? ».
- *Le non recours au dentiste*, séparément chez les hommes et les femmes, expliqué par la réponse « Jamais » à la question « Ces deux dernières années, avez-vous consulté un médecin (généraliste ou spécialiste) ? jamais, 1 fois l'an, 2 fois par an, davantage ? ».

¹ C. Sass *et al*, 2006, BEH, 14 : 93 ; C. Sass *et al*, 2006, Santé publique ,18 : 513.

- *Le non suivi sur le plan gynécologique, expliqué par la réponse « Non » à la question « Etes-vous suivie régulièrement 1 fois par an sur le plan gynécologique ».*

L'étape finale a consisté à chercher les déterminants de chaque non recours (médical, dentaire et gynécologique) parmi toutes les variables étudiées (socioéconomiques et de santé). L'analyse multivariée a été effectuée par régression logistique sur l'ensemble des variables socioéconomiques 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. Cette méthode a pu être utilisée puisque nous n'avons 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 Odds Ratios (OR) qui synthétise la relation de la variable avec le non recours. Pour chaque analyse, les résultats comportent : les tableaux des Odds Ratios (OR) et Intervalles de Confiance (IC) à 95 % ; le classement décroissant des Odds Ratios (OR) : classement des variables les plus déterminantes à celle n'ayant pas de lien avec le non recours aux soins. Au total, 120 analyses statistiques ont été réalisées.

b) Enquête par entretiens auprès de consultants de Centres d'examens de santé.

Une série d'entretiens semi directifs a été réalisée auprès de 44 consultants du Centre d'examens de santé du département de l'Isère financé par l'Assurance Maladie. Ils ont été complétés par plus de 110 entretiens réalisés dans le cadre d'une recherche doctorale de science politique, menée en parallèle sur le même sujet, dans le cadre du Programme « Emergence 2005 » de la Région Rhône-Alpes, mais pris en compte dans la présente recherche.

Les entretiens ont cherché à comprendre les situations de recours et de non recours aux soins des personnes en tenant compte de leur situation et de leur trajectoire sociales. L'attention a porté en particulier sur les conditions de vie et les supports sociaux, les résultats statistiques produits à partir de l'analyse de la base de données du CETAF mettant en évidence l'importance de ces facteurs pour les différentes populations.

L'analyse des entretiens a été effectuée au moyen du logiciel Sphinx-Lexica de façon à procéder à la fois à une étude « quanti/quali » des données recueillies et à une analyse lexicale des propos tenus. Pour cela, les entretiens ont été enregistrés avec l'accord des personnes et retranscrits grâce au logiciel de reconnaissance vocale Dragon Naturally Speaking.

2. Résultats.

a) Une exposition différente aux facteurs de vulnérabilité sociale entre précaires et non précaires.

Quelle que soit la variable socioéconomique prise en compte, les populations d'actifs précaires se distinguent nettement de la population des actifs non précaires. Sur tous les plans, la proportion d'individus présentant un facteur de vulnérabilité à la précarité est nettement supérieure aux résultats obtenus pour les actifs non précaires. Les actifs non précaires, apparemment mieux protégés du « cumul de précarités qui fait la précarité », peuvent toutefois être soumis aux mêmes difficultés et incertitudes que les actifs précaires. Ils ont néanmoins davantage de capacités à trouver de l'aide en cas de besoin comme le montrent à la fois l'étude statistique et l'enquête par entretiens. C'est ce qui les différencie en particulier des actifs ayant un emploi précaire.

En %	Chômeurs de plus d'1 an		Jeunes en insertion		Bénéficiaires CMU-C		Travailleurs emploi temps partiel ou non stable		Travailleurs emploi stable temps plein avec problèmes financiers		Chômeurs – d'1 an et travailleurs précaires ^a		Actifs non précaires ^a	
	n = 160 017		n = 84 088		n = 238 236		n = 134 591		n = 57 005		n = 162 985		n = 301 069	
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F
Sans diplôme ou CEP seul	27.4	29.6	40.0	30.0	32.1	34.6	17.9	16.6	18.8	17.5	23.1	23.6	6.8	7.5
Ne sait pas lire/ écrire le français	4.1	3.5	1.3	0.9	5.1	6.2	2.1	1.4	2.2	1.6	2.9	2.4	0.4	0.4
Employés ou ouvriers	78.8	81.5	7.9	8.7	54.6	45.2	67.2	74.6	74.2	76.0	79.4	82.1	64.8	59.2
Ne vit pas en couple	56.0	50.9	87.7	71.7	65.7	66.6	41.9	25.7	29.5	50.7	48.1	56.9	16.5	23.7
Pas de contact avec la famille	28.6	23.0	18.9	17.3	32.0	28.4	17.6	11.9	19.4	18.9	31.2	28.9	3.9	3.5
problèmes financiers	50.5	46.7	28.0	34.0	55.4	56.7	29.0	21.4	100*	100*	51.4	55.7	0.4	0.8
Pas hébergement si besoin	37.8	34.1	20.6	19.6	40.6	39.2	23.2	18.7	33.8	30.8	47.6	44.2	4.9	4.7
Pas aide matérielle si besoin	52.4	50.2	33.5	35.5	54.9	54.2	33.7	29.9	48.9	48.9	62.7	61.9	11.8	13.0
Rencontre un travailleur social	35.4	34.6	39.0	39.0	50.2	48.0	17.0	10.9	9.6	13.6	19.4	24.1	2.3	2.8
Absence de complémentaire	15.5	10.1	21.8	17.9	0**	0**	14.5	6.4	12.5	9.7	21.5	16.1	2.9	2.3

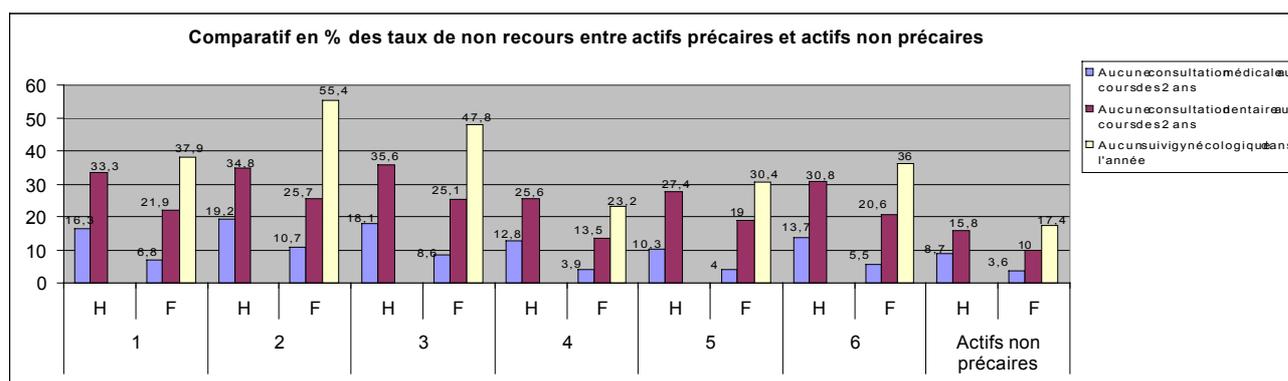
^a Précarité définie selon le score EPICES (score EPICES >=30)

* nécessairement 100% puisque les personnes sont prises en compte du fait de ces problèmes.

** nécessairement 0% puisqu'il s'agit de bénéficiaires de la CMU-C.

b) Une exposition différente au risque de non-recours des précaires et des non précaires.

Le non recours aux soins touche toutes les populations d'actifs précaires mais aussi les actifs non précaires. Aucune population n'est épargnée par ce phénomène. Les proportions d'individus varient cependant selon les populations, mais aussi selon le type de non recours.



- 1 : Chômeurs de + 1 an
- 2 : Jeunes en insertion
- 3 : Bénéficiaires CMU-C
- 4 : Travailleurs emploi temps partiel ou non stable
- 5 : Travailleurs emploi stable temps plein avec problèmes financiers
- 6 : Chômeurs - 1 an et travailleurs précaires

c) Une homologie entre non recours aux soins des actifs précaires et non recours aux soins des actifs non précaires.

Les analyses statistiques produites sur les populations d'actifs précaires et la population de référence identifient un faisceau de variables socioéconomiques et de variables de santé qui caractérisent le non recours aux soins. Quelle que soit la population d'actifs précaires prise en compte, on retrouve les mêmes variables caractérisant fortement le non recours au médecin, au dentiste et le non suivi gynécologique.

Concernant les variables de santé, l'état bucco-dentaire dégradé est toujours associé au non recours quelque soit la population et le type de non recours.

		Analyse multivariée : les variables de santé (ajustée sur les variables socioéconomiques)				
		Médecin		Dentiste		Gynéco
		H	F	H	F	F
1	Caries					
2	Santé perçue	1,3,4,5,6,7 (tous*)	1,3,4,5,6,7 (tous*)	1,2,3,6	1,3,4,6,7	
3	Vue	1,3,4,5,6,7	1,2,3,5,6	1,3,4,5,6,7		1,3,4,5,6,7
4	Obésité	1*,3*	3*,5*,6*	2,4,5,6,7		1,2,3,4,6,7
5	Tension artérielle	1,3	3,7	1,3,5,6,7	1,3,4,5,6,7	1,3,4,6,7
6	Audition	6*	3	3,4	1,2,3,6,7	1,2,3,4,6
7	Cholestérol	1,3,6,7	1	6,7	1,4,7	1,2*,4,5,6,7
8	Hémoglobine	7*	2,3,6,7	5,6	1,2,3,4,5,6	2,3,6,7
9	Glucose	3*	7	4	5	1,3,4,5,6
10	Maigreur	2	1	7		1,2,3,4,6,7
11	Triglycérides	5*,7		3*		2*

Concernant les variables socioéconomiques, le non-recours aux soins est fortement lié à l'absence de complémentaire santé, mais aussi à l'isolement des personnes et à la faiblesse de leurs supports relationnels.

		Analyse multivariée : les variables socioéconomiques (ajustée sur les variables de santé)				
		Non Recours au Médecin		Non recours au Dentiste		Non suivi Gynéco.
		H	F	H	F	F
1 : Chômeurs de + d'1 an 2 : Jeunes en insertion 3 : Bénéficiaires de la CMU 4 : Travailleurs à emploi non stable ou stable à temps partiel 5 : Travailleurs à emploi stable tps plein + pb financiers 6 : Chômeurs de - d'1 an et travailleurs précaires selon EPICES 7 : Population de référence						
Sans complémentaire santé ou bénéficiaires de la CMU						
Pas de contact avec la famille			1,2,3,4,5,6	1,2,3,4,5,6		
Ne pas vivre en couple			1,2,3,4,6,7	1,3,4,5,6,7	2*,6*	
Pas d'hébergement en cas de besoin		2,3,6,7	1,2,3,4,5,6	1,2,3,4,5,6	1,2,3,4,5,6	1,3,4,5,6,7
Age « 20-29 ans » vs « 50-59 ans »		2*	1*,2*,3*	2*,5*,6*,7*	*	*
Pas d'aide matérielle		1,2,3	2,3	2,3,5,6,7	1,3,4,5,6	
Avoir des problèmes financiers		6	2,3*,6	1,2,3	1,2,3,4,5,6	1,2,3*,4
PCS « Ouvriers » vs « Cadres »		2,3*,4*,6*,7*	2,4*,7*	1,3,6	1,2*,3,4	1,2,3,4,6,7
Les « Sans diplômes » vs « licence »		1,2,3,5,6	1,2,3,6	1,2,3,5,6	2,6	1,2,3,4
Rencontrer parfois un travailleur social		3,4,5,6	1,3,6	2*,7	2*,5*,7	3

Population suivie d'une étoile « * » : OR < 1

■ : variable liée au NR dans les 7 populations
■ : variable liée au NR dans les populations indiquées

Un non recours fortement lié à l'absence de complémentaire santé :

Pour toutes les populations d'actifs, le risque de non recours aux soins s'accroît nettement lorsque les personnes n'ont aucune complémentaire santé. L'absence de complémentaire santé est systématiquement associée à tous les types de non recours, quelle que soit la population prise en compte. Il s'agit de la variable socioéconomique la plus fortement associée au non recours. L'odds ratio du non recours est 1.7 à 2 fois plus élevé quand les personnes sont sans complémentaire santé que lorsqu'elles ont une mutuelle complémentaire. L'analyse statistique réalisée sur les bénéficiaires de la CMU-C est particulièrement intéressante. Elle montre que la CMU-C ne garantit pas de protection contre le non recours aux soins. Dans des proportions analogues aux autres populations d'actifs précaires, les bénéficiaires de la CMU-C sont également concernés. Ce résultat ne remet pas en question le constat d'une amélioration de l'accès effectif aux soins grâce à la CMU-C. Toutefois, il interroge sur l'existence d'un lien « intrinsèque » entre non recours et Complémentaire CMU.

Un phénomène associé aux limites de l'environnement social des individus :

L'environnement social d'un individu comprend plusieurs dimensions : ses conditions de vie et de travail, son niveau de revenus, son bagage éducatif et les groupes dont il fait partie. Les travaux statistiques et l'enquête par entretiens apportent de nombreux éléments qui associent le non recours aux soins des actifs précaires à l'une et l'autre de ces dimensions. Nous avons résumé ces observations en disant que *la prévalence du non recours grandit lorsque le précarité se double d'une désaffiliation*. Cette formule s'appuie sur plusieurs résultats quantitatifs et qualitatifs, que nous pouvons regrouper en emboîtant trois constats :

- Le *précarité* vu ici sous l'angle d'une « sortie » conjointe de l'emploi et avant tout de la protection sociale, serait propice à des situations de non recours, et probablement pas dans le seul domaine de la santé.
- Toutefois, le non recours aux soins renvoie fortement à l'isolement des personnes et à la faiblesse de leur support social, que les populations d'actifs précaires soient au travail ou pas. Ce n'est pas tant la précarité du travail ou de l'emploi qui augmente la possibilité de non recours que la faiblesse des liens sociaux et des solidarités qui leur permettraient de s'intéresser à leur santé. Le non recours ne renverrait donc pas seulement à la situation par rapport à l'emploi (ou au non emploi), mais aussi plus largement à l'affaiblissement des protections rapprochées qui est la caractéristique d'un processus de *désaffiliation*.
- L'observation principale à retenir de l'enquête par entretiens renvoie à la condition du vivre seul(e) qui fait qu'en l'absence d'une responsabilité familiale les comportements en matière de santé sont plus erratiques et le non recours aux soins plus fréquent. L'hypothèse d'un lien possible entre non recours et absence de responsabilité familiale, ou inversement entre recours aux soins et l'idée de responsabilité d'autrui, apparaît ici. Le non recours des actifs précaires apparaît par conséquent comme la résultante d'un faisceau d'explications, à la fois économiques, relationnelles et psychologiques.

Autrement dit, les facteurs les plus fortement corrélés au non-recours aux soins ne sont pas particuliers à un type de population, mais communs à l'ensemble des actifs indépendamment de leur rapport au travail ou à l'emploi. Ce résultat permet d'affirmer la présence d'une forte homologie entre non recours aux soins des actifs précaires et non recours aux soins des actifs non précaires, et de parler de non recours comme phénomène transversal.

Analyse multivariée (OR) : les variables socio-économiques

(ajustée sur les variables de santé)	Non Recours au Médecin		Non recours au Dentiste		Non suivi Gynéco.
	H	F	H	F	F
Sans complémentaire santé	2.00	2.00	1.79	1.82	1.87
Bénéficiaires de la CMU	1.58	1.51	1.25	1.11	1.25
Les « sans diplômes » vs « licence »	1.81	2.52	1.26	ns	1.81
PCS « ouvriers » vs « cadres »	0.51	ns	1.40	2.00	3.24
Age « 20-29 ans » vs « 50-59 ans »	1.06	1.40	1.19	1.56	1.64
Ne pas vivre en couple	1.36	1.25	1.19	1.04	1.95
Pas de contact avec la famille	1.37	1.38	1.21	1.24	1.23
Pas d'hébergement en cas de besoin	1.17	1.30	1.16	1.19	1.04
Pas d'aide matérielle	1.07	1.07	1.11	1.07	1.11
Avoir des problèmes financiers	ns	0.85	1.17	1.19	ns
Durée de chômage ≥ 3 ans	1.15	ns	1.10	1.10	1.15
Rencontrer parfois un travailleur social	0.94	0.88	ns	ns	ns



OR supérieur à 1,5

OR entre 1,25 et 1,5

OR entre 1,10 et 1,25

OR inférieur à 1,10

OR inférieur à 1

ns = OR non significatif

Réunion NOSAP – 04-12-07

3. Discussion : le besoin d'affiner la notion de non recours aux soins.

L'évocation progressive, dans le débat public, du « non recours aux soins » ne s'accompagne que très rarement d'une définition précise de ce qui est mis derrière ce phénomène. Dans le cadre de cette recherche, une définition du non recours aux soins a été proposée autour de trois variables issues de la base de données des CES : l'absence de consultation, au cours des deux dernières années, d'un médecin (généraliste ou spécialiste) ; l'absence de consultation, au cours des deux dernières années, d'un dentiste ; l'absence de suivi régulier, une fois par an, sur le plan gynécologique. Cette définition, en envisageant le non recours aux soins comme une *non-consommation* de soins, permet d'examiner principalement le champ de « l'accès primaire » aux soins et ainsi de mesurer les disparités qui peuvent y apparaître. Plus précisément, elle permet de centrer le regard sur les différences dans le degré d'utilisation du système de soins plutôt que sur la nature des recours aux soins, comme le font les principales études traitant des inégalités sociales de santé.

Appliquées dans le cadre de notre enquête qualitative, les variables retenues pour définir le non recours aux soins se sont révélées pratiques d'un point de vue méthodologique. Toutefois, à l'usage, certaines limites nous sont apparues. Nous énumérons ici les principales, tout du moins celles rencontrées lors de l'enquête par entretiens. Ces limites portent sur les catégories de soignants (la juxtaposition médecin généraliste/médecin spécialiste ; l'exclusion d'autres professions de santé), les besoins de soins, l'approche en termes de non consommation de soins. Elles nous conduisent, pour des recherches futures sur le non recours aux soins, à proposer de nouveaux items de façon à questionner plus finement la complexité du phénomène qui apparaît à travers l'ensemble de nos résultats : le renoncement aux soins ; le retard aux soins ; le refus de soins par les professionnels de santé ; l'abandon de soins ; l'inobservance thérapeutique ; les rendez-vous non honorés.

4. Un produit directement issu de la recherche : un outil de repérage du non recours aux soins.

Malgré les limites soulevées en ce qui concerne la définition initiale du non recours aux soins prise en compte à partir des données offertes par la base de données des CES financés par l'Assurance Maladie, l'analyse statistique réalisée a permis de proposer un outil de repérage du NON REcours aux Soins (NORES) et de répondre ainsi à l'objectif opérationnel annoncé dans le projet de recherche. Cet outil est en cours de test. Pour cela, il est appliqué par l'Observatoire des non recours aux droits et services (ODENORE) dans le cadre d'études en cours pour l'INPES (appel à projets 2007 « Prévention »), pour le Haut commissariat aux solidarités actives (« Expérimentations sociales 2008 »).

Nores : Outil de repérage du non recours aux soins

L'outil de repérage, NORES, a été conçu pour faciliter le repérage des personnes à risque de non recours aux soins. Il a été construit à partir des données des Centres d'examens de santé (CES)^{1,2} par le CETAF (Centre Technique d'appui et de Formation des CES) et l'Odenore (l'Observatoire des non recours aux droits et services) dans le cadre d'un projet financé par l'Agence Nationale pour la Recherche (programme Santé/Environnement – Santé/travail).

Cet outil a été élaboré à partir des variables socioéconomiques les plus liées aux non recours au médecin, au dentiste et au non suivi gynécologique dans des populations présentant diverses situations de précarité et/ou de vulnérabilité sociale³. L'outil varie de 0 à 7, du risque le plus faible au risque le plus élevé de non recours aux soins.

Des relations score-dépendantes sont observées entre l'indicateur NORES avec :

- le non recours au médecin, au dentiste et le non suivi gynécologique
- un mauvais état de santé perçue
- divers indicateurs de morbidité (en particulier : tabac, obésité, maigreur, hyperglycémie, anémie, présence de caries non traitées).

Sont considérés à risque élevé de non recours aux soins, les individus avec un score supérieur à 4.

Questionnaire Nores d'évaluation du risque de non recours aux soins

Questions	Oui	Non
Avoir moins de 30 ans	1	0
Ne pas vivre en couple	1	0
Niveau d'étude Ne pas savoir lire ou écrire le français ou Etre sans diplôme	2	0
Etre au chômage	1	0
Couverture maladie complémentaire Etre bénéficiaire de la CMUC ou Etre bénéficiaire d'une autre aide que la CMUC ou Etre sans Complémentaire	2	0

¹ Le réseau des CES réalise pour le compte de l'Assurance Maladie environ 600 000 examens de santé par an.

² Examens de santé réalisées entre 2002 et 2005 : 1 427 431 hommes et femmes âgés de 16 à 59 ans.

³ Jeunes de 16-25 ans en insertion, bénéficiaires de la CMUC, chômeurs de plus d'un an travailleurs en emploi non stable ou stable à temps partiel, travailleurs en emploi stable à temps plein déclarant rencontrer des problèmes financiers, travailleurs et chômeurs de moins de un an en situation de vulnérabilité sociale (selon le score EPICES).

Calcul

Les 5 questions doivent être renseignées.

Score obtenu par addition des réponses aux 5 questions.

5. Communications et publications issues de la recherche, ou de travaux immédiatement connexes (ex : thèse A. Rode).

- Gutton S., Sass C., Moulin J.-J. « Non-recours aux soins : données des Centres d'Examens de Santé. » In : Séminaire du Cluster 12, programme « Exclusion et non-recours aux droits et services », Saint Etienne, 15 décembre 2006.
- Gutton S., Sass C., Moulin J.-J., Chatain C., Labbe E., Gerbaud L., Rode A., Chauveaud C., Warin P. « Le non recours aux soins des travailleurs en emploi non stable ou table à temps partiel. » In : Journées de Veille Sanitaire, INVS, Paris, 29-30 novembre 2007.
- Gutton S., Sass C., Moulin J.-J., Chatain C., Labbe E., Gerbaud L., Rode A., Chauveaud C., Warin P. « Le non recours aux soins chez les chômeurs de plus d'un an. » In : 4^e Congrès International de Psychologie de la Santé de langue Française, Toulouse 20-22 juin 2007.
- Gutton S., Sass C., Moulin J.-J., Chatain C., Labbe E., Gerbaud L., Rode A., Chauveaud C., Warin P. « Le non recours aux soins chez les jeunes en insertion. » In : Journées de Veille Sanitaire, INPES. Journées de la Prévention, Paris, 10-11 avril 2008.
- Rode A., « Non recours au soins : questions de confiance. » In : Séminaire du Cluster 12, programme « Exclusion et non-recours aux droits et services », Saint Etienne, 15 décembre 2006.
- Rode A., « Les déterminants du non recours aux soins chez les populations précaires : une approche en terme de confiance. » In : 4^e Congrès international de psychologie de la Santé de langue française, Toulouse, 20-22 juin 2007.
- Rode A., « La construction du 'non-recours' aux soins des populations précaires et ses enjeux de légitimité. » In : Journées du Réseau thématique « Protection sociale, politiques sociales, solidarité » de l'Association française de sociologie, Grenoble, janvier 2008.
- Rode A., « Le non-recours aux soins des populations précaires : comprendre l'influence familiale dans la transmission des normes de santé. » In : Rencontre francophone internationale sur les inégalités sociales de santé, dans le cadre des Journées annuelles de santé publique, Québec, novembre 2008.
- Rode A., « *'Je n'ai jamais été très médecin'* : le non-recours aux soins et son inscription biographique. » In : Colloque « Making connections for health », organisé par l'Association internationale de sociologie, le Comité de recherche sur la sociologie de la santé et l'Association canadienne de sociologie de la santé, Montréal, mai 2008.
- Rode A., L'émergence du non-recours aux soins des populations précaires : entre droit aux soins et devoirs de soins *Lien Social et Politiques*, 2009, n°61.
- Chauveaud C, Warin P., « La question du non recours : une recherche scientifique utile pour l'action publique. » Intervention devant le Conseil économique et social de la Région Rhône-Alpes, Groupe « Exclusions », Lyon/Charbonnières, 15 mars 2007.
- Warin P., co-organisateur des Journées du Réseau thématique « Protection sociale, politiques sociales, solidarité » de l'Association française de sociologie, avec un panel sur « Ciblage et non recours aux droits et services sociaux », Grenoble, janvier 2008.
- Warin P., « Précarité et non-recours. » Texte proposé à l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale (ONPES) pour le rapport 2008-2009.