



HAL
open science

[The access to care of underserved populations: a research among free clinics patients in the Paris area]

Isabelle Parizot, Pierre Chauvin

► To cite this version:

Isabelle Parizot, Pierre Chauvin. [The access to care of underserved populations: a research among free clinics patients in the Paris area]. *Epidemiology and Public Health = Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 2003, 51, pp.577-88. inserm-00083688

HAL Id: inserm-00083688

<https://inserm.hal.science/inserm-00083688>

Submitted on 1 Sep 2006

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.

Le recours aux soins des personnes en situation précaire : une recherche auprès de consultants de centres de soins gratuits en région parisienne.

The access to care of underserved populations: a research among free clinics patients in the Paris area.

Isabelle Parizot, Pierre Chauvin

Equipe Avenir « Déterminants sociaux de la santé et du recours aux soins », INSERM U444, Paris.

Correspondance à : P. Chauvin Inserm, U444, Faculté de Médecine Saint-Antoine, 27 rue de Chaligny, 75012 Paris, email : pierre.chauvin@u444.jussieu.fr

Résumé

Au cours des 10 dernières années, l'augmentation du nombre de personnes en grande difficulté sociale – en milieu urbain particulièrement – a conduit à la création de centres de soins gratuits destinés aux personnes sans assurance maladie ou ayant de faibles ressources. Nous exposons certains résultats d'une recherche pluridisciplinaire, sociologique et épidémiologique, conduite auprès de consultants de cinq centres de ce type en région parisienne. Les analyses statistiques et qualitatives montrent la diversité du recrutement de ces centres, dans quelles conditions les personnes les fréquentent, la nature des services et des aides qu'elles y utilisent et, au-delà, les liens sociaux qui s'y créent. Ces résultats nous amènent à discuter les enseignements qu'on peut tirer afin d'enrichir la connaissance des déterminants de l'utilisation du système de soins, non seulement au sein des populations vulnérables prises en charge dans ces centres, mais aussi – peut-être – pour l'ensemble de la population.

Abstract

Over the last decade, the increasing number of people experiencing serious social conditions – especially in urban areas – has led to the implementation of free (health and social care) clinics for the uninsured and/or poor people. In this paper, we give some results of multidisciplinary (sociological and epidemiological) research conducted among patients in five of these free clinics in the Paris area. The analysis, whether statistical or qualitative, shows the diversity of the studied population, and in which conditions these consultants attended such clinics, what kind of services and help they utilize and, furthermore, what kind of social ties were strengthened. These results lead us to discuss our present knowledge of the determinants of the utilization of the healthcare system, not only among vulnerable people, but perhaps also amongst for the general population.

Mots-clés

Pluridisciplinarité, méthodes qualitatives, facteurs sociaux, accès aux soins, utilisation des soins, exclusion sociale

Key-words

Multidisciplinary studies, qualitative methods, social factors, access to care, healthcare utilization, social exclusion

Le recours aux soins des personnes en situation précaire consultant des centres de soins gratuits.

Introduction

Les trajectoires de désaffiliation sociale s'accompagnent souvent d'une dégradation de l'état de santé, que ces états morbides soient la cause ou la conséquence de la désaffiliation [1]. De nombreuses recherches, notamment dans les pays anglo-saxons, ont porté sur les relations entre la situation socio-économique, les conditions de vie et l'état de santé des individus [2, 3]. Elles montrent clairement que la précarité est associée à un risque accru en termes de morbidité, particulièrement en ce qui concerne la santé mentale, les maladies transmissibles comme la tuberculose ou les maladies sexuellement transmissibles, ou encore les dépendances aux différents toxiques (alcool, drogues, psychotropes) [4]. En France, des études conduites depuis les années 1990 [5-7] soulignent que, s'il n'y a pas de maladies spécifiques à la pauvreté, les personnes en situation d'exclusion sociale cumulent les facteurs de risque et les états morbides, et présentent des pathologies à un stade plus avancé que les autres [8]. Un ouvrage collectif récent a tenté de faire le point sur la question de l'impact des processus d'exclusion sociale sur les risques de santé et sur leur prise en charge – par l'individu lui-même et, en regard, par le système de soins existant [9].

A partir du milieu des années 1980, « l'exclusion des soins » de différentes populations en difficulté sociale (sans couverture maladie ou ayant des moyens financiers modestes) fut révélée et dénoncée dans le débat public. Pour faire face à ces situations, des dispositifs ont été créés (essentiellement en zone urbaine) afin d'offrir à ces personnes une prise en charge gratuite, d'abord dans des associations humanitaires puis à l'hôpital [10]. Au-delà de la diversité de leurs modalités de fonctionnement, des soins qu'ils proposent et de leur environnement institutionnel (hospitalier, associatif, communal, etc.), ces centres ont généralement en commun d'avoir été créés grâce à l'initiative et à l'engagement de professionnels de santé. Leur « succès » a tenu à la conjonction quasi-systématique de deux caractéristiques : d'une part, une action alliant prise en charge médicale gratuite et prise en charge sociale, pour des personnes dont les problèmes sociaux et sanitaires semblent bien souvent

indissociables ; d'autre part, le principe d'un accueil immédiat et sans condition de ressources, de justificatifs d'assurance maladie, de papiers d'identité ni de titre de séjour. Ces centres de soins gratuits – « consultations à bas seuil d'accès » ou « dispositifs transitionnels de soins », selon les termes et les principes revendiqués par leurs créateurs – ont accueilli jusqu'à la fin des années 1990 un nombre toujours croissant de personnes, révélant du même coup l'étendue des difficultés d'accès aux soins dans notre pays (la courbe croissante de fréquentation ne s'étant ralentie qu'à partir de l'institution de la Couverture Maladie Universelle en 2000, c'est-à-dire postérieurement à cette recherche). Les professionnels à l'origine des premiers dispositifs de ce type étaient souvent engagés à fois dans l'action, la dénonciation et le témoignage des situations d'exclusion du système sanitaire de droit commun.

A l'origine de ce projet de recherche, certains d'entre eux ont fait appel à des chercheurs, sociologues et épidémiologistes, afin de répondre à certaines de leurs interrogations : qui sont les patients qui s'adressent aux centres de soins gratuits ? De quoi souffrent-ils, médicalement ou non parlant ? En quoi de tels centres répondent, ou non, à leurs attentes ? A partir de cette demande, l'enjeu fut pour nous de conduire une recherche pluridisciplinaire auprès des patients de centres de soins gratuits, afin de décrire et comprendre leur situation sociale et sanitaire. Notre problématique renvoyait plus largement aux déterminants de la santé et du recours aux soins des personnes en situation de vulnérabilité sociale. Notre hypothèse principale était que le recours à ces centres ne dépend pas uniquement de la situation financière et de la couverture sociale des individus. Il convenait donc d'étudier un ensemble plus large de facteurs liés à leur situation sociale (y compris en approchant les processus et les événements de vie ayant mené à ces situations), ainsi que leurs éventuels recours à d'autres structures médicales. En outre, nous sommes partis de l'hypothèse que les centres de soins gratuits ne constituent pas nécessairement le seul type de structure médicale fréquentée par les personnes en situation de précarité, ni celui auquel elles s'adresseraient après avoir tenté de consulter dans tous les autres. Il s'agissait alors d'analyser les stratégies des individus au sein du système sanitaire, y compris et au-delà de l'alternative « consulter ou ne pas consulter ». Pour la partie sociologique plus spécifiquement, nous avons cherché à comprendre ce qui se joue dans un centre de

soins gratuits, par-delà la seule prise en charge médicale, et en quoi cela peut influencer les recours aux soins des personnes en situation de précarité. Nous nous sommes intéressés en particulier aux rapports sociaux qui s'établissent dans les centres, et à la manière dont les patients vivent leurs recours.

Afin d'approcher la diversité des populations amenées à consulter dans de tels centres, nous avons souhaité mener une étude dans différentes structures – dont le recrutement, même s'il concerne toujours des personnes en situation de précarité, n'est pas similaire du point de vue des états de santé, des conditions de vie et de l'utilisation de l'offre de soins.

Pour cet article, nous avons fait le choix d'exposer successivement les méthodes utilisées ; puis quelques exemples de résultats sur le recours aux soins des populations étudiées et sur les liens existant entre leurs caractéristiques sociales (situation socio-économique, ruptures sociales, soutien social, etc.) et leurs recours aux soins ; avant de discuter les limites et les perspectives d'une telle recherche pluridisciplinaire et multicentrique.

Matériels et méthodes

L'équipe de recherche constituée pour ce projet entendait, dès l'origine, croiser les approches sociologiques et épidémiologiques, et combiner des méthodes qualitatives et statistiques. Dans un premier temps, une étude sociologique a été menée à partir de séries d'observations informelles et d'entretiens dans quatre centres de soins gratuits : trois dispensaires de Médecins du Monde (MDM) et une permanence d'accès aux soins de santé (PASS) d'un hôpital parisien (APHP). Au total, une centaine de personnes consultant dans ces centres (une trentaine en milieu hospitalier et une soixantaine à Médecins du Monde) ont été interrogées lors d'entretiens approfondis, lesquels portaient essentiellement sur leurs expériences vécues dans le centre fréquenté, ainsi que sur leur rapport à l'assistance et au système sanitaire en général. Parallèlement, une cinquantaine de personnes intervenant dans ces structures ont été interrogées, qu'elles soient bénévoles, volontaires ou salariées. La quasi-totalité des entretiens a été enregistrée et retranscrite intégralement. Pour caractériser le rapport des patients à la structure de soins fréquentée, une démarche compréhensive a été adoptée : le discours des personnes et l'organisation de ce discours forment donc la base de l'analyse, qui tient

compte à la fois du mode de fréquentation des services et du sens que les patients donnent à leurs expériences.

Dans un second temps (et dans le prolongement de travaux épidémiologiques que nous avons réalisés préalablement dans certaines des structures étudiées [11-13]), une étude socio-épidémiologique quantitative a été menée auprès d'échantillons de clientèle de 5 centres de soins gratuits de la région Parisienne (dont 3 avaient fait l'objet de l'enquête qualitative) : les centres de Médecins du Monde (MDM) à Paris 11^{ème} et à Gennevilliers, le dispositif Baudelaire (PASS de l'Hôpital Saint-Antoine, APHP, Paris 12^{ème}), le dispositif Verlaine (PASS de l'Hôpital Saint-Louis, APHP, Paris 10^{ème}) et le CHAPSA de Nanterre (un centre d'accueil et de soins destiné aux sans abris parisiens recueillis lors des tournées de maraudage de la Préfecture de Police, de la RATP et du Samu Social). Un questionnaire a été élaboré par les sociologues, les épidémiologistes et les cliniciens associés au projet. Dans sa version finale, il comprend 121 questions et permet de recueillir : une description détaillée de la situation sociale de la personne au jour de l'enquête (et son ancienneté) ; une description de ses attitudes, attentes et perceptions quant aux dispositifs de soins en général, et plus particulièrement celui dans lequel elle est interrogée ; des évaluations déclaratives de son état de santé ressenti, de ses antécédents médicaux, de ses plaintes symptomatiques et de ses motifs de consultation ; ainsi qu'une description de ses recours aux soins, en particulier au cours du dernier mois (itinéraires de soins, structures consultées et motifs détaillés), au cours du dernier trimestre (hospitalisations) et au cours du dernier semestre (tous contacts médicaux confondus). Ont ainsi été interrogées 500 personnes (recrutées de façon aléatoire, à raison de 100 personnes par site) qui répondaient aux critères d'inclusion suivants : être âgé de 18 ans ou plus, venir consulter un médecin du dispositif de soins gratuits, comprendre et parler le Français. L'analyse statistique des données a utilisé les méthodes suivantes : test du Chi2 pour la comparaison de données qualitatives, test de rang non paramétrique (Wilcoxon) pour la comparaison des variables quantitatives, analyse des correspondances multiples et classification hiérarchique ascendante (analyse par cluster par la méthode de Ward) pour la quantification statistique de la typologie élaborée à partir des entretiens, modèle de régression logistique pour les analyses multivariées. L'ensemble des analyses statistiques a

été effectué sur SAS/STAT[®], version 6.12 (SAS Institute Inc, Cary, NC, 1996). Les observations et entretiens ont été réalisés entre 1996 et 1998 et l'échantillon statistique interrogé en 1998.

3. Résultats

Description de la population fréquentant ces dispositifs

Dans les centres de soins gratuits hospitaliers et associatifs, une majorité des consultants sont de sexe masculin, d'âge compris entre 25 et 35 ans, de nationalité étrangère (autour de 80%), ont un domicile (70% à 80% selon les centres), un niveau d'étude supérieur au BEPC (62%), mais n'ont pas d'emploi (autour de 55%) ni de couverture maladie (de 62% à Saint-Antoine à 83% à MDM). Le CHAPSA de Nanterre se distingue des autres sites d'étude par un recrutement essentiellement masculin (90%), français (78%) et de personnes sans domicile (95%), et par le fait que la moitié des patients bénéficient d'une assurance maladie – c'est-à-dire un recrutement proche du profil des populations sans domicile à Paris [14, 15]. Sur l'ensemble des sites, la majorité des personnes interrogées sont célibataires (58%) ou séparées, veuves ou divorcées (17%). Un quart est d'origine rurale et les français sont deux fois plus souvent dans cette situation (41%) que les étrangers (19%, $p=0,001$). Il semble bien qu'un phénomène d'immigration urbaine s'ajoute, dans notre population d'étude, à celui de l'immigration internationale.

Un tiers des personnes interrogées disent travailler au jour de l'enquête (sauf au CHAPSA où seuls 8% sont dans ce cas), avec une différence importante entre les personnes de nationalité étrangère et les français : respectivement 39% et 16% ($p=0,001$). Parmi elles, l'emploi non déclaré est largement majoritaire (79%), plus fréquent chez les étrangers (83%) que chez les français (56%, $p<0,01$). Au bout du compte, 36% des personnes ne déclarent aucune ressource. Nombre de patients des centres de soins gratuits sont par ailleurs confrontés à un isolement social et affectif. Par exemple, lorsqu'on les interroge sur leur soutien social, 12% des enquêtés disent ne pouvoir compter sur personne pour aucune des situations interrogées (en cas de maladie, pour trouver un logement, bénéficier d'un soutien financier, d'un soutien moral, etc.) ; pour chaque situation prise séparément, entre 40 et 60% des enquêtés n'ont personne pour les aider.

Concernant la santé, 50% des personnes interrogées déclarent 4 symptômes ou plus, et 20% déclarent au moins 8 symptômes. Les douleurs dorsales et des articulations (toutes causes confondues) sont les plus fréquents des antécédents actuels parmi ceux interrogés (40% des personnes interrogées, soit 2 fois plus qu'en population générale [16]). Les troubles de l'humeur et du sommeil sont aussi particulièrement fréquents : selon le mode d'interrogation (combinaison de symptômes anxio-dépressifs déclarés, diagnostic de « dépression » ou d'« état dépressif »), entre 30% et 57% des personnes sont concernés, soit 4 à 6 fois plus qu'en population générale. Concernant les comportements d'addiction, on notera enfin que la fréquence du tabagisme masculin est supérieure dans notre population (49%) à celle estimée en population générale [17]. La proportion de buveurs excessifs (définie par un score ≥ 2 au CAGE [18]) atteint 25% de l'ensemble de la population d'étude : le sexe masculin, un âge supérieur à 40 ans, l'absence de domicile fixe et la nationalité française sont tous associés, en analyse multivariée, à un risque (statistiquement significatif) multiplié par 2 à 4 de consommer de l'alcool en quantité excessive. Notons enfin qu'un tiers des consultants sont déjà venus 1 ou 2 fois dans le centre où ils sont interrogés, 40% de 3 à 9 fois et moins d'un quart sont des primo-consultants.

Types de rapport aux centres de soins gratuits

D'un point de vue sociologique, pour comprendre les modes de recours aux soins, il convient de dépasser la seule question des besoins objectivement définis par le corps médical, ainsi que celle des problèmes de santé ressentis par les individus, pour s'intéresser aux autres logiques qui guident le rapport au système sanitaire [19]. En outre, dans les centres de soins gratuits, la dimension assistancielle de la prise en charge interfère avec la dimension médicale et le travail social réalisé. L'analyse des entretiens menés à l'hôpital et dans les centres humanitaires montre que le rapport à ces dimensions et, par conséquent, la manière dont est vécue la fréquentation des dispositifs, diffèrent selon les patients et de surcroît évoluent pour un même patient au cours du temps. Les attentes d'un individu envers le centre et son utilisation des services proposés se transforment en effet avec l'évolution de son état de santé et de sa situation sociale, avec l'évolution du regard qu'il porte sur sa situation, ainsi qu'au fil des visites du fait de ses interactions avec les intervenants et de

l'intériorisation des normes en vigueur dans le centre. On a ainsi pu décrire et formaliser une « carrière morale » [20, 21] du patient démuné, correspondant à une trajectoire institutionnelle au cours de laquelle le rapport au centre de soins gratuits se transforme [22]. Ainsi, les premiers recours correspondent généralement à une fréquentation ponctuelle des centres : les patients ne s'investissent pas dans une relation à long terme de suivi médical ou social. Lorsque les premiers recours n'ont pas permis l'obtention d'une couverture maladie, ou qu'ils ne souhaitent pas consulter ailleurs, la plupart des patients s'installent dans une fréquentation régulière du centre. D'autres poursuivent leur fréquentation mais de façon instable. L'analyse des entretiens nous a conduit également à distinguer trois types de rapport au centre fréquenté : *la distanciation, l'installation et le décalage*.

Cette typologie a été par la suite retrouvée et quantifiée par l'étude socio-épidémiologique, dans laquelle une quinzaine de questions relatives au rapport aux centres de soins et à l'assistance ont été administrées à la population d'étude. Seuls ceux ayant déjà, au jour de l'enquête, consulté dans le centre ont répondu à l'ensemble de ces questions, soit 372 personnes. La recherche de 3 clusters par classification hiérarchique ascendante (CHA) distingue trois groupes de modalités de réponse, qui sont aussi distingués par l'analyse des correspondances multiples (ACM), et correspondent aux trois types dégagés lors de l'analyse des entretiens : *la distanciation, l'installation et le décalage* (Figure 1). Pour classer chaque individu dans l'un ou l'autre des trois types, nous avons calculé, à partir de la CHA, 3 scores individuels additifs (chacun correspondant au nombre de modalités concernant un individu parmi la liste des modalités de variables caractéristiques du groupe), puis classé l'individu dans le groupe pour lequel il avait le score le plus élevé. Une procédure de classement similaire a été entreprise à partir de l'ACM. Ces deux classifications se sont révélées strictement concordantes et seuls 2 individus n'ont pu être classés du fait de l'égalité de certains de leurs scores.

- **La distanciation.**

Le rapport de distanciation se caractérise par des stratégies de limitation des recours au centre de soins gratuits, par des interactions distantes— du moins vécues comme temporaires — avec les membres du personnel, et par le souhait que la prise en charge soit ponctuelle. Il concerne généralement des personnes dont l'état de santé ne nécessite pas un suivi à moyen ni à long terme, ou qui ne fréquentent

le centre de soins gratuits que depuis peu. La distance qu'elles maintiennent à l'égard du centre et de son personnel résulte bien souvent de l'humiliation que certains ressentent lorsqu'ils recourent à l'assistance [23]. Devoir, pour se soigner, s'adresser à un centre de soins gratuits représente à leurs yeux une dégradation statutaire et identitaire. Les propos d'une femme de 41 ans résument bien ce sentiment : *« J'ai vraiment pas l'habitude et je suis très... gênée. (...) On n'a jamais été à une situation pareille, hein, c'est... c'est dur ! Je pense. On s'croirait qu'on fait l'aumône. »* Sur les 500 patients interrogés par questionnaire, plus d'un sur deux déclare être gêné de demander à être soigné gratuitement – et ce indépendamment du sexe, de l'âge, de la nationalité, et de la situation de logement, d'emploi ou de couverture sociale. On remarquera aussi que cette gêne se repère dans chacune des structures étudiées, donc aussi bien dans les centres de droit communs (PASS hospitaliers) et dans les centres spécifiques aux personnes en situation de précarité. En réalité, plus que les caractéristiques du centre fréquenté, c'est bien le fait de ne pas pouvoir se passer d'une assistance institutionnelle qui constitue une épreuve humiliante pour ces patients. Cela se traduit dans leurs recours. En effet, soucieux de préserver leur dignité, ils refusent de se présenter, aux yeux d'autrui comme à leurs propres yeux, comme des « assistés ». Aussi limitent-ils bien souvent le nombre et la fréquence de leurs consultations. Ainsi, 43% des personnes interrogées par questionnaire à l'hôpital et à MDM déclarent qu'elles consulteraient plus souvent un médecin si elles bénéficiaient d'une couverture maladie. Et plusieurs patients interrogés en entretien disent qu'après apparition des symptômes, ils attendent plus longtemps avant de consulter qu'ils ne le faisaient lorsqu'ils avaient davantage de moyens financiers, ou encore qu'ils refusent de consulter dans le même centre pour plusieurs problèmes de santé à la fois. D'après l'ACM et la CHA, le rapport de distanciation se caractérise par les modalités suivantes : préférerait consulter ailleurs s'il avait le choix ; apprécie surtout les qualités professionnelles chez les médecins du centre ; n'est ni très à l'aise, ni pas à l'aise dans le centre ; trouve l'accueil plutôt bon ; ne consulte que lorsqu'il ne peut plus faire autrement (voir figure 1). Ce rapport concerne 40% des enquêtés (ayant déjà consulté).

- **L'installation.**

Le rapport d'installation se caractérise à l'inverse par des recours aussi fréquents que s'il ne s'agissait pas d'une structure assistancielle, dans une relation suivie de prise en charge. La fréquentation régulière du centre de soins gratuits suppose un apprentissage du fonctionnement et des normes du centre, mais également une adaptation symbolique et identitaire à ce qu'implique le recours régulier à une telle structure. Dans le cas d'un rapport d'installation, les patients ont transformé le sens de la prise en charge reçue, qui n'est plus vécue comme une assistance dévalorisante mais est référée davantage au droit de tous à être soigné ou aidé. Si bien qu'ils peuvent poursuivre leurs recours sans en ressentir de gêne ; ils consultent comme ils le feraient s'ils avaient une couverture maladie. Les relations avec les membres du personnel se transforment parallèlement, ne se limitant plus aux seuls actes techniques et professionnels : des liens personnalisés et affectifs sont créés, qui contribuent également à la transformation du sens donné à la prise en charge. Celle-ci prend la forme d'un soutien à la fois social, médical et moral, procurant des éléments essentiels aux personnes en situation de vulnérabilité – d'autant plus importants qu'elles vivent souvent dans un contexte de désocialisation et de dégradation de l'estime de soi [24]. On peut citer les propos d'un patient de Médecins du Monde : *« Ce n'est pas uniquement une infirmerie, c'est vraiment un lieu d'accueil. (...) Sans Médecins du Monde, je crois que j'aurais été beaucoup plus... j'aurais été beaucoup plus désespéré. Le mot soulagement me vient, c'est... c'est un mot-clé : Médecins du Monde soulage les personnes. »*

On constate ainsi, dans certains cas, la création de liens sociaux dans les centres de soins gratuits : lien social d'intégration lorsque les interactions entre patients et membres du personnel deviennent de véritables relations d'échanges, dans une dynamique de réciprocité proche de celle des relations amicales ; lien social de citoyenneté également, lorsque les individus se voient reconnaître le droit à l'accès aux soins, et particulièrement lorsqu'ils accèdent à l'hôpital et constatent qu'ils y sont pris en charge au même titre que l'ensemble de la clientèle hospitalière. La qualité de la médecine prodiguée, la qualité des relations avec les membres du personnel, le souci de ces derniers d'offrir une prise en charge respectueuse... sont autant d'éléments que les patients en situation de précarité ne trouvent pas toujours dans le système sanitaire ordinaire, et qui leur permettent d'apprécier le centre fréquenté. A tel point que nombre d'entre eux affirment désormais préférer y consulter. D'après l'enquête

quantitative, 31% des patients à MDM, 48% dans les PASS et 29% au CHAPSA souhaiteraient consulter au même endroit même s'ils avaient le choix d'aller ailleurs. Au total, 53% des enquêtés se trouvent dans un rapport d'installation (défini, selon l'ACM et la CHA, par les modalités suivantes : préférerait consulter dans le même centre même s'il avait le choix ; estime l'accueil très bon ; se sent très à l'aise dans le centre ; apprécie surtout les qualités humaines chez les médecins du centre).

- **Le décalage.**

Le troisième type de rapport marque un décalage entre les attentes et les normes des patients (concernant la santé, l'aide sociale, la prise en charge, etc.) et celles des membres du personnel. Ces patients font appel au centre de soins gratuits dans le court ou le moyen terme, mais leur rapport à la santé est instable, leurs demandes médicales sont inconstantes et les traitements prescrits rarement respectés. Les démarches conseillées par les travailleurs sociaux sont de même rarement mises en œuvre. Ce type de rapport concerne généralement des personnes marginalisées, qui éprouvent des difficultés à se stabiliser au sein d'une structure et à respecter les contraintes institutionnelles qui leur permettraient d'être pris en charge dans le long terme. Certaines y sont même réticentes, lorsqu'elles ont pu trouver un équilibre dans la marginalité et ne souhaitent pas renoncer à leur mode de vie marginale. Le plus souvent toutefois, elles vivent une situation de crise et de rupture ; bien qu'aspirant à une vie moins marginale, leur instabilité les prive de tout suivi social et médical régulier. D'une manière générale, les relations avec les intervenants sont instables ; des comportements agressifs, parfois violents, peuvent apparaître chez ces personnes dont beaucoup ne supportent aucune contrainte, ou souffrent de problèmes psychiatriques, de toxicomanie ou d'alcoolisme. Il arrive néanmoins que certaines se stabilisent peu à peu dans leur relation avec la structure. D'après l'étude quantitative, le décalage concerne une faible proportion des consultants (7%) – ce type étant caractérisé par les modalités : n'apprécie aucune qualité chez les médecins du centre ; n'a pas confiance en eux ; estime que le personnel paramédical n'est pas aimable ; ne se sent pas à l'aise dans le centre.

Accès aux soins de prévention

L'enquête quantitative permettait d'étudier (de façon déclarative) à quelle fréquence certains soins de prévention ont été proposés dans le passé aux personnes interrogées. Par exemple, parmi celles ayant des antécédents familiaux de diabète ou de dyslipidémie, beaucoup déclarent avoir déjà bénéficié d'un contrôle biologique (respectivement 70% et 44% dans l'année écoulée). Plus de la moitié (57%) des personnes déclarent avoir déjà eu au moins un test de dépistage de l'infection à VIH : cette fréquence est supérieure à celle estimée auprès d'un échantillon représentatif de la population générale par Ensemble Contre le Sida en 1998 [25], sauf pour la classe d'âge des 25-34 ans (respectivement 59% et 76%). Concernant la prévention primaire des maladies sexuellement transmissibles, 44% des personnes interrogées déclarent qu'un(e) infirmier(e) ou un médecin leur a déjà parlé de préservatifs ; ce pourcentage est significativement plus élevé chez les personnes interrogées en milieu hospitalier (54%) qu'à MDM (41%) ou au CHAPSA (29%, $p=0,001$). Il est aussi significativement plus élevé chez les femmes, les moins de 40 ans, et les étrangers.

En revanche, chez les femmes, la comparaison des taux de réalisation d'un frottis au cours des 24 derniers mois montre que les consultantes des centres de soins gratuits accèdent en moindre proportion à cet examen que les femmes de la population générale [17], en particulier entre 30 et 40 ans (38% vs 91%, respectivement, déclarent en avoir bénéficié au cours des 2 dernières années). De même, elles ont bénéficié plus rarement d'une mammographie : respectivement 19% et 72% des femmes entre 40 et 49 ans, et 31% et 60% chez les plus de 50 ans, au cours des 3 dernières années.

En résumé, quand on les rapproche des données comparables disponibles en population générale, les consultants interrogés déclarent un accès aux soins de prévention qui est, à la fois, relativement fréquent (correspondant à des pratiques professionnelles qui ne semblent pas, dans les centres enquêtés, exclusivement consacrées aux soins curatifs de premier recours, comme le reproche avait pu leur en être fait) et plus faible que celui observé en population générale, en particulier concernant la prévention des cancers féminins.

Le recours au système de soins de droit commun

Un consultant sur deux (52%) a déjà renoncé à des soins médicaux curatifs pour des raisons financières. Les renoncements concernent principalement les consultations médicales (citées par 69%

des personnes déclarant un renoncement, soit deux fois plus souvent que ce qui est rapporté par le CreDES en population générale), ainsi que les soins dentaires (57%) et les examens complémentaires (24%). Par ailleurs un patient sur deux a eu besoin de médicaments sans pouvoir les obtenir. Au total 65% des patients déclarent avoir renoncé à des soins curatifs ou à des médicaments.

Il est intéressant de noter qu'en analyse multivariée, après ajustement sur l'âge, le sexe, le site d'étude et l'existence de maladies chroniques, le renoncement aux soins est significativement plus fréquent chez les personnes vivant seules (comparativement à celles en couple), celles n'ayant pas de difficultés à lire le Français et celles qui n'ont pas de domicile fixe (vs les autres), mais aussi chez celles dont le rapport au centre de soins gratuits relève de la « distanciation » (tableau I). La compréhension, à partir de l'analyse sociologique des entretiens, de ce qu'est le rapport de distanciation nous permet de comprendre ces résultats : les personnes qui ressentent de l'humiliation à bénéficier d'aides gratuitement risquent davantage de renoncer à des soins que celles qui ne vivent pas la gratuité des prises en charge comme une assistance dévalorisante.

Pour autant, le recours à l'offre de soins de droit commun n'est pas exceptionnel. Ainsi, un quart des enquêtés ont aussi consulté un médecin généraliste privé au cours des six derniers mois – plus fréquemment des femmes (34% vs 22%, $p=0,007$), des personnes ayant un domicile fixe (29% vs 20%, $p=0,02$) et, comme on s'y attendait, des personnes ayant une couverture sociale (35% vs 21%, $p=0,001$). En analyse multivariée, après ajustement sur l'âge, le sexe, le site d'étude (lui-même corrélé à l'absence de domicile fixe) et la déclaration de maladies chroniques, un recours en médecine libérale au cours des 6 derniers mois est significativement plus rare si la personne n'a pas de couverture sociale (particulièrement, bien sûr, si cette absence remonte à plus d'un an), si elle réside en France depuis moins de 3 ans, et si son soutien social est faible (c'est-à-dire qu'elle ne peut compter sur personne pour être aidée dans la majorité des 9 situations interrogées) (Tableau II). L'absence d'assurance maladie, une migration récente et un isolement social constituent donc, dans cette population, des obstacles à l'accès aux soins de droit commun.

Dans le même temps, l'étude des itinéraires de soins dans le dernier mois montre un recours quantitativement élevé : 55% ont consulté un médecin dans le mois précédent l'enquête quantitative

(une fréquence comparable à celle des personnes exonérées du ticket modérateur ou présentant un « risque vital important » d'après les enquêtes du CreDES menées en population générale, qui sont pourtant conduites à domicile). Ce recours est parfois conjugué (soins primaires à MDM et soins spécialisés dans un PASS hospitalier, par exemple), rarement multiple : les situations de nomadisme médical entre différentes structures gratuites pour un même motif de consultation apparaissent en effet exceptionnelles. Les personnes sans domicile se distinguent par une fidélité extrêmement fréquente au centre dans lequel elles sont interrogées, leur absence quasi totale de recours à la médecine libérale, ou encore la fréquence de leurs hospitalisations (14% des enquêtés avaient été hospitalisés dans les 3 derniers mois et ceux sans domicile ont un taux d'hospitalisation 2 à 3 fois plus élevé).

Discussion

Trois principaux enseignements se dégagent de cette étude. En premier lieu, ses résultats tant qualitatifs que quantitatifs ont confirmé la diversité des situations sociales et des conditions de vie de la clientèle des centres de soins gratuits – par-delà le constat qu'elle se compose à majorité d'hommes, d'étrangers et de personnes sans couverture maladie. On relève ainsi une multitude de trajectoires de vie singulières, toutes marquées néanmoins par des processus de désaffiliation qui, même s'ils ne touchent pas tout le monde dans les mêmes proportions, peuvent aussi concerner des individus qui étaient « insérés » socialement avant d'être confrontés à des ruptures sociales (en premier lieu, la perte d'emploi ou la migration géographique comme on l'a cité, mais aussi une séparation ou un problème de santé par exemple).

Le deuxième enseignement de cette étude est que la gratuité des soins proposés dans les centres est une condition essentielle pour que ces publics (exclus dans les faits de l'Assurance maladie et/ou en difficulté financière) y consultent, mais qu'elle ne garantit à elle seule ni la fréquentation, ni la satisfaction des usagers. Notamment, le caractère assistanciel de la prise en charge est vécu comme un « stigmate » par certains patients qui, par suite, cherchent à restreindre leur recours à ces dispositifs. D'une manière générale, ce n'est que lorsqu'ils parviennent à donner à la prise en charge une signification non dévalorisante, et qu'ils trouvent dans les centres une identité acceptable à leurs yeux,

que les patients acceptent de s'installer dans une relation de prise en charge régulière. Liés à ces processus d'acceptation, nous avons montré que les centres de soins gratuits ne sont pas seulement des lieux de production de soins médicaux : ils sont aussi un espace de mise en œuvre d'une solidarité, un espace de définition de soi et peuvent, finalement, donner lieu à la création de liens sociaux d'intégration ou de citoyenneté [22]. De ce point de vue, et bien que cette recherche ait été conduite avant son instauration, cet enseignement peut être particulièrement éclairant pour évaluer les conséquences de la mise en place de la Couverture Maladie Universelle [26] : lever les obstacles administratifs et financiers à l'accès aux soins est, certes, indispensable mais probablement pas suffisant pour que les personnes vulnérables adoptent des comportements de recours (et plus largement des comportements de santé) adaptés à leurs besoins.

En corollaire, un autre enseignement de cette étude est qu'il n'est plus possible d'opposer la population utilisatrice du système de soins de droit commun aux « exclus » dont la prise en charge relèverait des dispositifs gratuits, et ceci pour au moins trois raisons. D'une part, nous avons vu qu'une partie des consultants de ces dispositifs fréquentent aussi, le cas échéant, le système hospitalier et la médecine de ville – en particulier ceux qui bénéficient d'un soutien social suffisant pour connaître, comprendre et financer l'utilisation du système de droit commun. D'autre part, notre analyse des expériences vécues dans les centres conduit à faire l'hypothèse que l'humiliation ressentie à être soigné gratuitement, ou que le décalage vis-à-vis des normes sanitaires et médicales, sont pour certaines personnes d'une telle ampleur qu'elles renoncent à tout recours aux soins (dans le système « classique » comme dans les dispositifs gratuits). Enfin, si l'identité conférée par les structures médicales, le soutien social et la connaissance des dispositifs (et d'autres caractéristiques non étudiées ici, comme les croyances de santé ou encore les ressources psychologiques de personnes) influencent le recours aux soins de ces personnes en difficulté, une hypothèse raisonnable est qu'il en est de même pour la population générale, vis-à-vis de l'ensemble de l'offre de soins disponible.

Du point de vue de l'épidémiologie sociale, cette étude invite donc à interroger ce type de facteurs, encore trop rarement pris en compte mais susceptibles d'influencer la santé et le recours aux soins de l'ensemble de la population. D'un point de vue sociologique également, le lien établi entre

l'acceptation du statut conféré dans le centre, d'une part, et l'installation dans une relation de prise en charge élargie, d'autre part, peut vraisemblablement se repérer dans d'autres contextes [27]. Il conviendrait alors, pour la compréhension des comportements thérapeutiques en général, d'analyser plus avant les conséquences identitaires des différents modes de recours aux soins.

Dès lors, la limite principale de notre recherche est bien de ne porter que sur des clientèles de dispositifs, c'est-à-dire sur des individus a priori malades, informés que ces dispositifs existent, et disposés à les fréquenter (ce qui, on l'a montré, n'est pas « évident » pour tous). De ce point de vue, notre population d'étude n'est évidemment pas représentative de l'ensemble des individus éprouvant des difficultés à accéder et à utiliser le système sanitaire de droit commun. Pour dépasser cette limite, mais aussi pour décrire l'ensemble du continuum des situations de vulnérabilité et leurs impacts sur la santé et le recours aux soins, notre recherche s'oriente aujourd'hui vers l'application en population générale (sur des échantillons représentatifs de populations de quartiers de ville, et, à terme, de l'ensemble de la population d'Ile-de-France) de méthodes qualitatives et quantitatives issues, entre autres, de cette première recherche [28].

L'étude présentée ici (et le développement, en cours, de notre recherche en population générale) s'accompagne finalement de certains enseignements – mais aussi d'interrogations persistantes – sur le sens, les contours et les apports d'une pluridisciplinarité souhaitée dès l'origine. Ainsi le premier temps de cette étude, fondé sur une problématique sociologique concernant les rapports sociaux établis dans les centres de soins, a permis de formuler des questions à partir des conclusions de l'analyse des entretiens et de les intégrer au questionnaire socio-épidémiologique administré par la suite, en particulier concernant la manière dont les personnes vivent leurs recours médicaux et leur rapport à l'assistance. Réciproquement, l'analyse statistique de ces questions a permis de retrouver la typologie issue de l'analyse sociologique des entretiens puis d'en étudier les associations avec certaines caractéristiques sociales et médicales des patients. Pour autant, il nous semble que l'intérêt d'une recherche pluridisciplinaire ne devrait pas résider seulement (même si c'est déjà beaucoup... et encore assez rare dans la recherche française en santé, contrairement à ce qui se pratique dans certains pays de langue anglaise [29-31]) dans un simple éclairage – ou une simple validation – réciproque

des résultats obtenus par les disciplines engagées, ni dans l'emprunt réciproque de matériels d'étude et de qualitatives et statistiques (qui ne sont d'ailleurs le propre d'aucune de deux disciplines) [32]. Au delà des processus de production de la connaissance qui diffèrent en sociologie et en épidémiologie (les concepts, les paradigmes et les méthodes utilisés renvoyant respectivement à la « plausibilité sociologique » et à la probabilité statistique [33]), la difficulté et l'enjeu de cette recherche pluridisciplinaire sont de développer des projets (mais aussi de les financer, puis d'en publier les résultats) articulés autour d'une commune perspective de compréhension des déterminants sociaux de la santé et du recours aux soins. Pour être scientifiquement féconds, de tels projets doivent néanmoins – de notre point de vue – permettre à chaque discipline de formuler ses questions de recherche d'une manière qui lui est particulière, c'est-à-dire avec ses propres choix théoriques et ses propres démarches.

Remerciements

Ce projet a bénéficié du soutien de l'INSERM, du Fonds d'Intervention en Santé Publique et de l'Institut de l'Humanitaire.

Les auteurs remercient les professionnels et les bénévoles des sites de l'étude et les membres du groupe de recherche constitué pour ce projet (les affiliations mentionnées sont celles qu'ils avaient au moment de l'étude) : Serge Paugam (CNRS), Jacques Lebas, Joëlle Saunière et Mickaël Guézelot (Hôpital Saint-Antoine), Fabienne Bazin, Marguerite Guiguet, Françoise Le Pont et Nicolas Puech (INSERM U444), Anne-Bénédicte de Montaigne et Anabelle Gilg-Soit-Ilg (Institut de l'Humanitaire), Jean-Marie Firdion (INED), Dominique Farge et Claire Georges (Hôpital Saint-Louis), Jacques Hassin (CHAPSA), Zoubida Djelali et Catherine Richard (Médecins du Monde), Georges Ménahem et Johan Rouault (CREDES), Patrick Chérin et Michèle Lévy-Soussan (Hôpital de la Pitié-Salpêtrière), Thierry Sainte-Marie (Hôpital du Kremlin-Bicêtre), Claire Doussaud (Consultest).

Références

- 1 Bouchayer F, ed. *Trajectoires sociales et inégalités*. Paris, Mire-Insee-Eres, 1994.

- 2 Evans RG, Barer ML, Marmor TR, eds. *Why are some people healthy and others not?* New York, Aldine de Gruyter, 1994.
- 3 Bartley M, Blane D, Davey Smith G, eds. *The sociology of health inequalities*. Oxford, Blackwell publishers, 1998.
- 4 Chauvin P, ed. *Prevention and health promotion of the excluded and the destitute in Europe*. Amsterdam, IOS Press, 2002.
- 5 Fatras JY, Goudet B, eds. *RMI et santé*. Paris, CFES, 1993.
- 6 Lecomte T, Mizrahi A, Mizrahi A. *Les bénéficiaires du RMI fréquentant les centres de soins gratuits*. Paris, CreDES, 1991.
- 7 Haut Comité de la Santé Publique. *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*. Rennes, Editions ENSP, 1998.
- 8 Lecomte T, Mizrahi A, Mizrahi A. *Précarité sociale : cumul des risques sociaux et médicaux - enquête sur la santé et les soins médicaux en France, 1991-92*. Paris, CreDES, 1996 : 33-44.
- 9 Joubert M, Chauvin P, Facy F, Ringa V, eds. *Précarisation, risques et santé*. Paris, Editions Inserm, 2001, 474 p.
- 10 Lebas J, Chauvin P, eds. *Précarité et santé*. Paris, Flammarion Médecine Sciences, 1998, 300p.
- 11 Chauvin P, Mortier E, Carrat F, Imbert JC, Valleron AJ, Lebas J. A new out-patient care facility for HIV-infected destitute populations in Paris, France. *AIDS Care* 1997; 9: 451-459.
- 12 Carrat F, Guézelot M, Chauvin P, Imbert JC, Valleron AJ, Lebas J. Accès à une couverture sociale des patients non assurés consultant en milieu hospitalier : une étude de cohorte historique au sein de la consultation "Baudelaire". *Rev Epidemiol Santé Pub* 1998; 46: 361-370.
- 13 Chauvin P, Parizot I, Lebas J. Etat de santé, recours aux soins et modes de fréquentation des personnes en situation précaire consultant les centres de soins gratuits : le projet Précar. *In*: Joubert M, Chauvin P, Facy F, Ringa V, eds. *Précarisation, risques et santé*. Paris, Editions Inserm, 2001, 99-117.
- 14 Firdion JM, Marpsat M, Lecomte T, Mizrahi A, Mizrahi A. *Vie et santé des personnes sans domicile à Paris*. Paris, CreDES, 1998.
- 15 Marpsat M, Firdion JM, eds. *La rue et le foyer*. Paris, Presses Universitaires de France, 2000.
- 16 Dumesnil S, Grandfils N, Le Fur P, Mizrahi A, Mizrahi A. *Santé, soins et protection sociale en 1996*. Paris, CreDES, 1997.
- 17 Baudier F, Arènes J, eds. *Baromètre santé des adultes 95/96*. Paris, Editions CFES, 1997.

- 18 Samet JH, Rollnick S, Barnes H. Beyond CAGE, a brief clinical approach after detection of substance abuse. *Arch Intern Med* 1996; 156: 2287-2293.
- 19 Fainzang S. Les stratégies paradoxales. Réflexions sur la question de l'incohérence des conduites de malades. *Sci Soc Santé* 1997; 15: 5-22.
- 20 Becker HS. *Outsiders. Etudes de sociologie de la déviance*. Paris, Métailié, 1985.
- 21 Goffman E. *Asiles. Etudes sur la condition sociale des maladies mentales et autres reclus*. Paris, Editions de Minuit, 1968.
- 22 Parizot I. *Soigner les exclus. Identités et rapports sociaux dans les centres de soins gratuits*. Paris, Presses Universitaires de France, 2003.
- 23 Paugam S. *La disqualification sociale. Essai sur la nouvelle pauvreté*. Paris, Presses Universitaires de France, 1991, coll. Quadrige 2002.
- 24 Schnapper D. *L'épreuve du chômage*. Paris, Gallimard, 1994.
- 25 Ensemble Contre le Sida. Sida, l'opinion des français. *La lettre d'ECS* 1998; 12: 4-6.
- 26 Boisguérin B, Gissot C. L'accès aux soins des bénéficiaires de la CMU. *Etudes et résultats* 2002; 152 : 1-8.
- 27 Rosman S. *Sida et précarité. Une double vulnérabilité*. Paris, L'Harmattan, 1999.
- 28 Parizot I, Chauvin P, Paugam S, Firdion JM, eds. *Les mégapoles face au défi des nouvelles inégalités : mondialisation, santé, exclusion et rupture sociale*. Paris, Flammarion Médecine-Sciences, 2002.
- 29 Waddell, Petersen AR, eds. *Just health: inequality in illness, care and prevention*. Melbourne, Churchill Livingstone, 1995.
- 30 Williams SJ, Gabe J, Calnan M, eds. *Health, medicine and society: key theories, future agendas*. London, Routledge, 2000.
- 31 Goldman N. Social inequalities in health disentangling the underlying mechanisms. *Ann N Y Acad Sci* 2001; 954: 118-139.
- 32 Brannen J, ed. *Mixing methods: qualitative and quantitative research*. Aldershot, Avebury, 1992.
- 33 Fassin D. Qualifier les inégalités. In: Leclerc A, Fassin D, Grandjean H, Kaminski M, Lang T, eds. *Les inégalités sociales de santé*. Paris, La Découverte, 2000, 124-144.

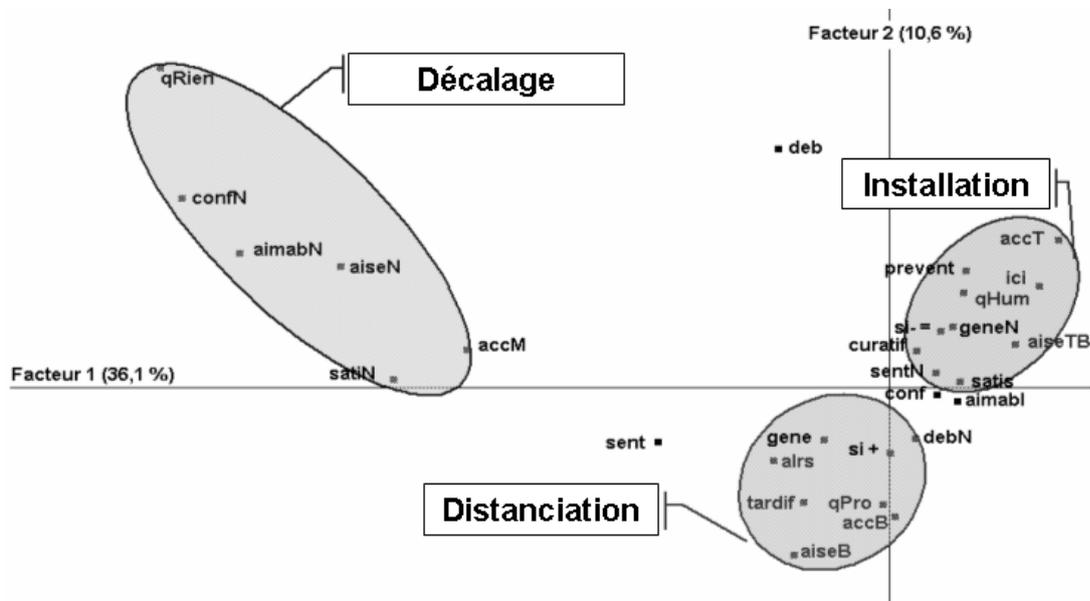
Tableau I. Caractéristiques individuelles associées au renoncement aux soins pour raisons financières : modèle logistique multivarié, ajusté sur l'âge, le sexe, le site d'étude et l'existence déclarée de maladies chroniques.

		OR	IC 95%
situation matrimoniale	marié ou vie maritale	réf.	
	séparé	0.86	[0.53-1.38]
	célibataire	1.81	[1.05-3.10]
Difficultés à lire le Français	oui	réf.	
	non	1.70	[1.08-2.63]
Sans domicile fixe	non	réf.	
	oui	1.77	[1.12-2.78]
Rapport au centre de soins gratuit	installation	réf.	
	distanciation	1.92	[1.11-3.30]
	décalage	1.40	[0.92-2.13]

Tableau II. Caractéristiques individuelles associées à l'absence de recours en médecine libérale au cours des 6 derniers mois : modèle logistique multivarié, ajusté sur l'âge, le sexe, le site d'étude et l'existence déclarée de maladies chroniques.

		OR	IC 95%
Couverture maladie	présente	réf.	
	absente depuis moins d'un an	2,00	[0,99 – 4,04]
	absente depuis plus d'un an	2,32	[1,37 – 3,94]
Migration	né(e) en France	réf.	
	né(e) à l'étranger et en France depuis plus de 3 ans	1,04	[0,59 – 1,83]
	né(e) à l'étranger et en France depuis moins de 3 ans	3,37	[1,44 – 7,89]
Support social (nb de situations où l'individu peut être aidé)	>= 5	réf.	
	3-4	1,79	[1,01 – 3,17]
	1-2	2,15	[1,16 – 3,98]
	0	2,03	[0,95 – 4,31]

Figure 1. Validation statistique de la typologie du rapport aux centres de soins gratuits :
résultats de l'analyse des correspondances multiples et de la classification hiérarchique ascendante.



si avait le choix, préférerait consulter : ailleurs (alrs) / au même endroit (ici)
 qualités préférées chez les médecins du centre : professionnelles (qPro) / humaines (hHum) / aucune (qRien)
 recours aux soins : pour voir si tout va bien (prevent) / quand ressent le besoin (curatif) / quand ne peut plus faire autrement (tardif)
 « le médecin me fait sentir que je ne paye pas » : oui (sent) / non (sentN)
 « les relations avec le personnel débordent du cadre professionnel » : oui (deb) / non (debN)
 à l'aise dans le centre : tout à fait (aiseTB) / plutôt (aiseB) / pas à l'aise (aiseN)
 qualités du personnel paramédical : aimable (aimab) / pas aimable (aimabN)
 qualité de l'accueil : très bien (accT) / plutôt bien (accB) / mauvais (accM)
 gêné de recourir dans ce centre : oui (gene) / non (geneN)
 satisfait de la prise en charge : oui (satis) / non (satisN)

