

TRAJECTOIRES DE VIE EN PRÉCARITÉ ET SANTÉ

*Etude réalisée auprès d'une population ayant recours aux associations caritatives
distribuant de l'aide alimentaire en Limousin*

Principaux résultats - Décembre 2004

Contexte

La problématique de l'accessibilité aux soins des personnes démunies pose de multiples questionnements dans notre société (1)(2) et s'avère être une priorité de santé publique.

Si les définitions de la pauvreté en termes économiques (seuil de pauvreté) ou administratifs (obtention des minima sociaux) sont aisées, la définition et la mesure de la précarité et plus encore de l'exclusion restent difficiles (3)(4). L'évaluation de la situation vis-à-vis du logement, de l'emploi, des rapports sociaux, des revenus et de la santé doit aider à caractériser ces phénomènes d'exclusion et de précarité. Enfin, il semble maintenant acquis que l'analyse de la précarité et de l'exclusion ne puisse se faire sans l'analyse des trajectoires de vie des personnes (5).

Dans le domaine de la santé, les modèles de recours aux soins utilisés notamment par Andersen et Coll. (6) montrent que de nombreux facteurs personnels et sociétaux influent sur les individus avant de recourir aux soins. Parmi ceux-ci, l'évaluation du besoin de santé et donc la perception de cet état de santé semblent un déterminant important pour décider d'initier ou non un recours aux soins et au système de santé.

Après la Loi de lutte contre les exclusions (7) en 1998 et la Loi portant création de la Couverture Maladie Universelle (8) en 1999, il est apparu nécessaire de mieux comprendre les freins à d'éventuels recours aux soins dans le cadre de l'écriture du deuxième Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) 2003-2006.

La DRASS du Limousin a donc chargé l'Observatoire Régional de la Santé du Limousin de réaliser une enquête auprès des personnes en situation de précarité en Limousin afin de mieux appréhender leur situation.

Objectifs de l'étude

- ▲ Analyser l'état de santé perçu chez les personnes en situation de précarité ayant recours aux associations caritatives distribuant de l'aide alimentaire en Limousin.
- ▲ Analyser les trajectoires sociales des individus ayant recours aux associations caritatives distribuant de l'aide alimentaire en Limousin.
- ▲ Rechercher des liens entre trajectoires sociales, l'état de santé perçu et le recours aux soins.

Méthode

Le type d'enquête retenu a été une enquête transversale descriptive régionale sur site avec recueil de données par questionnaires administrés.

La population à l'étude était représentée par les personnes ayant recours, "un jour donné", aux associations caritatives favorisant l'accès aux denrées alimentaires en Limousin. Les critères d'admission dans ces structures reposent essentiellement sur des critères de pauvreté administrative et économique. Les lieux d'enquête étaient les permanences d'associations caritatives favorisant l'accès aux denrées alimentaires (Restos du Cœur, Secours Populaire, Secours Catholique, Croix Rouge de Creuse, Corrèze et Haute-Vienne...) et souhaitant participer au projet d'étude.

Le questionnaire utilisé intégrait le questionnaire de DUKE sur la perception de l'état de santé, traduit et validé en français dans de nombreuses études (9)(10), ainsi qu'un questionnaire permettant d'analyser les trajectoires sociales des personnes enquêtées à travers un recueil de données sur leur situation familiale, leur situation vis-à-vis de l'emploi, leur niveau d'étude atteint, leurs ressources, et leur couverture sociale. Enfin, le questionnaire abordait aussi le recours aux soins des personnes enquêtées par l'intermédiaire du nombre de consultations en médecine de ville ou du nombre de séjours à l'hôpital.

Les contraintes liées à l'affluence dans les permanences des villes de taille importante, nous ont conduits à envisager deux modes de recrutement des personnes enquêtées en milieu rural et en milieu urbain. Dans notre étude, nous définirons la zone rurale par les communes de moins de 10 000 habitants (RP de 1999) dans lesquelles il existe une permanence de distribution alimentaire ; les autres permanences appartenant à la zone dite urbaine.

On dénombrait 22 sites en milieu rural. Ce faible effectif nous a conduits à proposer un recueil dans tous les sites et sans sélection aléatoire des personnes se présentant à la distribution.

Dans les permanences de la zone urbaine soit sept au total, il était convenu d'interroger une personne sur cinq se présentant à la permanence. En cas de refus, il était proposé à la personne suivante dans la file d'attente de répondre.

Les enquêtrices étaient des étudiantes de l'Ecole de Service Social de la Croix Rouge Française et de l'Institut d'Economie Sociale et Familiale de Limoges volontaires et formées à la passation du questionnaire.

Cette étude avait fait l'objet d'une déclaration à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.

L'analyse et la saisie des données ont été effectuées sur EPI INFO® version 6, et STATVIEW®.

En milieu rural, le recueil étant exhaustif, il ne justifie donc pas l'utilisation de tests statistiques. En revanche, nous avons eu recours en milieu urbain aux tests de comparaisons des moyennes et au Chi². Le seuil de significativité retenu est 5 %.

Résultats

L'enquête s'est déroulée du 12 au 23 janvier 2004. Elle a été réalisée dans 29 permanences, 22 en milieu rural et 7 en milieu urbain. Sur l'ensemble des 29 sites enquêtés, **446** questionnaires complets ont été retenus et validés pour l'analyse.

↳ Les personnes n'ayant pas souhaité répondre

Le taux moyen de non réponses ou de refus était de 23 %. On notait un pourcentage plus élevé de refus en milieu urbain (33 %) qu'en milieu rural (20 %).

Parmi les personnes ayant refusé de participer et pour lesquelles nous avons pu recueillir des informations, on notait une majorité de femmes.

Les principales raisons invoquées pour refuser de participer à l'enquête étaient, par ordre de fréquence : la personne ne parlait pas le français (44 % des cas), déclarait ne pas être intéressée (34 %), ou ne pas avoir le temps (6 %).

↳ Les personnes enquêtées

▪ Caractéristiques démographiques des personnes enquêtées

Parmi les répondants, on notait 153 hommes (34,3 %) et 293 femmes (65,7 %). L'analyse de la répartition montrait une représentation plus importante des femmes en milieu rural.

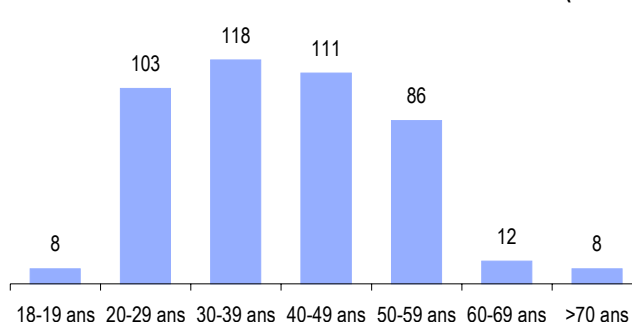
Tableau 1. Répartition des personnes enquêtées selon la zone d'enquête et le sexe

	Rural	Urbain	Total
Hommes	77	76	153
Femmes	174	119	293
Total	251	195	446

La moyenne d'âge de l'ensemble des répondants était de 39,6 ans. Elle était respectivement de 40,2 ans en milieu rural et de 38,8 ans \pm 1,7 an en milieu urbain.

Il n'a pas été retrouvé de différence significative entre la zone urbaine et la zone rurale.

Figure I. Répartition de la population enquêtée selon l'âge (n = 446)



▪ L'environnement familial des personnes interrogées

Tableau 2. Répartition de la population enquêtée par statut matrimonial (n = 445)

	Hommes	Femmes	Total
Célibataire	62	57	119 (26,7 %)
Vie en couple	55	119	174 (39,1 %)
Séparation, Divorce	33	97	130 (29,2 %)
Veuf(ve)	2	20	22 (5,0 %)
Total	152 (34,2 %)	293 (65,8 %)	445 (100 %)

L'ensemble des personnes déclarées célibataires, divorcées, séparées ou veuves, forment un groupe de 271 personnes présentant un "isolement matrimonial" potentiel. La répartition de ces personnes ne semble pas être différente selon la zone d'enquête.

Parmi les personnes déclarant vivre seules, plus de la moitié étaient des hommes (65/117). Cette proportion était plus importante en milieu urbain.

Parmi les 446 personnes interrogées, 335 soit 75,1 %, déclaraient avoir des enfants et 111 ne pas en avoir.

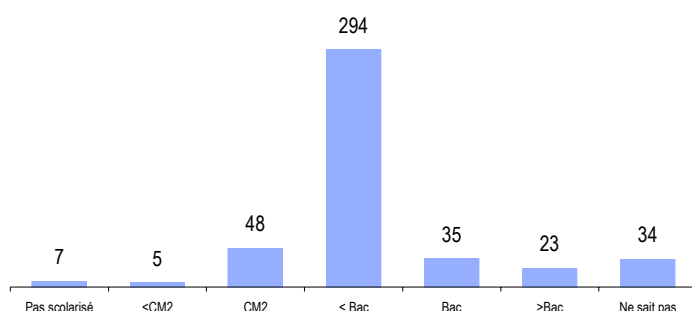
Quatre-vingt-seize personnes (**21,5 %**) déclaraient vivre seules avec des enfants.

Tableau 3. Répartition des adultes déclarant vivre seuls avec des enfants selon le sexe et la zone d'enquête

	Rural	Urbain	Total
Hommes	3	3	6
Femmes	51	39	90
Total	54	42	96

■ Caractéristiques des personnes interrogées en termes de formation

Figure II. Répartition des répondants en fonction du niveau de scolarité atteint (n = 446)



Pour les 429 personnes ayant accepté de répondre à cette question, l'âge moyen d'arrêt de la scolarité était de 16,8 ans, la médiane étant de 16. On ne mettait pas en évidence de différence significative pour cette variable selon la zone de recueil des données.

La répartition par niveau de scolarité atteint montrait une grande proportion de personnes pour lesquelles le niveau correspondait au cycle secondaire non terminé : **79,4 %** de notre effectif avaient donc un niveau inférieur au baccalauréat.

■ Caractéristiques des répondants concernant leur logement

Selon les données recueillies, 390 personnes (87,4 %) déclaraient avoir un logement (appartement, maison ou caravane). Parmi les 375 personnes ayant répondu à cette question, 48 (12,8 %) étaient propriétaires et 327 (87,2 %) étaient locataires. Parmi les 56 personnes n'ayant pas de logement personnel (**12,6 %**), 18 répondaient être hébergés chez des amis, 24 dans leur famille, sept dans un centre d'accueil, deux dans un foyer, quatre dans un squat et une personne disait être dans la rue. Parmi ces 56 personnes, on constatait une proportion plus importante d'hommes (22,9 % de l'ensemble de la population masculine) que de femmes (7,2 % de l'ensemble de la population féminine), et une prédominance de personnes interrogées en zone urbaine (20,5 % des personnes en milieu urbain versus 6,4 % des personnes en milieu rural).

On notait par ailleurs que parmi les 56 personnes déclarant ne pas avoir de logement, 16 vivaient avec des enfants sans la précision si ces enfants étaient les leurs, notamment en cas d'hébergement dans la famille ou chez des amis.

Quatre personnes vivant dans un squat, deux personnes hébergées en foyer, cinq personnes hébergées dans un centre déclaraient vivre avec des enfants.

Enfin, quatre personnes accueillies dans un centre et une personne hébergée dans un squat déclaraient avoir des enfants.

■ Situation actuelle des répondants concernant l'emploi et l'activité

Soixante-trois personnes, soit **14,4 %**, (63/438) ont répondu avoir un emploi déclaré.

Parmi ces personnes, on dénombrait cinq réponses manquantes, 18 (31,0 %, 18/58) avaient un contrat à temps plein et 40 (69,0 %, 40/58) à temps partiel.

Parmi les 54 répondants à l'item (9 réponses manquantes), 25 (46,3 %) étaient en contrat à durée indéterminée et 29 (53,7 %) à durée déterminée.

Plus de la moitié des personnes interrogées (225/438 soit 51,4 %) ont déclaré être en recherche d'emploi. 9,8 % (43/438) étaient en invalidité et 4,1 % (18/438) en retraite.

■ Les personnes interrogées et leurs ressources

Parmi les personnes enquêtées, plus d'un quart (101/371) disaient percevoir un revenu déclaré de type salaire, retraite, indemnité d'arrêt de maladie ou pension. Parmi ces 101 personnes déclarant avoir un revenu, 84 percevaient également des "allocations".

On dénombrait 377 personnes bénéficiaires d'allocations complémentaires diverses (fonds de solidarité-vieillesse, allocation chômage, RMI, Allocation Adulte Handicapé, Allocation Parent Isolé, Allocations Familiales, Allocation Logement).

Cent cinquante-neuf personnes déclaraient percevoir le Revenu Minimum d'Insertion, soit 58 hommes et 101 femmes.

■ La protection sociale des personnes interrogées

Parmi les 108 personnes (24,2 %) affiliées à la Sécurité Sociale, 73 personnes déclaraient avoir une assurance complémentaire et 32 déclaraient ne pas en avoir.

Trois cent vingt-quatre personnes (72,6 %) déclaraient bénéficier de la CMU. Parmi celles-ci, 274 déclaraient avoir une complémentaire dont 267 disaient qu'elle était gratuite. On retrouvait donc 57 personnes avec une CMU de base et six avaient souscrit une assurance complémentaire.

Quatre personnes relevaient de l'aide médicale d'Etat (AME), et six personnes disaient ne pas avoir de protection sociale.

Si l'on définit les personnes en situation de fragilité en termes de protection sociale, par celles ayant un frein financier potentiel à l'accès aux soins, on pourrait retenir dans cette catégorie : les personnes sans couverture complémentaire, avec ou sans CMU, soit 83 personnes, les personnes finançant elles-mêmes leur assurance complémentaire, les bénéficiaires de l'AME et celles ayant déclaré être sans aucune protection sociale.

Au total, **172 personnes (38,6 %)** dans notre enquête présentaient donc potentiellement un problème d'accessibilité financière aux soins.

▪ Trajectoires de vie

Dans notre enquête, on notait que sur 443 répondants, 290 personnes (près de deux personnes sur trois) avaient vécu des moments difficiles en rapport avec le décès d'un ou plusieurs proches.

Parmi les personnes interrogées, 61,2 % disaient avoir eu des difficultés importantes en lien avec des conflits familiaux, une séparation ou un divorce au cours de leur vie.

Pour 52,4 % des répondants (232 personnes), il existait une notion de maladie, d'accident ou de handicap pour la personne elle-même ou un proche.

23,2 % des répondants (103/443) déclaraient avoir connu dans l'enfance un abandon, une adoption ou la maltraitance.

69,3 % des personnes interrogées disaient avoir été marquées par une situation matérielle difficile au cours de leur vie et 25,0 % avaient subi des antécédents de migration.

Enfin, 47 personnes (10,6 %) disaient avoir connu une guerre.

Toutefois, comme le montre le tableau suivant, l'analyse des données recueillies retrouvait pour la plupart des personnes interrogées un cumul d'antécédents ou événements ayant marqué leur passé.

Tableau 4. Analyse croisée des différentes trajectoires de vie

	Un ou plusieurs décès de proches	Des conflits familiaux et/ou séparation	Maladie - handicap ou accident de vous-même ou vos proches	Abandonné, adopté ou maltraité	Situation matérielle difficile	Migration	Guerre
Un ou plusieurs décès de proches	290	197*	180	77	219	57	29
Des conflits familiaux et/ou séparation		271	159	77	206	63	22
Maladie handicap accident de vous-même ou vos proches			232	74	177	59	31
Abandonné, adopté ou maltraité				103	88	33	11
Situation matérielle difficile					307	81	36
Migration						111	24
Guerre							47

* Se lit : 197 personnes ont vécu des conflits familiaux et/ou une séparation et ont vécu un ou plusieurs décès de proches

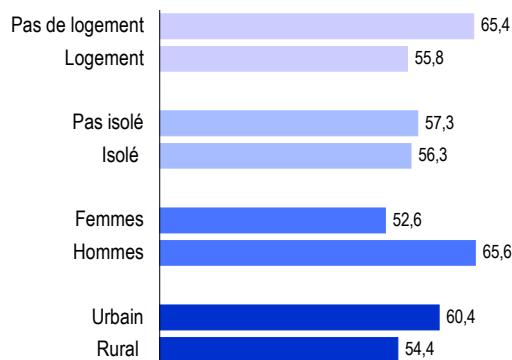
▪ Profil de santé perçue : analyses du questionnaire de DUKE

A partir des 17 questions du questionnaire de DUKE, il a été possible de construire 10 indices de santé : un indice de santé physique, un indice de santé mentale, un de santé globale, un de santé sociale, un de santé perçue, un d'estime de soi, un indice d'anxiété, un de dépression, un de douleur et enfin, un indice d'incapacité.

Les scores peuvent varier de 0 à 100 : 0 correspondant à un mauvais score et 100 à un score excellent.

▲ Santé physique

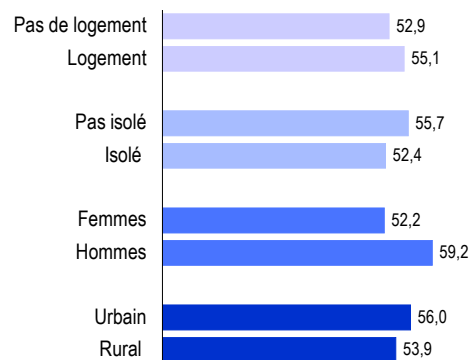
Répartition des scores moyens de santé physique selon différentes catégories



L'ensemble des répondants présentait un score moyen de santé physique de 57,0. Les valeurs s'étendant de 0 à 100, la médiane était à 60,0.

▲ Santé mentale

Répartition des scores moyens de santé mentale selon différentes catégories



Le score moyen de la dimension santé mentale de la population de répondants était de 54,9 avec des valeurs extrêmes de 0 à 100, la médiane se situant à 60,0.

▲ Santé globale

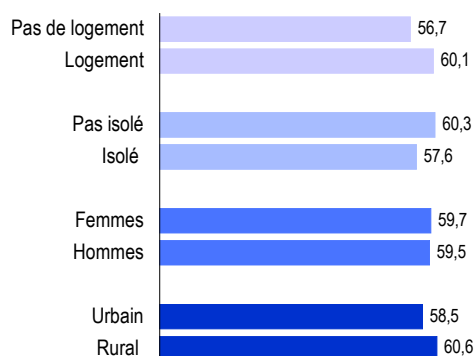
Le score moyen de santé globale construit à partir des scores de santé mentale et de santé physique était de 57,1, avec une étendue de 93,3 et un maximum de 100, la médiane étant de 56,7.

Le score de santé globale des hommes apparaissait plus élevé que celui des femmes (61,5 contre 54,8), constat retrouvé également dans les scores de santé physique et de santé mentale.

Les personnes interrogées résidant en zone urbaine avaient un score de santé globale plus élevé que les personnes résidant en zone rurale (58,3 versus 56,2) : ces différences se retrouvaient nettement dans les scores de santé physique (60,4 en urbain contre 54,4 en rural).

▲ Santé sociale

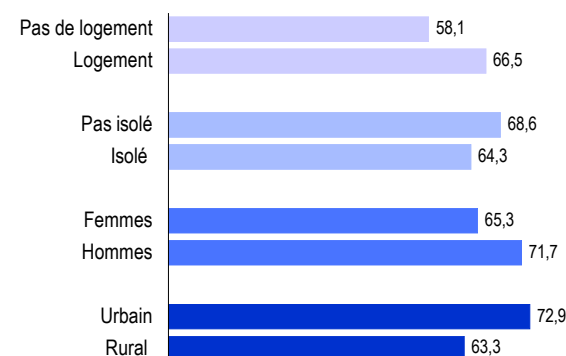
Répartition des scores moyens de santé sociale selon différentes catégories



Le score moyen de santé sociale de notre population de répondants était de 59,7 avec une étendue de 100, la médiane étant à 60,0. Il ne semble pas exister de grandes disparités entre les diverses catégories étudiées.

▲ Santé perçue

Répartition des scores moyens de santé perçue selon différentes catégories



Le score moyen de santé perçue était de 67,5. Il s'étendait de 0 à 100 et la médiane était de 75,0.

Les hommes interrogés semblaient se sentir en meilleur état de santé perçue que les femmes (71,7 contre 65,3). Le même constat a pu être fait pour les personnes interrogées en zone urbaine, par rapport à celles interrogées en zone rurale.

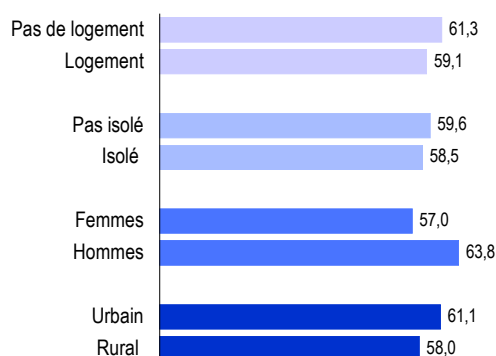
▲ Estime de soi

Le score moyen d'estime de soi était de 66,0 avec une étendue de 100 et une médiane à 70,0.

Celui-ci était plus élevé pour les personnes vivant avec quelqu'un (67,7 contre 61,0 pour les personnes vivant isolées), mais aussi pour les personnes ayant un logement personnel (66,6 contre 62,0 pour les personnes sans logement personnel).

▲ Anxiété

Répartition des scores moyens d'anxiété par différentes catégories

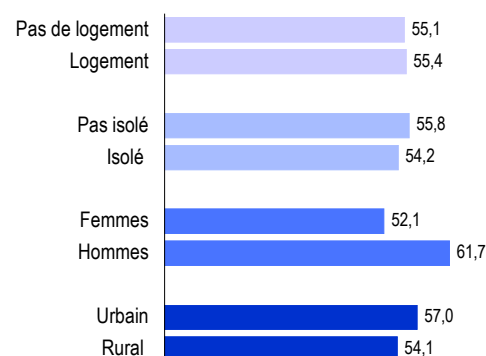


On notait un score moyen d'anxiété de 59,3, avec une étendue de 100. La médiane était de 58,3.

Les femmes se percevaient plus anxieuses que les hommes (57,0 contre 63,8), de même que les personnes interrogées en zone rurale par rapport à celles interrogées en zone urbaine (58,0 contre 61,1).

▲ Dépression

Répartition des scores moyens de dépression par différentes catégories



Le score moyen de dépression était de 55,4 avec une étendue de 100, la médiane étant de 60,0.

Là encore, on retrouvait des scores plus faibles pour les femmes, confirmant une perception de dépression plus forte pour ces dernières, comparativement aux hommes (52,1 versus 61,7).

Les scores étudiés pour les personnes de zone rurale montraient également une perception de dépression plus faible que pour les personnes interrogées en zone urbaine.

▲ Douleur

Le score moyen de douleur était de 51,3 et s'étendait de 0 à 100, la médiane étant de 50,0. Les femmes semblaient ressentir plus de douleur que les hommes (score moyen égal à 47,4 contre 58,8), tout comme les personnes interrogées en zone rurale (48,0 versus 55,6 pour les personnes en zone urbaine), et comme les personnes vivant seules, mais dans une moindre mesure (50,9 contre 51,5 pour les personnes vivant avec quelqu'un).

▲ Incapacité

La répartition des scores moyens d'incapacité par différentes catégories faisait apparaître des scores tous supérieurs à 90. En effet, le score moyen d'incapacité s'élevait à 94,1 et la médiane était de 100.

■ Recours aux soins

A la question "Au cours des trois dernières années, quelque chose vous a-t-il empêché de vous soigner ?", 90 personnes (20,2 %) répondaient "oui". Parmi ces 90 personnes, quatre déclaraient ne pas connaître de médecin, 12 être impressionnées par les soignants, 12 avoir déjà été mal reçues par les soignants, sept avoir essuyé un refus de soins par les soignants, 26 n'avaient pas les moyens de se déplacer, 56 pas d'argent pour la consultation et 23 déclaraient qu'à ce moment là, ils n'avaient pas d'assurance maladie ou de protection sociale.

▲ Recours aux soins en milieu rural

Parmi les 251 personnes interrogées en milieu rural, 191 (76,1 %) déclaraient avoir eu recours aux soins au cours des trois derniers mois (consultations et/ou hospitalisation). Parmi ces personnes, 30,3 % avaient eu recours exclusivement à l'hôpital, 67,5 % exclusivement à la consultation d'un médecin et 2,2 % avaient eu recours à la fois à l'hôpital et à un médecin.

En milieu rural, les personnes ayant eu recours aux soins étaient en moyenne plus âgées (41,3 ans versus 36,8 ans), et la proportion de femmes (81,6 %) était plus importante que la proportion d'hommes (63,6 %).

Tableau 5. Comparaisons des scores moyens de Duke obtenus entre les personnes ayant eu recours aux soins et n'ayant pas eu recours aux soins en zone rurale

Scores moyens	Recours aux soins	Pas de recours aux soins
Santé physique	49,7	69,5
Santé mentale	49,9	66,8
Santé sociale	60,9	59,5
Santé globale	53,3	65,3
Santé perçue	57,6	81,7
Estime de soi	64,5	71,7
Anxiété	55,1	67,2
Dépression	49,5	68,8
Douleur	40,8	70,8

Les salariés avaient plus recours aux soins (88,3 % versus 70,5 %), alors que les personnes en recherche d'emploi avaient, quant à elles, moins recours aux soins (71,8 % versus 80,6 %).

Parmi les autres caractéristiques des personnes ayant eu recours aux soins, on remarquait une plus grande proportion de personnes ayant subi des antécédents personnels ou familiaux de maladie, de handicaps ou d'accidents dans le passé (82,4 % versus 68,5 %), une plus grande proportion de personnes ayant connu une migration (81,4 % versus 75,0 %), des événements liés à la guerre (94,7 % versus 69,5 %).

En zone rurale, les scores moyens de santé des personnes ayant eu recours aux soins étaient toujours plus faibles que les scores moyens obtenus pour les personnes n'ayant pas eu recours aux soins, excepté dans la dimension de santé sociale.

▲ Recours aux soins en milieu urbain

En milieu urbain, sur les 195 personnes interrogées, 151 (77,4 %) déclaraient avoir eu recours aux soins (consultations et /ou hospitalisations) au cours des trois derniers mois précédant l'enquête. Parmi ces personnes, 70,9 % ont eu recours exclusivement à la consultation d'un médecin, 26,5 % exclusivement à l'hôpital et 2,6% à la fois à l'hôpital et à la consultation d'un médecin.

En milieu urbain, la moyenne d'âge des personnes ayant eu recours aux soins était plus élevée (39,6 ans versus 35,8 ans - $p=0,02$) et il y avait significativement plus de femmes ($p=0,04$).

Il n'était pas noté de différence en termes de recours aux soins selon l'isolement familial ou matrimonial, selon le fait d'avoir des enfants ou de vivre avec des enfants.

Le fait d'avoir ou pas un logement personnel n'était pas non plus discriminant pour avoir recours aux soins. Concernant la situation vis-à-vis de l'emploi, il n'était pas non plus retrouvé de caractère particulier. Il en était de même pour les ressources. En termes de couverture sociale, il n'était pas retrouvé de liaisons significatives.

On constatait un recours aux soins plus important chez les personnes affirmant avoir rencontré des obstacles aux soins ($p=0,02$).

L'analyse des trajectoires de vie montrait un recours aux soins plus important chez les personnes ayant subi des antécédents personnels ou familiaux de maladie, d'accident ou de handicap ($p=0,01$), des antécédents personnels ou familiaux de conflits, de séparation ou de divorce ($p=0,05$).

L'existence de décès de proches, l'enfance marquée par un abandon ou de la maltraitance, une migration, des événements liés à la guerre et des antécédents de situations matérielles difficiles, ne semblaient pas influencer sur le recours aux soins en milieu urbain.

Tableau 6. Comparaisons des scores moyens de Duke obtenus entre les personnes ayant eu recours aux soins et n'ayant pas eu recours aux soins en zone urbaine

Scores moyens	Recours aux soins	Pas de recours aux soins
Santé physique	56,7	73,2**
Santé mentale	54,3	62,1*
Santé sociale	58,2	59,3 ns
Santé globale	56,3	65,1**
Santé perçue	67,0	93,2**
Estime de soi	65,2	67,6 ns
Anxiété	59,0	68,2**
Dépression	55,5	62,4 ns
Douleur	49,7	76,1**

Ns pas de différence significative
* différence significative $p<0,05$ ** différence significative $p<0,01$

Discussion

Le recueil des données au plus près des populations en situation de précarité permet un éclairage nouveau en Limousin.

Les taux de refus en rural ou en urbain restent faibles et ceci est probablement à mettre en relation avec le travail préalable de sensibilisation des associations caritatives.

Même si le mode de sondage est différent en milieu urbain (aléatoire) et en milieu rural (exhaustif) obligeant à des précautions dans la lecture des résultats, un certain nombre de constats peuvent tout de même être faits.

Dans une population en situation de pauvreté économique ou administrative (critères d'admission à l'aide alimentaire), il semble exister des sous-groupes encore plus fragiles en termes de précarité cumulant les situations d'exclusion : isolement social, familles monoparentales, absence de logement. L'étude permet aussi de confirmer l'émergence de travailleurs pauvres. Les antécédents "sociaux" des personnes interrogées, analysés à travers leurs trajectoires, montrent une accumulation de situations difficiles ; l'ensemble de ces événements stressants ayant vraisemblablement un retentissement sur la santé des personnes.

L'approche de l'état de santé ressentie dans les différentes dimensions développées à l'aide de l'échelle de Duke est plus précise qu'une approche globale déjà utilisée pour une population de bénéficiaires du RMI en Haute-Vienne (11). En termes de santé ressentie, les résultats de notre étude montrent des scores de perception sur l'échelle de Duke toujours très inférieurs dans toutes les dimensions aux scores retrouvés en population générale, voire même des scores inférieurs aux scores des chômeurs décrits dans le Baromètre Santé 2000 (Tabl. 7). Ces résultats confirment des études similaires qui en utilisant d'autres instruments (12) montraient que la population de bénéficiaires de la CMU complémentaire avait des scores de perception de santé plus faible que la population générale mais déclarait aussi plus d'affections.

Tableau 7. Scores moyens de la population à l'étude en Limousin et du Baromètre Santé 2000 (13)

Scores Moyens	Hommes		Femmes	
	Étude Limousin 2004	Baromètre santé 2000	Étude Limousin 2004	Baromètre santé 2000
Santé physique	65,6	76,5	52,6	66,4
Santé mentale	59,5	78,1	52,5	69,3
Santé sociale	59,5	68,0	59,7	67,4
Santé perçue	71,7	72,3	65,4	69,8
Santé globale	61,5	74,3	54,8	67,8
Anxiété	63,8	76,9	57,0	67,3
Dépression	61,7	71,7	52,1	65,2

L'analyse du recours aux soins montre qu'une proportion importante de la population étudiée a eu un contact avec le système de soins dans les trois derniers mois. Toutefois, les modes de recours semblent différents de celui de la population générale, puisque dans notre étude, plus d'un quart des personnes ont eu des contacts avec le système de soins par le biais de l'hôpital et ceci semble plus marqué en milieu rural. Ce phénomène est constaté sans que, là encore, on puisse connaître ce qui relève de la gravité de l'état de santé des individus, de leur isolement social, ou de la gratuité des soins ou de tout autre phénomène.

Les scores de perception de l'état de santé des personnes ayant eu recours aux soins sont effondrés par rapport aux personnes n'ayant pas eu de recours. Mais les non consultants ont eux-mêmes des scores plus faibles que la population générale.

Il semble exister une cohérence avec le modèle conceptuel de recours individuel aux soins développé par Andersen et coll. (6). Pour ces auteurs, le recours individuel aux soins est la résultante d'un ensemble de facteurs prédisposants (démographiques, de structure sociale, de croyances dans le domaine de la santé...), de facteurs de capacité (ressources nécessaires, coûts, couverture sociale...) et de besoins (perçus, évalués).

Cependant, nous rappellerons ici que l'étude ne nous permet pas de définir l'état de santé réel des personnes interrogées et par conséquent, à niveau de santé équivalent le recours aux soins est-il identique chez les personnes en situation de précarité et en population générale ?

Conclusion

Cette étude qui s'inscrit dans les orientations du Programme d'Accès aux Soins et à la Prévention doit permettre de proposer ou d'ajuster des stratégies.

L'approche des populations en situation de précarité par l'intermédiaire des associations caritatives distribuant l'aide alimentaire nous semble pertinente.

Dès l'initiation du projet, ces partenaires ont compris l'intérêt que pouvait apporter l'amélioration des connaissances dans le domaine de la santé de leurs bénéficiaires. Ils ont contribué à la réussite de l'étude et peuvent être des vecteurs d'actions en faveur de la santé des personnes en situation de précarité.

Une écoute et un accompagnement professionnel vers la santé sur les lieux de fréquentations de ces personnes précaires pourraient figurer parmi les propositions issues de cette étude, des aménagements en termes d'adaptation de l'offre de soins peuvent également être proposées.

Enfin des études complémentaires permettant d'aborder l'état de santé réel de ces personnes en situation de précarité semblent nécessaires pour affiner nos connaissances.

Références

- (1) **MENORET-CALLES B.** L'accès aux soins des populations démunies. Editions l'Harmattan, l'Ethique en mouvement, mai 1997.
- (2) **JOUBERT M, CHAUVIN P, FACY F, RINGA V.** Précarisation, risque et santé ; Questions en santé publique. INSERM, Février 2001.
- (3) **WRRESINSKI MJ.** Grande pauvreté et précarité économique et sociale. Rapport au Conseil Economique et Social 1987.
- (4) **Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale.** Les travaux de l'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale : La Documentation Française, 2000.
- (5) **PAUGAM S, CLEMENCON M.** Détresse et ruptures sociales : résultats de l'enquête OSC/FNARS "personnes en détresse" Synthèse. Février 2002
- (6) **ANDERSEN RM, NEWMANN JF.** Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. Milbank Memorial Fund Quarterly Journal 1973, 51; 95-124.
- (7) **LOI D'ORIENTATION RELATIVE A LA LUTTE CONTRE LES EXCLUSIONS N° 98-657 du 29 juillet 1998.**
- (8) **LOI PORTANT CREATION D'UNE COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE N°99-641 du 27 juillet 1999.**
- (9) **GUILLEMIN F, PAUL-DAUPHIN A, VIRION JM, BOUCHET C, BRIANÇON S.** Le profil de santé de DUKE : un instrument générique de mesure de la qualité de vie liée à la santé. Santé publique 1997, 1 ; 35-44.
- (10) **MOLINES C, SAPI C, SIMEONI MC, GENTILE S, AUQUIER P.** Santé perçue et migration : une nouvelle approche pour l'intégration sanitaire ? Rev. Epidém. et Santé Publ., 2000, 48, 145-155.
- (11) **VERGNEGNE A, BURBAUD F, SENE E.** Le recours initié aux soins dans une population en situation de précarité en France. Revue française des Affaires Sociales, n° 2, Avril-Juin 1998, 213-230.
- (12) **LE FUR P, PERRONNIN M.** L'état de santé des bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire en 2002. CREDES. Questions d'économie de la santé, n° 76, décembre 2003.
- (13) **BAROMÈTRE SANTÉ 2000.** Vanves : CFES : 2001. Volume 1. *Méthode.* Guilbert P., Baudier F., Gautier A., Goubert A.C., Arwidson P., Janvrin M.P. : 144 p. Volume 2. *Résultats.* Guilbert P., Baudier F., Gautier A. (sous la dir.) : 480 p.

Remerciements

- ♦ Aux personnes enquêtées qui ont bien voulu accepter de répondre à nos questions.
- ♦ Aux associations de distribution d'aide alimentaire et plus particulièrement aux Restos du Cœur de la Creuse, aux Restos du Cœur de la Corrèze, aux Restos du Cœur de la Haute-Vienne, à l'Association Tulle Solidarité et à l'Association Ussel Solidarité. Leur accueil a grandement contribué à la réussite de l'enquête.
- ♦ Aux étudiantes de l'Ecole de Service social de la Croix Rouge de Limoges et aux étudiantes de l'Institut en Économie Sociale et Familiale de Limoges pour leur implication et leur sérieux lors du recueil des données.
- ♦ Au Professeur Pierre-Marie PREUX pour ses avis méthodologiques.
- ♦ A Monsieur Jean SCHWEYER, coordonnateur du PRAPS en Limousin.

Cette étude a été réalisée par l'**Observatoire Régional de la Santé du Limousin** dans le cadre du PRAPS et commanditée par la **DRASS du Limousin**. Elle est financée par la subvention de fonctionnement que perçoit l'ORS. Le rapport final sera disponible sur le site de l'ORS.

Contacts : **ORS du LIMOUSIN** - 24 rue Donzelot - 87000 Limoges. Tél. 05.55.32.03.01.

Courriel ors.limousin@wanadoo.fr - site www.ors-limousin.org

Ce document a été conçu et réalisé par le **Docteur Francis BURBAUD, Directeur**, et **Béatrice ROCHE-BIGAS, Technicienne d'Etudes**.