

TRAJECTOIRES DE VIE EN PRÉCARITÉ ET SANTÉ

RAPPORT

Docteur Francis Burbaud

Décembre 2004

REMERCIEMENTS	1
I. CONTEXTE	2
II. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE.....	2
III. MATÉRIEL ET MÉTHODE	3
1. TYPE D'ENQUETE	3
2. POPULATION A L'ETUDE.....	3
3. QUESTIONNAIRES	3
4. TEST.....	3
5. TAILLE DE L'ECHANTILLON ET MODE D'ECHANTILLONNAGE	4
6. ENQUETRICES.....	4
7. ASPECTS LEGAUX ET REGLEMENTAIRES	4
8. ANALYSE ET SAISIE DES DONNEES.....	4
IV. ORGANISATION ET DÉROULEMENT DE L'ENQUÊTE.....	5
V. RÉSULTATS	6
1. ANALYSE DES PERSONNES N'AYANT PAS ACCEPTE DE PARTICIPER.....	6
2. ANALYSE DES PERSONNES AYANT ACCEPTE DE PARTICIPER	6
a) <i>Caractéristiques démographiques des personnes enquêtées.....</i>	6
b) <i>L'environnement familial des personnes interrogées.....</i>	7
c) <i>Caractéristiques des répondants concernant leur logement</i>	9
d) <i>Caractéristiques des personnes interrogées en terme de formation</i>	9
e) <i>Situation actuelle des répondants concernant l'emploi et l'activité.....</i>	10
f) <i>Les personnes interrogées et leurs ressources.....</i>	11
g) <i>Trajectoires de vie.....</i>	11
h) <i>La protection sociale des personnes interrogées.....</i>	12
i) <i>État nutritionnel de la population de répondants.....</i>	14
j) <i>Perception de l'état de santé : analyse du questionnaire de DUKE</i>	14
♦ Santé physique.....	14
♦ Santé mentale	15
♦ Santé sociale.....	15
♦ Santé globale.....	15
♦ Santé perçue	16
♦ Estime de soi.....	16
♦ Anxiété.....	17
♦ Dépression	17
♦ Douleur	17
♦ Incapacité.....	18
k) <i>Recours aux soins.....</i>	18
♦ Analyse du recours aux soins en milieu rural au cours des trois mois précédant l'enquête	18
♦ Analyse du recours aux soins en milieu urbain au cours des trois mois précédant l'enquête.....	19
VI. DISCUSSION	21
VII. CONCLUSION.....	23
RECOMMANDATIONS	24
RÉFÉRENCES	25

Remerciements

Aux personnes enquêtées qui ont bien voulu nous accorder du temps pour répondre au questionnaire.

Aux associations caritatives qui ont bien voulu participer à ce projet et nous ouvrir leurs portes.

Aux enquêtrices pour leur dynamisme et leur enthousiasme

Enquêtrices :

BENABDELKADER Loubna, BUISSON Alexia, MAILLASSON Béatrice, MARGUINAUD Hélène, BARSE Mélanie, CRAMOIX Marion, FOURCHES Céline, GÉRALD Marie-Alex, LACOUTURIERE Dorothee, PAYEN Evelyne, ROSIER Cécile, TINGAUD Céline, TINTANT Amandine

Composition du Comité de pilotage régional de l'étude :

- Madame ARRIAU, Conseil Général de la Haute-Vienne
- Madame CHANAUD, Conseil Général de la Corrèze
- Madame CUSSAGUET, DDASS de la Haute-Vienne
- Madame LAVIGNON Martine, DRASS du Limousin
- Madame LEFEVRE-SCHMITT, URCAM du Limousin
- Madame le Docteur SAGOT, Service de PMI, Conseil Général de Creuse
- Madame TOURAILLE, service social de la CRAMCO
- Monsieur BORDE, DDASS de la Creuse
- Monsieur le Docteur BURBAUD directeur de l'ORS du Limousin
- Monsieur SCHWEYER, DRASS du Limousin, Responsable du PRAPS Limousin
- Monsieur VANDENBUSSCHE, DDASS de la Corrèze

Remerciements au Professeur PM. Preux pour ses avis méthodologiques.

Cette étude a été réalisée dans le cadre du Programme Régional d'Accès aux Soins et à la Prévention par l'Observatoire Régional de la Santé du Limousin et financée par la subvention de fonctionnement que perçoit l'ORS.

Dans le cadre du Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) de deuxième génération de la région Limousin, et dans le but d'améliorer les connaissances des besoins en santé des personnes en situation de précarité, l'Observatoire Régional de la Santé du Limousin a été chargé par la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales du Limousin de réaliser une enquête permettant d'apprécier la santé perçue et les trajectoires de vie des personnes ayant recours aux associations caritatives en Limousin.

I. CONTEXTE

La problématique de l'accessibilité aux soins des personnes démunies pose de multiples questionnements dans notre société [1, 2, 3] et reste une priorité de santé publique.

La Loi portant création de la Couverture Maladie Universelle (CMU) votée en juillet 1999 (J.O. de la République française Loi n°99-641 du 27 juillet 1999) et mise en œuvre en janvier 2000 a certainement contribué à réduire les problèmes d'accessibilité aux soins de ces populations.

Toutefois, le recours aux soins n'est pas seulement un problème d'accessibilité financière, même si actuellement un problème d'effet de seuil est décrit pour la population à la limite supérieure des revenus fixés pour l'obtention de la CMU [4].

Les modèles de recours aux soins utilisés notamment par Andersen et Coll. [5,6] montrent que cette problématique doit être abordée sous des angles différents et que l'accessibilité financière n'est qu'un des aspects du recours.

La notion de besoin de santé perçue nous semble fondamentale pour décider d'initier ou non un recours aux soins et au système de santé. Mais ce recours s'inscrivant dans un continuum, l'évaluation personnelle de ce besoin est liée à de multiples facteurs socio-économiques et socio-démographiques.

La plupart des écrits ayant trait à la santé des populations en situation de précarité considèrent comme immuables des situations sociales individuelles observées à un moment de la vie. Il apparaît pourtant que l'exclusion et la pauvreté ne sont que l'aboutissement d'un processus : une quantité de ménages vivent dans un tel état d'instabilité sociale que n'importe quel événement (deuil, rupture conjugale, perte d'emploi, maladie, expulsion de logement) peut les faire entrer dans la précarité.

Pour le Père Wresinski, la précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales et de jouir de leurs droits fondamentaux [7].

La caractérisation de la précarité est donc plus difficile. Elle doit se faire en tenant compte de la situation vis-à-vis de l'emploi, du logement, de l'endettement, de la santé, des rapports sociaux.

L'instabilité qui caractérise ces situations de précarité rend difficile leur évaluation. Il apparaît pourtant dans la littérature consacrée à la précarité que l'analyse des trajectoires personnelles des individus en précarité est particulièrement judicieuse [8, 9, 10, 11].

II. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

- Analyser l'état de santé perçue 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 perçue et le recours aux soins.

III. MATÉRIEL ET MÉTHODE

1. Type d'enquête

Il a été procédé à une enquête transversale descriptive régionale sur site avec recueil de données par questionnaires administrés.

2. Population à l'étude

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, à savoir le niveau de revenus et l'attribution de certaines allocations.

Les lieux d'enquête étaient les permanences d'associations caritatives favorisant l'accès aux denrées alimentaires (Restaurants du Cœur, Secours populaire, Secours catholique, Croix Rouge...) et souhaitant participer au projet d'étude. L'enquête était basée sur le principe du volontariat des associations caritatives et des bénéficiaires ayant recours à ces associations.

3. Questionnaires

Le questionnaire utilisé intégrait une partie 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, le niveau d'étude atteint, les ressources, la couverture sociale et le questionnaire de DUKE sur l'état de santé perçu. Le recueil de données intégrait aussi une notion temporelle.

Enfin, le questionnaire relevait aussi le recours aux soins des personnes enquêtées par le biais du nombre de consultations en médecine de ville ou du nombre de séjours à l'hôpital. Par ailleurs, on recherchait à travers le questionnaire le poids et la taille.

Le questionnaire de DUKE permettait d'explorer l'état de santé perçu à travers 17 questions et la création d'indices ou de scores de santé mentale, physique, sociale, perçue, globale, des scores d'anxiété, de dépression, de douleur et d'incapacité et d'estime de soi.

Le choix du questionnaire de DUKE dans cette étude reposait sur le fait que sa version française avait été testée et validée en population générale sur 963 sujets participant à l'étude SUVIMAX [12] : l'analyse de la cohérence interne montrait des coefficients α de Cronbach toujours supérieurs à 0,6 sauf pour la dimension sociale. La validité de convergence avec l'état de santé global sur une échelle visuelle analogique était satisfaisante dans toutes les dimensions sauf pour l'incapacité. La reproductibilité était jugée satisfaisante (corrélation 0,63-0,8) sauf pour la douleur et l'incapacité. Enfin, à trois mois, la mesure restait sensible en cas de modification de l'état de santé de la personne interrogée.

L'utilisation de ce questionnaire en population générale dans le cadre des enquêtes Baromètre Santé de l'ancien Comité Français d'Education pour la santé [13] devrait permettre des comparaisons.

4. Test

Le questionnaire a été testé le 11 décembre 2003 à la permanence des "Restos du Cœur" de La Souterraine. Par la suite, il a été procédé à un certain nombre d'aménagements pour améliorer la compréhension du questionnaire. Le test a été effectué sur 10 personnes ; on comptait 14 refus mais il n'y avait pas eu d'informations au préalable sur ce site. Le temps moyen de passation du questionnaire était de 12 minutes.

5. Taille de l'échantillon et mode d'échantillonnage [14] [15]

Le nombre de personnes enquêtées nécessaires pour l'étude reposait à la fois sur les données tirées des utilisations antérieures du questionnaire de DUKE [13] [16] et sur la contrainte liée à la fréquentation des permanences de distributions alimentaires. En effet, cette fréquentation peut être très importante sur une courte période de temps en milieu urbain, ce qui pouvait rendre difficile le recueil des données.

Dans l'étude de validation du questionnaire de DUKE réalisée par Guillemin et coll. [12], ces auteurs montraient que pour la dimension générale (physique, mentale et sociale), le score moyen était de $70,3 \pm 16,8$.

Toutefois, les contraintes liées à l'affluence dans les permanences des villes importantes, nous ont conduit à envisager deux modes de recrutement des personnes enquêtées en distinguant le milieu rural et le milieu urbain.

Nous définirons donc dans notre étude la zone rurale par toutes les permanences de distribution alimentaire situées dans une commune de moins de 10 000 habitants au recensement général de la population de 1999 et les autres permanences appartenant à la zone dite urbaine.

On dénombrait 22 sites en milieu rural : ce faible nombre nous a conduit donc à proposer un recueil dans tous les sites sans sélection aléatoire des personnes se présentant à la distribution. Nous retiendrons aussi que le recueil des données était exhaustif dans les permanences en milieu rural.

Dans les permanences de la zone urbaine, il a été 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.

6. Enquêtrices

Les étudiantes de l'Ecole de Service Social de la Croix Rouge Française et de l'Institut d'Economie Sociale et Familiale de Limoges étaient volontaires pour réaliser cette étude et ont été formées à la passation du questionnaire.

7. Aspects légaux et réglementaires

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

8. Analyse et saisie des données

Elles ont été effectuées sur EPI INFO® version 6, et STATVIEW®.

Nous avons procédé à une analyse descriptive (moyennes \pm écart type, médiane pour les variables quantitatives et % pour les variables qualitatives). Compte tenu de mode d'échantillonnage différent en rural et urbain, certains tests n'ont pas été effectués sur les résultats observés pour l'ensemble de la population. En milieu urbain Nous aurons recours aux tests de comparaisons des moyennes (test t de student) et au Chi². Le seuil de significativité retenu est 5 %.

IV. ORGANISATION ET DÉROULEMENT DE L'ENQUÊTE

Au début de l'année 2003, il a été procédé à la mise en place d'un comité de pilotage de l'étude. Ensuite l'ensemble des associations caritatives de la région distribuant de l'aide alimentaire a été contacté afin d'expliquer le projet de l'étude et ses objectifs.

Dans chacun des trois départements, des rencontres avec les associations ont été organisées en collaboration avec la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales du Limousin, ainsi que les Conseils généraux et les Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales des trois départements.

A l'issue de ces rencontres, un certain nombre d'associations a accepté le principe de l'étude et a autorisé le recueil des données auprès des personnes fréquentant leur permanence.

Compte tenu de cette acceptation et du maillage territorial de certaines associations, nous avons retenu, pour la Creuse et la Haute-Vienne : les Restos du Cœur, et pour la Corrèze, les Restos du Cœur ainsi que les associations Tulle Solidarité et Ussel Solidarité.

Nous avons par la suite communiqué et expliqué notre démarche aux responsables de chaque permanence de distribution alimentaire autorisant la collecte de données soit sous forme de rencontre soit sous forme d'échanges épistolaires.

Trente sites ont été retenus et proposés par les associations caritatives.

Parmi ces sites, on notait 13 lieux en Corrèze, 10 en milieu rural avec un recueil de données exhaustif pour toutes les personnes se présentant à la permanence, et trois lieux de recueil en milieu urbain (Brive, Tulle, Ussel) avec un échantillonnage aléatoire d'un bénéficiaire retenu sur cinq.

En Creuse, un seul lieu de distribution, celui de Guéret devait bénéficier d'un recueil de données sur un échantillon de bénéficiaires, dans les six autres permanences rurales, le recueil était exhaustif.

En Haute-Vienne, trois sites en milieu urbain (deux à Limoges et un à St Junien) et sept en milieu rural ont été proposés.

La formation des enquêtrices s'est déroulée sur une journée.

L'enquête s'est déroulée du 12 au 23 janvier 2004.

Dans chaque permanence, des binômes d'enquêtrices étaient constitués. Hormis à Guéret (où l'absence involontaire d'une enquêtrice nous a empêché de faire face à l'affluence des bénéficiaires), il n'a pas été noté de causes intrinsèques à l'enquête augmentant le nombre de refus ou de non répondants à notre étude, dans les autres lieux de distribution.

On notera que la collecte de données n'a pu être effectuée à la permanence des restos du Cœur de Bort les Orgues.

Finalement 29 permanences, 22 en milieu rural et sept en milieu urbain ont été enquêtées.

V. RÉSULTATS

Les associations caritatives de la région Limousin déclaraient plus de 4 000 bénéficiaires de l'aide alimentaire en début d'année 2004. Il n'était pas permis à travers ce dénombrement de repérer la taille des familles, et donc d'évaluer le nombre exact de personnes fréquentant la permanence pour obtenir la ration alimentaire hebdomadaire prévue.

Le nombre de répondants variait en fonction de la fréquentation des permanences et de la localisation géographique : en milieu rural, le nombre de répondants par site variait de trois à 25 et en milieu urbain, de sept à 61.

1. Analyse des personnes n'ayant pas accepté de participer

Le taux moyen de non réponses ou de refus était de 23 % ; ce taux variait de 0 à 75 % en milieu urbain. 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 (118 contre 56 hommes).

Les principales raisons invoquées pour refuser de participer étaient par ordre de fréquence : la personne ne parlait pas le français (44 % des cas), elle n'était pas intéressée (34 %), ou n'avait pas le temps (6 %).

2. Analyse des personnes ayant accepté de participer

Sur l'ensemble des 29 sites enquêtés, 446 questionnaires complets ont été retenus pour l'analyse. Parmi ceux-ci, 251 ont été récoltés en milieu rural et 195 en milieu urbain.

a) Caractéristiques démographiques des personnes enquêtées

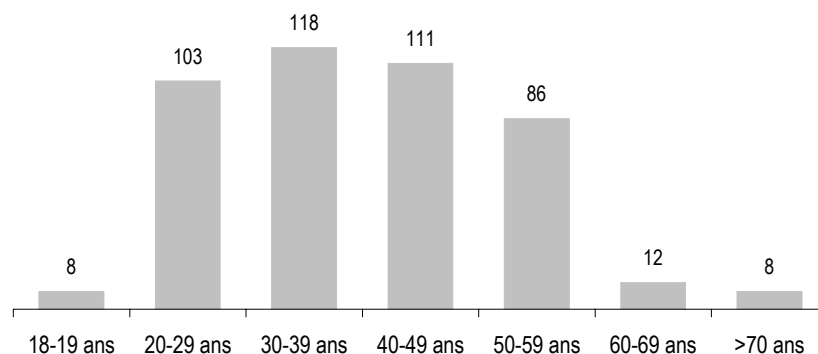
Parmi les répondants, on notait 153 (34,3 %) hommes et 293 (65,7 %) femmes. L'analyse de la répartition montre une représentation plus importante des femmes en milieu rural. (Tabl. 1)

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 ± 11,9 ans en milieu urbain. Il n'a pas été retrouvé de différence significative entre la zone urbaine et la zone rurale. (Fig. I)

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



b) L'environnement familial des personnes interrogées

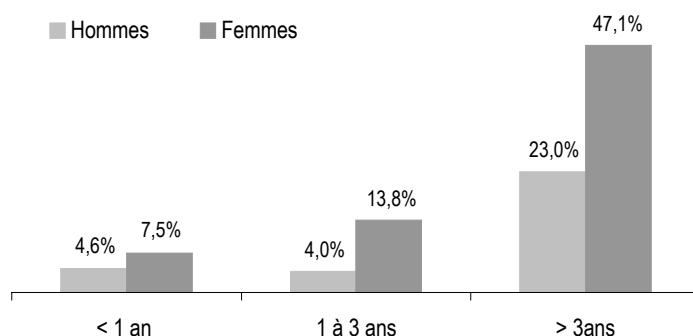
L'analyse de la situation matrimoniale des personnes interrogées a retrouvé 119 personnes célibataires (soit 26,7 %), 174 personnes en couple (39,1 %), 130 personnes divorcées ou séparées (29,2 %) et 22 personnes veuves (4,9 %). (Tabl. 2)

40,8 % des hommes ayant répondu au questionnaire étaient célibataires alors que les femmes célibataires ne représentaient que 19,5 % des femmes ayant répondu au questionnaire. On notait une proportion plus importante de femmes séparées ou divorcées (33,1 % versus 21,7 % chez les hommes). (Tabl. 2)

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

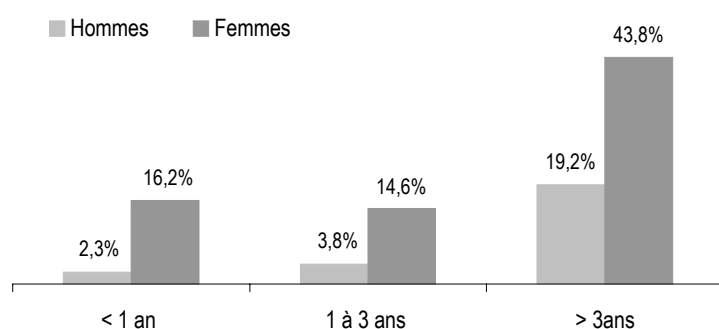
	Hommes	Femmes	Total	
Célibataire	62	57	119	(26,7 %)
Vit en couple	55	119	174	(39,1 %)
Séparé, divorcé	33	97	130	(29,2 %)
Veuf(ve)	2	20	22	(5,0 %)
Total	152	293	445	(100 %)

Figure II. Répartition des personnes enquêtées vivant en couple selon le sexe et la durée de la vie de couple (n = 174)



Parmi les 174 personnes vivant en couple, (mariage, union libre, concubinage, PACS), on a pu constater que le groupe majoritaire était constitué par des femmes vivant en couple dont la durée de vie en couple était supérieure à trois ans.

Figure III. Répartition des enquêtés divorcés ou séparés selon le sexe et la durée de leur séparation (n = 130)



Pour les 130 personnes séparées et divorcées, on a constaté là encore que la majorité d'entre elles étaient dans cette situation depuis plus de trois ans. (Fig. III)

Parmi les 22 personnes en situation de veuvage, on notait que 72,7 % vivaient également dans cette situation depuis plus de trois ans.

L'ensemble des personnes déclarées célibataires, divorcées, séparées ou veuves, formaient un groupe de 271 personnes présentant un "isolement matrimonial" potentiel.

Les répartitions de ces personnes ne semblent pas être différentes selon le sexe et la zone d'enquête.

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

Plus d'un quart des personnes enquêtées déclaraient vivre seules (26,2 %). Cette proportion se retrouvait aussi bien en milieu rural (25,9 %) qu'en milieu urbain (26,6). (Tabl. 3)

Parmi les 117 personnes vivant seules, 55,6 % étaient des hommes (65/117). Cette proportion était plus importante en milieu urbain où 63,5 % des personnes vivant seules en ville étaient des hommes (33/52). (Tabl. 5)

Tableau 3. Répartition des personnes enquêtées selon la zone d'enquête et l'isolement au foyer

	Rural	Urbain	Total
Vit seul	65 (25,9 %)	52 (26,6 %)	117 (26,2 %)
Ne vit pas seul	186	143	329 (73,8 %)
Total	251	195	446

Tableau 4. Répartition des personnes enquêtées selon le sexe et l'isolement au foyer

	Hommes	Femmes	Total
Vit seul	65 (42,5 %)	52 (17,7 %)	117 (26,2 %)
Ne vit pas seul	88	241	329 (73,8 %)
Total	153	293	446

Tableau 5. Répartition des personnes enquêtées vivant seules selon la zone d'enquête et le sexe

	Hommes	Femmes	Total
Rural	32	33	65 (55,6 %)
Urbain	33	19	52 (44,4 %)
Total	65 (55,6 %)	52 (44,4 %)	117

En dehors des 117 personnes vivant seules, on notait que 233 personnes déclaraient vivre avec au moins un adulte au domicile et 247 personnes disaient vivre avec au moins un enfant à leur foyer. Parmi les personnes vivant avec des enfants, six hommes et 90 femmes logeaient sans autre adulte au foyer.

Tableau 6. Répartition des adultes vivant seuls avec des enfants selon le sexe et la zone d'enquête

	Rural	Urbain	Total
Hommes	3	3	6 (6,3 %)
Femmes	51	39	90 (93,7 %)
Total	54 (56,3 %)	42 (43,7 %)	96

En créant une variable "d'isolement" croisant les personnes vivant seules et les personnes ayant un "isolement matrimonial" tel que nous l'avons défini précédemment, on retrouvait 113 personnes qualifiées "d'isolées".

L'analyse de ce groupe de personnes "isolées" montrait une proportion "d'isolés" plus importante chez les hommes (41,2 %) que chez les femmes (17,1 %). Les proportions de personnes "isolées" en milieu urbain et en milieu rural sont identiques.

c) 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, 327 (87,2 %) étaient locataires, 15 personnes n'avaient pas répondu à cette question.

Parmi les 56 personnes n'ayant pas de logement, 18 répondaient être hébergées 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 notre effectif total d'hommes) que de femmes (7,2 % de notre effectif total de femmes), et une prédominance de personnes interrogées en zone urbaine (20,5 % de notre effectif interrogé en milieu urbain versus 6,4 % en zone rurale).

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

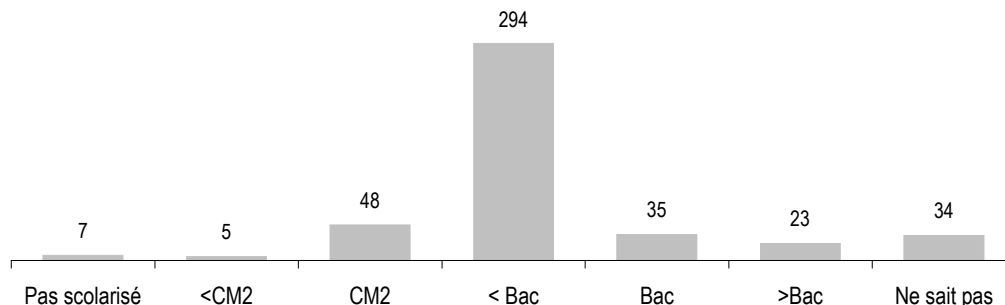
Pour 32 de ces 56 personnes (57,1 %), cette situation durait depuis moins d'un an, pour neuf d'entre elles (16,1 %) : entre un et trois ans et pour 15 d'entre elles (26,8 %) depuis plus de trois ans.

d) Caractéristiques des personnes interrogées en terme de formation

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

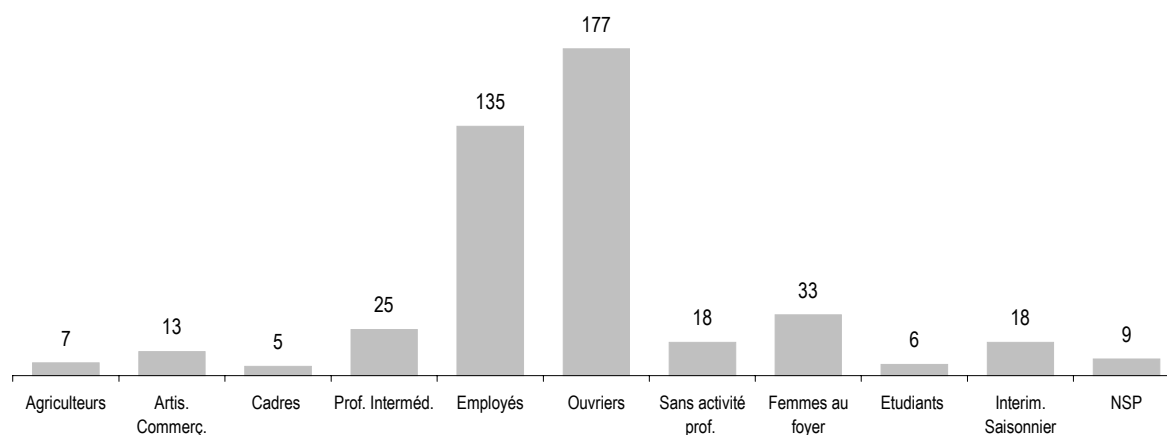
La répartition par niveau de scolarité atteint montrait une grande proportion des personnes dont le niveau correspondait à un du cycle secondaire non terminé (Fig. IV), soit près de 86 % de notre effectif avait un niveau inférieur au baccalauréat.

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



Par ailleurs, 19 personnes déclaraient ne pas savoir lire le français et 22 ne pas savoir l'écrire. Enfin, 206 personnes signalaient avoir fait un stage de qualification.

Figure V. Répartition des répondants (en effectif) en fonction de la catégorie socioprofessionnelle antérieure ou actuelle (n = 446)



Parmi les métiers et catégories socioprofessionnelles actuels ou passés, on retrouvait principalement dans notre population des employés et des ouvriers.

e) 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, 18 (31,0 %) avaient un contrat à temps plein et 40 à temps partiel (69,0 %) ; il y avait cinq réponses manquantes.

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.

Un tiers des personnes ayant un travail déclaré était dans cette situation depuis moins d'un an, un tiers entre un an et trois ans et pour un tiers, cette situation durait depuis plus de trois ans. Parmi les personnes à temps plein, la moitié de l'effectif (soit neuf personnes) l'étaient depuis plus de trois ans. Enfin, plus de la moitié des personnes en contrat à durée déterminée l'étaient depuis plus d'un an.

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

Pour les personnes en recherche d'emploi, cette situation durait depuis plus de trois ans dans 36,8 % des cas, et depuis moins d'un an dans 34,2 % des cas. Pour les personnes en invalidité, cette situation perdurait depuis plus de trois ans dans 70,0 % des cas.

Quatre-vingt-trois personnes nous ont déclarés faire du travail "au noir" et 69 être bénévoles.

f) Les personnes interrogées et leurs ressources

Parmi les personnes enquêtées, 27,2 % disaient percevoir un revenu déclaré de type salaire, retraite, indemnité d'arrêt de maladie ou pension. Une absence de réponse à cette question était notée dans 75 questionnaires.

Les proportions de personnes bénéficiant de revenus déclarés ne semblaient pas différentes dans notre étude en fonction des zones de recueil des données.

Les pourcentages observés par sexe étaient également très proches (23,5 % pour les hommes et 22,2 % pour les femmes).

Parmi ces 101 personnes déclarant avoir un revenu, 84 (84/96) percevaient également des "allocations" (sept réponses manquantes à cet item).

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

Soixante-treize personnes bénéficiaient d'allocations chômage (Assedic, allocation spécifique solidarité...) soit 29 hommes et 44 femmes. Cette allocation était perçue depuis moins d'un an pour 44,0 % de ces personnes, et la durée de versement était supérieure à 3 ans pour 27,2 % des personnes.

Cent cinquante-neuf personnes déclaraient percevoir le Revenu Minimum d'Insertion, soit 58 hommes et 101 femmes. Dans près de 46,9 % des cas, ce revenu était perçu depuis plus de trois ans et dans 28,1 % des cas entre un et trois ans.

On dénombrait 22 bénéficiaires de l'Allocation Adulte Handicapé, et dans 63,6 % des cas, cette allocation était perçue depuis plus de trois ans.

Trente-trois personnes recevaient une Allocation Parent Isolé, et cinq une Allocation de Solidarité Vieillesse.

Par ailleurs, 292 personnes déclaraient recevoir d'autres allocations comme les allocations familiales ou des allocations logement.

Toutefois, malgré toutes les ressources et dispositifs décrits, 53 personnes déclaraient bénéficier de solidarités familiales, 79 avoir recours au travail au noir ou à des petits boulots, 43 avaient recours ou avaient eu recours à la mendicité et 27 déclaraient n'avoir aucune ressource.

g) Trajectoires de vie

Dans notre enquête, on notait que sur 443 répondants à cet item, 290 personnes (65,5 %) avaient vécu des moments difficiles en rapport avec le décès d'un ou plusieurs proches.

Parmi les personnes interrogées 61,1 % disaient avoir eu au cours de leur vie des difficultés importantes en lien avec des conflits familiaux, une séparation ou un divorce.

Pour plus de la moitié des répondants (52,1 %), il existait une notion de maladie, d'accident ou de handicap pour la personne elle-même ou un proche.

Près d'un quart des répondants (23,2 %) déclarait avoir connu dans l'enfance un abandon, une adoption ou la maltraitance.

Plus de deux personnes sur trois (69,3 %) disaient avoir été marquées au cours de leur vie par une situation matérielle difficile.

Un quart de notre population de répondants (25,0 %) avait des antécédents de migration.

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

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

Le tableau 7 résume ces constats.

h) La protection sociale des personnes interrogées

Cent vingt-huit personnes déclaraient avoir une couverture sociale relevant du dispositif commun de protection sociale. Toutefois, une analyse plus fine révèle que seules 108 personnes relèvent de ce dispositif, les autres bénéficiant de la Couverture Maladie Universelle (CMU).

Parmi les 108 personnes affiliées à la Sécurité Sociale, 32 déclaraient ne pas avoir d'assurance complémentaire et 73 en avoir une.

Trois cent vingt-quatre personnes 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 des personnes en situation de fragilité en termes de protection sociale, représentant ainsi un frein financier potentiel à l'accès aux soins, on retiendrait les personnes sans couverture complémentaire, avec ou sans CMU, soit 83 personnes, mais on pourrait aussi inclure dans cette population en situation de pauvreté, les personnes finançant elles-mêmes leur assurance complémentaire ainsi que les bénéficiaires de l'AME et ceux qui déclaraient être sans aucune protection sociale.

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

Tableau 7. 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

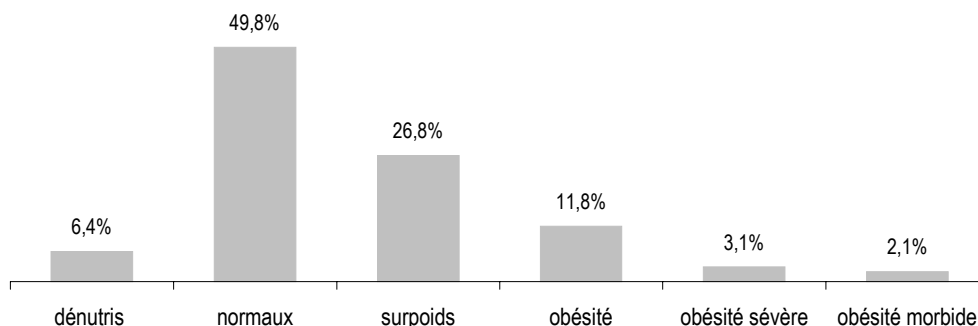
* Se lit : 197 personnes ont vécu un ou plusieurs décès de proches et des conflits familiaux et/ou séparation

i) État nutritionnel de la population de répondants

A partir du poids et de la taille déclarés par les individus, nous avons procédé au calcul de l'Indice de Masse Corporelle selon la formule classique $IMC = Pds (kg)/T^2 (m^2)$, puis nous avons classé ces indices selon les définitions actuelles de l'OMS concernant les adultes de moins de 65 ans.

L'analyse de la répartition totale de la population enquêtée montrait 6,4 % de personnes dénutries et 17,0 % de personnes obèses.

Figure VI. Répartition (en %) de la population enquêtée selon l'IMC à partir du poids et de la taille déclarées (n = 422)



j) Perception de l'état de santé : analyse 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 indice de santé globale, un indice de santé sociale, un indice de santé perçue, un indice d'estime de soi, un indice d'anxiété, un indice de dépression, un indice de douleur et un indice d'incapacité.

Nous retiendrons que les scores proches de 0 évoquent de mauvais scores, à l'inverse des scores proches de 100 évoquent de bons scores dans la dimension explorée.

◆ Santé physique

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.

Figure VII. Répartition des répondants selon le score de santé physique - (n = 446)

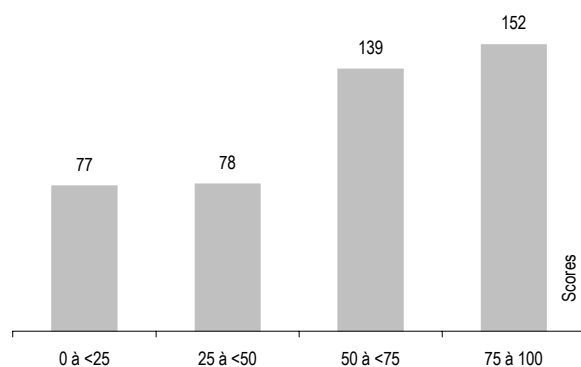
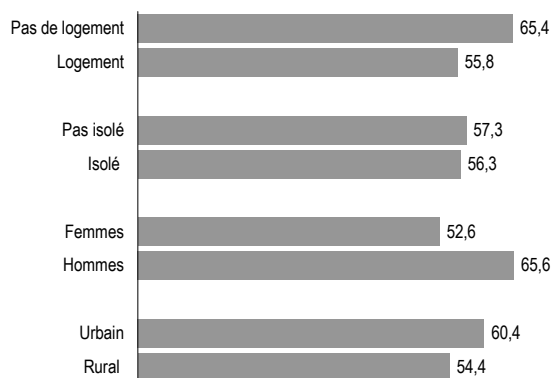


Figure VIII. Répartition des scores moyens de santé physique selon différentes catégories



◆ Santé mentale

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.

Figure IX. Répartition des répondants selon le score de santé mentale (n = 443)

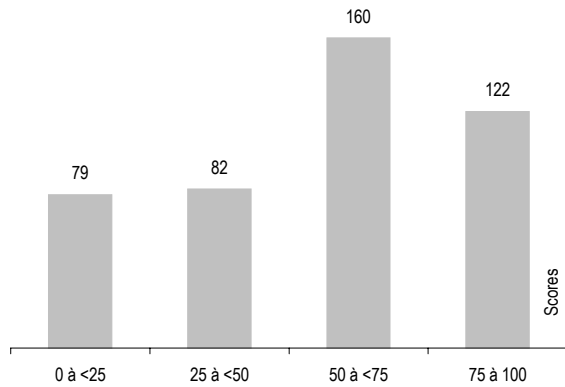
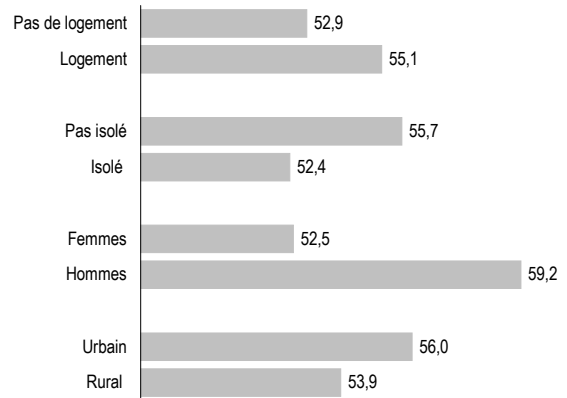


Figure X. Répartition des scores moyens de santé mentale selon différentes catégories



◆ Santé sociale

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.

Figure XI. Répartition des répondants selon le score de santé sociale (n = 442)

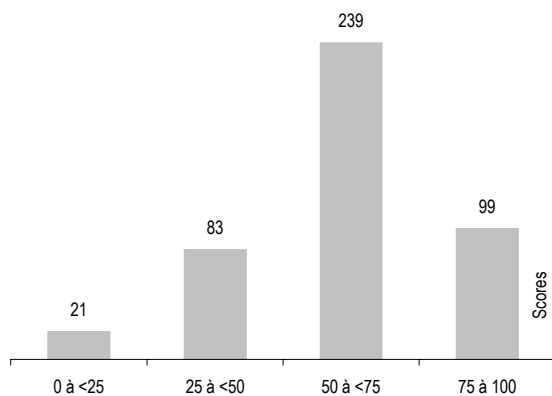
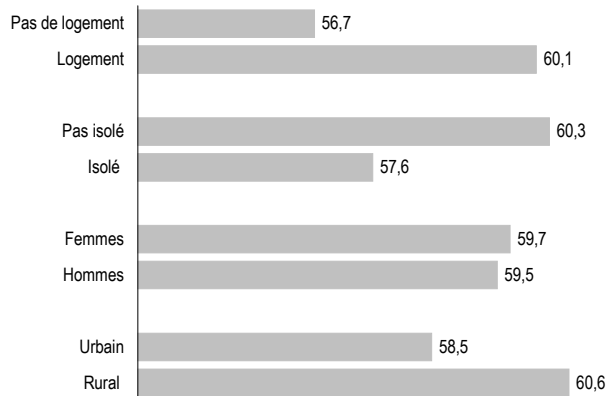


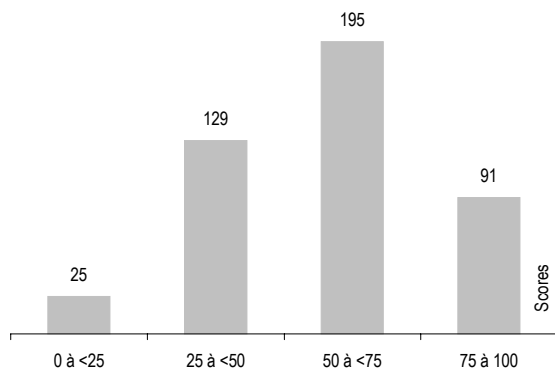
Figure XII. Répartition des scores moyens de santé sociale selon différentes catégories



◆ 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.

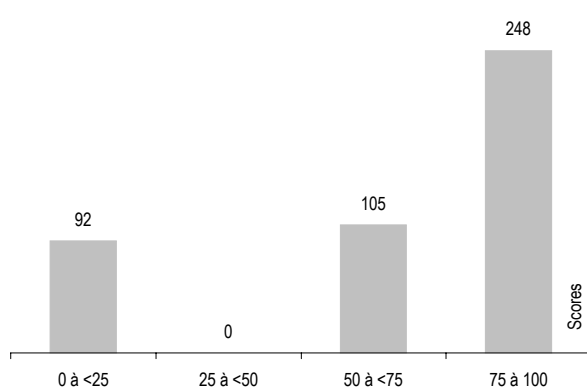
Figure XIII. Répartition des répondants par score de santé globale (n = 440)



◆ **Santé perçue**

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

Figure XV. Répartition des répondants selon le score de santé perçue (n = 445)



◆ **Estime de soi**

Le score moyen d'estime de soi était de 66,0 avec une étendue de 10 et une médiane à 70.

Figure XVII. Répartition des répondants par score d'estime de soi (n = 440)

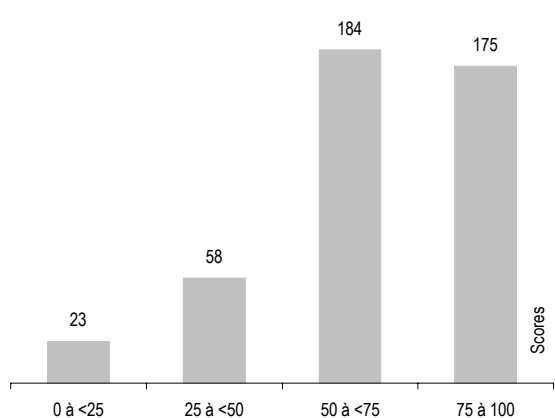


Figure XIV. Répartition des scores moyens de santé globale par différentes catégories

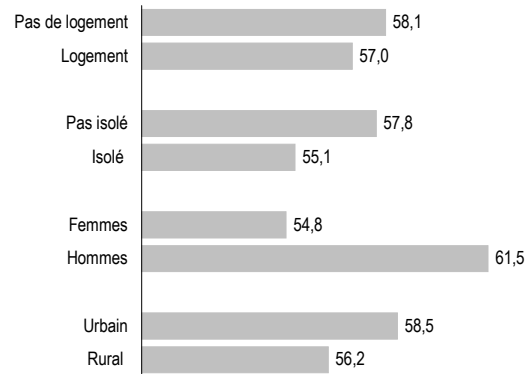


Figure XVI. Répartition des scores de santé perçue par différentes catégories

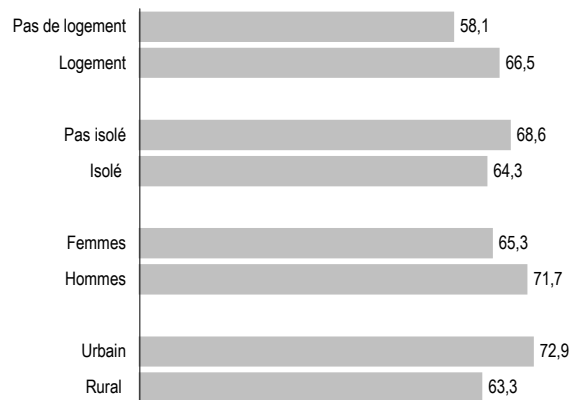
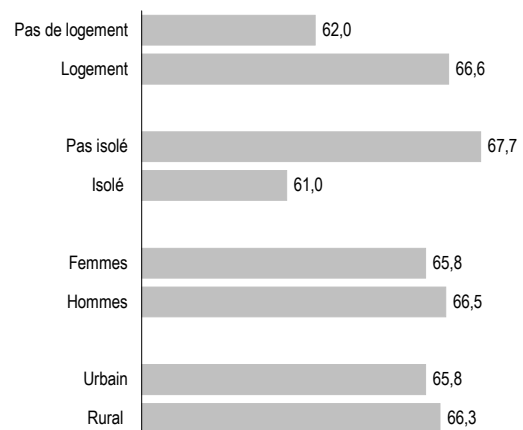


Figure XVIII. Répartition des scores moyens d'estime de soi par différentes catégories



◆ Anxiété

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

Figure XIX. Répartition des répondants selon le score d'anxiété (n = 442)

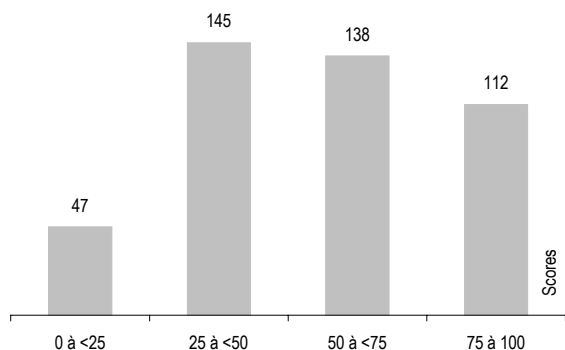
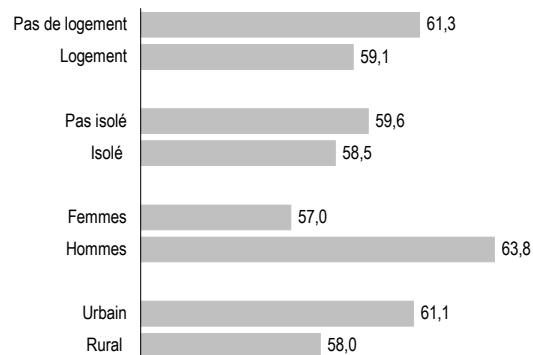


Figure XX. Répartition des scores moyens d'anxiété par différentes catégories



◆ Dépression

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

Figure XXI. Répartition des répondants par score de dépression (n = 443)

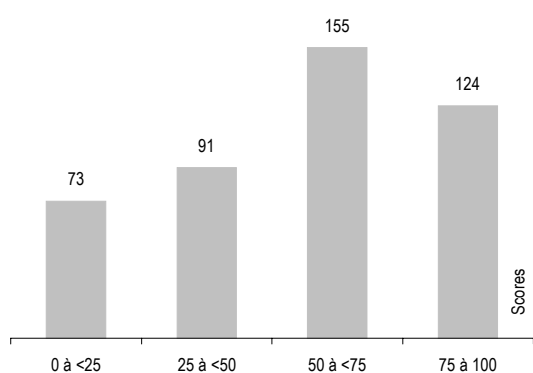
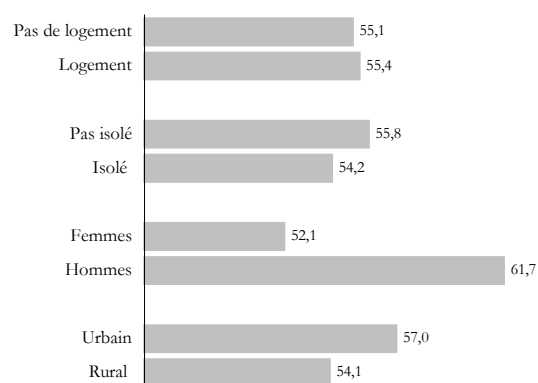


Figure XXII. Répartition des scores moyens de dépression par différentes catégories



◆ Douleur

Le score moyen de douleur était de 51,3 et s'étendait de 0 à 100, la médiane étant de 50.

Figure XXIII. Répartition des répondants selon le score de douleur (n = 446)

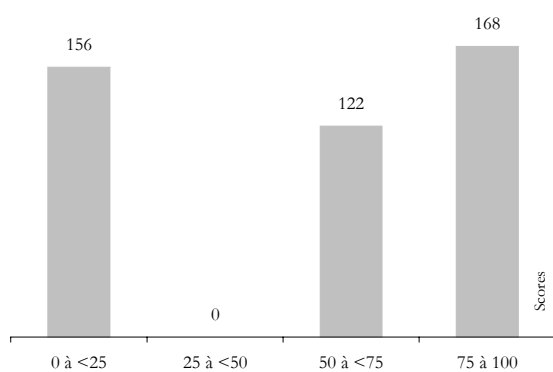
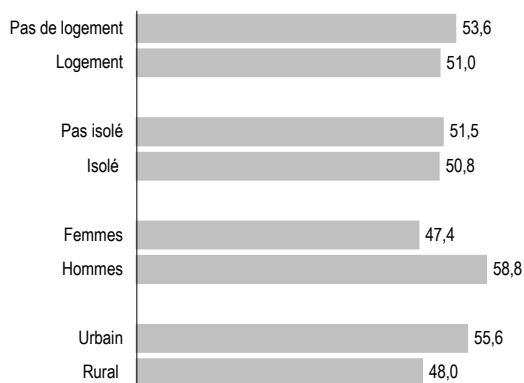


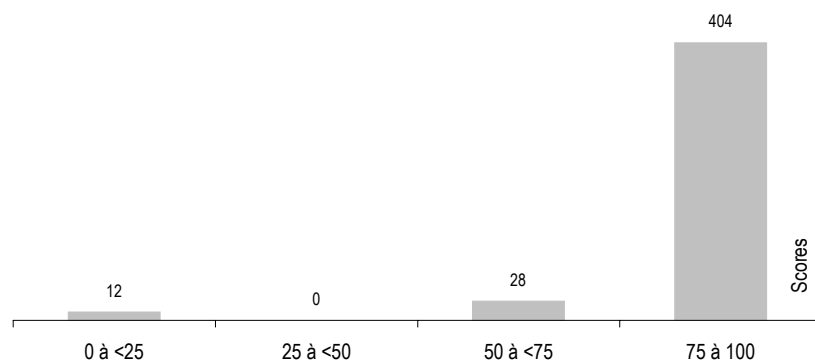
Figure XXIV. Répartition des scores moyens de douleur par différentes catégories



◆ Incapacité

Le score moyen d'incapacité s'élevait à 94,1 et la médiane était de 100.

Figure XXV. Répartition des répondants par score d'incapacité (n = 444)



k) Recours aux soins

Trois cent trente-cinq personnes déclaraient avoir eu recours à une consultation au cours des derniers mois, soit 75,1 % de notre effectif. On constatait que les femmes et les bénéficiaires de la CMU avaient davantage eu recours aux consultations. Au cours des trois mois précédant l'enquête, les personnes avaient eu recours à trois consultations en moyenne.

Cent cinq personnes, soit 23,5 % des répondants, avaient eu recours à l'hôpital au cours des 3 derniers mois. Le nombre de recours à l'hôpital était de deux en moyenne.

Après croisement de ces deux types de variables pour définir une variable "recours aux soins", on constatait alors que le nombre de personnes ayant eu un recours aux soins au cours des trois derniers mois était de 342 soit 76,7 % des personnes répondantes. C'est-à-dire 342 personnes avaient eu recours soit à une consultation, soit à l'hôpital, soit aux deux. Les femmes et les bénéficiaires de la CMU semblaient avoir davantage recours à l'ensemble des dispositifs de soins que les autres catégories.

A la question : *au cours des trois dernières années, quelque chose vous a-t-il empêché de vous soigner ?*, 90 personnes répondaient par l'affirmative. 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.

Pour la suite des résultats et l'analyse des facteurs influençant le recours aux soins, nous avons séparé la population enquêtée en "milieu rural" de la population enquêtée en "milieu urbain". Ce choix résulte, rappelons-le, des modes de sondage différents entre les deux zones.

◆ Analyse du recours aux soins en milieu rural au cours des trois mois précédant l'enquête

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

On constatait qu'en milieu rural, les personnes ayant eu recours aux soins étaient en moyenne plus âgées (41,3 ans) que les personnes n'ayant pas eu recours aux soins (36,8 ans).

On notait aussi que la proportion de femmes (81,6 %) ayant eu recours était plus importante que la proportion d'hommes (63,6 %).

Parmi les autres caractéristiques des personnes ayant eu recours aux soins, on remarquait une plus grande proportion de personnes ayant des antécédents personnels ou familiaux de maladie, handicaps ou accidents dans le passé (82,4 % versus 68,5 %), les personnes ayant connu une migration (81,4 % versus 75,0 %), des événements liés à la guerre (94,7 % versus 69,5 %). Enfin, on constatait que les salariés avaient plus recours aux soins (88,3 % versus 70,5 %), par contre les personnes en recherche d'emploi avaient moins recours (71,8 % versus 80,6 %).

Les scores moyens de santé, selon le profil de Duke, de ces 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 santé sociale.

Tableau 8. 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

L'analyse des personnes (188/191 soit 98,4 %) ayant eu recours aux consultations dans les trois mois précédant l'enquête montrait des profils de consultants identiques aux personnes ayant utilisé l'ensemble des recours.

◆ **Analyse du recours aux soins en milieu urbain au cours des trois mois précédant l'enquête**

En milieu rural, 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, 70,9 % ont eu recours exclusivement à la consultation d'un médecin, 26,5 % des personnes exclusivement à l'hôpital, et 2,6 % à la fois à l'hôpital et à la consultation d'un médecin.

On constatait en milieu urbain que la moyenne d'âge des personnes ayant eu recours aux soins était plus élevée (39,6 ans \pm 12,2 ans versus 35,8 ans \pm 10,4 ans ; $p < 0,01$) et qu'il y avait significativement plus de femmes ($p = 0,04$).

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

Le fait d'avoir ou de ne pas avoir un logement à soi n'était pas non plus discriminant pour avoir effectué un 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 terme de couverture sociale, il n'était pas retrouvé de liaisons significatives.

Par contre, 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 plus important chez les personnes ayant des antécédents personnels ou familiaux de maladie, accident ou handicap ($p<0,01$), des antécédents personnels ou familiaux de conflits, séparation ou 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.

Seuls dans le domaine de la santé sociale, de l'estime de soi et de la dépression, il n'était pas noté de différence entre les personnes ayant eu recours aux soins en milieu urbain et celles n'ayant pas eu recours.

Tableau 9. 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 $p<0,01$

Les personnes ayant eu recours à l'hôpital ne présentaient pas de caractéristiques particulières par rapport à l'ensemble des consultants en milieu urbain en dehors du fait qu'il n'y avait pas de différence entre les sexes, et que l'âge n'était pas un facteur discriminant.

Les personnes ayant eu recours à la consultation d'un médecin ne présentaient pas de caractéristiques particulières par rapport à l'ensemble des personnes ayant eu recours aux soins, en dehors du fait que l'existence d'un enfant semblait favoriser le recours à la consultation pour soi même ($p=0,02$)

VI. DISCUSSION

Le mode de déroulement de l'enquête, les lieux de recueil, et la population à l'étude pouvaient laisser penser que les taux de réponses aux questionnaires seraient faibles. La qualité des rapports et du partenariat établis avec les associations caritatives et le choix de réaliser la collecte des données par de futurs travailleurs sociaux a facilité notre tâche. Le pourcentage de refus en milieu rural reste modéré (20 %). Il est plus important en milieu urbain (33 %) où l'affluence dans les lieux de distribution alimentaire est plus importante et les contacts humains plus difficiles.

Le mode de sondage différent en milieu urbain (aléatoire) et en milieu rural (exhaustif) nécessite des précautions dans la lecture des résultats et rend plus complexes l'analyse et les comparaisons.

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...).

Notre étude permet de confirmer l'émergence de salariés pauvres.

Les antécédents "sociaux" des personnes interrogées, analysés à travers leurs trajectoires, montrent une accumulation de situations difficiles.

L'ensemble de ces événements stressants ont vraisemblablement un retentissement sur la santé des personnes.

L'approche de l'état de santé ressentie dans les différentes dimensions développée 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 [17]. 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 [13]. Ces résultats confirment des études similaires qui, en utilisant d'autres instruments [18], montraient que la population de bénéficiaires de la CMU complémentaire avait des scores de perception de santé plus faibles que la population générale mais déclarait aussi plus d'affections.

Tableau 10. Scores moyens de la population à l'étude en Limousin et du Baromètre Santé 2000

Scores moyens	Étude PRAPS Limousin 2004 Effectif total	Chômeurs Étude CFES Baromètre santé 2000	Hommes		Femmes	
			Étude PRAPS Limousin 2004	Étude CFES Population générale Baromètre santé 2000	Étude PRAPS Limousin 2004	Étude CFES popula- tion générale Baromètre santé 2000
Santé physique	57,0	71,4	65,6	76,5	52,6	66,4
Santé mentale	54,9	68,0	59,5	78,1	52,5	69,3
Santé sociale	59,7	66,5	59,5	68,0	59,7	67,4
Santé perçue	67,5	71,0	71,7	72,3	65,4	69,8
Santé globale	57,1	68,7	61,5	74,3	54,8	67,8
Anxiété	59,3	77,0	63,8	76,9	57,0	67,3
Dépression	55,4	67,5	61,7	71,7	52,1	65,2
Douleur	51,3		58,8	67,8	47,4	60,0

L'analyse du recours aux soins montre qu'une proportion importante de notre 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 a 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 l'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 même 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. [5, 6]. Pour ces auteurs, le recours individuel aux soins est la résultante d'un ensemble de facteurs prédisposant (démographique, de structure sociale, de croyances dans le domaine de la santé.....), 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 si à niveau de santé équivalent le recours aux soins est identique chez les personnes en situation de précarité et en population générale.

VII. 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 terme de l'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.

RECOMMANDATIONS À L'ISSUE DE L'ÉTUDE

établies le 25 novembre 2004 par
le Comité de Pilotage de l'Étude et le Groupe Technique Régional du PRAPS Limousin

Quelques éléments apparaissent ressortir de l'étude :

La mobilisation des personnes pour leur santé :

Cette question ressort comme essentielle, notamment dans le domaine de la souffrance psychologique. Les associations font remarquer que les soins ne sont pas une priorité perçue (notamment pour les hommes seuls).

- Mise en place de la PASS mobile en santé mentale en Haute-Vienne qui devra faire l'objet d'un suivi et d'une évaluation particulière.
- Mise en réseau du travail des professionnels mis en place en matière d'accompagnement à la santé et affiner le cahier des charges rédigé sur ce sujet (infirmières des UTAS, ISBA, Missions locales, CODES et ANPAA 19, Sonacotra).
- Besoin d'une écoute "professionnelle" dans les structures recevant un public précaire.

Le recours aux soins :

Il apparaît que le recours aux soins des personnes interrogées est assez important (75 %) avec un recours important à l'hôpital (> 25 %) dans les trois mois écoulés et notamment en milieu rural.

- La réflexion du SROS III sur les territoires de santé devrait intégrer la problématique santé-précarité. La DDASS de la Corrèze propose de travailler sur ce point. A ce titre, l'étude de l'ORS pourra être présentée à la conférence sanitaire de secteur de ce département et dans les autres départements.
- La fonction d'accès aux soins de santé dans les hôpitaux de proximité pourra être étudiée, notamment à partir des établissements ayant une expérience dans ce domaine.
- La mise en place du nouveau dispositif concernant la médecine générale devra également intégrer la question des personnes en situation de précarité.

L'accessibilité financière aux soins :

Elle est citée comme un obstacle potentiel de l'accès aux soins (38 %). La CPAM de la Corrèze indique que ce constat coïncide avec ses propres études sur la CMUC.

- Aborder l'accessibilité par le biais de la consommation de soins et avoir des éléments de comparaison entre bénéficiaires de la CMU et CMUC et population générale.
- Mise en place d'un suivi individualisé des bénéficiaires de la CMU (relance, renouvellement...).
- Favoriser les échanges entre Mutuelles et CPAM pour simplifier les procédures engagées par les usagers en précarité.
- L'aide à la mutualisation devra être de nouveau étudiée.

Les travailleurs pauvres :

Près de 15 % des personnes rencontrées dans le cadre de l'étude déclarent avoir un emploi.

Les éléments de réponses dégagés sont :

- Mettre en place un groupe de travail avec les institutions concernées : ANPE, Missions locales, DDTE, Médecine du travail, Associations intermédiaires, entreprises d'intérim.

Si la mise en place d'un groupe de travail paraît une réponse assez indirecte au problème posé, elle semble néanmoins nécessaire compte tenu de la nouveauté du thème dans le PRAPS.

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, 474p.
- [3] **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, 370p.
- [4] **ORS (Observatoire Régional de la Santé) PACA.** Précarité et trajectoires de santé : impact de la CMU dans l'accès et la consommation de soins, une enquête au service d'accueil des urgences de Nice, Juin 2001.
- [5] **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.
- [6] **ANDERSEN RM.** Revisiting the behavioural model and access to medical care: Does it matter? Journal of Health and Social Behavior 1995 36; 1-10.
- [7] **WRESINSKI MJ.** Grande pauvreté et précarité économique et sociale. Rapport au Conseil Economique et Social 1987.
- [8] **PAUGAM S, CLEMENCON M.** Détresse et ruptures sociales : résultats de l'enquête OSC/FNARS "personnes en détresse" Synthèse. Février 2002.
- [9] **CHAUVIN P, PARIZOT I, MENAHEM G, GUIGUET M, PECH N, LEBAS J.** PRECAR : Trajectoires de précarité, état de santé et accès aux soins : Rapport final. Institut de l'Humanitaire 2001.
- [10] **FNARS (Fédération Nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale).** Santé et précarité ; les cahiers de la FNARS, N°6 Juin 1999.
- [11] **ORS (Observatoire Régional de la Santé) PACA.** Jeunes, précarité et rapport à la santé : une étude qualitative des trajectoires sociales de jeunes précarisés et leurs représentations et pratiques en matière de santé. Novembre 1999.
- [12] **GUILLEMIN F, PAUL-DAUPHIN A, VIRION JM, et al.** 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.
- [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.
- [14] **SCHWARTZ D.** Méthodes statistiques à l'usage des médecins et des biologistes: Flammarion Médecine Sciences Paris)
- [15] **RUMEAU-ROUQUETTE C, BREART G, PADIEU R.** Méthodes en épidémiologie. Flammarion Médecine Sciences Paris 3^{ème} édition.
- [16] **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.
- [17] **VERGNENEGRE 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
- [18] **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.