

Facteurs de non-recours aux soins des personnes en situation de précarité

*Etude qualitative auprès de personnes accueillies dans les dispositifs
d'hébergement et de logement temporaire en Nouvelle-Aquitaine
(Centres d'hébergement et de réinsertion sociale, Centres d'hébergement d'urgence, Maisons relais)*

Facteurs de non-recours aux soins des personnes en situation de précarité

*Etude qualitative auprès de personnes accueillies dans les dispositifs d'hébergement et de logement temporaire en Nouvelle-Aquitaine
(Centres d'hébergement et de réinsertion sociale, Centres d'hébergement d'urgence, Maisons relais)*

Les auteurs

Véronique BOUNAUD, Nathalie TEXIER

Cette étude a bénéficié d'un accompagnement méthodologique de Willy PAROCHE, chargé de mission à l'association de recherche et d'échanges en anthropologie et sociologie (AREAS)

Comité stratégique

*Eric AMRANE – DR D JSCS Nouvelle-Aquitaine - MOSTRA
Erwan AUTES – ARS Nouvelle-Aquitaine – Direction de la santé publique
Leïla BELAOUCHET – DR D JSCS Nouvelle-Aquitaine – MOSTRA
Valérie BOUTHINON - DR D JSCS Nouvelle-Aquitaine – MOSTRA
Liliane LE MAO – DR D JSCS Nouvelle-Aquitaine –Pôle Cohésion sociale*

Comité de pilotage

*Samuel ADAM – Croix-Rouge Française
Eric AMRANE – DR D JSCS Nouvelle-Aquitaine - MOSTRA
Erwan AUTES – ARS Nouvelle-Aquitaine – Direction de la santé publique
Leïla BELAOUCHET – DR D JSCS Nouvelle-Aquitaine – MOSTRA
Valérie BOUTHINON - DR D JSCS Nouvelle-Aquitaine – MOSTRA
Dr Jean DEMAISON – URPS Chirurugiens-dentistes
Pantxiba IBARBOURE – Atherbea
Jean-Marc JOUVE – Audacia
Liliane LE MAO – DR D JSCS Nouvelle-Aquitaine –Pôle Cohésion sociale
Sébastien LODEIRO – IREPS Nouvelle-Aquitaine
Caroline PESNON – Conseil consultatif des personnes accueillies / accompagnées (CCRPA) Nouvelle-Aquitaine*

Remerciements

L'équipe de l'ORS remercie :

- Les équipes des structures qui ont permis la rencontre avec les personnes vues en entretien : Audacia et la Croix-Rouge Française à Poitiers (Vienne), l'ARSL et l'équipe de rue du CCAS à Limoges (Haute-Vienne), le CEID (Prodomo) à Bordeaux (Gironde) et le Petit Ermitage à Léognan (Gironde), Atherbéa à Bayonne (Pyrénées-Atlantiques)
- Valérie Bouthinon et Leïla Bélaouchet qui ont mené les entretiens sur le site de Bayonne
- Les personnes qui ont accepté de livrer leur témoignage

Sommaire

I. CONTEXTE	6
II. OBJECTIF	7
II.1. Objectif général	7
II.2. Objectifs spécifiques	7
III. MATERIEL ET METHODES	7
III.1. Concepts et définitions	7
III.1.1. Précarité	7
III.1.2. La santé et les conditions préalables à une bonne santé	8
III.1.3. Le renoncement et le non-recours	8
III.2. Gouvernance de l'étude	9
III.3. Public cible et territoire	9
III.4. Première phase : entretiens individuels	9
III.4.1. Domaines d'exploration	9
III.4.2. Sélection des sites et des personnes à rencontrer	10
III.5. Opérationnalisation des résultats de l'étude	12
III.5.1. La définition des axes stratégiques (ou objectifs intermédiaires)	12
III.5.2. La construction des préconisations d'action (ou objectifs opérationnels)	13
IV. RESULTATS DE L'ENQUETE PAR ENTRETIENS	13
IV.1. Description des personnes rencontrées en entretien	13
IV.2. Présentation synthétique des personnes rencontrées	15
IV.3. Typologie du non-recours aux soins	17
IV.3.1. Proposition d'une typologie du non-recours aux soins pour les personnes en situation de pauvreté	17
IV.3.2. Le non-recours par non-perception du besoin de soin	17
IV.3.3. Le non-recours par absence d'intention de consulter	18
IV.3.4. Le renoncement aux soins : une intention de consulter qui n'aboutit pas	20
IV.4. Quelques spécificités en fonction des types de soins et de publics	22
IV.4.1. Des logiques différentes en fonction des types de soins	22
IV.4.2. Quelques spécificités en fonction du public	23
V. CONSTRUCTION DES PRECONISATIONS D'ACTION	24
V.1. La définition des objectifs d'intervention	24
V.2. La définition des objectifs opérationnels (ou préconisations d'action)	24
VI. DISCUSSION ET CONCLUSION	26
VI.1. Limites	26

VI.1.1.	Biais de sélection	26
VI.1.2.	Biais de représentation	26
VI.1.3.	Biais de désirabilité sociale	26
VI.2.	Principaux enseignements	27
VI.3.	Conclusion	29
VII.	BIBLIOGRAPHIE	30
VIII.	ANNEXES	31

Tables des tableaux

Tableau 1.	Composition et date des groupes de travail ayant permis la définition des axes stratégiques	12
Tableau 2.	Proposition d'une typologie du non-recours aux soins	27

Table des figures

Figure 1.	Répartition par tranches d'âges des personnes rencontrées en entretien	13
Figure 2.	Répartition par types de structures des personnes rencontrées en entretien	14
Figure 3.	Répartition par villes des personnes rencontrées en entretien	14
Figure 4.	Déclinaison de l'analyse des entretiens en objectifs d'intervention	24

I. Contexte

Les travaux relatifs à la santé des personnes en situation de précarité exposent un double constat : celui d'un non-recours aux soins plus important (avec un gradient qui s'accroît avec la précarité), et corrélativement celui de la détérioration de l'état de santé au fur et à mesure que la précarité s'installe (1). Les difficultés d'accès à la santé propres aux situations de précarité sont encore plus vives pour les personnes frappées de grande exclusion, au point de ne pas recourir au système de soins, ou d'y recourir tardivement. Celles-ci se trouvent soumises, d'une certaine façon, à une triple peine : plus exposées à la maladie, elles sont moins réceptives aux messages de prévention et ont moins recours au système de soins (2).

Plusieurs plans et programmes s'intéressent à l'état de santé des personnes en situation de grande précarité, parmi lesquels :

- La loi de modernisation de notre système de santé, qui précise que le contenu des Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), qui font partie intégrante du projet régional de santé depuis la loi Hôpital Patients Santé Territoire (HPST) du 21 juillet 2009, doivent comporter des objectifs portant notamment sur l'amélioration de l'accès des personnes les plus démunies à la prévention et aux soins ;
- Le plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale 2013-2017.

Cette problématique est donc à la croisée de plusieurs acteurs : l'Agence régionale de la santé (ARS), la Direction régionale des sports, de la jeunesse et de la cohésion sociale (DR D JSCS), le secteur associatif, les collectivités locales, les établissements de santé...

Une étude sur le renoncement aux soins (3), à l'initiative de la DR D JSCS et l'ARS, a été menée auprès d'un échantillon représentatif de la population picto-charentaise. En ex-Poitou-Charentes, 36 % des individus ont renoncé à au moins un soin en 2015. Les soins dentaires concernent 22 % de la population, devant les lunettes et lentilles (18 %) et les soins généralistes (6,6 %). Cette étude montrait que les déterminants qui affectent le plus le renoncement aux soins sont des déterminants sociaux mesurés à une échelle individuelle ou territoriale, liés à la précarité des individus et le temps d'attente avant un rendez-vous. Un focus concernait le renoncement aux soins dans les catégories socio-professionnelles défavorisées, cependant les personnes les plus démunies, notamment les personnes hébergées en structure d'accueil temporaire, échappaient à cette analyse. Parallèlement, en ex-Aquitaine, une enquête, réalisée par l'antenne régionale de la Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale auprès des équipes éducatives et sociales des centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), a permis de mettre à jour les principales difficultés auxquelles elles sont confrontées par rapport à la santé des publics accueillis et à l'accompagnement proposé (4).

Les situations de grande vulnérabilité dans lesquelles se trouvent les personnes démunies posent des questions spécifiques en matière de santé. Bien que le débat sur le renoncement et le non-recours aux soins ait été cristallisé autour des raisons financières, des personnes malades ne sollicitent pas les services de soins même en contexte de gratuité. Il a donc été proposé de mener une étude auprès des personnes accueillies dans les structures d'hébergement ou de logement temporaire afin d'étudier leur représentation de la santé et le sens qu'elles donnent au renoncement et au non-recours : Quelle importance accordent-elles à leur santé ? Quels freins identifient-elles dans leur accès à une bonne santé ? Pour quels problèmes identifient-elles un besoin de soin ? Dans quelles situations sont-elles amenées à renoncer aux soins et pour quelles raisons ? Quels types de soins sont particulièrement concernés ? Comment définir les notions de non-recours et de renoncement aux soins des personnes sans abri ?

Cette étude, financée par l'ARS Nouvelle-Aquitaine et la DR D JSCS Nouvelle-Aquitaine, entre dans le cadre de la réduction des inégalités sociales de santé. Elle doit servir à produire une analyse permettant aux décideurs de mettre en œuvre des actions appropriées

pour améliorer la prise en compte de la santé et le recours aux soins des personnes accueillies dans ces structures. Ainsi, les résultats de cette étude doivent trouver une application concrète dans les plans et programmes régionaux en charge de ces questions.

II. Objectif

II.1. Objectif général

- Disposer d'une analyse partagée en matière de renoncement et de non-recours aux soins des personnes accueillies en structure d'hébergement et de logement temporaire, à l'échelle de la région Nouvelle-Aquitaine

II.2. Objectifs spécifiques

- Etudier les représentations de la santé et du système de santé des personnes accueillies en structure d'hébergement et de logement temporaire
- Apporter des éléments de compréhension des causes liées au renoncement et/ou au non-recours aux soins
- Apporter des éclairages quant aux types de soins particulièrement concernés par le non-recours et le renoncement
- Elaborer des préconisations d'actions pour la mise en place d'actions appropriées

III. Matériel et méthodes

III.1. Concepts et définitions

Différentes notions utilisées dans le cadre de ce travail sont employées quotidiennement sans que leur définition ne fasse consensus. Il convient donc de préciser les définitions adoptées pour cette étude.

III.1.1. Précarité

Les travaux de Jean-Claude Barbier montre que le terme Précarité est devenu en France un terme d'une polysémie extrême rendant flous les contours du phénomène observé : « En France, tout se passe comme si la précarité avait, d'abord, le statut d'une catégorie politique, impossible à réconcilier avec une définition vraiment analytique, proliférant dans des définitions de plus en plus englobantes et, par conséquent, de moins en moins susceptibles d'aboutir à des mesures précises. » (5).

Dans son rapport sur la grande pauvreté et la précarité économique et sociale (6), Joseph Wresinski définit la précarité comme « l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins grave et définitive. Elle conduit le plus souvent à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle tend à se prolonger dans le temps et devient persistante, qu'elle compromet gravement les chances de reconquérir ses droits et de réassumer ses responsabilités par soi-même dans un avenir prévisible ».

En s'intéressant aux personnes accueillies dans les structures d'hébergement et de logement temporaire, la présente étude parle de certaines formes de précarité qui excluent

nombre de personnes se trouvant dans des situations de précarité (au sens de Wresinski) sans pour autant être accueillies dans ces structures (travailleurs pauvres, familles monoparentales, bénéficiaires des minima sociaux, etc.) Dans la suite du rapport, nous parlerons par commodité de précarité en bornant ce terme aux personnes accueillies dans les structures d'hébergement et de logement temporaire¹.

III.1.2. La santé et les conditions préalables à une bonne santé

Cette étude se base sur la définition de la santé de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Cette définition est inscrite au préambule de 1946 à la Constitution de l'OMS.

En 1986, la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé est établie à l'issue de la première Conférence internationale sur la promotion de la santé. La Charte d'Ottawa précise que la santé est « la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques. Ainsi donc, la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire : elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être. ». La Charte d'Ottawa précise les conditions préalables à la santé : « La santé exige un certain nombre de conditions et de ressources préalables, l'individu devant pouvoir notamment se loger, accéder à l'éducation, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, bénéficier d'un éco-système stable, compter sur un apport durable de ressources et avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable. ».

Afin de ne pas focaliser uniquement sur des comportements individuels (à savoir le recours ou le non-recours aux soins), il est important de rappeler que pour les personnes rencontrées, ces préalables à la santé ne sont pas satisfaits. Leur état de santé n'est donc pas le fait de comportements individuels mais bien plus de conditions de vie ne permettant pas d'accéder à la santé.

III.1.3. Le renoncement et le non-recours

L'étude s'appuie sur le renoncement tel que qualifié par Caroline Desprès : « Nous qualifions de renoncement aux soins les situations où les individus ne recourent pas aux services de soins alors qu'ils éprouvent une manifestation corporelle ou psychique, ou abandonnent une démarche de soin en cours ». « Le renoncement aux soins est fondé sur une délibération, ce qui suppose que le sujet a identifié un ou plusieurs signes ou symptômes qui lui posent problèmes. » (7).

La notion de renoncement aux soins, dans sa définition stricte, élimine donc les situations de besoins non identifiés ou de non-intention de recourir aux soins.

Selon l'Observatoire des non-recours aux droits et services (ODENORE), « La question du non-recours renvoie à toute situation où une personne ne reçoit pas – quelle qu'en soit la raison – une prestation ou un service auquel elle pourrait prétendre. »²

Nous avons donc choisi d'élargir l'étude au non-recours, afin de tenir compte de tous les besoins non satisfaits, perçus ou non par l'individu. Des personnes rapportent des situations où elles renoncent à des soins, notamment pour des raisons liées au système de santé ou des raisons liées à leur isolement social. Cependant, les logiques de non-recours aux soins peuvent également être liées à une absence d'intention de consulter voire une non-identification du besoin de soin. Le renoncement est donc inclus dans le non-recours,

¹ Notons que pour la majorité des situations rencontrées, le stade de grande pauvreté tel que le décrit Joseph Wresinski semble être atteint.

² <https://odenore.msh-alpes.fr/> consulté le 29 mai 2017

comme une des formes possibles de non-recours. Pour tenter de clarifier l'analyse, nous avons fait le choix de nous intéresser globalement au non-recours et de distinguer les facteurs de renoncement (entendu comme intention de consulter qui n'aboutit pas).

III.2. Gouvernance de l'étude

Le comité stratégique est chargé de définir les grandes orientations du projet et de valider la note de cadrage. Il est constitué des commanditaires de l'étude, à savoir l'ARS et la DR D JSCS de la Nouvelle-Aquitaine (voir la composition en dos de couverture).

Le comité de pilotage est chargé de la validation de la méthode et les outils d'enquête. Il facilite la mise en relation de l'enquêteur avec les structures retenues et contribue à la construction des préconisations d'action. Il est constitué de la DRD JSCS, de l'ARS, de représentants de structures d'hébergement, de représentants associatifs, de représentants des usagers (conseil consultatif régional des personnes accueillies / accompagnées), de l'URPS chirurgiens-dentistes et de l'IREPS. Lors de la phase de construction des préconisations d'actions, le comité de pilotage est élargi aux délégations départementales de l'ARS, au DDCS-PP et aux CCAS, qui ont été informés de l'étude dès le démarrage.

D'autre part, l'ORS a bénéficié d'un accompagnement méthodologique par l'association de recherche et d'échanges en anthropologie et sociologie (AREAS) afin de bénéficier de compétences en sociologie dans la conduite globale de l'étude.

III.3. Public cible et territoire

Cette étude concerne les personnes accueillies dans les structures d'hébergement et de logement temporaire de la région Nouvelle-Aquitaine, qu'elles soient généralistes ou spécialisées dans l'accueil d'un public spécifique.

Le champ des structures enquêtées comprend les centres d'hébergement d'urgence (CHU), les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) et les dispositifs de logements adaptés pour les personnes en situation de grande exclusion (maison-relais).

III.4. Première phase : entretiens individuels

La méthode mobilisée est une enquête qualitative par entretiens individuels semi-directifs en face-à-face. L'étude est centrée sur le repérage des facteurs qui expliquent le non-recours aux soins, et inversement qui facilitent le recours aux soins. Au travers du récit des personnes rencontrées, ont été explorés les freins et leviers relevant de l'histoire personnelle, le parcours de socialisation autour du soin, les freins et leviers relevant du système de santé et de protection sociale et les freins et leviers relevant de l'accompagnement proposé par la structure d'accueil.

III.4.1. Domaines d'exploration

Le guide d'entretien a été élaboré en s'appuyant sur une revue de la littérature et des éléments qualitatifs issus de discussions avec des acteurs concernés par le sujet au cours de la préparation de l'enquête : membres du comité de pilotage, équipes éducatives et sociales des structures où se sont déroulés les entretiens.

Les domaines d'exploration du guide d'entretien sont :

- La situation sociale :
 - o Sexe, âge
 - o Situation familiale : composition du foyer
 - o Niveau d'étude
 - o Parcours résidentiel / Lieu d'habitation / Ancienneté de l'hébergement
 - o Métier / Insertion professionnelle passée

- Qualité du réseau social / Soutien social
- L'utilisation du système de soin :
 - Couverture maladie et complémentaire santé
 - Parcours d'ouverture des droits
 - Médecin traitant
 - Habitudes de consultations médicales
 - Pratiques habituelles de la personne pour se soigner
 - Rapport aux soins pour les enfants et influence des enfants dans son propre rapport aux soins
 - Observance des traitements
 - Rapport aux soins de santé mentale
- Les situations de non-recours aux soins
 - Freins personnels : rapport à la maladie, perception du système de soins, rapport aux institutions, confiance dans le médecin traitant, contraintes familiales
 - Freins liés au système de santé : freins financiers, mobilité, délais de rendez-vous, difficultés de repérage dans le système de soin...
 - Autre modalités de soins (médecine traditionnelle)
- Les représentations de la santé et du système de santé
 - Définition d'une bonne santé
 - Importance accordée à sa santé / Adoption de comportements favorables à la santé / Perception des messages de prévention / Attitude générale par rapport à la santé
 - Comportements de prévention : dépistages, vaccins, bilans de santé gratuits proposés par l'assurance maladie, dispositif M'T'Dents pour les enfants
 - Rapport au corps médical (confiance, disponibilité, compétences...) et aux institutions
 - Parcours de socialisation par rapport à la santé et au recours aux soins, les habitudes dans l'enfance, l'importance accordée à la santé dans la famille...
 - Facteurs facilitants et les freins (facteurs personnels et liés au système de santé)
 - Influence du type de soin (généraliste, spécialisé...)

L'entretien semi-directif permet une ouverture aux domaines non prévus d'emblée par le guide. Tous les domaines d'exploration ne sont pas systématiquement abordés au cours des entretiens. Afin de permettre la production d'un discours plus naturel et l'instauration d'un climat de confiance, l'ordre des questions n'était pas prédéfini. Les postures adoptées durant les entretiens ont veillé à réduire les formes de distances afin de constituer une proximité dans l'échange et de favoriser l'établissement d'un climat de confiance.

Le guide d'entretien intégral est présenté en annexe 1.

III.4.2. Sélection des sites et des personnes à rencontrer

III.4.2.1. Sélection des sites

Les sites ont été sélectionnés selon les critères suivants :

- Répartition dans les 3 ex-régions : Aquitaine, Limousin et Poitou-Charentes
- Diversité des situations selon le type d'espace (urbain / rural)
- Diversité des situations selon le type de structures (maisons relais, CHRS, centres d'hébergement d'urgence) et le type de publics accueillis

Au final, les entretiens se sont déroulés sur cinq sites : Poitiers (CHRS, Maisons relais et Centre d'hébergement d'urgence), Limoges (CHRS, Travail de rue), Bordeaux (centre d'hébergement expérimental³), Léognan (CHRS), Bayonne (CHRS).

III.4.2.2. Réunion de préparation avec les équipes

Une attention particulière a été portée à recueillir l'adhésion des équipes socio-éducatives au projet d'étude. Afin de préparer les entretiens, les directions étaient contactées par téléphone afin d'expliquer le projet. Ensuite une réunion était organisée auprès des équipes afin de présenter l'étude, conforter les objectifs de l'étude, recueillir leurs points de vue quant à l'intérêt de l'étude, alimenter le guide d'entretien et élaborer les modalités précises pour rencontrer les personnes.

Les réunions de préparation ont eu lieu en janvier et février 2017.

III.4.2.3. Sélection des personnes à rencontrer en entretien

Suite à la réunion de présentation de l'étude, les équipes se sont chargées de réfléchir à une liste de personnes à qui proposer un entretien.

Les équipes ont ciblé les profils selon les critères suivants :

- Intérêt du parcours de la personne par rapport à la santé
- Capacité de compréhension et d'expression en langue française
- Projection quant aux chances d'obtenir une réponse favorable pour participer à l'entretien
- Attention à ne pas mettre en difficulté une personne en abordant des sujets trop douloureux

L'enquêteur a veillé à rencontrer une diversité de situation au regard des critères suivants : âge, sexe, situation familiale (en couple ou non, avec des enfants ou non), avec des problèmes de santé repérés par les équipes des structures ou non, recourant au système de santé ou ne bénéficiant d'aucun soin.

III.4.2.4. Anonymat

Les entretiens étaient anonymes et les fichiers d'enquête ne permettaient pas d'identifier les répondants.

III.4.2.5. Passation des entretiens

Les entretiens étaient réalisés au domicile des personnes ou dans les locaux de la structure sociale. Une pièce calme permettant à la personne de s'exprimer de manière confidentielle était mise à disposition de l'enquêteur.

Les entretiens ont duré entre 20 minutes et deux heures et étaient enregistrés avec l'accord de la personne, ce qui a permis à l'enquêteur de se détacher de la prise de notes pour se concentrer sur le récit des personnes. Dans le cas où la personne refusait l'enregistrement, un compte-rendu des échanges était rédigé dès la fin de l'entretien dans la mesure du possible.

Les entretiens ont été réalisés entre février et avril 2017.

III.4.2.6. Traitement et analyse

Les entretiens ont été intégralement retranscrits et ont fait l'objet d'une analyse thématique de contenu.

³ Le centre d'hébergement Prodomo, porté par le CEID, bénéficiait de financements dans le cadre de l'hébergement d'urgence mais proposait un fonctionnement proche des CHRS.

A partir de la lecture répétée des entretiens, une grille d'analyse thématique a été élaborée. Les thèmes de la grille d'analyse ont ensuite été alimentés par la sélection, au sein de chaque entretien, de ce qui se réfère à ces thèmes. Ceci a permis de repérer une diversité de facteurs (freins et leviers) liés au renoncement et au non-recours aux soins.

III.5. Opérationnalisation des résultats de l'étude

Afin d'opérationnaliser les résultats de l'étude, une phase de construction des préconisations d'action a eu lieu en deux étapes :

- La confrontation des résultats de l'étude avec les réalités vécues par les équipes socio-éducatives dans leur accompagnement vers les soins : cette étape a permis de définir des axes stratégiques ou objectifs intermédiaires (soumis à la validation du comité de pilotage)
- L'animation d'un comité de pilotage élargi en fin d'étude : cette étape a permis de construire des préconisations d'action ou objectifs opérationnels au sein de chaque axe stratégique

III.5.1. La définition des axes stratégiques (ou objectifs intermédiaires)

Des groupes de travail composés des équipes et responsables ayant contribué à l'enquête ont été réunis afin de confronter les résultats de l'analyse des entretiens aux réalités vécues par les équipes socio-éducatives.

Tableau 1. *Composition et dates des groupes de travail ayant permis la définition des axes stratégiques*

Sites	Composition	Nb de participants	Date
Bordeaux et Léognan	CEID – Hébergement expérimental (Prodomo) CHRS Petit Ermitage	4	18 mai
Poitiers	Audacia - Pôle Migrants Audacia - Pôle Autonomie Croix-Rouge Française - CHUS	9	19 mai
Limoges	ARSL - CHRS Augustin Gartempe CCAS – Equipe de rue	7	24 mai

Les objectifs de ces groupes de travail étaient les suivants :

- Partager les résultats de l'analyse des entretiens
- Recueillir les difficultés rencontrées par les équipes socio-éducatives dans l'accompagnement des personnes dans leurs parcours de soins (recours et continuité)
- Contribuer à la construction des préconisations d'action par la définition des axes stratégiques

La trame d'animation de ces groupes de travail est présentée en annexe 2.

III.5.2. La construction des préconisations d'action (ou objectifs opérationnels)

Un comité de pilotage élargi a été réuni afin de contribuer à la construction des préconisations d'action.

Ce groupe était composé de la DR D JSCS (Pôle cohésion sociale et MOSTRA), l'ARS (Direction de la santé publique et délégations départementales de la Vienne et de la Charente), la PASS du CHU de Bordeaux, l'Union nationale des centres communaux d'action sociale, des structures sociales (Croix-Rouge Française, Atherbéa, Audacia), de la délégation régionale du Conseil consultatif des personnes accueillies et accompagnées.

Les objectifs de ce temps de travail étaient de :

- Partager les résultats de l'analyse des entretiens
- Valider les axes stratégiques proposés
- Elaborer des préconisations d'actions au sein de chaque axe stratégique

Des sous-groupes de travail ont été constitués afin de construire collectivement les préconisations d'action.

La trame d'animation de ce temps de travail est présentée en annexe 3.

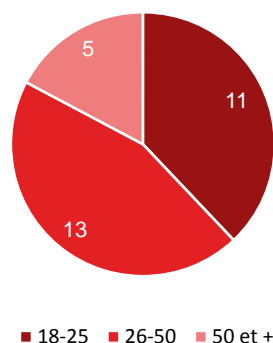
IV. Résultats de l'enquête par entretiens

IV.1. Description des personnes rencontrées en entretien

Trente et un entretiens ont été réalisés dont 2 se sont avérés inexploitable en raison de l'incohérence des discours ou de l'incompréhension mutuelle (problème de la langue). Au final, 23 entretiens ont été enregistrés et retranscrits et 6 entretiens ont été exploités mais sans avoir fait l'objet d'un enregistrement en raison du refus de la personne pour 5 d'entre eux et d'un problème technique pour 1 entretien.

Parmi les 29 entretiens analysés, 15 concernent des femmes.

Figure 1. Répartition par tranches d'âges des personnes rencontrées en entretien (effectifs)

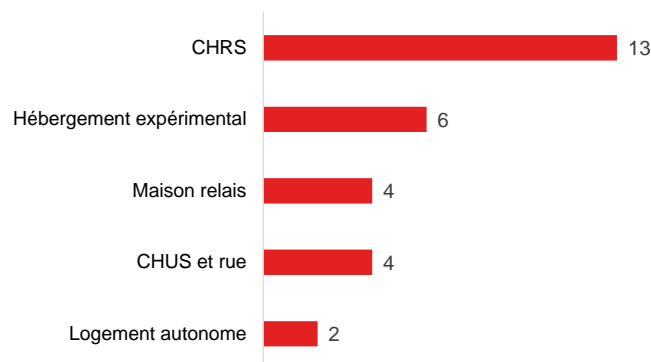


Source : ORS Poitou-Charentes. Facteurs de non-recours aux soins en situation de précarité. 2017

La répartition par tranche d'âge est la suivante :

- Onze ont entre 18 et 25 ans
- Treize ont entre 26 et 50 ans
- Cinq ont plus de 50 ans

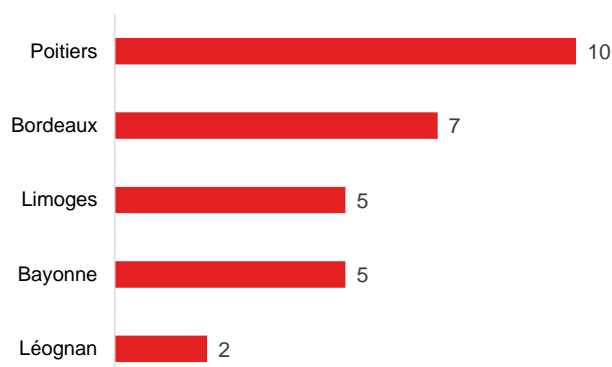
Figure 2. Répartition par types de structures des personnes rencontrées en entretien (effectifs)



Source : ORS Poitou-Charentes. Facteurs de non-recours aux soins en situation de précarité. 2017

La majorité des personnes sont hébergées en CHRS (13). Les autres se répartissent entre l'hébergement expérimental (structure accueillant des jeunes avec des problématiques d'addictions, ayant fait l'objet d'un financement à titre expérimental, aujourd'hui fermée), les maisons relais, les centres d'hébergements d'urgence sociales (CHUS) et les logements autonomes.

Figure 3. Répartition par villes des personnes rencontrées en entretien (effectifs)



Source : ORS Poitou-Charentes. Facteurs de non-recours aux soins en situation de précarité. 2017

Dix personnes ont été rencontrées à Poitiers, 7 à Bordeaux, 5 à Bayonne et à Limoges et 2 à Léoignan.

Parmi celles-ci, cinq sont des personnes migrantes en attente d'une régularisation de leur situation, vivant depuis quelques semaines ou plusieurs années en France.

IV.2. Présentation synthétique des personnes rencontrées

Sexe	TA	Type hébergement	Ville	Situation matrimoniale	Enfants	Situation au regard de l'emploi	Niveau scolaire	Migrant	Couverture maladie
F	50 et +	CHRS	Poitiers	En couple	2	Sans emploi	Diplôme infirmière	oui	AME
F	18-25	CHRS	Poitiers	Séparée	1	Sans emploi	Lycée professionnel	non	CMU et CMUc
H	26-50	CHUS et rue	Poitiers	Célibataire	/	Sans emploi	/	oui	CMU en cours
H	50 et +	CHUS et rue	Poitiers	/	8	Sans emploi	Niveau classe de 1ère	non	CMU et CMUc
H	26-50	CHUS et rue	Poitiers	/	/	Sans emploi	Ingénieur	oui	AME
H	18-25	Hébergement expérimental	Bordeaux	/	/	Agent de service	BTS	non	Renouvellement CMUc en cours
F	18-25	Hébergement expérimental	Bordeaux	En couple	/	En formation à distance	Bac pro	non	CMU et CMUc
H	18-25	Hébergement expérimental	Bordeaux	En couple	/	Sans emploi	Brevet	non	Sécurité sociale + CMUc
F	18-25	Logement autonome	Bordeaux	En couple	non	En emploi	Bac	non	Sécu + mutuelle d'entreprise
F	18-25	Hébergement expérimental	Bordeaux	En couple	/	Accompagnement de la mission locale	CFA	non	Sécurité sociale + CMUc
F	18-25	Hébergement expérimental	Bordeaux	Célibataire	/	Emploi en CDD	Collège	non	CMUc en cours
H	26-50	CHRS	Léognan	/	/	Sans emploi	Bac technicien	non	MSA + Mutuelle entreprise. En ALD
F	26-50	Maison relais	Poitiers	Divorcée	/	Sans emploi	Niveau CAP	non	CMU+ Mutuelle des hôpitaux
H	26-50	Maison relais	Poitiers	Séparé	2	Agent de propreté	Niveau 4ème	non	CMU et CMUc

Sexe	TA	Type hébergement	Ville	Situation matrimoniale	Enfants	Situation au regard de l'emploi	Niveau scolaire	Migrant	Couverture maladie
H	26-50	Maison relais	Poitiers	/	0	Sans emploi	Pas de diplôme	non	CMU et CMUc
H	50 et +	Maison relais	Poitiers	Divorcé	2	Retraité	/	non	sécurité sociale + mutuelle. En ALD
F	18-25	CHRS	Limoges	Séparée	1	Formation	CAP	non	CMU et CMUc
F	18-25	CHRS	Limoges	Divorcée	non	Sans emploi		non	CMU et CMUc
H	26-50	Logement autonome	Limoges	/	/	Sans emploi	Bac	non	Mutuelle
F	26-50	CHRS	Bayonne	Séparée	3	Sans emploi	CAP	non	Mutuelle du RSI
H	26-50	CHRS	Bayonne	En couple	non	Formation	CAP	non	CMU et CMUc
F	18-25	CHRS	Bayonne	/	/	Sans emploi	CAP	non	Pas de couverture maladie actuellement
F	18-25	CHRS	Bayonne	Célibataire	2	/	/	non	CMU/CMUc (en cours)
H	50 et +	CHRS	Léognan	Séparé	/	Retraité	Pas de diplôme	non	/
F	26-50	Hébergement expérimental	Bordeaux	En couple	/	Travailleur saisonnier	CAP	non	CMU et CMUc
F	26-50	CHRS	Limoges	Séparée	7	Sans emploi	/	oui	CMU et CMUc
H	26-50	CHRS	Limoges	/	/	Sans emploi	/	non	CMU et CMUc
H	50 et +	CHUS et rue	Poitiers	Divorcé	oui	Sans emploi		oui	/
F	26-50	CHRS	Bayonne	Séparée	1	Sans emploi	CAP	non	CMU et CMUc

/ Ne sait pas

Source : ORS Poitou-Charentes. Facteurs de non-recours aux soins en situation de précarité. 2017

IV.3. Typologie du non-recours aux soins

En préambule, il convient de préciser que la santé est une préoccupation pour toutes les personnes rencontrées. Conscientes que leurs conditions de vie influencent négativement leur état de santé, aucune ne renonce à la santé mais d'autres logiques viennent expliquer leurs non-recours ou recours tardifs aux soins. Il n'y a donc pas une moindre importance accordée à sa santé, mais plutôt des logiques spécifiques qui viennent expliquer le comportement de recours (ou non) aux soins.

Afin de cerner les mécanismes et les dynamiques du phénomène de non-recours aux soins, nous proposons une typologie basée sur les travaux de P. Warin qui, dans le cadre de l'Observatoire des non-recours aux droits et aux services (ODENORE)⁴ a proposé en 2010 une typologie du non-recours relativement simple et opérationnelle.

Dans son approche, P. Warin propose de retenir trois formes de non-recours :

- Le non-recours par non-connaissance
- Le non-recours par non-demande
- Le non-recours par non-réception

IV.3.1. Proposition d'une typologie du non-recours aux soins pour les personnes en situation de pauvreté

En s'appuyant sur la typologie proposée par P. Warin, il est possible de déconstruire ces formes et d'en proposer trois autres, assez proches mais plus adaptées au phénomène spécifique du non-recours aux soins. Nous proposons de retenir trois types de non-recours aux soins :

- Le non-recours par non-perception du besoin de soin
- Le non-recours par absence d'intention de consulter
- Le renoncement aux soins : une intention de consulter qui n'aboutit pas

Dans la réalité, les typologies s'enchevêtrent et on ne peut observer une situation qui correspondrait parfaitement à cette forme sans recourir à des aspects d'une autre forme. Il s'agit, à travers le recours à cet outil conceptuel, de cerner les mécanismes et les dynamiques du phénomène.

IV.3.2. Le non-recours par non-perception du besoin de soin

Soumises à de fortes contraintes liées à leurs conditions de vie, les personnes peuvent ne pas identifier le besoin de recourir à un médecin, soit par déni de leurs problèmes de santé, soit parce que leurs addictions les accaparent.

Le déni explique une partie de la non-perception des besoins de soins

Le déni est une notion utilisée en psychanalyse, pour désigner le fait de refuser, de façon inconsciente, une partie ou l'ensemble d'une réalité, qui est perçue comme traumatisante. Ainsi, le déni des problèmes de santé, notamment liés aux addictions, explique une partie des besoins non perçus. Le déni peut également concerner des problèmes de santé physique. Ainsi, Y., une cinquantaine d'années, actuellement hébergé chez des amis avec une expérience de la rue de plusieurs années, ne cesse de répéter que tout va bien pour lui au niveau de sa santé, tout en toussant fortement tout au long de l'entretien.

⁴ <https://odenore.msh-alpes.fr/presentation>, consulté le 19 juin 2017

Les addictions « démobilisent » les personnes

Une partie du public rencontré est aux prises avec des problèmes d'addictions à différents produits : alcool, cannabis, héroïne ou produits de substitution. Pour certains, ou à certains moments, ces addictions ne laissent pas la place dans le quotidien des personnes à autre chose que la recherche et la consommation de ces produits.

Dans ces situations, les personnes ne recourent pas aux soins car elles n'identifient pas de problème justifiant un recours aux soins. Une deuxième forme de non-recours est l'absence d'intention de recourir à un médecin malgré l'identification de désordres physiques ou psychiques.

IV.3.3. Le non-recours par absence d'intention de consulter

Les normes familiales et sociales influent sur le rapport au corps, à la douleur et à la plainte

La notion de normes fait l'objet de multiples définitions. Les normes définissent des manières d'être, de faire et de penser qui sont reconnues comme légitimes dans une société donnée, à une époque donnée, et qu'un acteur devrait respecter. Les normes ont ainsi le rôle central de cadrer les actions et comportements des acteurs. Comme le rappelle Antoine Rode dans une thèse consacrée à ce sujet (8) : « la thématique du non-recours s'accompagne de tout un appareil normatif. D'un côté se trouveraient les 'bons comportements' (recourir aux soins) et de l'autre les 'mauvais'. Or la santé est devenue une valeur centrale dans nos sociétés, comme en témoignent de nombreux travaux décryptant l'ère de la médicalisation et le culte de la santé. Les personnes développent différents rapports à ces normes médicales et sociales. Des situations de non-recours deviennent donc emblématiques de décalages avec les normes produites dans le champ de la santé.

Ainsi, « ne pas solliciter un médecin alors que l'on se sent malade est une attitude fréquente expliquée par le rapport au corps et à la maladie, notamment le courage et la résistance (aux symptômes) constitutifs de l'identité masculine dans les milieux populaires. » (9)

Par son hétérogénéité, il est difficile de considérer le panel de personnes rencontrées comme un groupe social avec ses valeurs et ses normes. Cependant, des caractéristiques qui relèveraient de ces normes semblent se dégager au fil des entretiens, comme la justification de l'absence d'intention de consulter par la volonté de ne pas se plaindre (« il y a des situations plus difficiles que la mienne »), ou une certaine résistance à la douleur qui est observée au fil des entretiens.

D'autre part, les manières de gérer la santé s'inscrivent également dans un habitus familial. Dans l'enfance, les individus intériorisent tout un ensemble de dispositions afin d'analyser le monde qui les entoure et pouvoir agir en conséquence. Il en est ainsi du repérage de ce qui doit être considéré comme anormal et des manières de se comporter face à des signes corporels. Cet habitus familial se retrouve chez certains jeunes rencontrés en entretien qui, malgré des conditions de vie très dégradées, ont intégré les normes dominantes relatives à la prévention et aux recours aux services de soins.

L'absence d'intention de consulter peut relever d'un « brouillage des pistes »

Les personnes justifient leur mauvais état de santé ou leurs douleurs par leurs conditions de vie. Suivant ce raisonnement, il n'y a pas de cause médicale justifiant une consultation mais des conditions de vie à améliorer pour espérer retrouver un état de santé satisfaisant. Ainsi des éléments relatifs aux conditions de vie reviennent dans les discours : « *Ce n'est pas l'accès aux soins qui pose problème, c'est ma vie qui me rend malade. Le médecin j'y vais pas, pas besoin.* »

La crainte des conséquences de la consultation

Les personnes rencontrées peuvent ne pas avoir l'intention de consulter un médecin par crainte de la douleur (pour les soins dentaires notamment, entraînant des situations paradoxales où les douleurs occasionnées par l'absence de soin sont sans comparaison avec la douleur qu'aurait occasionnée une consultation). Bien que non spécifique aux situations de précarité, la peur de la douleur au point de ne pas recourir aux soins dentaires semble très répandue parmi le public ciblé par cette étude.

La peur du diagnostic peut être un motif de non-recours aux soins, notamment mais pas uniquement pour le suivi gynécologique. Les personnes peuvent craindre pour leur santé car elles savent que leurs conditions de vie ne sont pas favorables ; mais elles ne parviennent pas à aller au bout de leur démarche d'accès aux soins par crainte de découvrir ce qu'elles redoutent.

Enfin, les personnes en situation d'emploi, contrats à durée déterminée, intérim, peuvent ne pas aller consulter par peur de perdre leur emploi s'ils se voient imposer un arrêt de travail en raison de leur état de santé.

La mise à distance des situations difficiles

La plupart des personnes rencontrées ont un médecin traitant, parfois le médecin de famille, envers qui ils expriment une reconnaissance et une grande confiance. Cependant, dans le cadre d'une consultation généraliste ou spécialisée, certains ont pu expérimenter des situations humiliantes ou dégradantes et se sentir jugés par rapport à leurs situations.

Parmi les écueils : le sentiment d'être mal pris en charge par le corps médical, un manque de considération, un manque de temps de la part des médecins.

Enfin, des difficultés de compréhension mutuelle sont évoquées : les personnes évoquent des difficultés pour comprendre ce que dit le médecin, et parallèlement ils ressentent une appréhension quant à leurs propres capacités à expliquer le motif de la consultation⁵.

L'appréhension à se montrer faible

Une caractéristique souvent retrouvée est la difficulté à parler de soi, à s'exposer ; une appréhension à se montrer faible. Une hypothèse est que ces personnes doivent déjà composer avec beaucoup de difficultés au quotidien : trouver un logement pour certaines, gérer leur addiction le cas échéant, gérer un budget très restreint parfois avec des enfants, s'occuper de leurs démarches d'insertion sociale et/ou professionnelle, etc. Elles doivent se mobiliser pour gérer tous ces éléments et peuvent adopter un mécanisme de protection en ne laissant la place à aucune faiblesse. Or une consultation médicale est souvent l'occasion de montrer ce qui ne va pas, physiquement ou psychologiquement. Ceci peut également être un élément d'explication du nomadisme médical constaté notamment chez les plus jeunes en proie à des problèmes d'addictions. Cette appréhension à se montrer faible peut être exprimée à travers l'expression d'une « overdose de médecins et de problèmes ». Les personnes saturent face aux difficultés qu'elles rencontrent.

La défiance globale envers les institutions et le système sanitaire et social

Bien que nous n'ayons pas eu accès à l'ensemble des parcours de vie des personnes rencontrées, la plupart de celles qui ont évoqué leur enfance décrivent un parcours

⁵ Voir à ce sujet les travaux relatifs à la Littératie en santé, qui se définit comme la capacité d'un individu à trouver, à comprendre et à utiliser l'information sur la santé et à prendre des décisions éclairées concernant sa propre santé. Elle consiste à outiller les professionnels de santé et leurs partenaires, à améliorer leurs compétences sociales en communication dans leur démarche de prévention et de soin, en intégrant les représentations psychosocioculturelles de leurs patients afin d'améliorer leur niveau d'autonomie et d'observance. La littératie en santé contribue à la réduction des inégalités sociales de santé demeurant un enjeu central de santé publique.

chaotique, des situations familiales déstructurées, pour certains des violences familiales, des parcours semés de ruptures et de blessures, parfois dès la naissance dans les situations d'abandons. Ces parcours peuvent expliquer un fort sentiment d'insécurité et une défiance importante envers tout ce qui leur est proposé par les acteurs sanitaires et sociaux. Ainsi, certains préfèrent « faire tout seul » que d'accepter l'aide proposée.

D'autre part, des personnes peuvent abandonner des soins parce qu'elles ne parviennent pas à faire confiance dans ce que le médecin leur propose. Ainsi, A., la soixantaine, ayant vécu de nombreuses années dans la rue puis en CHRS semble présenter un état de santé dégradé (plaies sur les bras, toux importante...). Il a abandonné une démarche de soin à l'hôpital en invoquant le fait que les médecins le « *prenaient pour un cobaye et ne lui donnaient pas de traitement mais faisaient tout un tas de tests* ».

Enfin, une troisième catégorie de non-recours relève plus explicitement du renoncement, face à des freins individuels ou liés au système de santé et de protection sociale qui font barrage à la consultation.

IV.3.4. Le renoncement aux soins : une intention de consulter qui n'aboutit pas

Lorsque les personnes constatent un désordre physique ou psychique et perçoivent un besoin de consulter, des freins de différents ordres peuvent mettre à mal leur intention de consulter. Ces freins peuvent relever du système de santé et de protection sociale, ou de l'individu, en particulier de son isolement social.

IV.3.4.1. Les freins liés au système de santé et de protection sociale

Le système de protection sociale, notamment la couverture maladie universelle complémentaire et l'aide médicale d'état, garantit un niveau de protection permettant aux personnes d'accéder aux soins primaires. Bien que ces dispositifs constituent une avancée majeure dans l'accès aux soins, des difficultés persistent.

Le non-recours aux droits : non-demande et difficultés administratives

En amont du non-recours aux soins, un phénomène de non-recours aux droits existe, soit parce que les personnes n'en font pas la demande ou ne renouvellent pas leurs droits (ce qui semble être fréquemment le cas pour les personnes vivant dans la rue ou en squat, ou les personnes les plus éloignées de tout accompagnement social), soit parce qu'elles rencontrent des difficultés pour y accéder (blocages administratifs, sentiment d'être mal reçues lorsqu'elles font les démarches seules - par opposition à des démarches accompagnées par un travailleur social -). Ces situations induisent des ruptures de droits. Sans couverture maladie, le seul recours reste les urgences hospitalières et les permanences d'accès aux soins de santé (PASS).

Les freins financiers : particulièrement importants pour les personnes soumises à l'effet de seuil

Pour les personnes bénéficiant de la CMUc ou de l'AME, des freins financiers persistent notamment pour les soins dentaires, ophtalmologiques, et tous les soins qui ne sont pas pris en charge par l'une ou l'autre de ces couvertures. L'accès aux médicaments dits « de confort » (vitamines, ceintures lombaires...) est fortement entravé. Dans certaines situations de maladies chroniques, le reste à charge lié aux médicaments peut représenter une somme relativement importante, amenant les personnes à faire des choix parmi les médicaments prescrits.

Pour les personnes en situation de précarité ne bénéficiant pas de la CMUc, les freins financiers paraissent plus importants. Cette situation est rencontrée lorsque les personnes ont un contrat de travail précaire ou retrouvent une situation leur permettant de se réinsérer socialement et professionnellement. Elles sont alors soumises à davantage de freins financiers dans leur accès aux soins et aux médicaments. Cette sortie de la CMUc peut être un motif d'abandon des soins, ou de certains types de soins.

Des situations de refus de soins de personnes bénéficiant de la CMU chez certains professionnels de santé

Certaines personnes ont été confrontées à des refus de CMU de la part des professionnels de santé. Sans entrer dans les détails de ce qui peut motiver ces refus, parfois directs, parfois déguisés (cette pratique étant illégale), notons que des logiques de remboursements des soins et d'incitation des professionnels de santé peuvent expliquer une partie de ces réticences. Des représentations péjoratives des personnes bénéficiant de la CMU ou de l'AME peuvent aussi entrer en jeu dans les réticences des professionnels de santé ⁶.

IV.3.4.2. Les freins liés à l'individu

Face aux différents freins évoqués ci-dessus, les personnes doivent se mobiliser pour mener à bien leur projet de santé. Or, tout un chacun, pour mettre en route une démarche liée à sa santé, s'appuie bien souvent sur les proches (conjoint, parents, réseau social) qui renvoient à la nécessité de prendre soin de soi, d'autant plus si le désordre physique ou psychique constaté est inquiétant. Une réaction naturelle peut être de repousser le moment redouté ou envisagé comme désagréable.

Un isolement social qui renforce la difficulté à se mobiliser sur sa santé et la fragilité des démarches

Dans les situations de précarité, les personnes sont bien souvent en situation d'isolement social qui renforce cette difficulté à se mobiliser car il manque « quelqu'un » pour conseiller, inciter et renvoyer à l'injonction de consulter un médecin. Ainsi, les personnes rencontrées expriment leur manque d'envie ou d'énergie comme un motif de non-recours aux soins, voire la volonté de « *rester dans sa bulle* », même si ça ne va pas.

Pour la plupart, ces freins sont donc des contraintes qui pèsent plus ou moins lourds dans les choix que vont opérer les personnes par rapport à la prise en charge de leur santé. A force de persévérance, les freins administratifs peuvent être levés, les professionnels de santé acceptant la CMU être trouvés et les délais d'attente être acceptés. Cependant, cela demande que la personne soit réellement mobilisée sur son projet de santé. Or l'isolement social peut également renforcer le découragement des personnes face aux difficultés rencontrées.

Des facteurs constitutifs de la précarité : la difficulté à se projeter, à s'organiser, à planifier et l'« impossible » attente

Les personnes présentent leurs démarches de santé comme un véritable projet qui demande d'être dans une situation permettant une disponibilité intellectuelle pour s'y consacrer. Or, une partie des personnes rencontrées se décrivent en transition : logées temporairement ou hébergées, en difficultés d'insertion sociale et professionnelle, elles verbalisent la nécessité de « se poser » pour renouer avec leur santé. Plus globalement, leur

⁶ Voir à ce sujet les résultats d'une étude réalisée par Caroline Desprès et Pierre Lombrail du Laboratoire LEPS de l'Université Paris XIII, à la demande du Fonds CMU et du Défenseur des droits (10)

situation instable induit des difficultés à se projeter, à s'organiser, à planifier, que ce soit pour des démarches liées à la santé ou pour d'autres types de démarches.

L'attente est un frein important dans l'accès aux soins des personnes en situation de précarité. Attendre plusieurs mois avant une consultation peut être un motif de non-recours aux soins. Comme évoqué plus haut, le fait de prendre rendez-vous chez un médecin peut demander un effort relativement important pour différentes raisons liées à la personne et à son histoire (craintes, mise à distance de situations difficiles, expériences ressenties comme dévalorisantes dans la relation médecin / patients...). Le fait d'attendre pour une expérience appréhendée comme douloureuse devient particulièrement difficile⁷. D'autre part, l'espace social que constitue la salle d'attente peut être difficilement vécu par les personnes : attendre dans la salle d'attente du médecin peut être difficile, voire rédhibitoire. Des éléments comme le regard de l'autre ou la nervosité peuvent venir expliquer la difficulté d'attendre.

IV.4. Quelques spécificités en fonction des types de soins et de publics

IV.4.1. Des logiques différentes en fonction des types de soins

Les soins dentaires : un non-recours relativement important

Les soins dentaires semblent être ceux pour lesquels le non-recours est le plus fréquent : peur de la douleur, freins financiers réels (pour certains soins) ou supposés (pour les soins courants), refus de CMU directs ou déguisés⁸, délais d'attente...⁹ Il semble qu'une orientation par une personne de confiance (proche, professionnels de santé) puisse avoir un impact positif sur ce recours aux soins. En revanche, il est très difficile de consulter un chirurgien-dentiste sans qu'il ait été recommandé par une personne digne de confiance. La peur de la douleur est très prégnante, ancrée dans des souvenirs d'enfance qui n'ont pas pu être nuancés par des consultations moins, voire non douloureuses, en l'absence de toute consultation dentaire pendant plusieurs années. Paradoxalement, l'importance de l'esthétique est souvent citée, comme une volonté de se protéger des stigmates de la pauvreté « ne pas être montré du doigt ».

Les soins de santé mentale : vers une normalisation, en partie grâce aux structures sociales qui intègrent des professionnels de santé mentale

Les soins de santé mentale semblent relativement normalisés, en particulier par les plus jeunes qui en parlent facilement. Toutefois, le recours est possible si un professionnel de santé mentale est présent au sein de la structure sociale qui accompagne la personne. Cela reste difficile de « parler à quelqu'un que l'on ne connaît pas ». Généralement, les personnes ont accepté de se saisir de l'opportunité de voir un psychologue lorsqu'une personne de confiance leur a proposé et que cette consultation n'occasionne pas de frais pour la personne. Pour autant, surtout pour les plus âgés, voir un psychologue est encore assimilé à « être fou », ce qui se retrouve en population générale.

⁷ Notons que certaines personnes ont pu remarquer que les délais semblent se raccourcir lorsque le rendez-vous est pris en présence d'un travailleur social.

⁸ dont une partie peut s'expliquer par un système de remboursements n'incitant pas à inclure des patients bénéficiant de la CMU dans la file active (10).

⁹ Concernant le lien entre état de santé buccodentaire et situations de précarité, une récente enquête de l'ORS dans les cabinets de chirurgiens-dentistes libéraux, les espaces dentaires mutualistes, les centres d'exams de santé et des cabinets dentaires de caisse confirme que les personnes en situation de précarité (caractérisé par le score Epices) présentent un état de santé buccodentaire dégradé (11).

Le suivi gynécologique rendu possible grâce aux dispositifs permettant une prise en charge globale

La consultation gynécologique reste difficile, freinée par un rapport au corps et à l'intimité rendant difficilement acceptable l'acte médical¹⁰. Le suivi gynécologique est souvent déclenché par l'arrivée d'un enfant. Premier contact avec ce type de soin, la grossesse dédramatise l'acte médical et peut ancrer des habitudes de suivi. Encore une fois, le suivi gynécologique semble grandement facilité par l'orientation vers un gynécologue par une personne de confiance, voire l'intégration d'un gynécologue au sein d'un dispositif de soin spécifique aux personnes en situations de précarité.

Les soins préventifs : un recours au bilan de santé gratuit proposé par les centres d'examens de santé de l'Assurance maladie

Grâce aux accompagnements proposés par les structures sociales, les bilans de santé gratuits proposés par l'Assurance maladie sont connus et utilisés. L'après-bilan semble davantage faire défaut. Ces bilans peuvent être l'occasion d'amorcer une démarche de soins qui semble souffrir d'un défaut de suivi. Ainsi, les personnes rencontrées sont en peine de décrire quelles ont été les suites à ce bilan.

IV.4.2. Quelques spécificités en fonction du public

Les publics migrants : des parcours induisant des problèmes de santé mentale

Les publics migrants sont globalement reconnaissants de ce qui leur est proposé en France en matière de protection sociale et de soins. Ils accèdent aux soins primaires grâce à l'AME ou parviennent à une prise en charge *via* l'hôpital ou des structures dédiées. Cependant, nombre d'entre eux ont vécu des situations traumatisantes soit dans leur pays d'origine, soit au cours de leur parcours migratoire, ou bien à l'occasion de leur arrivée en France en trouvant refuge dans la rue parfois, avec ce que cette situation génère d'angoisses et de violences. Ces situations induisent bien souvent des problèmes de santé mentale dont les personnes parlent d'ailleurs facilement.

Malgré une forte reconnaissance envers le système de santé, les personnes présentent une grande fragilité du point de vue de leur santé mentale, face à une psychiatrie publique elle-même fragile.

Pour les migrants de plus longue date en situation irrégulière qui nécessitent des soins autres que les soins primaires (ophtalmologiques, dentistes, soins spécialisés, actes de masso-kinésithérapie, etc.), les difficultés liées aux freins financiers sont plus présentes pour les soins non pris en charge par l'AME. Ces difficultés sont peu exprimées car leurs préoccupations se polarisent sur leur statut administratif qui leur procure un fort sentiment d'insécurité.

Les enfants : leur santé au cœur des préoccupations parentales

Les enfants semblent échapper au phénomène de non-recours aux soins. Au contraire, les parents rencontrés paraissent relativement préoccupés par la santé de leurs enfants et peuvent être dans un recours aux soins important pour eux, tout en se rendant rarement chez le médecin pour eux-mêmes. Dans les discours, apparaît la volonté de protéger ses enfants des stigmates de la pauvreté.

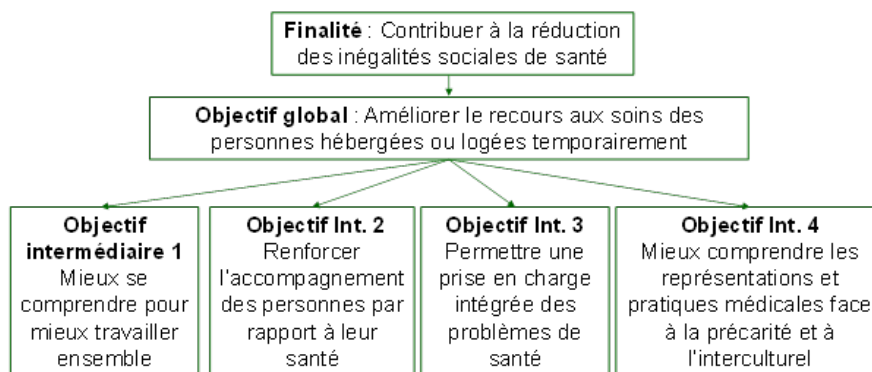
¹⁰ Voir à ce sujet le rapport de l'Observatoire du Samu social de Paris sur l'accès aux soins gynécologiques en situation de grande précarité (12).

V. Construction des préconisations d'action

V.1. La définition des objectifs d'intervention

Les travaux réalisés lors des groupes de travail visant à définir les axes stratégiques ont conduit à proposer les objectifs suivants.

Figure 4. Déclinaison de l'analyse des entretiens en objectifs d'intervention



Source : ORS Poitou-Charentes. Facteurs de non-recours aux soins en situation de pauvreté. 2017

V.2. La définition des objectifs opérationnels (ou préconisations d'action)

Ces objectifs intermédiaires ont été validés en comité de pilotage et ont ensuite été déclinés en objectifs opérationnels lors d'un comité de pilotage élargi¹¹.

Tableau 2. Préconisations d'actions

Objectifs intermédiaires	Objectifs opérationnels
Mieux se comprendre pour mieux travailler ensemble	<ul style="list-style-type: none"> - Structurer des réseaux locaux associant le secteur sanitaire et le secteur social autour de la résolution des situations complexes, en lien avec les plateformes territoriales d'appui : Formaliser la structuration de ces réseaux par des conventions partenariales - Organiser des formations et des temps d'échanges favorisant le travail sur les représentations mutuelles et l'émergence d'une culture commune : <ul style="list-style-type: none"> o Organiser des formations croisées (secteur social, secteur sanitaire, usagers) o Favoriser cette culture commune dès les formations initiales des travailleurs sociaux et des médecins o Organiser des colloques sur le lien santé social - Formaliser le rôle et la place de chacun dans l'accès à la santé : <ul style="list-style-type: none"> o Réaffirmer le rôle pivot du médecin traitant o Reconnaître la légitimité du travailleur social dans l'accompagnement et l'accès à la santé - Faciliter les démarches administratives :

¹¹ Le quatrième objectif intermédiaire n'a pas fait l'objet de travaux lors de la séance de travail par manque de temps. D'autre part, une étude visant à caractériser les pratiques des médecins généralistes dans la prise en charge des personnes en situation de précarité est en cours. Cette étude, portée par la DREES et réalisée en partenariat avec l'ORS Poitou-Charentes sera publiée fin 2017 / début 2018 (Collection Etudes et Résultats de la DREES)

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Former les agents de l'Assurance maladie aux spécificités de la précarité ○ Soutenir et développer le dispositif « Parcours attentionné », proposé par l'Assurance maladie, pour les structures qui en ont besoin
<p>Renforcer l'accompagnement des personnes par rapport à leur santé</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Développer la prévention santé dans les structures sociales : <ul style="list-style-type: none"> ○ Mener des actions et ateliers de prévention, informations ○ Mettre en place des activités physiques, des ateliers bien-être, etc. ○ Généraliser le recours au bilan de santé du centre d'examen de santé et assurer le suivi de ces bilans - Organiser le « Aller vers » des acteurs de santé vers les structures sociales : <ul style="list-style-type: none"> ○ PASS mobiles, ○ Favoriser et élargir les interventions des équipes mobiles précarité psychiatrie - Renforcer les compétences des travailleurs sociaux sur l'accès à la santé : <ul style="list-style-type: none"> ○ Connaissance des ressources locales et de leurs champs d'action ○ Formation pour faciliter l'approche santé lors des entretiens auprès du public ○ Connaissance des leviers mis en place par les CCAS, les CIAS et les conseils départementaux en matière de mobilité ou d'accès aux droits - Organiser des ateliers pour travailler le rapport au corps, la prise de conscience du besoin de soin : ostéopathie, réflexologie...
<p>Permettre une prise en charge intégrée des problèmes de santé</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Formaliser une fonction de coordination des parcours de santé et de prévention des ruptures de soin au sein des équipes éducatives et sociales : référent santé, médiation santé, bénévoles soignants (à affiner selon les besoins des structures). Cette fonction de coordination vise notamment à faciliter le lien entre le patient, le médecin et la structure sociale - Promouvoir des centres de santé polyvalents proposant des soins à domicile ; Réfléchir à l'accessibilité de ces centres de santé polyvalents en milieu rural - Organiser des permanences de professionnels de santé au sein des structures sociales pour permettre aux personnes de les identifier, de faciliter la mise en confiance et permettre l'orientation vers les prises en charge à l'extérieur
<p>Mieux comprendre les représentations et pratiques médicales face à la précarité et à l'interculturel</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mobiliser les instances de représentations des professionnels de santé hospitaliers et libéraux - Etudier les représentations et pratiques des professionnels de santé (suivre la publication réalisée par la DREES et les ORS Poitou-Charentes et PACA à ce sujet, dans le cadre du Panel d'observation des pratiques et conditions d'exercice en médecine générale, dont la publication est prévue fin 2017/début 2018¹²)

Source : ORS Poitou-Charentes. Facteurs de non-recours aux soins en situation de précarité. 2017

¹² Voir la description de ce panel d'observation : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/professions-de-sante-et-du-social/article/le-panel-d-observation-des-pratiques-et-des-conditions-d-exercice-en-medecine>, consulté le 29 juin 2017

VI. Discussion et conclusion

VI.1. Limites

VI.1.1. Biais de sélection

L'étude s'intéresse aux personnes en situation de précarité vis-à-vis notamment de leur logement. Or, pour des raisons de faisabilité, les personnes rencontrées en entretien ont été recrutées par le biais de certaines structures (CHRS, CHU, Maison relais). Cependant, des publics concernés par l'objet de l'étude peuvent être accueillis dans d'autres types de structures ou échapper au secteur social (rue, squat...).

VI.1.2. Biais de représentation

Un biais de représentation est dû à la surreprésentation ou à la sous-représentation d'une catégorie d'individus dans l'échantillon utilisé pour une enquête. Ce dernier n'est donc plus représentatif de la population étudiée. Dans notre étude, les personnes les plus éloignées du soin sont probablement celles que l'on a le moins rencontrées car le recrutement se basait sur le volontariat. Les équipes éducatives proposaient l'entretien aux personnes selon certains critères, notamment la projection quant aux chances d'obtenir une réponse favorable pour participer à l'entretien et l'attention à ne pas mettre en difficulté une personne en abordant des sujets trop douloureux. D'autre part, les personnes ont également été recrutées selon leur capacité de compréhension et d'expression, ce qui exclut les personnes ne parlant pas français, ne permettant pas l'expression des difficultés d'ordre culturel.

VI.1.3. Biais de désirabilité sociale

La désirabilité sociale est le biais qui consiste à vouloir se présenter sous un jour favorable à ses interlocuteurs. Ce processus peut s'exercer de façon implicite, sans qu'on en ait conscience, ou au contraire être le résultat d'une volonté consciente de manipuler son image aux yeux des autres ou de ne pas être stigmatisé socialement, d'être conforme aux attentes sociales. Cette étude est soumise à ce biais car l'objet d'étude (la santé) est, comme on l'a vu, fortement normé. Ainsi, le recours aux soins était-il souvent présenté comme un projet imminent : « *je vais bientôt prendre rendez-vous chez un dentiste* ». Ceci souligne que les personnes rencontrées ont intégré la norme du recours aux soins, ce qui peut ne pas être le cas pour les personnes plus éloignées du système de soins.

On peut donc supposer que l'enquête n'a pas permis d'explorer l'ensemble des mécanismes du non-recours et du renoncement aux soins, notamment ce qui se joue chez les personnes les plus éloignées du système de santé et les personnes ne maîtrisant pas le français.

Malgré tout, la diversité des personnes rencontrées en entretien individuel, et les entretiens auprès des équipes éducatives et sociales ont permis de proposer une typologie du non-recours aux soins.

VI.2. Principaux enseignements

Les personnes en situation de précarité sont attentives à leur santé

Un des enseignements de cette étude est la remise en question de l'idée selon laquelle les personnes en situation de précarité accorderaient une moindre importance à sa santé. Cette étude tend à montrer que les personnes accordent une place importante à leur santé et sont conscientes que leurs conditions de vie influent négativement sur leur santé, ce qui les préoccupe. En revanche, cette préoccupation ne se traduit pas de manière systématique par le recours aux soins ou l'adoption de comportements favorables à la santé. Les logiques de recours aux soins sont influencées par des facteurs pouvant relever de l'individu et de son parcours (normes familiales, positionnement par rapport aux normes sociales - culte de la santé, ère de la médicalisation - , défiance envers les institutions, mise à distance de situations difficiles, isolement social...) et par des éléments relevant du système de santé (système de protection sociale, accessibilité géographique et financière des praticiens, délais de rendez-vous, qualité de la relation entre patient et médecin). Soumises à ces freins, les personnes opèrent des choix dans leurs démarches de soins. Il en est de même pour les comportements préventifs. L'adoption de comportements favorables à la santé chez les personnes en situation de précarité se heurte bien souvent à d'autres logiques qu'un défaut de connaissances des messages de prévention. Les personnes souhaitent préserver leur santé et savent que leurs comportements peuvent nuire à cette santé, mais d'autres logiques viennent expliquer leurs comportements.

Le non-recours aux soins peut concerner des situations où la personne n'identifie pas de besoins de soins, où la personne identifie un besoin de soin mais n'a pas l'intention de consulter, et où l'intention de consulter n'aboutit pas

Tableau 3. Proposition d'une typologie du non-recours aux soins

Type de non-recours aux soins	
Non perception du besoin de soin	Déni Addictions
Absence d'intention de consulter malgré le constat d'un désordre physique ou psychique	Normes sociales et familiales « Brouillage des pistes » Craintes des conséquences de la consultation Mise à distance des situations difficiles Appréhension à se montrer faible Défiance envers le système de santé
Intention de consulter qui n'aboutit pas	Freins liés au système de santé et de protection sociale : Non-recours aux droits Freins financiers Freins liés à la personne : Temporalité / Difficulté à se projeter, à s'organiser, à planifier Difficulté à se mobiliser / Fragilité des démarches

Source : ORS Poitou-Charentes. Facteurs de non-recours aux soins en situation de précarité. 2017

Comme d'autres études sur le sujet, celle-ci tend à montrer que le phénomène de non-recours ne renvoie donc pas à la passivité des populations.¹³ Au contraire, dans cette étude, comme expliqué par Antoine Rode dans sa thèse, « le non-recours est envisagé comme le reflet d'un rapport particulier entre l'individu et le système de soins et, plus précisément, entre l'individu et les normes véhiculées dans ce système de soins. » (8)

Une étude socio-anthropologique publiée en octobre 2011 proposait une autre manière de catégoriser les différentes formes de renoncement. Cette étude montrait que le renoncement aux soins prenait deux formes principales : le renoncement barrière (liés à des contraintes, le plus souvent budgétaires, qui ne permettent pas d'accéder au soin désiré) et le renoncement refus, qui témoigne de l'expression d'un choix et qui relève d'un acte d'autonomie à l'égard de la médecine. Une autre forme de renoncement était identifiée chez les plus précaires : qui relève d'une forme de renoncement mais qui n'est pas déclarée comme telle par les personnes concernées « *Le renoncement peut s'inscrire dans une forme de rapport au monde dans certains milieux caractérisés par la pauvreté ou la privation* ». Le rapport au corps est marqué par la restriction des besoins, des formes d'autocensure (...). Les individus n'ont pas alors le sentiment de renoncer. Cette culture de la privation, de la résistance aux symptômes doit être distinguée des situations où les symptômes ne sont pas identifiés ; dans ce second cas, il n'y a pas de besoin, donc pas de renoncement. Ici le renoncement est inscrit dans le rapport au monde ; il va de soi et est donc peu formalisé » (14).

L'accompagnement social est le premier levier du recours aux soins

Parce qu'il permet le recours aux droits (accompagnement dans les démarches administratives), l'accompagnement social est le premier levier du recours aux soins. Cependant, il serait très réducteur de borner l'accompagnement social au recours aux droits en matière de santé. En effet, il a été beaucoup question de confiance (et de défiance), de fragilité dans les démarches, d'appréhension, de mise à distance de situations difficiles. Dans un contexte d'isolement social, l'équipe éducative et sociale est souvent le seul contact permettant de travailler cette confiance et de restaurer l'accès aux soins de droit commun. Un certain nombre de leviers visant à lutter contre le non-recours aux soins s'intéresse donc aux équipes éducatives et sociales et à leur articulation avec le secteur sanitaire.

Le rôle des représentations mutuelles

L'articulation entre le secteur social et le secteur sanitaire est fortement interrogé lorsqu'il s'agit de travailler sur les leviers de l'accès aux soins. Cette articulation vient en premier lieu interroger l'interconnaissance des uns et des autres et les représentations mutuelles, en particulier les domaines de compétences et limites d'intervention des uns et des autres.

¹³ L'étude du non-recours aux soins renvoie parfois à la passivité des individus, passivité en lien avec une forme « d'abandon de soi » causé par des troubles psychologiques voire psychiatriques. Voir à ce sujet l'ouvrage *Les naufragés* de Patrick Declerck (13). Cependant, cet ouvrage s'intéresse à des personnes en situation de grande pauvreté, hommes ou femmes vivant et dormant dans la rue depuis des années, éloignées de tout accompagnement social, ayant développé des pathologies en lien avec ces situations d'exclusion.

VI.3. Conclusion

Malgré l'existence de biais - de sélection (des personnes concernées par l'objet de l'étude peuvent être accueillies dans d'autres types de structures ou échapper au secteur social), de représentation (les personnes les plus éloignées du soin sont probablement celles que l'on a le moins rencontrées) et de désirabilité sociale (biais qui consiste à vouloir se présenter de manière favorable à ses interlocuteurs), cette étude a permis d'apporter des compléments à une précédente étude réalisée en ex-Poitou-Charentes (à l'initiative de l'ARS et de la DRJSCS Poitou-Charentes) visant à caractériser le non-recours aux soins en population générale (5). Cette précédente étude montrait que 36 % des picto-charentais avaient renoncé à au moins un soin en 2015 et que les déterminants qui affectaient le plus le renoncement aux soins étaient des déterminants sociaux (mesurés à une échelle individuelle ou territoriale) liés à la précarité des individus et le temps d'attente avant un rendez-vous. La présente étude a permis de proposer une typologie relativement simple et opérante du non-recours aux soins. A la lecture de l'analyse des entretiens, des groupes de travail ont proposé des axes stratégiques ainsi que des objectifs opérationnels qui ont fait l'objet d'une validation en comité de pilotage.

D'autre part les résultats de cette étude ont permis de corroborer et d'alimenter les travaux de diagnostic et de rédaction du Plan régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) 2018-2022 du futur Projet régional de santé de l'ARS Nouvelle-Aquitaine. Les résultats de cette enquête viennent également appuyer ceux de l'étude réalisée en 2014/2015 par la FNARS Aquitaine - devenue la Fédération des acteurs de la solidarité (FAS) - sur les besoins en santé et l'accès aux soins dans le secteur de la lutte contre les exclusions (4). Etude qui montrait que les professionnels de première ligne pouvaient être démunis vis-à-vis des problèmes de santé des personnes accompagnées et que les parcours de santé étaient souvent chaotiques avec peu de coordination, beaucoup de ruptures et une difficile mobilisation autour de leur santé. Enfin, une étude sur les parcours de soins des personnes en situation de précarité réalisée par les cabinets Itinere conseil et EFECT en 2015 aboutissait à des constats similaires (15).

Afin de compléter les résultats de ces études, il serait intéressant de connaître les représentations et pratiques du corps médical vis-à-vis de la précarité et de leur articulation avec le secteur social. Les résultats du panel d'observation des pratiques et conditions d'exercice en médecine générale, dont une partie porte sur la prise en charge des personnes en situation de vulnérabilité sociale, pourront apporter quelques éclairages¹⁴.

Comme cela avait été également le cas pour l'étude réalisée par la FNARS (4), les actions à mettre en place afin de lutter contre le non-recours aux soins interpellent fortement l'articulation entre le secteur social et le secteur médical, les représentations mutuelles (personnes en situation de précarité, équipes éducatives et sociales, professionnels de santé) et le renforcement de la prévention et de l'accompagnement en santé au sein des structures d'hébergement et de logement temporaire. Ainsi, quatre axes de travail sont proposés : Mieux se comprendre pour mieux travailler ensemble ; Renforcer l'accompagnement des personnes par rapport à leur santé ; Permettre une prise en charge intégrée des problèmes de santé ; Mieux comprendre les représentations et pratiques médicales face à la précarité et à l'interculturel.

¹⁴ Voir la description de ce panel d'observation : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/professions-de-sante-et-du-social/article/le-panel-d-observation-des-pratiques-et-des-conditions-d-exercice-en-medecine>, consulté le 29 juin 2017

VII. Bibliographie

1. Prise en compte de la santé physique et psychique des personnes accueillies en CHRS. ANESM; 2016 Février p. 91.
2. ARCHIMBAUD A. L'accès aux soins des plus démunis. 40 propositions pour un choc de solidarité. 2013 sept p. 128.
3. VIGE M. Renoncement aux soins et territoires. Une analyse des facteurs individuels et contextuels du renoncement aux soins en Poitou-Charentes. ARS Aquitaine Limousin Poitou-Charentes, Université de Poitiers, Faculté de Sciences économiques, CRIEF. Août 2016. 56 p.
4. FNARS. Etude sur les besoins en matière de santé et d'accès aux soins dans le secteur de la lutte contre les exclusions et en particulier le secteur de l'accueil, hébergement, insertion, de l'insertion par l'activité économique et de l'asile. 2015 mars p. 90.
5. BARBIER J-C. La précarité, une catégorie française à l'épreuve de la comparaison internationale. Rev Fr Sociol. févr 2005;46:351-71.
6. WRESINSKI J. Grande pauvreté et précarité économique et sociale. Conseil Economique et Social; 1987 p. 113.
7. DESPRES C. Négocier ses besoins dans un univers contraint. Le renoncement aux soins en situation de précarité. Anthropol Santé [Internet]. 2013;6. Disponible sur: <http://anthropologiesante.revues.org/1078>
8. RODE A. Le « non-recours » aux soins des populations précaires : constructions et réceptions des normes [Thèse de doctorat en Sciences politiques]. Université de Grenoble / Institut d'études politiques de Grenoble. Ecole doctorale Sciences de l'homme, du politique et du territoire; 2010.
9. DESPRES C. Renoncer aux soins comme forme de résistance à la médecine. Pratiques. Avril 2012;57:70-3.
10. DESPRES C, LOMBRAIL P. Des pratiques médicales et dentaires, entre différenciation et discrimination. Une analyse des discours de médecins et dentistes. Laboratoire LEPS - Université Paris XIII; 2017 mars p. 11.
11. DEBARRE J, BOUFFARD B, GIRAUD J, ROBIN S. Enquête sur l'état de santé bucco-dentaire de la population de Poitou-Charentes. ORS Poitou-Charentes; 2017 Juin p. 56. Report No.: 190.
12. BRUNET L, CARPENTIER S, LAPORTE A, POURETTE D, GUILLON B. Accès aux soins, maternité et risques vécus par les femmes en grande précarité. Une contribution à l'amélioration de leur santé gynécologique. Observatoire du Samu social de Paris; 2005 Juin p. 102.
13. DECLERCK P. Les naufragés. Plon. 2001. 454 p.
14. DESPRES C, DOURGNON P, FANTIN R, JUSOT F. Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique. Quest Déconomie Santé. oct 2011;169:7.
15. SANNINO N, PICON E. Etudes des parcours de soins des personnes en situation de précarité. Spécificités en rapport avec l'environnement local. Itinere Conseil, EFACT pour la Direction générale de l'offre de soins. Août 2015. 147 p.

VIII. Annexes

Annexe 1. Guide d'entretien

Présentation du contexte et des objectifs de l'étude.

Demander l'autorisation d'enregistrer l'entretien. Prendre le temps d'expliquer les raisons de l'enregistrement. Ne pas enregistrer si la personne exprime des réticences.

Insister sur l'anonymat.

SITUATION SOCIALE

1. SITUATION SOCIALE

- Sexe, âge
- Situation familiale : composition du foyer
- Niveau d'étude
- Parcours résidentiel / Lieu d'habitation / Ancienneté de l'hébergement (voir notamment l'influence de ce parcours sur le lien social)
- Métier / Insertion professionnelle passée (repérer si la personne a toujours eu un parcours chaotique ou si sa situation est liée à un accident de vie)
- Qualité du réseau social / Soutien social

UTILISATION DU SYSTEME DE SOIN

2. AVEZ-VOUS UNE COUVERTURE MALADIE ET UNE COMPLEMENTAIRE SANTE (SECU ET MUTUELLE) ?

- Explorer le parcours d'ouverture des droits : à quel moment ses droits ont été ouverts ? si la personne a bénéficié d'un accompagnement par un travailleur social ? si elle rencontré des difficultés dans l'ouverture de ses droits ? sa représentation de la complexité des démarches ?

3. AVEZ-VOUS UN MEDECIN TRAITANT ?

- Voir les habitudes de consultations médicales : fréquent, occasionnel, rare
- Explorer les pratiques habituelles de la personne pour se soigner et la fréquence du recours aux soins
- Voir si la personne utilise d'autres modalités de soins (médecine alternative ou médecine traditionnelle en fonction de l'origine de la personne)
- Si la personne a des enfants, voir comment se passe l'accès aux soins pour les enfants et en quoi le fait d'avoir des enfants peut influencer son propre rapport aux soins et à la santé

4. QUAND VOUS AVEZ UNE PRESCRIPTION DE MEDICAMENTS, SUIVEZ-VOUS LES PRESCRIPTIONS JUSQU'AU BOUT ? SI NON POURQUOI

- Explorer l'observance des traitements

5. VOUS EST-IL DEJA ARRIVE D'AVOIR BESOIN DE SOIN ET DE NE PAS ALLER CONSULTER UN MEDECIN (VOIR POUR LES SOINS DENTAIRES ET LE SUIVI GYNECO POUR LES FEMMES) ?

- En cas de besoins de soins et d'absence de volonté d'aller consulter, explorer les dimensions suivantes avec des questions de relance :
 - o Freins personnels : rapport à la maladie, perception de système de soins, rapport aux institutions, confiance dans le médecin traitant, contraintes familiales
 - o Freins liés au système de santé : freins financiers, mobilité, délais de rendez-vous, difficultés de repérage dans le système de soin...
 - o Autre modalités de soins (médecine traditionnelle)

6. PAR RAPPORT AUX DIFFICULTES DE VIE RENCONTREES, AVEZ-VOUS RESSENTI LE BESOIN DE CONSULTER UN PSYCHOLOGUE OU UN PSYCHIATRE ?

- Si non, explorer les soutiens dont bénéficient la personne (réseau familial, social...) et les freins à l'accès aux soins de santé mentale
- Si oui, explorer le parcours par rapport à ce besoin : a-t-elle pu consulter ? quel type de professionnels ?

REPRESENTATION DE LA SANTE ET DU SYSTEME DE SANTE

7. POUR VOUS, QU'EST-CE QUE ÇA VEUT DIRE « ETRE EN BONNE SANTE » ?

8. EST-CE QUE VOUS FAITES DES CHOSES POUR ETRE EN BONNE SANTE OU POUR AMELIORER VOTRE SANTE ?

- Explorer l'importance accordée à sa santé, l'adoption de comportements favorables à la santé, la perception des messages de prévention (consultations dentaires ou gynéco régulières, campagnes Nutrition ou autre), l'attitude générale par rapport à la santé

9. COMPORTEMENTS DE PREVENTION

AVEZ-VOUS DEJA REALISE UN EXAMEN DE DEPISTAGE (EN FONCTION DE L'AGE) ?

- (frottis, mammographie pour les femmes, tests hémo occult pour les hommes et les femmes)

SAVEZ-VOUS SI VOUS ETES A JOUR DE VOS VACCINS ?

AVEZ-VOUS DEJA FAIT UN BILAN DE SANTE GRATUIT PROPOSE PAR L'ASSURANCE MALADIE

- si oui, récit d'expérience et suites données à ce bilan

10. QUEL OPINION AVEZ-VOUS DES MEDECINS ? DES HOPITAUX ? DES INSTITUTIONS COMME L'ASSURANCE MALADIE ?

- Explorer le rapport au corps médical (confiance, disponibilité, compétences...) et aux institutions

11. QUAND VOUS ETIEZ ENFANT, ALLIEZ-VOUS SOUVENT CHEZ LE MEDECIN ?

- Explorer le parcours de socialisation par rapport à la santé et au recours aux soins, les habitudes dans l'enfance, l'importance accordée à la santé dans la famille...

12. PENSEZ-VOUS POUVOIR VOUS SOIGNER FACILEMENT QUAND VOUS EN AVEZ BESOIN ?

- Explorer les facteurs facilitants et les freins (facteurs personnels et liés au système de santé)
- Voir si la perception est différents en fonction du type de soin (généraliste, spécialisé, dents, yeux...)

AUTRES

13. AVEZ-VOUS AUTRES CHOSES A ME DIRE PAR RAPPORT A CETTE ENQUETE ?

Animation des groupes de travail « Equipes sociales »

THEME

- Non-recours aux soins de personnes hébergées en CHRS, Maisons relais ou prises en charge par dans les centres d'hébergement d'urgence

OBJECTIFS DES REUNIONS

- Partager les résultats de l'analyse des entretiens
- Recueillir les difficultés rencontrées par les équipes sociales dans l'accompagnement des personnes dans leurs parcours de soins (recours et continuité)
- Co-construire des préconisations d'actions

DEROULEMENT DES REUNIONS

- Travail sur les difficultés rencontrées par les équipes dans l'accompagnement du public vers les soins
- Présentation orale de l'analyse des entretiens réalisés auprès du public et discussion
- Travail sur les préconisations d'actions

I. Travail sur les difficultés rencontrées par les équipes (30 mn)

Modalités : Méthode des post it pour travailler sur 2 questions :

- Quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans l'accompagnement vers les soins (recours et continuité) ?
- Quels sont les éléments qui facilitent cet accompagnement ?

Synthèse

II. Restitution des résultats de l'analyse des entretiens (30 mn)

Mise en regard des difficultés rencontrées par les équipes et des résultats de l'analyse des entretiens

Modalités : Présentation orale et Discussion

III. Travail sur les préconisations d'action (30 mn)

- Au regard des résultats de l'étude et de vos propres difficultés, sur quoi faudrait-il agir pour améliorer le recours aux soins ?

Modalités : des sous groupes avec un rapporteur

Objectif : Regrouper les éléments cités en axes de travail

Annexe 3. Animation du comité de pilotage élargi

THEME

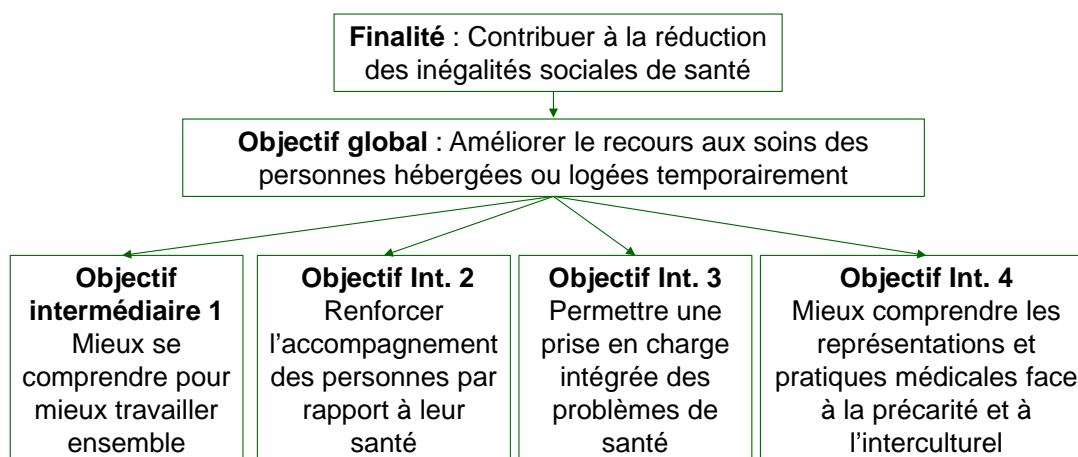
- Non-recours aux soins de personnes hébergées en CHRS, Maisons relais ou prises en charge dans les centres d'hébergement d'urgence

OBJECTIFS DE LA REUNION

- Partager les résultats de l'analyse des entretiens
- Co-construire les préconisations d'actions (ou objectifs opérationnels) au sein de chaque objectif intermédiaire

RAPPEL DU PLAN D'ACTION

(sous réserve de validation par le copil)



MODALITE DE CO-CONSTRUCTION DES OBJECTIFS OPERATIONNELS

I. Etape 1 : réflexions en sous groupes (30 mn)

Trois sous groupes de travail avec un rapporteur par groupe

- Le groupe 1 commence la réflexion pour l'objectif intermédiaire 1, le groupe 2 sur l'objectif intermédiaire 2 et le groupe 3 sur l'objectif intermédiaire 3 ;
- Dans un second temps, le groupe 1 reprend la réflexion pour l'objectif intermédiaire 2, à partir du travail du groupe 1, le groupe 2 reprend la réflexion pour l'objectif intermédiaire 3 et le groupe 3 pour l'objectif intermédiaire 1
- Dans un troisième temps, le groupe 1 complète l'objectif intermédiaire 3, le groupe 2 complète l'objectif intermédiaire 1 et le groupe 3 l'objectif intermédiaire 2
- De sorte que tous les groupes travaillent sur tous les objectifs intermédiaires

II. Etape 2 : mise en commun (15 mn)

Les rapporteurs exposent oralement les objectifs opérationnels (un axe par groupe).

Les débats peuvent porter sur le positionnement des objectifs opérationnels au sein de tel ou tel axes stratégiques mais pas sur la pertinence des objectifs opérationnels (en quoi l'objectif opérationnel proposé répond plutôt à tel ou tel axe stratégique ?)

III. Etape 3 : Mise en débat et validation des objectifs opérationnels (15 mn)

A ce stade, les objectifs opérationnels peuvent être questionnés sur des critères :

- de pertinence : l'objectif opérationnel permet-il d'atteindre l'objectif intermédiaire ?
- de faisabilité : l'objectif opérationnel est-il réalisable ?

Au final, les objectifs opérationnels validés seront intégrés au rapport.

Facteurs de non-recours aux soins des personnes en situation de précarité

Etude qualitative auprès de personnes accueillies dans les dispositifs d'hébergement et de logement temporaire en Nouvelle-Aquitaine

(Centres d'hébergement et de réinsertion sociale, Centres d'hébergement d'urgence, Maisons relais)

Les travaux relatifs à la santé des personnes en situation de précarité exposent un double constat : une détérioration de l'état de santé au fur et à mesure que la précarité s'installe, et un non-recours aux soins plus important. Bien que le débat sur le renoncement et le non-recours aux soins ait été cristallisé autour des raisons financières, des personnes malades ne sollicitent pas les services de soins, même en contexte de gratuité. L'objectif de cette étude, à l'initiative de l'ARS et de la DR D JSCS, est de disposer d'une analyse partagée des facteurs de renoncement et de non-recours aux soins des personnes accueillies en structure d'hébergement et de logement temporaire en Nouvelle-Aquitaine.

La méthode mobilisée est une enquête qualitative par entretiens individuels semi-directifs en face-à-face. L'étude est centrée sur le repérage des facteurs qui expliquent le non-recours aux soins, et inversement qui facilitent le recours aux soins. Au travers du récit des personnes rencontrées, ont été explorés les freins et leviers relevant de l'histoire personnelle, le parcours de socialisation autour du soin, les freins et leviers relevant du système de santé et de protection sociale et ceux relevant de l'accompagnement proposé par les structures d'accueil. Vingt-neuf entretiens ont été réalisés et exploités, sur cinq sites différents. Afin d'opérationnaliser les résultats de l'étude, une phase de construction des préconisations d'action a eu lieu en mobilisant les équipes éducatives et sociales et les institutions et structures concernées par la thématique. Au total, quarante-et-une personnes ont contribué à l'élaboration des préconisations d'action.

Sauf exceptions, liées à des états de santé psychique fortement dégradée dans des situations de grande exclusion ou à des situations de déni, les personnes sont préoccupées par leur santé et pleinement conscientes que leurs conditions de vie sont délétères. Le non-recours aux soins ne renvoie donc pas à la passivité des personnes mais d'autres facteurs expliquent leurs recours tardifs aux soins : positionnement face à une norme de « santé parfaite » non partagée, isolement social renforçant la difficulté à se mobiliser, crainte du diagnostic, sentiment d'humiliation dans la relation patient / médecin, rapport au temps différent, difficultés administratives, rejet des normes dominantes, défiance envers le système de santé. Le repérage de ces différents facteurs a permis de proposer une typologie relativement simple et opérante du non-recours aux soins afin de construire collectivement des préconisations d'action.

Les actions à mettre en place interpellent fortement l'articulation entre le secteur social et le secteur médical, les représentations mutuelles (personnes en situation de précarité / équipes éducatives et sociales / professionnels de santé) et le renforcement de la prévention et de l'accompagnement en santé au sein des structures d'hébergement et de logement temporaire. Ainsi, quatre axes de travail ont été proposés : Mieux se comprendre pour mieux travailler ensemble ; Renforcer l'accompagnement des personnes par rapport à leur santé ; Permettre une prise en charge intégrée des problèmes de santé ; Mieux comprendre les représentations et pratiques médicales face à la précarité et à l'interculturel. Les résultats de cette étude ont permis de corroborer et d'alimenter les travaux de rédaction du Plan régional d'accès à la prévention et aux soins du futur Projet régional de santé de l'ARS Nouvelle-Aquitaine.

Mots-clés

Accès soins, Enquête qualitative, Recours soins, Facteur psychosocial, système soins, Précarité sociale, Pauvreté, Politique santé, Hébergement social, Hébergement temporaire, Nouvelle-Aquitaine

Pour nous citer

BOUNAUD V., TEXIER N. **Facteurs de non-recours aux soins des personnes en situation de précarité. Etude qualitative auprès de personnes accueillies dans les dispositifs d'hébergement et de logements temporaires.** ORS Poitou-Charentes. Rapport n°191. Octobre 2017. 37 p.



Siège social de l'ORS NA : 102 cours du Maréchal Juin – 33000 BORDEAUX Tél. : 05 56 56 99 60 – contact@ors-na.org

Antenne de Limoges : 4 av de la Révolution 87000 LIMOGES - Tél : 05 55 32 13 21

Antenne de Poitiers : 203, route de Gençay 86280 SAINT BENOIT – Tél : 05 49 38 33 12