



Repérer les besoins en santé, dans un contexte de crise sanitaire, à partir des déterminants sociaux

Par James Kuperminc et Marc Le Gallo, directeurs d'études au Compas

La crise sanitaire que nous vivons actuellement révèle, sur l'ensemble du territoire national, des besoins en matière de santé pour l'ensemble de la population. Pour autant, là encore, les inégalités sociales opèrent puisque les publics les plus précaires subissent davantage les effets de la crise du Covid-19.

Il importe donc de proposer aux décideurs et aux acteurs locaux des éléments de connaissance sur ces publics potentiellement les plus concernés par les besoins de soins et de prévention. Pour cela, le Compas propose un indice agrégé (baromètre©Compas) s'appuyant sur les différents travaux réalisés dans ce domaine afin de valider des déterminants sociaux de santé pertinents, déclinables pour chaque commune et ses quartiers. Cet indicateur se veut opérationnel en définissant des zones d'actions prioritaires et pourra être croisé avec des projections de population ©Compas, l'offre de soins présente sur la commune ou l'intercommunalité et l'accessibilité aux soins.

Le recours aux déterminants sociaux pour appréhender les besoins potentiels en santé

Appréhender les probabilités d'émergence de problèmes de santé ou de besoins en santé dans une population générale n'est jamais très aisé ; et encore moins à une échelle micro-locale telle qu'une commune ou un quartier. Les expressions pathologiques peuvent être très diverses, les déterminants et les facteurs de risque ou d'aggravation peuvent être nombreux, multidimensionnels et possiblement en interaction.

Au-delà des facteurs de risque de fragilité somatique ou psychique, d'origine génétique ou non, on

trouvera également ceux liés à des comportements individuels¹, à l'environnement général ou professionnel ou à des difficultés particulières d'accès à l'offre de soins ou de prévention².

Pour autant, on oublie parfois que les risques en santé s'expriment de manière très variable dans une population selon la structure ou la composition démographique et sociologique de celle-ci. On parle alors de l'influence de déterminants sociaux de santé.

1 / Consommation d'alcool, de tabac, ... ; alimentation non équilibrée ; sédentarité ; manque de sommeil ; absence de recours préventifs aux soins ; etc.

2 / L'éloignement des services ou le manque de professionnels de santé sur un territoire.

Celle-ci ne suggère aucunement l'existence de « corrélations mécaniques » entre tel ou tel indicateur sociodémographique et tel ou tel risque en santé particulier, mais illustre seulement le fait que les facteurs aussi bien liés à des comportements qu'à l'environnement sont assez fréquemment corrélés (pour ne pas dire déterminés) avec la place des individus dans la pyramide des âges, leur position dans l'échelle des classes sociales d'appartenance ou leur degré de proximité avec une situation de précarité sociale. De nombreuses études ont en effet aujourd'hui montré la corrélation forte entre certaines variables sociodémographiques ou socioéconomiques et le risque plus ou moins important d'observer des besoins en santé au sein de la population d'un territoire donné.

Plus les individus avancent en âge ou plus ils appartiennent aux milieux sociaux les plus modestes (en particulier aux catégories des ouvriers non qualifiés ou des employés de commerce), plus croît alors le risque qu'ils se déclarent/perçoivent en moins bonne santé.

Des corrélations sont également aujourd'hui bien établies entre la consommation de tabac (pour le moins délétère) et l'appartenance à tel ou tel milieu social³.

Nous pourrions aussi parler plus généralement de travaux réalisés autour de la question des inégalités sociales de santé, dans lesquels les déterminants sociaux ont bien évidemment une place importante⁴.

Enfin, nous pourrions évoquer des études, qui mettent en avant le lien étroit entre l'espérance de vie et le niveau de ressources monétaires des populations⁵.

Un indice de besoins potentiels en santé (baromètre©Compas) construit à partir de variables sociodémographiques et socioéconomiques

Sur la base de ses dizaines d'années d'expériences dans l'analyse des besoins sociaux et de ses réflexions croisées avec les acteurs de terrain, il est

3 / «État de santé des Français et facteurs de risque», Questions d'économie de la santé n° 223, Irdes, mars 2017 (également publié dans : Études et Résultats n°0998, Drees, mars 2017)

4 / «Les inégalités sociales de santé», Actes du séminaire de recherche de la DREES 2015-2016, Drees, octobre 2017

5 / «L'espérance de vie par niveau de vie : chez les hommes, 13 ans d'écart entre les plus aisés et les plus modestes», Insee Première n°1687, Insee, février 2018

apparu pertinent pour le Compas dans le contexte actuel de crise sanitaire liée au Covid-19, de pouvoir concevoir et proposer un indice synthétique/composite à même de rendre compte, sur un territoire donné, d'un niveau de besoins potentiels en santé.

Cet indice de besoins potentiels en santé ne préjuge pas en soi d'une demande effective de soins de la part des publics ou encore de leur recours effectif à une offre de soins. **Il doit permettre d'alerter les acteurs d'un territoire sur la possibilité d'un risque encouru en questionnant localement le niveau d'adéquation entre l'offre et le besoin.**

Cet indice invite aussi les acteurs-décideurs locaux à s'interroger sur le niveau actuel de l'offre de soins sur leur territoire, sur le renoncement ou les difficultés persistantes d'accès à l'offre de soins et de prévention en santé chez certains publics.

Le mérite de cet indice tient aussi au fait de permettre d'identifier assez aisément la catégorie de public pour laquelle, il pourrait être opportun d'élargir une offre de service ou d'envisager une intervention d'éducation à la santé, par exemple : les aînés du territoire ? Les enfants des catégories populaires ? Les jeunes les plus en difficultés dans leur accès à l'autonomie ? Etc.

Il ne prétend en aucune manière révéler une vérité absolue sur la question des besoins en santé d'un territoire, loin de là. **Il permet toutefois de favoriser la possibilité d'un dialogue entre les champs, pour le dire vite, de la santé et du social ; des champs encore trop souvent l'un à côté de l'autre plutôt qu'ensemble.**

Le choix des indicateurs de ce baromètre ©Compas

7 indicateurs différents ont été retenus pour composer cet indice de besoins potentiels en santé ; renvoyant à 4 grands critères, présentés ci-dessous. Certains de ces indicateurs étant au croisement de plusieurs critères.

Le critère de l'âge

Les populations âgées (75 ans et plus) font parties des générations les plus susceptibles d'avoir des besoins liés à leur état de santé. Bien que représentant une petite part de la population (9% à l'échelle de la France métropolitaine), elles sont en moyenne plus souvent appelées à avoir régulièrement recours aux services de santé. Toutefois, la présence d'une popu-

lation âgée n'est pas forcément synonyme de forte consommation de prestations de santé. Nombre d'entre elles renoncent à bénéficier d'un suivi médical, faute de médecin traitant, ou d'être suffisamment mobiles pour consulter.

La présence d'enfants (moins de 15 ans) dans un territoire traduit la présence de familles. Même si leurs besoins individuels de soins sont, en moyenne moins importants que ceux des personnes âgées, leur part dans la population totale (en France métropolitaine la population des familles représente 55% de la population totale) oblige le système de soins à leur apporter une réponse adaptée en matière de santé dans un territoire. Elle peut aussi se traduire dans de nombreux territoires, dans le cadre du parcours de soins coordonnés, par des difficultés d'intégrer la patientèle d'un praticien à proximité de chez soi, pour des populations qui beaucoup plus souvent que les autres, s'inscrivent dans des parcours résidentiels (30 à 40% de la population âgée de moins de 40 ans change de commune de résidence tous les cinq ans).

Par ailleurs, les enfants sont des publics souvent plus suivis que d'autres médicalement, mais aussi plus souvent sujets à des maladies propres (maladies infantiles) ainsi qu'à des contagions multiples du fait de la fréquentation d'espaces de socialisation et de contact tels que la crèche, l'école, etc.

Le critère de la catégorie socio-professionnelle (CSP)

Le ressenti par rapport à son état de santé est différent d'une CSP à l'autre. En règle générale, les **ouvriers** comme les **employés**, notamment ceux âgés de **45 ans et plus** expriment plus souvent que les autres populations (dans le cadre d'enquêtes) un état de santé ressenti/perçu plus dégradé, sans pour autant que cela se traduise par une consommation de prestations de santé plus élevée. Si ce constat d'un moindre accès aux soins peut en partie s'expliquer par des ressources moins élevées, il est aussi culturel et social. En effet, la CSP comme le niveau de formation (les deux étant fortement corrélés) ont un impact certain, notamment en matière de prévention et de sensibilité aux informations dans le domaine de la santé.

Pour ces CSP, plus que pour les autres, le renoncement aux services de santé peut être important.

Le critère de la pauvreté monétaire

Les ressources financières d'un ménage ont un impact direct sur ses capacités à aller vers le système de santé. Le renoncement aux soins est souvent lié au manque de moyens financiers pour les populations à très faible niveau de vie, et de surcroît pour **les personnes vivant dans un ménage situé sous le seuil de pauvreté**, (proportionnellement plus souvent des familles monoparentales ou nombreuses mais aussi des personnes seules), l'accès aux services de santé est difficile. Le renoncement y est plus important que pour le reste de la population.

D'autre part, les liens avec l'état de santé sont aujourd'hui avérés et ne se discutent même plus : la pauvreté tend à entamer à plus ou moins long terme l'état de santé des individus concernés ; et en retour, plus cet état de santé se dégrade, plus il apparaît souvent difficile de sortir de la précarité (par exemple du fait de la chronicisation de problèmes de santé qui rend très compliqué la possibilité d'un retour vers l'emploi).

Le critère de la « mise à l'écart de l'emploi »

Ne pas ou ne plus avoir d'emploi, participe à l'isolement social et physique des individus, à la perte de repères et au déclassement. C'est un facteur de mal-être, de repli sur soi et de renoncement. **Ces situations, qui pour nombre d'entre elles peuvent être subies, de rupture ou d'éloignement vis-à-vis de l'emploi** sont particulièrement discriminantes pour **les adultes âgés de 45-64 ans**, pour lesquels cette situation peut être plus souvent associée à une «disqualification sociale», à un état de santé moins satisfaisant, sans pour autant que leur consommation de prestations de soins s'en ressente.

Les jeunes adultes peuvent connaître également des difficultés d'accès à l'autonomie ; celle-ci passant généralement par l'emploi. Un certain nombre d'entre eux (24% des 20-29 ans en France métropolitaine) s'avère être aujourd'hui **ni en emploi ni en études** et donc potentiellement en difficultés d'insertion.

Des études récentes montrent les liens étroits entre ces situations et un état de santé dégradé : une partie non négligeable de ces «jeunes ni ni» ne peuvent travailler du fait de leur état de santé⁶. Par ailleurs, si les jeunes se disent globalement plutôt en bonne santé, les disparités existantes sur la perception de

6 / «Les jeunes ni en études, ni en emploi, ni en formation (NEET) : quels profils et quels parcours ?», Dares Analyses n°2020-006, février 2020

leur état de santé apparaissent très souvent liées à leur situation vis-à-vis de l'emploi⁷.

Territorialiser ce baromètre@Compas pour repérer finement les besoins potentiels en santé

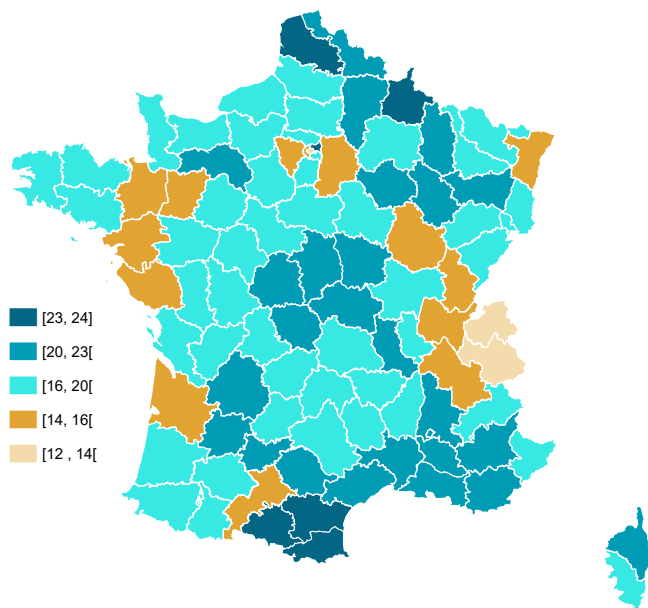
Pour chacun des 7 indicateurs composant l'indice de besoins potentiels en santé, une note de 0 à 5 est attribuée à chaque territoire étudié. Cette note est arrêtée en fonction de la distribution observée pour toutes les communes de plus de 2 000 habitants, les arrondissements et les départements de France.

La note de 0 correspond aux territoires où l'indicateur a une valeur très faible au regard des autres territoires ; celle de 5, au contraire, révèle un besoin potentiellement nettement plus marqué qu'ailleurs.

Le total des 7 notes obtenues permet de disposer d'un indice synthétique permettant d'appréhender l'importance des besoins théoriques ou potentiels, qui souvent ne s'expriment pas en tant que tels, en matière de santé dans un territoire.

Indice de besoins potentiels en santé (baromètre@Compas)

Source : Insee RP et Filosofi 2016, traitements et calculs ©Compas



D'un département à l'autre la note totale obtenue va de 12 (pour la Haute-Savoie) à 24 (pour la Seine-Saint-Denis ou les Pyrénées-Orientales). La moyenne nationale se situant à 17,5.

3 départements métropolitains présentent un indice inférieur ou égal à 13, pouvant être considéré comme faible.

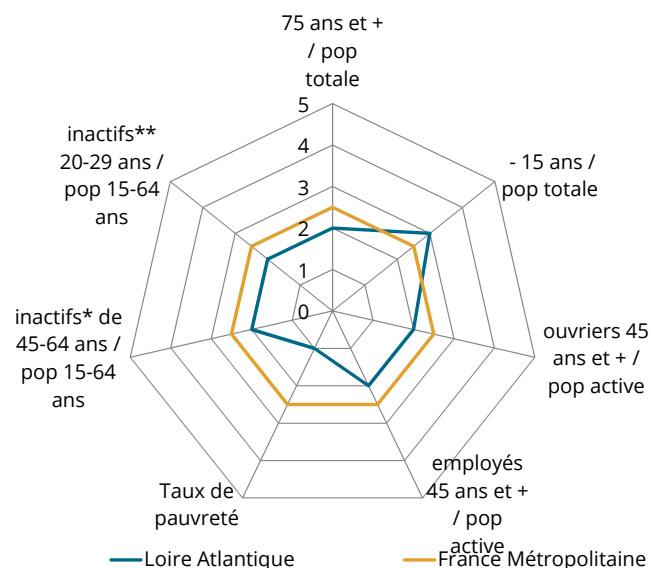
7 / « Neuf jeunes de 18 à 24 ans sur dix sont en bonne santé, malgré des disparités liées à leur situation vis-à-vis de l'emploi », Études et Résultats n°1134, Drees, novembre 2019

48 départements ont un indice compris entre 16 et 19, dans la moyenne et 6 départements ont un indice supérieur ou égal à 23, pouvant être considéré comme élevé.

L'exemple de la Loire-Atlantique

Indice de besoins potentiels en santé (baromètre@Compas)

Source : Insee RP et Filosofi 2016, traitements et calculs ©Compas



* entendus comme les personnes sans emploi en sens large (chômeurs ou non)

** entendus comme les jeunes adultes ni en emploi ni en études

Avec un indice synthétique de 14, la Loire-Atlantique est l'un des dix départements métropolitains où les besoins potentiels sont les plus faibles.

115 communes de Loire-Atlantique ont un indice calculé. Parmi elles, 13 ont un indice inférieur ou égal à 10 et la grande majorité se concentre dans des indices compris entre 12 et 16.

Le département présente la particularité (au regard de la distribution de toutes les communes de France métropolitaine) d'avoir une sur-représentation de communes avec un indice pouvant être considéré comme faible ou très faible (une cinquantaine avec un indice inférieur ou égal à 13) et de très rares communes (une demi-douzaine de communes) avec un indice élevé (supérieur ou égal 20).

Que ce soit d'un point de vue démographique, de niveau de vie ou encore de structuration sociale de la population, le département présente des indicateurs « explicatifs » en-deçà de la moyenne nationale. Seule la part des enfants de moins de 15 ans dans la population s'approche de celle-ci. Cela pourrait laisser entrevoir la nécessité d'adapter une réponse aux besoins des familles avec des enfants qui,

dans le cadre de leur parcours résidentiel, peuvent être confrontées à des difficultés pour intégrer la patientèle d'un médecin à proximité de leur domicile, en particulier dans des zones moins densément dotées en services de soins de proximité.

Quoi qu'il en soit, globalement le département de la Loire-Atlantique présente une situation très favorable au regard des autres départements en matière de besoins en santé, mais certaines communes peuvent présenter une situation beaucoup moins favorable.

Parmi les 115 communes de plus de 2 000 habitants du département, certaines présentent des indices très élevés. C'est notamment le cas de communes du Nord du département comme Guémené-Penfao (5 200 habitants) et Châteaubriant (11 900 habitants), territoires où résident de nombreuses populations âgées de 75 ans et plus, où une part importante de la population active âgée de 45 à 64 ans est sans emploi et où le taux de pauvreté est relativement élevé. D'autres communes, comme le Croisic (4 100 habitants) ou Le Pouliguen (4 400 habitants), présentent des indices élevés, mais à la différence des deux autres communes précédemment citées, elles se caractérisent comme des territoires où les populations en situation de pauvreté économique sont peu présentes. Dans ces communes, les besoins en matière de santé sont certainement plus souvent en direction d'une population plus âgée, moins mobile et socialement plus isolée pour laquelle se pose la question de la proximité des services. La question de l'augmentation des populations liée à l'attractivité touristique de ces communes l'été venant amplifier la problématique soulevée ici.

Quelle que soit la commune, la sur-représentation des aînés peut potentiellement renvoyer à l'existence de situations d'isolement physique, social et peut-être même culturel qui peuvent être facteurs de risque dans le renoncement aux soins. Par ailleurs, les aînés n'ont pas nécessairement (eu) pour usage d'avoir adopté des pratiques de prophylaxie⁸ au cours de leur existence ; et ici les appartenances d'origine à telle ou telle CSP pourront être discriminantes.

A contrario, une vingtaine de communes ont un indice faible (8 à 11 points). Ce sont pour la plupart d'entre-elles des communes de la Nantes métropole (la Chapelle-sur-Erdre, Orvault, les Sorinières...) qui en règle générale concentrent une faible part de population en difficulté économique, où les

8 / Précaution propre à préserver d'une maladie.

ouvriers et employés sont sous-représentés et où les populations actives sont occupées. Toutefois, elles présentent quasiment toutes la même caractéristique : la forte concentration de familles avec de jeunes enfants. Cela pose la question de l'adaptation de la réponse de proximité à ces ménages, souvent composés d'actifs occupés, dont l'emploi, comme les praticiens qu'ils consultent par ailleurs, ne se situe pas nécessairement sur leur commune de résidence et qui, plus souvent que les autres générations, peuvent être concernés par des dynamiques de changement rapide dans le cadre de leur parcours résidentiel. Par ailleurs, ces ménages sont également souvent confrontés à certaines difficultés d'accès aux services de santé existant à proximité de leur domicile.

Encourager la discussion et les échanges entre acteurs pour plus d'intelligence collective au service des besoins des populations

L'indice ici proposé ne vise pas à délivrer une vérité définitive sur la réalité des besoins en santé d'un territoire. En effet, comme tout indice composite, il est construit à partir de choix et ne peut par ailleurs prétendre couvrir la totalité des dimensions de la question.

Il résulte surtout de la volonté du Compas de pouvoir aider les acteurs locaux à s'interroger sur la capacité de leur territoire à répondre à des besoins en matière de santé selon quelques-unes des caractéristiques de la population résidente.

Il cherche donc, avant toutes choses, à encourager la discussion, les échanges et approfondissements, en invitant à entrer dans une analyse croisée avec notamment, d'une part, la question des divers comportements de recours aux soins de la part des ménages (versus des comportements de renoncement pour certains)⁹ et d'autre part, celle de la disponibilité et de l'accessibilité de l'offre de soins de base à proximité¹⁰.

9 / Ainsi, par exemple, les cadres supérieurs recourent souvent davantage à un spécialiste que les ouvriers, alors qu'ils ont un «risque potentiel de besoins en santé» plus faible.

<http://www.observationsociete.fr/sante/sante-sante/les-de-terminants-du-recours-aux-soins.html>

10 / Sur cette dernière question, nous renvoyons, par exemple, à l'existence d'autres indicateurs spécifiques tels que l'indicateur d'Accessibilité Potentielle Localisée (APL) aux médecins généralistes, développé il y a quelques années par la DREES et l'IRDES.

Cette dernière, même si elle est réelle dans de multiples territoires, n'est pas forcément synonyme d'une possibilité accrue d'accès aux soins des populations qui y résident. En effet, face au vieillissement de la population, du corps médical et au renouvellement perpétuel des ménages de jeunes adultes, une proportion toujours plus importante de la population n'a peut-être plus la possibilité d'intégrer la patientèle des praticiens exerçant à proximité de chez elle.

Cet indice doit être mis en parallèle avec une vision objective de l'offre de soins présente sur le territoire mais aussi avec les consommations de soins des populations

Ainsi, ce baromètre@compas permet de repérer finement les publics à cibler autour de la question de l'accès aux soins et donc les actions prioritaires à mener (la prévention, l'information, l'accompagne-

ment, la lutte contre les comportements à risque, contre le renoncement, l'aide aux plus précaires...) sur les territoires.

Pour autant, appréhender les besoins en termes de santé oblige à mettre cet indice en parallèle avec une vision objective de l'offre de soins présente sur le territoire mais aussi avec les consommations de soins des populations. C'est en observant conjointement ces trois dimensions (publics cibles, offre et consommation de soins) que les enjeux de demain seront mis en lumière et permettront de définir les actions prioritaires à mettre en œuvre sur les territoires. Fort de son expérience acquise dans la réalisation de nombreux diagnostics santé, nécessaires à la mise en place de contrats locaux de santé par exemple, le Compas peut outiller les acteurs locaux et les accompagner dans la définition des enjeux de demain.

James Kuperminc et Marc Le Gallo,
directeurs d'études au Compas

Sources : Insee, RP et Filosofi 2016, traitements et calculs ©Compas

Références :

- 200 communes par an accompagnées par le Compas (ABS, diagnostics de territoire, Observatoire social...)
 - « État de santé des Français et facteurs de risque », Questions d'économie de la santé n° 223, Irdes, mars 2017 (également publié dans : Études et Résultats n°0998, Drees, mars 2017)
 - « Indicateurs de suivi de l'état de santé de la population », Document de travail n°44, Drees-DGS, mai 2014
 - « L'espérance de vie par niveau de vie : chez les hommes, 13 ans d'écart entre les plus aisés et les plus modestes », Insee Première n°1687, Insee, février 2018
 - « Les jeunes ni en études, ni en emploi, ni en formation (NEET) : quels profils et quels parcours ? », Dares Analyses n°2020-006, février 2020
 - « Neuf jeunes de 18 à 24 ans sur dix sont en bonne santé, malgré des disparités liées à leur situation vis-à-vis de l'emploi », Études et Résultats n°1134, Drees, novembre 2019
- <http://www.observationsociete.fr/sante/sante-sante/les-determinants-du-recours-aux-soins.html>

Publication du bureau d'études Compas, spécialiste du développement social local

ISSN : 2267-9103

Directeur de la publication : Hervé Guéry

Auteurs du n°25 : James Kuperminc et Marc Le Gallo

Ont participé à ce numéro : Marie-Line Luquet, Sandy Morice, Stéphanie Bigo, Véronique Lagandre, Violaine Mazery


Nous contacter :

contact@compas-tis.com

Tél. : 02 51 80 69 80

Nantes - Paris - Strasbourg

Nous suivre :

 @compas_infos

 @Compas



www.lecompas.fr