




LE "RENONCEMENT" AUX SOINS A LA REUNION.

*UN ECLAIRAGE A PARTIR DE L'ENQUETE DU
BAROMETRE DU RENONCEMENT AUX SOINS*



RAPPORT POUR LA CAISSE
GENERALE DE SECURITE
SOCIALE (CGSS) DE LA REUNION
ET LA CAISSE NATIONALE
D'ASSURANCE MALADIE (CNAM)

Hélène REVIL
Xavier VEST
Océane REGNIER
Sébastien BAILLY



Juillet 2021



Remerciements

Nous remercions tous les professionnels de l'assurance maladie qui ont rendu possible la réalisation de cette enquête et, en particulier, les agents de la CGSS de La Réunion qui ont été impliqués dans la passation des questionnaires. Un grand merci également aux partenaires de la CGSS qui ont contribué à cette passation.

Pour citer ce rapport

Revil Hélène et al., « Le renoncement aux soins à La Réunion. Un éclairage à partir de l'enquête du Baromètre du renoncement aux soins », Odenore, Etude n° 98, Rapport pour la Caisse générale de sécurité sociale (CGSS) de La Réunion et la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), juin 2021.

Les auteurs

Hélène Revil est docteure en science politique, chercheuse à l'Université Grenoble-Alpes, responsable scientifique de l'ODENORE, dispositif de recherche du Laboratoire de Sciences sociales PACTE (UMR CNRS 5194).

Sébastien Bailly est pharmacien et biostatisticien, chargé de recherche INSERM au laboratoire HP2 de Grenoble (INSERM –UGA U1042).

Océane Régnier et Xavier Vest étaient stagiaires à l'Odenore, au premier semestre 2021.

Sommaire

Introduction	4
Les principaux résultats du BRS métropolitain	6
Le questionnaire du BRS pour la passation dans les D-ROM.....	8
1. Quelques informations utiles pour contextualiser les résultats de l'enquête du	
« Baromètre du renoncement aux soins »	11
1.1. Le contexte démographique, socioéconomique et sanitaire.....	11
Des disparités socio-spatiales entre les zones du territoire.....	11
Une population encore majoritairement jeune mais une dynamique de vieillissement engagée	14
Une augmentation des pathologies chroniques, notamment chez les personnes de plus de 65 ans	15
1.2. Une offre de soins présente mais inégalement répartie	17
2. Les résultats de l'enquête du "Baromètre du renoncement aux soins"	23
2.1. Présentation des répondant.e.s à l'enquête	24
Situation socioéconomique et géographique	24
État de santé et situation administrative en santé des répondant.e.s	27
Les répondant.e.s et le numérique	29
2.2. Caractérisation des personnes qui n'ont pas réalisé au moins un soin dont elles ont eu	
besoin, au cours des douze derniers mois	32
Où sont situés les renonçant.e.s sur l'île ?.....	32
Genre, situation familiale et âge des renonçant.e.s	33
Situation socioéconomique des renonçant.e.s	33
Caractérisation de l'état de santé des renonçant.e.s et de leur situation administrative en santé	34
Les renonçant.e.s et le numérique.....	35
2.3 Les types de soins non-réalisés, les raisons et conséquences de la non-réalisation de soins .	38
Les types de soins renoncés	38
Les raisons de renoncer	40
Les conséquences perçues par les personnes.....	42
Conclusion	43

Introduction

Depuis plusieurs années maintenant, la notion de « renoncement aux soins » est couramment utilisée en France comme dans d'autres pays, notamment par les acteurs des politiques sanitaires et sociales, pour qualifier des situations dans lesquelles des personnes ne bénéficient pas de soins dont elles ont besoin. La notion est en l'occurrence devenue une « catégorie d'action » et, dans cette perspective, elle est souvent utilisée comme un équivalent de « difficultés d'accès aux soins » alors même qu'elle recouvre des situations plus larges et que toutes les situations de renoncement ne sont pas en lien avec des « difficultés », des « obstacles » ... Il est vrai que, dès la fin des années 1990, la notion de renoncement aux soins a été intégrée dans des enquêtes visant à produire de la connaissance sur les inégalités d'accès aux soins. A partir du début des années 2000 cependant, la notion a été utilisée par des chercheurs.e.s en sciences sociales dans des enquêtes visant à explorer les difficultés d'accès mais également les situations dans lesquelles les personnes ne veulent pas utiliser certains soins, offres, traitements.

Les travaux ont montré que derrière cette notion se cachent en effet des situations de diverses natures ; certaines personnes rencontrent bien des difficultés pour accéder ou se maintenir dans les soins quand d'autres refusent de bénéficier de certains soins, préférant pour une partie se soigner autrement. On retrouve ici la distinction opérée par Caroline Desprès entre « des renoncements-barrière » et des « renoncements-refus »¹. On sait aussi que l'on peut préciser les choses en termes de temporalité ; certaines situations étant plutôt des situations de « renoncement temporaire » quand d'autres présentent un caractère plus définitif. Pour les premières, on pourrait donc plutôt utiliser le terme report de soins ou recours différé.

Malgré cette diversité pointée par différents travaux, l'expression « renoncement aux soins » est restée. On l'utilise toujours pour parler de situations qui ne sont pas exactement équivalentes s'agissant des causes sous-jacentes, de leur temporalité... On sait aussi que derrière le mot « soins » présent dans l'expression « renoncement aux soins » se cachent différentes « choses », des consultations, des examens, des achats de matériels médicaux...

La mise en place d'enquêtes sur le sujet a précisément pour objectif d'aider à mieux appréhender les situations que l'on qualifie souvent un peu hâtivement de « renoncement » et

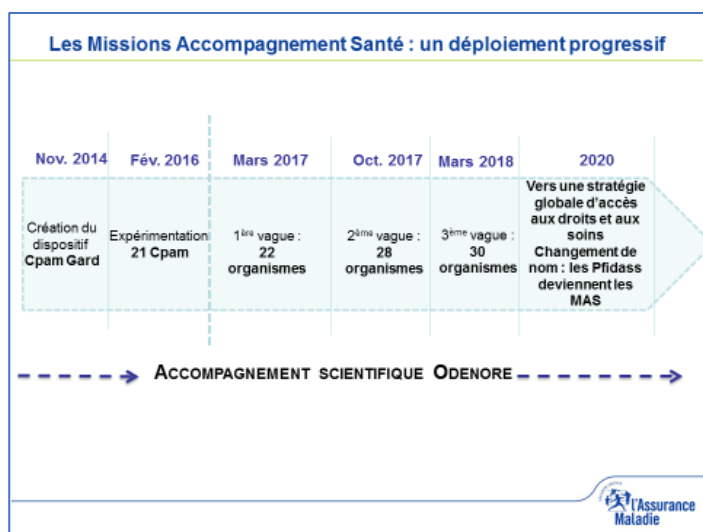
¹ Desprès C., 2012, « Le renoncement aux soins pour raisons financières. Analyse socio-anthropologique », DREES, Série *Études et Recherche*, n°119, mars, p.14 et 15.

à mieux comprendre les explications sous-jacentes, les soins et actes médicaux concernés... L'enquête dite du « Baromètre du renoncement aux soins » (BRS) s'inscrit dans cette veine ; née en 2014 dans le Gard, dans le cadre d'une collaboration entre la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) et l'Observatoire des non-recours aux droits et services (ODENORE), elle s'est ensuite déployée à l'ensemble de la France Métropolitaine via la dynamique de généralisation des Missions accompagnement santé (MAS).

Au fil des années, environ 160 000 questionnaires ont été recueillis et plus de 400 entretiens qualitatifs ont été réalisés auprès de personnes qui avaient déclaré, dans leur questionnaire, avoir renoncé ou reporté au moins un soin au cours des quinze derniers mois. En France métropolitaine, la démarche du BRS a ainsi permis de construire des diagnostics territorialisés pour :

- ◇ Déterminer, territoire par territoire, la nature et l'ampleur de la non-réalisation de soins par des personnes qui ressentent pourtant des besoins de soins ;
- ◇ Comprendre ces situations partant de ce qu'en disent les personnes ;

La démarche d'enquête en elle-même et la connaissance produite via l'analyse croisée des questionnaires et des entretiens qualitatifs ont aidé les professionnels de l'Assurance maladie à explorer la diversité des situations dites de « renoncement aux soins » et à découvrir des facettes du phénomène qu'ils ne se représentaient pas nécessairement². La connaissance a été utilisée pour élaborer des réponses à ces situations via la mise en place des Missions



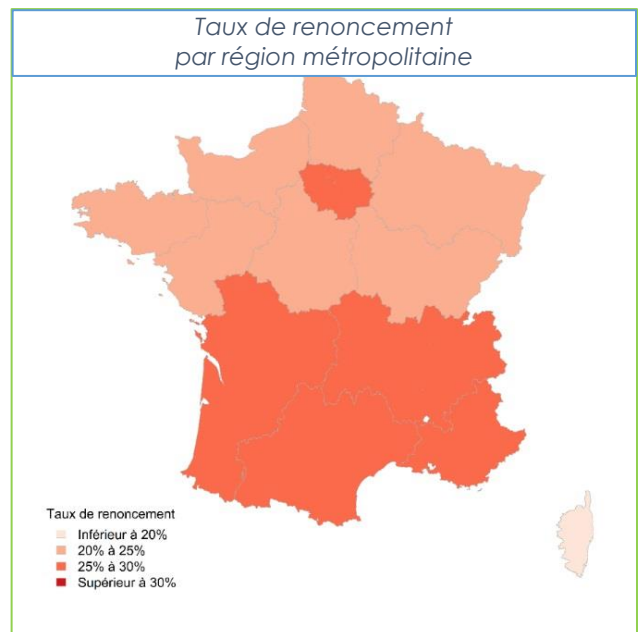
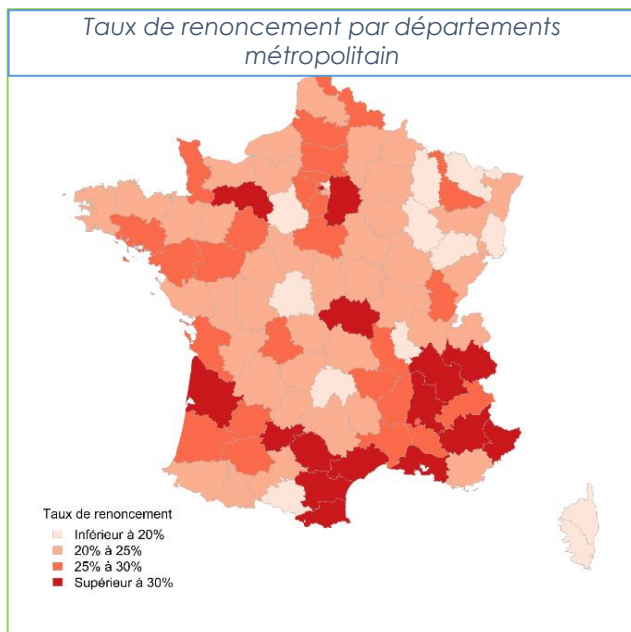
accompagnement santé, pour nourrir des échanges avec de potentiels partenaires et/ou élaborer des supports de sensibilisation à destination de différents publics... La passation des questionnaires de l'enquête du BRS a en l'occurrence permis de repérer des personnes ne réalisant pas des soins dont elles ont besoin et d'amorcer ce faisant les premiers accompagnements au sein des MAS.

² Revil, Héléna, et al. « « Renoncement et accès aux soins. De la recherche à l'action ». Cinq années de collaboration entre l'Assurance maladie et l'Observatoire des non-recours aux droits et services (ODENORE) », *Revue française des affaires sociales*, no. 4, 2020, pp. 261-297.

Les principaux résultats du BRS métropolitain

En France métropolitaine, le phénomène de « non-réalisation de soins malgré des besoins » n'est pas résiduel au sein des populations enquêtées via le BRS puisque, toutes caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) confondues, un quart des répondant.e.s sont concernés. **Le taux de renoncement malgré un besoin au travers des différentes vagues du BRS est en effet de 25,6%³. Ce sont 160 824 assuré.e.s du régime général de l'Assurance maladie qui ont été interrogé.e.s dans le cadre du BRS depuis sa création en 2014⁴. 41 209 d'entre elles / eux ont déclaré avoir renoncé à un ou plusieurs soins au cours des 12 derniers mois⁵ et/ou être toujours en dans cette situation au moment où iels ont été enquêté.e.s.**

L'amplitude entre les taux de renoncement aux soins le plus bas et le plus élevé mesurés par le BRS est importante (24 points). Ainsi en Haute Corse, c'est environ un.e répondant.e sur huit (12,8%) qui déclare un, ou plusieurs, renoncement(s) dans les 12 mois précédant l'enquête ; s'agissant de la CPAM de l'Aude, plus d'un.e répondant.e sur trois (36,8%) indique avoir été au cours de l'année écoulée, et/ou être au moment de l'enquête, touché.e par le phénomène.



³ Taux non standardisé.

⁴ En incluant le diagnostic réalisé par la CPAM du Tarn qui diffère quelque peu de celui du BRS, mais s'en inspire.

⁵ 12 mois précédant l'enquête.

Nous rappelons ci-dessous les principaux résultats du BRS métropolitain⁶ :

- ◇ Pour 38% des renonçant.e.s, les soins non-réalisés sont des soins dentaires prothétiques ; pour 31%, ce sont des soins dentaires conservateurs. 36% des renonçant.e.s disent avoir renoncé à des consultations chez un spécialiste et 19% à des achats en matière d'optique ; pour environ une personne sur dix, le renoncement concerne des consultations généralistes et pour une sur dix également, il porte sur des analyses biologiques ou des examens médicaux ;
- ◇ Comme l'indiquent les chiffres ci-dessus, dans un certain nombre de cas, la non-réalisation de soins prend une forme « cumulative » (les personnes n'ayant pas réalisé plusieurs types de soins au cours des douze derniers mois) ;
- ◇ 70% des renonçant.e.s citent au moins une raison financière pour expliquer leur renoncement (en premier lieu, iels évoquent l'ampleur des restes à charge, en second lieu, les difficultés à faire des avances de frais) ; 26% évoquent les délais de rendez-vous ou des problèmes de disponibilité personnelle ;
- ◇ 18% des renonçant.e.s n'ont pas de complémentaire santé, chiffre nettement supérieurs à celui mesuré pour les non-renonçant.e.s ;
- ◇ Un.e renonçant.e sur dix parle de l'éloignement géographique de l'offre de soins et/ou de difficultés de mobilité pour la rejoindre ; un.e sur dix également pointe des incompréhensions par rapport au système de protection maladie ou de santé et/ou la complexité des démarches pour accéder ou se maintenir dans les soins.
- ◇ 35% des renonçant.e.s déclarent également un renoncement aux soins pour un membre de leur foyer. Ce taux nettement supérieur à celui mesuré pour les non-renonçant.e.s signale que la non-réalisation des soins peut, dans une partie des cas, prendre une dimension familiale ;
- ◇ S'agissant de la durée de la non-réalisation des soins, le BRS indique que dans la moitié des cas, les personnes diffèrent leurs soins depuis moins d'un an ; dans 23%, elles les reportent depuis plus d'un an mais moins de deux ans et dans 26% depuis plus de deux ans ;
- ◇ Une personne sur deux qui renonce à des soins n'a plus le sentiment de pouvoir se soigner dans le système de santé « classique » français en cas de besoin, c'est plus particulièrement le cas des personnes pour lesquelles la non-réalisation des soins s'inscrit dans la durée ;

⁶ https://odenore.msh-alpes.fr/sites/odenore/files/Mediatheque/Documents_pdf/synthese_analyses_descriptives_brs_-_v2_-_odenore_-_hp2.pdf

- ◇ 76% des « renonçant.e.s » ressentent ou craignent un impact du renoncement sur leur état de santé physique et/ou moral et environ la moitié évoque des conséquences sur les dimensions sociale, professionnelle et/ou familiale de sa vie ;

Ces chiffres concernent l'ensemble des renonçant.e.s enquêté.e.s en France métropolitaine et varient en fonction des territoires.

Le questionnaire du BRS pour la passation dans les D-ROM

Le questionnaire utilisé en France métropolitaine a été adapté pour tenir au mieux compte des réalités des DOM mais aussi pour appréhender des dimensions de la non-réalisation des soins qui n'avaient pas été investiguées en France métropolitaine. Il s'agissait en particulier de :

- ◇ Caractériser plus précisément les populations concernées par des situations de non-réalisation de soins malgré un ou des besoins ;
- ◇ Capter la diversité des situations qui se cachent derrière ces situations, en termes notamment de causes, de types de soins, de temporalité ;
- ◇ Essayer de « capturer » l'effet Covid-19, autrement dit se donner les moyens de différencier ce qui relève du phénomène de « non-réalisation de soins » en temps normal de ce qui est plus spécifiquement lié à la période de crise ;

Le processus d'adaptation du questionnaire a été collaboratif au sens où il a impliqué, à l'automne 2019, des professionnel.le.s de différents services de la CGSS de Martinique et de la CGSS de Guadeloupe, des professionnel.le.s de la Caisse d'appui national (CAN) des Missions accompagnement santé, des professionnel.le.s de la Direction de l'intervention sociale et de l'accès aux soins (DISAS) de la Caisse nationale de l'Assurance maladie (CNAM), des chercheur.e.s de l'Odenore et de l'association Kafé⁷.

Le questionnaire a ensuite été transmis à la CGSS de la Réunion pour vérifier que les questions et les items de réponse prévus étaient pertinents pour la population réunionnaise.

Au final, le questionnaire est plus long que celui utilisé en France métropolitaine mais plus précis dans ses questionnements, en particulier ceux portant sur l'identification des situations de non-réalisation de soins. Dans la version métropolitaine du questionnaire en effet, une question

⁷ L'association Kafé, située en Martinique, réalise des travaux d'étude et de recherche dans le champ de l'action sanitaire et sociale. Elle est dirigée par deux chercheuses en sciences sociales, membres du Laboratoire Caribéen des Sciences sociales (LC2S).

centrale sur ce point était : « au cours des douze derniers mois, avez-vous renoncé ou reporté au moins un soin dont vous aviez besoin ? ».

Cette formulation étant celle utilisée dans d'autres enquêtes, nous l'avons privilégiée afin de pouvoir comparer nos résultats avec d'autres obtenus par ailleurs. Puis deux autres questions visaient ensuite à déterminer le ou les soins concernés et les raisons de du report ou du renoncement.

Dans le questionnaire du « Baromètre du renoncement aux soins » construit pour les DOM, la formulation est très différente : les termes « renoncer » et « reporter » ne sont plus présents dans les questions qui se structurent autour de l'idée de « non-réalisation ».

Exemple : Au cours des douze derniers mois, avez-vous eu besoin d'aller chez ... ? Si oui, êtes-vous allé.e/avez-vous consulté... ? Si non, quand est apparu le besoin ? (Avant, pendant ou après le confinement) ; Pour quelles raisons n'avez-vous pas consulté/réalisé tel ou tel acte/matériel ? (Groupes de réponses différentes selon que le besoin est apparu avant, pendant ou après le confinement) ; Si oui, depuis combien de temps ne consultez-vous pas ?

Ces questions sont posées pour chacun des types de soins/actes afin notamment de pouvoir différencier les raisons en fonctions du type de soins/actes et de ne pas « cacher » certains renoncements derrière d'autres que les répondant.e.s jugeraient plus importants à déclarer.

Le module de caractérisation des répondant.e.s et de leur situation économique et sociale a également été étoffé : des questions relatives au bénéfice éventuel de prestations sociales ont été ajoutées ainsi qu'une question visant à estimer leurs restes pour vivre. Le questionnaire aborde aussi des thématiques non prises en compte auparavant, telle celle du numérique et de l'usage de certains outils - par exemple compte améli - par les personnes interrogées ou celle de leur niveau de connaissance des dispositifs de prévention – en particulier campagnes de dépistage des cancers.

Le questionnaire compte au total un peu moins d'une centaine de questions réparties en 8 grands modules :

Module 1. Informations concernant l'enquêteur ;

Module 2. Profil de la personne répondante :

- ◇ Sexe, âge, code postal, situation familiale, enfant(s), profession, bénéfice d'aides...

Module 3. Etat de santé et situation administrative en santé :

- ◇ Complémentaire santé, maladie chronique, médecin traitant...

Module 4. Non-réalisation de soins/actes (1 module global comprenant 7 groupes de questions) :

- ◇ Généraliste, spécialiste(s), dentiste, médicaments, optique, auditif, autres soins ;

- ◇ Décliné en cascade (comme indiqué ci-dessus ;

Module 5. Conséquence de la non-réalisation de soins :

- ◇ Sur l'état de santé (physique et mental) ;
- ◇ Mais aussi sur différentes dimensions de la vie des personnes ;

Module 6. Existence de renoncements ou de reports de soins dans le foyer :

- ◇ Le cas échéant, personnes concernées (conjoint, enfant(s)...) ;

Module 7. Connaissance de l'existence des actes de prévention :

- ◇ Questions adaptées au profil du/de la répondant.e en termes d'âge, de genre et de situation familiale ;
- ◇ MT'Dents, dépistage du cancer colorectal, du col de l'utérus, du sein, de la prostate ;

Module 8. Rapport au numérique :

- ◇ Equipement mobile, accès internet, difficultés d'usage, compte Ameli, fréquentation d'une MSAP ou d'une autre structure pour obtenir de l'aide ;

Plan du rapport

La première partie de ce document présente quelques éléments du contexte démographique, géographique et sanitaire de La Réunion qui semblent pertinents par rapport à la question de l'accès aux soins et utiles pour interpréter certains résultats de l'enquête par questionnaire du « Baromètre du renoncement aux soins » (BRS).

La seconde partie revient sur les résultats de cette enquête ; nous présentons en premier lieu la population qui a répondu aux questionnaires puis procédons à une comparaison des personnes qui ont déclaré n'avoir pas réalisé au moins un soin dont elles ont eu besoin au cours des douze derniers mois (les « renonçant.e.s ») versus celles qui n'ont pas été dans cette situation (les « non-renonçant.e.s »). Nous en venons ensuite aux types de soins non-réalisés (ou renoncés), aux causes du phénomène et à ses conséquences du point de vue des personnes.

Nous employerons les termes « non-réalisation » de soins/de matériel ou « renoncement » aux soins/à du matériel de manière indifférenciée, pour qualifier les situations des personnes qui ont eu besoin de certains soins mais qui ne les ont pas réalisés et/ou qui ont eu besoin d'acheter du matériel médical mais qui ne l'ont pas fait.

1. Quelques informations utiles pour contextualiser les résultats de l'enquête du « Baromètre du renoncement aux soins »

1.1. Le contexte démographique, socioéconomique et sanitaire

Des disparités socio-spatiales entre les zones du territoire

L'île de la Réunion est située à 9.205,08 km de la France métropolitaine et présente une superficie de 2 512 km. Elle comprend 10 bassins de vie : Étang-Salé, Petite-Île, Saint-André, Saint-Benoît, Saint-Denis, Saint-Joseph, Saint-Leu, Saint-Louis, Saint-Paul et Saint-Pierre. D'un point de vue administratif, la Réunion se divise en 5 zones, gérées par 5 EPCI (Établissement public de coopération intercommunale) :

- La Communauté intercommunale des villes solidaires, située au sud-ouest de l'île comprend Saint-Pierre, Les Aviron, Cilaos, l'Étang-Salé, Petite-Île, Saint-Louis. Ce territoire s'étend 378,1 km² et comprend 180 434 habitant.e.s⁸ ;
- La Communauté intercommunale Réunion Est, située à l'est de l'île, comprend les communes de Saint-Benoît, Bras-Panon, La Plaine des palmistes, Saint-André, Sainte Rose et Salazie. Ce territoire s'étend 127 133 km² et comprend 172 800 habitant.e.s⁹ ;
- La Communauté intercommunale du Nord de la Réunion, située au nord de l'île, qui comprend le chef-lieu du département Saint-Denis, Sainte-Marie, Sainte-Suzanne. Ce territoire s'étend sur 287,8 km² et comprend 205 275 habitant.e.s¹⁰ ;
- Le Territoire de la Côte Ouest est une communauté d'agglomération à l'ouest de l'île qui comprend Le Port, La Possession, Saint-Leu, Saint-Paul et Les Trois-Bassins. Ce territoire s'étend sur 537,2 km² et comprend 212 382 habitant.e.s¹¹ ;

⁸ Intercommunalité-Métropole de CA CIVIS (Communauté Intercommunale des Villes Solidaires), Insee, chiffres détaillés, 14/01/2021

⁹ Intercommunalité-Métropole de CA Intercommunale de la Réunion Est, Insee, chiffres détaillés, 14/01/2021

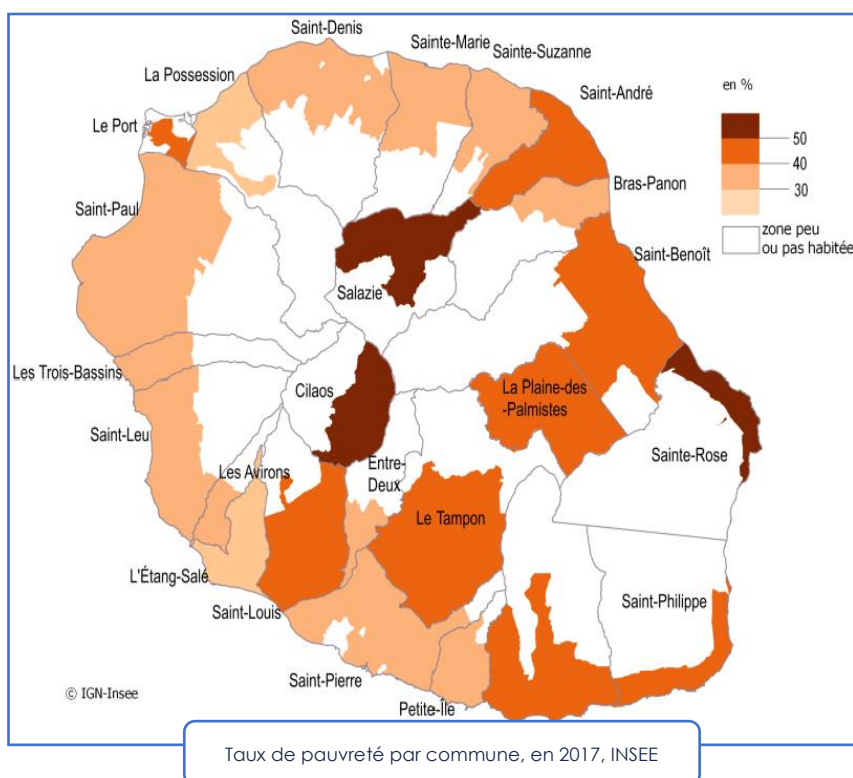
¹⁰ Intercommunalité-Métropole de CA Intercommunale du Nord de La Réunion, Insee, chiffres détaillés, 14/01/2021

¹¹ Intercommunalité-Métropole de CA Territoire de la Côte Ouest, Insee, chiffres détaillés, INSEE, 14/01/2021

- La Communauté d'agglomération du Sud, qui comprend les communes de Le Tampon, Entre-Deux, Saint-Joseph et Saint-Philippe. Ce territoire s'étend sur 409,1 km² et comprend 116 168 habitant.e.s¹² ;

Le Nord et l'Ouest de l'île sont plus urbanisés, attractifs économiquement et mieux desservis que les Hauts de l'île (territoires montagneux au centre de l'île), l'est et le sud rural, qui sont en outre concernés par des taux de pauvreté plus élevés.

En 2018, à l'échelle de l'ensemble du territoire, 40% des réunionnais.e.s étaient en situation de pauvreté. Les fragilités sociales étaient - et sont - toutefois différenciées selon les quartiers.



Treize quartiers urbains cumulaient manque d'emplois, nombreux logements sociaux et dépendent fortement des prestations sociales¹³ (groupe 1 – image page suivante).

Le groupe 2 était constitué de quartiers pauvres plus ruraux dont les habitants sont davantage propriétaires de leur logement et bénéficient moins des prestations sociales.

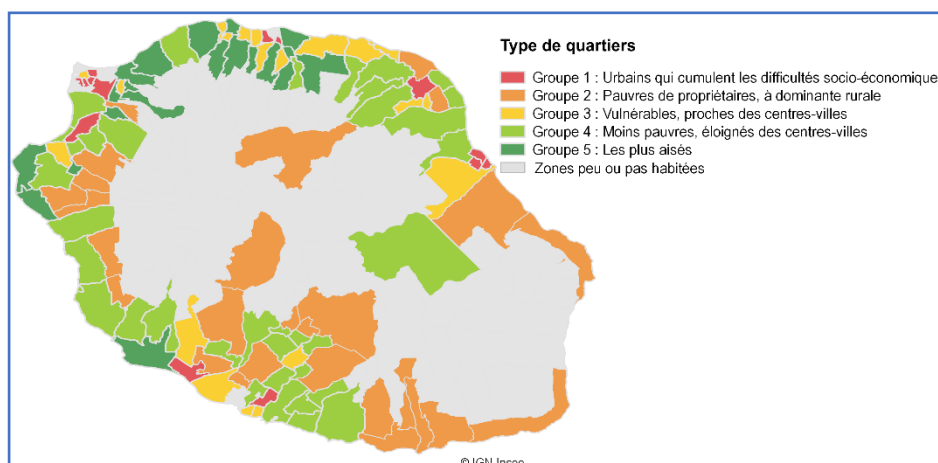
En 2016, 16% des réunionnais.e.s âgé.e.s de plus de 25 ans étaient bénéficiaires du RSA et le taux de chômage s'établissait à 22% soit environ le double de celui mesuré en France métropolitaine. Le chômage touchait en premier lieu les jeunes de moins de 25 ans non diplômé.e.s (44% des 15-24)¹⁴. On peut aussi souligner que 22,6% des 16-65 ans ayant été scolarisé.e.s à la Réunion étaient confronté.e.s à l'illettrisme (7,4% en France métropolitaine)¹⁵.

¹² Intercommunalité-Métropole de CA Communauté d'agglomération du Sud, Insee, chiffres détaillés, 14/01/2021.

¹³ INSEE Analyse, Cartographie de la pauvreté à La Réunion, n°34, 2018 : <https://habiter-la-reunion.re/wp-content/uploads/2018/10/Etude-Insee-34-Cartographie-quartiers-R%C3%A9union.pdf>

¹⁴ Ibid.

¹⁵ 116 000 personnes en situation d'illettrisme en 2011 à La Réunion, Fabrice MICHAÏLESCO, Hervé LE GRAND, INSEE, 2013.



Cinq groupes de quartiers homogènes au regard de la précarité.
Typologie des grands quartiers à La Réunion en 2015

Selon les données de la DREES, le nombre d'allocataires de minima sociaux a augmenté, au cours des dernières années, passant de 94 141 en 2010 à 139 314 en 2019. C'est également le cas du nombre de personnes couvertes par une allocation logement a augmenté entre 2016 (280 241) et 2019 (284 236). D'après l'Enquête nationale sur le logement (ENL) de l'INSEE, en 2013, 14 % de la population de l'île était touchée par la précarité énergétique, soit 116 914 personnes tandis que 16 % de la population de l'île vivaient en situation de surpeuplement, soit 136 956 personnes.

Dans le cadre de la mise en œuvre du plan quinquennal de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale adopté en janvier 2013, un « diagnostic territorial partagé à 360° du sans-abrisme au mal-logement » avait été élaboré dans chaque département. Pour la Réunion, on dénombrait, en 2015, environ 400 personnes à la rue mais pour de nombreux observateurs, ce chiffre était fortement sous-estimé du fait notamment de la géographie particulière de l'île.

L'éclairage régional relatif la Réunion dans le cadre du rapport de la Fondation Abbé Pierre sur l'état du mal-logement en France¹⁶, paru en juin 2021, indique que, selon les données de la DJCSC, le nombre de personnes domiciliées « à la rue » parmi les 2 446 personnes faisant l'objet d'une domiciliation est passé de 304 en 2018 à 485 en 2020.

¹⁶ <https://www.fondation-abbé-pierre.fr/nos-publications/communiqués-de-presse/la-fondation-abbé-pierre-devoile-son-nouvel-eclairage-regional-sur-letat-du-mal-logement-lile-de-la-reunion-0>

Une population encore majoritairement jeune mais une dynamique de vieillissement engagée

Selon l'INSEE, au 1^{er} janvier 2018, la Réunion comptait 855 961 habitant.e.s, ce qui faisait figurer l'île au 25^{ème} rang des départements les plus peuplés de France. Ce chiffre a augmenté au cours des toutes dernières années suivant en cela la tendance de la période 2012-2017¹⁷, durant laquelle l'île a présenté un indice de croissance positif (+0,5%) supérieur au niveau national (+0,4%) et contraire à d'autres DROM comme la Martinique (-0,7%) et la Guadeloupe (-0,8%). Sa croissance reste globalement plus dynamique que celle de la métropole mais est nettement plus faible que par le passé : + 1,8 % par an entre 1990 et 1999 et + 1,5 % par an entre 1999 et 2009.

La part de population ayant moins de 30 ans est élevée. En 2017, c'était le cas d'un peu plus de 40% des Réunionnais.e.s. Cette année là, les personnes de plus de 60 ans représentaient moins de 20% de la population (environ 18%)¹⁸. En terme d'espérance de vie, la Réunion possédait, en 2013, des chiffres moindres mais proches de ceux de la France métropolitaine avec 77 ans pour les hommes et 83,5 ans pour les femmes contre 78,7 ans et 85 ans¹⁹. Depuis, l'espérance de vie à la naissance a progressé pour atteindre, en 2019, 78,5 ans pour les hommes et 84,7 ans pour les femmes. En métropole, l'espérance de vie reste plus élevée, de 1,3 an pour les hommes et de 1,0 an pour les femmes. Cependant, au début des années 1950, les écarts d'espérance de vie entre la Réunion et la métropole étaient bien plus marqués : 16,5 ans pour les hommes comme pour les femmes.

Les projections de l'INSEE pour 2030 indiquent que le nombre de personnes âgées de plus de 60 ans devrait doubler et que l'âge moyen devrait augmenter de plus de 7 ans pour se situer à 40 ans. À l'horizon 2040, près de 20 000 personnes âgées pourraient être atteintes de démence sur l'île avec 1500 nouveaux malades chaque année.

En 2013, 13 500 Réunionnais.e.s percevaient l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA). Cela représentait 12% de la population âgée de 60 ans ou plus, contre 8 % en France métropolitaine. L'enquête flash réalisée cette année-là par l'INSEE notait une « entrée en dépendance précoce » ; 27% des bénéficiaires de l'APA avaient alors en effet moins de 75 ans, soit trois fois plus que dans l'Hexagone. Les femmes étaient par ailleurs deux fois plus

¹⁷ L'essentiel... sur La Réunion, INSEE, 11/01/2021.

¹⁸ Sources : Insee, RP2007, RP2012 et RP2017, exploitations principales, géographie au 01/01/2020.

¹⁹ Synthèse du diagnostic de santé partagé, Projet de Santé la Réunion-Mayotte, réalisé par l'ARS Océan-Indien, juin 2017.

concernées que les hommes. Neuf bénéficiaires sur dix de l'APA étaient pris en charge à domicile (six sur dix en métropole à la même période)²⁰.

Une augmentation des pathologies chroniques, notamment chez les personnes de plus de 65 ans

En lien avec les éléments précités, une publication de mai 2021²¹ basée sur l'enquête Santé à La Réunion de l'INSEE de 2019, note qu'après 65 ans, un quart des réunionnais.e.s souffrent de leur santé, « avec des maladies chroniques plus fréquentes qu'en métropole aux mêmes âges ». En 2019, ce sont 72% des Réunionnais.e.s de 65 ans ou plus qui déclarent souffrir d'une maladie chronique, soit 14 points de plus que parmi les habitant.e.s de cet âge dans l'Hexagone. Toutes classes d'âges confondues, ce taux est de 39%, soit un taux similaire à celui de l'Hexagone.

Le taux d'incidence du diabète est notamment en augmentation. Selon les chiffres de l'assurance maladie de 2018, ce sont 8% des réunionnais.e.s qui sont concernés par cette pathologie²². L'île est aussi confrontée aux pathologies respiratoires chroniques (hors mucoviscidose) (6,7% de la population en 2018) et aux maladies cardio-neuro-vasculaires (7%).

Les auteurs de la publication de l'INSEE précitée soulignent aussi qu'en 2019, 10 % des Réunionnais.e.s de 15 ans ou plus se plaignent de leur santé : 8 % se déclarent en mauvaise santé et 2 % en très mauvaise santé. C'est moins qu'aux Antilles (14 %), mais plus que dans l'Hexagone (7 %). L'état de santé perçu à La Réunion, plus mauvais que dans l'Hexagone, fait écho à des taux de mortalité à chaque âge plus élevés sur l'île.

Si l'on se concentre sur l'état de santé des plus jeunes, on peut notamment noter que les réunionnais.e.s de 15 à 30 ans sont plus concerné.e.s que les autres tranches d'âge par un tabagisme quotidien alors, qu'à la Réunion, le tabac représente la première cause de décès par cancer avec une moyenne de 550 décès enregistrés par an entre 2011 et 2013. Une étude de 2011 de l'Observatoire régional de la santé (ORS) de La Réunion relative à l'état de santé des primo-inscrits en Mission locale, portant sur 982 jeunes, indiquait quant à elle qu'un.e jeune sur cinq parmi ceux/celles interrogé.e.s déclarait souffrir d'une maladie chronique, que 8% étaient en situation d'obésité et 24% en surcharge pondérale²³. En outre, 20% des jeunes

²⁰ INSEE Flash, Une dépendance plus coûteuse et plus précoce. Allocation personnalisée d'autonomie en 2013. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2522054>

²¹ Un Réunionnais sur dix déclare être en mauvaise santé. Enquête Santé à La Réunion en 2019. Insee Analyses La Réunion n° 58. Mai 2021.

²² <https://www.lareunion.ars.sante.fr/chiffre-cles-2020-le-diabete-et-les-personnes-diabetiques-la-reunion>

²³ <http://docplayer.fr/28960205-Etat-de-sante-des-primoinscrits-en-missions-locales.html>

interrogé.e.s avaient déjà renoncé à des soins médicaux. Cette proportion était quasiment de 27% chez les jeunes ne bénéficiant pas de la CMU C, de 23% chez ceux ignorant leur statut vis-à-vis de la CMU C et de 17% chez les jeunes qui en bénéficient. Les raisons principales évoquées étaient le manque de temps et les raisons financières. 44% des jeunes interrogé.e.s avaient eu mal aux dents au cours des douze derniers mois ; environ un tiers d'entre-eux n'avaient cependant pas consulté de dentiste.



La publication de l'INSEE précitée fait un zoom sur le renoncement aux soins pour l'ensemble de la population réunionnaise et pointe que 26 % des Réunionnais.e.s ont déjà renoncé à un besoin médical dans l'année écoulée. Si le motif financier

est invoqué par un.e Réunionnais.e sur dix, le délai trop long pour obtenir un rendez-vous est le principal frein : 18 % des Réunionnais.e.s ont renoncé à une consultation pour cette raison. 21% des femmes renoncent à consulter pour ce motif, contre 14 % des hommes. Le nombre de jours moyen d'attente pour une consultation de gynécologie, destinée donc aux femmes, est en effet de 28 jours à La Réunion en 2014.

1.2. Une offre de soins présente mais inégalement répartie

Comme le montre la carte ci-dessous, la Réunion comporte trois « territoires de santé » qui ont été définis par arrêté du 26 novembre 2010²⁴. En 2017, on trouve 26 établissements de santé



Source : Dossier statistiques, Territoires de santé Réunion – Mayotte. ARS Océan Indien, 2012

à la Réunion, dont 4 publics²⁵. Depuis 2012, le département est doté d'un Centre Hospitalier Universitaire à vocation régionale (CHU-CHR) suite à la fusion du Centre Hospitalier Félix Guyon, situé à Saint Denis (territoires de santé Nord-Est), et du Groupe Hospitalier Sud Réunion, localisé à Saint Pierre (territoire de santé Sud). Le CHU-CHR dispose toujours de ces deux entités

(CHU-Nord et CHU Sud). Les deux autres établissements publics sont situés à Saint Paul (territoire de santé Ouest) et à Saint Benoît (territoire de santé Nord-Est). L'accueil des urgences est assuré par ces quatre établissements. Notons aussi que depuis 2010, l'Université de la Réunion dispose d'une Unité de Formation et de Recherche (UFR) Santé.

L'offre étendue de spécialités hospitalières (établissements publics et privés) permet une quasi-autonomie s'agissant des hospitalisations : 98 % des Réunionnais.e.s hospitalisé.e.s le sont sur l'île. Dans les autres régions insulaires, l'autonomie est un peu moindre (95 % en Martinique, 94 % en Guadeloupe et 85 % en Corse). En entrant un peu plus dans le détail, on constate toutefois que le territoire de santé « Ouest » et le bassin de vie « Est » du territoire « Nord-Est » sont insuffisamment couverts en terme de médecine spécialisée hospitalière. D'autres disparités « au sein de l'offre hospitalière » pourraient être pointées.

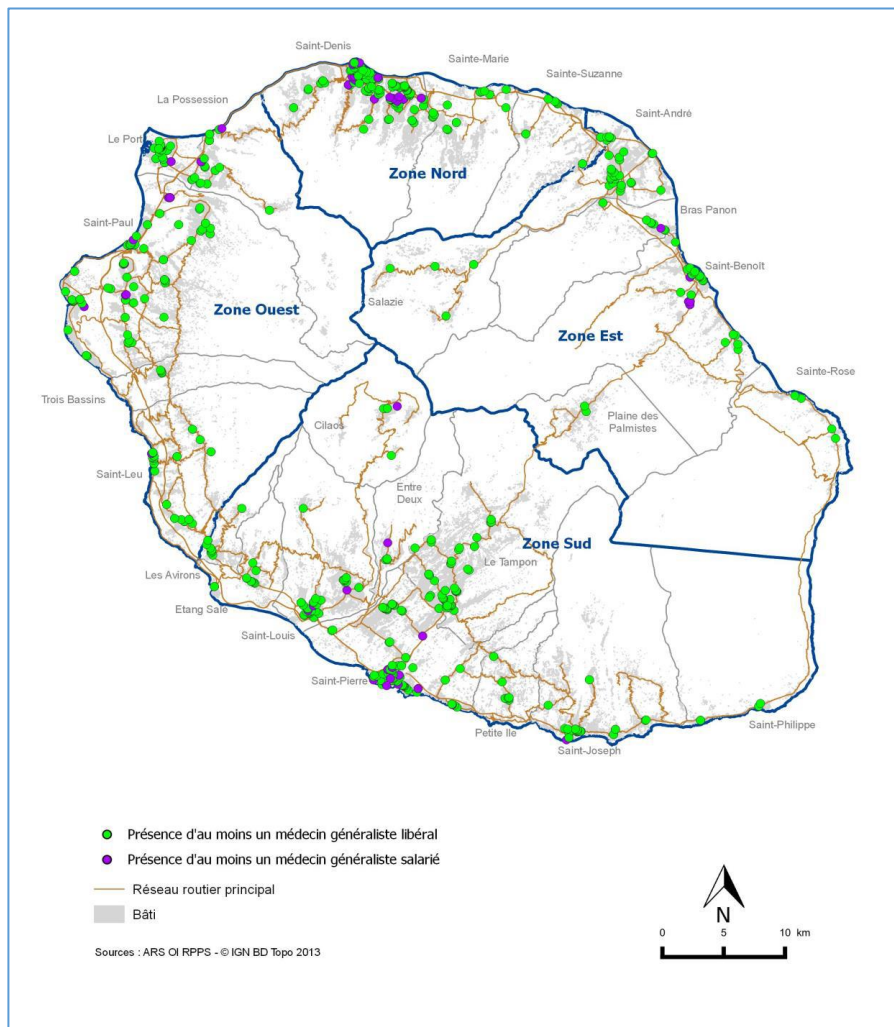
Au 1er janvier 2019²⁶, 1 195 médecins généralistes sont actif.ve.s à La Réunion, hors remplaçants, dont un tiers de femmes. Ils ont en moyenne 52 ans. Cet effectif est inférieur à celui de 2018 (-1,4%). La densité globale des professionnel.le.s reste inférieure à celle de

²⁴ https://www.ocean-indien.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-02/Dossier%20Statistiques_Territoires%20de%20Sant%C3%A9_fev2012.pdf

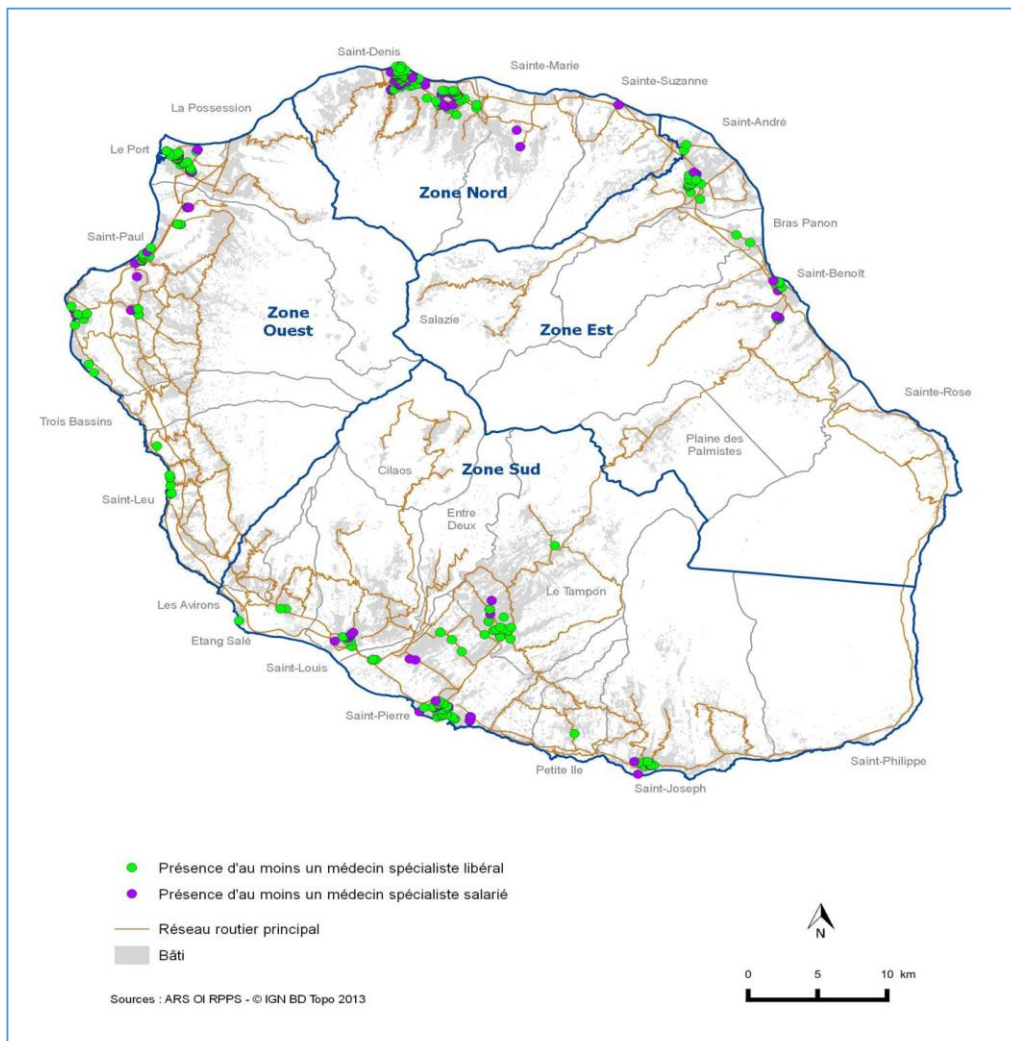
²⁵ Synthèse du diagnostic de santé partagé, Projet de Santé La Réunion-Mayotte 2018-2028, ARS Océan Indien, Juin 2017

²⁶ <https://www.arsoi-notresante.fr/determinants-de-sante-densite-des-professionnels/les-medecins-generalistes-la-reunion>

métropole en 2018 mais est supérieure si l'on se concentre uniquement sur les libéraux. Le territoire Ouest a une densité de médecins libéraux supérieure aux autres. 95% des Réunionnais.e.s sont à moins de 10 minutes en voiture du médecin généraliste le plus proche. La médecine générale est ainsi représentée sur l'ensemble de La Réunion mais lorsque l'on affine cette observation à l'échelle des quartiers, on note une concentration plus importante dans les centres villes de chaque commune, certains quartiers étant moins pourvus. En outre les « hauts de l'île » ont une densité nettement plus faible de médecins généralistes.

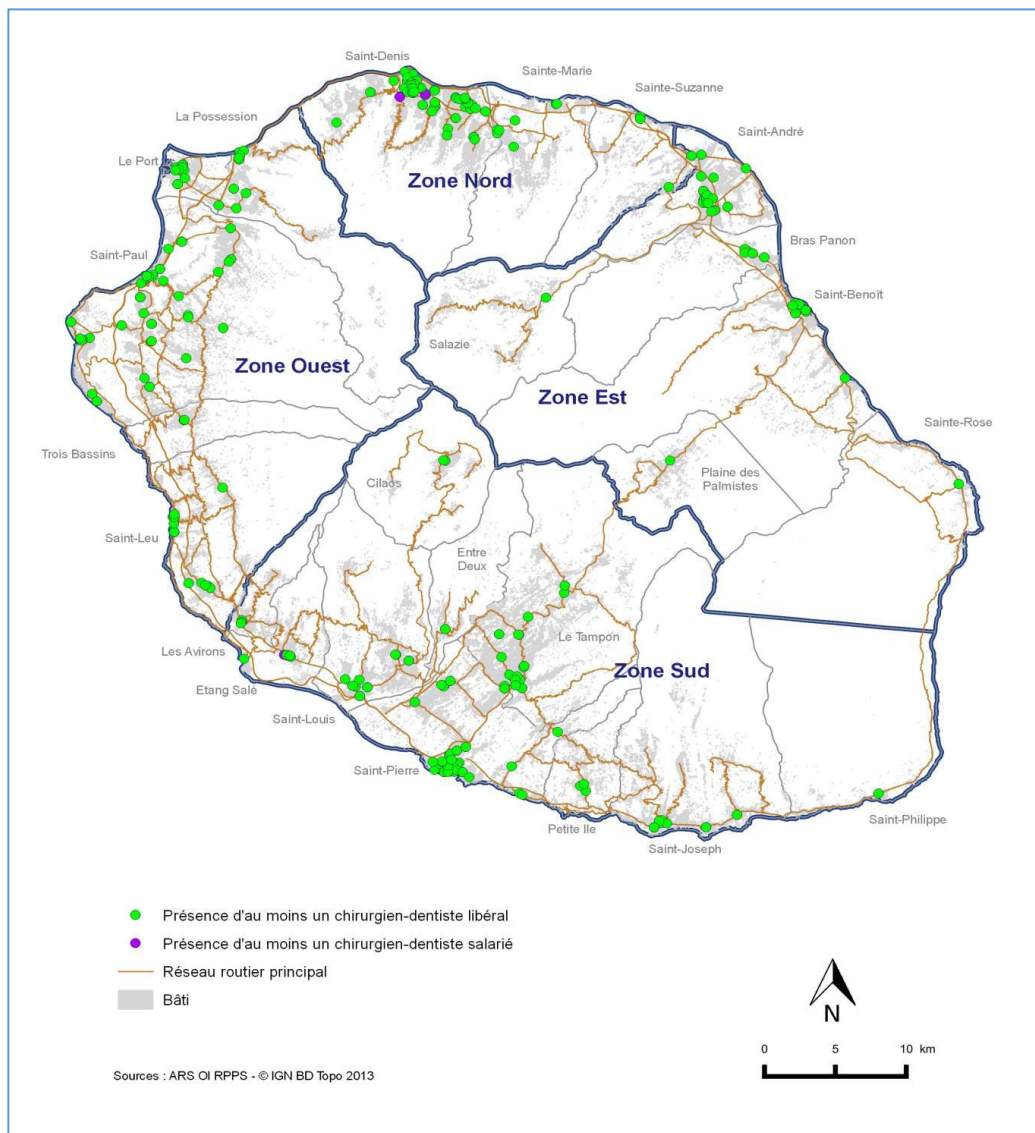


On compte au 1er janvier 2019²⁷, 1 233 médecins spécialistes à La Réunion dont près de 40% sont des femmes. Leur âge moyen est de 50 ans. Près de 92% des spécialistes salarié.e.s exercent dans les hôpitaux publics. Globalement, la population de médecins spécialistes reste inférieure à celle de l'Hexagone (144 spécialistes pour 100 000 habitant.e.s en 2019, contre 172 dans l'Hexagone) ; elle est en l'occurrence principalement localisée dans les centres des grandes communes plutôt que dans les territoires isolés. Certains quartiers et les Hauts de l'île sont quasiment dépourvus de médecins spécialistes.



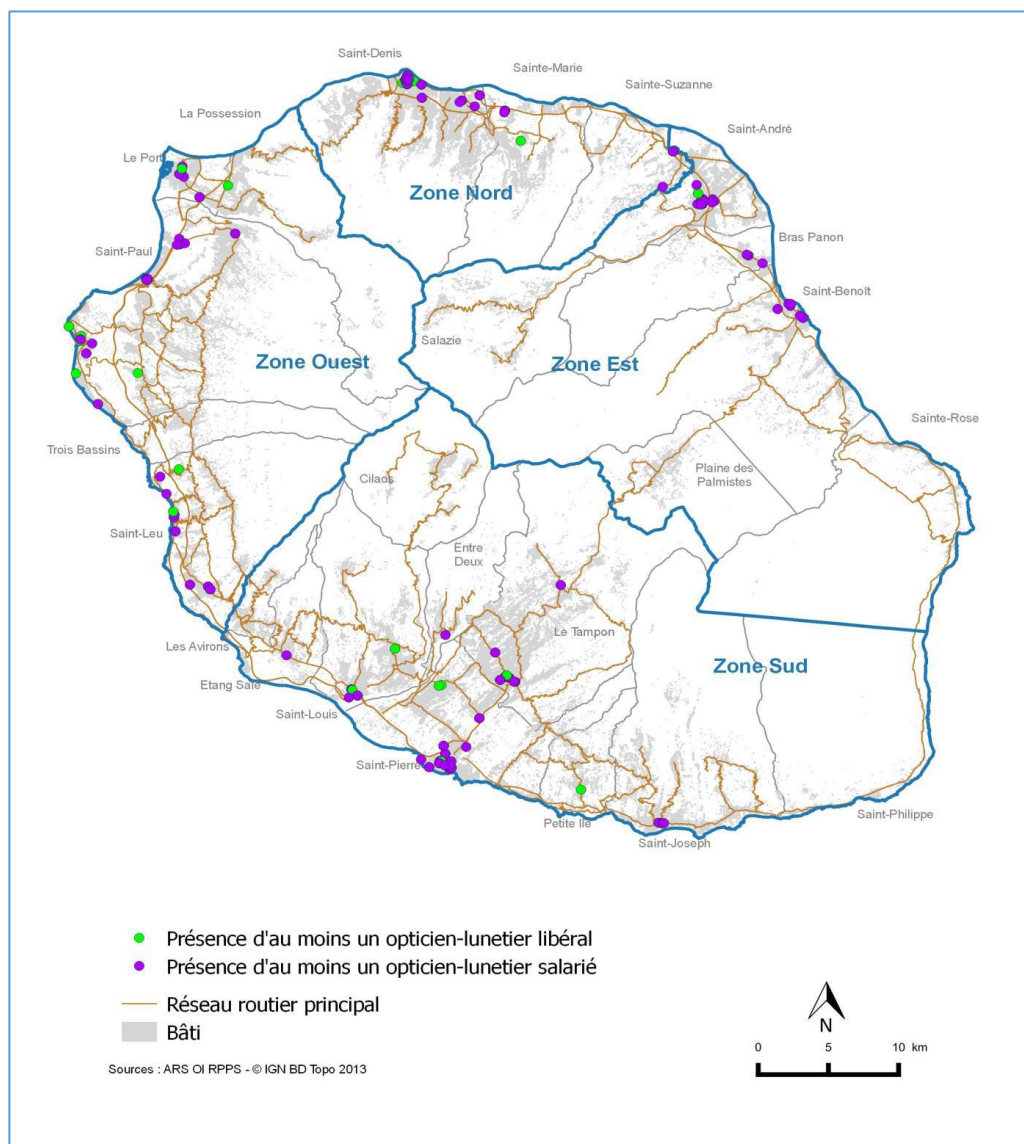
²⁷ <https://www.arsoi-notresante.fr/determinants-de-sante-densite-des-professionnels/les-medecins-specialistes-la-reunion>

Au 1er janvier 2019, 476 chirurgiens-dentistes exercent à La Réunion, quasiment tous.tes en libéral²⁸. Plus du tiers a 55 ans ou plus. Après une hausse du nombre de chirurgiens-dentistes à La Réunion entre 2013 et 2018 (+1,7% par an en moyenne), leur effectif se stabilise entre 2018 et 2019.



²⁸ <https://www.arsoi-notresante.fr/determinants-de-sante-densite-des-professionnels/les-chirurgiens-dentistes-la-reunion>

Au 1er janvier 2019, La Réunion compte 342 opticiens-lunetiers en activité (hors remplaçants), dont plus de la moitié est âgée de moins de 35 ans. L'activité libérale des opticien.ne.s lunetiers reste peu développée à La Réunion. Après un ralentissement de son évolution entre 2009 et 2014, le taux de croissance des opticien.ne.s lunetiers connaît une forte hausse depuis 2013 (en moyenne 11% annuellement).



Satisfaisante à l'échelle du territoire, l'offre sanitaire souffre cependant de disparités territoriales qui accentuent l'isolement de certains quartiers excentrés, des territoires montagneux (les Hauts) et des territoires isolés et enclavés (par exemple Salazie, Cilaos et Saint-Philippe). La situation des habitant.e.s de l'Est mais aussi des Hauts de l'île ou du Sud rural est ainsi moins

2. Les résultats de l'enquête du "Baromètre du renoncement aux soins"

Au cours de la période d'enquête (fin 2020), 690 questionnaires ont été passés par les différentes parties prenantes de la démarche à La Réunion. 83% de ces questionnaires ont été remplis au sein de la CGSS (64% à l'accueil, 15% au sein de l'espace multi-service, 10% pendant/après un rendez-vous d'instruction et 7% dans un « autre contexte »). Les partenaires associatifs de la CGSS ont collecté, pour leur part, 17% des 690 questionnaires. La passation des questionnaires par la CGSS et ses partenaires s'est principalement déroulée en face à face (79% des questionnaires). 21% des questionnaires ont été passés par téléphone.

Parmi les 690 personnes interrogées à La Réunion dans le cadre de cette enquête, 113 déclarent ne pas avoir réalisé au moins un soin dont elles ont eu besoin au cours des douze derniers mois.

Il est inférieur au taux moyen mesuré par le BRS en France métropolitaine (25,6% pour rappel). Il est en outre très inférieur aux taux mesurés en Martinique (34,3%) et en Guadeloupe (31,8%).

LE TAUX DE « NON REALISATION DE SOINS MALGRE UN BESOIN » EST DE

17,4%



Il est important de rappeler que ce taux n'est pas représentatif de la situation pour l'ensemble de la population réunionnaise mais de la situation pour les personnes qui ont été interrogées pendant la période d'enquête ; l'enquête permet, en quelque sorte, de « sonder » le phénomène à *un moment donné et pour une population donnée*.

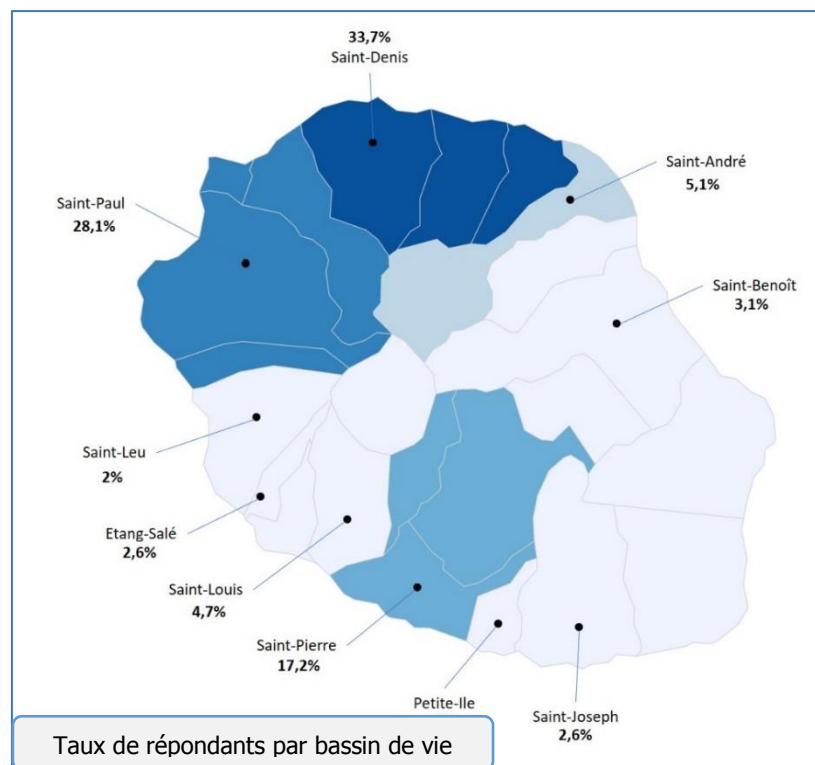
Le taux de non-réalisation de soins varie selon le cadre et les modalités de passation du questionnaire. Ainsi les personnes interrogées à la CGSS se déclarent un peu moins souvent « renonçantes » que « non-renonçantes ». C'est l'inverse s'agissant des personnes interrogées par les partenaires associatifs pour lesquelles le taux de renonçants est plus élevé que celui des non-renonçants. **Le taux de non-réalisation de soins malgré un besoin, au cours des 12 derniers mois, est ainsi de 22,4% concernant les personnes interrogées par les partenaires associatifs tandis que celui des personnes interrogées par la CGSS est de 16,2%.** En parallèle, concernant la CGSS, si l'on différencie selon le cadre de la passation, on remarque que les personnes interrogées au sein de l'espace multi-services, ainsi que celles interrogées avant ou après un rendez-vous (d'instruction de droits ou en lien avec des questions de retraite), se déclarent un peu plus fréquemment renonçantes que les personnes qui ont interrogées à l'accueil (26% pour l'espace-multiservice, 21,3% avant/après un RDV, 13,5% à l'accueil).

2.1. Présentation des répondant.e.s à l'enquête

Cette partie présente les principales caractéristiques des répondants à l'enquête ce qui permet de les comparer avec les caractéristiques de la population réunionnaise et de voir sur quels aspects notre échantillon s'apparente, ou non, à celle de la population. Le tableau de la page 31 récapitule les données permettant de comparer notre échantillon avec la population de l'île. Cette partie présente également des « profils » de répondants concernés par exemple par le non-recours à la complémentaire, par le non-accès et/ou le non-usage d'internet...

Situation socioéconomique et géographique

Les répondant.e.s à l'enquête habitent plus souvent les bassins de vie de Saint-Denis, de Saint Paul et de Saint Pierre. La carte ci-dessous détaille le taux de répondant.e.s par bassin de vie.



Iels sont majoritairement de sexe féminin (69% versus 31% pour le sexe masculin), ce qui est fort asymétrique par rapport aux pourcentages d'hommes et de femmes sur l'île qui sont respectivement, en 2017, de 48,1% et 51,9%³⁰.

24,6% des répondant.e.s ont entre 60 et 69 ans. 5,5% ont plus de 70 ans. 23,3% ont entre 50 et 59 ans, 18,7% entre 40 et 49 ans, 14,8% entre 30 et 39 ans. 13% ont moins de 30ans. S'agissant des plus de 60 ans et des moins de 30 ans, ces chiffres sont très différents de ceux de la population de l'île dans son ensemble. Iels sont plus proches pour les tranches d'âge 40 – 49 et 50 – 59 ans.

Plus de la moitié des répondant.e.s vivent seul.e.s (58%) et n'ont pas d'enfants (54%). 46% des répondant.e.s ont des enfants qui vivent avec eux.



Entre 2012 et 2017, on note à La Réunion une légère évolution de la situation familiale : en 2017, davantage de personnes vivent seules (27,8% versus 24,5% en 2012). Concernant les « ménages avec famille(s) », la part de personnes en situation de monoparentalité a très légèrement cru sur la période précitée (21,4% en 2017 ; 20,6% en 2012) tout comme celle des couples sans enfants (17,4% en 2017 versus 16,8% en 2012). La part de couples avec enfants a quant à elle baissé sur cette période (30,6% en 2017 ; 35% en 2012).

S'agissant de la situation professionnelle, 34% des personnes interrogées sont au chômage, indemnisé ou non, soit près de 10 points de plus par rapport au taux général de l'île (23%)³¹. 9% des répondant.e.s sont en CDD ou en intérim et 21% sont salarié.e.s en contrat à durée indéterminée ou titulaires de la fonction publique contre respectivement 5,1% et 19,8% de la population totale de la Réunion en 2016³². Enfin, 15% des répondant.e.s sont à la retraite ce qui est proche du pourcentage de retraité.e.s (14,95%) sur l'île en 2017³³.

En ce qui concerne les répondant.e.s qui déclarent ne pas travailler actuellement, 57% ont comme profession initiale « employé.e.s » et 10% sont « ouvrier.e.s ». Le nombre de cadres (2%) et de professions intermédiaires (2%) est très marginal parmi les personnes qui ne travaillent pas. 16% des personnes qui ne travaillent pas actuellement disent n'avoir jamais travaillé.

La population qui a répondu à l'enquête est relativement peu diplômée : en effet, 24% des répondant.e.s ont un CAP ou un BEP, 16% ont le baccalauréat et 14% possèdent un diplôme

³⁰ Dossier complet La Réunion, INSEE, 2021.

³¹ Moins de chômage, plus d'inactivité, Enquête emploi en continu 2 Anne Jonzo (Insee, 2019).

³² Population active de 15 ans ou plus ayant un emploi par sexe, âge, condition d'emploi et temps de travail en 2016, Insee.

³³ Dossier complet La Réunion, INSEE, 2021.

supérieur au bac contre respectivement 20,1%, 15,8% et 19,6% de la population réunionnaise non scolarisée de 15 ans ou plus. 46% des répondant.e.s n'ont aucun diplôme ou le BEPC, le brevet des collèges ou le certificat d'études primaires (CEP), ce qui est assez proche du pourcentage pour la population non-scolarisée de 15 ans ou plus en 2017 (44,7%)³⁴.

Chaque mois, après avoir payé les charges fixes, il reste à la moitié des répondant.e.s (51%) entre 1 et 250 euros. 19% des répondant.e.s déclarent pour leur part n'avoir aucun reste pour vivre après paiement des charges fixes. 15% des répondant.e.s ont entre 251 et 500 euros de restes pour vivre mensuels.

Les répondant.e.s qui déclarent n'avoir aucun reste pour vivre résident un peu plus souvent que les autres répondant.e.s dans le bassin de vie de Saint Denis. Iels appartiennent plus souvent aux classes d'âge 50 – 59 ans ou 60 – 69 ans. Lorsqu'ils sont en âge de travailler, iels sont plus souvent au chômage. Iels sont également plus souvent bénéficiaires du RSA et/ou des allocations logement, disent davantage n'avoir jamais travaillé et n'avoir aucun diplôme ou un CAP/BEP.

On peut noter que 23% des répondant.e.s bénéficient du Revenu de solidarité active (RSA), ce qui est légèrement supérieur au chiffre de bénéficiaires du RSA à la Réunion, en 2016, qui indique que 17% de la population âgée de 15 à 64 ans touchent cette prestation³⁵. 14% des répondant.e.s bénéficient des allocations chômage (dont ARE et ASS) et 12% de la Prime d'activité.

Seuls 2% des répondant.e.s bénéficient de l'Allocation solidarité personne âgée (ASPA), ce qui est bien moindre par rapport aux chiffres généraux sur l'île de La Réunion ; en 2013 en effet, 23% des personnes de 60 ans ou plus étaient bénéficiaires de cette allocation³⁶.

7% des répondant.e.s bénéficient de la Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) et 3% sont bénéficiaires de l'Allocation adulte handicapé (AAH). 2% des répondant.e.s touchent une pension d'invalidité.

³⁴ Diplômes - Formation en 2017, La Réunion, Insee

³⁵ Cartographie de la pauvreté à La Réunion, Insee, 2018

³⁶ Minimas sociaux, Les allocataires de minima sociaux toujours plus nombreux, INSEE, 2013

État de santé et situation administrative en santé des répondant.e.s

La très grande majorité (96%) des répondant.e.s ont déclaré un médecin traitant.

26% indiquent souffrir d'une maladie chronique et 27% dit être pris en charge par l'assurance maladie obligatoire au titre d'une affection de longue durée (ALD) contre 39% de la population générale de l'île en 2018.

En ce qui concerne la protection complémentaire en matière de santé, 57% des répondant.e.s ont la Complémentaire santé solidaire (CSS).



En 2019, au moment de la mise en place de la Complémentaire santé solidaire (CSS), 43% des Réunionnais (soit 366 465) bénéficiaient de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) ou de l'Aide complémentaire santé (ACS)³⁷.

En 2016, 4 consultations sur 10 chez le/la généraliste ou chez le/la dentiste, soit 5 fois plus qu'en métropole, étaient prises en charge au titre de la CMU-C³⁸. En outre, la proportion d'actes couverts par la CMU C était plus importante que dans les autres DOM (hors Mayotte) pour la plupart des professionnel.le.s de santé et le nombre d'actes sous le régime de la CMU C était nettement supérieur dans l'Est, zone la plus pauvre de l'île : 47% des consultations chez le/la pédiatre étaient concernées contre 30 % dans le Nord.

Dans la présente enquête, 23% des répondants ont une complémentaire via une adhésion individuelle ou familiale et 9% via leur emploi, celui de leur conjoint.e ou de leurs enfant(s).



³⁷ Rapport d'activité, CGSS de la Réunion, 2019.

³⁸ Accès aux soins à La Réunion - 84 000 Réunionnais à plus de 30 minutes des urgences, INSEE Analyses La Réunion, 2016

Les hommes sont légèrement surreprésentés parmi les personnes sans complémentaire, tout comme les personnes appartenant aux tranches d'âge « moins de trente ans » et « 30 – 39ans ». Les personnes qui n'ont pas de complémentaire vivent en outre un peu moins souvent en couple que celles qui en ont une et sont davantage au chômage ; elles appartiennent aussi plus fréquemment à la CSP des ouvrier.e.s. Les étudiant.e.s et les personnes en formation sans contrat de travail sont également surreprésenté.e.s parmi les personnes sans complémentaires tout comme les salarié.e.s en CDD. C'est également le cas des bénéficiaires de la prime d'activité et/ou d'aides au logement. Les personnes qui n'ont pas de complémentaire santé sont enfin celles qui ont les restes pour vivre les plus faibles.

Parmi les personnes qui déclarent dans l'enquête ne pas avoir de complémentaire, 65% précisent que leurs démarches pour en obtenir une sont en cours. 18% indiquent que cette absence est liée à un manque de moyens financiers et 10% disent ne pas savoir comment s'y prendre pour obtenir une protection complémentaire.

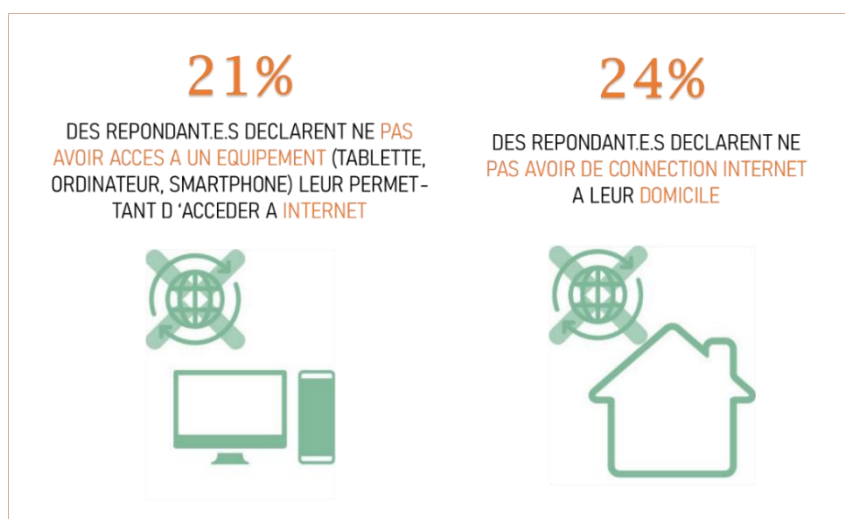
Un peu moins de 1% des répondant.e.s (0,8%) bénéficient de l'Aide médicale d'état (AME).

Globalement, les répondant.e.s sont sensibilisés aux questions relatives à la prévention et particulièrement celle concernant les cancers :

- ◇ 98% des femmes de 50 ans ou plus qui ont répondu à l'enquête connaissent le dépistage du cancer du sein ;
- ◇ 94% des femmes de plus de 25 ans sont informées du dépistage du cancer de l'utérus ;
- ◇ 91% des personnes de 50 ans ou plus connaissent le dépistage du cancer colorectal ;
- ◇ 89% des hommes ont déjà entendu parler du dépistage du cancer de la prostate.

La prévention dentaire est un peu moins connue des répondant.e.s entrant dans la cible de cette campagne MT Dents ; 71% d'entre eux disent en effet avoir connaissance de cette campagne.

Les répondant.e.s et le numérique



Une part non négligeable des répondant.e.s dit ne pas avoir accès au numérique. Ces chiffres sont proches de ceux publiés par l'INSEE, en 2017, indiquant que 22% des réunionnais.es n'ont pas accès à une connexion internet à domicile³⁹.



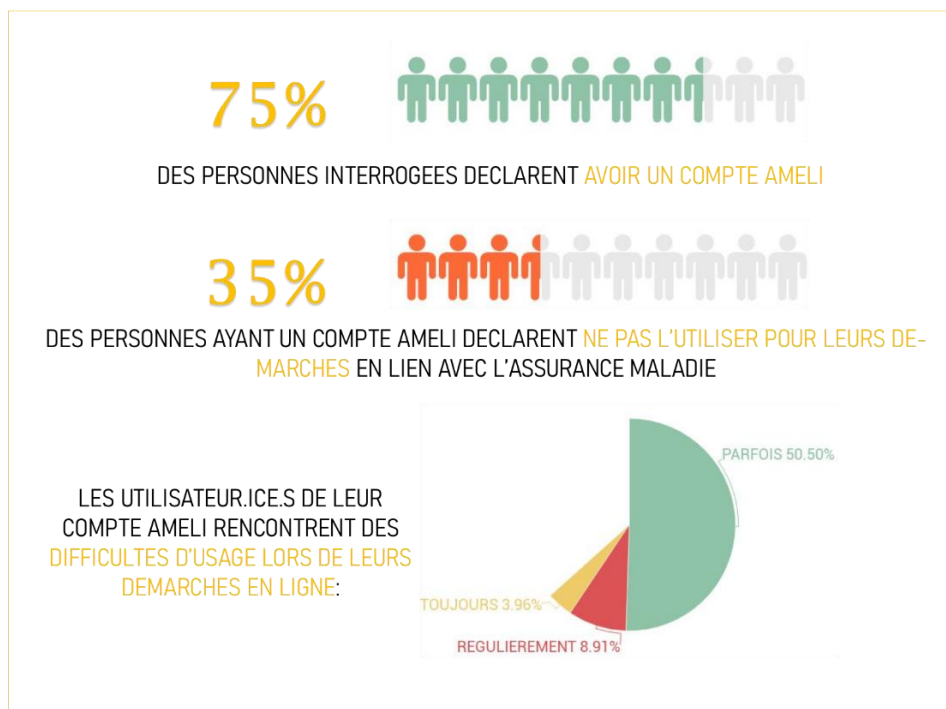
Selon l'INSEE, en 2017, 78 % des habitant.e.s de la Réunion avaient une connexion internet à domicile, contre 85 % des résident.e.s métropolitain.e.s. Le retard par rapport à la métropole s'est cependant réduit de moitié depuis 2009. Les personnes âgées demeurent néanmoins moins connectées par rapport à la France métropolitaine. Entre 45 et 59 ans, seuls 78% des foyers sont équipés à La Réunion, contre 91 % en métropole. La fracture s'accroît au-delà de 60 ans : 48% des seniors disposent d'internet à leur domicile, contre 66 % en métropole. Outre les fractures générationnelles, la localisation des habitant.e.s est une variable à prendre en compte. Si les habitant.e.s des mi-pentes (territoires réunionnais situés entre 150 et 400m d'altitude) ont une connexion internet (84%) et haut débit (78%), celles et ceux des Hauts de l'île connaissent une situation plus précaire avec 70% des habitant.e.s ayant une connexion internet et 58% une connexion haut-débit.

Parmi les répondant.e.s, les personnes qui n'ont pas d'équipement informatique sont davantage des hommes, des classes d'âges 60 – 69 ans et plus de 70 ans, retraités, vivant seuls ; cette population est aussi moins diplômée que les autres répondant.e.s, a des restes pour vivre plutôt faibles voire inexistantes, et souffrent plus fréquemment d'une pathologie chronique. Assez logiquement, le profil des personnes qui n'utilisent pas internet pour leurs démarches administratives est très similaire à celui des personnes qui ne disposent pas d'un équipement.

³⁹ Une fracture générationnelle plus précoce et plus prononcée à La Réunion, Insee, 2019

63,4% des répondant.e.s indiquent utiliser internet pour leurs démarches administratives ce qui est supérieur au chiffre pour l'ensemble de la population réunionnaise : en 2017 en effet, 56 % des réunionnais.es de 15 ans ou plus ont utilisé internet au cours des 12 derniers mois pour contacter une administration ou un service public. Parmi les répondant.e.s, ceux qui utilisent internet pour ce type de démarches rencontrent, lors de cette utilisation, des difficultés de façon occasionnelle (45%), régulière (11%) ou toujours (2%).

Parmi les répondant.e.s, les difficultés d'usage du numérique dans le cadre de démarches administratives concernent un peu plus les femmes, des tranches d'âges « 50 – 59 » et « 60 – 69 ans », vivant seules, pas ou peu diplômées, bénéficiaires de prestations chômage ou sociales (ARE ou ASS, RSA, allocations logement, en particulier). Les difficultés d'usage concernent également un peu plus fréquemment des personnes qui déclarent des problèmes de santé chroniques.



Les répondant.e.s qui n'ont pas de compte Ameli sont davantage situés dans les bassins de vie de Saint André et de Saint Pierre. Ce sont plutôt des femmes appartenant aux tranches d'âge 60 – 69 ans et plus de 70 ans, à la retraite, vivant seules et peu diplômées.

Seulement 7% des répondant.e.s connaissent les Maisons de services au public (MSAP) et 2% y sont déjà allé.e.s pour imprimer des documents, avoir accès à internet et/ou réaliser une démarche administrative sur internet. 27% des répondant.e.s sont cependant déjà allés dans une autre structure pour ce type de besoins.

*Récapitulatif - Comparaison Répondant.e.s et Population de la Réunion
(INSEE données 2018)*

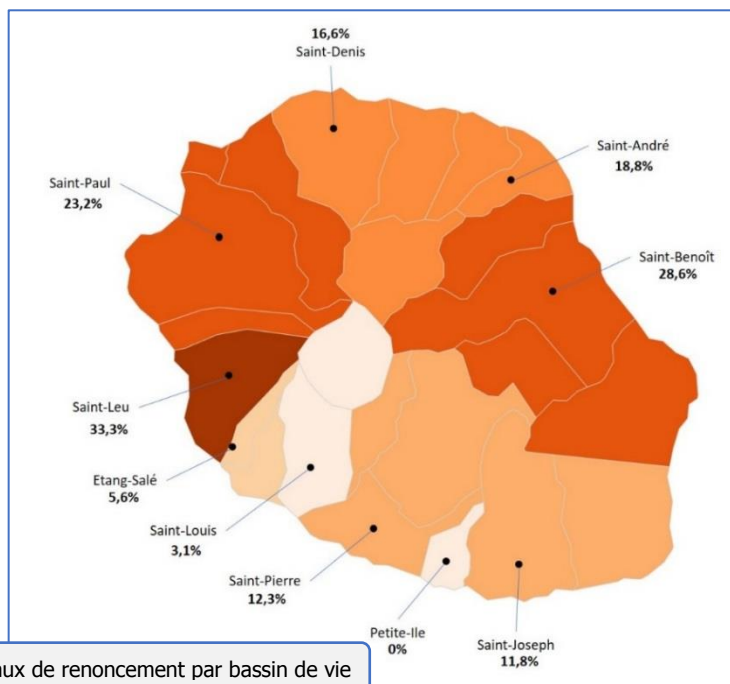
	Répondant.e.s	Population de l'île (données INSEE 2018)
	690	855 961
Sexe (%)		
Féminin	69	52
Masculin	31	48
Répartition de la population sur le territoire (%)		
Saint Denis	33,7	24,2
Saint André	5,1	7,5
Saint Benoît	3,1	4,4
Saint Joseph	2,6	4,4
Petite île	1	1,4
Saint Pierre	17,2	9,9
Saint Louis	4,7	6,3
Étang Salé	2,6	1,6
Saint Leu	2	4
Saint Paul	28,1	20,6
Composition du Ménage (%)		
Vit seul.e	58	50,1
Vit en couple	42	49,9
N'a pas d'enfants à charge	54	48,4
A des enfants à charge	46	51,6
Rapport à l'emploi (%)		
étudiant.e.s sans contrat de travail	1,6	11,3
CDD, contrat d'apprentissage, intérim	9,1	9,3
CDI, titulaire de la fonction publique	21,4	30,6
Indépendant.e	4,5	7
Au chômage	33,6	22,9
A la retraite	15,1	14,9
Catégorie socio-professionnelle (%)		
Agriculteur.ice.s exploitant.e.s	1	1,5
Artisan.e.s, commerçant.e.s, chef.fe.s d'entreprise	7,1	5,7
Cadres et professions intellectuelles supérieures	1,8	8,1
Professions intermédiaires	2	20,7
Employé.e.s	57,2	34,3
Ouvrier.e.s	9,7	22,2
Niveau de diplôme (%)		
Pas de diplôme / Brevet / BEPC	46,4	43,2
CAP / BEP	23,8	20,2
Niveau bac	16,4	16,3
Bac+1 à Bac+4	12,1	14,7
Bac+5 ou plus	1,1	5,5

2.2. Caractérisation des personnes qui n'ont pas réalisé au moins un soin dont elles ont eu besoin, au cours des douze derniers mois

Afin d'alléger l'écriture, nous utiliserons le terme « renonçant.e » pour désigner les personnes qui ont répondu dans l'enquête ne pas avoir réalisé au moins un soin dont elles ont eu besoin au cours des douze derniers mois. Cette partie a vocation à mettre en exergue les principales caractéristiques de la population qui déclaré renoncer à au moins un soin dans la présente enquête par rapport à la population qui ne renonce pas. Les informations des pages qui suivent peuvent ainsi permettre de mieux se représenter le « profil » des renonçant.e.s. Le tableau page 36 synthétise l'ensemble des chiffres de cette partie pour permettre une comparaison rapide des caractéristiques des « renonçant.e.s » par rapport aux « non-renonçant.e.s ».

Où sont situés les renonçant.e.s sur l'île ?

Les bassins de vie les plus touchés par la non-réalisation de soins sont ceux de Saint Leu⁴⁰, de Saint Benoît et de Saint Paul. Les taux mesurés pour ces bassins (respectivement 33,3%, 28,6%



et 23,2%) sont, en effet, supérieurs au taux global (17,4%). Si l'on compare la population renonçante à la population non-renonçante, on note bien une surreprésentation des renonçant.e.s dans ces 3 bassins de vie. C'est également le cas pour le bassin de vie de Saint-André mais la surreprésentation par rapport aux non-renonçant.e.s est faible, le taux pour ce territoire (18,8%) s'approchant d'ailleurs du taux global. S'agissant des autres

bassins de vie, les taux mesurés par le BRS sont inférieurs à celui de l'ensemble du territoire.

⁴⁰ Le nombre de répondants et de renonçants habitant le bassin de vie de Saint Leu étant faibles, ce constat est à interpréter avec prudence.

Genre, situation familiale et âge des renonçant.e.s

S'agissant du genre, nous n'observons pas de différence significative entre les femmes et les hommes s'agissant du renoncement aux soins. Autrement dit, ni les femmes ni les hommes ne sont surreprésenté.e.s parmi les renonçant.e.s.

En termes d'âge, les renonçant.e.s sont un peu moins âgés que les non-renonçant.e.s ; l'âge moyen des premiers est en effet de 49 ans alors qu'il est de 53 ans pour les seconds. On note d'ailleurs une surreprésentation des renonçant.e.s dans toutes les tranches d'âges excepté celles supérieures à 60 ans. Ce constat rejoint celui fait à partir du BRS métropolitain selon lequel personnes âgées sont, globalement, moins touchées par la non-réalisation de soins dont elles ont besoin.

Le fait de vivre seul.e ou en couple n'influe pas particulièrement sur la non-réalisation de soins. En revanche, les personnes déclarant avoir des enfants à charge sont surreprésentées parmi les renonçant.e.s (51% versus 46% des non-renonçants). Ce lien est significatif. C'est en particulier le fait d'avoir 3 ou 4 enfants à charge qui expose au renoncement aux soins.

Le renoncement aux soins prend en l'occurrence une dimension familiale. Lorsque dans un foyer une personne est concernée, la probabilité qu'une autre personne de ce foyer soit aussi dans cette situation augmente.

19%

DES RENONÇANT.E.S DECLARENT QU'UN AUTRE MEMBRE DE LEUR FOYER A ÉTÉ CONCERNÉ PAR LA NON-REALISATION D'AU MOINS UN SOIN AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS (CONTRE 7% DES NON RENONÇANTS)



DANS 18% DES CAS, LES PERSONNES CONCERNÉES SONT LES ENFANTS

DANS 9% DES CAS, LA PERSONNE CONCERNÉE EST LE/LA CONJOINT.E



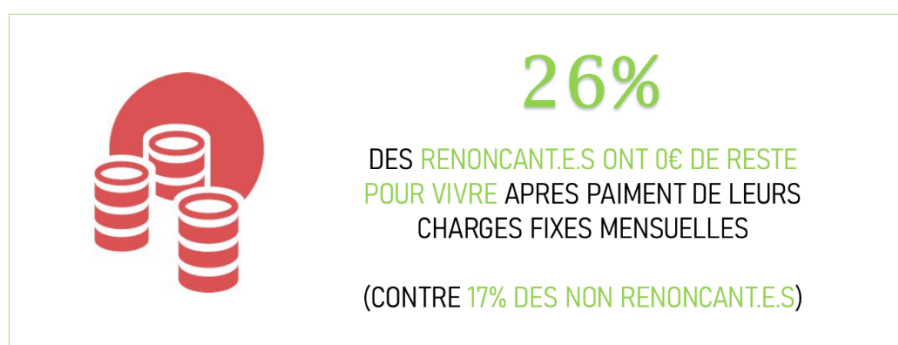
Situation socioéconomique des renonçant.e.s

Sur le plan de la situation professionnelle actuelle, on ne note pas de surreprésentation des personnes au chômage parmi les renonçant.e.s (31% des renonçant.e.s versus 34% des répondant.e.s). Les retraités sont également sous-représenté.e.s parmi les renonçant.e.s (6%) alors qu'ils représentent 15% des répondant.e.s.

Les personnes qui travaillent sont en revanche surreprésentées parmi les renonçant.e.s, qu'elles soient en CDD ou intérimaires (12% des renonçant.e.s versus 8% des non-renonçant.e.s) ou en CDI (28% des renonçants versus 19% des non-renonçants).

Les personnes en invalidité et touchant une pension d'invalidité ainsi que les étudiants sont également légèrement surreprésenté.e.s parmi les renonçant.e.s.

Les renonçant.e.s ont plus fréquemment que les non-renonçant.e.s aucun reste pour vivre, à la fin du mois. Ce lien entre probabilité de renoncer et absence de restes pour vivre est en l'occurrence très significatif.



Caractérisation de l'état de santé des renonçant.e.s et de leur situation administrative en santé

96% des répondant.e.s ont déclaré un médecin traitant. Pour les renonçant.e.s, ce chiffre est plus élevé (98%).



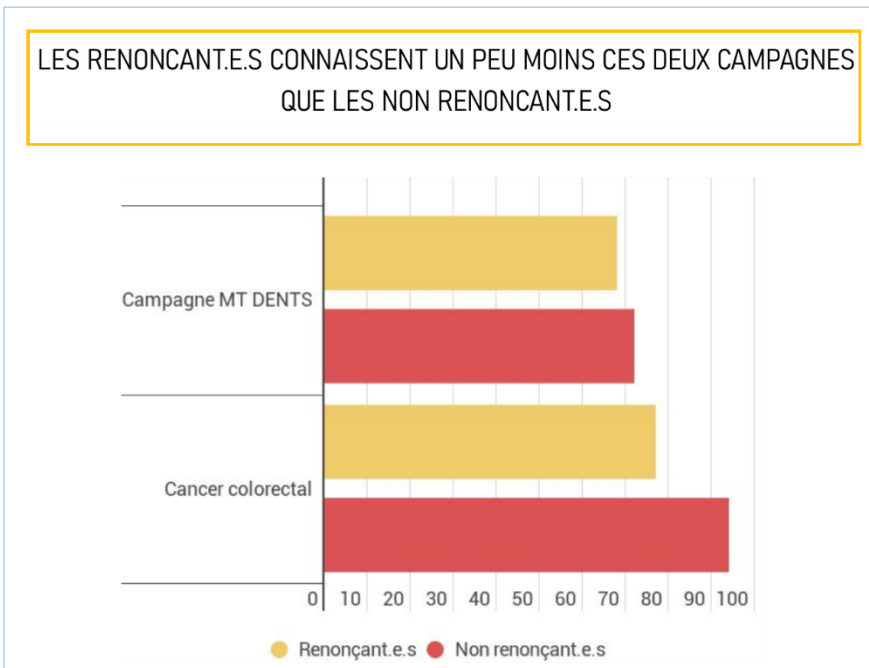
On retrouve ici un constat bien connu selon lequel l'absence de complémentaire augmente la probabilité de ne pas réaliser certains soins malgré un besoin.

Notons que les renonçant.e.s sont 20% à expliquer leur non-recours à la complémentaire par des raisons financières.

Les bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire sont sous-représenté.e.s parmi les renonçant.e.s, tout comme les personnes bénéficiant d'une complémentaire santé à titre individuel ou familial. Là encore, on retrouve l'effet protecteur de la CMU C vis-à-vis des problématiques financières d'accès aux soins. En revanche, les personnes dont la complémentaire est fournie par leur employeur.e ou celle/celui du conjoint.e apparaissent un peu moins protégées du renoncement aux soins.

Avec toute la prudence nécessaire du fait du faible effectif, on note aussi une surreprésentation des bénéficiaires de l'AME parmi les renonçant.e.s (3% alors qu'ils ne sont que 0,8% dans l'ensemble des répondant.e.s).

26% des renonçant.e.s déclarent souffrir d'une maladie chronique et 27% sont pris en charge à 100 % pour une affection de longue durée (ALD), soit des chiffres très comparables à ceux mesurés pour l'ensemble des répondant.e.s. Ces « malades chroniques » ne sont ainsi pas surreprésenté.e.s parmi les renonçant.e.s.

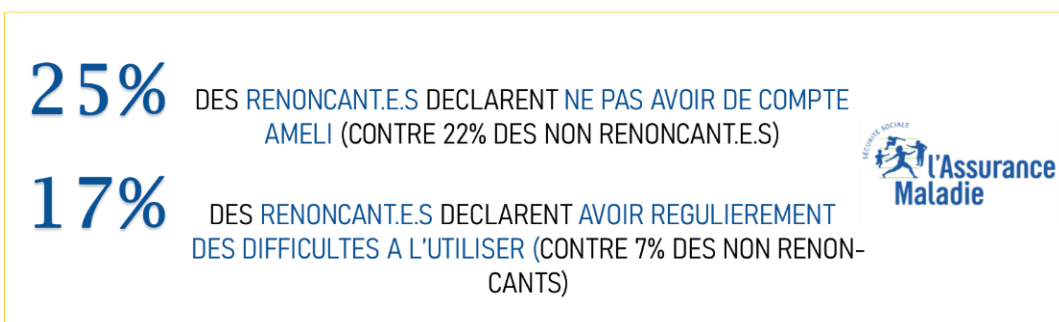


C'est en revanche l'inverse pour le dépistage du cancer du sein, du cancer du col de l'utérus, et du cancer de la prostate ; dans les trois cas, les renonçant.e.s connaissent de manière identique ces offres de prévention voire sont un peu plus informé.e.s que les non-renonçant.e.s (100% sur

le cancer du sein, et des chiffres très proches des répondant.e.s sur le cancer du col de l'utérus (94,4%) et le cancer de la prostate (92,3%).

Les renonçant.e.s et le numérique

Les renonçant.e.s ont un peu plus que les non-renonçant.e.s une connexion internet à leur domicile et accès à un équipement (ordinateur, tablette, smartphone) permettant d'accéder à internet. Ils utilisent aussi davantage internet pour leurs démarches administratives mais ne rencontrent pas pour autant plus de difficultés à utiliser internet que les non-renonçant.e.s.



Les renonçant.e.s connaissent plus que les non-renonçant.e.s les Maisons de services au public (MSAP) et les utilisent davantage pour avoir accès à une imprimante. En parallèle, iels déclarent plus que les non-renonçant.e.s s'être déjà rendus dans une autre structure qu'une MSAP (38% versus 25%) pour des besoins liés à l'informatique et/ou au numérique.

Récapitulatif - Comparaison Population « renonçant.e » et « non-renonçant.e »

	Non renonçant.e.s (%)	Renonçant.e.s (%)
	536	113
Sexe (%)		
Féminin	70,1	70,8
Masculin	29,9	29,2
Composition du Ménage (%)		
Vit seul.e	57,2	56,6
Vit en couple	42,8	43,4
N'a pas d'enfants à charge	53,8	49,5
A un enfant à charge	21,1	19,8
A deux enfants à charge	15	15,1
A trois enfants à charge	5	7,5
A quatre enfants à charge	4,4	7,5
Rapport à l'emploi (%)		
étudiant.e.s sans contrat de travail	1	3,7
CDD, contrat d'apprentissage, interim	8,4	11,9
CDI, titulaire de la fonction publique	19,3	28,4
Indépendant.e	4,6	3,7
Au chômage	33,9	31,2
A la retraite	17,4	6,5
Autre	5,4	4,6
Djob	0,2	0
En invalidité ou longue maladie	3,8	5,5
Reste pour vivre (%)		
0 €	17,3	26,1
entre 1 et 150€	13,9	18
entre 251 et 500€	53,2	42,3
Plus de 500€	15,6	13,5
Médecin traitant (%)		
Oui	96,4	98,2
Non	3,6	1,8
Protection maladie complémentaire (%)		
Non	8	12,5
Complémentaire Santé Solidaire	57,2	54,5
Via emploi	8,6	13,4

Via adhésion individuelle ou familiale	24,9	16,1
Prévention (%) "avez-vous déjà entendu parler de"		
MT Dents Oui	71,6	67,9
Cancer colorectal oui	93,8	76,9
Cancer du sein oui	97,9	100
Cancer de la prostate oui	89,4	92,3
Cancer du col de l'utérus oui	94,6	94,4
Accès au numérique		
Connexion internet au domicile Oui	77,7	83,9
Connexion internet au domicile Non	22,1	16,1
Utilisation internet démarches administratives Oui	62,3	68,8
Utilisation internet démarches administratives Non	36,6	29,4
Connaissance de la MSAP Oui	5,5	13,5
Connaissance de la MSAP Non	89,9	83,7

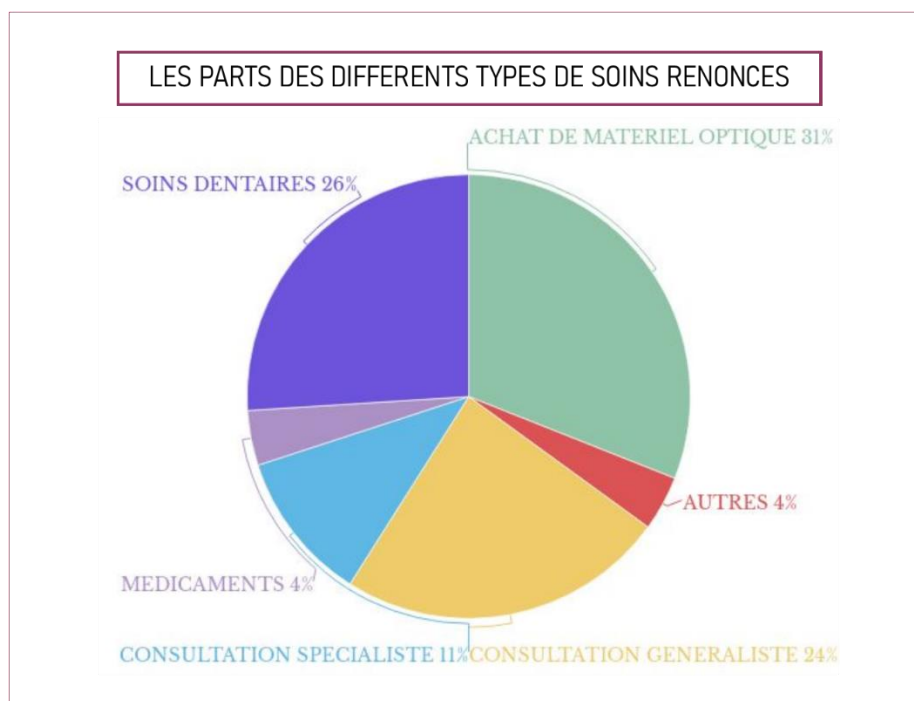
2.3 Les types de soins non-réalisés, les raisons et conséquences de la non-réalisation de soins

Les 113 renonçant.e.s ont déclaré au total 140 renoncements, certain.e.s n'ayant donc pas réalisé plusieurs des soins ou actes médicaux dont iels ont eu besoin au cours de l'année précédant l'enquête.

Le renoncement « cumulatif » (plusieurs soins/actes renoncés simultanément par une même personne) ne concerne cependant pas la majorité des renonçant.e.s : pour 81% d'entre elles / eux en effet, la non-réalisation de soins au cours de l'année précédant l'enquête porte sur un seul soin, pour 13% il porte sur deux types de soins et pour 5% sur 3.

Les types de soins renoncés

Si l'on se concentre sur la nature des 140 renoncements, on peut souligner que 31% des soins déclarés comme renoncés concernent des achats de matériel optique, 26% des soins dentaires, 23% des consultations chez le généraliste, 11% des consultations spécialisées, en première place desquelles les consultations en ophtalmologie.



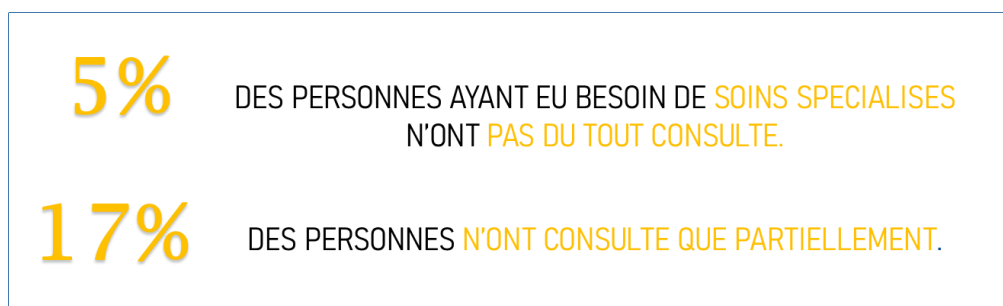
Si l'on zoome ensuite sur chaque type de soins :

Parmi les personnes qui déclarent avoir eu besoin de lunettes et/ou d'un autre matériel optique au cours des douze derniers mois, 16% disent avoir renoncé.e.s à faire ce matériel. 36% d'entre elles y renoncent depuis moins d'un an, près de la moitié y renoncent depuis plus d'un an mais moins de deux ans et 18% depuis plus de deux ans.

Ce sont 13% des personnes qui ont eu besoin de soins dentaires au cours des douze derniers mois qui ont renoncé à faire leurs soins. La non-réalisation de ces soins malgré un besoin dure depuis moins d'un an pour 44 % de ces personnes, depuis plus d'un an mais moins de deux ans dans un quart des cas et depuis plus de deux ans pour près d'un tiers des personnes.

6% des personnes qui ont eu besoin de voir un médecin généraliste au cours des 12 mois précédant l'enquête n'ont pas consulté. 72% de ces personnes indiquent qu'il leur arrive rarement de renoncer à des soins généralistes, 21% que cela leur arrive de temps en temps et 7% qu'il est fréquent pour elles de ne pas aller chez le médecin quand elles en ont besoin. Notons aussi que ce type de renoncement est plus fréquent dans le bassin de vie de Saint Paul.

Parmi les répondant.e.s qui ont eu besoin de soins spécialisés au cours des douze derniers mois, 5% disent n'avoir consulté aucun des spécialistes qu'ils auraient eu besoin de consulter. Mais on peut aussi pointer que 17% disent n'avoir consulté qu'une partie des spécialistes qu'ils auraient eu besoin de consulter.

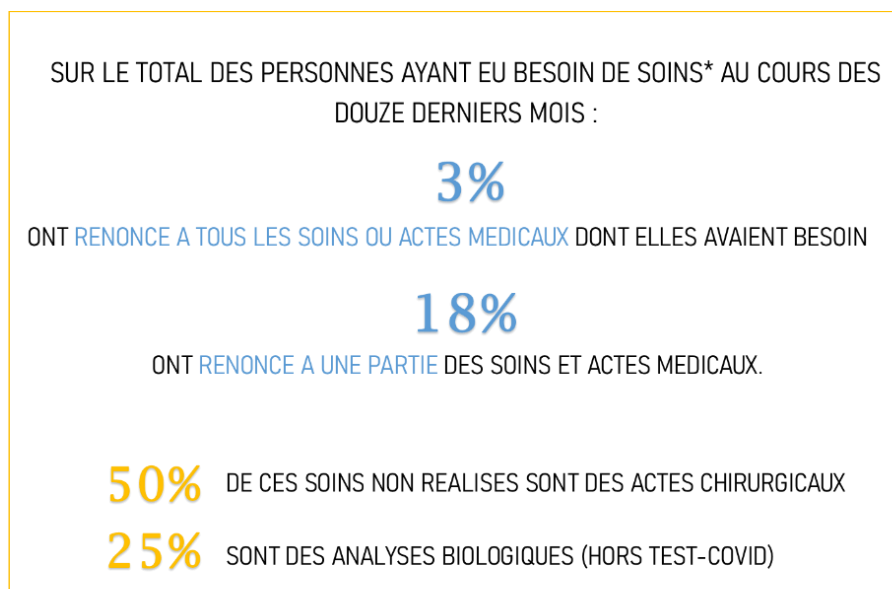


Pour ces personnes qui n'ont pas consulté ou qui ont consulté partiellement malgré un/des besoin(s) de soins spécialisés, cette situation dure depuis moins d'un an, pour 50%, depuis plus d'un an mais moins de deux ans et pour 17% depuis plus de deux ans.

Le/la spécialiste qui a été le/la moins consulté.e malgré des besoins est l'ophtalmologue. Suivent ensuite le/la dermatologue, le/la gynécologue et le/la cardiologue. Les renoncements à des consultations spécialisées sont plus prégnants dans le bassin de vie de Saint Benoît.

Notons enfin que 17% des personnes ayant eu besoin de matériel auditif au cours de l'année précédant l'enquête disent y avoir renoncé et que, parmi les personnes qui disent avoir eu besoin, au cours des douze derniers mois, de consulter ou de réaliser d'autres soins ou actes médicaux que ceux évoqués précédemment, 3% disent avoir renoncé à tous les soins ou actes

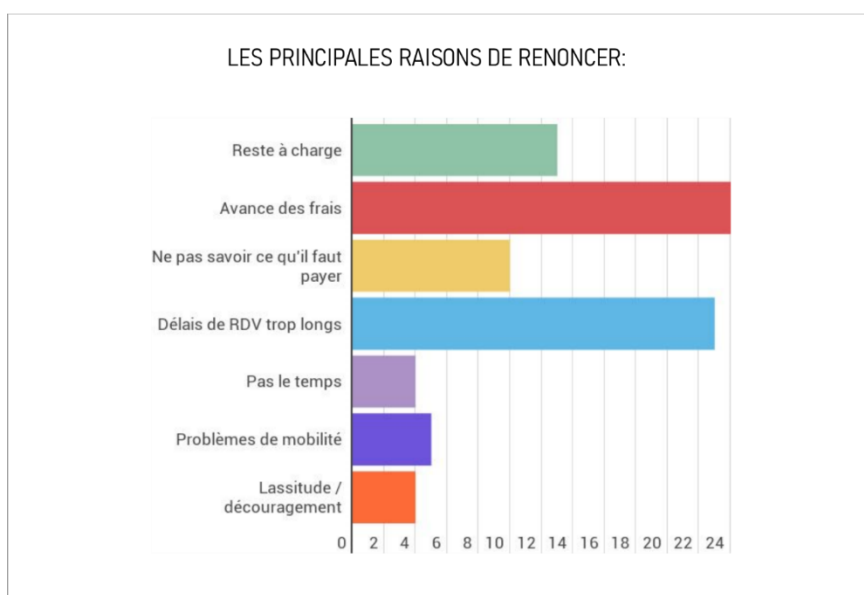
dont elles avaient besoin et 18% à une partie des soins dont elles avaient besoin. 50% de ces soins non-réalisés sont des actes chirurgicaux, 25% des analyses biologiques (hors test-covid). Ces chiffres sont cependant à prendre avec beaucoup de précautions car les effectifs de répondant.e.s ayant eu besoin de ce type de soins sont très réduits.



* autres soins, actes, examens que ceux évoqués jusque là

Les raisons de renoncer

Tous types de soins confondus, la cause la plus citée pour expliquer le renoncement est relative à la nécessité de faire des avances de frais : 24,8% des renonçant.e.s l'évoquent. Les autres raisons financières apparaissent également, bien que leur occurrence soit un peu moins nombreuse ; 13,3% des renonçant.e.s parlent ainsi du reste à charge des soins et 10,6% du fait de ne pas savoir ce qu'ils vont devoir payer s'ils consultent ou achètent certains matériels.



Outre les raisons financières, les raisons temporelles apparaissent fortement dans cette enquête : 23,9% des renonçant.e.s expliquent la non-réalisation de leurs soins par le temps d'attente pour obtenir un rendez-vous avec certain.e.s professionnel.le.s.

Le fait d'avoir des préoccupations prioritaires est seulement évoqué par 4,4% des renonçant.e.s et 5,3% signalent des problèmes de mobilité pour se rendre à des rendez-vous médicaux. 4,4% des renonçant.e.s ont attendu que leur problème médical passe et le même pourcentage a renoncé par lassitude et découragement.

Les raisons de renoncer ne sont pas exactement les mêmes d'un soin à un autre.

Ainsi, 31% des personnes concernées par le non-achat de lunettes ou autre matériel optique indiquent que cela est lié à leur impossibilité d'avancer les frais, pour 20% c'est le reste à charge qui est en cause et 11% ne savaient pas ce qu'elles allaient avoir à payer pour ce matériel. 26% parlent des délais pour avoir un rendez-vous. Enfin, 6% des personnes évoquent un problème de mobilité.

Les raisons financières sont également les plus citées s'agissant des soins dentaires : 38% des personnes qui renoncent à ce type de soins parlent ainsi de leur impossibilité de faire l'avance des frais, 21% évoquent les restes à charge des soins, 10% le fait de ne pas savoir combien ils vont avoir à payer pour les soins dont ils ont besoin. Des raisons secondaires apparaissent toutefois : 11% des renonçant.e.s à des soins dentaires évoquent la peur du dentiste et 7% des problèmes de mobilité.

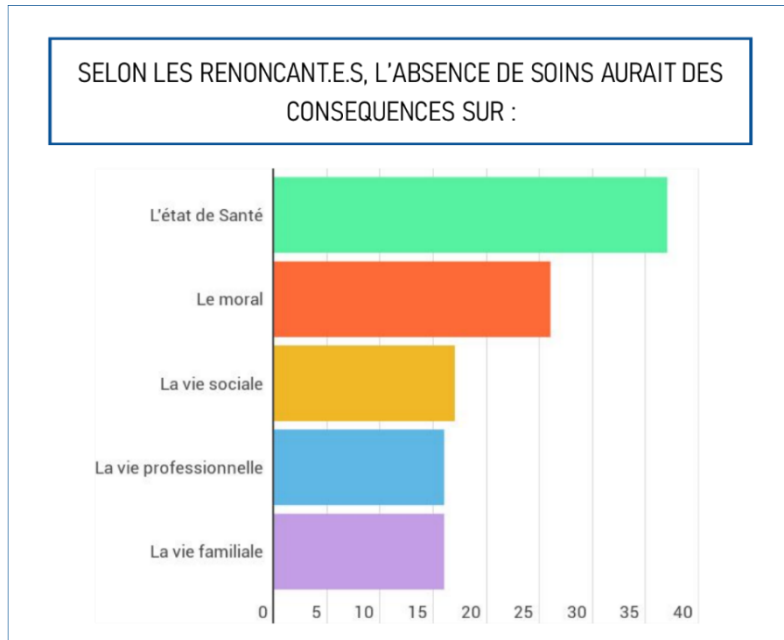
Concernant les consultations médicales, avec un médecin généraliste ou des spécialistes, la première cause de renoncement dont parlent les personnes est temporelle ; il s'agit des délais pour les rendez-vous (17% des renonçants à des consultations généralistes, 29% de ceux qui ont renoncé à des consultations spécialisées).

Pour les deux types de consultations médicales, des raisons secondaires apparaissent ; 13% des personnes ayant renoncé à des consultations généralistes disent qu'elles avaient d'autres préoccupations et 8% expliquent avoir attendu que le besoin de soins « passe ». 8% évoquent leur difficulté à faire l'avance de frais pour ce type de consultations. Des craintes sont également pointées par ces personnes ; pour 8%, elles portent sur le fait de devoir s'arrêter de travailler, pour 4% ont des craintes par rapport aux médecins.

Le fait de ne pas consulter un.e ou des spécialistes, outre la question des délais, est expliqué à parts égales (14% des personnes concernées) par des problèmes de mobilité, par l'impossibilité de faire des avances de frais et par le fait de ne pas savoir combien les personnes vont devoir payer pour les soins.

Les conséquences perçues par les personnes

21% des renonçant.e.s pensent qu'ils ne peuvent pas bénéficier de soins quand ils en ont besoin. Ce taux est nettement moindre pour les non-renonçant.e.s (8%).



Une nette majorité (70%) des renonçant.e.s déclarent que l'absence de soin(s) dont ils ont besoin a eu ou a des conséquences pour eux/elles. Si l'on regarde de plus la nature des conséquences évoquées, on peut noter que 37% des renonçant.e.s parlent de conséquences sur leur état de santé ; 26% évoquent des conséquences sur leur moral. 17% des

renonçant.e.s pointent des conséquences sur leur vie sociale, 16% sur leur vie professionnelle et 16% sur la vie familiale⁴¹. Les conséquences ressenties par les personnes concernent ainsi en premier lieu leur santé au sens large, physique mais aussi mentale.

⁴¹ Le total ne fait pas 100% puisque les renonçant.e.s pouvaient évoquer plusieurs conséquences.

Conclusion

Parmi les personnes ayant répondu à cette enquête, 17,4% ont déclaré ne pas avoir réalisé au moins un soin dont elles ont eu besoin au cours des douze derniers mois. Comme évoqué plus tôt dans ce document, ce taux n'est pas représentatif du phénomène pour la population de La Réunion dans son ensemble. Il donne une tendance pour les personnes qui ont répondu à cette enquête et est donc nécessairement influencé par leur profil.

Ce taux est, de notre point de vue, sous-estimé, du fait notamment de deux éléments : le très fort taux de couverture par la CMU C des répondants (57% alors que le taux de couverture sur l'île se situe plutôt entre 40 et 45%). La surreprésentation des personnes âgées de plus de 60 ans dans notre échantillon.

Les résultats de l'enquête montrant l'effet protecteur de la CMU C par rapport à la non-réalisation de soins pour raisons financières et la sous-représentation des personnes de plus de 60 ans parmi les « renonçant.e.s », ces deux aspects de la population répondante peuvent expliquer ce taux de renoncement assez bas pour la population enquêtée. En outre, les répondants à l'enquête habitent moins souvent certains des bassins de vie de l'île dans lesquels les renonçants sont surreprésentés. Cela a pu aussi jouer sur le taux de renoncement.

L'étude de l'INSEE citée dans la première partie de ce document, menée à partir de données de 2019, indiquait pour sa part un taux renoncement aux soins de 26%. On peut par conséquent penser que le taux « réel » se situe entre ces deux bornes (17% et 26%).

Il est en l'occurrence intéressant, dans la perspective du déploiement de la Mission accompagnement santé, de noter que le taux de renoncement est plus élevé pour les répondants ayant été interrogés par les partenaires ; cela montre qu'ils peuvent être des détecteurs pertinents. En parallèle, au sein de la CGSS, le taux de renoncement varie selon le contexte de passation du questionnaire ; c'est à l'espace-multiservice et lors des rendez-vous que les situations de non-réalisation de soins ont été le plus souvent détectées. Le fait de questionner par téléphone ou en face n'a pas eu d'impact particulier sur la détection de ces situations.

Dans cette enquête, plusieurs constats peuvent être faits pour mieux se représenter le profil des « renonçants » :

- ◇ Ils sont plus jeunes que les « non-renonçants ». Leur âge moyen est 49 ans ;
- ◇ Ce sont les familles avec 3 ou 4 enfants à charge qui sont les plus exposées au renoncement aux soins et les enfants sont eux aussi en partie concernés par le phénomène ;
- ◇ Les « renonçant.e.s » sont surreprésentés parmi les répondants qui sont en situation d'activité ; ils le sont également parmi les étudiants et les personnes en invalidité ;
- ◇ Les « renonçant.e.s » déclarent de plus faibles restes pour vivre mensuels une fois leurs charges fixes payées que les « non-renonçant.e.s ». En parallèle, ils ont moins souvent un entourage qui peut les aider, notamment financièrement, en cas de problème
- ◇ Les « renonçant.e.s » ont un peu moins fréquemment que les « non-renonçant.e.s » un compte ameli. Lorsqu'ils ont en ont un, ils rencontrent plus de difficultés à l'utiliser ;
- ◇ Ils connaissent moins les campagnes de prévention relatives à la santé buccodentaire et au dépistage du cancer colorectal.

On peut noter que le très faible nombre de répondants bénéficiaires de certaines prestations (notamment en matière de handicap et de perte d'autonomie) n'a pas permis de conclure sur des liens éventuels avec la non-réalisation de soins.

En termes de soins non-réalisés, on retrouve en premier lieu l'achat de matériel optique et les soins dentaires. Cela est cohérent avec les causes du renoncement qui sont, pour beaucoup, financières et avec le fait que les « renonçant.e.s » ont des restes pour vivre plus faibles que les « non-renonçants », voire inexistantes.

Cette enquête est l'occasion de constater à nouveau que l'absence de complémentaire santé augmente la probabilité de renoncer à des soins. Pour autant, on voit aussi qu'une partie des personnes qui ont une complémentaire renoncent à faire prendre en charge certains de leurs besoins, c'est plus particulièrement le cas des personnes dont la complémentaire est fournie par leur employeur.e ou celle/celui du conjoint.e.

L'effet protecteur de la CSS vis à vis des problématiques financières d'accès aux soins ressort à nouveau de cette enquête, même si le bénéfice de la prestation ne fait pas complètement disparaître le risque de ne pas réaliser certains soins, en particulier dentaires et optiques.

La majorité des situations de non-réalisation de soins repérées dans cette enquête durent depuis moins de deux ans. Toutefois, près d'un tiers des personnes qui ne réalisent pas des soins dentaires sont dans cette situation depuis plus de deux ans. C'est le cas de près d'une personne sur cinq parmi celles qui ne font pas faire un matériel optique. Soulignons également

qu'une personne sur dix parmi celles qui ont répondu ne pas avoir adressé certains de leurs besoins à un médecin généraliste dit que cela lui arrive fréquemment.

A côté des causes financières, un autre motif est évoqué par les personnes pour expliquer la non-réalisation de soins : les délais pour avoir un rendez-vous avec certains professionnels de santé. C'est plus particulièrement le cas s'agissant des consultations chez un.e ou des spécialistes et, dans une moindre mesure, pour des consultations chez le médecin généraliste.

On peut souligner que le taux de renoncement à des consultations généralistes n'est pas anecdotique. Ce type de renoncement est en l'occurrence un peu plus présent dans le bassin de vie de Saint Paul, constitué de communes dont certains quartiers apparaissent dans le diagnostic de santé sur lequel est basé le PRS de La Réunion parmi ceux dont la densité médicale est un peu moindre.

En parallèle, si parmi les personnes ayant eu besoin de soins spécialisés, une sur dix environ (11%) dit avoir renoncé à adresser l'ensemble de ses besoins à des spécialistes, il est important de ne pas oublier les personnes qui n'ont adressé que partiellement leurs besoins spécialisés : elles sont en effet 17%. Lorsque l'on cumule ces deux chiffres, ce sont 28% des personnes ayant eu besoin de soins spécialisés au cours des douze derniers mois qui y ont renoncé au moins partiellement. La non-consultation de spécialiste(s) est plus prégnante dans le bassin de vie de Saint Benoît dont certaines communes font partie des zones sous-denses de l'île en termes de spécialistes.

On peut noter qu'à côté des raisons financières et temporelles, des causes secondaires apparaissent pour expliquer la non-réalisation de soins ou de matériel médical : le fait d'avoir d'autres préoccupations prioritaires et/ou « d'avoir attendu que le problème » passe est plus souvent cité pour les soins généralistes. S'agissant des consultations avec des spécialistes, les problèmes de mobilité sont évoqués. C'est également le cas pour les soins dentaires pour lesquelles un « renonçant » sur dix parle également de peur par rapport à ce type de soins.

Même si le nombre de personnes ayant besoin d'un appareillage auditif parmi nos répondants est faible, il est intéressant de souligner que près une sur 5 y a renoncé.

La grande majorité des « renonçant.e.s » déclarent des conséquences à la non-réalisation de soins et/ou de matériel dont ils ont besoin ; cela montre que cette situation n'est pas « anecdotique » pour les personnes concernées. Ce sont les conséquences sur la santé au sens large – physique et mentale - dont parlent le plus les personnes. Rappelons en l'occurrence qu'un renonçant sur cinq, au-delà, de ne pas réaliser un ou plusieurs soins dont il a besoin, pense qu'il n'est tout simplement plus possible pour lui de se soigner quand il a besoin de le faire.

La crise sanitaire semble avoir eu un effet modéré sur le renoncement des personnes réunionnais.e.s. enquêté.e.s. On constate un faible effet sur le taux de renoncement à des

consultations généralistes et spécialistes, à l'achat d'appareillage auditif, ou de médicaments. L'effet est toutefois plus marqué pour les soins dentaires et l'achat de matériel optique.

14,8% des personnes qui ont déclaré au moins un renoncement en lien avec la crise sanitaire déclarent avoir renoncé par peur d'être contaminées, 18,5% car ce n'était pas urgent et 11,5% du fait des restrictions de déplacement.

Des chiffres récents publiés par la Fondation Abbé Pierre dans son rapport « *L'Etat du mal logement en France 2021, Eclairage Régional Ile de la Réunion* » font quant à eux mention de conséquences sociales fortes à la crise sanitaire. L'augmentation de la précarité économique de habitant.e.s de l'Ile apparait de manière claire. Entre mai et septembre 2020, une augmentation de 3 500 allocataires aux minimas sociaux⁴² a été observée. Plus de 6 300 réunionnais.e.s se sont inscrit.e.s à Pôle emploi entre février et août 2020. La Banque Alimentaire a aidé 37% de personnes en plus en 2020 qu'en 2019.

Il semble aussi que les situations relatives au mal-logement aient été moins détectées. Alors que 92 arrêtés préfectoraux relatifs à l'insalubrité avaient été déposés en 2019, seuls 65 l'ont été en 2020.

Ces constats, s'ils ne sont pas axés sur les problématiques d'accès aux soins, pointent une précarisation accrue d'une partie des habitant.e.s de La Réunion. Les raisons financières ressortant nettement comme facteur explicatif de la non-réalisation de soins dans la présente enquête, il sera intéressant d'étudier les effets à moyen et long termes de la crise sanitaire sur le phénomène.

⁴² DREES, Ministère des santés et solidarités