

Odenore

Observatoire des non-recours aux droits et services



# **Les Pontois(e)s et leur santé en 2011**

Catherine Chauveaud (Odenore), Philippe Warin (CNRS – PACTE/Odenore)

Mai 2012

Convention de collaboration scientifique  
sur la création d'un outil de repérage de la vulnérabilité  
à la précarité et au non-recours aux soins

Ville de Pont-de-Claix / IEP Grenoble

## **Sommaire**

Introduction : objectifs et méthodes	3
1. Profil des répondants	7
2. Etat de santé	10
3. Assurance maladie complémentaire et médecin traitant	13
4. Pratiques de santé	16
5. Prévention	20
6. Préoccupations	23
Synthèse	24

Les annexes ne sont pas présentées dans la version Site du rapport.

## Introduction : objectifs et méthodes

Que savons-nous précisément du rapport des habitants de Pont-de-Claix à la santé ? De leurs représentations et de leurs pratiques ? De leurs possibilités, mais aussi de leurs difficultés pour se faire soigner ?

L'étude réalisée vise à répondre à ces questions. Il s'agit de produire une photographie, non pas de la santé objective des Pontois et Pontoises – ceci n'est pas une étude épidémiologique – mais de leurs pratiques, besoins et préoccupations.

Trois objectifs ont donc guidé la préparation de cette étude, dont la convention signée entre la Ville de Pont-de-Claix et l'IEP de Grenoble pour Odenore est rappelée en **Annexe 1**. Ils ont été définis comme suit :

1. *« Apporter des données sur : l'état de santé perçu, le niveau de couverture par une assurance maladie complémentaire, la localisation du médecin traitant, le suivi médical, le renoncement au suivi médical, le respect des prescriptions médicales, les pratiques pour entretenir sa santé, les opinions sur les problèmes de santé ».*
2. *« Rendre compte des résultats par quartiers et en fonction de différentes caractéristiques sociales ».*
3. *« Préfigurer un outil d'enquête dite d'identification des situations de non-recours aux soins, pouvant être internalisé par la Ville ».*

Pour atteindre ces objectifs, un questionnaire à choix multiple (QCM) a été préparé et testé, puis diffusé dans un premier temps dans différents lieux publics (accueil et Etat civil de la Mairie, CCAS, Escalé, Centres sociaux, Centre de Planification,...). Le questionnaire a donc été mis en œuvre selon le mode du « tout venant » (soit une construction dite « aléatoire » de la population enquêtée), sans contrainte et dans le total respect de l'anonymat. La préparation du questionnaire a été menée de concert entre le service Santé, le service Communication et l'Odenore.

Au départ, il était prévu de recueillir un minimum de 1 000 à 1 200 questionnaires. Pour cela, les questionnaires ont donc été déposés dans différents endroits, avec pour condition que sur place des agents désignés facilitent leur diffusion et leur remplissage (1<sup>er</sup> semestre 2011).

Ce choix ne s'est pas avéré probant. Aussi, a-t-il fallu toute l'implication du service Santé pour qu'au final 458 questionnaires soient remplis et apportent un matériau suffisant pour l'étude. Les difficultés rencontrées expliquent le décalage dans le temps du rendu de cette étude. Le remplissage des questionnaires n'a pu véritablement se faire qu'au cours

du second semestre 2011. Ensuite, les 458 questionnaires ont été saisis par le service Santé, puis traités et analysés par l'Odenore.

Le présent rapport rend compte en détail des résultats correspondant au premier objectif, qui est le principal objectif de production de connaissances de cette étude.

Le deuxième objectif, celui d'une présentation des résultats par quartiers, est tombé. Ceci pour une simple raison : avec un total de 458 questionnaires, les effectifs par quartiers sont par endroits si réduits que cet objectif a perdu sa pertinence.

Cela étant, nous avons procédé avec le CCAS à un regroupement des quartiers en 3 catégories : « habitat majoritairement public », « habitat majoritairement privé », « habitat mixte », pour avoir des effectifs plus significatifs, supérieurs à la centaine. S'offre ainsi la possibilité d'une stratification de l'analyse statistique par types de quartiers ; mais avant de réaliser cette analyse, nous attendons l'avis du comité devant lequel ce rapport intermédiaire sera présenté le 21 mars 2012.

<b>Types de quartiers</b>	<b>Quartiers concernés</b>
Habitat majoritairement public	Iles de Mars, Jean Moulin
Habitat majoritairement privé	Elfes, 120 Toises, Arc en Ciel, Le Bourg, Villancourt
Habitat mixte	Olympiades, Grand Galet

Le troisième objectif est parfaitement réalisable. Il le sera très rapidement, après la réunion du 21 mars et la discussion avec le comité. En effet, l'idée de construire un outil pérenne d'identification des situations de non-recours aux droits et aux services en matière de santé mérite d'être discutée dans sa forme. S'agit-il de répéter cette enquête intégralement, avec éventuellement quelques modifications ? Ou bien, s'agit-il de bâtir à partir de cette enquête pilote un questionnaire nouveau, avec un nombre réduit de questions, afin d'en faciliter l'appropriation par différents acteurs ? Selon quelles modalités : en internalisant ou pas l'application au sein de services municipaux et organismes locaux ? En pensant le cas échéant à une extension vers d'autres communes de l'agglomération ?

D'un point de vue méthodologique, le travail statistique réalisé sur le logiciel SPHINX LEXICA a permis de réaliser une analyse uni-variée (« tris à plat ») et une analyse multi-variée (« tris croisés ») sur des variables choisies. Le but final de l'étude étant de rendre compte du rapport des Pontois(e)s à leur santé au travers de leur accès ou non aux soins, ces analyses ont été répétées à partir d'une stratification du corpus constitué.

Cette stratification s'est faite en tenant compte de la question permettant d'appréhender au mieux cette partition de la population entre accès ou

non aux soins, qui est celle relative au renoncement à des soins : « **Au cours des 12 derniers mois, avez-vous dû renoncer à des soins médicaux, chirurgicaux ou dentaires alors que vous en auriez eu vraiment besoin ?** » (Q 29 du questionnaire : Questionnaire en **Annexe 2**).

La question du renoncement aux soins est au cœur de toutes les enquêtes épidémiologiques régulières (en France : celle de l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé – IRDES – et celle de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale – INSERM). Elle renvoie à l'expression de besoins ressentis non satisfaits, et se distingue ainsi de la question du non-recours aux soins qui porte sur des besoins de soins non satisfaits et pourtant avérés sur le plan médical<sup>1</sup>.

Cette distinction entre renoncement (du point de vue des personnes) et non-recours (du point de vue des professionnels de santé) est centrale ; elle appelle d'ailleurs des efforts nouveaux en termes de systèmes de données à construire pour affiner les connaissances scientifiques et les outils de pilotage des politiques publiques.

Les résultats sont donc présentés suivant cette stratification, de façon à comparer le rapport des Pontois(e)s à la santé selon qu'ils renoncent ou pas à des soins qu'ils jugent nécessaires. Ainsi, 3 populations sont prises en compte :

- **l'ensemble des enquêtés** (effectif = **458**) ;
- **les « renonçants »** (effectif = **294**) ;
- **les « non-renonçants »** (effectif = **147**).

Le total des renonçants et non-renonçants est de 441. 17 personnes n'ont pas répondu à la question 29 qui a permis la stratification.

Le corpus constitué n'est cependant pas représentatif de l'ensemble de la population pontoise. Pour cela, il aurait fallu, au départ, constitué la population enquêtée selon la méthode des quotas (notamment en tenant compte de la répartition suivant le genre, les classes d'âge, les CSP, les niveaux de diplôme, etc.). Ce n'est pas le choix qui a été fait au départ ; il pourrait être retenu dans le cadre de prochaines enquêtes.

En revanche, le rapport compare, quand cela est possible, les résultats obtenus à Pont-de-Claix à des données départementales ou nationales, de façon à rapporter la situation locale à d'autres échelles.

---

<sup>1</sup> Nous sommes intervenus sur le sujet lors du colloque « Le renoncement aux soins », organisé à Paris le 22 novembre 2011 par la Direction de la Sécurité Sociale et la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) commune aux ministères sociaux : Warin P, 2011, « Renoncement à des soins et précarité », à paraître dans les Actes. L'ouvrage est téléchargeable sur <http://www.sante.gouv.fr/le-renoncement-aux-soins.html>.

Venons-en aux résultats de l'enquête réalisée et à ce qu'ils nous apprennent sur les rapports des Pontois(e)s à la santé. Leur présentation est organisée en six thèmes de façon à faire ressortir au mieux les principaux constats :

- Profil des répondants,
- Etat de santé,
- Assurance maladie complémentaire et médecin traitant,
- Pratiques de santé,
- Prévention,
- Préoccupations.

**Nota :**

Tous les résultats portent sur les effectifs des répondants à chaque question.

# 1. Profil des répondants

**Tableau 1 : Profil des répondants**

Critères	Total répondants	Renonçants	Non-renonçants
Genre	n*=435 TR**=95% H : 35,6% F : 64,4%	H : 35,6% F : 64,4%	H : 35,8% F : 64,2%
Age	n=445 TR=97.2% < 20 ans : 5,6% 20-29 ans : 20,9% 30-39 ans : 19,1% 40-49 ans : 18,9% 50-59 ans : 15,7% 60 ans et plus : 19,8%	< 20 ans : 2,6% 20-29 ans : 19,1% 30-39 ans : 20,1% 40-49 ans : 22,1% 50-59 ans : 15,2% 60 ans et plus : 20,8%	< 20 ans : 12% 20-29 ans : 24,6% 30-39 ans : 16,9% 40-49 ans : 12% 50-59 ans : 16,9% 60 ans et plus : 17,6%
Vit seul(e)	n=432 TR=94.3% Oui : 29,9% Non : 70,1%	Oui : 30,9% Non : 69,1%	Oui : 27,8% Non : 72,2%
Enfants à charge	n=393 TR=85.8% Oui : 51,9% Non : 48,1%	Oui : 56,1% Non : 43,9%	Oui : 43,5% Non : 56,5%
Activités	n=414 TR=90.4% Retraite : 18,8%  Emploi stable PT : 20,3%  Chômage <, > 1 an, emploi partiel/non stable, jeune en insert : 52,6%  Etudiant, scolaire : 1,9%  F/H au foyer : 6%  Autre : 0,2%	Retraite : 17,9%  Emploi stable PT : 12,9%  Chômage <, > 1 an, emploi partiel/non stable, jeune en insert : 61,3%  Etudiant, scolaire : 0,7%  F/H au foyer : 6,8%  Autre : 0,4%	Retraite : 20,7%  Emploi stable PT : 35,6%  Chômage <, > 1 an, emploi partiel/non stable, jeune en insert : 16,8%  Etudiant, scolaire : 4,4%  F/H au foyer : 4,4%  Autre : 0%
Quartier	n=401 TR=87.6% Hab maj public : 47,1% Hab maj privé : 25,4% Hab maj mixte : 27,4%	Hab maj public : 52,7% Hab maj privé : 23,8% Hab maj mixte : 23,5%	Hab maj public : 34,2% Hab maj privé : 29,2% Hab maj mixte : 36,7%
Propriétaire	n=429 TR=93.7% Oui : 21% Non : 79%	Oui : 13,1% Non : 86,9%	Oui : 37,1% Non : 62,9%
Vulnérable à la Précarité ***	n=404 TR=88.2% Vulnérable : 65,1% Non vulnérable : 34,9%	Vulnérable : 74,4% Non vulnérable : 25,6%	Vulnérable : 47,1% Non vulnérable : 52,9%

\* n = effectif des répondants à la question.

\*\* TR = taux de réponse à la question.

\*\*\* Selon le score EPICES( Evaluation de la précarité et des inégalités pour les Centres d'examen de santé), intégrant 11 questions pondérées : **Annexe 3.**

Entre renonçants et non renonçants les profils diffèrent assez largement. Les renonçants ont davantage d'enfants à charge (56,1% contre 43,5% pour les non-renonçants) et ont probablement des revenus plus modestes et des situations financières bien plus fragiles, si bien que le renoncement apparaît comme une variable d'ajustement budgétaire selon les restes à vivre des ménages :

- 61,3% des renonçants contre 16,8% non-renonçants sont au chômage de plus ou de moins d'un an, ont un emploi à temps partiel ou non stable, ou sont en stage d'insertion (pour les jeunes) ;
- 13,1% des renonçants sont propriétaires de leur logement contre 37,1% des non-renonçants ;
- 74,4% des renonçants contre 47,1% des non-renonçants sont vulnérables à la précarité (du fait de leur situation financière et des faibles soutiens en cas de difficultés). Ce résultat est analogue à celui obtenu à l'échelle nationale (données CETAF/Odenore) selon lequel renoncement à des soins et vulnérabilité à la précarité vont de paire<sup>2</sup>.

Notons que la proportion de personnes précaires ou très précaires dans l'ensemble des répondants (65,1%) est tout à fait comparable au taux mesuré en 2008 – et peu changé depuis – pour la patientèle des centres de santé de Grenoble (62,4%)<sup>3</sup>. De même, l'enquête Epidaure-CDS réalisée dans 21 centres de santé en France (dont ceux de Grenoble) indique que plus de 60% des personnes recourant aux centres de santé seraient précaires contre moins de 40% en population générale<sup>4</sup>.

- Les renonçants résident davantage dans les quartiers à majorité d'habitat public : 52,7% contre 34,2%. A noter que 76,7% des personnes résidant dans ces quartiers sont précaires ou très précaires selon le score EPICES (**Annexe 3**), contre 38,4% parmi celles résidant dans les quartiers à majorité d'habitat privé.

Le Tableau 2 détaille la répartition des renonçants et des non-renonçants entre les 9 quartiers de Pont-de-Claix. Malgré l'étroitesse des effectifs, on retrouve proportionnellement plus de renonçants

---

<sup>2</sup> Warin P. (coord.), 2009, « Le non-recours aux soins des actifs précaires ». Rapport pour l'Agence nationale de la recherche, Programme « Santé Travail / Santé Environnement ».

<http://odenore.msh-alpes.fr/non-recours-aux-soins-actifs-precaires-rapport-final>

<sup>3</sup> Tuleu F., Cruaud A., Pichon P., François P., Warin P., 2008, « Centres de santé de la Ville de Grenoble. Synthèse des travaux conduits avec l'Agence nationale des solidarités actives (ANSA) ».

<http://odenore.msh-alpes.fr/centres-sante-ville-grenoble-synthese-travaux-conduits-avec-l%20agence-nouvelle-solidarites-actives-an>

<sup>4</sup> IRDES, « Les personnes recourant aux 21 centres de santé de l'étude Epidaure-CDS sont-elles plus précaires ? », *Questions d'économie de la santé*, n° 165, mai 2011.

<http://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes165.pdf>



aux Olympiades par rapport au poids des répondants résidant dans ce quartier dans l'ensemble de l'échantillon.

**Tableau 2 : Renonçants et non-renonçants selon le quartier**

Quartier/Au cours des 12 derniers mois, avez-vous dû renoncer....	Non réponse	Non jamais	Oui plusieurs fois	Oui à une occasion	TOTAL
Non réponse	3	27	16	11	57
120 Toises	0	9	0	6	15
Arc en Ciel	0	3	7	6	16
Elfes	0	9	1	0	10
Grand Galet	0	20	36	21	77
Isles de Mars	8	32	52	42	134
Jean Moulin	0	9	15	31	55
Le Bourg	1	11	31	15	58
Olympiades	5	24	3	1	33
Villancourt	0	3	0	0	3
TOTAL	17	147	161	133	458

Remarquons que ces résultats signalent des variables à partir desquelles il serait assez simple de bâtir le « profil » des habitants pouvant, plus que d'autres, être conduits à renoncer à des soins : situation professionnelle, situation par rapport au logement, lieu de résidence et vulnérabilité à la précarité.

Même sommaire, ce profil pourrait donner lieu à un petit nombre de questions, simples à poser, qui pourraient permettre un pré-repérage de la population la plus exposée au renoncement aux soins.

## 2. Etat de santé

Tableau 3 : Etat de santé

Critères	Total répondants	Renonçants	Non-renonçants
Etat de santé perçu	n=455 TR=99.3% Très mauvais : 0,7% Mauvais : 11% Assez bon : 37,4% Bon : 33,6% Très bon : 17,4%	Très mauvais : 0,6% Mauvais : 14,6% Assez bon : 43% Bon : 28,5% Très bon : 13,3%	Très mauvais : 0,7% Mauvais : 3,4% Assez bon : 25,3% Bon : 44,5% Très bon : 26%
Activités limitées à cause d'un problème de santé	n=454 TR=99.1% Oui un peu : 38,8% Oui beaucoup : 10,6% Non : 50,4%	Oui un peu : 47,1% Oui beaucoup : 14,3% Non : 38,3%	Oui un peu : 21,2% Oui beaucoup : 2,7% Non : 76%
ALD reconnue	n=454 TR=99.1% Oui : 22,7% Non : 77,3%	Oui : 30,4% Non : 69,6%	Oui : 6,2% Non : 93,8%
Soins à domicile (kiné, infirmiers, etc.)	n=440 TR=96.1% Oui : 27,5% Non : 72,5%	Oui : 35,6% Non : 64,4%	Oui : 10,6% Non : 89,4%

La somme des % peut être < à 100 lorsque les personnes ne savent pas ou refusent de répondre.

Sur l'ensemble des critères, il apparaît clairement que les renonçants à des soins ont un état de santé (partiellement avéré d'un point de vue médical : ALD, soins à domicile) probablement moins bon que les non-renonçants :

- 58,2% des renonçants estiment leur état de santé comme assez bon à très mauvais, alors que 70,6% des non-renonçants le jugent bon ou très bon ;

L'étude Epidaure-CDS indique que 46% des enquêtés de 21 centres de santé en France déclarent un état de santé moyen<sup>5</sup> à très mauvais, contre 29% en population générale.

- 61,4% des renonçants contre 23,9% des non-renonçants limitent leurs activités à cause de problèmes de santé ;
- 35,6% contre 10,6% reçoivent des soins à domicile ;
- 30,4% contre 6,2% déclarent avoir une ALD reconnue. Pour rappel, en 2010 le nombre total d'ALD en France est de 10 874 883 (ce nombre est supérieur à celui des bénéficiaires du régime de prise en charge à 100% puisqu'une même personne peut être atteinte de plusieurs ALD)<sup>6</sup>.

<sup>5</sup> Notre enquête aurait dû prendre la même échelle de façon pour retenir l'item « moyen » et non « assez bon » ; un outil futur (troisième objectif) devra en tenir compte.

<sup>6</sup> IRDES, « Les affectations de longue durée – Données de cadrage », mise à jour 14 mars 2012.

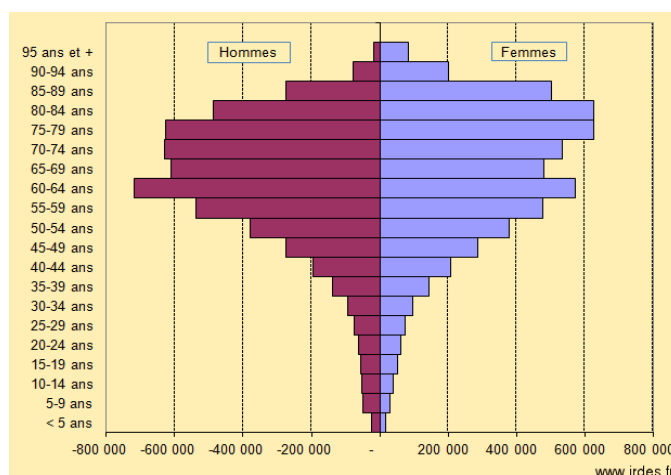
La répartition par âges des répondants déclarant avoir une ALD augmente avec l'âge à compter de 30-35 ans.

**Tableau 4 : ALD reconnue selon l'âge**

Age/Avez-vous une Affection de Longue Durée reconnue	Non réponse	Non	Oui	TOTAL
Non réponse	0	9	4	13
Moins de 20	1	24	0	25
De 20 à 30	1	87	5	93
De 30 à 40	0	71	14	85
De 40 à 50	0	69	15	84
De 50 à 60	0	42	28	70
60 et plus	2	49	37	88
TOTAL	4	351	103	458

Cette répartition est relativement conforme aux résultats nationaux.

**Graphique 1 : Répartition du nombre d'ALD par âge et sexe (échelle nationale)**



Au vu de ces observations, le constat est sans appel : la population qui déclare avoir renoncé à des soins médicaux, chirurgicaux et dentaires au cours des 12 derniers mois alors qu'elle estimait en avoir besoin a très probablement un état de santé moyen sinon dégradé ; en tout cas nettement moins bon que celui des non-renonçants. Une fois de plus, inégalités sociales de santé (accès à des soins et à un état de santé) et

<http://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/Cadrage/ALD/PrevalenceALD.htm#repart>

inégalités de santé (situation médicale objective) se recourent. Pont-de-Claix ne déroge pas à ce constat général.

A noter aussi que les personnes déclarant un état de santé mauvais ou très mauvais résident essentiellement dans les quartiers à majorité d'habitat public.

### 3. Assurance maladie complémentaire et médecin traitant

Tableau 5 : Assurance maladie complémentaire et médecin traitant

Critères	Total répondants	Renonçants	Non-renonçants
Complémentaire santé	n=305 TR=98.5% Oui : 67,6% Non : 32,4%	Oui : 64,6% Non : 35,4%	Oui : 74% Non : 26%
Si complémentaire : CMU-C	n=369 TR=80% Oui : 24,4% Non : 75,6%	Oui : 34,5% Non : 65,5%	Oui : 2,6% Non : 97,4%
Médecin traitant	n=451 TR=98.5% Oui : 90,5% Non : 9,5%	Oui : 92,4% Non : 7,6%	Oui : 86,4% Non : 13,6%
Si médecin traitant : à Pont-de-Claix	n=438 TR=95.6% Oui : 61,9% Non : 38,1%	Oui : 62,5% Non : 37,5%	Oui : 60,7% Non : 39,3%
Si à Pont-de-Claix : du centre mutualiste	n=263 TR=57.4% Oui : 51% Non : 49%	Oui : 55,2% Non : 44,8%	Oui : 41,5% Non : 58,5%

Parmi l'ensemble des répondants, plus d'une personne sur quatre a un médecin traitant qui est au centre mutualiste de Pont-de-Claix. Et lorsque ce médecin n'est pas installé à Pont-de-Claix, il l'est à Grenoble (40,2%) ou à Echirolles (40,2%).

Les renonçants déclarent davantage que les non-renonçants avoir un médecin traitant (92,4% contre 86,4%) installé à Pont-de-Claix (62,5%, contre 60,7%) et pratiquant au centre mutualiste (55,2% contre 41,5%). Ce constat n'indique en rien que le renoncement soit lié au fait d'avoir un médecin traitant installé à Pont-de-Claix et qui plus est en activité au centre mutualiste.

Les non-renonçants ont moins souvent une complémentaire santé que les non-renonçants (64,6% contre 74%). Lorsqu'ils ont en une, c'est dans plus d'un cas sur trois la CMU-C ; ce qui est le cas d'une personne sur trente-huit parmi les non-renonçants.

D'une façon générale, l'enquête indique un taux très élevé de sans complémentaire santé (32,4% des répondants), alors que cette proportion a fortement diminué en France de 1980 à 2008, passant de 31% à 6% selon les données nationales. Néanmoins, l'Enquête santé protection sociale (ESPS) de l'IRDES montre qu'en 2008 près de 4 millions de personnes reste sans complémentaire santé en France métropolitaine<sup>7</sup>.

<sup>7</sup> IRDES, « La complémentaire santé en France en 2008 : une large diffusion mais des inégalités d'accès », *Questions d'économie de la santé*, n° 161, janvier 2011.  
<http://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes161.pdf>

L'absence d'assurance maladie complémentaire varie selon les âges. Elle diminue, plus l'âge s'accroît ; on note cependant une remontée du taux de sans complémentaire chez les 60 ans et plus.

**Tableau 6 : Non-recours à une assurance maladie complémentaire selon l'âge (n=440)**

Classe d'âge	Taux de non-recours à une assurance maladie complémentaire
< 20 ans	79,2%
20-29 ans	46,2%
30-39 ans	35,3%
40-49 ans	33,3%
50-59 ans	15,9%
60 ans et plus	18,4%

Parmi les jeunes de moins de 26 ans (âge limite pour être bénéficiaire de l'assurance complémentaire d'un parent), les sans complémentaire sont essentiellement des jeunes au chômage, en emploi précaire ou bien en stage d'insertion (parmi ces derniers, aucun ne déclare avoir d'assurance complémentaire). Il faut être prudent avec ces résultats, car les réponses ne sont pas nécessairement fiables.

**Tableau 7 : Non-recours à une assurance maladie complémentaire chez les moins de 26 ans selon l'activité (n=66)**

	Non	Oui	Total
A la retraite	0	0	0
Au chômage depuis moins d'un an	8	8	16
Au chômage depuis plus d'un an	3	0	3
Autre	0	0	0
Avec un emploi stable à temps plein	0	6	6
Avec un emploi à temps partie ou non stable	9	4	13
Etudiant(e)	1	3	4
Femme ou homme au foyer	0	0	0
Jeune en stage d'insertion	12	0	12
Scolaire	0	1	1
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>22</b>	<b>55</b>

De même, la distribution est inégale selon le type d'habitat. La proportion de personnes sans assurance maladie complémentaire est de trois fois supérieure dans les quartiers majoritairement d'habitat public ou d'habitat mixte, que dans ceux majoritairement d'habitat privé.

**Tableau 8 : Non-recours à une assurance maladie complémentaire selon l'habitat (n=398)**

Type d'habitat	Taux de non-recours à une assurance maladie complémentaire
Habitat majoritairement public	41%
Habitat mixte	41,3%
Habitat majoritairement privé	13,9%

En proportion de leur poids dans l'ensemble de l'échantillon, la part de répondants sans complémentaire santé est plus forte dans le quartier du Grand Galet.

**Tableau 9 : Non-recours à une assurance maladie complémentaire selon le quartier (n=401)**

Quartier/Avez-vous une assurance maladie CS ?	Non réponse	Non	Oui	TOTAL
Non réponse	4	10	43	57
120 Toises	0	6	9	15
Arc en Ciel	0	6	10	16
Elfes	0	0	10	10
Grand Galet	0	35	42	77
Isles de Mars	1	55	78	134
Jean Moulin	0	22	33	55
Le Bourg	1	2	55	58
Olympiades	1	10	22	33
Villancourt	0	0	3	3
TOTAL	7	146	305	458

Par ailleurs, la proportion de personnes à la CMU-C (24,4% pour l'ensemble des répondants) est plus de 4 fois supérieure à la moyenne métropolitaine en 2010 (5,7%) et près de 6 fois supérieur à la moyenne départementale (4,1)<sup>8</sup>.

<sup>8</sup> Bénéficiaires de la CMU Complémentaire - 2007-2010 moyennes annuelles par départements - CNAMTS-CCMSA-RSI [http://www.cmu.fr/userdocs/2011-06-20\\_Effectifs\\_Site\\_CMU\\_Departements.xls](http://www.cmu.fr/userdocs/2011-06-20_Effectifs_Site_CMU_Departements.xls)

#### 4. Pratiques de santé

66,7% des répondants déclarent avoir renoncé à des soins médicaux, chirurgicaux ou dentaires au cours des 12 derniers mois, alors qu'ils en auraient eu vraiment besoin.

Les raisons du renoncement sont explicites : elles sont financières (36,5% des cas), mais aussi liées à la disponibilité des personnes et à l'offre médicale (les deux pouvant être reliées) :

- temps d'attente trop long : 23,5% ;
- ne pas connaître de bons spécialistes, dentistes, généralistes : 9% ;
- pas le temps à cause du travail : 7,6% ;
- trop éloigné : 7,2%.

Les raisons financières expliquent plus du tiers des renoncements. C'est le double du résultat donné par l'IRDES au plan national : en 2008, 15,4% de la population adulte déclare avoir renoncé à des soins médicaux pour des raisons financières au cours des douze derniers mois ; les obstacles financiers se concentrent sur les soins dentaires (10% de la population concernée) et, dans une moindre mesure, l'optique (4,1%) et les consultations de médecins généralistes et spécialistes (3,4%)<sup>9</sup>.

Alors que selon cette enquête de l'IRDES, le taux de renoncement des personnes à la CMU-C est de 22% en 2008, le tableau 5 a montré précédemment que 34,5% des renonçants avec une complémentaire santé ont la CMU-C. Dit autrement, la protection que représente la CMU-C pour accéder aux soins serait plus faible à Pont-de-Claix ; ceci pouvant s'expliquer par une vulnérabilité à la précarité plus prononcée.

Une autre enquête de l'IRDES, l'Enquête ESPS 2008 citée plus haut, indique une progression du taux de renoncement aux soins pour des raisons financières en fonction du score de précarité. Le taux est inférieur à 4% lorsque la précarité est nulle ; il est de près de 50% lorsque la précarité est estimée comme très forte<sup>10</sup>.

Mais comme l'indique le tableau 10, l'offre médicale détermine aussi, pour une part, le renoncement à des soins : 70,4% des renonçants indiquent que le manque de médecins à Pont-de-Claix les empêche de consulter plus souvent ; c'est le cas de 50,7% des non-renonçants.

---

<sup>9</sup> Després C. *et al.*, « Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique », *Questions d'économie de la santé*, n° 170, novembre 2011.

<http://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes170.pdf>

<sup>10</sup> Després C. *et al.*, « Dépense de santé et accès financier aux services de santé : une étude du renoncement aux soins », [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriestat161\\_dossier-depense.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriestat161_dossier-depense.pdf)



**Tableau 10 : Perception de l'offre médicale**

Critères	Total répondants	Renonçants	Non-renonçants
Assez de médecins à Pont-de-Claix	n=434 TR=94.8% Oui : 33,2% Non : 66,1%	Oui : 25,8% Non : 73,9%	Oui : 49,6% Non : 48,9%
Pas assez : cause d'un empêchement de consulter plus souvent	n=300 TR=65.5% Oui : 66% Non : 34%	Oui : 70,4% Non : 29,6%	Oui : 50,7% Non : 49,3%

A noter que 76,9% des personnes résidant dans les quartiers à majorité d'habitat public considèrent qu'il n'y a pas assez de médecins à Pont-de-Claix, contre 53,5% parmi celles résidant dans les quartiers à majorité d'habitat privé.

La densité médicale à Pont-de-Claix est de 10 médecins généralistes libéraux<sup>11</sup> et 2 mi-temps (1 équivalent temps plein) au centre mutualiste, pour 12 000 habitants. Elle est donc environ deux fois inférieure (1 médecin pour 1 090 habitants) à celle du département de l'Isère qui est de 143 médecins généralistes en activité régulière pour 100 000 habitants (soit 1 médecin pour 699 Isérois)<sup>12</sup>. Selon la même source, « *un bassin de vie compte en moyenne 4,6 médecins généralistes pour 5 000 habitants* »<sup>13</sup>. A Pont de Claix on se situerait dans cette moyenne avec une proportion proche de 4,6 médecins pour 5 000 Pontois(e)s ; 4,2 médecins si l'on enlève les praticiens du centre de santé (généralistes non libéraux). De plus, selon le quartier, les Pontois(e)s peuvent être à proximité de praticiens installés dans les communes limitrophes (Grenoble et Echirolles notamment).

Rappelons toutefois qu'en 2010, l'accessibilité potentielle localisée (APL) est, en moyenne, de 71 équivalents temps plein (ETP) de médecins généralistes libéraux pour 100 000 habitants, mais elle est inférieure à 31 ETP pour 100 000 habitants pour les 5% d'habitants ayant l'accessibilité la plus faible<sup>14</sup>.

Par ailleurs, les pratiques des renonçants paraissent plus chaotiques. Le tableau 11 indique ainsi que :

<sup>11</sup> Source : [www.amelie.fr](http://www.amelie.fr)

<sup>12</sup> Romestaind P. (coord.), 2011, « La démographie médicale à l'échelle des bassins de vie en région Rhône-Alpes. Situation au 1<sup>er</sup> juin 2011 », Ordre national des médecins. [http://www.conseil-national.medecin.fr/system/files/Atlas\\_Rhone\\_Alpes\\_2011.pdf?download=1](http://www.conseil-national.medecin.fr/system/files/Atlas_Rhone_Alpes_2011.pdf?download=1)

<sup>13</sup> Romestaind P. (coord.), 2011, op. cit., p. 36.

<sup>14</sup> Le seuil de l'accessibilité est calculé en temps (minutes en voiture) entre la commune du patient et celle du médecin : à moins de 5 mn, l'accessibilité est jugée « totale », à plus de 15 mn elle est supposée « nulle ». Cf. Barlet M, et al., « L'accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux », DREES/IRDES, *Etudes et résultats*, n° 795, mars 2012. <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er795.pdf>

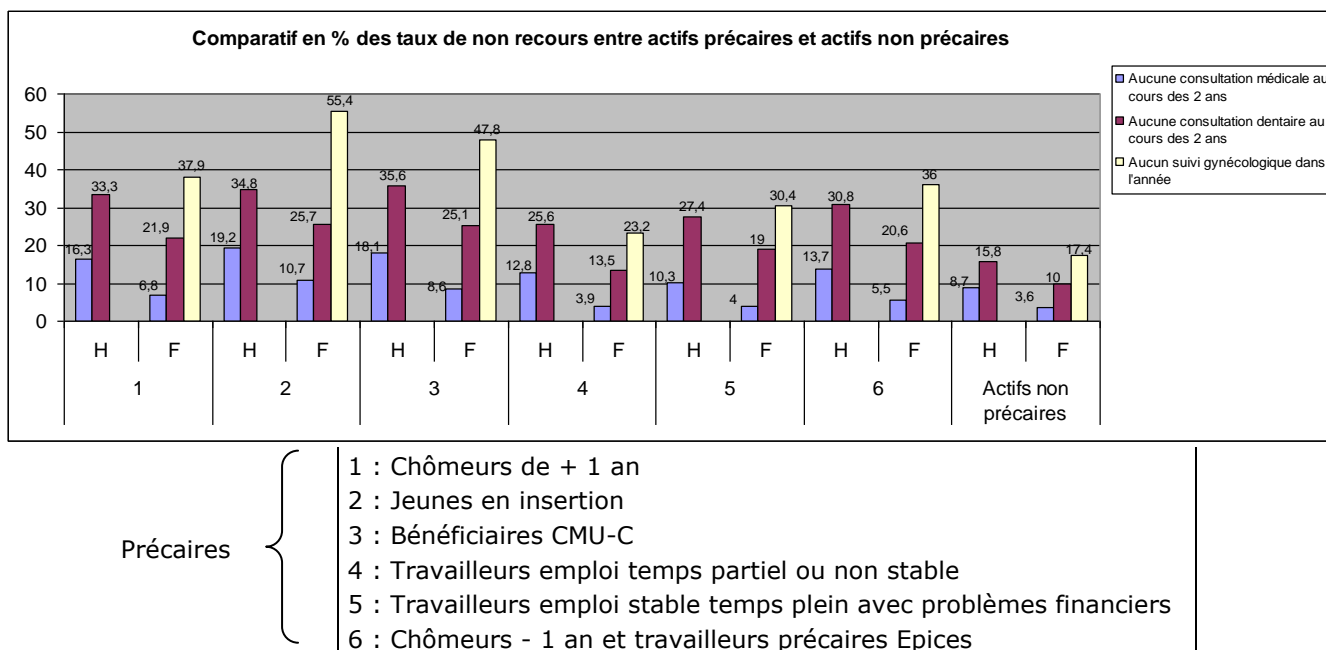
- les renonçants consulteraient moins les dentistes (55% de non consultation les deux dernières années contre 39,5% chez les non-renonçants) et les femmes seraient moins suivies régulièrement sur le plan gynécologique (65,8% contre 56,5%) ;
- les parcours de santé seraient plus incertains : les reports de visites et les rendez-vous non honorés sont nettement plus fréquents chez les renonçants ;
- en revanche, les renonçants s'efforceraient davantage à acheter les médicaments et à respecter les prescriptions ;
- pour autant, chez eux le sentiment de ne pas avoir été accepté en consultation serait plus fort.

**Tableau 11 : Pratiques de santé**

<b>Critères</b>	<b>Total répondants</b>	<b>Renonçants</b>	<b>Non-renonçants</b>
Consultation d'un généraliste ou spécialiste au cours des 2 ans	n=439 TR=95.9% Oui : 74,5% Non : 25,5%	Oui : 73,7% Non : 26,3%	Oui : 76% Non : 24%
Consultation d'un dentiste au cours des 2 ans	n=445 TR=97.2% Oui : 50,1% Non : 49,9%	Oui : 45% Non : 55%	Oui : 60,5% Non : 39,5%
Suivi gynécologique régulier, une fois par an (F)	n=342 TR=74.7% Oui : 37,1% Non : 62,9%	Oui : 34,2% Non : 65,8%	Oui : 43,5% Non : 56,5%
Rendez-vous médicaux non honorés	n=414 TR=90.4% Oui : 45,4% Non : 54,6%	Oui : 61,5% Non : 38,5%	Oui : 15,3% Non : 84,7%
Report de visite médicale	n=444 Tr=96.9% Oui : 65,3% Non : 34,7%	Oui : 83,9% Non : 16,1%	Oui : 27,4% Non : 72,6%
Achat de tous les médicaments prescrits	n=431 Tr=94.1% Oui : 67,3% Non : 32,7%	Oui : 75,6% Non : 24,4%	Oui : 50,7% Non : 49,3%
Respect des Prescriptions	n=430 TR=93.9% Oui : 65,8% Non : 34,2%	Oui : 68,1% Non : 31,9%	Oui : 61,3% Non : 38,7%
Sentiment d'avoir été refusé(e) par un médecin	n=433 TR=94.5% Oui : 42% Non : 58%	Oui : 56,1% Non : 43,9%	Oui : 13,9% Non : 86,1%

L'absence de consultations et de suivis gynécologiques est significative au regard des résultats détaillés que nous avons produits avec le CETAF dans le cadre de la recherche pour l'Agence nationale de la recherche<sup>15</sup>. En effet, les taux trouvés à Pont-de-Claix sont équivalents, sinon supérieurs, à ceux trouvés à l'échelle nationale, présentés dans le graphique suivant.

**Graphique 2 : Prévalence du non recours aux soins selon les populations d'actifs précaires ou non précaires (échelle nationale)**



<sup>15</sup> Warin P. (coord.), 2009, op. cit.

<http://odenore.msh-alpes.fr/non-recours-aux-soins-actifs-precaires-rapport-final>

## 5. Prévention

**Tableau 12 : Prévention**

Critères	Total répondants	Renonçants	Non-renonçants
Test Hémoccult tous les 2 ans 50-74 ans)	n=237 TR=51.7% Oui : 24,5% Non : 75,5%	Oui : 14,7% Non : 85,3%	Oui : 45,9% Non : 54,1%
Test dépistage du cancer du sein (F : 50-74 ans)	n=221 TR=48.3% Oui : 29% Non : 71%	Oui : 19,8% Non : 80,2%	Oui : 54,2% Non : 45,8%
Frottis dépistage cancer de l'utérus (F : 25-65 ans)	n=318 TR=69.4% Oui : 36,2% Non : 63,8%	Oui : 31,4% Non : 68,6%	Oui : 46,9% Non : 53,1%

Le renoncement à des soins apparaît comme aussi un marqueur de nettes différences en matière de prévention. Le recours aux dispositifs de prévention de cancer mis en place dans le département de l'Isère par l'Office départemental de lutte contre le cancer (ODLC) est plus faible chez les renonçants que chez les non-renonçants. Alors que l'ODLC signale un taux moyen de recours de 40%, il apparaît que :

- près de 15% des renonçants recourent au test Hémoccult (près de 46% pour les non-renonçants) ;
- et près de 20% des renonçantes recourent au test de dépistage du cancer du sein (plus de 54% parmi les non-renonçantes).

L'écart est plus faible en ce qui concerne le dépistage du cancer du col de l'utérus (31,4% de recours chez les renonçantes contre 46,9% parmi les non-renonçantes). Il est de même amplitude que celui concernant le suivi gynécologique (voir tableau 11) ; suivi qui inclut aussi la pratique du frottis.

On sait les différences entre pratiques et opinions, mais force est de constater au travers du tableau 13, que les renonçants, qui sont donc plus éloignés des pratiques de prévention, demandent davantage d'engagements ou d'actions sur de nombreux aspects de santé que les non-renonçants.

Cela peut paraître paradoxal ; pour autant, ce constat interroge sur l'existence d'un réel besoin d'information et d'accompagnement en matière de santé, des renonçants en particulier qui sont à la fois plus vulnérables socialement et davantage exposés à des parcours de santé chaotiques.

**Tableau 13 : Préoccupations en matière de santé. « On s'en occupe ... »**

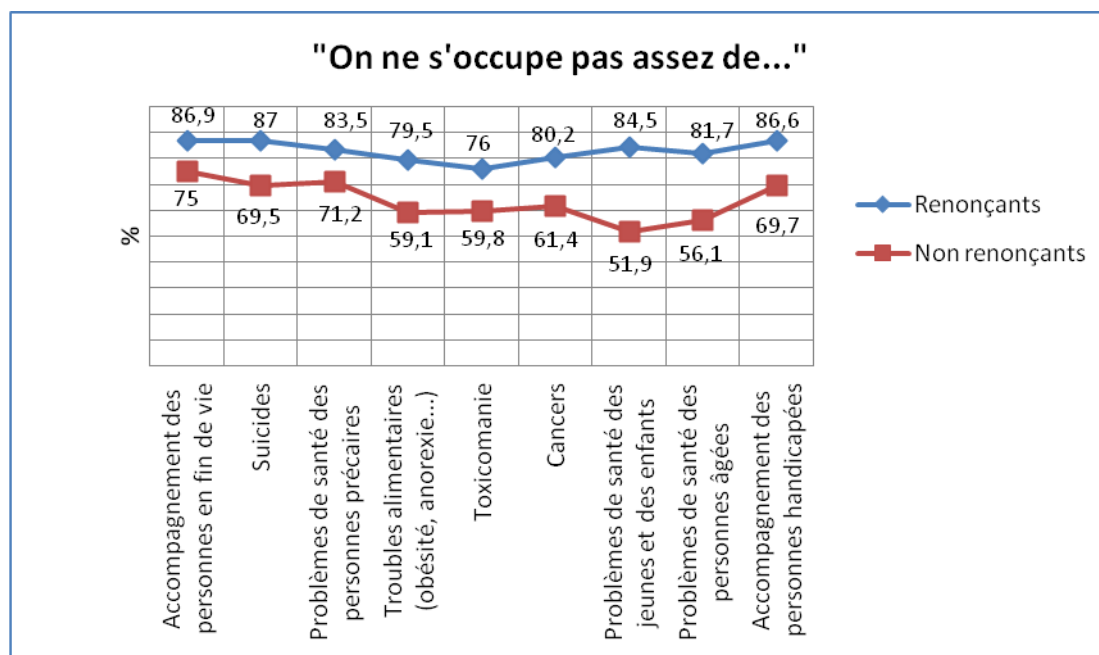
<b>Critères</b>	<b>Total répondants</b>	<b>Renonçants</b>	<b>Non-renonçants</b>
Accompagnement des personnes en fin de vie	n=407 TR=88.9% Comme il faut : 15,5% Pas assez : 83% Trop : 1,5%	Comme il faut : 11,3% Pas assez : 86,9% Trop : 1,8%	Comme il faut : 24,2% Pas assez : 75% Trop : 0,8%
Suicides	n=408 TR=89.1% Comme il faut : 13,2% Pas assez : 81,4% Trop : 5,4%	Comme il faut : 7,9% Pas assez : 87% Trop : 5,1%	Comme il faut : 24,4% Pas assez : 69,5% Trop : 6,1%
Problèmes de santé des personnes précaires	n=404 TR=88.2% Comme il faut : 15,1% Pas assez : 79,5% Trop : 5,4%	Comme il faut : 10,3% Pas assez : 83,5% Trop : 6,3%	Comme il faut : 25% Pas assez : 71,2% Trop : 3,8%
Troubles alimentaires (obésité, anorexie, ...)	n=400 TR=87.3% Comme il faut : 18,8% Pas assez : 73% Trop : 8,3%	Comme il faut : 12,1% Pas assez : 79,5% Trop : 8,4%	Comme il faut : 33,1% Pas assez : 59,1% Trop : 7,9%
Toxicomanies	n=403 TR=88% Comme il faut : 17,4% Pas assez : 70,7% Trop : 11,9%	Comme il faut : 11,4% Pas assez : 76% Trop : 12,5%	Comme il faut : 29,5% Pas assez : 59,8% Trop : 10,6%
Cancer	n=410 TR=89.5% Comme il faut : 19,8% Pas assez : 74,1% Trop : 6,1%	Comme il faut : 13,3% Pas assez : 80,2% Trop : 6,5%	Comme il faut : 33,3% Pas assez : 61,4% Trop : 5,3%
Problèmes de santé des jeunes et des enfants	n=412 TR=90% Comme il faut : 22,8% Pas assez : 73,8% Trop : 3,4%	Comme il faut : 11,6% Pas assez : 84,5% Trop : 4%	Comme il faut : 45,9% Pas assez : 51,9% Trop : 2,2%
Problèmes de santé des personnes âgées	n=400 TR=87.3% Comme il faut : 24% Pas assez : 73,3% Trop : 2,8%	Comme il faut : 14,6% Pas assez : 81,7% Trop : 3,7%	Comme il faut : 43,2% Pas assez : 56,1% Trop : 0,8%
Accompagnement des personnes handicapées	n=416 TR=90.8% Comme il faut : 16,8% Pas assez : 81,3% Trop : 1,9%	Comme il faut : 10,9% Pas assez : 86,6% Trop : 2,5%	Comme il faut : 29,5% Pas assez : 69,7% Trop : 0,8%

Sur tous les plans, les renonçants attendent davantage d'actions. Sans avoir interrogé les personnes sur les raisons, on peut néanmoins considérer que plusieurs explications entrent probablement en ligne de compte. Les réponses dépendent vraisemblablement de l'importance accordée aux sujets abordés au regard des situations individuelles ; de ce point de vue, on peut se sentir à chaque fois plus ou moins menacé ou

vulnérable. Elles varient aussi selon les représentations sociales ; cela renvoie notamment aux sentiments de compassion et de tolérance.

Des écarts d'opinion apparaissent un peu en ce qui concerne la santé des jeunes et des personnes âgées, et plus faibles par exemple à propos de la santé des précaires. Cependant il n'y a rien de significatif au travers de la distribution par âges et par quartiers (**Annexe 4**).

**Graphique 3 : Ecart d'opinion entre renonçants et non-renonçants**



Une politique d'information et d'éducation à la santé aurait cependant à impacter au mieux les populations qui renoncent à des soins. Or l'enquête montrant par ailleurs qu'entre renonçants et non-renonçants il y a également une différence en termes de participation à la vie locale, il faudrait dans ce cas s'interroger sur les modalités les plus efficaces pour atteindre les populations les moins participantes d'une façon générale.

**Tableau 14 : Participation citoyenne**

Critères	Total répondants	Renonçants	Non-renonçants
activités associatives	n=419 TR=91.5% Jamais/peu : 70,2% Souvent : 29,8%	Jamais/peu : 77,1% Souvent : 22,9%	Jamais/peu : 56,4% Souvent : 43,6%
fêtes communales/de quartier	n=415 TR=90.6% Jamais/peu : 78,8% Souvent : 21,2%	Jamais/peu : 82,7% Souvent : 17,3%	Jamais/peu : 70,8% Souvent : 29,2%
élections politiques	n=407 TR=88.9% Jamais/peu : 77,6%	Jamais/peu : 87,7%	Jamais/peu : 56,5%

	Souvent : 22,4%	Souvent : 12,3%	Souvent : 43,5%
activités liées à la vie scolaire	n=417 TR=91% Jamais/peu : 78,2% Souvent : 21,8%	Jamais/peu : 80,2% Souvent : 19,8%	Jamais/peu : 73,9% Souvent : 26,1%

## 5. Préoccupations générales

Les politiques de santé semblent cependant intéresser ou interpeler les Pontois(e)s. A côté du financement des retraites, le financement de l'assurance maladie et la santé et qualité des soins viennent en tête des préoccupations principales citées en premier ; le chômage et l'emploi étant la préoccupation première.

L'importance accordée à la santé est évidente aussi lorsque plus du tiers des répondant(e)s indique que la santé et qualité des soins est ce qui les préoccupe le plus en seconde position après le chômage et l'emploi, loin devant tous les autres sujets proposés.

La santé et qualité des soins est en tête chez les renonçants et les non-renonçants en tant que préoccupation principale, après le chômage et l'emploi. On note cependant une différence dans le classement des préoccupations principales citées en second : le logement, le financement des retraites et la sécurité étant mis en avant par les non-renonçants.

**Tableau 15 : Préoccupations générales (n=449 TR=98%)**

Critères	Total répondants	Renonçants	Non-renonçants
Préoccupation principale citée en premier			
1 Chômage, emploi	51,7%	54,6%	45,5%
2 Financement Sécu	17,6%	17,6%	17,5%
3 Financement retraites	13,1%	14,4%	10,5%
4 Santé, qualité soins	4,9%	4,2%	6,3%
Préoccupation principale citée en second			
1 Santé, qualité soins	32,6%	37,8%	22,1%
2 Chômage, emploi	11,5%	12,9%	2 Logement 11,4%
3 Ecole, qualité enseig	9,6%	10,1%	3 Fin <sup>ent</sup> retraites 10%
4 Sécurité	9,2%	8,7%	4 Sécurité 10%

Selon les classes d'âge, les réponses sont globalement les mêmes, aussi bien pour la préoccupation principale classée en premier (emploi et chômage) que pour celle classée en second (santé, qualité des soins). On note juste des différences aux deux classes extrêmes : les 60 ans et plus mettent le financement des retraites en tête des préoccupations principales classées en premier, alors que l'école et la qualité de l'enseignement est la préoccupation principale classée en second par les moins de 20 ans.

## Synthèse

L'enquête réalisée auprès de 458 Pontois(e)s rencontrés au hasard dans différents lieux publics au cours du second semestre 2011 indique principalement que :

- 32,4% des répondants déclarent ne pas avoir d'assurance complémentaire santé. C'est notamment le cas chez les moins de 26 ans au chômage, en emploi précaire ou en stage d'insertion.
- La proportion de personnes à la CMU-C (24,4% pour l'ensemble des répondants) est plus de 4 fois supérieure à la moyenne métropolitaine en 2010 (5,7%) et près de 6 fois supérieur à la moyenne départementale (4,1).
- 66,7% des répondants déclarent avoir renoncé à des soins médicaux, chirurgicaux ou dentaires au cours des 12 derniers mois, alors qu'ils en auraient eu vraiment besoin.
- Les raisons du renoncement sont financières (36,5%) et liées à un temps d'attente trop long (23,5%).
- 70,4% des renonçants indiquent que le manque de médecins à Pont-de-Claix les empêche de consulter plus souvent ; c'est le cas de 50,7% des non-renonçants.
- Les renonçants consulteraient moins les dentistes (55% de non consultation les deux dernières années contre 39,5% chez les non-renonçants) et les femmes seraient moins suivies régulièrement sur le plan gynécologique (65,8% contre 56,5%).
- Près de 15% des renonçants recourent au test Hémoccult (près de 46% pour les non-renonçants) ;
- Près de 20% des renonçantes recourent au test de dépistage du cancer du sein (plus de 54% parmi les non-renonçantes).
- Les parcours de santé seraient plus incertains : les reports de visites et les rendez-vous non honorés sont nettement plus fréquents chez les renonçants.

*Pourtant :*

- 58,2% des renonçants estiment leur état de santé comme assez bon à très mauvais ; 70,6% des non-renonçants le considèrent comme bon ou très bon.



- 61,4% des renonçants contre 23,9% des non-renonçants limitent leurs activités à cause de problèmes de santé.
- 35,6% contre 10,6% reçoivent des soins à domicile.
- 30,4% contre 6,2% déclarent avoir une ALD reconnue.

*Sachant que :*

- Les renonçants ont davantage d'enfants à charge : 56,1% contre 43,5% pour les non-renonçants.
- Les renonçants résident davantage dans les quartiers à majorité d'habitat public : 52,7% contre 34,2% pour les non-renonçants.
- 61,3% des renonçants contre 16,8% non-renonçants sont au chômage de plus ou de moins d'un an, ont un emploi à temps partiel ou non stable, ou sont en stage d'insertion (pour les jeunes).
- 74,4% des renonçants contre 47,1% des non-renonçants sont vulnérables à la précarité (du fait de leur situation financière et des faibles soutiens en cas de difficultés).

*Au final :*

- La santé et qualité des soins vient en tête des préoccupations principales chez les renonçants et les non-renonçants, après le chômage et l'emploi.

Outre ces résultats qui pourront aider la politique de la Ville de Pont-de-Claix en matière de santé, l'enquête réalisée peut aussi apporter des éléments utiles pour un outil d'enquête pérenne.

En particulier, le questionnaire mis en œuvre peut être appliqué à nouveau, nonobstant des modifications mineures concernant la formulation de quelques questions ou la suppression de certaines d'entre elles (la partie 6 sur les préoccupations est un peu plus périphérique).

Il faut également indiquer que le score EPICES peut être utilisé seul, très facilement. La corrélation entre renoncement à des soins et précarité est suffisamment marquée pour que l'usage du score seul aide efficacement à identifier la population la plus vulnérable au renoncement à des soins. Ce score, très facile d'application, est déjà utilisé par ailleurs, y compris dans l'activité courante de services, dans une perspective de repérage de populations cibles.

En tout état de cause, un nouvel emploi du questionnaire ou bien une utilisation du seul score EPICES exigera de réunir des conditions pour atteindre de grands effectifs et/ou pour constituer au départ un échantillon représentatif par la méthode des quotas.