



HAL
open science

Iniquités de recours aux soins, Gouvernance territoriale de santé; Contributions empiriques à la définition des politiques publiques

Magalie Vigé

► **To cite this version:**

Magalie Vigé. Iniquités de recours aux soins, Gouvernance territoriale de santé; Contributions empiriques à la définition des politiques publiques. Economies et finances. Université de Poitiers (France), 2017. Français. NNT: . tel-02085113

HAL Id: tel-02085113

<https://shs.hal.science/tel-02085113>

Submitted on 30 Mar 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Faculté
de Sciences
économiques



Iniquités de recours aux soins, Gouvernance territoriale de santé

Contributions empiriques à la définition des politiques publiques

Thèse pour le doctorat en Sciences Économiques

soutenue par

Magalie VIGÉ

le 19 décembre 2017

Membres du Jury

Martine AUDIBERT, Directrice de recherche CNRS, **Rapporteur**

Liliane BONNAL, Professeur des Universités

Olivier BOUBA-OLGA, Professeur des Universités, **Directeur de thèse**

Cornel OROS, Professeur des Universités, **Co-directeur de thèse**

Magali STEUER, Cheffe de projet, **Responsable scientifique** au sein de l'ARS Poitou-Charentes

Jérôme WITTWER, Professeur des Universités, **Rapporteur**

L'Université de Poitiers et l'ARS Nouvelle-Aquitaine n'entendent ni approuver ni désapprouver les opinions particulières de la candidate.

À Jérôme,

Remerciements

C'est non sans une certaine nostalgie que je pense à toutes les personnes qui ont contribué, parfois sans le savoir, à l'accomplissement de cette thèse. Pas simplement à ce manuscrit. À ces trois années. Ces quelques lignes ne sauront refléter toute la gratitude que j'éprouve à l'égard de chacune des personnes qui a su m'apporter son soutien. Soyez en tous vivement remerciés.

En premier lieu et tout particulièrement, je tiens à remercier Olivier Bouba-Olga, mon directeur de thèse. Son engagement avant même le début de cette thèse pour encadrer mes stages et trouver mon financement de thèse a été très important. Sa patience et ses encouragements dans les moments de doute ont été indispensables à chaque étape de ce travail. Je n'ai pas toujours su où ce travail de recherche me menait, mais sa confiance a été déterminante. J'ai pu réaliser, grâce à lui, la thèse que je souhaitais et qui me correspond. Merci également à Cornel Oros, mon co-directeur de thèse.

Je remercie ensuite les membres du jury qui m'ont fait l'honneur d'accepter d'évaluer ce travail de thèse, et plus particulièrement Martine Audibert et Jérôme Wittwer pour en avoir été les rapporteurs. Merci également à Liliane Bonnal pour ces conseils précieux, notamment sur deux des articles de cette thèse.

Cette thèse n'aurait pas pu voir le jour sans le soutien financier de l'Agence Régionale de Santé (ARS) Poitou-Charentes, puis Nouvelle-Aquitaine et de l'Association Nationale de la Recherche et de la Technologie (ANRT). À ce titre, je remercie François-Emmanuel Blanc qui m'a offert la très belle opportunité de débiter une carrière de chercheuse. Je remercie François Maury et François Fraysse qui ont conforté ma place au sein de l'ARS et m'ont fait confiance. L'autonomie qu'ils m'ont laissée dans la réalisation de mes travaux a été très précieuse.

Tout au long de ces trois années de CIFRE au sein de l'ARS, j'ai pu compter sur de nombreuses personnes. Je remercie chaleureusement Magali Steuer, ma responsable scientifique pendant deux ans, qui a su, dans cet exercice aussi nouveau pour elle que pour moi, me laisser ma place et me faire confiance. Je ne serais pas aussi aguerrie aux enjeux des politiques publiques de santé sans elle. Pendant ma thèse, j'ai eu la chance d'appartenir à une vraie équipe. Je remercie pour cela mes collègues du Cabinet de l'ARS Poitou-Charentes et du Pôle Pilotage de l'ARS Nouvelle-Aquitaine. Je remercie tout particulièrement Michelle Écault, sans qui ces trois années n'auraient pas été aussi agréables, et Fabien Le Jeune, qui plus qu'un collègue est devenu un ami. Je tiens également à remercier Sylvie Merlière et Marie-Laure Dubié, qui m'ont apporté leur soutien, chacune à leur manière. Un merci tout particulier à Pauline Schifano dont la détermination a été d'un grand secours pour

le quatrième chapitre de cette thèse. Je remercie enfin mes collègues du site d'Agen qui m'ont accueillie pendant un an, et particulièrement Angélique, Déborah et Florence.

Je pense au laboratoire CRIEF de l'Université de Poitiers, pour les conditions matérielles dont j'ai pu bénéficier. Merci surtout aux chercheurs du laboratoire. Je remercie tout particulièrement Lydie Ancelot et Marc-Hubert Depret qui ont contribué à cette thèse. J'ai une pensée pour Marie Ferru qui, la première, m'a parlé de faire une thèse, alors que je n'étais qu'en L3 ! Je remercie également Noëlle Duport pour son appui indispensable lors de mes débuts d'enseignante peu assurés. Merci enfin à mes collègues doctorants – déjà docteurs pour certains – Étienne, Bastien, Ferdinand, Imen, Mihaela, Fatima, Éric et Emmanuel.

Ce travail n'aurait pas été possible sans les personnes qui ont rendu mon travail de terrain possible. Tout d'abord, un grand merci à Jérôme Cerisier qui m'a fait confiance et m'a permis de débiter mes travaux. Je remercie également Thierry Bourguignon et Karen Germaneau, sans qui l'enquête sur le renoncement aux soins n'aurait pas été la même. Merci à Juliette Ovelacq, pour son travail dans l'évaluation du PRS. Merci aux animatrices des CLS de Poitiers. Et un immense merci aux personnes qui ont nourri mes recherches : à toutes les personnes qui ont répondu à l'enquête sur le renoncement aux soins, à toutes celles que j'ai rencontrées dans le cadre de l'évaluation des CLS, aux partenaires de l'ARS qui ont joué le jeu de l'évaluation du PRS.

Surtout, un immense merci à mes parents, à ma famille et à mes amis. Ils ne savent pas à quel point ils ont contribué à l'achèvement de cette thèse. Je remercie enfin Guillaume. Sa patience et sa bienveillance ont été d'un précieux secours. À tous nos échanges passionnés, à tous ces chapitres que j'ai « terminés », à notre complicité, si rare.

Sommaire

Remerciements	7
Sommaire	11
Introduction générale	15
Partie 1. Les déterminants associés aux iniquités de recours aux soins	23
Chapitre 1. Le non-recours total aux soins des personnes en mauvaise santé en Europe : l'influence des caractéristiques socio-économiques et des comportements à risque	31
1. Introduction	31
2. Méthode	35
3. Données	36
4. Résultats.....	44
5. Conclusion	52
Chapitre 2. Renoncement aux soins et territoires : une analyse des facteurs individuels et contextuels du renoncement aux soins dentaires en Poitou-Charentes	55
1. Introduction	55
2. Une analyse territoriale du renoncement aux soins	57
3. Un modèle contextuel	60
4. L'analyse territoriale du renoncement aux soins.....	62
5. Les déterminants du renoncement aux soins dentaires en Poitou-Charentes.....	72
6. Conclusion	77
Partie 2. La gouvernance de la politique de santé : caractérisation de la prise de décision publique à l'échelle infranationale	81
Chapitre 3. Démocratie sanitaire et politique régionale de santé : une analyse de l'implication et du rôle des membres de la démocratie sanitaire en Poitou-Charentes	87
1. Introduction	87
2. La politique régionale de santé : une gestion renouvelée.....	89
3. Présentation de nos données	96
4. Participation et implication des membres de la démocratie sanitaire	99
5. Repérage des logiques de participation.....	101
6. La démocratie sanitaire : un rôle nuancé dans la politique régionale de santé.....	112
7. Discussion : quels enseignements pour la démocratie sanitaire ?	117

Chapitre 4. Création et pilotage de la politique locale de santé : le cas des Contrats Locaux de Santé (CLS) de la Vienne	121
1. Introduction	121
2. Les CLS de la Vienne	124
3. La création des CLS : le rôle fédérateur du diagnostic.....	125
4. Le fonctionnement des CLS : une conséquence de son pilotage.....	129
5. L'impact des CLS sur leurs bénéficiaires	133
6. Discussion	139
Conclusion générale	143
1. Les déterminants associés aux inéquités de recours aux soins	143
2. La gouvernance de la politique de santé : caractérisation de la prise de décision publique à l'échelle infranationale	144
Annexes.....	147
Bibliographie.....	151
Table des tableaux	159
Table des figures.....	161

Introduction générale

En 2012, 26% des français ont renoncé à au moins un soin pour raisons financières (Célant et *al.*, 2014), ce taux étant en constante augmentation depuis vingt ans. Les travaux conduits sur les iniquités de recours aux soins concluent au caractère inefficace du système de santé en matière d'équité horizontale, compte tenu de l'existence de barrières à l'accès aux soins. Ces barrières viennent surtout des caractéristiques sociales des individus, qui jouent un rôle majeur dans l'accès aux soins. Pourtant, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2009), un accès aux soins équitable entre tous les individus permettrait alors de réduire les inégalités sociales de santé.

Dans un contexte où la contraction des dépenses publiques pèse sur le financement de l'Assurance maladie, les enjeux en matière de politiques de santé portent aujourd'hui sur la capacité de chaque individu à accéder au bon soin au bon moment selon ses besoins. En France, où le progrès technique permet de proposer une offre de soins apportant qualité et sécurité, les barrières à l'accès aux soins portent sur la demande de soins, ainsi que sur l'accessibilité et la disponibilité de l'offre de soins (Chauvin et *al.*, 2012). Du côté de la demande de soins, les travaux indiquent que le recours aux soins est conditionné aux revenus des individus. Ils mettent notamment en évidence une corrélation entre type de couverture maladie et renoncement aux soins (Dourgnon, 2011). Bien que l'accessibilité financière ait fait l'objet d'importantes réformes (Encadré 1), les iniquités de recours aux soins persistent. Les réflexions sont alors alimentées par certaines études qui interrogent le lien entre revenus et état de santé : des populations affichant un même niveau de revenu présentent des états de santé différents, et au contraire, des populations aux niveaux de revenu différents présentent des états de santé comparables (De Koninck M. et *al.*, 2008) ; dans le même sens, certains bénéficiaires de dispositifs tels que la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) ne recourent pas à certains soins, malgré leur gratuité (Tuckett, 1978). D'un point de vue théorique tout d'abord, le lien entre inégalités sociales de santé et non-recours aux soins n'est pas clairement établi : rien ne justifie qu'un individu qui aurait un état de santé relativement plus dégradé ne recourt pas aux soins. Au contraire, si le principe d'équité horizontale était respecté, les individus dont l'état de santé est le plus dégradé devraient avoir tendance à accéder à plus de soins que la moyenne des individus. D'un point de vue empirique ensuite, les recherches montrent que le renoncement est lié à de multiples facteurs. Au travers d'une analyse socio-anthropologique, Desprès (2012) met en exergue les causes sous-jacentes du renoncement aux soins pour raisons financières. Elle distingue le renoncement-barrière du renoncement-refus, et souligne que ces deux types de renoncement se cumulent souvent dans les situations de (grande) précarité. Elle montre que le renoncement aux soins est la

conséquence d'un ensemble de contraintes : barrières financières, normes sociétales, représentations individuelles, *etc.* Du côté de l'offre de soins, Chauvin et *al.* (2012) expliquent que les organisations spatiale et temporelle de l'offre de soins jouent un rôle dans le recours aux soins. L'indisponibilité des professionnels de santé, au travers de leur faible densité sur certains territoires et du délai d'attente avant un rendez-vous, ajoutée à l'incapacité des individus à accéder à ces professionnels (problèmes de mobilité, coût du transport), est une raison de renoncement aux soins. Ainsi, l'ensemble des facteurs économiques, sociaux, culturels et géographiques ont une place majeure dans les iniquités de recours aux soins.

Encadré 1 : Les dispositifs de l'État face aux problèmes d'accessibilité financière aux soins

Pour favoriser un meilleur accès aux soins, l'État a instauré des dispositifs visant à réduire les problèmes d'accessibilité financière aux soins. En 2000, la Couverture Maladie Universelle (CMU) et la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) ont été mises en place. La première permet à toute personne non couverte par un régime obligatoire d'assurance maladie, sous critère d'éligibilité, de bénéficier d'un remboursement des soins et des médicaments. La CMU est gratuite pour les personnes ayant des ressources inférieures à un plafond révisé régulièrement, et payante à hauteur de 8% de leurs revenus fiscaux pour toutes les autres personnes. La CMU-C, délivrée sous conditions de ressources, est une couverture complémentaire santé gratuite qui se substitue à une couverture maladie complémentaire privée. Elle permet une prise en charge totale des dépenses de soins (aux tarifs opposables) et permet de ne plus avoir d'avance de frais, grâce au tiers payant. La CMU-C a généré un effet de seuil conséquent pour les personnes ayant des revenus faiblement supérieur au plafond d'éligibilité. L'État a alors mis en place en 2005 un système d'Aide à la Complémentaire Santé (ACS) qui permet aux personnes dont les revenus sont supérieurs au plafond de la CMU-C mais inférieurs à ce plafond majoré de 35% de recevoir un chèque santé à utiliser exclusivement pour souscrire un contrat de couverture complémentaire privée. Les études (Warin et *al.*, 2008 ; Dourgnon, 2011) ont montré que ces dispositifs – CMU, CMU-C, ACS – permettent aux individus qui en bénéficient de recourir davantage aux soins que ceux n'en bénéficiant pas. Pour autant, leur portée est limitée pour deux raisons principales. D'une part, ces dispositifs ont entraîné une nouvelle problématique : le non-recours aux droits. Cela signifie que des personnes qui pourraient bénéficier de ces dispositifs au regard de leurs ressources n'en font pas la demande. D'autre part, certains des bénéficiaires continuent de ne pas recourir aux soins à chaque fois qu'un besoin apparaît, notamment à cause des restes à charge. Bien que ceux-ci aient tendance à diminuer, on assiste en parallèle à une augmentation des prestations versées par les couvertures complémentaires, ce qui provoque

une hausse des coûts de ces complémentaires pour les assurés. Alors qu'en 2012, 95% des ménages français bénéficiaient d'une couverture complémentaire (Célan et *al.*, 2014), des différences de couverture étaient notables entre les individus, du fait essentiellement des différences de revenus. Ainsi, les personnes les plus précaires sont généralement les moins bien couvertes par ces complémentaires.

Tandis que leurs déterminants sont largement documentés, les iniquités de recours aux soins posent encore questions, notamment du point de vue de leur mesure. Plusieurs limites apparaissent dans les travaux. La littérature montre que les déterminants de l'état de santé, d'un côté, et ceux de l'accès aux soins, de l'autre, sont sensiblement les mêmes. Pourtant, les travaux n'identifient pas, au sein d'une même analyse, ceux qui influencent à la fois l'accès aux soins et l'état de santé. Il est alors rarement possible d'indiquer si les facteurs qui influencent le recours aux soins n'influencent pas avant tout l'état de santé. Par ailleurs, la question du territoire est assez peu étudiée. Pourtant, Chauvin et *al.* (2012) montrent que le renoncement aux soins pour raisons financières est plus fréquent dans les quartiers dits ZUS (Zones Urbaines Sensibles) que dans les quartiers non ZUS de type moyens et supérieurs, sans que cela ne soit nécessairement lié à l'offre de soins. Si ces deux limites étaient levées, les conclusions pourraient être différentes en matière de politiques publiques. Celles-ci ne seraient pas les mêmes si les inégalités sociales de santé représentaient davantage un problème d'état de santé que d'accès aux soins ou si l'offre de soins n'avait qu'un effet restreint comme semblent le montrer plusieurs études. **À partir de ces constats, des études doivent se développer pour apporter des éléments empiriques nouveaux permettant de mieux comprendre l'ensemble des facteurs associés aux iniquités d'accès aux soins, dans la perspective de mieux orienter l'action publique.**

Les recherches concernant les iniquités d'accès aux soins se concentrent principalement sur la compréhension des déterminants associés à ces iniquités. Peu s'intéressent à l'élaboration des politiques publiques de santé ayant pour objectif de rendre l'accès aux soins plus équitable. Nous considérons pourtant que ces travaux sont complémentaires si l'on veut améliorer les politiques publiques de santé. L'action publique occupe en effet une place centrale pour réduire les inégalités de recours aux soins. La charte d'Ottawa (1986) préconise le développement d'actions communautaires pour favoriser une meilleure prise en charge de leur santé par les individus eux-mêmes. La charte indique que « la promotion de la santé passe par la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l'élaboration et à la mise en œuvre des stratégies de planification en vue

d'atteindre une meilleure santé. Au cœur même de ce processus, il y a la dévolution de pouvoir aux communautés considérées comme capables de prendre en main leurs destinées et d'assumer la responsabilité de leurs actions ». Ainsi, des dispositifs de santé communautaire se sont développés un peu partout en France.

En 2010, l'État a souhaité institutionnaliser cette démarche. La gouvernance du système de santé a été complètement revue au travers de la loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » (HPST). L'apparition des Agences Régionales de Santé (ARS), relais du Ministère de la santé en région, a alors pour ambition de décloisonner les secteurs de l'ambulatoire, de l'hospitalier et du médico-social, et de favoriser le développement de la prévention dans toutes les politiques de santé. La loi impose aux ARS de construire une politique régionale de santé, déclinant la politique nationale tout en répondant aux besoins de la population locale. Cette politique régionale prend forme au travers des Projets Régionaux de Santé (PRS), politique des ARS sur cinq ans. Elle est construite avec l'ensemble des acteurs locaux regroupés en instances de démocratie participative en santé aux niveaux régional et infrarégional. Les PRS ont pour principaux objectifs la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé et l'amélioration de l'accès aux soins, notamment des plus démunis. Seules, les ARS peuvent difficilement tenir leurs ambitions. Elles choisissent alors de mettre en œuvre des actions de santé dans les territoires en partenariat avec les opérateurs locaux. Un des principaux dispositifs qui a vu le jour au sein de la loi HPST est le Contrat Local de Santé (CLS). Le CLS représente un outil de contractualisation entre l'ARS et une collectivité territoriale – bien souvent une commune ou un groupement de communes – permettant de développer des actions communes pour améliorer la santé des populations.

Des critiques ont émané au sujet de ce fonctionnement participatif. Les analyses montrent qu'il existe différents niveaux d'implication des acteurs locaux. Du fait des habitudes institutionnelles françaises, la véritable co-construction des politiques reste marginale. Par ailleurs, la démocratie participative s'est institutionnalisée à un point tel que les représentants des usagers se sont professionnalisés (Nonjon, 2003) et risquent de ne plus représenter les intérêts de tous les usagers. Ainsi, au lieu de permettre l'émancipation de tout le monde, ces instances semblent ne servir qu'un petit nombre d'individus. Les personnes les plus éloignées du système de soins sont également celles qui sont les plus éloignées de ces instances. **L'analyse de la prise de décision publique au travers de la démocratie participative doit permettre de rendre compte du fonctionnement de la gouvernance pour une définition plus large et partagée de l'action publique.** Les lieux d'élaboration des politiques publiques et d'expression des usagers représentent ainsi des objets d'analyse intéressants, encore peu étudiés.

Notre propos montre que les enjeux actuels des politiques de santé sont nombreux. Dans le prolongement des travaux actuels sur l'accès aux soins et sur la démocratie participative, et en nous appuyant sur leurs limites, nous cherchons dans cette thèse à mesurer les déterminants des iniquités de recours aux soins, et à interroger la gouvernance des politiques publiques mises en œuvre pour les réduire. Notre ambition est de formuler des préconisations en matière de politiques publiques à partir de résultats empiriques nouveaux. Quatre travaux empiriques questionnent les politiques de santé, tant sur le fond – favoriser un accès aux soins plus équitable – que sur la forme – favoriser une prise de décision locale participative en matière de santé. Notre travail empirique repose sur des données quantitatives et qualitatives. La mesure des iniquités de recours aux soins a été possible grâce à la mobilisation de bases de données de grande taille, aux niveaux européen et régional. L'évaluation de la gouvernance des politiques publiques de santé a combiné l'utilisation de bases de données locales, obtenues grâce à des questionnaires, et d'entretiens semi-directifs avec des acteurs locaux et des usagers. Le Tableau 1 présente les données et les méthodes utilisées dans cette thèse. Tout comme les données, les méthodes d'analyse sont variées : analyses statistiques et économétriques, analyse de données, analyses qualitatives.

Notre thèse se compose de deux parties. La première s'intéresse à la mesure des déterminants associés aux équités de recours aux soins. La seconde partie questionne la gouvernance de la politique de santé au travers des démarches participatives favorisant la prise de décision publique.

Tableau 1 : Composition et organisation de la thèse

	Objectifs de la recherche	Données	Méthodes
Déterminants associés aux iniquités de recours aux soins			
Chapitre 1	Étude des déterminants du non-recours aux soins total en Europe en 2010 ; Effets sur l'état de santé et sur le non-recours	SHARE, vague 4 de 2010 : enquête auprès de 58 489 individus en Europe	Statistiques descriptives Modèles <i>probit</i> à équation de sélection
Chapitre 2	Étude des déterminants du renoncement aux soins dentaires en Poitou-Charentes en 2015 ; Analyse contextuelle avec identification du rôle de l'offre de soins	Enquête sur le renoncement aux soins auprès de 10 700 habitants de Poitou-Charentes ; 2 500 répondants	Statistiques descriptives Modèles <i>probit</i> binaires
Gouvernance territoriale de santé : caractérisation de la prise de décision publique			
Chapitre 3	Étude de l'élaboration de la politique régionale de santé ; Implication et rôle des membres de la démocratie sanitaire dans l'élaboration du Projet Régional de Santé (PRS) de Poitou-Charentes en 2011	Enquête en ligne (92 répondants) et entretiens (9 groupes) auprès des membres de la démocratie sanitaire de Poitou-Charentes en 2015	Statistiques descriptives Analyse de données Analyse qualitative
Chapitre 4	Étude de la conception d'un dispositif local de santé ; Étude de cas des CLS de la Vienne, rôle du Comité de pilotage et des usagers	Enquête en ligne (75 répondants) auprès des membres des Comités de pilotage et entretiens (7 entretiens collectifs réunissant 36 personnes) auprès de quelques usagers des CLS de la Vienne (86) en 2016	Statistiques descriptives Analyse qualitative

La première partie de cette thèse fournit des éléments de compréhension des déterminants associés aux iniquités de recours aux soins au travers de deux études empiriques originales. Nous confrontons les différents déterminants associés aux iniquités de recours aux soins, aux échelles européenne et picto-charentaise, échelles auxquelles peu d'études ont été menées. Nous comblons en outre les deux limites que nous identifions dans la mesure de ces déterminants – la non prise en compte des déterminants de l'état de santé, d'un côté, et des caractéristiques des territoires, de l'autre. Nous nous concentrons sur ces deux limites et développons des stratégies d'analyse en conséquence. Puisqu'il n'existe pas une mesure mais plusieurs mesures des iniquités d'accès aux soins, avec chacune des avantages et des inconvénients, selon les moyens dont on dispose et les objectifs que l'on se donne, **nous mobilisons dans notre thèse à la fois les concepts de non-recours aux soins et de renoncement aux soins.**

Dans les deux chapitres qui constituent cette première partie, nous procédons à des travaux statistiques empiriques. L'analyse du non-recours aux soins est réalisée à partir de l'enquête européenne SHARE. Cette enquête collecte des données sur la santé, l'accès aux soins et les caractéristiques socioéconomiques de 50 000 personnes de 50 ans ou plus. En 2010, 1 626 européens se déclarant en mauvaise santé n'ont recouru à aucun soin, ce qui représente 6,76% de la population étudiée. Nous procédons alors à l'estimation des probabilités de ne recourir à aucun soin en sélectionnant les seules personnes qui se déclarent malades. Dans notre modèle, les déterminants testés ont à la fois un impact sur l'état de santé et sur le non-recours aux soins, impact qui joue la plupart du temps dans le même sens. L'impact des variables étudiées est d'ailleurs globalement plus fort sur l'état de santé que sur le non-recours.

Dans le cas du renoncement aux soins, nous réalisons une enquête en population générale dans la région Poitou-Charentes. Nous nous concentrons sur les soins dentaires, pour lesquels les renoncements sont les plus fréquents, que ce soit au niveau national ou dans cette enquête. Notre analyse contextuelle montre que les densités en dentistes n'influencent pas le renoncement aux soins dentaires ; les déterminants qui affectent le plus le renoncement aux soins sont des déterminants sociaux (mesurés à une échelle individuelle ou territoriale).

Le second axe de notre thèse apporte des éléments de réflexion pour l'élaboration des politiques publiques en matière de santé, dans le prolongement des travaux portant sur la prise de décision publique. Il s'intéresse à la participation des acteurs locaux dans l'élaboration des politiques publiques de santé. Nous entendons par acteurs locaux l'ensemble des parties prenantes – institutionnels, associations, habitants, *etc.* – qui sont de près ou de

loin en lien avec la politique de santé. En nous plaçant au niveau d'une Agence Régionale de Santé (ARS), nous cherchons à comprendre comment la gouvernance induite par la nouvelle gestion publique est mise en œuvre dans les territoires infranationaux et comment elle influence l'élaboration et la mise en œuvre des politiques de santé.

Dans le troisième chapitre de notre thèse, qui porte sur la démocratie sanitaire en Poitou-Charentes, nous analysons le degré de participation des acteurs locaux à la politique régionale de santé, et cherchons à identifier si cette participation a un impact sur la politique élaborée. Nous concluons au faible rôle de la démocratie sanitaire dans la prise de décision publique. Cela peut s'expliquer à la fois par la relative jeunesse de ce concept et par la position de l'ARS Poitou-Charentes. Les membres ont tout juste un rôle consultatif, comme indiqué dans la loi. L'ARS Poitou-Charentes ne semble pas avoir été plus loin dans l'implication des membres, ceux-ci ayant le sentiment que la démocratie sanitaire n'a pas eu d'effet sur le paysage administratif et/ou les processus de décisions. Les membres sont désormais en attente de pouvoir davantage s'exprimer. Ils attendent également que l'ARS rende davantage de compte, notamment en ce qui concerne la réalisation des actions prévues par le PRS et la prise en compte de leurs avis quant à la politique régionale de santé.

Le quatrième et dernier chapitre s'intéresse, quant à lui, à la conception et la gouvernance des Contrats Locaux de Santé déployés dans le département de la Vienne (86). Les CLS participent de la démocratie participative, bien qu'ils soient fortement impulsés par l'État. Leur positionnement entre approches ascendante et descendante en fait un sujet d'étude intéressant. Nous montrons que le temps de la création du CLS est important à la fois dans le choix des actions à mettre en œuvre et dans la mobilisation des partenaires locaux. Cette mobilisation semble plus efficace dans le CLS dont l'approche est la plus ascendante. Globalement, les CLS étudiés ne sont pas suffisamment ascendants pour être mobilisateurs. L'étape du diagnostic apparaît indispensable à la fois pour mieux cibler les actions et pour mobiliser davantage les acteurs locaux sur des problématiques partagées. Un pilotage large et coordonné semble également être une condition indispensable au bon fonctionnement du CLS. Enfin, la participation de la population est encore très timide. L'approche descendante d'une gouvernance participative, telle que souhaitée par l'État, ne crée pas – encore – les conditions escomptées pour une prise de décision concertée. Ces deux analyses apportent des éléments de réflexion pour l'élaboration des politiques publiques de santé locales.

Partie 1. Les déterminants associés aux iniquités de recours aux soins

La question des iniquités de recours aux soins est un enjeu important des politiques publiques de santé actuelles. Au-delà de ces enjeux de politiques publiques sur lesquelles nous reviendrons dans notre conclusion, et alors que les déterminants associés à ces iniquités ont été largement observés, un enjeu scientifique porte aujourd'hui sur la mesure des iniquités de recours aux soins. **L'objectif de la première partie de notre thèse est d'apporter des éléments empiriques nouveaux permettant d'enrichir la compréhension des déterminants associés aux iniquités de recours aux soins.**

Concernant d'abord la mesure de ces iniquités, les chercheurs ont à leur disposition trois méthodes empiriques différentes : la consommation effective de soins, le non-recours aux soins et le renoncement aux soins. Bien que ces méthodes aient chacune leurs avantages et leurs inconvénients, la question des besoins de soins y occupe une place centrale. En effet, pour juger des iniquités de recours aux soins, la consommation de soins doit être mise en cohérence avec les besoins de soins.

Le renoncement aux soins est certainement l'indicateur le plus abouti pour mesurer les iniquités d'accès aux soins. Il s'attache à mettre en relation les besoins de soins des individus et leur consommation réelle de soins. Si un individu n'a pas consulté de professionnel de santé alors qu'il en éprouvait le besoin, alors il est en situation de renoncement aux soins (Dourgnon et *al.*, 2012 ; Desprès et *al.*, 2011b). La mesure du renoncement souffre de trois limites principales. La première concerne l'accès aux données. La mesure du renoncement aux soins nécessite en effet une enquête en population générale, ce qui requiert du temps et des moyens financiers. La deuxième limite porte sur la déclaration du renoncement aux soins. Celle-ci est fortement liée à l'identification des besoins de soins, qui ne sont pas exprimés de la même façon selon les individus. Ainsi, une personne n'ayant pas conscience d'avoir besoin de soins, bien qu'elle en ait besoin d'un point de vue médical, ne va pas trouver nécessaire de consulter un médecin : elle ne déclarera donc pas renoncer aux soins. Les personnes qui déclarent renoncer aux soins sont donc celles qui sont capables de reconnaître leurs symptômes. Or les travaux montrent que ce sont les personnes les plus précaires qui repèrent le moins bien leurs besoins de soins (Desprès, 2012 ; Jusot, 2013). Enfin, la dernière limite concerne la fiabilité de cet indicateur. Le renoncement aux soins analyse les situations dans lesquelles les individus ressentent un besoin de soins avéré sur le plan médical, ainsi que les situations de potentielles surconsommations de soins dans lesquelles les individus ont le sentiment de

renoncer aux soins, alors que leur état de santé ne nécessite pas de prise en charge du point de vue médical (Tableau 2).

Tableau 2 : Distinction entre renoncement et non-recours aux soins

	Non-recours	Pas de non-recours
Renoncement	Population cible <i>(dans la pratique, il est difficile de savoir si un individu qui déclare renoncer est effectivement en situation de non-recours)</i>	Population paradoxale → <i>Situation de surconsommation de soins</i>
Pas de renoncement	Population paradoxale → <i>Situation dans laquelle les individus ne sont plus en mesure d'exprimer leurs besoins (question de l'autonomie individuelle, dans le sens où être autonome signifie être en mesure d'exprimer ses besoins)</i>	Hors analyse

Inspiré de Warin, 2011, « Renoncement à des soins et précarité », Renoncement aux soins : actes du colloque (Paris, 22 novembre 2011, p. 83).

Ce risque de surconsommation a conduit les chercheurs à savoir si le renoncement aux soins était un bon indicateur des difficultés d'accès aux soins, ou bien s'il reflétait des attentes fortes en matière de soins sans véritable besoin médical. Les travaux montrent des corrélations négatives entre le renoncement aux soins déclaré et la consommation effective de soins, à âge, sexe, état de santé et statut socioéconomique donnés (Allin et al., 2010 ; Dourgnon et al., 2012). Une expérimentation dans le Gard a montré que plus de 90% des personnes qui déclaraient renoncer aux soins avaient réellement besoin de soins selon un médecin (Warin et Chauveaud, 2014).

Les limites que portent les études sur le renoncement aux soins, notamment celle relative au temps et aux moyens financiers, les empêchent d'être davantage généralisées. Ainsi, le non-recours aux soins est plus aisé à mesurer et permet de travailler sur les iniquités de recours aux soins si l'on prend quelques précautions. Le non-recours aux soins est défini comme une situation d'absence de consommation de soins identifiée sur le plan médical (Warin et al., 2008 ; Warin, 2011). Il peut être identifié par rapport à une recommandation en matière d'accès aux soins (normes médicales), les manquements aux recommandations pouvant alors être facilement mesurés. Ainsi, la consommation réelle de soins peut être mise en perspective avec des recommandations nationales (comme celles de la Haute Autorité de Santé (HAS)) voire internationales (Organisation Mondiale de la Santé (OMS))¹. Cependant, il n'existe pas de normes de recours aux soins pour toutes les maladies. Techniquement, si le non-recours aux soins est facilement repérable dans les bases de données de l'Assurance Maladie pour les personnes atteintes d'affections de longue durée pour lesquelles les normes sont établies par la Haute Autorité de Santé (HAS), il est plus difficilement remarquable pour les autres

¹ Ces recommandations sont souvent critiquées car elles peuvent être à l'origine de l'accentuation d'inégalités sociales de santé (Inamo et al., 2005 ; Lombrail et Pascal, 2005).

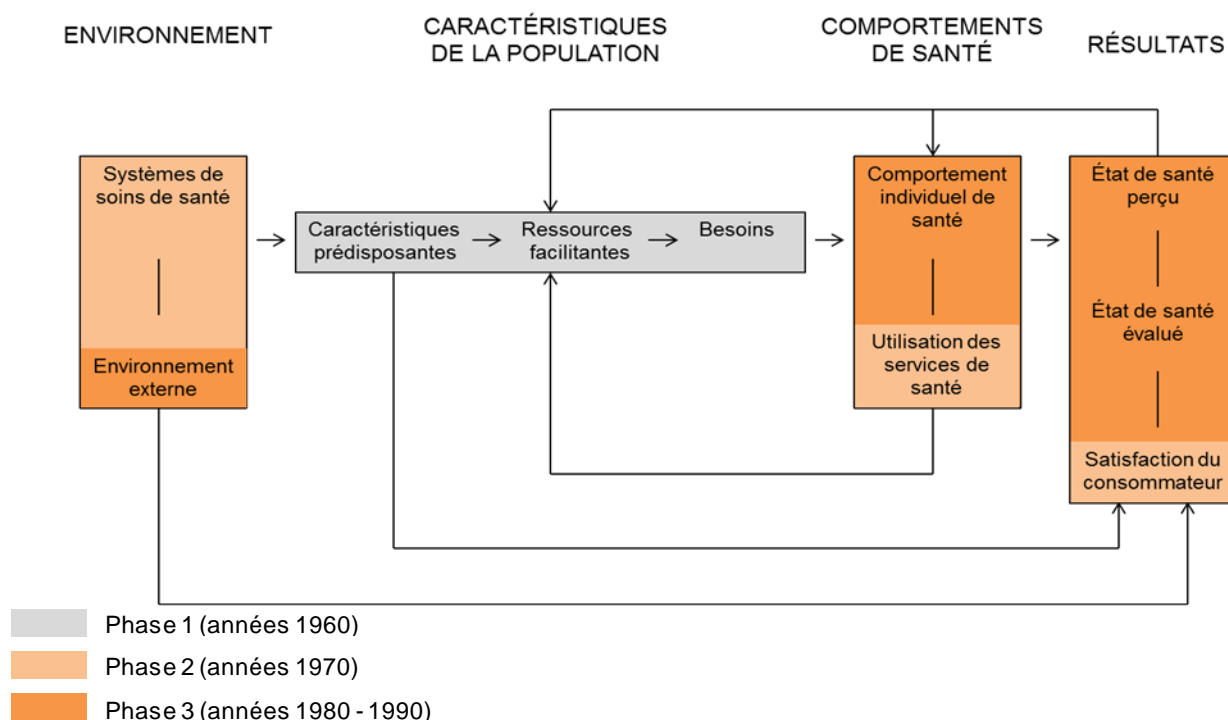
personnes. Il peut être identifié grâce à un examen médical de l'individu pendant lequel le médecin indique si l'individu a besoin de soins ou non. Le problème est que cette norme médicale sur laquelle s'appuie le non-recours aux soins n'est pas toujours dictée par les autorités sanitaires d'une part, et peut varier selon les personnes, professionnels de santé ou patients d'autre part (Desprès, 2012).

S'agissant ensuite des déterminants à analyser, nous nous appuyons sur le modèle comportemental d'Andersen. Dans les années 1960, Andersen (1968) a développé un modèle basé sur les sciences du comportement. Suite à plusieurs critiques (Mechanic, 1979 ; Rundall, 1981), de nouveaux travaux (Andersen et Newman, 1973 ; Aday and Andersen, 1974 ; Aday, 1993 ; Andersen, 1995) ont permis d'améliorer le modèle : l'individu a été placé au centre des analyses² et de nouveaux facteurs ont été intégrés (Andersen, 1995). Le troisième et dernier modèle, le plus abouti, a été proposé en 1995. Intéressant à double titre, ce modèle permet à la fois de prédire et d'expliquer l'accès aux soins. Chaque composante, prise de façon indépendante les unes des autres, contribue à prédire l'accès aux soins, tandis qu'un lien causal entre chaque facteur peut expliquer le recours aux soins (Andersen, 1995). Ainsi, le modèle s'adapte parfaitement au contexte français (bien qu'il ait été développé aux États-Unis) car il cherche simplement à identifier les déterminants du recours aux soins sans portée normative.

Le modèle d'Andersen intègre les déterminants sociaux, individuels et contextuels de l'accès aux soins et met en évidence un ensemble de facteurs favorisant ou entravant cet accès. Dans la lignée des modèles comportementaux, il prend en compte l'ensemble des caractéristiques individuelles et géographiques et leurs interactions. Il montre que les déterminants du recours aux soins sont nombreux et interdépendants entre eux. Dès 1968, Andersen identifie trois composantes principales qui influencent le recours aux soins : les caractéristiques prédisposantes des individus, leurs besoins ainsi que les ressources facilitant le recours aux soins (Figure 1).

² Le modèle a initialement été construit autour de la famille comme unité d'analyse. Andersen estime en effet que les soins reçus sont fonction des caractéristiques économiques, sociales et démographiques de la famille. La complexité de trouver des mesures qui prennent en compte l'hétérogénéité de la famille a conduit à un changement d'unité au profit de l'individu.

Figure 1 : Modèle comportemental de l'accès aux soins



Source : Andersen, 1995 – traduit et illustré par nous

Deux des principaux apports de la dernière configuration du modèle d'Andersen sont la mise en évidence du rôle de l'environnement externe, d'une part, et de l'interdépendance des relations, d'autre part. L'environnement externe englobe tous les facteurs liés à l'environnement dans lequel vit l'individu. Le modèle ne se restreint pas aux seuls facteurs physiques (eau, air, bruit) ; il prend également en compte les environnements économique et politique du territoire. Sur un territoire infranational, l'aspect politique correspond à la différence de mise en œuvre des différentes politiques publiques entre les territoires, et leurs interactions (éducation, santé, cohésion sociale, sport, emploi, etc.). Par ailleurs, nous remarquons que les caractéristiques des individus jouent sur leur utilisation des services de soins, et que tous les facteurs (comportements, résultats en santé) ont un impact sur les caractéristiques des individus.

Dans **le premier chapitre**, après avoir montré la multitude de facteurs liés aux iniquités de recours aux soins, nous montrons l'intérêt de mesurer le non-recours aux soins des seules personnes qui se déclarent en mauvaise santé. Nous définissons le non-recours comme une situation d'absence de consommation de soins identifiée sur le plan médical (Warin et al., 2008 ; Warin, 2011), par rapport à des normes médicales. Bien qu'il n'y ait pas de norme en la matière en France, nous faisons l'hypothèse que les personnes qui se déclarent en mauvaise santé sont en non-recours aux soins si elles n'ont vu aucun médecin au cours des

douze derniers mois. Plus précisément, nous considérons ne recourant à aucun soin les personnes se déclarant en mauvaise santé et n'ayant consulté aucun médecin au cours de l'année précédant l'enquête.

Cette hypothèse nous permet de lever le problème de l'endogénéité de l'état de santé. En effet, l'état de santé peut être jugé endogène dans les travaux sur les iniquités d'accès aux soins. D'un côté, le recours – ou non – aux soins a un impact sur l'évolution de l'état de santé (Dourgnon et *al.*, 2012). De l'autre côté, un mauvais état de santé a tendance à accentuer le risque de ne pas recourir aux soins : les besoins de soins étant plus nombreux, ils mènent à un risque plus important de renoncement (Dourgnon et *al.*, 2012). Par ailleurs, les travaux traitant des inégalités de santé (pour les déterminants de l'état de santé, voir Dahlgren et Whitehead, 1991), d'une part, et des inégalités de recours aux soins, d'autre part, font souvent état des mêmes facteurs explicatifs. Nous faisons donc l'hypothèse que les facteurs qui impactent le non-recours aux soins sont certainement les mêmes que ceux qui influencent l'état de santé. Pour isoler la spécificité de l'état de santé dans la question des iniquités d'accès aux soins, nous recourons à une méthode originale. Un *probit* à équation de sélection nous permet d'isoler les déterminants qui influencent l'état de santé, puis ceux qui jouent sur le non-recours aux soins.

Notre travail empirique est réalisé à partir de la quatrième vague de la base SHARE (Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe), réalisée en 2010. Cette base de données unique en Europe nous permet d'avoir accès à un grand nombre de personnes et de variables. Nos analyses montrent d'abord que la prise en compte du biais de sélection entre état de santé et non-recours aux soins, au travers du modèle à équation de sélection, est pertinente : les déterminants testés ont à la fois un impact sur l'état de santé et sur le non-recours aux soins, impact qui joue la plupart du temps dans le même sens. Les inégalités sociales semblent même plus fortes quand il s'agit de différences d'état de santé que d'iniquités de recours aux soins. Nous montrons ensuite qu'à côté des contraintes financières, les caractéristiques sociales et les comportements à risque influencent fortement le non-recours aux soins. L'âge, le revenu, le niveau d'éducation, le fait d'être en couple, le nombre élevé d'enfants, le réseau social et les maladies chroniques sont négativement corrélés au non-recours total aux soins. Au contraire, le fait d'être un homme, et d'être au chômage ou homme ou femme au foyer est positivement corrélé au non-recours. Par ailleurs, les conduites à risque et les déterminants sociaux jouent un rôle important, notamment lorsqu'ils se cumulent. Nous observons enfin des différences significatives entre les pays : la situation de l'Estonie est atypique, la probabilité de ne pas recourir aux soins y étant particulièrement forte.

Comme le montre Andersen (1995), l'éloignement des services de santé, la saturation de l'offre locale, le coût du transport, au niveau local, et les différences de financement et d'organisation des systèmes de santé, au niveau global, peuvent accentuer les iniquités de recours aux soins. Dans ce premier travail empirique, la disponibilité des données ne nous a pas permis d'approfondir davantage l'analyse sur ce point.

Afin de prendre en compte les aspects territoriaux des iniquités de recours aux soins, **notre deuxième chapitre** s'intéresse au renoncement aux soins au travers d'une enquête unique réalisée en 2015 en Poitou-Charentes spécifiquement sur ce sujet. Comme indiqué précédemment, le renoncement aux soins ne peut être étudié qu'à partir d'une enquête en population générale. Cela demande du temps et des moyens financiers, ce dont nous avons pu bénéficier lors de cette thèse. Le travail mené sur le renoncement aux soins a permis d'interroger près de 2 500 personnes sur le territoire de l'ancienne Région Poitou-Charentes. Dans cette étude, il ne semble pas pertinent de mettre de côté les personnes en bonne santé, celles-ci étant 50% à déclarer renoncer aux soins.

Ce chapitre se concentre sur le renoncement aux soins dentaires. Les soins dentaires sont en effet les soins auquel les individus renoncent le plus fréquemment : 22% des individus ont renoncé à au moins un soin dentaire en 2015 en Poitou-Charentes. C'est quatre points de plus qu'en France entière en 2012 (Célan et *al.*, 2014). L'accès aux soins dentaires représente en outre un enjeu majeur en matière d'inégalités sociales. Les soins dentaires sont les soins les moins bien remboursés alors que ce sont ceux qui ont sans doute le plus d'impact sur les vies professionnelle et sociale des individus.

Nous nous concentrons sur l'aspect territorial du renoncement et cherchons à dépasser les limites habituelles des travaux qui ne s'intéressent qu'aux déterminants propres aux individus. En effet, certains travaux montrent un lien entre iniquités de recours aux soins et territoires (Chauvin et Chaix, 2005 ; Trugeon et *al.*, 2006 ; Chauvin et Parizot, 2007). Chauvin et *al.* (2012) montrent en outre que le renoncement aux soins pour raisons financières est essentiellement lié à des caractéristiques individuelles. Dans la continuité de ces travaux, nous proposons une analyse territoriale du renoncement aux soins dentaires et en mesurons les déterminants, à l'échelle d'une région. Les caractéristiques du territoire sont alors vues comme des déterminants sociaux. Pour cela, nous identifions dans un premier temps les déterminants individuels associés au renoncement aux soins. Nous tenons notamment compte des délais d'attente et de la densité des dentistes. L'utilisation de données territoriales associées aux données individuelles nous permet ensuite d'identifier et d'expliquer les différences territoriales de renoncement aux soins.

D'un point de vue méthodologique, notre analyse contextuelle permet d'obtenir des résultats plus précis qu'une analyse exclusivement basée sur des données mesurées à l'échelle du territoire. Après ajustement sur les variables individuelles, nos analyses mettent en avant quelques déterminants contextuels, parmi lesquels ne figurent pas les densités de dentistes. Celles-ci ne sont pas un facteur de renoncement, ce qui est cohérent avec la littérature empirique. Ce résultat est très intéressant, notamment quand on le met en lien avec le rôle important des délais d'attente. Ce n'est donc pas tant le positionnement géographique des praticiens qui impacte le renoncement aux soins dentaires que la saturation de l'offre. Finalement, nous montrons que les caractéristiques sociales des individus, mesurées à une échelle individuelle ou collective, sont les principaux facteurs du renoncement aux soins dentaires en Poitou-Charentes. Les effets de composition apparaissent comme majeurs dans les iniquités de recours aux soins.

Chapitre 1

Le non-recours total aux soins des personnes en mauvaise santé en Europe : l'influence des caractéristiques socio-économiques et des comportements à risque³

Résumé

Ce premier chapitre propose une analyse empirique du non-recours total aux soins à partir d'une base de données originale, jamais utilisée à notre connaissance sur ce sujet : l'enquête européenne Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). Considérant que l'état de santé peut causer un problème d'endogénéité dans la mesure du non-recours aux soins, nous concentrons notre analyse sur les seules personnes qui se déclarent en mauvaise santé. Nous estimons que les personnes en mauvaise santé sont en situation de non-recours aux soins si elles n'ont consulté aucun professionnel de santé en un an. Un modèle à équation de sélection permet alors de neutraliser le rôle sur l'état de santé des différents facteurs que nous testons. Nous pouvons alors identifier le rôle de ces mêmes facteurs sur le non-recours total aux soins des personnes qui se déclarent en mauvaise santé. À côté des contraintes financières, les caractéristiques sociales et les comportements à risque influencent fortement ce non-recours. Le cumul des déterminants sociaux et des conduites à risque est également très marquant, pouvant dans certains cas multiplier par dix la probabilité de ne recourir à aucun soin. Nous observons enfin des différences significatives entre les pays, sans être capables d'approfondir l'analyse sur ce point.

1. Introduction

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2009), un accès aux soins équitable entre tous les individus permettrait de réduire les inégalités sociales de santé. Pourtant, les études menées sur le recours aux soins indiquent que le nombre de visites chez le médecin est inégalement distribué parmi les groupes socio-économiques, à âge, sexe et état de santé donnés (Jusot et al., 2011 ; Or et al., 2009). Ces iniquités dans la consommation de soins apparaissent dans la plupart des pays européens, et toujours en faveur des groupes de revenus les plus élevés (Couffinhal et al., 2004 ; Mielck et al., 2009 ; Or et al., 2009).

³ Ce chapitre a été co-écrit avec Olivier Bouba-Olga (CRIEF, Poitiers).

Face à ces constats, les travaux sur les inégalités de recours aux soins se sont multipliés depuis la fin des années 1990 pour tenter d'expliquer les problèmes d'accès aux soins. Les inégalités de recours aux soins peuvent être mesurées grâce à différents outils (consommation réelle de soins, renoncement aux soins). Nous choisissons dans ce chapitre de travailler sur le non-recours aux soins, défini comme une situation d'absence de consommation de soins identifiée sur le plan médical (Warin et *al.*, 2008 ; Warin, 2011), par rapport à des normes médicales. En France, il n'existe pas de norme quant au nombre de rendez-vous médicaux qu'une personne devrait avoir chaque année. Dans ce chapitre, nous faisons l'hypothèse que les personnes qui se déclarent en mauvaise santé sont en non-recours aux soins si elles n'ont vu aucun médecin au cours des douze mois précédant l'enquête. Nous concentrons donc notre analyse sur cette population. Dans notre base de données, 1 626 européens se déclarant en mauvaise santé n'ont recouru à aucun soin en 2010, ce qui représente 6,76% de la population étudiée.

Conformément à l'approche la plus courante, les iniquités de recours aux soins sont significativement associées aux revenus des individus, à leur niveau d'éducation et à leur situation professionnelle. Les modélisations théoriques sur la demande de biens et services médicaux (Grossman, 1972 ; Phelps, 1973) s'accordent à montrer que les prix de ces biens et services et le revenu sont déterminants dans la consommation de soins. Les coûts liés aux soins, tels que les avances de frais, les restes à charge ou les coûts de transport, sont sources d'iniquités, mais ne se révèlent pas de la même façon selon les populations. Ainsi, les travaux sur données françaises révèlent que l'accès aux soins est conditionné aux revenus, ce qui mène notamment à des différences de recours selon les catégories socioprofessionnelles (CSP). Par extension, la situation professionnelle induit des écarts de recours, les personnes sans emploi ou au chômage renonçant plus que les actifs occupés. En outre, les travaux révèlent que l'accès aux soins est conditionné aux revenus, ce qui mène notamment à des différences de recours selon les catégories socioprofessionnelles, et qu'une corrélation existe entre type de couverture maladie et non-recours aux soins (Warin et *al.*, 2008 ; Dourgnon, 2011). Une fois pris en compte le niveau de couverture, les taux de recours demeurent moins élevés chez les groupes sociaux les plus défavorisés. L'étude basée sur l'ESPS⁴ montre en outre qu'au sein de ces groupes sociaux – à revenu, niveau d'éducation et situation professionnelle donnés – les individus cumulant des expériences de précarité passée, présente ou anticipée, renoncent plus aux soins que les autres (Dourgnon et *al.*, 2012). Ces constats suggèrent alors un cercle vicieux lié à la précarité, mettant en évidence un fort gradient social entre précarité et état de santé (OMS, 2009), d'une part, et précarité et recours, d'autre part. Par ailleurs, les travaux s'accordent à montrer que les individus les moins

⁴ L'Enquête sur la Santé et la Protection Sociale (ESPS), pilotée par l'IRDES, est réalisée tous les deux ans.

éduqués – l'éducation étant entendu ici comme la scolarisation – font face à plus de barrières (informationnelles, culturelles, *etc.*) dans l'accès aux soins. Cela se traduit alors par une moindre capacité à détecter et à exprimer ses besoins de soins (Parizot, 1998 ; Desprès, 2012 ; Jusot, 2013), une moins bonne connaissance du système de soins (Dourgnon et *al.*, 2012), une non observance thérapeutique (Becker, 1998), une moins bonne réception aux messages de prévention (Oakes et *al.*, 2004 ; Peretti-Watel, Constance, Guilbert, Gautier, Beck et Moatti, 2007) et une forte préférence pour le présent (Peretti-Watel, Halfen et Grémy, 2007).

Au-delà de l'impact des conditions socio-économiques sur le recours aux soins, certains travaux interrogent le rôle des relations sociales dans les décisions de santé. Desprès (2012) montre par exemple que le soutien social peut compenser une prise en charge partielle des soins, notamment dans les milieux précaires. Le rôle de ces relations sociales fait référence au concept de capital social. Ce capital social, au travers de la confiance mutuelle (Dasgupta, 2005) véhiculée par la diffusion de réseaux et de normes propres au groupe (Putnam et *al.*, 1993), facilite l'accès des individus à certaines ressources, soins et santé notamment. Les personnes détenant du capital social bénéficient ainsi de soutiens financier et émotionnel, induisant une influence positive sur l'état de santé et l'accès aux soins (Peretti-Watel, 2006 ; Warin et *al.*, 2008). En outre, le capital social permet la diffusion d'informations au sein d'un même groupe social et donc une diffusion des normes de santé propres au groupe, en ce qui concerne notamment les comportements à risque (tabagisme, alcoolisme, alimentation déséquilibrée, *etc.*) et la méfiance vis-à-vis du système de soins (Rode, 2010).

En ce qui concerne les caractéristiques individuelles, les études ne s'accordent pas toujours sur les rôles de l'âge et du sexe dans le recours aux soins. Certains travaux (Warin et *al.*, 2008) montrent que les hommes recourent moins aux soins que les femmes, notamment dans des situations d'isolement social. Les hommes ont en outre tendance à faire peu attention à leur corps, ce qui s'explique notamment par le rôle et la place que les hommes doivent tenir dans nos sociétés patriarcales. Les soins que les femmes apportent à leurs enfants d'une part, et à elles-mêmes, au travers de la maternité, du suivi de leurs grossesses, des soins esthétiques, d'autre part, favorisent une meilleure prise en charge de leur santé par les femmes elles-mêmes. Cette meilleure prise en charge peut à l'inverse expliquer que les femmes renoncent davantage aux soins que les hommes (Dourgnon, 2011) : les femmes s'estimant en moyenne en plus mauvaise santé que les hommes (Shmueli, 2003), les « différences de renoncement entre hommes et femmes traduisent (...) des différences d'attente en matière de soins » (Dourgnon, 2011, p.14). Les mères de familles monoparentales ont notamment tendance à moins recourir aux soins que les hommes vivant dans la même situation (INSEE, 2004), la différence étant alors davantage liée à des difficultés financières

que spécifiques au genre. S'agissant de l'âge, l'état de santé se dégradant naturellement au fil des années, plus les individus vieillissent, plus ils ont besoin de soins. Ainsi, la probabilité de recourir aux soins devrait augmenter avec l'âge. Pour autant, quand il existe, le moindre recours aux soins des personnes âgées peut être lié à la fois au fait qu'elles aient connu un système de soins moins bien développé et aux inégalités de revenu qui persistent à la retraite entre les différentes catégories socioprofessionnelles (Grand et *al.*, 2000).

Outre les déterminants individuels et sociaux, nous nous intéressons à la dimension géographique du non-recours aux soins. Au niveau local, l'éloignement des services de santé, la saturation de l'offre locale, le coût du transport sont autant de facteurs qui impactent positivement ce non-recours. Ces facteurs jouent un rôle plus important dans les zones rurales, même s'il existe parfois des différences notables entre les quartiers d'une même ville (Chauvin et *al.*, 2012). Au niveau macroéconomique, les différences de financement et d'organisation des systèmes de santé (niveau de couverture par l'assurance publique, complémentaires privées, médecin référent, *etc.*) créent des différences d'accès aux soins entre les territoires, la population n'étant pas couverte partout de la même manière. Le coût des soins supporté par le patient est alors différent selon les pays.

Toutes ces études ont largement contribué à la compréhension des iniquités de recours aux soins. Dans le prolongement de ces travaux, nous proposons d'étudier les facteurs liés au non-recours aux soins au moyen d'une approche originale. À partir de la quatrième vague de l'Enquête SHARE (Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe) menée en 2010⁵, nous nous intéressons aux personnes de cinquante ans et plus qui se déclarent en mauvaise santé. Une régression à équation de sélection nous permet d'isoler les facteurs qui jouent sur l'état de santé des individus afin de mettre en évidence ceux qui jouent sur le non-recours aux soins.

L'intérêt d'utiliser cette base de données est de disposer d'un échantillon de grande taille à l'échelle européenne, alors qu'à notre connaissance les travaux existants s'appuient sur des enquêtes nationales ou infranationales. Les données disponibles permettent de tester un nombre conséquent de déterminants : i) les caractéristiques biologiques, économiques, et sociales des individus ; ii) leurs conduites à risques ; iii) l'existence éventuelle d'effets

⁵ This paper uses data from SHARE wave 4 release 1.1.1, as of March 28th 2013 (DOI: 10.6103/SHARE.w4.111) or SHARE wave 1 and 2 release 2.6.0, as of November 29th 2013 (DOI: 10.6103/SHARE.w1.260 and 10.6103/SHARE.w2.260) or SHARELIFE release 1, as of November 24th 2010 (DOI: 10.6103/SHARE.w3.100). The SHARE data collection has been primarily funded by the European Commission through the 5th Framework Programme (project QLK6-CT-2001-00360 in the thematic programme Quality of Life), through the 6th Framework Programme (projects SHARE-I3, RII-CT-2006-062193, COMPARE, CIT5-CT-2005-028857, and SHARELIFE, CIT4-CT-2006-028812) and through the 7th Framework Programme (SHARE-PREP, N° 211909, SHARE-LEAP, N° 227822 and SHARE M4, N° 261982). Additional funding from the U.S. National Institute on Aging (U01 AG09740-13S2, P01 AG005842, P01 AG08291, P30 AG12815, R21 AG025169, Y1-AG-4553-01, IAG BSR06-11 and OGHA 04-064) and the German Ministry of Education and Research as well as from various national sources is gratefully acknowledged (see www.share-project.org for a full list of funding institutions).

géographiques. Pour ce dernier point, nous ne disposons malheureusement pas de données à l'échelle locale permettant d'analyser le système de santé. Nous nous focalisons donc sur les différences entre pays et considérons que les écarts géographiques constatés résultent au moins en partie des différences d'offre de soins et de services de santé, les différences de demande de soins étant capturées par les caractéristiques individuelles, économiques et sociales des individus. Au total, nous proposons d'étudier la contribution au non-recours aux soins des facteurs socio-économiques et des comportements à risques, ainsi que les différences entre les pays européens.

Ce chapitre se compose de cinq parties. Suite à cette revue de la littérature, nous introduisons notre travail empirique en présentant respectivement la méthode et les données utilisées dans les deux prochaines sections. Nous exposons ensuite nos résultats dans la section quatre et les discutons dans la dernière section.

2. Méthode

L'objectif de ce chapitre est d'identifier les déterminants du non-recours aux soins. Néanmoins, une analyse en population entière introduit un biais de sélection dans la mesure où les caractéristiques qui influencent le non-recours aux soins peuvent également affecter de la même manière ou de manière opposée la santé des individus (par exemple, l'isolement relationnel semble lié à la fois à une moins bonne santé perçue (Peretti-Watel, 2006) et à un plus fort renoncement aux soins (Desprès, 2012)).

Pour éviter ce biais de sélection, notre analyse du non-recours aux soins repose alors sur l'estimation d'un modèle *probit* avec équation de sélection. L'équation de sélection propose d'étudier les déterminants de la probabilité de déclarer un mauvais état de santé et la seconde équation, les déterminants de la probabilité de ne pas avoir consulté de médecin alors que l'état de santé était déclaré comme mauvais.

Nous définissons dans un premier temps MS_i^* , la variable latente, et MS_i , la variable binaire associée, qui prend la valeur 1 si l'individu i est en mauvaise santé et la valeur 0 sinon :

$$MS_i = \begin{cases} 1 & \text{si } MS_i^* \geq 0 \\ 0 & \text{sinon} \end{cases} \quad \text{avec} \quad MS_i^* = Z_i\gamma + \mu_{1i}$$

Z_i est un ensemble de caractéristiques individuelles, β le vecteur des paramètres et μ_1 une erreur de mesure aléatoire supposée suivre une loi normale centrée réduite.

Nous définissons ensuite l'existence d'une variable latente NR_i^* , telle que la variable binaire associée, NR_i , prend la valeur 1 si l'individu i ne recourt pas aux soins et la valeur 0 sinon :

$$NR_i = \begin{cases} 1 & \text{si } NR_i^* \geq 0 \\ 0 & \text{sinon} \end{cases} \quad \text{avec} \quad NR_i^* = X_i\beta + \mu_{2i}$$

X_i est un ensemble de caractéristiques individuelles, β le vecteur des paramètres et μ_2 une erreur de mesure aléatoire supposée suivre une loi normale centrée réduite.

Pour capturer les biais de sélection sur les résultats du modèle *probit* standard, nous introduisons donc l'équation de sélection correspondante :

$$Z_i\gamma + \mu_{2i} \geq 0 \quad \text{avec} \quad NR_i^{select} = \begin{cases} 1 & \text{si } Z_i\gamma + \mu_{2i} \geq 0 \\ 0 & \text{sinon} \end{cases}$$

$$\mu_1 \sim N(0,1) \quad \mu_2 \sim N(0,1) \quad corr(\mu_1 \mu_2) = \rho$$

Quand $\rho \neq 0$, il y a corrélation entre les termes d'erreur des deux équations ; le modèle *probit* standard produirait dans ce cas des résultats biaisés. La procédure avec équation de sélection est destinée à corriger ce biais, et fournit des estimations cohérentes pour tous les paramètres du modèle. Les mêmes variables ont été testées dans chacune des équations.

Notre modèle principal teste l'influence de l'ensemble des variables prises séparément, c'est-à-dire sans tester le rôle du cumul des comportements. Nous testons ensuite deux autres configurations du modèle. Dans une deuxième configuration (modèle 2), nous testons l'influence du cumul des déterminants non médicaux (tabac, alcool, alimentation déséquilibrée, absence d'activité sportive). Dans la troisième configuration (modèle 3), nous testons l'influence du cumul de ces déterminants mais aussi des déterminants sociaux (chômage, célibat, absence d'enfant, absence de réseau social). Cette méthode nous permet de montrer l'existence d'un gradient social.

3. Données

L'étude réalisée dans ce chapitre repose sur une base de données issue d'une enquête originale portant sur la santé, le vieillissement et la retraite en Europe. Conduite dans vingt pays européens, dont la France, l'enquête SHARE (Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe) est une cohorte de 80 000 personnes âgées de 50 ans et plus, suivies tous les deux ans depuis 2004 par le biais d'entretiens semi-directifs. Elle permet de mettre en exergue le lien potentiel qui existe entre environnements socio-économique et géographique des individus et comportements de santé puisqu'elle comprend des variables pluridisciplinaires (économiques, sociologiques, psychologiques, etc.) ainsi que des modules de santé.

Notre travail se concentre sur la quatrième vague d'enquête, réalisée en 2010, et porte sur un échantillon de 58 489 individus répartis dans seize pays. Les seules personnes de moins de 50 ans interrogées dans cette étude étant les partenaires des individus cibles, nous décidons

de ne garder que les individus de 50 ans et plus. On compte 57 262 personnes de 50 ans et plus. Nous écartons également les personnes vivant dans des maisons de retraite. Nous travaillons donc sur un échantillon de 56 886 individus.

3.1. Le non-recours total aux soins des personnes en mauvaise santé

Tel que le décrit notre modèle à équation de sélection, l'objectif est d'identifier le rôle de certaines variables (notamment le revenu) sur le non-recours aux soins en isolant le rôle de ces mêmes variables sur l'état de santé. Dans un premier temps, nous cherchons donc à identifier les déterminants de l'état de santé, puis ceux du non-recours aux soins en nous focalisant seulement sur les personnes se déclarant en mauvaise santé.

Deux informations de la base SHARE ont été exploitées : l'état de santé perçu et le nombre déclaré de visites chez un médecin au cours des douze mois précédant l'enquête. Nous évaluons l'état de santé au travers de la santé perçue et déclarée par les individus eux-mêmes, l'état de santé perçu étant un indicateur largement utilisé en économie. Nous utilisons la question suivante : « Diriez-vous que votre santé est : 1) excellente, 2) très bonne, 3) bonne, 4) acceptable, 5) médiocre ? ». Nous avons construit un indicateur binaire à partir de cette question : la santé est considérée comme bonne si les individus déclarent une « excellente », « très bonne », ou « bonne » santé, et mauvaise si les individus indiquent une santé « acceptable » ou « médiocre ». Les personnes se déclarant en mauvaise santé sont au nombre de 24 063, ce qui représente 42,30% de l'échantillon.

Pour apprécier le non-recours aux soins, nous avons pris en compte le nombre de fois où les individus ont vu un médecin, qu'il soit généraliste ou spécialiste, au cours des douze mois précédant l'enquête. Nous avons créé une variable dichotomique de non-recours aux soins en opposant les personnes qui n'ont jamais rencontré leur médecin au cours de l'année et ceux qui l'ont vu au moins une fois. 6 564 personnes n'ont recouru à aucun soin pendant les douze mois qui ont précédé l'enquête, soit 11,54% des individus.

Dans l'ensemble de notre base, 1 626 personnes se déclarant en mauvaise santé n'ont recouru à aucun soin en Europe en 2010, ce qui représente 6,76% de la population sélectionnée.

3.2. Les variables explicatives

Les Tableau 3 et Tableau 4 présentent les statistiques descriptives des différentes variables que nous avons retenues.

Tableau 3 : Statistiques descriptives de la variable quantitative

	Moyenne	Médiane	Écart-type	Min	Max
Âge	66,2	65,0	9,97	50	104

Lecture : L'âge moyen de notre échantillon est de 66,2 ans.

Pour l'ensemble de la population, on peut noter que plus de la moitié des individus sont des femmes et près des trois quarts des individus sont en couple. En outre, plus de la moitié des personnes est à la retraite. Les individus vivent principalement dans des pays de l'Ouest et de l'Est de l'Europe. Si l'on s'intéresse aux facteurs de santé, on constate qu'en moyenne les individus souffrent d'1,7 maladie chronique, et qu'en majorité, ils sont consommateurs de tabac mais pas d'alcool, ont une alimentation équilibrée et pratiquent une activité physique.

Tableau 4 : Statistiques descriptives des variables qualitatives

	Nombre (% du total en colonne)	Dont ... sont en mauvaise santé (% du total en ligne)	Dont ... ne recourent pas (% des personnes en mauvaise santé)
Total	56 886 (100%)	24 063 (42,30%)	1 626 (6,76%)
Sexe			
Homme	25 091 (44,11%)	10 040 (40,02%)	820 (8,17%)
Femme	31 795 (55,89%)	14 023 (44,11%)	806 (5,75%)
Revenu			
1 ^{er} quartile	14 573 (25,62%)	6 777 (46,50%)	545 (8,04%)
2 ^e quartile	14 174 (24,92%)	7 647 (53,95%)	431 (5,64%)
3 ^e quartile	14 139 (24,86%)	8 977 (63,49%)	345 (3,84%)
4 ^e quartile	13 999 (24,61%)	9 421 (67,30%)	305 (3,24%)
Niveau d'éducation			
Aucun diplôme	1 691 (2,97%)	914 (54,06%)	53 (5,75%)
Primaire	7 357 (12,93%)	3 418 (46,46%)	204 (5,96%)
Collège	14 543 (25,57%)	7 626 (52,43%)	567 (7,43%)
Lycée	17 345 (30,49%)	7 365 (42,46%)	539 (7,32%)
Supérieur	15 950 (28,04%)	4 742 (29,73%)	264 (5,56%)
Situation professionnelle			
En emploi	14 994 (26,36%)	3 440 (22,94%)	345 (10,03%)
Retraite	32 769 (57,61%)	15 841 (48,34%)	982 (6,20%)
Chômage	1 852 (3,26%)	816 (44,06%)	107 (13,14%)
Maladie de longue durée	2 091 (3,68%)	1 718 (82,15%)	70 (4,09%)
Homme/Femme au foyer	4 557 (8,01%)	1 971 (43,25%)	99 (5,01%)
Autre	621 (1,09%)	277 (44,53%)	23 (8,32%)
Type de ménage			
Célibataire	15 608 (27,44%)	7 738 (49,58%)	556 (7,19%)
En couple	41 278 (72,56%)	16 326 (39,55%)	1 070 (6,55%)

Nombre d'enfants			
0 enfant	5 291 (9,30%)	2 253 (42,58%)	189 (8,39%)
1 enfant	10 569 (18,58%)	4 818 (45,58%)	356 (7,40%)
2 enfants	23 349 (41,05%)	9 420 (40,34%)	629 (6,68%)
3 enfants	10 850 (19,07%)	4 423 (40,76%)	256 (5,78%)
4 enfants et plus	6 825 (12,00%)	3 150 (46,15%)	196 (6,22%)
Réseau social			
Oui	54 957 (96,61%)	23 178 (42,17%)	1 533 (6,62%)
Non	1 929 (3,39%)	886 (45,92%)	93 (10,48%)
Nombre de maladies chroniques			
0 maladie chronique	12 906 (22,69%)	1 472 (11,41%)	369 (25,05%)
1 maladie chronique	16 519 (29,04%)	5 613 (33,98%)	545 (9,70%)
2 maladies chroniques	12 261 (21,55%)	6 002 (48,95%)	359 (5,99%)
3 maladies chroniques et plus	15 200 (26,72%)	10 976 (72,21%)	353 (3,22%)
Addiction à l'alcool			
Oui	9 980 (17,37%)	3 329 (33,69%)	344 (10,35%)
Non	47 005 (82,63%)	20 735 (44,11%)	1 282 (6,18%)
Addiction au tabac			
Oui	36 683 (64,49%)	14 832 (40,43%)	993 (6,70%)
Non	20 202 (35,51%)	9 232 (45,70%)	633 (6,85%)
Alimentation déséquilibrée			
Oui	6 665 (11,72%)	3 120 (46,81%)	286 (9,18%)
Non	50 221 (88,28%)	20 944 (41,70%)	1 340 (6,40%)
Pratique d'une activité physique			
Aucune pratique	7 180 (12,62%)	5 525 (76,95%)	344 (6,22%)
Pratique	49 706 (87,38%)	18 539 (37,30%)	1 282 (6,92%)
Cumul des déterminants non médicaux de santé			
0 déterminant	13 414 (23,58%)	5 483 (40,87%)	346 (6,31%)
1 déterminant	28 535 (50,16%)	11 466 (40,18%)	711 (6,20%)
2 déterminants	13 032 (22,91%)	6 072 (46,59%)	464 (7,64%)
3 ou 4 déterminants	1 904 (3,35%)	1 043 (54,76%)	105 (10,11%)
Cumul des vulnérabilités			
0 vulnérabilité	8 700 (15,29%)	3 307 (38,01%)	196 (5,94%)
1 vulnérabilité	22 686 (39,88%)	8 899 (39,23%)	550 (6,18%)
2 vulnérabilités	16 770 (29,48%)	7 415 (44,22%)	474 (6,39%)
3 vulnérabilités	6 542 (11,50%)	3 278 (50,10%)	262 (8,00%)
4 à 8 vulnérabilités	2 187 (3,85%)	1 165 (53,24%)	144 (12,38%)
Pays			
Allemagne	1 549 (2,72%)	652 (42,10%)	14 (2,18%)
Autriche	5 087 (8,94%)	1 547 (30,40%)	94 (6,10%)
Belgique	5 090 (8,95%)	1 534 (30,13%)	34 (2,23%)
Danemark	2 196 (3,86%)	467 (21,28%)	21 (4,45%)
Espagne	3 493 (6,14%)	1 663 (47,60%)	48 (2,89%)
Estonie	6 702 (11,78%)	4 790 (71,48%)	638 (13,32%)
France	5 634 (9,90%)	2 095 (37,18%)	52 (2,48%)

Hongrie	2 983 (5,24%)	1 824 (61,16%)	159 (8,69%)
Italie	3 519 (6,19%)	1 453 (41,28%)	67 (4,58%)
Pays-Bas	2 696 (4,74%)	784 (29,07%)	35 (4,49%)
Pologne	1 715 (3,01%)	987 (57,56%)	89 (8,97%)
Portugal	2 019 (3,55%)	1 254 (62,11%)	79 (6,27%)
République Tchèque	5 941 (10,44%)	2 569 (43,24%)	92 (3,59%)
Slovénie	2 715 (4,77%)	1 183 (43,59%)	112 (9,50%)
Suède	1 925 (3,38%)	618 (32,09%)	50 (8,16%)
Suisse	3 622 (6,37%)	643 (17,76%)	42 (6,47%)

Lecture : 6,76% des personnes en mauvaise santé ont indiqué avoir recouru à aucun soin en 2010.

S'agissant des personnes en mauvaise santé qui ne recourent pas aux soins, on observe des différences en fonction du sous-groupe considéré, sur lesquelles nous reviendrons au fur et à mesure de la présentation des variables.

3.2.1. Les caractéristiques individuelles

Les caractéristiques individuelles introduites dans l'analyse sont le sexe et l'âge. Les résultats de la littérature montrant que les hommes sont moins attentifs aux soins que les femmes, ces dernières étant en outre globalement moins satisfaites du fait de leurs besoins plus nombreux, et considérant que nous étudions le non recours total aux soins, on s'attend à une corrélation positive entre le genre masculin et le non-recours. L'âge est introduit en année : on s'attend à un effet négatif de l'âge sur la probabilité de ne recourir à aucun soin. Cependant, afin de nous laisser la possibilité d'identifier des non linéarités, nous introduisons également le carré de cette variable.

L'analyse descriptive indique que les hommes recourent moins aux soins que les femmes. Parmi les hommes en mauvaise santé, 8,17% déclarent n'avoir vu aucun médecin au cours des douze derniers mois contre 5,75% des femmes en mauvaise santé. Les individus étudiés sont âgés de 50 à 104 ans ; l'âge moyen est de 66,2 ans, avec une médiane à 65 ans.

3.2.2. Les conditions socio-économiques

Afin d'estimer le rôle des conditions socio-économiques sur le non-recours aux soins, nous étudions le revenu, le niveau d'éducation et le statut d'occupation. La variable revenu correspond au revenu net annuel du ménage. Nous avons choisi d'introduire le revenu par quartile en tenant compte du niveau de vie de chaque pays. Ainsi, la variable revenu introduite dans le modèle peut prendre 4 valeurs : la valeur 1 correspond à l'agrégation des premiers quartiles de revenu de chacun des pays étudiés, la valeur 2 représente les deuxièmes quartiles de chaque pays, etc. La variable d'éducation a été introduite selon cinq niveaux de

scolarisation qui correspondent, dans le système français, à : aucune scolarisation, scolarisation en primaire, scolarisation au collège, scolarisation au lycée et scolarisation en études supérieures⁶. Nous nous attendons à un effet négatif de ces deux premières variables à la fois sur l'état de santé et sur le non-recours total aux soins. Enfin, le statut d'occupation est décliné en six groupes : les personnes ayant un emploi, les chômeurs, les retraités, les hommes ou femmes au foyer, les personnes en affection longue durée⁷ et les autres inactifs. Nous nous attendons à un effet positif sur le non-recours total aux soins de ces différentes catégories, excepté pour les retraités et les malades de longue durée puisque ceux-ci auront besoin de plus de soins et auront donc tendance à recourir à au moins un soin.

Notre échantillon est composé d'une majorité de personnes ayant au moins été scolarisée au collège (84%). 57,61% des personnes sont à la retraite, ce qui s'explique par l'âge moyen de notre échantillon ; 26,36% des individus ont un emploi. Les statistiques descriptives montrent des différences de recours aux soins selon le profil socio-économique des individus. Les personnes qui ne recourent pas aux soins ont une situation socioéconomique plus défavorisée que la population recourant aux soins, pour deux de nos trois variables (revenu et statut d'occupation) : 8,04% des personnes malades ayant un revenu appartenant au premier quartile ne recourent pas aux soins, alors qu'elles ne sont que 3,24% dans le dernier quartile ; 13,14% des chômeurs en mauvaise santé déclarent ne pas avoir vu de médecin, contre 10,03% des travailleurs. En revanche, pour le niveau d'éducation, la relation n'est pas linéaire : le non-recours augmente dans un premier temps (il est de 5,75% pour les non scolarisés et de 7,43% pour les personnes ayant terminé leur scolarisation au collège), pour redescendre ensuite (le taux est ainsi de 5,56% pour les individus sortant du supérieur, taux le plus bas)⁸.

3.2.3. Le réseau social

La sociologie montre le rôle du réseau social pour expliquer le comportement des acteurs (voir par exemple Kawachi et Berkman, 2000). Le réseau social permet en effet aux individus de disposer de différents types d'assistance (instrumentale, émotionnelle et informationnelle). Nous distinguons deux types de réseaux sociaux : le réseau amical et le réseau familial. S'agissant du premier, nous avons décidé de tester l'influence de l'isolement social sur le non-

⁶ Idéalement, nous aurions souhaité utiliser la nomenclature ISCED, mais la variable correspondante ne figure pas dans la base utilisée (base imputée de SHARE). Nous avons donc retenu les catégories françaises et ventilé les individus dans ces différentes catégories en nous appuyant sur leur nombre d'années de scolarisation.

⁷ Nous décidons de mettre en exergue les personnes en affection de longue durée au sein des catégories socioprofessionnelles puisque celles-ci peuvent, selon les pays, bénéficier d'aménagement de temps de travail et d'une protection face au licenciement. Cette distinction peut permettre d'identifier des comportements particuliers, du fait par exemple d'une prise en charge complète de leur maladie.

⁸ L'estimation du modèle économétrique montrera cependant que cette non-linéarité est liée au jeu de variables cachées, puisque toutes choses égales par ailleurs, le non-recours aux soins diminue constamment avec le niveau d'éducation.

recours total aux soins. Nous avons donc construit une variable dichotomique de réseau social opposant les personnes déclarant avoir au moins une personne avec qui discuter souvent (en-dehors du conjoint) et les individus n'ayant personne avec qui discuter. En ce qui concerne le réseau familial, nous retenons ici la composition du ménage : une première variable permet de distinguer les personnes célibataires des personnes en couple ; une deuxième variable, discrète, correspond au nombre d'enfants des individus. Nous nous attendons à une influence négative du réseau social sur les probabilités de déclarer un mauvais état de santé et de non-recours total aux soins.

L'analyse descriptive montre que le capital social est inégalement distribué au sein de notre population : 72,56% des individus sont en couple, 96,61% connaissent *a minima* une personne avec qui discuter, 72,21% des personnes ont au moins deux enfants. Finalement, moins de 1% de l'échantillon n'a aucun réseau (ni social, ni familial). 7,19% des célibataires en mauvaise santé ne recourent pas aux soins, contre 6,55% des personnes en couple. De la même façon, 10,48% des personnes qui n'ont personne avec qui discuter ne recourent pas aux soins alors que cette proportion est 6,62% chez les individus socialement entourés. 8,39% des individus n'ayant pas d'enfants ne vont pas voir le médecin alors qu'ils se déclarent en mauvaise santé, contre 7,40% des personnes ayant un enfant et 6,22% des personnes ayant au moins quatre enfants. Par ailleurs, les analyses descriptives montrent que les individus présentant un faible capital social déclarent en moyenne un plus mauvais état de santé.

3.2.4. Les comportements à risque

Certains travaux montrent le lien entre l'état de santé des individus et leurs comportements à risques ; cependant, à notre connaissance, l'impact de ces derniers sur le non-recours aux soins n'a encore jamais été analysé. Puisque ces comportements découlent notamment de normes et habitudes véhiculées par le groupe social, la prévalence de ces conduites à risque est inégalement distribuée parmi les catégories sociales (Peretti-Watel, 2006). Nous faisons l'hypothèse que fumer, boire de l'alcool, avoir une alimentation déséquilibrée et ne pas faire de sport impactent l'accès à l'ensemble des ressources : la santé et le soin.

Nous nous intéressons alors aux comportements à risques au travers des déterminants non médicaux de santé : alcool, tabac, alimentation déséquilibrée, absence d'activité physique. Ces quatre indicateurs sont dichotomiques et opposent les individus qui boivent très régulièrement à ceux qui ne boivent pas, ceux qui fument à ceux qui ne fument pas, ceux qui ne pratiquent aucune activité physique à ceux qui font du sport, que ce soit de façon modérée ou vigoureuse, et les individus qui connaissent des problèmes d'équilibre alimentaire à ceux qui n'en connaissent pas. Le déséquilibre de l'alimentation est apprécié au regard du nombre

de repas quotidien : sont considérés comme ayant une alimentation déséquilibrée les individus prenant moins de deux repas ou plus de cinq repas par jour.

Les statistiques descriptives indiquent que notre échantillon est majoritairement composé de non-alcooliques (82,63%), de fumeurs (64,49%), de personnes ayant une alimentation équilibrée (88,28%) et de sportifs (87,38%). Nous remarquons que les alcooliques sont plus nombreux à ne pas recourir aux soins (10,35%) que les personnes qui ne boivent pas (6,18%), à état de santé donné. Les fumeurs sont en revanche relativement autant que les non-fumeurs à ne pas recourir aux soins, les taux étant respectivement de 6,70% et 6,85%. Les personnes ayant une alimentation déséquilibrée se déclarent à la fois en plus mauvaise santé et recourant moins aux soins que les autres. Enfin, 76,95% des personnes ne faisant pas de sport se déclarent en mauvaise santé et parmi celles-ci 6,22% ne recourent pas aux soins ; ce taux est relativement plus élevé en ce qui concerne les sportifs en mauvaise santé (6,92%).

Par ailleurs, nous souhaitons tester l'incidence du cumul de ces déterminants non médicaux. Dans une version restrictive, nous nous limitons aux quatre comportements à risque, en définissant une variable de cumul des comportements, somme des quatre variables binaires précédentes (tabac, alcool, alimentation déséquilibrée, absence d'activité physique). Dans une version plus large, nous ajoutons à ces quatre risques les risques sociaux (absence de réseau social, absence de soutien social, aucun enfant, chômage) pour définir une variable de cumul total.

Les statistiques descriptives nous montrent que 76,42% des personnes de notre échantillon ont une conduite à risque. 78,72% des individus qui ne recourent pas aux soins ont au moins un comportement à risque ; 35% en cumulent au moins deux. 10,11% des personnes cumulant trois ou quatre conduites à risque ne recourent pas aux soins, contre 6,31% des personnes n'ayant aucun comportement à risque. 12,38% des personnes connaissant au moins quatre vulnérabilités ne recourent à aucun soin, alors que ce taux n'est que de 5,94% chez les personnes ne connaissant aucun risque.

3.2.5. Le nombre de maladies chroniques

Comme l'expliquent Dourgnon et *al.* (2012), l'état de santé ne peut pas être introduit en tant que variable explicative du renoncement, du fait d'un problème évident de causalité inverse : les gens ne recourent-ils pas aux soins parce qu'ils sont en mauvaise santé ou bien sont-ils en mauvaise santé parce qu'ils ne recourent pas aux soins ? Cependant, nous pensons intéressant d'introduire le nombre de maladies chroniques. Nous faisons en effet l'hypothèse, dans le cadre d'un non-recours total aux soins, que la probabilité de ne pas recourir du tout

aux soins des personnes atteintes de maladies chroniques est faible. On s'attend donc à une influence négative de cette variable.

Les statistiques descriptives montrent que 77,31% des personnes souffrent au moins d'une maladie chronique. 25,05% des personnes qui ne sont pas atteintes de maladies chroniques mais se déclarent en mauvaise santé ne recourent pas aux soins, contre 3,22% des personnes cumulant au moins quatre maladies chroniques⁹.

3.2.6. Le territoire de résidence

Les indicatrices pays sont intégrées au modèle afin d'identifier des effets liés aux pays. L'analyse réalisée dans ce chapitre n'a pas vocation à mesurer l'hétérogénéité du non-recours selon les pays. Les effets fixes pays sont étudiés en moyenne en Europe et capturent les effets systèmes de soins.

Alors que le taux de non-recours aux soins des personnes en mauvaise santé est de 6,76%, on observe des différences fortes selon les pays. Le taux de non-recours atteint son maximum en Estonie (13,32%) et sa valeur la plus faible en Allemagne (2,18%). Plus généralement, le taux est supérieur à la moyenne en Slovénie (9,50%), Pologne (8,97%), Hongrie (8,69%) et Suède (8,16%).

4. Résultats

La prise en compte du biais de sélection est pertinente puisque les coefficients de corrélation entre les termes d'erreurs associés à l'état de santé et au non-recours aux soins sont positifs et significatifs. Cela signifie que les variables explicatives non observées affectent dans le même sens les deux probabilités étudiées.

4.1. Les déterminants de l'état de santé

Les effets marginaux sur l'état de santé des différentes caractéristiques considérées sont donnés dans la première colonne du Tableau 5.

⁹ Ce taux de plus de 25% peut paraître particulièrement élevé. Notons cependant que la proportion des personnes qui n'ont aucune maladie chronique et se déclarent en mauvaise santé est bien plus faible (11%) que celle des personnes atteintes par des maladies chroniques (elle varie de 34% à 72%).

Tableau 5 : Effets marginaux des estimations d'un mauvais état de santé

	MODÈLE 1		MODÈLE 2		MODÈLE 3	
	dy/dx	P>z	dy/dx	P>z	dy/dx	P>z
Sexe						
Femme	réf.	réf.	réf.	réf.	réf.	réf.
Homme	0,43%	0,011	- 1,38%	0,000	- 0,44%	0,005
Âge						
Âge	- 1,47%	0,000	- 2,27%	0,000	- 1,56%	0,000
(Âge) ²	0,01%	0,000	0,02%	0,000	0,01%	0,000
Revenu						
1 ^{er} quartile	réf.	réf.	réf.	réf.	réf.	réf.
2 ^e quartile	- 2,42%	0,000	- 2,65%	0,000	- 1,92%	0,000
3 ^e quartile	- 5,76%	0,000	- 6,11%	0,000	- 5,72%	0,000
4 ^e quartile	- 6,55%	0,000	- 6,72%	0,000	- 7,12%	0,000
Niveau d'éducation						
Aucun	réf.	réf.	réf.	réf.	réf.	réf.
Primaire	- 3,93%	0,000	- 4,29%	0,000	- 5,24%	0,000
Collège	- 5,17%	0,000	- 5,95%	0,000	- 7,11%	0,000
Lycée	- 9,92%	0,000	- 11,14%	0,000	- 12,73%	0,000
Supérieur	- 15,04%	0,000	- 16,33%	0,000	- 18,88%	0,000
Situation professionnelle						
Avoir un emploi	réf.	réf.	réf.	réf.		
Retraite	5,93%	0,000	6,48%	0,000		
Chômage	9,31%	0,000	9,61%	0,000		
Homme/Femme au foyer	6,08%	0,000	6,87%	0,000		
Malade de longue durée	30,06%	0,000	33,25%	0,000		
Autre	6,86%	0,000	7,72%	0,000		
Type de ménage						
Couple	réf.	réf.	réf.	réf.		
Célibataire	- 0,96%	0,000	- 1,21%	0,000		
Nombre d'enfants						
0 enfant	réf.	réf.	réf.	réf.		
1 enfant	- 0,47%	0,125	- 0,80%	0,010		
2 enfants	- 1,68%	0,000	- 2,18%	0,000		
3 enfants	- 1,54%	0,000	- 1,94%	0,000		
4 enfants et plus	- 0,44%	0,188	- 0,64%	0,062		
Réseau social						
Réseau	réf.	réf.	réf.	réf.		
Sans réseau	1,48%	0,000	2,13%	0,000		
Maladies chroniques						
0 maladie chronique	réf.	réf.	réf.	réf.	réf.	réf.
1 maladie chronique	20,00%	0,000	20,49%	0,000	21,95%	0,000
2 maladies chroniques	29,39%	0,000	30,00%	0,000	32,04%	0,000
3 maladies chroniques et plus	43,25%	0,000	44,72%	0,000	47,74%	0,000

Déterminant non médicaux de santé						
Alcool	- 2,43%	0,000				
Tabac	1,29%	0,000				
Alimentation déséquilibrée	3,40%	0,000				
Aucune activité physique	19,58%	0,000				
Cumul des déterminants non médicaux de santé						
0 déterminant			réf.	réf.		
1 déterminant			3,36%	0,000		
2 déterminants			7,61%	0,000		
3 déterminants et plus			13,02%	0,000		
Cumul des vulnérabilités						
0 vulnérabilité					réf.	réf.
1 vulnérabilité					2,10%	0,000
2 vulnérabilités					4,79%	0,000
3 vulnérabilités					8,58%	0,000
4 vulnérabilités et plus					11,58%	0,000
Pays						
Allemagne	5,52%	0,000	4,58%	0,000	5,43%	0,000
Autriche	- 8,41%	0,000	- 8,02%	0,000	- 9,03%	0,000
Belgique	- 8,37%	0,000	- 8,96%	0,000	- 7,74%	0,000
Danemark	- 14,93%	0,000	- 16,80%	0,000	- 16,31%	0,000
Espagne	0,26%	0,506	0,95%	0,017	1,63%	0,506
Estonie	27,89%	0,000	28,78%	0,000	28,52%	0,000
France	réf.	réf.	réf.	réf.	réf.	réf.
Hongrie	15,35%	0,000	16,58%	0,000	17,21%	0,000
Italie	- 1,15%	0,004	- 0,06%	0,885	0,32%	0,427
Pays-Bas	- 3,96%	0,000	- 5,06%	0,000	- 3,73%	0,000
Pologne	10,23%	0,000	11,52%	0,000	14,05%	0,000
Portugal	13,24%	0,000	16,32%	0,000	15,70%	0,000
République Tchèque	5,43%	0,000	5,10%	0,000	5,13%	0,000
Slovénie	6,29%	0,000	7,80%	0,000	7,47%	0,000
Suède	- 1,44%	0,003	- 3,20%	0,000	- 3,18%	0,003
Suisse	- 15,99%	***	- 16,78%	0,000	- 17,87%	0,000

Légende : les colonnes P>z représentent la significativité (significatif à 10%, significatif à 5%, ou significatif à au moins 1%).

Les résultats montrent une probabilité plus élevée chez les hommes de se déclarer en mauvaise santé, ce qui peut s'expliquer par un état de santé plus dégradé du fait d'une moins bonne prise en charge de leur santé par les hommes. En ce qui concerne l'âge, significativement négatif, nous constatons que plus les personnes vieillissent, moins elles ont tendance à se déclarer en mauvaise santé. Le carré de l'âge étant également significatif, nous identifions un point d'inflexion à 62,2 ans : la probabilité de déclarer un mauvais état de santé diminue avec l'âge jusqu'à 62,2 ans en moyenne puis augmente ensuite, ce qui peut refléter l'apparition d'un plus grand nombre de maladies aux âges avancés.

Le revenu influe de manière très significative sur la probabilité d'être en mauvaise santé. La probabilité de se déclarer en mauvaise santé est de plus en plus faible à mesure que les revenus augmentent : les personnes appartenant au deuxième quartile ont une probabilité de se déclarer en mauvaise santé plus faible de 2,4 points par rapport au premier quartile ; cette probabilité est plus faible de 6,5 points pour les personnes les plus riches. Le résultat est qualitativement le même pour le niveau d'éducation qui exerce également une influence négative sur la probabilité d'être en mauvaise santé : avoir fait des études supérieures diminue de quinze points la probabilité de se déclarer en mauvaise santé. La situation professionnelle de l'individu a également un impact significatif : la probabilité de se déclarer en mauvaise santé augmente avec la retraite, le chômage, le fait d'être un homme ou une femme au foyer, ou d'avoir une affection de longue durée.

Le réseau social joue de façon ambiguë. La probabilité de se déclarer en mauvaise santé diminue lorsque l'individu est célibataire, ce qui ne reflète pas nécessairement un meilleur état de santé mais pourrait confirmer l'idée selon laquelle l'entourage rend les individus plus vigilants face à leur santé et donc plus susceptibles de se déclarer malades. Le constat est cependant qualitativement inversé en ce qui concerne le réseau social, variable significativement négative. L'influence du nombre d'enfants sur l'état de santé est variable : avoir un enfant ou quatre et plus plutôt qu'aucun n'a pas d'effet significatif sur l'état de santé perçu, tandis qu'avoir deux ou trois enfants diminue la probabilité de se déclarer en mauvaise santé.

Concernant les comportements à risque pris séparément, nous pouvons noter que la probabilité d'être en mauvaise santé augmente de manière significative avec le tabac, l'alimentation déséquilibrée et l'absence d'activité physique, alors qu'elle diminue significativement avec l'alcool. Étant donné qu'il s'agit de l'état de santé perçu, ce dernier résultat peut s'expliquer par une moins bonne perception de leur propre état de santé par les personnes alcooliques (moins conscience des symptômes, déni, etc.).

Enfin, le pays de résidence joue un rôle important : le fait de vivre en Espagne n'a pas d'impact significatif ; le fait de vivre en Autriche, en Belgique, au Danemark, en Italie, aux Pays-Bas, en Suède, et en Suisse plutôt qu'en France diminue la probabilité d'être en mauvaise santé. Une tendance pays du Nord de l'Europe se dessine alors. Vivre en Allemagne, en revanche, augmente la probabilité de déclarer un mauvais état de santé. Cette tendance inverse peut notamment s'expliquer par des attentes différentes du système de santé de la part des allemands. En effet, la part des dépenses de santé dans le PIB est très élevée en Allemagne et l'accès aux médecins généralistes y est gratuit : ce système peu rationné peut ainsi provoquer une forte attente des habitants en matière d'accès aux systèmes de soins et une exigence supérieure en matière d'état de santé.

4.2. Les déterminants du non-recours aux soins

La seconde équation estimée mesure la probabilité de ne recourir à aucun soin des personnes en mauvaise santé. Les résultats des estimations sont donnés dans la deuxième colonne du Tableau 6.

Tableau 6 : Effets marginaux des estimations du non-recours total aux soins des personnes en mauvaise santé

	MODÈLE 1		MODÈLE 2		MODÈLE 3	
	dy/dx	P>z	dy/dx	P>z	dy/dx	P>z
Sexe						
Femme	réf.	réf.	réf.	réf.	réf.	réf.
Homme	1,78%	0,000	1,78%	0,000	1,84%	0,000
Âge						
Âge	- 0,60%	0,000	- 0,59%	0,000	- 0,73%	0,000
(Âge) ²	0,00%	0,000	0,00%	0,000	0,01%	0,000
Revenu						
1 ^{er} quartile	réf.	réf.	réf.	réf.	réf.	réf.
2 ^e quartile	- 0,26%	0,187	- 0,26%	0,187	- 0,09%	0,637
3 ^e quartile	- 0,73%	0,000	- 0,72%	0,001	- 0,47%	0,033
4 ^e quartile	- 0,91%	0,000	- 0,89%	0,000	- 0,63%	0,006
Niveau d'éducation						
Aucun	réf.	réf.	réf.	réf.	réf.	réf.
Primaire	- 0,87%	0,040	- 0,90%	0,034	- 0,83%	0,063
Collège	- 1,08%	0,008	- 1,10%	0,007	- 1,10%	0,011
Lycée	- 2,01%	0,000	- 2,05%	0,000	- 2,01%	0,000
Supérieur	- 3,92%	0,000	- 3,94%	0,000	- 3,90%	0,000
Situation professionnelle						
Avoir un emploi	réf.	réf.	réf.	réf.		
Retraite	- 0,92%	0,002	- 1,00%	0,002		
Chômage	1,74%	0,000	1,70%	0,000		
Homme/Femme au foyer	0,79%	0,030	0,72%	0,053		
Malade de longue durée	- 2,62%	0,000	- 2,77%	0,000		
Autre	1,44%	0,026	1,40%	0,030		
Type de ménage						
Couple	réf.	réf.	réf.	réf.		
Célibataire	0,80%	0,000	0,86%	0,000		
Nombre d'enfants						
0 enfant	réf.	réf.	réf.	réf.		
1 enfant	- 0,87%	0,001	- 0,87%	0,002		
2 enfants	- 1,43%	0,000	- 1,43%	0,000		
3 enfants	- 1,84%	0,000	- 1,84%	0,000		
4 enfants et plus	- 0,15%	0,001	- 1,15%	0,001		
Réseau social						
Réseau	réf.	réf.	réf.	réf.		
Sans réseau	2,14%	0,000	2,20%	0,000		

Maladies chroniques						
0 maladie chronique	réf.	réf.	réf.	réf.	réf.	réf.
1 maladie chronique	- 6,25%	0,000	- 6,34%	0,000	- 7,12%	0,000
2 maladies chroniques	- 8,95%	0,000	- 9,07%	0,000	- 10,14%	0,000
3 maladies chroniques et plus	- 12,16%	0,000	- 12,33%	0,000	- 13,77%	0,000
Déterminant non médicaux de santé						
Alcool	2,36%	0,000				
Tabac	0,83%	0,000				
Alimentation déséquilibrée	2,08%	0,000				
Aucune activité physique	1,45%	0,000				
Cumul des déterminants non médicaux de santé						
0 déterminant			réf.	réf.		
1 déterminant			1,16%	0,000		
2 déterminants			2,87%	0,000		
3 déterminants et plus			4,80%	0,000		
Cumul des vulnérabilités						
0 vulnérabilité					réf.	réf.
1 vulnérabilité					1,20%	0,000
2 vulnérabilités					1,97%	0,000
3 vulnérabilités					3,83%	0,000
4 vulnérabilités et plus					6,87%	0,000
Pays						
Allemagne	0,06%	0,927	- 0,04%	0,959	0,08%	0,919
Autriche	2,59%	0,000	5,72%	0,000	6,16%	0,000
Belgique	- 0,23%	0,664	- 0,12%	0,816	0,08%	0,886
Danemark	3,21%	0,000	3,17%	0,000	3,41%	0,000
Espagne	1,76%	0,001	1,70%	0,001	2,15%	0,000
Estonie	12,37%	0,000	12,64%	0,000	13,03%	0,000
France	réf.	réf.	réf.	réf.	réf.	réf.
Hongrie	9,82%	0,000	9,94%	0,000	10,13%	0,000
Italie	3,55%	0,000	3,46%	0,000	3,98%	0,000
Pays-Bas	3,95%	0,000	3,90%	0,000	4,21%	0,000
Pologne	8,37%	0,000	8,17%	0,000	8,41%	0,000
Portugal	6,20%	0,000	6,38%	0,000	6,74%	0,000
République Tchèque	3,57%	0,000	3,79%	0,000	3,84%	0,000
Slovénie	8,45%	0,000	8,60%	0,000	8,98%	0,000
Suède	7,17%	0,000	7,14%	0,000	7,40%	0,000
Suisse	4,12%	0,000	4,18%	0,000	4,69%	0,000

Légende : les colonnes P>z représentent la significativité (significatif à 10%, significatif à 5%, ou significatif à au moins 1%).

Nous observons un effet de genre contraire à celui identifié par Dourgnon (2011) puisque les hommes ont une probabilité plus élevée de 1,8 point de ne recourir à aucun soin par rapport aux femmes. Ceci peut s'expliquer par la mesure différente du non-recours aux soins : nous utilisons une mesure stricte du non-recours (il faut n'avoir consulté aucun médecin pour être

considéré comme renonçant), alors que Dourgnon retient une définition minimale (il suffit potentiellement d'avoir renoncé à au moins un soin pour être considéré comme renonçant). S'agissant de l'âge, la relation est significativement négative, mais non linéaire : la probabilité de ne recourir à aucun soin diminue avec l'âge jusqu'à 67 ans en moyenne, puis augmente ensuite.

Comme attendu, le revenu influence de manière négative la probabilité de ne pas recourir aux soins : le fait d'appartenir au premier quartile n'est pas discriminant ; le fait d'appartenir au quatrième quartile plutôt qu'au premier réduit de 0,9 point de pourcentage la probabilité de ne recourir à aucun soin. En revanche, le fait d'appartenir au quatrième quartile plutôt qu'au premier réduit de 6,5 points la probabilité de se déclarer en mauvaise santé. S'agissant du niveau d'éducation, celui-ci est négativement corrélé avec le non-recours total aux soins : le fait d'avoir été scolarisé jusqu'au lycée ou jusqu'au supérieur plutôt que de ne pas avoir été scolarisé réduit respectivement de 2 et de 3,9 points de pourcentage la probabilité de ne recourir à aucun soin. Ceci confirme l'idée selon laquelle les individus les moins éduqués ont, notamment, une moins bonne connaissance du système de santé et donc des difficultés à accéder aux soins. Les rôles du revenu et de l'éducation sont donc déterminants, que ce soit en ce qui concerne le non-recours aux soins ou l'état de santé, mais leurs impacts sont nettement plus importants sur l'état de santé. Les inégalités sociales liées à la santé semblent donc davantage liées aux iniquités en matière d'état de santé plutôt qu'en matière de recours aux soins. En ce qui concerne la situation professionnelle des individus, on observe des résultats conformes à la littérature. Une personne au chômage ou au foyer a une probabilité plus importante de ne pas recourir aux soins qu'un individu en emploi. En revanche, la probabilité de ne recourir à aucun soin est significativement négative pour les personnes à la retraite ou malades de longue durée. Ceci s'explique, là encore, par la prise en compte d'une définition stricte du non-recours aux soins : les personnes âgées ou malades vont avoir tendance à davantage recourir aux soins ou *a minima* à au moins un soin.

Le type de ménage et le réseau social jouent dans le sens attendu : être en couple et avoir un réseau social diminuent la probabilité de ne recourir à aucun soin. Avoir des enfants a également un impact significativement négatif sur la probabilité de non-recours aux soins : cette probabilité augmente de plus de 1,8 point lorsque les individus ont trois enfants et de 1,1 point à partir de quatre enfants. De la même façon, la probabilité de non-recours aux soins diminue avec le fait d'être atteint de maladies chroniques, et ce d'autant plus que le nombre de maladies chroniques augmente. Ainsi, dans ce cas, plus les individus sont malades, moins ils ne recourent à aucun soin, ce qui peut notamment s'expliquer par la prise en charge plus régulière de leur santé et donc par un recours aux soins plus fréquent. Pour autant, cela ne signifie pas que les individus atteints de maladies chroniques ne renoncent jamais aux soins.

Les déterminants non médicaux de santé (alcool, tabac, alimentation déséquilibrée, absence d'activité physique) jouent positivement sur la probabilité de non-recours aux soins. Consommer de l'alcool et avoir une alimentation déséquilibrée augmentent la probabilité de ne recourir à aucun soin de plus de deux points chacun.

Enfin, le pays de résidence joue un rôle important : comparée à la France, la probabilité de non-recours aux soins est plus élevée dans les autres pays étudiés, excepté en Allemagne et en Belgique où les différences ne sont pas significatives. Cette probabilité de non-recours augmente de six à sept points au Portugal et en Suède, de plus de huit points en Pologne et en Slovaquie, de près de dix points en Hongrie et de plus de douze points en Estonie.

4.3. Les autres configurations du modèle

Comme indiqué précédemment, nous avons testé deux autres configurations du modèle : la deuxième configuration du modèle (modèle 2) teste l'influence du cumul des déterminants non médicaux (tabac, alcool, alimentation déséquilibrée, absence d'activité sportive) ; la troisième configuration (modèle 3) teste l'influence du cumul de ces déterminants ajoutés aux déterminants sociaux (chômage, célibat, absence d'enfant, absence de réseau social). Les effets marginaux de ces deux configurations sont présentés dans les deuxièmes et troisièmes colonnes des Tableau 5 et Tableau 6. Nous n'expliquons ici que les résultats qui diffèrent de la première configuration du modèle.

En ce qui concerne l'état de santé, le fait d'être un homme joue dans le sens opposé dans les modèles 2 et 3 : les hommes ont une probabilité de se déclarer en mauvaise santé moins élevée que les femmes, ce qui confirme les résultats de la littérature sur les différences de normes en matière de santé selon le genre, les femmes ayant des normes de bonne santé plus exigeantes (Moesgaard Iburg et *al.*, 2000). L'effet non linéaire de l'âge est toujours présent mais les points d'inflexion sont inférieurs : la probabilité de déclarer un mauvais état de santé augmente après 60,6 ans en moyenne dans le modèle 2, et après 57,1 ans en moyenne dans le modèle 3. Le fait d'avoir des enfants, quel que soit le nombre, est négativement corrélé à un mauvais état de santé dans le modèle 2. Les pays de résidence ont qualitativement les mêmes effets que dans le modèle 1, excepté pour deux pays. Vivre en Italie plutôt qu'en France n'impacte plus l'état de santé ; les espagnols, à l'inverse, connaissent une hausse significative de leur probabilité de déclarer un mauvais état de santé de plus d'un point par rapport à la France. Par ailleurs, la deuxième configuration montre l'impact positif et très significatif du cumul des comportements à risque sur la probabilité d'être en mauvaise santé ; notons que la hausse de cette probabilité est d'autant plus accentuée que les comportements sont cumulés, et atteint treize points pour un cumul de trois ou quatre risques.

Dans le modèle 3, les déterminants sociaux¹⁰ ont été ajoutés aux comportements à risque. Nous montrons alors que les vulnérabilités (risques sociaux et non médicaux) prises dans leur ensemble influencent de manière très significative l'état de santé. La probabilité de se déclarer en mauvaise santé est d'ailleurs d'autant plus forte que le nombre de vulnérabilités cumulées est grand.

Pour ce qui est du non-recours aux soins, les effets marginaux sont quasiment identiques entre la première configuration du modèle et les deux autres. L'effet non linéaire de l'âge est toujours présent mais les points d'inflexion sont supérieurs : la probabilité de ne recourir à aucun soin augmente après 67,4 ans en moyenne dans le modèle 2, et après 69,4 ans en moyenne dans le modèle 3. Enfin, les déterminants non médicaux de santé, pris en cumulés, jouent positivement sur la probabilité de non-recours aux soins : la probabilité de ne recourir à aucun soin augmente de près de cinq points lorsque les individus cumulent trois ou quatre comportements à risque. Le modèle 3 montre que les vulnérabilités prises dans leur ensemble influencent de manière très significative le non-recours aux soins. La probabilité de ne recourir à aucun soin est d'autant plus forte que le nombre de vulnérabilités cumulées est élevé, augmentant de plus d'un point lorsque les individus connaissent une vulnérabilité, à près de sept points, lorsque les personnes cumulent au moins quatre vulnérabilités. Ces résultats confirment les résultats de la littérature : le cumul des risques, qu'ils soient médicaux (modèle 2) ou médicaux et sociaux (modèle 3), a un impact significativement positif sur le renoncement aux soins.

5. Conclusion

L'objectif de ce chapitre était d'étudier le non-recours aux soins à partir de la base SHARE. Utiliser cette base de données nous a permis de disposer d'un échantillon de grande taille à l'échelle européenne et de tester un nombre conséquent de déterminants.

La prise en compte du biais de sélection entre état de santé et non-recours aux soins, au travers du modèle à équation de sélection, est pertinente. Nous montrons en effet que les variables ont à la fois un impact sur l'état de santé et sur le non-recours aux soins, impact qui joue la plupart du temps dans le même sens. Par exemple, si l'on se concentre sur le revenu et le niveau d'éducation, nous pouvons voir que les personnes les plus pauvres et les moins éduquées sont à la fois les plus malades et celles qui ne recourent à aucun soin, mettant ainsi en exergue une double peine pour les personnes les plus précaires. Cependant, l'impact des variables que nous avons étudiées est globalement plus fort sur l'état de santé que sur le non-

¹⁰ Nous rappelons que les déterminants sociaux sont ici : le chômage, le célibat, l'absence de réseau social et d'enfant.

recours. Si l'on regarde de nouveau le revenu et le niveau d'éducation, l'impact de ces deux variables est plus fort sur la probabilité de déclarer un mauvais état de santé que sur celle de ne recourir à aucun soin une fois malade. Les inégalités sociales sont donc plus importantes quand il s'agit de différences d'état de santé que d'iniquités en matière de recours aux soins. Au regard de ces résultats, agir sur l'état de santé des individus plutôt que sur leur utilisation effective des services de soins serait un meilleur levier pour lutter contre les inégalités sociales. Conformément aux études précédentes, nous identifions le rôle significatif des caractéristiques individuelles, économiques et sociales sur le non-recours aux soins. Le non-recours total aux soins est négativement corrélé à l'âge, au revenu, au niveau d'éducation, au fait d'être en couple, au nombre d'enfants, au réseau social, aux maladies chroniques, et positivement corrélé au fait d'être un homme, et au fait d'être au chômage ou homme ou femme au foyer. Bien que nous trouvions des résultats qualitativement identiques aux études existantes sur population entière, la généralisation des résultats doit se faire avec précaution puisque la population étudiée est âgée de cinquante ans et plus, ce qui suggère des états de santé et un rapport au corps différents du reste de la population. Par ailleurs, les conduites à risque et les déterminants sociaux jouent un rôle important dans le non-recours aux soins, notamment lorsqu'ils se cumulent. Nous observons enfin des différences significatives entre les pays. La situation de l'Estonie apparaît particulièrement atypique, la probabilité de ne pas recourir aux soins y étant particulièrement forte. Nos hypothèses centrales se trouvent donc validées.

Pour autant, travailler à partir de variables déclaratives, tant au niveau de l'état de santé perçu que du non-recours aux soins, peut faire l'objet de critiques. S'agissant de l'état de santé, nous faisons nécessairement face à un biais de déclaration. Pour autant, il nous semble plus opportun de travailler à partir du ressenti des individus. DeSalvo et *al.* (2005) montrent d'ailleurs que la santé subjective est un bon prédicteur de la consommation de soins : en effet, un individu qui se sent en bonne santé, quel que soit la réalité médicale, ne cherchera théoriquement pas à consulter de médecin (hors soins préventifs). Concernant le non-recours aux soins, Paris (2012) indique qu'il est plus fiable de travailler à partir de données concernant l'utilisation effective des services de soins. Comme ces données ne figurent pas dans SHARE, nous avons décidé d'analyser le nombre déclaré de consultations. Par ailleurs, la littérature (Rode, 2010 ; Desprès et *al.*, 2011b) indique que le non-recours peut-être un comportement choisi (défiance vis-à-vis du corps médical, prise de risque non considérée, *etc.*). Il aurait donc été souhaitable d'étudier l'aversion au risque des individus pour mieux comprendre leurs décisions. Cependant, la mesure de l'aversion au risque dans SHARE ne nous satisfait pas, seule l'aversion au risque financier y étant mesurée.

En dépit de ces limites, cette étude montre le rôle des variables individuelles, socioéconomiques et géographiques, et des conduites à risques dans le non-recours aux

soins. Au regard des conclusions, des recherches plus approfondies pourront être faites pour compléter nos résultats. Il serait par exemple intéressant de distinguer des comportements différents de non-recours selon les types de soins. Il conviendrait en outre d'ouvrir la boîte noire des indicatrices de pays en analysant de manière précise l'organisation de l'offre de santé dans le but de mieux comprendre les résultats observés et de pouvoir discriminer entre les aspects offre et les aspects demande. Un autre prolongement possible consisterait à étudier l'évolution du non-recours aux soins à partir des différentes vagues de l'enquête SHARE, pour savoir par exemple si le fait de ne pas recourir aux soins lors d'une période conduit à davantage de non-recours par la suite et/ou à une dégradation de l'état de santé sur les périodes suivantes et/ou à une hausse des dépenses de santé afférentes.

Chapitre 2

Renoncement aux soins et territoires : une analyse des facteurs individuels et contextuels du renoncement aux soins dentaires en Poitou-Charentes

Résumé

Le renoncement aux soins correspond à une situation dans laquelle un individu ne consomme pas de soins alors même qu'il a identifié un besoin de soins. Ce comportement touche particulièrement les personnes précaires. Les études menées actuellement sur le renoncement aux soins permettent de mieux comprendre les déterminants individuels des inégalités de recours aux soins mais ne permettent que rarement d'identifier et de comprendre les disparités territoriales. L'objectif de notre recherche est de comprendre si les différences géographiques observées sont le reflet des caractéristiques des individus (effets de composition) ou des caractéristiques des territoires eux-mêmes (effets de contexte). Au-delà de ces déterminants individuels et socioéconomiques, nous cherchons à identifier le rôle des caractéristiques des territoires, divisés selon le zonage en aires urbaines, sur le renoncement aux soins dentaires.

Nous analysons simultanément les déterminants individuels et socioéconomiques du renoncement aux soins dentaires et les facteurs de contexte. Le renoncement aux soins dentaires a été interrogé et les territoires ont été regroupés en neuf zones géographiques. Les résultats sont globalement cohérents avec ceux de la littérature. Nous montrons que les déterminants qui affectent le plus le renoncement aux soins dentaires sont des déterminants sociaux mesurés à une échelle individuelle ou territoriale, liés à la précarité des individus et aux temps d'attente avant un rendez-vous. À caractéristiques individuelles et territoriales données, les densités de dentistes ne jouent pas sur le renoncement aux soins dentaires.

1. Introduction

En France, il apparaît que les inégalités de recours aux soins ne sont pas seulement liées à des problématiques financières ou géographiques ; elles sont aussi la conséquence de déterminants sociaux et territoriaux complexes. La littérature économique récente évoque

l'intérêt des travaux sur le renoncement aux soins, reconnu comme un indicateur pertinent des inégalités d'accès aux soins. Mieux qu'une analyse de la consommation réelle de soins, les travaux sur le renoncement aux soins permettent « d'identifier directement un problème d'équité d'accès aux soins » (Dourgnon et *al.*, 2012), grâce à un questionnement direct sur les besoins de soins non satisfaits des individus. La prise en compte des besoins de soins permet ensuite de mieux orienter les politiques publiques d'accès aux soins.

Les inégalités de recours aux soins et leurs facteurs sont aujourd'hui largement documentés. D'un côté, l'économie de la santé se concentre sur les déterminants des inégalités de recours aux soins, mesurés au niveau individuel. Les chercheurs mettent en évidence de nombreux facteurs économiques et socioculturels liés au renoncement aux soins. La littérature empirique montre que le genre féminin, un niveau d'éducation élevé et le soutien social accentuent le renoncement aux soins tandis qu'un revenu élevé et une bonne couverture maladie (Desprès et *al.*, 2011a ; Dourgnon, 2011), ainsi que l'avancée en âge et un bon état de santé (Allin et *al.*, 2010) engendrent moins de renoncement aux soins. D'un autre côté, la géographie de la santé étudie les déterminants des inégalités de recours aux soins mesurés au niveau territorial. Les auteurs montrent notamment l'impact de la démographie médicale ou de l'éloignement des services de santé sur l'accès aux soins. En s'appuyant seulement sur des données soit individuelles, soit agrégées, les études ne permettent pas d'identifier si les différences observées sont le reflet des caractéristiques des individus (effets de composition) ou des caractéristiques des territoires eux-mêmes (effets de contexte).

Face à ces constats, différents travaux couplant données individuelles et contextuelles sont apparus (Diez-roux, 2004). Ils montrent que la concentration de la pauvreté et la qualité de l'environnement conduisent à des situations d'inégalités collectives qui renforcent les inégalités individuelles (Acevedo-Garcia et Lochner, 2003). Dans la continuité de ces travaux qui combinent données individuelles et contextuelles, nous proposons une analyse territoriale du renoncement aux soins dentaires. Nous cherchons à identifier, à l'échelle d'une région, l'ensemble des facteurs associés au renoncement aux soins dentaires. Les caractéristiques du territoire sont alors vues comme des déterminants sociaux de ce type de renoncement aux soins. Pour cela, nous identifions les déterminants individuels associés au renoncement aux soins. Puis, nous mesurons l'effet de la densité de dentistes et des caractéristiques sociodémographiques du territoire sur le renoncement aux soins, une fois éliminée l'influence des caractéristiques des individus.

La revue de littérature et les études empiriques existantes nous confirment l'intérêt de réaliser une analyse contextuelle du renoncement aux soins (partie 2). Nous présentons alors la méthode (partie 3) et les variables mobilisées (partie 4). Les principaux résultats seront présentés (partie 5) puis discutés (partie 6).

2. Une analyse territoriale du renoncement aux soins

2.1. L'importance du concept de renoncement aux soins

Le renoncement aux soins permet d'identifier « des consommations de soins que la personne aurait souhaité pouvoir s'offrir mais qu'elle n'a pas engagées » (Dourgnon et *al.*, 2012, p.5). Bien qu'il n'existe pas de définition consensuelle du renoncement aux soins, les auteurs s'accordent sur le fait que le renoncement fait référence à un besoin de soins non satisfait. Desprès et *al.* définissent le renoncement aux soins comme l'identification « des besoins de soins non satisfaits, qu'un état de santé aurait justifié » (Desprès et *al.*, 2011a, p.2) ou encore comme une situation dans laquelle les individus « ne sollicitent pas les services de soins et les professionnels de santé alors qu'ils éprouvent un trouble, constatent un désordre corporel ou psychique ou quand ils n'accèdent pas à la totalité du soin prescrit » (Desprès et *al.*, 2011b, p.3).

Le besoin de soins est ainsi placé au cœur des réflexions concernant le renoncement aux soins. Tout en apportant une nuance importante à la consommation de soins réelle, le concept de renoncement aux soins porte malgré tout le problème de l'identification du besoin de soins. Or, les études montrent que l'état de santé déclaré – et donc perçu – est différent selon les groupes sociaux (Shmueli, 2003 ; Devaux *et al.*, 2009) du fait d'une connaissance différente de son état de santé (compréhension des symptômes, endurance à la douleur, *etc.*), et d'attentes différentes en matière de soins. Détecter un besoin de soins fait donc appel à des représentations sociales et à des capacités intellectuelles. Les besoins de soins représentent à la fois la vision des individus de leur propre santé, leurs expériences de la maladie et de la douleur, et le jugement qu'ils portent à leurs problèmes de santé et à la nécessité de recourir aux soins selon ces problèmes (Desprès, 2012 ; Andersen, 1995). Cette nuance est importante quant à la mesure du renoncement aux soins : un individu qui ne se sent pas malade, même s'il l'est d'un point de vue médical, ne se déclarera pas en situation de renoncement aux soins.

Par ailleurs, les chercheurs ont souhaité savoir si le renoncement aux soins était un bon indicateur des difficultés d'accès aux soins, ou bien s'il reflétait des attentes fortes en matière de soins sans véritable besoin médical. Les travaux montrent des corrélations négatives entre le renoncement aux soins déclaré et la consommation effective de soins, à âge, sexe, état de santé et statut socioéconomique donnés (Allin et *al.*, 2010 ; Dourgnon et *al.*, 2012). Une expérimentation a été menée dans le Gard. Un échantillon d'individus a été interrogé à la fois sur son état de santé et son renoncement aux soins. Ces mêmes individus ont ensuite été reçus par des médecins qui ont pu confirmer ou non la déclaration d'état de santé. Cette

expérimentation a montré que plus de 90% des personnes qui déclaraient renoncer aux soins avaient réellement besoin de soins selon un médecin (Warin et Chauveaud, 2014).

Dans la littérature, le renoncement aux soins concerne principalement les soins dentaires. En 2012, 18% des individus de plus de 18 ans ont déclaré avoir renoncé aux soins dentaires (Céant et *al.*, 2014). Ce taux a tendance à augmenter année après année. Les soins dentaires font partie des soins les moins bien remboursés par l'Assurance Maladie obligatoire, notamment les prothèses dentaires. Ainsi, les études montrent que le renoncement aux soins dentaires augmente chez les personnes ne bénéficiant pas de couverture maladie complémentaire par rapport à celles en bénéficiant. Desprès et *al.* (2011a) montrent même que les bénéficiaires de la CMUC seraient plus nombreux à renoncer aux soins s'ils ne bénéficiaient pas du dispositif. En outre, la plupart des couvertures complémentaires ne prend en charge qu'une partie des coûts des soins dentaires. Les personnes ayant une couverture complémentaire ont donc également des restes à charge. Dans ce chapitre, nous nous focalisons sur le renoncement aux soins dentaires. En Poitou-Charentes, 22% des individus ont renoncé à au moins un soin dentaire en 2015.

2.2. L'importance des effets de contexte sur les inégalités de recours aux soins

Les études empiriques qui portent sur le renoncement aux soins se focalisent sur le renoncement aux soins pour raisons financières, alors qu'il existe peut-être d'autres raisons entraînant un renoncement aux soins dentaires. En outre, les travaux se concentrent essentiellement sur les déterminants individuels du renoncement. Pourtant, Andersen (1968, 1995) met en évidence le rôle de l'environnement externe dans le recours aux soins. L'environnement externe englobe tous les facteurs liés à l'environnement dans lequel vit l'individu (facteurs physiques, environnements économique et politique du territoire, *etc.*). Il précise que l'environnement a un double rôle sur le recours aux soins : il joue à la fois sur l'utilisation potentielle des services de soins et sur les caractéristiques des individus qui elles-mêmes influencent le recours. Ainsi, l'environnement de l'individu a un impact sur ses propres caractéristiques et indirectement sur son recours aux soins. Il apparaît alors dommageable de ne pas prendre en compte les contraintes imposées par l'environnement dans lequel vit l'individu (Courgeau, 2000).

Les inégalités de recours aux soins sont liées à la fois aux inégalités sociales et territoriales de santé. Les inégalités territoriales en matière d'accès aux soins recouvrent deux aspects : un aspect offre de soins au travers de la densité médicale et de la distance géographique des soins, et un aspect demande lié à l'interdépendance des caractéristiques des territoires et des caractéristiques des individus.

L'accès géographique aux soins est régulièrement évoqué pour expliquer les inégalités territoriales de santé. Les travaux portent sur la démographie médicale et révèlent que certains territoires sont moins bien équipés en services de soins ou moins bien pourvus en professionnels de santé, ce qui pourrait avoir un impact sur le recours aux soins. Du fait de la seule utilisation de données agrégées, ces études ne permettent pas de bien comprendre les différences territoriales de recours aux soins. Elles font l'hypothèse trop stricte que les différences sont liées aux caractéristiques du territoire, sans tenir compte des caractéristiques des individus, alors même que la population des territoires n'est pas homogène. En effet, la répartition de la population française, à mesure que celle-ci croît et se déplace, ne se fait pas de façon homogène sur le territoire. En France, la première cause de mobilité est l'emploi : de ce fait, la mobilité est essentiellement liée à l'âge et aux diplômes des individus. Globalement, l'avancée en âge accentue l'éloignement avec les grands pôles urbains, avec une tendance inverse pour les plus âgés qui souhaitent bénéficier d'un meilleur accès aux services. En outre, le diplôme et *a fortiori* le revenu augmentent la mobilité des personnes. En outre, le choix de la localisation du logement dépend des revenus des individus et du prix des loyers. Les personnes défavorisées se logeront là où les loyers sont modérés, c'est-à-dire en dehors des pôles urbains. En ajoutant à cela la volonté de se regrouper dans des quartiers qui leur ressemblent, les individus subissent une ségrégation socio-spatiale. Les territoires restent donc homogènes sur le plan sociodémographique (Aubert, 2014), ce qui peut être source d'inégalités territoriales dues à des effets de composition.

La prise en compte séparée des effets mesurés au niveau individuel et de ceux mesurés au niveau agrégé peut être à l'origine de deux écueils majeurs : l'erreur atomiste et l'erreur écologique (Courgeau, 2000). L'erreur atomiste vient d'une analyse exclusive des caractéristiques individuelles, sans aucune prise en compte des contextes locaux. À l'inverse, l'erreur écologique vient de la prise en compte de données territoriales agrégées sans prise en compte des comportements individuels. Dans ce document, nous appelons déterminants individuels l'ensemble des facteurs propres aux personnes et mesurés à une échelle individuelle : sexe, âge, revenu, diplôme, état de santé, loisirs, relations sociales, *etc.* Les déterminants contextuels représentent ici tout ce qui est lié au territoire dans lequel l'individu vit : taux de chômage, proportion d'ouvriers, densités médicales, revenu médian, *etc.* Ces facteurs contextuels peuvent, directement ou indirectement, avoir un effet sur l'individu et ses comportements.

De plus en plus d'études tentent alors de combiner facteurs individuels et contextuels afin de prendre en compte tous les éléments du milieu social de l'individu (réseau social, milieu professionnel, résidentiel, *etc.*). Ces modèles sont capables d'identifier ce qui relève d'un effet de composition de ce qui correspond à un effet de contexte. Ces études se sont d'abord

attachées à comprendre l'impact du territoire sur l'état de santé. Concernant l'accès aux soins, quelques travaux montrent des différences de recours entre individus selon leur zone géographique de résidence (Trugeon et *al.*, 2006 ; Chauvin et Parizot, 2007). Chauvin et Chaix (2005) montrent en outre que les personnes qui vivent dans des territoires favorisés ont moins de chance d'avoir un médecin généraliste habituel, sans que cela ne soit dû à la densité de médecins. Ils ajoutent que le recours aux soins spécialistes est favorisé dans les zones où le niveau socioéconomique et la densité de spécialistes sont élevés. Concernant spécifiquement le renoncement aux soins, les études sont rares. Chauvin et *al.* (2012) montrent que le renoncement aux soins pour raisons financières est essentiellement lié à des caractéristiques individuelles. Leur modèle multiniveaux ajusté simultanément sur les données individuelles et contextuelles montre que les facteurs contextuels, et notamment le fait de vivre dans un quartier dit de Zones Urbaines Sensibles (ZUS), n'ont pas d'impact sur le renoncement aux soins.

3. Un modèle contextuel

Les modèles multiniveaux sont à privilégier pour une analyse contextuelle. Or, ils ne sont pas toujours indispensables. L'utilisation de modèles multiniveaux nécessite en effet que la variance des composants aléatoires de niveau 2 soit significativement différente de zéro. Autrement dit, il faut identifier si les différences entre les zones géographiques étudiées sont homogènes ou hétérogènes. Si elles sont homogènes, alors un modèle à effets fixes sera aussi efficace et plus simple d'utilisation. La première étape de notre analyse consiste donc à vérifier que l'utilisation d'un modèle multiniveaux est nécessaire. Pour cela, nous estimons la probabilité que la variance des résidus de l'effet territorial soit significativement différente de 0. Si oui ($p < 0,05$), il existe bien un effet contextuel et il est alors nécessaire d'estimer des modèles de régression logistique multiniveaux plutôt que des modèles logistiques classiques. Concernant nos données, il n'existe pas de différences hétérogènes entre nos territoires : l'utilisation de modèles multiniveaux n'est donc pas requise.

Nous utilisons des modèles de type *probit*. Ces modèles, dans lesquels le contexte est suggéré par des variables communes agrégées, nous permettent d'analyser la probabilité de renoncer aux soins dentaires en fonction des caractéristiques des individus et de celles des territoires. Nous définissons l'existence d'une variable latente $Renoncement_i^*$, telle que la variable binaire associée, $Renoncement_i$, prend la valeur 1 si l'individu i renonce aux soins et la valeur 0 sinon :

$$Renoncement_i = \begin{cases} 1 & \text{si } Renoncement_i^* \geq 0 \\ 0 & \text{sinon} \end{cases} \quad \text{avec} \quad Renoncement_i^* = X_i\beta + A_{R_i}\delta_{R_i} + \mu_i$$

X_i est un ensemble de caractéristiques individuelles, β le vecteur des paramètres, A_{R_i} l'ensemble des variables au niveau agrégé, δ_{R_i} le paramètre du niveau agrégé et μ_1 une erreur de mesure aléatoire supposée suivre une loi normale centrée réduite.

Dans ce modèle, on suppose ainsi que la probabilité de renoncer aux soins dentaires est le résultat de facteurs individuels et de déterminants contextuels. Afin d'identifier précisément les effets contextuels, nous nous appuyons sur la méthodologie développée par Chauvin et *al.* (2012) et cherchons à estimer l'effet des seuls déterminants individuels sur la probabilité de renoncer aux soins dentaires, l'effet des seuls déterminants contextuels, puis l'effet des facteurs individuels et contextuels simultanément.

Dans notre analyse, nous travaillons à partir du zonage en aires urbaines (ZAU) développé par l'INSEE et la DATAR (Délégation interministérielle à l'aménagement du territoire et à l'attractivité régionale), intéressant à plusieurs égards. Identifiant les zones d'influence des villes, il prend en compte des critères d'attraction (nombre d'emplois) et le déplacement entre le domicile et le lieu de travail. Le ZAU de 2010 partage le territoire en quatre grands types d'espaces : grandes aires urbaines, autres aires urbaines, autres communes multipolarisées et communes isolées hors influence des pôles. De précédents travaux sur les aires urbaines ont montré que les densités en professionnels de santé pouvaient être différentes selon les zones (Rican et *al.*, 1999) et que le lieu de travail pouvait conditionner le choix du lieu de recours aux soins (Mikol, 2012). Par ailleurs, le zonage en aires urbaines est le découpage le plus fin que nous pouvons réaliser au vu de nos effectifs par communes. Pour ces raisons, nous avons retenu le zonage en aires urbaines pour notre analyse.

Une même aire urbaine regroupe plusieurs individus, et notre hypothèse est que cet environnement commun a des effets sur leurs comportements. L'hypothèse d'indépendance entre les individus n'est donc pas respectée. Pour prendre en compte l'interdépendance entre les individus d'une même zone, nous utilisons l'option *cluster* qui permet aux résidus de varier au sein d'un même territoire.

Enfin, les comportements des individus ne sont pas les mêmes en matière d'état de santé et d'accès aux soins selon l'âge ; les loisirs et les diplômes ne sont pas non plus comparables selon les générations. Concernant spécifiquement les soins dentaires, les travaux montrent en outre une forte corrélation entre le renoncement aux soins dentaires et l'âge. Dourgnon et *al.* (2012) indiquent que le renoncement aux soins diminue fortement à partir de 70 ans, ce qui peut « refléter une diminution des besoins de soins aux âges élevés », tandis que Desprès et *al.* (2011a) montrent que c'est à partir de 50 ans que le renoncement aux soins est moins important. Malgré le contrôle de nos modèles sur l'âge, nous estimons deux modèles distincts

selon l'âge et distinguons les personnes de moins de 60 ans et les personnes de 60 ans et plus.

4. L'analyse territoriale du renoncement aux soins

4.1. Les déterminants mesurés à une échelle individuelle

Les données individuelles mobilisées dans ce chapitre proviennent d'une enquête unique déployée en 2015 en Poitou-Charentes auprès de 10 700 individus. Nous avons interrogé les individus sur le renoncement aux soins dans son ensemble, et pas seulement « pour raisons financières », sans que cela n'ait d'impact sur les caractéristiques des personnes qui déclarent renoncer (Legal et Vicard, 2015), en nous inspirant de la méthodologie de l'Enquête Santé Protection Sociale (ESPS) de 2012. Comme indiqué précédemment, nous présentons ici les résultats concernant le renoncement aux soins dentaires. La question est formulée ainsi : « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous renoncé, pour vous-même, à des soins dentaires ? ».

Nous avons recueilli 2 554 réponses, dont certaines ont été supprimées car elles ne respectaient pas les critères d'inclusion (personnes de moins de 18 ans et/ou résidant en dehors du Poitou-Charentes). Du fait du caractère auto-administré du questionnaire, certaines réponses étaient imparfaites. Nous avons supprimé celles où la variable d'intérêt, le genre et le territoire de résidence n'étaient pas complétés. Les données manquantes des autres variables ont été traitées à l'aide d'indicatrices. Nous travaillons sur un échantillon de 2 413 individus. Cet échantillon n'est pas représentatif de la population régionale. Les hommes y sont moins nombreux que dans la population régionale (42,9% contre 48,8% en réalité¹¹) et l'âge moyen y est plus élevé (56,3 ans contre 42,1 ans en réalité). Les personnes de 60 ans ou plus y sont surreprésentées (43,9% de notre échantillon contre 26,3% en réalité). La part des actifs est de 50,7% dans notre échantillon, contre 44% en réalité. Enfin, 33,6% des individus de notre échantillon vivent dans des espaces à dominante rurale, contre 38% en réalité en Poitou-Charentes.

Les variables individuelles ont été choisies grâce à une sélection pas à pas descendante afin de ne retenir que les variables significativement associées au renoncement aux soins (à 20%). Tous les modèles sont ajustés sur le sexe, l'âge, le niveau de revenu, le diplôme, la couverture maladie et l'état de santé des individus. Excepté le revenu, aucune variable n'a été agrégée : toutes les réponses viennent d'une question s'intéressant précisément à l'item concerné. Les Tableau 7 et Tableau 8 présentent les statistiques descriptives des différentes variables retenues.

¹¹ Ces données sont issues de l'INSEE.

Tableau 7 : Statistiques descriptives de la variable quantitative

	Total	Moins de 60 ans	60 ans et plus
Âge moyen (en années)	56,3	45,4	70,3

Lecture : L'âge moyen de notre échantillon est de 56,3 ans.

Notre échantillon est composé de 43% d'hommes et de 56% de personnes de moins de 60 ans. Les individus sont âgés de 26 à 95 ans ; l'âge moyen est de 56 ans, avec une médiane à 57 ans. La majorité de personnes ont au moins été scolarisée au collège (37,8%). 40,2% des personnes sont à la retraite, ce qui s'explique par l'âge moyen de notre échantillon ; 45,7% des individus ont un emploi. Le revenu est inégalement réparti, les plus de 60 ans ayant en moyenne un revenu supérieur aux autres. Les personnes de moins de 60 ans sont plus nombreuses dans les aires urbaines d'Angoulême, de Niort et de Poitiers. Elles sont moins nombreuses dans les autres aires urbaines, dans les petites et moyennes aires et dans les communes isolées. Dans les communes multipolarisées, il n'existe pas de différence de représentation selon l'âge. Enfin, la proportion de personnes résidant en Charente-Maritime est plus importante chez les personnes de 60 ans ou plus que dans l'échantillon global.

Tableau 8 : Statistiques descriptives des variables qualitatives (en %)

	Total	Moins de 60 ans	Dont ... renoncent aux soins	60 ans et plus	Dont ... renoncent aux soins
Total	100	56,1	25,6	43,9	17,5
Sexe					
Homme	42,9	38,1	26,6	49,1	15,0
Femme	57,1	61,9	24,9	50,9	20,0
Revenu					
< 930€	10,4	13,2	48,6	6,7	35,2
Entre 930 et 1 200€	10,0	9,8	38,6	10,4	30,0
Entre 1 200 et 1 600€	24,3	33,0	24,9	13,3	25,5
Entre 1 600 et 2 000€	8,1	10,3	12,9	5,3	17,9
> 2 000€	28,6	19,2	15,8	40,6	8,8
Non réponse	18,6	14,5	19,4	23,8	17,5
Diplôme					
Aucun	7,2	4,3	41,4	10,9	25,9
Niveau collège	37,8	31,6	26,4	45,7	19,2
Niveau bac	19,3	21,7	24,9	16,2	18,0
Niveau bac +2/3	21,2	27,0	24,6	13,7	11,0
Niveau supérieur à bac +3	12,5	14,3	21,6	10,2	5,9
Non réponse	2,0	1,0	28,6	3,3	14,3
Statut d'occupation					
En emploi	45,7	77,9	22,4	4,7	14,0
Chômage	5,0	8,2	49,5	0,8	11,1
Retraite	40,2	4,6	21,0	85,7	18,2
Autre inactif	4,1	6,5	35,2	1,1	25,0
Non réponse	4,9	2,8	28,9	7,6	12,3

Couple					
Oui	72,2	74,2	23,4	69,5	14,4
Non	27,8	25,8	31,8	30,5	24,8
Contact					
Oui	92,9	94,7	24,8	90,6	16,3
Non	5,0	3,7	42,0	6,7	32,4
Non réponse	2,1	1,5	33,3	2,7	20,7
CSP des parents					
Agriculteurs exploitants	18,5	13,2	20,7	25,2	16,1
Artisans – Commerçants – Chefs d'entreprise	12,8	12,7	30,2	13,0	17,4
Cadres et professions intellectuelles supérieures	10,2	11,0	22,8	9,2	13,3
Professions intermédiaires	8,1	7,9	27,1	8,3	10,2
Employés	22,0	26,8	25,7	16,0	20,0
Ouvriers	23,2	23,5	26,1	22,9	21,4
Non réponse	5,1	4,9	27,3	5,3	19,6
Être propriétaire					
Oui	78,6	72,6	21,6	86,2	16,7
Non	19,5	25,4	37,2	11,9	23,0
Non réponse	1,9	2,0	22,2	1,9	20,0
Rencontrer des difficultés financières					
Oui	26,7	33,9	44,4	17,5	48,9
Non	69,6	63,1	15,7	77,8	10,7
Non réponse	3,7	3,0	20,0	4,6	14,3
Être suivi par un travailleur social					
Oui	3,1	4,4	44,1	1,5	56,2
Non	82,80	86,5	25,2	78,1	16,4
Non réponse	14,1	9,2	20,2	20,4	18,9
Partir en vacances					
Oui	65,5	71,3	18,2	58,0	11,1
Non	33,3	28,1	44,5	40,0	27,4
Non réponse	1,2	0,6	12,5	2,0	9,5
Aller à un spectacle					
Oui	53,5	53,9	18,2	52,8	10,0
Non	45,1	45,1	34,6	45,1	26,8
Non réponse	1,5	1,0	15,4	2,1	9,1
Être en bonne santé					
Oui	57,2	65,8	20,8	46,1	11,9
Non	40,4	32,2	34,4	50,8	22,1
Non réponse	2,4	1,9	42,3	3,0	28,1
Avoir une complémentaire santé					
Oui	73,3	79,7	29,0	65,1	18,1
Non	13,7	12,5	25,3	15,3	21,6
Non réponse	13,0	7,8	22,9	19,6	12,5
Avoir un médecin traitant					
Oui	98,6	98,3	25,0	99,0%	17,5
Non	1,4	1,7	60,9	1,0	18,2
Délai avant un rendez-vous chez un spécialiste					
Moins d'une semaine	5,1	4,9	13,6	5,4	17,5
Entre 1 semaine à 1 mois	27,5	24,8	23,2	30,9	15,5
Entre 1 mois et 6 mois	44,2	43,4	23,8	45,3	17,7
Plus de 6 mois	4,7	4,6	29,0	4,8	7,0
Non réponse	18,5	22,3	33,4	13,6	18,7

Département					
Charente (16)	17,	17,4	28,0	16,7	18,1
Charente-Maritime (17)	34,4	32,0	29,1	37,4	21,0
Deux-Sèvres (79)	22,5	23,6	21,6	21,0	13,9
Vienne (86)	26,0	26,9	23,3	24,9	15,1
Aires urbaines					
Aire urbaine d'Angoulême	9,0	9,9	25,4	7,8	15,7
Aire urbaine de La Rochelle	10,7	10,7	24,1	10,7	14,0
Aire urbaine de Niort	8,1	8,8	16,8	7,1	13,3
Aire urbaine de Poitiers	14,3	16,1	22,9	12,0	13,4
Petites et moyennes aires	8,9	8,0	24,1	10,1	15,9
Autres aires urbaines	15,5	14,1	27,7	17,2	20,3
Communes					
multipolarisées des grands pôles	7,0	7,1	34,4	7,0	18,9
Autres communes multipolarisées	15,1	15,5	27,6	14,6	19,3
Communes isolées hors influence des pôles	11,4	9,7	28,0	13,5	22,4

Lecture : 27% des individus de moins de 60 ans ont un diplôme de niveau bac +2/3.

4.1.1. Les caractéristiques individuelles

Le sexe et l'âge sont introduits dans l'analyse. Au regard de la littérature (Dourgnon, 2011), on s'attend à une corrélation positive entre le genre féminin et le renoncement aux soins. L'âge est introduit en année. Plus les individus vieillissent, plus ils ont besoin de soins, ce qui accroît le risque de renoncer (Dourgnon, 2011) : on s'attend donc à un effet positif de l'âge sur la probabilité de renoncer aux soins. Cependant, afin de nous laisser la possibilité d'identifier des non linéarités, nous introduisons le carré de cette variable.

Le renoncement aux soins a tendance à être moins fréquent chez les personnes de 60 ans ou plus. Par ailleurs, les hommes renoncent moins aux soins que les femmes.

4.1.2. Les conditions socio-économiques

Nous étudions le revenu, le niveau d'éducation et le statut d'occupation. L'effet de ces variables est ambigu dans la littérature. Alors qu'il est intuitif de penser que les personnes les plus aisées et les plus diplômées déclarent moins de renoncement aux soins, du fait de meilleures conditions d'accès, certains travaux montrent que les personnes précaires renoncent moins aux soins du fait notamment d'une moindre capacité à détecter et à exprimer ses besoins de soins (Parizot, 1998 ; Desprès, 2012 ; Jusot, 2013). Le revenu correspond au revenu par unité de consommation : nous avons pondéré par unité de consommation le revenu net déclaré par les individus.

L'analyse descriptive montre que les personnes qui renoncent aux soins ont une situation socioéconomique plus défavorisée que la population ne renonçant pas aux soins pour les trois variables retenues : les personnes les moins diplômées, ayant les revenus les plus faibles et les chômeurs renoncent plus aux soins que les autres.

4.1.3. Le réseau social

Le capital social permet la diffusion d'informations au sein d'un même groupe social et donc une diffusion des normes de santé propres au groupe, en ce qui concerne notamment les comportements à risque et la méfiance vis-à-vis du système de soins (Rode, 2010). Nous testons l'influence de l'isolement social au travers de deux variables : être en couple et avoir des contacts réguliers avec son entourage (hors conjoint et enfants). En outre, la littérature montrant le rôle de l'enfance sur l'état de santé et les comportements liés à la santé une fois adulte (Bricard et *al.*, 2010 ; Jusot et *al.*, 2009), nous introduisons la catégorie socioprofessionnelle (CSP) du parent principal lorsque l'individu avait 12 ans. N'ayant pas l'information, nous n'introduisons pas la CSP des individus dans l'analyse. Nous faisons l'hypothèse que le réseau social est négativement corrélé au renoncement aux soins.

Nous observons que les personnes célibataires et les personnes qui n'ont personne avec qui discuter renoncent plus aux soins. Les individus de moins de 60 ans dont le parent principal était agriculteur ou cadre lorsqu'ils avaient 12 ans ont tendance à moins renoncer aux soins que les autres. Pour les personnes de 60 ans ou plus, s'ajoutent à ceux-là les parents ayant eu une profession intermédiaire.

4.1.4. La précarité

Nous retenons cinq variables binaires liées à la précarité des individus : être propriétaire, être parti en vacances et être allé à un spectacle les douze mois précédant l'enquête, avoir régulièrement des difficultés financières, rencontrer régulièrement un travailleur social. Nous attendons un effet négatif des trois premières et à un impact positif des deux autres sur le renoncement aux soins.

Les propriétaires renoncent moins aux soins. Les personnes rencontrant régulièrement des difficultés financières renoncent plus aux soins, ce qui est également le cas des personnes suivies par un travailleur social. Les personnes qui ne sont pas parties en vacances et qui ne sont pas allées à un spectacle renoncent plus aux soins que les autres.

4.1.5. L'état de santé

Nous intégrons l'état de santé des individus dans notre analyse. Bien que l'état de santé puisse être considéré comme endogène au renoncement aux soins, Azogui-Lévy et Rochereau (2005) ayant montré que l'état de santé buccodentaire se dégradait à cause du renoncement aux soins, nous estimons qu'un état de santé global dégradé peut également entraîner davantage de renoncement aux soins dentaires, ceux-ci n'étant alors plus une priorité. Nous utilisons le questionnement sur la santé perçue à travers la question : « Comment est votre état de santé en général ? ». Standardisé au niveau européen, cet indicateur est un bon prédicteur de l'état de santé des individus. Ainsi, les personnes ayant répondu « très bon » ou « bon » sont considérées comme étant en bonne santé et les personnes ayant indiqué « assez bon », « mauvais », « très mauvais » sont considérés comme étant en mauvaise santé.

À l'instar de la littérature, il ressort qu'un meilleur état de santé est corrélé avec un moindre renoncement aux soins dentaires. Cela peut signifier que les personnes en bonne santé ont moins de besoins de soins dentaires et ont donc un risque moins élevé de renoncer. Dans notre base de données, les personnes de 60 ans et plus sont en moins bonne santé que les plus jeunes. Les personnes en mauvaise santé ont tendance à plus renoncer aux soins dentaires que les autres.

4.1.6. Les variables liées au système de santé

Nous étudions d'abord le rôle du médecin traitant, qui a « tendance à intensifier les contacts entre les patients et leur médecin généraliste » (Or et *al.*, 2009). Nous faisons qu'avoir un médecin traitant permet un suivi global de sa santé, dont la santé dentaire. Nous intégrons une variable binaire distinguant les personnes ayant un médecin traitant ou un médecin généraliste habituel de celles n'en ayant pas.

La littérature montre que la complémentaire santé joue un rôle très important dans le renoncement aux soins (Warin et *al.*, 2008 ; Dourgnon, 2011). Nous distinguons les personnes ayant une complémentaire santé (privée ou CMU-C) des personnes n'ayant pas de complémentaire. Nous n'avons pas pu faire la distinction entre complémentaire privée et CMU-C par faute de bénéficiaires de la CMU-C suffisants dans notre échantillon.

Enfin, nous nous intéressons aux délais d'attente avant un rendez-vous, ceux-ci étant peu analysés dans la littérature. Alors que des études (Hurst et Siliciani, 2003 ; Le Fur et *al.*, 2006) semblent identifier les délais d'attente comme la conséquence d'une offre de soins inférieure à la demande, certains chercheurs expliquent qu'une forte densité pourrait mener à des délais d'attente plus importants à cause de demande induite ou révélée (Le Fur et *al.*, 2006). Ainsi, on peut imaginer qu'en cas de forte densité, où l'offre serait supérieure à la demande, un

médecin augmente le nombre de consultations nécessaires pour un patient dans le but de maintenir son revenu (Le Fur et *al.*, 2006). Par ailleurs, lorsque la densité est élevée, le coût d'accès en matière de distance et de temps d'attente diminue, ce qui peut entraîner un recours d'une partie de la population qui n'aurait pas pu accéder aux soins autrement, et donc une hausse de la demande et des délais d'attente. Pour identifier le lien entre délai et renoncement aux soins, nous incluons le délai d'attente avant le rendez-vous chez le dernier spécialiste consulté, tout en contrôlant par les densités médicales. La variable prend quatre valeurs : rendez-vous obtenu en moins d'1 semaine, en 1 semaine à 1 mois, en 1 à 6 mois, en plus de 6 mois. Nous attendons des effets négatifs des variables individuelles liées au système de santé sur le renoncement aux soins.

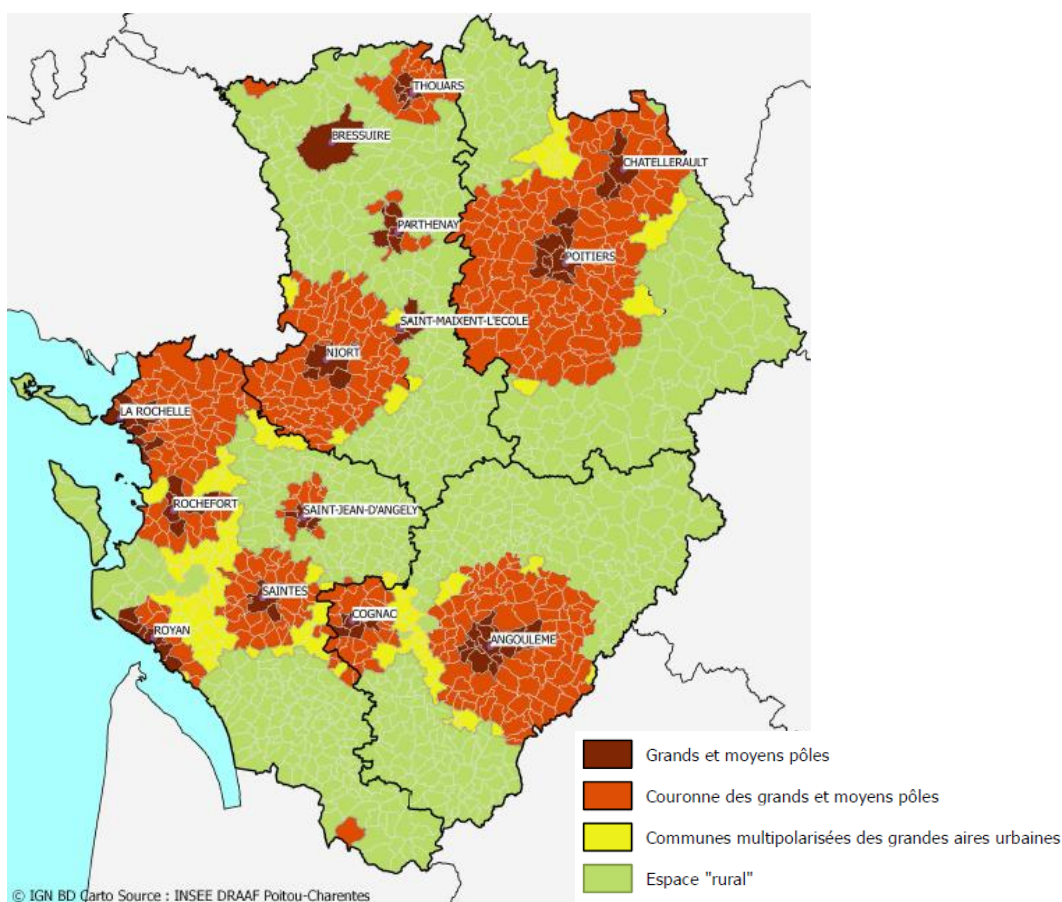
Les personnes n'ayant pas de couverture maladie complémentaire et celles n'ayant pas de médecin traitant renoncent plus aux soins que les autres. En outre, plus le délai d'attente est long, plus le renoncement aux soins est important.

4.1.7. Le territoire de résidence

Les données utilisées ont été recueillies au niveau de la commune, puis agrégées selon le zonage des aires urbaines. Notre enquête couvre 817 communes réparties en neuf aires urbaines (Figure 2). Au vu de nos effectifs, le zonage que nous avons retenu est le suivant : communes isolées hors influence des pôles, autres communes multipolarisées, petites et moyennes aires (correspondance avec le ZAU de l'INSEE : moyens pôles, couronnes des moyens pôles, petits pôles, couronnes des petits pôles), communes multipolarisées des grands pôles, aire urbaine d'Angoulême, aire urbaine de La Rochelle, aire urbaine de Niort, aire urbaine Poitiers, autres aires urbaines pour lesquelles nous n'avons pas assez d'effectifs pour en faire un groupe chacun (Cognac, Rochefort, Saintes, Royan, Châtelleraut). Ces variables ne sont pas, par construction, des indicateurs contextuels mais peuvent être considérés comme des proxys d'effets géographiques permettant d'identifier des effets territoriaux.

Concernant le renoncement aux soins, des différences selon les départements ou aires urbaines sont observables. La Charente-Maritime et les communes multipolarisées des grands pôles enregistrent globalement les taux de renoncement aux soins dentaires les plus élevés. Au contraire, l'aire urbaine de Niort a, la plupart du temps, les taux les plus faibles.

Figure 2 : Répartition des communes selon le zonage en aires urbaines 2010 regroupé en 4 classes en Poitou-Charentes



4.2. Les déterminants contextuels

Les facteurs contextuels que nous étudions correspondent à l'offre de soins et aux caractéristiques sociodémographiques du territoire. Nos données sont toutes agrégées au niveau de l'aire urbaine.

4.2.1. Densités de dentistes

Les données viennent de la DREES et datent de décembre 2013. Dans notre chapitre, nous avons sélectionné les densités des dentistes libéraux (Tableau 9), mesurées à partir de l'indicateur d'Accessibilité Potentielle Localisée (APL), qui prend en compte la distance entre le patient et le praticien, et le temps de travail des dentistes (Barlet et *al.*, 2012).

Tableau 9 : Statistiques descriptives des densités de dentistes

	Moyenne	Médiane	Écart-type	Min	Max
Densité dentistes	41,0	42,4	13,9	13,9	91,7

Lecture : La densité de dentistes est en moyenne de 41 dentistes pour 100 000 habitants en Poitou-Charentes.

Les densités de dentistes sont significativement corrélées aux territoires que nous avons choisis (Tableau 10). Les communes isolées, les communes multipolarisées des grands pôles, les autres communes multipolarisées et l'aire urbaine d'Angoulême ont une densité moyenne de dentistes inférieure à la densité régionale. Cette corrélation est à prendre en considération lors de l'interprétation de nos résultats.

Tableau 10 : Densités de dentistes par territoires

Territoires	Densité moyenne de dentistes
Tous les territoires	41,0
Communes isolées	27,7
Autres communes multipolarisées	32,4
Communes multipolarisées des grands pôles	33,5
Angoulême	39,7
La Rochelle	58,4
Niort	41,1
Poitiers	42,6
Autres aires urbaines	50,6
Aires moyennes et petites	40,0

Lecture : La densité moyenne de dentistes est de 58 pour 100 000 habitants dans l'aire urbaine de La Rochelle.

4.2.2. Les caractéristiques du territoire

Nos données sont issues du recensement de la population de l'INSEE de 2012. La médiane du revenu disponible par unité de consommation du territoire est insérée par quartiles. Il s'agit de la somme des médianes de chaque commune qui compose les territoires pondérées par le nombre d'habitants des communes. La médiane étant la même pour un même territoire, les quartiles de médiane ne représentent pas exactement 25% des effectifs de notre échantillon.

Les autres variables sont binaires : nous utilisons la distribution par centile au niveau des aires urbaines, selon la méthodologie de Chauvin et *al.* (2012). Nous leur attribuons alors la valeur 1 si la proportion est supérieure au 75^{ème} centile, et 0 sinon. Nous procédons ainsi pour la proportion de bénéficiaires de la CMU-C, d'individus de moins de 20 ans, d'individus des 60 ans ou plus, de chômeurs, de familles monoparentales, de personnes sans diplôme, d'ouvriers, d'employés, d'agriculteurs et de cadres.

Toutes ces variables peuvent jouer des rôles différents sur la probabilité de renoncer aux soins. Il est donc difficile de se prononcer sur l'effet de ces caractéristiques sur le renoncement aux soins. C'est la raison pour laquelle il est indispensable de les coupler aux variables individuelles. Par exemple, un taux élevé de bénéficiaires de la CMU-C peut refléter un territoire pauvre qui sera davantage sensible au renoncement aux soins. Si ce taux élevé reflète une meilleure conscience de ses droits et une plus grande facilité financière à accéder aux soins, alors la probabilité de renoncer aux soins peut diminuer dans ces territoires.

Tableau 11 : Statistiques descriptives des caractéristiques du territoire

	Total	Moins de 60 ans	60 ans et plus
Revenu médian du territoire			
1er quartile	25,03%	23,80%	26,60%
2ème quartile	29,05%	28,97%	29,15%
3ème quartile	32,70%	34,00%	31,04%
4ème quartile	13,22%	13,23%	13,21%
Caractéristiques sociodémographiques			
Proportion élevée de bénéficiaires de la CMU-C			
Oui	17,86%	18,26%	17,36%
Non	82,14%	81,74%	82,64%
Proportion élevée de moins de 20 ans			
Oui	26,65%	29,12%	23,49%
Non	73,35%	70,88%	76,51%
Proportion élevée de plus de 60 ans			
Oui	28,26%	24,24 %	33,40%
Non	71,74%	75,76%	66,60%
Proportion élevée de chômeurs			
Oui	25,90%	25,20%	26,79%
Non	74,10%	74,80%	73,21%
Proportion élevée de familles monoparentales			
Oui	24,62%	24,83%	24,34%
Non	75,38%	75,17%	75,66%
Proportion élevée de personnes sans diplôme			
Oui	26,32%	23,13%	30,38%
Non	73,68%	76,87%	69,62%
Proportion élevée d'agriculteurs			
Oui	31,54%	30,30%	33,11%
Non	68,46%	69,70%	66,89%
Proportion élevée de cadres			
Oui	23,46%	25,72%	20,57 %
Non	76,54%	74,28%	79,43%
Proportion élevée d'ouvriers			
Oui	24,91%	25,94%	23,58%
Non	75,09%	74,06%	76,42%
Proportion élevée d'employés			
Oui	20,97%	21,51%	20,28%
Non	79,03%	78,49%	79,72%

Lecture : 26% des individus de moins de 60 ans résident dans un territoire dont la proportion de cadres est supérieure à 75%.

Le Tableau 11 présente les statistiques descriptives liées aux territoires. Les habitants de Charente-Maritime renoncent plus aux soins que les autres, les habitants des Deux-Sèvres et de la Vienne renonçant quant à eux moins aux soins qu'en moyenne en Poitou-Charentes. Par ailleurs, les habitants des grandes aires urbaines ont tendance à moins renoncer aux soins que dans les habitants des communes multipolarisées ou isolées. Enfin, les personnes vivant dans des territoires où il existe une part élevée de bénéficiaires de la CMU-C, de personnes de moins de 20 ans, de familles monoparentales, de personnes sans diplôme, de cadres, d'ouvriers renoncent globalement moins aux soins que les autres. Au contraire, les personnes vivant dans des territoires où les proportions de personnes de plus de 60 ans, de chômeurs,

d'agriculteurs et d'employés sont élevées renoncent globalement plus aux soins que les autres.

5. Les déterminants du renoncement aux soins dentaires en Poitou-Charentes

Nous présentons ici les résultats de nos modèles contextuels par groupe de variables (Tableau 12). Notons que 22% des individus ont renoncé à au moins un soin dentaire en 2015 en Poitou-Charentes, sans que nous ne soyons en mesure d'indiquer quels types de soins dentaires sont concernés. Ce taux est plus élevé de quatre points qu'en moyenne en France (Célan et *al.*, 2014). Chez les personnes de moins de 60 ans, ce taux est de 25,6%, contre 17,5% parmi les personnes de 60 ans ou plus. Ce taux plus élevé chez les plus jeunes est sans doute le reflet de besoins plus importants qui se traduit par un risque plus important de renoncer à au moins un soin.

5.1. Le poids des variables individuelles

Les déterminants individuels qui jouent sur le renoncement aux soins sont quasiment les mêmes avec ou sans l'introduction des facteurs contextuels. Un effet genre, qui apparaît seulement chez les moins de 60 ans, montre que les hommes ont tendance à renoncer davantage aux soins que les femmes, ce qui va à l'encontre de la littérature. L'âge, quant à lui, ne joue que chez les plus de 60 ans. La relation est significativement négative, mais non linéaire : la probabilité de renoncer aux soins dentaires diminue avec l'âge jusqu'à 70 ans en moyenne, puis augmente ensuite. Ces deux effets peuvent refléter dans un premier temps une baisse des besoins à mesure de l'avancée en âge, puis une hausse des besoins en appareillage notamment.

Nous montrons que le revenu permet de diminuer la probabilité de renoncer aux soins dentaires. Nos résultats opposent les plus riches au reste de la population, avec un effet de seuil plus marqué chez les personnes de 60 ans ou plus (2 000€ mensuels contre 1 600€ pour les moins de 60 ans). Ceci est cohérent avec les résultats de la littérature sur le renoncement aux soins. Dourgnon et *al.* (2012) nous indiquent dans ce cas qu'il existe sans doute un effet de seuil pour les soins dentaires, mal remboursés par les couvertures complémentaires. Ainsi, « un très bas niveau de revenu par unité de consommation n'est pas associé à un niveau de renoncement différent des catégories de revenus qui lui sont juste supérieures » (Dourgnon et *al.*, 2012, p.10). Chez les personnes de moins de 60 ans, les personnes au chômage ont une probabilité de renoncer aux soins dentaires plus élevées de 10 points que les personnes en emploi. Chez les plus de 60 ans, le fait d'être à la retraite augmente la probabilité de

renoncer aux soins par rapport au fait d'être en emploi. Le niveau d'éducation, quant à lui, n'a pas d'effet, son effet étant potentiellement capturé par les variables revenu et emploi.

Concernant les caractéristiques sociales des individus, nous remarquons qu'avoir des difficultés financières augmente la probabilité de renoncer aux soins dentaires, tandis qu'être allé à un spectacle en 2015 la fait diminuer. Être propriétaire joue dans des sens opposés selon l'âge : cela diminue la probabilité de renoncer aux soins chez les moins de 60 ans, et favorise plus de renoncement aux soins chez les plus âgés. Rencontrer régulièrement un travailleur social favorise plus de renoncement aux soins seulement chez les plus de 60 ans, tandis qu'être parti en vacances entraîne une probabilité moins importante de renoncer chez les moins de 60 ans seulement. Contrairement à nos attentes, la catégorie socioprofessionnelle des parents ne joue pas. Avoir des contacts réguliers avec son entourage ou être en couple n'a pas non plus d'effet sur le renoncement aux soins dentaires. Enfin, le fait d'être en bonne santé réduit la probabilité de renoncer aux soins dentaires, ce qui vient confirmer notre intuition : les personnes en mauvaise santé ne font pas passer les soins dentaires en priorité.

Concernant le système de santé, avoir un médecin traitant ou un médecin généraliste habituel permet de diminuer fortement la probabilité de renoncer aux soins dentaires chez les moins de 60 ans. Cela peut être le signe d'un recours aux soins en général et donc d'une bonne prise en charge globale de sa santé. L'effet du médecin traitant n'apparaît pas chez les plus de 60 ans. La couverture complémentaire n'a, quant à elle, aucun effet. Le revenu et les autres variables s'y afférant couvrent peut-être son effet. Nous préférons être prudents et préciser que cette variable était plutôt mal renseignée et que nous n'avons pas pu distinguer complémentaire privée et CMU-C.

Les délais d'attente entre la prise du rendez-vous et le rendez-vous ont un impact très important chez les moins de 60 ans, la probabilité de renoncer aux soins dentaires étant supérieure de 20 points lorsque le délai d'attente chez un spécialiste est de plus de six mois par rapport à une attente de moins d'une semaine. Cela vient confirmer nos hypothèses sur le sujet. L'effet des délais d'attente disparaît chez les personnes de 60 ans ou plus, ce qui reflète peut-être une plus grande adaptabilité aux horaires, notamment du fait de la retraite.

Tableau 12 : Effets marginaux des estimations de renoncement aux soins dentaires

	Moins de 60 ans			60 ans ou plus		
	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)
Sexe						
Femme	réf.		réf.	réf.		réf.
Homme	0,042*		0,039*	-0,020		-0,021
Age						
Âge	-0,014		-0,015	-0,011		-0,018*
(Âge) ²	0,000		0,000	0,000		0,000*

Revenu					
< 930€	réf.		réf.	réf.	réf.
930 - 1 200€	-0,015		-0,004	-0,026	-0,024
1 200 - 1 600€	-0,063**		-0,050	-0,035	-0,035
1 600 - 2 000€	-0,146***		-0,142***	-0,029	-0,032
> 2 000€	-0,132***		-0,123***	-0,092***	-0,093***
Niveau d'éducation					
Sans diplôme	réf.		réf.	réf.	réf.
Niveau collège	-0,032		-0,036	0,005	-0,005
Niveau lycée	0,000		-0,005	0,073	0,056
Bac à Bac +2/3	0,043		0,036	0,023	0,004
> Sup Bac +3	0,043		0,043	0,048	0,048
Non Réponse	<i>non testé</i>		<i>non testé</i>	-0,038	-0,038
Statut d'occupation					
En emploi	réf.		réf.	réf.	réf.
Chômage	0,100***		0,096***	0,016	0,023
Retraite	-0,033		-0,038*	0,067*	0,068*
Autre	0,006		0,005	0,038	0,071
Être en couple					
Oui	0,005		0,005	-0,025	-0,027
Non	réf.		réf.	réf.	réf.
Avoir des contacts réguliers avec son entourage					
Oui	-0,007		-0,002	-0,038	-0,028
Non	réf.		réf.	réf.	réf.
Non réponse	0,113		0,118	<i>non testé</i>	<i>non testé</i>
CSP des parents					
Agriculteurs	réf.		réf.	réf.	réf.
Commerçants	0,105		0,105	0,002	0,000
Cadres	0,046		0,047	-0,007	-0,009
Professions intermédiaires	0,077		0,076	-0,057	-0,054
Employés	0,029		0,040	0,012	0,007
Ouvriers	0,026		0,029	0,027	0,029
Non réponse	-0,004		-0,008	<i>non testé</i>	<i>non testé</i>
Être propriétaire					
Oui	-0,065**		-0,070**	0,048***	0,057***
Non	réf.		réf.	réf.	réf.
Non réponse	-0,100		-0,124*	0,047	0,068
Avoir des difficultés financières					
Oui	0,168***		0,167***	0,283***	0,284***
Non	réf.		réf.	réf.	réf.
Non réponse	0,000		-0,004	0,029	0,025
Rencontrer régulièrement un travailleur social					
Oui	-0,023		-0,029	0,068***	0,069***
Non	réf.		réf.	réf.	réf.
Être parti en vacances					
Oui	-0,115***		-0,110***	-0,039	-0,033
Non	réf.		réf.	réf.	réf.
Non réponse	-0,126		-0,138	<i>non testé</i>	<i>non testé</i>
Être allé à un spectacle					
Oui	-0,050*		-0,048*	-0,063**	-0,064**
Non	réf.		réf.	réf.	réf.
Non réponse	-0,046		-0,039	-0,052	-0,068

Être en bonne santé					
Oui	-0,070***		-0,066***	-0,051*	-0,050*
Non	réf.		réf.	réf.	réf.
Non réponse	0,033		0,053	0,036	0,044
Avoir une couverture maladie complémentaire					
Oui	-0,030		-0,034	-0,020	-0,018
Non	réf.		réf.	réf.	réf.
Non réponse	<i>non testé</i>		<i>non testé</i>	-0,087***	-0,083***
Avoir un médecin traitant					
Oui	-0,326***		-0,327***	-0,017	-0,020
Non	réf.		réf.	réf.	réf.
Délai d'attente avec un rendez-vous chez un spécialiste					
Moins d'une semaine	réf.		réf.	réf.	réf.
Une semaine à un mois	0,159**		0,161**	-0,052	-0,046
Un à 6 mois	0,160***		0,158***	-0,030	-0,028
Plus de 6 mois	0,197**		0,204**	0,034	0,045
Types de territoire					
Communes rurales isolées		réf.	réf.		réf.
Autres communes multipolarisées		-0,004*	0,025		-0,035
Communes multipolarisées des grands pôles		0,041***	0,153***		-0,03
Angoulême		0,140***	0,004		-0,085
La Rochelle		0,003	-0,092		-0,1
Niort		-0,172***	-0,134		0,008
Poitiers		-0,175***	0,049		0,027
Autres aires urbaines		0,017	0,084		0,011
Petites et moyennes aires		0,122***	0,000		-0,022
					0,040
Revenu médian du territoire					
1er quartile		réf.	réf.		réf.
2ème quartile		0,002	-0,047		-0,08
3ème quartile		-0,034	-0,001		-0,062
4ème quartile		0,059	-0,020		-0,144**
					-0,047
Caractéristiques des territoires					
Densité de dentistes		0,000***	-0,003		0,002
Proportion élevée de bénéficiaires de la CMU-C		0,107	-0,171**		-0,071
Proportion élevée de moins de 20 ans		-0,199***	-0,008		-0,166
Proportion élevée de plus de 60 ans		-0,002	0,010		-0,015
Proportion élevée de chômeurs		0,006	0,069**		0,000
Proportion élevée de familles monoparentales		0,093***	0,186***		0,105
Proportion élevée de personnes sans diplôme		0,291***	0,048		-0,072***
Proportion élevée d'agriculteurs		0,092**	-0,060		-0,014
Proportion élevée de cadres		-0,026	0,087		0,196
Proportion élevée d'ouvriers		0,174***	-0,011		0,005
Proportion élevée d'employés		-0,014	-0,090		-0,113*
					-0,111*

Légende :

(1) : Estimation des seuls facteurs individuels

(2) : Estimation des seuls facteurs contextuels

(3) : Estimation des facteurs individuels et contextuels

Pour chaque colonne, le chiffre représente le paramètre estimé et l'étoile représente la significativité (* significatif à 10%, ** significatif à 5%, *** significatif à au moins 1%)

5.2. L'importance des caractéristiques sociales du territoire et l'absence de l'effet de la densité de dentistes

Concernant les personnes de moins de 60 ans, lorsque les facteurs contextuels sont introduits seuls (sans déterminants individuels), la proportion de jeunes, de familles monoparentales, de personnes sans diplôme, d'agriculteurs et d'ouvriers du territoire ressortent de l'analyse. Lorsque l'on s'intéresse seulement aux facteurs contextuels, tous les territoires influencent positivement ou négativement le renoncement aux soins, excepté l'aire urbaine de La Rochelle et les autres aires urbaines. Dans les communes multipolarisées des grands pôles, dans les petites et moyennes aires et dans l'aire urbaine d'Angoulême, le renoncement aux soins est plus fort que dans les communes isolées. La plupart des effets de ces territoires disparaît lorsque l'on introduit simultanément les déterminants individuels et les facteurs contextuels : cela signifie que les différences observées dans le modèle avec les seuls effets contextuels sont en réalité capturées par des variables individuelles. Un effet reste, cinq disparaissent et deux apparaissent suite à l'introduction de l'ensemble des facteurs. Restent les effets des communes multipolarisées des grands pôles, où la probabilité de renoncer aux soins augmente par rapport à des communes rurales isolées. En outre, une proportion élevée de bénéficiaires de la CMU-C est corrélée avec un moindre renoncement aux soins. Ce résultat peut d'abord sembler contre-intuitif. En effet, un territoire qui accueille un nombre plus conséquent de bénéficiaires de la CMU-C est sûrement relativement plus pauvre. Pourtant, il est cohérent avec la littérature dans la mesure où il montre que la CMU-C protège du renoncement aux soins. Au contraire, vivre dans un territoire où les taux de chômage et de familles monoparentales sont importants augmente la probabilité de renoncer aux soins dentaires. Ce résultat est cohérent avec la littérature qui montre que les chômeurs et les parents monoparentaux renoncent plus aux soins que les autres.

Concernant les personnes de 60 ans ou plus, très peu de facteurs contextuels semblent jouer un rôle. Seule l'aire urbaine de Poitiers favorise davantage de renoncement aux soins que les communes isolées ; les autres territoires n'ont pas d'effet sur le renoncement aux soins dentaires. En outre, peu de caractéristiques sociodémographiques ressortent de l'analyse. Au final, deux facteurs jouent : des proportions importantes d'agriculteurs et employés sur un territoire impactent le renoncement aux soins dentaires, respectivement à la hausse et à la baisse. Ces différents résultats montrent que les caractéristiques du territoire dans lequel les individus vivent peuvent avoir un effet sur le renoncement aux soins : cela revient à l'hypothèse de capital social qui véhicule les normes collectives.

Enfin, ajustée sur les variables individuelles, la densité de dentistes n'a aucun effet sur le renoncement aux soins dentaires, quel que soit l'âge. Or les délais d'attente sont fortement significatifs chez les personnes de moins de 60 ans. L'effet offre de soins n'est donc pas celui

auquel on aurait pu s'attendre : il ne s'agit pas d'un problème de positionnement territorial de l'offre mais d'une question organisationnelle. Les dentistes semblent manquer essentiellement là où les délais d'attente sont longs.

6. Conclusion

Ce chapitre fait état d'un taux important de renoncement. En Poitou-Charentes, 22% des individus ont renoncé à au moins un soin dentaire en 2015. L'objectif de notre analyse était de comprendre si les différences de renoncement aux soins sont le reflet des caractéristiques des individus ou des caractéristiques des territoires eux-mêmes. L'utilisation d'une base de données locale nous a permis de réaliser une analyse contextuelle localisée. Réalisée pour la première fois dans la région Poitou-Charentes, cette étude a permis de mettre en évidence que les déterminants qui affectent le plus le renoncement aux soins sont des déterminants sociaux (mesurés à une échelle individuelle ou territoriale). Ainsi, les effets de composition sont les plus importants.

D'un point de vue méthodologique, il est recommandé de travailler à partir d'un territoire qui prend en compte les pratiques spatiales des individus et de ne pas nécessairement étudier l'échelle la plus fine possible (Chauvin et Vallée, 2014). Notre analyse contextuelle à partir du zonage en aires urbaines permet de prendre en compte les pratiques spatiales des individus, le zonage étant notamment défini selon les déplacements domicile-travail. En outre, parce que nous faisons l'hypothèse que les caractéristiques des territoires ont un impact sur les comportements des individus, l'inclusion de l'option *cluster* dans nos modèles permet de lever l'hypothèse d'indépendance des individus au sein d'un même territoire.

Pour autant, notre analyse comporte quelques limites. D'abord, les analyses contextuelles posent encore des difficultés méthodologiques. La nôtre, malgré la prise en compte des effets par territoires, ne prend pas en compte la continuité entre les territoires et fait comme si les individus n'étaient pas affectés par ce qui se passait ailleurs. En outre, Vallée et *al.* (2014) reprochent aux études contextuelles de considérer les unités spatiales identiques pour tous les individus et ainsi d'effacer les différences sociales qui existent entre les individus dans leur appropriation de leur territoire. Chauvin et Vallée (2014) recommandent à cet effet de prendre en compte les expériences vécues et le rapport des individus au territoire, ce que nous n'avons pas fait dans cette étude par faute de données. Enfin, certaines données ont été mal recueillies. La couverture maladie complémentaire est indéniablement mal renseignée (seulement cinquante personnes indiquent bénéficier de la CMU-C) et la catégorie socioprofessionnelle des individus n'a pas été recueillie.

Nous remarquons malgré tout que l'analyse contextuelle permet d'obtenir des résultats plus précis qu'une analyse seulement basée sur des données mesurées à l'échelle du territoire. Le risque d'erreur écologique était très important. En effet, avec ou sans les déterminants contextuels, les facteurs individuels qui ont un impact sur le renoncement aux soins sont quasiment les mêmes. Ainsi, des études sur le renoncement aux soins peuvent *a priori* être réalisées sans nécessairement prendre en compte les facteurs de contexte. En revanche, les facteurs contextuels sont moins nombreux une fois ajustés sur les déterminants individuels : c'est notamment l'effet des densités médicales qui disparaît. Cela vient confirmer nos premiers tests : en effet, l'utilisation de modèles multiniveaux n'était pas apparue nécessaire, ce qui indiquait une homogénéité des différences entre les territoires. Des inégalités territoriales existent avant ajustement sur les caractéristiques des individus. Après ajustement, le nombre de déterminants contextuels significatifs diminue. Notamment, les densités médicales ne semblent pas être un facteur de renoncement, ce qui est cohérent avec la littérature empirique.

Les déterminants individuels qui affectent le renoncement aux soins en Poitou-Charentes sont globalement cohérents avec ceux de la littérature même si quelques différences ont été identifiées. Nous souhaitons mettre l'accent sur les délais d'attente. Ceux-ci jouent d'ailleurs un rôle très important dans le renoncement aux soins dentaires chez les personnes de moins de 60 ans. Attendre plus d'une semaine pour un rendez-vous chez un spécialiste favorise plus de renoncement aux soins. Ce résultat est très intéressant, notamment quand on le met en lien avec l'absence d'effet de la densité médicale. Ce n'est donc pas tant le positionnement géographique des praticiens qui impacte le renoncement aux soins dentaires que la saturation de l'offre. Ceci peut s'expliquer par deux raisons, selon les territoires. Les territoires à faible densité peuvent voir leurs délais d'attente augmenter du fait d'un manque de professionnels de santé pouvant satisfaire la demande ; les territoires à forte densité peuvent voir leurs délais augmenter du fait d'une possible demande révélée. Les individus, ayant plus facilement accès à une offre médicale, seraient tentés de plus recourir aux soins, alors qu'ils ne l'auraient pas fait sur un territoire moins bien doté. Ceci est plutôt positif quant à l'amélioration de l'accès aux soins. Des solutions d'ordre organisationnel pourraient être trouvées là où les délais sont trop importants.

En conclusion, nous recommandons l'utilisation plus systématique de l'indicateur de renoncement aux soins. Un accroissement du renoncement aux soins risque en effet d'entraîner une dégradation de l'état de santé des individus (Dourgnon et *al.*, 2012) et une hausse des dépenses de soins du fait des retards de soins. Il est donc important de surveiller le taux de renoncement ainsi que ses causes. Cet indicateur est en effet le seul outil, aujourd'hui, à pouvoir fournir des informations fines et concrètes sur les inégalités de recours aux soins et notamment sur les besoins non satisfaits. Comme nous l'avons vu, grâce à une

analyse contextuelle, notre étude révèle que le renoncement aux soins est avant tout lié à des facteurs sociaux, mesurés à une échelle individuelle ou territoriale, qu'à une problématique de démographie médicale en tant que telle. Du fait du contexte économique actuel, les inégalités socioéconomiques individuelles risquent d'augmenter dans les années à venir. Ces inégalités peuvent être prévenues dans des optiques à plus ou moins long terme et à différentes échelles. L'éducation à la santé semble être une des pistes les plus intéressantes pour des actions locales. Les attitudes, les valeurs et la connaissance que les individus ont de leur santé et des services de soins peuvent être modifiées à moyen terme (Andersen, 1995) et des leviers d'actions sont disponibles à une échelle locale. Les actions doivent d'abord être orientées vers les populations précaires et permettre une meilleure prise en charge de leur santé par les individus eux-mêmes, une meilleure compréhension de leurs symptômes et de leurs besoins, et une meilleure connaissance du système de soins. L'objectif est de rendre l'accès aux soins plus précoce et plus rapide, et l'accès aux droits automatique (CMU-C et ACS notamment). Dans ce sens, toutes les politiques publiques d'accès aux soins mises en place sur un même territoire doivent être coordonnées dans l'optique de réduire les inégalités sociales de recours aux soins, au travers d'une approche d'accompagnement et d'empowerment des individus.

Au regard des conclusions, des recherches plus approfondies pourront être réalisées pour compléter nos résultats. Nous avons déjà testé d'autres configurations de modèles (en intégrant les densités médicales par quartiles, avec ou sans les territoires). Ces différentes configurations ne mettent pas non plus en avant des effets des densités et ne modifient en rien nos conclusions. Il serait en outre intéressant d'affiner les territoires étudiés au niveau des bassins de vie. Par manque d'effectifs à un niveau aussi fin, nous n'avons pas pu le faire dans cette analyse.

Partie 2. La gouvernance de la politique de santé : caractérisation de la prise de décision publique à l'échelle infranationale

La question de la participation de la société à la prise de décision publique, voire à l'élaboration des politiques publiques, est un fort enjeu pour l'ensemble des politiques, et particulièrement pour les politiques de santé. **La seconde partie de notre thèse apporte un éclairage à la fois quantitatif et qualitatif sur la place et le rôle des acteurs locaux dans la prise de décision publique de santé.**

Dans les années 1980, l'impression d'une déconnexion croissante entre leurs réalités quotidiennes et les choix politiques faits au niveau national ont mené les habitants des quartiers précaires des villes à faire entendre leur mécontentement au travers de nombreuses émeutes. Les citoyens ont demandé à reprendre la main sur les décisions qui les concernent. La politique de la ville est alors née pour enrayer les difficultés sociales, économiques et culturelles des habitants. La politique de la ville est ensuite devenue un sujet parmi d'autres sur lequel les citoyens échangent et débattent : « la légitimité ne vient plus du sommet, de l'institution, mais de la base, des membres » (Chevallier, 1985, p.47).

La prise de décision en matière de politiques publiques en France n'est donc plus seulement l'affaire des gouvernements : elle est aussi depuis plusieurs années l'affaire des acteurs locaux. Cet intérêt croissant des acteurs locaux pour la gestion publique explique que les institutions se soient peu à peu ouvertes pour laisser place à un autre mode de gouvernement, à contre-courant du modèle bureaucratique wébérien, controversé depuis de nombreuses années. La nouvelle gestion publique (NGP) – *new public management* en anglais, apparue en réponse aux critiques adressées à l'organisation wébérienne, propose d'introduire au sein de l'administration publique un ensemble de principes basés sur le fonctionnement du secteur privé. Les principaux éléments qui fondent la NGP sont la séparation entre la décision stratégique et la gestion opérationnelle, le développement de budgets globaux qui permettent d'orienter les activités et les ressources vers des produits à fournir qui satisfont des objectifs, le management par les résultats, la modification du fonctionnement interne (hiérarchie et bureaucratie amoindries, délégation des tâches), l'introduction de mécanismes de type marché public et une plus grande transparence sur la qualité et les coûts de l'administration (Varone et Bonvin, 2004). Pour cela, les administrations se sont dotées d'outils et de méthodes permettant essentiellement d'évaluer leur performance. Le positionnement de l'État a évolué vers un rôle de coordinateur et d'animateur des politiques publiques.

La deuxième grande ambition de la nouvelle gestion publique est de prendre en compte l'ensemble des acteurs du système public. Finger (1997) indique d'ailleurs que c'est l'apport le plus important de cette nouvelle forme d'administration. Pour cela, la place des acteurs locaux dans la prise de décision publique a été renouvelée. Cette implication des acteurs locaux se traduit par des négociations entre des acteurs très hétérogènes que sont l'État, les collectivités locales et la société civile (Chappoz et Pupion, 2013). Peu à peu, les décisions politiques s'appuient sur une concertation large des différentes parties prenantes d'un sujet, d'un territoire, etc. traduisant une nouvelle gouvernance. En 1995, la commission de la gouvernance globale définit la gouvernance comme « la somme des différentes façons par lesquels les individus et les institutions, publics et privés, gèrent leurs affaires communes. C'est un processus continu de coopération et d'accommodement entre des intérêts divers et conflictuels » (Commission on Global Governance, 1995). La politique publique se veut co-construite par la mise en commun des ressources et expertises des acteurs locaux, qui participent à l'élaboration, au suivi et à l'évaluation de l'action publique. À ce titre, la démocratie participative s'est largement développée.

La réorganisation de la gouvernance de la politique de santé tout au long de la deuxième moitié du 20^{ème} siècle (Encadré 2) est révélatrice de l'introduction de la nouvelle gestion publique (NGP) dans l'administration française. Dans le secteur de la santé, la loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » (HPST) de 2009 se trouve être le point d'orgue de cette réorganisation. La principale innovation de cette loi est la création des Agences Régionales de Santé (ARS). Elles regroupent, entre autres, les Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH), les missions sanitaires et médico-sociales des Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) et de leurs déclinaisons départementales (DDASS) et les Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM). Les ARS ont pour finalités d'améliorer le système de santé et de permettre une meilleure coordination des acteurs de santé. Elles couvrent la santé publique, l'ambulatoire, l'hospitalier et le médico-social.

Encadré 2 : Les évolutions de l'organisation de la politique de santé en France

En France, la position prédominante de l'État dans la gestion des affaires sanitaires n'est apparue qu'à la fin des années 1980. Pendant longtemps en effet, les compétences en matière de santé étaient essentiellement du ressort des communes, chargées depuis le 18^{ème} siècle de l'hygiène et de la salubrité publiques. Dans les années 1980, les premières attentions de l'État se sont alors portées sur la sécurité sanitaire, suite aux différentes crises qui ont marqué la fin du 20^{ème} siècle, ainsi que sur la régulation hospitalière avec la création de la carte

sanitaire dès 1970. Il faudra attendre les années 2000 pour que l'État mène une véritable politique de santé publique.

En 1982 puis 1983, les lois de décentralisation ont précisé que la politique de santé relevait essentiellement de la compétence de l'État, en raison notamment du financement de l'Assurance Maladie. La loi du 9 août 2004 a solennellement rappelé le rôle central de l'État. Pour autant, en matière de santé, le ministère de la santé est loin d'être le seul acteur présent dans le paysage institutionnel. D'un côté, le ministère de la santé n'est pas le seul à gérer les affaires sanitaires en France, les ministères de l'agriculture, de l'environnement et de l'éducation nationale étant autant d'acteurs présents dans le champ sanitaire. De l'autre côté, les collectivités territoriales, du fait notamment de leur clause générale de compétences, ont progressivement investi le champ de la santé. En deux siècles, les compétences communales n'ont été que très peu modifiées, le maire pouvant toujours œuvrer en tant que représentant de l'État en ce qui concerne les tranquillité, sécurité et salubrité publiques. De leur côté, les départements, acteurs majeurs des affaires sociales, se sont vus confiées quelques compétences sanitaires par les lois de décentralisation de 1982 et 1983 : les fléaux sociaux (tuberculose, maladies sexuellement transmissibles et cancer) et la protection maternelle infantile. En 2004, la loi a particulièrement transformé les compétences des départements en matière de lutte contre les fléaux sociaux mais n'a quasiment pas touché à la PMI. Enfin, les conseils régionaux ne se sont vus attribuer que très près de compétences sanitaires de plein droit. Pour autant, les régions peuvent « promouvoir le développement économique, social, sanitaire, culturel et scientifique de la région [...] dans le respect de l'intégrité, de l'autonomie et des attributions des départements et des communes » (chapitre L4222-1 du Code Général des Collectivités Territoriales) ; elles participent par ailleurs à la conférence régionale de santé qui analyse les besoins de santé, examine les données sur la situation sanitaire de la population de la région, propose et priorise des actions de santé publique.

Pour affirmer son rôle jusqu'en dans les territoires, l'État décide de déconcentrer son pouvoir et non de décentraliser sa politique au sein des collectivités territoriales. L'échelon régional représente alors le territoire de référence de cette nouvelle organisation. Dans les années 1970, d'abord, les Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) placées sous l'autorité des préfets de Région s'organisent autour de 3 compétences : la cohésion sociale, la santé au sens large (santé publique, sécurité sanitaire, hôpitaux) et la protection sociale (avec le contrôle des organismes de sécurité sociale). En 1991, le législateur crée le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) ainsi que les conférences régionales de santé (CRS), instance de concertation régionale qui définit annuellement les priorités régionales de santé. En 1993, il crée les Unions Régionales des Médecins Libéraux (URML). En 1996, les ordonnances Juppé confirment la place centrale de la région par la création des

Agences Régionales de l'hospitalisation (ARH), qui reprennent une partie des attributions des DRASS, et des Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM). La gestion nouvellement proposée est essentiellement hospitalière. En effet, les ordonnances Juppé reproduisent localement la séparation nationale entre régulation des soins de ville et régulation des soins hospitaliers. En créant les Agences Régionales de l'hospitalisation, elles laissent la régulation des soins de ville à la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAMTS) et la santé publique et la sécurité sanitaire aux préfets de région, *via* les DRASS.

Bien que l'ambition principale d'améliorer la répartition des compétences de l'État entre le niveau national et le niveau régional ait échoué, les ordonnances Juppé représentent la première phase d'un nouveau système de gestion des affaires sanitaires. Avec les ARH, apparaissent en effet une logique contractuelle dans la régulation de l'offre de soins hospitaliers ainsi qu'une forte planification régionale avec la consécration des programmes régionaux de santé. La concertation avec les partenaires locaux est par ailleurs renforcée grâce à la généralisation des conférences régionales de santé.

En 2004, le parlement a de nouveau tenté de clarifier la répartition des compétences, entre État et collectivités locales d'une part, et entre les différents services de l'État d'autre part (au sein du Ministère de la santé, mais également entre les différents ministères). La répartition des compétences entre État et collectivités territoriales était si complexe qu'elle a nécessité une clarification opérée par les lois de 2004 au profit de l'État. Ces dernières réaffirment le rôle de l'État en matière de santé publique et la place de la région en tant qu'espace privilégié de mise en œuvre des politiques nationales. La loi du 9 août 2004 donne à l'État des compétences sanitaires qui étaient exercées par le département, tout en laissant aux départements la possibilité d'agir, notamment en ce qui concerne la protection sanitaire de la famille et de l'enfance. La loi du 13 août 2004 pose le principe de définition d'objectifs nationaux et pluriannuels de santé publique qui vont délimiter les grandes orientations de la politique de santé. C'est dans ce contexte d'enchevêtrement, qui n'a pas été simplifié par la loi de 2004, que la loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » (HPST) de 2009 a été pensée.

À l'instar de ce qui se passe dans d'autres politiques, la démocratie participative se développe et s'institutionnalise au sein de la politique de santé. À son origine, la démocratie participative sous-entendait une libre expression au sein d'assemblées organisées par les citoyens eux-mêmes. Aujourd'hui, les dispositifs de démocratie participative sont généralement instaurés par les autorités locales et leur nombre ne cesse d'augmenter. La démocratie participative est devenue un instrument de gestion publique comme un autre.

Afin de favoriser l'émergence d'un consensus politique au niveau des territoires, le législateur a accordé une place privilégiée aux acteurs locaux dans le pilotage de la politique régionale de santé. Deux dispositifs issus de la loi HPST favorisant la participation des acteurs locaux à l'élaboration des politiques de santé sont notables. Concernant la définition et la mise en œuvre de la politique régionale de santé, les ARS s'appuient sur des dispositifs de concertation locale qui prend forme sous le vocable de démocratie sanitaire. La démocratie sanitaire n'est pas nouvelle dans le champ sanitaire en France. Pourtant, c'est la première fois qu'elle est implémentée de manière aussi large dans les territoires régionaux et infrarégionaux. La démocratie sanitaire est composée de deux types d'instances – la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) et les Conférences de Territoire (CT) – chargées à leur niveau d'émettre des avis sur les politiques régionales de santé. Concernant la territorialisation de cette politique régionale, la loi HPST a mis à disposition des ARS un outil de contractualisation avec les collectivités territoriales. Les Contrats Locaux de Santé (CLS) ont pour objectif de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé au travers d'une dynamique locale participative.

Notre troisième chapitre porte sur la démocratie sanitaire en Région Poitou-Charentes. Nous identifions les caractéristiques favorisant la participation des acteurs de la démocratie sanitaire au sein des différentes instances. Nous tentons en outre de comprendre leur rôle dans la politique régionale de santé.

Notre travail mobilise des données quantitatives et des éléments qualitatifs que nous avons collectés au travers d'un travail empirique réalisé auprès des membres des instances de démocratie sanitaire aux niveaux régional et local. Nous avons recueilli 92 questionnaires et interrogé plus d'une centaine de personnes lors d'entretiens collectifs.

Au travers d'une classification ascendante hiérarchique qui s'appuie sur une analyse factorielle des correspondances multiples, nous identifions les facteurs favorisant la participation des acteurs au sein des différentes instances de démocratie sanitaire. Nous identifions deux profils-types de membres selon leurs caractéristiques et leur participation. Il apparaît que les représentants des usagers et les personnes s'impliquant pour raisons personnelles sont liés à une plus grande participation et une plus grande implication dans les différentes instances. Au contraire, les représentants des offreurs de soins et des acteurs de la prévention participent davantage pour raisons professionnelles et semblent moins présents aux différentes réunions. Une analyse qualitative permet ensuite de comprendre comment cette participation influence la stratégie régionale de santé. Nous montrons que le rôle de la démocratie sanitaire sur la

stratégie régionale de santé est davantage de l'ordre de la consultation, comme cela a été prévu par la loi, que de l'ordre de la co-construction.

Notre quatrième et dernier chapitre porte sur la conception et le pilotage des Contrats Locaux de Santé de la Vienne (86). Notre ambition est de mieux comprendre le fonctionnement des CLS au regard de leur histoire et de leur composition. Nous présentons un travail empirique réalisé auprès des animateurs des CLS, de 80 membres des comités de pilotage (questionnaires) et de 36 usagers (entretiens collectifs).

Nous montrons que le moment de la création du CLS a un rôle important dans son fonctionnement ultérieur. Une demande de création qui vient des acteurs locaux et un diagnostic réalisé en amont et partagé par l'ensemble des acteurs locaux créent des conditions favorables au bon fonctionnement du CLS. Cela permet à la fois de prioriser les actions au plus près des besoins des territoires et de mobiliser les acteurs dans le long terme. Ainsi, l'approche ascendante doit être privilégiée, même si l'accompagnement de l'ARS reste indispensable. Côté usagers, les actions des CLS sont très bénéfiques sans qu'elles ne mènent à une émancipation des bénéficiaires : les usagers sont davantage preneurs que demandeurs et s'investissent de manière hétérogène dans la construction des actions et dans la reproduction des actions en dehors du cadre du CLS. Les usagers ne sont d'ailleurs jamais concertés au sein du comité de pilotage des CLS.

Chapitre 3

Démocratie sanitaire et politique régionale de santé : une analyse de l'implication et du rôle des membres de la démocratie sanitaire en Poitou-Charentes

Résumé

La démocratie participative s'est fortement développée ces dernières années en France, notamment dans le champ de la santé. En 2009, la loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » a renforcé la démocratie sanitaire aux niveaux régional et local. La société civile peut alors donner son avis sur la stratégie régionale de santé au travers d'instances spécifiques.

L'objectif de notre recherche est double. Nous analysons l'implication des membres au sein des instances de démocratie sanitaire. Pour cela, nous réalisons une analyse de données et identifions deux profils-types de membres selon leurs caractéristiques et leur participation. Il apparaît que les représentants des usagers et les personnes s'impliquant pour raisons personnelles sont liés à une plus grande participation et une plus grande implication dans les différentes instances. Au contraire, les représentants des offreurs de soins et des acteurs de la prévention participent davantage pour raisons professionnelles et semblent moins présents aux différentes réunions. Dans un second temps, nous cherchons à comprendre le rôle de la démocratie sanitaire sur la stratégie régionale de santé. Nous montrons que ce rôle est davantage de l'ordre de la consultation, comme cela a été prévu par la loi, que de l'ordre de la co-construction.

1. Introduction

Les travaux sur l'innovation sociale et la démocratie participative mettent particulièrement l'accent sur l'implication des acteurs locaux dans les prises de décisions publiques. De multiples démarches de participation de la société civile dans l'élaboration des projets locaux se sont développées dans toute la France de façon plus ou moins formelle. L'État, lui-même, s'est emparé de cette nouvelle modalité de prise de décision, en faisant de plus en plus participer les acteurs locaux. Dans certains cas, les législateurs ont obligé certaines administrations publiques à impliquer la population au sein d'instances de concertation. Les

chercheurs montrent que les démarches de participation ne sont pas toutes semblables. Ils distinguent notamment les démarches participatives des simples démarches de consultation, au travers desquelles les acteurs locaux sont moins à même de pouvoir influencer la politique locale. Ils montrent que les diverses modalités d'implication ont des impacts différents sur le rôle effectif des acteurs locaux dans les politiques publiques. Dans des contextes administratif et culturel peu favorables à cette participation, les critiques considèrent que la participation est plus théorique que réelle (Blondiaux, 2007) : l'administration publique demande-t-elle aux acteurs locaux de s'investir seulement parce qu'elle y est obligée ?

En matière de politique sanitaire, la loi « portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires » (HPST) de 2009 a mis en place des instances de démocratie sanitaire. Le rôle principal de la démocratie sanitaire est d'émettre un avis sur les politiques régionales de santé menées par les Agences Régionales de Santé (ARS). Cinq ans après la mise en place de cette nouvelle démocratie sanitaire, nous proposons d'en faire l'analyse pour la région Poitou-Charentes¹². Cette double spécificité de la thématique et du terrain d'étude sont centrales dans l'analyse empirique que nous présentons. En effet, comme indiqué précédemment, la politique régionale de santé a été complètement revue en 2009 avec la loi HPST : son élaboration, son contenu, son management sont autant de nouveautés dans le paysage administratif français. Par ailleurs, le Poitou-Charentes est un terrain d'étude privilégié dans la mesure où la démocratie sanitaire a été très fortement impulsée dès la création de cette ARS.

Précisément, nous interrogeons l'implication des membres de la démocratie sanitaire et leur rôle dans la stratégie régionale de santé. Nous exposons le cadre de notre analyse (partie 2) et présentons la méthode et nos données (partie 3). Une analyse des correspondances multiples nous semble être une stratégie originale pour identifier les déterminants associés à l'implication (partie 4). Nous mettons en évidence des profils-types de membres selon leurs caractéristiques et leur implication. Nous analysons ensuite le rôle de la démocratie sanitaire dans l'élaboration de la politique régionale de santé (partie 5). Nous cherchons à comprendre, au travers d'entretiens individuels, si l'association des membres a permis d'influencer le contenu de la stratégie régionale de santé. Nous formulons des recommandations après avoir mis en exergue les conditions clés de réussite de la démocratie sanitaire. Enfin, nous discutons nos résultats et interrogeons les implications en matière de politiques publiques, notamment dans le cadre de l'écriture du prochain Projet Régional de Santé (partie 6).

¹² Cette étude a été conduite en 2015, soit avant l'entrée en vigueur de la loi du 16 janvier 2015 relative à la délimitation des régions. Le 1^{er} janvier 2016, les régions Poitou-Charentes, Aquitaine et Limousin se sont regroupées pour ne former plus qu'une seule et même région administrative.

2. La politique régionale de santé : une gestion renouvelée

La réorganisation de la gouvernance de la politique de santé est révélatrice de l'introduction de la nouvelle gestion publique (NGP) dans l'administration française. La principale plus-value de la nouvelle gestion publique est de « considérer l'ensemble du système de gestion des affaires publiques » (Finger, 1997, p.41), au moyen notamment de la démocratie participative. En France, la démocratie participative est en rupture avec la culture institutionnelle qui n'est pas une culture de la coproduction. Pour autant, le développement de la participation apparaît comme un moyen de refonder la légitimité des décisions publiques, et finalement la manière de gouverner. La création des ARS en 2010 montre cette volonté de renouveler la gestion de la politique de santé. À cette occasion, le législateur a renforcé la démocratie sanitaire sur les territoires régionaux et infrarégionaux. La loi accentue ainsi l'approche concertée et localisée des problèmes de santé avec la tenue d'instances où les acteurs des territoires peuvent s'exprimer.

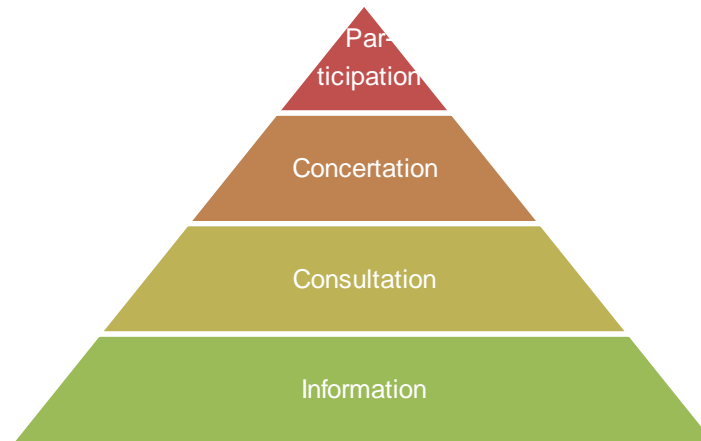
2.1. Nouvelle gestion publique et prise de décision publique

Sintomer (2006) définit la démocratie participative comme une « institutionnalisation de la participation citoyenne dans la mise en place des politiques publiques ». Cette institutionnalisation s'explique par le renouvellement de la gestion des politiques publiques. Les administrations publiques sont à la fois obligées d'obtenir des résultats et de rendre des comptes à leurs administrés et leurs partenaires. La participation permet à l'administration de faire participer son environnement proche et d'interagir avec les réalités concrètes locales. Pour Breux et *al.* (2004, p.73), « la participation peut se définir comme l'ensemble des actes par lesquels les citoyens interviennent dans le processus de décision publique et influencent les décisions des gouvernants ». La participation permet également de légitimer les actions publiques : mettre les acteurs en dedans plutôt qu'en dehors permet de gérer le conflit et la contestation.

La légitimité politique prend ainsi sa source dans le recours au débat avec les citoyens. Chacun a un rôle à jouer dans le débat. Pour autant, participer à la délibération ne signifie pas nécessairement participer à la décision. Le débat public seul ne suffit pas à considérer que la décision publique ait été prise de façon consensuelle entre les citoyens et les institutions. C'est la raison pour laquelle les chercheurs tentent de comprendre le degré d'implication laissé par les administrations aux acteurs locaux. Falise (2003) propose une classification en forme de pyramide qui va d'un niveau participatif faible à un niveau participatif élevé : information – consultation – concertation – participation (Figure 3). Le niveau le plus bas correspond à des informations descendantes – de l'État vers les citoyens, tandis que le niveau le plus élevé

permet aux citoyens de faire remonter des informations aux élus de manière ascendante. Une même institution peut faire appel à ces différents niveaux en fonction du moment et de l'objectif.

Figure 3 : Les quatre niveaux d'implication des acteurs locaux



La participation – niveau le plus élevé de la pyramide – permet au citoyen de s'exprimer sur un sujet donné et de prendre des décisions de façon conjointe avec les institutions. Le pouvoir de décision est partagé et ne revient donc plus seulement à l'administration. Cette participation se fait au sein d'espaces de « délibération [...] Lieux d'échanges discursifs autant que de confrontation d'intérêts [...] où certaines questions accèdent à la visibilité politique, où des arguments [...] peuvent s'affronter » (Blondiaux, 2001, p.46). Idéalement, la participation doit mener à la co-construction de la décision publique. Sans aller jusqu'à une prise de décision commune, le deuxième niveau que représente la concertation associe le citoyen à l'instruction de la décision mais celle-ci reste du ressort de l'administration. Dans les faits, il est assez rare de voir les citoyens prendre part de manière aussi active à la prise de décision publique. En effet, bien que les instances de démocratie participative se soient développées, l'ambition d'une réelle prise de décision participative n'est pas clairement affichée. À tout le moins, la démocratie participative se restreint à l'expression et à la consultation : les citoyens peuvent donner leur avis et ont un pouvoir consultatif reconnu. Outre les outils classiques d'information et de consultation, des dispositifs plus ou moins pérennes apparaissent : groupes de travail, conférences de citoyens, forum, etc. L'administration n'est jamais juridiquement tenue de suivre les avis des consultés. Enfin, le niveau le plus faible de l'implication est l'information, qui est un préalable indispensable à la participation sans être suffisante.

2.2. La nouvelle gestion de la politique de santé : le renforcement de la démocratie sanitaire

La loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » (HPST) de 2009 est le point d'orgue de la réorganisation de la politique de santé et de la consécration de l'échelon régional comme territoire de référence de cette nouvelle organisation. La principale innovation de cette loi est la création des Agences Régionales de Santé (ARS) qui couvrent à la fois la santé publique, l'ambulatoire, l'hospitalier et le médico-social. Les ARS ont pour finalités d'améliorer le système de santé et de permettre une meilleure coordination des acteurs de santé.

L'instauration des ARS bouscule le schéma administratif français. Ces agences traduisent la volonté de l'État de sortir de la logique administrative habituelle, exclusivement ascendante. Elles représentent d'ailleurs les structures de nouvelle gestion des affaires publiques les plus abouties en France, et en suivent les grands principes : importance des résultats et de l'évaluation, dynamisation de l'administration, distanciation entre politique et administration, et rapprochement entre administration et citoyen (Finger, 1997). Afin de favoriser l'émergence d'un consensus politique au niveau des territoires, le législateur a accordé une place privilégiée aux acteurs locaux dans le pilotage de la politique régionale de santé. L'objectif est de décloisonner le système de santé en élargissant le débat sur les priorités sanitaires au-delà du milieu médical et du seul système de soins. Le Directeur Général de l'ARS définit et met en œuvre la stratégie régionale de santé. Pour cela, il s'appuie sur un dispositif de concertation locale qui émet des avis quant à la politique régionale, appelée démocratie sanitaire.

La démocratie sanitaire n'est pas nouvelle dans le champ sanitaire en France. Pourtant, c'est la première fois qu'elle est implémentée de manière aussi large dans les territoires régionaux et infrarégionaux. Bacqué et *al.* (2005) indique que la démocratie sanitaire est l'articulation d'une forme classique de gouvernement avec des procédures de démocratie plus ou moins directe. La démocratie sanitaire est composée de deux types d'instances : la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) et les Conférences de Territoire (CT). La CRSA couvre l'ensemble des domaines d'intervention de l'ARS. Les Conférences de Territoire représentent la démocratie sanitaire locale : il en existe une par territoire de santé.

2.3. Composition et rôle de la démocratie sanitaire

Les instances de démocratie sanitaire ont pour principal objet d'émettre un avis quant à la politique régionale de santé. Instituée par la loi HPST, cette politique régionale prend forme au travers du Projet Régional de Santé (PRS), feuille de route de chaque ARS sur cinq ans. En Poitou-Charentes, cette politique a fait l'objet d'une réflexion et d'une large consultation en 2010-2011. Ces travaux ont mené à l'écriture du Projet Régional de Santé, arrêté le 15

décembre 2011. Chaque année, le PRS de Poitou-Charentes est révisé à date anniversaire afin de s'adapter aux évolutions de la population et du territoire. Le PRS est une démarche novatrice en soi : son élaboration a, pour la première fois, fait l'objet de larges concertations, sa révision est soumise aux instances de démocratie sanitaire, et des membres des instances ont participé à l'évaluation de ce PRS.

2.3.1. La Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA)

Issue de la loi HPST, la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) se substitue à la Conférence régionale de santé (CRS), au Comité régional de l'organisation sanitaire (CROS) et au Comité régional d'organisation sociale et médico-sociale (CROSMS). En Poitou-Charentes, la CRSA est composée de 95 membres titulaires (et autant de suppléants) ayant voix délibérative répartis en 8 collèges¹³ :

- 13 représentants des collectivités territoriales du ressort géographique de l'ARS
- 16 représentants des usagers de services de santé ou médico-sociaux
- 4 représentants des conférences de territoires
- 10 partenaires sociaux
- 6 acteurs de la cohésion et de la protection sociales
- 10 acteurs de la prévention et de l'éducation pour la santé
- 34 offreurs des services de santé :
- 2 personnalités qualifiées

Par ailleurs, treize représentants des services de l'État en région et des régimes d'assurance maladie participent, avec voix consultative, aux travaux de la CRSA : le préfet de région, le président du Conseil économique, social et environnemental régional (CESER), le Recteur de l'Académie de Poitiers, les chefs de services de l'État de la région (DRJSCS, DIRECCTE, DREAL, DRAAF, DRAC, DRFIP), le Directeur Général de l'ARS, le président de la caisse du régime social des indépendants Poitou-Charentes, un membre des conseils des caisses primaires d'assurance maladie de Poitou-Charentes et un administrateur des caisses de la mutualité sociale agricole de Poitou-Charentes.

Les membres de la CRSA se réunissent plusieurs fois au sein d'instances plénières réunissant tous les membres, et au sein de 4 instances restreintes, appelées commissions spécialisées. Les membres peuvent appartenir à plusieurs instances. Le Tableau 13 présente les effectifs de 2014 des différentes instances de la démocratie sanitaire de Poitou-Charentes.

¹³ La composition de la CRSA et le mode de désignation des membres sont réglementés par le décret du 31 mars 2010 : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2010/3/31/SASX1008881D/jo>, consulté le 17 octobre 2016.

Tableau 13 : Effectifs en 2015 des instances de DS, par instance et par commission

Instances	Effectifs
CRSA	95
Commission permanente	20
Commission Organisation des Soins	44
Commission Médico-sociale	30
Commission Prévention	30
Commission des Usagers	12
CT 16	50
CT 17 Nord	50
CT 17 Sud	50
CT 79	50
CT 86	50

La CRSA est un organe consultatif chargé de participer, par ses avis, à la définition des objectifs et des actions de l'ARS dans ses domaines de compétence et concourt ainsi à la politique régionale de santé (art. L.1432-4 du code de la santé publique). La loi HPST indique que « la conférence régionale de la santé et de l'autonomie peut faire toute proposition au directeur général de l'agence régionale de santé sur l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de la politique de santé dans la région. Elle émet un avis sur le plan stratégique régional de santé » (Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 118). Le chapitre L. 1434-3 du code de la santé publique confirme que « le projet régional de santé fait l'objet d'un avis de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie [...] ». Ce positionnement a été conforté par la loi de modernisation du système de santé de 2016 qui renforce légèrement la position de la CRSA en lui permettant d'« émet[tre] un avis sur le projet régional de santé » (Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 158 (V)). Ses compétences sont essentiellement consultatives, ce qui lui permet de participer, à l'échelon régional, à la définition et à la mise en œuvre de la politique régionale de santé, sans pour autant que le Directeur Général de l'ARS ne soit tenu de suivre ses avis dans la plupart des cas. En 2011, la CRSA a émis un avis – favorable – concernant le PRS de Poitou-Charentes, et a émis des avis réguliers lors des révisions annuelles du PRS. Par ailleurs, la loi prévoit également que la CRSA puisse organiser des débats publics : la CRSA Poitou-Charentes en a organisé 4 depuis 2010.

La CRSA représente une instance de démocratie sanitaire forte en région dans la mesure où elle rassemble la représentativité et l'expression des usagers, des professionnels, des élus, des partenaires sociaux, des acteurs sanitaires et médicosociaux et de prévention. Elle permet le croisement des regards et des points de vue et favorise l'acculturation réciproque. Au moins une fois par an, le directeur général de l'ARS rend compte à la CRSA de la mise en œuvre de la politique régionale de santé et l'informe des suites qui ont été données à ses avis et du bilan des activités des commissions de coordination des politiques publiques de santé. De son côté, le rôle de la CRSA est différent selon ses commissions spécialisées. La commission

plénière rend un avis sur le PRS, le PSRS, les schémas et le rapport annuel sur le respect des droits des usagers du système de santé et rédige chaque année un rapport sur son activité. La commission permanente exerce l'ensemble des attributions dévolues à la CRSA. Elle fait office de bureau de la commission plénière et prépare les réunions plénières. La commission spécialisée prévention (CS Prévention) prépare un avis sur le projet de schéma régional de prévention, ainsi que sur sa révision, son suivi et les résultats de son évaluation, et formule toute proposition sur la politique régionale de prévention. La commission spécialisée sur l'organisation des soins (CSOS) prépare un avis sur le projet de schéma régional d'organisation des soins. Elle est essentiellement consultée par l'ARS sur les demandes d'autorisation d'activités de soins, la politique en matière d'implantation et de financement des exercices coordonnés, et les projets et actions visant au maintien de l'activité et à l'installation de professionnels de santé sur les territoires. La commission spécialisée pour les prises en charge et accompagnements médico-sociaux (CSMS) est essentiellement chargée de préparer un avis sur le projet de schéma régional de l'organisation médico-sociale, de contribuer à l'évaluation des besoins médico-sociaux et d'analyser leur évolution, et de proposer à l'assemblée plénière de la CRSA des priorités pour l'action médico-sociale. La commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers du système de santé (CS Usagers) est chargée, en collaboration avec les autres commissions spécialisées, de l'élaboration d'un rapport spécifique sur l'évaluation des conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les droits des usagers du système de santé, de l'égalité d'accès aux services de santé et de la qualité des prises en charge dans les domaines sanitaire et médico-social. La transversalité est assurée par le fait que la commission spécialisée chargée de préparer un avis sur le schéma relevant de sa compétence peut recueillir les observations des autres commissions spécialisées. La CRSA peut, en outre, constituer des groupes de travail permanents, pouvant recueillir tout avis utile dans les domaines dont ils sont chargés.

2.3.2. Les Conférences de Territoire (CT)

Les Conférences de Territoire sont le lieu privilégié de la concertation dans les territoires de santé. Elles contribuent à l'ancrage territorial des politiques de santé par la mise en cohérence des projets territoriaux sanitaires avec le Projet Régional de Santé (PRS). Pour assurer une cohérence et une continuité entre les instances, des représentants des conférences de territoire de la région siègent ainsi, en qualité de membres de droit, au sein de la CRSA.

Il existe autant de conférences de territoire que de territoires de santé. En Poitou-Charentes, il en existe donc cinq : Charente (CT 16), Charente-Maritime Nord (CT 17 Nord), Charente-Maritime Sud et Est (CT 17 SE), Deux-Sèvres (CT 79) et Vienne (CT 86). Elles sont, chacune,

composées de cinquante membres au plus ayant voix délibérative, répartis dans onze collèges¹⁴ :

- 10 représentants des établissements de santé au plus
- 8 représentants des personnes morales gestionnaires des services et établissements sociaux et médico-sociaux au plus
- 3 représentants des organismes œuvrant dans les domaines de la promotion de la santé et de la prévention ou en faveur de l'environnement et de la lutte contre la précarité au plus
- 6 représentants des professionnels de santé libéraux au plus
- 2 représentants des centres de santé, maisons de santé, pôles de santé et réseaux de santé au plus
- 1 représentant des établissements assurant des activités de soins à domicile au plus
- 1 représentant des services de santé au travail au plus
- 8 représentants des usagers au plus
- 7 représentants des collectivités territoriales et de leurs groupements au plus
- 1 représentant de l'ordre des médecins
- 2 personnalités qualifiées au moins

Le mandat des membres est de quatre ans. Les Conférences de Territoire se réunissent en assemblée plénière au moins deux fois par an et par territoire. Les CT peuvent faire toute proposition au Directeur Général de l'ARS sur l'élaboration, la mise en œuvre, l'évaluation et la révision du PRS. De plus, le plan stratégique régional de santé prend en compte les travaux des Conférences de Territoire et les programmes territoriaux de santé, et les contrats locaux de santé sont soumis pour avis aux conférences des territoires concernés.

2.4. Objectifs de l'analyse de la démocratie sanitaire en Poitou-Charentes

Notre ambition est d'évaluer à la fois le fonctionnement et le rôle des instances de démocratie sanitaire. La démocratie sanitaire étant un lieu de concertation qui a pour but d'émettre des avis sur la politique régionale de santé, évaluer son efficacité revient à évaluer sa capacité à faire se développer la concertation et à influencer la stratégie régionale de santé. Pour cela, nous proposons (i) d'identifier les déterminants associés à la participation aux instances de démocratie sanitaire et (ii) d'analyser le rôle de la démocratie sanitaire sur le contenu de la stratégie régionale. Pour cela, nous mobilisons différentes données qui croisent à la fois approches quantitatives et qualitatives (Tableau 14).

¹⁴ La composition des CT et le mode de désignation des membres sont réglementés par le décret du 31 mars 2010 : http://www.intranet.ars.sante.fr/uploads/media/decret_31_03_2010.pdf, consulté le 17 octobre 2016.

Tableau 14 : Objectifs, sources de données et types d'analyse

Objectif	Sources de données	Types d'analyse
Repérage des logiques de participation des membres de la démocratie sanitaire	Arrêtés de composition Comptes-rendus des séances Rapports d'activités	Statistiques descriptives Éléments de compréhension et de caractérisation de la participation et de l'implication
	Questionnaires auprès des membres de la démocratie sanitaire en 2015 (n=92)	Statistiques descriptives Analyse des correspondances multiples Classification ascendante hiérarchique
Analyse du rôle de la démocratie sanitaire sur la politique régionale de santé	Littérature	Qualitatif Compréhension du rôle des acteurs locaux
	Entretiens auprès des membres de la démocratie sanitaire	Qualitatif Compréhension du rôle des acteurs

3. Présentation de nos données

3.1. Matériaux et méthode

Notre objectif est de rendre compte de la mobilisation des acteurs de la démocratie sanitaire et de leur impact sur la stratégie régionale de santé. Les données collectées proviennent de sources diverses : documents émanant directement des instances et/ou de l'ARS (arrêtés de composition, comptes-rendus de réunions, rapports d'activités), questionnaires et entretiens auprès des membres de la démocratie sanitaire (Tableau 15). La collecte des données a été réalisée en 2015. Toutefois, même si la méthodologie de l'évaluation de la démocratie sanitaire a été fixée avant l'évaluation, elle n'a pas été pensée dès l'instauration de la démocratie sanitaire en région, ce qui ne nous a pas permis d'anticiper une éventuelle présence en séance de démocratie sanitaire en qualité d'observateur.

Tableau 15 : Sources des données et informations collectées

Sources de données	Périodes	Informations collectées
Arrêtés de composition	2010-2015	Composition des instances Évolution de la composition Renouvellement des instances en 2014
Comptes-rendus (procès-verbaux)	2010-2015	Thématiques abordées Débats Avis donnés par les instances
Rapports d'activités	2010-2015	Fonctionnement et composition des instances et des groupes de travail Taux de participation des membres par collège et par instances Bilan qualitatif des thématiques abordées et avis donnés
Questionnaires	Automne 2015	Profil des membres Instances, territoires Raisons de la mobilisation

Entretiens	Automne 2015	Validation et nuance des résultats obtenus dans les questionnaires Positionnement/Avis vis-à-vis de l'élaboration du PRS
------------	-----------------	---

Les arrêtés de composition, comptes-rendus et rapports d'activités nous permettent d'avoir des données complètes sur la mobilisation des membres de la démocratie sanitaire. Ils contextualisent notre analyse en fournissant des données sur les avis, le rôle, la durée de mandat, et le taux de participation des membres par collège. Ils nous seront très utiles dans la première partie de notre travail, à savoir comprendre les déterminants de la mobilisation des membres.

L'analyse brute des données de ces documents permet de dresser un état de la démocratie sanitaire en Poitou-Charentes mais ne nous permet pas d'expliquer les déterminants de la mobilisation et l'impact sur la stratégie régionale de santé. Nous avons alors réalisé une enquête par questionnaire à l'autonomie 2015. Le questionnaire a été soumis par mail à tous les membres de la démocratie sanitaire, titulaires et suppléants. Il a été adapté aux acteurs interrogés : membres de la CRSA et membres des Conférences de Territoire. Composé d'une trentaine de questions essentiellement fermées, les questions portaient sur le fonctionnement de l'instance, l'implication des acteurs, la création de liens entre les membres et l'impact des avis des membres sur le PRS. Nous avons constitué une base de données en documentant d'une part la mobilisation des acteurs, et d'autre part leur rôle dans l'élaboration et la mise en œuvre du PRS. Ces deux points font l'objet d'un traitement dissocié. Ils alimentent, chacun, notre compréhension de la gouvernance de la politique régionale de santé et plus précisément les conditions de réussite de la démocratie sanitaire.

Nous avons complété nos résultats par la réalisation d'entretiens. Des entretiens de une à trois heures ont été réalisés en groupe par type d'acteurs, l'idée étant que chacun puisse apporter son expertise et son regard sur l'instance dont il est membre. En interrogeant les membres sur leur implication dans la démocratie sanitaire, leur place dans l'élaboration de la politique régionale de santé ou encore sur les liens qu'ils ont pu créer les uns avec les autres, nous avons vérifié un certain nombre d'éléments ayant trait au rôle de la démocratie sanitaire sur l'élaboration de la politique régionale de santé. Nous avons identifié des facteurs clés de succès, des freins, ainsi que des pistes d'amélioration.

3.2. Présentation de notre échantillon

142 personnes ont répondu au questionnaire, ce qui représente plus de 20% de répondants sur l'ensemble des personnes contactées. Nous avons supprimé les lignes dont les données sur l'instance et le département manquaient, ainsi que les lignes ayant des données

manquantes sur les variables d'intérêt de l'analyse des correspondances multiples. Nous travaillons sur un panel de 92 observations. Les répondants se décomposent ainsi selon les instances suivantes : 11,7% des membres de la CRSA (23 sur 197), 16,2% des membres des CT (69 sur 414).

Concernant la CRSA, les caractéristiques de notre échantillon révèlent une déformation en faveur de certains collèges. Les collèges des représentants des usagers et des partenaires sociaux sont surreprésentés par rapport à leur poids habituel dans la CRSA, tandis que les autres collèges sont sous-représentés. Les membres des commissions spécialisées « Organisation des soins » et « Droits des usagers » ceux sont qui ont le moins répondu, en comparaison du nombre de membres par commission (Tableau 16). Par ailleurs, 33% des répondants font partie de la commission permanente. Un tiers des répondants environ est membre de la CRSA depuis sa mise en place en 2010. Concernant les Conférences de Territoire, les collèges dont sont issus les répondants sont variés. Les plus représentés sont les offreurs de santé (établissements médico-sociaux et établissements de santé). 38% des répondants sont membres d'une conférence de territoire depuis leur mise en place en 2010 et 20% des répondants font partie des bureaux des conférences de territoire.

Tableau 16 : Répartition des répondants par rapport aux effectifs titulaires des instances

Instances	Échantillon	% par rapport aux effectifs titulaires des instances
CRSA	23	24%
Commission permanente	<i>nd</i>	<i>nd</i>
Commission Organisation des Soins	10	23%
Commission Médico-sociale	10	33%
Commission Prévention	9	30%
Commission des Usagers	2	17%
CT 16	16	32%
CT 17 Nord	14	28%
CT 17 Sud	12	24%
CT 79	16	32%
CT 86	11	22%

Notre échantillon n'est pas représentatif des membres de la démocratie sanitaire. Concernant la répartition géographique, nous aurions aimé avoir une répartition géographique homogène, mais ce n'est pas le cas. Parmi les Conférences de Territoire, nous observons une faible représentation de la Charente-Maritime Sud et Est et de la Vienne et une sur-représentation de la Charente. Ceci provoque un biais de sélection : les personnes qui ont pris part à l'évaluation sont probablement celles qui participent le plus à la vie de la démocratie sanitaire. Ces éléments sont à prendre en considération lors de la réalisation de nos analyses, car ils sont susceptibles d'entamer la validité de nos résultats. En effet, nous rappelons que notre

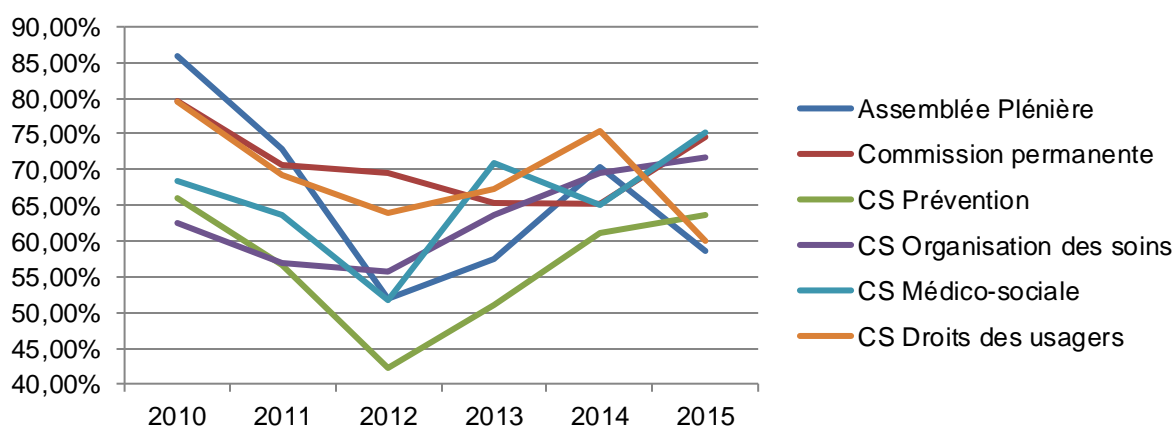
objectif est d'analyser l'implication des acteurs et de saisir leur impact sur la stratégie régionale de santé. Si la localisation apparaît comme une variable moins importante, la question de la représentativité des collèges est alors centrale.

4. Participation et implication des membres de la démocratie sanitaire

4.1. La participation des membres aux instances : une mobilisation suffisante, à renforcer

Les rapports d'activité révèlent des taux de présence moyens de 60% aux réunions de la CRSA. Plus précisément, on observe une mobilisation globalement soutenue, avec un taux de participation moyen oscillant entre 45 et 75% selon les commissions et les années. Après une légère diminution de la participation en 2012, on note un regain depuis 2013, qui s'accroît en 2014, certainement à cause du renouvellement des membres cette année-là (Figure 4). En nous appuyant sur les arrêtés de composition des instances, nous pouvons identifier la nature des différents acteurs. Les collèges des conférences de territoire, des usagers, des offreurs de santé et des acteurs de la cohésion et de la protection sociale sont ceux qui étaient les plus régulièrement présents lors des réunions en 2014.

Figure 4 : Évolution du taux de participation annuel moyen des membres de la CRSA par commissions entre 2010 et 2015

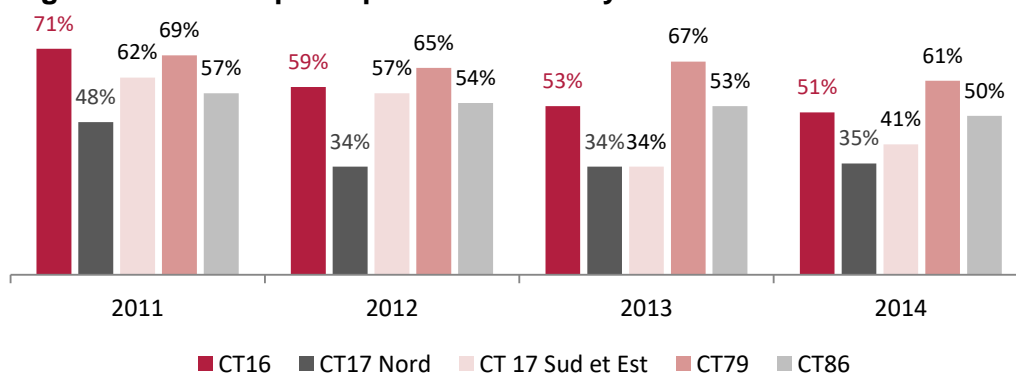


Source : Rapports d'activités annuels de la CRSA – ARS Poitou-Charentes

Au sein des Conférences de Territoire, malgré une mobilisation satisfaisante, le taux de participation annuel moyen a eu tendance à diminuer entre 2011 et 2014 (Figure 5). On observe par ailleurs des disparités importantes entre territoires. La CT des Deux-Sèvres enregistre les taux de participation les plus importants et la CT Charente-Maritime Nord les plus faibles. Les entretiens avec les membres des conférences de territoire n'ont pas permis

d'identifier d'éléments tangibles permettant d'expliquer ces différences, excepté la présence d'une « culture » de la coordination qui semble très prégnante dans les Deux-Sèvres.

Figure 5 : Taux de participation annuel moyen aux CT entre 2011 et 2014



Source : Délégations Territoriales – ARS Poitou-Charentes

En dépit d'une participation moyenne, notre enquête permet de relativiser les données brutes de participation. Elle révèle que 40% des personnes ayant répondu aux questionnaires n'ont manqué aucune réunion. En moyenne, les membres ont participé à 1,8 réunion en 2014. Ce nombre n'est pas significativement différent selon les instances. La participation aux réunions s'est améliorée pour 12% des membres, alors qu'elle a eu tendance à diminuer pour 16%. Ces taux sont significativement différents selon les instances. La participation s'est relativement stabilisée au sein de la CRSA et des CT de la Charente-Maritime Sud et Est et de la Vienne. La CRSA et la CT de la Charente-Maritime Sud et Est ont connu une relative dégradation, aucun membre n'ayant déclaré avoir davantage participé aux réunions, alors qu'ils sont respectivement 25% et 9,5% à déclarer avoir moins participé. Seule la CT de la Vienne n'a aucun membre ayant diminué sa participation. Les CT de la Charente, de la Charente-Maritime Nord et des Deux-Sèvres ont connu une moindre stabilité : certains de leurs membres ont davantage participé (respectivement, 25%, 14% et 19%) tandis que d'autres ont moins participé (respectivement 6%, 21% et 36%).

37% des membres déclarent s'impliquer au-delà des réunions. 20% déclarent avoir participé à un débat public, dont une majorité de membres de la CRSA, les débats publics étant d'ailleurs principalement organisés par la CRSA. 37% déclarent avoir participé à des groupes de travail. Ce résultat diffère selon les instances. Les CT de Charente-Maritime et de la Vienne et la CRSA sont particulièrement investies dans les groupes de travail, tandis que les membres des CT de Charentes et des Deux-Sèvres ont tendance à peu s'impliquer dans les groupes de travail.

Concernant le fonctionnement des instances, Les répondants confirment l'intuition des dirigeants de l'ARS qui se flattent souvent d'avoir une démocratie sanitaire qui fonctionne bien. Les modalités d'association sont en effet jugées globalement satisfaisantes. 92% des

membres indiquent que la fréquence des réunions est (très) satisfaisante. Le nombre de participants est satisfaisant pour 73% des membres et la représentativité des membres présents par rapport aux sujets traités correspond aux attentes de 74% des répondants, même si plusieurs membres de conférences de territoire regrettent l'« absence récurrente des certains professionnels dont l'avis aurait été utile » et notamment celle des élus locaux et départementaux. Un membre indique que « les décisions se prennent ailleurs et les élus sont minoritaires », ce qui peut par ailleurs expliquer une moindre participation. 78% des membres indiquent que le format et la méthode d'animation sont (très) satisfaisants et 62% estiment que cette animation permet la participation de tous les membres. Sur ce dernier point, les acteurs confirment la qualité de l'animation proposée par l'ARS, autant dans le travail fourni en amont des réunions pour préparer les dossiers que dans la manière de mener les débats en réunion. D'ailleurs, la dynamique et le caractère constructif des échanges sont jugés satisfaisants ou très satisfaisants pour 73% des répondants.

Ces premières données font état d'une mobilisation satisfaisante et d'une satisfaction des acteurs de la démocratie sanitaire en Poitou-Charentes mais ne permettent pas de dresser un profil des membres actifs, ni d'identifier des leviers d'amélioration. Ce constat suppose que l'on précise la typologie des acteurs impliqués dans la démocratie sanitaire, dans le but de spécifier les conditions favorisant ou entravant l'implication des acteurs.

5. Repérage des logiques de participation

Notre ambition est d'identifier les déterminants qui favorisent la participation des acteurs de la démocratie sanitaire. Nous choisissons de repérer les logiques de participation au travers d'une analyse de données. Plus précisément, nous réalisons une analyse des correspondances multiples (ACM) puis une classification ascendante hiérarchique (ACH). Les liens mis en évidence par l'ACM entre les individus enquêtés et leur implication sont ensuite regroupés de façon hiérarchique par l'ACH, ce qui nous permet d'obtenir une typologie des membres de la démocratie sanitaire. Cette description des déterminants de la participation est complétée par des éléments qualitatifs collectés au cours de nos entretiens.

5.1. Présentation de l'analyse de données

Notre base de données comporte des informations sur les caractéristiques des membres et leur implication. Afin de définir une typologie de participation, nous retenons neuf variables : quatre sont liées aux caractéristiques des membres (l'instance, le collège, le fait d'être membre du bureau de l'instance, l'année de début de mandat) et cinq correspondent à leur implication (la participation à toutes les réunions, l'évolution de la participation, l'implication au-delà des

réunions, le mode de désignation, la raison de la participation). Le Tableau 17 présente les variables et les effectifs associés.

Tableau 17 : Description des variables de l'analyse de données

Variables	Modalités	ACM	
		Effectifs	%
Instance	CT 16	16	17,4%
	CT 17 Nord	14	15,2%
	CT 17 Sud et Est	12	13,0%
	CT 79	16	17,4%
	CT 86	11	12,0%
	CRSA	23	25,0%
Collège	Représentants des usagers	17	18,5%
	Partenaires sociaux	5	5,4%
	Acteurs prévention et éducation pour la santé	10	10,9%
	Offreurs des services de santé	51	55,4%
	Autre	9	9,8%
Membre du bureau	Oui	21	22,8%
	Non	71	77,2%
Année de début de mandat	2010	37	40,2%
	2011	16	17,4%
	2012	14	15,2%
	2013	13	14,1%
	2014 - 2015	12	13,0%
Participation à tous les réunions	Oui	37	40,2%
	Non	55	59,8%
Évolution de la participation	Baisse	14	15,2%
	Stable	67	72,8%
	Hausse	11	12,0%
Implication au-delà des réunions	Oui	34	37,0%
	Non	58	63,0%
Mode de désignation	Par la structure de travail	72	78,3%
	Par le Directeur Général de l'ARS	20	21,7%
Raison de la participation	Curiosité – Sans intérêt	6	6,5%
	Intérêt personnel	10	10,9%
	Intérêt professionnel	65	70,6%
	Intérêt personnel et professionnel	11	12,0%

Concernant les quatre variables liées aux caractéristiques des membres, seule la variable « collègue » a fait l'objet d'un traitement particulier. Les collèges étant différents entre la CRSA et les conférences de territoire, nous avons choisi de modifier les collèges des CT pour qu'ils correspondent à ceux de la CRSA tout en gardant leur cohérence (par exemple, les membres du collège des établissements de santé en CT ont basculé dans le collège des offreurs de

santé). En outre, les collèges des collectivités territoriales, des représentants des Conférences de Territoire, des acteurs de la cohésion et de la protection sociales et les personnalités qualifiées ont été regroupés dans un seul et même collège faute d'effectifs. La variable « année » est intéressante dans la mesure où l'année 2014 correspond à un renouvellement des membres de la CRSA. Enfin, il n'a pas été choisi d'inclure de variables de territoire, les instances étant déjà territorialisées.

S'agissant enfin des variables liées à la participation, elles ont été choisies à partir de ce qui est ressorti de la revue de la littérature. Ainsi, il nous a semblé important de sélectionner des variables de participation en tant que tel, ainsi que des variables indiquant l'intérêt du membre dans l'instance. La variable de « participation à toutes les réunions » est un indicateur d'assiduité de l'individu. Toutefois, les membres n'ont pas l'obligation de siéger à chaque réunion. La variable « évolution de la participation » permet de nuancer l'indicateur précédent en apportant une information sur l'investissement du membre dans l'instance, en plus de la variable « implication au-delà des réunions ». En effet, les membres peuvent participer à des groupes de travail ou à des débats publics. Enfin, le mode de désignation et la raison de la participation correspondent à la volonté de l'individu d'être membre, ce qui peut être en lien avec son implication. Les raisons « curiosité » et « sans intérêt » ont été regroupées par faute d'effectifs. C'est à partir de ces différentes variables que nous mettons en évidence les liens entre les différents individus.

5.2. L'analyse des correspondances multiples

Une analyse des correspondances multiples (ACM) traite de données exclusivement discrètes, binaires ou catégorielles, de façon à caractériser les populations étudiées selon des traits communs. C'est la raison pour laquelle nous mobilisons ce type d'analyse dans notre cas. Une ACM a pour objectif d'identifier « l'association mutuelle entre les modalités c'est-à-dire les liaisons entre les couples de variables » (Ondo et Lachance, 1999, p.12).

Techniquement, à l'instar d'une analyse factorielle des correspondances, l'ACM fait apparaître les nuages de points des individus et des variables dans lesquels les distances entre les points correspondent le plus possible aux distances réelles. Ces nuages de points sont représentés dans des plans factoriels à plusieurs axes. C'est l'analyse des modalités qui contribuent aux axes qui permet de définir des déterminants identiques entre individus. Pratiquement, il n'est pas nécessaire d'analyser les contributions à tous les axes. Nous retenons les axes qui expliquent le mieux les distances des nuages de points. Pour cela, nous nous intéressons à l'inertie, c'est-à-dire à la variabilité de l'information. La valeur de l'inertie totale correspond à la moyenne des modalités par rapport au nombre de variables, moins 1. Nous ne retenons ici

que les trois premiers axes de l'ACM, qui représentent 55% de l'inertie totale. Par construction, le premier axe restitue la part la plus importante de l'inertie totale de l'information que contient notre échantillon. Le Tableau 18 présente les résultats pour chaque modalité de l'ACM réalisée avec le logiciel STATA à partir du tableau de Burt.

Tableau 18 : Coordonnées et contributions à l'inertie des trois axes de l'ACM

	Coord Dim 1	Coord Dim 2	Coord Dim 3	Contrib Dim 1	Contrib Dim 2	Contrib Dim 3	Cos ² Dim 1	Cos ² Dim 2	Cos ² Dim 3
Instance									
CT 16	0,130	-0,174	-0,098	0,013	0,047	0,021	0,124	0,222	0,071
CT 17 Nord	0,083	-0,016	0,027	0,005	0,000	0,001	0,083	0,003	0,009
CT 17 Sud Et Est	-0,076	0,023	0,046	0,003	0,001	0,004	0,054	0,005	0,020
CT 79	0,036	-0,205	0,178	0,001	0,065	0,070	0,010	0,327	0,248
CT 86	-0,191	-0,016	-0,164	0,020	0,000	0,041	0,256	0,002	0,189
CRSA	-0,034	0,269	-0,018	0,001	0,162	0,001	0,008	0,492	0,002
Collège									
Autres	0,038	0,222	0,261	0,001	0,043	0,085	0,005	0,175	0,242
Représentants des usagers	-0,333	-0,029	0,065	0,092	0,001	0,010	0,611	0,005	0,023
Partenaires sociaux	-0,053	0,603	0,056	0,001	0,177	0,002	0,004	0,494	0,004
Acteurs prévention et éducation santé	0,086	0,152	-0,216	0,004	0,023	0,064	0,049	0,151	0,303
Offreurs services santé	0,092	-0,118	-0,031	0,021	0,069	0,007	0,223	0,366	0,025
Membre du bureau									
Non	0,111	-0,011	-0,024	0,043	0,001	0,006	0,648	0,006	0,030
Oui	-0,377	0,036	0,082	0,145	0,003	0,019	0,648	0,006	0,030
Année de début de mandat									
2010	-0,235	0,004	-0,031	0,099	0,000	0,005	0,703	0,000	0,012
2011	0,178	-0,183	0,141	0,025	0,052	0,044	0,234	0,247	0,147
2012	0,085	-0,075	-0,018	0,005	0,008	0,001	0,086	0,068	0,004
2013	0,309	0,116	-0,198	0,060	0,017	0,071	0,454	0,065	0,187
2014 - 2015	0,054	0,193	0,142	0,002	0,043	0,033	0,020	0,252	0,136
Participation à toutes les réunions									
Non	0,113	0,069	0,055	0,034	0,025	0,023	0,383	0,142	0,089
Oui	-0,168	-0,102	-0,081	0,051	0,038	0,034	0,383	0,142	0,089
Évolution de la participation									
Baisse	0,249	0,027	0,275	0,042	0,001	0,147	0,281	0,003	0,343
Stable	-0,045	0,055	-0,050	0,007	0,020	0,023	0,146	0,217	0,179
Hausse	-0,042	-0,369	-0,046	0,001	0,146	0,003	0,007	0,558	0,009
Implication au-delà des réunions									
Non	0,164	0,012	0,012	0,076	0,001	0,001	0,662	0,003	0,004
Oui	-0,280	-0,020	-0,021	0,130	0,001	0,002	0,662	0,003	0,004
Désignation									
Par la structure	0,032	0,038	-0,043	0,004	0,010	0,018	0,105	0,146	0,188
Par le DG ARS	-0,115	-0,136	0,155	0,013	0,036	0,066	0,105	0,146	0,188

Raisons									
Curiosité – Sans intérêt	0,082	0,049	-0,207	0,002	0,001	0,036	0,021	0,008	0,137
Personnelles	-0,299	0,063	0,301	0,044	0,004	0,125	0,272	0,012	0,276
Professionnelles	0,082	-0,021	-0,001	0,021	0,003	0,000	0,597	0,040	0,000
Personnelles et professionnelles	-0,259	0,043	-0,155	0,036	0,002	0,037	0,434	0,012	0,157

Pour interpréter nos résultats, nous ne nous appuyons pas seulement sur les coordonnées des points, les modalités rares pouvant avoir une coordonnée importante sans pour autant contribuer à l'axe de manière significative. Nous étudions également les contributions de chaque modalité à l'axe. Nous calculons d'abord la contribution théorique moyenne de chaque modalité comme si chaque modalité contribuait de la même manière à la formation de l'axe. Cette contribution est l'inverse du nombre de modalités ; dans notre cas, la contribution moyenne est de 0,0322. Les modalités dont la contribution sur un axe est supérieure à la contribution moyenne participent de façon significative à la formation de cet axe. Enfin, la valeur des cosinus² nous renseigne sur la qualité de la représentation : plus le cosinus² de la modalité est proche de 1, plus il est proche de l'axe étudié. Le Tableau 18 présente les modalités qui contribuent significativement à la formation des axes. Les variables écrites en gras sont celles qui représentent le mieux l'axe correspondant.

Nous réalisons une ACM pour caractériser les membres de la démocratie sanitaire. L'ACM que nous réalisons a une inertie totale de 2,44. Plutôt élevée, cette inertie témoigne d'une forte distance entre les différentes modalités analysées, ce qui confirme l'intérêt d'utiliser ensuite la méthode de classification. Le premier axe contribue à hauteur de 29,5% à l'inertie totale (Tableau 19). Il est composé de douze modalités significatives. Il révèle une opposition relative à l'implication des membres dans les instances. Il associe négativement les membres représentants des usagers, faisant partie du bureau, ayant débuté leur mandat en 2010, ayant participé à toutes les réunions, s'étant impliqués au-delà des réunions, étant devenu membres pour des raisons personnelles ou des raisons personnelles et professionnelles. Il se définit, positivement, par des membres ne faisant pas partie du bureau, n'ayant pas participé à toutes les réunions, ayant débuté leur mandat en 2013, ayant vu leur participation diminuer, et ne s'étant pas impliqués au-delà des réunions.

Ce premier axe factoriel discrimine les membres selon leur degré de participation et d'implication dans les instances. L'association entre trois des modalités de coordonnées négatives « être membre du bureau », « participer à toutes les réunions » et « s'impliquer au-delà des réunions » explique le degré d'implication des membres. Ce fort degré d'implication associé à une présence pour raison personnelle se comprend par l'existence d'une réelle volonté de siéger et de s'investir. Dans le cas des représentants d'usagers, souvent désignés

sur la base du volontariat, la volonté d'être acteur du système de santé explique ce rapprochement entre raisons personnelles et forte implication. La proximité entre la participation et l'année de début de mandat nous indique que les membres les plus participatifs sont ceux qui siègent depuis le plus de temps. Avec le renouvellement de la CRSA en 2014 et les changements de titulaires tout au long de ces 6 années au sein des Conférences de Territoire, cela peut signifier que ce sont ceux qui sont restés depuis 2010 sont ceux qui trouvent le plus d'intérêt à siéger, sans que cela ne nous explique ce qui les motive à siéger. À l'inverse, la proximité entre un faible investissement dans les différents groupes (bureaux, groupes de travail...) et une participation en baisse, associés à un début de mandat en 2013 nous renseigne sur des caractéristiques qui favorisent une moindre participation.

Tableau 19 : Modalités contribuant de façon significative à la formation des axes

Axe	Coordonnées négatives	Coordonnées positives
Axe 1 (29,5%)	<ul style="list-style-type: none"> - Représentants des usagers - Membre du bureau_oui - Année de début de mandat_2010 - Participation à toutes les réunions_oui - Implication au-delà des réunions_oui - Raisons_personnelles - Raisons_personnelles et professionnelles 	<ul style="list-style-type: none"> - Membre du bureau_non - Année de début de mandat_2013 - Participation à toutes les réunions_non - Évolution participation_baisse - Implication au-delà des réunions_non
Axe 2 (14,8%)	<ul style="list-style-type: none"> - Membres de la CT 16 - Membres de la CT 79 - Représentants des offreurs des services de santé - Année de début de mandat_2011 - Participation à toutes les réunions_oui - Évolution participation_hausse - Désignés par le DG ARS 	<ul style="list-style-type: none"> - Membres de la CRSA - Représentants des partenaires sociaux - Autres collègues - Année de début de mandat_2014_2015
Axe 3 (10,4%)	<ul style="list-style-type: none"> - Membres de la CT 86 - Représentants des acteurs de la prévention et de l'éducation à la santé - Année de début de mandat_2014_2015 - Participation à toutes les réunions_oui - Désignés par le DG ARS - Raisons_curiosité_sans intérêt - Raisons_personnelles et professionnelles 	<ul style="list-style-type: none"> - Membres de la CT 79 - Autres collègues - Année de début de mandat_2011 - Année de début de mandat_20113 - Évolution participation_baisse - Raisons_personnelles

Le deuxième axe factoriel représente 14,8% de l'inertie totale et se compose de onze modalités significatives. Positivement, il associe les membres de la CRSA, les représentants des partenaires sociaux, les autres collègues, et un début de mandat en 2014 ou 2015.

Négativement, il rassemble des membres des CT 16 et 79, des représentants des offreurs de services de santé, ayant débuté leur mandat en 2011, désignés par le Directeur Général de l'ARS et ayant vu leur participation s'améliorer. Cet axe factoriel différencie principalement les membres par leur appartenance (instance, collègue). Il fait en outre apparaître une association entre l'année de début de mandat, le fait d'avoir été désigné par le Directeur Général de l'ARS et l'évolution de la participation à la hausse. Le mode de désignation par le Directeur Général de l'ARS associé à une participation en hausse se comprend par l'existence d'une présence de plus en plus importante aux instances. Ces membres appartiennent plutôt aux CT de Charente et des Deux-Sèvres. Le deuxième axe nous montre donc que l'évolution de la participation est liée au mode de désignation est lié à, ainsi qu'à certains collèges ou instances. Dans le cas des offreurs de services de santé, cette désignation forcée a pu créer un manque d'intérêt de l'instance au début, puis un intérêt croissant qui se traduit par une hausse de la participation. En croisant les contributions à l'axe 1 et à l'axe 2, il semble se dégager des proximités entre certains membres (selon leur instance et/ou collègue) et leur implication.

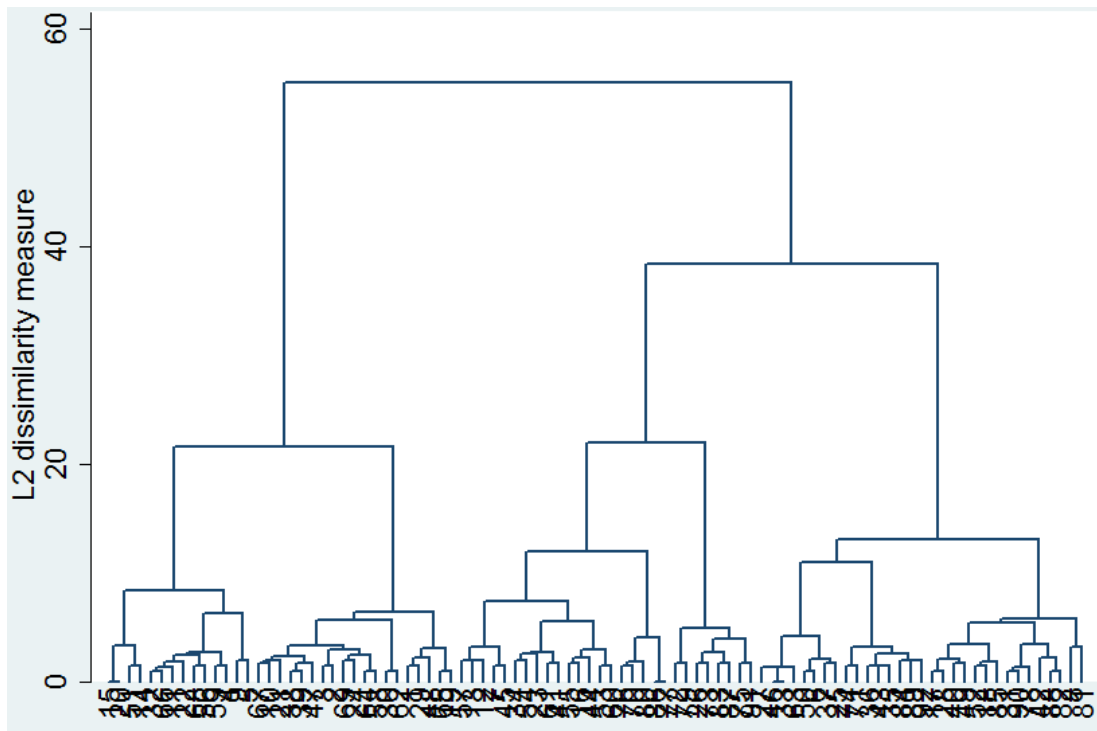
Enfin, le troisième axe factoriel étudié associe treize modalités et contribue à hauteur de 10,4% à l'inertie totale. Négativement, il rassemble les membres de la CT de la Vienne, les représentants des acteurs de la prévention et de l'éducation à la santé, ayant débuté leur mandat en 2014 ou 2015, participant à toutes les réunions, désignés par le Directeur Général de l'ARS, participant pour des raisons personnelles et professionnelles, ou par curiosité ou sans intérêt. Positivement, il regroupe les membres de la CT des Deux-Sèvres, les représentants des autres collèges, ayant débuté leur mandat en 2011 ou 2013, dont la participation est en baisse et participant pour des raisons personnelles. À l'instar du premier axe, la proximité entre 3 des modalités de coordonnées négatives « participation à toutes les réunions_oui », « raisons_curiosité_sans intérêt » et « raisons_personnelles et professionnelles » se comprend par l'existence d'une réelle volonté de siéger et de s'investir. À l'inverse, la proximité entre une participation en baisse et un début de mandat en 2014 nous renseigne sur des caractéristiques qui favorisent une moindre participation. Ce sont essentiellement des membres des CT des Deux-Sèvres, appartenant aux collèges les moins bien représentés dans notre effectif.

L'ACM nous permet d'identifier des proximités entre différentes caractéristiques des membres. Il ressort notamment une proximité entre participation et implication pour raisons personnelles, ainsi qu'entre usagers et représentants sociaux. Par opposition, il semble que les personnes s'impliquant de plus en plus soient davantage offreurs de soins et/ou désignés par le Directeur Général de l'ARS. Par conséquent, les contraintes qui s'imposent aux membres renvoient avant tout à un manque de volonté de participation et un mode de désignation par le Directeur Général de l'ARS, peu favorable à une forte implication dès le début du mandat.

5.3. La classification ascendante hiérarchique

Maintenant que nous avons identifié les proximités entre les différentes modalités et *a fortiori* entre les individus, nous réalisons une Classification Ascendante Hiérarchique (ACH). Cette méthode de classification a pour objectif de classer les individus en groupes, ce qui nous permet d'établir une typologie de la participation. Une CAH calcule, à partir des facteurs issus de l'ACM, l'absence de similarité entre les individus. Elle crée une hiérarchie de partitions en fusionnant les individus puis les groupes d'individus les plus cohérents possibles et constitue les groupes les plus homogènes.

Figure 6 : Arbre hiérarchique des individus



Chaque individu ne peut être classé que dans une seule classe à la fois. La CAH forme un arbre – appelé dendrogramme – sur lequel apparaissent les différents groupes et la hiérarchie entre les groupes (Figure 6). Plus la hauteur de branche est élevée et plus les individus regroupés forment des groupes homogènes nettement différenciés les uns des autres. Dans notre cas, nous employons le critère de Ward qui permet de minimiser l'inertie intraclasse sur l'inertie totale du nuage des individus et de maximiser l'inertie interclasse, en tenant compte des mêmes variables que pour l'ACM. L'arbre hiérarchique ci-dessous synthétise les regroupements effectués par la CAH.

Une fois le dendrogramme réalisé, l'objectif est d'identifier les groupes les plus éloignés entre eux. Au vu des distances entre les groupes, nous retenons trois groupes d'individus. Nous

réalisons une analyse multivariée de la variance (MANOVA), présentée dans le Tableau 20, afin de préciser les caractéristiques de nos deux groupes.

Tableau 20 : Analyse multivariée de la variance de la CAH

Variables	Appartenir au groupe 2 plutôt qu'appartenir au groupe 1	Appartenir au groupe 3 plutôt qu'appartenir au groupe 1
	Coefficient (significativité)	Coefficient (significativité)
Instance		
CT 16	Réf.	Réf.
CT 17 Nord	- 0,23 (***)	- 0,33 (***)
CT 17 Sud Et Est	- 0,01	- 0,05
CT 79	0,12	0,23 (**)
CT 86	0,11	0,26 (***)
CRSA	0,43 (***)	0,35 (***)
Collège		
Autres collègues	Réf.	Réf.
Représentants des usagers	0,48 (***)	- 0,06
Partenaires sociaux	0,11 (*)	0,06
Acteurs prévention et éducation santé	- 0,15 (*)	- 0,09
Offreurs services santé	- 0,76 (***)	0,08
Membre du bureau		
Non	Réf.	Réf.
Oui	0,28 (***)	- 0,02
Année de début de mandat		
2010	Réf.	Réf.
2011	- 0,10	- 0,11
2012	0,02	0,17 (*)
2013	- 0,10	- 0,12
2014 - 2015	- 0,003	- 0,15 (*)
Participation à toutes les réunions		
Non	Réf.	Réf.
Oui	- 0,06	- 0,10
Évolution de la participation		
Baisse	Réf.	Réf.
Stable	0,12	0,08
Hausse	- 0,15 (*)	- 0,05
Implication au-delà des réunions		
Non	Réf.	Réf.
Oui	0,02	0,09
Désignation		
Par la structure	Réf.	Réf.
Par le DG ARS	0,07	- 0,05
Raisons		
Curiosité - Sans intérêt	Réf.	Réf.
Personnelles	0,23 (***)	- 0,06
Professionnelles	- 0,31 (***)	- 0,14
Personnelles et professionnelles	0,08	0,20 (**)

Lecture : (***) significatif à 1%, (**) significatif à 5%, (*) significatif à 10%
 Les représentants des usagers ont tendance à appartenir davantage au groupe 2 qu'au groupe 1.

Parmi les membres de la démocratie sanitaire, nous distinguons 2 profils-types qui se distinguent par les caractéristiques suivantes, détaillées dans le Tableau 21 :

- Le premier groupe est composé de 33 membres et représente 35,6% des individus de notre échantillon. Il est caractérisé par des membres des CT de Charente et de Charente-Maritime Nord, des représentants des offreurs de service de santé, n'appartenant pas à un bureau, ne participant pas à toutes les réunions, et participant pour des raisons plutôt professionnelles.
- La deuxième classe regroupe 28 individus et représente 30,4% des individus de notre analyse. Elle est plutôt composée de membres de la CRSA, de représentants des usagers, ayant débuté leur mandat en 2010 et participant pour des raisons à la fois personnelles et professionnelles.
- Le troisième et dernier groupe rassemble 31 individus, soit 33,7% des individus de notre échantillon. Il ressemble au premier groupe. Il est plutôt composé de membres des CT 79 et 86 et de la CTRSA, des représentants des offreurs de service de santé, n'appartenant pas à un bureau, ayant débuté leur mandat en 2010, ne participant pas à toutes les réunions, et participant pour des raisons plutôt professionnelles.

Tableau 21 : Typologie des groupes en fonction des caractéristiques des membres

Variables	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3
Instance			
CT 16	46%	3%	0%
CT 17 Nord	33%	11%	0%
CT 17 Sud Et Est	15%	14%	10%
CT 79	6%	18%	29%
CT 86	0%	11%	26%
CRSA	0%	43%	35%
Collège			
Autres collègues	0%	32%	0%
Représentants des usagers	6%	53%	0%
Partenaires sociaux	0%	11%	6%
Acteurs prévention et éducation santé	18%	4%	10%
Offreurs services santé	76%	0%	84%
Membre du bureau			
Non	85%	57%	87%
Oui	15%	43%	13%
Année de début de mandat			
2010	28%	46%	48%
2011	24%	14%	13%
2012	9%	11%	26%
2013	21%	11%	10%
2014 - 2015	18%	18%	3%
Participation à toutes les réunions			
Non	55%	61%	65%
Oui	45%	39%	35%

Evolution de la participation			
Baisse	15%	18%	13%
Stable	67%	79%	74%
Hausse	18%	3%	13%
Implication au-delà des réunions			
Non	67%	64%	58%
Oui	33%	36%	42%
Désignation			
Par la structure	79%	71%	84%
Par le DG ARS	21%	29%	16%
Raisons			
Curiosité - Sans intérêt	6%	7%	6%
Personnelles	6%	29%	0%
Professionnelles	85%	53%	71%
Personnelles et professionnelles	3%	11%	23%

Lecture : 86% des individus appartenant au groupe 1 ne sont pas membres des bureaux des instances.

La classification des individus participant à la démocratie sanitaire en Poitou-Charentes fait apparaître deux profils de membres. La distinction se fait essentiellement selon les collèges des membres, leur participation au bureau ou aux réunions et les raisons pour lesquelles ils sont membres de la démocratie sanitaire. Chacun des membres appartient à l'une ou l'autre des catégories.

5.4. Compléments qualitatifs sur l'implication

L'analyse de données a permis de dresser une typologie des membres de la démocratie sanitaire selon leur participation. Nous identifions 2 profils-types essentiellement différents selon les collèges d'appartenance des membres et les raisons de leur implication. Des éléments qualitatifs issus des entretiens complètent notre analyse de données.

La raison principale pour laquelle les membres ne participent pas à toutes les réunions est le manque de temps disponible (62 à 75% des réponses à cette question selon les instances). Les autres raisons évoquées tiennent principalement à d'autres engagements (obligations professionnelles ou personnelles notamment) ou au statut de suppléant. Ces raisons évoquées peuvent donc expliquer pourquoi les professionnels de santé participent peu aux réunions. La difficulté de transport n'est en revanche jamais citée, en l'état actuel. Elle est mentionnée comme un risque dans la perspective de la région Nouvelle-Aquitaine¹⁵.

À l'inverse, les membres font ressortir plusieurs éléments-clés favorisant leur participation :

- les sujets traités, dans leur capacité à capter l'intérêt d'une majorité de participants : à ce titre, les problématiques opérationnelles (ayant des applications concrètes sur le

¹⁵ Nous rappelons que cette enquête a été réalisée en 2015 avant la fusion des régions Aquitaine, Limousin et Poitou-Charentes.

terrain) et transversales (intersectorielles) semblent emporter l'adhésion du plus grand nombre.

- la consultation des membres (*a minima* les bureaux) sur l'ordre du jour est considérée comme une bonne pratique, plus ou moins développée selon les instances, mais à approfondir.
- la possibilité d'échanger aisément : la liberté d'expression des participants et la disponibilité des responsables de l'ARS ont été cités à plusieurs reprises par les personnes interrogées.
 - o à ce titre, les membres ont pu disposer de comptes rendus transparents (et envoyés rapidement après les réunions).
 - o la formation des représentants des usagers (proposée notamment par les associations spécialisées telles que le Comité Interassociatif Sur la Santé (CISS)) favorise également le caractère constructif des échanges en instance.

Toutefois, certains aspects pourraient être retravaillés afin de favoriser davantage la participation et le dynamisme des échanges à l'avenir. Les membres font souvent état d'un manque d'opérationnalité (ou de pragmatisme) dans les sujets abordés en instance. C'est la raison pour laquelle certains s'impliquent au-delà de l'instance (37% des répondants), principalement en participant à des groupes de travail sur des problématiques qui avaient émergé lors des réunions plénières. Mettre en place (ou pérenniser le cas échéant) des sous-commissions ou groupes de travail plus opérationnels constitue ainsi une piste d'amélioration (à mettre cependant en parallèle avec le manque de temps des acteurs). Dans cette même volonté d'être « véritablement acteur » de la démocratie sanitaire, les membres interrogés regrettent parfois le caractère trop « vertical » ou « descendant » des séances qui peuvent se restreindre à de la pure transmission d'information, et limiter de fait le temps des débats et de l'interactivité. Certains participants estiment par ailleurs que le format de type « conférence » est par nature peu propice à la réflexion approfondie sur les sujets présentés. Enfin, les acteurs sont globalement en demande de simplification des instances afin d'éviter les redondances dans les sujets traités.

6. La démocratie sanitaire : un rôle nuancé dans la politique régionale de santé

L'évolution de la gouvernance de la politique de santé en France de ces dernières années présentée dans la première partie de ce chapitre nous a montré deux mouvements parallèles. D'une part, la loi a reconduit une gouvernance participative et l'a élargie à l'ensemble du champ de compétences des ARS. D'autre part, le mouvement de déconcentration, tout en

renforçant la prise de décision au niveau régional, a renforcé le pouvoir de l'État face aux collectivités territoriales en ce qui concerne la santé. Ainsi, le système de gouvernance de la politique de santé en région a changé ; il s'est élargi sous la tutelle de l'État.

Cette dernière partie s'intéresse au rôle de la démocratie sanitaire sur la politique régionale de santé : les appréciations et remarques apportées par les membres de la démocratie sanitaire influencent-elles la politique de l'ARS ? Au vu du faible nombre de répondants au questionnaire par instances, il est difficile d'identifier des liens entre la participation des membres – réelle ou exprimée – et leur rôle dans la stratégie régionale. Nous choisissons d'appréhender cette question au travers d'entretiens qualitatifs. Ces entretiens ont pris la forme de focus-groupes (un groupe de travail a été réuni par commission spécialisée de la CRSA : quatre groupes ont réuni neuf personnes au total) et de réunions plénières (une par conférence de territoire, permettant de réunir au total une centaine de personnes).

6.1. Des avis globalement pris en compte...

En Poitou-Charentes, les membres interrogés perçoivent davantage les impacts des instances sur l'élaboration du Projet Régional de Santé (PRS) que sur sa mise en œuvre. Les membres font en effet état d'une forte sollicitation de l'ARS lors de l'élaboration du PRS : les acteurs ont largement participé à l'identification des besoins et à la construction de réponses pertinentes. Cette forte mobilisation dans la construction de la stratégie régionale a créé de fortes attentes. En moyenne, 65% des répondants indiquent que leurs avis sont pris en compte systématiquement ou la plupart du temps, alors que 17% des membres de la CRSA et 29% des membres des conférences de territoire estiment que leurs avis ne sont jamais pris en compte.

Il ressort ainsi de l'analyse qualitative une sorte de clivage quant à la prise en compte des avis des instances dans la phase de mise en œuvre du PRS. Certaines personnes sont satisfaites de ce que l'ARS fait de leurs avis : les avis « ont toujours été pris en compte sur les comptes-rendus » et sont « souvent [...] retrouvés dans la mise en œuvre des plans d'action ». Le rôle de la CRSA est jugé utile : « la CRSA influe sur les politiques de santé publique. C'est une instance de consultation. Son avis compte et l'expérience professionnelle de ses membres est un atout ». D'autres répondants ont des avis plus tranchés. Ils ont des difficultés à identifier dans quelle mesure leurs avis sont pris en compte. Certains membres estiment ne pas avoir de retours de l'ARS quant aux décisions qui ont été prises suite à leurs avis, à l'instar de cette personne qui nous dit qu'« il faudrait qu'il y ait un retour d'information sur les dossiers traités en face des incidences dans le PRS [...]. Je suppose que les conclusions et les travaux de la conférence de territoire sont pris en compte dans le PRS ou du moins je l'espère ». Les

remarques émises apparaissent dans les comptes-rendus des réunions mais l'application concrète et les modifications sur le terrain ne sont pas toujours lisibles, notamment en ce qui concerne les travaux de long terme.

6.2. ... mais des difficultés à émettre ces avis

Pour émettre des avis sur la politique régionale de santé, les membres ayant une voix délibérative votent. Or, le fonctionnement du vote en lui-même semble poser problème : les pourcentages de votes « contre » ne sont pas suffisamment visibles. En outre, les révisions du PRS ne permettent pas se prononcer contre un chapitre en particulier : les schémas sont entièrement acceptés ou totalement rejetés, ce qui entraîne un manque de nuance dans la manière d'apprécier le document.

La participation manque assez souvent de transparence. Certains membres ont souvent l'impression d'entériner ou de légitimer des choix déjà opérés par l'ARS. Un membre indique que « les dossiers de préparation sont déjà fermés avant présentation ». Un autre ajoute que « les avis de la conférence sont souvent pris en compte, parce qu'ils ne questionnent rien : souvent, la conférence ne fait qu'entériner des choix déjà faits ». Cette même personne ajoute que cela est dû au manque d'appropriation de sujets qui ne permet pas d'émettre un avis circonstancié face à la complexité/technicité des sujets traités : « il y a peu de débats sur le fonds, car les participants ont peu de temps pour s'approprier les dossiers s'ils ne les connaissent pas déjà et les documents sont peu accessibles pour des personnes non aguerries. De plus, le mode "conférence" ne laisse pas de place au débat, à la réflexion, en ateliers par exemple ». Une autre personne rencontrée nous disait que « la recherche nécessaire du consensus laisse trop souvent place à des décisions floues ou ambiguës ». Toutefois, cet avis général peut être nuancé au travers d'exemples concrets qui montrent l'influence qu'ont eue les instances dans la mise en œuvre de la stratégie régionale : l'évaluation des urgences du Centre Hospitalier de La Rochelle a été commandée suite à des débats ayant eu lieu en commission de la CRSA, et le positionnement affirmé de la CT de la Vienne en faveur du déploiement d'une MAIA (Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie) dans le Sud du département a permis, selon les membres interrogés, d'accélérer sa mise en place.

6.3. Un lieu favorisant la connaissance des acteurs locaux et des politiques locales

Au-delà de l'impact des instances sur l'élaboration et la mise en œuvre du PRS, plutôt restreint, nous avons cherché à savoir si la démocratie sanitaire favorisait le partage d'informations et la création de liens, ce qui pourrait indirectement impacter le déploiement de la stratégie régionale de santé. Les entretiens à ce sujet sont plutôt positifs.

Les instances de démocratie sanitaire ont manifestement eu un impact positif sur la création de liens entre les acteurs. 50% des membres indiquent que la démocratie sanitaire lui a permis de rencontrer des personnes avec lesquelles il travaille aujourd'hui : « rencontrer les acteurs des territoires permet de construire de nouvelles coopérations car on travaille mieux avec les personnes qu'on connaît ». En outre, 62% des répondants relatent que les instances ont permis de renforcer les modalités de coordination et de coopération entre les acteurs ou d'en développer de nouvelles. À cet égard, les échanges en instances ont permis de faire tomber certains clivages interprofessionnels, de favoriser le décloisonnement et de « faciliter la mise en réseau » : « pouvoir interroger les différents acteurs permet de comprendre leur culture de service, de structure, de profession et d'échanger sur nos visions de la santé pour nos concitoyens ». D'ailleurs, un membre rappelle que le rôle de la démocratie sanitaire est aussi de « faire en sorte que les professionnels de santé se parlent, interagissent et se coordonnent ». Par ailleurs, les membres interrogés estiment que la présentation de certains outils en instance a favorisé leur appropriation ou leur utilisation : c'est le cas notamment de l'application ViaTrajectoire¹⁶.

Les instances permettent des rencontres avec des professionnels travaillant hors de son secteur (médico-social et sanitaire / ambulatoire et hospitalier) et de son territoire. La transversalité, la mixité et la pluridisciplinarité des sujets traités est sans conteste un point fort des instances : elle permet une meilleure connaissance des interventions de chacun, ainsi que la découverte de certains dispositifs, ce qui permet de « proposer les rééquilibrages nécessaires ». Les instances sont décrites comme des lieux d'échanges d'informations et d'idées, dans lesquels il est possible de s'exprimer et de s'approprier les directives régionales comme nationales. La démocratie sanitaire a amplifié le mouvement de rapprochement des secteurs médico-social et sanitaire, favorisé davantage de transversalité entre les politiques de la gérontologie et du handicap, et amoindri les oppositions entre médecine de ville et médecine hospitalière. La visibilité des représentants des usagers, qui disposent d'un espace

¹⁶ ViaTrajectoire est un service public, gratuit et sécurisé, accessible sur internet qui propose une aide à l'orientation personnalisée dans le domaine de la santé. Il aide les usagers, médecins libéraux, professionnels hospitaliers et médico-sociaux dans le choix de la structure ou du service le plus adapté aux besoins de la personne.

d'écoute et d'un accès direct aux professionnels et décideurs, est également souvent citée par les acteurs rencontrés.

Par ailleurs, 85% des membres interrogés estiment que la démocratie sanitaire favorise une meilleure lisibilité de la politique de santé. Différents témoignages vont dans ce sens : « j'ai désormais un recul sur les politiques de santé publique menées à l'échelon régional. J'ai découvert des actions mises en place dont on parle très peu » ; « j'ai le sentiment de disposer d'une information générale utile à une perception globale : prévention, prise en compte des usagers, intégration de l'ambulatoire et de l'hospitalier sans oublier le médico-social ».

6.4. Un rôle qui semble finalement peu opérationnel

Alors que 66% des membres interrogés estiment que la démocratie sanitaire permet une articulation des politiques et une complémentarité des actions menées et 50% ont l'impression que la démocratie sanitaire apporte plus de cohérence des politiques de santé dans les territoires, les entretiens nuancent ces résultats. Les échanges en instances peuvent permettre « d'échanger, de découvrir, éventuellement de partager et d'ajuster des pratiques professionnelles » sans véritablement « infléchir des politiques en les rendant plus cohérentes. La mise en cohérence dépend de la bonne volonté des participants à participer à la conférence, à débattre, et à éventuellement infléchir leurs pratiques ». Pour cause, tandis que 60% des individus estiment que la démocratie sanitaire permet de partager les informations, ces échanges sont plutôt brefs et cette « absence de débat et d'échange ne permet de favoriser ni la mise en relation ni l'évaluation des besoins et des synergies possibles entre les acteurs ». Les informations sont plutôt descendantes et « il s'agit plus d'une exposition d'actions, de politiques institutionnelles » où « la conférence prend acte de l'existant ». Une personne nous indique même qu'elle n'a « rien appris de significatif sur les politiques de santé nationales et sur la traduction concrète sur le territoire au sein de la CT ». Même s'ils ne sont pas majoritaires, 16% des membres interrogés pensent que la démocratie sanitaire a complexifié le paysage administratif.

Les évolutions dans les représentations ne se traduisent que par peu de concrétisation de projets communs, au-delà du partage effectué en instance, hormis dans le cadre de groupes de travail. Une personne regrette que « chaque organisation reste clivée et centrée sur elle-même plus préoccupée par ses intérêts que par l'intérêt de travailler avec d'autres ». Sur ce point, un rôle plus opérationnel semble dévolu aux comités d'acteurs en santé qui se sont montés dans les Deux-Sèvres autour de problématiques spécifiques et d'acteurs de terrain. Seuls 26% des répondants estiment leurs échanges en instance permettent de faire évoluer les pratiques professionnelles.

La coordination des politiques, notamment entre ARS et Départements dans le domaine médico-social, est estimée insuffisante, impactant l'équité de traitement des usagers entre territoires, notamment pour les personnes âgées ou en situation de handicap. Les orientations des départements diffèrent en matière d'accompagnement de ces personnes, entraînant un accès inégal aux établissements et services médico-sociaux. Par ailleurs, les membres interrogés relèvent un manque de communication sur ce qui est réalisé en instance auprès des professionnels qui n'y participent pas. Un membre s'interroge à ce sujet : « les informations restent dans un circuit fermé. Les comptes rendus sont-ils diffusés aux autres dirigeants des établissements non membres des conférences de territoires pour qu'il puisse y avoir une synergie entre les structures ? ».

Enfin, notons que les membres interrogés relèvent par ailleurs un manque d'articulation entre instances de démocratie sanitaire. D'une part, les commissions spécialisées de la CRSA, organisées de manière thématique et donc cloisonnées, ne permettent pas une vue globale de la santé par l'ensemble des membres. D'autre part, les liens entre la CRSA et les CT pourraient être renforcés, aussi bien en termes de redescende d'informations et que de remontée des besoins locaux. Ainsi, un membre nous expliquait qu'il lui était « difficile (impossible) de se repérer dans l'empilement des instances de la "démocratie sanitaire", lesquelles se superposent sans réellement infléchir les orientations nationales et descendantes qui structurent l'action de l'État et de la Sécurité Sociale ».

7. Discussion : quels enseignements pour la démocratie sanitaire ?

L'objectif de ce chapitre était d'identifier des caractéristiques favorisant la participation des membres aux instances de démocratie sanitaire en Poitou-Charentes et de comprendre leur rôle au travers de données quantitatives et d'éléments qualitatifs.

Les premiers éléments descriptifs nous ont permis de constater que la participation des membres de la CRSA et des Conférences de Territoire a été relativement satisfaisante sur la durée du PRS, même si de fortes différences sont apparues entre les instances. Nous a permis de mettre en évidence deux profils-types de membres selon leurs caractéristiques et leur participation. Ainsi, les représentants des usagers et les personnes s'impliquant pour raisons personnelles sont liées à une plus grande participation et une plus grande implication dans les différentes instances (bureaux, groupes de travail...). Au contraire, les représentants des offreurs de soins et des acteurs de la prévention participent davantage pour raisons professionnelles et semblent moins présents aux différentes réunions.

Seule, cette analyse de données ne nous renseigne pas sur les raisons du manque de participation ou de désinvestissement potentiel de certains membres. C'est la raison pour

laquelle nous avons complété notre analyse d'entretiens qualitatifs permettant de nuancer nos premières conclusions et d'apporter des propositions de leviers d'amélioration. Les modalités d'association sont globalement jugées satisfaisantes, et la qualité de l'animation territoriale mise en place par l'ARS et ses délégations territoriales est reconnue. Toutefois, le manque d'opérationnalité des sujets abordés ainsi que le caractère trop vertical des séances sont souvent évoqués.

Concernant le rôle de la démocratie sanitaire, l'enquête qualitative permet de relativiser l'impression des dirigeants de l'ARS Poitou-Charentes, pour qui la démocratie sanitaire fonctionne bien dans la région en apportant des leviers potentiels d'amélioration. Les membres de la CRSA et des Conférences de Territoire indiquent avoir été largement impliqués dans le processus d'élaboration du PRS. En revanche, il ressort des analyses une impression générale de scepticisme quant à la prise en compte de leurs avis dans la phase de mise en œuvre du PRS. Par ailleurs, les instances de démocratie sanitaire ont eu un impact positif sur la création de liens entre les acteurs et le partage d'informations, favorisant la lisibilité des politiques de santé menées dans la région, ainsi que le décloisonnement des secteurs. L'impact de ces échanges sur l'articulation des politiques et la coordination des actions sur le terrain est en revanche peu visible.

D'une manière générale, la démocratie sanitaire est encore jeune. Les acteurs ont tout juste eu le temps de s'approprier le contexte régional, le PRS comme instrument programmatique et les modalités de fonctionnement de ces instances représentatives. Aujourd'hui, les membres attendent davantage des instances. Ils souhaitent que leur voix puisse davantage s'exprimer. Ils attendent également que l'ARS rende davantage de compte, notamment en ce qui concerne la réalisation des actions prévues par le PRS et la prise en compte de leurs avis quant à la politique régionale de santé.

Notre analyse comporte deux principales limites. La première concerne l'enquête en elle-même. Le nombre de réponses aux questionnaires est assez faible comparé au nombre de membres des instances. Ainsi, les réponses aux questionnaires sont peut-être être soumises à un biais de sélection, les personnes répondants pouvant être les plus impliquées dans la vie des instances. Certains éléments n'ont donc peut-être pas été capturés dans notre analyse de données. En outre, les entretiens se sont réalisés en groupes et non de façon individuelle, ce qui n'a peut-être pas permis à chaque membre de pouvoir s'exprimer librement. Par ailleurs, cette évaluation de processus ne peut faire l'objet de comparaison avec d'autres évaluations du fonctionnement de la démocratie sanitaire en Poitou-Charentes, car aucune évaluation des anciens formats de démocratie sanitaire (ceux ayant cours avant la loi HPST) n'avait été réalisée à notre connaissance. Nous ne sommes donc pas en mesure d'indiquer si les éléments mis en avant dans notre analyse ont évolué ou non.

Enfin, la démocratie sanitaire a une portée assez peu effective dans la prise de décision publique. Les membres ont tout juste un rôle consultatif, comme indiqué dans la loi. L'ARS Poitou-Charentes ne semble pas avoir été plus loin dans l'implication des membres, ceux-ci ayant le sentiment que la démocratie sanitaire n'a pas eu d'effet sur le paysage administratif et/ou les processus de décisions. Les modalités d'association devront ainsi évoluer pour assurer le maintien de la dynamique et une meilleure démocratie en santé. Comme l'indiquait une personne interrogée, « la "démocratie sanitaire" reste largement à inventer ».

Chapitre 4

Création et pilotage de la politique locale de santé : le cas des Contrats Locaux de Santé (CLS) de la Vienne

Résumé

Ce chapitre s'intéresse à la nouvelle gestion publique de la politique locale de santé au travers de l'analyse des Contrats Locaux de Santé (CLS). L'objectif de notre recherche est double. Nous travaillons d'abord sur le dispositif de CLS en lui-même afin d'appréhender la création et le pilotage des CLS. Nous mettons en évidence un lien entre la création des CLS et leur fonctionnement par la suite. Nous montrons que la logique descendante de cet outil ne permet pas de mener une réelle politique de santé locale et coordonnée. Nous présentons ensuite une enquête réalisée auprès des bénéficiaires des CLS afin d'identifier l'impact des CLS sur ces personnes. Nous montrons que, si les actions mises en œuvre portent leurs fruits auprès des bénéficiaires, elles ne permettent pas une émancipation des individus tant au niveau de la prise en charge de leur santé qu'au niveau de leur implication dans le fonctionnement du CLS.

1. Introduction

Depuis plusieurs années, la nouvelle gestion publique entraîne de profondes mutations au sein des institutions. Au-delà de la modification du fonctionnement interne des administrations, la nouvelle gestion publique propose de tenir compte de « l'ensemble du système de gestion des affaires publiques » (Finger, 1997, p.41). Ainsi, les administrations ne sont plus des acteurs isolés mettant en place des politiques descendantes sur les territoires. Elles sont des acteurs parmi d'autres œuvrant pour l'organisation et la mise en œuvre de politiques locales multipartenariales et coordonnées. « L'espace politico administratif est ainsi entraîné dans un mouvement de recomposition qui se traduit [...] par la réappropriation d'autres niveaux spatiaux » (Leloup et al., 2005, p. 323).

À ce titre, la politique de santé est particulièrement intéressante à analyser, au travers notamment de ses Contrats Locaux de Santé (CLS). En 2009, la loi « portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires » (HPST) a créé les Agences

Régionales de Santé (ARS) chargées de décliner sur les territoires régionaux la politique de santé au plus près des besoins des individus. Pour cela, les ARS peuvent conclure des Contrats Locaux de Santé (CLS) avec « les collectivités territoriales et leurs groupement » afin de mettre en œuvre au plus près des besoins des habitants des actions « portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social » (loi HPST du 21 juillet 2009).

Les CLS traduisent la volonté du législateur d'impliquer les acteurs locaux dans la mise en œuvre de la politique sanitaire, traduisant un mouvement de territorialisation de la politique de santé. Les CLS répondent aux enjeux de la nouvelle gestion publique au travers de la coordination des acteurs, de la gestion par les résultats, ou encore de la démocratie participative. Ils représentent selon nous un objet d'étude intéressant au regard des enjeux qu'ils portent, d'autant plus que la construction des CLS ne répond pas à un cadrage imposé par le national à toutes les ARS. En 2011, un simple kit méthodologique avait fait objet de cadrage national. Cette latitude laissée à chaque ARS pour la mise en œuvre des CLS fait la force de cet outil mais peut également constituer une faiblesse quant à son fonctionnement. Un travail réalisé sur la gouvernance des CLS (Haschar-Noé et *al.*, 2015, p.387) a montré que « les CLS se négocient bien ou mal, en douceur ou dans une grande pénibilité, une partie des problèmes finissant par trouver des solutions. Alors que les ajustements se font parfois difficilement tant les luttes de pouvoir marquent les échanges et débouchent sur des adaptations bricolées, le jeu d'instrumentalisations réciproques apparaît comme une condition majeure facilitant une gouvernance négociée entre acteurs placés en situation à la fois de coopération obligée et de concurrence ».

Nous proposons une analyse des CLS du département de la Vienne (86). Les ARS étant divisées en délégations départementales mettant en œuvre la politique de santé sur le territoire départemental, nous concentrons sur un département nous permet de neutraliser l'effet d'une mise en œuvre différente de la politique de l'ARS, celle-ci étant la même au niveau du département. Ce travail n'ayant pas été réalisé tout au long de la construction des CLS, mais *a posteriori*, nous ne sommes pas en mesure d'appréhender les différents conflits et les phases de négociations entre les acteurs engagés dans les CLS, comme ont pu le faire Haschar-Noé et *al.* (2015). Nous ne proposons donc pas une analyse de la gouvernance à proprement parler mais une étude de la création des CLS et de leur pilotage. Nous cherchons à savoir si les CLS sont suffisamment bien armés pour atteindre leur objectif principal de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé dans le but de fournir des préconisations pour la constitution des futurs CLS.

Pour cela, ce chapitre propose une double analyse. Nous travaillons d'abord sur le dispositif de CLS en lui-même afin d'appréhender la création et le pilotage des CLS. Nous présentons

ensuite une enquête réalisée auprès des bénéficiaires des CLS afin d'identifier l'impact des CLS sur ces personnes. L'Encadré 3 présente notre méthodologie. Après avoir présenté les CLS de la Vienne (partie 2), nous présentons nos résultats en trois parties. Dans les parties 3 et 4, nous analysons respectivement la conception et le pilotage des CLS et leur rôle sur le fonctionnement du CLS. Nous montrons que la logique descendante de cet outil ne permet pas de mener une réelle politique de santé locale et coordonnée. Nous analysons ensuite l'impact sur les habitants de cette politique locale (partie 4). Nous cherchons à comprendre, au travers d'entretiens, si les actions mises en œuvre portent leurs fruits auprès des bénéficiaires. Enfin, nous discutons nos résultats et interrogeons les implications en matière de politiques publiques, notamment dans le cadre de la négociation des futurs Contrats Locaux de Santé (partie 5).

Encadré 3 : La méthodologie

Notre travail s'appuie sur trois sources de données recueillies de juillet à novembre 2016 : des entretiens avec les animateurs, un sondage auprès des membres des COPIL, et des entretiens auprès des usagers.

Les animateurs des trois CLS ont été interrogés en entretiens. Ces entretiens ont permis de revenir sur la construction des CLS, la planification des actions, l'implication des acteurs, le pilotage et l'animation, et l'association des usagers.

Les membres des comités de pilotage (COPIL) ont été interrogés au travers d'un questionnaire. 80 personnes ont répondu, soit 29,3% des personnes invitées à répondre. Ce faible taux de réponse est en partie lié aux nombreux changements de postes des membres des COPIL. À Châtelleraut, 17 personnes ont répondu sur 52 invitées (32,7%) ; à Poitiers, 13 membres sur 53 ont répondu (24,5%) ; dans le Montmorillonnais et le Lussacois, 45 personnes ont répondu parmi les 168 invités (26,8%). Parmi les répondants, 31% sont signataires. À Châtelleraut, ce taux atteint 41%. La plupart des répondants sont entrés dans les CLS en 2014 ou 2015.

Enfin, 36 bénéficiaires ont été interrogés en sept groupes sur les actions auxquelles ils ont pu participer et leurs impacts, et leur vision du CLS et de sa gouvernance.

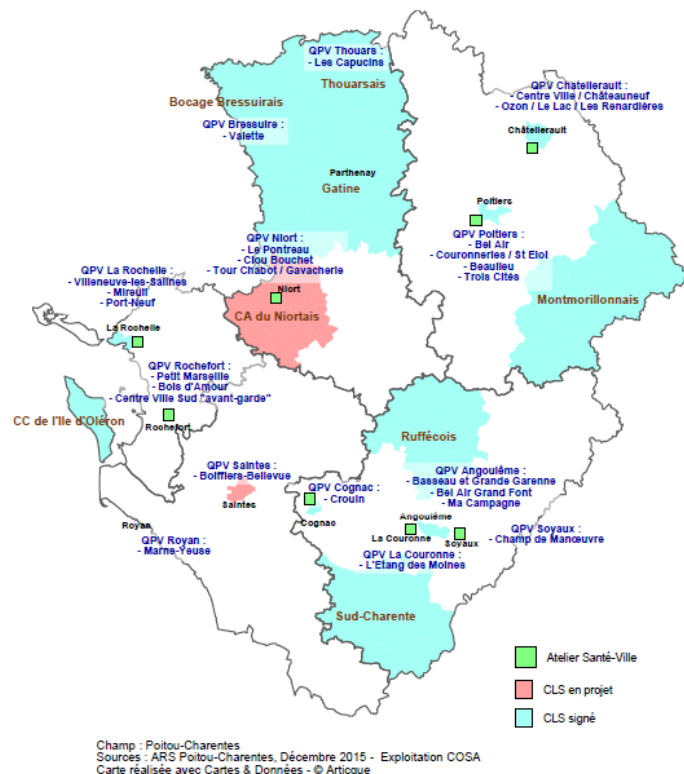
Nous avons également consulté la base de données nationale, complétée par chaque ARS, ce qui nous a permis d'avoir une vision détaillée des objectifs des CLS, de leurs signataires, *etc.*

2. Les CLS de la Vienne

La Vienne (86) est un département de l'ancienne Région Poitou-Charentes, située dans le centre-ouest de la France. Ce département compte 431 248 habitants (INSEE, 2013). Sur le plan administratif, la Vienne est divisée en trois arrondissements, 38 cantons, 22 intercommunalités et 281 communes. Poitiers est la préfecture de département.

En août 2015, le Poitou-Charentes était couvert par douze CLS : cinq en Charente, deux en Charente-Maritime, deux dans les Deux-Sèvres et trois dans la Vienne (Figure 7). La moitié était sur un territoire rural et l'autre sur un territoire urbain. Ainsi, 425 000 picto-charentais vivaient sur un territoire couvert par un CLS, dont 55% dans un territoire rural. Neuf de ces CLS comportent des zones prioritaires définies au titre des politiques territoriales de l'État.

Figure 7 : Les CLS de Poitou-Charentes en 2015



Le département de la Vienne est composé de trois CLS. Ces CLS couvrent 154 000 personnes, soit 36% des habitants couverts en Poitou-Charentes et de la Vienne. Deux des CSL couvrent des territoires urbains (un sur la commune de Poitiers, un sur la commune de Châtelleraut) et le dernier couvre un territoire rural (les communautés de communes du Montmorillonnais et du Lussacois). Aucun des CLS de la Vienne ne s'inscrit dans un programme territorial de santé de l'ARS. À Châtelleraut cependant, un projet local de santé (PLS) piloté par la commune existait avant le CLS. Ce PLS a d'ailleurs été posé comme un

préalable à la définition du CLS. Les deux CLS urbains couvrent un territoire concerné, tout ou en partie, par le volet santé d'un Contrat de ville, ce qui est d'ailleurs le cas pour tous les CLS créées en milieu urbain en Poitou-Charentes. Ils s'adosent tous à un territoire où existe déjà un Atelier Santé Ville (ASV). Concernant leur financement, aucun des trois CLS de la Vienne n'a de budget prévisionnel : les CLS fonctionnent grâce à l'engagement financier de la collectivité territoriale, de l'ARS et de l'État, au travers notamment de la politique de la ville dans les territoires concernés. Le Tableau 22 reprend les grandes caractéristiques des CLS de la Vienne.

Tableau 22: Caractéristiques principales des CLS de la Vienne

	Châtelleraut	Poitiers	Montmorillonnais et Lussacois
Date de signature	12 décembre 2011	4 novembre 2013	9 décembre 2013
Signataires	- ARS - Préfecture de la Vienne – Sous-préfecture de Châtelleraut - Ville de Châtelleraut	- ARS - Préfecture de la Vienne - Ville de Poitiers - CCAS de Poitiers	- ARS - Préfecture de la Vienne - Communauté de communes du Montmorillonnais - Communauté de communes du Lussacois - Syndicat mixte du pays du Montmorillonnais
Territoire couvert	1 commune	1 commune	47 communes
Population couverte (Insee, Recensement de la population, 2013)	31 262 habitants	87 427 habitants	34 785 habitants
Budget prévisionnel	Non	Non	Non

3. La création des CLS : le rôle fédérateur du diagnostic

Dans les trois cas étudiés, l'ARS a été à l'initiative de la création des CLS. La création des CLS de la Vienne, et plus largement du Poitou-Charentes, fait suite à une sensibilisation par l'ARS des élus des collectivités territoriales dans l'objectif de « familiariser [les collectivités] avec la démarche du contrat et les amener à s'y engager » (Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales, 2015, p.11). Elle a également fait l'objet d'une rencontre préalable entre le Directeur Général de l'ARS et les élus locaux concernés. La décision de création des CLS a donc été prise avant même qu'un quelconque besoin ait été recensé, et ce quel que soit le territoire. Pourtant, des différences lors de l'étape de création sont notables. À partir des données de l'enquête réalisée auprès des membres des Comités de pilotage (COPI) des CLS, nous mettons en évidence un certain nombre d'éléments ayant trait à la création des CLS. Nous complétons notre analyse avec des éléments d'ordre qualitatifs.

3.1. À Châtellerauld, un CLS né d'une initiative descendante de l'ARS sans besoin préalablement identifié

La création du CLS de Châtellerauld a fait l'objet d'une rencontre préalable entre l'ARS et les élus locaux concernés. Dès fin 2010, l'ARS a sollicité la ville de Châtellerauld. Le travail de construction s'est ensuite engagé avec l'ARS. Les acteurs locaux ont été mobilisés pour la rédaction de certaines fiches actions. Un premier comité de pilotage a été mis en place en octobre 2011 pour valider les modalités du fonctionnement du CLS et son contenu. Le CLS de Châtellerauld a finalement été signé en décembre 2011, juste avant que le Projet Régional de Santé (PRS), feuille de route de l'ARS, ne soit lui-même arrêté.

La création du CLS de Châtellerauld questionne sur le choix du territoire, qui ne semble répondre à aucune logique de priorisation. Côté ARS, le choix de Châtellerauld a été fait au regard de son nombre d'habitants et de la présence d'un Atelier Santé-Ville (ASV), qui semblait pouvoir faciliter la mise en place du CLS. Ainsi, seulement 35% des membres du COPIL pensent que « la taille du territoire est pertinente (suffisamment grande) au regard des nombreuses actions regroupées en 5 axes d'intervention » et « au regard de l'historique de présence d'un Atelier Santé ville sur la ville de Châtellerauld ». Le territoire « correspond au rayonnement des acteurs, avec un bassin de population déjà suffisamment étendu ». Pour autant, ils ne sont que 29% à penser que la taille ne devrait pas évoluer. Les membres s'interrogent sur la possibilité d'élargir le CLS à l'intercommunalité. En effet, les problématiques entre la commune et la communauté d'agglomération de Châtellerauld sont identiques. Une « réflexion commune » permettrait de « mutualiser les moyens et les réponses apportées » et de « mieux coller aux parcours des personnes ».

La décision de création du CLS de Châtellerauld a donc été prise avant même qu'un quelconque besoin ait été recensé. En effet, aucun diagnostic n'a été réalisé lors de la création du CLS. Le diagnostic qui avait été réalisé en 2008-2009 lors de la création de l'ASV, soit plus de deux ans avant la signature du CLS, a été réutilisé alors même qu'il ne portait que sur les quartiers prioritaires de la ville (QPV) couverts par l'ASV et non sur la totalité de la commune. De ce fait, il n'y a pas eu de partage de ces données avec les acteurs du territoire, le précédent diagnostic ayant été présenté en 2009. Ce manque de valorisation de l'ancien diagnostic semble être à la source du manque de visibilité du CLS auprès des partenaires. Ce constat est à mettre en parallèle avec le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) signé entre l'État et l'ARS en 2010. Le CPOM 2010-2013 prévoyait de mesurer le « nombre de CLS signés au titre de l'article L.1434 (CSP) sur des territoires prioritaires urbains (CUCS, ZEP) ou ruraux ». En 2011, l'ARS Poitou-Charentes aurait dû conclure six CLS. Cette ambition nationale n'a pas été atteinte, ni en 2011, ni les années suivantes, mais cela peut expliquer la précipitation dans laquelle s'est conclu le CLS de Châtellerauld.

Cela pose question quant à l'opportunité du CLS et à son contenu. En effet, cette précipitation dans la construction du CLS s'est traduite par un programme généraliste et des fiches actions peu abouties. Cela a été une volonté d'être très large, au cas où il y ait nécessité de faire de nouvelles actions. L'ensemble des fiches actions de l'ASV a été intégré au CLS et des thématiques qui « semblaient prioritaires » sur le territoire ont été ajoutées. Malgré le manque de diagnostic identifié par certains membres, 76% d'entre eux estiment que les objectifs du CLS sont adaptés aux besoins du territoire : « les besoins ont été finement analysés puis les axes d'intervention ont été définis avec pragmatisme par niveau de priorité ». Cette adaptation a été possible « parce que [les objectifs] résultent d'un état des lieux partagé et associent les acteurs concernés ». Par ailleurs, 77% des membres du COPIL estiment que le CLS est cohérent par rapport aux autres dispositifs présents sur les territoires bien que les dispositifs sont « complémentaires sur certains éléments et redondantes sur d'autres ». Ainsi, seuls 47% des membres des COPIL estiment que les CLS ont une réelle plus-value par rapport aux autres dispositifs présents sur le territoire.

3.2. À Poitiers, une initiative descendante et un pilotage très institutionnel qui impactent la mobilisation des acteurs locaux

À l'instar des élus de Châtelleraut, les élus de la ville de Poitiers ont fait l'objet d'une sensibilisation particulière par l'ARS en avril 2011. Et c'est en juin 2011 que les élus et l'ARS ont acté leur volonté de conclure un CLS sur Poitiers. Les acteurs locaux ont été mobilisés pour la rédaction de certaines fiches actions. Un premier comité de pilotage a été mis en place en mai 2012. Le CLS de Poitiers a finalement été signé en novembre 2013, soit deux ans après le 1^{er} CLS de la Vienne. La priorisation du territoire pose là encore questions. Comme à Châtelleraut, le territoire de la ville de Poitiers a été choisi au regard de son nombre d'habitants et de la présence d'un ASV. Ainsi, seuls 54% des membres du COPIL pensent que la taille est pertinente. Ce territoire où « il existe de nombreuses actions » qui existaient avant le CLS, il est important de « garder une coordination réaliste et cohérente ». Pour 55% des membres, le territoire devrait s'agrandir : l'intercommunalité serait une solution « pour permettre un pilotage assuré par l'ensemble de la future Communauté urbaine du Grand Poitiers ». Une personne indique qu'« aujourd'hui, on ne peut plus différencier les actions et les partenariats qui ont lieu sur Poitiers et Grands Poitiers » et que « la plupart des partenaires couvrent [déjà] ce territoire ».

Le CLS de Poitiers n'a pas non plus fait l'objet de diagnostic lors de son élaboration. Un état des lieux a été réalisé : il s'est principalement appuyé sur des données locales (offres de soins, données sociodémographiques...) sans pour autant être en mesure de dégager des

perspectives. Par ailleurs, cette stagiaire ayant été sous la responsabilité hiérarchique de la commune, elle n'a pas toujours tenu compte des demandes des autres commanditaires du CLS. Aucune perspective n'ayant été dégagée de l'état des lieux, ce sont les acteurs locaux eux-mêmes qui ont indiqué les axes sur lesquels ils souhaitaient travailler en fonction de leurs propres observations du territoire et des besoins et problématiques qu'ils percevaient. Le CLS a permis, d'une part, de valoriser les actions déjà existantes en lien avec les priorités définies et d'autre part, d'intégrer des actions liées à des besoins spécifiques. Les acteurs ont conscience de cette absence de diagnostic : « le CLS répertorie plutôt les actions existantes sur le territoire sans que ces actions soient en lien avec un diagnostic ». Un autre membre explique que les « axes ont été construits et sans vrai diagnostic de territoire. Ainsi ces axes répondent partiellement aux besoins du territoire avec des actions très spécifiques en réponse ponctuelle aux objectifs ». Pourtant, 77% des membres du COPIL estiment que les objectifs sont adaptés aux besoins. Une personne juge en effet que l'adaptation est « plutôt » bonne « en ce qui concerne les axes car ils sont suffisamment généraux pour être évolutifs ». Elle note en revanche que « les objectifs et la programmation des actions peuvent être améliorés ».

3.3. Dans le Montmorillonnais et le Lussacois, un CLS ascendant et participatif

Dans le Montmorillonnais et le Lussacois, la décision de création du CLS semble davantage ascendante qu'ailleurs dans la Vienne. Comme ailleurs, les élus de la communauté de communes du Montmorillonnais ont été sensibilisés par l'ARS mais ce sont bien les élus qui se sont tournés vers l'ARS pour créer le CLS au regard de problèmes de démographie médicale pré-identifiés. Le choix du territoire a été fait par les élus locaux. Le CLS ne s'est pas cantonné à la communauté de communes du Montmorillonnais. Il a été mis en place au niveau du syndicat mixte qui regroupait la communauté de communes du Montmorillonnais et celle du Lussacois. Bien qu'aujourd'hui ce soit la communauté de communes du Montmorillonnais qui ait repris la compétence santé, les actions sont toujours mises en place au niveau des deux communautés de communes. Ainsi, 74% des membres pensent que la taille est pertinente. Ce CLS répond peut-être davantage à un réel besoin local. D'après les membres des COPIL, cette pertinence tient au fait que le territoire rassemble des unités administratives bien identifiées. 75% des membres estiment qu'il ne faut pas faire évoluer la taille, bien que certains y voient un territoire « trop vaste » où « l'égalité des services est difficile à mettre en œuvre ».

Un diagnostic a été réalisé pour identifier les priorités du CLS. C'est le seul de la Vienne. En réalité, deux diagnostics ont été réalisés en 2013 : un diagnostic santé-social, quantitatif, réalisé par l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) ; une enquête qualitative réalisée par le

syndicat mixte auprès des élus, volontaires et professionnels de santé du territoire. La décision de créer le CLS avait été prise avant la réalisation des diagnostics, mais ceux-ci sont venus conforter l'idée qu'un CLS était nécessaire sur le territoire. Suite à ces diagnostics, des groupes de travail ont été mis en place pour décliner des actions en lien avec les grandes thématiques identifiées. Les élus locaux ont été fortement impliqués lors de l'élaboration des fiches actions. Dans le Montmorillonnais et le Lussacois, où 87% des membres des COPIL pensent que les objectifs sont adaptés aux besoins, de nombreux membres rappellent que les objectifs ont été « définis selon une démarche ascendante correspondant à l'expression du terrain » et « sont le reflet de problématiques identifiées depuis plusieurs années ». Le CLS a finalement été signé en décembre 2013.

4. Le fonctionnement des CLS : une conséquence de son pilotage

Le pilotage des CLS n'a pas fait l'objet de texte réglementaire et chaque CLS fonctionne comme le souhaitent ses acteurs. Tous les CLS du Poitou-Charentes ont au moins trois signataires : l'ARS, la Préfecture de département et la collectivité concernée. Celle-ci est une commune à Poitiers et Châtellerauld et un groupement de communes pour le Montmorillonnais et le Lussacois. Les instances des CLS sont similaires, mais leur composition est différente. Chacun des CLS est composé d'un comité de pilotage (COPIL) dont le rôle est de valider les propositions faites par le Comité technique (COTECH). Le comité technique est chargé de préparer les COPIL, de faire des propositions au COPIL et de réaliser le bilan annuel du CLS. Enfin, des groupes de travail peuvent être organisés selon les thématiques étudiées. Ces groupes sont plus opérationnels et permettent l'élaboration et la mise en œuvre concrète des actions. L'Encadré 4 présente les instances de pilotage de chaque CLS étudié. À partir des données de l'enquête réalisée auprès des membres des Comités de pilotage (COPIL) des CLS, nous mettons en évidence un certain nombre d'éléments ayant trait au pilotage des CLS. Nous montrons que le temps de la construction des CLS est important pour la mise en œuvre du CLS. Nous complétons notre analyse avec des éléments d'ordre qualitatifs.

Encadré 4 : La composition des instances de pilotage des CLS de la Vienne

Tous les CLS du Poitou-Charentes ont au moins trois signataires : l'ARS, la Préfecture de département et la collectivité concernée. Celle-ci est une commune à Poitiers et Châtellerauld et un groupement de communes pour le Montmorillonnais et le Lussacois.

À Châtellerauld, les CLS a été signé par les trois signataires habituels – l'ARS, la commune et l'État – qui forment le comité technique. Le comité de pilotage est, quant à lui, composé des

trois signataires, de plusieurs autres acteurs institutionnels (tels que la Communauté d'Agglomération du Pays Châtelleraudais, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) de la Vienne, du Conseil départemental de la Vienne, *etc.*) et d'opérateurs locaux (Conseil Départemental de l'ordre des Médecins de la Vienne, Groupe Hospitalier Nord Vienne, Centre Hospitalier Henri Laborit, *etc.*). Il existe en outre des groupes de travail sur certaines thématiques, dont certains sont inactifs. Il existe également des réunions partenariales sur un projet ou une action animées par un porteur bien identifié.

À Poitiers, le CCAS de Poitiers est également signataire en tant que tel. Le comité de pilotage est purement institutionnel. Il n'y a pas de porteur de projet. Cette composition très institutionnelle a fait l'objet de débats entre les signataires. Ainsi, le Comité technique, composé des quatre signataires et de la Direction Départementale de la Cohésion Sociale de la Vienne, a été défavorable à l'ouverture du COPIL à d'autres acteurs. Le Comité technique est commun avec l'ASV. En outre, des groupes de travail ont été constitués lors de l'élaboration de fiches actions. Par la suite, cinq commissions thématiques ont été créées pour l'élaboration d'un plan d'actions issues des priorités définies et des besoins répertoriés. Ces commissions ne concernent que les actions jeunes, ce qui permet de les lancer et les faire évoluer.

Dans le Montmorillonnais et le Lussacois, outre les trois signataires habituels, les deux communautés de communes du Montmorillonnais et du Lussacois ont signé le CLS, tout comme le syndicat mixte du pays du Montmorillonnais. Le COPIL est ouvert à l'ensemble des acteurs locaux ayant un lien avec la santé. Il est composé des signataires et de tous les partenaires du CLS pré-identifiés : il regroupe plus d'une centaine de personnes. Il existe une réelle volonté de rassembler le plus grand monde, pour permettre à tout le monde de se connaître. Le COPIL permet, au-delà de ses attributions concrètes, de valoriser les initiatives locales.

En plus des instances partenariales, chaque CLS est animé par un coordinateur. Cet animateur-coordonateur prépare les COPIL et COTECH, réalise le suivi et le bilan des actions validées en COPIL, anime les groupes de travail. Tous ces postes d'animateur sont financés par l'ARS Nouvelle-Aquitaine à hauteur de 15 000€ par CLS et par an. L'employeur n'est donc pas l'ARS mais la collectivité locale signataire du CLS. Ces postes ne représentent pas un équivalent temps-plein à chaque fois. C'est le cas à Châtelleraut, où l'animatrice est à 50% sur l'animation du CLS et à 50% sur celle de l'ASV. À Montmorillon, l'animatrice est sur le CLS à 80%. À Poitiers seulement, l'animatrice est à 100% sur l'animation du CLS.

À Châtellerauld, le manque de valorisation de l'ancien diagnostic a mené à un manque de mobilisation des partenaires au sein du CLS à ses débuts. Aujourd'hui, les membres qui participent au CLS estiment que les instances de pilotage du CLS fonctionnent. 94% des membres de ce COPIL pensent que le COPIL est favorable aux échanges : « chacun a la possibilité de prendre la parole » ou encore que « la taille du COPIL permet ces échanges ». Cela semble notamment dû aux dossiers « préparés en amont » et à l'implication des acteurs. Certains notent malgré tout qu'il « manque éventuellement des temps d'échanges (trop de participants, plusieurs personnes de la même structure) ». Ainsi, 87% des membres notent que le COPIL est décisionnel, grâce notamment à ces nombreux échanges : le COPIL « rassemble [des membres] qui peuvent tous s'exprimer sur les décisions importantes à prendre ». Pour autant, certains notent que « ce n'est pas un espace de décision mais plutôt un espace de validation de ce qui est proposé ». Pour autant, il existe encore aujourd'hui un manque de visibilité du CLS auprès des partenaires : la composition du COPIL du CLS mériterait pourtant d'être repensée, car seuls 53% de ses membres estiment que les principaux partenaires y sont associés.

À Poitiers, la construction du CLS, même si elle ne s'est pas appuyée sur un diagnostic, a eu le mérite de mobiliser certains acteurs locaux, d'autres ayant été mobilisés par la suite. Pourtant, aujourd'hui, le taux de personnes satisfaites des échanges est plus faible qu'ailleurs dans la Vienne : 77% pensent que le COPIL est favorable aux échanges. C'est l'organisation du COPIL qui est principalement remise en cause : « le contenu du COPIL est trop dense » et « la durée du COPIL et certaines présentations [...] peuvent parfois décourager les échanges ». Ainsi, « la faible fréquence des COPIL [...] implique un ordre du jour plus informatif que centré sur le débat ». Une personne note que la composition très institutionnelle du COPIL ne permet pas les échanges techniques car les personnes sont « assez éloigné[s] de l'opérationnel ». À Poitiers, seuls 62% des membres estiment que le COPIL est décisionnel. Le côté informatif du COPIL est noté et apprécié. Mais « ses règles de fonctionnement restent ambiguës (pas de vote à main levée) [...] et la taille et la composition du comité de pilotage, et l'ordre du jour très informatif ne favorisent pas la prise de position tranchée de ses membres ». 77% des membres du COPIL estiment que les partenaires principaux sont associés au COPIL. Enfin, 77% des membres du COPIL pensent le CLS a une plus-value réelle par rapport aux autres dispositifs existants sur le territoire, et notamment l'ASV. Cette plus-value apparaît, d'une part, sur la relation entre les acteurs locaux. Le CLS « permet une meilleure coordination des actions avec [une] mutualisation des moyens et [des] intervenants » et davantage de « complémentarité des acteurs locaux dans la réponse aux problématiques locales de santé ». Il « crée et améliore les relations entre les différents partenaires » grâce à une meilleure connaissance « des acteurs institutionnels et des opérateurs de terrain ». D'autre part, le CLS

permet une meilleure « réponse aux besoins de la population qui n'est pas située en quartier politique de la ville ». Le « décroisement des champs sanitaires, sociaux, médico-sociaux, [de la] santé publique et environnemental » est apprécié et est « à poursuivre » car des champs nouveaux sont abordés par rapport à l'ASV. Certains membres notent un clivage entre les deux dispositifs : « le CLS répertorie les actions existantes sur le territoire et n'est pas force de propositions d'actions dans le cadre du contrat de ville ou de l'ASV ».

Dans le Montmorillonnais et le Lussacois, la mobilisation des acteurs locaux dès la création du CLS se ressent sur le fonctionnement très participatif du CLS. 93% des membres du COPIL pensent que le COPIL est favorable aux échanges. La « prise de parole est facile » car « la configuration de la salle et les moyens techniques le permettent ». L'implication et la présence de l'ensemble des acteurs sont également remarquées. Cependant, la présence de nombreuses personnes peut restreindre les échanges, du fait d'un « nombre de participants très importants » et d'actions nombreuses dont la revue fastidieuse prend du temps. Ainsi, si les membres notent la possibilité des échanges, il semble que « les ordres du jour ne permettent pas un débat ». Les vrais débats doivent « être poursuivis en dehors » et notamment dans les groupes de travail. Par ailleurs, malgré la volonté de rassembler l'ensemble des acteurs locaux, 76% des membres du COPIL estiment que les partenaires principaux sont associés au COPIL. Enfin, 84% des membres estiment que le COPIL est décisionnel. Pour autant, les avis font ressortir des limites au COPIL. Les membres estiment que « le COPIL n'est pas une instance décisionnelle » car il « n'instaure pas les choix et les décisions d'actions » du fait de « trop de partenaires » et d'un ordre du jour pas assez clair. Un membre propose que « les points soumis à la validation/décision dans chaque COPIL pourraient apparaître de façon plus claire pour les membres sur les ordres du jour des réunions pour qu'il soit encore plus décisionnel ». Un membre estime même que « les décisions sont déjà prises depuis longtemps ».

Finalement, les pilotages différenciés impactent la vie du CLS. Ainsi, 64% des membres du COPIL du CLS du Montmorillonnais et du Lussacois se sont impliqués au-delà du COPIL, contre seulement 41% et 46% respectivement à Châtellerauld et à Poitiers. Les membres s'investissent en premier lieu dans les groupes de travail, puis dans le portage d'actions, l'offre de services et enfin le financement d'actions. En outre, 85% des membres du COPIL du CLS du Montmorillonnais et du Lussacois estiment que les différentes instances sont favorables au développement d'actions, contre 59% et 77% respectivement à Châtellerauld et à Poitiers. Globalement, la présence des partenaires de terrain est notée : « le développement d'action se fait par une connaissance fine du terrain, ce que les acteurs locaux apportent, en étant membres actifs des différentes instances ». Même si certains notent que « ce type d'organisation, que l'on retrouve dans d'autres dispositifs, reste celui qui favorise le plus le

développement d'actions », d'autres estiment que le CLS permet davantage la valorisation d'actions existantes que le développement de nouvelles actions.

Si « les instances permettent d'arrêter des choix, de débattre, éventuellement d'alerter sur certains freins, elles ne suffisent clairement pas à développer l'ambition intégrative du CLS ». Pour cela, le rôle du coordonnateur du CLS, « véritables chefs d'orchestre », est particulièrement apprécié. Ainsi, 83% des membres des COPIL estiment que le CLS ne pourrait pas fonctionner sans animateur, sans qu'il n'y ait de différences significatives entre les CLS. Partout, il est noté l'impossibilité « de fonctionner sans un coordinateur qui connaît parfaitement le territoire et les acteurs y intervenant ». Ce coordonnateur a plusieurs rôles. D'abord, il permet la bonne organisation du CLS. Les membres des COPIL notent qu'ils ont « besoin de réunions et d'ordre du jour ». Ainsi, le coordonnateur permet de « faire les comptes rendus, de tenir informés les partenaires, de faire des rappels pour les instances ». Il est considéré comme « une personne ressource et de partage d'information ». Ensuite, la coordination entre les différents acteurs est indispensable. À ce titre, le coordonnateur, « neutre », « fait du lien entre les acteurs et [permet] de développer des actions », notamment entre des acteurs « n'ayant pas tous l'habitude de fonctionner ensemble, en ayant une méthodologie de projet partagée ». Grâce au « travail [qu'il effectue] en amont », le coordonnateur « fait le lien, mobilise, interpelle ». « L'interconnaissance des acteurs, des actions et des sujets de santé à développer sur le territoire ont besoin d'être entretenus en continu pour favoriser la culture commune et le développement coordonné et intégratif d'actions favorables à la santé ». Au-delà de la coordination, les membres des COPIL notent que le suivi des actions est nécessaire. Une seule personne estime qu'« un secrétariat pourrait récolter les actions existantes ». Le poste de coordonnateur est donc jugé « prioritaire » : son rôle est « fondamental » dans « le dynamisme du CLS ».

5. L'impact des CLS sur leurs bénéficiaires

Pour aller plus loin dans notre analyse des CLS, nous avons souhaité connaître le point de vue des usagers sur ce dispositif. Nous avons rencontré 36 bénéficiaires des actions financées dans le cadre des CLS de la Vienne. L'entretien semi-directif a été privilégié au questionnaire (Encadré 5). L'objectif est de compléter notre analyse précédente en nous concentrant sur l'impact des CLS. Nous cherchons à savoir si les actions sont utiles, au travers de deux critères : la satisfaction du bénéficiaire et l'adoption de nouveaux comportements. Nous questionnons également les bénéficiaires sur leur implication dans les actions et le CLS.

Les actions sont portées par des structures bien identifiées par les bénéficiaires. Dans tous les cas, c'est la structure qui propose – ou impose, dans de rares cas – les actions aux

potentiels bénéficiaires. Ceux-ci ne font pas la distinction entre les actions financées par le CLS et les autres. Nous rappelons que nous n'avons rencontré que des personnes ayant bénéficié d'actions.

Encadré 5 : Les entretiens

Sept entretiens ont été menés auprès de 36 bénéficiaires des actions des CLS de la Vienne. Les personnes rencontrées ne sont aucunement représentatives des bénéficiaires des CLS. La variété des situations a été privilégiée. La sélection des bénéficiaires s'est faite selon les thématiques ou les structures qui semblaient les plus intéressantes aux animatrices des CLS. À Poitiers, nous avons rencontré des bénéficiaires des actions « Accès aux droits » et « Alimentation ». À Châtellerauld, nous avons rencontré certains bénéficiaires de deux centres socioculturels. À Montmorillon, enfin, nous avons rencontré des bénéficiaires des actions 4 « Favoriser l'information du public vulnérable, avec des ateliers administratifs proposés par la CARSAT », 6 « Aide aux aidants familiaux » et 15 « Animation du CLS : atelier cuisine organisé durant la Semaine de la Santé ».

Les entretiens étaient toujours réalisés en présence de l'animatrice du CLS et une personne de la structure porteuse de l'action a été présente dans 3 cas sur 7. Cette personne était connue des enquêtés. La capacité à s'exprimer et à prendre du recul n'était pas la même selon les personnes. Il n'apparaît pas que les réponses soient liées à une classe d'âge particulière. Nous ne précisons donc pas l'âge des enquêtés. Par contre, les réponses dépendent des actions dont les personnes ont bénéficié.

Les entretiens ont été enregistrés et retranscrits de façon à ne retenir que le verbatim significatif. Seuls les passages des entretiens qui ont vraiment trait au sujet ont donc été retranscrits. Les noms des personnes ont été modifiés pour garantir leur anonymat.

5.1. Des actions utiles d'un point de vue de la satisfaction des bénéficiaires...

Toutes les personnes rencontrées s'accordent à dire que les actions sont utiles. Concernant l'accès aux droits par exemple, la prise en charge du problème par une tierce personne est un soulagement, à l'instar de ce qu'explique Léa : « C'est une décharge d'énergie, à un moment on va rencontrer quelqu'un qui va nous aider, enfin c'est même pas le bon mot, nous soutenir ». Constance use de superlatif pour montrer sa grande satisfaction : « je trouve que depuis que Mme X s'en occupe, ça va plus vite, ça part d'ici et ça va plus vite, parce que avant je trouvais que c'était très long, et là... ça part très très vite et on a une réponse très très vite même je trouve, moi je trouve c'est très très bien ». Philippe apprécie de ne plus être seul face

à ses problèmes : « c'est là qu'on se rend compte qu'il y a des personnes très très compétentes et que ils nous aident ». Les informations transmises au travers des actions sont appréciées. Les actions « ludiques », qui mélangent informations et implication du bénéficiaire sous forme de questions/réponses, sont jugées « très pédagogiques ». Pour les jeunes qui ont bénéficié d'une information sur les maladies sexuellement transmissibles, cela a permis de libérer un peu la parole sur un sujet aussi complexe que la sexualité. D'après Justine, qui a bénéficié d'une action sur l'accès aux droits, cela évite « d'écouter bêtement... enfin bêtement, façon de parler... mais euh ouais ça change des autres explications quoi. Du coup ça nous a permis de nous obliger à écouter pour pouvoir répondre éventuellement aux questions ». Au sujet des ateliers cuisine auxquelles elle participe, Gaëlle explique finalement qu'elle fait attention aujourd'hui à ce qu'elle mange « parce que de toute façon je faisais attention depuis toujours mais là je fais beaucoup. On mange beaucoup de légumes à la maison, moins de viande, un peu de poisson, parce que les poissons ils sont chers donc on n'a pas ». De rares personnes sont moins enthousiastes. Elles participent aux actions quand elles sont disponibles et en sont satisfaites mais ne cherchent pas à participer à d'autres actions. Caroline estime au sujet de la nutrition que « y'en a assez. Après c'est bon de savoir d'autres choses » en estimant que les émissions culinaires qu'elle regarde à la télévision lui suffise. Elle n'est pas capable de dire ce qu'elle aimerait savoir d'autres.

L'adaptation de l'action aux habitants est fortement appréciée. Christelle a un handicap visuel : « moi je fais *le sport de chez moi* parce que avec mon handicap visuel je peux pas, c'est compliqué pour moi de pouvoir entrer dans un club, donc euh c'est pour ça pour moi bah c'est bien parce que c'est adapté ». Laura explique que « chacun évolue selon son rythme ». Au-delà de l'action elle-même, l'adaptation passe par le contexte dans lequel l'action est mise en œuvre. Léa nous explique que ce qui compte est de ne pas être infantilisé : « on a ce soutien-là, une forme de pilier qui nous respecte, on n'est pas infantilisé, ya vraiment un rapport d'égalité ». C'est finalement davantage les professionnels qui s'adaptent aux personnes dont ils ont la charge pour une action précise, que l'action en elle-même.

La disponibilité des animateurs de la structure est également particulièrement appréciée. Lauriane apprécie « l'écoute [...] quand moi j'ai un pépin autre qu'administratif, je me pose une question je sais que je peux lui envoyer un mail, l'appeler, la voir, enfin c'est pas... je sais que les messages sont transmis aussi quand elle est occupée, quand elle est en ligne, ça c'est important. Parce que ça aussi c'est de l'énergie qu'on n'a pas besoin de rappeler toutes les 20 minutes en se disant que le petit chapitre avec le numéro de téléphone est dans une pile avec des petites chapitres avec des numéros de téléphone ». Ariane ajoute que « Mélanie qui est toujours très disponible si on a des questions à poser ». Laura, quant à elle, estime que l'animatrice « donne beaucoup de son temps, même de trop [...] c'est pas une assistante

sociale en plus [...] Mais moi je trouve que c'est trop, c'est énorme. Elle en fait de trop. [...] Je parle pas de ceux qui savent pas lire ou écrire ou qui sont dans l'incapacité, ça je peux le comprendre, mais ya d'autres personnes qui peuvent aller voir des assistantes sociales ».

Finalement, tous sont unanimes sur le fait que le principal bénéfice de la participation à ces actions n'est pas une conséquence propre à l'action mais c'est de rompre l'isolement. En effet, quelles que soient la raison pour laquelle ils bénéficient des actions, les personnes que nous avons rencontrées ont une caractéristique commune : elles sont seules dans leur vie ou face à leur problèmes. Alors, « heureusement que ça existe » parce que « ça change de la maison ». L'important est en effet de sortir de chez eux. Astrid raconte que « c'est pas la première fois qu'elle [l'assistante sociale] me le proposait mais j'acceptais jamais. Mais ça permet de sortir de chez soi. De voir du monde, de parler de nos problèmes et tout ça quoi ». Muriel explique que les cours de sport lui permettent « de sortir, de prendre l'air, [...] d'être courageuse le vendredi matin, de se lever et de pouvoir partir pour aller prendre son bus et puis aller au sport ». Les aidants familiaux expliquent que « chacun se raconte sa misère » et que ça « remonte le moral », et qu'ils se font « des amis grâce à cette journée » régulière. Certains regrettent de ne pas être mieux informés de ce qui se passe dans leur quartier, comme Astrid « parce que tout ce qu'on fait là, si j'avais jamais mis les pieds dans le centre socio-culturel, j'aurais jamais su ». Astrid redoute le jour où elle ne pourra plus bénéficier de ces actions parce qu'« on est isolé, quelque part. Et là ça me fait peur parce que je termine le 20 décembre et j'ai peur de retomber comme avant ».

5.2. ... mais pas d'un point de vue de l'émancipation des bénéficiaires

Cependant, les actions ne permettent pas toujours une émancipation de la personne : le changement de comportement n'est pas clairement visible. Alexandre, qui bénéficie d'un suivi lui permettant d'accéder à ses droits, semble ne pas chercher à se prendre en charge par lui-même : « Je vois Mme X une fois par an depuis 3 ans pour faire ma CMU, donc à la limite je pourrais le faire seul, parce que c'est un document qu'on nous adresse, bon en général je suis en retard donc je préfère repasser par Mme X parce qu'au moins je suis sûr que c'est fait et que c'est bien fait ». Astrid explique que la nutrition n'est pas sa priorité, malgré son diabète : « Non parce que je suis diabétique et que je fais même pas attention à ce que je mange avec mon diabète. J'ai besoin d'une nutritionniste d'ailleurs. Mais euh. Nan je fais pas attention franchement [pff] ça me saoule ». Sans avoir revu la base de son alimentation, elle reconnaît en revanche qu'elle a « appris à cuisiner les courses. Et les épices. [...] je connaissais mais je savais pas dans quels plats les mettre ». Concernant les actions de sport, là encore, l'émancipation existe mais reste rare. Une personne a arrêté les cours financés par le CLS

pour se consacrer à un sport qu'elle a découvert. Quant aux autres, elles apprécient le changement hebdomadaire de sport. Anne « aime bien tout » et ne sait « pas quoi choisir ». Muriel explique que « dans ma tête je suis pas capable de rester à un même sport, de faire tout le même sport, je sais pas si j'arriverais à aller jusqu'au bout » et Christelle de surenchérir « moi je pense que c'est pareil je suis pas capable... ». Muriel nuance, pleine d'espoir : « pour le moment, mais après je pense que quand même heureusement ».

Par ailleurs, l'appropriation des messages n'est pas totale. Quelle que soit la forme de l'action, l'information semble assez mal retenue. Ainsi, Caroline, qui a participé à un échange intergénérationnel qui consistait à préparer en groupe un repas pour des personnes âgées six mois avant notre entretien nous explique que « ça remonte à loin » et que « non franchement [elle] sai[t] pu » comment la journée s'est déroulée. Suite à des ateliers cuisine, Gaëlle nous explique avec beaucoup de satisfaction qu'elle a remplacé les pâtes par le riz, sans se rendre compte que les apports alimentaires sont quasi identiques : « non pas de graisse. Pas du tout. Donc euh, beaucoup de riz. Le riz c'est tous les soirs ou presque avec la salade, avec d'autres aliments. Les enfants, ils aiment bien. De toute façon mes enfants ils sont pas difficiles. [...] Les pâtes pas trop. Une fois par mois ». Un an après avoir assisté à une demi-journée sur l'accès aux droits, Ariane explique qu'elle n'a pas tout retenu et que « ça mériterait quand même d'être plus approfondi et un peu plus régulier », même si, maintenant, elle sait où s'orienter : « au moins dire tu dois aller là si tu veux savoir ça parce que j'avais pas toutes les réponses, en une matinée on peut pas, mais je savais vers qui on peut s'adresser si on a des questions ».

Discuter des actions dont ils bénéficient ne va pas de soi. Entre eux déjà, rares sont les échanges sur ce qu'ils ont compris et retenu. Astrid explique que « ça vient dans la conversation quand on fait un atelier » mais que « non on en parle pas ». Avec leur entourage, les échanges sont parfois compliqués. Certains sont seuls et n'ont personne à qui parler. D'autres expliquent que leur situation les gêne et n'osent pas donc en parler, à l'instar de Philippe, qui est suivi pour des difficultés d'accès aux droits : « c'est vrai que de conseiller des personnes qu'on rencontre c'est difficile, c'est difficile. On rentre encore dans un cadre [...] ça ne dérange pas qu'il ait la CMU ou quoi mais ya des fois, c'est pas facile. [...] Mais c'est vrai que je l'ai fait à 1 ou 2 personnes parce qu'ils étaient très ouverts ou quoi ». Léa ajoute que « c'est comment on arrive à obtenir, d'où on vient et comment on arrive à la CMU, ya ça aussi donc effectivement, j'allais dire entre guillemets notre réseau, notre parcours, notre histoire, nos relations, n'ont pas forcément euh... donc oui c'est pas, c'est pas quelque chose... ». Enfin, certains parlent librement de ce qu'ils font. Astrid « discute beaucoup avec mes enfants de ce que je fais ici, des ateliers... donc oui elles suivent mes conseils. Quand je leur dis ce qu'on a fait ou ce qu'il faut faire, elles le font. En plus j'ai des filles qui cuisinent, elles sont comme moi

». Ariane explique que « oui, je me suis sentie utile tout d'un coup, avec le peu d'info que j'ai reçu ». Laura explique que ça lui « fait du bien de temps en temps d'en parler ».

5.3. Implication des usagers dans les actions et au sein du CLS

Certaines structures, au-delà des actions financées par les CLS, demandent à leurs bénéficiaires de proposer les actions une fois par an. Laura est enthousiaste quand elle nous explique comment elle peut proposer ses idées : « L'animatrice nous consulte pour savoir ce qu'on voudrait faire dans l'année, les projets qu'on voudrait faire, [...] les sorties à prévoir, enfin tout ce qui peut être fait dans l'année. [...] Alors soit nous on propose, soit [l'animatrice] nous propose quelque chose. En fin de compte, on travaille tous ensemble ».

Certains habitants – ceux qui semblent être déjà les plus impliqués – aimeraient être davantage impliqués. Aucun n'a parlé spontanément des instances du CLS lui-même, ne connaissant pas ce dispositif, mais certains sont intéressés pour organiser des actions. Un aidant familial a des idées de nouvelles actions et se propose d'être conteur le temps d'un après-midi. Laura explique par exemple qu'elle souhaite mettre ses connaissances à contribution des autres habitants du quartier, sans être certaine d'en être capable : « Moi ce que j'aimerais bien c'est aider les personnes qui ont du mal à [...] remplir des chapitres parce qu'ils savent pas [...], dans la limite de ce que je sais faire, ça me dérangerait pas d'aider parce que je sais que les dossiers c'est très très compliqué et les gens ils baissent les bras. [...] Mais après est-ce que je suis capable de... Moi j'ai pas assez confiance en moi. J'ai toujours peur de... Je me sous-estime sûrement, je sais pas (rires) mais ouais pourquoi pas. » Pour autant, la majorité des bénéficiaires rencontrés n'a pas nécessairement envie d'organiser les actions ou n'ont pas d'idée pour en proposer de nouvelles. Annie nous expliquait qu'elle était « déjà beaucoup prise » tandis que les aidants familiaux expliquaient qu'ils prenaient « le temps de participer » mais que du temps ils n'en avaient pas beaucoup. Caroline indique clairement que « juste participer, c'est déjà... moi les idées. Après si j'en ai des idées oui je peux dire mais après... ».

Finalement, les bénéficiaires des actions ne connaissent pas ce qu'est un CLS : c'est une conclusion qui ressort de tous les entretiens. En effet, les habitants ont une place marginale au sein des CLS. Alors qu'ils sont les destinataires directs des actions, ils sont très rarement impliqués dans les instances de pilotage des CLS. À Châtelleraut et Montmorillon, les animatrices indiquent que la question de l'implication des usagers a déjà été posée mais les CLS n'ont pas été pensés ainsi dès l'origine. Elles n'ont donc pas tenté l'expérience. À Châtelleraut, l'animatrice relève qu'il existe très peu d'associations d'usagers sur lesquelles s'appuyer. Le CLS de Poitiers est le seul à leur ouvrir son COPIL : les représentants des

conseils et comités de quartiers sont invités à chaque COPIL mais leur présence n'est pas régulière. Ils ont notamment été sollicités lors des premiers COPIL pour relayer les informations auprès des habitants de leur territoire et pour faire remonter d'éventuels besoins en santé des habitants. À Poitiers, ils participent également à certains groupes de travail.

Cette absence d'inclusion au sein du pilotage fait donc que les CLS ne sont pas connus du grand public. Pour les bénéficiaires, les actions dont ils bénéficient émanent de la structure porteuse du projet. Dans le cadre de cette évaluation, Alexandre apprécie d'avoir la parole :

« Je trouve très intéressant que vous consultiez des personnes comme nous pour discuter. [...] Je trouve que c'est bien que vous fassiez ça parce que ça peut vous permettre par moment [...] de détecter une piste de progression ou d'améliorer. Moi quand on est dans du dialogue je trouve toujours un intérêt. »

Alexandre montre un intérêt à être consulté pour le plan d'actions et la conception du CLS :

« Je trouve que oui il serait intéressant pour chacun de nous de pouvoir s'impliquer dans certaines actions, certaines activités et leur construction [...] Si vous avez les moyens de consulter les gens avant d'établir un plan d'actions quel qu'il soit, de prendre l'avis des intéressés en fait, des intérêts potentiels [...] c'est pour ça que c'est toujours bien d'appeler les gens à se manifester, ou à faire quelque chose qui va changer un petit peu la donne. Bon bah ça c'est pas facile. [...] ça me paraît intéressant toujours de demander l'avis des gens et si en plus vous pouviez demander leur avis dans un cadre de conception de construction alors oui bien sûr que c'est intéressant, mis à part que ça peut mener aussi à des débats sans fin. Des fois, comment dire, vous savez ce qu'il y a à faire et demander aux gens ce qu'il y a à faire pour qu'ils compliquent les choses c'est pas toujours approprié. Mais bon, il me semble que tout basé sur la dialogue ça reste une bonne formule. »

6. Discussion

L'objectif de ce chapitre était de mieux comprendre le fonctionnement des CLS, au travers de sa conception et de son pilotage. Bien que les CLS aient pour ambition de territorialiser et décloisonner la politique de santé, cette initiative descendante prévue par la loi peut être source de difficultés si les élus locaux ne s'emparent pas de la question de la santé.

Nous avons montré que le temps de la création du CLS est important. Bien que les CLS ne répondent nulle part en Vienne à une stratégie de priorisation des territoires, il existe des différences dans leur construction. Ainsi, dès leur création, les CLS de Châtelleraut et Poitiers n'ont pas suffisamment mobilisé les acteurs locaux. La première difficulté est la réponse aux

besoins locaux. L'absence de diagnostic dans deux CLS sur trois pose question à la fois quant aux priorités retenues dans les CLS et quant à la mobilisation des acteurs locaux. Les actions proposées répondent davantage à des besoins classiques de santé et non pas à des besoins locaux. Dans les CLS urbains de la Vienne, l'initiative exclusivement descendante et l'absence de diagnostic n'ont pas permis une mobilisation des acteurs lors de la création. Nous remarquons que cela a des conséquences sur la mobilisation des partenaires locaux, qui semble plus simple dans le Montmorillonnais et le Lussacois.

Le pilotage des CLS pose également question. En effet, les comités de pilotage – excepté à Montmorillon – ne semblent pas suffisamment investis par les acteurs. Bien qu'ils aient un rôle de décision, il est relevé, à Châtelleraut et Poitiers, que certains des acteurs ne viennent que très peu, voire pas du tout aux comités de pilotage. Les pilotages différenciés impactent la vie du CLS. Ainsi, même si 69% des membres des COPIL estiment que les CLS ont contribué à la reconnaissance des actions mises en œuvre sur les territoires, sans qu'il n'y ait de différences significatives entre les CLS, 20% des membres des COPIL pensent que les CLS ne permettent pas d'identifier de nouveaux besoins. Pour certains, l'existence même du CLS et son type de pilotage « contribuent à cette reconnaissance ». Par exemple, la valorisation des actions au travers de fiches actions permet que tous les acteurs soient informés. Le repérage des problématiques locales permet de « reconnaître l'utilité des actions développées pour les résoudre ». Par ailleurs, les CLS permettent une « meilleure identification des différents acteurs de santé et de leurs missions respectives pouvant permettre la création de partenariats » et une « meilleure connaissance des actions existantes ». Enfin, la multiplicité des outils de communication au sein des CLS, notamment dans le Montmorillonnais et le Lussacois, permettent une meilleure visibilité des actions mises en œuvre au niveau local. Cependant, pour beaucoup, les CLS n'ont fait que « confirmer les besoins déjà recensés sur le territoire » et les « problématiques déjà identifiées ».

Globalement, 86% des membres aimeraient s'engager dans le prochain CLS. Puisque « c'est l'unique instance [...] qui fédère sur le territoire l'ensemble des partenaires sociaux, médicaux, élus et administrations ». Ils estiment qu'il est nécessaire « d'articuler les réflexions entre les différents dispositifs du territoire et de partager [les] visions et axes de travail ». Pour beaucoup, il est nécessaire de « continuer [le] travail engagé dans le cadre du premier CLS », et de « développer de nouveaux partenariats ». Il faut passer du temps de la conception à la « déclinaison opérationnelle des différents plans ». Cependant, certains membres pensent que « l'impulsion devrait être plus importante ». Le « premier CLS a atteint ses objectifs » et « le CLS est d'une grande utilité ».

Un fonctionnement plus ou moins participatif et une création plus ou moins ascendante semblent avoir un rôle sur l'impact des CLS. Pourtant, du point de vue des bénéficiaires, les

conclusions sont identiques quel que soit le CLS concerné. Les actions sont clairement utiles, la plupart des bénéficiaires souhaitant recommencer et demandant à ce que les actions soient réitérées et multipliées, mais nous ne savons pas si les actions répondent à un réel besoin émis par les individus. Par ailleurs, les actions atteignent leurs limites quant à l'émancipation des individus. Nous remarquons que la majorité des bénéficiaires rencontrés sont davantage preneurs que demandeurs. La reproduction des actions en dehors de leur structure habituelle est rare, essentiellement à cause d'une perte de repères et de problématiques financières. Enfin, les bénéficiaires ne participent pas à l'élaboration des actions qui les concernent.

Bien que nous n'ayons pas pu interroger les membres des COPIL au travers d'entretiens, nous pouvons conclure que les CLS ne sont pas suffisamment ascendants pour être mobilisateurs. L'étape du diagnostic apparaît indispensable à la fois pour mieux cibler les actions et pour mobiliser davantage les acteurs locaux sur des problématiques partagées. Un pilotage large et coordonné semble également être une condition indispensable au bon fonctionnement du CLS. Dans l'optique de l'élaboration des futurs CLS, nous recommandons en premier lieu la réalisation d'un diagnostic quantitatif et qualitatif permettant de d'identifier les problématiques locales et de définir les priorités du CLS. Ce diagnostic doit être partagé afin de mobiliser l'ensemble des acteurs locaux et de légitimer les priorités retenues. Le portage politique doit être une priorité pour que les CLS représentent davantage une initiative ascendante complémentaire des autres dispositifs présents sur les territoires, qu'un outil supplémentaire n'ayant pas de réelle plus-value. Nous recommandons enfin une forte activité de coordination, au travers notamment de personnes dédiées au CLS et formées à l'ingénierie de projets territoriaux.

Conclusion générale

L'objectif principal de notre thèse était d'enrichir la littérature portant sur les politiques publiques de santé. Pour cela, nous nous sommes intéressés à deux sujets d'analyse complémentaires : les inéquités de recours aux soins et la gouvernance locale de la politique de santé. Au travers de quatre analyses empiriques, s'appuyant à la fois sur des données quantitatives et qualitatives, notre thèse apporte des résultats nouveaux. En plaçant le territoire au cœur de nos analyses, nous avons montré que celui-ci n'était pas suffisamment au centre des politiques de santé. Le territoire joue pourtant un rôle majeur dans la concentration des difficultés sociales et d'accès aux soins. Les priorités d'actions publiques locales et les modalités de leur élaboration et de leur mise en œuvre représentent un enjeu essentiel dans la réduction des inéquités de recours aux soins.

1. Les déterminants associés aux inéquités de recours aux soins

Dans la première partie de notre thèse, nos recherches portent sur la mesure des déterminants associés aux inéquités de recours aux soins. Au cours de ces vingt dernières années, plusieurs méthodes se sont développées afin de mesurer ces inéquités. Dans cette thèse, nous avons mobilisé les concepts de non-recours aux soins et de renoncement aux soins. Nos résultats empiriques mettent en évidence la place prépondérante des déterminants financiers et socio-culturels dans les inéquités de recours aux soins, confirmant ainsi les études empiriques réalisées récemment sur ce sujet, et cela quel que soit l'indicateur utilisé. D'un point de vue méthodologique, le principal apport de cette première partie se situe dans la prise en compte de deux limites importantes des travaux existants. Dans un premier temps, nous nous sommes intéressés à la question de l'état de santé des individus. Dans la mesure des inéquités de recours aux soins, l'état de santé est souvent perçu comme endogène, le recours aux soins dépendant logiquement de l'état de santé. Pourtant, le traitement de l'état de santé diffère selon les études. Pour lever ce problème, nous avons estimé les probabilités de ne recourir à aucun soin en sélectionnant les seules personnes qui se déclarent malades. Nous avons montré que les déterminants testés ont à la fois un impact sur l'état de santé et sur le non-recours aux soins, impact qui joue la plupart du temps dans le même sens. Le rôle des variables étudiées est d'ailleurs globalement plus fort sur l'état de santé que sur le non-recours aux soins. Dans un deuxième temps, nous nous sommes intéressés à la question de l'environnement des individus. En effet, les études existantes analysent des données mesurées à une échelle individuelle. En ne tenant pas compte de l'environnement dans lequel les individus vivent, ces études commettent des erreurs dites atomistes. L'analyse contextuelle

que nous avons réalisée a mis en évidence le rôle principal des déterminants sociaux, mesurés à une échelle individuelle ou territoriale, dans le renoncement aux soins. Elle a également montré que les densités en dentistes n'influençaient pas le renoncement aux soins dentaires. Nos résultats empiriques portent des implications en matière de politiques publiques. Ils permettent notamment d'apporter des éléments critiques aux mesures qui concernent l'accès aux soins. En France, les politiques visant à réduire les inégalités de recours aux soins se focalisent particulièrement sur les aspects pécuniaire et géographique de l'accès aux soins. Le gouvernement a d'abord développé des aides financières avec l'instauration successive dans les années 2000 de la CMU, de la CMU-C et de l'ACS. Il a engagé plus récemment une lutte contre les déserts médicaux, en encourageant le développement des maisons de santé pluridisciplinaires et l'installation des jeunes médecins en zones rurales. Bien que ces politiques semblent aller dans une direction souhaitable en reconnaissant les difficultés de certains territoires, elles occultent certains aspects de l'accès aux soins. Au regard de notre travail, le fait que ces politiques se concentrent quasi-exclusivement sur l'accès financier et géographique aux soins est particulièrement discutable. Si les difficultés financières à l'accès aux soins sont indéniables, notre travail sur la Région Poitou-Charentes a permis de montrer, dans le prolongement de certains travaux existants, que la question de la densité médicale n'était pas la plus importante. Il ressort que les déterminants sociaux sont au cœur des inégalités de recours aux soins. Comme nous l'avons montré, ces déterminants sociaux sont propres aux individus (niveau d'éducation, statut d'occupation, etc.), mais également propres aux territoires dans lesquels ils vivent. En France, la forte ségrégation spatiale accentue les difficultés sociales qui se répercutent sur l'accès aux soins. Les inégalités de recours aux soins sont donc avant tout liées à des difficultés sociales globales qu'il devient urgent de prendre en compte dans la mesure de ces inégalités et leur résolution.

2. La gouvernance de la politique de santé : caractérisation de la prise de décision publique à l'échelle infranationale

La seconde partie de notre thèse questionne la gouvernance de la politique de santé au travers des démarches participatives favorisant la prise de décision publique. Alors que les politiques nationales semblent trouver leurs limites dans la réduction des inégalités de recours aux soins, la gouvernance locale apparaît comme un levier important dans l'expression des besoins de chacun. L'ambition des politiques mises en œuvre dans ce cadre doit permettre de proposer des solutions au plus près des besoins des individus et des territoires. Pour cela, nous mobilisons les concepts de démocratie sanitaire et de démocratie participative. Dans un premier temps, nous avons analysé la participation des acteurs locaux à l'élaboration de la

politique régionale de santé. Malgré une participation satisfaisante des acteurs, nous avons conclu au faible rôle de la démocratie sanitaire dans la prise de décision publique. Ayant jusqu'alors un rôle exclusivement consultatif, tel qu'indiqué dans la loi, les membres attendent désormais de pouvoir davantage s'exprimer et que leur avis soient davantage pris en compte dans l'élaboration de la politique régionale de santé. Dans un dernier chapitre, nous nous sommes intéressés à la conception et la gouvernance d'un dispositif devant favoriser la réduction des inégalités de santé : les Contrats Locaux de Santé. Les CLS participent de la démocratie participative, bien qu'ils soient fortement impulsés par l'État. Leur positionnement entre approches ascendante et descendante en fait un sujet d'étude intéressant. Nous avons montré que les CLS étudiés ne sont pas suffisamment ascendants pour être mobilisateurs et que la participation de la population y est encore très timide. L'approche descendante d'une gouvernance participative, telle que souhaitée par l'État, ne crée pas les conditions suffisantes pour une prise de décision concertée.

Ces deux analyses apportent des éléments de réflexion pour l'élaboration des politiques publiques de santé locales. Alors que ces politiques sont de plus en plus territorialisées, la mobilisation de l'ensemble des acteurs locaux doit rester une priorité. Pour cela, les modalités d'association de ces acteurs doivent évoluer, la finalité étant de maintenir les dynamiques existantes et de développer sur l'ensemble des territoires une démocratie en santé. L'État, grâce aux ARS, doit impulser la dynamique, sans être trop présent. Comme nous l'avons remarqué au sein du CLS du Montmorillonnais et du Lussacois, l'approche ascendante est celle qui favorise le plus la participation des acteurs locaux. Au niveau local, l'élaboration des politiques publiques de santé doit respecter plusieurs étapes. D'abord, un diagnostic territorial partagé doit être réalisé afin d'identifier les problématiques locales et définir les priorités d'actions. Au-delà des données que ce diagnostic mobilisera et des informations qu'il fournira, il devra permettre d'associer l'ensemble des acteurs locaux dans un double objectif : légitimer les priorités retenues et amorcer une mobilisation suffisante pour que celle-ci soit pérenne pendant toute la durée de la politique mise en œuvre. Sur le terrain, nous recommandons un temps plus long dédié à l'élaboration des politiques publiques. Le développement du suivi et de l'évaluation de ces politiques est également un enjeu majeur, les politiques étant encore trop souvent élaborées sans s'appuyer sur les expériences précédentes. Enfin, au regard des conclusions que nous tirons de nos deux études de cas, il apparaît indispensable de développer la capacité des individus – de la population – à s'emparer des enjeux qui les concernent directement : accès aux soins financiers, géographiques, etc.

Annexes

Annexe n°1 : Questionnaire sur le renoncement aux soins – Enquête réalisée en Poitou-Charentes en 2015

CARACTÉRISTIQUES INDIVIDUELLES

1. Vous êtes : Un homme Une femme 1.2. Quelle est votre année de naissance ? |__| |__| |__| |__|

RENONCEMENT AUX SOINS

2. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous renoncé, pour vous-même, à des soins dentaires ? Oui Non
3. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous renoncé, pour vous-même, à des lunettes, verres, montures, lentilles ? Oui Non
4. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous renoncé, pour vous-même, à une consultation de médecin ?
 Oui Non → Passer à la question 2.5
5. À quelle(s) consultation(s) de médecin avez-vous renoncé ?
- | | | |
|--|--|--|
| 01 - <input type="checkbox"/> Généraliste | 06 - <input type="checkbox"/> Ophtalmologie | 11 - <input type="checkbox"/> Radios, imagerie, échographies |
| 02 - <input type="checkbox"/> Cardiologie | 07 - <input type="checkbox"/> Psychiatrie | 12 - <input type="checkbox"/> Autre 1 : |
| 03 - <input type="checkbox"/> Chirurgie | 08 - <input type="checkbox"/> Analyses de laboratoire | 13 - <input type="checkbox"/> Autre 2 : |
| 04 - <input type="checkbox"/> Dermatologie | 09 - <input type="checkbox"/> Médicaments, pharmacie | 14 - <input type="checkbox"/> Je ne sais pas |
| 05 - <input type="checkbox"/> Gynécologie | 10 - <input type="checkbox"/> Kinésithérapie, massages | 15 - <input type="checkbox"/> Je ne suis pas concerné(e) |
6. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous renoncé, pour vous-même, à d'autres soins ou à des examens ?
 Oui Non
7. De façon générale, pourquoi avez-vous renoncé à ces soins (prioriser de 1 à 5, 1 étant la raison principale) ?
- | | |
|---|---|
| 01 - <input type="checkbox"/> Ce qu'il me restait à payer était trop élevé | 08 - <input type="checkbox"/> J'ai eu peur des résultats |
| 02 - <input type="checkbox"/> Les horaires d'ouverture n'étaient pas adaptés | 09 - <input type="checkbox"/> J'ai fait le choix de ne pas me soigner |
| 03 - <input type="checkbox"/> J'ai eu peur de ne pas me faire comprendre | 10 - <input type="checkbox"/> Je ne peux pas avancer les frais |
| 04 - <input type="checkbox"/> Le délai était trop long avant le rendez-vous | 11 - <input type="checkbox"/> Ce n'était pas urgent |
| 05 - <input type="checkbox"/> J'ai eu peur des professionnels de santé | 12 - <input type="checkbox"/> Je n'ai pas eu le temps |
| 06 - <input type="checkbox"/> Les démarches de remboursement étaient trop compliquées | 13 - <input type="checkbox"/> Autre : |
| 07 - <input type="checkbox"/> Le coût de transport était trop élevé | 14 - <input type="checkbox"/> Je ne suis pas concerné(e) |

COMPOSITION DU FOYER

8. Vivez-vous en couple ? Oui Non
9. Combien de personnes vivent dans votre foyer, y compris vous-même ? |__| |__|
10. Combien avez-vous d'enfants ? |__| |__|
11. Combien avez-vous d'enfants vivant dans votre foyer ? |__| |__|
12. Dans quelle commune habitez-vous ?
13. Quel est le code postal de cette commune ? |__| |__| |__| |__| |__|
14. Êtes-vous propriétaire de votre logement ? Oui Non

SITUATION SOCIOPROFESSIONNELLE

15. Actuellement, avez-vous un emploi ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non → Passer à la question 4.4.
16. Êtes-vous en CDI ou Titulaire de la fonction publique ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
17. Dans quelle commune travaillez-vous ?	→ Passer à la question 4.5.	
18. Quelle est votre situation ?	<input type="radio"/> Retraite, préretraite ou congés de fin d'activité	<input type="radio"/> Femme/Homme au foyer
	<input type="radio"/> Chômage à la recherche d'un emploi	<input type="radio"/> Étudiant <input type="radio"/> Autre :
19. Quel est le diplôme le plus élevé que vous avez ?	<input type="radio"/> Je n'ai aucun diplôme	<input type="radio"/> Diplôme de niveaux Bac+2 et Bac+3
	<input type="radio"/> Diplôme de niveau collège, BEPC, CAP, BEP...	<input type="radio"/> Diplôme de niveau supérieur à Bac+3
	<input type="radio"/> Diplôme de niveau Bac, capacité en droit, DAEU...	<input type="radio"/> Autre :
20. Lorsque vous aviez 12 ans, quelle était la catégorie socioprofessionnelle principale de la personne qui vous élevait ?	<input type="radio"/> Agriculteurs exploitants	<input type="radio"/> Professions intermédiaires <input type="radio"/> Retraités
	<input type="radio"/> Artisans – Commerçants – Chefs d'entreprise	<input type="radio"/> Employés <input type="radio"/> Autre :
	<input type="radio"/> Cadres et professions intellectuelles supérieures	<input type="radio"/> Ouvriers <input type="radio"/> Je ne sais pas
21. Avez-vous des difficultés à lire et/ou écrire le français ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non

COUVERTURE SOCIALE

22. Êtes-vous bénéficiaire de l'Assurance maladie obligatoire de la Sécurité Sociale (y compris MSA, RSI, Sécurité sociale étudiante...) ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Je ne sais pas
23. Actuellement, avez-vous la CMU ? [La couverture maladie universelle (CMU) facilite le remboursement des soins pour les personnes qui ne sont pas couvertes par la Sécurité Sociale.]	<input type="radio"/> Oui → Passer à la question 5.4.	<input type="radio"/> Non	
24. Pensez-vous avoir le droit à la CMU ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Je ne sais pas
25. Actuellement, avez-vous la CMU-C ? [La couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) facilite l'accès aux soins en proposant aux personnes aux faibles ressources une couverture maladie complémentaire gratuite.]	<input type="radio"/> Oui → Passer à la question 5.9.	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Je ne sais pas
26. Pensez-vous avoir le droit à la CMU-C ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Je ne sais pas
27. En dehors de la CMU-C, avez-vous une mutuelle qui rembourse des soins en plus de la Sécurité Sociale ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	
28. Actuellement, avez-vous l'ACS ? [L'aide à la complémentaire santé (ACS) ouvre droit à une déduction sur la cotisation de la mutuelle pour toutes les personnes dont les revenus sont faibles mais supérieurs au plafond fixé pour la CMU-C.]	<input type="radio"/> Oui → Passer à la question 5.9.	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Je ne sais pas
29. Pensez-vous avoir le droit à l'ACS ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Je ne sais pas
30. Rencontrez-vous parfois un travailleur social (assistant social, éducateur...) ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	

SOINS DE SANTÉ

31. Avez-vous un médecin traitant ou un médecin généraliste habituel ?
 Oui Non → Passer à la question 6.4.
32. Dans quelle commune travaille ce médecin traitant / ce généraliste habituel ?
33. Combien de minutes mettez-vous à aller chez ce médecin généraliste depuis votre domicile ?
34. Combien de fois avez-vous vu ou parlé à un médecin généraliste ces 12 derniers mois, pour vos propres soins ?
 0 fois → Passez à la question 6.7. 1 fois 2 à 4 fois 5 à 10 fois Plus de 10 fois
35. Combien de fois avez-vous vu ou parlé à un médecin généraliste ces 12 derniers mois, pour vos propres soins, en dehors de soins programmés ou d'une consultation de suivi ?
 0 fois 1 fois 2 à 4 fois 5 à 10 fois Plus de 10 fois
36. La dernière fois que vous avez pris rendez-vous chez un médecin généraliste, combien de temps avez-vous attendu entre la prise de rendez-vous et le rendez-vous ?
 J'ai eu le rendez-vous dans la journée 1 jour 2 à 3 jours 4 à 5 jours Plus de 5 jours
37. Combien de fois avez-vous vu ou parlé à un spécialiste ces 12 derniers mois, pour vos propres soins ?
 0 fois → Passez à la question 6.11. 1 fois 2 à 4 fois 5 à 10 fois Plus de 10 fois
38. Combien de fois avez-vous vu ou parlé à un spécialiste ces 12 derniers mois, pour vos propres soins, en dehors de soins programmés ou d'une consultation de suivi ?
 0 fois 1 fois 2 à 4 fois 5 à 10 fois Plus de 10 fois
39. La dernière fois que vous avez pris rendez-vous chez un spécialiste, combien de temps avez-vous attendu entre la prise de rendez-vous et le rendez-vous ?
 Moins d'une semaine Entre 1 semaine et 1 mois Entre 1 et 6 mois Plus de 6 mois
40. Quel spécialiste était-ce ?
41. Combien de fois avez-vous eu recours aux services des urgences d'un hôpital au cours des 2 dernières années, pour vos propres soins ?
 0 fois → Passez à la question 6.14. 1 fois 2 à 4 fois 5 à 10 fois Plus de 10 fois
42. Dans quelle commune êtes-vous allés aux urgences, la dernière fois ?
43. La dernière fois que vous êtes allé aux urgences, était-ce pour un problème qui aurait pu être traité par votre médecin généraliste habituel ?
 Oui Non Je ne sais pas
44. Avez-vous déjà reçu, depuis l'âge de 15 ans, au moins un rappel du vaccin contre la Diphtérie-Tétanos-Polio (DTP) ?
 Oui Non Je ne sais pas

ÉTAT DE SANTÉ

45. Comment est votre état de santé en général ?
 Très bon Bon Assez bon Mauvais Très mauvais
46. Êtes-vous en Affection Longue Durée (ALD) ? Oui Non Je ne souhaite pas répondre
47. Suivez-vous un régime alimentaire particulier pour raison de santé ? Oui Non
48. Combien de repas prenez-vous par jour ? 1 repas 2 repas 3 repas Plus de 3 repas
49. Fumez-vous des cigarettes ? Oui Non, j'ai arrêté Non, je n'ai jamais fumé
50. Buvez-vous de l'alcool ? Régulièrement Occasionnellement Jamais
51. Pratiquez-vous une activité physique ou sportive régulièrement ? [L'activité physique ou sportive représente tout ce qui provoque une dépense d'énergie : sport, balade, jardinage...] Oui → Passez à la question 8.1. Non
52. Avez-vous pratiqué une activité physique ou sportive au cours des 12 derniers mois ? Oui Non

Bibliographie

- Acevedo-Garcia D., Lochner K.A. (2003). "Residential Segregation and Health", in *Neighborhoods and Health*, ed. I. Kawachi and L.F. Berkman (New York: Oxford University Press).
- Aday L. A. (1993). "Access to whar and why ? Toward a new generation of access indicators", *Proceedings of the public health conference on records and statistics*. Washington, D.C.: U.S. Government printing office.
- Aday L. A., Andersen R. M. (1974). "A framework for the study of access to medical care", *Health Services Research*, 9: 208-20.
- Allemand H., Jourdan N. (2000), « Sécurité sociale et références médicales opposables », *Revue médicale de l'Assurance maladie*, 3, pp. 47-53.
- Allin S. Grignon M., Le Grand J. (2010). « Subjective unmet need and utilisation of health services in Canada: what are the equity implications? », *Social Sciences and Medicine*, 70, pp. 465-472.
- Andersen R. M. (1995). "Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter?", *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 36, pp. 1-10.
- Andersen R. M., Newman J. F. (1973). "Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States". *Milbank memorial fund quarterly journal*, 51; 95-124.
- Andersen R. M. (1968). "Behavioral model of families' use of health services". *Research series*, n°25. Chicago, IL: Center for Health administration studies, University of Chicago.
- Aubert F. (2014). "L'évolution des territoires en France : dynamiques spatiales et différenciation sociale », In *Santé en action*, n°428, pp. 8-10.
- Azogui-Lévy S., Rochereau T. (2005). « Comportements de recours aux soins et santé bucco-dentaire. Exploitation de l'Enquête santé et protection sociale », *Questions d'économie de la santé*, n° 94, mai.
- Bacqué M.-H., Rey H., Sintomer Y. (2005). *Gestion de proximité et démocratie participative. Une perspective comparative*, Paris : La Découverte.
- Barlet M., Coldefy M., Collin C., Lucas-Gabrielli V. (2012). « L'accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux soins appliquée aux médecins généralistes libéraux en France », IRDES, *Document de travail*, n°51.
- Becker H. (1998), cit. dans La Rosa E., *Santé, précarité et exclusion*, Paris : PUF, 1998.

- Blondiaux Loïc, « La démocratie participative, sous conditions et malgré tout. Un plaidoyer paradoxal en faveur de l'innovation démocratique », *Mouvements*, 2/2007, n° 50, pp. 118-129.
- Blondiaux L. (2001). « Démocratie locale et participation citoyenne : la promesse et le piège », *Mouvements*, n°18, pp. 44-51.
- Börsch-Supan A., Brandt M., Hunkler C., Kneip T., Korbmacher J., Malter F., Schaan B., Stuck S. et Zuber S. (2013). *Data Resource Profile: The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE)*. International Journal of Epidemiology. DOI: 10.1093/ije/dyt088.
- Börsch-Supan A., Brandt M., Litwin H. et Weber G. (Eds). (2013). *Active ageing and solidarity between generations in Europe: First results from SHARE after the economic crisis*. Berlin: De Gruyter.
- Breux S., Bherer L., Collin J.-P. (2004). « Les mécanismes de participation publique à la gestion municipale », *Notes de recherches*, Groupe de recherche sur l'innovation municipale (GRIM), Institut National de la Recherche Scientifique - Urbanisation, Culture et Société, Montréal.
- Bricard D., Jusot F., Tubeuf S. (2010), « Les modes de vie : un canal de transmission des inégalités de santé ? », IRDES,, *Questions d'économie de la santé*, n°154, mai.
- Célant N., Dourgnon P., Guillaume S., Pierre A., Rochereau T., Sermet C. (2014), « L'enquête santé et protection sociale (ESPS) 2012, Premiers résultats », IRDES, *Question d'économie de la santé*, n°198, mai.
- Chappoz Y., Pupion P.-C. (2013). « Une nouvelle gouvernance et de nouvelles politiques publiques territoriales », *Gestion et management public*, 4/2013 (Volume 2 / n°2), pp. 1-4.
- Chauvin P., Chaix, B. (2005). « Influence du contexte de résidence sur les comportements de recours aux soins. L'apport des méthodes d'analyse multiniveaux et spatiales », IRDES, *Question d'économie de la santé*, n°104, décembre.
- Chauvin P., Parizot I. (2007). *Vulnérabilités sociales, santé et recours aux soins dans les quartiers défavorisés franciliens*, Paris, Éditions de la Div, coll. « Études et recherches ».
- Chauvin P., Renahy É., Parizot I. et Vallée J. (2012). « Le renoncement aux soins pour raisons financières dans l'agglomération parisienne : déterminants sociaux et évolution entre 2005 et 2010 », *Série étude et recherche*, Document de travail n°120.
- Chauvin P., Vallée J. (2014). « Inégalités de santé : dimensions individuelles et contextuelles », *Les cahiers de l'IAU IdF*, n°170-171, pp. 46-49, septembre.
- Chevallier J. (1985). *Éléments d'analyse politique*, Paris : PUF.

- Commission de l'Organisation mondiale de la santé sur les déterminants sociaux de la santé. 2008. *Comblant le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*. Rapport final de la Commission des déterminants sociaux de la santé. Genève : Organisation mondiale de la santé, 40 p.
- Commission on Global Governance. (1995). *Our Global Neighbourhood*, Report of the Commission on Global Governance, Oxford University Press.
- Couffinhal A., Dourgnon P., Masseria C., Tubeuf S., Van Doorslaer E. (2004). "Income-Related Inequality in the Use of Medical Care in 21 OECD Countries", in "Towards High-Performing Health Systems", OECD report: 109-165.
- Courgeau D. (2000). « Réflexions sur la causalité en sciences sociales ». In: *Recherches et Prévisions*, n°60, Chômage et famille. pp. 49-60.
- Dahlgren G., Whitehead M. (1991). *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*. Stockholm, Sweden: Institute for Futures Studies.
- Dasgupta P. (2005). « The economics of social capital », *Economic Record*, Vol. 81 (S1), pp. S2-S21.
- De Koninck M., Pampalon R., Paquet G., Clément M., Hamelin A.M., Disant M.J. (2008). *Santé : pourquoi ne sommes-nous pas égaux ? Comment les inégalités sociales de santé se créent et se perpétuent*, Institut national de santé public du Québec, Québec, 95 p.
- DeSalvo K.B., Fan V.S., McDonell M.B., Fihn S.D. (2005), « Predicting Mortality and Healthcare Utilization with a Single Question », *Health Services Research*, 40, 4, pp. 1234-46.
- Desprès C. (2012). « Le renoncement aux soins pour raisons financières : analyse socio-anthropologique », DREES, *Document de travail*, n°119.
- Desprès C., Dourgnon P., Fantin R. et Jusot F. (2011). « Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique », IRDES, *Questions d'économie de la santé*, n°170.
- Desprès C., Dourgnon P., Fantin R. et Jusot F. (2011). « Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique », IRDES, *Questions d'économie de la santé*, n°169.
- Devaux M., Jusot F., Sermet C., Tubeuf S. (2009). « Hétérogénéité sociale de déclaration de l'état de santé et mesure des inégalités de santé ». *Revue Française des Affaires Sociales* ; 1, pp.29-47.

- Diez-Roux A. V. (2004). « Estimating neighborhood health effects: the challenge of causal inference in a complex world », *Social science & medicine*, Oxford, Elsevier, vol. 58, n° 10, pp. 1953-1960.
- Dourgnon P., Jusot F. et Fantin R. (2012). « Payer peut nuire à votre santé : une étude de l'impact du renoncement financier aux soins sur l'état de santé », IRDES, *Document de travail*, n°47.
- Dourgnon P. (2011), « Le renoncement aux soins pour raisons financières, une approche économique », dans : *Renoncement aux soins : Actes du colloque*, Collection Études et Statistiques, DREES, pp. 9-19.
- DREES. (2016). Les dépenses de santé en 2015, Panoramas de la Drees, septembre.
- Falise M. (2003). *La démocratie participative : promesses et ambiguïtés*, Paris : Édition de l'Aube.
- Finger M. (1997). « Le New Public Management – reflet et initiateur d'un changement de paradigme dans la gestion des affaires publiques », dans *Nouvelle gestion publique. Chances et limites d'une réforme de l'administration*, CETAL, Travaux n°48.
- Grand A., Clément S. et Bocquet H. (2000). « Personnes âgées », in Leclerc A., Fassin D., Grandjean H., Kaminski M., Lang T. (.d.), *Les inégalités sociales de santé*, Paris : La Découverte, pp. 315-330.
- Grossman M. (1972). « On the concept of health capital and the demand for health », *Journal of Political Economy*, Vol. 89, N°2, pp. 223-255.
- Haschar-Noé N., Salamero É., Honta M. (2015). « La gouvernance différenciée des contrats locaux de santé », *Journal de gestion et d'économie médicales*, 2015/6, Vol.33, pp. 375-388.
- Hurst J., Siciliani L. (2003). "Tackling Excessive Waiting Times for Elective Surgery : A Comparison of Policies in 12 OECD Countries", *OECD Health Working Papers*.
- Inamo J., Lang T., Atallah A., Inamo A., Larabi L., Gaudemaris R.D. (2005). « Prevalence and therapeutic control of hypertension in French Caribbean regions », *J. Hypertens.*, 3 (7), 1341-1346.
- Institut Nationale de la Statistique et des Études Économiques (INSEE). (2004). *Nombre et taux de personnes vivant sous le seuil de pauvreté selon le type de ménage*, in INSEE, *op. cit.*
- Jusot F. (2013). *Les inégalités de recours aux soins : bilan et évolution*, Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique, vol 61S, suppl. 3, 2013/08, S163-S169.

- Jusot F., Or Z. et Sirven N. (2011). "Variations in preventive car utilisation in Europe", *European Journal of Ageing*, DOI 10.1007/s10433-011-0201-9.
- Jusot F., Tubeuf S., Trannoy A., (2009), "Tel père, tel fils : l'influence de l'origine sociale et familiale sur la santé des descendants en Europe", *Retraite et Société*, 58, 2 : 63-85.
- Kawachi I. et Berkman L. (2000), « Social cohesion, social capital, and health », in : *Social Epidemiology*, Oxford : Oxford University Press, pp. 174–190.
- Le Fur P., Leroux I., Lucas-Gabrielli V. (2006). « Étude des délais d'attente dans différentes spécialités », *Santé, soins et protection sociale en 2004*, Rapport n°531.
- Legal R., Vicard A. (2015). « Renoncement aux soins pour raisons financières », DREES, *Dossiers Solidarité Santé*, n°66, juillet.
- Leloup F., Moyart L. et Pecqueur B. (2005). « La gouvernance territoriale comme nouveau mode de coordination territoriale ? », *Géographie, Économie, Société*, 7, pp. 321-331.
- Lombrail P., Pascal J. (2005). « Inégalités sociales de santé et accès aux soins », *Les Tribunes de la santé* 3 (n° 8), p. 31-39.
- Malter F. et Börsch-Supan A. (Eds.) (2013). *SHARE Wave 4: Innovations & Methodology*. Munich: MEA, Max Planck Institute for Social Law and Social Policy.
- Mechanic D. (1979). "Correlates of physician utilization: why do multivariate studies of physician utilization find trivial psychosocial and organizational effects?", *Journal of health and social behavior*, 20: 387-96.
- Mielck A., Kiess R., Knesebeck O., Stirbu I. et Kunst A.E. (2009). 'Association between foregone care and household income among the elderly in five Western European countries – analyses based on survey data from the SHARE-Study'. *BMC Health Serv Res* ; pp 9-52.
- Mikol F. (2012), « Apport des outils DREES-INSEE pour l'analyse de l'accès aux soins de ville », dans : *Accès aux soins : quels outils pour les territoires, Actes du colloque*, Collection Études et Statistiques, DREES, pp. 57-62.
- Moesgaard Iburg K.M., Salomon J.A., Tandon A., Murray C.J.L. (2002). « Cross-population comparability of physician-assessed and self-reported measures of health », in Murray C.J.L., Salomon J. A., Mathers C., Lopez A.D., WHO, *Summary Measures of Population Health: Concepts, Ethics, Measurement and Applications*, Geneva, pp. 433-448.
- Nonjon M. (2003). « Les « professionnels de la participation » à l'épreuve du territoire », in *Profession Banlieue, Quand la démocratie locale se professionnalise*, Actes de la rencontre organisée le 23 octobre 2003, pp. 149-163.

- Oakes W., Chapman S., Borland R., Balmford J. et Trotter L. (2004). "Bulletproof skeptics in life's jungle: which self-exempting beliefs about smoking most predict lack of progression towards quitting? ", *Prev Med*, 39, pp. 776-782.
- Ondo J.-C., Lachance M. (1999). « Étude comparative de la méthode de régression sur les facteurs d'une analyse des correspondances », INRS, *Rapport de recherche*, n° R-553.
- Or Z., Jusot F. et Yilmaz E. (2009). « Inégalités de recours aux soins en Europe : Quel rôle attribuable aux systèmes de santé ? », *Revue économique*, 2009/2 Vol. 60, p. 521-543.
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2009). « Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé » : *Rapport final de la Commission des déterminants sociaux de la santé*.
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (1986). *Charte d'Ottawa*, 6 p.
- Paris V. (2012), « Les performances comparées des systèmes de santé », *Les Tribunes de la santé*, 2012/2 n° 35, pp. 43-49. DOI : 10.3917/seve.035.0043
- Parizot I. (1998). « Trajectoires sociales et modes de relation aux structures sanitaires ». In Lebas J., Chauvin P. (dir.), *Précarité et santé*, pp.33-43.
- Peretti-Watel P., Constance J., Guilbert P., Gautier A., Beck F. et Moatti J.P. (2007). "Smoking too few cigarettes to be at risk? Smokers' perceptions of risk and risk denial, a French survey", *Tobacco Control*, 16(5), pp. 351-356.
- Peretti-Watel P., Halfen S. et Grémy I. (2007). "The 'moral career' of cigarette smokers : a French survey", *Health, Risk & Society*, 9 (3), pp. 259-273.
- Peretti-Watel P. (2006). « Lien social et santé en situation de précarité », *Économie et statistique*, n° 391-392, pp 115-130.
- Phelps C. E. (1973). *Demand for health insurance: a theoretical and empirical investigation*, Rand Corporation, July.
- Putnam R.D., Leonardi R. et Nanetti R.Y. (1993). *Making democracy work : Civic traditions in modern Italy*, Princeton : Princeton University Press
- Rican S., Simon M., Salem G. (1999). « Les médecins généralistes libéraux dans les aires urbaines, des densités plus élevées dans le sud et les centre-villes », Drees, *Études et résultats*, n°9, mars.
- Rode A. (2010). *Le « non-recours » aux soins des populations précaires. Constructions et réceptions des normes*, Thèse de Science politique, Université Pierre Mendès-France, Grenoble II.

- Rundall T. G. (1981). "A suggestion for improving the behavioral model of physician utilization". *Journal of health and social behavior*, 22: 103-104.
- Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales. (2015). *CPOM ÉTAT/ARS 2010 – 2013. Bilan de la première génération de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens entre l'État et les agences régionales de santé*. 86 p.
- Shmueli A. (2003). "Socio-Economic and Demographic Variation in Health and in its Measures: The Issue of Reporting Heterogeneity", *Social Science and Medicine*, 57, pp. 125-134.
- Sintomer Y. (2006). « La démocratie participative, dynamiques et défis », *La Revue Parlementaire*, n°893.
- Trugeon A., Fontaine D., Lemery B., (2006). *Inégalités socio-sanitaires en France : de la région au canton*. FNORS, Masson.
- Tuckett D., 1978, *An introduction to medical sociology*, Londres, Tavistock Publications.
- Vallée J., Le Roux G., Chaix B., Kestens Y., Chauvin P. (2014). "The 'constant size neighbourhood trap' in accessibility and health studies", *Urban Studies February*, 52: 338-357.
- Varone, F., Bonvin J.-M. (2004). « Regards croisés sur la nouvelle gestion publique », *Les politiques sociales*, 1 & 2, pp. 4-17.
- Warin P., Chauveaud C. (2014). *Le baromètre du renoncement aux soins dans le Gard*. Rapport d'étude commandée par la CPAM du Gard, 104 p.
- Warin P. (2011). « Renoncement à des soins et précarité », dans : *Renoncement aux soins : Actes du colloque*, Collection Études et Statistiques, DREES, pp. 9-19.
- Warin P. (dir.), Chauveaud C., Gutton S., Labbe E., Moulin J.-J., Rode A., Sass C. (2008). *Le non-recours aux soins des actifs précaires*, Rapport scientifique final, 34 p.

Table des tableaux

Introduction générale

Tableau 1 : Composition et organisation de la thèse	20
Tableau 2 : Distinction entre renoncement et non-recours aux soins	24

Chapitre 1

Tableau 3 : Statistiques descriptives de la variable quantitative	38
Tableau 4 : Statistiques descriptives des variables qualitatives	38
Tableau 5 : Effets marginaux des estimations d'un mauvais état de santé	45
Tableau 6 : Effets marginaux des estimations du non-recours total aux soins des personnes en mauvaise santé	48

Chapitre 2

Tableau 7 : Statistiques descriptives de la variable quantitative	63
Tableau 8 : Statistiques descriptives des variables qualitatives (en %).....	63
Tableau 9 : Statistiques descriptives des densités de dentistes	69
Tableau 10 : Densités de dentistes par territoires	70
Tableau 11 : Statistiques descriptives des caractéristiques du territoire	71
Tableau 12 : Effets marginaux des estimations de renoncement aux soins dentaires.....	73

Chapitre 3

Tableau 13 : Effectifs en 2015 des instances de DS, par instance et par commission.....	93
Tableau 14 : Objectifs, sources de données et types d'analyse	96
Tableau 15 : Sources des données et informations collectées.....	96
Tableau 16 : Répartition des répondants par rapport aux effectifs titulaires des instances ...	98
Tableau 17 : Description des variables de l'analyse de données	102
Tableau 18 : Coordonnées et contributions à l'inertie des trois axes de l'ACM.....	104
Tableau 19 : Modalités contribuant de façon significative à la formation des axes	106
Tableau 20 : Analyse multivariée de la variance de la CAH	109
Tableau 21 : Typologie des groupes en fonction des caractéristiques des membres.....	110

Chapitre 4

Tableau 22: Caractéristiques principales des CLS de la Vienne	125
---	-----

Table des figures

Introduction générale

Figure 1 : Modèle comportemental de l'accès aux soins	26
---	----

Chapitre 2

Figure 2 : Répartition des communes selon le zonage en aires urbaines 2010 regroupé en 4 classes en Poitou-Charentes	69
--	----

Chapitre 3

Figure 3 : Les quatre niveaux d'implication des acteurs locaux.....	90
Figure 4 : Évolution du taux de participation annuel moyen des membres de la CRSA par commissions entre 2010 et 2015	99
Figure 5 : Taux de participation annuel moyen aux CT entre 2011 et 2014	100
Figure 6 : Arbre hiérarchique des individus	108

Chapitre 4

Figure 7 : Les CLS de Poitou-Charentes en 2015.....	124
---	-----

Inéquités de recours aux soins, gouvernance territoriale de santé : Contributions empiriques à la définition des politiques publiques

Résumé : Dans une perspective d'amélioration des politiques de santé, cette thèse s'intéresse à deux sujets d'analyse complémentaires : les inéquités de recours aux soins et la gouvernance locale de la politique de santé. Au travers de données quantitatives, mesurées aux échelles européenne et picto-charentaise, nous mettons en évidence la place prépondérante des déterminants financiers et socio-culturels dans les inéquités de recours aux soins, confirmant ainsi les études existantes. Le rôle des densités médicales est, quant à lui, à minorer, au contraire de celui des territoires dans lesquels vivent les individus. Nous montrons en outre l'intérêt de mieux prendre en compte l'état de santé dans les analyses portant sur les inéquités de recours aux soins. Enfin, l'analyse de la démocratie locale en matière de santé, au travers d'approches quantitatives et qualitatives, montre le faible rôle de la démocratie sanitaire dans la prise de décision publique. Impulsée par l'État, l'approche descendante de la gouvernance participative ne crée pas les conditions suffisantes pour une prise de décision parfaitement concertée.

Mots-clés : politiques de santé, non-recours aux soins, renoncement aux soins, démocratie sanitaire, démocratie participative

Inequities in the use of healthcare; territorial governance of health policies: Empirical contributions to the definition of public policies

Abstract: In order to improve health policy, this thesis deals with two complementary subjects of analysis: inequities in the use of healthcare and local governance of health policies. Using quantitative data, measured at different scales, we highlight the preponderance of financial and socio-cultural determinants in the inequities in the use of care, confirming the existing studies. The role of medical densities is to be reduced, in contrast to the impact of the territories in which individuals live. We also show the interest to better take into account the health status in the analyzes concerning the inequities of use of healthcare. Finally, the analysis of local democracy in health, through quantitative and qualitative methods, shows the weak role of health democracy in public decision-making. Promoted by the State, the top-down approach of participatory governance does not create sufficient conditions for a fully concerted decision-making process.

Keywords: health policies, non-use of healthcare, forgone healthcare, health democracy, participatory democracy