

infoObservatoire

Janvier 2020

#43



(photo : Freepik)

SANTÉ

DANS QUEL ÉTAT DE SANTÉ SOMMES-NOUS ?

Comprendre et mesurer
les inégalités territoriales
de santé



agence d'urbanisme et de développement durable

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	3
1. BIEN COMPRENDRE CE QUI DEFINIT L'ETAT DE SANTE D'UNE POPULATION	4
1.1 La santé d'une population : une notion qui dépasse largement la question de l'offre	4
1.2 Le poids prépondérant des déterminants sociaux	5
2. MESURER LA SANTE D'UNE POPULATION DANS TOUTES SES DIMENSIONS	6
2.1 Principes et objectifs de l'indicateur	6
2.2 Méthodologie.....	6
3. DE FORTES INEGALITES TERRITORIALES ET SOCIALES DE SANTE	7
3.1 Des espaces périurbains favorisés	7
3.2 Des inégalités de santé à qualifier	9
CONCLUSION.....	14
ANNEXE.....	15

Cette nouvelle publication de l'Agape, basée sur des travaux exploratoires, propose de changer de regard. En explorant la santé **dans toutes ses dimensions**, nous avons tenté de **mesurer et qualifier les inégalités territoriales de santé** tout en resituant notre territoire dans le contexte régional, à l'heure où les EPCI membres de l'Agape s'engagent progressivement dans des démarches visant à se doter de Contrats Locaux de Santé (CLS)¹.



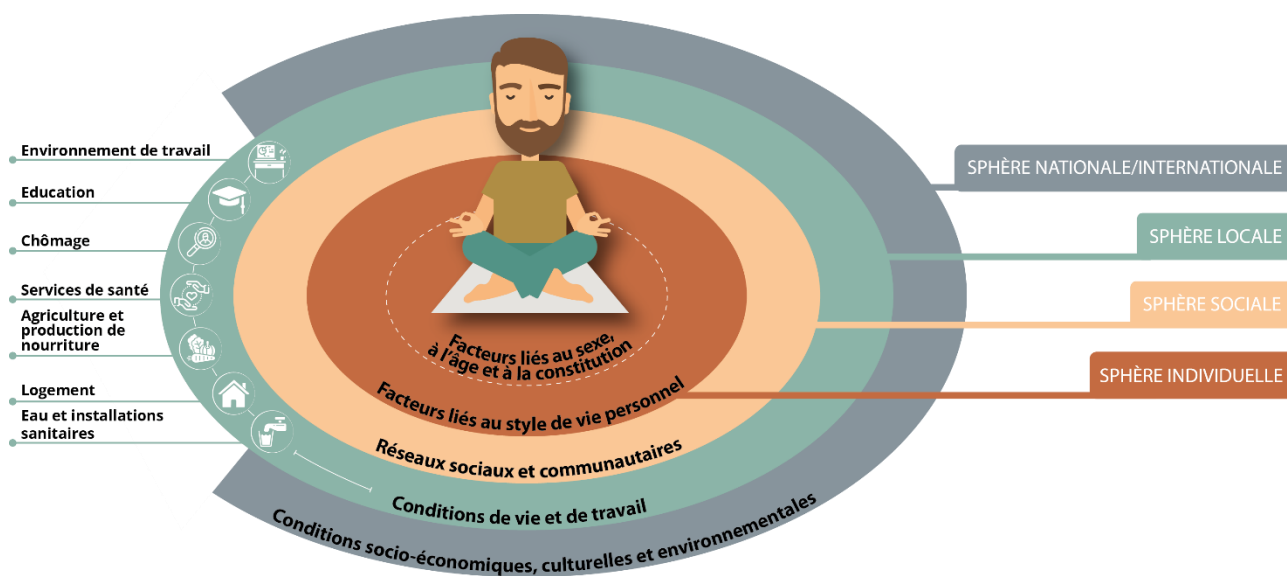
1. BIEN COMPRENDRE CE QUI DEFINIT L'ETAT DE SANTE D'UNE POPULATION

1.1 LA SANTE D'UNE POPULATION : UNE NOTION QUI DEPASSE LARGEMENT LA QUESTION DE L'OFFRE

La santé d'une population est complexe et mérite d'être appréhendée de manière globale, au-delà de la seule question de l'offre de soins et du système de santé.

Les travaux de recherche menés sur la question de l'état de santé ont permis de faire émerger le **modèle des déterminants de santé**², montrant que l'état de santé d'un individu est influencé par plusieurs éléments :

- **Des facteurs individuels et comportementaux** : sexe, âge, génétique, addictions, etc.
- **Les conditions de vie matérielles** : niveau de diplôme, logement, emploi, revenu, offre de soins, etc.
- **Les interactions avec la société et la communauté** : entourage familial, amical, bénévolat, citoyenneté, etc.
- **Le contexte socio-économique et politique** : climat économique, gouvernance, politiques publiques, etc.



² D'après Dahlgren et Whitehead, 1991, *Policies & Strategies to promote social equity in health*, Institute of Future Studies Stockholm.

1.2 LE POIDS PREPONDERANT DES DETERMINANTS SOCIAUX

Pour autant, les déterminants de santé n'ont pas tous le même poids sur l'état de santé d'un individu. Les estimations de l'impact de ces déterminants ne font actuellement pas consensus et peuvent varier selon les études :

- **50 à 55% de l'état de santé d'un individu est lié aux déterminants sociaux** (éducation, revenu, emploi, chômage, précarité, etc.) ;
- 15 à 25% est lié à l'offre et au système de soins ;
- 10 à 25% est lié à l'environnement et au cadre de vie (qualité de l'air, logement, environnement social, etc.)
- 5 à 15% est lié aux facteurs génétiques et biologiques.

Mesurer l'état de santé d'une population, c'est donc prendre en compte l'ensemble de ces déterminants et pas seulement la présence ou l'accès à des professionnels de santé. Pour y parvenir à l'échelle de la région Grand Est et sur le territoire de l'Agape, nous avons construit un **Indicateur Révélateur des Inégalités de Santé (IRIS)** détaillé dans la suite de la publication.

A retenir

La structure de la santé d'un individu ou d'une population est complexe, car liée à un ensemble de facteurs qui dépassent la seule question de l'offre et de l'accès aux soins. L'état actuel de la recherche sur le sujet montre que ce sont bel et bien les déterminants sociaux (éducation, accès à l'emploi, revenu, pauvreté, etc.) qui conditionnent en priorité l'état de santé d'un individu, bien plus que l'accès à un médecin ou à des soins.

2. MESURER LA SANTE D'UNE POPULATION DANS TOUTES SES DIMENSIONS

2.1 PRINCIPES ET OBJECTIFS DE L'INDICATEUR

L'élaboration d'un **Indicateur Révélateur des Inégalités de Santé (IRIS)** a pour objectif de **fournir une vision globale de la santé de la population** en tenant compte au maximum de l'ensemble des déterminants de santé, évoqués précédemment. Il mobilise des données disponibles à l'échelle de la région Grand Est, à partir de sources statistiques officielles (INSEE, Atmo Grand Est, services de l'Etat, ARS, Observatoire Régional de la Santé Grand Est) devant permettre une **actualisation régulière**. Dans le cadre de cette expérimentation, l'indicateur a été construit sur la base de données datant de 2015.

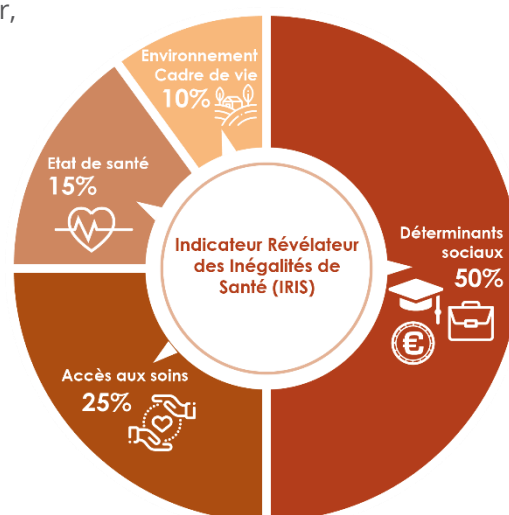
2.2 METHODOLOGIE

L'indicateur est construit à partir de 34 variables, regroupées dans **4 composantes principales** :

- **L'état de santé général** : espérance de vie, mortalité générale et prématurée,
- **L'accès aux soins** : densité de l'offre médicale, temps d'accès au médecin généraliste, fragilité de l'offre (part de praticiens de plus de 55 ans),
- **Les déterminants sociaux** : chômage, accès à l'emploi, niveau de diplôme, pauvreté-précarité, revenus,
- **L'environnement et le cadre de vie** : pollution de l'air, de l'eau, risque industriel, logement, environnement social.

Pour chaque variable, une valeur comprise entre 0 (situation la plus défavorable) et 1 (situation la plus favorable) est affectée à chaque commune du Grand Est. L'ensemble permet de calculer un sous-indice pour chaque composante, pondéré en fonction du poids des différents déterminants, que nous avons fixé comme suit :

- 50% pour les déterminants sociaux ;
- 25% pour l'offre de soins ;
- 15% pour l'état sanitaire ;
- 10% pour l'environnement et le cadre de vie.

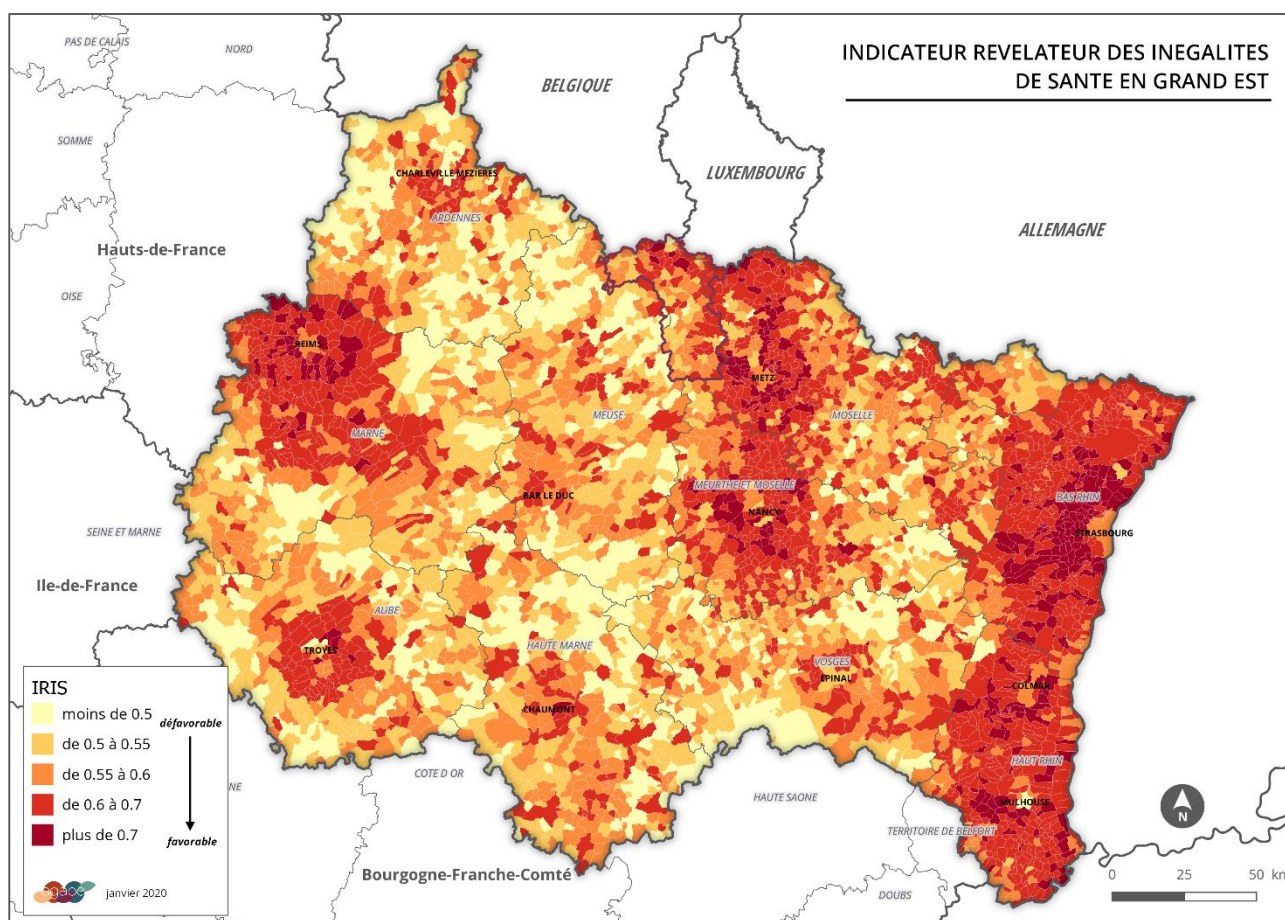


A retenir

L'indicateur IRIS est un indicateur complexe, construit pour mesurer l'état de santé de la population en Grand Est. Il dépasse la seule question de l'offre de santé et tient compte de l'ensemble des déterminants de santé, mais aussi de leur poids dans l'état de santé d'un individu.

3. DE FORTES INEGALITES TERRITORIALES ET SOCIALES DE SANTE

3.1 DES ESPACES PERIURBAINS FAVORISES



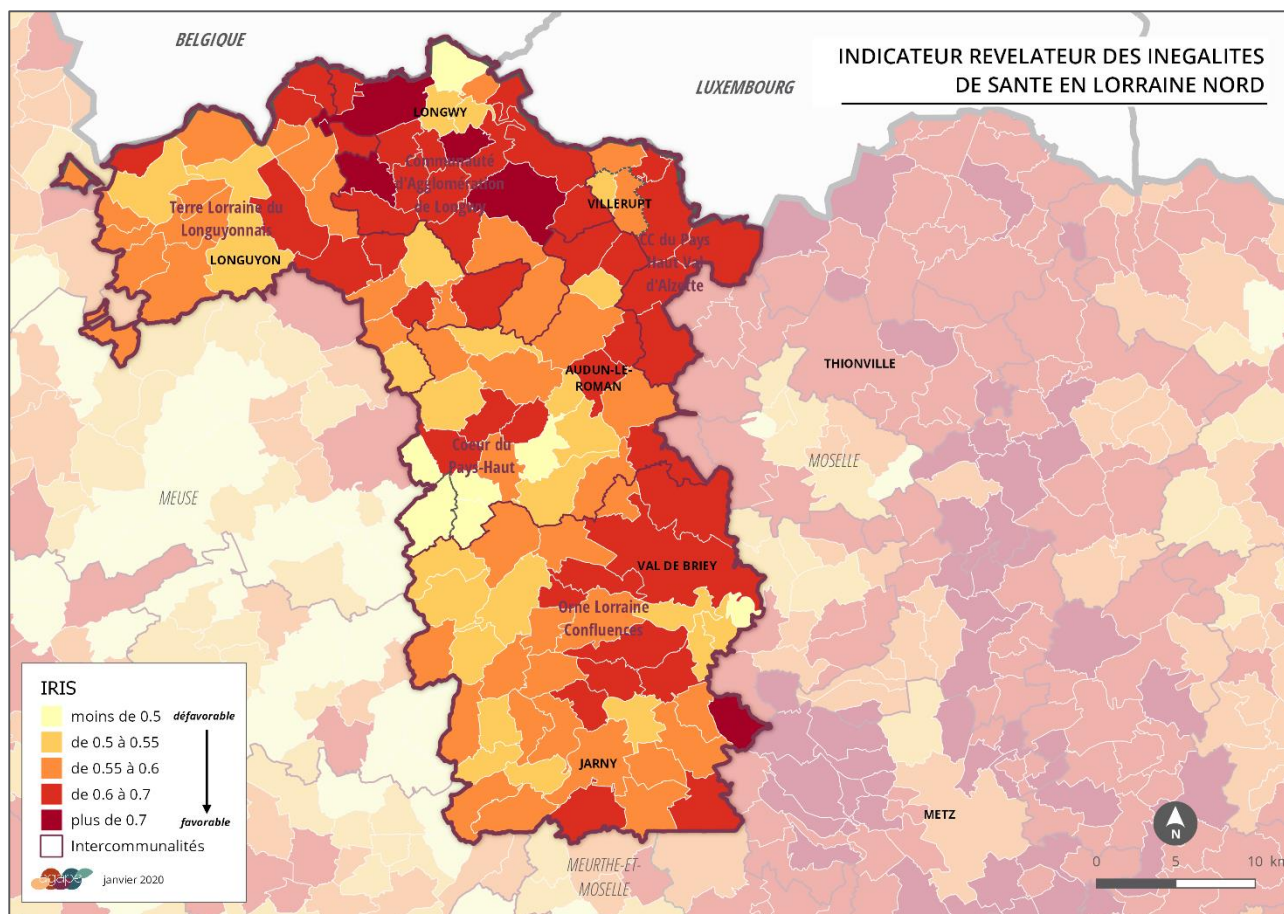
En Grand Est, l'IRIS calculé pour l'année 2015 révèle de **fortes inégalités de santé** au sein de la région :

- En périphérie des grandes agglomérations, l'état de santé global des populations est favorable (IRIS >0,7) ;
- A l'inverse, les situations de santé les plus défavorables sont observées sur le Piémont vosgien, les Ardennes, le Nord meusien, les zones rurales limitrophes de la Meuse, des Vosges et de la Haute-Marne et le Sud de la Marne (IRIS <0,5).

Le reste de la région, dont le territoire Agape, se situe dans une situation intermédiaire (IRIS compris entre 0,5 et 0,7).

A l'échelle du territoire de l'Agape, la plupart des polarités urbaines du territoire affichent un indice global de santé inférieur à 0,6, notamment dans l'agglomération de Longwy, la vallée de l'Orne, à Longuyon et dans le Piennois.

A l'inverse et comme pour la région, ce sont les communes périurbaines qui affichent l'indice global de santé le plus favorable, elles sont principalement localisées autour des agglomérations de Longwy, de Villerupt/Audun-le-Tiche et de celle de Joeuf/Auboué/Homécourt.



Avec un différentiel entre l'indice le plus élevé et le plus bas supérieur à 0,2 point, la CAL, OLC et CPH affichent, au sein même de leurs territoires, des inégalités de santé marquées, liées à des déterminants sociaux particulièrement défavorables dans leurs zones urbaines (cœur de l'agglomération longovicienne, agglomération piennoise, vallée de l'Orne).

Sur ces territoires, la mise en œuvre de Contrat Locaux de Santé (CLS), dont l'objectif est de réduire les inégalités territoriales et sociales de santé, est une nécessité et mériterait, au vu des premiers résultats décrits ici, une attention particulière sur les polarités urbaines.

3.2 DES INEGALITES DE SANTE A QUALIFIER

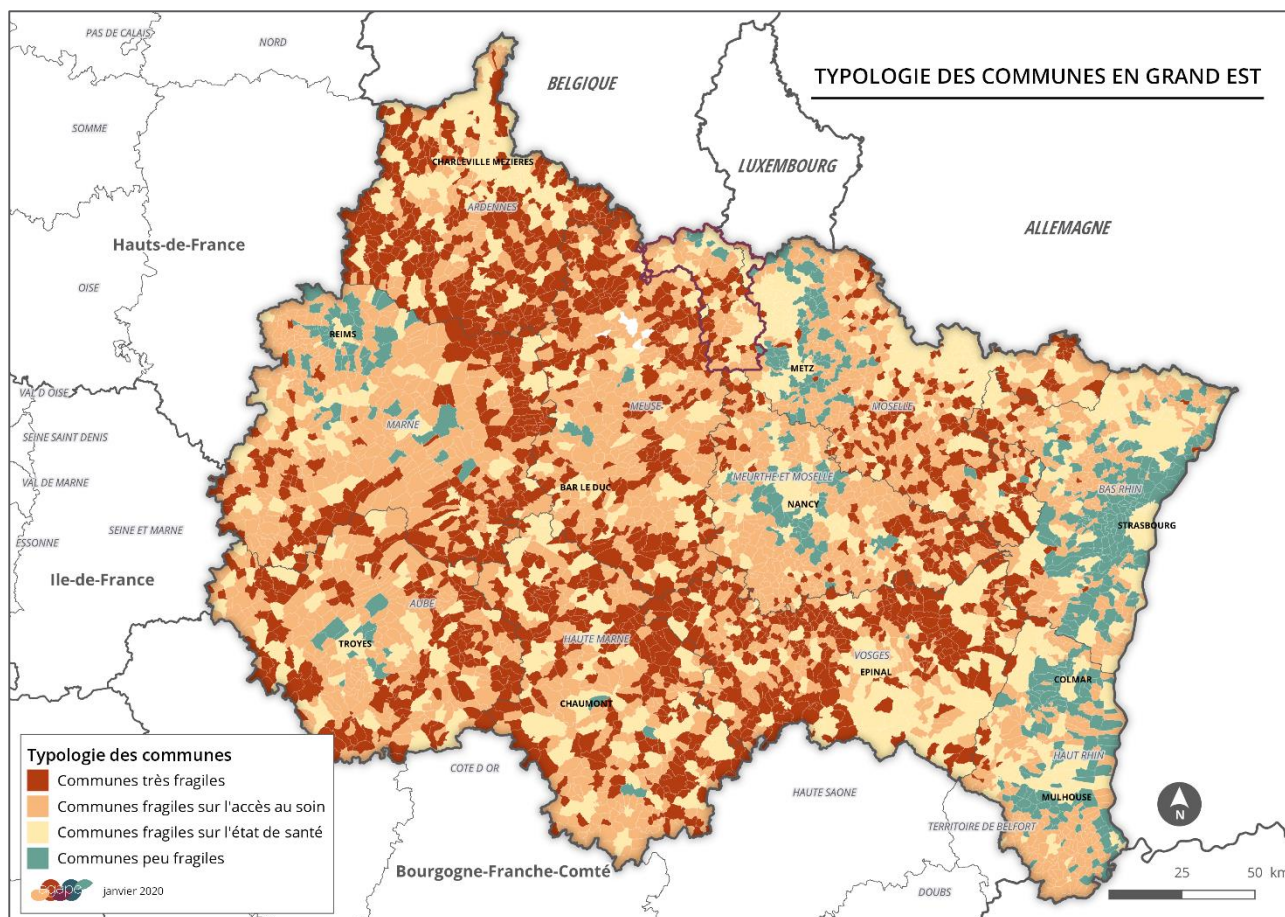
Si l'indicateur IRIS permet de mesurer les inégalités territoriales de santé, il ne permet pas de les qualifier directement : si plusieurs communes peuvent avoir une même valeur d'indice, celle-ci peut être obtenue par différentes combinaisons entre les différentes composantes de l'indicateur.

Afin de pouvoir mettre des mots derrière les valeurs d'indice, nous avons dressé une typologie des inégalités de santé à partir des différentes combinaisons d'état sanitaire, d'accès aux soins et de déterminants de santé. La composante environnement/cadre de vie étant globalement satisfaisante sur le Grand Est et ne pesant que pour 10% de l'indice global, nous avons fait le choix de ne pas la prendre en compte dans notre classification.

L'analyse des différentes combinaisons permet d'identifier 6 classes de communes³ en Grand Est :

- 1) **Communes très fragiles, sur tous les déterminants (539 communes)** : communes dont les déterminants sociaux, l'accès aux soins et l'état de santé de la population sont fragiles. La moitié des communes de cette classe affiche un IRIS inférieur à 0,48 ;
- 2) **Communes très fragiles, sur plusieurs déterminants (961 communes)** : cette classe regroupe des communes dont l'accès aux soins et l'état de santé sont fragiles, mais se distinguent de la classe 1 par des déterminants sociaux plus favorables. La moitié des communes de cette classe affiche un IRIS inférieur à 0,53 ;
- 3) **Communes fragiles sur l'accès aux soins (960 communes)** : communes affichant une fragilité marquée sur l'accès aux soins et un état de santé intermédiaire, mais dont les déterminants sociaux sont plutôt satisfaisants. Dans cette classe, la moitié des communes affiche un IRIS inférieur à 0,56 ;
- 4) **Communes fragiles sur l'accès aux soins mais socialement favorisées (1 387 communes)** : Cette classe se distingue de la précédente par des déterminants sociaux favorables, mais l'accès aux soins reste fragile et l'état de santé à un niveau intermédiaire. Les communes de cette classe affichent un IRIS médian plus élevé que la classe précédente, supérieur à 0,6 ;
- 5) **Communes fragiles sur l'état de santé (817 communes)** : communes caractérisées par un niveau de déterminants sociaux intermédiaire, dont la fragilité principale est l'état de santé, malgré un accès aux soins favorable. Dans cette classe, la moitié des communes affiche un IRIS supérieur à 0,6 ;
- 6) **Communes peu fragiles (451 communes)** : communes disposant de déterminants sociaux et d'un accès aux soins favorables et dont l'état de santé est à un niveau intermédiaire. Cette classe regroupe les communes les plus favorisées de la région, la moitié des communes affichant un IRIS > 0,7.

³ Pour plus de détail, voir l'annexe



Les classes 1 et 2 regroupent les communes les plus fragiles en matière de santé, marquées par des déterminants de santé défavorables, principalement sur l'état de santé de la population et l'accès aux soins. Ces classes concernent essentiellement de petites communes (1 seule dépasse les 2 000 habitants), dont 60% sont situées dans les Ardennes, la Meuse, la Haute-Marne et les Vosges. Ces 2 classes rassemblent 7% de la population régionale, soit environ 395 000 habitants.

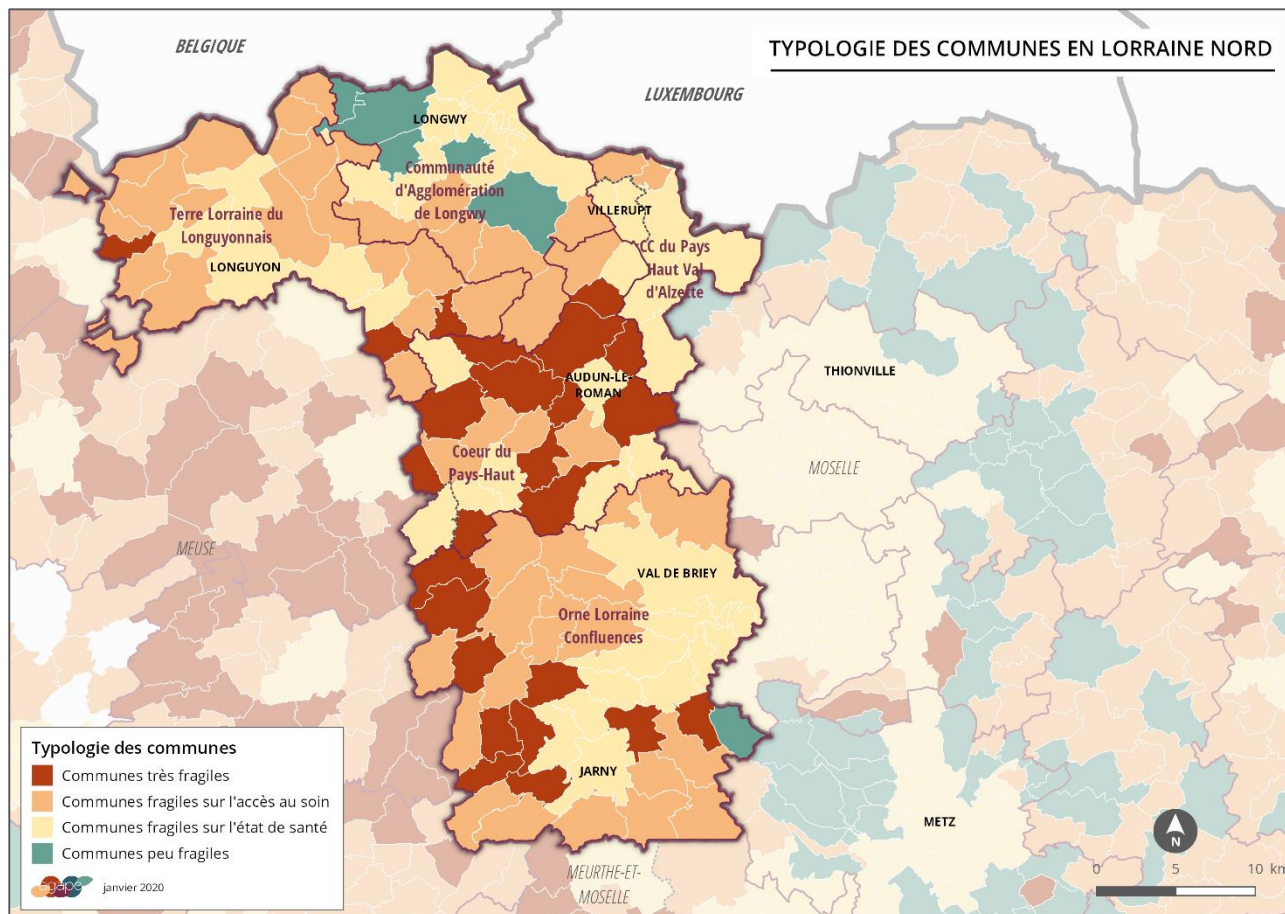
Les classes 3 et 4 regroupent des communes partageant la même fragilité, autour de l'accès aux soins. Ces 2 classes rassemblent près de la moitié des communes de la région, également de petite taille (4 communes de plus de 2 000 habitants), rassemblant 13% de la population régionale, soit 750 000 habitants.

La classe 5 rassemble des communes dont l'état de santé reste la principale fragilité, malgré un accès aux soins favorable et les déterminants sociaux se situent à un niveau intermédiaire. Cette classe rassemble 65% de la population régionale (soit 3,6M d'habitants), répartie entre 2 grands types de communes :

- **Les communes des anciens grands bassins industriels** (arc ardennais, bassin ferrifère nord-lorrain, bassin houiller, vallées vosgiennes), faisant face à des problématiques de santé parfois très marquées (BPCO⁴ dans les anciennes régions minières, par exemple) ;
- **Les grands pôles urbains de la région** (Strasbourg, Reims, Metz, Mulhouse, Nancy, Colmar, Troyes) **et la quasi-totalité des villes de plus de 10 000 habitants**, où tendent à se concentrer des populations socialement et économiquement fragiles.

⁴ La BronchoPneumopathie Chronique Obstructive (ou BPCO) est une maladie chronique inflammatoire des bronches, le plus souvent associée à d'autres maladies. Elle se caractérise par un rétrécissement progressif et une obstruction permanente des voies aériennes et des poumons, entraînant une gêne respiratoire.

Enfin, **la classe 6 se distingue des autres classes car elle ne présente pas de fragilités marquées.** Ces communes, dont 60% sont situées en Alsace, apparaissent comme les plus favorisées et sont situées dans des espaces sous influence métropolitaine, qu'il s'agisse des grandes agglomérations de la région (Strasbourg, Reims, Metz, Mulhouse, Nancy, Colmar, Troyes) ou transfrontalières (nord-lorrain, Saint-Louis). Cette classe rassemble 15% de la population régionale, soit 842 000 habitants.



A l'échelle du territoire de l'Agape, toutes les catégories de communes sont représentées⁵ :

- Les communes très fragiles (25 communes, 10 900 habitants) sont presque exclusivement localisées sur CPH et OLC ;
- Les communes fragiles sur l'accès aux soins (52 communes, 21 600 habitants) sont essentiellement localisées sur T2L et OLC ;
- Les communes fragiles sur l'état de santé (39 communes, 135 100 habitants) sont principalement localisées sur la CAL, OLC et CPH ;
- Les communes peu fragiles (6 communes, 13 000 habitants) sont presque exclusivement localisées sur la CAL.

⁵ Pour le détail par classe de communes et par EPCI, voir l'annexe

Cette première approche transversale de la santé, à travers la construction d'un indicateur de mesure des inégalités de santé et la qualification de celles-ci, permet de définir des premiers enjeux en matière de santé pour chaque intercommunalité du territoire de l'Agape. Ces enjeux constituent des pistes d'actions qui pourraient permettre d'agir positivement sur un certains nombre d'indicateurs :

- **Sur la CA de Longwy, 2 enjeux principaux** peuvent être territorialisés :
 - Un enjeu d'accès aux soins pour les communes rurales au Sud de l'intercommunalité ;
 - Un enjeu d'amélioration de l'état de santé de la population et des déterminants sociaux sur les communes du cœur urbain ou à proximité ;
- **Sur Orne Lorraine Confluences, on distingue 3 enjeux majeurs :**
 - La réduction de la fragilité de l'Ouest du Jarnisy, sur l'ensemble des champs de la santé : déterminants sociaux, accès aux soins, état de santé ;
 - Un enjeu d'amélioration de l'état de santé de la population et des déterminants sociaux pour les communes situées sur l'axe Jarny-vallée de l'Orne-Val de Briey ;
 - Un enjeu d'accès aux soins pour les autres communes de l'intercommunalité.
- **Sur la CC Pays-Haut Val-d'Alzette, les communes partagent globalement le même enjeu,** autour de l'amélioration des déterminants de santé et de l'état de santé de la population ;
- **Sur Cœur du Pays-Haut, 3 enjeux peuvent être identifiés :**
 - Une situation de grande fragilité sur l'ensemble des déterminants de santé, notamment sur l'ancien Pays Audunois, autour d'Audun-le-Roman ;
 - Un enjeu d'amélioration de l'état de santé de la population et des déterminants sociaux pour les polarités (agglomération piennoise, Audun-le-Roman, Trieux, Tucquegnieux) ;
 - Un enjeu d'accès aux soins pour les autres communes de l'intercommunalité ;
- **Sur Terre Lorraine du Longuyonnais, on peut identifier 2 enjeux principaux :**
 - Un enjeu d'amélioration de l'état de santé de la population et des déterminants sociaux pour les polarités (Longuyon et Pierrepont) ;
 - Un enjeu d'accès aux soins pour les autres communes de l'intercommunalité.

A retenir

L'indicateur IRIS élaboré par l'Agape montre que c'est en périphérie des grands centres urbains que la santé des populations y est globalement la meilleure. Si les déterminants sociaux constituent un facteur prépondérant dans l'état de santé quand on vit dans un pôle urbain, la question de l'accès aux soins (densité de praticiens, vieillissement, accès à un médecin généraliste) demeure toutefois le principal élément de fragilité dans les territoires éloignés des pôles urbains.

Conclusion



Ce premier travail exploratoire de l'Agape sur les déterminants de santé montre que la santé d'une population est une notion complexe à appréhender, car elle renvoie à de nombreux champs de l'action publique : offre de soins, éducation/formation, insertion professionnelle, environnement, logement, mais aussi vie associative, solidarités, citoyenneté, etc.

La prise en compte de l'ensemble de ces dimensions, à travers la construction d'un indicateur (IRIS), montre les fortes inégalités territoriales de santé qui existent au sein de la région Grand Est et aussi au sein du territoire de l'Agape. Cette première analyse des indicateurs vise à montrer la pluralité des situations expliquant des « états de santé » différents qui méritent d'être pris en compte dans la définition de politiques de santé locales et régionales :

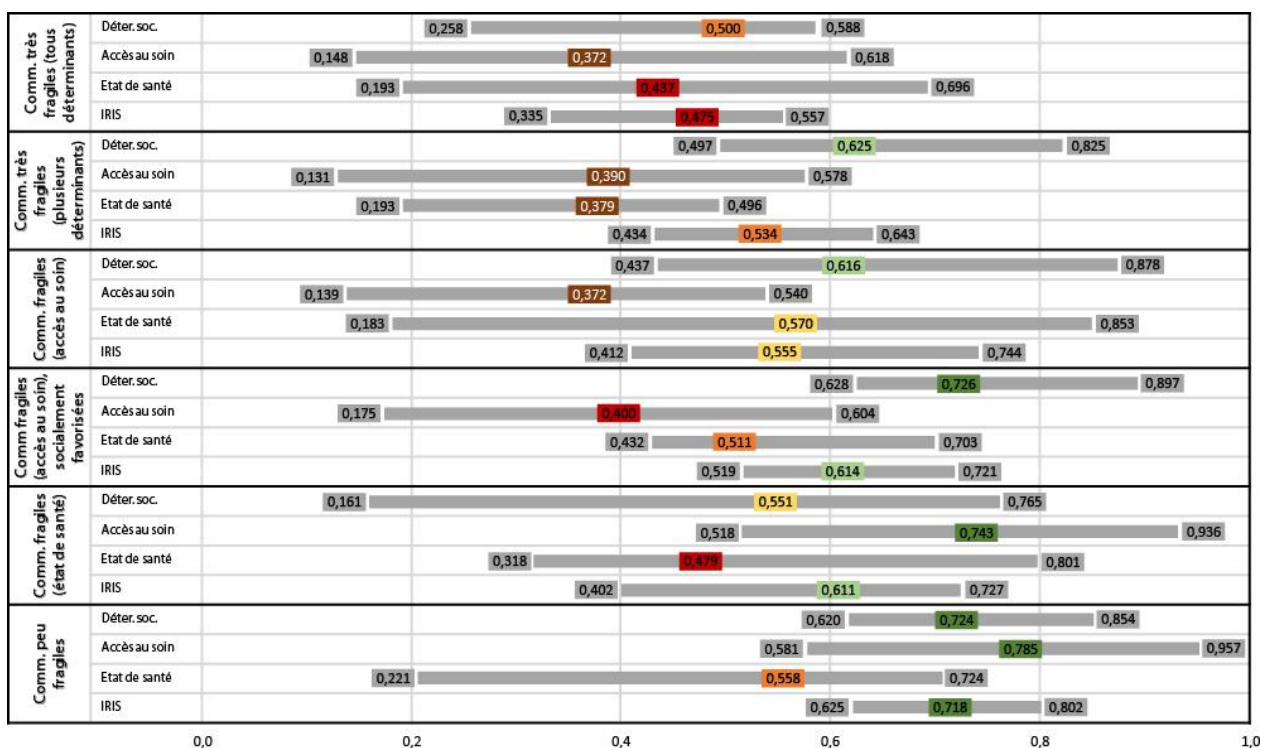
- Dans **les principales polarités urbaines**, la concentration de populations en difficulté socioéconomique pose la question de la santé sous l'angle des **déterminants sociaux** et de l'amélioration de **l'état de santé** (notamment la mortalité prématurée) ;
- Dans **les petites communes éloignées des centres urbains**, l'enjeu de la santé repose essentiellement autour de **l'accès aux soins**, ces communes étant le plus souvent caractérisées par un déficit d'offre de soins et l'éloignement des pôles urbains, en particulier dans les territoires lorrains et champardennais ;
- A contrario, **les communes situées à proximité immédiate des grands centres urbains cumulent des situations favorables** : disposant généralement d'une offre de soins accessible, elles attirent également une population plus favorisée et donc globalement en meilleure santé.

Si les démarches/réflexions liées aux Contrat Locaux de Santé s'étendent sur l'ensemble de notre territoire, celles-ci sont encore trop souvent élaborées autour des problématiques de soins. Il apparaît donc primordial de compléter ces démarches par l'intégration et la bonne connaissance des déterminants de santé, notamment sociaux, afin qu'ils soient pris en compte dans les futures stratégies territoriales.

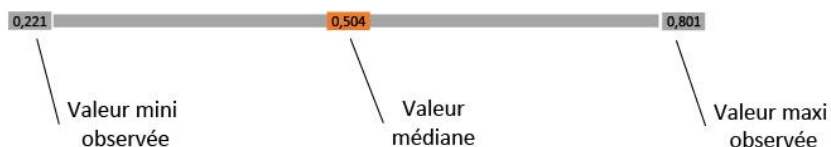
Au-delà des stratégies portées par les CLS, **cette prise en compte de la santé des populations réinterroge donc l'ensemble de nos politiques d'aménagement (SCoT, PLU communaux et intercommunaux, PLH) et plaide pour un urbanisme qui positionnerait l'état de santé de la population au cœur des projets.**

ANNEXE

Détail de la classification des inégalités de santé



Clé de lecture :



Détail de la typologie des communes par EPCI

EPCI	Très fragiles (tous les déterminants)	Très fragiles (plusieurs déterminants)	Fragiles (accès aux soins)	Fragiles (accès aux soins), mais sociallement favorisées	Fragiles (état de santé)	Peu fragiles
CA Longwy	0	0	2	4	10	5
Cœur Pays-Haut	3	9	3	2	8	0
CC Pays-Haut Val-d'Alzette	0	0	1	1	6	0
Orne Lorraine Confluences	2	8	4	15	11	1
Terre Lorraine du Longuyonnais	0	3	5	15	4	0
Territoire Agape	5	20	15	37	39	6

infoObservatoire est édité par l'AGAPE

agence d'urbanisme et de développement durable Lorraine Nord
Espace Jean Monnet - Eurobase 2 - Pôle Européen de
Développement

F-54810 LONGLAVILLE

tél : (+33) 03 55 26 00 10 - fax : (+33) 03 55 26 00 33

www.agape-lorrainenord.eu - agape@agape-lorrainenord.eu

Association Loi 1901

ISSN : 1266-9652 - Dépôt Légal : 1^{er} trimestre 2020

Président et Directeur de la publication : Jean-Marc DURIEZ

Directeur et responsable de la rédaction : Julien SCHMITZ

Rédaction : Michaël VOLLOT

Infographie : Virginie LANG-KAREVSKI, Meng JIA



Contact : Michaël VOLLOT
chargé d'études « Observatoires et
Développement Humain »
mvolot@agape-lorrainenord.eu
Tél : (+33) 03 55 26 00 24