



Les caractéristiques des inégalités sociales de santé

Particulièrement marquées en France, les inégalités sociales de santé ont tendance à s'accroître. Elles concernent l'ensemble de la population selon un gradient continu et n'ont pas la même ampleur selon la situation géographique. Au-delà de leur caractère injuste, elles présentent un poids pour l'économie.

Inégalités sociales de santé : comment les appréhende-t-on ?

Sandrine Danet
Médecin de santé publique, épidémiologiste, chargée de mission, direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

Malgré l'amélioration des conditions de vie et les progrès des prises en charge médicales, des disparités sociales significatives demeurent en matière de santé en France. Un important travail de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) [64] leur a été consacré, ainsi qu'un chapitre spécifique du rapport 2002 du Haut Comité de la santé publique [48] et plus récemment par le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) [49]. Ce dernier soulignait que, si l'on observe des inégalités sociales

de santé (morbidité, mortalité, santé perçue, santé fonctionnelle) dans tous les pays à des degrés divers, elles demeurent dans notre pays plus importantes que dans la plupart des autres pays européens et, pour certains indicateurs de santé, se sont aggravées au cours des dernières décennies.

De nombreuses recherches se sont attachées à identifier les facteurs de ces inégalités. Parmi ceux qui ont été avancés, on trouve : les conditions de vie, et notamment de travail, les modes de vie et comportements à risque,

Le rapport annexé à la loi relative à la politique de santé publique prévoit la publication régulière d'un ensemble d'indicateurs transversaux comme instrument de pilotage et d'amélioration de la politique de santé publique en complément des indicateurs spécifiques proposés pour les principaux problèmes

de santé. Ils participent à la connaissance de la performance du système de santé. Des indicateurs permettant de renseigner les inégalités sociales de santé ont été proposés. Cet article, issu du rapport de suivi des indicateurs associés aux objectifs annexés à la loi relative à la politique de santé publique

apporte les éléments de cadrage permettant de décrire les inégalités sociales de santé en France.

1. *L'état de santé de la population en France. Rapport 2009-2010. Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique.* Drees, 315 p.

Remerciement aux contributeurs : E. Cambois (Ined), Irdes, Insee.

le rôle cumulatif des différences de conditions de vie au cours de l'existence, la causalité inverse selon laquelle l'état de santé expliquerait les différences de revenus, l'effet de la structure sociale (position relative, domination hiérarchique et perte d'autonomie), le rôle du système de santé et de soins, certains facteurs nationaux dont pourraient faire partie les politiques sanitaires et sociales [27], etc. Aucune de ces hypothèses ne suffit à elle seule à expliquer le phénomène, qui résulte à l'évidence de causalités combinées.

Il n'en reste pas moins important d'en observer les évolutions au moyen d'indicateurs synthétiques. L'impact des politiques publiques sur la réduction des inégalités de niveau de vie ou d'éducation et d'accès au système de santé et de soins pourra être suivi à moyen et long termes à l'aide de ces données chiffrées. Définir des indicateurs de mesure des inégalités sociales en matière de santé suppose, d'une part, de déterminer les champs de la santé pertinents dans lesquels on souhaite observer des écarts et leur évolution et, d'autre part, d'identifier les critères sociaux appropriés pour mettre en évidence ces écarts. En sus de ces critères de pertinence, la disponibilité et la reproductibilité dans le temps des indicateurs sont des éléments déterminants de leur choix. Concernant les champs de la santé pertinents, le rapport de définition des indicateurs de suivi des objectifs de la loi relative à la santé publique de 2004¹ a retenu notamment :

- des indicateurs synthétiques de santé comprenant, d'une part, des indicateurs de santé perçue, de santé fonctionnelle et maladies chroniques déclarées ; d'autre part, des indicateurs d'espérance de vie à 35 ans selon la catégorie sociale – ce seuil de 35 ans correspondant à l'âge auquel les variables actuellement utilisées pour la caractérisation des groupes sociaux sont « stabilisées » pour la majorité de la population ;
- des indicateurs d'accès aux soins, comme le nombre de personnes bénéficiant de la couverture médicale universelle et le taux de renoncement aux soins.

Concernant les critères sociaux, deux variables de stratification ont été choisies :

- la répartition de la population en six catégories selon la classification « profession et catégorie sociale » (PCS) qui est le plus souvent utilisée en France ;
- la répartition de la population selon le niveau d'études en quatre catégories (primaire, premier niveau secondaire, niveau secondaire supérieur, enseignement supérieur).

Ces deux variables doivent permettre d'établir des comparaisons européennes, soit directement pour le niveau d'études, soit via un algorithme de conversion pour la catégorie socioprofessionnelle. L'interprétation et le suivi de ces indicateurs devront toutefois prendre en compte certaines limites. Le premier niveau de la PCS, classiquement utilisé en France, regroupe les ouvriers non qualifiés et les autres dans une même catégorie

« ouvriers ». La PCS est également moins pertinente pour l'étude des inégalités de santé chez les femmes qui n'exerçaient souvent pas d'activité professionnelle reconnue dans les générations anciennes : le niveau d'instruction serait dans ce cas plus approprié. De même, l'utilisation du critère du niveau d'études pour analyser des évolutions est délicate eu égard à l'élévation du niveau moyen d'études au cours du temps. Le contenu de ces catégories peut en outre varier au fur et à mesure que l'organisation sociale se modifie, ce qui peut rendre difficile l'interprétation d'une évolution des écarts de santé observés entre des groupes dont la nature est elle-même changeante. Un groupe social dont l'effectif se réduit, comme celui des sans-diplômes ou des ouvriers non qualifiés, peut ainsi représenter un groupe de population de plus en plus socialement sélectionné et connaître de ce fait une évolution défavorable des indicateurs de santé. La manière de classer les chômeurs mais aussi les autres inactifs et les retraités dans la taxinomie PCS pose également problème car ces statuts d'activité peuvent être associés à des risques spécifiques en matière de santé. Or ils évoluent au gré de la situation du marché du travail et n'ont pas la même résonance selon le statut antérieur, l'âge ou les autres caractéristiques démographiques et sociales des personnes concernées.

Indicateurs synthétiques d'état de santé

Santé perçue, santé fonctionnelle, maladies chroniques : un gradient social marqué

En dépit de son caractère général et de la subjectivité dont elle semble relever, la « santé perçue » apparaît cependant comme un indicateur pertinent de l'état de santé et très lié aux autres indicateurs de l'état de santé. Des travaux récents [34] montrent l'existence d'une hétérogénéité de déclarations, liée à la situation démographique affectant l'ensemble des indicateurs considérés. Parmi ceux-ci, la déclaration de maladies chroniques souffre d'un « biais de pessimisme » lié à l'éducation, à la profession et aux revenus. En revanche, les indicateurs de santé perçue et de limitations d'activité semblent moins biaisés et peuvent être considérés comme de bons outils de mesure dans l'objectif d'une surveillance globale des inégalités sociales de santé. On observe un gradient social marqué pour ces indicateurs d'état de santé : les ouvriers déclarent moins souvent être en bonne santé et plus souvent des limitations d'activité et des maladies chroniques, à l'inverse des cadres et professions intellectuelles supérieures. Les différences sont plus nettes encore entre les actifs et les inactifs. Cela s'explique par le fait que cette dernière catégorie surreprésente des personnes retraitées, plus âgées, et les personnes handicapées (tableau 1).

L'état de santé déclaré varie également selon le niveau de diplôme des personnes interrogées : moins les personnes sont diplômées, plus elles déclarent un mauvais état de santé, des limitations d'activité et des maladies

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 55.

1. http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/losp/rapport_indicateurs_drees.pdf



tableau 1

Santé perçue, santé fonctionnelle, maladies chroniques selon la profession et catégorie socioprofessionnelle (en pourcentage)

	Part de la population déclarant...			Part dans la population totale
	être au moins en assez bonne santé ^a	avoir un problème de santé chronique ^b	avoir une limitation d'activité ^c	
Agriculteurs exploitants	96,1	21,0	11,8	1,3
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	97,1	22,1	13,7	3,3
Cadres et professions intellectuelles supérieures	98,1	20,6	8,8	7,6
Professions intermédiaires	97,8	23,0	10,3	13,3
Employés	95,4	25,8	14,1	17,4
Ouvriers (y compris ouvriers agricoles)	94,2	25,1	15,6	13,8
Retraités	80,0	59,3	43,4	29,1
Autres inactifs	90,3	26,4	20,3	14,2
Total	90,4	34,5	22,7	100,0

a. Libellé de la question : « Comment est votre état de santé en général ? Très bon, bon, assez bon, mauvais, très mauvais. »

b. Libellé de la question : « Avez-vous une maladie ou un problème de santé qui soit chronique ou de caractère durable ? »

c. Libellé de la question : « Depuis au moins 6 mois, en raison de problèmes de santé, êtes-vous limité(e) dans les activités que font les gens habituellement ? »

Champ : Personnes âgées de plus de 15 ans vivant en logement ordinaire en France métropolitaine.

Sources : Enquête statistique sur les ressources et conditions de vie (SRCV) 2007, Insee.

tableau 2

Santé perçue, santé fonctionnelle, maladies chroniques selon le niveau d'études (en pourcentage)

Niveau de diplôme	Part de la population déclarant...			Part dans la population totale
	être au moins en assez bonne santé ^a	avoir un problème de santé chronique ^b	avoir une limitation d'activité ^c	
Sans diplôme ou CEP	80,5	50,4	40,2	30,3
CAP – BEPC	92,5	31,0	18,8	9,7
BAC – BAC + 2	93,9	28,9	16,3	38,8
Diplôme supérieur	97,3	23,6	11,3	21,2
Total	90,4	34,5	22,7	100

a. Libellé de la question : « Comment est votre état de santé en général ? Très bon, bon, assez bon, mauvais, très mauvais. »

b. Libellé de la question : « Avez-vous une maladie ou un problème de santé qui soit chronique ou de caractère durable ? »

c. Libellé de la question : « Depuis au moins 6 mois, en raison de problèmes de santé, êtes-vous limité(e) dans les activités que font les gens habituellement ? »

Champ : Personnes âgées de plus de 15 ans vivant en logement ordinaire en France métropolitaine.

Sources : Enquête statistique sur les ressources et conditions de vie (SRCV) 2007, Insee.

chroniques (tableau 2). Selon le *Panel communautaire des ménages*² (PCM) en 1998, on constate également

2. Le *Panel communautaire des ménages* (PCM) était une enquête longitudinale à objectifs multiples couvrant de nombreux aspects de la vie quotidienne, en particulier l'emploi et le revenu, mais également les caractéristiques démographiques, l'environnement, l'éducation et la santé. En tout, l'échantillon couvrait quelque 60 000 ménages comprenant 130 000 adultes âgés de 16 ans ou plus au 31 décembre de l'année précédente. La première vague s'est déroulée en 1994, alors que l'Union européenne ne comptait que douze États membres. Après huit années d'utilisation (de 1994 à 2001), Eurostat et les États membres ont décidé de mettre un terme au projet du PCM. Il a été remplacé en 2003 par un nouvel instrument permettant

dans l'Union européenne (UE) une amélioration de l'état de santé ressenti avec le niveau d'études. De même, l'activité était associée à un meilleur état de santé déclaré : pour l'ensemble de l'UE, les répondants n'ayant pas d'emploi (chômeurs, personnes inaptes au travail ou retraités) sont ceux qui présentent les plus forts taux de personnes considérant que leur état de santé était moyen, mauvais ou très mauvais. Parmi les

de recueillir des statistiques communautaires sur le revenu et les conditions de vie, l'EU-SILC (European Union – Statistics on Income and Living Conditions), afin d'adapter le contenu et l'actualité du panel aux nouveaux besoins politiques.

personnes se considérant en très bonne ou en bonne santé, le rapport de la population en situation d'emploi à la population n'occupant pas d'emploi était d'environ deux pour un [25].

Espérance de vie à 35 ans : des écarts sensibles entre les cadres et les ouvriers

L'espérance de vie continue sa progression, mais de façon plus ou moins rapide selon la position sociale. Entre le début des années 1980 et le milieu des années 1990, l'espérance de vie à 35 ans a augmenté pour toutes les catégories sociales. Ce sont toujours les ouvriers qui vivent le moins longtemps et les cadres et professions intellectuelles supérieures qui ont l'espérance de vie la plus longue. Au cours de la période 1991-1999, les hommes cadres ou exerçant une profession intellectuelle supérieure ont à 35 ans une espérance de vie de 46 ans supplémentaires, contre 39 ans pour les ouvriers. À 35 ans, les femmes ont une espérance de vie de 50 ans quand elles sont cadres et 47 ans quand elles sont ouvrières. Les différences de mortalité demeurent beaucoup plus modérées chez les femmes que chez les hommes : au milieu des années 1990, l'espérance de vie à 35 ans des femmes cadres dépasse de 3 ans celle des ouvrières, alors que l'écart entre les hommes cadres et ouvriers s'élève à 7 ans. Les écarts d'espérance de vie entre catégories socioprofessionnelles se sont aggravés chez les hommes, alors qu'ils restaient stables chez les femmes [77] (tableau 3).

De telles inégalités se retrouvent dans toute l'Europe, même si l'ampleur des écarts ne peut être précisément comparée. Les études indiquent que l'accroissement des écarts est dû à une baisse plus importante de la mortalité pour les groupes les plus favorisés, liée à la diminution de certaines causes de décès (par maladies cardio-vasculaires notamment) [17].

Espérance de vie sans incapacité : des inégalités aggravées

Aux inégalités d'espérance de vie liées à la catégorie socioprofessionnelle, viennent s'ajouter de fortes inégalités d'espérance de vie sans incapacité³. Une étude récente confirme et précise les conclusions d'études antérieures : les ouvriers ont non seulement une espérance de vie plus courte que les cadres, mais ils passent aussi plus de temps qu'eux avec des incapacités [18]. La prévalence de l'incapacité provient de l'enquête sur la Santé et les Soins médicaux de 2002-2003. Trois indicateurs d'incapacité y sont examinés :

- les limitations fonctionnelles physiques et sensorielles sans gêne sur les activités du quotidien (difficultés à voir, à entendre, à marcher, à monter et descendre des escaliers, etc.);
- les problèmes fonctionnels plus lourds qui gênent la réalisation d'activités courantes ;
- les difficultés dans les activités de soins personnels qui reflètent dans la quasi-totalité des cas des situations de dépendance ou de quasi-dépendance (difficultés ou besoin d'aide pour faire sa toilette, s'habiller, se nourrir, etc.).

Les cadres vivent 10 années de plus que les ouvriers sans limitations fonctionnelles, 8 années de plus sans gêne dans les activités et 7 ans de plus sans dépendance (figure 1). De manière générale, plus l'espérance de vie est courte, plus les années d'incapacité sont nombreuses. Seuls les agriculteurs bénéficient d'une espérance de vie plus longue que la moyenne, mais avec aussi davantage d'années de limitations fonctionnelles. Ces différences très marquées chez les hommes s'expliquent par le fait que leur catégorie socioprofessionnelle

3. Ces estimations ont été obtenues pour une période différente et avec une méthode propre : elles ne sont donc pas comparables avec les chiffres présentés dans le tableau précédent.

tableau 3

Espérance de vie des hommes et des femmes à 35 ans, par période et catégorie socioprofessionnelle (en années)

	Cadres et professions intellectuelles supérieures	Professions intermédiaires	Agriculteurs	Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	Employés	Ouvriers	Inactifs non retraités	Ensemble
Hommes								
1976-1984	41,5	40,5	40,5	39,5	37,0	35,5	27,5	38,0
1983-1991	43,5	41,5	41,5	41,0	38,5	37,5	27,5	39,0
1991-1999	46,0	43,0	43,5	43,0	40,0	39,0	28,5	41,0
Femmes								
1976-1984	47,5	46,5	45,5	46,0	45,5	44,5	44,5	45,0
1983-1991	49,5	48,0	47,0	47,5	47,5	46,5	45,5	46,5
1991-1999	50,0	49,5	48,5	49,0	48,5	47,0	47,0	48,0

Champ : France entière.

Sources : Insee, échantillon démographique permanent et état civil.



Estimation de l'espérance de vie sans incapacité

Méthode

C'est la méthode de Sullivan qui est utilisée pour combiner la prévalence par âge de l'incapacité, établie à partir des données d'enquête, avec la table de mortalité. Les années vécues de la table sont ainsi décomposées en années vécues en incapacité et en années vécues sans incapacité. Comme les enquêtes Santé concernent en général la population vivant en ménage ordinaire, la méthode de Sullivan suggère de tenir compte, dans le partage des années de vie, de celles passées en institution (déduites des taux de résidence en ménages ordinaire), en les considérant comme des années d'incapacité.

Incapacité

Les données de prévalence par âge de l'incapacité sont issues de l'enquête sur la Santé et les

Soins médicaux 2002-2003. Trois indicateurs sont utilisés :

- les limitations fonctionnelles physiques et sensorielles, parmi lesquelles on trouve les niveaux de difficultés les plus modérés, qui n'ont pour la plupart pas de répercussions sur les activités du quotidien (difficultés à voir, à entendre, à marcher, à monter et descendre des escaliers, etc.) ;
- les difficultés dans les activités qui correspondent à des problèmes fonctionnels plus lourds qui gênent la réalisation d'activités courantes ;
- les difficultés dans les activités de soins personnels qui, bien moins courantes, reflètent dans la quasi-totalité des cas des situations de dépendance ou de quasi-dépendance (difficultés ou besoin d'aide pour faire sa toilette, s habiller, se nourrir, etc.).

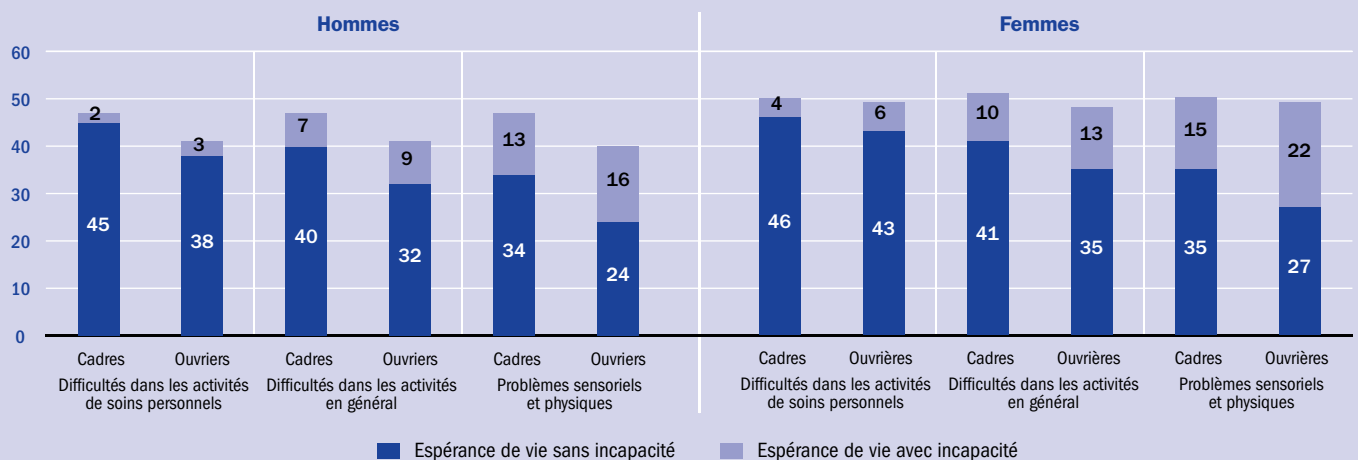
Pour calculer le nombre d'années vécues en institution, les taux d'institutionnalisation par groupes de professions sont déduits des données de l'enquête Handicap-Incapacité-Dépendance de 1998-1999 (Insee). Cette enquête a mis en évidence des différences selon le groupe de professions dans les chances de rester à domicile.

Mortalité

Les tables de mortalité par profession et catégorie socioprofessionnelle (PCS) ont été modélisées à partir des données de l'Échantillon démographique permanent (décès survenus entre 1999 et 2003 selon la PCS repérée au recensement de 1999), à l'aide du logiciel IMACh.

figure 1

Espérance de vie à 35 ans selon trois indicateurs d'incapacité chez les cadres supérieurs et les ouvriers, en 2003



Champ : France métropolitaine.

Sources : Calculs des auteurs (Cambois et al.) d'après les données de l'Échantillon démographique permanent et de l'Enquête sur la santé et les soins médicaux 2002-2003.

est très représentative de leurs conditions de vie et qu'elles sont dès lors liées à toutes sortes de facteurs et déterminants de la santé (conditions de travail, niveau de vie, accès à la prévention et aux soins, exposition aux risques de mauvaise santé, etc.). Les années de vie avec limitations fonctionnelles physiques et sensorielles sont particulièrement présentes dans les catégories de professions manuelles. C'est ce qui explique le paradoxe des agriculteurs exploitants : plutôt protégés en termes d'espérance de vie, ils sont aujourd'hui proches des professions indépendantes et chefs d'entreprise ; pour autant, ils restent plus exposés que d'autres professions

d'indépendants à des conditions de travail difficiles (activités physiquement exigeantes, en extérieur, sous contrainte de temps, horaires décalés, etc.), ce qui peut expliquer les nombreuses années de limitations fonctionnelles.

Les différences sociales d'espérance de vie sans incapacité perdurent après 60 ans, témoignant d'un effet de long terme de la catégorie professionnelle et des conditions de vie qui lui sont associées. L'ensemble de ces résultats se retrouve aussi pour les femmes, même si les écarts sont moins marqués (tableau 4). Ces moindres écarts s'expliquent en partie par le fait que la catégorie

tableau 4

Espérance de vie selon le sexe, l'incapacité et la catégorie socioprofessionnelle, en 2003

	EV en années	Indicateurs d'incapacité					
		Difficultés dans les activités de soins personnels		Difficultés dans les activités en général		Problèmes fonctionnels physiques et sensoriels	
		EVI en années	EVSI/EV	EVI en années	EVSI/EV	EVI en années	EVSI/EV
Hommes							
Espérance de vie à 35 ans							
Cadres supérieurs	46,6	2,1	95,5 %	7,0	84,9 %	12,6	72,9 %
Professions intermédiaires	44,8	2,4	94,8 %	7,9	82,4 %	14,0	68,8 %
Agriculteurs exploitants	45,3	2,9	93,5 %	8,2	81,8 %	16,3	64,0 %
Indépendants	44,4	2,5	94,3 %	7,4	83,4 %	14,3	67,8 %
Employés	42,1	3,1	92,7 %	8,1	80,8 %	13,7	67,4 %
Ouvriers	40,9	3,4	91,7 %	9,1	77,8 %	16,5	59,8 %
Inactifs	30,4	8,7	71,2 %	20,4	32,8 %	19,9	34,6 %
Total	42,8	3,0	92,9 %	8,7	79,6 %	15,1	64,7 %
Écart cadres-ouvriers	5,7	-1,3	3,8 %	-2,0	7,1 %	-3,9	13,2 %
Espérance de vie à 60 ans							
Cadres supérieurs	23,1	2,1	90,9 %	5,8	74,8 %	10,5	54,7 %
Professions intermédiaires	21,9	2,3	89,4 %	6,1	72,0 %	10,7	51,1 %
Agriculteurs exploitants	21,9	2,9	86,6 %	5,7	73,9 %	12,2	44,3 %
Indépendants	21,4	2,3	89,3 %	5,8	73,0 %	10,9	49,3 %
Employés	20,5	3,2	84,3 %	6,3	69,1 %	10,7	47,6 %
Ouvriers	19,4	3,1	83,8 %	6,6	65,9 %	12,1	37,8 %
Inactifs	14,7	5,9	59,6 %	10,6	27,7 %	10,6	28,1 %
Total	20,7	2,7	86,8 %	6,2	70,0 %	11,2	45,8 %
Écart cadres-ouvriers	3,7	-1,0	7,1 %	-0,8	8,9 %	-1,6	16,9 %
Femmes							
Espérance de vie à 35 ans							
Cadres supérieures	50,9	4,4	91,3 %	9,9	80,6 %	15,5	69,6 %
Professions intermédiaires	49,8	4,4	91,1 %	11,4	77,2 %	17,7	64,5 %
Agricultrices exploitantes	50,1	6,2	87,6 %	12,3	75,5 %	20,7	58,7 %
Indépendantes	50,1	5,3	89,5 %	11,4	77,3 %	18,4	63,2 %
Employées	49,4	5,0	90,0 %	11,2	77,2 %	20,5	58,5 %
Ouvrières	48,6	6,1	87,5 %	13,2	72,8 %	21,8	55,2 %
Inactives	46,7	5,6	88,0 %	13,9	70,3 %	21,2	54,6 %
Total	48,8	5,3	89,2 %	12,1	75,2 %	20,0	59,0 %
Écart cadres-ouvrières	2,3	-1,6	3,7 %	-3,3	7,7 %	-6,3	14,4 %
Espérance de vie à 60 ans							
Cadres supérieures	26,6	4,4	83,6 %	7,8	70,7 %	12,3	53,7 %
Professions intermédiaires	25,7	4,3	83,3 %	9,1	64,5 %	14,1	45,2 %
Agricultrices exploitantes	25,7	5,5	78,5 %	10,1	60,6 %	16,7	34,8 %
Indépendantes	25,8	4,9	81,0 %	10,1	60,7 %	15,4	40,2 %
Employées	25,4	4,7	81,4 %	8,9	65,1 %	16,3	35,7 %
Ouvrières	24,7	5,5	77,6 %	10,1	59,0 %	16,2	34,4 %
Inactives	23,4	4,4	81,1 %	8,5	63,6 %	14,0	40,4 %
Total	24,9	4,8	80,5 %	9,1	63,4 %	15,3	38,5 %
Écart cadres-ouvrières	1,9	-1,1	5,9 %	2,3	11,6 %	-3,9	19,3 %

Note : EV = espérance de vie ; EVI = espérance de vie avec incapacité ; EVSI : espérance de vie sans incapacité.

Champ : France métropolitaine.

Sources : Calculs par les auteurs (Cambois et al.) d'après les données de l'Échantillon démographique permanent et de l'enquête sur la Santé et les Soins médicaux 2002-2003 (Insee).



Les inégalités sociales de santé

socioprofessionnelle des femmes est moins représentative de leurs conditions de vie que celle des hommes : elles sont plus souvent inactives ou appartiennent à des professions qui ne correspondent pas à leur formation et qualifications, ou encore à leur niveau de vie qui peut être déterminé par la profession du conjoint.

Indicateurs d'accès aux soins

Proportion des personnes ayant déclaré avoir dû renoncer à des soins pour raisons financières

Selon l'enquête Santé protection sociale de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes) en 2008 [2], 15 % de la population adulte métropolitaine déclare avoir renoncé à des soins pour des raisons financières au cours des douze derniers mois. Les renoncements sont toujours concentrés sur

un nombre limité des soins, ceux pour lesquels les dépenses restant à la charge des ménages sont les plus importantes. Ainsi, 47 % des renoncements concernent la santé bucco-dentaire, 18 % les lunettes et 12 % les soins de spécialistes. 18 % des femmes déclarent avoir renoncé à des soins, contre 12 % des hommes.

L'absence de couverture complémentaire est le facteur principal du renoncement : 29 % des personnes non protégées ont renoncé à des soins, contre 15 % des personnes bénéficiant d'une couverture complémentaire (privée ou CMUC). Le taux de renoncement varie fortement en fonction du niveau de revenu des ménages : il atteint 22 % pour les individus du premier quintile, contre 7,0 % pour ceux du dernier. Les ménages d'employés de commerce, d'employés administratifs et d'ouvriers sont ceux qui déclarent le plus renoncer à des soins (respectivement 24 %, 18 % et 17 %).

Inégalités sociales de santé et territoires

Alain Trugeon
Directeur de l'OR2S
de Picardie,
administrateur de la
Fnors,
membre du HCSP

Dans le domaine sanitaire, le choix du niveau régional a été inscrit dans plusieurs textes législatifs depuis le milieu des années quatre-vingt-dix. Avec la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) du 21 juillet 2009, une nouvelle étape a été franchie avec le territoire qui est devenu un axe essentiel de la politique régionale de santé.

La connaissance des inégalités sociales et territoriales de santé : un besoin

Toutefois, l'approche territoriale n'est pas unique suivant les diverses institutions amenées à élaborer les politiques dans ce domaine et, de plus, elle se doit d'être diversifiée au sein même des organismes en fonction des enjeux et des actions à mettre en place. La conjoncture économique et les contraintes financières que celle-ci entraîne renforcent le besoin d'analyses localisées et rendent indispensables la mise en adéquation des priorités retenues avec les réalités de terrain.

Ce contexte a donc suscité pour les acteurs locaux le besoin de disposer d'informations au niveau de leur espace d'intervention. En effet, dans le secteur sanitaire tout comme dans le domaine médico-social, les décisions doivent prendre en compte la réalité d'un état des lieux¹, l'offre offerte et les choix qui sont faits par la population. La dimension sociale et l'unité territoriale, surtout lorsque celle-ci devient petite, interfèrent, parfois de façon forte, sur les trois aspects et génèrent des différences entre les populations en termes notamment d'adaptation au sein du système de santé. Ces différences sont alors sources d'inégalités importantes. La connaissance des

inégalités sociales et territoriales devient donc pour le décideur une nécessité dans le cadre de l'élaboration de ses choix, la réduction de ces inégalités contribuant globalement à l'amélioration de l'état de santé de la population. C'est ainsi que la prochaine loi relative à la politique de santé publique devrait traiter de la réduction des inégalités sociales de santé.

C'est aussi une dimension qui a été prise en compte, d'une certaine manière, pour quelques indicateurs de suivi des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens signés entre les agences régionales de santé et le Conseil national de pilotage (CNP) des ARS.

Des données de plus en plus accessibles

Dans le respect des règles de confidentialité, la plupart des producteurs de données en santé mettent leurs bases de données à disposition des équipes de recherche. Par ailleurs, la nouvelle méthode mise en place pour le recensement de la population permet désormais de disposer annuellement² de la répartition par âge et par sexe de la population, quel que soit le niveau géographique. Il est ainsi possible de produire, chaque année, des indicateurs mélangeant ces différentes sources. Toutefois, l'interprétation des données est plus complexe à mesure que le territoire analysé se réduit, notamment pour des aspects de significativité statistique³.

En France, le nombre élevé de communes⁴ empêche, pour la plupart d'entre elles, le traitement des données

2. Avec un certain retard cependant : les données du recensement au 1^{er} janvier 2007 n'ont été disponibles que le 1^{er} juillet 2010.

3. Le regroupement d'années permet alors de résoudre cette difficulté et d'obtenir des indicateurs significatifs.

4. Au 1^{er} janvier 2010, la France compte 36 682 communes.