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 lieux[1], 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 annuellement[2] 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 statistique[3].

En France, le nombre élevé de communes[4] empêche, pour la plupart d'entre elles, le traitement des données

1. Le pluriel serait d'ailleurs préférable car il existe de multiples niveaux d'états des lieux dans les domaines sanitaire et médico-social.

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

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

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

de santé à ce niveau géographique. Mais il existe d'autres unités qui permettent le compromis entre finesse géographique et taille suffisante de population. Le canton, l'établissement public de coopération intercommunale (EPCI) ou le bassin de vie peuvent ainsi permettre une représentation cartographique, dissociée des découpages administratifs classiques (régions, départements, zones d'emploi, territoires de santé).

Un autre découpage de la France

À partir des données fournies par huit producteurs de données[5], soixante indicateurs calculés au niveau cantonal[6], pour une moitié à dominante sociale et pour l'autre à caractère sanitaire, ont permis de découper la France sans tenir compte des frontières administratives.

La représentation prend en compte le traditionnel constat d'une opposition entre le Nord, en surmortalité, et le Sud, en sous-mortalité. Mais, si le classique « T » de surmortalité septentrional est encore retrouvé pour la mortalité générale, il s'amoindrit, voire disparaît, pour la mortalité prématurée, particulièrement dans le Nord-Est. Ainsi, l'impact des inégalités sociales de santé est surtout reflété par les écarts de mortalité avant 65 ans. C'est dans les lieux où la population ouvrière est importante, de même que les personnes en situation précaire, que cette mortalité élevée est retrouvée. Ce sont souvent des zones industrielles ou anciennement industrielles du nord et du centre de la France, mais aussi de certains secteurs bretons et normands. Par ailleurs, l'opposition entre zones rurales et secteurs urbains reste très prononcée en France, de même que celle qui existe entre l'Hexagone et les départements ultramarins. Finalement, l'analyse et la cartographie qui en découle soulignent la forte influence des déterminants sociaux, plus directement corrélés aux indicateurs de santé que les variables de l'offre de soins et posent ainsi la question du rôle de l'environnement physique et social, des comportements socioculturels, des interactions complexes entre ces déterminants sur l'état de santé des individus.

L'enjeu du croisement d'informations en santé avec les données sociales

Le croisement d'informations sanitaires et d'informations sociales permet, avec les techniques d'analyses de données, de mesurer les relations entre les deux domaines *a posteriori*. Pourtant, disposer de bases de données dans lesquelles les deux dimensions sont présentes affine les interprétations. D'ailleurs, la proposition d'entreprendre une réflexion sur les textes qui encadrent l'utilisation du numéro identifiant au répertoire (NIR), dans le rapport du Haut Conseil de la santé publique (HCSP) portant sur *Les systèmes d'information pour la santé publique*, va dans ce sens. En effet, la proposition a pour objectif de permettre l'appariement de données de recueil avec des sources médico-administratives. Ce même souhait est également formulé dans un autre rapport du HCSP, intitulé *Les inégalités sociales : sortir de la fatalité*, qui stipule la nécessité de développer les appariements de bases de données dans le système de santé et d'assurance maladie dans le but d'enrichir considérablement l'étendue des données exploitables.

Certaines enquêtes, représentatives à l'échelon régional (Baromètre santé, Enquête décennale santé, Escapad…), permettent déjà le croisement entre données de santé et données sociales. Le recoupement existe aussi dans d'autres recueils comme les données de mortalité transmises par le CépiDc[7], même si le groupe socio-professionnel n'est interprétable que pour les hommes en âge d'activité. Les données des centres d'examens de santé de l'Assurance maladie exploitées par le Cetaf[8] avec l'utilisation d'un score de précarité (Épices[9]) le permettent aussi d'une autre façon.

Des différences entre niveau social et santé plus ou moins marquées entre les régions françaises

L'analyse des données du CépiDc sur une période longue[10] montre que, s'il existe dans toutes les régions des différences de mortalité entre le groupe socio-professionnel des cadres et professions intellectuelles supérieures et celui composé des ouvriers et employés, les écarts ne sont toutefois pas identiques sur l'ensemble du pays. Ils sont ainsi moins marqués dans les régions du sud de la France (Corse, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Languedoc-Roussillon) que dans celles de l'Ouest (Bretagne, Pays de la Loire). Le ratio est de l'ordre de 2,5 pour les premiers et supérieur à 3,5 pour les seconds, lorsque la moyenne française est de l'ordre de 3. Un différentiel du même ordre se retrouve également au niveau des trois principales causes de décès (cancers, maladies cardio-vasculaires, causes extérieures de traumatismes et empoisonnements), sans d'ailleurs que ce soit les mêmes régions aux extrêmités.

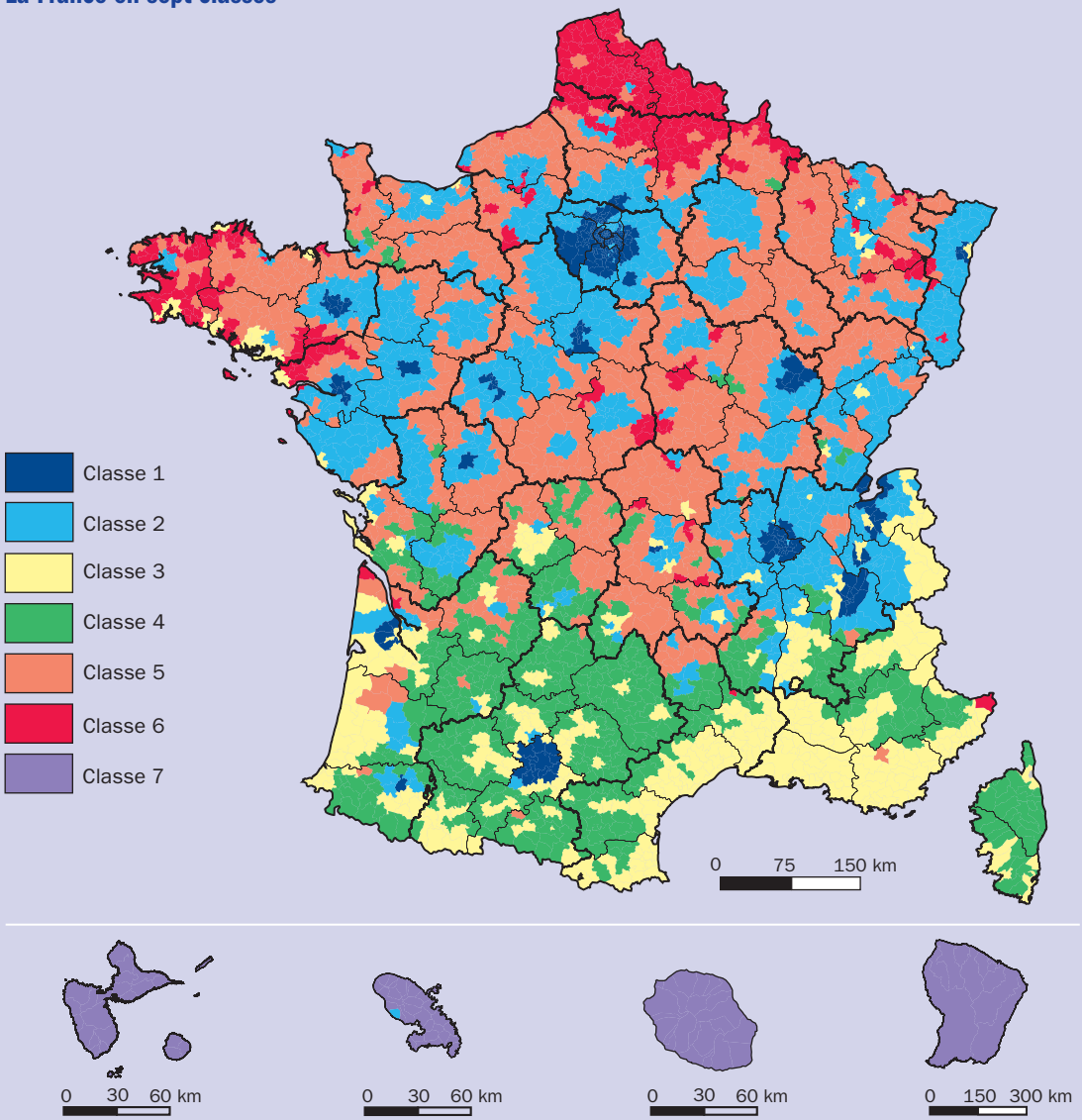
Ces différences en fonction du groupe socio-professionnel entre les régions françaises pour les conséquences ultimes que constituent les décès se retrouvent dans la plupart des enquêtes menées en population générale. Mais les écarts peuvent être plus ou moins marqués entre les régions et varier suivant d'autres facteurs. À titre d'exemple, l'enquête menée en médecine

5. CCMSA, Cnaf, Cnamts, DGI, Drees, Insee, Inserm CépiDc, ministère de l'Écologie, de l'Énergie, du Développement durable et de la Mer.
6. L'unité retenue est en réalité un canton aménagé, soit 3261 cantons, sur les 4036 constitués en vue de l'élection à l'assemblée départementale, qui regroupent notamment les fractions cantonales des grandes communes.

7. Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès, institut national de santé et de la recherche médicale.
8. Centre technique d'appui et de formation des centres d'examens de santé.
9. Indicateur individuel qui prend en compte la précarité et les inégalités de santé à partir de onze questions.
10. La période d'analyse porte sur le regroupement des années 1991 à 2005, sans l'année 1998 qui a été une année spécifique pour l'Insee concernant le codage de la profession et catégorie socio-professionnelle.

figure 1

La France en sept classes



La classification a permis d'identifier sept classes regroupant des cantons au profil socio-sanitaire similaire :

- classe 1 : zones urbanisées, socialement favorisées, à proximité des services de soins, en sous-mortalité ;
- classe 2 : zones plutôt péri-urbaines, en situation moyenne par rapport au niveau national, tant pour la situation sociale que pour la mortalité, relativement peu dotées en services de soins de premier recours libéraux ;
- classe 3 : zones relativement peuplées, avec une offre de soins de premier recours libérale importante, dans la moyenne nationale en regard de la mortalité, marquées par des différences sociales importantes entre les diverses populations qui la constituent ;
- classe 4 : zones rurales avec de fortes proportions d'agriculteurs exploitants et de personnes âgées, connaissant une certaine précarité, éloignées des services de soins, en sous-mortalités générale et prématurée, hormis pour les causes accidentelles ;
- classe 5 : zones rurales, avec des proportions d'ouvriers et d'agriculteurs exploitants élevées, de faibles densités de professionnels de santé, en surmortalités générale, prématurée et accidentelle au sens large ;
- classe 6 : zones industrielles avec une proportion d'ouvriers importante, des situations de précarité fréquentes, en surmortalités générale et prématurée ;
- classe 7 : zones avec une population jeune, une fécondité élevée, socialement défavorisées, en surmortalité par maladies vasculaires cérébrales et en sous-mortalité par cancers.

Source : cette carte est extraite de l'ouvrage *Inégalités socio-sanitaires en France, de la région au canton* publiée dans la collection Abrégés chez Elsevier-Masson, exploitation Fnors.

générale[11] montre des différences de comportement en matière de santé entre les groupes socio-professionnels des patients. Toutefois, ces différences ne sont pas forcément de même nature en fonction du genre. Ainsi, la part de patients de médecins généralistes présentant un risque avec l'alcool est de 24,3 % chez les hommes cadres ou ayant une profession intellectuelle supérieure et de 10,6 % parmi les femmes de ce même groupe socio-professionnel. Parmi les ouvriers, ce pourcentage croît de façon sensible chez les hommes (38,6 %), augmentation non perceptible parmi la population féminine (10,8 %). Cette faible différence au niveau national est d'ailleurs la résultante dans certaines régions de consommations supérieures chez les femmes cadres à celles des ouvrières. L'opposition traditionnelle Nord/Sud est nettement plus marquée chez les hommes que chez les femmes, tant en termes de pourcentages qu'en termes de différentiels entre les deux groupes socio-professionnels.

L'enjeu de s'intéresser aux inégalités sociales de santé prenant en compte le territoire

Une analyse de divers recueils montre que les inégalités sociales de santé ne sont pas toujours de même ampleur suivant la région[12]. Compte tenu des différences sensibles existant au sein du territoire national (figure 1) qui n'épouse pas les limites administratives, il devient important de disposer d'informations de santé à différents niveaux territoriaux qui puissent prendre en compte les paramètres mesurant la dimension sociale. Dans le contexte actuel, l'amélioration globale de la santé des populations ne sera en effet effective que par des actions et des messages adaptés à la diversité des populations auxquelles ils s'adressent. Cela est d'autant plus important que les professionnels de terrain, tant du domaine sanitaire que du secteur social, sont très demandeurs d'outils de mesure pour accompagner leur pratique au quotidien.

11. L'enquête a été menée par la Drees et la Fnors en 2000 sur deux jours donnés auprès d'un échantillon représentatif au niveau de médecins généralistes de chaque région de l'Hexagone et d'outre-mer. Elle s'adressait aux patients âgés de 16 ans ou plus vus en consultation ou en visite et avait pour objectif de mesurer la part de patients présentant des problèmes avec l'alcool à travers trois approches : la déclaration du patient concernant sa consommation, le questionnaire Deta et le diagnostic émis par le médecin. Un profil à risque était alors défini à partir de ces trois renseignements.

12. Pour en savoir plus sur les différentes enquêtes traitées, le lecteur est renvoyé à la publication réalisée par la Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé mentionnée en bibliographie.

Inégalités sociales de santé et précarité

Pierre Chauvin
Médecin et épidémiologiste, directeur de recherche à l'Inserm (UMRS 707, Inserm-UPMC, Paris), membre du HCSP
Pascale Estecahandy
Médecin généraliste, praticien hospitalier (CHU de Toulouse)

Le terme « précarité » est souvent employé, à tort, comme synonyme de pauvreté ou d'exclusion sociale. Cette utilisation euphémistique — confortée dans le champ des soins médicaux par certaines terminologies officielles (par exemple, les « équipes mobiles psychiatrie précarité ») ou par le langage courant (les « consultations précarité » hospitalières pour les permanences d'accès aux soins de santé) — est peut-être guidée par le souci de soulager un peu le stigmate supporté par certaines populations en grande difficulté sociale. Elle contribue surtout à circonscrire de façon tout à fait néfaste une notion en réalité beaucoup plus large et transversale et, par là, à entretenir une opposition — qui, de notre point de vue, n'a pas lieu d'être — entre les approches « précarité – santé » et « inégalités sociales de santé », encore trop souvent opposées dans la recherche, les réflexions sur les pratiques de soins et la définition des politiques de santé.

La précarité : au-delà de la pauvreté et de l'exclusion

La notion de précarité renvoie, en effet, à une accumulation, éventuellement transitoire et réversible, de conditions de vie instables, génératrices de difficultés diverses, qui ont en commun le risque d'une rupture progressive des liens sociaux qui apportent soutien et reconnaissance dans différentes sphères de socialisation : la famille, le milieu professionnel, le voisinage, le réseau amical notamment [87]. Elle concerne donc, quantitativement et qualitativement, un nombre beaucoup plus large de personnes et de situations que les pauvres ou les « exclus ». Elle s'oppose aussi tout à fait à une vision dualiste d'une société qui serait partagée entre les « inclus » et les « exclus » de part et d'autre d'une fracture sociale — ou encore entre les « gagnants » et les « perdants » des reconfigurations sociales en cours, dans le domaine de l'emploi en particulier — et s'écarte également des catégories construites à partir des dispositifs publics (par exemple, les RMIstes, les chômeurs en fin de droit, etc.) en considérant la vulnérabilité des situations indépendamment de leur prise en charge par le système d'aide sociale [21]. C'est peut-être la largesse même de la notion (dont la prévalence, s'il faut la quantifier, concernerait, à un temps donné, environ 20 % de la population française) qui suscite, dans notre expérience, peurs et réticences à l'utiliser dans toute son acception. Que de fois n'avons-nous pas entendu, quand nous rappelions cette définition, comme un reproche : « *Si on vous suit, alors tout le monde est précaire !* » Oui, beaucoup de gens connaissent ou connaîtront cette situation dans laquelle les capacités à faire face et les ressources (pas seulement financières) se trouvent débordées,

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