



Rapport préparé par M. GUY ATLAN

**AU NOM DE LA COMMISSION
DE LA SANTE, DE LA SOLIDARITE ET DES AFFAIRES SOCIALES**

19 septembre 2007

**LES INEGALITES SOCIALES DE SANTE
EN ILE-DE-FRANCE**

● **Guy ATLAN**

Table des Matières

	Pages
- Introduction	6
- I : Définitions et données	14
- I – 1 : Les définitions de la Santé proposées par l’OMS et la charte d’Ottawa ; les notions d’inégalités au regard de la mortalité et de la morbidity : quelques notions méthodologiques	
- I – 1 – 1 : La Santé	
- I – 1 - 2 : Mortalité - Morbidity - Les catégories socioprofessionnelles et autres approches de classement	15
I – 2 : <u>Données sur la mortalité</u> dans la Région et l’ensemble du pays (selon l’âge, la géographie, les catégories sociales, etc).	
I – 2 – 1 : L’espérance de vie en Île-de-France : son augmentation forte suit celle observée sur l’ensemble du pays ; l’espérance de vie des hommes et des femmes	19
1 – 2 – 2 : L’espérance de vie en Île de France présente de fortes disparités géographiques ; elle se recoupe avec une forte division sociale de l’espace régional	21
1 – 2 – 3 : L’espérance de vie varie avec les catégories Socio-professionnelles (données générales ensemble pays)	25
1 – 2 – 4 : La mortalité prématurée (ou surmortalité ou "mourir avant de vieillir), autre forme d’expression des disparités d’espérance de vie	28
1 – 2 – 5 : La mortalité infantile prématurée	31

1 – 2 – 6 : Comparaison de la mortalité prématurée avec d'autres pays européens	32
1 – 3 : <u>Données sur la morbidité</u> : les indicateurs globaux de santé	
1 – 3 – 1 : Problématique	35
1 – 3 – 2 : L'état de santé en France en 2003 – enquête Insee	37
1 – 3 – 3 : L'observation de deux épidémies actuelles et leur évolution en fonction des caractéristiques sociales (infection VIH et obésité)	44
1 – 3 – 4 : Certains secteurs pathologiques évoluent selon les conditions sociales	
1 – 3 – 4 – 1 : Santé bucco-dentaire	50
1 – 3 – 4 – 2 : Santé mentale	51
1 – 3 – 4 – 3 : Handicap (Personnes frappées de)	55
1 – 3 – 4 – 4 : Personnes âgées	61
1 – 4 : <u>L'offre de soins</u> en Île-de-France	66
1 – 4 – 1 : Considérations générales : les soins améliorent-ils la santé ?	
1 – 4 – 2 : L'offre de soins en Île-de-France.....	67
1 – 4 – 2 – 1 : L'offre de soins : les personnels	68
1 – 4 – 2 – 2 : L'offre de soins : l'hospitalisation	71
1 – 4 – 2 – 3 : Quelques formes alternatives de l'offre de soins "classique"	73

II : <u>Études et approches conceptuelles</u> des relations santé – caractéristiques sociales – Problématique	77
II – 1 : Les études de cohortes	
II – 1 – 1 : les études longitudinales menées au Royaume – Uni	78
II – 1 – 2 : La cohorte Gazel en France	80
II – 2 : Éléments d'analyse des facteurs susceptibles d'intervenir sur la santé et être à l'origine des différences observées entre les catégories sociales	82
II – 2 – 1 : Les facteurs de risques individuels et leur limites dans l'explication des inégalités	84
II – 2 – 2 : Les facteurs socio-économiques : une multiplicité de facteurs	85
II – 3 : Approches conceptuelles des inégalités sociales de santé	90
- le modèle matérialiste	90
- la théorie psychosociale	92
- le modèle éco-social	93
- En conclusion	93
III : <u>Inégalités sociales de santé et "précarité santé"</u> : deux problématiques distinctes ?	95
III – 1 : <u>Santé, Inégalités et Recours aux Soins</u> (SIRS) : cinq zones urbaines sensibles d'Île-de-France	97
- la population enquêtée	99
- santé perçue, santé physique santé psychique.....	100
- le recours aux soins et les facteurs de renoncement	102
III – 3 : <u>Les réponses apportées par la CMU</u> dans le recours aux soins	104
- l'état de santé et recours aux soins des bénéficiaires de la CMU	105
- caractéristiques socio-démographiques	106
- huit sur dix chômeurs ou inactifs	106
- en moins bonne santé	107
- le renoncement aux soins	108
- les opinions favorables sur les changements	109
- le refus de délivrer des soins	109
III – 4 : La santé des sans-domicile usagers des services d'aide	111
- quelques données générales	
- la situation en Île-de-France.....	114
IV : <u>La loi de santé publique</u> de 2004 : le plan régional de santé publique. Les perspectives à ouvrir.....	116
IV – 1 : les objectifs de santé publique orientés vers les inégalités sociales de santé	117
IV – 2 : le dispositif de santé publique de l'Île-de-France :	

Le Plan Régional	118
IV – 3 : Perspectives à ouvrir : un axe prioritaire sur les Inégalités Sociales de Santé à ajouter à ceux retenus ?.....	120
V : Synthèse générale et conclusion	123
Glossaire	128
Annexe 1 : Données générales sur la pauvreté et la précarité (métropole et Ile-de-France)	130
Annexe 2 : Projet Ville-Santé de l’OMS.....	141

Les inégalités sociales de santé en Île de France

Introduction

Qu'entend-on par inégalités sociales de santé ? Le rapport va chercher à y répondre mais situer le débat en quelques phrases semble indispensable dans cette introduction. Dire que les inégalités de santé, concrètement mesurées par les taux de morbidité et de mortalité, la fréquence des handicaps ou des troubles mentaux, l'espérance et la qualité de vie ne résultent que de déterminants sociaux, serait un non sens. Mais à l'inverse, ne lire ces inégalités que sous l'angle d'un pur déterminisme biologique procéderait également de la même absurdité. La question posée dans le rapport que nous proposons cherche en effet à cerner ou donner la mesure selon laquelle nos sociétés, les formes de vie qu'elles organisent et qui l'organise au sein de territoires définis s'expriment dans les corps, autrement dit comment le social s'inscrit dans le biologique. Plus concrètement, on peut formuler la question de la façon suivante : pourquoi les écarts de taux de mortalité entre les classes sociales diffèrent-ils considérablement d'un pays à l'autre, à niveau de richesse comparable et notamment, pourquoi la France est l'un des pays d'Europe occidentale où les inégalités des personnes devant la mort sont parmi les plus fortes ? Ou encore, comment l'appartenance à certaines catégories professionnelles conduit-elle à une plus grande incidence de certaines pathologies, que la durée moyenne de vie dans les pays les plus pauvres de la planète est la moitié de celle observée dans les nations riches, et, pour revenir au contexte français, que le risque pour un manœuvre de mourir entre trente cinq et soixante ans est trois fois supérieur à celui d'un ingénieur ?

Les enjeux touchant aux inégalités sociales animent, il va de soi, l'espace politique de nos sociétés. Ces dernières placent en effet au centre du débat l'idée qu'il existe des moyens ou systèmes de régulation faisant en sorte qu'une certaine forme de justice et d'équité est susceptible d'être mise en œuvre entre les citoyens, cet "idéal" trouvant sa traduction dans le "modèle social" propre à chacun de nos pays. Au cœur de ce modèle figure en particulier le système de distribution et d'accès aux soins dont l'objectif est de faire en sorte que les effets liés aux questions de santé aient une incidence aussi réduite que possible sur la vie sociale des personnes.

Les inégalités sociales de santé figurent donc nécessairement dans les enjeux de société de notre pays et par conséquent de notre Région. Tardivement traduites dans le débat politique de notre pays, à l'inverse de ce qui se passait ailleurs, on assiste actuellement à une accélération de travaux autour de ces questions et par exemple, des programmes d'études sont lancés quasiment chaque année depuis

quelque temps par le Ministère de la Santé et de la Solidarité, les organismes de recherche (CNRS et INSERM) et les caisses d'assurance maladie sans compter les rapports qui se multiplient pour souligner les retards pris en France¹. Ainsi, en 1998 le rapport du Haut Comité de Santé Publique² était centré sur ces questions, questions reprises plus récemment par exemple, dans l'annexe au projet de loi de financement de la Sécurité sociale de 2005³ ou encore dans le rapport de Martin Hirsch⁴, tous soulignant l'articulation, la persistance sinon même l'aggravation des disparités sociales dans leurs relations à la santé. Car notre pays a un triste privilège de cumuler un certain nombre de paradoxes en cette matière d'inégalités sociales de santé.

Premier paradoxe : depuis sa fondation, la philosophie générale du système de soins réside dans l'idée que la distribution des soins de qualité doit s'adresser également vers toutes les personnes et qu'il doit disposer de moyens importants pour le faire, ce qui est le cas puisqu'ils ont un niveau parmi les élevés d'Europe⁵ (avec l'Allemagne et le Danemark) et pourtant, notre pays a considérablement tardé à rendre son système de distribution générale de soins réellement universel qui ne l'est que depuis 1998 avec la mise en place de la CMU.(Couverture Médicale Universelle).

Second paradoxe : cette dépense considérable a contribué globalement à l'amélioration de la santé et l'espérance de vie s'est élevée. Mais en dépit de cette dépense importante, notre pays est impuissant à faire que l'écart d'espérance de vie se réduise entre les classes sociales pour l'amener à des niveaux comparables à ceux de nos voisins européens. L'espérance de vie à 35 ans diffère de 6,5 ans (pour les hommes) selon que l'on soit ouvrier ou cadre et

¹ Par exemple un programme de recherche coordonné par l'IRDES (Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé) est lancé sur "Mesurer l'impact des déterminants non médicaux des inégalités sociales de santé" dans lequel se retrouvent les organismes de recherche (Inserm, CNRS...), les services du Ministère de la Santé et de la Solidarité, les caisses de l'assurance maladie...

² Le rapport du Haut Comité de Santé Publique consacre toute la deuxième partie de son rapport 2002 aux inégalités et disparités de santé en France et parle du paradoxe français devant l'amélioration générale de la santé d'une part et la persistance voire l'aggravation des inégalités d'autre part.

³ Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 2004 – Annexe A au projet de financement de la Sécurité Sociale pour 2005 – DREES Ministère de l'Emploi, du travail et de la cohésion sociale Ministère de la Santé et de la protection sociale

⁴ Au possible, nous sommes tenus. La nouvelle équation sociale 15 résolutions pour combattre la pauvreté des enfants – Résolution n° 8 : Ne plus cumuler inégalités sociales et inégalités de santé - Commission Familles, vulnérabilité, pauvreté Avril 2005

⁵ Dossiers Solidarité et Santé – Données sur les dépenses de Santé – Ministère de la Santé et de la Solidarité n°1 Jan – Mars 2005

nous occupons le premier rang dans le classement⁶ du nombre de morts prématurés (décès avant 65 ans). Nous sommes champions du "mourir avant de vieillir" !

Troisième paradoxe : ce n'est qu'à une époque toute récente que s'observe une accélération des préoccupations touchant ce domaine comme nous le soulignons précédemment, à l'inverse de ce qui se passait chez nos voisins notamment au Royaume-Uni, où les études menées dès les années 80 ont apporté des éclairages qui restent toujours actuels ; elles ont guidé certaines politiques publiques⁷. Les choses en France se sont toujours passées comme si les questions touchant à la santé ne relevaient que de la compétence des seuls professionnels du domaine avec une réponse qui se trouvait avant tout centrée sur la maladie organique, sans relation quant à son lien avec l'environnement social. La dernière loi de Santé Publique⁸, qui a enfin vu le jour, n'a d'ailleurs pas tout à fait rompu avec cette inclinaison car si elle est prolixe quant à ses recommandations sur les approches techniques des maladies⁹, ce qui est un bien en soi, elle reste à l'inverse relativement en retrait sur ce qu'aurait pu être une approche de la santé dans une perspective prenant davantage en compte les déterminants sociaux s'y rapportant¹⁰. Elle prévoit certes l'établissement de

⁶ Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé ? Un éclairage européen. Première partie : les déterminants des inégalités de santé et le rôle du système de santé. Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé (IRDES), n°92 Février 2005

⁷ Lire par exemple "Programmes de recherche et débat public sur les inégalités sociales : la France en retrait" de Martine Berthod-Wurmser in " les inégalités sociales de santé" sous la direction d'A. Leclerc, D. Fassin, H. Grandjean, M. Kaminski T. Lang 1 Vol Eds Inserm La Découverte pp 69-80 ; 2000

⁸ Voir le n° spécial de Santé Publique (Revue de la Société Française de Santé publique) sur la loi relative à la santé publique du 9 Août 2004 ; n° 4 Décembre 2004

⁹ Parmi les "cent objectifs de santé publique" que se donne l'État, un seul concerne "la réduction des inégalités devant la maladie et la mort" alors que, par exemple, six autres portent sur la réduction des "troubles musculo-squelettiques". Cette remarque n'enlève rien au remarquable travail mené par la Direction Générale de la Santé (DGS) qui a produit un rapport tout à fait exhaustif sur l'état des connaissances sur les problèmes de santé et leurs déterminants et sur lequel le Haut Comité de Santé Publique a émis un avis très positif. Rapport publié en Juillet 2003 (743 pages).

¹⁰ Des étudiants de la promotion "Leopold Sedar Senghor" de l'ENA (Juillet 2003) (groupe n°5) firent un travail sur "Les politiques de Santé" et centrèrent leur propos les inégalités de santé. Comme il est habituel pour ce type d'exercice, ils firent un "état des lieux" et des propositions dont certaines sur la Loi de Santé Publique, en discussion à l'époque, il est intéressant, et assez piquant, de noter qu'ils émirent la recommandation suivante : "Recommandation n°2 : faire de la réduction des inégalités de santé, le **second** pilier de la politique de santé publique, après l'amélioration de l'état de santé de la population et de la qualité de vie des personnes malades et des handicapées". Ils exprimaient le regret que l'opportunité ne soit pas saisie avec l'écriture de cette loi d'ouvrir une orientation nouvelle à

Plans Régionaux de Santé Publique (PRSP) et il est évidemment tout à fait souhaitable qu'à partir d'indicateurs de santé élaborés au plan régional, s'élaborent des politiques prenant en compte les spécificités propres qui émergeront de ceux-ci. Un important effort aura à être mené sous cet angle.

C'est dans cet éclairage qu'est proposé le rapport qui suit : il concerne certes la Région Île-de-France mais cette dernière, du fait de ses caractéristiques quant au poids qu'elle a dans le pays, avec l'éventail des diversités sociales qu'on y rencontre, rassemble et résume à la fois toutes les questions qui émergent à l'échelon national à propos des inégalités sociales de santé.

Le rapport se structure selon les quatre chapitres suivants :

Chapitre I : Définitions et données

I – 1 : Les définitions de la Santé proposées par l'OMS et la charte d'Ottawa ; les notions d'inégalités au regard de la mortalité et de la morbidité : quelques notions méthodologiques

I – 1 – 1 : La Santé : référence à la charte de l'OMS (Ottawa)

I – 1 – 2 : Mortalité - Morbidité - Les classes socioprofessionnelles et autres approches de classement

La mortalité

La prise en compte de la morbidité

La répartition des personnes en classes socioprofessionnelles - autres formes de classement

I – 2 : Données sur la mortalité dans la Région et l'ensemble du pays (selon l'âge, la géographie, les classes sociales, etc...). Données comparatives avec les autres régions et les pays voisins.

I – 2 – 1 : L'espérance de vie en Île de France : son augmentation forte suit celle observée sur l'ensemble du pays ; l'espérance de vie des hommes et des femmes

celle retenue et dans laquelle la question des déterminants sociaux des maladies soient plus explicitement abordés.

1 – 2 – 2 : L'espérance de vie en Île de France présente de fortes disparités géographiques ; elle se recoupe avec une forte division sociale de l'espace régional

1 – 2 – 3 : L'espérance de vie varie avec les catégories socioprofessionnelles (données générales établies sur l'ensemble pays)
Les écarts de mortalité entre milieux sociaux se sont accrus au fil du temps chez les hommes

C'est de ces connaissances sur les inégalités sociales face à la mort, celles également accumulées sur les groupes de population touchés par la précarité et sur les inégalités de morbidité comme nous allons le voir qu'est né le concept résumé par les termes de **gradient social de santé**.

1 – 2 – 4 : La mortalité prématurée (ou surmortalité ou "Mourir avant de vieillir"), autre forme d'expression des disparités d'espérance de vie

La carte des disparités de surmortalité

Les causes de surmortalité et leur évolution dans le temps : leur connaissance est un enjeu majeur de conduites de santé publique.

1 – 2 – 5 : La mortalité infantile "prématurée"

1 – 2 – 6 : Comparaison de la mortalité prématurée avec les autres pays européens (comparaisons à l'échelon national de chaque pays)

I – 3 : Données sur la morbidité : les indicateurs globaux de santé

I – 3 – 1 : Problématique : deux types d'enquêtes (ESPS et INSEE)

1 – 3 – 2 : L'état de santé en France en 2003 – enquête INSEE

Santé déclarée (Santé perçue, morbidité déclarée et restriction d'activité)

Santé déclarée et caractéristiques sociales et économiques

Santé déclarée et recours aux soins

Les caractéristiques socioéconomiques impriment des particularités quant aux recours aux soins

1 – 3 – 3 : L'observation de deux épidémies actuelles et leur évolution en fonction des caractéristiques sociales

L'infection VIH

L'obésité

1 – 3 – 4 : Certains grands secteurs pathologiques évoluent selon les conditions sociales :

- la santé bucco-dentaire
 - la santé mentale : Prévalence des troubles mentaux ; la question de la souffrance psychique et la société
 - les personnes frappées de handicap (causalité inversée : ce sont les handicaps physiques qui sont à l'origine d'inégalités sociales et non l'inverse comme la chose est entendue dans l'objet du rapport où les inégalités sociales induisent des problèmes de santé).
 - les personnes âgées

I – 4 : L'offre de soins et les dépenses de santé en Île de France

I – 4 – 1 : Considérations générales : les soins améliorent-ils la santé ?

1 – 4 – 2 : L'offre de soins en Île de France et son inégalité de distribution

Deux volets sont abordés :

- l'offre de soins (médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, professionnels paramédicaux etc, et leur répartition, nombre de lits selon les modes d'hospitalisation - aigue, chronique, personnes âgées dépendantes -, les centres de soins, les réseaux etc...). Elle a la caractéristique de relever de deux secteurs public et privé. Nous ne nous en tiendrons qu'à quelques lignes principales, une vue plus large pouvant être lue dans l'Atlas de la Santé en Île de France.
- les modes d'utilisation de cette offre de soins par la population.

1 – 4 – 2 – 1 : l'offre de soins : les personnels

1 – 4 – 2 – 2 : l'offre de soins : l'hospitalisation

1 – 4 – 2 – 3 : Quelques formes alternatives de l'offre de soins "classique"

- les centres de santé
- les réseaux de santé

Chapitre II : Études et approches conceptuelles des relations santé – caractéristiques sociales

Introduction à ce chapitre : épidémiologie sociale – les études et les constructions théoriques du concept des inégalités sociales de santé

II – 1 : Les études de cohortes

II – 1 – 1 : les études longitudinales menées au Royaume – Uni

- le rapport Black
- le "Health Divide Report"
- la "Whitehall study"

II – 1 – 2 : La cohorte Gazel en France

II – 2 : Éléments d'analyse des facteurs susceptibles d'intervenir sur la santé et être à l'origine des différences observées entre les catégories sociales

II – 2 – 1 : Les facteurs de risques individuels et leur limites dans l'explication des inégalités

II – 2 – 2 : Les facteurs socio-économiques : une multiplicité de facteurs

- 1) Événements précoces et histoires de vie – La question de la causalité entre santé et inégalités sociales
- 2) Facteurs professionnels
- 3) Relations sociales
- 4) Les inégalités sociales dans la prise en charge des problèmes de santé

II – 3 : Approches conceptuelles des inégalités sociales de santé

Le modèle matérialiste

La théorie psychosociale

Le modèle éco-social

Ces modèles visent à une représentation aussi synthétique que possible des mécanismes sous-jacents à la constitution des inégalités sociales de santé : on verra qu'il s'agit d'un faisceau de facteurs dans lesquels les conditions matérielles sont indissociables de ceux ayant trait aux comportements sociaux, dans lesquels dominent des conduites de rupture et d'isolement, avec leurs

conséquences sur la santé. Avec les approches touchant plus spécifiquement aux précarités telles qu'elles seront décrites dans le chapitre III, ces considérations théoriques devraient servir à la formulation de propositions pour répondre à cette question majeure des inégalités sociales de santé et qui débouche sur un enjeu politique du fait de leur progression.

Chapitre III : la précarité et les éclairages qu'elle apporte en matière d'inégalités sociales de santé : les inégalités d'espérance de vie n'ont pas d'explication strictement médicale.

III – 1 : Quelle définition de la précarité ?

III – 2 : Les "populations précaires" et leur comportement en matière de soins : des travaux touchant à des zones urbaines sensibles de la Région seront rapportées

III – 3 : Les réponses apportées par la CMU dans le recours aux soins

III – 5 : Des réponses : l'exemple des Centres d'Examen Santé, les réseaux Ville-Hôpital, les initiatives locales ...le travail de "fourmi"

Chapitre IV

La loi de santé publique de 2004 : le plan régional de santé publique. Les perspectives à ouvrir.

Conclusion

Chapitre I : Définitions et données

I – 1 : Les définitions de la Santé proposées par l'OMS et la charte d'Ottawa ; les notions d'inégalités au regard de la mortalité et de la morbidité : quelques notions méthodologiques

I – 1 – 1 : La Santé

La définition de l'inégalité sociale de santé et sa mesure renvoie d'abord à celle de la santé et les débats de la commission ont montré les nécessaires contours qu'il y a lieu de donner au sens de ce mot, tant il est polysémique.

Dans la définition que donne l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) en 1946, la santé se situe comme *"un état complet de bien-être physique, mental et social ... qui ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou handicap"*. Si cette définition a un mérite, celui de considérer la santé comme ne se réduisant aux seuls états relevant du champ de la médecine organique en introduisant d'autres aspects, son caractère par trop utopique est vite apparue peu opérationnel sinon discutable, serait-ce dans sa perspective très statique "d'état", qu'elle se prêtait mal aux études épidémiologiques étant donné la multiplicité des facteurs qu'elle propose et qu'en définitive on débouchait presque à une mesure d'écart par rapport au bonheur, avec les incertitudes sous-jacentes à ce paradigme.

En 1986, sans renoncer à la définition de la santé de 1946, l'OMS y introduit d'importantes inflexions pour en faire la charte d'Ottawa. *"Pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter . La santé est donc perçue comme ressource de la vie quotidienne et non comme but de la vie ; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques. La promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur de la santé¹¹ (...) son ambition est le bien-être complet de l'individu"*. La charte poursuit en examinant les conditions indispensables à la santé : *"La santé exige un certain nombre de conditions et de ressources préalables, l'individu devant pouvoir se loger, accéder à l'éducation, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, bénéficier d'un écosystème stable, compter sur un apport durable de ressources, avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable"*. Enfin un autre aspect est donné dans cette charte entre santé et environnement social lorsqu'il est indiqué : *"la bonne santé est une ressource majeure pour le développement social, économique et individuel et une importante dimension de la qualité de la vie"*.

¹¹ au sens du soin

La dernière conférence internationale de promotion de la santé¹² (Bangkok, Août 2005) ajoute à l'esprit de la charte d'Ottawa des recommandations quant à la responsabilité impérative des états en tant que puissance publique, sur les actions à mener pour la promotion de la santé,

C'est dans l'esprit de cette Charte d'Ottawa que s'inscrivent les diverses lois retenus dans notre pays, dont celle d'Août 2004 ayant trait à la santé publique. Il n'en reste pas moins qu'un champ important reste encore à parcourir pour que les actions menées trouvent une meilleure traduction dans les faits et répondent de façon plus satisfaisante aux prescriptions contenues dans la charte. Son mérite clair est en tout cas de donner des orientations.

I – 1 – 2 : Mortalité - Morbidité - Les classes socioprofessionnelles et autres approches de classement

La mortalité

En France et dans les pays européens, les analyses touchant aux inégalités sociales de santé prennent pour point premier de référence la mortalité. Ce choix de la mortalité a certes des raisons d'ordre épidémiologique qui tiennent au caractère définitif et irréfutable de la mort ; mais il tient aussi au fait que la mort est considérée comme le terme d'un processus dans lequel interfèrent des éléments de la vie sociale et psychique qui se sont inscrits dans le corps, élément qui ont un effet sur le "capital santé" hérité par chaque être humain dès sa naissance. D'où l'idée que la différence dans la durée de vie (espérance de vie) est l'expression synthétique de l'ensemble des conditions de vie¹³ entre groupes sociaux et que son usage correspond à une valeur théorique certaine. Les données sur la mort se traitent à partir du bulletin de décès établi par le médecin dans lequel figure la cause du décès¹⁴ ; le traitement des bulletins est ensuite repris par l'INSEE qui, partir des données établies lors du recensement national conduit à des analyses intégrant l'ensemble des caractéristiques sociales des personnes.. Un certain nombre d'outils techniques d'analyse (taux de mortalité, indice standardisé de mortalité ...) seront introduits et définis à mesure de leur

¹² La sixième conférence pour la promotion de la santé a arrêté diverses dispositions réunies dans "La Charte de Bangkok" dans laquelle se trouvent définies les mesures et les engagements nécessaires des états pour agir sur les déterminants de la santé par la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation.

¹³ Voir à ce propos l'article de Jean de Kervasdoué paru dans le Monde le 20 Mai 2005 "Cohésion sociale et espérance de vie" ; l'espérance de vie, admise représentée un indice global de santé, est proposée par l'auteur pour figurer comme critère au même titre que le PIB pour juger de la performance des pays (!).

¹⁴ L'INSERM – Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale - a la charge d'établir une statistique annuelle de mortalité à partir des bulletins de décès établis par les médecins.

utilisation dans le rapport ; ils seront regroupés dans un glossaire placé en annexe.

La prise en compte de la morbidité est le deuxième volet d'appréciation de l'état de santé des personnes, cette appréciation étant apportée en prenant en compte les situations sociales des personnes.

L'approche de cette question de la morbidité et de ses caractéristiques sociales peut se concevoir n'être menée qu'à partir des pathologies clairement étiquetées, encore faut-il disposer pour ce qui les concerne de données épidémiologiques fiables. L'autre approche est celle qui cherche à établir l'état de santé des populations à partir d'enquêtes. Deux ensembles de données issues d'enquêtes sont disponibles : l'enquête INSEE¹⁵ qui fut initiée en 1950, répétée tous les dix ans, elle est menée sur un échantillon représentatif des ménages et personnes ; l'autre plus récente, l'Enquête Santé et Protection Sociale (ESPS) mise en place par les organismes sociaux, entreprise tous les ans puis tous les deux ans depuis 1988 sur un échantillon représentatif des assurés sociaux. Ces enquêtes visent, à partir des réponses obtenues, à construire un ensemble d'indicateurs portant sur la santé perçue, la morbidité déclarée, les restrictions d'activité ainsi que le recours aux différentes formes de soins, ce qui conduit à un panorama de la santé de la population dans lequel figurent les caractéristiques sociales et économiques des personnes.

Nous allons dans ce qui suit faire une part importante à ce type d'enquêtes car elles donnent, même si elles ne concernent pas directement la Région, une idée générale de l'état de santé des personnes. Nous rapporterons ensuite quelques données touchant de grandes pathologies, leur choix se justifiant par l'impact social important qu'elles véhiculent (VIH, obésité, santé mentale, handicap...).

La répartition des personnes en classes socioprofessionnelles - autres formes de classement

L'objet de ce rapport étant de proposer des éléments de réflexion sur les déterminants sociaux susceptibles d'intervenir dans l'état de santé des personnes, force est de s'accorder sur une définition, explicite ou implicite des structures sociales à partir desquelles se construiront des appréciations sur leur rôle sur la santé des groupes de personnes individualisés. Comme on le sait, cette question n'a pas de réponse ni d'approche simple car situer une personne dans un statut social ou une position de classe donnée conduit nécessairement à la réduction d'une complexité, celle de la vie des personnes, à une appellation typifiée et unique dans une catégorie.

Dans la plupart des pays développés, des nomenclatures ont été élaborées pour représenter les différentes catégories de la société, des regroupements

¹⁵ Voir "L'état de santé en France en 2003. Santé perçue, morbidité déclarée et recours aux soins à travers l'enquête décennale santé" DREES n° 436 Octobre 2005

statistiques, ceux-ci cherchant à être suffisamment pertinents et différenciés pour refléter les différents groupes constitutifs de la société. La diversité des traditions statistiques exprime celles des histoires nationales et des sensibilités sociales. Aux Etats-Unis par exemple la caractéristique raciale et le revenu sont des facteurs toujours centraux dans les analyses statistiques alors qu'en Grande Bretagne et en France, vieux pays où le débat social et politique s'est de longue date focalisé sur la question des classes sociales, ce sont celles-ci et la profession qu'occupent les personnes qui sont surtout les facteurs d'analyse proposés.

L'INSEE au début des années cinquante, s'inscrit dans cette tradition en élaborant sa nomenclature des catégories socioprofessionnelles (CSP) ; vaste entreprise en perpétuel remaniement et régulièrement reprise, celle de 1982 par exemple comprend dans le champ de la population active, celui des 455 professions (code à quatre chiffres) repris ensuite en 32 catégories socioprofessionnelles (code à deux chiffres), elles-mêmes traduites en six regroupements (code à un chiffre)¹⁶ ; ces derniers sont ceux utilisés dans les travaux retenus dans ce rapport . Une catégorie est ajoutée actuellement à cette liste, celle des inactifs (dont les chômeurs...). La démarche menée en Grande Bretagne, assez voisine à celle de la France, a conduit à proposer le regroupement des personnes en cinq "*socio-economic groups ou classes*".

Sans s'étendre longuement sur les conditions de constructions de ces regroupements, et la critique souvent avancée d'un certain empirisme à leur propos, on retient aussi leur survivance et l'observation incontestable qu'en définitive "elles marchent". Lorsqu'on cherche par exemple à croiser la nomenclature des classes socioprofessionnelles avec un registre donné de pratiques ou données sociales – vote politique, consommation alimentaire, espérance de vie etc...- et que l'on répète l'exercice sur des périodes longues, les résultats ne se contredisent pas entre eux mais vont au contraire dans le sens de leur confirmation. C'est la réponse que faisaient par exemple des auteurs anglais¹⁷ à la critique du caractère discutable de l'utilisation des données de la "Registrar General's Class" de 1970-72 et 1991-93, lorsqu'ils montraient en les comparant, que l'espérance de vie s'est certes accrue entre les deux périodes chez les hommes mais pas de la même façon pour tous puisqu'elle diminuait

¹⁶ Le principal responsable de l'élaboration de la nomenclature française des catégories socioprofessionnelles, Jean Porte, écrivait : "La classification socioprofessionnelles est celle qui, parmi toutes les classifications professionnelles possibles, donne les corrélations les plus fortes avec les caractéristiques les plus diverses des personnes classées" – Traité de Sociologie du travail – A. Colin 1961. Les caractéristiques "les plus diverses" sont par exemple le montant et l'origine du patrimoine, le niveau et la nature de l'instruction reçue, les conditions de travail ...

¹⁷ Drever F., Whitehead M., Roden M. (1996) "Current Patterns and trends in Male Mortality by Social Class (Based on Occupation) , Population Trends, 86, p 15-20

dans le groupe V (Unskilled) alors qu'elle augmentait dans les groupes I et II ("Professional" et "Managerial and Technical Intermediate"). Nous verrons aussi, à mesure que nous évoquerons des travaux menés au niveau européen, qu'il arrive que nos CSP "nationales" soient repensées, l'INSEE par exemple proposant des relectures de nos catégories pour permettre une assez bonne superposition avec celles retenues ailleurs.

A côté de ces caractérisations qui cherchent à travers une expression unique en agrégeant une multitude de facteurs, des descriptions analytiques plus fines sont proposées pour mieux cerner la situation sociale des personnes et chercher des éléments explicatifs de leur état de santé. Les approches des sociologues sont évidemment incontournables lorsqu'ils proposent des modèles sur les enjeux qui parcourent la société et l'organisent.

Se retrouvent dans cet esprit les idées des chefs de file que sont Max Weber avec la description qu'il fait des stratifications sociales découlant du jeu des ressources économiques, des croyances et du pouvoir, de Pierre Bourdieu et ses lectures sur les différentes formes de capital (économique, culturel, symbolique, social) avec les pouvoirs qu'elles instaurent. Ces arrières plans théoriques ont ouvert des domaines d'observation tels le niveau de vie, le diplôme, le prestige social, le réseau relationnel, la position hiérarchique ... que nous évoquerons dans ce qui suit et qui se retrouvent dans des travaux qui ont été menés en ce sens pour mieux appréhender les inégalités sociales de santé. Ainsi, lorsque nous évoquerons les problèmes de précarité, une place devra être faite aux conditions de vie au sens des insertions et ruptures sociales, aux caractéristiques psychosociales avec les perceptions de santé qui peuvent en découler ... Même si chacun de ces domaines d'observation présente en soi sa propre limite et sa généralisation toujours discutable, leur prise en compte introduit des éléments de connaissance et des éclairages sur les déterminants sociaux de la santé.

I – 2 : Données^{18, 19} sur la mortalité dans la Région et l'ensemble du pays (selon l'âge, la géographie, les classes sociales, etc...). Données comparatives avec les autres régions et les pays voisins.

I – 2 – 1 : L'espérance de vie²⁰ en Île de France : son augmentation forte suit celle observée sur l'ensemble du pays ; l'espérance de vie des hommes et des femmes

En 1946, au sortir de la deuxième guerre mondiale, l'espérance de vie à la naissance pour les hommes était de 60 ans et 65 ans pour les femmes. En 2001, elle atteint respectivement 75,5 ans et 82,8 ans ; cette progression se poursuit et en 2005 selon l'INED²¹, le seuil de 80 ans pour les deux sexes réunis est franchi (76,7 pour les hommes et 83,8 pour les femmes, résultats provisoires).

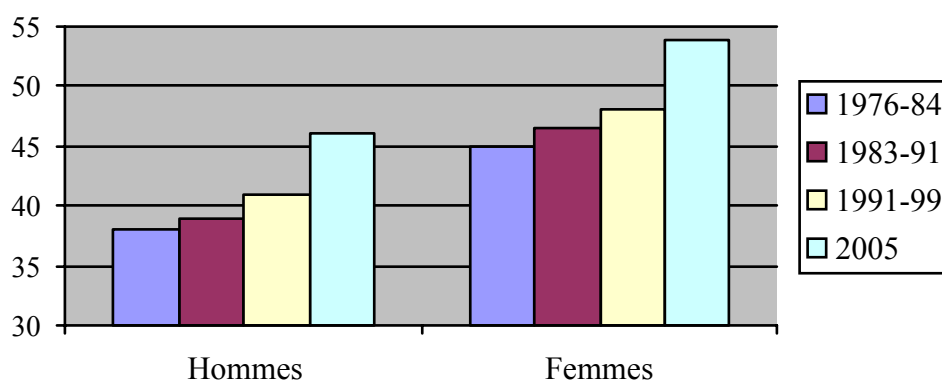


Figure 1 : espérance de vie à 35 ans pour les hommes et les femmes aux trois périodes indiquées. Source : INSEE Première Juin 2005

L'espérance de vie s'exprime également en espérance de vie comptée à partir de l'âge de 35 ans (et non plus à partir de la naissance). Sa progression est sensible puisqu'elle passe de 38 années, appréciée dans la période 1976-1984 à 41

¹⁸ Les données de ce chapitre sont pour l'essentiel tirées de l'Atlas de la Santé en Île de France édité par l'Institut d'Aménagement et d'Urbanisme de la Région Île de France (IAURIF), la Direction des Affaires sanitaires et Sociales de l'Île de France (DRASS) et l'Observatoire régional de la santé de l'Île de France (ORS), avec le concours de l'ARHIF, la CAF IdF, la CRAMIF, INSEE et URCAMIF – Septembre 2005

¹⁹ La mortalité de Eric Jougl et al in "Les inégalités Sociales de Santé" sous la Direction d'Annette Leclerc, Didier Fassin, Hélène Grandjean, Monique Kaminski et T. Lang. 1 vol Editeurs : INSERM et la Découverte Paris 2000

²⁰ Selon les épidémiologistes, l'espérance de vie à l'âge X (à la naissance ou à 35ans par exemple) est le nombre moyen d'années restant à vivre aux personnes d'une génération fictive, soumise aux conditions de mortalité de l'époque considérée et ayant l'âge X.

²¹ Population et Sociétés (revue de l'INED) : France 2004, l'espérance de vie franchit le seuil de 80 ans ; n°410, Mars 2005 : INSEE première n° 1059 (Janv 2006)– Bilan démographique 2005

années entre 1991-1999. Pour ces mêmes périodes, elle est passée de 45 années à 48 chez les femmes. Jusqu'aux années soixante, les progrès de l'espérance de vie s'expliquaient principalement par la baisse de la mortalité infantile, liée à la baisse de mortalité par maladies infectieuses. Depuis les années 80, l'essentiel des gains est réalisé aux grands âges, par la réduction des affections cardiovasculaires. Cette baisse régulière de la mortalité fait que, malgré l'augmentation et le vieillissement de la population française, le nombre de décès est stable depuis la fin de la seconde guerre mondiale (entre 500 000 et 550 000 décès chaque année en France).

Dans ce contexte de baisse générale de la mortalité en France, la situation en Île de France par rapport aux autres régions apparaît particulièrement favorable et tend même à s'améliorer, si on se place dans une perspective globale. En 1990, notre région n'était qu'en quatrième position parmi les 22 régions pour l'espérance de vie chez les hommes et en sixième pour celle des femmes. En 2001, elle occupe la première place pour l'espérance de vie des hommes et la troisième pour celle des femmes (après les Pays de Loire et Rhône-Alpes). Cette évolution peut surprendre car notre Région n'échappe pas aux pressions que rencontrent toutes les fortes concentrations urbaines du monde (pollutions, stress lié aux déplacements excessifs, îlots de logements insalubres et présence de populations très pauvres, drogue, SIDA ...). Le bouleversement démographique qui est caractéristique de notre Région explique pour une part cette évolution avec une proportion plus grande de personnes appartenant à des catégories sociales à espérance de vie plus longues (cadres, professions intermédiaires) au dépens des populations du bas de l'échelle sociale et pour lesquelles l'espérance est moindre comme nous allons le voir. C'est d'ailleurs sans surprise dans des régions comme le Nord Pas-de-Calais, anciennes régions ouvrières dans lesquelles de semblables évolutions démographiques ne sont pas produites, que les niveaux d'espérance de vie restent parmi les plus bas de notre pays

Les importants écarts d'espérance de vie entre les hommes et les femmes est une caractéristique qui est générale dans tous les pays également développés. Sur la base des niveaux de mortalité de 2001, une femme peut espérer vivre 7,3 ans de plus qu'un homme, ce qui situe l'espérance de vie actuelle des hommes au niveau de celle des femmes du début des années 70. Dans les hypothèses formulées pour expliquer cet écart on retient moins une plus grande résistance biologique des femmes que plutôt une exposition plus fréquente des hommes à des facteurs de risque dont le tabagisme en particulier. Le fait que ces différences s'atténuent à mesure que les comportements entre hommes et femmes se rapprochent, notamment pour ce qui concerne le tabac, conforte cette hypothèse. On remarque en effet une lente réduction de l'écart d'espérance de vie entre hommes et femmes qui de 8 années, dans les années 90 pourrait rapidement tendre vers 5 ans comme on l'observe dans certains pays voisins.

L'Île-de-France présente quelques années d'avance sur cette évolution à l'échelon du pays, les dernières statistiques indiquant qu'elle se situerait aujourd'hui à 6,3 années. La prise en compte des catégories sociales introduit des différences quant à l'espérance de vie selon que l'on est cadre ou ouvrière mais elle est moins sensible chez les femmes par rapport à celle observée chez les hommes comme nous allons le voir.

1 – 2 – 2 : L'espérance de vie en Île de France présente de fortes disparités géographiques ; elle se recoupe avec une forte division sociale de l'espace régional

Tableau 1 : Durée de vie moyennes dans les départements d'Île de France et en France (en années). Source : Insee, données de démographie de 1996 et 1990, état civil de 2001 ; INSEE Première n°1114 – Décembre 2005

Départements	Hommes			Femmes		
	1967-89	1989-91	2002	1967-89	1989-91	2002
Paris	68,6	72,4	78,1	75,9	80,9	83,8
Hauts Seine	69,1	73,6	78	76,3	81,2	83,9
Seine St Denis	67,7	71,6	76,1	75	80,2	82,8
Val Marne	68,8	73,1	77,2	75,6	80,8	83,6
Seine Marne	67,3	72,6	75,8	74,5	80,2	82,2
Yvelines	68,9	74,5	78	75,9	81,7	83,6
Essonne	69,4	74,1	77,1	76,4	81,5	83,3
Val d'Oise	68,1	73,2	76,4	75,3	80,9	83,1
Île de France	68,6	73,1	77,3	75,8	81	83,4
France Metrop	67,7	72,6	75,7	75	80,8	82,9

Les franciliens vivent en moyenne un peu plus longtemps que l'ensemble des français mais ce résultat, globalement favorable, est très inégalement réparti dans la région. La moyenne francilienne recouvre de fortes disparités départementales (tableau 1) qui tendent à partager l'Île de France entre une partie sud-ouest incluant Paris davantage favorisée et une partie nord-est qui l'est moins en terme de mortalité.

Pour les deux sexes, les espérances de vie les plus élevées sont celles observées à Paris, dans les Hauts de Seine et les Yvelines alors que les plus basses s'observent en Seine Saint-de-Denis et dans la Seine-et-Marne. Dans ces deux départements, l'espérance de vie des hommes est à peine supérieure à la moyenne nationale chez les hommes et elle est même légèrement inférieure à celle-ci chez les femmes en Seine-et-Marne. Dans les périodes rapportées dans le Tableau 1, on note d'ailleurs pour ces deux départements que, si l'âge moyen de mortalité des hommes se rapproche ou dépasse même légèrement la moyenne nationale, ce fait n'est notable que depuis une période récente. Seule la Seine et

Marne pour les femmes, en 2001, reste très légèrement inférieure à la moyenne nationale.

Comme nous allons avoir à l'évoquer à plusieurs reprises dans ce rapport, cette **disparité géographique de l'espérance de vie se superpose aux disparités sociales** qui caractérisent l'Île de France, disparités qui se renforcent avec le temps. Région de contraste en effet car pour 18% de la population métropolitaine, elle concentre 36% des ménages français de cadres mais aussi 40% des populations immigrées vivant en France et 26% des RMIstes. Presque un 1/3 des personnes vivant en France dans une zone sensible se retrouvent en Île de France. Ces points et leur relations à la santé seront plus largement abordés dans le chapitre III.

La structure sociale, en France comme en Île de France, continue de se "déformer par le haut" au profit des catégories moyennes et supérieures. La part des ménages d'ouvriers, les plus nombreux il y a 20 ans s'est fortement réduite parmi les ménages parisiens (21,1% en 1982, 14,8% en 1999 ; elle semble stabiliser en 2003, 15,1%), celle des employés s'est légèrement tassée alors qu'à l'inverse, en liaison avec l'évolution du système productif, une progression sensible des ménages de cadres s'observe (14,7% en 1982, 18,3 en 1999).qui sont aujourd'hui dominants parmi les ménages d'actifs. Leurs effectifs se sont accrus trois fois plus rapidement que ceux de l'ensemble des ménages franciliens entre 1982 et 1999, évolution surtout perceptible dans la décennie 80 et qui s'est poursuivie dans la suivante. L'augmentation certes plus modérée des ménages dont la personne de référence exerce une profession intermédiaire (16,2% des ménages franciliens en 1982, 17,1% en 1999) a aussi "tiré" vers le haut la structure sociale. L'amélioration des conditions de vie des ménages de retraités (dont le nombre passe de 19,% en 1982 à 23,5% en 1999), qui bénéficient pour un grand nombre d'une double retraite, renforce ce constat.. En revanche, chez les actifs, et notamment parmi les classes populaires, de plus en plus de ménages vivent sur un seul revenu, du fait de l'instabilité des structures familiales et de la montée du chômage. Les difficultés économiques, les transformations des modes de vie et la montée de l'activité féminine ont des effets contrastés, qui tendent à amplifier les différences de niveau de vie entre elles et contribuent ainsi à l'accentuation des disparités sociales.

La distribution de cette nouvelle structure sociale suit le schéma déjà vu plus haut avec des cadres plus massivement concentrés à l'Ouest de la Région, les ménages populaires étant plus dispersés mais avec de fortes concentrations en Seine Saint-Denis, autour de Roissy-en-France, le long de la Seine et en Seine-et-Marne. Les professions intermédiaires privilégient les espaces périurbains et les villes nouvelles. Les employés, assez dispersés sur le territoire, sont surreprésentés au Nord et au Sud-Est de la capitale. Les ménages d'inactifs sont

plus présents au cœur de l'agglomération et aux franges rurales de l'agglomération.

Cette image différenciée de l'espace régional peut aussi être RESUMEE par les écarts de revenu moyen des foyers (donné selon le cas par foyer fiscal ou par Unité de Consommation –UC). La comparaison donnée dans le tableau 2 retient le revenu après impôt (données fournies annuellement par la direction générale des impôts, données actualisées en € 2000). En 2000 et bien qu'il existe des foyers pauvres ou très pauvres c'est avant tout à Paris, dans les Yvelines et les Hauts de Seine que se concentrent les populations les plus aisées de France. Les foyers fiscaux parisiens ont ainsi un revenu moyen qui dépasse de 50% celui de l'ensemble des foyers français et de 16%, celui de l'ensemble des foyers franciliens.

Tableau 2 : Revenu moyen après impôt par foyer fiscal (normalisé par UC) par département (exprimé en € 2000- Données Insee obtenues - Direction Générale de Impôts.

Départements	1984	1990	2000
Paris	14 965	18 056	20 690
Hauts de Seine	15 610	17 886	20 134
Seine saint Denis	12 904	13 038	12 486
Val de Marne	14 355	15 437	16 007
Seine et Marne	14 531	15 393	15 720
Yvelines	16 684	18 509	20 483
Essonne	15 694	16 504	17 121
Val-d'Oise	14 797	15 577	15 884
Île de France	14 934	16 548	17 766

L'expression des moyennes dans le tableau 2 traduit les disparités de revenus d'un département à l'autre. Elle sont encore plus évidentes lorsqu'on les exprime par la distribution en décile autour d'un revenu médian. Dans le tableau 2bis figurent par exemple pour chaque département, à côté du revenu moyen, le revenu médian²² (pour l'année 2002), et les deux déciles les plus extrêmes.

Une autre caractéristique mérite d'être souligné dans ce marquage territorial des revenus, c'est son accentuation sur la période récente, pour les raisons que l'on connaît, le chômage en tout premier lieu. Le classement des foyers fiscaux par décile réalisé en 1984 par commune qui compare les 10% des foyers les plus

²² Le revenu fiscal médian partage les personnes en deux groupes, les ménages qui déclarent un revenu par Unité de Consommation (UC) inférieur à ce niveau médian et l'autre moitié, les ménages ayant un revenu supérieur à ce niveau. Le revenu fiscal par UC est le revenu du ménage rapporté au nombre d'UC qui le compose (1 UC pour le 1^{er} adulte, 0,5 pour le 2^{ème}, 0,3 pour chacun des enfants à charge ; le revenu du ménage qui figure dans les tableaux est normalisé par le nombre d'UC du ménage).

riches aux 10% des plus pauvres indique un accroissement franc des différences sur la période 1984 – 2000 : le revenu des plus riches résidant dans

Tableau 2 bis : Revenus par foyer fiscal en 2002 (normalisé par UC) : le revenu médian est celui du 5^{ème} décile (Source INSEE-DGI – Note rapide n°401 IAURIF Nov 2005)

Départements	Revenu Moyen	Revenu Médian	1 ^{er} Décile	9 ^{ème} Décile
Paris	21 113	20 601	4 920	52 261
Hauts de Seine	20 992	20 771	6 322	46 761
Seine St Denis	13 052	13 285	3 699	28 202
Val de Marne	16 851	18 055	5 896	36 949
Seine et Marne	16 703	17 591	6 979	32 566
Yvelines	21 211	20 847	8 035	42 260
Essonne	17 965	19 196	7 034	36 166
Val d'oise	16 551	17 111	5 624	33 183
Île de France	18 457	18 388	5 666	39788

les communes les plus aisées s'est accru de 55% en euros constants sur la période mais a baissé de 1,5%, toujours en euros constants pour la même période, dans les communes où résident les 10% des foyers les plus modestes. La moyenne régionale s'est accrue de 19% sur la période.

Enfin lorsqu'on suit dans une analyse plus fine en prenant en compte les effets des fluctuations de l'économie sur cette même période avec ses phases de plus ou moins grande croissance, les revenus des foyers des deux déciles extrêmes (les plus riches et les pauvres), ne suivent pas la même évolution, les "creux" ayant peu d'impact sur les revenus élevés alors qu'ils sont sensibles sur les foyers pauvres et qu'à l'inverse, les périodes de croissance positive ont une incidence sensible sur les hauts revenus alors qu'elle est nettement plus atténuée sur les revenus modestes. On notera ainsi que seule la Seine Saint Denis enregistre une baisse moyenne de revenus sur la période 1984–2000 et que la "poussée" de 1990 pour ce département est très peu marquée.

Bien que nous ne disposions pas de données plus récente sur les revenus, on peut imaginer que la distribution ne se soit pas améliorer dans un sens qui marquerait une rupture avec cette tendance lourde.

1 – 2 – 3 : L'espérance de vie varie avec les catégories socioprofessionnelles (données générales établies sur l'ensemble pays)²³

Entre le début des années 80 et le milieu des années 90, **l'espérance de vie à 35 ans** a augmenté de 3 ans pour les femmes comme pour les hommes et atteint 48 ans pour les premières et 41 ans pour les seconds (Tableau 3). La baisse de la mortalité a profité à toutes les catégories socioprofessionnelles.

Tableau 3 : Espérance de vie des hommes et des femmes à 35 ans par période et catégories sociales – Source Insee, échantillon démographique permanent et état civil

	Cadres Profes. intellect supér.	Profes. interméd	Agricult	Artisans Commer Chef entrepr	Employés	Ouvriers	Inactifs non retraités	Ensemble
Hommes								
1976-84	41,5	40,5	40,5	39,5	37	35,5	27,5	38
1983-91	43,5	41,5	41,5	41	38,5	37,5	27,5	39
1991-99	46	43	43,5	43	40	39	28,5	41
Femmes								
1976-84	47,5	46,5	45,5	46	45,5	44,5	44,5	45
1983-91	49,5	48	47	47,5	47,5	45,5	45,5	46,5
1991-99	50,0	49,5	48,5	49	48,5	47	47	48

Les différences d'espérance de vie selon les catégories sociales sont beaucoup plus fortes chez les hommes que chez les femmes : pour chaque catégorie sociale les hommes et les femmes ne sont pas soumis, pour chaque tranche d'âge, aux mêmes probabilités de décès. Au cours des années 1991-1999 par exemple, les hommes cadres ont une espérance de vie de 7 ans plus élevée que les ouvriers alors que l'écart n'est que de 3 ans entre femmes cadres et ouvrières.

Au sein de chaque catégorie sociale, les femmes vivent toujours plus longtemps que leurs homologues masculins. Les différences varient cependant fortement selon les groupes sociaux, se situant 4 ans dans la catégorie cadre mais à 8,5 ans dans celle des employées. L'écart d'espérance de vie à 35 ans entre les hommes et les femmes est donc plus faible au sein des catégories du haut de l'échelle sociale.

Les disparités selon le sexe l'emportent largement entre catégories sociales. Les ouvrières, qui ont l'espérance de vie la plus courte parmi les femmes actives, vivent cependant plus longtemps que les hommes cadres, qui ont néanmoins l'espérance de vie la plus longue chez les hommes : dans les conditions de vie

²³ D'après "Les différences sociales de mortalité : en augmentation chez les hommes, stables chez les femmes". Insee Première n° 1025, Juin 2005

qui étaient celles des années 90, l'espérance de vie à 35 ans est de 47 ans pour les premières, contre 46 ans pour les seconds.

Les écarts entre les hommes s'atténuent avec l'avancée en âge.

Une fois neutralisées les différences de structure par âge entre catégories sociales, les ouvriers ou anciens ouvriers ont une mortalité 2,4 fois plus élevée que les cadres ou anciens cadres aux âges actifs (35 à 64 ans ici), et 1,9 fois plus élevée que les cadres entre 65 et 80 ans. Les différences de profil en termes de santé, modes de vie et comportement à risques seraient moins grandes passé un certain âge car les personnes les plus fragiles et les plus exposées ont disparu. Les différences de mortalité entre les catégories demeurent cependant importantes à ces âges, dans la mesure où les risques de décès sont beaucoup plus élevés après 65 ans qu'entre 35 et 64 ans. Chez les femmes, les différences déjà moins marquées aux âges actifs, diminuent peu avec l'avancée en âge.

Les écarts de mortalité entre milieux sociaux se sont accrus au fil du temps chez les hommes

La baisse de la mortalité a bénéficié à toutes les catégories socioprofessionnelles mais de façon différenciée, si bien que les écarts entre catégories se sont modifiées. Ce phénomène peut être étudié à partir de l'indicateur standardisé de mortalité (ISM, encore appelé indice de mortalité standardisé) : pour une catégorie socioprofessionnelle masculine donnée, il rapporte le nombre de décès réellement survenus au nombre de décès qui auraient été enregistré si cette catégorie avait eu la mortalité par âge de l'ensemble de la population. Un rapport supérieur à 1 s'interprète donc comme une surmortalité dans le groupe par rapport à l'ensemble de la population.

Pour les hommes cadres, cet indicateur diminue de 0,66 dans les années 1976-1984 à 0,59 pour les années 1991-1999. Pour les ouvriers, ce rapport qui s'élevait à 1,2 sur la période 1976-1984 a peu varié dans la suite. Les écarts entre cadres et ouvriers ont donc augmenté. Le rapport des indicateurs standardisés de mortalité entre les hommes ouvriers et cadres entre 35 et 80 ans est ainsi passé de 1,8 à 2,1 entre ces périodes.

Ces faits sont essentiels qu'ils soient, doivent aussi être lus en tenant compte des changements intervenus : les cadres sont un peu plus nombreux aujourd'hui alors qu'on compte moins d'ouvriers. Surtout, les conditions de travail ou les emplois exercées ont changé de nature au cours de la période. Les évolutions de la mortalité au sein de chaque catégorie sociale et entre les catégories sociales intègrent donc à la fois des évolutions liées à ces changements et des améliorations ou dégradations relatives à situation d'emploi donnée.

Pour les femmes, les gains d'espérance de vie à 35 ans de chaque groupe social sur la période considérée sont proches et contrairement aux hommes, les femmes cadres n'ont pas bénéficié d'une plus forte hausse de leur espérance de vie que l'ensemble de la population féminine.

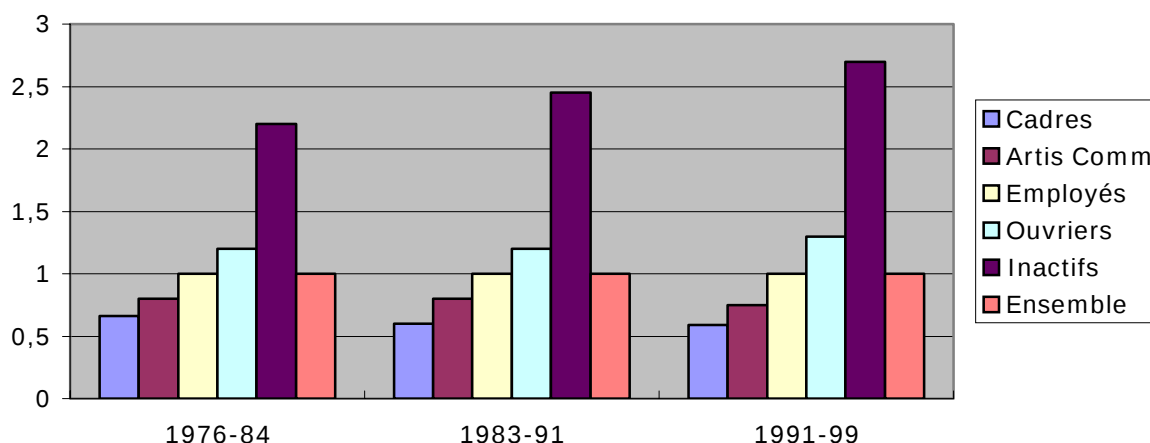


Figure 2 : Indices standardisés de mortalité (ISM) des hommes entre 35 et 80 ans par période et catégorie sociale.

Lecture : entre 35 et 80 ans les hommes inactifs ont une mortalité 2,7 fois plus élevée que l'ensemble des hommes sur la période 1991-99. Sur la période 1976-84, leur mortalité était 2,1 fois plus élevée (Données obtenues à partir des cohortes INSEE – Echantillon démographique Permanent).

Une forte surmortalité est observée chez les hommes inactifs²⁴.

Les hommes non retraités et hors du marché du travail ont une mortalité précoce très importante : dans les années 1991-1999, leur mortalité est 3,3 fois plus élevée que l'ensemble de la population masculine (selon l'indicateur standardisé de mortalité). L'accentuation de la sélection des hommes inactifs par la santé conduit à de faibles gains d'espérance de vie à 35 ans entre les années 80 et 90 : + 0,5 an seulement, contre + 3 ans pour l'ensemble de la population. Chez les femmes, cette absence d'activité professionnelle est certes associée à une surmortalité mais d'une ampleur nettement moindre. L'espérance de vie à 35 ans des inactives a augmenté entre les années 80 et 90 de 2,5 ans, soit une hausse proche de l'ensemble des femmes actives (+ 3 ans).

C'est de l'accumulation de ces connaissances sur les inégalités face à la mort et leurs références aux conditions sociales des personnes, qu'est né le concept résumé par les termes de **gradient social de santé**.

²⁴ Le sens de l'inactivité est différent chez les hommes et les femmes. En 1990 par exemple, la proportion de femmes inactives est nettement supérieure à celle des hommes (plus de huit fois pour la tranche d'âge 30-35 ans). L'inactivité des hommes est très souvent liée à des sorties d'activité liées à des problèmes de santé et cet effet s'est accentué au fil du temps. Chez les femmes l'inactivité plus fréquente à ces âges est le plus souvent liée à des raisons familiales (retrait du marché du travail temporairement ou non pour s'occuper des enfants par exemple).

1 – 2 – 4 : La mortalité prématurée²⁵ (ou surmortalité ou "Mourir avant de vieillir")²⁶, autre forme d'expression des disparités d'espérance de vie

L'allongement de la durée de la vie conduit à une augmentation sensible de l'âge moyen des personnes au moment de leur décès. L'âge limite de la vie ne progresse pas (il est toujours de 120 ans environ) mais de plus en plus de d'hommes et surtout de femmes accomplissent un parcours de vie presque complet. En 2000, près de la moitié des 535 000 personnes décédées avaient plus de 80 ans. Dans ce contexte, les décès survenant avant 65 ans, souvent dus à des accidents, des cancers ou des affections cardio-vasculaires peuvent être considérés comme prématurés et constituent un véritable sujet de santé publique. La surmortalité ne cesse de baisser mais elle demeure élevée, et comme nous le verrons plus loin, plus élevée dans notre pays que dans les pays européens voisins. Le paradoxe français (un de plus !) est de présenter, pour les hommes comme pour les femmes la meilleure espérance de vie à 65 ans parmi les pays de l'Union Européenne, mais aussi ... une surmortalité plus élevée. En 2000, la France métropolitaine a enregistré un peu plus de 109 000 décès prématurés, soit environ 21% de l'ensemble des décès. Les hommes paient le plus lourd tribut à cette situation, avec 28% contre 13% chez les femmes.

L'Île de France se démarque assez peu de la moyenne nationale : à structure d'âge comparable, la mortalité prématurée apparaît relativement élevée dans le nord de la France (de la Bretagne au Nord Pas de Calais) et dans le centre du pays selon une ligne allant de la Lorraine au Limousin. La situation apparaît beaucoup plus favorable dans le Sud et notamment le Sud-Ouest de la France.. L'Île-de-France se caractérise par une surmortalité inférieure à la moyenne nationale pour les hommes (-10%) mais comparable chez les femmes (-1,5%). Le niveau de mortalité par cancer, relativement élevé chez les femmes, contribue à cette situation.

²⁵ La mortalité prématurée s'exprime également en "Années Potentielles de Vie perdues" (APVP), qui est un indicateur synthétique de mortalité prématurée qui rend compte des décès survenant à un âge précoce, et qui sont donc à priori évitables. Le calcul des APVP consiste à additionner le nombre de décès pour chaque âge et à multiplier ce nombre par les années qui restent à vivre jusqu'à une limite d'âge choisie (65 ans par exemple). Une autre expression est également utilisée pour qualifier la mortalité prématurée, la mortalité "évitable" avec cependant un sens un peu différent (voir plus loin).

²⁶ Données tirées également de "La mortalité" d'Eric Jouglu et al in "Les inégalités sociales de santé", 1 vol page 147-162 Inserm/La Découverte ouvrage déjà cité

Tableau n° 4 : Évolution de la mortalité prématurée en Île de France entre 1980 – 2000 (données de l'Atlas de la Santé en Île-de-France).

Nombre décès/ 100 000 habitants	Hommes			Femmes		
	1980-82	1998-00	Évolution %	1980-82	1998-00	Evolution %
Paris	417	269	-35,5	202	135	-33,1
Seine et Marne	416	292	-29,8	188	132	-29,9
Yvelines	365	241	-33,9	163	119	-27,1
Essonne	374	256	-31,5	166	118	-29,1
Hauts de Seine	386	266	-31,1	182	125	-31,4
Seine Saint Denis	453	324	-28,3	197	143	-27,2
Val de Marne	401	276	-31	179	127	-29,1
Val d'Oise	402	271	-32,5	180	123	-32
Île de France	403	274	-32,1	184	128	-30,3
France Metropol	432	304	-29,5	182	130	-28,4

La carte des disparités de surmortalité (tableau 4) suit comme on s'y attend, celle des différences d'espérance de vie. Elles sont départementales et intra départementales. Dans la période 1998-2000 on observe chez les hommes en Seine Saint Denis, un taux de mortalité prématurée supérieur à la moyenne nationale (324 décès pour 100 000 habitants soit 6,6% de plus que la moyenne nationale et +12% que la moyenne régionale) alors que les autres départements (mise à part la Seine et Marne, pour lequel le taux de mortalité prématurée est proche du niveau régional et inférieur au niveau national), ont des niveaux inférieurs ou même très inférieurs (notamment dans les Yvelines).

Chez les femmes, c'est également en Seine-Saint-Denis qu'on enregistre le taux de mort prématurée le plus élevé (143 pour 100 000, soit 10% de plus que la moyenne nationale) puis Paris (135 pour 100 000, soit +3,8% que la moyenne nationale).

L'analyse plus fine des taux de mortalité prématurée montre que ce sont en fait les disparités socio-économiques qui impriment les fortes différences de mortalité : à l'échelle des cantons, des taux relativement bas, pour les deux sexes, s'observent dans une zone centrale couvrant les arrondissements de l'Ouest parisien (dont l'Ouest de Paris), le sud des Hauts de Seine et la partie orientale des Yvelines, tout ce secteur présentant une situation économique favorable. À l'inverse, se dessine une importante zone de surmortalité qui va de l'ouest de la Seine-Saint-Denis vers le département du Val d'Oise et l'ouest des Hauts-de-Seine, et qui correspond à un secteur très urbanisé où se concentrent les difficultés avec une forte population ouvrière, un taux de chômage très supérieur à la moyenne nationale et une forte population étrangère. Outre ces deux secteurs aux profils très distincts, l'analyse cantonale révèle des poches isolées de surmortalité dans le Val-de-Marne et en grande couronne notamment en Seine et Marne et dans le Val d'Oise avec le plus souvent des prolongements

avec les zones voisines, enfin dans le centre (épidémie du SIDA) et le Nord de l'agglomération parisienne.

Tableau n° 5 : Taux de décès par cause (pour 100 000), hommes actifs 25-54 ans.
Comparaison sur deux périodes (d'après Jouglu et al - Inégalités Sociales de Santé, ouvrage déjà cité).

	Ouvriers Employés			Cadres supérieurs Professions libérales			Surmortalité Ouvriers Employés	
	1979-85 (a)	1987-93 (b)	Var. entre périodes % (b-a)	1979-85 (c)	1987-93 (d)	Var. entre périodes % (c-d)	1979- 85 (a)/(c)	1987-93 ((b)/(d))
Tumeurs	120,4	119,2	-1	44,6	35,1	- 21	2,7	3,4
Poumons	26,1	30,8	18	9,4	8,9	-6	2,8	3,5
VADS*	39,0	32,3	- 17	4,3	3,0	- 30	9,1	10,8
Autres...	38,7	39,9	3	21,2	15,7	- 26	1,8	2,5
Cardio- Vasculai.	64,7	52,4	- 19	31	18,4	- 41	2,1	2,8
Morts Violentes **	114,1	104,7	- 8	49,2	37,6	- 24	2,3	2,8
Alcoolis- me ***	36,4	25	- 31	3,6	2,5	- 31	10	10
Sida		14,9			16,6			
Ensemble	439,4	419,2	- 8%****	163,3	137,8	- 26 %****	2,7	3,04

* Voies aéro-digestives supérieures et œsophage ; ** dont suicides, accidents de la route et autres accidents ; *** Cirrhoses et psychoses alcooliques ; ****sans SIDA.

Les causes de surmortalité et leur évolution dans le temps (tableau 5) selon les catégories sociales : leur connaissance est un enjeu majeur de santé publique. Les résultats exposés ici proviennent de deux études menées sur deux types de données complémentaires : suivis longitudinaux de cohortes par l'INSEE (échantillon démographique permanent) pour l'analyse des différences globales de mortalité et données issues de l'analyse annuelle de mortalité de l'INSERM sur les causes de décès. Dans l'étude que rapportent Eric Jouglu et al, un indicateur simple d'écart de mortalité est proposé entre deux groupes de catégories socioprofessionnelles différenciées, groupes "ouvriers – employés" et groupe "cadres supérieurs - professions libérales". Cet indicateur, établi pour différentes causes de décès, les compare dans le temps et l'espace. Les quelques données rapportées dans le tableau 5 (données nationales) concernent les hommes actifs de 25 à 54 ans en rapprochant deux périodes, 1979-1985 et 1987-1993. Bien que non récentes, elles ajoutent une information et un éclairage aux données exposées dans ce qui précède. Des données plus récentes

introduiraient certes quelques ajustements, mais il est vraisemblable qu'à grands traits, les mêmes informations en émergeraient.

Comme on s'y attend, la surmortalité (tableau n°4) est élevée dans le groupe "ouvriers employés" et pour toutes les causes de décès. Les plus fortes disparités entre les deux groupes sont observées pour l'alcoolisme (cirrhose), les cancers du poumon et des voies aériennes supérieures et œsophage. La diminution des taux de décès est nettement moins marquée pour le groupe des ouvriers employés et il augmente même pour le cancer du poumon (et pour le suicide). Globalement, la surmortalité des ouvriers employés par rapport à celle des cadres supérieures/professions libérales s'accroît entre les deux périodes et passe de 2,7 à 3,04.

Une étude plus récente²⁷ sur la mortalité "évitable" centre son propos sur les causes de décès à priori évitables si les politiques de prévention atteignaient leurs objectifs.. Elle retrouve en 1999 les mêmes causes de mortalité avec dans l'ordre les cancers du poumon, les suicides, les maladies liées à l'alcoolisme, les accidents de la circulation, les cancers des voies aéro-digestives, causes surtout fréquentes chez l'homme.. Cette étude retrouve les disparités rappelées plus haut selon la géographie et les catégories sociales. Deux points émergent de cette étude, une diminution sensible des nombres de décès pour toutes les causes étudiées à l'exception de celles liées au cancer du poumon et une augmentation notable du nombre de décès lié à ce même cancer chez la femme. Enfin, comparé aux pays européens, le retard français ne marque pas de tendance à s'effacer (en 1999).

1 – 2 – 5 : La mortalité infantile²⁸

La mortalité infantile est admise représenter un des indicateurs de santé des populations. Longtemps parmi les plus bas de France, le taux de mortalité francilien est actuellement légèrement supérieur à la moyenne nationale : en 2001, il est de 4,7 décès d'enfants de moins d'un an pour 1000 naissances contre 4,4 à l'échelon national. Ainsi entre 1998 et 2000, 800 enfants âgés de moins d'un an sont morts chaque année, avec déjà une prévalence plus grande de garçons (il naît plus de garçons que de filles). Ces décès s'observent pour les 2/3 dans la période néonatale (1^{er} mois), les causes des décès étant les anomalies congénitales et surtout les affections d'origine périnatales, elles-mêmes souvent liées à une prématurité ou une hypotrophie.

²⁷ La mortalité "évitable" liée aux comportements à risque , une priorité de santé publique en France de Françoise Péquignot, Alain Le Toulec, Martine Bovet et Eric Jouglu. BEH Bulletin de l'Institut de Veille Sanitaire n° 30, (numéro thématique) Juillet 2003

²⁸ La santé périnatale de Monique Kaminski et al in Les inégalités Sociales de Santé, 1 vol déjà cité, pages 173-192

Le taux de mortalité infantile francilien recouvre de fortes disparités départementales, qui se recoupent d'ailleurs avec celles observées pour les adultes. Entre 1998 et 2000, les départements des Yvelines et des Hauts de Seine ont une mortalité infantile inférieure à la moyenne nationale tandis que la population est particulièrement défavorable en Seine Saint Denis (5,7 décès pour 1000 naissances "vivantes") et, dans une moindre mesure, en Seine et Marne, dans le Val de Marne et à Paris (5,2).

Si l'hypotrophie et la prématurité figurent très habituellement dans le contexte de développement les affections périnatales qui conduisent à une issue fatale des enfants, l'analyse des facteurs responsables de ces états à la naissance montre qu'ils sont multiples²⁹ et leur poids respectif pas facile à cerner.

L'analyse des facteurs invoqués à l'origine de ces situations sont de deux ordres. Des facteurs biologiques parmi lesquels sont recensés la survenue de grossesse aux âges extrêmes de la fécondité, une première grossesse, des antécédents de naissance d'enfant prématuré ou de petit poids, un poids maternel faible avant grossesse. Dans les facteurs sociaux susceptibles d'intervenir sont recensés le fait de vivre seule, d'appartenir à une population migrante, d'être privé d'emploi, de ne pas suivre une surveillance prénatale suffisante, de fumer, de présenter des signes de malnutrition etc... autant d'éléments qui interviennent et se conjuguent souvent. L'enquête de 1995 a porté sur certains points précis dont le niveau d'étude de la mère : il ressort que les risques de prématurité et d'hypotrophie à la naissance sont d'autant plus importants que le niveau d'étude de la mère est faible ; pour la prématurité par exemple, une différence de 5 points (en %) est notée entre les mères ayant fait des études supérieures et celles déclarées sans profession³⁰.

1 – 2 – 6 : Comparaison de la mortalité prématurée avec les autres pays européens³¹ (comparaisons à l'échelon national de chaque pays)

C'est dans les années 90 qu'un projet international financé par l'Union Européenne est venu compléter et enrichir les études qui avaient été menées antérieurement dans divers pays. Des données issues d'études longitudinales pour la France, l'Italie, l'Angleterre et le Pays de Galles, ainsi que les quatre

²⁹ Informations issues d'une enquête nationale périnatale menée en 1995

³⁰ La Santé des Franciliens – ORS – déjà cité, page 27

³¹ Inégalités sociales de mortalité prématurée : la France comparée aux autres pays européens de A. E. Kunst, F. Groenhof, J. P. Mackenbach et le groupe de travail de l'UE sur les inégalités socio-économiques de santé in Les Inégalités sociales de santé 1 vol déjà cité page 53 - 68

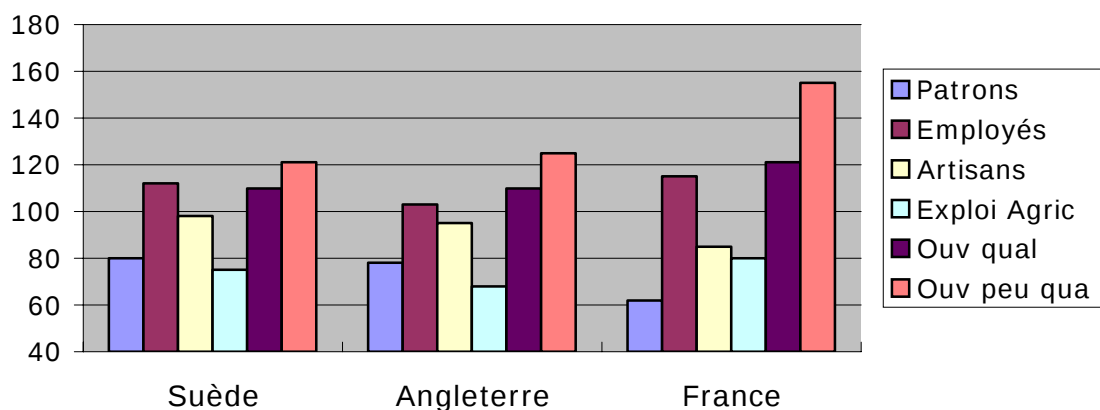


Figure n° 3 : Comparaison des IMS (Indicateur de mortalité standardisé x100) dans trois pays (ouvriers agricoles et peu qualifiés sont regroupés). La France se distingue par un indice élevé dans les groupes des ouvriers

pays nordiques (Suède, Finlande, Danemark et Norvège) sont effectivement disponibles et portent sur une période allant de 1980 à 1989. Dans chacun de ces pays et pour la population recensée en 1981, la mortalité observée par le registre

Tableau n° 6 : Mortalité des hommes de 45-59 ans dans trois groupes professionnels : comparaison entre onze pays européens (ISM, indice standardisé de mortalité, exprimé par rapport à une moyenne nationale ramenée à 1). (Source : étude financée par le programme Biomed-1 de l'Union Européenne)

Pays	ISM dans trois groupes de personnes dans différents pays (moyenne nationale 1)		
	Non-manuels	Manuels	Exploitants Ouvriers Agric
France	0,76	1,30	0,90
Angleterre	0,81	1,18	0,78
Irlande	0,91	1,26	0,82
Finlande	0,79	1,20	0,92
Suède	0,86	1,20	0,79
Norvège	0,87	1,16	0,88
Danemark	0,91	1,21	0,64
Suisse	0,87	1,17	0,97
Italie	0,89	1,18	0,93
Espagne	0,84	1,16	0,97
Portugal	0,78	1,07	1,15

des décès était couplée, au niveau, individuel, avec les données du recensement. Pour d'autres pays, (Irlande, Suisse, Espagne et Portugal), les données proviennent d'études elles aussi nationalement représentatives mais de nature transversale. Les données de cette nature ont été également utilisées,

notamment en France, lorsqu'on cherche à établir une analyse de la mortalité par cause de décès.

Toutes les études incluent des données sur les professions pour les hommes de 30 à 59 ans. En France et dans la plupart des autres pays, ils ont été répartis selon la grille d'Erikson et Goldthorpe³², dans sa version simplifiée³³, en sept groupes.

L'étude dans les trois pays (figure n°3) montre que la mortalité la plus faible est celle observée dans la catégorie patrons professions libérales, notamment pour ce qui touche la France ; à l'autre extrémité de l'échelle sociale, la mortalité la plus élevée, celle des ouvriers peu qualifiés, atteint en France le niveau le plus élevé. .

Sur le tableau 6 est donné l'ensemble des résultats obtenus dans tous les pays de l'étude, pour les hommes de 45-59 ans regroupés en trois catégories, non manuels, manuels et exploitants et ouvriers agricoles.

Deux enseignements émergent de ces études : dans tous les pays étudiés, la mortalité est plus élevée dans le groupe des manuels, l'écart avec le groupe des non manuels étant plus ou moins large selon les pays, ceux observés au Danemark et au Royaume Uni étant les plus faibles. La France tranche dans ce classement avec un ISM (Indice Standardisé de mortalité) pour les manuels parmi les plus élevés et un écart important entre les deux catégories : rapporté à la moyenne nationale, le taux de mortalité est supérieur de 30% pour les manuels mais inférieur de 24% pour l'autre catégorie, soit une mortalité prématurée plus élevée de 71% lorsqu'on compare un groupe à l'autre. L'ISM des exploitants et ouvriers agricoles est intermédiaire à celui des deux autres catégories, à l'exception d'extrêmes observées au Portugal et au Danemark.

³² Voir l'étude d'Alain Chenu "Le repérage de la situation sociale" in Les Inégalités sociales de Santé" 1 vol déjà cité, qui donne une revue critique des différents modèles retenus pour permettre un classement des personnes selon leur catégorie sociale ou socio professionnelle. La grille d'Erikson et Goldthorpe est l'un de ces modèles. Le fragment de conclusion d'Alain Chenu qui suit situe bien la difficulté de la question de ces catégorisations: "L'amélioration des techniques économétriques ou épidémiologiques et la constitution de dispositif d'observation ont permis à ces efforts analytiques de porter leurs fruits. Cependant, il n'existe pas de moyen simple de caractériser la position sociale des individus. Les revenus sont volatils et souvent dissimulés, les titres scolaires et les durées de formation initiale n'ont pas la même signification d'une génération à l'autre et se dérobent parfois à la mémoire des enquêtés, une même appartenance socioprofessionnelle change au fil du cycle de la vie du fait du processus de sélection". Mais constate-t-il ailleurs que, cependant, "ça marche", on arrive à tirer de ces études des lignes de compréhension sur les processus à l'œuvre..

³³ Les sept groupes sont : les patrons d'entreprises, les cadres supérieurs et professions libérales, les professions intermédiaires, les employés, les artisans, les exploitants agricoles, les agents de maîtrise et les ouvriers qualifiés, les ouvriers peu ou pas qualifiés et les ouvriers agricoles

Les auteurs se sont longuement interrogés sur l'importance des disparités, notamment celles touchant la France, dont on retiendra toutefois qu'elles concernent une période ancienne (1980-89), et donc difficile à projeter dans la période actuelle. Après avoir considéré qu'il ne pouvait s'agir de raisons d'ordre méthodologique quant à la nature des données et des méthodes qui ont permis de les collecter, ils retiennent les conduites à risques (tabac, alcoolisme...) parmi les hypothèses lourdes qui méritent d'être retenues, notamment pour la France. Nous y reviendrons.

I – 3 : Données sur la morbidité : les indicateurs globaux de santé

I – 3 – 1 : Problématique

Les données d'espérance de vie rapportées dans ce qui précède se réfèrent à la durée de vie, estimant que cette durée est une expression synthétique dans laquelle différents facteurs, dont ceux à caractère social comme nous l'avons vu, se conjuguent entre eux pour conduire aux observations relevées. L'approche complémentaire que proposent les épidémiologistes vise à parler davantage "d'espérance de santé et de vie"³⁴ au sens où, cerner la durée de vie est certes indispensable et somme toute assez simple, mais la vision serait incomplète si la recherche se s'accompagnait d'indications sur les modes selon lesquels se déroule la vie au regard des problèmes de santé des personnes. L'approche médicale traditionnelle réside dans la compréhension et le traitement des maladies et sa fonction est tout à fait fondamentale. L'autre dimension des professionnels de la santé se tourne vers un ensemble plus large d'appréciation et d'analyse pour appréhender la santé, au sens où sont pris en compte les aspects fonctionnels, les dimensions d'autonomie et d'indépendance des personnes et la perception qu'elles ont de leur santé, tout ceci en fonction des conditions socio-économiques voire culturelles de celles-ci : ce sont ces dimensions que cherchent à traduire les indicateurs globaux de santé. Une place est faite généralement dans ces indicateurs sur la façon dont les personnes gèrent leurs problèmes de santé à travers l'offre de soins.

L'élaboration des indicateurs globaux de santé résulte d'enquêtes menées au sein d'échantillons représentatifs de la population générale, avec les limites que rencontre habituellement la construction de ces échantillons. Depuis quelques années, des chercheurs se réunissent à l'échelon européen³⁵ avec l'objectif d'une

³⁴ ou mieux, espérance de vie au sens de la durée durant laquelle les personnes sont en "bonne" santé, l'absence de maladie étant associée à l'idée de "bien-être" telle que définie par la charte de l'OMS corrigée par celle d'Ottawa.

³⁵ Groupe Euro-Reves : Réseau espérance de vie en santé – International Network on Health Expectancy and the Disability Process. Une description du travail mené par ce groupe est donnée dans : Démarche et propositions pour une harmonisation des enquêtes et indicateurs

harmonisation des enquêtes menées dans chacun des pays de l'Union. Cet objectif, qui est ambitieux et pas simple à mener compte tenu des pratiques et habitudes de chacun des pays, vise la construction d'un ensemble d'indicateurs de santé qui soient à la fois compatibles avec les outils et pratiques déjà présents dans chaque pays et en même temps suffisamment communs à tous les pays pour établir des approches comparatives, sources de richesse pour les analyses.

Les indicateurs de santé retenus par l'UE couvrent trois champs de la santé³⁶.

1) la santé déclarée ou santé perçue qui est considérée comme un des meilleurs indicateurs de santé, la perception de mauvaise santé –indicateur subjectif-englobant tout un ensemble de facteurs qui vont de problèmes effectifs de santé physique aux facteurs psychosociaux sous-jacents, tout ceci étant liés à la façon de gérer les problèmes de santé (soins, prévention, adaptation aux problèmes fonctionnels ...).

2) la déclaration de "maladies chroniques" et les conséquences qu'elles entraînent en termes de qualité de vie et de recours aux soins. L'exploitation de cette donnée est évidemment menée en analyse croisée avec la précédente (santé perçue).

3) l'appréciation des limitations fonctionnelles, dont certaines n'ont pas toujours un lien direct avec l'existence de maladies chroniques. Il s'agit surtout de donner la mesure des limitations fonctionnelles (ou "restrictions d'activité") qui rendent compte de l'altération des fonctions physiques, sensorielles, cognitives ou psychiques de la personne, capacités de la personne à poursuivre ses activités habituelles (s'habiller seul, faire sa toilette, ses courses, travailler...).

Ces trois champs recouvrent ce qu'il est convenu de nommer le Module européen minimal sur la santé (MEHM) qui devrait servir de base à une enquête par interview menée à l'échelon de toute l'Europe en 2006 ou 2007. Euro-REVE propose de plus qu'une attention particulière soit portée à la santé mentale, parce qu'elle représente une des principales causes d'incapacité et une part conséquente des dépenses de santé.

En France, deux types d'enquêtes sont mises en place pour apprécier l'état de santé des populations, l'enquête SPS (ou ESPS, enquête santé et protection sociale) et l'enquête INSEE.

de santé en Europe : l'approche d'Euro-Reves de Robine J-M, Cambois E., Romieu I..
Solidarité et Santé n°2 2004. pp 185-199

³⁶ "Baromètre Santé 2000", mené sous la direction de Philippe Gaubert, François Baudier et Arnaud Gautier rapporte les résultats d'une enquête sur les "Inégalités et comportements de santé des 18-75 ans", de Colette Ménard et Arnaud Gautier. Une partie, absente dans l'enquête de l'INSEE est consacrée à "qualité de vie et santé mentale".

Placée sous la responsabilité par l'IRDES³⁷ (Institut de Recherches et Documentation en Économie de la Santé – anciennement CREDES), l'ESPS est réalisée depuis 1988, d'abord annuelle puis biannuelle depuis 1998, elle interroge (en 2004) 8000 ménages soit 23000 personnes, l'échantillon étant constitué d'assurés des principales caisses de Sécurité Sociale dont on admet qu'il représente de l'ordre de 95% de la population française. Sa périodicité courte, et l'étendue de ses questionnements en font un outil propice aux études longitudinales avec de plus, comme nous le verrons, une relative souplesse d'adaptation aux questionnements nouveaux, à mesure que de nouvelles problématiques apportées par la recherche se dessinent.

L'enquête de santé de l'INSEE est menée tous les dix ans depuis 1960 ; ces enquêtes rassemblent à quelques variantes près, un ensemble homogène de données sur une période relativement longue. Les données de santé sont exposées en référence aux caractéristiques sociales des personnes enquêtées comme dans toutes les enquêtes de santé de l'INSEE, à une différence près cependant puisque ce ne sont plus les "catégories socio-professionnelles" classiques qui sont retenues ici mais d'autres classes de référence définies dans le programme Euro-Reves. C'est cette enquête qui est rapportée dans ce qui suit.

1 – 3 – 2 : L'état de santé en France en 2003 - enquête INSEE^{38 39}. Les données concernent évidemment l'ensemble de l'hexagone et non la seule région Île de France qui a cependant fait l'objet d'une "extension" de l'enquête générale ; son traitement devrait nous être spécialement communiqué.

³⁷ L'IRDES est financé par la CNAMTS, la CANAM/RSI, la MSA, la FNMF, le CNRS et sur contrats

³⁸ "L'état de santé des Français en France en 2003, Santé perçue, morbidité déclarée et recours aux soins à travers l'enquête décennale santé" de Jean-Louis Lanoë et Yara Makdessi-Raynaud. DREES : Etudes et Résultats n°436 Octobre 2005. Jean-Louis Lanoë (chercheur Inserm/Insee) a eu la gentillesse de nous recevoir et nous commenter cette enquête. Il se propose de faire une prolongation spécifique de l'étude pour le CESR (elle comportait une "extension régionale Île de France"). Qu'il en soit profondément remercié.

³⁹ Un tirage au sort de logements à partir de "l'échantillon maître" Insee a été réalisée afin de disposer d'une représentation de ménages ordinaires et d'individus au niveau métropolitain. Parallèlement, pour disposer d'échantillons représentatifs, des "extensions régionales" viennent compléter l'échantillon dont l'une concerne l'Île de France. L'enquête s'est déroulée entre Octobre 2002 et Septembre 2003. L'enquête est réalisée en trois étapes : la première en interview direct, la seconde sur un carnet de soins rempli par tous les membres du ménage (+ de 17 ans) et rempli par eux et la troisième par interview après un intervalle d'un mois au moins pour compléter ou lever des ambiguïtés.

L'état de santé se construit autour de plusieurs notions :

- la santé déclarée illustrée par la santé perçue, la déclaration de maladie chronique⁴⁰, les restrictions d'activité pour des raisons de santé depuis au moins six mois, et qui se déclinent en une série d'items recouvrant certaines limitations physiques et/ou fonctionnelles et certaines limitations dans la vie quotidienne
- les recours au système de santé recouvrant les hospitalisations de plus de 24 heures, les recours au médecin (et dentiste) les consommations de médicaments
- les autres indicateurs concernant certains déterminants de santé, tels alcool, tabac, habitudes alimentaires, activité physique ...

Les données démographiques et économiques se rapportent au genre, à l'âge, au niveau d'éducation (aucun diplôme ou CEP ; BEPC, CAP, BEP ; Baccalauréat ; Enseignement supérieur), au revenu du ménage (- 6000 € ; de 6000 à 10 000€ ; de 10 000 à 17 600€ ; + de 17 600 €) et à l'activité économique (actif occupé ; chômeur ; inactif).

Santé déclarée (Santé perçue, morbidité déclarée et restriction d'activité)

La perception de santé est très largement positive (tableau n° 7) chez l'ensemble des personnes de l'enquête : plus de 7 personnes sur 10 la considèrent "très bonne" ou "bonne" et moins de 5% la perçoivent "mauvaise" ou "très mauvaise". Plus l'âge est avancé, plus la perception est négative. Enfin à tout âge, avec un écart qui reste stable, les femmes perçoivent plus fréquemment leur santé sous un angle défavorable.

Tableau n°7 : Santé perçue (réponse à "comment est votre état de santé général) ; France métropolitaine, population 18 ans et plus (Source : enquête décennale santé 2002-2003, Insee)

	Hommes %	Femmes %	Ensemble %
Très bonne	28,2	21,5	24,7
Bonne	48,5	49	48,8
Moyenne	19,5	24,7	22,2
Mauvaise/Très mauvaise	3,8	4,8	4,3

La morbidité déclarée est croissante avec l'âge (tableau n°8) et d'un niveau toujours plus élevé chez les femmes que chez les hommes.

⁴⁰ La notion de maladie chronique est établie à partir des réponses aux questions : "Avez-vous actuellement une (ou plusieurs) maladie(s) chronique(s) ? " et si oui "Avez-vous actuellement d'autres maladies ou problèmes de santé" ; si non "Mais avez-vous actuellement une (ou plusieurs) maladie(s) ou des problèmes de santé. Les problèmes dentaires ou de vue ne sont pas pris en compte dans la définition de la morbidité.

Entre 30 et 44 ans par exemple, 38% des femmes et 33% des hommes déclarent au moins une maladie chronique ; entre 60 et 74 ans, ces proportions atteignent 73% chez les femmes et 66% chez les hommes. L'écart entre les hommes et les femmes, sauf chez les 75 ans et plus, reste toujours supérieur à 5 points.

On observe les mêmes tendances dans le cas des maladies non chroniques : 23% des hommes de 30 à 44 ans contre 26% chez les femmes des mêmes âges en déclarent au moins une. Chez les 60-74 ans, ces proportions atteignent 40% et 44% respectivement chez les hommes et femmes. Les évolutions observées avec l'âge sont cependant sensiblement atténuées pour ce type de problème de santé, comparées à l'observation les maladies chroniques.

Si les femmes sont proportionnellement plus nombreuses à déclarer au moins une maladie, elles en déclarent également un plus grand nombre, surtout en ce qui concerne les maladies chroniques, et ce quel que soit le groupe d'âges considéré.

Tableau n° 8 : Nombre moyen de maladies déclarées (premier chiffre) et pourcentage de population (pour la tranche d'âge considérée) déclarant souffrir d'une maladie depuis au moins six mois ; données par genre et par groupe d'âge (Source : enquête décennale santé 2002-2003, Insee)

Groupes d'âges	Maladies chroniques		Maladies non chroniques	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
18-29	1,4 - 23 %	1,6 - 32%	1,3 - 18%	1,4 - 23%
30-44	1,5 - 33%	1,7 - 38%	1,4 - 24%	1,5 - 24%
45-59	1,9 - 47%	2,1 - 53%	1,6 - 28%	1,7 - 37%
60-74	2,1 - 66%	2,6 - 73%	1,8 - 40%	1,9 - 44%
75 et plus	2,6 - 75%	2,9 - 78%	1,8 - 46%	2,1 - 47%

Les restrictions d'activité touchent une personne sur huit : 14% en effet des personnes interrogées déclarent souffrir durablement d'une restriction d'activité, cette proportion croissant évidemment avec l'âge (elle passe de 4% chez les 18-29 ans à 21% chez les 60-74 ans) mais elle diffère peu selon le genre (tableau n°9).

Tableau n° 9 : restriction d'activités et incapacités physiques et/ou sensorielles selon le genre, le groupe d'âge et la morbidité déclarée. (Source : enquête décennale santé 2002-2003, Insee)

	Restriction d'activité (6 mois ou plus)	Incapacités physiques et/ou sensorielles
Ensemble	13,6	20,8
Hommes	12,5	19,6
Femmes	14,6	22,4
18-29	4,5	4,0
30-44	8,1	9,7
45-59	14,8	20,7
60-74	20,6	35,7
75 et plus	34,7	64,8

Aucune maladie déclarée	1,0	7,5
Maladie(s) non chronique(s) seulement	15,8	21,3
Une seule maladie chronique	14,2	20,7
Plusieurs maladies chroniques	30,6	40,5

La déclaration de maladie chronique apparaît en lien avec les restrictions d'activité ; les personnes souffrant de plusieurs maladies chroniques déclarent ainsi qu'elles présentent une restriction d'activité pour presque un tiers d'entre elles. Enfin une personne sur 5 déclare au moins une incapacité physique et/ou sensorielle, ici définie comme l'impossibilité ou la difficulté à accomplir au moins un acte élémentaire dans la vie quotidienne (voir de près, voir de loin, entendre, marcher 500 mètres, porter un objet de 5 kilos, se nourrir, s'habiller, se coucher, aller aux toilettes ou se laver). Cette fréquence apparaît liée, plus encore que pour les restrictions d'activité, à la présence de maladies chroniques et à un âge élevé.

Il est intéressant de relever que parmi les personnes ayant déclaré une restriction d'activité, 57% déclarent également une incapacité, alors que seulement 37% de celles touchées par une incapacité déclarent également une restriction d'activité. On notera dans le tableau n°10 la proportion relativement élevée de personnes qui rapportent une restriction dans leur activité alors qu'elles ne présentent pas d'incapacité déclarée (au sens donné plus haut), ce qui peut être entendu comme un certain "mal-être", même si la variable restriction d'activité reflète une complexité pas simple à cerner.

Tableau n°10 : croisement des données "restriction d'activité" et "incapacité physique déclarée" sur toute la population étudiée : près des 2/3 des patients qui ont une incapacité ne **signalent pas** de restriction d'activité ; par ailleurs, parmi la population qui déclare une restriction d'activité, seule un peu plus de la moitié exprime une incapacité. (résultats exprimée en %). * physiques et/ou sensorielles. (Source : enquête décennale santé 2002-2003, (Insee)

	Population ayant déclaré une restriction d'activité		Population ayant déclaré une incapacité*
Au moins une incapacité déclarée*	56,7	Restriction d'activité déclarée	37,2
Aucune incapacité déclarée*	43,3	Pas de restriction d'activité déclarée	62,8
Ensemble	100	Ensemble	100

Le tableau n° 11 donne une indication du lien entre les trois variables, santé perçue, restriction d'activité et maladies chroniques.

En dépit de son caractère général et de la subjectivité dont elle semble relever, la santé perçue apparaît comme un indicateur synthétique pertinent de l'état de santé⁴¹. Dans l'enquête rapportée ici, cette notion de santé perçue est très liée aux autres indicateurs de l'état de santé⁴² :

- parmi les personnes définissant leur santé comme "moyenne", 32% déclarent ainsi une restriction dans leurs activités et 49% souffrent de plusieurs maladies chroniques.

Tableau n° 11 : présence de maladies chroniques et de restriction d'activité dans la population générale étudiée (en %) par rapport à la perception de l'état de santé (Source : enquête décennale santé 2002-2003, Insee)

Santé perçue	Restriction d'activité	Maladies chroniques
Bonne ou très bonne	2	15
Moyenne	32	49
Mauvaise/très mauvaise	75	66

- parmi les personnes déclarant leur santé "mauvaise" ou en "très mauvaise santé", 75% signalent une restriction d'activité et plus des 2/3 indiquent plusieurs maladies chroniques.

- mais à l'inverse parmi les personnes dont l'état de santé est "bon" ou "très bon", 15% cependant déclarent plusieurs maladies chroniques mais sans traduction fonctionnelle quasiment (une restriction d'activité pour moins de 2%).

La présence de plusieurs "maladies chroniques" et surtout la déclaration d'une restriction d'activité augmente donc très fortement la probabilité de percevoir sa santé de façon négative. Mais toutes les autres caractéristiques de morbidité déclarée (présence d'une incapacité, présence d'une seule maladie chronique ou présence d'un problème de santé non chronique) influent également de façon significative sur cette probabilité. À caractéristiques de morbidité comparable, l'effet de l'âge recouvre très vraisemblablement, un effet objectif à savoir la gravité des problèmes de santé rencontrés par les plus âgés dont la part subjective liée à un "mal-être" propre au vieillissement en tant que tel. Il est enfin intéressant de noter que, une fois pris en compte les effets de l'âge et de la morbidité déclarée, le genre continue d'influer sur la perception de la santé mais de façon limitée (probabilité qu'elle soit augmentée de 13% chez les femmes). On retient ainsi de cet ensemble que, malgré le constat d'une morbidité déclarée

⁴¹ Cette observation se retrouve dans plusieurs études dont certaines menées en Finlande et aux Etats Unis (Université de Washington)

⁴² Des outils d'analyse statistique fins (analyse logistique) permettent de donner une expression de "risques relatifs" pour chacune des variables introduites dans le modèle d'analyse. Des résultats issus de ces modes d'analyses sont utilisées dans l'expression des liens entre santé et relations socio-économiques, dans ce qui suit.

qui est loin d'être négligeable, la perception de la santé reste cependant globalement positive dans sensiblement la même proportion de la population.

Santé déclarée (Santé perçue, morbidité, restriction d'activités) et caractéristiques sociales et économiques

Le niveau d'éducation, le revenu du ménage et l'activité économique sont les variables mises en parallèle aux indicateurs de santé déclaratifs évoqués dans ce qui précède⁴³. Les analyses logistiques pour établir les relations statistiques permettent la construction de plusieurs modèles indiquent que déclarer la présence d'une maladie est lié (statistiquement) à un faible revenu, à un faible niveau d'instruction ainsi qu'aux situations de chômage et d'inactivité.. Ces caractéristiques socio-économiques ont une influence encore plus nette sur les restrictions d'activité, et particulièrement sur la perception négative de la santé. Autrement dit, toutes choses étant égales par ailleurs, un chômeur ou une personne présentant un faible niveau d'éducation a beaucoup plus de "chances" de percevoir négativement sa santé, dans une proportion de +40% s'il est chômeur, +37% s'il est inactif, de + 42% s'il n'a aucun diplôme alors que pour les mêmes situations de santé déclarée, les personnes à niveau élevé d'éducation ressentent négativement leur santé dans une proportion bien moindre, inférieure à presque 40%.

Santé déclarée et recours aux soins

Une forte médicalisation de la population à travers les recours aux soins

Les quelques tableaux qui suivent indiquent que le recours au médecin est fréquent, plus nombreux chez la femme.

Sur les 12 mois ayant précédé l'enquête, plus de 9 personnes sur dix (91%) ont déclaré avoir vu au moins une fois un médecin, 85% ayant eu recours à un généraliste et 61% à un spécialiste, avec une prévalence plus grande chez les femmes. Cette fréquentation est relativement stable jusqu'à 60 ans puis augmente après cet âge, de manière plus marquée chez les hommes (pour rejoindre celle des femmes). Le recours à la médecine spécialisée suit des évolutions contrastées selon l'âge et le genre avec une augmentation régulière

⁴³ L'étude des liens sont établis par des méthodes statistiques (régression logistique) qui amènent à un modèle mathématique où la série de variables (niveau d'éducation, revenu du ménage, activité économique ...) est mise en parallèle à une **seule** variable cible (ici les indicateurs de santé, soit une maladie chronique, soit une maladie au moins, soit la perception négative de la santé ...). Il est possible de mesurer l'influence **propre** de chaque variable sur la variable cible, la force et le sens du lien étant donnée par l'"odd ratio" : plus l'on s'écarte de la valeur 1, plus le lien est fort, par exemple dans le sens négatif lorsqu'il est inférieur à 1.

chez les hommes et une sensible diminution chez les femmes après 60 ans (tableau n° 12).

Groupes d'âges	Généraliste		Spécialiste	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
18-29	75,5	87,5	41,4	72,5
30-44	78,9	84,3	45,8	73,9
45-59	80,2	85,3	52,6	72,1
60-74	88,7	91,8	60,6	65,6
75 et plus	95,2	96,0	66,2	61,2
Ensemble	81,3	87,1	50,5	70,4

Tableau n°12 : Proportion de personnes ayant eu recours au généraliste et au spécialiste dans les douze derniers mois précédant l'enquête (Source : enquête décennale santé 2002-2003, Insee)

Le nombre de recours au médecin croît avec l'âge mais avec des différences très sensible selon le genre. Le nombre moyen de recours (tableau n° 13) est le double chez les femmes jeunes avec un recours important aux spécialistes, ces différences s'atténuant ensuite entre les classes d'âge. Cette surmédicalisation des femmes résulte pour partie les suivis médicaux liés à la contraception, aux grossesses et à la ménopause ainsi qu'un recours plus fréquent aux pratiques de dépistage et de prévention. Ces données reflètent sans doute un autre aspect que

Tableau n° 13 : nombre moyen de recours au soins par groupe d'âges et selon le genre, et leur répartition entre le généraliste et le spécialiste (Source : enquête décennale santé 2002-2003, Insee)

Groupes d'âges	Hommes			Femmes		
	Nbre Moyen	Général	Spécial	Nbre Moyen	Général	Spécial
18-29	3,3	2,2	1,2	6,6	3,8	2,8
30-44	3,9	2,6	1,3	6,2	3,3	2,9
45-59	4,8	3,4	1,4	6,7	4,3	2,3
60-74	6,7	5,0	1,7	7,6	5,5	2,1
75 et plus	8,7	6,8	1,9	9,2	7,3	1,9

sont les comportements plus volontiers à risque observés chez les hommes. Cette surmédicalisation des femmes surtout avant 45 ans se reflète également dans les achats de médicaments, plus importants pour ce qui les concernent ainsi et pour les hospitalisations, plus fréquentes avant 45 ans et qui s'explique par les accouchements et la fréquentation dans les services de gynéco-obstétrique. Les

différences quant aux hospitalisations entre hommes et femmes s'effacent après 45 ans.

Les caractéristiques socioéconomiques impriment des particularités quant aux recours aux soins

À morbidité, âge et genre comparable, ces caractéristiques ont une influence dans le recours aux soins. Ces différences sont particulièrement marquées pour le recours à la médecine spécialisée : plus le revenu du ménage est faible et moins le niveau d'éducation des personnes est élevé, plus la probabilité qu'elles n'aient pas vu de spécialiste dans les 12 mois s'accroît. Par ailleurs, les personnes au chômage au moment de l'enquête ont sensiblement moins eu recours au médecin (généraliste ou spécialiste) au cours des 12 mois précédant l'enquête mais déclarent plus fréquemment avoir été hospitalisés. L'analyse montre aussi qu'à degré de morbidité déclarée équivalente, seules les personnes de niveau d'éducation supérieur déclarent n'avoir eu moins de recours aux hospitalisations. De plus et sur la période d'enquête (quatre semaines consécutives pendant lesquelles les personnes notaient les événements de santé les concernant sur un carnet de soins), les personnes disposant des revenus les plus élevés ont significativement plus souvent consulté un médecin, généraliste ou spécialiste.

Les auteurs de l'étude rapportant l'enquête menée par l'INSEE concluent sur deux points. D'abord ils font le constat que tous les recours aux soins "...sont d'autant plus fréquents que la perception de la santé est négative. La santé perçue semble donc bien, à cet égard, traduire une morbidité ressentie et non déclarée, un degré particulier de gravité de problèmes rencontrés ou un mal-être spécifique. Elle s'avère donc un indicateur précieux dans l'analyse de la santé de la population". Et plus loin : **"En résumé, de nettes différenciations sociales existent donc en matière de recours aux soins. A état de santé qu'on peut à priori tenir pour "égal" (morbidité déclarée et santé perçue constantes), on ne se soigne pas de la même façon selon son revenu ou son éducation, à la fois pour ce qui est de la fréquence de recours aux soins que du type de soins consommés"**.

1 – 3 – 3 : L'observation de deux épidémies actuelles et leur évolution en fonction des caractéristiques sociales

Deux problèmes de santé publique sont intéressants à considérer sous cet angle, le SIDA et l'obésité.

L'infection VIH⁴⁴ (virus de l'immunodéficience humaine): comme on le sait, l'Île de France est parmi les régions françaises les plus touchées par le SIDA avec les Antilles et la Guyane⁴⁵. On estime⁴⁶ en effet que 40 à 50% des cas de SIDA de France (séropositivité et SIDA déclarée) se retrouve en Île de France. Si on retient qu'en 2004, environ 7000 personnes (pour l'ensemble du pays) ont découvert leur séropositivité et 1500 ont développé le SIDA, de l'ordre de la moitié de ces personnes se retrouve dans notre région. Probablement du fait de la nature particulière de cette maladie, l'appréciation du nombre⁴⁷ de personnes atteintes par l'infection VIH n'est pas simple à connaître et aucune méthode n'est parfaitement satisfaisante pour en connaître le chiffre⁴⁸. Estimé en 1989 pour l'ensemble de la France entre 85000 – 199000 cas, ce nombre (avec un mode de calcul analogue) serait passé à 77000 – 145000 en 1992 et se situerait en 2003 à 97000 (61000 – 177000). "L'impression" de léger reflux qui semblait se dessiner ne se confirme pas. Les épidémiologistes espèrent qu'avec la déclaration obligatoire de séropositivité intervenue en Mars 2003, une meilleure connaissance de la prévalence et de l'incidence de la maladie donnera une mesure plus exacte de la maladie, avec la surveillance qu'elle suppose et à la condition que les "sous-déclarations" ne soient pas trop nombreuses. Il y aurait en Île de France de l'ordre de 40000 personnes atteintes de l'infection VIH, parmi lesquelles se comptent un nombre non négligeable diagnostiquées avant 1996 (apparition des trithérapies). Elles habitent essentiellement à Paris (2/3 environ, population homosexuelle surtout) et en Seine-Saint-Denis dans une proportion moindre (avec une dominance homosexuelle moins marquée et une proportion plus grande d'étrangers et de contamination hétérosexuelle).

⁴⁴ L'OMS situe l'infection VIH en 2002 comme la quatrième cause de mortalité dans le monde

⁴⁵ La situation particulière départements de la Guyane et des Antilles s'explique par le fait que convergent vers eux des migrants venant des pays d'Amérique centrale pour chercher à bénéficier de systèmes de soins qu'ils ne trouvent dans leur pays.

⁴⁶ Par exemple l'estimation du nombre de sérologies positives pour l'ensemble des laboratoires impliqués dans le dépistage VIH est de 6225 tests positifs en Île de France sur les 11720 tests positifs enregistrés en France en 2004.

⁴⁷ Nombre de cas ou **prévalence**, terme consacré par les épidémiologistes ; à mettre en parallèle avec le terme **incidence**, nombre de cas nouveaux, dont l'intérêt est évident car il donne une évaluation sur la dynamique d'une épidémie.

⁴⁸ Voir "La prévalence de la séropositivité VIH en France" de Desenclos J-C, et al et les membres de l'action coordonnée 23 l'ANRS - BEH (InVS) n° 11-2005 et "Les Connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en France – Evolution de 1992 à 2004". Publication de ANRS, ORS Ile de France et INPES – Novembre 2005.

Des tendances évolutives marquent l'infection VIH actuellement et, d'un certain nombre d'observations et d'enquêtes⁴⁹ faites en France et en Europe, trois grands traits principaux peuvent être décrits (que certains assimilent à "trois épidémies") et qui touchent des groupes assez précis. L'épidémie en population générale est quasiment absente.

1 - Une épidémie stable chez les homosexuels masculins, le virus continuant à être transmis de façon importante et fréquente dans cette population. De nombreuses observations convergent pour souligner une tendance à un moindre usage du préservatif chez des personnes connaissant leur séropositivité mais ne prenant pas pour autant de précautions avec leurs partenaires, qu'ils soient occasionnels ou non. Les patients de ce groupe ont pour la plupart un niveau d'études élevé et 2/3 d'entre eux ont un emploi.

2 - Une épidémie chez les usagers de drogues qui a été gravissime mais qui s'est considérablement améliorée puisqu'il n'existe pratiquement plus de nouveaux cas, ce qui est encourageant et souligne la forte efficacité qu'a été la vente libre des seringues. La situation sociale des patients de cette seconde vague est dans l'ensemble souvent dégradée, avec niveau d'études bas et avec des revenus venant de l'aide sociale pour plus de la moitié d'entre eux.

3 - Une épidémie croissante chez les personnes étrangères, essentiellement migrants de pays d'Afrique sub-saharienne où l'endémie est avérée (prévalence de l'ordre de 1% de la population) et chez lesquels les personnes atteintes ont, pour la plupart, contracté la maladie dans leur pays. Elles sont diagnostiquées assez vite après leur arrivée en France, les femmes sont plus nombreuses que les hommes, peut-être davantage infectées mais diagnostiquées plus tôt au cours de l'infection. Il s'agit surtout de contamination hétérosexuelle. Ce dernier aspect de l'infection VIH est le plus marquant actuellement : une séropositivité sur trois est observée sur une personne d'Afrique subsaharienne et il s'agit de femmes dans plus de la moitié des cas. Elles se retrouvent dans leur majorité dans des milieux où se cumulent tous les facteurs de fragilité sociale (femmes seules avec enfants, travail et statut administratif précaires, logement vétuste, bas revenus, ...), nous y reviendrons.

Ces observations tout à fait claires en Île de France sont voisines de celles notées sur l'ensemble du pays et dans la plupart des pays européens : elles mettent l'accent sur le changement de profil social de l'épidémie qui avait tout d'abord commencé chez les homosexuels des classes moyennes pour glisser vers les classes plus pauvres et plus démunies. Il est clair aussi que ce changement lisible de l'épidémie dans notre région et de notre pays reflète ce qui s'observe à l'échelon de la planète, où des continents presque entiers et plongés dans une

⁴⁹ dont l'enquête ANRS-VESPA (VIH : Enquête sur les personnes atteintes) ANRS Actualités en santé publique Novembre 2004

pauvreté extrême sont atteints par l'endémie et quasiment abandonnés à eux-mêmes.

L'obésité :

Les fréquences du surpoids et de l'obésité sont en augmentation dans le monde, notamment chez les enfants et dans les pays riches, ce qui a conduit l'Organisation mondiale de la santé (OMS) à parler de véritable épidémie. La région Île-de-France comme le pays n'échappe pas à cette progression du surpoids corporel et de l'obésité⁵⁰. Cette alarmante progression est un redoutable problème de santé, du fait des risques qu'il entraîne dans le développement de maladies telles le diabète (de type II), les maladies cardiovasculaires, voire certains cancers (du côlon notamment) et chez les grands obèses, de maladies respiratoires (apnées du sommeil...).

On compte aujourd'hui en France selon l'enquête plus la récente⁵¹, plus de 5,3 millions de personnes adultes obèses (passée de 9,6% à 11,3% entre 2000 et 2003) et 14,4 millions de personnes en surpoids (de 29,4 à 30,3% entre 2000 et 2003). La progression du surpoids et de l'obésité progresse dans toutes les tranches d'âge, elle est surtout sensible à partir de 35 ans avec une prévalence pour les 35 – 44 ans de 38% en 3 ans et de 51% en 6 ans, plus volontiers chez les hommes. Aucune catégorie socio-démographique et professionnelle n'est épargnée mais les artisans, les ouvriers, les agriculteurs et les retraités sont parmi les plus touchés alors que les cadres sont relativement épargnés. Dans les différentes enquêtes ObEPI, on retient en Île-de-France (désignée région parisienne) que les personnes en surpoids et obèses représentaient 9,2% en 1997, 11% en 2000 et 12,8% en 2003, soit une progression de la prévalence du surpoids et de l'obésité de plus de 40% en 6 ans ! L'analyse faite à partir des données de l'enquête décennale de l'INSEE (2002-03) confirme ces données⁵². La Région Nord et la Zeat (zone d'études et d'aménagement du territoire) Méditerranée suivent une progression à peu près voisine à celle de la région parisienne.

⁵⁰ Chez l'adulte, toute valeur supérieure à 25 mais inférieure à 30 de l'indice de masse corporelle (IMC, rapport entre le poids et le carré de la taille en mètre) indique un surpoids ; toute valeur supérieure à 30, une obésité (normes international IOTF, International Obesity Task Force ; la norme française est un peu différente – 97^{ème} percentile d'IMC)) . Les valeurs d'ICM au-delà de 40 témoigne d'obésité grave (dite encore maligne). Chez les enfants, le classement en surpoids et obésité se fait à partir de l'IMC et de tables qui tiennent de compte de l'âge et du sexe (jusqu'à 15 ans).

⁵¹ 3^{ème} enquête ObEPI sur l'obésité et le surpoids en France menée par l'INSERM () et l'Institut Roche, à partir d'un échantillon représentatif.

⁵² "Surpoids et Obésité en Île-de-France" de l'INSEE, DRASS IdF, ORS IdF, URCAM, CRAMIF. 1 vol. Juin 2006

Dans la progression de cette épidémie, une attention particulière est portée aux enfants par les chercheurs⁵³ et les pouvoirs publics étant donné l'incidence de l'épidémie qui frappe cette partie de la population et peut-être, la plus facile à impliquer dans une politique de prévention. De plus, toutes les études épidémiologiques montrent combien l'existence de surpoids et d'obésité dans l'enfance est une prédisposition incontestable à une mort prématurée à l'âge adulte.

De nombreuses données sont actuellement réunies sur le sujet⁵⁴. Toutes traduisent la même situation. Nous retiendrons les données issues du cycle d'enquêtes triennal mené dans le milieu scolaire (grande section maternelle 5 à 7 ans, CM2 9 à 11 ans et 3^{ème} 13 à 15 ans) après tirage au sort des écoles. Cette série d'observation est organisée par les directions régionales des Ministères de la Santé (DREES), de l'Éducation Nationale (DESCO)⁵⁵ avec le concours des services médicaux académiques. Pour ne s'en tenir qu'à quelques résultats principaux, on observe chez les adolescents scolarisés en 3^{ème} (85% étaient nés en 1985-1987), une prévalence du surpoids global égale à 15% avec une prévalence de l'obésité de 3,3%. Les filles ont tendance à être davantage en surpoids. Lorsqu'on rapproche ces données de celles tirées du bilan de santé à 6 ans (données obtenues pour 88% pour ces mêmes enfants), on observe pour cette génération, une sensible augmentation de la prévalence du surpoids global car elle n'était alors que de 10,7%. Des enfants qui n'étaient pas en surpoids à 6 ans, le sont donc devenus à l'âge de 15 ans, alors que ceux déjà en surpoids en maternelle le sont toujours en troisième dans leur majorité. On doit aussi souligner, signe encourageant, qu'un cinquième des enfants obèses en grande maternelle, ne le sont pas restés. Il est probable que ces enfants ont fait l'objet d'une attention particulière et que l'obésité même précoce ne scelle pas définitivement le devenir des enfants. Quoi qu'il en soit, lorsqu'on compare les enfants de grande maternelle nés en 1985 – 1987 à ceux nés en 1994 (6 ans en 1999 – 2000), la prévalence du surpoids global passe de 10,7% à 14,3% (l'obésité passant de 2,4 à 3,9%). La progression est considérable !

Dans les facteurs qui accompagnent la prévalence du surpoids global chez les enfants de troisième, on note :

⁵³ Un remarquable travail de recension de tous les travaux menés dans le monde sur le sujet a été réalisé par l'ANAES " Prise en charge de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent" Septembre 2003 -Rapport sur les recommandations professionnelles (143 pages)

⁵⁴ Par exemple l'enquête CNAM-InVS, enquête nationale en 2000, enfants de 7 – 9 ans (prévalence globale 18,1%) ; l'enquête ObÉPI couvre l'ensemble des classes d'âge 2 à 17 ans (prévalence globale 13,3%).

⁵⁵ Voir pour le détail "La surveillance Nutritionnelle en France" Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (INSV) n°18 – 19 Avril 2003 ; "L'état de santé des enfants dans les régions" et "Surpoids et obésité chez les adolescents scolarisés en troisième" Etudes et Résultats DREES n° 250 Juillet 2003 et n° 283 Janvier 2004.

- 1) que la prévalence du surpoids (surpoids et obésité) s'observe surtout chez les élèves scolarisés en zone d'éducation prioritaire (17,8% contre 15,4% pour les élèves des autres zones) ; cette prévalence plus grande en ZEP se caractérisant par une proportion plus grande d'obésité. Cette prévalence s'accroît selon les filières scolaires, elle est plus marquée dans les troisièmes technologiques, d'insertion professionnelles et de préapprentissage que dans les troisièmes générales. Cette prévalence s'observe dans toutes les régions dont l'Île-de-France. Dans l'enquête sur les enfants de grande maternelle (menée en 1999-2000) dans laquelle une analyse des unités urbaines est menée, Paris⁵⁶ concentre la plus grande proportion d'enfants en surpoids (16,5%).
- 2) que la prévalence du surpoids présente un lien statistique fort avec la catégorie socioprofessionnelle du père : 22,4% des enfants d'ouvriers non qualifiés étaient en surpoids global (avec 7,4% d'obèses) alors que seulement 10,4% des enfants de cadres l'étaient (avec 0,7% d'obèses). Des chiffres intermédiaires s'observent entre ces deux extrêmes soulignant le gradient social observé dans un certain nombre de situations déjà vues et qui se retrouve ici avec une acuité toute particulière.

L'urgence de cette question de santé publique du surpoids qui gagne une part notable de la population, va devoir mobiliser tous les acteurs susceptibles d'intervenir dans ce champ pathologique, qu'ils soient publics surtout⁵⁷ mais également privés, pour la mise en œuvre d'actions vigoureuses, actions de connaissance et surveillance épidémiologique, actions de prévention à tous niveaux en particulier par l'intermédiaire du réseau scolaire, actions de soins et la mise en place de réseaux⁵⁸ de soins spécialisés dans le domaine... Toutes ces questions seront reprises dans ce qui suit.

1 – 3 – 4 : Certains grands secteurs pathologiques évoluent selon les conditions sociales :

- la santé bucco-dentaire
- la santé mentale

⁵⁶ Une enquête très riche a été menée sur l'usage des drogues chez les adolescents à Paris ("Les usages de drogues des adolescents parisiens" – ESCAPAD Paris 2004 à l'initiative de la Mairie de Paris et de l'Observatoire Français des drogues et des toxicomanies - OFDT). Entre autres données notamment sociologiques sur les jeunes usagers de drogues, il est montré que c'est dans le quart Nord-Est (Paris étant divisé en quatre zones caractérisées notamment par le revenu moyen des habitants) que la proportion d'adolescents en surpoids est la plus élevée.

⁵⁷ L'urgence de la question a conduit les pouvoirs publics à la mise en place d'un "Plan National Nutrition Santé" (PNNS). Nous y reviendrons.

⁵⁸ Le réseau REPOP IDF de prise en charge de l'obésité en pédiatrie tisse un maillage dense de praticiens (médicaux et paramédicaux) et services prenant en charge avec les parents cette question du surpoids des enfants en IdF. Il trouve des relais auprès des CPAM, à Paris notamment.

- les personnes frappées de handicap : la maladie, quelle qu'en soit l'origine, peut être à l'origine d'un handicap physique et/ou mental dont le poids et les conséquences sociales peuvent conditionner la vie des personnes. C'est cet aspect qui, partant de la classification initiée par l'approche sociologique de l'OMS (Classification Internationale des Handicaps) fut abordé dans l'étude exhaustive entreprise dans les enquêtes de INSEE - HID (Handicap-Incapacités-Dépendance).
- les approches pathologiques des personnes âgées

1 - 3 - 4 - 1 : La santé bucco-dentaire (partie inspirée du rapport du Haut Comité de Santé Publique de 2002

Les inégalités sociales des enfants et des adolescents sont mal connues mais la santé bucco-dentaire constitue une exception et mérite à ce titre d'être retenu comme exemple d'inégalités sociales de santé. La santé bucco-dentaire est relativement bien connue grâce à des enquêtes menées auprès des enfants scolarisés et répétées dans le temps. Entre 1955 et 1970, on observait une véritable explosion de la fréquence des caries dentaires touchant l'ensemble des enfants indépendamment de la catégorie sociale des parents. Depuis cette époque, les pratiques d'hygiène dentaire et de prévention des caries se sont généralisées, mais surtout dans les catégories sociales favorisées, entraînant l'apparition d'inégalités sociales dans un domaine de santé où elles n'existaient pas. Si l'on observe une diminution globale de la fréquence des caries en France, on retient aussi que les enfants d'agriculteurs ou ceux dont les parents sont inactifs ont en moyenne deux fois plus de dents cariées que les enfants de cadres.

Les enquêtes menées sur la santé bucco-dentaire des adultes montrent moins de différences dans la fréquence des caries, soignées ou non mais à l'inverse, elles d'autres aspects s'observent. Dans une étude internationale, il est comparé selon les pays et selon les catégories sociales (apprécié ici en trois niveaux socio-économiques, élevé moyen et faible) le nombre moyen de dents cariées, de dents absentes et de dents obturées. Pour la partie française, ce sont surtout les dents absentes qui significativement marquent une différence puisqu'elles passent du simple au double entre les deux niveaux sociaux extrêmes. La nature des prothèses varie également avec les niveaux sociaux avec 17% de prothèses mobiles pour les plus faibles contre 6% pour les plus élevés. Enfin, chez les personnes plus âgées, 22% d'édentés totaux se comptaient parmi les niveaux sociaux faibles contre 0% dans le groupe de niveau élevé.

Les causes des inégalités de santé bucco-dentaire observées chez les adultes sont, au moins en partie, liées à l'accès aux soins dentaires et au niveau de leur remboursement consenti par l'assurance maladie. Dans l'enquête sur la santé de 1997, 12% des enquêtés déclaraient avoir renoncé à des soins dentaires pour des raisons financières. Cependant certaines études conduites aux Etats-Unis, au Canada et aussi en France montrent que faire disparaître les barrières financières

ne suffit pas, en soi, à modifier les comportements de non-recours aux soins dentaires.

1 - 3 - 4 - 2 : La santé mentale⁵⁹

Deux ordres de questions se recoupent dans cette partie, celle de la prévalence des maladies rangées habituellement dans ce chapitre et d'autre part, celles faisant référence, dans une perspective plus globale, à ce qui est entendu par les termes de souffrance psychique avancé dans bien des études à titre de déterminant des inégalités sociales relevées, idée qui est en quelque sorte le contrepoin de l'utopie de "bien-être" défendue dans la charte d'Ottawa à propos de la santé en général..

Prévalence des troubles mentaux.

Nous ne disposons de statistiques régionales⁶⁰ sur la question mais de résultats de l'enquête de "Santé mentale en population générale" (SMPG) réalisée par le Centre collaborateur de l'OMS et la DREES (direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques) du Ministère de la Santé. Cette enquête fut menée auprès de 36 000 personnes âgées de 18 ans et plus, sur différents sites français (France Métropolitaine), principalement entre 1999 et 2003. L'échantillon de population "redressé"⁶¹ pour être représentatif excluait cependant de son champ les personnes vivant en institutions, maisons de retraite, hospitalisées, incarcérées et sans domicile fixe⁶². L'enquête s'appuyait sur un outil de repérage, le questionnaire Mini (120 questions) et la classification internationale des maladies (axe 1 du DCM IV et de la CIM 10), les données étant recueillies en face à face direct par des enquêteurs formés. Deux parties constituent ce questionnaire l'une visant à un inventaire des troubles mentaux en

⁵⁹ Dans son rapport de 2002, le Haut Comité de Santé Publique, dans la 2^{ème} partie consacré aux inégalités de santé écrit à propos de santé mentale (page 220) que "Si l'on considère la santé mentale comme une composante de la vie sociale des individus, la question des interrelations entre santé mentale et conditions de vie, toutes deux entendues au sens le plus large, est bien entendu au cœur des inégalités de santé. À l'instar des autres questions de santé, la santé mentale peut être envisagée comme une conséquence des difficultés vécues par les personnes, mais aussi au même titre que d'autres handicaps, comme l'une des "causes" de situations socio-économique dégradantes." Il est indiqué par ailleurs que ces questions, bien que décrites depuis longtemps, restent cependant un champ d'investigations complexe et un sujet imparfaitement élaboré.

⁶⁰ La disposition de données est intervenue postérieurement à l'écriture de cette partie : elles sont rapportées dans le paragraphe "Santé mentale" en Île-de-France.

⁶¹ Les données ont été redressées pour être représentatives de la population française âgée de 18 ans ou plus sur les variables d'âge, de sexe, de niveau d'études, de catégories socio-professionnelles et de situations vis-à-vis de l'emploi.

⁶² "Troubles mentaux et représentations de la santé mentale : premiers résultats de l'enquête Santé Mentale en population générale" DREES Etudes et Résultats n° 347 Octobre 2004

sections diagnostiques et l'autre cherchant à situer les représentations qu'ont les personnes enquêtées de la santé mentale, autrement dit de la "folie". Ce questionnaire est celui recommandé à l'échelon européen par les différents partenaires impliqués dans ces types d'enquêtes : il explore les cinq grands groupes de pathologies que sont : troubles de l'humeur dont l'état dépressif récurrent ou non, les troubles anxieux tels la phobie sociale et le trouble panique, les syndromes d'allure psychotique, le risque suicidaire et les problèmes de drogues et d'alcool (résultats non encore publiés).

Pour ne s'en tenir qu'à un résumé très sommaire de cette enquête dont le détail n'est d'ailleurs pas encore totalement publié on retient :

- 11% des personnes ont eu un épisode dépressif dans les deux semaines qui ont précédé l'enquête parmi lesquelles se comptent plus de femmes (60%). Pour plus de la moitié de ces personnes, il s'agit d'un trouble récurrent qui s'étale sur plusieurs années. Toutes les tranches d'âge sont également affectées jusqu'à 64 ans pour diminuer dans la suite. La proportion de personnes séparées ou divorcées et le chômage sont des facteurs très liés à la prévalence des états dépressifs. Le niveau d'études semble jouer un rôle, la prévalence passant de presque 20% chez les personnes n'ayant pas suivi de scolarité à seulement 7,6% chez les personnes ayant effectué des études supérieures (notion retrouvée dans d'autres enquêtes).

- 12,8% des personnes intégrées dans l'enquête sont classées par le questionnaire se plaindre d'anxiété généralisée dans laquelle se repère les symptômes de phobies sociales⁶³ et les épisodes de trouble panique, l'agoraphobie étant plus rare. Comme pour les états dépressifs, la prévalence de l'anxiété généralisée (qui est maximale chez les 18-20 ans) diminue avec l'âge, elle s'observe plus fréquemment chez les personnes séparées ou divorcées pour lesquelles le risque est multiplié par 1,6, de même qu'elle s'observe davantage (facteur 1,4) chez les personnes au chômage, et qu'inversement le fait d'avoir fait des études supérieures réduit le risque d'observation d'une anxiété généralisée (facteur de moindre risque 1,5). Enfin, 30% des personnes présentant un épisode dépressif présentaient aussi un trouble d'anxiété généralisée. Nous disposons pour la dépression de données déclaratives recueillies dans quatre enquêtes successives (enquêtes SPS) menées entre 1970 et 1996⁶⁴ et de données obtenues en 1996 avec le même questionnaire Mini. Trois observations émergent de ces enquêtes. D'abord l'impressionnante progression de la dépression déclarée qui se trouve multiplier par un facteur allant de 4 à 7 selon l'âge et le sexe. Ensuite le fait que le repérage de la

⁶³ à type de crainte d'être dévisagé par d'autres, entraînant un évitement des situations d'interactions sociales. Les phobies sociales envahissantes s'accompagnent habituellement d'une perte de l'estime de soi et d'une peur d'être critiqué.

⁶⁴ Prévalence et prise en charge de la dépression - France 1996-97. Enquête SPS - A. Lepape T. Lecomte – 1999 : Biblio n° 1277.

dépression par le Mini est plus grand que le nombre de dépression déclarée, ce qui laisse entendre que la prise en charge de l'état dépressif ne se superpose pas à ce qui existe en réalité. Enfin utiliser la prescription d'antidépresseurs pour apprécier la prévalence de la dépression est sans doute discutable⁶⁵.

- 2,8 % des personnes enquêtées sont identifiées souffrant de syndromes d'allure psychotique avec une fréquence plus grande chez les hommes et chez 2 % des personnes avec risque de suicide élevé, ce risque étant ici plus net chez les femmes, plus élevé chez les jeunes (alors que le suicide proprement dit augmente avec l'âge) et s'observe avant tout chez les personnes ayant des antécédents dépressifs. Pour ces deux situations, la proportion de personnes en isolement social (célibataires, séparées, chômage, inactivité...) se montrait nettement plus grande.

Ces résultats appellent deux remarques :

1) toutes les situations pathologiques se situent en lien statistique étroit avec les aspects sociaux qui s'attachent aux personnes ; cette observation ne signifie pas pour autant qu'un lien de causalité se trouve établie nécessairement entre ces deux pôles, ils indiquent qu'une convergence fait que l'un et l'autre vont de pair. Mais ne pas avoir de réponse à la question n'en signifie pas moins que santé mentale et aspects sociaux évoluent dans un lien étroit, tant il est clair que la souffrance psychique propre aux situations pathologiques constitue en soi un élément de désocialisation incontestable.

2) le nombre de personnes étiquetées "présentant des troubles de santé mentale" dans cette enquête menée dans la population générale est assez impressionnant, de l'ordre d'une personne sur quatre. Ces chiffres recoupent ceux avancés par d'autres enquêtes (dont ceux du Baromètre santé 2000) et donneraient même des estimations basses, notamment pour ce qui concerne le risque de suicide. En 2001, l'IGAS (Inspection générale des Affaires Sociales) dans un rapport consacré à la Santé Mentale⁶⁶ retient cette proportion (en introduction de leur constat les auteurs indiquent "cette année, un français sur quatre souffrira d'un trouble mental" !). Les auteurs de ce rapport engagent les autorités à soutenir vivement l'idée avancée par l'OMS de faire de la santé mentale une priorité, et incitent celles-ci à prendre l'initiative d'une journée de sensibilisation pour susciter dans chaque pays une attention soutenue à cette question. Ces auteurs insistent sur l'urgence pour faire que notre appareil de soins trouve des adaptations pour l'approche d'une question de santé publique aussi majeure (voir plus loin).

L'autre objectif de l'enquête était de situer les représentations qu'a le public en général de la pathologie mentale à travers les perceptions qu'il se donne devant

⁶⁵ ...et nous étions cependant champions en Europe, avec le Royaume Uni, pour la consommation d'antidépresseurs !

⁶⁶ "De la psychiatrie à la santé mentale" IGAS Rapport de Mission E. Piel et J-L Roelandt. Juillet 2001

tel ou tel trouble. A l'aide d'une série de scénarii présentant un trouble mental donné, il était demandé si le classement que faisaient les personnes interrogées se situait entre "fou", "malade mental" ou "dépressif". Sans entrer dans le détail, on retient qu'un acte violent (meurtre, viol, inceste ...) est perçu par les personnes être le fait autant le fait d'un fou que d'un malade mental, que le fait de présenter des délires ou hallucinations ne s'observent à l'inverse que chez les malades mentaux. La dépression recoupe pour les personnes interrogées une représentation beaucoup plus large que celle cliniquement retenue et par exemple, pour 62% des personnes, quelqu'un qui se "tient en retrait, qui cherche à être seul" est étiqueté "dépressif". Le suicide est néanmoins reconnu être le fait des dépressifs. Surtout, et alors que les opinions divergent sur la capacité que l'on a de soigner les fous ou les malades mentaux, la quasi-totalité des opinions se retrouve pour considérer que le "dépressif" peut guérir et même définitivement.

La question de la souffrance psychique et la société⁶⁷

Nos sociétés actuelles valorisent l'autonomie, la capacité à décider et l'action individuelle, comme une espèce de conquête ou de propriété de soi, et qui s'apprécie à travers la capacité qu'ont les personnes à assurer leur accomplissement personnel. Il existe aujourd'hui un modèle social dans lequel l'idéal proposé est de faire de la réussite individuelle un objectif essentiel dans lequel se jugera l'épanouissement personnel à travers l'ascension professionnelle, l'accumulation de biens matériels, l'établissement de soi-même et sa famille dans un lieu résidentiel (plutôt dans l'Ouest de la région...). Comme si l'estime de soi se mesurait dès lors à l'aune de ces différents signes extérieurs de réussite, estime portée à soi certes et surtout jugement que les autres émettent à l'endroit de celui qui réussit ... ou qui ne réussit pas. Ce modèle de réussite projeté dans les comportements dans toutes les entreprises (production, écoles, justice ...) amène à la fixation d'objectifs à atteindre pour être considéré digne d'occuper tel ou tel poste, pression exercée sur les personnes auprès desquelles se tiendrait un discours du type "des personnes susceptibles d'occuper ce poste, vous avez été distingué, vous devez vous en montrer digne". Placé dans de telles situations, le harcèlement des personnes n'est pas loin du jugement moral sous-jacent qui conduit à des situations persécutrices. Christophe Dejours⁶⁸ par exemple s'étend sur ces questions et dans une conférence qu'il fit en 1996, il décrit les deux domaines d'accomplissement de

⁶⁷ Nous reprendrons dans le Chapitre III des aspects de cette question à propos de certains quartiers de Paris particulièrement étudiés sous cet angle.

⁶⁸ Christophe Dejours est un médecin et psychanalyste qui a centré toute son activité et ses réflexions sur les conséquences qu'ont les problèmes sociaux et plus particulièrement le travail sur les trajectoires individuelles. La conférence dont il est question a pour intitulé "Le travail entre identité et folie" et fut prononcée dans le cycle 1996-1997 à EPCI (Ecole propédeutique à la connaissance de l'Inconscient"

soi, celui de la sphère privée touchant aux relations d'amour et celui par lequel la personne s'établit dans le champ social. Touchant ce dernier champ, il décrit longuement combien la construction de l'identité des personnes s'établit et se fait reconnaître auprès des autres par le travail et combien les ruptures intervenant sur le plan social ont de conséquences dans la déstructuration des personnes, les deux domaines étant étroitement dépendants l'un de l'autre. Le chômage est probablement parmi les causes premières de rupture dans les couples, par ce qu'il porte avec lui un sentiment de mésestime de soi.

C'est compte tenu de ces évolutions que sont décrites aujourd'hui les situations de tensions d'origine sociale ressenties par les personnes répondent mal au modèle qui prévaut, présenté comme l'asymptote sociale idéale vers laquelle il est bon de tendre.. La notion de souffrance psychique prend racine dans l'écart entre le modèle dominant et l'incapacité qu'ont certaines personnes à s'y appliquer. On s'accorde aujourd'hui à considérer qu'il s'agit là d'une nouveauté de nos temps présents qui conduisent à de véritables troubles de masse touchant la subjectivité individuelle et que soulignent les études précédemment rappelées. Ces troubles imprègnent actuellement l'ensemble de la vie sociale et selon les personnes et leur histoire propre, ils les font basculer de l'inconfort à des états pathologiques caractérisés, ou encore de l'inconduite à la déviance. Toute une littérature⁶⁹ se développe sur ces aspects. On montre qu'ils concernent certes les plus vulnérables, ceux ne disposant pas de ce "capital social" hérité de la famille et du milieu dans lequel ils ont évolué mais bien d'autres aussi, qu'en d'autres temps, on ne retrouvait pas dans les situations de précarité et pour lesquels se sont accumulés des "désastres" de vie (professionnels, affectifs, structure familiale qui se bouleverse ...) et qu'il n'existe pas ou peu de recours dans cette société qui ne reconnaît ou ne valorise que les meilleurs⁷⁰.

1 – 3 – 4 – 3 : Les personnes handicapées

L'occasion de ce rapport est prise pour évoquer l'évolution conceptuelle et les enjeux de définition de la notion de handicap qui a dominé pendant ces vingt dernières années, surtout dans les débats internationaux, accompagnant en ceci le vaste chantier de classification entrepris par l'OMS. Il est clair que cette

⁶⁹ Par exemple : Auber N., de Gaulejac V., Le coût de l'excellence 1 vol Le Seuil 1991 ; Pagès M., Bonetti M., de Gaulejac V., L'emprise de l'organisation Paris, PUF 1979, réédité en 1992. Vincent de Gaulejac est sociologue, professeur à Paris VII et directeur du Laboratoire du changement social ; voir également des auteurs anglais dont Richard Wilkinson, "Heath, Hierarchy, and Social Anxiety" in Annals of the New York Academy of Sciences 896 : 48-63 (1999). Ces points sont repris plus loin dans le chapitre II.

⁷⁰ Un film projeté en ce moment (Mars 2006) est tout à fait illustratif du climat social que certains ressentent. Il s'agit de "Ils ne mouraient pas tous mais tous étaient frappés" de Sophie Bruneau et de Marc-Antoine Roudil.

question aurait en soi justifié qu'un rapport lui soit exclusivement consacré tant sa complexité est grande.

Le point central en effet fut d'amener la question du handicap hors de son champ exclusivement médical, pour l'intégrer dans son autre dimension qui est davantage d'ordre sociopolitique. Comme on l'a vu, les conditions sociales ont une traduction en matière de mortalité et de morbidité. Il n'est pas de doute que ces inégalités se retrouvent voire s'amplifient à chacun des niveaux constitutifs du handicap, c'est-à-dire dans la séquence désormais classique, déficience – incapacités – désavantage social comme nous allons le voir.

Un point d'histoire mérite de figurer dans ce chapitre pour placer les points centraux de cette question. Deux grandes étapes ont marqué l'évolution des idées en France dans le domaine :

- en référence au plan international et alors que les Nations Unies faisaient de 1981 l'année internationale des personnes handicapées, un programme d'action mondiale fut lancé sur la décennie et l'OMS chargea le Pr P. Wood de jeter les bases d'une définition du handicap et d'une classification des conséquences des

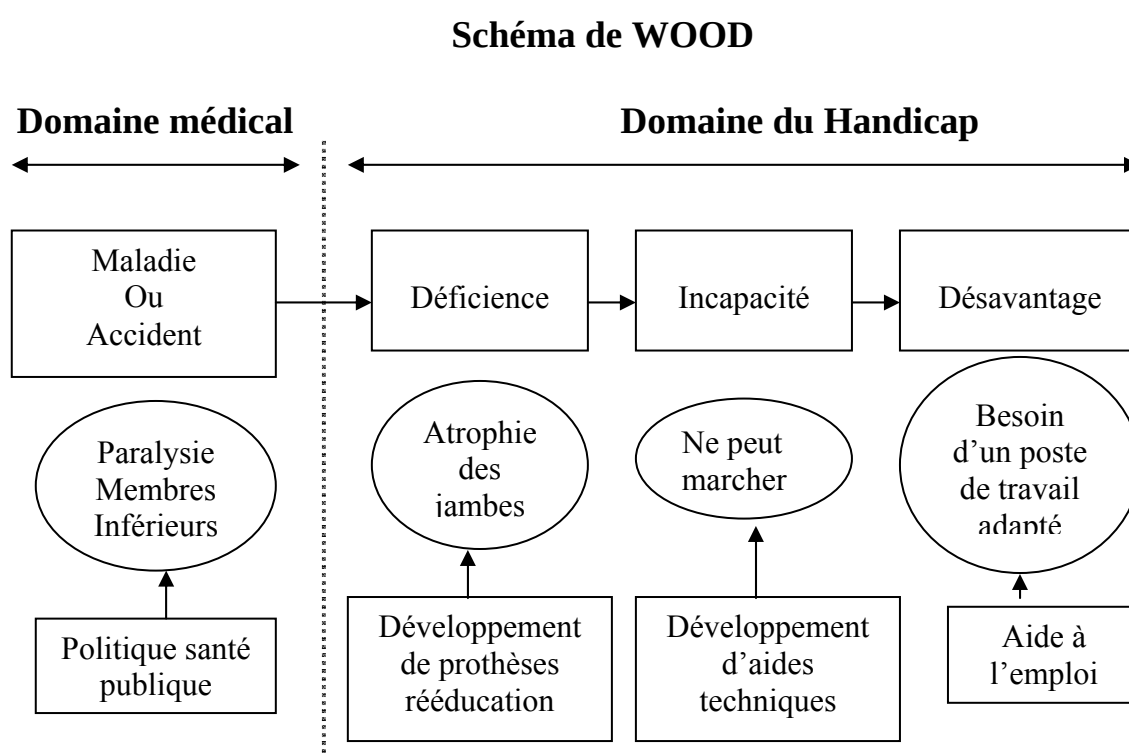


Figure 4 : ce schéma résume les deux approches, médicale d'une part et les trois volets du handicap d'autre part, des exemples sont donnés pour situer les champs dans lesquels des réponses sont apportées. Ce schéma figurait en introduction de l'enquête "Handicaps-Incapacités-Dépendance (HID) – voir texte.

maladies. La rupture introduite à l'époque résidait dans la prise en compte de la notion de désavantage social, soulignant dans cette approche les conséquences sociales des déficiences et incapacités à côté des aspects proprement médicaux du handicap. Le schéma dit de Wood de la figure 4 résume la démarche en individualisant trois plans qui n'ont pas seulement un intérêt conceptuel mais répondent à des constats "sociaux" quant aux des conséquences du handicap, et qui appellent des réponses en terme de politique et d'actions publiques. Le processus de révision de cette première classification vient de s'achever et une nouvelle version, adoptée en 2001 est proposée, la CIF (Classification internationale du Fonctionnement, du handicap et de la Santé⁷¹).

Dès sa publication, la classification internationale se heurta à de nombreuses critiques, dont celle d'une insuffisante prise en compte de la dimension médicale des patients sous l'angle individuel, en privilégiant démesurément le contexte social dans lequel ils évoluent. Le changement de paradigme proposé souleva des réserves notamment dans le domaine des maladies mentales, les déficiences observées se prêtant mal à leur intégration dans le schéma général de Wood⁷².

La dernière loi votée en France⁷³ en février 2005 s'inscrit directement dans l'esprit défendu par l'OMS, admettant qu'un handicap est constitué à propos de "toute limitation d'activités ou de restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions ...". Enfin ce bref panorama serait très incomplet s'il n'était souligné l'action vigoureuse et permanente menée en France par les associations de personnes handicapées, et sans lesquelles les quelques progrès enregistrés dans la question de leur insertion sociale n'auraient vu le jour.

- ce n'est qu'à une époque récente qu'une approche populationnelle relativement complète est enfin disponible en France avec les enquêtes HID (Handicaps-incapacités-dépendance) menées par l'INSEE en 1998 et 2002 (en couplage au recensement général). Ces enquêtes furent directement construites autour des lignes de forces retenues dans la CIF. Elles se rapportent aux conséquences des problèmes de santé sur les capacités, aptitudes et performances des personnes,

⁷¹ OMS. Classification internationale des handicaps : déficiences incapacités et désavantages. Genève 2001. Les notions définies antérieurement dans les termes "déficiences - incapacités - désavantage" se retrouvent dans les dénominations "altérations des structures et fonctions corporelles – limitations d'activité - restriction de participation".

⁷² Voir à ce propos le document publié par "Le centre technique national d'études et de recherche sur les handicaps et les inadaptations (CTNERH), centre collaborateur français de l'OMS pour la révision de la CIF et le groupe français d'épidémiologie psychiatrique (GFEP) membre collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale. Il réunit toutes les difficultés et controverses soulevées dans l'approche du handicap de ces types de patients

⁷³ En 2002 le Président Jacques Chirac présenta l'objectif de l'insertion sociale des personnes handicapées comme l'un des trois grands chantiers de son quinquennat.

leur vie quotidienne et leur vie sociale. Elles s'intéressent à l'ensemble des dimensions du handicap, quelle que soit son origine (malformation congénitale, accident, altération psychique, maladie, vieillissement), la nature des déficiences (motrices, sensorielles, intellectuelles...), les grands domaines de la vie sociale concernés (travail, scolarité, déplacements, vie quotidienne, ressources...), les aides éventuelles (techniques, humaines ou adaptation de l'environnement). Ces enquêtes furent menées auprès de deux échantillons représentatifs réunissant plus de 30 000 personnes, à part à peu près égale entre les personnes vivant à domicile (seule ou en ménage) et en institution⁷⁴. La phase d'exploitation qui implique de nombreuses équipes (et des moyens ...) est encore en cours mais une première synthèse des résultats a déjà été présentée⁷⁵. D'autres bases de données existaient et existent toujours, dont avant tout celles élaborées par les autorités administratives mais l'intérêt de l'approche populationnelle et son actualisation, apporte un autre regard, et leur comparaison constitue une source d'information fort utile sur la couverture sociale effective des handicaps.

Quelques résultats **globaux** de l'enquête HID

C'est au total près de 5,8 millions de personnes qui ont été repérées dans cette enquête, avec des situations de handicaps évidemment les plus diverses, celles-ci allant de la déficience légère au cumul de plusieurs d'où l'observation de situations proches de celles des personnes sans problème de santé caractérisé à celles reflétant des incapacités totales chez des patients confinés en institution. Ce chiffre couvre tous les âges de la vie. L'enquête a permis d'apporter une vision relativement complète de l'ensemble des situations de handicap et de leurs conséquences en termes d'incapacités et désavantages sociaux qu'elles entraînent.

À titre d'exemple, 69% des personnes concernées disent n'être gênées que dans leurs déplacements à l'extérieur de leur lieu d'habitation, les gênes plus sensibles pour ces catégories de personnes n'intervenant qu'aux âges avancés de la vie. Mais plus d'un million de personnes sont gênées pour accéder à leur lieu d'habitation et près des deux tiers de celles-ci indiquent avoir des difficultés pour s'y mouvoir.

Autre exemple, celui du chômage sur lequel nous reviendrons plus loin : selon l'enquête, sur 730 000 travailleurs handicapés (au sens de la loi de 1987), près de 23,6% étaient au chômage (contre 10,4 dans la population générale), la moitié travaillait en milieu ordinaire et les autres dans la fonction publique

⁷⁴ La collecte des informations menée dans le sillage du recensement général s'est faite en quatre phases, la 1^{ère} fin 1998 et la 3^{ème} fin 2000 pour les personnes en institutions ; la 2^{ème} fin 1999 et la 4^{ème} fin 2001 pour les personnes vivant à leur domicile. Un peu plus de la moitié ont pu répondre seules, les autres étant aidées par une tierce personne et pour un 1/5^{ème} de celle-ci, cette tierce personne se substituait à elles (pour ce qui concerne les personnes handicapées vieillissantes surtout).

⁷⁵ N° double de la Revue Française des Affaires Sociales, Janvier-Juin 2003

(chiffres voisins des estimations officielles). Deux tiers de ces travailleurs sont des hommes, généralement plus âgés que la population générale, peu qualifiés avec une proportion relativement élevée d'ouvriers et d'employés. 12% seulement de travailleurs handicapés ont un diplôme de l'enseignement supérieur (contre 26% dans la population générale).

Enfin pour ce qui concerne les personnes en institution, plus de 650 000 y résident, qu'il s'agisse de personnes âgées, d'enfants et d'adultes handicapés ou soignés dans des établissements psychiatriques, soit 1,2% de la population générale. Si les femmes sont majoritaires dans les maisons de retraite, la situation est inverse après 75 ans.

L'inégalité concerne aussi le milieu social, un enfant d'ouvrier étant sept fois plus fréquemment pensionnaire d'un établissement qu'un enfant de cadre. L'ancienneté de présence est en moyenne de cinq ans dans les établissements mais avec une grande diversité dans les situations. L'isolement social est rare sauf parmi les personnes âgées qui n'ont souvent plus de familles.

Quelques résultats de l'enquête HID⁷⁶ sur les **différents termes de production du handicap** : déficiences ---> incapacités ---> désavantages

1) Inégalités et déficiences

Si le "gradient social" observé en population générale se retrouve chez les personnes handicapées interrogées, il prend dans cette population une amplitude toute particulière. Les écarts entre cadres supérieurs et ouvriers, qu'il s'agisse de la prévalence d'au moins une déficience ou du nombre moyen de déficiences déclarées, vont presque du simple au double, avec une progression régulière entre les extrêmes de l'échelle sociale. Les écarts concernent les deux sexes et tous les âges, mais sont un peu moins amples chez les femmes.

2) Inégalités et institutionnalisation

Les proportions de personnes hébergées (ou soignées en accueil de nuit) en institutions socio sanitaires sont 2,5 fois plus grandes pour les ouvriers employés que pour les cadres et professions intermédiaires. La différence est surtout marquée entre 15 et 70 ans et elle diminue après 70 ans. Cette observation est également nette chez les enfants (-15 ans) d'ouvriers que l'on retrouve dans une proportion triple et même au-delà par rapport aux enfants issus de familles de cadres ou professions intermédiaires. A cette observation s'ajoute le fait que les enfants de familles de cadres sont certes moins nombreux, mais la sévérité des atteintes qu'ils présentent est plus grande, sans doute en relation avec le fait que

⁷⁶ Ces résultats et figures sont extraits d'un article paru en Novembre 2005 "Les handicaps : des déficits sources d'inégalités : santé et handicaps, causes et conséquences d'inégalités sociales" de J-F Ravaud et P. Mormiche in "Santé et Expérience de Soins", ouvrage collectif sous la direction de Pierre Chauvin et Isabelle Parizot, Editeurs Inserm et Vuibert 2005.

les familles de milieux socialement moins favorisés font plus volontiers appels aux institutions pour des déficiences relativement moins lourdes.

3) Des déficiences aux incapacités

L'ampleur de l'inégalité sociale en termes d'incapacités est plus forte que ce qui se rapporte aux déficiences : les incapacités sont plus nombreuses en milieux populaires, à nombre de déficiences équivalentes (à sexe et âge standardisés). Par exemple, le rapport de prévalence d'au moins deux incapacités est de l'ordre de trois entre cadres et ouvriers alors qu'il n'est que de deux pour les déficiences entre ces deux catégories sociales. Tout ce passe comme si la capacité à dominer les déficiences dans un environnement mieux adapté conduisait à réduire l'incapacité.

4) Des déficiences et incapacités aux désavantages sociaux (jugé en terme de non emploi-

Un indicateur de "non emploi" est proposé pour les personnes de 20 à 59 ans, n'ayant jamais travaillé ou ayant perdu leur dernier emploi pour une raison de santé. Pour ces personnes sont rapprochés les indices standardisés concernant le nombre moyen de déficiences, le moyen d'incapacités et la fréquence du "non-emploi" pour raison de santé (figure 5).

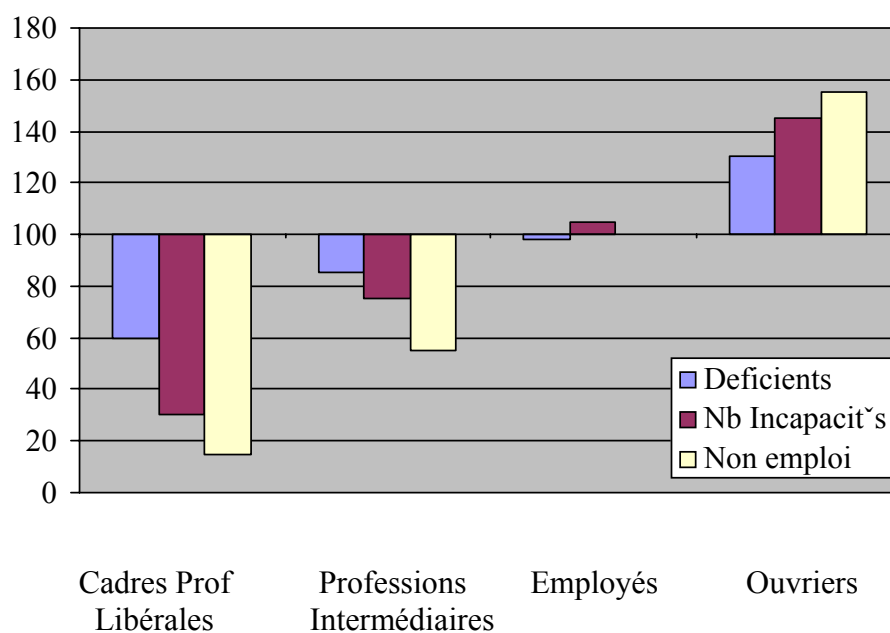


Figure n° 5 : Non-emploi, incapacités et déficiences selon les catégories socio-professionnelles (voir texte) – (calculé à partir d'une base 100 établi sur la population générale de l'enquête, on relève le nombre moyen d'incapacités et déficiences par catégories sociales et pour chacune de celles-ci le nombre moyen de non emploi).

Le rapport entre le nombre moyen de déficiences des adultes ouvriers et cadres est de 2,1, celui relatif au nombre moyen d'incapacités est de 4,5 et celui ayant trait au non emploi lié à des problèmes de santé de 6,4 (!).

Des données sur l'Île de France⁷⁷

Présentées sous l'angle de ce qui précède, elles sont absentes ou indisponibles et les seuls documents dont on dispose (Atlas de la Santé des Franciliens) ne se rapportent qu'aux établissements et aux divers types d'allocations versées aux personnes bénéficiaires, enfants et adultes, en domicile et en institution. Le point central souligné dans l'Atlas est le déficit global de structures et réseaux de soins (au sens large) susceptibles d'accompagner les personnes, qu'il s'agisse d'enfants, d'adultes et des personnes vieillissantes. Tout ceci donne la mesure de l'énorme effort à accomplir pour répondre à des besoins qui sont un véritable enjeu de société, ce que la loi de Février 2005 a d'ailleurs très clairement établi en effaçant le clivage qui existait entre le sanitaire et le social. Quelques précisions sont données dans ce qui suit.. C'est le sens du message que donnait Pascal Martin dans le rapport qu'il fit au nom du CESR en Décembre 2003.

1 – 3 – 4 – 4 : Les personnes âgées :

Abordé sous l'angle des inégalités sociales de santé, les faits propres à cette catégorie de population ne diffèrent guère de ceux touchant les autres catégories lorsqu'ils sont décrits en termes de mortalité et de morbidité. Reste que l'on ne peut parler de cette catégorie de personnes sans évoquer l'un des résultats les plus spectaculaires du développement présent qu'est l'allongement de la durée de vie et par conséquent, le vieillissement de nos sociétés. On admet, en supposant une stabilité de la durée moyenne de vie en dépendance qu'une progression de 50% du nombre de personnes âgées dépendantes interviendra d'ici 2040, celles-ci passant de 800 000 aujourd'hui à 1 200 000⁷⁸. Le nombre de personnes âgées dépendantes en Île-de-France qui est de l'ordre de 120 000 aujourd'hui passerait donc à l'horizon 2040 à 180 000 ; le défi est considérable lorsqu'on sait la situation présente et les problèmes à résoudre en termes de nombre de prise en charge à mettre en place, collective ou non, de personnels à trouver et former, de moyens financiers à dégager ... sans compter les bouleversements sociétaux que posent les modes de gestion de la dépendance ("gérer la personne dépendante au quotidien"), avec les choix que sont d'un côté la solidarité familiale et de l'autre ceux recherchés au niveau collectif et les financements du "risque dépendance" qu'ils supposent. Et en arrière plan de tout

⁷⁷ Voir le rapport du CESR de Pascal Martin de Décembre 2003 "L'emploi des personnes handicapées d'Île-de-France".

⁷⁸ Insee Données Sociales – La société française (Edition 2006) : La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040 de Michel Duée et Cyril Rebillard pp 613-619

cela, la diversité des ressources des personnes selon qu'elles appartenait à des régimes salariés et disposent de retraites dont les niveaux risquent de varier, qu'elles aient des revenus de patrimoine ou à l'inverse, ne disposer que de "filet de protection" (régimes de non-salariés) ou encore n'attendre de ressources ou compléments que de la seule collectivité. Il est clair que la nature de la dépendance variera considérablement d'une situation à l'autre et il est bien difficile aujourd'hui de s'en donner une image claire.

En ce qui concerne la mortalité, et malgré le retrait du monde du travail de la majorité des personnes concernées, la hiérarchie sociale qui s'imprime dans les statistiques de mortalité, nous l'avons vu dans ce qui précède, ne disparaît pas pour autant au-delà de 60 ans. La probabilité de mourir entre 60 et 75 ans est 1.8 plus fort pour les personnes ayant des professions de manœuvre, de salarié agricole ou personnel de service que pour les cadres et les professions libérales. Ainsi les avantages et biens accumulés durant la vie active continuent de s'exprimer au cours du vieillissement et jusqu'à la date de la mort. Ce n'est évidemment pas seulement l'activité professionnelle *stricto sensu* qui explique les écarts mais plutôt – question reprise plus loin dans les modèles "explicatifs – l'ensemble des conditions d'existence, l'insertion dans le monde professionnel n'en étant qu'une des expressions. F. Cribier⁷⁹ souligne par exemple dans une étude "que ceux qui ont pris la retraite le plus tôt ont paradoxalement été les moins nombreux à survivre" et il indique qu'en moyenne 45% des OS étaient décédés dix ans après l'arrêt de leur activité professionnelle, contre seulement 18% des techniciens et cadres. Les taux de décès des femmes sont comme on l'a vu toujours plus bas que ceux des hommes : 10 ans après leur début de retraite, 18% des OS étaient décédées contre 7% pour les techniciennes et cadres.

Une étude récente⁸⁰ souligne ainsi qu'aux grands âges aussi, la durée de vie restante est en lien avec le diplôme des personnes (et leur catégorie sociale d'appartenance), les femmes de 86 ans ayant un parcours de vie à venir de 7,1 ans contre 6,1 lorsqu'elles n'ont pas de diplôme ; cette relation se retrouve chez les hommes, mais avec des durées de vie restante moindres.

En ce qui concerne la morbidité des personnes âgées, la polypathologie est l'observation commune et dans l'enquête ESPS 2004 (IRDES), elles déclarent en moyenne de l'ordre de sept affections. S'intéresser à la morbidité de cette population c'est donc aller au-delà du simple dénombrement des maladies pour étudier plus spécifiquement les conséquences fonctionnelles de cette poly pathologie sur la vie quotidienne. C'est l'objet des enquêtes qui visent à quantifier les niveaux d'incapacité, notion déjà développée pour les personnes handicapées pour être aujourd'hui, une approche générale. Peu d'études récentes

⁷⁹ Cribier F (1997) : L'allongement de la vie et mortalité différentielle des travailleurs après la retraite. Etude d'une cohorte de Parisiens. Sociologie Santé 16,

⁸⁰ "Mortalité aux grands âges : encore des écarts selon le diplôme et la catégorie sociale" INSEE Première n° 1122 Février 2007.

ont été menées qui dressent la relation des incapacités en fonction de l'appartenance sociale, les plus de 65 ans étant repris dans la catégorie des "retraités" sans autre précision. On dispose toutefois d'une enquête déjà ancienne menée par l'Insee-Credes "Etudes des conditions de vie" en 1986-87 qui faisait une analyse des incapacités dans une population de 2 548 personnes de 65 ans et plus (898 hommes et 1 650 femmes) selon trois critères de différenciation sociale (dernière profession et catégorie professionnelle avant la retraite, niveau d'études et niveau de revenus). Que l'on prenne pour index la dernière profession-catégorie sociale (PCS), les revenus (ou le diplôme), on observe tant chez les hommes que chez les femmes, une augmentation du nombre de personnes se déclarant limités dans leurs activités lorsqu'on descend dans l'échelle sociale (données partiellement reprises dans les tableaux n° 13 et 14). Il est probable, même si nous disposions de données plus actuelles que nous retrouverions les mêmes tendances, à quelques variantes près qui ne seraient sans doute que marginales.

D'autres enquêtes menées dans le même esprit de l'expression des incapacités en fonction des caractéristiques sociales retrouvent cette même tendance, que ces enquêtes aient été menées en France ou à l'étranger, avec en ce cas cependant des difficultés de comparaison liées aux échelles de repères sociaux qui ne sont pas toujours clairement superposables.

Tableaux n° 13 : Pourcentages de personnes âgées déclarant une limitation de leurs activités à l'extérieur de leur domicile (* probablement NS étant donné le nombre réduit de femmes techniciennes pour les âges considérés).

	Ouvriers non quali	Ouvriers qualifiés	Employés	Techniciens	Agents maîtrise	Ingénieurs ou cadre
H (effectif 898 - %)	40	42,7	35,7	28	31,1	19,8
F (effectif 1650 - %)	66,8	62,7	49	14,3*	34,6	29,5

Niveau revenus (francs 1985)	≤47 kF	47kF<x≤73kF	73kF<x≤117kF	> 117kF
H (effectif 898 - %)	47	37	ND	21,5
F (effectif 1650 - %)	57,7	52,5	ND	36,2
ND : non documenté				

Tableaux n° 14 : Pourcentages de personnes âgées déclarant une limitation de leurs activités à l'intérieur de leur domicile (* probablement NS étant donné le nombre réduit de femmes techniciennes pour les âges considérés).

	Ouvriers non quali	Ouvriers qualifiés	Employés	Techniciens	Agents maîtrise	Ingénieurs ou cadre
H (effectif 898 - %)	39,8	27,5	20	16	6,7	9,5
F (effectif 1650 - %)	46,1	36,4	29,6	0*	15,4	13,1

Niveau revenus (francs 1985)	≤47 kF	47kF<x≤73kF	73kF<x≤117kF	> 117kF
H (effectif 898 - %)	33,4	27,7	9,4	10,3
F (effectif 1650 - %)	40,7	28,5	18,9	8,5

Les modes de vie des personnes âgées, vie en couple ou non après 60 ans, vie au domicile et en institution :

Beaucoup d'études se rapportent à ces aspects et sont résumés dans des notes de l'INED⁸¹. Au dernier recensement de 1999, la quasi-totalité des personnes ayant 60 ans ou plus n'ont connu qu'un seul mariage. À ces âges, les divorces comme les nouvelles unions sont rares et l'événement le plus fréquent qui vient de modifier la situation conjugale est la mort du compagnon de toujours. Le tableau n° 15 donne une assez bonne vision des situations des hommes et femmes pour les deux tranches d'âges, 60 ans et plus et 80 ans et plus. Comme on le lit, la donnée centrale de la situation matrimoniale des personnes âgées est dominée par le fait que les veuves sont en nombre plus important dans les deux tranches, les différences de situations entre hommes et femmes étant liées à l'espérance de vie plus grande des femmes avec de plus, en moyenne des conjoints hommes plus âgés (+ 3 ans). Autrement dit, on observe clairement que les femmes vieillissent plus volontiers seules alors qu'à l'inverse, les hommes sont plus nombreux à vieillir à deux, tendance qui s'est accentuée lorsqu'on rapproche les données entre 1980 et 2000.

⁸¹ Populations et Sociétés - N° 389 "Passé 60 ans : de plus en plus souvent en couple ? " de Chjristine Delbès et Joëlle Gaymu – Avril 2003. N° 419 "Les femmes vieillissent seules, les hommes vieillissent à deux. Un bilan européen" de Chjristine Delbès, Joëlle Gaymu et Sabine Spinger – Janvier 2006.

Tableau n°15 : Situation matrimoniale des personnes âgées en France en 2000 (INSEE – Situation démographique 2000)

	Célibataire	Marié	Veuvage	Divorce	Ensemble
60 ans et plus					
Hommes	8	77	10	5	100
Femmes	7	47	41	5	100
80 ans et plus					
Hommes	7	62	29	2	100
Femmes	8	15	74	3	100

A ces observations, il doit être noté aussi que le recul de la mortalité pour les femmes et les hommes fait que la vie en couple tend à se prolonger et l'on trouve par exemple qu'en 1999 38,9% des femmes âgées de 75 à 79 ans sont encore en couple alors que dix ans auparavant, elles n'étaient que 34,1%. Le rapprochement récent des espérances de vie masculine et féminine devrait contribuer à rendre les itinéraires de vie des hommes et des femmes un peu moins dissemblables. Chez les hommes, la probabilité de vivre en couple croît avec le niveau social : 82% des anciens cadres supérieurs de 60 ans et plus vivent en couple contre 75% des retraités ouvriers et d'une façon plus générale, la proportion d'hommes en couple progresse dans la hiérarchie sociale car la mortalité de leur conjointe recule dans le même temps. De plus, les hommes ayant un niveau social élevé refont plus facilement leur vie : par exemple, après un veuvage 42% des cadres retraités de 65-74 ans ont fondé une nouvelle union contre seulement 25% des ouvriers. Chez les femmes, le passé professionnel est moins déterminant du mode vie mais le veuvage frappe beaucoup plus souvent au bas de la hiérarchie sociale (36% des ex-ouvrières sont veuves contre 23% des ex-cadres).

D'une façon générale, hommes et femmes lorsqu'ils perdent leur conjoint, ont tendance à vivre seuls, et privilégient leur maintien résidentiel aussi longtemps que possible : ce choix culmine chez les 75-79 ans (en 1999 78% des veufs comme des veuves sans partenaires vivent seuls) puis diminue ensuite régulièrement avec l'avancée en âge, l'apparition des premiers handicaps rendant plus difficile la vie en solitaire. C'est donc à des âges relativement tardifs que se situent les temps de la dépendance proprement dite, dont on a dit au début de ce chapitre combien ils étaient incertains quant aux modes de leur gestion.

I – 4 : L'offre de soins en Île de France

I – 4 – 1 : Considérations générales : les soins améliorent-ils la santé ?

Poser la question sous cette forme est presque provocant, tant la réponse immédiate et positive, exprimée sous l'angle du bon sens dirait-on, cela va de soi. Et pourtant ... elle mérite d'être explorée parce qu'elle est essentielle quant aux réponses politiques qu'il y a lieu d'avancer à son propos.

L'hypothèse d'absence d'impact des soins sur l'état de santé des populations est née du constat historique de Mc Keown⁸² selon lequel la baisse des décès au cours des XVIII^e et XIX^e siècles relève d'explications qui n'ont rien à voir avec la médecine, laquelle n'enregistrait pas de progrès significatif dans les sciences médicales à l'époque⁸³. D'autres études (dont Evans et Stoddart en 1994⁸⁴), reprennent cette idée mais la place dans un "modèle" dans lequel le niveau de soins consommés n'intervient que pour une faible part dans le niveau de santé. A l'inverse, d'autres auteurs soutiennent que les traitements médicaux, de plus en plus efficaces, expliquent une part importante des gains d'espérance de vie (Mackenbach, 2003⁸⁵) observés ces dernières années, en particulier dans la décennie 80 ; nous avons souligné l'importance des soins pour ce qui touche à la réduction de la mortalité infantile. L'observation courante à l'appui de cette remarque selon laquelle les progrès thérapeutiques ont peu d'influence sur l'évolution de la santé en général est corroborée avec l'infection VIH par exemple. La concernant, nous avons certes des traitements relativement efficaces mais ils ne profitent qu'à une fraction de la population, la plus riche, et ils n'ont pas empêché la progression de l'épidémie qui s'étend, touchent maintenant les plus pauvres dans le monde, mais également ceux de nos propres pays.

En fait répondre à cette question n'est pas simple car peu d'études en population générale permet d'évaluer objectivement l'effet des soins sur l'état de santé (au sens de la charte d'Ottawa). La difficulté à laquelle on se heurte est en effet le difficile établissement d'une corrélation à un moment donné, l'état de santé étant à la fois cause et conséquence du recours aux soins et il est clair, pour une date donnée, on observe inévitablement que les individus les plus malades

⁸² Mac Keown T. (1979) The role of Medecine ; London. Nuffield Provincial Hospitals Trust.

⁸³ Mac Keown a observé par exemple, que l'essentiel de la baisse de la mortalité par tuberculose s'est produite au XIX^e siècle, en Angleterre, avant la découverte du bacille de Koch en 1882 et la mise au point du vaccin BCG en 1921.

⁸⁴ Evans R.G. et Stoddart P.O. (1994) : Producing Health, Consuming Health Care, in Evans R.G Barer ML. Marmor TR (Eds) Why are some people healthy and others not ? The determinants of health of populations. New York ; Aldane DeGruyter

⁸⁵ Mackenbach J.P (2003) , An analysis of the role of health care in reducing socioeconomic inequalities in health : the case of the Netherlands". Health Care and social inequalaties, 33,3 : 369-76

consomment le plus de soins. Il conviendrait pour répondre plus pleinement à la question de disposer de données individuelles longitudinales afin d'observer l'effet d'une consommation de soins sur l'état futur de santé. Or ce type de données est rarement disponible.

En France sur le plan politique, en dépit des conclusions du Haut Comité de Santé Publique en 1998 qui n'attribuait qu'un rôle limité de l'accès aux soins pour la réduction des inégalités sociales liées à la santé, la loi d'orientation de 1998 sur les exclusions a mis en place, en autres mesures, les Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS). Nous reviendrons sur ces programmes (déjà évoqués dans le rapport de la commission par Olivier Aynaud).

De plus, même si les soins contribuent pour une part difficile à cerner à la santé, l'autre question plus directement liée à notre propos, est de savoir si les inégalités d'accès aux soins (au sens large, préventifs et curatifs), quelles qu'en soient la nature, participent à la formation des inégalités de santé. Dans l'ensemble, la recherche sur les inégalités sociales de santé tend à considérer que la réponse à cette question est plutôt négative. Nous allons évoquer toutes ces questions dans les deuxième et troisième chapitres.

1 – 4 – 2 : L'offre de soins en Île-de-France⁸⁶

Deux volets sont abordés :

- l'offre de soins⁸⁷ (médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, professionnels paramédicaux etc., et leur répartition, nombre de lits selon les modes d'hospitalisation - aigue, chronique, personne âgée dépendante -, les centres de soins, les réseaux etc....). Elle a la caractéristique de relever de deux secteurs public et privé. Nous ne

⁸⁶ L'Atlas de la Santé en Île-de-France" (déjà cité) dresse un tableau très exhaustif de cette offre

⁸⁷ Aux termes de l'article L6121-1 du code de la Santé Publique, "la carte sanitaire et le schéma d'organisation sanitaire ont pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins, en vue de satisfaire de manière optimale la demande de santé". **La carte sanitaire**, outil quantitatif, détermine la nature et, s'il y a lieu, l'importance des installations, équipements et activités de soins nécessaires pour répondre aux besoins de la population, **Le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS)**, outil qualitatif et prospectif, fixe des objectifs en vue d'améliorer la qualité, l'accessibilité et l'efficacité de l'organisation sanitaire. La carte sanitaire et le schéma d'organisation sanitaire sont arrêtés, après plusieurs avis dont celui du **comité national** ou **régional** de l'organisation sanitaire, sur la base d'une mesure des besoins de la population et de leur évolution, compte tenu des données démographiques et épidémiologiques et des progrès des techniques médicales et après une analyse, qualitative et quantitative, de l'offre de soins existante. Ces deux outils peuvent être révisés à tout moment. Ils le sont obligatoirement au moins tous les 5 ans. En vue de mieux répondre aux besoins de la population tels qu'ils sont pris en compte par la carte sanitaire et le SROS, les établissements de santé peuvent conduire des actions de coopération et de recomposition de l'offre de soins. Chaque établissement conclut par ailleurs avec le Directeur de l'ARH un contrat pluriannuel d'objectifs.

nous en tiendrons qu'à quelques lignes principales, une vue plus large pouvant être lue dans l'Atlas de la Santé en Île de France.

- les modes d'utilisation de cette offre de soins par la population.

1 – 4 – 2 – 1 : l'offre de soins : les personnels

Avec 46 939 médecins⁸⁸ la région Île de France présente la plus forte densité médicale globale de France métropolitaine (424 contre 335 pour 100 000 habitants, soit 25 % des médecins). L'âge moyen de la population médicale y est plus élevé (48,3 contre 47 ans) et elle est nettement plus féminisée que celle observée à l'échelon du pays. La proportion de spécialistes est très nettement majoritaire dans la région, ce qui est un fait assez unique en France et qui s'explique dans une certaine mesure par l'attraction qu'exerce les pôles hospitaliers d'excellence (56 contre 51% en France métropolitaine). L'exercice salarié est nettement plus important en Île de France, particulièrement chez les médecins généralistes (2 sur 3 ont une activité salariée partielle ou totale mais seulement un sur 2 parmi les spécialistes). Enfin la part des médecins exerçant en honoraires libres est plus élevée en Île de France : par exemple, la proportion d'omnipraticiens exerçant en secteur II est de 31% dans la région alors qu'elle n'est que 14% à l'échelon national.

La forte densité médicale francilienne masque d'importantes disparités au sein même de la Région. Elles sont résumées dans le tableau n°13. Ainsi Paris est peuplé de près de quatre fois plus de médecins que le département le moins dense, la Seine et Marne, et deux fois plus que l'ensemble de la région. A noter le rapport libéral/salarié qui est élevé à Paris et correspond à la grande proportion de l'emploi salarié dans le secteur hospitalier (AP-HP avant tout mais non exclusivement).

Cette disparité est particulièrement forte chez spécialistes libéraux pour lesquels l'exercice en secteur à honoraires libres est nettement majoritaire. (56% d'entre eux, six fois plus qu'en Bretagne). En opposant Paris petite couronne avec le reste de la région, soient des populations de 54% de l'ensemble, 65% des ophtalmologistes, 66% des gynécologues obstétriciens, 65% des pédiatres et 82% des psychiatres s'y retrouvent, Paris et les Hauts de Seine par exemple regroupent un peu plus de 72% des psychiatres pour un peu plus de 32% de la population de la région. On note enfin qu'un tiers seulement de spécialistes ont un exercice libéral exclusif, l'autre part de leur activité, sous forme de salariat, s'exerçant généralement dans le secteur hospitalier ; cette proportion est même moindre à Paris (un quart d'entre eux). .

⁸⁸ "Etat des lieux et perspectives de la démographie médicale en Île de France" N° 1 DRASS d'Île de France Juillet 2003

Tableau n° 16 : Densité médicale et autres données démographiques en Île de France – 1^{er} Janvier 2002 (R : rang)

Ensemble Médecins	Densité (100 ³)	R	N	R	Habitants	R	Âge Moyen	H/F	R	Lib/Sal	R
Paris	846	1	18 141	1	2 143 282	1	49,6	1,27	3	1,04	2
Hauts Sein	415	2	6 320	2	1 452 875	2	48,0	1,17	1	1,20	2
IdF	424		46 939		11 082 041		48,3	1,32		1,24	
Val Marne	396	3	4 911	3	1 241 342	5	46,7	1,29	4	1,01	1
France Met	335		198 700		59 344 000		47,0	1,72		1,50	
Yvelines	312	4	4 278	4	1 369 715	4	47,4	1,21	2	1,71	8
Essonne	288	5	3 297	5	1 144 060	7	47,2	1,37	5	1,64	6
Seine St Den	281	6	3 926	6	1 396 028	3	48,4	1,51	6	1,42	4
Val Oise	273	7	3 059	7	1 118 942	8	47,7	1,55	7	1,63	5
Seine Marne	247	8	3 006	8	1 215 797	6	46,7	1,76	8	1,68	7

Les chirurgiens-dentistes sont au nombre de 8 994 (au 1^{er} Janvier 2004), dont 40% de femmes qui exercent pour 90% d'entre eux en mode libéral, les 10% restants occupant un emploi salarié dans des structures type centre de soins surtout ou hôpital. Leur répartition présente un profond déséquilibre géographique, la densité en Île-de-France étant parmi les plus fortes de France alors que l'activité est équivalente voire inférieure à la moyenne nationale. Paris et les Hauts-de-Seine regroupent près de 50% des chirurgiens-dentistes de la région. Par exemple, Paris compte quatre fois plus de chirurgiens-dentistes qu'en Seine-Saint-Denis pour une population presque deux fois inférieure ; l'écart le plus grand est observé dans le département de l'Essonne entre Palaiseau qui compte un dentiste pour 891 habitants et Corbeil Essonne qui n'en compte qu'un pour 14 737 habitants !

Les pharmaciens d'officine. Au 1^{er} Janvier 2004, 12 176 pharmaciens étaient recensés avec une proportion d'exercice en officine pour 71% d'entre eux (40% de titulaires de l'officine et 31% d'adjoints salariés.) Les autres professionnels se répartissent à peu près également dans le secteur public, les laboratoires d'analyses biologiques et le secteur industriel. Les pharmaciens d'officine sont essentiellement des femmes (67,8%). A l'inverse des autres professionnels de santé, la densité de pharmacies dans la région ne présente pas de disparités notables, à l'exception de Paris : avec une officine pour 2 637 habitants, elle est proche de la moyenne nationale (à noter que la France présente un réseau d'officine le plus dense d'Europe). Paris a un réseau un peu plus dense (une officine pour 1 963 habitants) mais avec quelques disparités de répartition (en particulier dans les 19 et 13^{ème} arrondissements). Enfin le revenu moyen des

titulaires franciliens d'officine est, en moyenne, inférieur à celui observé à l'échelon national.

Les infirmiers libéraux : leur nombre a fortement diminué en Île-de-France ces dernières années, à l'inverse des effectifs nationaux : au 31 Décembre 2002, ils n'étaient que 4 494, soit 9,3% des effectifs nationaux (pour 18,7% de la population métropolitaine) alors qu'ils en représentaient 11,9% en 1998. La densité d'infirmiers libéraux en Île-de-France, qui est très inférieure à la moyenne nationale (40,6 contre 81,3 pour 100 000 habitants), s'accompagne de disparités géographiques importantes avec moins de 30 dans les Hauts-de-Seine et la Seine-Saint-Denis, un peu plus de 50 dans le Val-d'Oise et la Seine-et-Marne. Cette situation très particulière à l'Île-de-France relève sans doute de plusieurs raisons parmi lesquelles se cumulent les difficultés de l'exercice et la relative abondance de l'offre de soins infirmiers dans les structures hospitalières, centre de soins, services d'hospitalisation à domicile...

Cette baisse d'effectifs n'intéresse pas tous les professionnels paramédicaux et par exemple on assiste en Île-de-France à une progression du nombre de masseurs kinésithérapeutes exerçant sur le mode libéral.

Les autres professions paramédicales : masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes et podologues forment un corps d'auxiliaires médicaux de rééducation exerçant essentiellement sur le mode libéral, avec une activité en temps partiel dans le secteur public pour certains d'entre eux (les orthophonistes dans les CMPP par exemple). Au 31 Décembre 2001, 12 258 de ces professionnels libéraux exerçaient en Île-de-France, soit 25% environ des effectifs nationaux, 2/3 d'entre eux étant masseurs-kinésithérapeutes, 1/5 orthophonistes, un peu plus de 10% podologues et seulement 3% des orthoptistes.

Plus élevée en Île-de-France que sur le reste de la Métropole, la densité de ces praticiens est également variable d'une partie de la Région à l'autre, avec des disparités fortes, Paris étant largement privilégié. Par exemple, la densité de masseurs-kinésithérapeutes est de 108,3 (pour 100 000 habitant) à Paris et tombe à moins de la moitié en Seine-Saint-Denis (48,9). Cette observation qui se retrouve pour les autres corps de métiers, est toutefois moindre pour les orthophonistes (24,6 à Paris, 16,7 dans le 93). D'une façon générale, la ligne de partage de répartition qui se lit pour les médecins praticiens libéraux entre l'Est et l'Ouest se retrouve pour ces professions, avec Paris, les Hauts-de-Seine et les Yvelines privilégiés par plus de la moitié de ces professionnels. Dans l'ensemble, ces praticiens se retrouvent surtout dans les centres urbains, et par exemple les orthoptistes sont nombreux dans les lieux où se comptent centres hospitaliers et ophtalmologistes.

Les professions paramédicales de rééducation jouent un rôle important dans le système de soins particulièrement dans son volet de rééducation et son évolution vers d'autres tâches est prévisible, compte tenu des évolutions démographiques

dont le vieillissement de la population, compte tenu aussi de la pénurie de certaines spécialistes médicaux. L'exemple de l'orthoptie est intéressant sous cet angle car le nombre d'ophtalmologistes diminue alors que la demande de soins augmente, notamment liés à l'âge (glaucome, diabète, dégénérescence maculaire ...) et qu'il est des actes qui pourraient être assurés par ces professionnels. Ces évolutions devront ouvrir une réflexion sur des chapitres comme la formation initiale et continue, l'évaluation des pratiques mais aussi sur la répartition de ces professionnels sur le territoire de sorte que les disparités territoriales puissent en partie être gommées.

1 – 4 – 2 – 2 : l'offre de soins : l'hospitalisation

L'hospitalisation de court séjour : le schéma régional d'organisation sanitaire de 1999 – 2004 soulignait la persistance des déséquilibres géographiques d'offre de soins hospitaliers, avec une concentration forte de l'offre médecine, chirurgie et gynécologie-obstétrique (MCO) au centre de la région et à l'inverse des

Tableau n° 17 : capacités en lits et places en court séjour autorisées (hors HAD) en Mai 2004 en Île de France, selon la catégorie d'établissement – (AP-HP, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris ; EPS, établissements publics de santé ; PSPH, participant au service public hospitalier, CLCC, Centre de Lutte Contre le Cancer).

Disciplines	AP-HP	Autres EPS	PSPH - CLCC	Privé Lucratif	Total
ππMédecine	9 154	6 910	2 433	2 908	21 405
Chirurgie	4 502	3 776	2 139	10 433	20 850
Gyne Obstret	1 064	1 613	389	1 647	4 713
Total	14 720	12 299	4 961	14 988	46 968

capacités de soins de suite et réadaptation plus nombreuses en périphérie. π cinq ans, les capacités MCO ont diminué de façon sensible (- 6300 lits et places hors HAD⁸⁹ notamment en chirurgie). La réduction a touché les deux secteurs, public et privé, celle-ci s'étant accompagné de regroupement autour de plateaux techniques plus pertinents.

La réduction de lits fut menée en visant le développement d'alternatives à l'hospitalisation complète sous la forme d'hospitalisation de jour qui progresse de 3 700 places en 1999 à 4 600 en 2004 (hors HAD), particulièrement dans le secteur privé (chirurgie ambulatoire, chimiothérapie...). Le nombre de lits

⁸⁹ Hospitalisation à domicile

"moyen-séjour" (18 186) s'est sensiblement accru dans l'ensemble de la région, en proportion moindre à Paris.

La situation actuelle (juin 2004) correspond à un équipement hospitalier MCO qui se rapproche de la moyenne nationale. La répartition des lits et places d'hospitalisation indiquée sur le tableau n° 14 montre la place importante de l'AP-HP (+ de 30% des lits), l'équipement pour moitié des lits de chirurgie dans le secteur privé lucratif, et la plus grande part de lits de médecine et de gynécologie-obstétrique dans le secteur public. Paris garde une densité importante de lits, place justifiée par l'attractivité de ses établissements qui s'exerce au delà de la région.

Le développement de l'hospitalisation à domicile (HAD), exclusivement public, n'a pas eu l'expansion attendue, même si ce mode est relativement important en Île de France lorsqu'on le compare à l'ensemble du pays (2 337 places autorisées soit 45% des capacités métropolitaine). Ce mode présente l'intérêt de proposer une équipe soignante au domicile du patient en lien avec le médecin traitant et le service hospitalier qui a eu la charge la pathologie présentée (réseau ville-hôpital). Outre les difficultés administratives que rencontrent ce mode, il suppose la réunion d'un certain nombre de conditions (un environnement familial adéquat, conditions de logement...) qui en rendent sa mise en œuvre quelquefois difficile.

Les soins de suite et réadaptation (SSR) sont assurés en hospitalisation complète, en hôpital de jour ou en HAD. Un effort de rattrapage a été entrepris, en partie avec le secteur privé, puisque de 11957 places en 1997 on compte 15141 en Juin 2004, nombre en retrait cependant par rapport aux places autorisées (18 174). par l'Agence régionale de l'Hospitalisation – ARH. Les structures mises en place coordonnent les soins, la surveillance, l'adaptation du traitement... nécessaires après une hospitalisation médicale ou chirurgicale aiguë pour réduire les conséquences physiques d'une maladie ou d'un accident. Elles supposent une ouverture large touchant toutes les réadaptations, évaluation fonctionnelle, réentraînement à l'effort, prévention secondaire et aide à la réinsertion professionnelle... Ces filières de soins sont confrontées à des difficultés car outre la pression sous laquelle elles sont compte tenu des besoins, elles souffrent d'une pénurie de professionnels et davantage encore, de structures médico-sociales indispensables à l'accomplissement de tâches multiples que supposent les patients qu'elles prennent en charge.

L'offre en santé mentale est probablement la plus inquiétante parmi les offres de soins parce qu'elle est insuffisante, inadéquate, avec des structures vétustes et mal réparties. Les soins de psychiatrie reposent majoritairement sur le secteur public (70%) et sur un découpage géographique en secteurs qui fonctionne

comme aire fonctionnelle de prise en charge des patients, coordonné par un psychiatre hospitalier. Un cinquième environ des patients (22% pour les adultes) sont pris en charge à temps complet dans un des établissements du secteur, établissement qui peut ne pas être localisé sur l'aire géographique de ce secteur, ce qui constitue une contrainte considérable pour les patients et leurs familles⁹⁰. Les modes de soins ambulatoires réunissent des moyens thérapeutiques variés, surtout les centres médico-psychologiques (CMP) qui reçoivent la grande majorité des patients (centres d'adultes et d'enfants) mais aussi, centre d'accueil thérapeutiques à temps partiel, hôpitaux de jour, ateliers thérapeutiques et même hôpitaux de nuit. Depuis 1998 en Île de France, la recherche d'alternatives à l'hospitalisation (prises en charge ambulatoires) est privilégiée, ce qui se traduit par des évolutions des capacités hospitalières, notamment pour la psychiatrie infanto-juvénile.

Outre que le niveau d'équipement francilien en soins psychiatriques est inférieur à celui relevé à l'échelon national (1,13 lit et place pour 1,31) il se caractérise surtout par des écarts importants selon les départements entre les extrêmes que sont Paris, relativement bien doté avec 1,80 lits et place d'adulte et la Seine Saint Denis et la Seine et Marne avec 0,72 lit et place. Une situation très similaire se retrouve en psychiatrie infanto-juvénile.

1 – 4 – 2 – 3 : Quelques formes alternatives de l'offre de soins "classique"

- les centres de santé
- les réseaux de santé

Les Centres de Santé occupent une place originale dans le système de soins de ville francilien. À l'instar des régions industrialisées ou urbanisées (Rhône Alpes, Nord-Pas-de-Calais, PACA...) les centres de santé autrefois appelés dispensaires sont fortement implantés en Île de France qui en compte 309 en 2004 soit un centre pour 309000 habitants. Leur installation dans les départements à forte population laborieuse est en effet déjà ancienne et répondait à la couverture des besoins non couverts ou peu accessibles par l'offre privée, notamment en médecine spécialisée. Nombreuses mutations les concernant sont intervenues, de leur inscription claire dans l'offre de soins de ville, à leur ambition de tenir une position de premier plan dans les actions de prévention.

⁹⁰ Pour Paris quatre des dix établissements de rattachement sont hors l'agglomération, pour les Hauts de Seine quatre des neuf se trouvent hors département dont un hors la région. Un effort de relocalisation est entrepris depuis 1998 et 900 lits (10% du parc) sont ou vont être relocalisés.

La plupart des centres de soins sont polyvalents (43%) mais d'autres ont une orientation plus clairement spécialisée (vénérologie, médecine exotique, dévolus aux victimes de sévices et tortures, dialyse, soins infirmiers exclusifs, soins dentaires, troubles respiratoires et cardiaques...). Ils sont ouverts à tous publics et fonctionnent très généralement en tiers payant. Un service de soins infirmiers est présent dans quasiment tous les centres.

La diminution du nombre de centres de soins a été sensible ces dernières années : de 340 en 1993, il ne reste que 309 centres en 2004. Si Paris et la Seine Saint Denis regroupent, pour environ un tiers de la population, 171 centres (plus de la moitié), beaucoup de zones notamment rurales en sont quasiment complètement dépourvues (seulement 7 en Seine et Marne, 15 dans les Yvelines).

Une enquête de la DRASSIF menée en 2003 sur les activités médicales et dentaires de 229 centres de santé franciliens indique que près de 8 millions de personnes (en nombre de passages) étaient venues consultées dans ces centres, ce qui donne une idée de la part non négligeable prise par cette offre de soins. Parmi les 5 843 praticiens exerçant dans ces centres, la plupart à temps partiel, on comptait 1 057 généralistes et 4 014 spécialistes couvrant toutes les spécialités (dont les plus représentées sont l'imagerie, la gynécologie, la rhumatologie, la dermatologie, l'ophtalmologie, la pédiatrie...) et 772 dentistes (temps plein et partiel). Il ressort aussi que le mode de financement à l'acte assuré par l'assurance maladie, qui est de règle dans les centres de santé, génère des difficultés de gestion et constitue un frein à leur modernisation. Une amélioration devrait se dessiner avec "l'accord national" (19 Novembre 2002) passé entre les responsables nationaux de ces centres et l'assurance maladie, avec le passage de conventions en couverture d'actions de médecine de prévention et d'actes "hors nomenclature".

Il est clair que les centres de santé occupent une place originale dans le dispositif d'offres de soins. Ils sont certes fidèles à la vocation qui était la leur, celle des dispensaires, en accueillant une grande part des populations défavorisées : par exemple et alors que 9% de la population générale bénéficient de la CMU (Couverture Médicale Universelle) ou de l'AME (Aide Médicale d'État), presque le double de cette proportion constitue la clientèle des centres de santé. Ils répondent aussi à une demande de plus en plus grande d'un large public en raison de la facilité d'accès aux consultations, parfois sans rendez-vous, à un éventail de spécialités offertes avec des plateaux techniques étendus et surtout en raison de la pratique du tiers payant (en secteur 1) dans une région où l'adoption des honoraires libres de très nombreux praticiens devient la règle, ce qui ne manque de devenir de plus en plus dissuasif pour nombre de patients.

La commission a eu le privilège d'entendre un médecin (Dr Le Clesiau), responsable d'un Centre de Santé mis en place par la Caisse Primaire

d'Assurance Maladie de Seine Saint-Denis (plus exactement Centre de Prévention Sanitaire et Sociale). Ce centre, qui travaille en réseau avec les autres centres gérés par la même tutelle, est orienté sur deux missions dont l'une est d'assurer des soins "primaires" (en fait de traitement et surveillance de maladies métaboliques dont le diabète) dont de dépistage) et l'autre de répondre à un souci de santé publique dans un département qui concentre toutes les sources de précarité (économique, sociale, sanitaire et désintégration des liens sociaux) et qui en font un véritable laboratoire d'études de la production des inégalités sociales de santé. Ce centre a pris l'initiative de mener une enquête sur l'obésité qui progresse considérablement dans ce département et contribue avec le réseau des Centres de Santé de l'Assurance Maladie à la construction d'un indicateur de précarité, (Score ÉPICES⁹¹) dont l'objectif est d'apporter une information sur la morbidité et les comportements de santé dans la population en situation de précarité. Ces initiatives, celles qui sont menées en d'autres lieux aussi, auront à figurer dans le plan régional de Santé Publique dont l'élaboration est à l'ordre du jour, les données collectées et l'expérience accumulée devant être perçus comme les outils majeurs qui permettront d'appréhender l'approche globale de Santé Publique attendue à l'échelon régionale.

Les réseaux de santé constituent une puissante dynamique régionale et sont également des outils majeurs de mise en place de la politique de santé publique annoncée. .

Ces réseaux répondent à une définition précise : ils ont pour objectif de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention du diagnostic que des soins (loi du 4 Mars 2002 relative aux droits des patients et à la qualité du système de santé).

Défini dans cet esprit, le réseau vise à une prise en charge globale du patient : le sens de cette action s'inscrit dans une perspective qui commence avant le soin ou l'épisode aigu proprement dit pour s'ouvrir dans la suite sur une continuité dans laquelle le "sanitaire" et le "social" se conjuguent. Le réseau décliné autour de pathologies données et/ou autour de populations ciblées va faire en sorte qu'autour de la personne, les ressources sanitaires (hospitalières et ambulatoires) et sociales, dans l'espace et le temps, harmonisent leurs interventions, ce qui suppose que des organisations propres voient le jour pour répondre à chaque objectif proposé.

⁹¹ Le score EPICES : l'indicateur de précarité des Centres d'examen de santé de l'Assurance Maladie – Rapport d'étude Janvier 2005

Des expériences régionales diverses ont vu le jour et au premier semestre 2005, plus de 70 réseaux régionaux étaient financés, soit au titre de la dotation régionale des réseaux (DRDR) soit via le Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV). Gérés par l'URCAM avec l'ARH pour le premier et avec les praticiens libéraux pour le second, leur croissance est sensible en Île de France, particulièrement à Paris et la petite couronne où ils atteignent une taille importante pour certains, dont ceux touchant au diabète, aux conduites addictives, aux personnes en situation de précarité ... Une démarche d'évaluation (grille d'autoévaluation) les concernant est actuellement entreprise par l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, devenue depuis peu Haute Autorité de Santé).

Chapitre II : Études et approches conceptuelles des relations santé – caractéristiques sociales

L'expression populaire lapidaire selon laquelle "plus on est pauvre, plus on est malade et plus on meurt jeune" dit bien le fond de la question, ce que les savantes études épidémiologiques ont cherché à vérifier bientôt les trente dernières années.

Même si c'est à nos voisins européens que l'on doit la première construction moderne du concept des inégalités sociales de santé, il est intéressant de noter que parmi les premiers travaux épidémiologiques touchant ce sujet, ceux d'un français, Louis-René Villermé en 1820, figurent en bonne place et sont souvent rappelés. Il montrait, en quantifiant la fréquence des décès dans différents arrondissements parisiens, que c'étaient dans les quartiers les plus pauvres que s'observaient les taux de mortalité les plus élevés⁹².

Tous les auteurs s'accordent aujourd'hui à reconnaître que ce sont les Anglais qui furent à "l'origine de l'invention récente d'une réalité ancienne" comme le dit Patrice Bourdelais. Notre pays, nous l'avons déjà dit, n'accorde une attention soutenue au sujet que depuis une époque récente, comme si le mythe fondateur de la Sécurité Sociale de 1945 et l'accès égal aux soins pour tous qu'il instaurait avait suffi à lever toutes questions touchant à la santé, à la façon d'une solution magique. Puisque la solution politique et technique avait été mise en place, la réalité ne pouvait que traduire cette volonté affirmée. Cet état d'esprit partagé par tous les acteurs de la santé, qu'ils soient politiques, médecins, économistes etc... eut aussi sa traduction dans le monde des chercheurs qui négligèrent la question. En effet et pour ce qui les concerne, ce n'est que depuis quinze ans nous l'avons déjà dit, qu'une accélération de l'étude de cette question s'observe.

Comprendre les inégalités sociales de santé, problème de santé publique de premier plan en France comme dans quasiment tous les pays industrialisés à des degrés variés, suppose une description du problème et la recherche des déterminants sous-jacents à celui-ci, dans le cadre de modèles théoriques explicites, grâce à des méthodes de recherche adéquates. L'ensemble de ces travaux se regroupe aujourd'hui sous l'entité d'épidémiologie sociale. Même si sur l'ensemble de la littérature mondiale consacré à l'épidémiologie en général, la part ayant trait à l'approche sociale reste minoritaire, il n'en reste pas moins qu'une littérature foisonnante existe sur le sujet, avec une créativité exceptionnelle, les travaux étant publiés dans les revues scientifiques, médicales, épidémiologiques et des disciplines des sciences de l'homme parmi les plus prestigieuses. Les travaux récents ont dégagé un certain nombre de déterminants sociaux de la santé, qui ouvrent aujourd'hui à une meilleure compréhension des

⁹² Voir "L'inégalité sociale face à la mort : l'invention récente d'une réalité ancienne" de Patrice Bourdelais in " Les inégalités sociales de santé" de Annette Leclerc et al ouvrage cité.

phénomènes observés. Deux ouvrages collectifs français (déjà cités) dirigés par Annette Leclerc (Les Inégalités Sociales de Santé) et Pierre Chauvin (Précarité et Santé) - tous deux auditionnés par la commission - viennent d'être publiés en France et reprennent les travaux récents sur le sujet, qu'ils soient Français ou étrangers.

Enfin dans le cadre de l'actualité de cette question des inégalités sociales de santé, rappelons que le Rapport 2002 du Haut Comité de Santé Publique inclut un chapitre spécifique sur cette question (voir note 3 page 2) et la même année (2002), l'OMS⁹³ rassemble pour son rapport annuel la somme de travaux et documents disponibles sur les déterminants sociaux de la santé dans les différents pays. Ce rapport a débouché sur la mise en place d'une mission internationale ayant la charge d'élaborer des recommandations en direction de tous les pays du monde, membres de l'organisation.

Nous allons dans une première partie faire place aux études "fondatrices" du concept d'inégalités sociales de santé et du "gradient social" qui s'en dégage, nous centrant exclusivement sur les études de cohortes menées d'abord au Royaume-Uni, puis dans d'autres pays dont notre pays avec la cohorte Gazel que nous évoquerons dans ce qui suit.

La seconde partie de ce chapitre reprendra les facteurs ayant émergé des premières études, complétées et enrichies par d'autres études. De cet ensemble est proposée la construction de modèles théoriques. Cet ensemble sera repris à la fin de ce chapitre dans les approches et constructions théoriques proposées sur le concept d'inégalités sociales de santé.

II – 1 : Les études de cohortes⁹⁴

II – 1 – 1 : les études longitudinales menées au Royaume - Uni

Du fait de la stabilité de son organisation sanitaire, de l'ancienneté et de la fiabilité de son système de recueil d'information, le R-U est probablement le pays où les situations socio-économiques et leurs conséquences en matière de santé ont été le plus étudiées au cours de ces quinze dernières années. Trois étapes marquèrent l'essentiel des études produites par les chercheurs anglais.

⁹³ OMS : Rapport annuel sur la Santé dans le Monde 2002 : "Réduire les risques et promouvoir une vie saine".

⁹⁴ Nous nous en tenons dans ce chapitre qu'à deux études de cohortes, ce qui laisserait entendre que seuls les Anglais et les Français ont été prometteurs de ce type de travaux ce qui est tout à fait contraire à la vérité notamment aux Etats-Unis et d'autres pays en Europe, dont par exemple les chercheurs danois. Nous nous en tenons à ces deux là car d'une part, les Anglais ont été pionniers à plus d'un titre et que d'autre part, nous sommes en France... et ne voulons donner l'impression que les Français sont en permanence à la traîne de leurs collègues étrangers !

Le rapport Black⁹⁵ paru en 1980, fut l'événement inaugural, mis en œuvre à la demande du gouvernement travailliste de l'époque qui s'interrogeait sur la persistance des disparités de mortalité entre les classes sociales alors que le niveau général de santé s'améliorait.

L'intérêt que suscita ce rapport fut considérable car il démontrait sans équivoque que, quel que soit l'âge, la mortalité de la classe V (les travailleurs non qualifiés) était toujours significativement supérieure à celle de toutes les autres classes sociales et que les hommes et femmes appartenant à cette classe sociale avaient deux fois et demie plus de chances de mourir avant l'âge de la retraite que ceux de la classe I (médecins, avocats, financiers, chefs d'entreprises ...). Il ajoutait que pour un enfant de la classe I qui mourait, ce même sort doublait dans la classe III (travailleurs qualifiés) et triplait pour ceux de la classe V. Passant en revue les principales causes de mortalité des enfants et des adultes, il était montré qu'un gradient social marqué s'observait pour toutes les causes de mortalité (à l'exception des maladies congénitales), dont les maladies cardiovasculaires et les cancers. Se plaçant sur un plan général pour considérer que si une amélioration de santé s'observait dans l'ensemble des classes, elle ne concernait par contre que très imparfaitement ceux appartenant à la catégorie la moins favorisée. En d'autres termes concluait le rapport, les écarts entre les plus aisés et les moins favorisés s'étaient aggravés au cours des 30 dernières années et particulièrement au cours des années 70. Analysant le rôle du système national de santé (NHS) après trente années de fonctionnement, le rapport mettait en évidence d'importantes inégalités dans l'utilisation de ses services.

Le "Health Divide Report"⁹⁶ paru en 1987, soit sept ans après le "Black Report", reprenait les données utilisées dans ce dernier rapport (qui dataient des années 70) en les actualisant avec celles des années 80 pour vérifier si les tendances lourdes qui émergeaient du rapport s'infirmait ou à l'inverse se confirmaient. Ce dernier rapport alla dans un sens encore plus net que précédemment (à l'exception des observations touchant les enfants). Élargie à l'analyse de la santé des chômeurs, il était noté chez ceux-ci une détérioration de leur santé mentale qui s'objectivait par un taux de suicides corrélé significativement à la durée du chômage ou encore par une régression des troubles mentaux à la reprise d'activité. Les auteurs du "Health Divide Report" procédèrent à nouveau en 1996 à une actualisation des données qui confirmèrent cette fois encore celles du rapport Black publié quinze plus tôt. Cette dernière partie de l'étude ajouta quelque éclairage sur les conduites à risque, notamment l'observation qu'un nombre significativement plus élevé de chômeurs fumait davantage (46% contre 29%), de même qu'il y avait 3 fois plus de fumeurs (hommes et femmes) chez les travailleurs non qualifiés que chez les cadres.

⁹⁵ Black D., Morris J-N, Smith C and Townsend P. Inequalities in Health. Reprinted in Penguin Books. Londres. 1980

⁹⁶ Whitehead M., The Health Divide. Reprinted in th Penguin Books, Londres, 1990

La "Whitehall study"⁹⁷ est une étude longitudinale menée pendant une vingtaine d'années sur une cohorte de 10000 fonctionnaires britanniques (uniquement des hommes de 20 à 64 ans), tous travaillant dans un lieu et à priori placés à des risques professionnels sensiblement superposables. De plus, s'adressant à cette catégorie de personnes, l'objectif visé cherchait à s'affranchir des variables comme la pauvreté dans ses niveaux les plus marqués et la précarité de l'emploi puisque ces facteurs se trouvaient ne pas intervenir pour ce type de population. Cette étude montre que l'indice de mortalité standardisée sur l'âge (ISM) chez les hommes de 40 à 64 ans est de trois fois et demie plus élevé chez les employés de grade inférieur et les travailleurs manuels que chez les cadres supérieurs. Il existe ainsi dans cette population "protégée" un gradient de mortalité incontestable qui est lié au niveau d'insertion sociale traduit ici par le niveau hiérarchique. Il était noté de plus, un lien entre le grade professionnel et les comportements à risque comme le tabagisme, le déséquilibre nutritionnel et l'absence d'exercice physique. Cependant, lorsqu'on ajuste ces différents facteurs pour toutes les catégories sociales, le gradient social mortalité-morbidité/niveau social perd certes une part de sa "force" statistique mais se retrouve néanmoins indiscutablement confirmé. C'est cet aspect des choses qui amène M-G Marmot (Whitehall II Study)⁹⁸ à soulever la question d'une "autre chose" qui n'est pas seulement lié aux aspects socio-économiques. Il avance l'idée qu'un ensemble d'éléments nommé "facteur psychosocial" est à prendre en compte dans lequel interfèrent la place des personnes dans la société, l'image qu'elles ont d'elles-mêmes, la part d'initiative qui leur est laissée dans l'accomplissement de leurs tâches et la satisfaction qu'elles en tirent et qui ne peuvent rester sans conséquences dans leurs vies personnelles. Des études complémentaires menées à partir des données de cette cohorte sont venues corroborées certaines hypothèses (par exemple les types d'absence au travail selon les niveaux de l'échelle hiérarchique, voir plus loin)⁹⁹.

II – 1 – 2 : La cohorte Gazel en France¹⁰⁰

La cohorte Gazel est l'équivalent français des cohortes mises en place ailleurs, notamment en Grand Bretagne. L'Unité Inserm 687 (anciennement U88) qui en fut le promoteur, chercha en partenariat avec les services médicaux EDF GDF

⁹⁷ Marmot M-G. et al : Health inequalities among British civil servants : the whitehall study Lancet, 1991, 337 :1387-93

⁹⁸ Marmot M.G and Brunner E., : Cohort Profile : The Whitehall II Study. Intern Jal of Epidemiology 2005 ; 34 : 251-256:

⁹⁹ Head J., Kivimäki M., Martikainen, Vahtera J., Ferrie J., Marmot MG : Influence of change in psychosocial work characteristics in sickness absence : The WhiteHallStudy IIIJ Epidemiol Community Heath 2006 ; 60 : 55-61

¹⁰⁰ La cohorte Gazel, un laboratoire épidémiologique ouvert, le point après 13 ans de suivi. Goldberg M., Zins M., Leclerc A., et al Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire n° 31 Juillet 2001

de développer un véritable "laboratoire humain épidémiologique" dans lequel pourrait être étudiée l'interférence des caractéristiques sociales des personnes et leur lien à la santé grâce au recueil sur une longue période de paramètres touchant aux deux approches. Grâce à des chercheurs de l'INSERM (dont Mme Annette Leclerc, Directeur de Recherches de l'Inserm auditionnée par la commission) et aux services du personnel et médicaux d'EDF GDF (sécurité sociale, centres de santé et médecine du travail), c'est un échantillon de 20 624 volontaires (15 010 hommes et 5 614 femmes âgés de 35 à 50 ans) qui fut mis en place en Janvier 1989. L'échantillon est diversifié sur le plan socio-économique et professionnel (trois collèges sont distingués, exécution, maîtrise et cadre) ainsi qu'au plan géographique et aux modes de vie qui sont superposables à ceux de la population générale. Il présente de plus l'intérêt de s'adresser à des personnes qui, comme dans la cohorte Whitehall, ne se situent pas dans les franges sociales de pauvreté marquée et se trouvent à l'abri de précarité en matière d'emploi. Le recueil des données est régulièrement alimenté, outre celles obtenues auprès des services EDF GDF, par des questionnaires qui permettent un suivi général des personnes (consommation de tabac, d'alcool, variables familiales et personnelles, échelle mentale, santé perçue, absences...) et selon le cas et selon les études entreprises, sur des problèmes plus spécifiques (par exemple suivi des maladies comme le cancer, les maladies ischémiques, l'incidence des maladies musculo-squelettiques, l'ostéoporose chez les femmes ...). La cohorte Gazel est un outil assez remarquable et particulièrement riche du fait de la diversité des données qu'elle réunit et du caractère quasi exhaustif du suivi individuel des participants qu'elle permet. Cette qualité doit beaucoup à la participation active des volontaires qui reste importante au terme de treize ans de sa mise en place avec seulement 4% de non réponse aux questionnaires avec des perdus de vue très peu nombreux¹⁰¹. En Juin 2001, 597 décès étaient enregistrés (2,9%) dont 509 hommes et 88 femmes.

Après presque treize ans de suivi, nombreux projets épidémiologiques ont été menés sur les problèmes de santé, les facteurs de risques comportementaux (alcool, tabac ...), sociaux (support social, soutien familial ...) psychologiques, professionnels (sous l'angle des expositions et celui de l'insertion dans le milieu professionnel ...). Selon les études entreprises des données spécifiques propres aux études s'ajoutent aux données générales.

Au total en Juillet 2001, 37 articles avaient été publiés dans des revues à comité de lecture dont 23 revues internationales couvrant des domaines très variés ; la production scientifique issue de Gazel augmente rapidement à mesure du recul de données accumulées sur la cohorte. Nous évoquerons dans ce qui suit certains résultats qui, comme dans toutes les études touchant aux inégalités sociales de

¹⁰¹ Des craintes émergent actuellement sur la capacité à soutenir les objectifs initiaux de cette cohorte du fait d'une réduction de moyens financiers ...

santé, montrent que l'incidence de la mortalité et de la morbidité s'inscrivent en lien avec les stratifications sociales¹⁰².

De nombreuses équipes appartenant à des structures de recherche diverses, françaises et étrangères sont associées ou utilisent les données réunies dans la cohorte Gazel : la collaboration avec les chercheurs de la "Whitehall study" par exemple s'illustre dans des études conjointes pour vérifier si les faits mis en évidence dans une cohorte convergent vers des observations réunies dans l'autre. Se confirment par exemple qu'il existe bien, de part et d'autre de la Manche et au-delà des différences de "culture", le "gradient social" entre état de santé et intégration socio-économique¹⁰³ celui-ci se traduisant par exemple dans le "mal-être" que traduisent les absences au travail et la santé perçue.

II – 2 : Éléments d'analyse des facteurs susceptibles d'intervenir sur la santé et être à l'origine des différences observées entre les catégories sociales¹⁰⁴

Le point d'entrée dont les épidémiologistes se réclament réside dans le constat d'une distribution socialement stratifiée des risques de santé, risques qui s'apprécient tant sur la mortalité que la morbidité, et que vérifie une abondante littérature consacrée à ce sujet.

De plus, ces risques évoluent et dans les dernières décennies, les inégalités de santé semblent même connaître une certaine croissance avec un gradient toujours orienté dans le même sens. Par exemple, le fait d'être ouvrier et le risque de mortalité pour cause de maladie cardio-vasculaire n'existait pratiquement pas en 1970 ce qui n'est plus le cas aujourd'hui et les données concernant d'autres causes de décès indiquent des évolutions semblables, en particulier entre les périodes 1979-85 et 1987-93 (voir page 20). De même, l'infection VIH devient plus fréquente dans les classes sociales défavorisées ce qui n'était pas le cas au début de l'épidémie, comme si l'incidence de la maladie

¹⁰² "Social Integration and Mortality : A prospective study of French Employees of Electricity of France – Gas of France : The GAZEL cohort". Berkman L., Melchior M., Chastang J-F., Niedhammer I., Leclerc A., and Goldberg M.. Am J Epidemiol 2004 ; 159 : 167-174

¹⁰³ "Socioeconomic Position, Health, and Possible Explanations : a Tale of Two Cohorts" Fuhrer R., Shipley M. J., ...Goldberg M. and Marmot M. G. American Journal of Public Health , 2002 : 92 (8) 1290-1294)

¹⁰⁴ Ce chapitre est très largement inspiré du travail mené par Goldberg M., Melchior M., Leclerc A., et Lert F., "Épidémiologie et déterminants sociaux des inégalités de santé" Rev Epidemiol Santé Publique 2003, 51 : 381-401 et de celui de Kriegel N., Theories for social epidemiology in the 21st century : an ecosial perspective. Am J Epidemiol 2001, 30 : 668-677, enfin d'un séminaire international qui s'est tenu à l'initiative de l'IRDES en Mai 2003 qui a réuni les chercheurs de pays différents dont le Canada, les Etats-Unis, les Pays-bas, le Royaume-Uni et la France (résumé publié en document interne sur le site de l'IRDES en juin 2004)

résidait dans le cumul avec d'autres risques, de celui de l'accès aux médicaments et à leur observance plus aléatoires pour les plus pauvres.

Les convergences notées entre les différents pays s'assortissent parfois de singularités. Par exemple dans les pays du Nord de l'Europe s'observe un fort gradient en matière de maladies cardio-vasculaires alors qu'en Europe méridionale ce gradient concerne essentiellement les cancers. Source d'interrogation est également le fait qu'en France, l'écart de mortalité prématurée entre les ouvriers et ceux exerçant une profession non manuelle est environ deux fois plus élevé que dans des pays comme l'Italie, l'Espagne, le Portugal, la Suède ou le Danemark. Au plan régional dans l'hexagone même, s'observent des différences d'amplitude du gradient social quant à l'indice de mortalité (et d'espérance de vie). Chez les femmes, les inégalités sont généralement moins prononcées mais aussi plus complexes quant à leur analyse. De telles données macroscopiques indiquent que si le phénomène d'inégalités sociales de santé est constamment observé, il s'exprime aussi avec des modulations liées au contexte dans lequel évoluent les populations, ce qui contribue à la fois à enrichir le débat certes mais aussi à complexifier.

Quoi qu'il en soit de ces différents constats, ils conduisent au point central suivant : puisqu'il existe une différenciation nette des problèmes de santé au regard de la catégorie socioprofessionnelle d'appartenance des personnes, il doit nécessairement être admis que des facteurs ou risques responsables de ces problèmes de santé interviennent et se distribuent inégalement selon les catégories sociales. C'est le sens qu'est donné à la nouvelle discipline née ces dernières décennies, **l'épidémiologie sociale**. Outre l'indispensable volet qu'est le recueil de données pertinentes sur la santé et la situation sociale des groupes de personnes étudiées, son volet d'élaboration de connaissances nouvelles vise la proposition d'hypothèses ou "facteurs "candidats" susceptibles d'expliquer les inégalités sociales observées et leur validation. Plusieurs familles de facteurs "candidats" ont été étudiées et nous verrons qu'en fait, aucune de ces familles n'est susceptible de donner de réponse unique tant la question est complexe et qu'il existe en fait entre elles des effets de recoupement importants. C'est à cette complexité que renvoie la recherche permanente de facteurs nouveaux pour mieux éclairer le sujet.

La première démarche a consisté à considérer les facteurs de risque pris à l'échelon individuel. Cette démarche parce que décevante, a ouvert la réflexion vers d'autres perspectives abordant tout un ensemble de facteurs touchant aux interactions que tissent les personnes avec l'environnement dans lequel elles évoluent. La recherche de mécanismes plus fondamentaux, physiologiques et physiopathologiques accompagnent cet ensemble.

Nous passerons en revue dans ce qui suit d'abord trois ordres de facteurs 1) les facteurs de risques individuels ; 2) les facteurs socioéconomiques ; 3) les "déterminants sociaux de la santé". Dans un second temps, seront évoqués les hypothèses "globalisantes" retenues par les chercheurs en termes de modèles explicatifs des inégalités sociales de santé en reprenant les différents facteurs proposés pour les "ranger" dans les deux approches théoriques que sont les modèles "matérialiste" et "psychosocial" ; un troisième modèle dit "écosocial" fait la synthèse des deux premiers.

II – 2 – 1 : Les facteurs de risques individuels et leur limites dans l'explication des inégalités

On connaît le rôle majeur de facteurs tels que l'alcool, le tabac, les conduites dangereuses, l'usage de drogues. On sait aussi que la prévalence de ces comportements à risque est socialement différenciée ce qui amena naturellement à considérer que la différenciation sociale des maladies était liée à la distribution des facteurs de risques au sein de ces populations.

La recherche de l'explication des facteurs de risques individuels s'est cependant révélée dans l'ensemble décevante et de nombreux travaux ont montré que si des facteurs de risques interviennent, ils n'expliquent qu'incomplètement les différences sociales dans la survenue des maladies. À titre d'exemple, une étude cas témoins en population générale menée au Canada¹⁰⁵ illustre cet aspect à propos du cancer du poumon. On connaît clairement les divers facteurs de risque se rapportant à ce cancer (tabagisme et expositions professionnelles notamment) et le fort gradient social le concernant (mesuré sur le revenu, le niveau d'éducation ou la catégorie professionnelle) mais lorsqu'on tient compte dans l'analyse de l'exposition individuelle à tous les facteurs de risque (individuel, professionnel) le gradient social persiste ou n'est que très faiblement affecté. Ce résultat est confirmé dans la plupart des études menées en ce sens. On touche là à la limite de l'approche par les facteurs de risque individuels car elle n'apporte pas d'éléments de compréhension décisifs sans compter qu'elle repousse la question sur les facteurs qui sont l'origine de certains comportements dont on sait qu'ils sont socialement tout à fait déterminés (voir plus loin), avec des différences cependant selon les pays et les cultures. Par exemple, le gradient social observé dans les deux études longitudinales rapportées plus haut est sensiblement le même alors que les facteurs de risques sont différents dans les deux cohortes, plus nettement liés à l'alcool dans Gazel, davantage en relation avec le tabac dans Whitehall II. La nature des facteurs de risque pris individuellement peut donc varier mais le sens du gradient social et son degré change peu, comme s'il existait un invariant, une causalité fondamentale, cette

¹⁰⁵ Mao Y., Hu J., Ugnat AM., Semeciaw R., Fincham S. : Socioeconomic status and lung cancer risk in Canada. Int J Epidemiol 2001 ; 30 : 809-17

"autre chose" qui prend origine dans l'environnement social et s'exprime quel que soit le caractère polymorphe des risques individuels auxquels s'exposent les personnes.

II – 2 – 2 : Les facteurs socio-économiques : une multiplicité de facteurs¹⁰⁶

L'explication classique selon laquelle la prévalence de conditions matérielles difficiles, autrement dit la pauvreté, se trouve à l'origine des inégalités sociales de santé a certes du poids lorsque les personnes rencontrent de mauvaises conditions de travail, de revenus insuffisants, de logement souvent vétuste, d'un recours difficile aux soins, une alimentation insuffisante et/ou déséquilibrée, etc... Mais elle est cependant battue en brèche à titre d'hypothèse centrale sinon exclusive lorsqu'on se réfère aux résultats des études qui montrent que des inégalités sociales de santé sont relevées dans des groupes sociaux qui ne présentent pas cependant les stigmates habituels de pauvreté, comme ceci fut établi dans le rapport Black par exemple, résultats largement retrouvés dans la suite, on l'a vu.

De "nouveaux facteurs" de risque d'origine socio-économique ont dès lors été explorés, que nous présentons dans ce qui suit, chacun ayant fait l'objet d'études spécifiques.

1) Évènements précoces et histoires de vie

On connaît l'existence d'effets à long terme d'évènements très précoces de la vie *in utero* qui peuvent se traduire par la survenue de maladies tout au long de la vie. Dans la mesure où certains de ces évènements sont socialement stratifiés (comme poids et taille à la naissance qui sont des indicateurs résumant de nombreuses circonstances défavorables, de même que la très grande prématurité), certains chercheurs ont exploré cette hypothèse à titre d'explication d'inégalités de santé observées tout au long de la vie. Dans une cohorte que rapporte une étude britannique¹⁰⁷ dans laquelle des faits défavorables de naissance sont notés, les auteurs montrent que l'effet cumulatif n'est pas la simple addition mécanique au cours du temps de facteurs défavorables, mais qu'il existe des cheminements marqués par des interactions entre les conditions défavorables de début de vie et les évènements qui se succèdent tout au long du cycle de vie. Avoir une situation socialement défavorable et un mauvais état de santé dans l'enfance entraînent une moindre chance de réussite scolaire et de débouchés vers une qualification satisfaisante, ce qui amènera des conditions de travail plus difficiles, à des expositions

¹⁰⁶ Tous les facteurs qui vont être évoqués se rapportent à des travaux précis : pour alléger le texte, nous n'en signalerons que certains mais le détail de ces travaux peut être retrouvé dans l'article de M. Goldberg et al appelé plus haut.

¹⁰⁷ Power C., Matthews S., Manor O., : Inequalities in self-rated health in the 1958 birth cohort : lifetime social circumstances or social mobility ? BMJ 1996 ; 313 : 449-53

dangereuses, à une plus grande précarité professionnelle etc. ("Life course hypothesis" des auteurs anglo-saxons). Que ces observations touchant aux "histoires de vie" de l'âge adulte aient une articulation avec des évènements précoces ou non, elles ont fait l'objet de nombreuses publications dans lesquelles se décrit l'enchaînement des difficultés ; nous aurons à les évoquer dans la troisième partie de ce rapport. L'approche complémentaire qu'apportent les auteurs de cette thèse réside dans le fait que le rôle des conditions précoces, notamment pour certaines pathologies (cardio-vasculaire, dentaire...), serait quasiment irréversible.

Cette question d'évènements initiaux de vie, facteur déterminant d'un mauvais état de santé lui-même à l'origine d'un positionnement sociale défavorable est une question débattue depuis longtemps par les épidémiologistes. Nous l'avons déjà soulevée à propos du handicap et évoquons la question de la causalité inversée. En effet, une des hypothèses longtemps avancées pour expliquer les inégalités de santé est la sélection sociale selon laquelle, un mauvais état de santé précède une situation sociale défavorable et se trouverait donc être un déterminant important de celle-ci. Les résultats des études longitudinales (études anglaises pour la plupart) contredisent cette assertion. Elles montrent en effet que c'est plutôt la situation sociale qui amplifie l'incidence de diverses pathologies dans des populations en bonne santé au début de période d'observation (notamment pour certaines pathologies mentales mais aussi pour des maladies somatiques), même si au plan individuel il est clair qu'un état de santé dégradé a ou peut avoir des conséquences négatives sur la situation sociale. Ce résultat est une avancée majeure dans la compréhension des mécanismes pouvant expliquer les différences sociales de santé observées à l'échelon populationnelle. C'est une notion déjà évoquée dans le chapitre I à propos des inégalités sociales observées chez les personnes frappées de handicap.

2) Facteurs professionnels

Depuis les recherches de Villermé (déjà citées) sur la santé des ouvriers du secteur de l'industrie, les conditions de travail ont été retenues parmi les déterminants majeurs de la santé physique et mentale, et les études nombreuses portant sur les expositions physiques et chimiques, ou des contraintes horaires ont largement contribué à établir cette relation. Ainsi, on estime qu'environ un tiers des différences sociales de mortalité par cancer dans les pays industrialisés est expliqué par l'exposition à des facteurs d'origine professionnelle, et que cette fraction peut s'élever jusqu'à 50% pour les cancers du poumon et de la vessie.

Dans les vingt dernières années, une attention particulière a été portée aux facteurs psychosociaux¹⁰⁸ liés à l'organisation du travail. Selon les travaux de chercheurs américains (Karasek et Theorell, 1990¹⁰⁹), la combinaison d'une forte pression psychologique et d'une faible latitude décisionnelle serait à l'origine de détresse émotionnelle. De ce modèle proposé par ces auteurs, des études ont dans la suite montré l'association entre ces contraintes sociales au travail ("job strain") et la survenue de troubles psychiques de nature dépressive, l'importance des troubles s'observant dans un lien statistique clair avec la position hiérarchique. Testé sur la cohorte Gazel, il apparaît effectivement que la tendance dépressive suit un gradient statistiquement significatif avec la position hiérarchique chez les hommes comme chez les femmes avec une tendance plus marquée chez les employés (homme ou femme). Dans l'enquête Whitehall, dans laquelle la tendance dépressive et l'anxiété ont été testées sur la hiérarchie des grades et salaires, ces symptômes sont moins fréquents dans les grades élevés chez l'homme, ce qui n'est pas le cas des femmes chez lesquelles l'anxiété s'élève avec le grade. Enfin rappelons que le lien étroit entre l'absentéisme au travail et la hiérarchie sociale, ressort très clairement dans les deux cohortes.

Reste qu'à travers toutes ces questions touchant à l'activité professionnelle et l'observation de symptômes physiques et psychiques en lien avec elle, se pose la question du travail, de sa fonction au sens posé par les sociologues du travail, comme élément fondateur de l'identité des personnes¹¹⁰. Sociologues et psychologues se rejoignent pour insister sur le rôle intégrateur et socialisant du travail et de son effet bénéfique, d'autant que se mesure aujourd'hui et plus que jamais, les effets néfastes de sa privation. S'il a certes cette fonction socialisante, l'évolution du travail dans les formes qu'il prend actuellement, et dans lesquelles se retrouvent les demandes de performance assorties de l'exigence de gestion de l'incertitude et de la flexibilité ou de recherche de plus grande autonomie avec ses conséquences en terme d'isolement, bref tous ces aspects nouveaux posent des questions sur leurs conséquences en matière de santé. S'imposera donc pour mieux aborder ces problématiques, qui sont nouvelles, de développer des classifications différentes de la réalité de la division sociale actuelle pour mener les études qui conduiront à une meilleure compréhension des faits dont il est question dans la partie consacrée à la Santé

¹⁰⁸ Un "encadré" consacré à ces facteurs figure dans le rapport de l'OMS de 2002 "Définition et Evaluation des risques de la santé". Il est reproduit en annexe de ce rapport.

¹⁰⁹ Karasek R.A., Theorell T., (1990), *Healthy Work : Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life*, Basic Books, New York, 381p.

¹¹⁰ Voir à ce propos l'important travail de Garner H, Meda D et Senik C "La place du travail dans les identités" *Économie et Statistiques* n° 393-394, 2006 dans lequel est rapporté l'enquête sur "Histoire de Vie – Construction des identités" de l'INSEE, l'INED, la DARES ... , centrée sur la place qu'occupe le travail dans les identités et la manière dont les différentes activités s'articulent, se composent ou non selon le sexe, la structure familiale, la position professionnelle ou l'origine nationale des personnes.

Mentale du Chapitre I, et que nous avons nommé sous les termes de souffrance psychique.

3) Relations sociales

Les travaux concernant le rôle sur la santé des relations sociales des individus, évalués sur leurs réseaux sociaux ou le soutien qu'ils peuvent en attendre (parfois en relation avec des événements de vie) commençaient à émerger dans la fin des années 1970¹¹¹. Ils ont connu un fort développement durant les deux dernières décennies grâce à une amélioration des méthodes de mesure, en distinguant mieux ce qui relève de la structure du réseau social des personnes de ce qui caractérise leur entourage et apportant nombre de résultats qui indiquent l'importance pour la santé de l'environnement microsocial. Des mauvaises relations sociales affectent la santé physique et mentale et s'accompagnent par exemple d'une augmentation de l'absence au travail ou d'une moins bonne survie chez les patients atteints de maladies graves. L'influence de cet environnement microsocial est corroborée par d'autres travaux qui indiquent qu'il est sans influence sur la mortalité ou la morbidité lorsqu'il est vécu sur un mode satisfaisant ou ne posant pas de problèmes particuliers. Divers travaux enfin dans des domaines voisins mettent en évidence des effets variés sur la santé en relation avec les discriminations liées au genre ou aux orientations sexuelles, ethniques, selon l'état de santé des handicapés ou l'âge (enfants, personnes âgées).

Dans ce champ d'études des relations sociales, l'une des avancées les plus novatrices de la période récente concerne l'influence de l'environnement social du lieu de résidence. Grâce à des développements méthodologiques nouveaux (méthodes d'analyses "multiniveau" et "spatial"), il a été possible de montrer le rôle du contexte résidence qui intervient en amplifiant manifestement les effets de l'environnement socio-économique sur la santé lorsqu'on se trouve dans un environnement dégradé. Ainsi dans une étude américaine particulièrement riche¹¹² dans laquelle sont caractérisés des lieux de résidence contrastés sous l'angle socio-économique (revenu, éducation, patrimoine, profession, ethnicité ...), l'incidence coronarienne est sensiblement plus grande entre les quartiers extrêmes (riches et pauvres), mais n'est pas forcément égale d'un quartier pauvre à l'autre alors que leurs caractéristiques socioéconomiques sont superposables. Cette étude pionnière de l'effet résidence sur la santé a initié d'autres travaux dans lesquels le rôle des déterminants issus de l'environnement

¹¹¹ Goldberg M. "Cet obscur objet de l'épidémiologie ou l'épidémiologie et l'étude des déterminants de la santé d'une population et les difficultés de la pluridisciplinarité. Sci Soc Santé 1982 ; 1 : 55-110

¹¹² Etude de Diez Roux et al sur une cohorte multicentrique de 13000 personnes âgées de 45 à 65 ans (Atherosclerosis Risk in Community Study) rapportée dans : Diez-Roux AV, et al. Neighborhood of residence of coronary heart disease N Engl J Med 2001 ; 345 : 99-106

de proximité est recherché, le lieu de résidence pouvant induire des conditions matérielles particulières (dont le prix des aliments...), à des nuisances diverses (bruit, pollution, accidents), être à l'origine de stress lié à la criminalité ou l'insécurité, à des difficultés sur l'accès à l'enseignement et aux services collectifs Toutes ces questions ont fait l'objet de publications surtout à l'étranger et sont venues enrichir le vaste ensemble sur les déterminants sociaux de la santé, grâce à un recueil de plus en plus fin des données et la disposition d'outils susceptibles de les traiter. Leur mise à profit pour conduire à une meilleure connaissance des territoires qui composent notre Région est évidemment hautement souhaitable, ce qui est entrepris dans l'équipe que dirige Pierre Chauvin (voir plus loin enquête SIRS) à propos de certains territoires de l'Île-de-France.

4) Les inégalités sociales dans la prise en charge des problèmes de santé

Cette question déjà évoquée dans ce qui précède mérite d'être rappelé tant il intervient dans l'approche des problèmes de santé. En effet et au-delà de l'exposition à des facteurs de risque, l'appartenance sociale est également déterminante dans le rapport que l'individu entretient avec son corps et sa santé, ce qui se manifeste notamment dans la reconnaissance des symptômes de la maladie et dans le recours aux soins médicaux. Nous y reviendrons dans le chapitre réservé à la précarité. Les exemples sont multiples pour illustrer ces faits. Une étude américaine par exemple résume assez bien ces observations. L'incidence des mélanomes malins de la peau est plus élevée dans les catégories sociales les plus favorisées (caractérisées par le diplôme et le revenu), en relation avec une plus fréquente exposition au soleil (quantifiée). Par contraste, le ratio incidence/mortalité est plus élevé dans les catégories moins favorisées traduisant un retard au diagnostic, ceci étant assorti d'une autre observation, une moins bonne survie à stade de découverte égale, l'explication étant peut-être à chercher par une moins bonne observance des traitements ou une qualité moindre de ceux-ci. Ce problème du mélanome a été largement abordé dans le rapport sur l'Education à la Santé d'Olivier Aynaud et dans lequel il montrait l'importance du dépistage, mais aussi l'inégale perception des campagnes de dépistage selon les catégories sociales.

Cet aspect est illustré par l'anecdote suivante, au sens où son contenu n'a pas fait l'objet d'une appréciation scientifique adéquate et qui me fut récemment rapporté. Un chirurgien et cancérologue spécialiste des cancers féminins avait à traiter des formes relativement évoluées de ces cancers, lorsqu'il avait son service dans un hôpital de l'AP-HP de l'Est de Paris, et il avait avec son équipe développé un savoir faire pour le traitement de celles-ci. Il est amené à changer de service pour s'implanter dans un autre hôpital de l'AP-HP situé au Sud et Sud-Ouest de Paris, où il poursuit son activité dans la même spécialité. Le savoir faire accumulé s'avère dès lors inutile car il observe certes les mêmes cancers féminins mais à des stades beaucoup moins évolués comparés à ceux de l'autre

lieu parisien. Le vrai changement, c'est qu'il n'a plus les mêmes publics ni les mêmes zones de recrutement, avec des populations socialement différentes, d'où, sans nul doute, des résultats de traitement différents pour des cancers abordés à stades tardifs.

II – 3 : Approches conceptuelles des inégalités sociales de santé

L'ensemble très foisonnant des travaux se rapportant au sujet, dont une esquisse est donnée dans ce qui précède, a amené à synthétiser et intégrer ceux-ci dans des modèles explicatifs globaux.

Deux approches sont retenues actuellement, le modèle "matérialiste" et le modèle "psychosocial", chacune se construisant autour d'arguments qui ne s'opposent pas entre eux comme nous le verrons, mais pèsent d'un poids plus ou moins grand selon le versant de lecture où l'on se place. Une synthèse se dessine cependant entre les deux approches à travers un modèle qualifié "d'éco-social".

Le modèle matérialiste renvoie aux idées issues du courant hygiéniste du dix-neuvième siècle. Il pose le principe que les inégalités sociales de santé sont le reflet de la combinaison de conditions matérielles de vie et de travail défavorables (logements insalubres, mauvaise alimentation, exposition à des substances toxiques, risques professionnels, événements de vie éprouvants et isolement social ...), du manque de ressources personnelles pour faire face à ces conditions défavorables, et d'un environnement social mal adapté par l'insuffisance des ressources collectives (éducation, transports, équipements sanitaires, de loisirs, pollution...). Cette théorie fut alimentée par de nombreux auteurs, aux Etats-Unis notamment vers les années 1960 (par exemple à partir d'études sur la pellagre¹¹³ observée chez les travailleurs pauvres du coton en Louisiane), qui placent l'ordre économique essentiellement à la source des inégalités sociales de santé.

Cette approche très globale fut nuancée dans la suite lorsque s'accumulaient des observations dans les décennies suivantes et selon lesquelles, l'augmentation du PNB des pays ne s'accompagnait pas nécessairement d'une réduction des inégalités de santé. L'illustration qui en était donnée reprenait l'exemple désormais classique¹¹⁴ selon lequel, un enfant de 15 ans de Harlem n'avait que 37 % de chance d'atteindre l'âge de 65 ans bien que le revenu familial moyen annuel des noirs de son quartier était de 24000 \$ (données de 1990) alors que

¹¹³ La pellagre est une maladie assez rare qui atteint les populations pauvres dont l'alimentation est pauvre en protéines animales (régimes à base de maïs). Elle se manifeste par des lésions cutanées, des diarrhées et des troubles psychiques. Elle est liée à une carence en vitamine B3 (qui est un précurseur d'un acide aminé indispensable, le tryptophane). La vitamine B3 était appelée autrefois vitamine PP (*pellagra preventive*)

¹¹⁴ Exemple repris dans Marmot MG : Inequalities in health. N Engl J Med 2001 ; 345 : 134-144

l'espérance de vie dépasse 70 ans en Chine ou au Sri Lanka où le revenu annuel par habitant est inférieur à 1000 \$. L'insuffisance des analyses à partir de variables agrégées comme le revenu, l'apparition de nouveaux outils méthodologiques également, a conduit à explorer d'autres champs, celui ayant trait aux lieux de résidence comme nous l'indiquons plus haut (travail de Riez-Roux et al.) en étant l'un de ceux-ci. Il montre, rappelons-le, après ajustement au plan individuel des variables que sont l'éducation, le revenu et l'emploi, que vivre dans les quartiers pauvres a une incidence nette quant à la morbidité coronarienne. C'est l'esprit de ces travaux qui a conduit à donner une place, à côté de l'importance des moyens matériels dont disposent les personnes, aux rôles que jouent les fonctions de "cohésion sociale" et de "capital social" dans leurs liens avec les inégalités sociales de santé. Bien que définies de façon différente selon les écoles, les idées sous-jacentes à ces deux concepts constituent le fondement d'un puissant courant de pensée qui se réclament de travaux de Durkheim et de Bourdieu. Dans ces courants de pensée la cohésion sociale est admise être l'expression des liens et des solidarités entre les groupes au sein d'une société. Le capital social en est une des composantes principales : il concerne les caractéristiques des structures sociales (confiance interpersonnelle, norme de réciprocité, de reconnaissance et d'aide mutuelle entre les groupes qui s'organisent autour d'options syndicales, politiques, associatives, de regroupement des personnes dans des mouvements...) et qui constituent autant de ressources pour les personnes pour mener des actions collectives¹¹⁵. Là encore, c'est essentiellement aux Etats-Unis qu'ont été menées les études sur les indicateurs de capital social avec ceux liés à la mortalité et à la perception de l'état de santé¹¹⁶. Sous cet angle, il y a lieu de déplorer qu'en France les déterminants sociaux et leurs relations à la santé soient aussi peu étudiés, dont en particulier ceux touchant aux relations sociales de proximité ou de l'environnement macro social.

¹¹⁵ L'article "Cohésion sociale et santé " de Ichiro Kawachi et Lisa F. Berkman (pp 419-428) résume l'ensemble des travaux se rapportant à ce thème dans l'ouvrage collectif d'A. Leclerc et al "Les inégalités sociales de santé" Editeurs La découverte et l'Inserm

¹¹⁶ Un exemple sommaire de ce type d'étude mérite d'être rapportée (Kawachi et al) : études menées entre 1986 et 1990 dans plusieurs états des EU, les indicateurs du capital social exploraient outre le niveau de confiance interpersonnelle ("une majorité de citoyens est digne de confiance"), les normes de réciprocité ("une majorité de gens rend service"), la vigueur de la participation à la vie associative renseignée au sens large (organisations religieuses, sportives, de loisirs, d'entraide, de syndicats ...). Sur ce dernier point, la participation à la vie associative était fortement corrélée à la mortalité générale (ajustée sur l'âge) : dans les analyses qui tenaient compte du taux de pauvreté des ménages et des revenus médians, l'augmentation d'un point de la moyenne de participation à la vie associative (c'est-à-dire, en moyenne, une participation de plus à une association par personne) correspondait à une baisse de mortalité générale de 66,8 morts de moins pour 100 000 habitants, en tenant compte de la structure d'âge (intervalle de confiance à 95% 26,0 à 107,5)

La théorie psychosociale :

L'approche précédente considère la distribution inégalitaire des ressources au sens très large (matérielles, culturelles, sociales) à l'origine quasi exclusive des inégalités sociales de santé observées au sein des sociétés, sans donnée complémentaire pour la compréhension des observations.

La dimension supplémentaire qu'apporte cette théorie vise l'introduction d'éléments faisant appel à la biologie pour situer les problèmes de santé et leur lien au social, autrement dit pour comprendre comment "le social passe sous la peau" ("embodiment" des anglo-saxons). Dans cette théorie, un rôle essentiel est donné au stress subi par les personnes, compte tenu des conditions sociales dans lesquelles elles sont placées, compte tenu aussi de leur propre particularité et leur sensibilité individuelle au vécu des situations sociales et leur contenu "agressif". On évoque sous cet angle les observations selon lesquelles, des personnes exposées aux mêmes risques développent certaines maladies et d'autres pas (l'exemple de la tuberculose est particulièrement typique sous cet angle). C'est dans la recherche de mécanismes bio-physio-pathologiques que réside l'essentiel de cette théorie qui s'inscrit dans la tradition de l'école de socio-biologie née surtout vers les années 1950 avec les travaux de Cassel¹¹⁷. Ces mécanismes invoqués sont à la fois directs et indirects.

Dans les mécanismes directs, plusieurs de chercheurs ont proposé, en s'appuyant sur des modèles développés en laboratoire ou des modèles animaux, des mécanismes reliant le stress généré par des situations sociales agressives à des effets délétères. Ces travaux expérimentaux invoquent des mécanismes touchant les systèmes neuro-immunitaire, neuro-endocrinien ou des effets sur le système cardio-vasculaire. On rapporte ainsi des modifications de certaines variables physiologiques dont la pression artérielle, le taux de cholestérol, la concentration sanguine de fibrinogène (risque embolique) et de catécholamines ainsi que le cortisol dans la salive. En liaison à une hyperstimulation physiologique, la répétition de ces facteurs psychosociaux et de stress répétés contribuerait à un vieillissement précoce de l'organisme et favoriserait l'apparition de nombreuses pathologies.

Sur un mode indirect, des études épidémiologiques montrent que les conditions psychosociales jouent également un rôle en favorisant les consommations de tabac et d'alcool ou le surpoids¹¹⁸.

¹¹⁷ Cassel J., The contribuion of social environment to host resistance. Am J Epidemiol 1976 ; 104 : 107-23

¹¹⁸ Des études françaises traitent de cet aspect dont : Brisson C., Larocque B., Moisan J., Vezina M., Dagenais G., Psychosocial factors at work, smoking, sedentary behavior, and body mass index : a prevalence study among 6995 white collar workers. J Occup Environ Led 2000 ; 42 : 40-46

Le modèle éco-social que propose Nancy Kriegel (voir plus haut référence dans la note 81) reprend dans un effort de synthèse les principes avancés dans les théories matérialiste et psychosociale. Cette théorie vise à comprendre les inégalités sociales de santé en rendant compte de la complexité de la relation entre appartenance sociale et santé. D'après ce modèle, les individus "incorporent" divers aspects de leur contexte de vie et de travail, avec des effets directs et synergiques qui se jouent entre exposition, susceptibilité et résistance à la maladie. Les inégalités de santé seraient ainsi attribuables à l'exposition à de multiples risques dont les effets cumulés dans le temps se traduiraient par un impact sur la santé et des retombées sur la situation sociale.

Cette théorie vise ainsi à l'intégration des différents niveaux de déterminants susceptibles d'interagir entre eux sur la santé des personnes, ces déterminants appartenant à au moins trois niveaux distincts : le premier niveau immédiat des personnes, qualifié aussi de "microscopique", serait celui des facteurs biologiques, des facteurs de risques individuels, des histoires de vie ... ; le niveau intermédiaire serait celui de l'environnement de résidence, de travail par exemple ; enfin le troisième plus macroscopique renverrait à l'organisation sociale et économique, aux dimensions culturelles et historique ... C'est donc vers une vision plus globale et intégrative que s'oriente ce dernier modèle en réunissant différents facteurs appartenant à des niveaux multiples qui se conjuguent et interagissent entre eux pour conduire à l'observation des inégalités de santé rapportées.

En matière de conclusion de ces approches théoriques, vers quelles perspectives d'action engagent-elles ?

Quoi qu'il en soit de la pertinence des différentes approches théoriques sur ces inégalités sociales de santé, il est clair que leur multiplicité renseigne sur la difficulté à en donner une lecture simple tant l'origine de ces inégalités est multifactorielle. Si des recherches restent indispensables pour mieux cerner les mécanismes intimes qui président à l'installation des maladies dans leur lien au "social", toutes les observations convergent néanmoins sur des constats épidémiologiques indiscutables : ce sont dans les populations plongées dans des situations de pauvreté avec tous les facteurs psychosociaux qui accompagnent ces états, que se comptent avant tout les inégalités de santé. Comme nous le disions au début de ce rapport, et le rappelions page 60 (note 84), après un séminaire international qui s'est tenu à Paris à l'initiative de l'IRDES, un vaste programme de recherche sur les déterminants sociaux de la santé vient d'être lancé qui alimentera la somme de réflexion déjà riche que nous avons essayée de retracer à grandes lignes. Il n'est pas de doute que cette initiative est indispensable pour guider les pistes d'action sur cette question des inégalités sociales de santé. Quoi qu'il en soit, les politiques à mettre en place pour tendre à la résolution des inégalités de santé, ou au moins leur atténuation devront

nécessairement se construire sur les deux terrains. Un des volets est certes la prise en compte des facteurs matériels dans lesquels se comptent le logement, la faiblesse des revenus, le niveau d'éducation, les capacités d'accès aux soins ... mais il serait incomplet s'il ne s'accompagnait de mise en place de moyens d'un retissage de liens sociaux, de quelque nature qu'il soit. Il est clair qu'agir sur un volet sans porter attention à l'autre conduit à l'échec, mais il est clair aussi qu'il s'agit d'une tâche formidablement complexe et qu'il serait bien naïf d'imaginer qu'il existe des solutions simples.

Chapitre III : Inégalités sociales de santé et "précarité santé" : deux problématiques distinctes ?

L'étude des inégalités sociales de santé dressée dans ce qui précède vise à décrire et comprendre les disparités de mortalité et de morbidité, au sein de la population dans son ensemble en fonction du contexte social des personnes. Toutes les études, menées dans les différents pays convergent vers l'évidence d'un gradient social de risques de mauvaise santé et de décès à mesure que l'on descend des situations socialement les plus favorables vers celles qui sont à l'autre extrémité de l'échelle sociale. Les caractérisations retenues de l'échelle sociale sont outre les variables "agrégées" les plus classiques que sont le revenu, le niveau d'études atteint, la position sociale, les conditions de travail, le logement, le lieu de résidence, l'accès de système aux soins etc... Des facteurs moins traditionnels ayant trait au "capital social" dont les traits principaux ont été esquissés dans ce qui précède, sont également retenus. C'est donc dans les catégories sociales les moins favorisées de la population que se cumulent le maximum de difficultés, celles intéressant la santé s'ajoutant aux autres d'où l'interrogation, en relation avec notre propos, du lien précarité/santé. Ce sera l'objet de ce troisième chapitre.

Une interrogation plus générale mérite au préalable d'être avancée. La présentation des inégalités de santé est certes une réalité incontestable mais amenée dans la forme abrupte présentée, elle traduit avant tout une réalité statistique dans laquelle se discerne mal la trajectoire des personnes, au sens de parcours de vie considéré à l'échelon individuel. Ce serait comme si les personnes étaient considérées placées ou figées dans une condition sociale donnée, que cette condition existait en soi, et ne résulterait pas d'évènements de vie propre à chacune des personnes, avec les cheminements particuliers qui conduisent de telle situation à telle autre. Autrement dit, la réalité statistique ferait en sorte qu'elle annule la complexité des situations. Elle amène à penser que deux mondes co-existent, celui des inclus et les autres, les exclus du champ social, sans vision dynamique des situations des personnes, une société duale en quelque sorte qui serait composée de deux groupes distincts de personnes,.

Nombreux chercheurs interrogent ces caractéristiques et par exemple, dans un article d'Isabelle Parizot¹¹⁹, cette auteure rassemble une série de questions pour dire les difficultés d'approche et la diversité des situations qui se regroupent sous le terme de précarité : "Les personnes concernées ne forment pas une communauté sociale, ni même un groupe statistique saisissable par des critères socio-économiques traditionnels. Elles sont confrontées à un ensemble

¹¹⁹ In "Précarité et Santé" ouvrage collectif dirigé par J. Lebas et P. Chauvin – Trajectoires sociales et modes de relation aux structures sanitaires – 1 vol – Flammarion 1998 – pp 33-43

hétérogène de situations instables, génératrices de difficultés diverses. Bien souvent, elles n'ont en commun que la forme de leur trajectoire, marquée par un cumul de handicaps et une dissociation progressive des liens sociaux. Aussi, faut-il envisager la pauvreté, non comme un état, mais comme un processus multidimensionnel¹²⁰, susceptible d'écarter toujours davantage de l'activité économique, diverses franges de la population, et conduire à la rupture du lien social".

Ce rapport n'est certes pas le lieu de présentation d'un tableau exhaustif des "situations instables génératrices de difficultés diverses ...de dissociation progressive des liens sociaux". Des grandes lignes caractérisent ce qui est aujourd'hui appelé les trajectoires de précarisation que l'on peut ramener à trois grands groupes de facteurs : 1) l'incertitude touchant à l'emploi en tout premier lieu avec le chômage et la précarité monétaire s'y rapportant ; 2) les conditions de vie (faiblesse des revenus, logement insuffisant ou mal adapté, insécurité ...) et 3) le délitement de l'intégration sociale dans lequel intervient la perte du réseau social lié à l'emploi, à la fragilité des réseaux d'aide privée, aux ruptures intervenant dans la vie familiale et d'une façon plus générale une non-participation progressive à toute forme de vie sociale institutionnalisée. C'est dans cet ensemble, nous l'avons esquissé dans ce qui précède et allons l'illustrer dans ce qui suit, que s'observe cette intrication implacable entre difficultés sociales et questions de santé, dans une double dimension à la fois physique et mentale. C'est aussi en ce sens que Jacques Monier (membre de la commission) en propose l'analyse (voir note placée en annexe) qui ajoute d'ailleurs à tous ces chapitres ce qu'il appelle "un cumul des facteurs de risques". Plutôt qu'ajouter des tableaux et statistiques complémentaires sur précarité et santé dans leurs dimensions conjointes, nous allons plutôt nous en tenir à des descriptions de situations concrètes et ciblées, davantage proche du terrain – celui de l'Île de France en l'occurrence, et dans lesquelles se lisent tous les facteurs évoqués plus haut et d'une façon plus générale, aux approches conceptuelles largement développées dans le Chapitre II. Ce chapitre "Précarité/Santé" serait cependant incomplet s'il ne s'accompagnait pas d'éléments d'analyse sur la pauvreté et son évolution en général, dont celui ayant trait au nombre de personnes percevant le RMI en général et en Île-de-France en particulier. Ces éléments d'analyse rejoignent les réflexions que mènent l'ensemble des États Européens lorsqu'ils considèrent qu'à côté de la dimension monétaire de la mesure de la pauvreté, d'autres éléments sont à considérer comme ceux énoncés plus haut. C'est le sens de la politique que réaffirmèrent les États à l'échelon de l'Europe (Lisbonne 2000) lorsqu'ils recommandèrent l'élaboration de plans d'action, ceci ayant conduit après la Conférence de Nice puis celle de Laeken, à l'élaboration

¹²⁰ Ce terme de "multidimensionnalité" se retrouve sous plume de nombreux chercheurs, quel que soit leur domaine de spécialité, qu'ils soient sociologues, économistes ou statisticiens !

d'indicateurs de mesure de la pauvreté et de l'exclusion sociale connus depuis sous la dénomination des "Indicateurs de Laeken". Dix-sept indicateurs étaient retenus et il était recommandé aux états d'adapter ceux-ci selon la disponibilité des données dont ils disposent et aussi, de leurs habitudes méthodologiques¹²¹. **L'annexe I** regroupe ces données.

Les situations concrètes que nous présentons se rapportent aux travaux menés par des chercheurs sur des ZUS (zones urbaines sensibles) de notre région, aux enquêtes régulièrement menées sur les personnes bénéficiaires de la CMU et au "coup de phare" entrepris par divers organismes sur les personnes sans domicile.

III – 1 : Santé, Inégalités et Recours aux Soins (SIRS)¹²² : cinq zones urbaines sensibles d'Île-de-France¹²³

Initiée par Pierre Chauvin et ses collaborateurs dans cinq zones urbaines sensibles de l'Île-de-France, poursuivie dans la suite avec une équipe plus large et sur une aire géographique plus étendue, l'étude engagée à l'origine et rapportée ici, visait trois points : 1) préciser les états de santé de la population de territoires dans lesquels s'accumulent les handicaps sociaux et économiques ; 2) aborder plus clairement, à l'inverse de ce qui se fait dans les études "traditionnelles", la dimension psychosociale des problèmes de santé rapportés par les personnes, en axant davantage l'éclairage sur la "santé mentale" ; 3) donner à la Région Île de France un "outil de mesure" de l'état de santé de certaines populations

Dans les grandes agglomérations urbaines françaises comme dans celles d'autres pays, les inégalités de santé restent fortes tandis que les disparités entre territoires se creusent. L'emploi incertain, la faiblesse des revenus, l'habitat

¹²¹ Voir la communication faite par la DREES le 20 Janvier 2006 au 11^{ème} colloque de l'Association de comptabilité publique sur la contribution française sur les indicateurs sociaux de pauvreté au niveau de l'Europe.

¹²² Initiée par l'équipe de l'Unité INSERM 707-Université Paris -6 (Pierre Chauvin et col), le programme SIRS s'est élargi et réunit, outre les initiateurs, l'équipe de recherche sur les Inégalités Sociales du Centre Maurice Halbwachs (CNRS-EHSS-ENS, Serge Paugam) et l'Unité "Mobilité, territoires, habitat et Socialité" de l'INED. Son programme porte aujourd'hui sur un nombre beaucoup plus grand de secteurs géographiques de l'IdF.

¹²³ Les éléments résumés ici sont tirés du chapitre 1 de l'ouvrage collectif dirigé par Pierre Chauvin et Isabelle Parizot "Santé et recours aux soins des populations vulnérables" Inserm et Délégation Interministérielle à la Ville - Collection Questions de Santé Publique Edit Inserm et Vuibert 2005 – pp 17-37 et d'un rapport "Santé, inégalités et ruptures sociales" (SIRS) établi par ces auteurs pour la Délégation Interministérielle à la Ville (Juin 2005) sur des quartiers défavorisés franciliens.. Nous en privilégions certains aspects, la totalité des données figure dans les textes donnés en référence.

quelquefois vétuste et surtout insalubre, l'affaiblissement des liens sociaux, que ce soient la perte de réseaux privés ou la difficulté à s'approprier des ressources collectives, nombre de facteurs se conjuguent comme on l'a vu pour induire et/ou entretenir des problèmes de santé dans leur double dimension, physique et psychique. La relégation spatiale et les effets de polarisation sociale renforcent le processus de disqualification sociale des populations et on l'a vu ("l'effet territoire" - page 80), l'appartenance à un territoire défavorisé constitue un handicap supplémentaire, comme un transfert d'une image négative, un marqueur péjoratif du quartier sur ses habitants et leur santé en général. Dans ce type de contexte social, comment se situent les perceptions de santé ? Telle est la question ouverte par les chercheurs de cette étude.

Les "zones urbaines sensibles" (ZUS) concernent un nombre élevé de territoires (716 en France métropolitaine) et couvrent une grande majorité de quartiers dans lesquels les populations cumulent des difficultés économiques et sociales majeures. En Île-de-France, on comptait au dernier recensement 175 ZUS rassemblant 1 332 000 habitants soit près de 12% de la population régionale. Ces quartiers font l'objet d'une attention particulière de la part des pouvoirs publics avec des interventions relevant d'une certaine forme de "discrimination positive" dans les domaines économique, éducatif et social et plus récemment sanitaire avec les "ateliers santé ville" par exemple.

L'enquête réalisée à l'automne 2001 a porté sur cinq ZUS de 10 000 à 15 000 habitants chacune correspondant à des sites témoignant des évolutions urbaines de ces dernières années¹²⁴, le choix de ceux-ci s'étant appuyé sur une typologie établie par un groupe d'urbanistes (Acadie). L'échantillon par tirage aléatoire est constitué par 120 ménages par ZUS auprès desquels l'enquête de terrain était menée par questionnaire, soit 525 personnes de 18 à 74 ans, avec un référent familial du ménage parlant suffisamment le français¹²⁵. Les données collectées se rapportaient au logement et quartier, à la formation et aux expériences professionnelles, aux ressources financières, à l'enfance et la jeunesse, les vies de couple et de famille, la sociabilité, les rapports aux services publics, enfin les liens de citoyenneté (participation à des actions syndicales, associatives, politiques, fêtes publiques ...). Pour la santé, les termes habituels d'appréciation de la santé sont retenus (vus dans l'enquête décennale INSEE page 32, santé perçue, maladies chroniques et réduction d'activité) mais en introduisant une distinction un peu différente puisqu'ils distinguent dans la santé perçue, la santé

¹²⁴ Aulnay à titre de "territoire historique de l'industrie et de l'habitat ouvrier" ; Les Mureaux à titre de "poches de pauvreté de l'Ouest de la métropole" ; Grigny, pour les "quartiers disproportionnés dans leur environnement local" ; Cergy, pour "le tissu urbain récent" ; Paris Belleville-Amandiers et Sainte-Blaise Porte de Montreuil pour "certains centres dégradés de Paris". Deux vagues d'enquêtes ont été menées.

¹²⁵ Les données individuelles ont été pondérées à posteriori pour redresser l'échantillon en fonction de la taille des ménages sélectionnés.

physique d'un côté, aux différents aspects touchant à la santé mentale de l'autre, de sorte que l'approche psychosociale, qui constitue un des éléments originaux de l'étude, soit mieux appréhendée. Le recours aux soins, et son renoncement, fut analysé à travers différents facteurs, outre celui habituellement avancé à savoir les raisons financières. Ce sont par ces divers aspects que les auteurs ont cherché à apporter une note spécifique à leur enquête et qui la différencie des autres enquêtes de santé.

La population enquêtée

Population jeune, vivant le plus souvent en famille, comptant une proportion plus grande d'étrangers¹²⁶ que l'Île-de-France dans son ensemble. Près d'un ménage sur 5 vit au-dessous du seuil de pauvreté (50% du revenu médian), alors que cette proportion est dans la Région à peu près deux fois moindre ; beaucoup des habitants vivent en surpeuplement dans des logements vétustes ou insalubres, rencontrent le chômage¹²⁷ ou la précarité des emplois et des contrats, emplois qui se situent généralement au plus bas de la hiérarchie socio-professionnelle. La part de personnes non diplômées est importante mais pour autant, observation intéressante, la proportion de celles ayant atteint un niveau égal ou supérieur au baccalauréat est proche de celle observée en Île-de-France. Dans le même ordre d'idées, 2/3 des personnes déclarent aimer leur quartier mais en même temps et dans une proportion équivalente, elles en disent toutes les insatisfactions, particulièrement pour ce qui touche aux incivilités, et leur désir de le quitter. Ces éléments à priori contradictoires sont retrouvés dans ces zones urbaines "à problème" et renseignent sur la difficulté de construction d'une typologie précise de ces territoires, et qu'ici comme ailleurs, une hétérogénéité existe malgré le cumul de handicaps qui existe dans ces territoires. Nous verrons ainsi que des traits communs se dégagent des cinq ZUS étudiées par les auteurs dont nous rapportons sommairement les travaux, mais aussi que certains les différencient.

¹²⁶ La distinction "étranger" fut retenue à partir d'une question à laquelle les personnes répondaient par oui ou non. Selon les auteurs "les quartiers étudiés comptent en effet 30% d'étrangers, soit deux fois plus qu'en Île de France. Parmi les étrangers, les personnes originaires du Maghreb et de l'Afrique sont les plus nombreuses".

¹²⁷ En 2001, sur l'ensemble des 5 ZUS, le taux de chômage s'élevait à 22,1% contre seulement 7,7% dans l'agglomération parisienne (enquête Emploi 2001) et aucune des ZUS ne différaient statistiquement entre elles sur ce plan. L'emploi précaire comptait pour 16,7% dans ces zones contre 12,8% pour les franciliens en général (même enquête). Des différences existaient cependant selon les zones.

Santé perçue

La santé physique (au sens de la perception physique ou somatique de la santé) avec son cortège de restriction d'activité ou de maladies chroniques, ne présente pas de différences très notablement significatives par rapport à la population générale. Les auteurs indiquent même une tendance selon laquelle les enquêtés se sentiraient en moins mauvaise santé physique que la population générale, cette observation ne valant que pour les personnes d'âge inférieur à 60 ans et moins fréquemment chez les femmes. Après ajustement sur l'âge, le sexe et le nombre de maladies chroniques déclarées, deux résultats sont particuliers à cette population et ne manquent pas d'étonner, au moins pour le premier. D'une part, les personnes n'ayant jamais travaillé ou en cours de formation déclarent 3,8 fois plus souvent une bonne condition physique que celles ayant toujours eu un emploi stable (les autres trajectoires d'emploi regroupent des effectifs trop faibles pour qu'une analyse pertinente ait pu être réalisée). D'autre part, on observe une association positive, significative et dont la force est régulièrement croissante, avec le niveau de revenu : les personnes vivant dans un ménage dont les revenus dépassent 1067 € par unité de consommation (au moment de l'enquête, 2001) déclarent plus souvent (jusqu'à 4 fois) une bonne condition physique que les membres des ménages sous le seuil de pauvreté.

La "santé psychique"

Les personnes pour un quart d'entre elles rapportent s'être senties régulièrement tristes, cafardeuses et/ou déprimées au cours des deux dernières années semaines de l'enquête, soit un niveau nettement plus élevé à celui relevé en population générale (voir la partie consacrée à ce chapitre, page 45 du rapport). Cette observation est significativement plus fréquemment observée chez les Étrangers¹²⁸ (35,4%) que chez les Français (23,8%). Lorsque le questionnement des personnes introduit un certain nombre d'indicateurs standardisés¹²⁹, on retient qu'une personne sur cinq présente un ensemble de symptômes compatible avec un diagnostic clinique de dépression.

Ces dimensions de "santé ressentie" (ici distinguées en santé physique et santé mentale mais désignée selon les différents textes des auteurs, sous les termes de "santé globale" ou "santé perçue") sont mis en parallèle avec des caractéristiques sociales et psychologiques. On observe ainsi, après ajustement sur l'âge, le sexe, le nombre de maladies chroniques, que les personnes se désignant en mauvaise ou très mauvaise santé ont 6 fois plus souvent une très faible estime d'elles-mêmes que celles se déclarant en très bonne santé.

¹²⁸ Cette catégorie de personnes est désignée comme telle par les auteurs sans autre indication particulière.

¹²⁹ Voir plus haut (page 45) les références des questionnaires standardisés utilisés (MINI...) pour l'établissement de ces diagnostics.

Dans l'analyse prenant en compte l'ensemble des facteurs psychosociaux retenus dans l'enquête et les plaçant dans une "hiérarchie" statistique en fonction de la santé perçue, ce sont d'abord et à un niveau très significatif le soutien social (mesuré par le nombre d'aide¹³⁰) et le nombre de difficultés rencontrées dans la jeunesse (séparation des parents, violences, éloignement du milieu familial) qui "sortent" clairement de l'analyse. Par exemple, en ce qui touche la qualité du soutien social de l'individu, on observe une véritable relation de type "dose-réponse" entre le nombre d'aides reçues par la personne et la perception de son état de santé.

Les autres termes du "modèle" (sens de la cohérence, ruptures sociales de l'adulte, sentiment d'isolement, socialisation des personnes ...) ont des liens statistiques moindres avec la santé perçue. Les auteurs rapportent que les "limites de signification statistique" observées sont à considérer avec prudence, la faiblesse de l'effectif total de la population ne permettant pas d'éliminer un défaut de puissance du "modèle" statistique.

A cette dernière observation, il est intéressant de rapprocher les résultats obtenus dans le groupe plus étroit des personnes chez lesquelles le diagnostic clinique de dépression était retenu. Après les ajustements statistiques utiles sur l'âge, le sexe et les maladies chroniques, des liens clairs s'observent entre la santé perçue et l'ensemble des facteurs psychosociaux rappelés plus haut (faible estime de soi, faible sens de la cohérence, plus grand souci porté à sa santé, ruptures sociales de l'enfance mais aussi violences intrafamiliales actuelles ou passées, expériences éventuelles de racisme ou de discrimination dans la vie professionnelle). Ce résultat souligne l'importance qu'ont les facteurs psychosociaux dans la genèse de la maladie dépressive, maladie dont l'importance augmente dans les temps présents comme nous l'avons soulignée dans la première partie de ce rapport.

Les représentations de santé sont diversement partagées dans la population étudiée : 4/5 des personnes interrogées indiquent que la santé est une des priorités de leur vie ("se sentir en bonne santé"), priorité plus marquée chez les français que chez les étrangers et qui croît avec l'âge. Mais les étrangers rapportent aussi plus fréquemment que leur santé constitue davantage un souci par rapport aux français, au sens où la survenue de maladie constitue un handicap redouté. Cette apparente contradiction peut être comprise si on admet que l'interrogation concerne en fait deux registres différents au sens des besoins fondamentaux, la santé passant au second plan quand d'autres besoins ne sont pas satisfaits.

¹³⁰ Le nombre d'aides reçues est la somme des différences sphères de socialisation (cellule familiale, autres membres de la famille, amis voisins, collègues de travail) citées comme potentiellement susceptibles d'aider la personne dans cinq situations courantes : trouver un travail, trouver un logement, aider financièrement, apporter un soutien moral, un soutien matériel.

Le recours aux soins et les facteurs, dont les raisons financières, qui conduisent au renoncement

Cette question était évidemment au centre de la problématique que se posaient les chercheurs de l'étude SIRS. Si les raisons financières sont effectivement mises au premier plan, d'autres facteurs se conjuguent dont ceux ayant trait aux conditions de vie, aux événements biographiques, aux caractéristiques psychosociales et aux comportements et attitudes au regard de la santé.

Dans les enquêtes ESPS (enquête santé et protection sociale menée par l'IRDES) il apparaît régulièrement, et ce malgré un droit aux soins théoriquement acquis (en particulier depuis la CMU) et la multiplication des dispositifs de soins gratuits pour les patients (centres municipaux, permanences d'accès aux soins de santé hospitalière, dispensaires associatifs...), qu'une proportion importante de la population, autour de 15%, renonce aux soins pour des raisons laissant entendre qu'elles sont d'ordre financier. Il est notable également que le renoncement ne concerne pas seulement des soins mal pris en charge par l'Assurance Maladie tels les soins dentaires mais toutes les situations de santé.

Dans la population étudiée, cette proportion est plus grande puisque 26,6% des personnes enquêtées affirment avoir renoncé à des soins pour des raisons financières au cours de leur vie. L'âge est un facteur associé à ce renoncement, les personnes de 24-59 ans étant plus nombreuses (30% environ) contre 24,9% chez les 60-74 ans et seulement 18,2% chez les 18-24 ans. La nationalité est également un facteur associé, les français (avec deux parents français) renoncent plus souvent aux soins (30% environ) que les étrangers ou français de parents étrangers. Le sexe des personnes n'est pas, pour ces situations de renoncement aux soins, un facteur déterminant, ce qui est paradoxal en soi lorsqu'on sait que les femmes ont généralement une fréquentation médicale généralement plus élevée

Lorsqu'il est pratiqué une analyse statistique ("analyse multivariée") permettant de s'affranchir de l'âge, du sexe et de la nationalité, les facteurs "d'accompagnement" dans le renoncement aux soins pour "raisons financières" sont :

- la situation professionnelle, facteur important, les chômeurs déclarant très fréquemment un renoncement (plus de 3,7 fois).
- le fait de ne pas suivre une trajectoire professionnelle stable
- le fait de vivre des situations d'isolement, rapporter des expériences de discrimination au travail, des expériences de ruptures dans la jeunesse ou à l'âge adulte, ou avoir rencontré des insatisfactions dans les études poursuivies ou effectuées sont autant de situations qui accompagnent le renoncement.

Enfin, une observation particulière fut faite quant à la comparaison des comportements des personnes des différentes ZUS vis-à-vis du non recours aux soins : les habitants des deux ZUS parisiennes renonçaient plus nettement que ceux des autres ZUS étudiées, sans explication claire de cette observation. Des études plus approfondies sont poursuivies pour mieux en comprendre les déterminants.

D'autres aspects touchant à la santé furent étudiés dans cette enquête, dont ceux ayant trait aux conduites addictives, à la santé des femmes etc. Pour ce qui touche par exemple aux conduites addictives, on note que l'alcoolisme et l'usage du tabac ou du cannabis est, comme en population générale, plus fréquent chez les hommes et à des niveaux sensiblement équivalents. Le recours au dépistage su VIH est également retrouvé dans des proportions semblables en population générale et dans la population enquêtée. Les femmes expriment enfin une proximité plus importante à la maladie et au système médical, probablement du fait de l'expérience des maternités et des grossesses, les françaises signalant plus fréquemment cet aspect que les femmes étrangères.

x

x

x

En matière de conclusion de cette partie, les résultats réunis dans l'enquête soulignent que, si l'on souhaite décrire et comprendre les processus de cumuls des difficultés sociales et leurs impacts sur la santé et les modes d'utilisation et de recours au système de soins, il est pertinent et indispensable d'étudier un ensemble de caractéristiques individuelles plus vaste et détaillé que les seuls indicateurs socio-économiques habituellement utilisés dans les études en population générale ou disponibles dans les instruments statistiques de routine. Ceci rejoint un souci affiché à plusieurs reprises dans ce rapport de nécessaire prise en compte des trajectoires individuelles. On l'a vu en effet dans l'enquête SIRS, la santé ressentie, physique et psychologique, est en lien étroit avec le vécu des personnes au sens des ruptures, des aides reçues ou de l'intégration sociale, et si l'importance des maladies chroniques par exemple, est certes en lien avec la perception de santé, bien des facteurs interviennent pour en moduler l'importance. Le renoncement aux soins est particulièrement essentiel à étudier car s'il est associé à des caractéristiques socio-économiques classiques, la part que prennent certaines conditions de vie, les situations d'intégration sociale et de parcours individuel ont aussi un poids certain qui méritent d'être considérés, même s'ils introduisent des éléments de complexité en terme d'action publique.

III – 2 : Les réponses apportées par la CMU dans le recours aux soins¹³¹

Trois dispositifs ont été mis en place à partir de Janvier 2000 pour améliorer l'accès aux soins des personnes les plus défavorisées. La Couverture Maladie Universelle de base (CMU) permet d'affilier à l'assurance maladie toute personne résidant en France de façon stable et régulière, qui n'est pas couverte au titre de son activité professionnelle ou comme ayant droit d'un assuré. La CMU complémentaire offre une protection complémentaire gratuite en matière de santé aux personnes dont les revenus sont faibles pour la prise en charge avec dispense d'avance de frais, du ticket modérateur, du forfait journalier et des frais supplémentaires concernant les prothèses dentaires, l'orthopédie donto-faciale et certains dispositifs à usage individuel (lunettes, prothèses auditives), la prestation pouvant être gérée par une caisse d'assurance maladie ou un organisme complémentaire¹³². Enfin, l'Aide Médicale d'État (AME) prend en charge les dépenses de soins des personnes qui ne remplissent pas les conditions de stabilité et de régularité de résidence s'appliquant à la CMU.

Comme nous l'indiquons (voir les différentes notes établies par les services ministériels), le dispositif mis en place a fait l'objet d'évaluation sur son impact chaque année depuis sa mise en place.

Au 31 Décembre 2005, près de un million sept cent mille étaient affiliés à l'assurance maladie sur critère de résidence (CMU de base), dont un million trois cent quatre vingt mille en France métropolitaine. Au cours de l'année 2005, le nombre de bénéficiaires de la CMU de base a progressé de 80 000 personnes et de 600 000 depuis le 1^{er} Janvier 2000 (à côté des personnes qui furent automatiquement versées dans le dispositif). A la même date, le nombre de bénéficiaires de la CMU complémentaire s'élevait pour les trois régimes¹³³ et pour la France entière à quatre millions six cent soixante mille en métropole (et près de six cent mille dans les DOM) soit des effectifs très proches de ceux observés un an auparavant. Les allocataires du RMI sont automatiquement

¹³¹ DREES, Études et Résultats.. Quatre notes ont été publiées sur la CMU : n° 123 Juillet 2001 (Les opinions sur la CMU et ses bénéficiaires) et n° 152 Janvier 2002 (L'accès aux soins des bénéficiaires de la CMU), les auteurs de ces notes étant B. Boigüérin et Claude Gissot ; n°294 Mars 2004 (État de santé et recours aux soins des bénéficiaires de la CMU, un impact qui se consolide entre 2000 et 2003) et n° 433 Octobre 2005 (Les bénéficiaires de la CMU au 31 Décembre 2004), l'auteur de ces deux dernières notes étant B. Boisguérin.

¹³² Le choix d'un organisme complémentaire permet à la personne de bénéficier à la sortie du dispositif d'une protection complémentaire auprès de cet organisme pendant un an à un tarif privilégié. A partir de la fin de 2002, a commencé à se mettre en place un dispositif d'aide à la mutualisation

¹³³ C'est-à-dire les caisses d'assurance maladie des travailleurs salariés, des professions indépendantes et la mutualité sociale agricole mais hors régimes spéciaux et sections locales mutualistes.

éligibles à la CMU complémentaire. Au cours de l'année 2004, la population couverte par le RMI, c'est-à-dire les allocataires et leurs ayants droit, conjoints et enfants, a progressé de près de 180 000 (160 000 pour la France métropolitaine), cette progression se traduisant, surtout en Métropole, d'une croissance parallèle dans le dispositif CMU.

En Île de France au 31 Décembre 2005, près de 390 000 personnes étaient bénéficiaires de la CMU (sur critère de résidence), soit 6,9% par rapport à la population estimée (au 31 Décembre 2003), les rapports les plus élevés s'observant en Seine Saint Denis (12,5%) puis Paris (8,9%) et les plus bas dans les Yvelines (3,7%) la Seine et Marne (4,5%) et les Hauts de Seine (6,5%). Les bénéficiaires de la couverture complémentaire étaient un peu plus du double (781000 environ) et près de 94% d'entre eux avaient souscrit à l'option offerte par la CPAM.

Enfin, l'Aide Médicale d'État (AME) couvrait au 31 Décembre 2005, 164000 personnes dont 124 000 en Île-de-France. Trois bénéficiaires de l'AME sur quatre résident donc en Île-de-France dont 38% à Paris et 15% en Seine-Saint-Denis. En 2005, le nombre de prestataires a augmenté de 21% et ce, après la diminution sensible observée en 2004¹³⁴. Cette diminution est particulièrement sensible en Île-de-France (-20%), région dans laquelle résident sept bénéficiaires de l'AME sur 10. Cette population était composée de 70% d'adultes âgés de 20 à 49 ans, de 22% de jeunes de moins de vingt ans et de 9% de personnes de 50 ans ou plus. Les hommes représentaient 48% des bénéficiaires.

L'état de santé et recours aux soins des bénéficiaires de la CMU : enquête 2003

Dès la fin de la première année, la DREES avait menée une première enquête auprès d'un échantillon de 3000 ménages dans laquelle avait été réunis les caractéristiques sociodémographiques des bénéficiaires de la CMU, l'analyse de leur situation antérieure en matière de protection sociale et d'accès aux soins et aussi, les satisfactions et difficultés liées au nouveau dispositif. Cette première enquête concernait de fait une population constituée à 70% d'anciens bénéficiaires de l'aide médicale et elle a surtout été utile à mieux cerner certains aspects évolutifs du dispositif.

La nouvelle enquête menée en 2003 a également porté sur 3000 ménages bénéficiaires de la CMU complémentaire¹³⁵.

¹³⁴ Depuis 2002 le gouvernement a souhaité restreindre l'accès à l'AME par crainte de la fraude et dans le cadre d'une politique visant à décourager l'immigration illégale par diverses mesures (instauration d'un délai de carence de 3 mois à l'entrée sur le territoire, projet de participation des personnes aux dépenses de soins, contrôle accru sur les éléments du dossier de demande...). Ces mesures suscitent de vives réactions du monde associatif et médical.

¹³⁵ La collecte des données s'est faite dans 14 départements métropolitains de Mars à Mai 2003, en face à face à une seule personne, affiliée à la CMU, et qui répondait pour l'ensemble

- 1) Caractéristiques socio-démographiques de la population enquêtée : 39% des bénéficiaires de la CMU sont âgés de moins de vingt ans et près de 70% ont moins de 40 ans. Cette jeunesse s'explique principalement par la structure des ménages comportant au moins un bénéficiaire de la CMU. Ces ménages sont composés de couples avec enfants (28%) et de familles monoparentales (25%). À l'inverse les personnes âgées de plus de 60 ans ne représentent que 7% des bénéficiaires¹³⁶.
- 2) Huit sur dix des bénéficiaires d'âge actif sont chômeurs ou inactifs : Considérant l'ensemble des ménages, la personne de référence est active occupée dans seulement 26% des cas, chômeuse dans 35% des cas, retraitée dans 12% et inactive pour une autre raison dans 26% des cas. Les actifs occupés se recrutent avant tout parmi les couples avec enfants (41%), les personnes seules et les chefs de famille monoparentales étant dans une proportion plus grande sans activité ou du fait du chômage. Les milieux sociaux d'ouvriers et d'employés sont majoritaires (respectivement 37 et 26%) mais 27% des bénéficiaires de la CMU sont membres d'un ménage de catégorie socio-professionnelle indéterminée. Enfin, c'est une observation permanente au fil des enquêtes, 40% des bénéficiaires de la CMU appartiennent à un ménage dont au moins une personne bénéficie également au moment de l'enquête. "L'échantillon" des ménages regroupés dans l'enquête CMU a été comparé à celui d'une "population cible" constitué de ménages dont les revenus étaient à la date de l'enquête inférieurs au plafond de ressources pris en compte pour son attribution (562 € par mois et unité de consommation). Les bénéficiaires de la CMU sont plus jeunes que cette population, respectivement 39 et 32% de moins de vingt ans, d'origine plus modeste, la personne de référence étant plus fréquemment un ouvrier ou un employé (67 contre 43%). Les personnes vivant dans un milieu d'agriculteurs ou d'artisans sont moins nombreuses (respectivement 1 et 4% dans la population CMU) que dans la population cible (respectivement 7 et 8%). Ces différences laissent supposer qu'une partie des personnes susceptibles d'être

du ménage. Cinq thèmes étaient explorés : caractéristiques socio-démographiques des personnes du ménage, santé perçue de la personne interrogée, modalités d'accès à la CMU, l'accès aux soins en distinguant, pour les personnes affiliés de moins d'un an, le renoncement aux soins pour des raisons financières avant l'affiliation et les soins commencés depuis, pour les affiliés depuis un an et plus, le renoncement aux soins pour des raisons financières dans les 12 derniers mois, enfin leur opinion sur la CMU et leurs relations avec les professionnels de santé.

¹³⁶ Le minimum vieillesse perçu par les personnes âgées est supérieur au seuil de ressources amenant à l'affiliation à la CMU, d'où la faible proportion de personnes au-delà de 60 ans retrouvée dans les bénéficiaires de la CMU.

couvertes par la CMU complémentaire se font pas toujours valoir leurs droits, soit parce qu'elles ne les connaissent pas, soit parce qu'elles sont couvertes par ailleurs par une assurance complémentaire, soit encore parce que la nécessité d'un recours aux soins ne leur apparaît pas dans un avenir proche et donc ne justifie pas d'entreprendre la démarche (jugée simple d'ailleurs par la plupart des bénéficiaires).

Les bénéficiaires de la CMU se renouvellent chaque année pour une part significative d'entre eux : 26% des personnes enquêtées en Mars 2003 étaient affiliées depuis moins d'un an. Ces nouveaux affiliés se différencient aussi par leur âge avec davantage d'hommes (49 contre 46%) et de jeunes adultes âgés de 20 à 39 ans (30 contre 27% de bénéficiaires depuis u an et plus), moins de jeunes de moins de 20 ans (35 contre 40%) et d'adultes âgés de 40 à 59 ans (22 contre 27%). Les nouveaux affiliés semblent également un peu moins marqués par la précarité que les personnes bénéficiaires de l'année précédente. Dans les ménages des nouveaux bénéficiaires, la personne de référence est ainsi plus souvent active occupée (32 contre 24%) et on y trouve moins de ménages dont la personne de référence est chômeuse (33 contre 36%) ou inactive (23 contre 27%). De même, à peine 30% des nouveaux affiliés appartiennent à un ménage dont l'un des membres est bénéficiaire du RMI alors que c'est le cas pour 46% des anciens bénéficiaires.

- 3) Les bénéficiaires de la CMU se déclarent en moins bonne santé que l'ensemble de la population. Bien qu'ils soient plus jeunes que le reste de la population, les bénéficiaires de la CMU jugent leur état de santé globalement plus défavorable : 12% d'entre eux la trouvent mauvaise et 4% très mauvaise. Ce résultat, cohérent avec l'enquête ESPS de l'IRDES de 2002, montre en la matière un écart de plus de dix points entre les bénéficiaires de la CMU et le reste de la population. De même, les bénéficiaires de la CMU déclarent souffrir de problèmes de santé chronique (38% des personnes interrogées en 2003, 34% en 2002 contre 31% dans l'ESPS de 2002). Enfin 30% des personnes interrogées en 2003 déclarent en outre rencontrer depuis au moins six mois des limitations pour accomplir des activités courantes. À âge et sexe identique, ces écarts de santé perçue entre les bénéficiaires de la CMU et le reste de la population sont encore bien sûr plus importants. Des écarts voisins se retrouvent sur certains aspects de santé dont celui du bucco-dentaire par exemple.

La tendance positive touchant à l'emploi chez les nouveaux affiliés (de moins d'un an) se retrouve sur la santé avec le signalement en hausse d'un état de santé estimé très bon (21 contre 11%), et un nombre moindre de personnes signalant un état de santé moyen (26 contre 37%). Ils déclarent

également moins fréquemment souffrir d'un problème de santé chronique (30 contre 41%) ou être limité depuis au moins six mois de problèmes de santé chronique (30 contre 41%). Ces écarts entre nouveaux et anciens bénéficiaires s'observent notamment pour la tranche d'âge 20-39 ans, mais l'analyse "toutes . choses égales par ailleurs" confirma ce meilleur état de santé perçu par les nouveaux affiliés du dispositif.

- 4) Le renoncement aux soins. 43% des ménages des nouveaux affiliés (entrés dans le dispositif entre Avril et Octobre 2002) avaient renoncé à au moins un soin dans les six mois qui précédaient leur affiliation à la CMU pour des raisons financières. Ce renoncement concernait principalement les soins dentaires (23% des ménages), les prothèses dentaires et l'optique (14%) et les consultations de spécialistes (10%). Ce renoncement apparaît toutefois moins fréquent comparé à celui relevé en 2000 où il atteignait 58% des ménages récemment entrés dans le dispositif. Le renoncement aux soins est plus fréquent dans les familles monoparentales et les ménages dont la personne de référence est au chômage (appréciation tirée de l'analyse logistique considérant "toutes choses étant égales par ailleurs") Cependant et malgré le bénéfice de la CMU, 22% des ménages bénéficiaires de la CMU depuis plus d'un an déclarent avoir renoncé aux soins pour des raisons financières. Ce renoncement concerne les soins ou les prothèses dentaires (14% des ménages) les soins optiques (7%) et les consultations de spécialistes (4%). Une analyse des attitudes de renoncement aux soins a été faite en utilisant les données fournies par l'ESPS 2002 de l'IRDES.

Dans cette enquête, 10% des personnes interrogées bénéficiant d'une couverture complémentaire hors CMU avaient renoncé aux soins en invoquant des raisons financières. À structure d'âge identique, les personnes qui ne bénéficient pas d'une couverture complémentaire renoncent donc à des soins 2,1 fois plus souvent que ceux qui en ont une, tandis que les bénéficiaires de la CMU y renoncent 1,8 plus souvent. Ce renoncement se rapporte surtout aux soins dentaires (soins et prothèses). Ainsi la CMU semble-t-elle bien contribuer à réduire le renoncement aux soins pour des raisons financières, mais il demeure supérieur à celui observé pour les personnes bénéficiant d'une autre couverture complémentaire.

Une autre manière d'appréhender l'impact de la CMU sur le recours aux soins est de repérer les personnes qui, ayant renoncé à des soins avant de se voir ouvrir le bénéfice de la CMU, ont été amenés à engager des soins depuis. La proportion des ménages dans cette situation demeure à la fois forte et stable entre 2000 et 2003 : 71% des ménages de nouveaux affiliés

ont ainsi entamé des soins depuis qu'ils disposent de la CMU et a même nettement progressé pour les prothèses dentaires et soins optiques. Comme en 2000, ce "rattrapage" engagé en matière de soins a surtout profité aux enfants et plus généralement aux jeunes de moins de 20 ans dont 81% sont concernés

- 5) Les opinions favorables sur les changements apportés par la CMU progressent par rapport à 2000. 80% des personnes interrogées trouvent qu'il est plus facile, du point de vue financier, de se faire soigner depuis la CMU, le tiers payant étant l'élément le plus apprécié dans cette opinion positive. Cette appréciation positive a nettement progressé depuis 2000. Une meilleure couverture de gratuité de certains soins est évoquée ensuite par un tiers des personnes interrogées, cette appréciation étant tempérée par le fait qu'avancent certains et selon laquelle il est déploré l'avance de sommes importantes dans certaines situations (prothèses).

La possibilité ouverte avec la CMU de choisir un professionnel de santé exerçant en ville est diversement perçue et seulement moins de la moitié des bénéficiaires semblent l'admettre puisqu'ils privilégient toujours les autres formes de distribution des soins et de fait, seulement 24% des personnes interrogées indiquent une augmentation effective de leurs recours aux soins de ville.

Enfin en 2003, comme en 2000, 19% des personnes interrogées indiquent qu'il leur est arrivé de trouver gênant d'indiquer à un professionnel de santé qu'elles bénéficient de la CMU. Cette gêne est mentionnée en premier lieu auprès des médecins spécialistes (12% des personnes interrogées), et moins souvent auprès des dentistes et médecins généralistes (7%). Enfin, 15% des personnes interrogées déclarent qu'il leur est arrivé qu'un médecin ou un autre professionnel de santé refuse de les revoir ou de les recevoir parce qu'elles sont bénéficiaires de la CMU, les professionnels les lus souvent cités étant les spécialistes (7% des personnes interrogées), les dentistes (6%) et les généralistes (2%). Quoi qu'il en soit de ces derniers aspects, l'opinion dominante qui prévaut parmi les bénéficiaires de la CMU (86%) est celle d'une égalité d'accueil et de traitement entre les assurés sociaux.

- 6) Le refus de délivrer des soins aux bénéficiaires de la CMU (et autres aides) par certains professionnels est régulièrement rapporté dans la presse¹³⁷ mais il est difficile de situer l'exacte importance de cette

¹³⁷ Voir l'article paru dans le journal Le Monde du 8 Novembre 2006 "Qui veut encore soigner les pauvres" de Cécile Prieur.

situation¹³⁸. Il existe sans doute des questions d'ordre administratif qui rendent difficiles les recouvrements financiers, ce qui peut amener quelques difficultés chez certains. Mais si ceci peut être entendu, il est néanmoins tout à fait insupportable que certains adoptent des conduites aussi condamnables pour les amener à rompre avec les règles les plus basales de leurs professions¹³⁹, et qu'ils ne considèrent pas que la collectivité qui a somme toute contribué à la position sociale qui est la leur, ne les conduisent au moins à titre de retour, à un effort de solidarité.

X

X

X

La brève étude populationnelle rapportée montre clairement la réalité du gradient social de santé signalé dans ce rapport, celle de catégorie de personnes placées dans des conditions sociales défavorables et se plaignant des problèmes de santé en plus grand nombre que la population générale. Sous cet angle, la mise en place de la CMU a incontestablement répondu à l'attente de ces personnes. Mais on le voit aussi, le renoncement aux soins perdure cependant pour certaines personnes et dans certaines situations, ce qui laisse bien entendre comme le suggérait les travaux des équipes de Pierre Chauvin dans l'étude menée dans les ZUS de l'Île-de-France, que les raisons financières avancées comme motif premier de ce renoncement traduisaient en fait d'autres facettes d'une réalité humaine plus complexe. Les choses se passent comme si pour certains et au-delà des conditions objectives, la maladie physique et sa tolérance, voire son exhibition, se jouait sur une scène personnelle marquée par la perte de l'estime de soi, le malheur figuré par la maladie résumant alors en définitive, la seule forme d'existence possible à titre d'être humain.

¹³⁸ Voir le rapport produit par J-F Chadelat (30 Nov 06) à la demande du premier Ministre qui fait le point sur la question : bien qu'il n'existe pas de statistique exhaustive, il est souligné une disparité dans les comportements des praticiens d'un département à l'autre mais beaucoup de "testings" convergent sur le fait que des refus de soins s'observent souvent en Île de France. Cette observation est confirmée par les associations de consommateurs. Les problèmes touchant aux prothèses dentaires n'ont toujours trouvé de solution satisfaisante avec la profession des chirurgiens-dentistes.

¹³⁹ Voir à ce propos la position de l'Ordre National des Médecins qui condamne clairement ces comportements.

III – 3 : La santé des sans-domicile usagers des services d'aide

Ce chapitre appelle deux remarques :

- il ne s'agit pas dans cette partie de faire un tableau exhaustif de cette fraction de la population – certes importante en Île-de-France, comparée aux autres grandes métropoles du pays – mais donner un coup de phare sur les personnes placées aux conditions les plus marquées de la précarité et situer à grands traits le point le plus extrême de l'éventail du gradient social de santé que nous avons esquissé dans ce qui précède.
- la commission a souhaité faire figurer dans cette partie, plutôt que des chiffres, quelques "vignettes cliniques" (nécessairement brèves) illustrant vie et trajectoire de ces personnes. Elles sont placées en Annexe 3

Un coup de phare sur la situation de santé des personnes sans domicile a été établi dans deux enquêtes menées par des chercheurs de l'IRDES et de l'INSEE¹⁴⁰. Les modalités traditionnelles de mise en place des enquêtes en prenant pour point de repérage le logement sont évidemment mises à défaut pour cette catégorie de population. C'est auprès des centres d'hébergement¹⁴¹, hôtels sociaux ou loués par les associations, centres communaux ou associatifs ... , ou des lieux de distribution de repas chauds qu'ont été réunies les quelques données rapportées dans les deux enquêtes signalées et dans celle entreprise par la MIPES, la DRASS et la FNARS Île-de-France¹⁴² ("Une nuit donnée" réalisée en 2004).

Quelques données générales¹⁴³

Au cours d'une semaine du mois de Janvier 2001, en France métropolitaine, 86500 adultes ont fréquenté au moins une fois, soit un service d'hébergement soit une distribution de repas chauds. Parmi ces usagers des services d'aide, 63500 étaient privés d'un domicile propre ; 16000 enfants de moins de 18 ans les accompagnaient. A cette estimation du nombre de sans domicile il y a lieu d'ajouter quelque 6500 personnes logées dans les centre d'accueil pour demandeurs d'asile (CADA).

¹⁴⁰ Questions d'économie de santé n°13, Juillet 98– CREDES (aujourd'hui IRDES) Vie et santé des personnes sans domicile à Paris et INSEE Première n° 893 Avril 2003 : La santé des sans domicile usagers des services d'aide. Des données sont également disponibles auprès du Samu Social, Médecins du Monde, ATD Quart Monde, Secours catholique, Secours Populaire...

¹⁴¹ Centres d'hébergement : CHU, Centre d'Hébergement d'Urgence et CHR, Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

¹⁴² Recueil statistique relatif à la pauvreté et la précarité en Île-de-France, édité par la MIPES (Mission d'Informations sur la Pauvreté et la Précarité en Île-de-France), chapitre Urgence Sociale pp 66-75

¹⁴³ Un rapport de la Cour des Comptes vient d'être établi (Mars 2007) sur la question (Rapport public thématique sur les personnes sans domicile) et marque l'insuffisance des données publiques sur la question.

Au-delà de ces chiffres globaux, et pour ne s'en tenir qu'aux données recueillies auprès des services d'aides des agglomérations de plus de 20 000 habitants, la veille du jour où les personnes avaient été interviewées, 22% avaient dormi dans des lieux non prévus pour l'habitation (rue, gare, centre commercial, voiture, cage d'escalier) ou dans des centres qu'ils avaient dû quitter le matin, 36% avaient été accueillies en chambres individuelles ou collectives dans des établissements accessibles en journée, 5% en chambres d'hôtel et 37% dans des logements dépendant d'association ou d'organismes publics. Les conditions d'existence de ces personnes sont évidemment diverses mais ils partagent des difficultés similaires, serait-ce pour répondre aux nécessités élémentaires (se nourrir, se tenir au chaud pendant la journée, se vêtir ou se laver) et aucun ne dispose d'un lieu de vie personnelle de manière durable. L'incertitude du lendemain est au cœur de la vie de ces personnes sans domicile.

Perception de la santé

En 2001, 16% de la population interrogée dans l'enquête de l'INSEE s'estime en mauvaise santé (contre 3% dans la population générale) et seulement 53% l'estime bonne ou très bonne alors qu'elle est jugée à 81% à ce niveau en population générale. La perception péjorative de la santé qui s'accroît avec l'âge en population générale est démentie dans cette population, puisque cette perception est retrouvée aussi bien chez les jeunes que chez les plus âgés. A structure d'âge et sexe comparable les sans-domicile usagers des services d'aide déclarent aussi souffrir deux fois plus souvent d'une maladie, d'une affection ou d'un traumatisme, voire de plusieurs. Qu'ils soient hébergés dans un logement géré par une association ou un organisme public, ou bien dans une structure collective, leur état de santé n'est pas meilleur. Le "gradient social" de santé relevé en population générale s'exprime ici avec une acuité toute particulière chez ces personnes d'origine modeste (91% de ceux qui travaillent sont les ouvriers et employés), placées dans des conditions de vie extrêmes et avec des parcours de vie faits de ruptures majeures, particulièrement dans l'enfance.

Pathologies observées

Dans les pathologies les plus fréquemment rencontrées, hormis la migraine fréquente surtout chez les femmes (30%), ce sont par ordre décroissant, les maladies respiratoires (bronchite chronique, asthme, voire tuberculose), les séquelles d'accident ou de maladie grave (surtout chez les hommes), les maladies osseuses et articulaires, les maladies du système digestif, les maladies cardio-vasculaires, les maladies de peau... A ces problèmes de santé physique se superposent des troubles psychiques, de nature dépressive essentiellement : près d'un sans-domicile sur quatre déclare connaître actuellement des états dépressifs fréquents ou des dépressions et un sur dix souffre d'une maladie du système nerveux, soit nettement plus que dans l'ensemble de la population. Dans le même ordre d'idées, trois sans-domicile usagers de services d'aide sur dix se

plaignent de graves troubles du sommeil. C'est dix fois plus que dans la population générale. Certains de ces troubles peuvent être imputés aux circonstances ayant accompagné la perte du logement. Ainsi 40% des sans-domicile ayant occupé un logement personnel l'ont perdu dans les 12 derniers mois, souvent à la suite d'événements douloureux (conflits familiaux, procédure d'expulsion ou recherche d'asile politique) et parmi eux, près de quatre sur dix se plaignent alors d'insomnie.

La moitié des sans-domicile fréquentant les services d'aide n'a jamais dormi dans la rue et 13% y a dormi plus d'un an sur l'ensemble de son existence. Il existe un lien très étroit entre l'état de santé et la durée globale passée dans la rue, et cela quelle que soit la maladie. Ainsi, parmi les personnes ayant passé plus d'une année dans la rue, 31% d'entre eux souffrent de dépression alors que seulement 18% de ceux qui n'ont jamais dormi dans la rue accusent les mêmes symptômes. Cette observation est encore plus évidente avec les maladies respiratoires dont la fréquence est multipliée par trois chez ceux qui n'ont d'autre domicile que la rue.

Recours aux soins

Le recours aux soins est réel et loin d'être négligeable : en 2000, 84% des sans-domicile interrogés ont vu au moins un médecin et consultent en moyenne huit fois par an, fréquence à peu près identique à celle de la population générale, avec une différence cependant, le nombre plus élevé de maladies dans cette population. Sur dix consultations, six ont lieu dans un cabinet ou un centre médical, deux à l'hôpital en consultation ou dans un service d'urgence et deux dans un centre d'hébergement ou dans une association. En revanche les hospitalisations sont plus fréquentes qu'en population générale avec un tiers de la population des sans-domicile hospitalisé au moins une nuit au cours de l'année passée (en dehors des accouchements), soit trois fois plus que la population générale. Par ordre décroissant, chez les hommes, les motifs d'hospitalisation sont les états dépressifs, les accidents et agressions, l'alcoolisme ou les toxicomanies et enfin les interventions chirurgicales alors que chez les femmes ce sont surtout les états dépressifs qui dominent, les autres causes étant plus accessoires. Enfin, et c'est un fait qui concerne toute la population en général, les soins dentaires et les problèmes de vue sont tout particulièrement négligés dans cette population des sans-domicile.

Ce recours aux soins, pour non négligeable qu'il soit, est à rapprocher de ce que l'on sait de l'espérance de vie de ces personnes, que l'on estime autour de 45 ans¹⁴⁴, et qui comme le dit Martin Hirsch, est proche de celle observée en Sierra Leone. Comme nous l'avons vu au fil de ce rapport, les soins ont certes du sens quant au traitement des maladies mais ils restent relativement accessoires quant

¹⁴⁴ Voir l'éditorial de Martin Hirsch (Président d'Emmaüs France) dans le BEH n° 2-3 de Janvier 2007 "La Réduction des inégalités de santé au cœur de la cohésion sociale"

au poids qu'ils ont par rapport aux autres facteurs pour rendre compte de la durée de vie des personnes.

La situation en Île-de-France est signalée dans deux documents, celui de l'IRDES, plus spécifiquement orienté sur la santé mais il s'agit d'une ancienne enquête menée en 1994-95 (et publié en 1998) et dans le recueil édité par la MIPES en 2004. Outre la répartition par sexe renseignée dans le premier, à peu près quatre hommes pour une femme, on retrouve dans la population des sans domicile de Paris les grands traits de santé relevés dix ans après dans la population générale : population jeune, plus souvent célibataire avec un tiers des personnes n'ayant connu que des logements précaires et dans laquelle se retrouve les pathologies signalées dans ce qui précède, avec en tout premier lieu les troubles psychiques (surtout chez les femmes) et les maladies respiratoires. L'étude de la MIPES (menée avec la DRASS et la FNARS Île-de-France) est davantage orientée sur les publics qui fréquentent les centres d'hébergement. Plus nombreuses et de plus grande taille que dans les autres agglomérations (12000 places environ dans l'IdF) elles sont cependant insuffisantes et par exemple à Paris, 12% des personnes interrogées disent avoir dormi dans la rue la veille de l'enquête contre 6% dans les autres agglomérations de plus de 20 000 habitants... Les usagers des centres d'hébergement (CHU et CHRS¹⁴⁵) y accèdent par l'intermédiaire du 115¹⁴⁶ et des services sociaux. Majoritairement des hommes et célibataires, ils y sont hébergés avec leurs enfants qu'ils gardent en général. Ils indiquent dans une proportion plus importante que dans la population repérée dans l'enquête de l'INSEE une "bonne santé" pour plus de 75% d'entre eux, particulièrement parmi les plus jeunes et s'ils ont un emploi, déclare avoir reçu au moins un soin dans les deux mois précédant l'enquête et ont une couverture sociale pour 80% d'entre eux. Un usager sur cinq d'un CHU et deux sur cinq d'un CHRS ont un emploi (dont pour ces derniers la moitié en CDI), les personnes sans emploi étant en chômage de longue durée dans leur majorité. On retient enfin que 16% des usagers de ces centres avaient fait des études supérieures. 36% des sans-domicile des structures franciliennes y sont présents depuis plus d'un an (27% dans les autres agglomérations de plus de 20000 habitants), séjours qui tendent à s'allonger devant la pénurie de sortie vers des solutions plus définitives, avant tout liées à l'absence de ressources

¹⁴⁵ Le CHU (Centre d'Hébergement d'Urgence) a vocation à répondre à l'urgence et le CHRS (Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale) à une fonction de présence plus longue des personnes dans l'attente de solutions vers le logement, l'emploi etc. En fait les difficultés et les manques de place font que les personnes ont tendance à pérenniser les séjours dans ces structures, qu'elles soient ou non d'urgence.

¹⁴⁶ Le 115 est le n° d'appel de toute personne à la rue et à la recherche d'un hébergement d'urgence. Il est géré par le Samu social à Paris et des associations dans les autres départements de l'Île-de-France

suffisantes pour prétendre à un logement et malgré une volonté affichée et des démarches entreprises pour chercher des voies de sortie de cette précarité extrême.

Chapitre IV : La loi de santé publique de 2004 : le plan régional de santé publique. Les perspectives à ouvrir.

La loi relative à la politique de santé publique promulguée le 9 Août 2004 situe la responsabilité de l'État et fixe les objectifs pluriannuels d'aménagement de santé de la population et en définit des orientations stratégiques dans des domaines jugés prioritaires. Elle affirme aussi le rôle du Parlement qui débat et valide par son vote ces objectifs et ces orientations, et devant lequel le gouvernement rendra compte de la mise en œuvre de cette politique et de l'évaluation de son impact à intervalles réguliers.

C'est la première loi depuis 1902 qui comporte explicitement dans son intitulé "santé publique". L'économie centrale qui sous-tend le texte renvoie à la dimension populationnelle de la question de la santé : elle consacre le fait qu'un système de santé comporte deux volets, l'un centré sur la personne et les soins qui la concerne et l'autre sur la population. C'est la reconnaissance de fait qu'en complément des approches médicales, admises se rapporter à la personne, la notion de santé a aussi une adresse générale en direction des populations et devient dès lors un objet de politique publique.

Trois grandes orientations définissent le cadre général de la loi :

1) l'exposition de principes généraux de santé publique, au nombre de huit, parmi lesquels se comptent, le principe de connaissance qui fonde l'action sur les meilleures connaissances scientifiques disponibles, le principe de réduction des inégalités en prenant en compte les déterminants responsables de ces inégalités, le principe de parité (égale exigence pour les hommes et les femmes) et de protection de la jeunesse, le principe de précocité qui fonde la prévention des états pathologiques, le principe de l'efficacité économique, enfin des principes touchant à l'intersectorialité et la concertation qui suppose l'intervention d'acteurs multiples à côté des acteurs de santé proprement dit, enfin le principe de l'évaluation des politiques.

2) la définition d'un cadre clair et cohérent pour permettre de conjuguer les efforts des multiples acteurs de santé publique et améliorer leur efficacité d'ensemble. S'articulant sur cette vision, la loi simplifie et rationalise l'organisation du système en mettant en place ou renouvelant les structures d'expertise (Haut Conseil de Santé publique¹⁴⁷), de concertation (conférences régionale et régionale de santé), de programmation (plans stratégiques, plan

¹⁴⁷ qui remplace donc le Haut Comité de Santé Publique depuis la promulgation de la loi.

régional de santé) et de coordination des acteurs (Comité national de santé publique et groupement régional de santé publique).

3) l'annexion à la loi d'une liste de cent objectifs de santé, élaboré par un groupe technique national (GTNDO, groupe technique national d'objectifs de santé publique), choix validé par le Haut Comité de Santé Publique. La définition de ces objectifs repose sur une synthèse et une analyse des meilleures connaissances scientifiques disponibles réalisées par les experts et les institutions réunis au sein de ce groupe ; ils sont destinés à tous les professionnels et politiques en charge de chacun de ces objectifs. Ils devront au terme de cinq ans faire l'objet d'une évaluation par le HCSP.

IV – 1 : Les objectifs de santé publique orientés vers les inégalités sociales de santé

Ils figurent dans les objectifs réunis sur la liste évoquée plus haut, même si leur place est modeste comparée à certains autres à propos de certaines maladies organiques comme nous le soulignons dans l'introduction de ce rapport.

Deux objectifs (n°33 et 34) se rapportent à notre sujet, exposés selon le détail donné dans le tableau suivant tel qu'il figure dans l'annexe de la loi :

Tableau n° 19 : Présentation des objectifs visant la réduction des inégalités de santé relevées dans la population.

Loi du 9 Août 2004 relative à la politique de Santé Publique

	Objectif	Objectif préalable	Indicateurs
Objectifs concernant le thème : précarité et inégalités	33 Réduire les obstacles financiers aux soins pour les personnes dont le revenu est un peu supérieur au seuil ouvrant droit à la CMU	Analyser les conséquences d'un "effet" seuil lié aux revenus sur le recours aux soins	
	34 Réduire les inégalités devant la maladie et la mort par une augmentation de l'espérance de vie des groupes confrontés aux situations précaires ; l'écart d'espérance de vie à 35 ans est actuellement à 9 ans.	Identifier les meilleurs instruments de mesure des inégalités et des discriminations liés à l'origine	Probabilité de décès et d'espérance de vie selon les catégories professionnelles, le statut dans l'emploi, le lieu de naissance (à partir d'enquêtes longitudinales de cohorte)

L'objectif 33, qui vise à réduire les obstacles financiers d'accès aux soins est certes utile comme nous l'avons vu dans le chapitre sur les personnes couvertes par la CMU, l'objectif 34 oriente vers une perspective beaucoup plus vaste et beaucoup plus problématique qui est celle de la réduction proprement dite les inégalités devant la maladie et la mort. Cet objectif peut s'analyser comme la première étape d'une stratégie globale, appuyée sur l'évidence scientifique (nous avons vu qu'elle existe) mais qui demande pour devenir opérationnelle, que le triptyque actions, instruments de mesure et évaluation soit construit sur des aires géographiques précises.

IV – 2 : Le dispositif de Santé Publique de l'Île-de-France - Plan Régional de Santé Publique - Conférence Régionale de Santé et Groupement régional de Santé Publique

Dans la suite de la promulgation de la loi du 9 Août 2004, un nouveau cadre a été mis en place en Île-de-France. La place centrale de l'état dans la définition de cette politique y est affirmée, tout en faisant du niveau régional de l'État l'unité d'intervention en santé publique, la DRASSIF (Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales de l'IdF) coordonnant sous l'autorité du Préfet, l'action des services publics concernés¹⁴⁸. Le choix de l'État de faire de l'échelon régional son niveau intervention répond à un double souci de mener une action générale équitable en direction de tous les citoyens mais aussi d'ouvrir des capacités d'adaptation aux situations territoriales particulières.

Cette action de l'État est proposée à travers un Plan Régional de Santé Publique (PRSP). Deux structures président à ce plan : la Conférence Régionale de Santé (CRS)¹⁴⁹, qui en fixe les objectifs et le Groupement Régional de Santé Publique (GRSP)¹⁵⁰ qui a la responsabilité de les mettre en œuvre.

¹⁴⁸ Dans les hypothèses de gestion de la Santé en France, la mise en place d'agence régionale de santé fut retenue un temps puis abandonnée. La dernière loi instaure des missions régionales de santé (MRS) qui regroupent les ARH (Agence Régionale de l'Hospitalisation) et les URCAM... dont la mission serait d'améliorer la répartition de l'offre entre les soins de ville et hospitaliers (au sens large).

¹⁴⁹ Assemblée de 120 membres, répartis en six collèges, elle regroupe des représentants des collectivités, des malades, des institutions et établissements de santé publics et privés, des personnalités qualifiées, du secteur économique Elle est présidée par Claude Huriet, Sénateur et Président de l'Institut Curie. Trois membres du CESR figurent dans son bureau (dont deux de notre commission Dominique Fabre et Norbert Scagliola),

¹⁵⁰ GRSP : groupement d'intérêt public placé sous l'autorité du préfet qui préside son Conseil d'Administration et dirigé par le DRASS de l'IdF (Michel Peltier), il est doté d'un secrétariat

Le plan régional pour ce qui concerne notre région a été élaboré l'été dernier (Mars 2006) : cinq axes prioritaires et 30 objectifs d'action ont été retenus. Ceux-ci ont été retenus au terme de la conférence régionale de santé, en tenant compte de projets locaux déjà élaborés (dont ceux ayant trait aux plans régionaux de prévention et d'éducation à la santé), d'une articulation avec le SROS¹⁵¹. Cinq axes prioritaires structurent le plan Régional de Santé Publique :

- lutte contre le cancer ;
- accompagnement des phases de fragilisation au cours du parcours de vie (petite enfance, adolescence, maternité, cessation d'activité, grand âge) ou à la suite d'évènements de santé fragilisants ;
- promotion des comportements favorables à la santé ;
- promotion de la santé des personnes en situation de vulnérabilité sociale ;
- réduction des risques pour la santé liée à des facteurs environnementaux. Cet objectif fait l'objet d'un "plan" plus spécifique (Plan santé-environnement) dans lequel est proposé la détection, la gestion et l'évaluation des risques sanitaires liés aux agents chimiques, biologiques et physiques présents dans les différents milieux de vie, y compris celui du travail.

Dans chacun des axes, des objectifs dessinent des actions précises où se repère un souci de prise en compte des personnes "vulnérables". D'une façon générale, tous ces objectifs privilégient dans l'ensemble les approches sanitaires (l'articulation PRSP/SROS¹⁵² y est par exemple clairement exprimée) alors que par ailleurs, dans les considérants de l'avis¹⁵³ du 29 Mars 2006 de la Conférence Régionale, il était cependant indiqué que "la réduction des inégalités en matière de santé ne peut être dissociée de celle des inégalités sociales ...". Si donc la Conférence Régionale a bien pointé l'importance des inégalités de santé dans leurs liens aux caractéristiques sociales, elle n'en a pas fait pour autant fait un de ses axes prioritaires, en terme d'objectifs et d'actions spécifiques à promouvoir dans ce sens.

général, et d'un comité des programmes. Il a en charge de mettre en place les objectifs d'action retenus dans le plan régional et décide des programmes éligibles et leur financement, en développant les coordinations, les communications et évaluation etc... Il organise son action par le lancement annuel d'appel à projets. Il convoque la CRSP au moins une fois l'an.

¹⁵¹ Le détail du plan peut être consulté sur le site de la DRASSIF (www.ile-de-France.sante.gouv.fr)

¹⁵² SROS : schéma régional de l'organisation sanitaire

¹⁵³ Avis de la conférence régionale de santé d'Île-de-France sur le Plan Régional de santé publique (à consulter sur le site de la DRASSIF) adopté le 29 Mars 2006

Le Conseil Régional enfin, dans sa séance de juin dernier, a abordé dans le rapport que lui a présenté son Président, son positionnement par rapport à la politique de Santé Publique mise en œuvre par l'État. Il est rappelé les "importantes disparités sanitaires" relevées dans certaines parties de la Région, des difficultés sociales qui s'y observent, et leur importance en matière de santé, de même qu'est réaffirmé l'engagement quant à la poursuite des actions déjà engagées dans les programmes de prévention et l'éducation à la santé. L'adhésion au Groupement Régional de Santé Publique fut recommandée, et retenue par les instances du GRSP au titre des collectivités territoriales, comme le furent les conseils généraux des Hauts-de-Seine, de Seine-Saint-Denis et du Val d'Oise, les communes d'Argenteuil, Evry, Meaux, et Nanterre¹⁵⁴.

IV – 3 : Quelles perspectives à ouvrir dans l'optique de politique de Santé Publique mise en œuvre par la nouvelle loi ?

1) Une ouverture plus grande aux problèmes sociaux ?

On l'a vu, le souci des inégalités sociales de santé n'est pas, ou n'est plus absent des politiques publiques retenues. C'est une mutation majeure dans l'esprit des politiques publiques de santé, ce dont nous nous félicitons évidemment. Ce souci figure d'ailleurs explicitement à titre de considérant dans l'avis de la Conférence régionale, rejoignant en ceci ce que la loi de Santé Publique énonce dans ses objectifs. L'aborder plus clairement et plus complètement eût été de partir des inégalités sociales de santé, en faire un axe prioritaire, pour ensuite cibler des propositions ("des objectifs") dans les domaines où ces inégalités sont les plus criantes. Pour illustrer ce propos on sait par exemple, que lorsqu'on met en place une politique de dépistage ou de prévention pour une pathologie donnée, elle profite plus volontiers aux personnes socialement plus favorisées qu'aux autres, celles qui en auraient le plus besoin cependant. Le PRSP prend en compte cette dimension lorsqu'il met l'accent sur un ciblage des actions en direction des personnes vulnérables. Encore faut-il, pour orienter et mettre en œuvre cette perspective, que soient précisément établis les modes de mise en œuvre de celle-ci. Autrement dit et pour être plus explicite, nous souhaitons que la dimension d'épidémiologie sociale, c'est-à-dire l'étude des indicateurs de mortalité et morbidité en fonction des caractéristiques sociales, soit plus clairement inscrite dans la démarche générale de santé publique mise en œuvre.

Cette meilleure prise en compte des caractéristiques sociales supposent donc qu'à côté des partenaires préférentiellement en charge des aspects sanitaires, les acteurs politiques, soient l'État et le Conseil Régional, exercent une

¹⁵⁴ Voir Communiqué de presse de la Préfecture de Région du 15 Novembre 2006.

responsabilité toute particulière dans la mise en place d'actions ciblées lorsque sont très précisément identifiés les liens entre une pathologie donnée et la situation sociale qui entretient cette pathologie. Le Conseil Régional, devrait dans cette perspective exercer un rôle de premier plan pour marquer cette nécessaire jonction entre le sanitaire et le social.

2) Préparation des objectifs et évaluation des actions entreprises

C'est évidemment une mission essentielle qui a sa place à côté ou dans le groupement d'intérêt public qu'est le GRSP. Cette question importante est préfigurée dans le "programme études et statistiques" (PES) dont le lancement fut parallèle à la mise en œuvre du PRSP. Ce programme recense dans le cadre des dynamiques partagées, les informations statistiques et les études détenues par les partenaires impliquées. Les objectifs retenus dans le PES sont les suivants 1) identification des aspects jugés à la fois importants et mal connus de l'état de santé dans la région ; 2) proposition d'une méthodologie pour accompagner les actions engagées dans le cadre du PRSP ; 3) contribution à l'évaluation à l'évaluation des objectifs du PRSP et de leurs actions.

Le groupe de travail permanent mis en place début 2005 comprend les différentes institutions impliquées dans l'observation de l'état de santé. Figurent dans ce groupe les représentants des différents services de la DRASS, de la CIRE¹⁵⁵, de la CRAMIF et de l'URCAM, ainsi que l'Observatoire Régional de Santé (ORS) et un représentant d'une commune. D'ores et déjà, en collaboration avec les partenaires identifiés, des indicateurs de résultats et de permettant la préparation et l'évaluation des objectifs du PRSP, sont retenus, ou voie de l'être. C'est dans cet esprit qu'un bilan des indicateurs disponibles est actuellement entrepris par l'ORS. Cet organisme devrait, du fait de son expérience et ses liens avec le milieu de la recherche en Santé Publique occuper une place centrale dans le dispositif, l'actuel ou dans les évolutions à venir.

Au-delà de l'étape actuelle, se posera la mise en place d'une plate-forme régionale d'observation sanitaire et sociale. Elle aura à élaborer et proposer à la CRS outre la mesure de l'état de santé des franciliens, une réflexion générale de santé publique dans laquelle l'articulation du social et du sanitaire devra figurer au centre des problématiques avec les aspects économiques qui s'y rattachent. À cet égard, associer des représentants de la MIPES¹⁵⁶ devrait être une initiative à retenir. C'est tout le sens que nous donnons plus haut aux termes d'épidémiologie clinique, avec la place des sciences sociales qui y figure, dont les approches quantitatives mais également qualitatives qui s'attachent aux personnes. Notre région, par la richesse des formations institutionnelles qui s'y

¹⁵⁵ CIRE : Cellule interrégionale d'épidémiologie, délocalisation régionale de l'InVS – Institut de Veille Sanitaire - est une annexe généralement placée au sein de la DRASS.

¹⁵⁶ Mission d'Information sur la Pauvreté et l'Exclusion Sociale en Île-de-France.

trouvent, devrait tirer un bénéfice évident à des collaborations étroites. Réaliser pareille ambition suppose que des moyens soient dégagés, moyens qui à terme devraient d'ailleurs produire des effets de réduction des coûts sanitaires, parce qu'ils auront conduit à une meilleure approche des personnes dans leurs relations à leur propre santé, dans la double dimension préventive et curative.

3) Quels lieux d'intervention pour la mise en œuvre du PRSP ? : tel que semble être l'esprit de l'action entreprise par le GRSP, des appels à projets construits autour des axes et objectifs du PRSP sont lancés en direction de toutes les organisations sanitaires et sociales, publiques, parapubliques ou privées dont évidemment les dispositifs associatifs. D'ores et déjà et dès cette année, 25 millions d'€ devrait être mis à disposition des différentes structures. Bien qu'il soit difficile d'avoir une image exacte de la diffusion de ce type d'action, il est souhaitable qu'une large publicité des appels à projets soit faite auprès des organismes et structures en charge des actions de santé menées et sous cet angle, un inventaire précis des relais utiles devrait être mené par le GRSP, s'il ne l'est déjà fait. La CRS insiste sur l'importance de la territorialisation des actions de santé et indique que les ASV (Ateliers Santé-Ville) sont des dispositifs à soutenir. À cet égard, le réseau des "ville-santé" de l'OMS¹⁵⁷, déjà implanté dans certaines collectivités de la Région (Orly, Corbeil-Essones, Evry, Saint-Denis, Blanc-Mesnil, Aulnay-sous-Bois et d'autres ...) devrait dans le dispositif lié au PRSP trouver une place de choix et inspirer, par l'expérience accumulée par ces villes une source d'information qui pourrait conduire à la multiplication de tels relais. Les principes retenus dans ce cadre et quelques exemples d'actions menées à Boulogne-Billancourt et Saint-Denis sont réunis dans l'annexe 3.

Quoiqu'il en soit, l'esprit qui préside à la construction d'un plan régional de santé publique réside en tout premier lieu dans le débat et la concertation entre les différents acteurs impliqués dans tous les secteurs touchant aux politiques du champ sanitaire certes, mais bien au-delà aussi comme on l'a vu. Aussi, au-delà du cénacle nécessairement réduit qu'est la Conférence Régionale de Santé Régionale, c'est avec tous les citoyens de la Région qu'il y aurait lieu d'ouvrir un débat sur la réduction des inégalités sociales de santé, et discuter des moyens qu'il aura lieu de mettre en place pour mener cette politique.

¹⁵⁷ Voir le document édité par le Réseau Français des Villes-Santé de l'Organisation Mondiale de la Santé et notamment celui ayant trait à "Vers un profil Santé-Ville" Système local d'observation en Santé – Eléments de préconisation (consultable sur le site www.villes-santé.com, rubrique les villes du réseau et leurs actions).

V – Synthèse générale et conclusion

I – Sous l'angle de l'analyse des inégalités sociales de santé nous nous sommes d'abord placés dans une approche générale de l'ensemble du corps social dans lequel se dégage ce qu'il est convenu d'appeler un **gradient social de santé**. Cette approche traduit le fait que les indicateurs de mortalité et de morbidité évoluent avec les catégories sociales, leur expression devenant progressivement moins favorable à mesure qu'ils s'adressent à des catégories sociales de plus en plus défavorisées. Le chapitre I de ce rapport en a décrit différents aspects, dont ceux ayant trait par exemple à la moindre espérance de vie ou la plus fréquence de la mortalité prématurée dans les catégories sociales défavorisées, de même que dans ces catégories, il est noté une plus grande fréquence de certains aspects de morbidité, les troubles psychiatriques notamment et chez les enfants de ces catégories, un surpoids/obésité plus fréquent. Le chapitre II reprend les travaux qui ont conduit à cette approche, ceux du Royaume-Uni notamment et leur écho dans les autres pays européens dont en France ces dernières années. L'éclairage apporté par ces travaux, abondants à l'heure actuelle, montre qu'à côté des indicateurs classiques (catégories sociales, niveaux de revenus, niveau d'études...) d'autres éléments liés aux facteurs psycho-sociaux et l'insertion sociale en général, sont également à considérer pour rendre des différences de mortalité et de morbidité observées. Cet ensemble de constats est repris en "modèles explicatifs" dans ce chapitre.

Le chapitre III du rapport est centré sur **la frange la plus extrême de l'éventail social** et les conséquences négatives en matière de santé qui s'y observent, frange de populations que l'on trouve dans les zones urbaines sensibles, et d'une façon plus générale dans ce qu'il est commun de décrire chez les personnes frappées d'exclusion et de précarité. C'est dans cette approche que se placent les enquêtes sur les chômeurs, les sans domicile-fixe, les bénéficiaires des dispositifs d'insertion, ... et la description des comportements se rapportant à la santé. C'est chez ces personnes en situation de "décrochage social" que s'observe le faible impact des politiques de prévention et d'éducation alors que l'accès aux dispositifs de soins n'est pas ou peu en cause, grâce à la CMU notamment. Cet aspect des choses retrouve une donnée déjà évoquée dans le rapport qu'avait fait Olivier Aynaud dans notre Commission (Octobre 2003).

II – Cette double approche, l'angle "populationnel" général et celui orientée vers des franges de population plus spécifiques, se retrouve dans les réponses politiques appropriées mises en place dans notre pays et les pays européens proches. Ayant pour inspiration centrale une certaine idée de justice sociale, elles organisent des politiques de fiscalisation et de redistribution de revenus.

Ces politiques portent leurs fruits mais dans une certaine mesure seulement, ceci étant à mettre en parallèle à ce qui s'observe dans des pays comme aux Etats-Unis par exemple où les revenus se répartissent sur une échelle large et l'accès aux soins plus inégalitaire.

S'ajoutent à ces politiques d'ensemble, des ouvertures plus spécifiques en direction de certaines populations, et la mise en place de la CMU en est un bon exemple, avec une efficacité certaine que limite cependant les effets de seuil dans l'accès à certaines dispositions, dont la CMU complémentaire et qui vont à l'encontre des buts visés. À ces politiques spécifiques, s'ajoutent des relais très significatifs avec les dispositifs d'aides aux plus démunis, qu'ils soient mis en œuvre par les pouvoirs publics ou surtout le système associatif.

III – Perspectives à ouvrir sur le plan national et surtout régional

En introduction de ce rapport nous avons repris les termes lancés dès 1998 et repris en 2002 par le Haut Conseil de Santé Publique dans son rapport annuel, - le paradoxe français - termes qui figurent aussi et chaque année, dans les annexes au projet de lois de finances des comptes sociaux présentés au Parlement. Le paradoxe en question s'adresse à la situation particulière de notre pays selon laquelle, malgré un système de soins développé et performant, notre pays se place en position peu enviable par rapport à nos voisins immédiats quant aux disparités de morbidité et de mortalité prématurée et leur distribution selon les catégories sociales. Notre région n'échappe pas à cette observation.

Même si elle est modeste, on assiste aujourd'hui en France à une accélération de la prise en compte des inégalités sociales de santé, au moins dans le discours politique et la mise en place de plan d'actions. Cette prise en compte est liée à la Loi de Santé Publique d'Août 2004 qui cependant n'a pas placé cette préoccupation à un rang suffisamment prioritaire. Quoiqu'il en soit, le processus est lancé et il y a lieu de s'en réjouir. La nouvelle organisation mise en place avec l'adhésion du Conseil Régional au Groupement Régional de Santé Publique (GRSP) devra être l'occasion d'harmoniser et coordonner les actions de chacun des partenaires et faire que les efforts des uns et des autres se potentialisent.

La Conférence Régionale de Santé a d'ailleurs parfaitement intégré l'importance des enjeux lorsqu'elle écrit dans l'avis qu'elle a adopté au printemps dernier, que **"la réduction des inégalités en matière de santé ne peut être dissociée de celle des inégalités sociales et des questions de santé-environnement"**. S'il est clair que la nouvelle politique d'engagement vers la réduction des inégalités sociales de santé sera une longue démarche conditionnée par une atténuation des disparités sociales (logement, emploi, revenu, éducation, retissage de liens

sociaux...), il n'en reste pas moins qu'il est urgent d'impulser des inflexions dès à présent pour marquer des points vers cet objectif, et c'est au titre de contribution dans la mise en œuvre de la politique régionale de Santé Publique que le CESR propose trois directions générales :

III – 1 : Identifier des objectifs dans lesquels les problématiques de santé se traduisent par une articulation forte entre le "social" et sa "traduction pathologique"

La liste pourrait être longue mais en privilégier certains est indispensable, serait-ce pour ne pas disperser les énergies et tirer des actions menées, une expérience utile pour en mener d'autres. C'est, dans l'étape actuelle et pour cinq ans, la tâche que s'assigne le Plan Régional de Santé Publique (PRSP). Parmi les objectifs retenus dans le PRSP, deux d'entre eux s'inscrivent dans ces problématiques de santé.

L'axe n° 4 retient un programme pour "Promouvoir la santé des personnes en situation de vulnérabilité sociale". Cet axe soutient l'idée qu'une territorialisation des actions d'accès aux soins et de prévention doit être recommandée en direction des personnes en situation précaire (vivant en logements insalubres ou habitats précaires, sortant de prison, foyers ...) par un soutien actif aux ASV (Ateliers Santé Ville) et dispositifs associatifs dont l'action est évidemment majeure. Sous cet angle également, les expériences menées dans la Région par les "Villes-Santé" de l'OMS sont assez exemplaires.

L'axe n° 3 se rapporte à un programme intitulé "Intervenir durant les phases de fragilisation du parcours de vie" dans lequel, parmi toute une série de questions de santé, celle de l'obésité des jeunes (objectif 23) est abordée.

Nous avons eu l'occasion de souligner dans ce rapport combien cette question est préoccupante par sa progression et sa particulière prévalence dans les catégories sociales défavorisées. Une des parties du PRSP ("Les chapitres spécifiques du PRSP") lui est d'ailleurs consacrée sans toutefois qu'un accent particulier soit porté à l'aspect de différenciation sociale que nous avons relevé à son propos. De même est réaffirmée l'importance de la réappropriation du Schéma Régional d'Éducation et de Prévention pour la Santé (SREPS) sur cette question. Toutes les connaissances comme toutes les volontés des différents acteurs en charge de la question, à quelque niveau qu'ils soient, convergent vers l'idée de sa véritable urgence, que des solutions existent pour rompre avec l'évolution actuelle et qu'il est temps d'agir. Afficher pour cette question, une volonté politique inflexible partagée par tous les acteurs régionaux avec un chef de file clairement identifié, autour de programmes d'actions spécifiques est

indispensable. De plus, ces actions auront d'autant plus de chances de porter leur fruit que dans les programmes proposés, une attention particulière soit portée à l'environnement familial, social et économique dans lequel cette pathologie progresse. Telle est la recommandation pour laquelle nous attachons nous attachons un très grand prix.

III – 2 : Amplifier les actions de connaissance et d'évaluation

Le souci d'accompagner le PRSP d'un outil de connaissance et d'évaluation a conduit à la mise en place d'un "programme études et statistiques" dans lequel se retrouvent les représentants des différents services de la DRASS, de la CIRE¹⁵⁸, de la CRAMIF et de l'URCAM, ainsi que l'Observatoire Régional de Santé (ORS) et un représentant d'une commune. L'organisation provisoire qui s'imposait, devrait s'effacer assez vite et déboucher vers une d'une plate-forme régionale d'observation sanitaire et sociale réunissant les représentants des différents services en charge des questions sociales, des équipes de recherche d'épidémiologie sociale qui sont nombreuses dans la Région, et des membres de la MIPES. La double mission qu'assumera cette plate-forme se situera en amont, dans le recueil des informations et son concours à la définition des objectifs, et en aval, dans le suivi et l'évaluation des actions proposées. Son rôle devrait être central dans la nouvelle organisation de Santé Publique auprès de la CRS et du GRSP mais aussi pour l'information et l'action des autorités politiques, quelles soient locales ou régionales.

III – 3 : Traduire dans le discours et l'action politique l'idée que la santé ne procède pas seulement de l'accès aux soins mais également des conditions sociales

Nous l'avons vu tout au long de ce rapport, les problèmes de santé sont d'autant plus aigus que les conditions sociales sont dégradées et les disparités territoriales relevées dans notre Région en donnent l'illustration. C'est toute l'importance de la Loi de Santé Publique récemment adoptée d'avoir rappelé ce qu'annonçait déjà la Charte de l'OMS et c'est ce que rappelle la CRS lorsqu'elle souligne que l'effacement des inégalités de santé passe par la réduction des inégalités sociales. Nous l'avons vu, l'accès aux soins pour important qu'il soit, est insuffisant lorsqu'il ne s'accompagne pas aussi de conditions sociales satisfaisantes pour permettre à chacun une gestion satisfaisante de sa propre santé, et l'exemple de la prévention est édifiant à cet égard. Il est clair également que lorsque des actions publiques touchant au logement, à l'emploi, à l'éducation, à l'éradication des quartiers insalubres, à la disposition de lieux

¹⁵⁸ CIRE : Cellule interrégionale d'épidémiologie, délocalisation régionale de l'InVS – Institut de Veille Sanitaire - est une annexe généralement placée au sein de la DRASS.

d'accueil pour les personnes sont menées, elles résolvent plus ou moins directement des questions touchant à la santé. À nos yeux, ces actions sont cependant incomplètes si elles ne s'assortissent pas aussi du souci de "retissage" de liens sociaux, particulièrement dans les zones défavorisées de la Région, pour aller dans le sens que nous avons identifié dans le modèle "éco-social". Ces actions se situent à l'endroit des enfants et adolescents¹⁵⁹, des familles, et d'une façon plus générale pour tous groupes de personnes ou d'association avec lesquels un projet est à construire. Certains de nos voisins européens, dont la Suède, ont donné à cette dimension psycho-sociale une place centrale pour gérer leurs territoires les plus sensibles et leurs exemples mériteraient d'inspirer certaines actions à l'échelon régional. Des initiatives existent dans notre Région mais elles sont peu connues et leurs résultats non toujours clairement identifiés, elles sont sans doute insuffisamment nombreuses et mériteraient leur généralisation dans la plupart des endroits sensibles à travers un soutien publique clairement affiché.

Il va de soi enfin que les perspectives ouvertes avec la nouvelle Loi de santé Publique et l'organisation régionale qui en résulte placent les Autorités Régionales parmi les acteurs principaux de cette action. Le CESR, pour sa part en aura à suivre, connaître et commenter les actions entreprises et à cet effet, son information régulière devra en être assurée, dans une forme qui reste à définir.

¹⁵⁹ L'exemple des écoles de la deuxième chance mis en place dans le 93 est édifiant sous cet angle, l'adulte référent jouant un rôle central chez l'adolescent pour le "passage" vers la construction d'un projet personnel

GLOSSAIRE

- ANR	Agence Nationale de la Recherche
- ARH	Agence régionale de l'Hospitalisation
- AME	Aide Médicale d'État
- BEH	Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (de l'INVS)
- CADA	Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile
- CHRS	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
- CHU	Centre d'Hébergement d'Urgence (et Centre Hospitalo-Universitaire)
- CIE	Contrat d'Insertion Emploi
- CIRE	Cellule Interrégionale d'Épidémiologie (délocalisation régionale de l'InVS, Institut de Veille Sanitaire)
- CMU	Couverture Médicale Universelle
- CMC	Couverture Maladie Complémentaire
- CNAF	Caisse Nationale des Allocations Familiales
- CNAM	Caisse Nationale de l'Assurance Maladie
- CNRS	Comité National de la Recherche Scientifique
- CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
- CPH	Centre Provisoire d'Hébergement
- CRAMIF	Caisse Régionale d'Assurance Maladie d'Île-de-France
- CSP	Catégorie Socio-Professionnelle
- DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
- DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
- DRASSIF	Direction Régionale ... pour l'Île-de-France
- DREES	Direction de la Recherche et des Études en Économie de la Santé
- ESPS	Enquête Santé et Protection Sociale menée par l'IRDES
- FNARS	Fédération Nationale des Associations pour la Réinsertion Sociale
- HAS	Haute Autorité de Santé (anciennement Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé)
- HCSP	Haut Comité (ou Conseil) de Santé Publique
- IAURIF	Institut de l'Aménagement et de l'Urbanisme de la Région d'Île-de-France
- INED	Institut National d'Études Démographiques
- INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
- INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
- INVS	Institut National de Veille Sanitaire
- IRDES	Institut de Recherches et Documentation en Economie de la Santé (ex CREDES)
- ISS	Inégalités Sociales de Santé

- MIPES Mission d'Information sur la Pauvreté et l'Exclusion Sociale
(en Île-de-France)
- ONPES Observatoire National de la Précarité et de l'Exclusion
Sociale
- ORS Observatoire Régional de Santé
- SROS Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire
- URCAM Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

ANNEXE 1

Données générales sur la pauvreté et la précarité : (métropole et Île de France).

Quelle définition donner à la pauvreté ? Chacun s'accorde à admettre que la pauvreté est une réalité complexe et multidimensionnelle qui ne peut être appréhendée par les seuls aspects de revenus financiers. C'est aujourd'hui une position largement partagée, en particulier en Europe¹⁶⁰ pour laquelle la question de la pauvreté dépasse largement celle du revenu et englobe d'autres aspects dont l'accès aux droits fondamentaux comme le logement, les soins de santé, soit d'une façon très générale, à tous les facteurs pouvant conduire à l'exclusion sociale, l'absence d'emploi en tout premier lieu. Le Conseil de l'Europe avait ainsi considéré dès 1984, comme pauvres "les personnes dont les ressources (matérielles, culturelles, sociales) sont si faibles qu'elles sont exclues des modes de vie minimaux acceptables dans l'État membre où elles vivent".

1 : Seuil monétaire de la pauvreté : son niveau et ses limites (tableau n° 1 seuils de pauvreté en 2003)

Si l'on s'en tient à ce premier critère, toutes les données convergent vers le constat une accentuation de la pauvreté ces dernières années. L'Observatoire de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale (ONPES¹⁶¹) indique ainsi dans son dernier rapport¹⁶² que ... "la tendance à la baisse de la pauvreté monétaire¹⁶³ observée en 2001 et 2002 s'interrompt en 2003, au seuil de 50% du revenu médian ...". Le taux de pauvreté monétaire à ce seuil qui baissait régulièrement depuis 1970 (date de disposition de l'indice) s'inverse en 2002 et passe de 5,9 % de la population à 6,3 en 2003 (plus de 3,6 millions de "pauvres"). Le taux de pauvreté calculé au seuil de 60% du revenu médian¹⁶⁴ chiffre à 12% la proportion de population "pauvre" et marque la même tendance évolutive. Dans les commentaires faits par l'Observatoire dans lesquels sont pris en compte la

¹⁶⁰ Voir par exemple le travail mené à l'échelon de l'Europe et repris dans le "Projet Européen d'Indicateurs de Pauvreté à partir de l'expérience des Personnes vivant en Pauvreté" Sept 2003 Rapport de Gilles Hacourt mené sous la direction de Ludo Horemans

¹⁶¹ Le rapport de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale 2005-2006 - La Documentation Française Paris 2006

¹⁶² Le rapport de l'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale (ONPES) – 2005-2006 Ed : L'ONPES et La Documentation Française Paris 2006

¹⁶³ Un individu ou (un ménage) est considéré comme pauvre lorsqu'il vit dans un ménage dont le niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté. L'Insee, comme Eurostat et les autres pays européens, mesure la pauvreté monétaire de manière relative. Dans l'approche en termes relatifs, le seuil est déterminé par rapport à la distribution des niveaux de vie de l'ensemble de la population. L'Insee le fixe habituellement à **50% du niveau de vie médian** tandis qu'Eurostat privilégie **le seuil de 60 %** du niveau de vie médian.

¹⁶⁴ Rappelons qu'il est tenu compte dans le calcul des revenus fiscaux, des revenus procurés par les prestations sociales (allocations familiales, minima sociaux etc).

pauvreté selon l'âge, le sexe ou le type de ménage, l'emploi ... il note que les situations défavorables touchent particulièrement les personnes seules (avec une plus grande proportion de femmes), les familles monoparentales (où les femmes sont aussi majoritaires), les personnes de moins de 25 ans, les personnes âgées lorsqu'elles vivent seules.... L'observatoire souligne ainsi que le visage de la

Tableau n° 1 : seuils de pauvreté en 2003 (en € 2003) selon la composition des ménages (source Insee-DGI, enquêtes revenus fiscaux).

	À 50 % du revenu médian	À 60 % du revenu médian
Personne seule	645	774
Famille monoparentale avec un enfant < 14 ans	839	1006
Famille monoparentale avec un enfant > 14 ans	968	1161
Couple sans enfant	968	1161
+ par enfant < 14 ans	193	232
+ par enfant > 14 ans	322	387

pauvreté (au sens monétaire) a considérablement changé depuis 1970. La population "pauvre" principalement constituée de retraités au premier temps de l'estimation du seuil monétaire de pauvreté change aujourd'hui pour se concentrer progressivement sur les générations plus jeunes, mais des interrogations émergent aujourd'hui sur une tendance à un accroissement de la pauvreté des personnes âgées, quels que soient l'âge ou le seuil de pauvreté retenus (50 ou 60% du revenu médian).

Bien qu'indicateur indispensable à l'appréciation de la pauvreté, ne retenir cette seule référence, surtout dans son expression relative, n'aurait guère de sens et tous les commentateurs s'accordent sur ce point dont l'Observatoire dans son dernier rapport. L'expression de la pauvreté à partir du revenu médian ne donne en effet qu'une vue "biaisée" de celle-ci. On retient par exemple que si on multipliait par deux (l'action d'une baguette magique !) les revenus de toute la population sans exception, on aurait en rien modifier le nombre de "pauvres" alors qu'ils seraient cependant deux fois plus riches. On cite aussi le fait que, dans les pays anciennement communistes, dans lesquels les revenus étaient certes bas, mas à peu près régulièrement distribués et davantage resserrés autour du revenu médian, la proportion de pauvres était faible et inférieure à celle des pays occidentaux. À cette expression relative de la pauvreté, d'autres pays dont les Etats-Unis et le Canada en donnent une approche absolue, l'idée sous-jacente à cette expression étant de définir une somme d'éléments indispensables pour

assurer une "vie décente" aux personnes. Reste la difficulté dans cette approche de savoir quels éléments à retenir (et qui le fait ...) pour effectivement assurer le niveau minimal de vie décente, sans compter l'évolution de ce niveau au fil du temps qui peut varier et qui en rend les comparaisons difficiles.

Une tentative a été proposée en France pour corriger le caractère relatif du seuil monétaire de pauvreté en construisant un indice de Pauvreté en Conditions de Vie (Pcv) qui retient 27 indicateurs centrés sur les aspects monétaires (retards de paiements, restrictions de consommation) et les difficultés de logement, sous la forme d'enquête sur échantillon représentatif des ménages en population générale¹⁶⁵. Cet indice suit une évolution favorable depuis 1998 (date de sa disposition), sans inflexion dans la période récente, à l'inverse de l'observation faite sur le seuil monétaire de pauvreté. Dans les réflexions avancées pour comprendre cette contradiction, on retient surtout que les données ne se rapportent pas aux mêmes populations et que, dans un cas comme dans l'autre d'ailleurs, les données ayant trait aux facteurs résultant du chômage avec l'effacement des liens sociaux qui en découlent ne sont pas prises en compte. Nombreux chercheurs, dont ceux de l'INSEE dans un très important travail¹⁶⁶ convergent dans leurs travaux vers l'idée selon laquelle, il ne peut être proposé d'indicateur robuste de la pauvreté si celui-ci ne se place dans une perspective mutidimensionnelle et qu'il ne peut donc lui être donné de définition simple. Comme quoi les savoirs des uns imprègnent progressivement la pensée des autres (!), même si quelquefois on s'en défend¹⁶⁷.

C'est en référence à ces considérations qu'un ensemble de chercheurs et économistes proposent un indicateur composite (BIP40¹⁶⁸, Baromètre Inégalités Précarité et 40 en référence au CAC 40...) dans lequel figurent plus explicitement les domaines ayant trait à la pauvreté et ses conséquences

¹⁶⁵ Sont considérés comme "pauvres en conditions de vie" les ménages confrontés à au moins 8 difficultés parmi les 27.

¹⁶⁶ Économie et Statistiques n° 383-384-385 ; INSEE 2005 : Les approches de la pauvreté à l'épreuve des comparaisons européennes, dirigé par Daniel Verger (chef de l'Unité Méthodes statistiques à l'INSEE) dont un des chapitres est consacré à "Pauvreté relative et conditions de vie en France" de Madior Fall et Daniel Verger.

¹⁶⁷ Voir à ce propos la controverse rapportée dans le journal Le Monde : "Cohésion sociale : des politiques à l'aveuglette" de P. Concialdi, J. Gadrey, C. Lévy, M. Maric du 2/07/04, la réponse de J-M Charpin (Directeur de l'INSEE) et B. Fragonard "Qui est pauvre en France ?" du 22/07/04 ; enfin l'article de T. Coutrot "Pauvres statistiques" paru dans Politis le 29/07/04

¹⁶⁸ Cet indicateur synthétise plus de 40 séries statistiques couvrant les principaux domaines : emploi, précarité, revenus, santé, justice, logement... Sa construction s'inspire d'indicateurs analogues élaborés aux Etats-Unis et au Canada. L'ambition n'est pas de proposer un "vrai" chiffre de la pauvreté, ce qui serait parfaitement illusoire, mais de nourrir le débat public en proposant à la fois une batterie diversifiée d'indicateurs partiels et un indicateur synthétique. Voir aussi : www.bip40.org

(emploi, revenus, santé, sécurité ...). Ils rejoignent sous cet angle le travail mené à l'échelon de l'Europe cité plus haut. Les instigateurs du BIP 40 indiquent que "pour la troisième année consécutive, les inégalités et la pauvreté ont progressé en France en 2004. Après avoir fortement baissé entre 2000 et 2001, les inégalités ont recommencé à augmenter à partir de 2002. La hausse a été particulièrement forte en 2003 et s'est poursuivie en 2004 : cette année-là, les inégalités ont atteint leur plus haut niveau depuis 20 ans". On retiendra aussi que cette réflexion est parallèle à celle que mène l'ONU dans les indicateurs de suivi des Programmes de Développement Humain.

2 : Un tableau de suivi d'indicateurs "centraux" de la pauvreté et de l'exclusion

Les réflexions qui précèdent sont aujourd'hui communes et s'il est "naturel" de d'admettre la dimension monétaire à la mesure de la pauvreté, tout le monde s'accorde aussi pour en considérer les limites. C'est le sens de la politique de lutte contre la pauvreté que réaffirmèrent les États à l'échelon de l'Europe (Lisbonne 2000) lorsqu'ils recommandèrent l'élaboration de plans d'action par chacun d'entre eux, ceci ayant conduit après la Conférence de Nice puis celle de Laeken, à l'élaboration d'indicateurs de mesure de la pauvreté et de l'exclusion sociale connus depuis sous la dénomination des "Indicateurs de Laeken". Dix-sept indicateurs étaient retenus et il était recommandé aux états d'adapter ceux-ci selon la disponibilité des données dont ils disposent et aussi, de leurs habitudes méthodologiques¹⁶⁹.

En référence aux indicateurs de Laeken, l'ONPES en France a mis en œuvre une élaboration de ceux-ci et pour des raisons ayant trait à l'état actuel des sources et données disponibles, ce sont onze indicateurs dits "centraux" qui sont aujourd'hui retenus dans lesquels figurent outre la pauvreté monétaire, ceux ayant trait à l'emploi et au "non accès aux droits fondamentaux".

Ils sont présentés dans leur totalité dans le tableau n°2 tels qu'ils figurent dans le rapport 2005/6 de l'ONPES. Même si le choix de ces indicateurs peut prêter à discussion et leur évolution possible, leur présentation sur une période longue a un intérêt incontestable. La tendance signalée plus haut quant à la pauvreté monétaire, à savoir sa stagnation voire son accentuation dans la période récente, se traduit aussi en nombre d'allocataires des minimaux qui après des baisses successives jusqu'en 2001 est reparti à la hausse et atteint en 2004 un niveau record proche de celui de 1996. Le taux de persistance dans le RMI mesure la part des allocataires qui bénéficient depuis plus de trois ans au sein du total des allocataires. La durée retenue correspond à des situations de pauvreté durables, souvent liées à un éloignement persistant du marché du travail. Cet indicateur peut être décrit contra cyclique au sens où la sortie du RMI est le plus souvent le

¹⁶⁹ Voir la communication faite par la DREES le 20 Janvier 2006 au 11ème colloque de l'Association de comptabilité publique sur la contribution française sur les indicateurs sociaux de pauvreté au niveau de l'Europe.

fait d'allocataires de courte durée, pour qui la perception de cette allocation n'est que provisoire.

Ainsi dans les périodes de croissance de l'emploi, les allocataires les plus récents sortent du dispositif et la part des plus anciens augmente. À l'inverse, en période de récession, les nouveaux entrants progressent rapidement, diminuant ainsi la part des personnes présentes depuis plus de trois ans. Un autre indice du tableau est "le taux de pauvreté de la population en emploi" qui représente la part des personnes en emploi vivant dans un ménage dont le revenu est inférieur à 60% de la médiane. Cet index est important et l'ONPES a jugé utile de le retenir pour suivre les évolutions du phénomène de la "pauvreté laborieuse", bien que des problèmes de continuité des sources (passage à l'enquête Emploi en continu) rendront impossible le suivi de la série après 2001. En effet, la nouvelle série disponible et la nouvelle définition utilisée à compter des données de 2003 ne permettent pas l'analyse de l'évolution pour les années suivantes. Quoi qu'il en soit, après une grande stabilité entre 1996-2000, le taux de pauvreté de la population en emploi remonte en 2001. Enfin dans ce tableau marquant pour l'ensemble des indicateurs une évolution plutôt péjorative sur la période, l'un d'eux marque une inflexion plutôt positive (en 2002), ceci témoignant des effets positifs de la CMU (Couverture Médicale Universelle) comme nous allons le voir plus loin.

Tableau n° 2 : Onze indicateurs "centraux" de la pauvreté et de l'exclusion -

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Pauvreté										
Taux de pauvreté revenu < 60% rev. médian		13,5	13,4	12,8	12,3	12,7	12,4	12 ;2 12,0*	12,0	
ONPES										
Taux de pauvreté revenu < 60% rev. médian		13,5	13,4	12,8	12,3	12,7	12,4	12 ;2 12,0*	12,0	
Taux de pauvreté revenu < 50% rev. médian		7,2	6,9	6,7	6,4	6,5	6,1	6,0 5,9*	6,3	
Intensité de la pauvreté ***		23,0	22,2	20,9	20,7	20,5	20,3	19,5 19,6*	20,1	
Taux de la pauvreté population en emploi **** :		7,0	7,0	7,0	7,0	7,0	8,0		5,4**	
Taux de difficultés de conditions de vie (Pcv) *****			13,1	12,0	11,9	12,1	11,6	11,8	11,5	10,6
Minima sociaux										
Évolution d'allocataires de minima sociaux (RMI, AAH, API, ASS)		5,2	1,9	2,6	1,8	-3,4	-1,6	0,6	2,0	4,6
Persistance dans le RMI > 3 ans	35,4	37,5	39,4	40,7	43,2	47,2	48,9	48,7	47,0	44,9
Non-accès au droits fondamentaux										
Taux de renoncement aux soins		17,0	14,0	14		15,7		11,2		
Taux sortants du système scolaire à faible niveau d'études	15,4	15,2	14,1	14,9	14,7	13,3	13,5	13,4	13,7	14,2
Taux de demandeurs d'emploi non indemnisés (Ras et Ass)	43,4	44,7	46,4	46,2	46,2	44,3	39,9	36,5	36,1	38,5
Part des demandes de logements sociaux non satisfaits après un an		35,3						33,6		
Inégalités de revenu										
Rapport interdécile		3,35	3,34	3,26	3,23	3,27	3,23	3,2 3,21*	3,17	

* changement de série : les données 2002 ont été recalculées en s'appuyant sur le résultat annuel du recensement de la population ; ** l'indicateur et les sources

à compter de 2003 pour mesurer le phénomène des travailleurs pauvres ont été modifiés ; *** écart entre le revenu moyen des ménages pauvres et seuil de pauvreté 60% du revenu médian **** Part individus vivant dans un ménage revenu < 60% ; ***** indicateur (Pcv) dont il est question plus haut (page 84)

En conclusion de cette partie, il est intéressant de reprendre ici brièvement, quelques recommandations de l'ONPES car elles résument bien à la fois l'intérêt que présentent les données rapportées dans ce qui précède, mais aussi leurs limites et donc le caractère incomplet qui est le leur .

- le premier impératif est celui d'une amélioration significative des délais de production des indicateurs de pauvreté. L'enquête revenus fiscaux (Erf) qui est certes un outil robuste, fournit en année N, des données de l'année N-3 ! Si l'Erf reste une source de référence incontournable pour identifier les éléments de réalité et qu'il existe nécessairement des délais incompressibles, il devra au plan national être mis à disposition un outil provisoire (comme en comptabilité publique) qui serve d'estimation à l'évolution des tendances dont celle de la pauvreté monétaire.

- le second point se rapporte à la nature des données rapportées, et qui traduisent mal, comme nous l'avons déjà dit, la notion de trajectoires et de parcours des personnes dans les champs de la pauvreté. L'ONPES indique la nécessaire mise en place d'études longitudinales sur les personnes, qui existent ailleurs en Europe et en souligne la difficulté. Privilégier les approches matérielles dans ces parcours ne serait cependant pas suffisant, du moins à nos yeux, si les études ne s'accompagnaient pas parallèlement de données ayant trait aux comportements des personnes sur les plans relationnels tant avec les autres qu'avec les institutions et ainsi cerner le lien qu'elles maintiennent avec le milieu social.

- le dernier point enfin que marque l'ONPES est l'intérêt d'une démarche d'indicateurs territorialisés fiables pour offrir des outils solides aux autorités locales et orienter les actions, enfin en permettre le suivi. Ils existent certes dans certains départements mais sans vision d'ensemble au plan régional (à préciser...).

3 : La situation en Île-de-France¹⁷⁰

La pauvreté est plus faible qu'en métropole : en 2002, l'enquête budget de famille fait apparaître une population de "pauvres" (ménages ayant un revenu mensuel en 2002 –par Unité de consommation- inférieur à 718,97 €) de l'ordre de 5% en Île de France contre 9% en France. Cette caractéristique tient comme nous l'avons souvent vue dans le cours de ce rapport à la composition sociale de la région qui compte un nombre élevé de cadres et d'actifs dans des secteurs

¹⁷⁰ Données rassemblées dans le Recueil statistique relatif à la pauvreté et la précarité en Île-de-France au 31 Décembre 2005 établi par la MIPES (Mission d'Information sur la Pauvreté et l'Exclusion Sociale en Ile-de-France)

économiques porteurs, comparé à celui des autres régions. Par exemple à Paris, les revenus fiscaux des 10% des ménages les plus riches sont 10,7 fois plus élevés que celui des 10% des plus pauvres, ce rapport n'étant que (!) de 7 entre riches et pauvres pour l'Île-de-France, de 5 en province et de 5,5 pour l'ensemble du pays. Les chiffres sur ces disparités ont déjà été donnés page 19. Dans les grands traits généraux de la situation de pauvreté rapportés plus haut, ici comme dans tout le pays, les personnes seules et les familles monoparentales se trouvent les plus exposées.

Au 31 Décembre 2005, 505 000 personnes (figure 1) perçoivent un minimum social, soit une hausse de 4,6% par rapport à 2004, moindre que celle enregistrée entre 2003 et 2004 (+ 7%). Seul le nombre de personnes touchant l'Allocation d'Insertion est en diminution (les demandes d'asiles, moindres en Île-de-France, sont à l'origine de cette baisse). Parmi ces personnes, le nombre de bénéficiaires du RMI s'élève à 230 000 soit une progression de 6,9% ; moindre que celle enregistrée en 2004 (+12,3 %) elle reste cependant plus élevée que celle notée sur l'ensemble de la métropole (+4,7 %). Cette évolution s'explique en partie par la réforme de l'assurance-chômage qui, en raccourcissant les durées d'indemnisation par l'UNEDIC, diminue le nombre de chômeurs indemnisés qui basculent très souvent vers le RMI. En considérant toutes les personnes vivant dans ces foyers allocataires, c'est fin 2004, selon les données fournies les caisses d'allocations familiales (CAF)¹⁷¹, près de 1 120 000 de personnes qui vivent dans des foyers allocataires sous le seuil de bas revenus, dont 450 000 enfants. (figure n° 1)

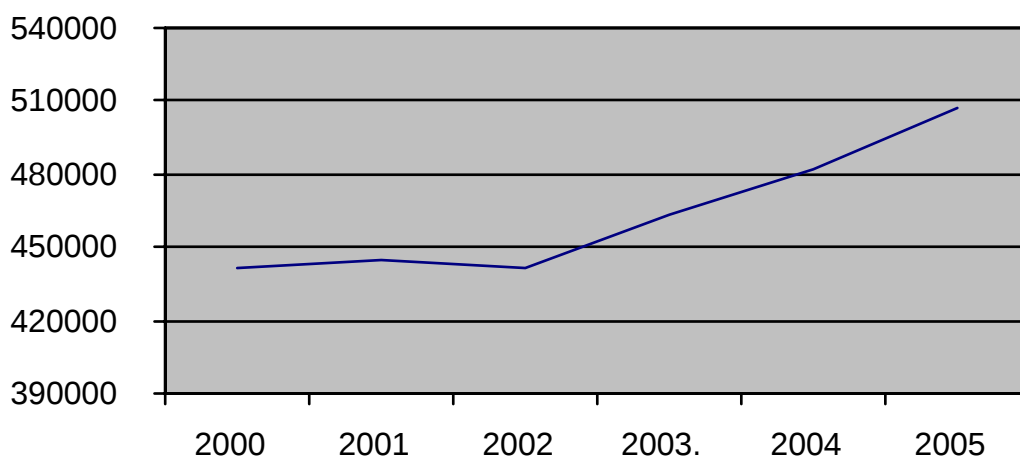


Figure n° 1 : Allocataires à bas revenus au 31 Décembre 2004 - (Source CAF Île de France)

De fortes disparités entre les départements

¹⁷¹ On retiendra d'ailleurs que la mesure des bas revenus par la CAF est, en l'état actuel des choses, une source plus satisfaisante que celle des services fiscaux car sa connaissance locale est meilleure pour ce qui touche à la précarité.

C'est dans le département de la Seine-Saint-Denis que les bénéficiaires des prestations CAF sont les plus nombreux en proportion : plus de la moitié (55%) de la population de ce département vit dans un foyer qui bénéficie d'au moins une prestation CAF (prestations aux familles, aides au logement, minima sociaux). C'est aussi le département qui enregistre la proportion la plus grande de personnes vivant dans un foyer à bas revenus : 17% des personnes qui résident en Seine-Saint-Denis appartiennent à un foyer allocataire en situation de précarité monétaire soit 240 820 personnes.

Cette proportion ne dépasse pas 10% dans les autres départements franciliens et est à 6% dans les Yvelines (soit 78 490 personnes). Néanmoins, certaines communes de ces départements connaissent également des taux de pauvreté importants. Dans les 59 communes de l'IdF dans lesquelles la proportion de population vivant dans un foyer à bas revenus est de 15% ou plus, on trouve outre celles de la Seine-Saint-Denis (24 communes), 2 arrondissements de Paris, 3 dans les Hauts de Seine, 4 dans le Val de Marne, 10 en Seine et Marne, 4 dans les Yvelines, 5 dans l'Essonne et 7 dans le Val d'Oise. Ce sont dans ces communes qu'ont été désignées les zones urbaines sensibles qui relèvent de la politique de la ville et à propos desquelles seront décrites dans ce rapport les questions particulières se rapportant à la santé.

Les personnes seules et les familles monoparentales sont les plus exposées

Comme nous l'avons déjà signalé, ce sont les personnes seules et les familles monoparentales qui sont le plus touchées par la pauvreté : 46% des allocataires franciliens qui vivent sous le seuil de pauvreté sont des personnes seules et 24% des familles monoparentales alors que ces types de ménages ne représentent dans la région respectivement que 35% et 9% des ménages. À l'inverse, les couples avec enfants sont sous représentés parmi les foyers allocataires à bas revenus encore que les familles très nombreuses de quatre enfants et plus soient également exposées aux rigueurs de la précarité.

La moitié des allocataires vivant sous le seuil de pauvreté bénéficie d'un minimum social CAF (le RMI dans 62% des cas). Les personnes exclues de ce dispositif peuvent bénéficier d'une allocation spécifique de solidarité¹⁷² (ASS) mais certains ne touchent aucune allocation sociale : il s'agit surtout de la catégorie des "travailleurs pauvres" qui exerce une activité peu rémunérée (temps partiel, intermittents, travailleurs indépendants ...) et/ou de travailleurs ayant en charge une grande famille.

¹⁷² Instaurée en 1984, elle est destinée aux chômeurs qui ont épuisé leur droit à l'assurance chômage.

Récente reprise de l'augmentation des bénéficiaires du RMI

La CAF verse trois des huit minima sociaux existants : le Revenu Minimal d'Insertion (RMI), l'Allocation Adultes Handicapés (AAH) et l'Allocation de Parent Isolé (API). Depuis sa création en 1988, le RMI n'a jamais bénéficié à autant de personnes : en 2003, 190 000 sont dénombrés soit 45 000 de plus qu'il y a 10 ans. En 2004, le seuil des 200 000 est franchi (+12,3% par rapport à 2003). Après trois années de baisse, l'effectif des bénéficiaires augmente de nouveau depuis 2001, en Île de France comme dans l'ensemble de la métropole (tableau n° 15 de l'ONPES). Si l'on ajoute à ces bénéficiaires les conjoints et les enfants à charge, près de 335 000 personnes dépendant du RMI, soit 3% de la population francilienne, concentrées particulièrement à Paris et en Seine-Saint-Denis. Dans la Région, la situation du logement des bénéficiaires du RMI est très généralement précaire : selon les départements, c'est entre 10 et 17% de ces personnes que l'on trouve soit sans domicile fixe, soit logées dans de si mauvaises conditions qu'aucune aide au logement ne peut leur être attribuée. En métropole, cette situation est moins fréquente et ne concerne que 8% des bénéficiaires.

Augmentation des bénéficiaires de l'API (Allocation Parent Isolé)

Près de 30 000 familles franciliennes monoparentales (dont 99% de femmes) sont concernées par l'API, minimum social CAF le moins versé mais en forte augmentation et depuis 1999, l'Île-de-France en compte 29% en plus. Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette croissance : la création, fin 1998, de l'intéressement, qui maintient temporairement dans le dispositif les bénéficiaires ayant trouvé un emploi, et l'augmentation des naissances chez les plus jeunes, qui ont une vie de couple moins fréquente et moins stable. Mais la principale cause de cet accroissement est la progression des bénéficiaires qui ont en charge un jeune enfant. En effet, l'API peut être versée pendant un an suite à une séparation, un veuvage ou jusqu'aux trois ans du plus jeune enfant à charge. C'est cette catégorie qui voit son effectif croître très fortement.

Des modifications sont intervenues sur le marché du travail

Selon les chiffres de l'année 2005, le taux de chômage régional atteint 9,3% et retrouve son niveau de 2002. Il est inférieur de 0,3 point à la moyenne nationale. Des disparités restent élevées avec 13,2% en Seine-Saint-Denis et 10,3% à Paris. Le nombre de demandeurs d'emploi de catégorie 1¹⁷³ s'élève à près de 500 000 soit une diminution de 9% par rapport à 2004. Cette baisse est plus sensible chez les hommes (-9%) que chez les femmes (-7%) ; ce sont surtout les moins de 25 ans qui en bénéficient le plus et pour la première fois mais elle touche aussi les demandeurs d'emploi de longue durée (-9,5%). Le développement des emplois

¹⁷³ Sont inscrits en catégorie I les personnes sans emploi, immédiatement disponibles, à la recherche d'un emploi à durée indéterminée à temps plein, ayant au plus exercé 78 heures d'activité réduite ou occasionnelle dans le mois

aidés (contrats d'Insertion-Revenu Minimum d'Activité (CI-RMA) et Contrats d'Avenir) mis en place en 2005 peut-être un des éléments de cette évolution. Cependant en Île-de-France, l'utilisation de ces mesures de politique de l'emploi reste plus faible qu'au niveau national.

*

*

*

En conclusion de cette partie, il est intéressant de reprendre ici brièvement, quelques recommandations de l'ONPES car elles résument bien à la fois l'intérêt que présentent les données rapportées dans ce qui précède, mais aussi leurs limites et donc le caractère incomplet qui est le leur .

- le premier impératif est celui d'une amélioration significative des délais de production des indicateurs de pauvreté monétaire. L'enquête revenus fiscaux (Erf) qui est certes un outil robuste, fournit en année N, des données de l'année N-3 ! Si l'Erf reste une source de référence incontournable pour identifier les éléments de réalité et qu'il existe nécessairement des délais incompressibles, il devra au plan national être mis à disposition un outil provisoire (comme en comptabilité publique) qui serve d'estimation à l'évolution des tendances dont celle de la pauvreté monétaire.

- le second point se rapporte à la nature des données rapportées, et qui traduisent mal, comme nous l'avons déjà dit, la notion de trajectoires et de parcours des personnes dans les champs de la pauvreté. L'ONPES indique la nécessaire mise en place d'études longitudinales sur les personnes, qui existent ailleurs en Europe et en souligne la difficulté. Privilégier les approches matérielles dans ces parcours ne serait cependant pas suffisant, du moins à nos yeux, si les études ne s'accompagnaient pas parallèlement de données ayant trait aux comportements des personnes sur les plans relationnels tant avec les autres qu'avec les institutions et ainsi cerner le lien qu'elles maintiennent avec le milieu social.

- le dernier point enfin que marque l'ONPES est l'intérêt d'une démarche d'indicateurs territorialisés fiables pour offrir des outils solides aux autorités locales et orienter les actions, enfin en permettre le suivi. Ils existent certes dans certains départements mais sans vision d'ensemble au plan régional (à préciser...).

ANNEXE 2

Le projet Ville-Santé de l'OMS – Lancé dans le cadre de "Santé 21" (pour 21^{ème} siècle) dans lequel 21 buts ont été définis.

La ville, lieu privilégié pour expérimenter et diffuser la politique de la Santé pour Tous.

La politique de l'OMS se fonde sur une appréhension positive et très large de la santé qui la situe bien au-delà de l'absence de maladie. Dans cette conception dynamique et globale, chercher à améliorer la Santé pour Tous et à réduire les inégalités, c'est s'attaquer aux facteurs qui se conjuguent pour que la santé se gagne ou se perde. Ce sont aux conditions de vie (logement, habitat, transport, nourriture), aux conditions de travail, à la qualité de l'environnement et des relations sociales, à la culture qu'il faut s'intéresser pour développer cette approche qui peut être considérée comme une socio-écologie de la santé. □ La Promotion de la Santé intègre bien entendu les soins et la médecine, mais elle cherche à en élargir le champ en y associant prévention, éducation pour la santé, développement d'un milieu favorable, qu'elle englobe dans une dynamique commune.

Il apparaît tout naturel que l'OMS et les tenants du mouvement de Promotion de la Santé se soient tournés vers les villes. Reprenant la formule qui dit que : "la santé se gagne ou se perd à la maison, à l'école, au travail, là où l'on vit...". On peut ajouter sans aucun risque de se tromper : dans les villes...bruyantes, polluées, dangereuses, lieux de misère, d'isolement, d'exploitation..., les villes peuvent concourir à détruire la santé et l'homme lui-même parfois, mais aussi lieu de vie, de culture, de promotion sociale, d'échanges, de loisirs, de création..., elles appellent la santé et l'épanouissement de tous. □ Promouvoir la santé, c'est une dynamique, et cette dynamique, les villes la possèdent, même si elles ne l'exploitent pas toujours au mieux. Les responsables urbains, dans leur très grande majorité, œuvrent pour le bien-être, la qualité, la santé de leur ville. Les moyens dont ils disposent leur donnent des atouts particulièrement favorables pour agir dans ce sens et développer la santé urbaine ; ils sont proches des habitants et connaissent bien les conditions de leur vie quotidienne. □ Les pouvoirs très étendus, très divers des Maires, permettent à ceux-ci d'agir sur la plupart des éléments de la vie quotidienne des habitants. Ces pouvoirs facilitent la mise en oeuvre de démarches concertées et interpartenariales, ce qui est le fondement même de la démarche de la Promotion de la Santé. □ Le Programme Villes-Santé propose donc aux villes considérées comme des organismes vivants, de décider d'agir pour améliorer leur santé et celle de leurs habitants, en envisageant l'environnement comme une ressource fondamentale à protéger et à enrichir de manière solidaire, dans une perspective aussi bien locale que mondiale. □ "Penser globalement, agir localement" slogan bien connu, retenu dès l'origine par le projet Ville-Santé et repris pour la Journée Mondiale de l'OMS consacrée au thème "Santé-Environnement". □ Le développement du mouvement Villes-Santé, à travers les réseaux, permet d'évoluer en commun dans ce sens.

On définit une Ville-Santé comme une ville qui :

.améliore constamment la qualité de son environnement, □.favorise le développement d'une communauté solidaire et qui participe à la vie de la cité, □.agit en faveur de la santé de tous et réduit les inégalités, □.développe une économie diversifiée et innovante, □.donne à chacun les moyens d'avoir accès à la culture et de réaliser son potentiel de créativité.

On reconnaît une Ville-Santé

.à sa volonté de répondre aux besoins essentiels des citoyens (eau, nourriture, logement, travail, sécurité, statut social), □.à la qualité de son environnement, □.à la force de son tissu social, □.à l'utilisation la meilleure possible des ressources naturelles, □.à la richesse de la vie culturelle, □.à la vigueur et la diversité de son économie, □.aux conditions d'accès aux services publics et privés, □.au degré de contrôle que les habitants exercent sur les décisions qui les concernent, □.à l'état de santé de la population.

Un exemple : la Ville de Boulogne-Billancourt a retenu à parmi différentes actions, la prévention du surpoids/obésité des jeunes

PRÉVENTION

Un fruit à ma récré

alimentation, nutrition

Boulogne-Billancourt

enfants

Objectif :

Sensibiliser les enfants de 3 à 11 ans à l'importance d'une alimentation équilibrée afin d'éviter le grignotage et les informer sur le rôle des fruits et des légumes au cours de leur repas. Informer ainsi indirectement les parents sur l'équilibre alimentaire et l'excès de consommation.

Campagne « des fruits à l'école contre l'obésité »

Pendant 3 semaines, en mars, juin et octobre 2003 et pendant 2 semaines au printemps et à l'automne en 2004, la Ville a organisé une distribution de fruits gratuite pendant la récréation du matin : « mangez des fruits plutôt que des gâteaux à la récréation... ». A cette occasion, les infirmières scolaires et la diététicienne sont passées dans toutes les classes afin de prodiguer quelques conseils alimentaires et parler de l'activité physique.

Secteurs municipaux : Direction des affaires scolaires.

Partenariat : oui

Service de pédiatrie de l'hôpital.

Participation de la population : oui

Référence Santé 21 :

- BUT 2 : ÉQUITÉ EN MATIÈRE DE SANTÉ (les politiques fiscale, éducative, sanitaire et sociale

permettant de réduire les inégalités et favorisant une meilleure justice sociale)

- BUT 3 : DÉMARRER DANS LA VIE EN BONNE SANTÉ

- BUT 4 : SANTÉ DES JEUNES

- BUT 8 : FAIRE RECULER LES MALADIES NON TRANSMISSIBLES

- BUT 11 : ADOPTER DES MODES DE VIE PLUS SAINS (alimentation ; activité physique ; transport)

Référence Charte d'Ottawa : DEVELOPPER LES CAPACITES INDIVIDUELLES

LES ACTES

7e colloque francophone des Villes-Santé de l'O.M.S. et des Villes et Villages en Santé

Bruxelles du 22 au 24 mars 2004

À l'occasion de leur 7ème colloque, les réseaux francophones ont souhaité ré-examiner les principes fondateurs du mouvement Villes-Santé à partir des expériences de chacun.

Les actions présentées, ont été menées dans le cadre d'une approche globale Ville-Santé, elles ont été identifiées en fonction d'un milieu de vie particulier en référence au But 13* de la Santé pour tous au 21ème siècle de l'OMS et ont été analysées à la lumière des principes des projets Villes-Santé (intersectorialité, participation, partenariat).

"D'ici 2015, les habitants de la Région devraient avoir des possibilités accrues de vivre dans un cadre physique et social favorable à la santé, chez eux, à l'école, sur leur lieu de travail, dans leur localité»" - Bureau de l'O.M.S. pour l'Europe.

Lors du colloque francophone des Villes-Santé de l'OMS, différentes villes de France, de Belgique, d'Italie... rapportèrent des expériences sur des politiques originales menées sur des expériences de promotion de la Santé. L'une d'elles est rapportée dans ce qui suit et concerne la Ville de Saint-Denis de Île-de-France.

Atelier 3 : Nouvelles pratiques participatives

SAINT-DENIS

De la recherche d'une véritable place pour les citoyens dans une démarche de promotion de la santé

Présentation d'un dispositif de **“Référentes Santé Quartier”**

Afin de répondre aux besoins constatés sur le terrain d'enclencher ou de ré-enclencher les conditions d'un dialogue local sur les questions de santé et de mobiliser les forces en présence dans une dynamique territoriale, la Ville de Saint-Denis a initié un programme original de Référentes Santé Quartier qui vise à la fois à la promotion de la santé des habitants et à la territorialisation de la politique municipale de santé. D'abord financé dans le cadre de la Politique de la Ville, le dispositif est aujourd'hui porté par la Ville de Saint-Denis qui en s'appuyant sur les résultats positifs de plusieurs expériences a créée en Mai 2000 trois postes à temps plein de Référentes Santé Quartier. Les personnes recrutées sont des animatrices expérimentées en gestion de projet.

Pour la Ville de Saint-Denis, engagée dans le projet “Ville-Santé” de l'OMS depuis 1987, la santé n'est pas uniquement l'absence ou non de maladie. C'est un équilibre dynamique, tant individuel que collectif, qui dépend d'un grand

nombre de facteurs et de la capacité que développe les individus à s'adapter à leur environnement et à agir sur lui. Par ailleurs, reconnaître que la population possède une propre expertise de sa santé et qu'elle a en mains des moyens d'action complémentaires à ceux des acteurs professionnels est devenu une nécessité. La promotion de la santé repose sur des valeurs démocratiques, refusant de cantonner les citoyens dans le rôle de consommateurs de soins. L'action inter-sectorielle est elle aussi indispensable parce que la santé ne se limite pas à ses aspects médicaux, qu'elle est déterminée par de multiples facteurs demandant la collaboration de secteurs habituellement autonomes, voire cloisonnés (comme le sanitaire, la propreté, l'enseignement, la culture, le sport, les commerces, le social, la jeunesse, l'enfance...) Ainsi il ne s'agissait pas de créer de nouvelles structures mais de réveiller les potentialités et de créer les conditions d'un dialogue et d'une collaboration entre professionnels et habitants, pour mieux répondre ensemble aux problématiques de santé rencontrées sur les quartiers. La majorité des solutions résidant dans la confrontation des points de vue et dans la coopération. (Sources «Bruxelles santé - Numéro spécial - 1998»). C'est pourquoi le métier, original, de Référentes Santé Quartier a été inventé pour essayer d'améliorer les réponses aux problèmes de santé exprimés par des habitants, des professionnels et des structures, indépendamment des logiques et des enjeux de chacun, et pour aider à la mise en œuvre d'orientations de santé publique quand celles-ci sont mal prises en compte par le terrain.

L'emploi de Référentes Santé Quartier se singularise par un statut professionnel particulier. Les Référentes n'ont en effet pas de responsabilité directe en matière de gestion d'actions de soins et/ou de prévention. Elles sont disponibles pour s'impliquer sur des problématiques de santé publique ou concernant d'autres déterminants à incidence sur la santé. Elles ont aussi un positionnement transversal leur permettant d'avoir une vision plus globale des problèmes entre les secteurs et de mieux mobiliser chacun d'eux. Il en résulte une capacité critique et un potentiel créatif utiles pour rechercher les moyens de résoudre les problèmes de santé repérés dans les quartiers et aider à construire collectivement des réponses nouvelles.

L'intervention s'oriente dans quatre directions :

- la sensibilisation du plus grand nombre sur les enjeux de la santé dans toutes les dimensions de la vie des habitants ;
- la recherche et la valorisation permanente de la participation active des habitants dans la mise en œuvre des projets, en tenant compte de leurs caractéristiques socio-démographiques, de leurs demandes et de leurs difficultés ;
- la promotion du partenariat en santé, l'aide à la construction d'actions

collectives en s'appuyant sur ce qui existe localement et le soutien à la coordination des interventions (actions initiées par les acteurs de proximité ou à la demande de la Direction de la Promotion de la Santé) ;

- le développement de la communication en santé, non seulement à travers la diffusion d'informations mais aussi à travers l'observation de l'état de la santé des populations et des ressources locales.

La mise en œuvre se traduit par des approches multiples, très diversifiées, partant de la complexité de la réalité des terrains. On peut ainsi observer :

- des points d'accueil santé de proximité (avec une information, voire d'éventuelles orientations du public) ;
- des actions collectives avec des habitants (ateliers santé, animations de groupe, séances de débat-information, production d'outils de prévention et d'expression...) ;
- des actions qui cherchent à adapter les pratiques de soins et de prévention (aide au repérage des dysfonctionnements, mise en lien...);
- des actions qui visent le décroisement des acteurs et permettent de mieux traiter les problématiques de santé à l'échelle du quartier (groupe de travail pluri-partenarial, rencontres de sensibilisation et d'information transversales).

Citons aussi une fonction de veille sur les quartiers, c'est-à-dire de repérage des problèmes et des ressources locales.

Enfin quelques accompagnements individuels (en réponse à des demandes très particulières d'habitants), toujours en lien avec les travailleurs sociaux du quartier, afin de faciliter la mise en réseau et de renforcer l'identification des difficultés rencontrées au cours des parcours de soins.

Après trois années de fonctionnement, le programme des Référentes Santé Quartier est maintenant reconnu pour son intérêt et son efficacité. Les référentes sont positionnées clairement dans la plupart des quartiers. Elles sont identifiées par un grand nombre d'acteurs comme des personnes ressources pour tout ce qui touche aux questions de la santé et en particulier pour le soutien aux actions collectives de promotion de la santé. Des états des lieux des différents quartiers s'affinent, un fichier de partenaires territoriaux s'édifie, des actions transversales se développent sensiblement.

Le travail de mise en réseau des partenaires sanitaires, sociaux ou associatifs, se renforce lui aussi avec le souci permanent de bien délimiter les niveaux d'intervention de chacun y compris de celui des Référentes Santé au regard de ceux des autres intervenants dans cette problématique de la promotion de la santé où les déterminants sociaux jouent un rôle central (avoir un logement, de quoi se nourrir, vivre en sécurité, être éduqué, être reconnu...).

L'adhésion du public se ressent : 150 personnes présentes à la projection du film « Mémoire d'immigrés », 250 personnes aux « quatre journées santé du quartier Floréal/Saussaie/Courtille », 85 personnes aux projections « Sida, sauf votre respect », 150 personnes à l'après-midi festif du quartier Saint-Rémy.... Des témoignages de satisfaction des acteurs du terrain remontent.

Ces exemples montrent que la santé d'une population ne renvoie pas seulement à la qualité des soins ou à la responsabilité des habitants face à leurs habitudes de vie, mais qu'elle touche aussi à l'amélioration de la qualité de l'environnement social. C'est une expérimentation d'une autre pratique de l'intervention municipale en santé.

Cependant, si ce dispositif de Référentes Santé Quartier est reconnu et apprécié, voire plébiscité par un nombre croissant de partenaires, il se heurte aussi à plusieurs obstacles:

- Celui du défi de la participation de la population, laquelle ne se décrète pas ni ne se planifie. Il s'agit plutôt de saisir des opportunités et des aspirations locales quand elles se présentent, ce qui explique un temps d'immersion incontournable et un temps de latence parfois important avant l'apparition de projets concrets.
- Celui de la difficulté à entretenir les dynamiques impulsées et à les démultiplier dans d'autres quartiers. Cela suppose une ré-appropriation de certaines activités par les structures existantes. Mais passer le relais, même si cela est une nécessité, n'est pas toujours concevable, ni faisable.
- Celui de l'intersectorialité : les Référentes santé quartier se heurtent comme d'autres agents de développement social aux contraintes organisationnelles de certains services, avec leurs logiques et leurs intérêts de travail propres. Le bon déroulement de la mission dépend largement de la volonté et du niveau d'implication des services et des structures locales.
- Celui de la complexité de certains problèmes qui dépassent très largement le champ de la santé et du local (habitat insalubre par exemple). Si les projets se conduisent à l'échelle du quartier, certaines questions s'analysent et interpellent souvent au-delà, ce qui interroge sur comment mieux faire exprimer la demande sociale dans la sphère de la décision.
- Celui de la durée. L'intervention des Référentes n'est pas pensée comme ponctuelle mais dans la durée, face à des processus compliqués et des situations qui dépassent souvent le cadre du quartier. Cela demande une grande continuité des efforts et de véritables stratégies à moyen et à long terme (avec par exemple des moments forts qui viennent renforcer l'action au quotidien), mais gênant alors l'arrivée de nouveaux chantiers.
- Enfin, celui de l'habitant qui n'est pas un partenaire comme les autres. L'inciter à mieux se prendre en charge, à développer des comportements plus autonomes et plus responsables par rapport à sa santé, tant à l'échelon individuel qu'à l'échelon collectif du quartier, se heurte d'une part à la conception

classique de l'intervention dans la plupart des services et administrations, et d'autre part à un nouveau problème en progression : le manque d'intérêt du public chez qui l'usage de la vidéo et de la télévision est venu remplacer la nécessité de construire des liens sociaux.

Au final, ce programme de Référentes Santé Quartier n'a pas la prétention de résumer à lui seul l'intervention en promotion de la santé de la Ville de Saint-Denis. D'autres acteurs, d'autres expériences nombreuses, sont aussi à mentionner. Mais il a vocation à être un fil directeur pour éveiller les curiosités, encourager les échanges, nourrir les débats et enrichir l'expérience dans un domaine où beaucoup reste à faire pour l'intégration des citoyens dans une démarche de promotion de la santé.