

# Proposition pour un corpus d'indicateurs caractérisant la réduction des inégalités de santé en Bretagne

Etude réalisée à la demande de la Direction Régionale  
des Affaires Sanitaires et Sociales de Bretagne

Avril 2006



## **Observatoire Régional de Santé de Bretagne**

Adresse Postale : CS 70625 - 35706 RENNES CEDEX 7  
Téléphone - 02 99 14 24 24 - Télécopie - 02 99 14 25 21  
E-mail : [orsb@orsbretagne.fr](mailto:orsb@orsbretagne.fr) - <http://www.orsbretagne.fr>

---

**PROPOSITIONS POUR UN CORPUS D'INDICATEURS CARACTÉRISANT  
LA RÉDUCTION DES INÉGALITÉS DE SANTÉ EN BRETAGNE**

---

Avec la participation de :

**Mr. CLAPPIER Philippe** <sup>1</sup>  
**Mme LERAY Emmanuelle**<sup>2</sup>  
**Mme PIQUET Odile**<sup>3</sup>  
**Mr. TREHONY Alain**<sup>3</sup>

**Avril 2006**

---

<sup>1</sup> ICONES, 4 Allée René Hirel, 35000 RENNES

<sup>2</sup> Département de Santé Publique, Faculté de Médecine, 2 avenue du Professeur Léon Bernard, CS 34317, 35043 RENNES Cedex

<sup>3</sup> Observatoire Régional de Santé de Bretagne, 8 D Rue Franz Heller, CS 70625, 35706 RENNES Cedex 7



## SOMMAIRE

CONTEXTE ET INTRODUCTION .....	6
MÉTHODOLOGIE .....	10
PROPOSITION POUR UN CORPUS D'INDICATEURS CARACTÉRISANT L'OBJECTIF DE LA RÉDUCTION DES INÉGALITÉS DE SANTÉ.....	14
I.    LA MORTALITÉ.....	17
I.1.    La mortalité générale.....	17
I.2.    La mortalité par causes de décès .....	19
II.   LA MORBIDITÉ.....	21
II.1.   Les affections de longue durée .....	21
II.2.   Le cancer .....	23
II.3.   Les maladies cardiovasculaires .....	25
II.4.   Le statut pondéral.....	26
II.5.   La santé bucco-dentaire.....	29
II.6.   Périnatalité .....	30
II.7.   Le suicide .....	31
II.8.   Santé et travail .....	33
II.9.   Handicap et incapacité .....	35
III.  LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ .....	36
III.1.  Tabac, alcool, drogues, médicaments psychotropes .....	36
III.2.  La prise en charge des problèmes de santé .....	37
III.3.  L'offre de soins .....	38
III.4.  L'accès aux soins .....	39
IV.  TABLEAU RÉCAPITULATIF DES INDICATEURS PROPOSÉS .....	40
ANNEXES .....	46



## **CONTEXTE ET INTRODUCTION**



Le Plan Régional de Santé Publique en Bretagne a trois objectifs généraux exprimant chacun une finalité de santé publique :

- ✓ Diminuer la mortalité prématurée.
- ✓ Réduire les inégalités de santé.
- ✓ Améliorer la qualité de vie.

Si chacun des objectifs ne peut être quantifié en terme de résultats à atteindre à la fin du plan, ceux-ci peuvent par contre être documentés par des corpus d'indicateurs afin d'en suivre l'évolution au cours du plan.

Le premier objectif "Réduire la mortalité prématurée" est d'ores et déjà alimenté par de nombreux indicateurs repérés et pour partie recueillis. Les deux autres le sont nettement moins et un travail de conception de corpus adaptés s'avère nécessaire.

A la demande de la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales de Bretagne, l'Observatoire Régional de Santé de Bretagne, le Département de Santé Publique de la Faculté de Médecine de Rennes ainsi que la société ICONES ont donc associé leurs compétences pour travailler à une proposition d'un corpus d'indicateurs susceptibles de caractériser en Bretagne l'objectif 2 du PRSP : "Réduire les inégalités de santé".

Les résultats de cette réflexion font l'objet du présent rapport.

Après un rappel de la méthode mise en œuvre pour aboutir à cette proposition, les indicateurs susceptibles de constituer le corpus sont ensuite exposés et ordonnés selon trois grands axes qui structurent généralement toutes les études portant sur les inégalités de santé :

- ✓ Les inégalités de mortalité.
- ✓ Les inégalités de morbidité.
- ✓ Les inégalités portant sur les déterminants de la santé.

Pour chacun de ces grands chapitres, l'intérêt et les possibilités comparatives ont été pris en compte, tant au niveau géographique, démographique que social. C'est en effet dans le choix des différents groupes à comparer vis-à-vis d'indicateurs susceptibles de caractériser la santé que l'objectif de réduction des inégalités de santé pourra être documenté.



## **MÉTHODOLOGIE**



La conception d'un corpus d'indicateurs susceptibles de renseigner la réduction des inégalités de santé en Bretagne s'est organisée en trois phases distinctes et successives.

☑ **Phase 1 : recherche bibliographique**

L'objectif de cette première phase a été de rechercher et de lister dans la littérature les indicateurs quantitatifs et qualitatifs utilisés pour caractériser les inégalités de santé.

Cette phase a permis l'élaboration d'un document écrit joint en annexe 1.

☑ **Phase 2 : recherche de l'existant en Bretagne**

L'objectif de cette seconde phase a été, à partir du rapport concluant la phase 1 de l'étude, de rechercher et de lister les indicateurs existants en Bretagne.

Cette phase a permis l'élaboration d'un document écrit joint en annexe 2.

☑ **Phase 3 : l'élaboration du corpus d'indicateurs**

A la suite de ces deux premières phases, l'élaboration d'une proposition d'un corpus d'indicateurs susceptibles de caractériser les inégalités de santé s'est appuyée d'une part sur les documents produits en phases 1 et 2, d'autre part sur la mise en place d'un groupe de travail réuni sur une demi-journée le 24 mars 2006.

Les membres de ce groupe de travail dont la liste est fournie en annexe 3 ont donc été destinataires des documents de phases 1 et 2 puis ont été invités à donner leurs avis sur la pertinence et la faisabilité des indicateurs au cours de la réunion du 24 mars.

La composition du groupe de travail s'est faite en collaboration avec la DRASS et a été déterminée en fonction de l'appartenance de chacun des invités à des institutions dont le point de vue, les compétences et les ressources en tant que fournisseurs de données potentiels devaient être pris en compte.

Lorsque la présence des personnes invitées à la réunion du groupe de travail n'a pas été possible, ceux-ci, dans la mesure de leur disponibilité et des délais impartis pour la réalisation du présent travail, ont été consultés via des entretiens téléphoniques où leurs réflexions ont pu être prises en compte.

**Parallèlement, le suivi par un comité de pilotage**

Parallèlement aux trois étapes précitées, un comité de pilotage principalement composé de représentants de la DRASS et des trois opérateurs du présent rapport a été mis en place pour le suivi et de la validation du travail réalisé.

Celui-ci s'est donc réuni à trois reprises :

- ✓ Le 11 janvier 2006 afin de préciser les objectifs du travail attendu.
- ✓ Le 17 février 2006 afin de présenter les rapports concluant les phases 1 et 2 du présent travail (jointes en annexes 1 et 2).
- ✓ Le 10 avril 2006 afin de présenter une première version soumise à discussion d'un corpus d'indicateurs susceptibles de caractériser les inégalités de santé. La remise du travail finalisé étant prévue fin avril 2006.

**PROPOSITION POUR UN CORPUS D'INDICATEURS  
CARACTÉRISANT L'OBJECTIF DE LA RÉDUCTION  
DES INÉGALITÉS DE SANTÉ**



Comme énoncé précédemment, la proposition d'un corpus d'indicateurs susceptibles de caractériser les inégalités de santé est structurée autour de trois grands axes, eux-mêmes déclinés en sous chapitres, qui structurent généralement les études portant sur ce sujet :

- ✓ La mortalité.
- ✓ La morbidité.
- ✓ Les déterminants de la santé.

Pour chaque chapitre ont été recensés :

- Les indicateurs qui paraissent les plus pertinents au regard soit de leur disponibilité actuelle, soit d'une possibilité éventuelle et/ou future d'obtention.
- Les groupes ou sous groupes de populations avec lesquels ces indicateurs pourraient être croisés :
  - ✓ Au niveau géographique (inter ou infra régional).
  - ✓ Au niveau démographique (âge, sexe, ...).
  - ✓ Au niveau social (PCS, métier, couverture sociale, ...).

Par la même, ce sont bien les perspectives comparatives qui ont été prises en compte pour chacun des indicateurs.

# I. LA MORTALITÉ

## I.1. LA MORTALITE GENERALE

- ☑ **Parmi les différents calculs d'espérance de vie**, l'espérance de vie à 35 ans, seuil habituellement utilisé vis-à-vis de l'hypothèse selon laquelle les pratiques et caractéristiques sociales des individus sont suffisamment stabilisées (notamment en terme de profession), paraît un indicateur pertinent pour caractériser les inégalités de santé.

Par contre, et contrairement à l'espérance de vie à la naissance, cet indicateur issu des données INSEE, n'est pas disponible au niveau infra-national.

Une négociation pourrait être engagée avec cet organisme pour obtenir d'une part cet indicateur au niveau régional voire infra-régional, d'autre part pour envisager une perspective comparative selon le sexe et la PCS (au premier niveau).

Les perspectives comparatives ne seraient donc pas inter-régionales (indicateur non disponible en région) mais entre la Bretagne et la France et/ou en infra-régional. Une comparaison de cet indicateur dans le temps peut aussi être envisagée.

- ☑ **La mortalité prématurée** (avant 65 ans : âge choisi de manière consensuelle actuellement au niveau national) donne lieu au calcul de l'indicateur "Indice comparatif de mortalité prématurée" (ajusté sur l'âge et le sexe d'une population de référence).

Cet indicateur, directement disponible pour la région, pour les départements et selon le sexe permet d'observer indirectement les inégalités de santé selon l'appartenance géographique et le sexe des personnes. Par contre, la mise en disponibilité des données issues du service CépiDC de l'INSERM demande un délai d'approximativement 3 ans. La prise en compte de cet indicateur s'inscrit ainsi dans une perspective de comparaison à moyen terme selon des analyses répétées dans le temps et à intervalles réguliers. Le regard porté sur l'impact du PRSP ne pouvant être que différé.

La prise en compte de l'indice comparatif de mortalité prématurée au niveau des 21 pays de Bretagne ne paraît pas pertinent du fait du regroupement nécessaire de la mortalité sur les années allant de 1997 à 2001 (données disponibles en 2005) afin d'obtenir des effectifs suffisants dans chaque pays pour procéder à des comparaisons. Le regard sur l'impact du PRSP étant de ce fait trop différé, y compris dans une perspective de comparaison selon des analyses répétées à intervalles réguliers.

Par contre et pour l'avenir, il pourrait être envisagé de faire évoluer l'âge de référence de 65 à 75 ans, en particulier pour les femmes dont l'espérance de vie est supérieure à celle des hommes, ce qui permettrait d'accroître les effectifs de décès prématurés. Cet ajustement pourrait être mis en œuvre dès lors que la norme évoluera au niveau national. La possibilité de comparaison entre les 21 pays de Bretagne pourrait donc à ce moment être réexaminée en observant si les effectifs de décès prématurés deviennent suffisant pour obtenir des informations sur des périodes chronologiques cohérentes avec celle du PRSP.

## I.2. LA MORTALITE PAR CAUSES DE DECES

Ces données, issues du service CépiDC de l'INSERM peuvent être prises en compte dans le cadre d'indicateurs caractéristiques des inégalités de santé, en particulier pour un certain nombre de pathologies reconnues comme étant discriminantes vis-à-vis d'éléments de catégorisation sociale (PCS par exemple).

De plus, et au regard de la situation spécifique de la Bretagne en termes de causes de mortalité et d'orientation du PRSP, on pourra retenir comme indicateurs la mortalité par :

- ✓ Cancer du poumon.
- ✓ Cancer des voies aéro-digestives supérieures.
- ✓ Cancer de l'œsophage.
- ✓ Cancer du col utérin.
- ✓ Cancer du sein.
- ✓ Cancer colorectal.
- ✓ Maladies cardio-vasculaires.
- ✓ Maladies liées à l'alcoolisme.
- ✓ Suicide.

Dans une perspective comparative, ces données sont directement accessibles sur le site du CépiDC : [www.cepiddc.vesinet.inserm.fr](http://www.cepiddc.vesinet.inserm.fr) pour la dernière période observée qui couvre les années de 2000 à 2002. Sont donc disponibles les indicateurs par cause de mortalité aux niveaux régional et départemental ainsi que par sexe et âge. Rétroactivement, il est aussi possible de comparer ces indicateurs selon les précédentes périodes observées pour un territoire donné.

De fait, les comparaisons inter ou infra-régionales ainsi que par sexe et âge sont possibles. Le suivi de ces indicateurs dans le temps (perspective de moyen terme) est aussi à mettre en œuvre même si l'indisponibilité des données de mortalité sur une période d'environ 3 ans ne peut documenter l'impact du PRSP sur les inégalités de santé que de façon différée.

Par contre et après discussion avec les responsables du service CépiDC de l'INSERM, il s'avère que les données socio-économiques (PCS) issues des certificats de décès et fournies par l'INSEE à l'INSERM ne concernent que les hommes actifs de 25 à 54 ans (l'INSEE considérant que le nombre de femmes inactives est trop important pour procéder à des calculs de taux standardisés de décès par PCS : difficulté majeure pour trouver une population de référence).

De plus, et du point de vue des responsables du service CépiDC, l'analyse par PCS pour les hommes dans les tranches d'âge considérées est imparfaite et peu exhaustive au niveau national. Les perspectives d'analyse aux niveaux régionaux ou départementaux ne sont donc pas envisageables avec un problème accru lié à la faiblesse des effectifs.

Enfin, aucune amélioration du système d'information ne semble envisagée à l'avenir par l'INSEE dont les choix sont aussi liés à des contraintes économiques.

Les perspectives de croisement des données de mortalité avec la PCS ne peuvent donc être retenues dans le cadre des indicateurs du corpus en Bretagne.

Signalons pour finir que le projet EDISC mené conjointement par l'INSERM (U 88) et basé sur l'Echantillon Démographique Permanent de l'INSEE (EDP : environ 1/100<sup>ème</sup> de la population française) sur le thème de l'étude de l'évolution des inégalités sociales par causes médicales de décès (en réalité orientées sur la mortalité générale et la mortalité par cancer) d'une part souffre d'un décalage d'environ 10 ans quant aux données exploitées (les dernières données exploitées remontent à l'année 1996), et d'autre part ne permet pas d'exploitation hors des données nationales au regard de la faiblesse des effectifs de mortalité par cause dans l'échantillon EDP. Les indicateurs issus de ce projet ne peuvent donc pas non plus être retenus dans le cadre du présent travail.

## **II. LA MORBIDITÉ**

### **II.1. LES AFFECTIONS DE LONGUE DUREE**

Les régimes d'assurance maladie fournissent des statistiques annuelles sur les admissions en Affection de Longue Durée (ALD) et permet ainsi des calculs d'incidence.

Cependant, comme pour la mortalité, ces données souffrent d'un décalage entre observations et analyses (dernières données parues en 2005 pour les ALD reconnues en 2002). Elles sont publiées par la Fnors – Score santé pour le niveau régional.

Actuellement les données concernant les ALD issues de "score santé" constituent une source d'information. Elles sont disponibles pour les 3 régimes (général, MSA, CMR) aux niveaux nationaux et régionaux.

D'ores et déjà et à partir de cette source d'information, des comparaisons interrégionales et dans le temps sont envisageables.

Pour l'avenir, une convention est actuellement en négociation pour obtenir des données aux niveaux départemental et local.

Par ailleurs, l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie de Bretagne a mis en place en 1999, à partir des données de l'année, une étude régionale de prévalence et d'incidence sur quatre ALD<sup>1</sup> (cancers du sein, recto-colique, utérus, poumon) standardisée sur le sexe et l'âge et après avoir scindé la région en 35 zones géographiques distinctes (regroupements de cantons).

De l'avis des représentants de cet organisme, il est envisageable de remettre en place ce travail sur d'autres ALD avec une périodicité d'environ deux ans, permettant ainsi d'obtenir environ trois relevés sur la période du PRSP.

---

<sup>1</sup> Ces quatre cancers avaient été sélectionnés en raison de leur prévalence élevée.

Au préalable, une étude de faisabilité et des négociations pourraient être engagées :

- ✓ Avec les services médicaux (au-delà du régime général, avec la MSA et la CMR) afin de les associer au travail sur ces indicateurs, permettant ainsi d'obtenir un regard plus exhaustif sur les pathologies choisies.
- ✓ Avec les CPAM afin de pouvoir chaîner les données de morbidité liées aux ALD (sous réserve d'accord CNIL) aux données administratives, permettant ainsi d'obtenir des possibilités de croisements entre pathologies et données sociales.

Les pathologies sur lesquelles pourraient s'appuyer ces relevés d'incidence et de prévalence standardisés sont, comme pour la mortalité, proposées en fonction de leur apport informatif vis-à-vis des inégalités de santé. Celles-ci pourraient donc être :

- ✓ Cancer du poumon.
- ✓ Cancer des voies aéro-digestives supérieures.
- ✓ Cancer de l'œsophage.
- ✓ Cancer du col utérin.
- ✓ Cancer du sein.
- ✓ Cancer colorectal.
- ✓ Maladies cardio-vasculaires.
- ✓ Maladies liées à l'alcoolisme.

Les perspectives comparatives, au-delà des possibilités éventuelles liées à un accord avec les CPAM, sont de fait géographiques (inter et infra-régionales), démographiques (sexe et âge) ainsi que dans le temps (évolution).

## II.2. LE CANCER

Au-delà des travaux qui restent à mener pour obtenir l'évaluation de l'incidence et de la prévalence de certains cancers à partir des admissions en ALD (voir à ce propos le chapitre II.1), une seconde piste pourrait être explorée.

En 2004, à la suite d'un travail réalisé conjointement par la DRASS et l'ORS de Bretagne à partir des données issues du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) régional pour les années 2001 et 2002, une estimation standardisée de l'incidence des cancers colorectaux et du sein a été réalisée grâce à un chaînage des séjours hospitaliers permettant de les relier entre eux et prendre ainsi en compte l'unité statistique "individu" au lieu de celle du "séjour hospitalier".

Ce travail pourrait donc être éventuellement reconduit, pérennisé et étendu à d'autres localisations discriminantes en terme d'inégalités de santé (cancers du poumon, des voies aéro-digestives supérieures, de l'œsophage, du col utérin, du sein, colorectal).

Cette solution pourrait être envisagée pour les calculs d'incidence et de prévalence en complémentarité des calculs d'incidence s'appuyant sur les déclarations ALD. Même si ce type de recueil n'est exhaustif qu'en termes d'incidence et de prévalence hospitalière, l'hypothèse selon laquelle l'incidence et la prévalence hospitalière approchent l'exhaustivité et la réalité pour des pathologies très souvent hospitalisées (du type du cancer du poumon par exemple) reste valable. Par contre, l'incidence peut être sensiblement surestimée, particulièrement au cours des premières années de recueil du fait d'une impossibilité de différencier les nouveaux cancers des récurrences après une période de rémission. Ce biais devrait s'atténuer au fil du temps et rendre ainsi ce recueil pertinent et complémentaire au travail réalisé sur les ALD.

Les perspectives comparatives sont géographiques (infra-régionales), démographiques (âge et sexe) ainsi que dans le temps.

Enfin et vis-à-vis des cancers, l'élément de survie est fortement lié aux inégalités de santé. Cet indicateur qui pourrait être retenu vis-à-vis des localisations précitées ne peut être à priori mis en œuvre qu'à partir d'un registre des cancers susceptible de suivre des cohortes de patients dans le temps.

Actuellement en Bretagne, et au-delà du registre du cancer des enfants pour lequel le nombre de cas est trop faible pour être pris en compte dans le cadre de ce travail, un seul registre existe localisé dans le département du Finistère et s'intéressant aux cancers digestifs (et depuis 2003 aux cancers du sein). Ce registre n'est renseigné que sur des éléments socio-démographiques et médicaux (diagnostic, modalités thérapeutiques). Mises à part les données géographiques (domicile du patient), il ne comporte pas de données susceptibles d'alimenter la connaissance des inégalités de santé.

Toutefois et en prévision d'un futur registre des cancers mis en œuvre au niveau régional à partir du centre de référence (qui ne concerne bien entendu que les patients soignés), il paraît important de pouvoir demander qu'au-delà des éléments socio-démographiques et médicaux, des variables socio-économiques puissent être prises en compte dans le recueil. Ces variables pourraient à minima concerner la PCS des personnes ainsi que le niveau d'étude (soit selon la classification DREES : 4 niveaux, soit selon la classification du baromètre santé : 8 niveaux. Voir à ce propos les classifications en annexe 1). Ces éléments devront être négociés en amont de la mise en œuvre du registre. Comme vu précédemment, les localisations concernées pourraient être les mêmes que celles prises en compte dans les autres recueils (ALD, PMSI) de façon à obtenir un tableau cohérent et complémentaire entre incidence et survie après diagnostic.

Les perspectives comparatives vis-à-vis des indicateurs de survie pourraient donc être géographiques (inter et infra-régionale), démographiques (sexe et âge), socio-économiques (PCS et niveau d'étude) ainsi qu'un regard sur l'évolution dans le temps.

## II.3. LES MALADIES CARDIOVASCULAIRES

Comme pour les cancers, au-delà du travail qui reste à mener pour obtenir l'évaluation de l'incidence et de la prévalence à partir des admissions en ALD (voir à ce propos le chapitre II.1), ces affections sensibles aux conditions de vie constituent un appui pertinent en terme d'indicateurs documentant les inégalités de santé notamment sociales.

Une première approche peut être envisagée à partir des consultations médicales dans les Centres d'Examens de Santé (CES) où des analyses comparatives entre les consultants en situation de précarité (CMU) et les autres consultants sont réalisées. Les indicateurs pris en compte pour les pathologies cardiovasculaires sont les électrocardiogrammes pathologiques et les tensions artérielles élevées. Cette approche comporte en elle-même deux inconvénients :

- ✓ Vis-à-vis des inégalités de santé et de l'accès aux soins, les personnes ciblées comme étant en état de précarité (CMU) bénéficient souvent d'une complémentaire leur donnant la possibilité d'un remboursement complet de leurs frais. Les personnes victimes des effets de seuils (juste au dessus des minima sociaux) ne sont pas enregistrées comme en situation de précarité même si l'absence éventuelle de complémentaire vient majorer les difficultés d'accès aux soins.
- ✓ Le recrutement dans les CES est aléatoire et dépend largement des pratiques locales d'un CES à l'autre, d'un département à l'autre. Les populations consultantes ne sont donc pas représentatives et des biais de sélection peuvent intervenir.

Ces deux inconvénients imposent un travail préalable au niveau méthodologique, travail nécessaire pour cette approche qui pourrait ainsi se réaliser sous certaines conditions d'harmonisation des protocoles de recueil (voir à ce propos le chapitre III.4.).

Par ailleurs, une seconde approche peut être envisagée à l'avenir. Il est en effet prévu la mise en œuvre future d'un registre régional des infarctus géré par le service de cardiologie du Centre Hospitalier de Pontchaillou à Rennes.

Comme pour le registre des cancers (voir chapitre II.2), ce registre pourrait permettre des relevés d'indicateurs liés à l'incidence et à la survie des personnes.

Les perspectives comparatives pourraient être géographiques (inter et infra-régionales), démographiques (sexe et âge) mais aussi socio-économiques<sup>1</sup> (PCS et niveau d'étude) ainsi que dans le temps. Bien entendu, ces éléments devront être négociés en amont de la mise en œuvre du registre.

---

<sup>1</sup> Sans condition connue pour le futur registre des cancers en Bretagne de négocier en amont leur inclusion dans le recueil effectué.

## II.4. LE STATUT PONDERAL

La surcharge pondérale mesurée par l'Indice de Masse Corporelle (IMC) est un indicateur discriminant vis-à-vis des inégalités de santé, en particulier au niveau de la population des enfants et des adolescents.

Cet indicateur peut être pris en compte à partir de recueils de données d'origines institutionnelles différentes.

### **A partir des bilans faits à l'Education Nationale**

Trois bilans de santé sont mis en œuvre : le bilan en grande section de maternelle dit de "6 ans", le bilan réalisé en CE2, le bilan réalisé en 5<sup>ème</sup>.

Concernant le bilan médical et infirmier réalisé en maternelle, celui-ci n'est pas exhaustif et n'est effectué qu'auprès d'élèves scolarisés dans le cadre de l'enseignement public et considérés comme prioritaires [dans le cadre du Plan Académique Langage (PAL), n'ayant pas bénéficié d'un bilan de la Protection Maternelle et Infantile (PMI) ou signalés par celle-ci, étant signalés par un tiers].

Concernant les bilans infirmiers réalisés en CE2 et en 5<sup>ème</sup>, ceux-ci sont exhaustifs pour les élèves scolarisés en public et en privé (à l'exception pour le privé du département du Morbihan).

Actuellement, les données recueillies par les médecins de l'Education Nationale ne sont pas informatisées et s'appuient sur des relevés "papiers". Les éléments recueillis par les infirmières (bilans de CE2 et de 5<sup>ème</sup>) sont informatisés au niveau des passages à l'infirmierie mais pas au niveau des activités de veille épidémiologique pour lesquelles il y a pour l'heure pas de logiciel unique et performant.

Les éléments relatifs à l'IMC à l'instar de toutes les données issues des bilans sont centralisés au niveau national via une feuille de synthèse renseignée par chaque professionnel de santé de l'Education Nationale pour toutes les écoles et établissements de leurs secteurs d'intervention.

Ces feuilles de synthèse, individualisées par école ou établissement, n'incluent donc pas de renseignements individualisés au niveau des élèves, en particulier au niveau socio-économique des familles.

Les comparaisons en termes géographiques ne peuvent aller au-delà des comparaisons inter régionales ou entre les départements. En effet, le découpage géographique réalisé par l'administration centrale correspond à une logique administrative interne à l'Education Nationale et n'est de ce fait pas superposable aux autres niveaux infra-régionaux (pays, cantons). Par ailleurs, vis-à-vis de l'appartenance géographique des écoles ou des établissements classés en Zone d'Education Prioritaire (ZEP) ou en Réseau d'Education Prioritaire (REP), la classification n'est a priori pas suffisamment stable dans le temps (considérations politiques perturbant le classement sur des critères objectifs et pérennes) pour retenir cette variable comme élément de comparaison.

Toutefois, l'IMC des enfants (via les taux d'obésité de grade 1 et 2) étant un indicateur particulièrement pertinent pour caractériser les inégalités de santé, celui-ci peut être malgré tout retenu comme indicateur du tableau de bord pour les enfants scolarisés en CE2 et en 5<sup>ème</sup>.

Les perspectives comparatives sont donc pour l'heure géographiques (inter-régionales et départementales) et surtout dans le temps (évolution).

Enfin, des suivis de cohorte sont possibles pour les élèves scolarisés en CE2 puis en 5<sup>ème</sup>. Cette autre possibilité comparative, pertinente mais dans une perspective de moyen terme, devra être négociée avec le rectorat.

Pour l'avenir, dès lors que l'informatisation des professionnels médicaux et paramédicaux de l'Education Nationale sera réalisée, leur permettant ainsi des relevés individualisés par élève (et non plus par établissement scolaire), il paraît intéressant de pouvoir renseigner éventuellement ces relevés (au cours des bilans systématiques) en y ajoutant quelques variables spécifiques à l'académie relatives au niveau socio-économique de la famille (par exemple la PCS du père qui paraît discriminante vis-à-vis de l'IMC).

Cette étape de l'informatisation accroîtra les possibilités comparatives aussi bien aux niveaux infra-régional que social.

Dès lors, ceci devant être négocié en amont de l'informatisation, des contacts réguliers doivent être mis en place avec les représentants de l'Education Nationale pour une éventuelle et future mise en œuvre.

**A partir du bilan réalisé par la Protection Maternelle et Infantile (PMI) en classe de moyenne section de maternelle**

Ce bilan réalisé au sein des écoles maternelles par les professionnels des PMI comporte un certain nombre de particularités spécifiques à chaque département :

- ✓ L'âge auquel le bilan est réalisé peut être légèrement variable d'un département à l'autre,
- ✓ S'il existe un certain nombre d'éléments de base communs à tous les départements (dont le poids et la taille), les éléments qui constituent au final l'ensemble du bilan ne sont pas complètement harmonisés et des spécificités existent.
- ✓ Concernant l'exhaustivité du bilan, là encore la situation est différenciée selon les départements, selon la priorité qu'ils donnent à ce bilan et selon les moyens humains dont ils disposent. Pour les deux départements au sein desquels les médecins responsables de la PMI ont été interviewés (Ille-et-Vilaine et Côtes d'Armor), l'exhaustivité du bilan et des éléments relatifs au calcul de l'IMC (Poids et taille) semble approcher les 80 % en Côtes d'Armor et être supérieure en Ille-et-Vilaine.

Au final, le calcul de l'IMC via le bilan réalisé en maternelle par les services de la PMI peut être retenu comme indicateur du tableau de bord en complémentarité des calculs de l'IMC via les bilans réalisés en CE2 et en classe de 5<sup>ème</sup> (voir ci – avant). Une attention particulière devra cependant être portée aux particularités départementales en terme d'exhaustivité et de modalité de recueil afin de préciser les limites spécifiques à chaque indicateur départemental.

Les perspectives comparatives sont à l'heure actuelle là aussi spécifiques à chaque département :

- ✓ Au niveau géographique, elles peuvent être interdépartementales avec les limites précisées dans le paragraphe précédent. Au niveau infra-départemental, là aussi les découpages administratifs semblent actuellement spécifiques à chaque département (limité aux circonscriptions d'action sociale en Ile-et-Vilaine, par commune ou canton en Côtes d'Armor). Par contre, l'évolution des logiciels permettant la saisie et l'analyse des données (informatisation en cours de mise en œuvre) permet d'envisager de pouvoir généraliser les comparaisons au niveau cantonal (voire communal) à partir de 2008.
- ✓ Au niveau socio-économique, les éléments pris en compte sont là aussi spécifiques à chaque département et ne permettent pour l'instant pas de comparaisons entre eux (par exemple la profession des parents est relevée en Ile-et-Vilaine mais pas en Côtes d'Armor).

De l'avis des responsables des PMI interviewés, une réflexion est à mettre en place entre les 4 départements pour promouvoir une harmonisation des recueils, en particulier à l'occasion de l'amélioration en cours des systèmes d'information. Cette réflexion pourrait permettre aux promoteurs du corpus d'indicateurs relatifs aux inégalités de santé de proposer d'inclure des variables d'ordre socio-économiques harmonisées sur la région (PCS, niveau d'études etc...) pour les croiser ensuite dans une perspective comparative avec l'IMC des enfants.

- ✓ Bien entendu, les possibilités comparatives sont aussi dans le temps.

## II.5. LA SANTE BUCCO-DENTAIRE

Toutes les études montrent que chez les enfants l'indice CAO (nombre moyen de dents Cariées, Absentes ou Obturées) et ses différentes déclinaisons (pour un âge X : généralement 12 ans, proportion d'enfants nécessitant des soins de caries sur une dent permanente etc.) sont discriminés selon des variables démographiques (sexe) et géographiques des enfants et selon des variables socio-économiques des parents (PCS, niveau d'étude ...).

Cet indicateur ne fait l'objet d'aucune donnée spécifique recueillie par l'Assurance Maladie à l'occasion du bilan proposé à 13 ans.

Par contre, cet indicateur est recueilli systématiquement au cours des bilans infirmiers de l'Education Nationale réalisés en CE2 et en 5<sup>ème</sup> (voir le chapitre II.4). Les possibilités, limites et perspectives méthodologiques sont identiques à celles évoquées pour l'IMC (voir le chapitre II.4).

Cet indicateur, en particulier pour le bilan réalisé en 5<sup>ème</sup> au regard de l'âge des enfants concernés, pourrait donc être pris en compte dans le cadre d'un tableau de bord concernant les inégalités avec, à l'heure actuelle, des perspectives comparatives géographiques (interrégionales et départementales) et surtout dans le temps (évolution).

Comme pour l'IMC, dès lors que l'informatisation des professionnels médicaux et paramédicaux sera réalisée leur permettant ainsi des relevés individualisés par élève (et non plus par établissement), il sera intéressant de pouvoir y ajouter une variable relative au sexe des enfants et au niveau socio-économique de la famille (voir le chapitre II.4).

Ceci devra bien entendu être négocié au même moment que pour les relevés concernant l'IMC, c'est-à-dire en amont de l'étape d'informatisation.

## II.6. PERINATALITE

Deux indicateurs documentent très bien les inégalités de santé et sont toujours retrouvés quel que soit le paramètre utilisé dans les enquêtes pour décrire la situation sociale (PCS, niveau d'étude, niveau de revenu ...) :

- ✓ Le taux de prématurité
- ✓ Le taux de petits poids de naissance

Ces deux indicateurs sont recueillis et saisis au niveau départemental via le certificat du 8<sup>ème</sup> jour puis adressés à la DREES avant retour aux départements. Dans le cadre de ce circuit et à l'heure actuelle, les données retournées le sont avec un décalage d'environ 2 ans.

L'exhaustivité des deux indicateurs paraît bonne, voire excellente (supérieure à 90 %, voire approchant les 100 % dans certains départements). Cette exhaustivité est confirmée du fait d'un travail spécifique mené dans les départements où le lien est fait entre taux de réception des avis de naissance et taux de réception du certificat du 8<sup>ème</sup> jour.

Les perspectives comparatives sont actuellement géographiques (interdépartementale et infra-départementale : jusqu'au niveau du canton et la commune voire à l'avenir avec l'arrivée programmée d'un nouveau logiciel gérant le système d'information, jusqu'au niveau des secteurs de puéricultrices pour les communes les plus importantes), démographiques (âge de la mère) et dans le temps.

Au niveau socio-économique, la profession de la mère incluse dans le certificat du 8<sup>ème</sup> jour ne paraît actuellement pas exploitable du fait d'une saisie des données dépendante de l'opérateur au niveau de la catégorisation de la profession.

Par contre, et pour l'avenir, la montée en charge des réseaux périnataux (4 réseaux pour les 4 départements bretons) peut servir d'appui à des recueils d'une part harmonisés à l'échelon régional (harmonisation des éléments recueillis entre les départements), d'autre part à des recueils où les éléments collectés peuvent être négociés en amont par les promoteurs du corpus d'indicateurs. Il serait ainsi intéressant de pouvoir collecter des éléments harmonisés relatifs à la situation socio-économique des femmes (profession, situation vis-à-vis de l'emploi...) afin de pouvoir procéder à des comparaisons à ce niveau.

Cette négociation en amont peut d'ores et déjà s'organiser à partir des rencontres régulières mises en place par les réseaux eux-mêmes avec une possibilité de discuter d'indicateurs spécifiques à recueillir de manière uniformisée sur les 4 départements bretons.

## II.7. LE SUICIDE

Au niveau de la morbidité liée au suicide (la mortalité par suicide ayant déjà été évoquée au sein du chapitre I.2), des indicateurs peuvent être envisagés relatifs aux tentatives de suicide et éventuellement à leur prise en charge.

Pour aborder ces indicateurs, les pistes qui existent ne sont pas disponibles dans l'immédiat ou sont incomplètes :

- ✓ Du côté des services hospitaliers, les données disponibles (PMSI) pourraient être mobilisées, elles concernent les séjours hospitaliers (les séjours n'étant pas chaînés entre les différents services au sein desquels peut être transféré un patient). Elles présentent une limite d'exhaustivité (toutes les personnes ayant fait une tentative ne sont pas hospitalisées suite ou non à un accueil via les urgences hospitalières). Une étude de faisabilité serait à mener sur les données du PMSI.
  
- ✓ Du côté de l'Education Nationale, les seules données existantes concernent les tentatives de suicide portées à la connaissance des infirmières scolaires dont on peut douter de l'exhaustivité.

Pour le futur :

- ✓ Un système d'information spécifique aux urgences hospitalières est actuellement en cours d'élaboration (sans calendrier précis de mise en œuvre). Dans cette perspective, une collaboration entre les institutions concernées pourrait avoir lieu pour que, sur ce point précis des tentatives de suicides, un recueil en routine soit mis en place incluant des éléments supplémentifs à l'âge, au sexe et au lieu de résidence des personnes passées par les urgences. Ce recueil spécifique pourrait donner lieu à un relevé incluant des éléments socio-économiques (PCS, ...) ainsi que des indicateurs relatifs à la qualité d'éventuelles prises en charge antérieures pour le même motif (antécédents éventuels, délai de récurrence, type de prises en charge proposées, ruptures éventuelles de prises en charge et motifs).

Les perspectives comparatives pourraient de fait concerner autant la tentative elle-même que la qualité de sa prise en charge. Les comparaisons seraient infra-régionales, démographiques (sexe et âge), socio-économiques (PCS, ...) et surtout dans le temps (évolution).

- ✓ L'enquête santé jeune réalisée en Bretagne sur un échantillon représentatif est programmée pour être répétée en 2006-2007 (dernière enquête sur des données 2001 publiée en 2003) et comporte un volet où sont questionnées les tentatives de suicide ainsi que les modes de recours et de prises en charge.

Cette enquête est donc susceptible d'alimenter le corpus d'indicateurs relatifs aux inégalités de santé. Elle pourrait en perspective être pérennisée avec une fréquence quinquennale. Dans ce cas, en survenant une fois au cours de la durée du PRSP, elle pourrait permettre des comparaisons sur ces indicateurs d'une vague d'enquête à l'autre et donc d'une version du PRSP à une autre.

Les perspectives comparatives seraient donc géographiques (infra-régionales), démographiques (par sexe et âge), socio-économiques (PCS et situation vis-à-vis de l'emploi des parents) et dans le temps (d'une vague d'enquête à l'autre).

## II.8. SANTE ET TRAVAIL

Trois thèmes peuvent être évoqués comme étant susceptibles de documenter les inégalités de santé.

### **Les conditions de travail**

À partir de l'enquête SUMMER, enquête nationale représentative qui concerne les conditions de travail, les contraintes et la pénibilité professionnelle (dont la dernière version date de 2002 et la prochaine est prévue en 2008), des extractions régionales sont a priori possibles.

La dégradation des conditions de travail avec ses répercussions sur la survenue d'affections liées à l'activité professionnelle est bien relatée dans la littérature et certaines de ces affections sont très présentes en Bretagne au regard du tissu industriel et économique présent dans la région. En particulier, l'augmentation générale et la situation pénalisante de la Bretagne vis-à-vis des affections périarticulaires et des troubles musculo-squelettiques nous conduisent à proposer comme indicateurs des éléments de conditions de travail reconnus comme favorisant la survenue de ces affections (posture au travail, répétitivité gestuelle, rythmes professionnels ...). Ces choix seront à affiner en collaboration avec la Direction Régionale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle (DRTEFP) dans la perspective de la nouvelle vague d'enquête.

Les perspectives comparatives sont d'ordre géographiques (interrégionale), démographiques (sexe et âge), socio-économiques (par métier, par PCS), par secteurs d'activités ainsi que dans le temps (d'une vague d'enquête à l'autre).

### **Les maladies professionnelles**

Même si un problème de reconnaissance des maladies professionnelles existe en France en l'état actuel de la législation (en particulier celles liées à des expositions d'agents cancérigènes avec survenue différée des cancers), un regard porté sur les déclarations (qui ne sont pas la reconnaissance) reste malgré tout un indicateur intéressant et complémentaire à ceux concernant les conditions de travail.

En particulier, les déclarations concernant les affections périarticulaires et les troubles musculo-squelettiques permettraient d'obtenir un ensemble cohérent avec le point précédent.

Les perspectives comparatives sont géographiques (infra-régionale), démographiques (sexe et âge), socio-économiques (métier, PCS), par secteurs d'activités et dans le temps (fréquence annuelle).

## **Les accidents de travail**

Ceux-ci sont bien documentés et peuvent donner lieu à des indicateurs comparés vis-à-vis de variables d'ordre géographiques (secteurs d'inspection), démographiques (sexe et âge), socio-économiques (métier, PCS), secteurs d'activités et dans le temps (fréquence annuelle).

Par ailleurs, au niveau médical, ils sont aussi renseignés vis-à-vis des pathologies dont ils sont les témoins. Un choix doit être fait en collaboration avec la DRTEFP afin de sélectionner une ou quelques pathologies traceuses en cohérence avec les deux points précédents.

## II.9. HANDICAP ET INCAPACITE

La mise en œuvre d'une nouvelle allocation compensatrice du handicap (venant s'ajouter à l'Allocation Adulte Handicapé) est prévue à l'avenir. Sa distribution serait assurée par les conseils généraux et sa gestion par la maison du handicap. Un recueil de données devrait être mis en place à cette occasion au niveau des départements avec une exploitation de ces dernières par la DREES.

A l'heure actuelle, les éléments de ce recueil sont à priori déterminés même si l'enquête et ses modalités ne sont mises en place.

Pour l'avenir, une négociation pourra être engagée avec les conseils généraux afin de déterminer si des éléments cohérents et complémentaires au chapitre II.8 concernant le thème santé - travail peuvent être dégagés à l'échelon départemental voire régional ou infra-départemental.

En particulier, le handicap en lien avec l'exercice professionnel pourrait donner lieu à la production d'indicateurs dont les perspectives comparatives pourraient être géographiques (voir ci-dessus), démographiques (sexe et âge), socio-économiques (métier, PCS), par secteurs industriels et dans le temps (d'une analyse des données recueillies à l'autre selon la fréquence prévue).

### **III. LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ**

#### **III.1. TABAC, ALCOOL, DROGUES, MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES**

Les enquêtes périodiques existantes avec déclinaisons régionales concernant la consommation de substances susceptibles d'avoir un impact sur la santé des personnes sont peu nombreuses.

L'enquête santé jeune (voir à ce propos le chapitre II.7) dont la dernière édition date de 2001 et qui devrait être remise en œuvre en 2006 (avec une perspective éventuellement quinquennale pour le futur) est susceptible de fournir des éléments vis-à-vis de la population enquêtée.

La première édition de cette enquête notait :

- ✓ L'absence de facteurs discriminants vis-à-vis de la consommation de tabac
- ✓ Le sexe comme facteur discriminant des consommations d'alcool, de cannabis et de médicaments psychotropes.

Les indicateurs susceptibles d'alimenter le corpus relatif aux inégalités de santé concernent donc ces trois types de consommation.

Les perspectives comparatives sont d'ordre géographiques (interrégionale) et démographiques (sexe).

Par ailleurs, l'enquête ESCAPAD organisée par l'Observatoire Français des Drogues et de la Toxicomanie (OFDT) à partir des jeunes de 17 ans participant à la Journée d'Appel et de Préparation à la Défense (JAPD) permet d'obtenir des éléments sur les 3 types de consommations évoquées ci-dessus.

Les perspectives comparatives sont d'ordre géographiques (interrégionales), démographiques (sexe) et dans le temps.

## **III.2.LA PRISE EN CHARGE DES PROBLEMES DE SANTE**

Un indicateur peut être retenu pour caractériser les inégalités de santé en terme de prise en charge : le port de lunettes (ou l'absence) en cas de troubles de la vision.

Les bilans actuellement réalisés dans le cadre de l'Education Nationale en CE2 et en 5<sup>ème</sup> renseignent les éléments relatifs aux déficits visuels par établissements scolaires.

Pour l'avenir (voir à ce propos les chapitres II.4 et II.5), dès lors que l'informatisation des professionnels médicaux et paramédicaux de l'Education Nationale sera réalisée leur permettant ainsi des relevés individualisés par élève, il paraît intéressant de renseigner les éléments concernant le port de lunettes en cas de déficit visuel.

Les perspectives comparatives seraient d'ordre géographiques (infra-régionale), démographiques (sexe) et socio-économiques : variable à ajouter concernant la PCS du père (voir le chapitre II.4).

Comme pour les éléments relatifs au statut pondéral et à la santé bucco-dentaire, ces éléments devront être négociés en amont de l'informatisation avec les représentants de l'Education Nationale pour une future mise en œuvre.

Par ailleurs, le bilan réalisé dans les écoles à l'âge d'environ 4 ans et géré par les PMI des départements (voir à ce propos le chapitre II.4.), mentionne l'indication d'orientation vers un spécialiste pour un problème repéré et non pris en charge.

Avec les limites déjà décrites dans le chapitre II.4., cet indicateur peut être retenu pour caractériser les inégalités de santé. Par contre il n'y a pas d'information disponible quant aux résultats de ces orientations.

Les perspectives comparatives sont les mêmes que celles décrites pour l'IMC via le bilan réalisé en classe de moyenne section de maternelle (cf chapitre II.4.).

### III.3.L'OFFRE DE SOINS

Pour ce chapitre, de nombreux indicateurs sont disponibles, relatifs à la mesure de l'offre de soins. Pour la plupart, ils permettent une description des disparités géographiques sur un territoire donné sans permettre des observations ciblées sur les inégalités de santé. Cependant, au regard des problèmes de démographie médicale et/ou paramédicale, il peut s'avérer important de conserver quelques uns des indicateurs disponibles susceptibles d'alimenter une réflexion sur l'offre de soins et indirectement l'accès aux soins.

Les indicateurs qui pourraient être conservés sont :

- ✓ Densité de médecins généralistes
- ✓ Densité d'infirmières
- ✓ Densité kinésithérapeutes
- ✓ Taux d'équipement en lits ou places pour personnes âgées
- ✓ Taux d'équipement en lits ou places de services de soins à domicile
- ✓ Taux d'équipement en lits ou places pour adultes handicapés
- ✓ Taux d'équipement en lits ou places pour enfants handicapés

Les perspectives comparatives sont géographiques (interrégionales et au niveau des départements) et dans le temps (évolution).

Par ailleurs et concernant l'offre de soins, il pourrait être intéressant d'observer les délais moyens d'attente sur certaines structures ou prises en charge ciblées en mettant en place un relevé annuel auprès des lieux concernés. Ce relevé pourrait concerner :

- ✓ Les consultations d'aide au sevrage tabagique
- ✓ Les consultations d'aide au sevrage alcoolique
- ✓ Les consultations d'aide au sevrage toxicomanie

### **III.4.L'ACCES AUX SOINS**

Comme pour le chapitre relatif à l'offre de soins, des indicateurs indirects qui concernent l'accès aux soins peuvent venir alimenter une réflexion sur les inégalités de santé.

Vis-à-vis des indicateurs disponibles, nous proposons de retenir :

- ✓ Proportion de bénéficiaires de la CMU de base.
- ✓ Proportion et nombre de personnes bénéficiaires de l'AME.
- ✓ Proportion de bénéficiaires des différents minima sociaux (RMI, API, AAH, ASS, ASV).

Pour ces indicateurs, les perspectives comparatives sont géographiques (inter et infra-régionale : au niveau des départements, des pays voire des cantons) et dans le temps (évolution).

Par ailleurs, il peut être envisagé de mettre en œuvre des recueils spécifiques auprès de population en situation de précarité et venant consulter par exemple au sein des Centres d'Examens de Santé (CES). Ces enquêtes pourraient être transversales et répétées dans le temps même si les observations réalisées à travers ces lieux de consultation sont susceptibles d'être biaisées (voir à ce propos le chapitre II.3).

Toutefois et sous réserve d'une garantie de validation méthodologique concernant les protocoles de recueil et la composition des populations consultantes, cette source d'information pourrait être particulièrement pertinente sur ce thème des inégalités de santé en s'intéressant à des populations non représentatives de la population générale mais précarisées et au cœur du thème exploré par le corpus d'indicateurs.

D'ores et déjà, des éléments concernant les consommations (alcool, psychotropes) ; l'état fonctionnel (carie dentaire, déficit auditif ou visuel, électrocardiogramme pathologique, tension artérielle élevée) et l'état métabolique (obésité, hypercholestérolémie, hyperglycémie, hémoglobine), sont recueillis en routine et pourraient participer à la constitution du corpus.

## IV. TABLEAU RÉCAPITULATIF DES INDICATEURS PROPOSÉS

Indicateurs	Disponibilité	Perspectives comparatives
Espérance de vie à 35 ans.	Future à partir des données INSEE.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Géographique</li> <li>- Dans le temps</li> </ul>
Indice Comparatif de Mortalité prématurée (ICM).	Actuelle.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Géographique</li> <li>- Démographique</li> <li>- Dans le temps</li> </ul>
Taux standardisés de mortalité par cause (cancer du poumon, des VADS, de l'œsophage, du col utérin, du sein, colorectal ; maladies cardio-vasculaires ; maladies liées à l'alcoolisme ; suicide).	Actuelle.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Géographique</li> <li>- Démographique</li> <li>- Dans le temps</li> </ul>
Incidence et prévalence standardisées des Affections de Longue Durée sur les mêmes pathologies que celles retenues pour les taux standardisés de mortalité par cause (voir ci-dessus et en excluant le suicide).	Actuelle en ce qui concerne les éléments issus de "score santé". Future en ce qui concerne les éléments exploités par l'URCAM.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Géographique</li> <li>- Démographique</li> <li>- Dans le temps</li> <li>- Future pour les éléments socio-économiques</li> </ul>
Incidence standardisée des cancers (les mêmes que ceux pris en compte pour les ALD).	Future à partir du PMSI.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Géographique</li> <li>- Démographique</li> <li>- Dans le temps</li> </ul>
Taux de survie après diagnostic de cancer.	Future à partir d'un registre des cancers en Bretagne.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Géographique</li> <li>- Démographique</li> <li>- Socio-économique</li> <li>- Dans le temps</li> </ul>
Incidence et taux de survie par maladies cardio-vasculaires	Future à partir d'un registre des maladies cardio-vasculaires	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Géographique</li> <li>- Démographique</li> <li>- Socio-économique</li> <li>- Dans le temps</li> </ul>

Indicateurs	Disponibilité	Perspectives comparatives
Indice de Masse Corporelle (IMC) en CE2 et en 5 <sup>ème</sup> .	Actuelle.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Actuelle pour les éléments géographiques.</li> <li>- Actuelle pour des comparaisons au fil du temps.</li> <li>- Actuelle pour les éléments démographiques.</li> <li>- Future pour les éléments socio-économiques.</li> </ul>
Indice de Masse Corporelle (IMC) en maternelle.	Actuelle.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Actuelle pour les éléments géographiques en tenant compte des spécificités départementales.</li> <li>- Actuelle pour les éléments démographiques.</li> <li>- Actuelle pour les comparaisons au fil du temps.</li> <li>- Future pour les éléments socio-économiques.</li> </ul>
Indice CAO (nombre moyen de dents cariées, absentes ou obturées) et ses différentes déclinaisons en classe de 5 <sup>ème</sup> .	Actuelle.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Actuelle pour les éléments géographiques en tenant compte des spécificités départementales.</li> <li>- Actuelle pour les éléments démographiques.</li> <li>- Actuelle pour les comparaisons au fil du temps.</li> <li>- Future pour les éléments socio-économiques.</li> </ul>
Taux de prématurés.	Actuelle.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Actuelle pour les éléments géographiques.</li> <li>- Actuelle pour les éléments démographiques.</li> <li>- Actuelle pour les comparaisons au fil du temps.</li> <li>- Future pour les éléments socio-économiques.</li> </ul>
Taux de petits poids de naissance.	Actuelle.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Actuelle pour les éléments géographiques.</li> <li>- Actuelle pour les éléments démographiques.</li> <li>- Actuelle pour les comparaisons au fil du temps.</li> <li>- Future pour les éléments socio-économiques.</li> </ul>

Indicateurs	Disponibilité	Perspectives comparatives
Taux de tentatives de suicide en population générale avec différents indicateurs liés à la qualité d'éventuelles prises en charge antérieures.	Future.	Future pour les éléments géographiques, démographiques, socio-économiques ainsi que pour les comparaisons dans le temps.
Taux de tentatives de suicide chez les jeunes ainsi que les indicateurs relatifs aux modes de recours et de prises en charge.	Future à partir de l'enquête santé jeune prévue en 2006-2007 puis éventuellement avec une fréquence quinquennale.	Future pour les éléments géographiques, démographiques, socio-économiques ainsi que pour les comparaisons dans le temps.
Indicateurs relatifs aux conditions de travail favorisant la survenue des affections péri-articulaires et des troubles musculo-squelettiques (posture au travail, répétitivité gestuelle, rythmes professionnels...)	Future à partir de l'enquête SUMMER prévue en 2008.	Future pour les éléments géographiques, démographiques, socio-économiques ainsi que pour les comparaisons dans le temps.
Taux de déclarations des affections péri-articulaires et des troubles musculo-squelettiques (maladies professionnelles).	Actuelle.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Géographique</li> <li>- Démographique</li> <li>- Socio-économique</li> <li>- Dans le temps</li> </ul>
Taux d'accidents du travail selon quelques pathologies traceuses en cohérence avec les deux points précédents.	Actuelle.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Géographique</li> <li>- Démographique</li> <li>- Socio-économique</li> <li>- Dans le temps</li> </ul>
Indicateurs à mettre en place témoins de la relation entre handicap et exercice professionnel.	Future à partir du recueil de données géré par la maison du handicap.	Future pour les éléments géographiques, démographiques, socio-économiques ainsi que pour les comparaisons dans le temps.
Indicateurs relatifs à la consommation d'alcool, de cannabis et de psychotropes chez les jeunes.	Future à partir de l'enquête santé jeune prévue en 2006 et éventuellement répétée avec une fréquence quinquennale.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Géographique</li> <li>- Démographique</li> <li>- Dans le temps</li> </ul>
Indicateurs relatifs à la consommation d'alcool, de cannabis et de psychotropes chez les jeunes.	Actuelle à partir de l'enquête ESCAPAD.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Géographique</li> <li>- Démographique</li> <li>- Dans le temps</li> </ul>

Indicateurs	Disponibilité	Perspectives comparatives
Indicateur relatif à l'absence du port de lunette en présence de déficit visuel en classe de CE2 et de 5 <sup>ème</sup>	Future.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Géographique.</li> <li>- Démographique.</li> <li>- Socio-économique.</li> <li>- Dans le temps.</li> </ul>
Indicateur relatif à l'absence du port de lunette en présence de déficit visuel en classe de maternelle.	Actuelle.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Actuelle pour les éléments géographiques en tenant compte des spécificités départementales.</li> <li>- Actuelle pour les éléments démographiques.</li> <li>- Actuelle pour les comparaisons au fil du temps.</li> <li>- Future pour les éléments socio-économiques.</li> </ul>
Densité de médecins généralistes, d'infirmières et de kinésithérapeutes libéraux.	Actuelle.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Géographique.</li> <li>- Dans le temps.</li> </ul>
Taux d'équipements en lits ou places pour personnes âgées, pour adultes handicapés, pour enfants handicapés, de services de soins à domicile.	Actuelle.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Géographique.</li> <li>- Dans le temps.</li> </ul>
Délais moyens d'attente en consultation d'aide aux sevrages tabagique, alcoolique et toxicomanie.	Future à partir de relevés spécifiques à mettre en place.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Géographique.</li> <li>- Dans le temps.</li> </ul>
Proportion de bénéficiaires de la CMU de base.	Actuelle.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Géographique.</li> <li>- Dans le temps.</li> </ul>
Proportion et nombre de bénéficiaires de l'Aide Médicale d'Etat.	Actuelle.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Géographique.</li> <li>- Dans le temps.</li> </ul>
Proportion de bénéficiaires des différents minimums sociaux (RMI, API, AAH, ASS, ASV).	Actuelle.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Géographique.</li> <li>- Dans le temps.</li> </ul>

<b>Indicateurs</b>	<b>Disponibilité</b>	<b>Perspectives comparatives</b>
Indicateurs relatifs aux consultants des Centres d'Examens de Santé (CES).	<p>Actuelle pour les éléments concernant les consommations (alcool, psychotropes) ; l'état fonctionnel (carie dentaire, déficit auditif ou visuel, électrocardiogramme pathologique, tension artérielle élevée) et l'état métabolique (obésité, hypercholestérolémie, hyperglycémie, hémoglobine).</p> <p>Future pour d'autres indicateurs cohérents avec ceux composant le corpus à partir d'enquêtes transversales spécifiques à mettre en place.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Géographique</li> <li>- Démographique</li> <li>- Dans le temps</li> </ul>



## ANNEXES

- ☑ **Annexe 1 :** Etude bibliographique concernant les indicateurs caractéristiques des inégalités de santé - Phase 1
- ☑ **Annexe 2 :** Etude des indicateurs existants en Bretagne - Phase 2
- ☑ **Annexe 3 :** Liste des personnes ayant participé au groupe de travail



**Annexe 1 : Etude bibliographique concernant les indicateurs  
caractéristiques des inégalités de santé – Phase 1**

## **I - Introduction et problématiques**

Dans un objectif de réduction des inégalités de santé, on peut s'intéresser à 2 problématiques principales : les inégalités et la précarité, ces 2 problématiques s'enrichissant mutuellement.

L'étude des inégalités de santé vise à décrire et à comprendre les disparités entre des groupes, au sein d'une population, dans les risques de mortalité et de maladies. La mesure des inégalités de santé consiste donc à mesurer l'ampleur des différences sanitaires entre des groupes.

On peut alors définir 2 catégories d'indicateurs à étudier :

- Les indicateurs qui servent à mesurer la santé : que mesurer dans l'état de santé ? Quels sont les éléments généraux indispensables à mesurer ? Existe-t-il d'autres indicateurs plus spécifiques ?
- Les indicateurs qui servent à définir les groupes à comparer : où situer les inégalités ?  
Le choix de la ou des variable(s) utilisée(s) pour répartir la population en groupes est très important puisqu'il conditionne le type d'inégalités que l'on souhaite documenter.

La problématique « précarité-santé » se concentre sur des groupes de populations et non sur des disparités au sein de la population. Ces groupes de population appartiennent souvent au bas du gradient social décrit par les études sur les inégalités de santé. Ce sont par exemple les bénéficiaires des minima sociaux et les « travailleurs pauvres ».

Au-delà de la comparaison de l'état de santé entre des groupes, on peut introduire dans la mesure de la réduction des inégalités de santé une approche, qualifiée de longitudinale : elle vise à comparer dans le temps l'évolution des indicateurs, aussi bien l'évolution au sein d'un même groupe que l'évolution des différences entre les groupes.

## **II - Méthodologie du projet**

La recherche bibliographique a été effectuée en consultant les publications :

- des organismes internationaux (OMS : site principal et site du bureau régional de l'Europe),
- nationaux (HPCS, IRDES, FNORS, INSERM, INSEE)
- et régionaux (ORS).

Puis en interrogeant :

- la base de données de santé publique (BDSP) : [www.bdsp.tm.fr](http://www.bdsp.tm.fr)
- Réseau National de Ressources en Sciences Médico-Sociales (RNRSMS) : [www.ac-creteil.fr](http://www.ac-creteil.fr)
- Catalogue et Index des Sites Médicaux Francophones (CISMeF) : [www.chu-rouen.fr](http://www.chu-rouen.fr)
- Pubmed : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?DB=pubmed>
- le moteur de recherche Google : [www.google.fr](http://www.google.fr)

### **Mots-clés utilisés :**

Les mots-clés utilisés étaient : inégalités de santé, indicateurs, inégalités sociales, état de santé, disparités, morbidité, inégalités, en testant différentes combinaisons.

Enfin, les références bibliographiques des documents retrouvés de cette manière ont également été consultées et ont permis d'ajouter des travaux.

L'ensemble des documents consultés pour réaliser ce travail sont présentés à la fin de ce document, ordonnés par ordre alphabétique.

### **III - Indicateurs relatifs à la mesure de l'état de santé**

Dans toutes les études portant sur les inégalités de santé, on distingue plusieurs parties : les inégalités de mortalité, les inégalités de morbidité, les inégalités d'accès aux soins (prise en charge) et/ou d'offre de soins, les inégalités de santé perçue. Nous avons gardé ce même découpage.

#### **- III.1 - Mortalité**

Les indicateurs de mortalité sont les plus retrouvés dans les études qui portent sur les inégalités de santé, notamment par sexe, par professions et catégories socio-professionnelles, par territoire géographique. Il sont utilisés par tous les organismes s'intéressant à la santé, aussi bien français qu'étrangers ou internationaux.

Indicateurs généraux :

- espérance de vie à la naissance
- espérance de vie à 35 ans
- espérance de vie à 60 ans
- taux global de décès, toutes causes confondues
- taux de mortalité pour certaines causes : cancers, maladies cardiovasculaires, suicides...
- taux de mortalité avant l'âge de 5 ans
- taux de mortalité infantile
- taux de mortalité périnatale

Autres indicateurs, davantage à rapporter au 1<sup>er</sup> objectif du PRSP, relatif à la réduction de la mortalité prématurée :

- mortalité prématurée
- mortalité évitable (liée aux comportements à risque et liée au système de soins)

Autres indicateurs de mortalité, qui font appel à des données de morbidité :

- espérance de vie en bonne santé
- espérance de vie sans incapacité à 35 ans
- années potentielles de vie perdue

Le seuil de 35 ans correspond à l'âge habituellement utilisé pour la caractérisation des groupes sociaux, selon l'idée que les « caractéristiques sociales », notamment en terme de profession, sont « stabilisées » pour la majorité de la population.

Les avantages de ces indicateurs de mortalité sont qu'ils sont très répandus, connus de tous et les données sont disponibles au niveau géographique souhaité, du fait de la domiciliation des décès.

Leurs inconvénients sont le délai d'obtention des informations (de l'ordre de 3 années) et la difficulté de rendre compte de l'efficacité d'actions à cours terme. Les espérances de vie sans incapacité ne sont pas directement disponibles au niveau infra-national (problème des données d'incapacité provenant d'enquêtes spécifiques nationales).

Enfin, ce qui peut constituer à la fois un avantage et un inconvénient : leur caractère synthétique.

### - III.2 - Morbidité

Au niveau de la morbidité que les choses sont les plus difficiles à présenter en matière d'inégalités de santé. En effet, il n'existe pas réellement un indicateur général, représentatif de l'état de santé global des individus, qui soit validé et reconnu par plusieurs organismes. On présentera cependant quelques indicateurs utilisées en France et à l'étranger et qui ont pour vocation de donner une information sur l'état de santé général des individus.

Ensuite, on entre dans des domaines particuliers, on s'intéresse à des catégories de personnes et à des types de pathologies ou de problèmes de santé spécifiques.

#### III.2.1 - Indicateurs globaux de santé

Il s'agit de prendre en compte 3 dimensions complémentaires les unes aux autres (Blaxter, 1989) :

- la dimension médicale : relative à l'existence de maladies
- la dimension fonctionnelle : capacité à effectuer des tâches de la vie quotidienne
- l'auto-évaluation : déclaration de symptômes, d'un malaise psycho-social

#### *Indicateurs globaux de santé utilisés en France*

Dans les enquêtes nationales « enquête sur la santé et les soins médicaux » (INSEE - CREDES) et « enquête sur la santé et la protection sociale » (CREDES) utilisent 4 indicateurs de santé globaux (dont 1 de santé perçue) :

- *le score de risque vital*: établi par un médecin à partir des maladies déclarées par les enquêtés, en tenant compte de l'ensemble des données du questionnaire ; estimation en 6 points du risque de décès pour chaque individu, un score de 0 représentant l'absence de risque vital, un score de 5 le pronostic le plus défavorable.
- *le score d'invalidité*: établi par un médecin à partir des pathologies permanentes ou chroniques déclarées par les enquêtés, en tenant compte de l'ensemble des données du questionnaire. Il comprend 8 classes de gravité croissante, de 0, pas de gêne, à 7, alitement permanent (Sermet, 1993).
- *le vieillissement relatif*: mesuré en nombre d'années, il correspond à la différence entre l'âge réel et un « âge attendu » estimé dans un modèle linéaire à partir des scores d'invalidité et de risque vital. Un vieillissement relatif négatif signifie que la personne est en meilleur état de santé (du point de vue du risque vital et de l'invalidité) que la moyenne des personnes de même âge qu'elle, un vieillissement relatif positif, qu'elle est en moins bonne santé que la moyenne des personnes du même âge (Mizrahi et Mizrahi, 1994).
- *la santé perçue*: elle est mesurée de 2 façons, soit à partir de la réponse à la question « actuellement, compte-tenu de votre âge, comment estimez-vous votre état de santé ? », pour laquelle 5 modalités de réponse sont proposées (très bon, bon, moyen, médiocre, franchement mauvais), soit à partir d'une note sur 10, 10 représentant la santé optimale, qu'attribue l'enquêté à son état de santé (Dumesnil, 1997).

Limites méthodologiques de ces 4 indicateurs :

Les 3 premiers sont des scores complexes, établis ou corrigés par une tierce personne (médecin) à partir de nombreuses questions. Ils sont spécifiques aux 2 enquêtes précédemment citées. Ils sont basés sur la déclaration des enquêtés (de plus, certaines informations sont fournies par la

personne enquêtée pour l'ensemble du ménage, ce qui peut être source de déclaration erronée ou imprécise). On ne sait pas si les erreurs dans les déclarations et l'élaboration des mesures de morbidité à partir des déclarations diffèrent ou non selon la classe sociale, et entraînent ou non des biais dans l'estimation des associations entre classe sociale et morbidité (Leclerc et al, 2000).

*3 autres indicateurs utilisés dans plusieurs pays européens :*

- *déclaration d'une incapacité chronique*: définie à partir de 6 activités => monter des escaliers, marcher, porter une charge de 5 kilos, lire le journal, faire conversation avec plus de 2 personnes, s'habiller et se déshabiller
- *existence d'une maladie chronique*: parmi 1 liste de 9 affections
- *réponse à la question*: « souffrez-vous d'un problème de santé ou d'un handicap qui vous limite dans vos activités quotidiennes ou dans votre travail ? ».

### **III.2.2 - Morbidité par domaine ou par catégorie de personnes**

Des travaux montrent que les inégalités (sociales) de santé se construisent par accumulation tout au long du cycle de vie (Graham, 2002).

=> Analyse par catégorie d'âge : nouveaux-nés, enfants, adolescents, adultes (+ actifs), personnes âgées

+ Rôle des facteurs de risque comportementaux, qui peuvent avoir une influence sur l'état de santé à long terme

#### *Santé périnatale*

- malformations congénitales => pas de littérature sur des inégalités sociales
- prématurité et hypotrophie => inégalités sociales toujours retrouvées, quel que soit le paramètre utilisé pour décrire la situation sociale (niveau d'études, PCS, revenu, père, mère...)
- petit poids de naissance => inégalités documentées

#### *Santé de l'enfant*

Les indicateurs suivants permettent de montrer des inégalités de santé chez les enfants :

- état bucco-dentaire : lié à la situation sociale et à l'origine de la mère (cf partie adultes pour la description des indicateurs utilisés)
- surcharge pondérale et obésité (indice de masse corporelle) : classes sociales et zep
- saturnisme : importance de l'environnement socio-économique => mais très peu de saturnisme déclaré en Bretagne => peu pertinent
- troubles psychologiques : pas d'informations retrouvées en France sur des inégalités de ce type, mais cela a déjà été rapporté à l'étranger
- accidents : importante cause de mortalité chez les enfants et différence de mortalité observée selon la classe sociale ; mais pas de données d'incidence

Il existe d'autres indicateurs, mais il semblerait que ce ne soit pas le problème de santé en lui-même qui décrivent des inégalités mais plutôt le fait qu'il soit pris en charge ou non :

- troubles auditifs et visuels
- troubles du langage : PCS de la mère

- troubles de la motricité (troubles du graphisme, de la motricité globale et fine, de l'orientation temporo-spatiale, du schéma corporel) : selon classes sociales
- couverture vaccinale : résultats variables, semblent peu discriminants

PMI : travaux variables d'un département à l'autre => plusieurs dans l'Hérault

Les bilans de santé faits dans le cadre de l'école ne comportent pas de données sur la situation sociale.

Enquêtes en milieu scolaire réalisées dans le cadre du cycle triennal successivement, auprès des enfants scolarisés en grande section de maternelle, en classe de CM2 et en en 3<sup>ème</sup> : différences d'état de santé selon le niveau socio-économique de la famille, mesuré par la PCS du père  
=> nombre de dents cariées, nombre de dents cariées restant sans soins, port de lunettes en cas de troubles de la vision

### *Santé des adolescents*

- inégalités selon le sexe, selon la PCS du chef de famille, selon le type d'enseignement suivi par le sujet lui-même
- taille, indice de masse corporelle : variations selon la PCS du chef de famille
- consommation de tabac, alcool, drogues
- santé mentale : tentatives de suicide, dépressivité (échelle de Kandel, validée en France, qui inclut 6 questions sur le sommeil, la fatigue, l'inquiétude et la « déprime » ressentie)

Données difficilement disponibles => résultats issus de l'enquête de Marie Choquet (Choquet et Ledoux, 1994).

Enquête « santé des jeunes en Bretagne » de l'ORSB => données sur la consommation et sur la santé ressentie : voir résultats

=> Globalement, il semble qu'il existe certaines inégalités de santé chez les adolescents, mais elles apparaissent plus faibles que dans d'autres groupes d'âge ; essentiellement des différences selon le sexe ou l'âge, moins selon la situation sociale (familiale et personnelle).

### *Santé des adultes (par type de pathologies)*

#### ■ Santé des femmes (à rapprocher de la santé périnatale)

- accès à la contraception : en fonction du niveau d'études, vivre seul ou en couple
- IVG : en fonction de l'âge ; chez les adolescents : plus en milieu défavorisé
- Suivi de la grossesse (nombre de consultations prénatales) : selon minima sociaux
- Taux d'avortements spontanés : littérature moins claire => absence de lien ou résultats contradictoires en fonction de la PCS ou du niveau d'études de la mère
- Grossesses extra-utérines : pas de différence selon le niveau social

#### ■ Maladies cardiovasculaires

Ce sont des affections sensibles aux conditions de vie.

Pas de doute sur les inégalités de santé, notamment sociales

- incidence des événements coronariens : différence selon la PCS (registre Monica : Lille, Strasbourg et Toulouse)
- facteurs de risque : hypertension artérielle, tabagisme, troubles lipidiques, activité physique, diabète, obésité, troubles de l'hémostase

Montrées en France et dans de multiples pays industrialisés

## ▪ Cancers

Le risque de survenue d'un cancer dans différentes catégories sociales varie selon sa localisation. Les catégories les plus défavorisées sont plus exposées aux cancers du poumon (le risque est plus de deux fois supérieur chez un salarié ayant des tâches d'exécution que chez un cadre), ainsi qu'à ceux des voies aérodigestives supérieures, de l'œsophage et du col utérin. A l'inverse, le risque de cancer du côlon et de cancer du sein est plus élevé dans les catégories plus aisées. Ces différences peuvent résulter de nombreux facteurs, dont les expositions professionnelles et le recours au dépistage. Le gradient social semble, en revanche, jouer de manière univoque sur la survie après cancer, première cause de mortalité en France : elle est constamment meilleure dans les catégories socioprofessionnelles supérieures ou parmi les personnes ayant un meilleur niveau d'étude.

Les 3 localisations les plus fréquentes sont le sein, le poumon, le colon-rectum. Viennent ensuite les VADS et le col de l'utérus.

Les inégalités de santé pour les cancers sont décrites à partir des données de mortalité essentiellement. En effet, il n'existe pas réellement de recueil de données d'incidence au niveau national. Deux sources non exhaustives sur le territoire français sont disponibles :

- Le réseau français des registres de cancer, FRANCIM, a été créé en 1991.

En 2005, la France métropolitaine dispose d'un réseau de 21 registres qualifiés : 10 registres généraux couvrant 11 départements répartis sur l'ensemble du territoire couvrant approximativement 8 millions de personnes soit 13 % de la population (Bas-Rhin, Calvados, Doubs, Haut-Rhin, Hérault, Isère, Loire-Atlantique, Manche, Somme, Tarn, Vendée) ; 11 registres spécialisés dont 9 registres " d'organe " (digestif en Côte-d'Or, dans le Calvados et le Finistère - hématologique en Côte-d'Or, en Gironde et en Basse Normandie - sein et cancers gynécologiques en Côte d'Or - système nerveux central en Gironde - thyroïde en Marne/Ardennes) et 2 registres nationaux de l'enfant couvrant l'ensemble des cancers survenant entre 0 et 14 ans inclus : Registre national des leucémies et des lymphomes de l'enfant (RNLE) qui dispose de données nationales depuis 1990 et Registre national des tumeurs solides de l'enfant (RNTSE) qui dispose de données depuis 2000;

Les données d'incidence ne sont donc disponibles que dans les départements couverts par un registre des cancers, ce qui représente actuellement 13% de la population française. Des méthodes statistiques basées sur le rapport incidence/mortalité, permettent d'estimer, à partir des données existantes, l'incidence à l'échelon national et régional. Le réseau FRANCIM, qui regroupe l'ensemble des registres français des cancers, fournit régulièrement ces estimations. La dernière a été réalisée avec la collaboration du service de Biostatistiques des Hospices Civils de Lyon et couvre la période 1978-2000.

- Les demandes d'ALD auprès de l'Assurance-maladie pour cancers

Les données de dépistage des cancers ne comportent pas de renseignements sociaux, il y a l'âge, le sexe, l'origine géographique et le régime de couverture sociale (CMU ?)

Donc pas de documentation sur des données de morbidité cancer à propos d'inégalités de santé. Inégalités toujours basées sur des données de mortalité par cancer.

## ▪ Troubles mentaux

Enquête Santé Mentale en Population Générale, réalisée par le CCOMS et la DREES entre 1999 et 2003, échantillonnage selon la méthode des quotas selon les variables d'âge, sexe, catégorie socio-professionnelle et niveau d'études (échantillon SMPG en Ille-et-Vilaine, Pr Millet) :

- épisodes dépressifs, trouble anxieux généralisé : différence selon le sexe, la PCS et le statut matrimonial
- risque suicidaire (mesuré par le Mini) : idem
- prise de médicaments psychotropes : plus chez les femmes (adolescents et adultes) et augmente avec l'âge

Etude sur la consommation de médicaments psychotropes dans l'agglomération rouennaise : confirme ces résultats classiques et montre une corrélation avec le taux de chômage et le revenu moyen des ménages ; forte consommation dans les communes « industrielles et ouvrières » et faible consommation dans les communes de cadres, quel que soit le genre ou l'âge. La consommation maximale n'est pas atteinte dans les quartiers qui connaissent les taux de précarité les plus importants, mais dans les « faubourgs ouvriers », caractérisés par un habitat pavillonnaire vétuste, un vieillissement de la population, une récession économique précoce.

- dépression : différences selon la PCS
- suicides et tentatives de suicide

## ▪ Santé bucco-dentaire (adultes et enfants)

- indice carieux CAO : indice qui comptabilise le nombre de dents permanentes cariées à traiter (C), absentes pour cause de caries (A) ou obturées (O) => chez les enfants, il varie selon la PCS du chef de famille ; chez les adultes : variation selon le statut socio-économique (PCS, niveau d'études) mais attention, pas dans toutes les classes d'âge ; différences selon le sexe et différences géographiques
- proportion d'enfants indemnes de caries à 12 ans : varie selon la PCS du chef de famille
- indice communautaire de besoins en traitements parodontaux CPITN : développé par l'OMS, cet indice permet de classer les sujets selon leurs besoins en soins en fonction de la présence ou de l'absence de certains signes cliniques, tels qu'un saignement gingival, du tartre et des poches parodontales moyennes ou profondes.
- anomalies dento-faciales et besoins en orthodontie : pas étudié
- traitement d'orthodontie chez les enfants et adolescents : semble plus fréquent chez les classes favorisées
- appareil mobile pour les adultes : idem
- prothèse amovible chez ouvriers, employés et prothèse fixe type couronne ou bridge chez les cadres supérieurs et moyens

## ▪ Handicaps et incapacités

Pas de système d'information spécifique, au niveau national, longitudinal

Données d'origine administrative (COTOREP, CNAMTS...)

- accidents du travail : classiquement par branche d'activités, mais pas par PCS
- accidents de la voie publique
- accidents domestiques : notamment étudié chez les enfants, selon la PCS
- affections de longue durée : différences géographiques
- nombre de déficiences et d'incapacités déclarées : variation selon la PCS

- proportion d'enfants handicapés à entrer en institution : selon PCS du père  
L'enquête INSEE "Handicap, Incapacités, Dépendance" (HID) qui a été réalisée pour toutes les personnes vivant à domicile ou en institution, en prenant appui pour la partie Ménages sur le "Recensement général de la population française 1999". La nécessité s'imposait d'une large enquête nationale de population, du type de celles que réalise l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques), pour estimer le nombre des personnes handicapées, évaluer les flux d'entrée et de sortie en incapacités, étudier les aides existantes en direction de ces personnes et les besoins non satisfaits.

L'Enquête HID recouvre un ensemble d'enquêtes de trois types:

- l'enquête auprès des personnes handicapées en institution conduite avec un premier passage en 1998 (HID 1998) et un second en 2000 (HID 2000);
- l'enquête auprès des ménages, qui a été précédée d'une phase de filtrage réalisée en 1999 (questionnaire "Vie quotidienne et Santé" - VQS), et suivie d'un premier passage en 1999 (HID 1999) et d'un second en 2001 (HID 2001)
- l'enquête auprès de la population handicapée en milieu carcéral, réalisée 2001 (HID-Prisons 2001).

#### ▪ Maladies infectieuses

plus fréquentes chez les populations précaires

- SIDA
- Tuberculose
- Infections sexuellement transmissibles

#### *Santé au travail*

L'influence du travail sur l'état de santé est une notion communément admise et là encore, on note des inégalités de santé selon la PCS ou le secteur d'activités ou le niveau de qualification, notamment en ce qui concerne :

- les troubles musculo-squelettiques
- les maladies de l'appareil locomoteur
- les douleurs lombaires
- les troubles mentaux (dépression)
- les accidents du travail
- la durée ou le nombre de congés maladie (sur un an)

En ce qui concerne l'étude des maladies professionnelles, elle est compliquée par des problèmes de sous-déclaration et de manque de reconnaissance. De même, on dispose à l'heure actuelle de relativement peu d'informations sur les expositions professionnelles.

#### *Personnes âgées*

Le thème des inégalités sociales chez les personnes âgées apparaît comme relativement peu traité.

Plusieurs difficultés liées à la fois à l'objectivation et à la mesure aussi bien de l'état de santé que de la catégorie sociale :

- la polypathologie est la norme ; maladies de gravité variable et souvent intriquées
- niveau socio-économique : retraite + revenus du patrimoine
- position spécifique des femmes : sans profession, situation liée au mari

Utiliser des indicateurs d'incapacité, plutôt que du dénombrement de maladies

Rôle du niveau d'études

*Pour toutes les catégories de populations et de pathologies*

Plusieurs outils méthodologiques classiques sont utilisés dans la mesure de la morbidité :

- prévalence : tous les cas de maladie présents
- incidence : uniquement les nouveaux cas de la maladie
- charges de morbidité (utilisées par l'OMS notamment) : calculées en fonction du nombre d'années de vie corrigées de l'incapacité (DALY) = nombre d'années de vie perdues de fait d'un décès prématuré et d'années vécues avec une incapacité caractérisée par une gravité et une durée déterminées ; une DALY équivaut donc à un an de vie en bonne santé perdu. L'utilisation de cette notion pour mesurer la charge de morbidité présente l'avantage de prendre en compte les pathologies mentales, la perte de l'audition... même si ces affections n'entraînent généralement pas une mortalité importante.

### - **III.3 - Déterminants de la santé**

La consommation d'alcool, tabac et drogues varie également selon plusieurs paramètres socio-économiques : sexe, PCS, niveau de diplôme... comme le montrent les travaux de l'OMS, de la DREES, du HPCS, le Baromètre Santé.

De même l'indice de masse corporelle, utilisé pour classer les individus en poids normal, surpoids, obésité, est lié à la PCS, ainsi qu'au découpage géographique rural/urbain (DREES, HPCS)

L'OMS (Rapport sur la santé en Europe 2002) a mesuré l'activité physique en choisissant comme seuil un minimum de 3.5 heures d'activité physique par semaine pendant les heures de loisirs. Selon les données européennes, on notait des différences selon le sexe, l'âge et le niveau d'instruction.

### - **III.4 - Accès aux soins**

Les inégalités de santé concernent non seulement l'état de santé (mortalité, morbidité, comportements) mais aussi le système de santé et notamment l'accès aux soins et l'offre de soins.

D'après la littérature, il semblerait que certains indicateurs soient effectivement utilisés pour mesurer les inégalités de santé : notamment les indicateurs qui renvoient à la prise en charge de problèmes de santé et à l'accès aux soins.

Les indicateurs suivants sont en particulier utilisés :

- nombre de consultations de médecine générale : inégalités selon le sexe, la PCS, le niveau de revenu
- nombre de consultations de gynécologie par an ou le fait d'avoir un suivi gynécologique régulier (CETAF)

- nombre de consultations chez un dentiste ou le fait d'avoir un suivi dentaire au minimum annuel (CETAF)
- proportion d'enfants handicapés entrant en institution (HPCS) : différence selon la PCS
- taux de couverture vaccinale chez les enfants : semble peu discriminant, ou éventuellement selon le niveau de revenu
- proportion de personnes dépourvues de couverture maladie complémentaire (DREES)
- proportion de personnes déclarant avoir renoncé à des soins pour raisons financières (DREES)

1 indicateur composite sur l'utilisation de l'offre de soins ?

1 indicateur d'accessibilité ?

Enquête Précalog (centres de soins gratuits, en France, en 1999-2000) sur le risque de renoncement aux soins :

- renoncements aux soins pour raisons financières
- difficultés pour suivre dans son intégralité un traitement médicamenteux
- difficultés pour faire réaliser des examens complémentaires
- recours ou non au médecin lors d'un épisode douloureux par le passé
- absence de soins dentaires malgré un besoin objectif
- un indice global de renoncement

7 facteurs sont prédictifs d'un indice global élevé : absence d'emploi stable, absence de logement stable, absence de protection sociale, situation irrégulière sur le territoire français, peur du médecin, sentiment d'être isolé, existence de nombreux troubles affectifs dans l'enfance.

On retrouve un autre type d'indicateurs, relatifs à la mesure de l'offre de soins, qui sont utilisés pour décrire des disparités géographiques, mais ne permettent pas de mesurer les inégalités de santé en tant que telles. Il s'agit notamment :

- densité médicale (nombre de médecins par habitant)
- densité d'infirmiers
- densité de masseurs kinésithérapeutes
- densité de chirurgiens dentistes
- temps d'accès en minutes à la maternité à partir du domicile
- temps d'accès en minutes au service d'urgences à partir du domicile
- taux d'équipement en places d'hébergement collectif pour personnes âgées
- taux d'équipement en places en institution pour enfants handicapés
- 1 indice d'accès aux soins : kit INSEE ( ?)

### - **III.5 - Santé perçue**

Le domaine de la santé perçue renvoie aux indicateurs qualitatifs de santé subjective.

On sait que la définition de la santé et sa perception diffèrent selon la PCS ; les personnes les plus défavorisées déclarent le plus de maladies et se considèrent en plus mauvaise santé. (D'Houtaud, 1994).

La difficulté ici est que l'on se trouve à la frontière avec les notions de qualité de vie, donc avec le 3<sup>e</sup> objectif du PRSP. Dès lors, nous avons essayé de présenter des indicateurs de santé perçue qui soient effectivement utilisés pour décrire des inégalités de santé. Ainsi le SF-36 qui est un questionnaire de qualité de vie, dont il existe une version validée en français (Leplège, 1995) n'est

pas applicable dans la mesure où il n'a jamais été utilisé en France pour étudier les inégalités de santé.

Par contre, les indicateurs suivants ont été utilisés pour montrer des différences entre groupes :

- perception de risques (craintes liées à l'environnement (pollution de l'eau et de l'air), craintes dues au chômage, craintes de certaines maladies)
- degré d'information ressenti
- pénibilité du travail au plan nerveux
- expression de douleur morale et physique
- pensées suicidaires
- indice de santé perçue (présenté plus haut) et la proportion de personnes qui déclarent être en très bon, bon, assez bon ou mauvais état de santé, utilisés dans l'enquête ESPS
- indice de santé fonctionnelle : proportion de personnes qui déclarent être limitées ou très limitées dans les activités que les gens font habituellement, utilisé également dans l'enquête ESPS

Les 5 premiers, utilisés par le Baromètre Santé, décrivent des inégalités selon le sexe, la PCS, le niveau de revenu, le statut matrimonial.

## **IV - Indicateurs relatifs à la définition des groupes entre lesquels étudier les inégalités**

Les inégalités de santé sont définies par la comparaison de l'état de santé entre plusieurs groupes. Les groupes peuvent être notamment définis à partir des indicateurs suivants :

### **- le sexe**

- hommes / femmes

### **- l'âge**

Notamment pour certains groupes de populations :

- chez les adolescents : 12-15 ans / 16-19 ans
- chez les personnes âgées : troisième âge / quatrième âge ; par tranches de 10 ans

### **- la profession ou catégorie socio-professionnelle (PCS) (+/- le niveau de qualification au sein des PCS)**

- les 8 postes de l'INSEE : agriculteurs, artisans, commerçants et chefs d'entreprise, cadres et professions intellectuelles supérieures, professions intermédiaires, employés, ouvriers, inactifs
- les 6 catégories de profession utilisées par la DREES : professions non manuelles supérieures, professions non manuelles inférieures, professions manuelles qualifiées, professions manuelles non qualifiées, professions indépendantes, professions agricoles
- position par rapport à l'emploi en 4 classes, utilisé par le Baromètre Santé : emploi stable / emploi précaire / chômage / insertion professionnelle
- vie active en 3 groupes, utilisé dans le baromètre Santé : travail / chômage / inactivité
- statut et secteur en 7 classes : chômeurs / salariés du secteur public / salariés du secteur privé / activité libérale / retraités / étudiants et scolaires / autres inactifs
- catégorie hiérarchique : cadre / maîtrise / exécution (étude française Marshall sur le cancer)

### **- le niveau d'études**

- les 4 classes utilisées par la DREES : primaire, premier niveau secondaire, niveau secondaire supérieur, enseignement supérieur
- 8 utilisés dans le Baromètre Santé : aucun diplôme / BEPC / CAP, BEP / Bac ou niveau bac / Bac+2 / Bac + 3 ou 4 / Bac + 5 et plus / autres

## - **le niveau de revenu**

- définition d'un seuil relatif au revenu médian de la population : au-dessus ou en-dessous de 50% ou 60% du revenu médian
- classes définies à partir du revenu global du ménage : définition arbitraire / en percentiles selon la distribution des revenus dans la population
- indice de Gini : utilisé par l'OMS pour mesurer les inégalités de revenus

## - **le découpage géographique (+/- l'environnement rural / urbain)**

- département
- littoral / centre
- secteur sanitaire
- pays
- canton : très utilisé par les ORS
- zones d'emploi : proposé par l'Observatoire Social de Picardie
- districts scolaires : proposé par l'Observatoire Social de Picardie
- circonscriptions d'action sociale : proposé par l'Observatoire Social de Picardie
- 5 classes utilisées par l'ORS Basse-Normandie : grandes agglomérations, zones péri-urbaines, périphéries urbaines, cantons ruraux agricoles, cantons ruraux ouvriers

## - **la précarité ou indicateurs englobant plusieurs paramètres**

- score composite proposé par le Baromètre Santé : nombre de précarités (professionnelle, financière, affective) 0, 1, 2 ou 3
- les bénéficiaires ou non des minima sociaux (RMI, AAH, API...)
- le score EPICES (évaluation de la précarité et des inégalités de santé pour les centres d'examen de santé) créé par le CETAF : score allant de 0 (absence de précarité) à 100 (précarité la plus élevée) ; à partir de 11 questions pondérées, centrées sur les loisirs, l'isolement social et familial, les difficultés financières, le soutien social, le statut vis-à-vis du logement et l'assurance complémentaire
- indice de défaveur sociale : créé par l'ORS Nord Pas de Calais ; à partir de 13 variables (9 variables fournies par l'INSEE grâce aux données du recensement = proportion de plus de 60 ans vivant seuls dans la population totale, proportion d'actifs dans la population totale, proportion de

chômeurs parmi les actifs, proportion d'actifs ayant un emploi précaire, proportion de sans diplôme parmi les 15 ans et plus, proportion de familles monoparentales avec enfants de moins de 16 ans parmi l'ensemble des familles, proportion de ménages disposant de 2 voitures ou plus, proportion de résidences principales dont le ménage occupant n'est pas propriétaire, proportion de résidences principales occupées par plus d'une personne par pièce ; 3 variables fournies par l'Association Régionale des Caisses d'Allocations Familiales = proportion de bénéficiaires du RMI parmi les 25-64 ans, proportion de bénéficiaires de l'allocation adulte handicapé parmi les 20-64 ans, proportion de bénéficiaires de l'allocation de parent isolé parmi les femmes de 15 à 49 ans ; 1 variable fournie par la Direction générale des impôts = proportion de foyers fiscaux non imposables)

- indice socio-économique d'Irving : construit à partir du niveau d'études, de la PCS et du revenu des ménages ; 3 groupes de statut socio-économique : élevé / moyen / faible ; notamment utilisé dans le cadre de comparaisons internationales

#### - **la composition de la famille**

- famille « classique » / monoparentale / recomposée

## V - Liste des indicateurs utilisés dans la littérature

- espérance de vie à la naissance
- espérance de vie à 35 ans
- espérance de vie à 60 ans
- taux global de décès, toutes causes confondues
- taux de mortalité pour certaines causes : cancers, maladies cardiovasculaires, suicides...
- taux de mortalité avant l'âge de 5 ans
- taux de mortalité infantile
- taux de mortalité périnatale
- espérance de vie en bonne santé
- espérance de vie sans incapacité à 35 ans
- années potentielles de vie perdue
- taux de prématurité à la naissance
- taux d'hypotrophie, fréquence de petit poids de naissance
- fréquence de la surcharge pondérale et de l'obésité mesurée par l'indice de masse corporelle : chez les enfants, adolescents et adultes
- indice carieux CAO (nombre de dents permanentes cariées à traiter (C), absentes pour cause de caries (A) ou obturées (O)) : chez les enfants, adolescents et adultes
- fréquence du port de prothèses dentaires amovibles et fixes : chez les adultes
- proportion d'enfants indemnes de caries à 12 ans
- nombre de dents cariées non soignées : chez les enfants
- fréquence du port de lunettes chez les enfants ayant des troubles de la vision
- proportion d'enfants handicapés à entrer en institution
- fréquence du tabagisme : chez les adolescents et adultes
- consommation d'alcool : chez les adolescents et adultes
- fréquence des IVG : chez les adolescentes et adultes
- incidence des événements coronariens
- fréquence de l'hypertension artérielle
- fréquence des épisodes dépressifs
- fréquence des troubles anxieux généralisés
- risque suicidaire ressenti
- prise de médicaments psychotropes : chez les adolescents et adultes
- fréquence des accidents du travail
- fréquence des accidents domestiques : notamment chez les enfants
- fréquence des affections de longue durée : globalement et par pathologie
- nombre de déficiences déclarées
- nombre d'incapacités déclarées
- fréquence des troubles musculo-squelettiques : chez les travailleurs
- fréquence des douleurs lombaires : chez les travailleurs
- la durée ou le nombre de congés maladie (sur un an) : chez les travailleurs
- nombre de consultations de médecine générale
- nombre de consultations de gynécologie par an ou le fait d'avoir un suivi régulier
- nombre de consultations chez un dentiste ou le fait d'avoir un suivi au minimum annuel
- proportion de personnes dépourvues de couverture maladie complémentaire
- proportion de personnes déclarant avoir renoncé à des soins pour raisons financières
- indice global de renoncement à des soins
- indice de santé perçue
- indice de santé fonctionnelle

## VI - Références bibliographiques

Abrantes P, Sabatier S, Guenot C, Le score EPICES : l'indicateur de précarité des Centres d'examen de santé de l'Assurance Maladie. Rapport d'étude. Programme Précarité Inégalités de santé, Saint-Etienne : Cetaf, janvier 2005

Bellamy V, Roelandt JL, Caria A, Kergall A. L'enquête Santé Mentale en Population Générale (SMPG) : une enquête « pas comme les autres ». Colloque francophone sur les sondages, 2005.

Bellamy V, Roelandt JL, Caria A. Troubles mentaux et représentations de la santé mentale : premiers résultats de l'enquête Santé mentale en population générale. Etudes et Résultats octobre 2004, 347.

Beynet A, Menahem G, Problèmes dentaires et précarité, Questions d'économie de la santé, Bulletin d'information en économie de la santé février 2002, 48, 1-6.

Blaxter M. (1989) « A comparison of measures of inequality in morbidity » in Fox J, Health inequalities in European countries, Gower, Aldershot, p. 199-230.

Boisguérin B. Etat de santé et recours aux soins des bénéficiaires de la CMU. Un impact qui se consolide entre 2000 et 2003. Etudes et Résultats mars 2004, 294.

Bussi M, Université de Rouen ; Les inégalités de santé en France : quels critères pour la répartition des ressources publiques ?

Cambois E, Robine JM. Problèmes fonctionnels et incapacités chez les plus de 55 ans : des différences marquées selon les professions et le milieu social ; Etudes et Résultats mars 2004, 295.

Cambois E. Les personnes en situation sociale difficile et leur santé. In: ONPES. *Les travaux de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale 2003-2004*. Paris, La Documentation Française, 2004:101-126

Cambois E, Robine JM, Apport des indicateurs d'espérance de vie sans incapacité à l'étude des inégalités sociales de santé ; Santé Publique 2001, 13 (2), p.137-49

Centre Technique National d'Etudes et de Recherches sur les Handicaps et les Inadaptations. Rapport « Le handicap en chiffres », février 2004.

Choquet M, Ledoux S (1994) Adolescents : enquête nationale, INSERM, Paris, 350 p.

Collet M, Menahem G, Paris V, Picard H

Le risque de renoncement aux soins chez les personnes en situation précaire - Enquête Précalog  
Résumé d'une présentation orale au congrès EUPHA, Paris, Décembre 2000

Collet M, Menahem G, Paris V, Picard H. Précarité, précarisation et logiques de recours aux soins (synthèse des premiers résultats de Precalog)

Comité de la protection sociale, Rapport sur les indicateurs dans le domaine de la pauvreté et de l'exclusion sociale, octobre 2001

Couffinhal A, Dourgnon P, Tubeuf S, Outils de mesure des inégalités de santé : où en est la recherche ? IRDES, janvier 2003

Couffinhal A, Dourgnon P, Geoffard, Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé ? Un éclairage européen. Questions d'économie de la santé n°93, fév 2005

Coulthard M, Chow YH, Dattani N, Focus on social inequalities, Health, chapter 6; Office for National Statistics, London

D'Houtaud A (1994) Image de la santé, Presses Universitaires de Nancy, Nancy, 222 p.

Dauphinot V, Dupré C, Guéguen R, Naudin F, Géographie de la santé dans les Centres d'examens de santé. Données régionalisées 2002-2003 ; Saint-Etienne : Cetaf, 2005, 85 pages

Debrand T, Dourgnon P, Jusot F, Perronnin M, Polton D, Rochaix L, Rochereau T, Sermet C, Tubeuf S, Les inégalités de santé et leurs déterminants, Annexe du Programme de recherche 2005-2006 IRDES, août 2005, pages 95-123  
<http://www.irdes.fr/irdes/Progrecherche/Prog2005/Annexe.pdf>

DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques). Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 2004, Annexe A au projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2005.

Dumesnil S, Grandfils N, Le Fur P, Mizrahi AN, Mizrahi AR (1997) Santé, soins et protection sociale en 1996, CREDES, 1204, Paris, 218 p.

FNORS (Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de Santé) Rapport « Indicateurs de santé dans les régions d'Europe », Projet ISARE 2, rapport final, juin 2004

FNORS (Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de Santé) Rapport « Inégalités cantonales de santé »

Frendo L, De Bruyn T, Les inégalités socio-économiques de la santé : quels indicateurs pour en rendre compte ? Note exploratoire de travail 2005, Belgique  
<http://www.belspo.be>

HPCS (Haut Comité de la Santé Publique) Rapport « La santé en France 1996 », Paris, La Documentation Française.

HPCS (Haut Comité de la Santé Publique) Rapport « La santé en France 2002 », Paris, La Documentation Française.

HPCS (Haut Comité de la Santé Publique) Rapport « Recueil des principaux problèmes de santé en France » d'après les rapports « La santé en France » 1994, 1998 et 2002 ; Décembre 2002, Paris, La Documentation Française.

HPCS (Haut Comité de la Santé Publique) Un bilan contrasté. Actualité et dossier en santé publique n° 19, juin 1997, p.12-20

INPES (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé) Baromètre Santé 2000, Résultats, Volume 2

Leclerc A, Fassin D, Grandjean H, Kaminski M, Lang T. Les inégalités sociales de santé. Paris : La Découverte/INSERM, 2000 (Recherches).

Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement, Ministère de la santé et des solidarités, Direction générale de la santé, DREES. Rapport "Indicateurs de suivi de l'atteinte des 100 objectifs du rapport annexé à la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique"

Mizrahi AN, Mizrahi AR (1994) Etat de santé, état de vieillissement relatif et variables socio-économiques, Enquête annuelle sur la santé et la protection sociale, 1988-1991, CREDES, 999, Paris, p. 1-93.

Monteil C, Robert-Bobée I. Les différences sociales de mortalité : en augmentation chez les hommes, stables chez les femmes ; INSEE Première juin 2005, 1025.

Mormiche P et le groupe de projet HID. Le handicap se conjugue au pluriel. INSEE Première octobre 2000, 742

Moulin JJ, Dauphinot V, Dupré C, Sass C, Labbe E, Gerbaud L, Guéguen R, Inégalités de santé et comportements: comparaison d'une population de 704128 personnes en situation de précarité à une population de 516607 personnes non précaires, France, 1995-2002 ; BEH n°43 (31 octobre 2005)

OFQSS (Observatoire Franco-Québécois de la Santé et de la Solidarité) Revue Santé, Société et Solidarité n°2, 2004 ; numéro spécial : « Inégalités sociales de santé »

OMS (Organisation Mondiale de la Santé) Rapport sur la santé en Europe 2002

OMS (Organisation Mondiale de la Santé) Bulletin de l'OMS recueil d'articles n°3, janvier 2000.

OMS (Organisation Mondiale de la Santé) Europe, Rapport « Les déterminants sociaux de la santé »

ORS Nord Pas de Calais (Observatoire Régional de Santé) Rapport « Inégalités socio-spatiales de mortalité dans la région Nord Pas de Calais » , déc 2004

ORS Basse Normandie (Observatoire Régional de Santé), Analyse des inégalités infra-régionales sanitaires et sociales

Parizot I, Rapport « Santé, inégalités et ruptures sociales dans les zones urbaines sensibles d'Ile de France » ; INSERM, INED, juin 2003

Ravaud JF, Mormiche P, Santé et handicaps, causes et conséquences d'inégalités sociales, Comprendre 2003 - N° 04

Rican S, Jouglu E, Salem G. Inégalités socio-spatiales de mortalité en France ; BEH N° 30-31, 8 juillet 2003, pages 142-145

Roberge R, Berthelot JM, Wolfson M, Indice de l'état de santé : mesurer les écarts dans l'état de santé en Ontario, selon la situation socio-économique, Rapports sur la santé 1995, vol 7, n°2, Statistique Canada

Salem G, Rican S, Jouglu E  
Atlas de la santé en France, Volume 1, Les causes de décès

Sermet C (1993) Enquête sur la santé et les soins médicaux 1991-1992, méthodologie, CREDES, Paris, p. 1-139

**Annexe 2 : Etude des indicateurs existants en Bretagne –  
Phase 2**

# SOMMAIRE

## Inégalités de santé : de quoi s'agit-il ?

### En Bretagne : le constat établi en 2004 par l'ORS sur les inégalités de santé

Inégalités de santé Bretagne / France : mortalité

Inégalités de santé Bretagne France : catégories sociales

Inégalités de santé Bretagne / France : aux âges de la vie

Disparités géographiques de mortalité en Bretagne

Les affections de longue durée : écarts Bretagne / France

Vers un recueil des données au plus près des populations concernées

### Quel recueil de données « précarité/santé » possible à l'échelon régional ? Une analyse des travaux publiés

Les indicateurs couvrant l'ensemble des situations de précarité

Les données sur l'accueil et l'hébergement des personnes en situation de précarité

Des indicateurs associant précarité santé en direction de groupes spécifiques

Les indicateurs associant précarité et accès aux soins

### L'apport de la Plate Forme de l'observation sanitaire et sociale en Bretagne

### Les populations en situation de précarité accueillies dans les établissements de santé en Bretagne

### La faisabilité d'un recueil de données « précarité / santé » en Bretagne

Les indicateurs basés sur les causes médicales de décès de l'INSERM

Les travaux récents sur les groupes de population en situation de précarité en Bretagne

Tableau des indicateurs préconisés

Indicateurs sociaux

Indicateurs de santé

Indicateurs à l'échelon des pays

## Bibliographie

## Annexes

## Inégalités de santé : de quoi s'agit-il ?

A l'échelon local, les recueils de données concernant la santé de la population, relèvent davantage du système de soins (activité des établissements de santé, dépenses de santé, prestations sociales, démographie des professions de santé), que de l'état de santé de la population pour lequel les données disponibles sur les causes de décès renseignent insuffisamment.

Pour argumenter l'objectif du PRSP : **réduire les inégalités de santé en Bretagne**, nous nous appuyons sur les recherches menées depuis une dizaine d'années, par l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM), l'Institut National d'Etudes Démographiques (INED), l'Institut de Recherche Documentation en Economie de la Santé (IRDES), ainsi que par la Mission Recherche (MIRE) et la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) du Ministère de la Santé et des Solidarités. Les résultats de ces recherches sont repris dans la publication de la DREES « *Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 2004* » parue en juillet 2005 (La Documentation française), sous les titres suivants :

*Des problèmes de santé plus marqués pour les personnes en situation précaire (chapitre 1 – point 3.3)*

*Des différences perceptibles dès l'enfance pour les enfants des catégories socio-professionnelles les plus défavorisées (Chapitre 1 – point 3.4)*

Nous insérons une partie du texte placé sous le titre **Des problèmes de santé plus marqués pour les personnes en situation précaire** (pages 53-54) en soulignant le surcroît de problèmes de santé pour ces populations :

*« Depuis le milieu des années 1990, les pouvoirs publics se préoccupent des conditions de vie et de l'état de santé des groupes de population en situation sociale précaire (problèmes importants d'emploi, de logement, ruptures sociales...). De nombreuses études ont été menées pour mieux identifier, parmi ces groupes de population, les problèmes de santé qui les caractérisent et les besoins que les systèmes de soins courants ne parviennent pas à satisfaire.*

*Comme pour les différences dans les causes de décès, on ne repère généralement pas de problèmes de santé spécifiques à ces groupes de population mais plutôt une fréquence plus importante de certains problèmes et un recours différent aux soins. Par exemple, parmi les bénéficiaires de prestations ou de couvertures sociales, comme le RMI ou la CMU, les usagers de centres de soins gratuits et des centres d'hébergement, ou plus généralement les plus démunis, les problèmes psychiques et respiratoires sont plus fréquents que dans la population générale. Sont également constatés un recours plus fréquent à l'hospitalisation et moins fréquent aux spécialistes, des problèmes dentaires en plus grand nombre (caries, dents cassées), et de problèmes de vue aussi répandus mais moins bien corrigés. Les bénéficiaires de la CMU déclarent par exemple 20 % d'affections de plus que le reste de la population, à âge et sexe comparables.*

*Toujours à âge et sexe comparables, les adultes sont presque quatre fois plus nombreux que les autres adultes à déclarer avoir un état de santé mauvais ou très mauvais, deux fois plus nombreux à être limités dans leurs activités habituelles, et ils sont 40 % de plus à déclarer souffrir d'un problème de santé chronique. On repère aussi plus souvent, parmi les personnes démunies, des problèmes locomoteurs et des incapacités ; conséquences de maladies ou d'accidents, ils illustrent probablement les difficultés de récupération et de gestion des problèmes de santé auxquels elles sont confrontées. »*

De ce constat, nous orientons notre étude vers une approche sociale des **inégalités de santé** et vers la description de la **population en situation de précarité**, à l'exemple de l'approche développée dans le rapport d'Emmanuelle Cambois (Direction de la Recherche,

des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques-DREES) : **Les personnes en situation sociale difficile et leur santé** (Les travaux de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale 2003-2004. Pages 101-125), qui évoque les caractéristiques de cette population :

*« La précarité sociale résulte de parcours de vie faits de ruptures sociales, professionnelles ou affectives et recouvre des histoires et difficultés diverses. Ces ruptures et conditions de vie passées et présentes induisent ou révèlent des problèmes de santé, parfois aussi elles en découlent. Elles rendent moins à même les personnes de repérer et de soigner ces problèmes de santé, qui s'aggravent et se cumulent. Entre consultations tardives et renoncements, ce type de recours aux soins limite aussi les chances de guérison et de récupération. Ces personnes cumulent difficultés sociales, problèmes de santé et de soins, et on perçoit à quel point les parcours de vie défavorables et les processus qui mènent à la mauvaise santé sont intriqués, depuis l'enfance. La diversité des déterminants en cause souligne la nécessité d'une réponse plurielle au problème « précarité-santé » et le besoin de prendre en compte de manière globale les contextes sociaux susceptibles de limiter l'efficacité des filières et soins courants. »*

Un tel surcroît de problèmes de santé supporté par les populations en situation de précarité nous conduit au constat suivant :

- le cumul de problèmes de santé concernant une frange de la population fait basculer dans la médiocrité le score d'état de santé de l'ensemble de la population,
- la réduction des inégalités de santé a des chances d'advenir grâce à l'amélioration de l'état de santé des personnes les plus démunies.

L'IRDES atteste la pertinence de ce point de vue, à partir de l' « Enquête Santé et protection sociale » (ESPS 2002) en publiant des résultats sur « **L'état de santé des bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire** », comparé au reste de la population enquêtée. Ces résultats mettent en évidence le lien entre revenus, couverture complémentaire et comportements de recours aux soins :

*« Cette population plutôt jeune et féminine comporte une forte proportion de chômeurs et vit pour l'essentiel dans des ménages d'employés et d'ouvriers. L'état de santé général des personnes bénéficiant de la CMUC est nettement moins bon que celui du reste de la population. Ces personnes déclarent davantage de troubles mentaux ou du sommeil, d'affections de l'oreille, de maladies infectieuses, d'affections de l'appareil respiratoire et du système nerveux central.*

*Une proportion non négligeable des enquêtés (4,5 %) disent ne pas bénéficier de la CMUC alors que le niveau déclaré de leur revenu le leur permettrait. Il apparaît que l'état de santé de cette population est légèrement meilleur que celui des bénéficiaires de la CMUC, expliquant peut-être qu'elle n'ait pas encore fait la démarche pour y avoir droit. Quant à l'état de santé des personnes dont les revenus sont légèrement au-dessus du plafond fixé, il est intermédiaire, se situant entre celui des bénéficiaires de la CMUC ou susceptibles d'en bénéficier et celui des personnes disposant de revenus plus élevés. »*

**Les résultats de nos investigations nous conduisent à préconiser une approche par la connaissance des groupes de population qui par le cumul des difficultés sociales, sont plus exposés aux maladies et problèmes de santé.** Pour connaître ces groupes de population, et leurs considérations pour leur santé, il est nécessaire d'aller les rencontrer dans les lieux où elles séjournent, les structures d'accueil où elles sont susceptibles de passer, les structures de soins auxquelles elles ont recours. Cette démarche diffère de l'étude sur les inégalités sociales ayant pour objet de décrire et d'expliquer les disparités au sein d'une population donnée, en utilisant des indicateurs tels que la profession, le niveau d'instruction, le revenu, la propriété résidentielle, ... variant d'un effet protecteur à un effet préjudiciable à la santé.

## En Bretagne : le constat établi en 2004 par l'ORS sur les inégalités de santé

L'ORS a présenté un chapitre sur les inégalités de santé dans le rapport de décembre 2004 sur « La santé de la population en Bretagne » (Voir en ANNEXE le sommaire de ce rapport). La cinquième partie intitulée « Inégalités de santé » (pages 120 à 131) rend compte des inégalités sous plusieurs formes.

### Inégalités de santé Bretagne / France : mortalité

La Bretagne est située, par rapport aux autres régions de France en prenant les indicateurs suivants :

- Espérance de vie à la naissance
- Ecart d'espérance de vie entre les régions chez les hommes, chez les femmes
- Mortalité générale
- Mortalité prématurée

### Inégalités de santé Bretagne / France : catégories sociales

Sur ce point, c'est une reprise des travaux de *Salem Gérard, Rican Stéphane, Jouglé Eric : Atlas de la santé en France, 1999*, parue dans le rapport *La santé en France 2002* sous le titre « Les inégalités socio-spatiales de santé ». L'analyse faite par ces auteurs suggère que la surmortalité bretonne était en partie due à la catégorie des ouvriers et employés sur la période 1987-1993.

*L'étude sur la mortalité par suicide selon les catégories professionnelles* effectuée par l'ORS Bretagne, sur la période 1988-1992, montre que chacune des catégories socioprofessionnelles présente une surmortalité par rapport à la France. L'écart maximal entre la Bretagne et la France, se situe dans la catégorie "Ouvriers", où la survenue des décès par suicide est multipliée par 2, chez les hommes et chez les femmes.

### Inégalités de santé Bretagne / France : aux âges de la vie

Trois périodes sont retenues pour pointer les différences Bretagne / France

#### **Les moins de 15 ans**

La mortalité infantile est plus faible en Bretagne, ce qui contredit l'affirmation « la surmortalité avant 65 ans va de pair avec une surmortalité infantile ». Cette convergence d'indicateurs n'est pas vérifiée pour la Bretagne, région où le niveau de mortalité prématurée des femmes diffère nettement de celui des hommes.

De 1 à 4 ans, et de 5 à 14 ans, les taux de mortalité sont au niveau de la moyenne française.

#### **Les jeunes de 15-24 ans**

En Bretagne, la mortalité des jeunes de 15-24 ans, diffère de la moyenne française en ce qui concerne le suicide. C'est à partir de la tranche d'âge 20-24 ans que la mortalité par suicide est supérieure en Bretagne.

#### **La vie active**

La surmortalité avant 65 ans ne concerne que les hommes en Bretagne. Cette surmortalité des hommes avant 65 ans est marquée, dès la vingtaine d'années par le suicide. S'y ajoutent ensuite, les cancers, les maladies cardio-vasculaires, l'alcoolisme.

Les femmes de moins de 65 ans présentent une surmortalité importante pour une seule cause de décès : le suicide.

Au cours de la vie active, la détérioration de l'état de santé est révélée par les maladies professionnelles. Les affections péri-articulaires sont de loin les plus fréquentes maladies professionnelles reconnues en Bretagne, elles sont un indicateur qui montre de fortes inégalités Bretagne / France (le taux est 3 à 4 fois supérieur en Bretagne, par rapport à la

moyenne française). Le cas des affections péri-articulaires est retenu comme exemple de conséquences de contraintes économiques par

*Goldberg M., Melchior M., Leclerc A., Lert F.,*

*Epidémiologie et déterminants sociaux des inégalités de santé*

*Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, septembre 2003, pages 381-401.*

Ces auteurs déclarent « Une illustration des effets du contexte économique est donnée par la véritable pandémie d'affections péri-articulaires observée au niveau international depuis les années 1980 (en France, par exemple, le nombre de maladies professionnelles indemnisées pour ce type d'affections a été multiplié par 7 entre 1985 et 1995), qui sont expliquées par l'élévation de la productivité liée aux contraintes économiques ... ».

Exposition professionnelle, environnement, comportements à risque, peuvent être à l'origine de cancers, pour lesquels les hommes en Bretagne présentent une incidence et une mortalité prématurée plus élevée que la moyenne française (les cancers de la bouche du pharynx, du larynx et de l'œsophage sont particulièrement responsables de cette surmortalité par cancer, avec l'augmentation des cancers du poumon).

Chez les femmes, la mortalité prématurée par cancer est au niveau de la moyenne française. Cependant un cancer est plus fréquent en région Bretagne qu'ailleurs, le mélanome.

### **Disparités géographiques de mortalité en Bretagne**

Les disparités à l'intérieur de la Bretagne sont étudiées à l'échelon des 21 pays de Bretagne, par des indicateurs de mortalité :

- Mortalité générale
- Mortalité prématurée
- Mortalité par causes principales : cancers, maladies cardio-vasculaires, suicide, alcoolisme

L'amplitude des écarts de mortalité est plus marquée chez les hommes que chez les femmes.

En mortalité générale, à l'échelon des 21 pays de Bretagne, la surmortalité par rapport à la moyenne couvre presque l'ensemble de la Bretagne, seulement 3 pays y échappent chez les hommes et 5 chez les femmes : ce sont les pays de Rennes, de Vitré, de Brocéliande, pour les deux sexes et les pays de Vannes et Saint-Brieuc uniquement pour les femmes.

La mortalité prématurée (avant 65 ans), donne un tableau très proche pour les hommes (seuls les pays de Vitré, Rennes, Brocéliande, Fougères et Centre-Bretagne échappent à la surmortalité), tandis que pour les femmes la plupart des pays sont très proches de la moyenne française (seuls les pays de St Malo, Lorient, Centre-Ouest-Bretagne et Redon sont en surmortalité).

En ce qui concerne la mortalité par cause, la sous-mortalité par cancer est à souligner chez les femmes en Bretagne (dans 12 pays sur 21) et la situation systématiquement plus favorable dans les pays de Rennes et de Vitré, sauf en ce qui concerne la mortalité par suicide pour laquelle l'excédent est étendu aux 21 pays.

### **Les affections de longue durée : écarts Bretagne / France**

Le régime général de l'assurance maladie (Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés) fournit des données statistiques annuelles, sur les admissions en Affections de Longue Durée (ALD), et permet l'estimation de l'incidence.

Les quatre groupes d'affections les plus fréquents sont :

- Maladies cardio-vasculaires avec 29% des ALD
- Tumeurs malignes avec 26% des ALD
- Troubles mentaux (troubles spécifiques de la personnalité, démences, troubles névrotiques, schizophrénies, retards mentaux, trisomie) avec 15% des ALD
- Diabète avec 13% des ALD

En Bretagne, comme dans le nord de la France, prédominent les maladies alcooliques du foie, les cancers de la lèvre cavité buccale-pharynx, les cancers de l'œsophage, l'hémochromatose, mais par contre, certaines pathologies prépondérantes dans le nord de la France, comme le diabète, la maladie de Crohn, n'ont qu'une faible incidence dans l'ouest. Le cancer du poumon, prédominant dans le nord-est de la France, épargne l'ouest à l'exception de la frange côtière constituée par le Finistère, le Morbihan, la Loire-Atlantique. L'ouest est plus touché par le mélanome : les quatre départements bretons auxquels s'ajoutent les départements limitrophes de la Manche et de la Loire Atlantique. Les pathologies mentales plus fréquentes dans le sud de la France, touchent aussi trois départements bretons : Finistère, Côtes d'Armor, Morbihan.  
*Résultats tirés de la publication parue en avril 2004 sous le titre : Incidences médico-sociales des 30 affections de longue durée de la liste (ALD 30) en 1999. CNAMTS / Direction du service médical.*

### **Vers un recueil des données au plus près des populations concernées**

A l'exception des ALD, les données sur lesquelles sont analysées les différences Bretagne / France et les disparités à l'intérieur de la Bretagne, sont basées sur les statistiques de mortalité, ce qui limite considérablement la portée des résultats quand il s'agit d'assurer un suivi annuel et d'en dégager des orientations ciblées sur les populations cumulant les problèmes de santé.

## **Quel recueil de données « précarité/santé » possible à l'échelon régional ?**

### **Une analyse des travaux publiés**

Il est possible de documenter cette question en prenant connaissance des travaux orientés par les **politiques régionales de santé**, envers les publics défavorisés, dans la période récente 2000-2006.

Ces travaux, en général, sont menés dans le cadre des Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS). Nous retrouvons l'objectif de notre étude « *Réduire les inégalités de santé* » dans la mise en œuvre des PRAPS, ainsi que le souligne le rapport « *Etat des lieux sur la précarité en Bourgogne en vue de la révision du PRAPS – février 2003* » dans le passage suivant extrait de son introduction :

*« Il n'est sans doute pas superflu de rappeler les objectifs du PRAPS au moment de sa révision : il s'agit de réduire les inégalités de santé et pour cela de modifier les modes d'intervention des acteurs et financeurs pour faire face aux difficultés propres aux personnes en situation précaire, d'atténuer les frontières entre les secteurs sanitaire et social, entre l'hôpital et la ville, entre soin et prévention. »*

Des recueils de données à l'échelon régional, ont été mis en œuvre, ils sont basés sur les données d'intervention auprès des publics défavorisés (accueil, prestations, aides, accès aux droits, accès aux soins, réinsertion sociale, ...), et sur des enquêtes auprès des personnes accueillies dans les structures d'accueil et d'accompagnement (Association distribuant de l'aide alimentaire, Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale, Centres d'Examen de santé, ...). Ces enquêtes sont nécessaires pour fournir des données qualitatives et pour actualiser les fluctuations des populations cibles.

### **Les indicateurs couvrant l'ensemble des situations de précarité**

Des états des lieux régionaux ont été dressés en rassemblant des données sur l'ensemble des indicateurs disponibles pour quantifier les populations en situation de précarité :

- bénéficiaires d'une aide financière pour pallier le manque de revenu (prestations aux personnes en situation de handicap, demande d'emploi, parent isolé, personne âgée, ...)
- personnes accueillies dans des hébergements à caractère social, temporaire, et bénéficiaires d'allocations logement
- personnes sans-domicile
- bénéficiaires d'une aide médicale pour l'accès aux soins des exclus de l'assurance maladie (Couverture maladie universelle et couverture complémentaire).

Ainsi les Observatoires Régionaux de santé des régions Bourgogne, Midi-Pyrénées, Rhône-Alpes, ont recueilli des données quantitatives sur ces différentes approches des populations en situation de précarité. En Midi-Pyrénées, le plus récent recueil paru en janvier 2006 est réalisé pour la troisième fois, les précédentes publications ont eu lieu en 2000 et 2003. Pour montrer les indicateurs retenus dans les ces bilans régionaux, nous avons inséré en annexe la copie des pages sommaires des rapports mentionnés ci-dessous :

*Etat des lieux sur la précarité en Bourgogne en vue de la révision du PRAPS 2003 (43 pages)*

*Santé – précarité. Indicateurs et données épidémiologiques. Midi-Pyrénées. 2005 (35 pages)*

*La mesure des phénomènes de pauvreté en Rhône-Alpes. Contribution au diagnostic du PRAPS. 2003 (43 pages)*

### **Les données sur l'accueil et l'hébergement des personnes en situation de précarité**

Les travaux centrés sur la question des populations hébergées, développent les aspects quantitatifs et qualitatifs, comme le montrent les exemples suivants d'enquêtes en Lorraine, Languedoc-Roussillon et Pays-de-la-Loire

*ORSAS Lorraine*

*Observation du public accueilli dans le cadre des dispositifs d'hébergement et d'insertion en Lorraine. Année 2004*

*Vandoeuvre lès Nancy : ORSAS, avril 2005, 29 pages*

*Observatoire Régional de la Santé du Languedoc-Roussillon*

*Structures d'Accueil, d'Hébergement et d'Insertion. Portrait et parcours de la population accueillie en Languedoc-Roussillon*

*Montpellier : ORS, juin 2004, 89 pages*

*CNRS – UMR 6590 Espaces géographiques et sociétés, DRASS des Pays de la Loire*

*Les publics et leurs parcours dans les structures d'accueil et d'hébergement en Pays de la Loire*

*Echo des stat. Pays de la Loire, N° 21 juin 2004, synthèse 6 pages*

### **Les indicateurs associant précarité santé pour des groupes spécifiques**

Les enquêtes visent à mieux connaître les comportements de santé et de recours aux soins de groupes de population spécifiques, par exemple, dans les travaux cités ci-dessous, il s'agit : des jeunes dans les Missions locales et Permanence Accueil Orientation Insertion en Isère et Haute-Normandie, des personnes passant par les sites distribuant de l'aide alimentaire en Limousin, et des consultants des Centres d'examen de santé en Pays de la Loire. La démarche commune dans ces enquêtes est d'aller rencontrer le public en situation de précarité sur des lieux exclusivement prévu pour l'accueillir (permanences d'aide alimentaire, Missions locales et PAIO), ou dans un cadre favorisant son accueil (Centres d'examen de santé vers lesquels sont orientées les personnes en difficulté pour une prise en compte de leur santé). Dans tous les cas, le constat de l'existence d'un surcroît de

problèmes de santé concernant ces populations, motive des interventions les incitant à se soigner.

Les données produites vont des profils de renoncement aux soins et de difficultés à passer par le dispositif de soins général, à des bilans médicaux comparant les consultants en situation de précarité aux autres consultants et aboutissant à caractériser les effets de la précarité sur l'état de santé.

*Observatoire Régional de la Santé Rhône-Alpes  
Pratiques de santé des jeunes suivis par les missions locales en Isère – Synthèse  
2006 (4 pages)*

*Observatoire Régional de Haute-Normandie  
Enquête santé des jeunes accueillis dans les missions locales et PAIO de Haute-Normandie au cours de l'année 2003 et du premier semestre 2004.  
Cette étude est relancée pour l'année 2006 mais cette fois dans la totalité de la région (3 PAIO ne participaient pas encore à l'enquête en 2004).*

*Observatoire Régional de la Santé du Limousin  
Trajectoires de vie en précarité et santé. Rapport d'enquête  
Limoges : ORS Limousin, décembre 2004, 25 pages*

*Observatoire régional de santé des Pays de la Loire  
La santé des consultants des centres d'examens de santé en situation de précarité. Pays de la Loire – 2000 décembre 2003, (31 pages)  
Remarque : le sommaire de ce document figure en annexe*

### **Les indicateurs associant précarité et accès aux soins**

Nous donnons trois exemples de démarches d'intervention visant les populations en situation de précarité, par une réflexion sur l'accès aux soins.

Le premier exemple se tient au sein d'un collectif dans une ville moyenne.

Le second exemple prend place dans les établissements hospitaliers de Midi-Pyrénées, il rend compte des points forts et points faibles d'un dispositif spécialement mis en place dans les hôpitaux en général, pour améliorer l'accès aux soins des personnes en situation de précarité.

Le troisième exemple vise à mesurer le retentissement sur la santé des problèmes de précarité et d'accès aux soins à l'échelon d'une agglomération. Le diagnostic est basé sur une série d'enquêtes:

- Enquête qualitative auprès des acteurs sanitaires et sociaux,
- Enquête épidémiologique auprès des services d'urgence du CHU de ROUEN
- Enquête auprès des personnes accueillies à la permanence d'accès aux soins de santé du CHU de ROUEN
- Enquête auprès de la maison médicale de ROUEN
- Enquête auprès des médecins généralistes

#### *ORSMIP*

*Précarité et accès aux soins à Lourdes. Compte rendu et analyse des entretiens réalisés auprès de personnes en situation de précarité dans le cadre de la « mise en réseau de l'action de proximité auprès des publics les plus démunis à Lourdes »  
Juillet 2003. 33p.*

#### *ORSMIP*

*Les permanences d'accès aux soins de santé : "Les PASS" en Midi-Pyrénées.  
2003. 43p*

#### *Observatoire Régional de Haute-Normandie*

*Diagnostic santé sur le territoire de 12 communes relevant de la géographie prioritaire de la politique de la ville dans l'agglomération rouennaise. 2003 (206 pages)*

## L'apport de la plate forme de l'observation sanitaire et sociale en Bretagne

La Plate-Forme de l'Observation sanitaire et sociale en Bretagne permet de dresser un **Tableau de bord des indicateurs** dont les sources sont les partenaires suivants : CAF, MSA, ASSEDIC, CRAM, DRTEFP, INSEE, ANPE, URSSAF, DRE, CPAM, CMR, Rectorat, Conseils généraux.

Les indicateurs pouvant être actualisés annuellement ou trimestriellement se classent dans les rubriques suivantes :

- o minima sociaux,
- o niveau de revenus,
- o chômage/emploi,
- o logement,
- o accès aux soins,
- o scolarité,
- o protection de l'enfance,
- o personnes âgées

Voir en **Annexe 1** le détail des indicateurs sur le TABLEAU DE BORD COHESION SOCIALE

L'accès aux données est possible soit directement auprès du producteur (Caisse Nationale Allocations Familiales, INSEE, Direction Régionale du Travail et de l'Emploi, Direction Régionale de l'Equipeement), soit par les bases de données suivantes :

- BDSL (Base de données sociales localisées) <http://bdsf.social.gouv.fr/>
- STATISS <http://www.sante.gouv.fr/drees/statiss2004/default.htm>

Nous notons que dans le cadre de la Plate-Forme de l'observation sanitaire et sociale en Bretagne, les indicateurs seront renseignés (autant que possible) aux échelons géographiques suivants :

- région
- département
- pays

## Les populations en situation de précarité accueillies dans les établissements de santé en Bretagne

Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) fonctionnant dans les hôpitaux publics sont des dispositifs mis en place pour améliorer l'accès aux droits, aux soins et à la prévention des populations les plus défavorisées.

L'information actuellement disponible sur ce dispositif en Bretagne, est présentée par la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales, dans le document intitulé : *La permanence d'accès aux soins : une mission sociale entre l'hôpital et la cité. Journée régionale -12 octobre 2004 – Rennes (55 pages)*

La capacité des PASS à alimenter un recueil permanent de données quantitatives et qualitatives sur la population accueillie en Bretagne est à étudier. L'exemple du recueil de données en Midi-Pyrénées réalisé conjointement par l'ARH, la DRASS et l'ORS, peut apporter des éléments de méthode :

*Les permanences d'accès aux soins de santé : « Les PASS » en Midi-Pyrénées. Mars 2003.*

Disponible sur <http://www.orsmip.org/tlc/publi/PASS%20MIP%202003.pdf>

Parmi les travaux réalisés dans d'autres régions, nous pouvons signaler une étude destinée à améliorer la qualité de la prise en charge des patients en situation de précarité sociale ou de pauvreté, menée au CHU de Nantes, intitulée :

*« Identification de la vulnérabilité sociale des usagers des consultations de l'hôpital public »*

Jean Pascal, Pierre Lombrail, Christian Agard, Christine Quélier, Jean-Michel Nguyen  
Laboratoire de Santé Publique et d'Epidémiologie, P.I.M.E.S.P., C.H.U de Nantes

Le tableau ci-dessous, montre l'auto-questionnaire dont l'utilisation a pour objectif d'aider les professionnels de l'hôpital dans le repérage des situations de vulnérabilité sociale, afin de proposer des solutions appropriées. Ce questionnaire est un outil permettant aux soignants d'avoir une information objective et rapide sur la situation sociale des consultants, d'une part, et aux services de consultations, d'autre part, de connaître les caractéristiques de leur clientèle pour adapter les soins.

### *Les caractéristiques de vulnérabilité sociale explorées par auto questionnaire*

Avez-vous la **CMU** (*couverture maladie universelle*), la CMU Complémentaire ou l'Aide Médicale d'Etat (**AME** : *hospitalière ou totale*) ?

Avez-vous une **Mutuelle** santé ou une Assurance maladie complémentaire\* ?

Avez-vous **du mal à payer** vos médicaments ou vos examens médicaux ?

Recevez-vous une de ces **allocations** : le RMI, l'AAH (*allocation adulte handicapé*), l'API (*allocation parent isolé*), l'ASS (*allocation solidarité spécifique*), l'AI (*allocation d'insertion*), l'allocation de veuvage, le minimum vieillesse ou l'allocation supplémentaire de vieillesse ?

Etes-vous à la **recherche d'un emploi** depuis plus de 6 mois ou d'un 1er emploi ?

*\*A la différence des 4 autres caractéristiques, c'est la réponse « non » à cette caractéristique qui contribue à identifier une situation de vulnérabilité sociale.*

## La faisabilité d'un recueil de données « précarité / santé » en Bretagne

Nous proposons de focaliser sur les indicateurs sociaux et sur les indicateurs associant santé/précarité. Nous incluons un point sur les causes médicales de décès dans le seul but d'expliquer que les indicateurs de mortalité ne sont pas retenus. L'approche qualitative se trouve traitée dans les enquêtes présentées sous le titre « Les travaux récents sur les groupes de population en situation de précarité en Bretagne ».

### Les indicateurs basés sur les causes médicales de décès de l'INSERM

L'espérance de vie, calculée à partir des données de mortalité, est un indicateur régulièrement utilisé à l'échelon international pour comparer l'état de santé des populations. En France, l'INSEE est la source produisant cet indicateur, à l'échelon national, régional et départemental.

Pour la population d'une zone géographique donnée, l'inégalité devant la mort est décrite en distribuant les données de mortalité selon le sexe, selon l'âge, et plus rarement selon la catégorie sociale (la mortalité selon les Professions et Catégories Sociales, a surtout été étudiée à l'échelon national). Depuis une dizaine d'années, les recherches sur les inégalités de santé se sont développées et abordent la question d'un point de vue plus large, par d'autres systèmes d'information (accès aux soins, données sociales, effets de la précarité sur la santé).

Par ailleurs, l'objectif « Diminuer la mortalité prématurée » figure parmi les trois objectifs généraux retenus dans le Plan Régional de Santé Publique, et c'est la raison pour laquelle nous n'incluons pas la mortalité prématurée dans la présente étude sur les inégalités de santé.

### Les travaux récents sur les groupes de population en situation de précarité en Bretagne

La faisabilité pour la Bretagne s'appuie sur des travaux déjà réalisés dans différents domaines, pour lesquels une coordination entre les partenaires serait nécessaire. Ces travaux initiés en Bretagne se situent essentiellement dans une approche sociale des populations.

Pour l'essentiel, nous pouvons citer :

- Les Caisses d'Allocation Familiales de Bretagne, en collaboration avec la direction régionale de l'INSEE, pour la publication des résultats sur **La pauvreté en Bretagne**, en mai 2005.
- La Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales pour le **Programme régional d'accès à la prévention et aux soins de Bretagne PRAPS 2 - 2003 - 2006**
- La direction régionale de l'INSEE, par une exploitation des données des recensements de la population et de l'évolution entre 1990 et 1999, sur **La précarisation de l'emploi salarié en Bretagne** (article publié en juillet 2004 dans Octant).

- La réflexion menée par le Conseil Economique et Social Régional (CESR) sur **Les conditions de travail en Bretagne** (rapport de décembre 2004). Ce rapport pointe : une amélioration globale sur longue période, ... mais des dégradations récentes et des particularités régionales, le cas des troubles musculo-squelettiques. Parmi les personnes auditionnées sur ce dossier, nous remarquons :
  - le président de l'Observatoire Régional de la Santé au Travail (ORST),
  - le Médecin Inspecteur Régional du travail et de l'emploi pour la région Bretagne,
  - la directrice de l'antenne Bretagne de l'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT),
  - le médecin coordonnateur à l'Association Interentreprises de Médecine du Travail (AIMT 35),
  - le responsable à la Direction Régionale de l'Agriculture et de la Forêt (DRAFF) du Programme d'amélioration des conditions de travail dans les Industries Agro-Alimentaires (IAA).
  
- Le CREAL de Bretagne a fait le point sur les solutions pour offrir un toit en même temps que différents services : **Accueil, hébergement, insertion : état des lieux des dispositifs en Bretagne**, septembre 2005. Il s'agit des Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale, des Centres d'Accueil pour Demandeurs d'Asile, des logements temporaires, des foyers de jeunes travailleurs, des résidences sociales et maisons-relais.
  
- Le Réseau Ville-Hôpital 35 pour la mise en place à l'hôpital d'une consultation pour les personnes migrantes et pour le pilotage de l'enquête **Expérience migratoire et pratiques thérapeutiques des migrants à Rennes**, Novembre 2005.
  
- L'Observatoire Régional de Santé a démarré, en collaboration avec l'Assurance maladie et les Centres d'examen de santé, une exploitation des données issues des bilans de santé : les études ont abouti à des documents de travail en 2005  
**La santé des jeunes en insertion observée dans les CES en Bretagne (64 pages)**  
**La santé des bénéficiaires de la CMU dans les CES de Bretagne (82 pages)**  
 Les sommaires de ces études sont insérés en ANNEXE 2
  
- L'expérience du point H à Brest, dispensaire de soins gratuits pour personnes en difficultés sociales (opérationnel depuis 1988)

## Tableau des indicateurs préconisés

Les indicateurs dont le suivi est possible à l'échelon de la Bretagne et de ses départements sont intitulés : indicateurs sociaux et indicateurs de santé. A l'échelon des 21 pays de Bretagne, les indicateurs qu'il est possible de renseigner sont moins nombreux, ils sont d'ordre socio-démographique.

### Les indicateurs sociaux

#### Population vivant avec des revenus inférieurs au seuil de précarité

##### Bénéficiaires des minima sociaux

- Revenu Minimum d'Insertion,
- Allocation Parent Isolé,
- Allocation Adulte Handicapé,
- Allocation Supplémentaire Vieillesse,
- Allocation de Solidarité Spécifique

##### Accès au logement

- allocation de logement à caractère social – ALS,
- aide personnalisée au logement – APL,
- allocation de logement familial – ALF.
- Places d'hébergement en CHRS
- Demandes d'asile
- Centres d'Accueil des Demandeurs d'Asile – CADA
- Centres provisoires d'hébergement – CPH
- Allocation Logement Temporaire - ALT
- Densité du parc locatif social

##### Les situations de grande précarité (à travers les lieux d'accueil, d'écoute, orientation et accompagnement)

- Le 115 Accueil d'urgence des sans abri
- Le pôle accueil information et orientation – PAIO
- L'équipe mobile sociale et de santé
- Accueil de jour (écoute, accompagnement, accueil hivernal, douches, démarches pour droits sociaux)
- Lieux de soins gratuits

##### Indicateurs d'accès aux droits

- Population couverte par la Couverture Maladie Universelle - CMU (d'après revenus inférieurs au seuil de précarité)
- Population bénéficiaire de l'Aide Médicale d'Etat – AME
- Cellules socio-administratives installées dans les hôpitaux pour faciliter les démarches d'ouverture des droits.

### Les indicateurs de santé

- o La santé des consultants en situation de précarité, dans les Centres d'examen de santé (données recueillies au cours des consultations médicales, l'état de santé des consultants en situation de précarité est comparé à celui des autres consultants) est décrite par une série d'indicateurs :
  - **Consommations** : Consommation de tabac, Consommation régulière de boissons alcoolisées, Consommation de psychotropes
  - **Accès aux soins** : Consultations médicales, Consultations dentaires

- **Etat fonctionnel** : Carie dentaire, Déficit auditif, Déficit visuel, Electrocardiogramme pathologique, Tension artérielle élevée
  - **Dépistage des cancers** : Cancer du col utérin, Cancer colorectal
  - **Etat métabolique** : Obésité, hypercholestérolémie, hyperglycémie, hémoglobine
- o Les maladies professionnelles (selon les secteurs d'activité)
  - o Indicateurs de la médecine du travail (à élaborer)

### **Les indicateurs à l'échelon des 21 pays**

Les travaux de l'ORS Bretagne à l'échelon des 21 pays de Bretagne, dans le cadre du Contrat de Plan Etat Région, ont abouti à la publication pour chaque pays d'un document d'une vingtaine de pages. Parmi les indicateurs disponibles et déjà utilisés nous retenons les suivants :

- o Répartition de la population selon l'âge dans le pays par rapport à la Bretagne et à la France
- o Répartition de la population active ayant un emploi par catégorie socioprofessionnelle
- o Revenu déclaré moyen par foyer fiscal imposé (échelon cantonal)
- o Proportion de foyers fiscaux non imposés (échelon cantonal)
- o Proportion d'allocataires du revenu minimum d'insertion (échelon cantonal)

## BIBLIOGRAPHIE

### Éléments de méthode, et/ou données sur les populations précaires

#### En Bretagne

Direction départementale des affaires sanitaires et sociales des Côtes d'Armor  
PDA Côtes d'Armor : Plan départemental d'accueil 2005-2007  
(80 pages)

Houssais Irène

**La précarisation de l'emploi salarié en Bretagne**

Octant, n° 98, juillet 2004, pages 14-20

CREAI de Bretagne, APRAS

**Habitat et troubles du comportement.**

Rapport final juin 2004, 100 pages

CREAI de Bretagne

**Accueil, hébergement, insertion : état des lieux des dispositifs en Bretagne.**

A propos de ... N° 13, septembre 2005, 8 pages

CREAI de Bretagne

**Minima sociaux et autres prestations de protection sociale en Bretagne** : une situation régionale plus favorable que la moyenne française à l'exception de l'AAH et de l'APA. Des disparités départementales

A propos de ... N°10, mars 2005, 7 pages

CPAM des Côtes d'Armor

**Observation de la population précaire au Centre d'Examens de santé de la CPAM des Côtes d'Armor**

Périodicité : annuelle

ARIS

**Observation de l'errance et de la sans-domiciliation**

Enquête par entretien

Résultats à paraître en 2006

APRAS

**Personnes à la rue à Rennes. Etude des sans domicile fixe.**

Septembre 2002

GUILLOU Anne Y., Sociologue, ADDRAS

**Expérience migratoire et pratiques thérapeutiques des migrants à Rennes**

Novembre 2005, 58 pages

Enquête réalisée pour et avec la collaboration du Réseau Ville-Hôpital 35

**Accueil des primo-arrivants**

Décembre 2004

Le Boëtté Isabelle

**Formes de pauvreté en Bretagne**

Octant n° 102 – juillet 2005, pages 21-25

Morisseau P., Cohidon C., Derriennic F., MSA du Morbihan, Institut de Veille Sanitaire

**Santé perçue et travail dans la filière viande agricole en Bretagne, en 2003**

Conseil économique et social de Bretagne  
**Les conditions de travail en Bretagne**  
 CESR de Bretagne, décembre 2004, 89 pages

Martine Bellanger, Alain Jourdain  
**Comparaison des politiques de réduction des inégalités régionales de santé en France : la gestion centralisée des enveloppes hospitalières versus les priorités régionales de santé publique.**  
 Communication présentée aux 27es journées des économistes français de la santé organisées par l'IRDES. Paris 17-18 juin 2004. 11 pages

Pascale Turquet, Laboratoire d'Économie et de Sciences Sociales de Rennes, Université Rennes  
**L'obtention d'une couverture complémentaire santé dans le cadre de l'entreprise : De fortes inégalités malgré l'existence d'une réglementation plus favorable**  
 Communication présentée aux 27es journées des économistes français de la santé organisées par l'IRDES. Paris 17-18 juin 2004. 18 pages

## Dans les autres régions

Cayla Françoise, Delarue Maïté  
**Santé – précarité. Indicateurs et données épidémiologiques**  
 Toulouse : ORSMIP, 2005, 35 pages

Jean MANTOVANI, Maïté DELARUE, DDASS 65 - ORSMIP  
**Précarité et accès aux soins à Lourdes...**  
 Juillet 2003. 33p.  
 Compte rendu et analyse des entretiens réalisés auprès de personnes en situation de précarité dans le cadre de la « mise en réseau de l'action de proximité auprès des publics les plus démunis à Lourdes »

**Les permanences d'accès aux soins de santé : "Les PASS" en Midi-Pyrénées.**  
 2003. 43p

CERS et CIEU (UTM-CNRS) – INSERM U 558 – ORSMIP.  
**Précarisation au travail et santé : l'expérience sociale des salariés et de leur famille confrontée au jugement des médecins du travail.**  
 Mars 2002. 187p.  
 Cette recherche a pour objectif d'appréhender de quelles façons des modifications de diverses composantes de la santé se manifestent dans le contexte de différentes formes de précarisation au travail, ces formes pouvant être associées ou non à d'autres types de fragilisation. Deux parties composent ce rapport : précarisation au travail et santé, le point de vue des médecins du travail ; précarité, santé, activité professionnelle et milieu de vie, le point des vue des salariés.

Lemery Bernadette, Pierre Audrey, Navillon Benoît, ORS Bourgogne  
**Etat des lieux sur la précarité en Bourgogne en vue de la révision du PRAPS**  
 Février 2003, 43 pages

ORSAS Lorraine  
**Observation du public accueilli dans le cadre des dispositifs d'hébergement et d'insertion en Lorraine. Année 2004**  
 Vandoeuvre lès Nancy : ORSAS, avril 2005, 29 pages

Observatoire Régional de la Santé du Languedoc-Roussillon  
**Structures d'Accueil, d'Hébergement et d'Insertion. Portrait et parcours de la population accueillie en Languedoc-Roussillon**  
 Montpellier : ORS, juin 2004, 89 pages

Observatoire régional de santé des Pays de la Loire  
**La santé des consultants des centres d'examens de santé en situation de précarité. Pays de la Loire – 2000**  
 Nantes : ORS, décembre 2003, (31 pages)

Observatoire Régional de la Santé Rhône-Alpes  
**Pratiques de santé des jeunes suivis par les missions locales en Isère – Synthèse**  
 Lyon : ORS Rhône-Alpes, janvier 2006 (4 pages)

Fleuret Sébastien, Pihet Christian, Zeneidi-Henry Djemila, CNRS – UMR 6590 Espaces géographiques et sociétés  
 DRASS des Pays de la Loire  
**Les publics et leurs parcours dans les structures d'accueil et d'hébergement en Pays de la Loire**  
 Echo des stat. Pays de la Loire, N° 21 juin 2004, synthèse 6 pages

Burbaud Francis, Observatoire Régional de la Santé du Limousin  
**Trajectoires de vie en précarité et santé. Rapport d'enquête**  
 Limoges : ORS Limousin, décembre 2004, 25 pages

Observatoire Régional de Haute-Normandie  
**Enquête santé des jeunes accueillis dans les missions locales et PAIO de Haute-Normandie au cours de l'année 2003 et du premier semestre 2004.**  
 Cette étude est relancée pour l'année 2006 mais cette fois dans la totalité de la région (3 PAIO ne participaient pas encore à l'enquête en 2004).



## **ANNEXES :**

**Annexe 1 : Plate-forme de l'observation sanitaire et sociale. Tableau de bord cohésion sociale**

**Annexe 2 :**

**La santé des bénéficiaires de la C.M.U. observée dans les Centres d'Examens de Santé de Bretagne. Document de travail.**

**La santé des jeunes en insertion observée dans les Centres d'Examens de Santé de Bretagne. Document de travail.**

**Annexe 3 : La santé de la population en Bretagne. Etat des lieux préparatoire à la mise en place du Programme Régional de Santé Publique. Sommaire.**

**Annexe 4 : Etat des lieux sur la précarité en Bourgogne.**

**Annexe 5 : Santé – précarité. Indicateurs et données épidémiologiques Midi-Pyrénées.**

**Annexe 6 : La mesure des phénomènes de pauvreté en Rhône-Alpes.**

**Annexe 7 : Santé des consultants des Centres d'examens de santé – Pays de la Loire – 2000.**

**PLATE-FORME DE L'OBSERVATION SANITAIRE ET SOCIALE**  
**TABLEAU DE BORD SOCIAL**

18/05/2006

THEMES ET INDICATEURS	SOURCE	PERIODICITE	OBSERVATIONS
T=trimestrielle A=annuelle			
<b>MINIMA SOCIAUX</b>			
<b>RMI (revenu minimum d'insertion)</b>			
Nombre d'allocataires	CAF, MSA	T	Proportion parmi la population de 20 ans et plus ?
Nombre d'allocataires de moins de 30 ans	CAF, MSA	T	
Nombre d'allocataires de 30 à 49 ans	CAF, MSA	T	
Nombre d'allocataires de 50 ans et plus	CAF, MSA	T	
Nombre d'allocataires femmes	CAF, MSA	T	
Nombre de bénéficiaires non payés	CAF, MSA	A	
Population couverte par le RMI (allocataire + conjoint + enfants)	CAF, MSA	A	Proportion de personnes couvertes pour 100 habitants ?
<b>API (allocation de parent isolé)</b>			
Nombre d'allocataires	CAF, MSA	T	Proportion parmi les femmes de 15 à 49 ans ?
<b>RMI+API</b>			
Nombre total d'allocataires	CAF, MSA	T	
<b>AAH (allocation aux adultes handicapés)</b>			
Nombre d'allocataires	CAF, MSA	A	Proportion parmi la population des 20 à 59 ans ?
Nombre d'allocataires de moins de 30 ans	CAF, MSA	A	
Nombre d'allocataires de 30 à 49 ans	CAF, MSA	A	
Nombre d'allocataires de 50 ans et plus	CAF, MSA	A	
<b>ASS (allocation de solidarité spécifique)</b>			
Nombre d'allocataires	ASSEDIC	T	
<b>ASV (allocation supplémentaire du Fonds de Solidarité Vieillesse)</b>			
Nombre d'allocataires	CRAM, MSA	T	Proportion parmi la population des 60 ans et plus ?
<b>NIVEAU DE REVENUS</b>			
Nombre (et proportion) d'allocataires ayant un revenu par unité de consommation :			
.inférieur à 40% du revenu médian	CAF	A	
.compris entre 40% et 60% du revenu médian	CAF	A	
.compris entre 60% et 100% du revenu médian	CAF	A	
Nombre (et proportion) d'allocataires dépendant des prestations CAF pour au moins la moitié de leurs ressources	CAF	A	
<b>CHOMAGE/EMPLOI</b>			
Nombre de demandeurs d'emploi (catégorie 1)	DRTEFP	T	
Nombre de demandeurs d'emploi (catégorie 1 + catégorie 6)	DRTEFP	T	
Nombre de demandeurs d'emploi (catégorie 1) de moins de 25 ans	DRTEFP	T	
Proportion de moins de 25 ans dans les demandeurs d'emploi (catégorie 1)	DRTEFP	T	
Nombre de demandeurs d'emploi (catégorie 1) femmes	DRTEFP	T	
Proportion de femmes dans les demandeurs d'emploi (catégorie 1)	DRTEFP	T	
Nombre (et proportion) de chômeurs de longue durée	DRTEFP	T	
Nombre (et proportion) de chômeurs de très longue durée	DRTEFP	T	
Taux de chômage	DRTEFP/INSEE	T	Actuellement : taux régional et taux départementaux
Fréquence des retours au chômage	ANPE/DRTEFP	A	
Offres emploi collectées par l'ANPE (total des types A, B et C)	DRTEFP	T	
Offres emploi collectées par l'ANPE (type A)	DRTEFP	T	
Intérim (nombre de missions)	DRTEFP	T	Niveau territorial=département ?
<b>LOGEMENT</b>			
Nombre de logements du parc locatif social (public)	DRE	A	Nombre de logements sociaux pour 1000 habitants ?
Part du logement individuel dans le parc locatif social (public)	DRE	A	
Taux de vacance de plus de trois mois dans le parc locatif social (public)	DRE	A	
Taux de mobilité dans le parc locatif social (public)	DRE	A	
Nombre et proportion d'allocataires bénéficiaires d'une aide au logement dans le parc privé et dont le revenu par unité de consommation est inférieur au plafond d'accès au logement social	CAF	A	
<b>ACCES AUX SOINS</b>			
<b>CMU</b>			
Nombre de bénéficiaires CMU de base	CPAM, CMR, MSA	T	Proportion de bénéficiaires parmi la population totale ?
Nombre de bénéficiaires CMU complémentaire	CPAM, CMR, MSA	T	Proportion de bénéficiaires parmi la population totale ?
<b>SCOLARITE</b>			
Proportion d'enfants du primaire ayant 11 ans et plus à la rentrée	Rectorat	A	
Proportion d'enfants des collèges ayant 16 ans et plus à la rentrée	Rectorat	A	
Taux de réussite au brevet des collèges	Rectorat	A	
Taux de réussite aux baccalauréats	Rectorat	A	
<b>PROTECTION DE L'ENFANCE</b>			
Nombre de bénéficiaires de l'action éducative à domicile	Conseils généraux (ASE)	A	Taux si possible
Nombre de bénéficiaires de l'AEMO judiciaire	Conseils généraux (ASE)	A	Taux si possible
Nombre d'enfants placés en établissement ou famille d'accueil	Conseils généraux (ASE)	A	Taux si possible
<b>PERSONNES AGEES</b>			
Nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile	Conseils généraux	T	
Nombre de bénéficiaires de l'APA en établissement en dotation globale	Conseils généraux	T	
Nombre de bénéficiaires de l'APA en établissement hors dotation globale	Conseils généraux	T	

**Précisions complémentaires :**

1) Territorialisation : il est envisagé qu'autant que possible les indicateurs soient tous renseignés pour les mêmes niveaux géographiques (région, départements, pays, ...)

2) Dans certains cas, l'indicateur mentionné dans la première colonne correspond à une donnée brute qu'il peut être intéressant d'exprimer en proportion d'une population (cf dernière colonne), afin de faciliter les comparaisons entre zones. Cela reste toutefois conditionné à la possibilité d'obtenir des estimations de population au niveau géographique considéré.

## SOMMAIRE

	<b>Pages</b>
<b>CONTEXTE</b>	<b>3</b>
<b>PRESENTATION GENERALE</b>	<b>5</b>
<b>Le recueil des données</b>	<b>5</b>
<b>La méthodologie</b>	<b>6</b>
<b>Les limites de l'étude</b>	<b>6</b>
<b>Les contributions</b>	<b>6</b>
<b>DESCRIPTION DE LA POPULATION</b>	<b>7</b>
<b>Les bénéficiaires de la C.M.U.</b>	<b>8</b>
<i>La répartition de la population selon le sexe et l'âge</i>	<i>9</i>
<b>La connaissance du Centre d'Examens de Santé</b>	<b>11</b>
<b>La zone de recrutement sur le territoire de Bretagne</b>	<b>12</b>
<b>Le nombre d'examens de santé antérieurs</b>	<b>17</b>
<b>ACCES AUX SOINS MEDICAUX</b>	<b>19</b>
<b>Consultations médicales</b>	<b>19</b>
<b>Consultations dentaires et caries</b>	<b>21</b>
<i>Consultations dentaires</i>	<i>21</i>
<i>Caries dentaires</i>	<i>23</i>
<b>Consultations gynécologiques</b>	<b>24</b>
<i>Mammographie</i>	<i>26</i>
<i>Dépistage du cancer du col de l'utérus</i>	<i>27</i>
<b>ETAT DE SANTE FONCTIONNEL ET METABOLIQUE</b>	<b>29</b>
<b>Santé ressentie</b>	<b>29</b>
<b>Etat fonctionnel</b>	<b>31</b>
<i>Vaccination</i>	<i>31</i>
DTP	31
Hépatite B	31
Rubéole	32
<i>Examens physiques</i>	<i>33</i>
Tension artérielle	33
Acuité visuelle	35
Acuité auditive et exposition aux nuisances	37
<i>Examens paracliniques</i>	<i>39</i>
Electrocardiogramme	39
Spirométrie	41

<b>Etat métabolique : examens biologiques</b>	<b>42</b>
<i>Glycémie</i>	42
<i>Cholestérolémie</i>	44
<i>Hémoglobinémie</i>	46
<i>Sérologie HIV</i>	48
<i>Sérologie VHC</i>	49
<b>CONSOMMATION DE PRODUITS PSYCHO-ACTIFS</b>	<b>51</b>
<b>Alcool et gamma GT</b>	<b>51</b>
<i>Alcool</i>	51
<i>Gamma GT</i>	54
<b>Tabac</b>	<b>55</b>
<i>Répartition des fumeurs</i>	55
<i>Consommation quotidienne en tabac</i>	57
<b>Toxicomanie</b>	<b>61</b>
<b>Psychotropes et troubles du sommeil</b>	<b>63</b>
<b>SEDENTARITE</b>	<b>67</b>
<b>Sédentarité</b>	<b>67</b>
<b>PATHOLOGIES LIEES AU POIDS</b>	<b>69</b>
<b>Obésité</b>	<b>69</b>
<b>Maigreur</b>	<b>71</b>
<b>LES AFFECTIONS</b>	<b>73</b>
<b>Les principales affections évoquées lors de l'examen de santé par groupes pathologiques</b>	<b>73</b>
<b>Les affections connues lors de l'examen de santé par groupe pathologique</b>	<b>74</b>
<b>SYNTHESE DE L'ETUDE</b>	<b>77</b>
<b>Données générales</b>	<b>77</b>
<b>Consommations de soins médicaux</b>	<b>77</b>
<b>Etat de santé fonctionnel et métabolique</b>	<b>78</b>
<b>Consommation de produits psycho-actifs</b>	<b>79</b>
<b>Sédentarité et obésité</b>	<b>80</b>
<b>GLOSSAIRE</b>	<b>81</b>
<b>ANNEXE</b>	<b>83</b>

## SOMMAIRE

	<b>Pages</b>
<b>CONTEXTE</b>	<b>3</b>
<b>PRESENTATION GENERALE</b>	<b>5</b>
Le recueil des données	5
La méthodologie	6
Les limites de l'étude	6
Les contributions	6
<b>DESCRIPTION DE LA POPULATION</b>	<b>7</b>
Les jeunes âgés de 16 à 25 ans en insertion	8
<b>LA REPARTITION DE LA POPULATION SELON LE SEXE ET L'AGE</b>	<b>9</b>
La connaissance du Centre d'Examens de Santé	10
La zone de recrutement sur le territoire de Bretagne	11
<b>ACCES AUX SOINS MEDICAUX</b>	<b>18</b>
Consultations médicales	18
Consultations dentaires et caries	19
<i>Consultations dentaires</i>	19
<i>Caries dentaires</i>	21
Consultations gynécologiques	23
<i>Dépistage du cancer du col de l'utérus</i>	26
<b>ETAT DE SANTE FONCTIONNEL ET METABOLIQUE</b>	<b>28</b>
Santé ressentie	28
Etat fonctionnel	29
<i>Vaccination</i>	29
DTP	29
Hépatite B	30
Rubéole	31
<i>Examens physiques</i>	31
Tension artérielle	31
Acuité visuelle	33
Acuité auditive et exposition aux nuisances	34
<i>Examens paracliniques</i>	36
Electrocardiogramme	36
Spirométrie	38

<b>Etat métabolique : examens biologiques</b>	<b>39</b>
<i>Glycémie</i>	39
<i>Cholestérolémie</i>	40
<i>Hémoglobinémie</i>	41
<i>Sérologie HIV</i>	42
<i>Sérologie VHC</i>	43
<b>CONSOMMATION DE PRODUITS PSYCHO-ACTIFS</b>	<b>45</b>
<b>Alcool et gamma GT</b>	<b>45</b>
<i>Alcool</i>	45
<i>Gamma GT</i>	48
<b>Tabac</b>	<b>49</b>
<i>Répartition des fumeurs</i>	49
<i>Consommation quotidienne en tabac</i>	50
<b>Toxicomanie</b>	<b>50</b>
<b>Psychotropes et troubles du sommeil</b>	<b>51</b>
<b>SEDENTARITE</b>	<b>53</b>
<b>Sédentarité</b>	<b>53</b>
<b>PATHOLOGIES LIEES AU POIDS</b>	<b>55</b>
<b>Obésité</b>	<b>55</b>
<b>Maigreur</b>	<b>56</b>
<b>LES AFFECTIONS</b>	<b>57</b>
<b>Les principales affections évoquées lors de l'examen de santé par groupe pathologique</b>	<b>57</b>
<b>Les affections connues lors de l'examen de santé par groupe pathologique</b>	<b>58</b>
<b>SYNTHESE DE L'ETUDE</b>	<b>61</b>
<b>Données générales</b>	<b>61</b>
<b>Consommations de soins médicaux</b>	<b>61</b>
<b>Etat de santé fonctionnel et métabolique</b>	<b>62</b>
<b>Consommation de produits psycho-actifs</b>	<b>63</b>
<b>Sédentarité et obésité</b>	<b>63</b>
<b>GLOSSAIRE</b>	<b>65</b>
<b>ANNEXE</b>	<b>67</b>



CONTRAT DE PLAN ÉTAT-RÉGION



# La santé de la population en Bretagne

Etat des lieux préparatoire à la mise en place du  
Programme Régional de Santé Publique

Décembre 2004



# Sommaire

---

	<b>Pages</b>
<b>DONNEES GENERALES</b>	<b>7</b>
CONTEXTE DEMOGRAPHIQUE	
Population	8
Evolution et vieillissement	10
MORTALITE	
Mortalité générale et espérance de vie	12
Causes de mortalité	14
Mortalité prématurée	16
Mortalité évitable liée aux comportements à risque	18
<b>PATHOLOGIES OBSERVEES</b>	<b>21</b>
CANCERS	
Ensemble des cancers	22
Cancers de la trachée, des bronches et du poumon	24
Cancers des voies aéro-digestives supérieures	26
Cancers du côlon et du rectum	28
Cancer du sein	30
Cancer de l'utérus	32
Cancer de la prostate	34
Mélanome	36
Cancers de l'enfant	38
MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE	
Ensemble des maladies de l'appareil circulatoire	40
Maladies vasculaires cérébrales	42
Cardiopathies ischémiques	44
Ensemble des maladies de l'appareil respiratoire	46
MALADIES INFECTIEUSES	
Syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA)	48
VIH, VHC et syphilis	50
SUICIDE	
Mortalité par suicide	52
Tentatives de suicide	54
Accidents du travail et maladies professionnelles	56
Accidents de la circulation routière	58
Morbidité hospitalière en service de courte durée	60
Affections de longue durée	62

	<b>Pages</b>
<b>SANTE AUX AGES DE LA VIE</b>	<b>65</b>
Naissances, fécondité, Interruptions Volontaires de Grossesse	66
Santé des enfants de moins de 1 an	68
Santé des enfants de 1 à 14 ans	70
Santé des jeunes de 15 à 24 ans	72
Santé des adultes de 25 à 64 ans	74
Santé des personnes de 65 ans et plus	76
<b>DETERMINANTS ET FACTEURS DE RISQUE</b>	<b>79</b>
<b>COMPORTEMENTS</b>	
Comportements des jeunes en Bretagne	80
Conduites addictives : alcool	82
Conduites addictives : tabac	84
Conduites addictives : drogues illicites et médicaments	86
Surpoids et obésité	88
<b>DONNEES ECONOMIQUES ET SOCIALES</b>	
Secteurs d'activité, catégories sociales et revenus	90
Chômage	92
Minima sociaux et couverture maladie universelle	94
Logement social et allocations logement	96
<b>ENVIRONNEMENT</b>	<b>98</b>
<b>OFFRE DE PRISE EN CHARGE ET DE PREVENTION</b>	
Médecins	100
Autres professionnels de santé	102
Aides et soins aux enfants handicapés	104
Aides et soins aux adultes handicapés	106
Aides et soins aux personnes âgées	108
Court séjour hospitalier et soins de suite ou de réadaptation	110
Psychiatrie	112
Structures d'hébergement et de soins pour personnes âgées	114
Schéma Régional d'Education Pour la Santé (SREPS)	116
<b>INEGALITES DE SANTE</b>	<b>119</b>
<b>INEGALITES DE SANTE BRETAGNE/FRANCE</b>	
Inégalités de santé Bretagne/France : mortalité	120
Inégalités de santé Bretagne/France : catégories sociales	122
Inégalités de santé Bretagne/France : âges de la vie	124
<b>DISPARITES A L'INTERIEUR DE LA BRETAGNE</b>	
Disparités en Bretagne : mortalité	126
Disparités en Bretagne : cancers, maladies cardio-vasculaires	128
Disparités en Bretagne : autres pathologies	130
<b>ANNEXES</b>	<b>133</b>
Sigles	134
Quelques définitions	136
Sources de données démographiques, de mortalité et de morbidité	138



# ETAT DES LIEUX SUR LA PRECARITE EN BOURGOGNE

## Sommaire

<b>AVANT-PROPOS</b>	<b>4</b>
<b>INTRODUCTION</b>	<b>5</b>
<b>1.APPROCHES DE LA PRECARITE</b>	<b>6</b>
a) Conditions de vie	6
➤ Logement	6
➤ Environnement familial	7
b) Manque de ressources financières	9
➤ Bénéficiaires de minima sociaux	9
➤ Travailleurs pauvres	13
c) Insertion socio-professionnelle	15
➤ Éducation, formation	15
➤ Emploi	16
d) Exclusion sociale multidimensionnelle	18
➤ Personnes sans résidence stable	18
➤ Étrangers en attente de statut	19
➤ Étrangers hébergés dans des foyers pour migrants	19
➤ Gens du voyage	19
➤ Sortants de prison	20
<b>2.ETAT DE SANTE ET PRECARITE</b>	<b>20</b>
a) Mortalité prématurée : corrélation avec la précarité	20
b) Éléments sur la morbidité de populations en situation de précarité	21
➤ Personnes en situations d'exclusion	21
➤ Populations suivies dans le cadre de dispositifs sociaux	22
<b>3.ACCES AUX SOINS ET A LA PREVENTION</b>	<b>25</b>
a) La desserte en services de santé	25
➤ Soins de ville	25
➤ Services hospitaliers	28
➤ Prise en charge de la souffrance psychique	29
➤ Autres dispositifs de prévention	30
b) Aides spécifiques à l'accès aux soins et à la prévention	34
➤ La couverture maladie universelle	34
➤ L'aide médicale de l'État	35
➤ Permanences d'accès aux soins	36
➤ Agents de santé	37
➤ Dispositifs spécifiques à certaines situations de précarité	38
<b>Conclusion</b>	<b>41</b>
<b>Références bibliographiques et sources d'informations</b>	<b>42</b>

**Santé-Précarité**  
**Indicateurs et données épidémiologiques**  
**2005**  
**Midi-Pyrénées**

**Sommaire**

<b>Introduction</b> .....	3
<b>Les indicateurs de précarité</b> .....	5
Précarité financière et minima sociaux.....	6
L'accès au logement.....	10
Les situations de grande précarité.....	12
<b>Accès aux droits</b> .....	15
Le dispositif CMU dans les huit départements .....	16
<b>Accès aux soins et à la santé</b> .....	21
Les situations de difficultés d'accès aux soins.....	22
Les besoins de santé des personnes en situation de précarité.....	27
<b>Les études - les recherches</b> .....	29
Dans la région, un éclairage à travers deux études menées par l'Orsmip .....	30
Un éclairage à travers l'activité des équipes de recherche toulousaines .....	33
Veille bibliographique Santé Précarité - Inégalités de santé .....	34

# ***La mesure des phénomènes de pauvreté en Rhône Alpes***

## ***Contribution au diagnostic du PRAPS 2003-2006***

### sommaire

#### Chapitre 1

#### **La mesure de la pauvreté**

##### **1- Cadrage général pour Rhône-Alpes**

##### **2- Conseils méthodologiques**

###### ***2.1 De quoi parle-t-on?***

Le vocabulaire de la pauvreté

Des populations aux territoires

###### ***2.2 Le suivi de la précarité***

La précarisation dans l'espace

La précarisation dans le temps

La question des inégalités territoriales

Existe-t-il des indicateurs-avertisseurs?

L'éclairage des réponses institutionnelles

###### ***2.3 Du côté des statistiques***

Les sources statistiques

Les analyses statistiques

Le choix du territoire d'observation

###### ***2.4 Observation sociale : indicateurs, tableaux de bord, études...***

#### Chapitre 2

### **Différentes situations de précarité en Rhône-Alpes**

#### **Fiches produites par l'Observatoire régional de la santé 12**

Bénéficiaires des minima sociaux

Bénéficiaires de la CMU

Chômeurs de longue durée

Jeunes sans qualification

Autres populations en situation de précarité

Familles monoparentales

Personnes âgées isolées

# Santé des consultants des Centres d'examens de santé - Pays de la Loire – 2000

*Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire -  
Décembre 2003*

## Sommaire

Résumé .....	7
Contexte et limites de l'étude .....	9
Eléments de méthodologie.....	10
1. Le recueil des données .....	10
2. Les populations de consultants .....	10
3. La présentation des résultats .....	12
I - Suivi médical.....	13
1. Consultations médicales .....	13
2. Dépistage du cancer du col de l'utérus .....	14
3. Consultations dentaires.....	15
4. Caries dentaires .....	16
II - Etat de santé .....	17
1. Santé ressentie.....	17
2. Electrocardiogramme .....	18
3. Tension artérielle.....	19
4. Cholestérolémie .....	20
5. Glycémie .....	21
6. Hémoglobinémie .....	22
III - Acuité auditive et visuelle .....	23
1. Acuité auditive .....	23
2. Acuité visuelle .....	24
IV - Obésité et sédentarité.....	25
1. Obésité .....	25
2. Sédentarité .....	26

<b>V - Consommation de produits psychoactifs .....</b>	<b>27</b>
1. Tabagisme .....	27
1.1. <i>Statut tabagique déclaré</i> .....	27
1.2. <i>Quantité de cigarettes fumées quotidiennement</i> .....	28
2. Consommation de boissons alcoolisées et gamma GT.....	29
2.1. <i>Consommation quotidienne de boissons alcoolisées</i> .....	29
2.2. <i>Gamma GT</i> .....	30
3. Consommation de médicaments psychotropes .....	31

**Annexe 3 : Liste des personnes ayant participé  
au groupe de travail**

✓ Monsieur BARBANCON	Mutualité Française 22
✓ Madame BOITARD	DRASS
✓ Docteur BRUNEAU – GAUDEN	ARH
✓ Madame CHAUVET	URCAM
✓ Monsieur CLAPPIER	ICONES
✓ Docteur DROUMAGUET	PMI (22)
✓ Madame DUPUIS – BELAIR	DRASS
✓ Madame KURZ	URCAM
✓ Monsieur LEGRAND	Consultant
✓ Madame LERAY	DSP – Faculté de Médecine de Rennes
✓ Monsieur LUCAS	CISS
✓ Docteur MAITROT	Rectorat
✓ Monsieur MARCHAND	DRASS
✓ Docteur MARESCAUX	DDTEFP
✓ Docteur MORELLEC	PMI (35)
✓ Docteur NICOLAS	DRASS
✓ Docteur PETITJEAN	DRASS
✓ Madame PIQUET	ORS Bretagne
✓ Madame QUEYLA	DRASS
✓ Monsieur TREHONY	ORS Bretagne
✓ Madame VIDY	DRASS