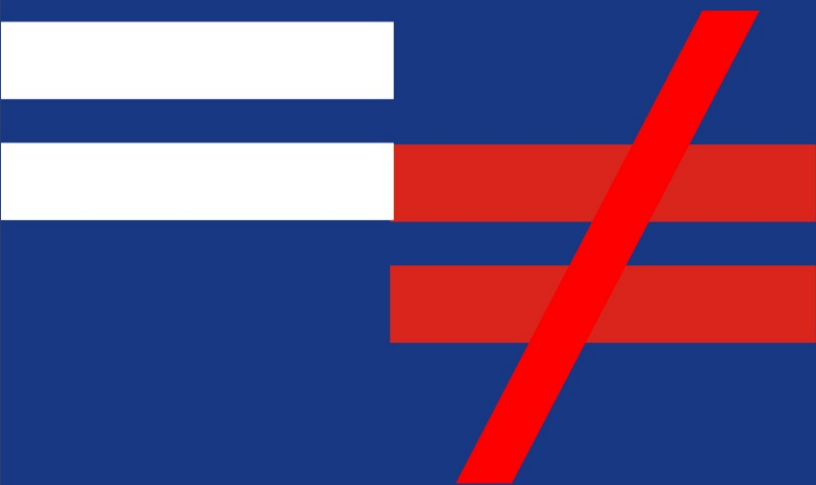


REPERES

sur les

inégalités de santé

analyse
sociale et
territoriale



MIDI-PYRÉNÉES - 2011

Observatoire
Régional de
la Santé de



ars
Agence Régionale de Santé
Midi-Pyrénées

SOMMAIRE

I. Les inégalités sociales de santé en France : ce que l'on sait	3
1. Des inégalités sociales de santé plus élevées que dans la plupart des pays européens et qui ont tendance à s'aggraver	4
2. Des inégalités devant la mort qui se jouent plus dans la survenue des maladies que dans la capacité de la médecine à les soigner.....	4
3. Des déterminants multiples qui s'accumulent et qui s'enchaînent.....	5
4. Des inégalités sociales de santé entre les territoires.....	5
5. La santé des personnes en situation précaire inscrite dans la question des inégalités sociales de santé.....	6
II. Les inégalités sociales et territoriales de santé en Midi-Pyrénées : ce que l'on sait.....	7
1. Les disparités devant la mort en fonction des catégories socioprofessionnelles	8
2. Les disparités devant la mort en fonction des territoires.....	13
3. L'obésité, un marqueur des inégalités sociales de santé	27
4. Les inégalités sociales de santé chez les adolescents de 11, 13, 15 ans en Midi-Pyrénées	29
5. Le profil et le recours aux soins de bénéficiaires de la CMU-C	30
6. La précarité sociale et le recours aux soins dans les établissements de santé dans le Tarn et Garonne	34
III. L'inégale distribution des déterminants socio-économiques de santé dans la région	37
1. Les catégories sociales	38
2. Les 20-29 ans sortis du système scolaire peu ou pas diplômés.....	42
3. Les écarts de revenus	44
4. Le chômage.....	45
5. Les travailleurs pauvres.....	47
IV. Les situations de vulnérabilité et précarité	49
1. Les allocataires de minima sociaux	50
2. Les situations de grande précarité et l'accès aux soins.....	51
V. Les disparités hommes-femmes.....	53
VI. Éléments de synthèse et besoins d'information pour surveiller et comprendre les inégalités de santé en Midi-Pyrénées	57
VII. Bibliographie.....	63

PRÉSENTATION

L'objet de ce dossier est d'apprécier la diversité des situations régionales face à la santé et les disparités sociales qui la caractérisent à partir des données et indicateurs immédiatement accessibles.

Le rapport est composé de cinq grands chapitres.

> Le premier chapitre rappelle très schématiquement ce que l'on sait en France des inégalités sociales de santé (ISS) et de leurs déterminants. Il a été réalisé à partir des trois derniers rapports qui font le point sur cette question :

- Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité. Haut Conseil de Santé Publique,
- Santé Publique, l'état des savoirs. Didier Fassin et Boris Hauray. Éditions La Découverte. Octobre 2010
- Réduire les inégalités sociales de santé. Louise Potvin et coll., Inpes, 2010

> Le deuxième chapitre permet de repérer le gradient social et territorial des états de santé en Midi-Pyrénées pour les grandes pathologies et présente différents marqueurs des inégalités de santé actuellement disponibles.

> Le troisième chapitre met en évidence l'inégale distribution des déterminants territoriaux et socio-économiques qui participent à la formation des états de santé régionaux.

> Le quatrième chapitre rassemble les informations qui permettent de mieux identifier et caractériser les situations de vulnérabilité et de précarité face à la santé.

> Les disparités de mortalité hommes-femmes sont présentées dans le dernier chapitre.

En synthèse, sont identifiés et proposés des axes d'études et de recueil de données qui permettraient de mieux comprendre et suivre l'évolution de ces inégalités de santé.

1. LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ EN FRANCE : ce que l'on sait

Des inégalités sociales de santé plus élevées que dans la plupart des pays européens et qui ont tendance à s'aggraver	4
Des inégalités devant la mort qui se jouent plus dans la survenue des maladies que dans la capacité de la médecine à les soigner.....	4
Des déterminants multiples qui s'accumulent et qui s'enchaînent.....	5
Des inégalités sociales de santé entre les territoires	5
La santé des personnes en situation précaire inscrite dans la question des inégalités sociales de santé.....	6

Des inégalités sociales de santé plus élevées que dans la plupart des pays européens et qui ont tendance à s'aggraver (Leclerc, 2006)

A 35 ans, en France, un homme peut espérer vivre en moyenne 41 ans. (Kunst A. et al.)
S'il est cadre, son espérance de vie est de 46 ans.
S'il est ouvrier, elle n'est que de 39 ans.

Il existe une hiérarchie parallèle des statuts des individus et de leur espérance de vie pour l'ensemble des catégories socioprofessionnelles (Monteil et Robert Boke, 2005). Ce gradient continu rend nécessaire de penser en termes d'inégalités et non d'exclusion ou de pauvreté qui focalisent l'attention sur le bas de l'échelle sociale.
Les écarts sont encore plus importants si l'on considère l'espérance de vie en bonne santé.

Un cadre de 35 ans vivra 34 ans sans incapacité, un ouvrier n'a plus au même âge que 24 ans à passer sans handicap (Cambois et al., 2008).

Les écarts existent pour toutes les pathologies : cancer, maladies cardiovasculaires (Menvielle et al., 2007). Pour la période 1990-1996, pour les hommes de 30 à 64 ans, la part due au cancer dans les inégalités atteint presque 40%.

Aux différences en fonction de l'appartenance socioprofessionnelle s'ajoutent les disparités liées au **chômage** qui multiplie par 3 le risque de mortalité et à **l'inactivité** pour laquelle le risque est 5 fois plus élevé. Même si l'interprétation de ces résultats reste difficile car la maladie peut être cause de chômage et à l'inverse la perte d'emploi et l'inactivité dégradent l'état de santé (Mesrine, 1999).

En un quart de siècle, le rapport de mortalité des ouvriers et cadres est passé de 1,8 à 2,1, soit un accroissement de 16% (Monteil, 2005).

Le risque relatif de mortalité prématurée chez les hommes a presque doublé si l'on intègre le chômage et l'inactivité (Leclerc, 2006).

L'écart d'espérance de vie entre un homme et une femme est parmi les plus élevés du monde. A la naissance, une fille peut espérer vivre en moyenne 84,5 ans, soit 7 ans de plus qu'un garçon. Les disparités sociales de santé pour les femmes sont importantes mais moins profondes.

A 35 ans, l'espérance de vie des ouvrières est de 47 ans contre 50 ans pour les femmes cadres et professions libérales (Monteil, 2005).

Une ouvrière a 8 ans de moins à vivre sans incapacité qu'une femme cadre (Cambois, 2008).

Ces inégalités féminines tendent à s'accroître (Leclerc, 2006). Les ISS de mortalité sont notamment de plus grande amplitude que dans la population mondiale pour les maladies cardiovasculaires.

Des inégalités devant la mort qui se jouent plus dans la survenue des maladies que dans la capacité de la médecine à les soigner (Fassin)

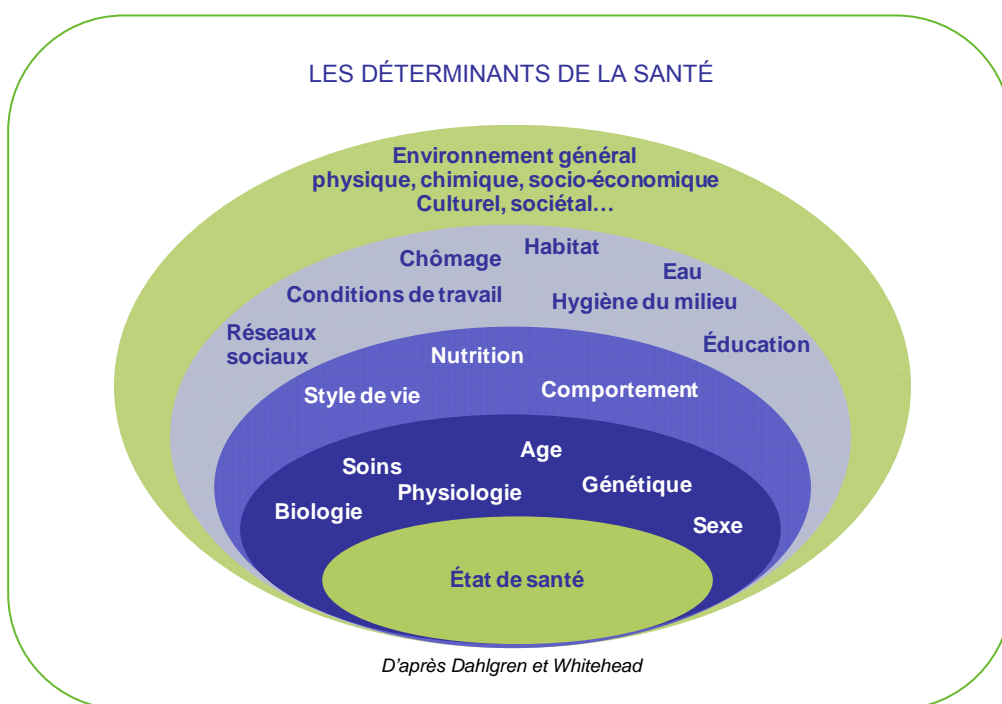
Les variations de la consommation médicale en fonction des CSP sont relativement faibles et ne peuvent pas expliquer les écarts considérables de mortalité (Grignon, 2000). Même s'il ne faut pas sous estimer le rôle des retards de soins d'urgence pour les affections cardiaques et l'importance de la qualité des prises en charge (notamment pour les cancers) sur les chances de survie des affections graves.

Les inégalités d'accès aux soins sont loin d'être la première cause des ISS, même si elles y participent (absence de mutuelle, dépassements d'honoraires, discrimination par refus de soins à des bénéficiaires de la CMU, AME...). Outre les obstacles financiers, deux éléments influent sur l'accès aux soins : l'organisation du système de santé et le comportement individuel régi par un ensemble de normes, de représentations, de processus relationnels.

Des déterminants multiples qui s'accumulent et qui s'enchaînent (HCSP, 2009)

Au-delà du seul rôle du système de soins, le Haut Conseil de Santé Publique montre qu'un des enjeux essentiels pour réduire les inégalités sociales de santé est la prise en compte des déterminants socio-économiques.

Les ISS sont le produit des inégalités des conditions d'existence construites dès l'enfance et qui concernent l'éducation, l'emploi, le logement, le lien social....



Les comportements de santé constituent la 3^e grande catégorie de déterminants.

La distribution sociale des « facteurs de risque », tels que le tabac, l'alcool, l'alimentation riche en lipides, pauvre en fruits, la faible activité physique et le stress psychologique, est bien connue. Mais le HCSP souligne le « caractère social » et pas seulement individuel de ces comportements de santé qui s'inscrivent dans un contexte physique ou social qui favorise ou non ces comportements.

Des inégalités sociales de santé entre les territoires

Les relations entre inégalités sociales et territoriales de santé sont multiples. L'environnement géographique constitue un des déterminants de santé. Les disparités sociales d'occupation du territoire sont clairement identifiées. Et au-delà de l'expression de l'inégal capital économique et culturel de ses habitants, le territoire peut jouer un effet propre sur la santé.

Les deux types de réflexion, disparités territoriales de santé et inégalités sociales de santé se rejoignent.

La caractérisation des territoires devient un enjeu primordial pour identifier et comprendre les ISS et leurs déterminants.

 **La santé des personnes en situation précaire inscrite dans la question des inégalités sociales de santé**

Les situations de précarisation se définissent comme des trajectoires de vie, des processus biographiques, éventuellement transitoires et réversibles, fait d'accumulations de facteurs d'exclusion et de ruptures et susceptibles de plonger une personne dans **une situation de pauvreté effective** (HCSP).

Malgré les difficultés à quantifier ce phénomène dynamique et multiforme, on estime qu'environ 20% de la population française se situe en situation de précarité. Ce n'est donc pas une population marginale et cela ne fait pas référence à une catégorie.

Les personnes précaires cumulent les facteurs de risque, présentent des pathologies à un stade plus avancé (Joubert-Chauvin).

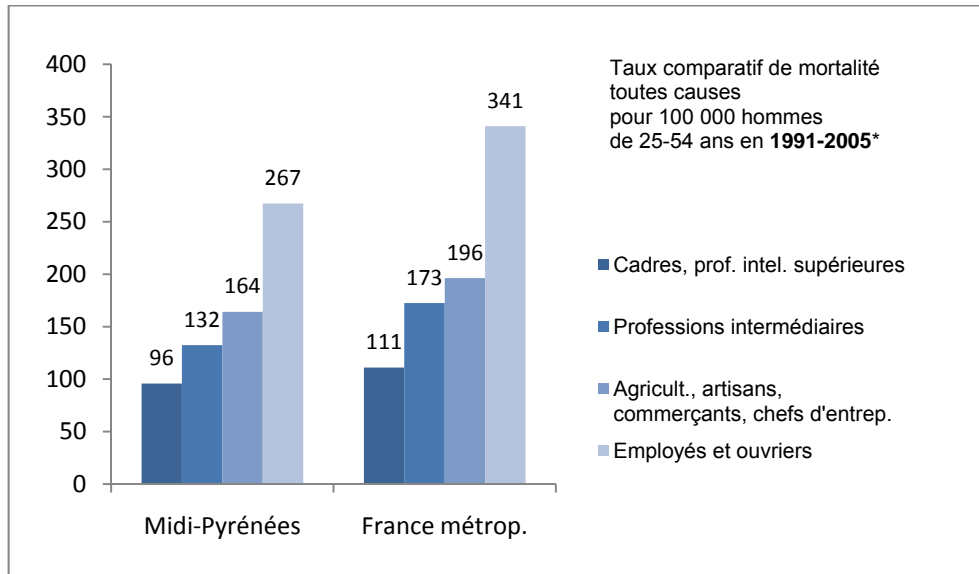
Ce constat se retrouve de façon plus marquée pour les plus pauvres et les plus exclus : les personnes sans chez soi, les immigrés en situation irrégulière... (Giraud, Estecahandy, 2010).

2. LES INÉGALITÉS SOCIALES ET TERRITORIALES DE SANTÉ EN MIDI-PYRÉNÉES : ce que l'on sait

Les disparités devant la mort en fonction des catégories socioprofessionnelles	8
Les disparités devant la mort en fonction des territoires	13
L'obésité, un marqueur des inégalités sociales de santé.....	27
Les inégalités sociales de santé chez les adolescents de 11, 13, 15 ans en Midi-Pyrénées	29
Le profil et les recours aux soins des bénéficiaires de la CMUC.....	30
La précarité sociale dans les établissements de santé	34

1. Les disparités devant la mort en fonction des catégories socioprofessionnelles

> Mortalité toutes causes des hommes de 25-54 ans



* sans 1998

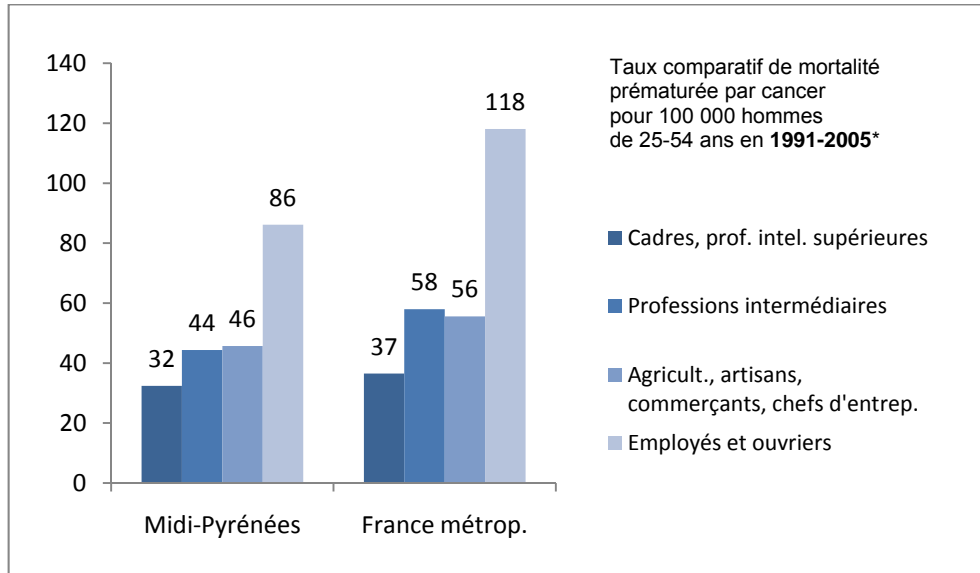
Sources : Inserm CépiDC-Insee – Exploitation Fnors-Orsmip

Sur la période 1991-2005, la mortalité toutes causes des hommes de 25-54 ans était **2,8 fois plus élevée** chez les employés-ouvriers que chez les cadres et professions intellectuelles supérieures (3,0 en France métropolitaine). Quelle que soit la catégorie sociale, les niveaux de mortalité restaient inférieurs à la moyenne nationale.

Les disparités sociales de mortalité s'observent dans toutes les régions. Le ratio de mortalité entre le taux des ouvriers-employés et celui des cadres supérieurs et professions libérales est partout supérieur à 1. Il définit cependant une géographie particulière et apparaît corrélé aux disparités régionales de mortalité générale. Les valeurs minimales se retrouvent dans le Sud de la France.

L'analyse par CSP des données de mortalité n'est possible que pour les hommes actifs entre 25 et 54 ans. L'analyse à l'échelle régionale se fait sur une période de 15 ans et n'est pas envisageable à des échelles infrarégionales.

> **Mortalité par cancer des hommes de 25-54 ans**

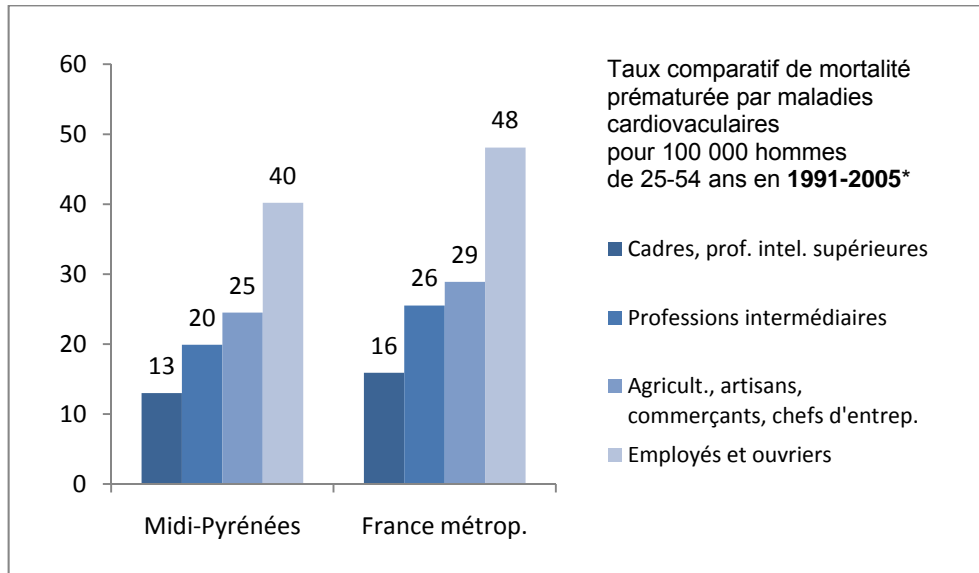


* sans 1998
Sources : Inserm CépiDC-Insee – Exploitation Fnors-Orsmip

Sur la période 1991-2005, la mortalité par cancer chez les hommes de 25 à 54 ans était **2,7 fois plus élevée** chez les employés-ouvriers que chez les cadres et professions intellectuelles supérieures (3,2 fois pour l'ensemble de la France). Les taux de mortalité dans la région, quelle que soit la catégorie sociale, étaient inférieurs à la moyenne nationale. Cette sous-mortalité était particulièrement marquée pour les ouvriers-employés dans la région au regard des taux observés chez les ouvriers en moyenne nationale.

Les disparités spatiales et sociales de l'incidence et de la mortalité par cancer sont importantes en France. Les méta-analyses montrent que dans la plupart des pays industrialisés, les personnes qui ont un statut socio-économique bas ont une plus forte mortalité par cancer que les autres. Ces différences sont particulièrement marquées en France pour les cancers des voies aéro-digestives supérieures. La réduction des ISS est inscrite dans le plan cancer mais les actions de prévention restent prioritairement ciblées sur la prévention secondaire et sur la transformation des comportements des individus plus que sur les déterminants socio-structurels des ISS. (INPES, Les inégalités sociales de santé)

> **Mortalité des hommes de 25-54 ans par maladies cardiovasculaires**



* sans 1998

Sources : Inserm CépiDC-Insee – Exploitation Fnors-Orsmip

En 1991-2005, les inégalités sociales de mortalité étaient importantes pour l'ensemble des maladies cardiovasculaires. Les ouvriers-employés avaient un risque **trois fois plus élevé** de décéder par maladie cardiovasculaire que les cadres et professions intellectuelles supérieures (écart identique à la moyenne nationale). Les niveaux de mortalité des hommes de 25-54 ans dans la région pour cette cause de décès différaient peu de ceux observés en moyenne nationale.

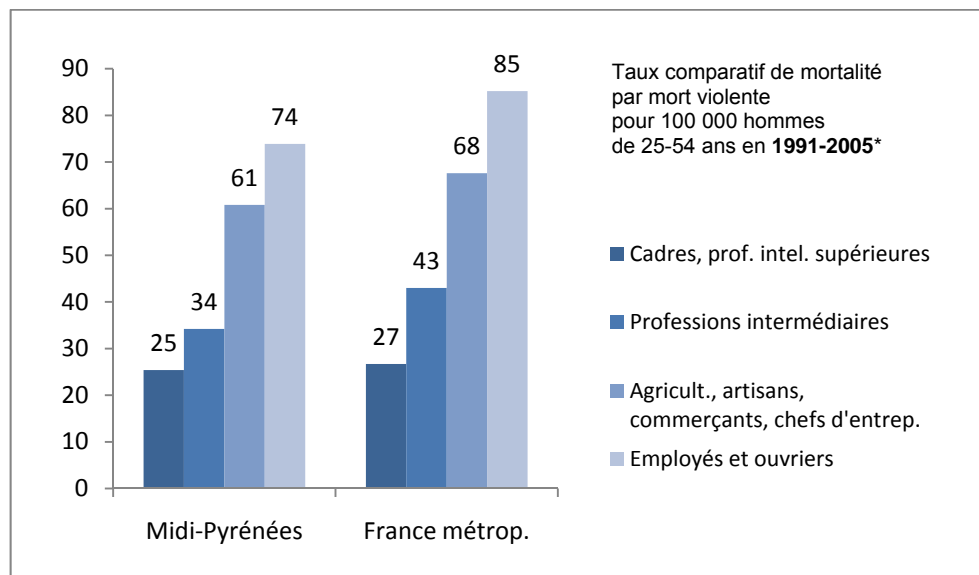
La mortalité cardiovasculaire suit un gradient social selon le niveau d'études, la CSP ou le niveau de revenus. Les inégalités sociales de mortalité sont de plus grande amplitude chez les femmes.

La prévalence des facteurs de risque explique une partie de ces observations.

La question des différences sociales de survie après un événement coronaire est complexe. A la phase pré-hospitalière, les inégalités sont multiples, géographiques notamment puisque la proximité d'un centre est essentielle.

La survie dans le mois qui suit un événement coronaire est meilleure chez les cadres. L'origine de cette différence se situe avant l'hospitalisation (prise en charge antérieure plus complète des problèmes cardiaques et moins de probabilité de décès avant l'arrivée à l'hôpital). (Leclerc 2008)

> **Mortalité par mort violente* des hommes de 25-54 ans**



* sans 1998

Sources : Insem CépiDC-Insee – Exploitation Fnors-Orsmip

En 1991-2005, les inégalités sociales de mortalité concernaient aussi la mortalité par mort violente ou traumatisme liée notamment aux suicides et aux accidents de la circulation. Les hommes ouvriers-employés entre 25 et 54 ans avaient un risque **trois fois plus élevé** de décéder par mort violente (3,14 en France) que les cadres et professions intellectuelles supérieures.

Suicides - Les tentatives de suicide sont plus fréquentes chez les femmes mais elles suivent un gradient social statistiquement significatif chez les hommes : elles sont plus fréquentes chez les ouvriers.

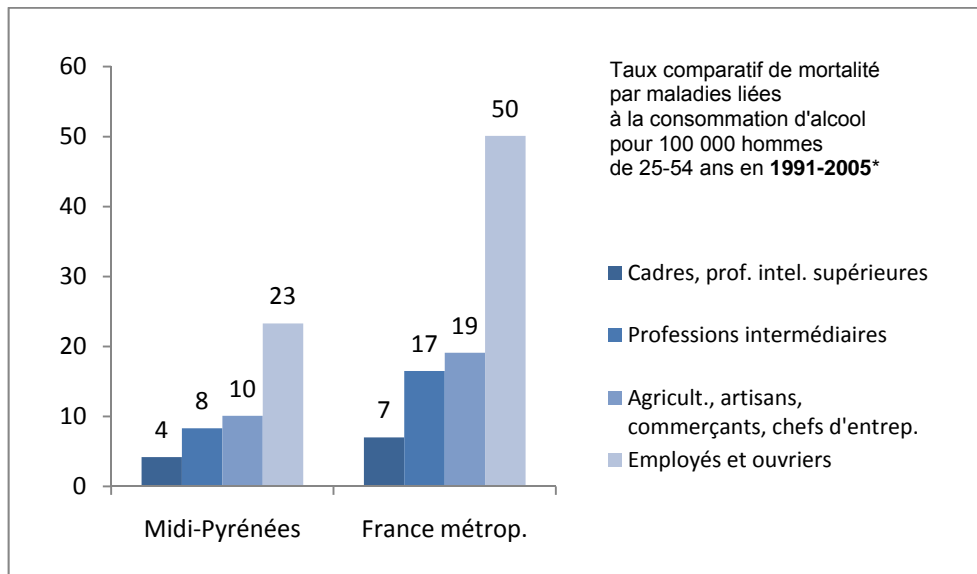
La mortalité par suicide est au contraire plus fréquente chez les hommes, parmi lesquels agriculteurs-exploitants et ouvriers sont les plus à risque (Cohidon et al., 2010).

Accidents - Peu de chiffres permettent de connaître l'origine ou la situation sociale des victimes d'accidents (de la vie courante ou de la circulation). Les travaux qui suggèrent une inégalité entre différents groupes sociaux évoquent divers mécanismes pour expliquer ces constats : risques liés aux infrastructures, distance à parcourir, existence ou non de transports en commun.

Parmi les accidents de la circulation, rappelons que les accidents routiers mortels représentent toujours la première cause des accidents de travail mortels (25%).

* Accidents de la circulation, suicides, autres traumatismes

> **Mortalité des hommes de 25-54 ans par maladies liées à la consommation d'alcool**



* sans 1998

Sources : Inserm CépiDC-Insee – Exploitation Fnors-Orsmip

En 1991-2005, les inégalités sociales de mortalité des hommes de 25 à 54 ans concernaient aussi la mortalité pour des maladies liées à la consommation d'alcool (cirrhose, psychose alcoolique et cancer des voies aéro-digestives supérieures). Les écarts étaient très importants : environ **6 fois plus** pour les employés-ouvriers que pour les cadres (7 en moyenne nationale).

Les niveaux de mortalité étaient nettement plus faibles dans la région, quelle que soit la classe sociale et particulièrement pour les ouvriers-employés.

« Les plus fortes différences de mortalité entre groupes sociaux en France s'observent pour les causes de décès liées à la consommation excessive d'alcool. L'alcool a bien un rôle clé dans les ISS mais les ISS ne reflètent pas seulement les disparités sociales de la consommation d'alcool. Les raisons de ces inégalités sont donc multiples et doivent être recherchées parmi d'autres facteurs individuels (consommation de tabac, alimentation, activité physique), environnementaux (conditions de vie, travail ou logement) et se rapportent aussi à l'accès aux soins ». (INPES, Les inégalités sociales de santé)

2. Les disparités devant la mort en fonction des territoires

> Mortalité prématurée (avant 65 ans)

► Les disparités entre les départements en 2005-2007



	Hommes		Femmes	
	Nbre de décès/an	ICM	Nbre de décès/an	ICM
Ariège	200	106.7	88	106.7
Aveyron	278	80.7*	146	96.9
Haute-Garonne	1074	79.4*	516	81.8*
Gers	219	93.8	99	94.6
Lot	204	92.9	91	91.4
Hautes-Pyrénées	189	99.9	137	102.9
Tarn	374	84.1*	190	91.9*
Tarn et Garonne	257	92.5*	122	97.3
Midi-Pyrénées	2895	86.5*	1389	90.6*

Sources : Inserm CépiDC, Insee – exploitation Orsmip.

* différence significative

L'indice comparatif de mortalité (ICM) est le rapport du nombre de décès observés au nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité par âge et sexe étaient identiques aux taux nationaux. L'ICM France métropolitaine est la base 100.

► Les écarts

		Rapport*	
Hommes	Ariège	1,37	Haute-Garonne
Femmes	Ariège	1,31	Haute-Garonne

* rapport entre le taux comparatif de mortalité le plus élevé et le taux le plus faible (2005-2007) des départements de la région

Si la mortalité prématurée est significativement plus faible dans la région (-14% pour les hommes, -10% pour les femmes), seuls quatre départements : l'Aveyron, la Haute-Garonne, le Tarn et le Tarn et Garonne affichent une sous-mortalité significative par rapport à la moyenne nationale pour les hommes.

Pour les femmes, seuls la Haute-Garonne et le Tarn présentent une sous-mortalité prématurée significative.

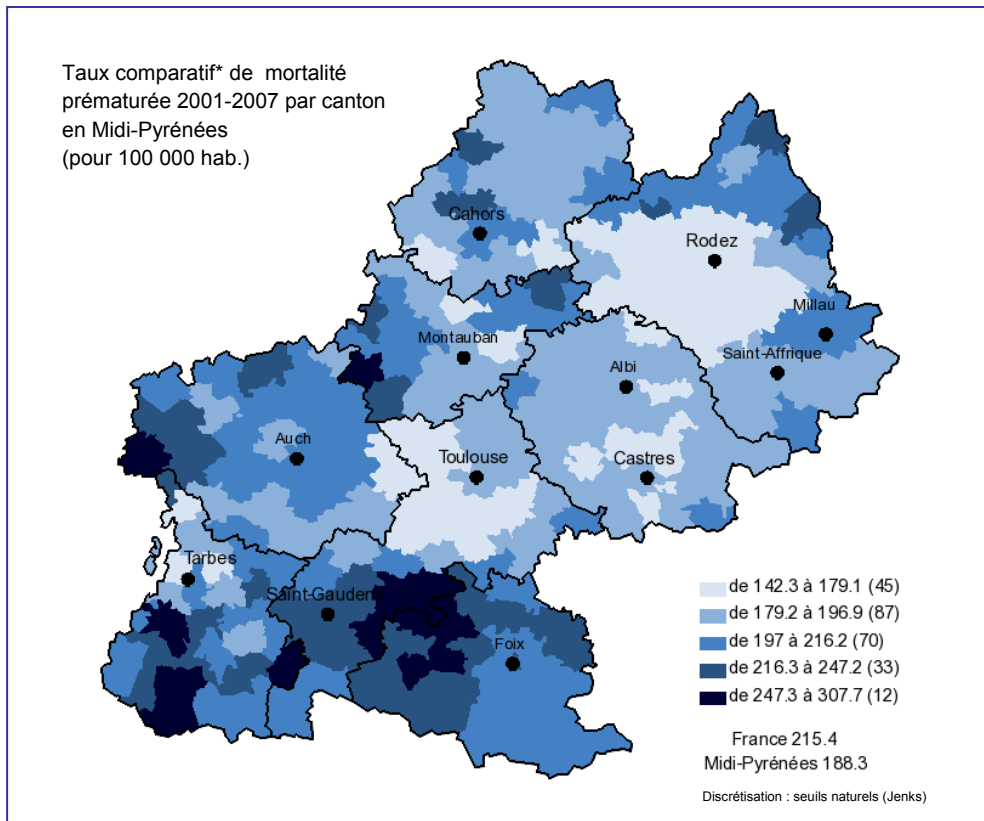
Aux deux extrêmes chez les hommes et chez les femmes :

- l'Ariège qui a les niveaux de mortalité prématurée les plus élevés,
- la Haute-Garonne où les taux de mortalité prématurée sont les plus faibles.

La mortalité prématurée (avant 65 ans) est un puissant marqueur des ISS au moment où elles se révèlent.

Cet indicateur permet aussi de souligner les enjeux de prévention tertiaire et d'efficience du système de soins si on veut éviter le renforcement de ces ISS pour des raisons d'accès aux soins ou de perte d'autonomie.

► Les disparités infra-départementales



* Population de référence : France entière, Insee RP 2006
Sources : Inserm CépiDC-Insee – Exploitation Fnors-Orsmip (données lissées)

Les disparités infra-départementales de la mortalité prématurée

2001-2007	TCM	Médiane (1)	Q1 (2)	Q3 (2)	Rapport Q3 / Q1
Ariège	225,7	217,5	203,7	249,1	1,22
Aveyron	185,2	181,7	161,9	209,7	1,30
Haute-Garonne	176,9	190,7	165,5	209,4	1,27
Gers	203,7	199,2	177,6	222,7	1,25
Lot	193,1	178,0	160,5	204,7	1,28
Hautes-Pyrénées	213,0	196,5	168,1	239,7	1,43
Tarn	184,7	183,3	160,3	200,0	1,25
Tarn-et-Garonne	198,8	197,6	172,0	212,7	1,24
Midi-Pyrénées	188,3	193,6	166,3	215,1	1,29

(1) dans la moitié des cantons la mortalité est inférieure à cette valeur et dans l'autre moitié elle est supérieure
(2) dans 25% des cantons la mortalité est inférieure au 1^{er} quartile (Q1) et dans 25% des cantons la mortalité est supérieure au 3^e quartile (Q3). Plus le rapport interquartile (Q3/Q1) est élevé, plus les écarts de mortalité sont importants
Sources : Inserm CépiDC, Insee, Fnors – Exploitation Orsmip

Les données infrarégionales laissent entrevoir des situations relativement contrastées selon le territoire : dans 25% des cantons la mortalité prématurée est inférieure à 166,3 décès pour 100 000 habitants de moins de 65 ans mais dans 25% des cantons elle est supérieure à 215 décès, soit un rapport de 1,3.

Dans les cantons à forte mortalité, la mortalité prématurée est supérieure d'au moins 14% à la moyenne régionale. Ces cantons se situent principalement dans le sud de la région : les zones du piémont pyrénéen. Mais d'autres cantons à forte mortalité prématurée se répartissent aussi dans le Gers, le Tarn-et-Garonne et le nord Aveyron. Seul le département du Tarn, où la mortalité prématurée est une des plus faibles de la région, observe une situation plus homogène sur l'ensemble de son territoire.

L'importance et le poids de la population vivant dans les cantons à forte mortalité prématurée varie fortement d'un département à l'autre : **de 6,2% pour la Haute-Garonne à 60% pour l'Ariège.** Ainsi pour l'Aveyron, 22% de la population vit dans un canton à forte mortalité prématurée, contre moins de 2% pour le Tarn ; alors que dans ces deux départements la mortalité prématurée est pratiquement au même niveau (respectivement, 185,2 et 184,7 décès pour 100 000 habitants).

Les cantons où les taux comparatifs de mortalité prématurée sont les plus élevés⁽¹⁾

	nombre de cantons concernés	Population départementale*	Pop cantons concernés*	% pop*
Ariège	13	146 283	87737	60,0
Aveyron	9	273 380	60166	22,0
Haute-Garonne	9	1 186 338	74008	6,2
Gers	9	181 374	52177	28,8
Lot	4	169 533	23527	13,9
Hautes-Pyrénées	11	227 732	110293	48,4
Tarn	2	365 337	6118	1,7
Tarn-Garonne	5	226 844	27723	12,2
Midi-Pyrénées	62	2 776 821	441750	15,9

(1) 25% des cantons ont une mortalité supérieure à 215,1 (Q3)
Sources : Inserm CépiDC, Insee, Fnors - Exploitation Orsmip

*RP2006

► Les disparités interurbaines

Mortalité prématurée dans les grandes villes

Villes	TCM* (2001-2007)
Tarbes	263,2
Pamiers	232,6
Millau	216,7
Cahors	212,6
Auch	199,7
Castres	199,4
Montauban	195,8
Mazamet	195,5
Albi	187,2
Toulouse	186,7
Rodez	175,5
Midi-Pyrénées	188,3
Fr métro	215,4

* pour 100 000 hab.

Sources : Inserm CépiDC, Insee, Fnors - Exploitation Orsmip

Deux villes, **Pamiers et Tarbes** ont des niveaux de mortalité prématurée bien supérieurs à la moyenne régionale mais aussi nationale.

Millau et Cahors affichent aussi des niveaux de mortalité relativement plus élevés mais qui restent identiques à la moyenne nationale.

> Mortalité prématurée évitable liée à des comportements à risque

► Les disparités entre les départements

	Hommes		Femmes	
	Nbre de décès/an	ICM	Nbre de décès/an	ICM
Ariège	72	102,4	19	97,0
Aveyron	99	77,3*	36	103,5
Haute-Garonne	353	68,3*	103	68,3*
Gers	84	96,0	20	83,1
Lot	80	97,9	21	89,5
Hautes-Pyrénées	102	94,6	32	103,4
Tarn	152	90,7*	42	86,1
Tarn et Garonne	94	89,4	28	94,2
Midi-Pyrénées	1036	81,9*	300	83,2*

Sources : Inserm CépiDC, Insee – exploitation Orsmip.

* différence significative

L'indice comparatif de mortalité (ICM) est le rapport du nombre de décès observés au nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité par âge et sexe étaient identiques aux taux nationaux. L'ICM France métropolitaine est la base 100.

► Les écarts



* rapport entre le taux comparatif de mortalité le plus élevé et le taux le plus faible (2005-2007) des départements de la région

La mortalité prématurée évitable liée à des comportements à risque regroupe l'ensemble de décès survenant avant 65 ans par cancer du poumon, pathologies liées à l'alcool, cancers des voies aéro-digestives supérieures, suicide, accidents de la circulation, chutes, VIH. Cet indicateur est donc lié aux pratiques de prévention primaire.

La mortalité prématurée « évitable » est significativement plus faible dans la région (-18% pour les hommes, -17% pour les femmes).

Mais dans la région, seuls l'Aveyron, la Haute-Garonne et le Tarn affichent des niveaux de mortalité significativement inférieurs à la moyenne nationale pour les hommes, **la Haute-Garonne pour les femmes.**

Aux deux extrêmes, l'Ariège qui a le niveau de mortalité le plus élevé et la Haute-Garonne qui a le niveau de mortalité le plus faible.

> Mortalité par maladies cardiovasculaires

► Les disparités entre les départements en 2005-2007



	Hommes		Femmes	
	Nbre de décès/an	ICM	Nbre de décès/an	ICM
Ariège	263	109*	290	116*
Aveyron	492	106*	526	100
Haute-Garonne	1126	95*	1253	95*
Gers	315	98	336	100
Lot	291	99	326	102
Hautes-Pyrénées	389	111*	398	95
Tarn	587	102	636	101
Tarn et Garonne	336	104	357	106
Midi-Pyrénées	3799	101	4122	100

Sources : Inserm CépiDC, Insee – exploitation Orsmip.

* différence significative

L'indice comparatif de mortalité (ICM) est le rapport du nombre de décès observés au nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité par âge et sexe étaient identiques aux taux nationaux. L'ICM France métropolitaine est la base 100.

► Les écarts

		Rapport*	
Hommes	Hautes-Pyrénées	1,13	Haute-Garonne
Femmes	Ariège	1,21	Haute-Garonne

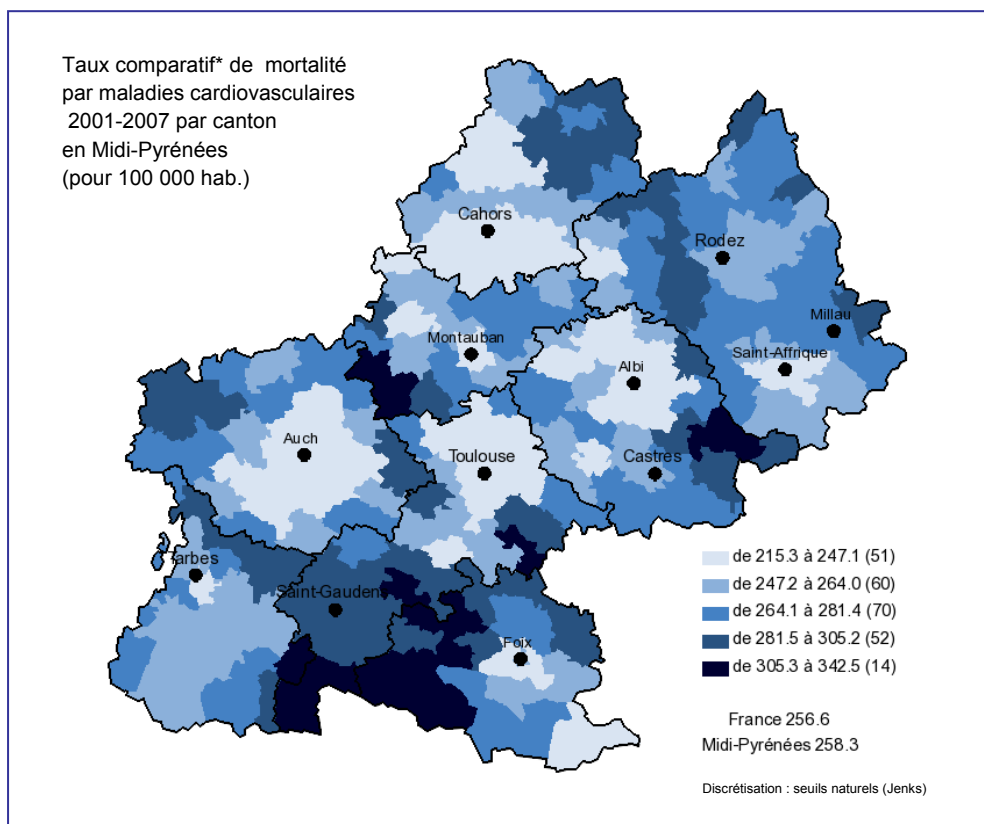
* rapport entre le taux comparatif de mortalité le plus élevé et le taux le plus faible (2005-2007) des départements de la région

La mortalité par maladies cardiovasculaires en Midi-Pyrénées ne diffère pas de la moyenne nationale chez les hommes comme chez les femmes. **Elle est même significativement supérieure en Ariège (hommes et femmes), dans l'Aveyron et dans les Hautes-Pyrénées pour les hommes.**

Les maladies cardiovasculaires constituent en Midi-Pyrénées la première cause de décès. Les cardiopathies ischémiques, les maladies vasculaires cérébrales représentent respectivement 25% et 23% de décès pour l'ensemble des maladies cardiovasculaires en 2005-2007.

Trois départements : l'Ariège, les Hautes-Pyrénées et le Tarn et Garonne étaient en surmortalité significative par rapport à la moyenne nationale. Les différents indicateurs (incidence d'ALD, taux d'hospitalisation et mortalité) montraient des disparités interdépartementales importantes pouvant traduire des inégalités d'accès à la prévention et aux soins qui doivent être validées.

► Les disparités infra-départementales (2001-2007)



* Population de référence : France entière, Insee RP 2006
Sources : Inserm CépiDC-Insee – Exploitation Fnors-Orsmip (données lissées)

Les disparités infra-départementales de la mortalité par maladies cardiovasculaires

2001-2007	TCM	Médiane (1)	Q1 (2)	Q3 (2)	Rapport Q3 / Q1
Ariège	283,9	293,2	255,1	312,7	1,23
Aveyron	266,6	269,4	251,2	289,0	1,15
Haute-Garonne	250,5	279,1	248,8	297,4	1,20
Gers	254,7	259,8	238,9	284,6	1,19
Lot	256,8	255,3	237,0	277,2	1,17
Hautes-Pyrénées	257,8	268,9	251,0	298,1	1,19
Tarn	258,4	269,9	248,2	297,6	1,20
Tarn-et-Garonne	269	285,4	255,7	303,5	1,19
Midi-Pyrénées	258,3	270,0	248,3	297,4	1,20

(1) dans la moitié des cantons la mortalité est inférieure à cette valeur et dans l'autre moitié elle est supérieure
(2) dans 25% des cantons la mortalité est inférieure au 1^{er} quartile (Q1) et dans 25% des cantons la mortalité est supérieure au 3^e quartile (Q3). Plus le rapport interquartile (Q3/Q1) est élevé, plus les écarts de mortalité sont importants
Sources : Inserm CépiDC, Insee, Fnors – Exploitation Orsmip

La mortalité par maladies cardiovasculaires est relativement contrastée selon le territoire : dans 25% des cantons la mortalité par cardiopathies ischémiques est inférieure à 248,3 décès pour 100 000 habitants et dans 25% des cantons, elle est supérieure à 297,4 décès pour 100 000 habitants, soit un rapport de 1,2.

Dans les cantons à forte mortalité, la mortalité par maladies cardiovasculaire est supérieure d'au moins 15% à la mortalité régionale. Près d'un tiers de ces cantons se trouvent dans le sud de la Haute-Garonne et dans une bonne moitié de l'Ariège. Les deux autres tiers se répartissent de façon assez disparate un peu partout dans les départements.

L'Ariège est le département où la mortalité par maladies cardiovasculaires est la plus forte mais aussi là où les écarts sont les plus importants. La mortalité par maladie cardiovasculaires est aussi contrastée dans deux départements où elle est relativement faible : le Tarn et la Haute-Garonne.

Dans l'Aveyron par contre, la mortalité est plutôt élevée et de façon relativement homogène sur l'ensemble du département.

► **Les disparités interurbaines**

Mortalité par maladies cardiovasculaire dans les grandes villes

Villes	TCM (2001-2007)
Mazamet	279,3
Millau	269,4
Pamiers	258,3
Rodez	251,2
Castres	247,3
Cahors	245,2
Montauban	240,0
Tarbes	231,6
Albi	230,7
Toulouse	227,6
Auch	221,5
Midi-Pyrénées	258,3
France métro	256,6

Dans les grandes villes : Mazamet et Millau sont les deux grandes villes qui ont les niveaux de mortalité par maladies cardiovasculaires les plus élevés et nettement supérieurs à la moyenne régionale et à la moyenne nationale. A l'inverse, Toulouse et Auch affichent les niveaux de mortalité par maladies cardiovasculaires les plus bas. L'écart de la mortalité par maladies cardiovasculaires entre les deux villes extrêmes (Mazamet et Auch) est de 1,3.

Sources : Inserm CépiDC, Insee, Fnors - Exploitation Orsmip

> Mortalité par cancer

► Les disparités entre les départements en 2005-2007



	Hommes		Femmes	
	Nbre de décès/an	ICM	Nbre de décès/an	ICM
Ariège	278	94	193	102
Aveyron	459	80*	343	91*
Haute-Garonne	1361	87*	996	93*
Gers	329	83*	219	89*
Lot	314	85*	220	94
Hautes-Pyrénées	423	94	280	90*
Tarn	592	83*	418	88*
Tarn et Garonne	369	90*	277	104
Midi-Pyrénées	4 127	86*	2946	93*
France métropolitaine	-	100	-	100

Sources : Inserm CépiDC, Insee – exploitation Orsmip.

* différence significative

L'indice comparatif de mortalité (ICM) est le rapport du nombre de décès observés au nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité par âge et sexe étaient identiques aux taux nationaux. L'ICM France métropolitaine est la base 100.

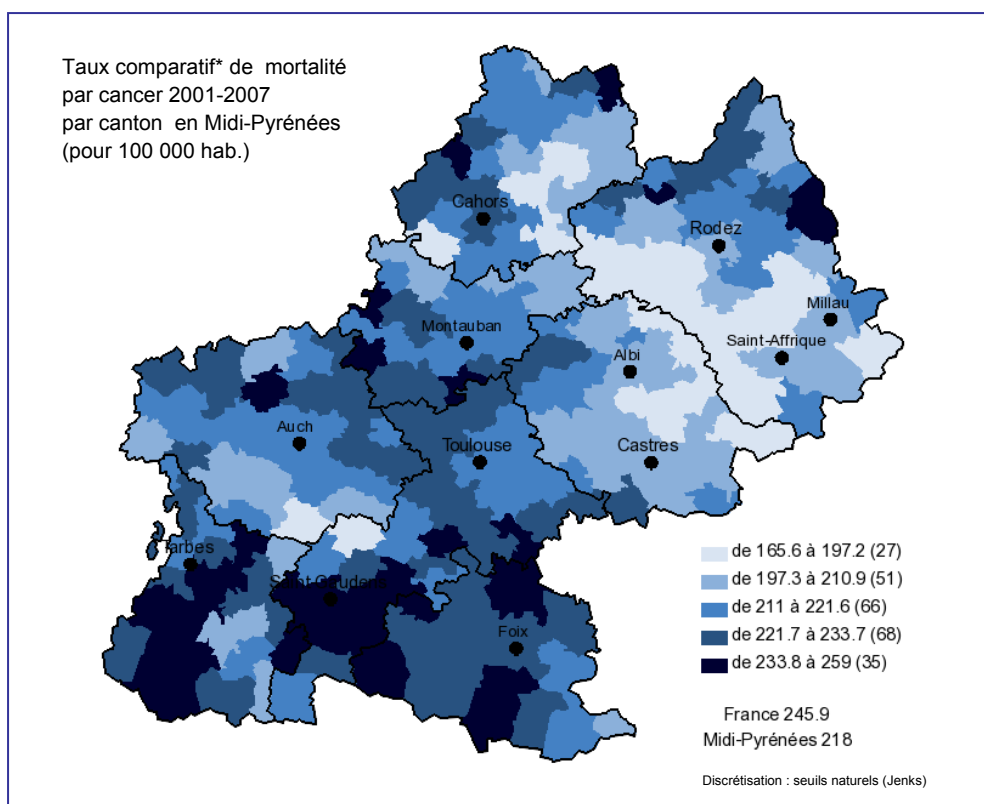
► Les écarts

		Rapport*	
Hommes	Hautes-Pyrénées	1,17	Aveyron
Femmes	Tarn et Garonne	1,16	Tarn

* rapport entre le taux comparatif de mortalité le plus élevé et le taux le plus faible (2005-2007)

La mortalité par cancer est significativement plus faible dans la région pour les hommes (-14%) comme pour les femmes (-7%). Cette sous mortalité est observée dans tous les départements sauf en Ariège et dans les Hautes-Pyrénées pour les hommes, et dans le Lot et le Tarn et Garonne pour les femmes.

► Les disparités infra-départementales



* Population de référence : France entière, Insee RP 2006
Sources : Inserm CépiDC-Insee – Exploitation Fnors-Orsmip (données lissées)

Les disparités infra-départementales de la mortalité par cancer

2001-2007	TCM	Médiane (1)	Q1 (2)	Q3 (2)	Rapport Q3 / Q1
Ariège	233,3	232,7	220,9	244,5	1,11
Aveyron	206,2	209,1	182,8	228,2	1,25
Haute-Garonne	221,9	224,2	210,9	238,3	1,13
Gers	215,8	214,0	204,5	233,4	1,14
Lot	213,8	211,4	195,2	225,7	1,16
Hautes-Pyrénées	233,6	227,9	204,8	246,6	1,20
Tarn	207,4	206,1	196,7	222,2	1,13
Tarn-et-Garonne	221,7	219,0	208,8	228,4	1,09
Midi-Pyrénées	218,0	215,9	200,5	234,6	1,17

(1) dans la moitié des cantons la mortalité est inférieure à cette valeur et dans l'autre moitié elle est supérieure
(2) dans 25% des cantons la mortalité est inférieure au 1^{er} quartile (Q1) et dans 25% des cantons la mortalité est supérieure au 3^e quartile (Q3). Plus le rapport interquartile (Q3/Q1) est élevé, plus les écarts de mortalité sont importants
Sources : Inserm CépiDC, Insee, Fnors – Exploitation Orsmip

La mortalité par cancer est peu contrastée dans la région : dans 25% des cantons la mortalité est inférieure à 200 décès pour 100 000 habitants et dans 25% des autres cantons elle est supérieure à 235 décès pour 100 000 habitants, soit un rapport de 1,2. Dans les cantons affichant les plus forts taux de mortalité, elle est supérieure d'au moins 7,6% à la mortalité régionale.

Plus de la moitié de ces cantons à forte mortalité se retrouvent dans le sud de la région : dans un bon tiers des Hautes-Pyrénées, dans le sud de la Haute-Garonne et une grande part de l'Ariège. Les autres se retrouvent principalement dans le nord-Aveyron, le Gers et le Tarn-et-Garonne.

C'est en Aveyron et dans les Hautes-Pyrénées que les écarts de mortalité par cancer sont les plus importants. A l'inverse, l'Ariège et le Tarn-et-Garonne ont une mortalité par cancer plutôt homogène à l'intérieur du département.

► Les disparités interurbaines

Mortalité par cancer dans les grandes villes

Villes	TCM (2001-2007)
Tarbes	<u>257,4</u>
Pamiers	<u>252,3</u>
Cahors	<u>228,7</u>
Toulouse	<u>221,4</u>
Montauban	<u>220,4</u>
Castres	211,9
Auch	210,4
Millau	209,6
Rodez	209,4
Mazamet	206,0
Albi	204,8
Midi-Pyrénées	218,0
France métropolitaine	245,9

Dans les grandes villes : **Tarbes et Pamiers** affichent des niveaux de mortalité par cancer nettement supérieurs à la mortalité régionale mais aussi supérieurs à la mortalité nationale. Dans les villes de Cahors, Toulouse et Montauban, les niveaux de mortalité par cancer sont plus élevés qu'en moyenne dans la région mais inférieurs à la moyenne nationale. C'est à Mazamet et Albi que la mortalité par cancer est la plus basse.

L'écart de la mortalité par cancer entre les deux villes extrêmes (Tarbes et Albi) est de 1,2.

Sources : Insem CépiDC, Insee, Fnors - Exploitation Orsmip

> Mortalité par morts violentes

► Les disparités entre les départements en 2005-2007

	Hommes		Femmes	
	Nbre de décès/an	ICM	Nbre de décès/an	ICM
Ariège	76	121,9	49	113,8
Aveyron	124	103,4	100	115,2
Haute-Garonne	300	74,2	212	83,8
Gers	106	131,2	54	95,5
Lot	86	115,8	57	106,3
Hautes-Pyrénées	115	122,6	83	116,6
Tarn	164	108,1	115	106,9
Tarn et Garonne	103	114,9	62	104,5
Midi-Pyrénées	1073	99,7	732	100,1

Sources : Insem CépiDC, Insee – exploitation Orsmip.

* différence significative

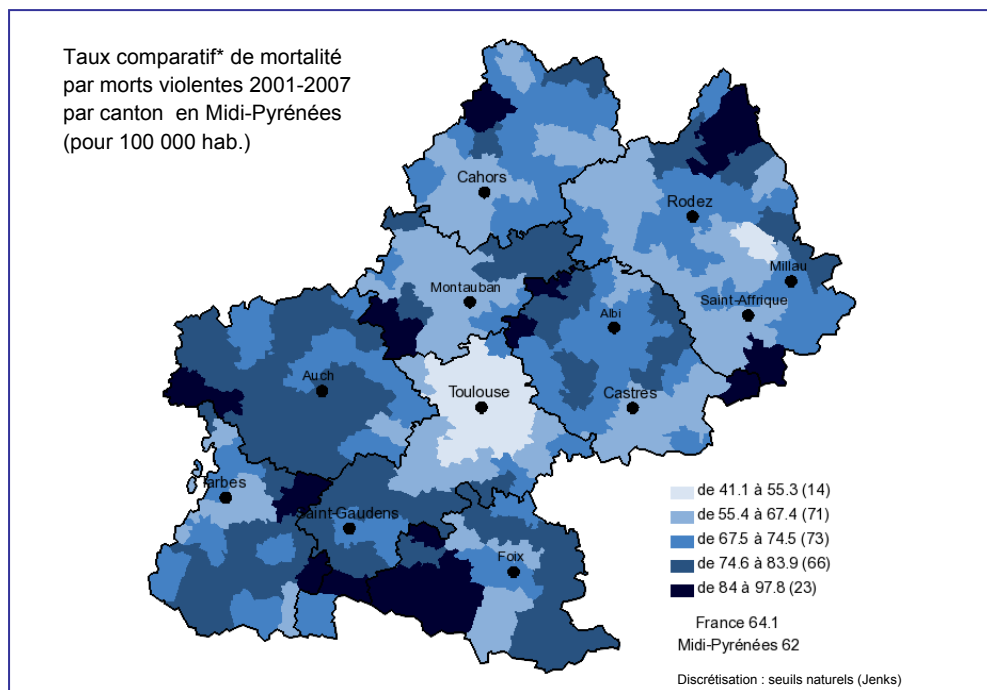
L'indice comparatif de mortalité (ICM) est le rapport du nombre de décès observés au nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité par âge et sexe étaient identiques aux taux nationaux. L'ICM France métropolitaine est la base 100.

► Les écarts

	▲	Rapport*	▲
Hommes	Gers	1,72	Haute-Garonne
Femmes	Aveyron	1,47	Haute-Garonne

* rapport entre le taux comparatif de mortalité le plus élevé et le taux le plus faible (2005-2007)

► Les disparités infra-départementales



* Population de référence : France entière, Insee RP 2006

Sources : Insem CépiDC-Insee – Exploitation Fnors-Orsmip (données lissées)

Les disparités infra-départementales de la mortalité par morts violentes

2001-2007	TCM	Médiane (1)	Q1 (2)	Q3 (2)	Rapport Q3 / Q1
Ariège	77,1	84,8	67,8	89,3	1,32
Aveyron	69,0	68,9	60,2	79,0	1,31
Haute-Garonne	49,6	66,4	55,1	79,4	1,44
Gers	76,3	77,1	65,6	85,7	1,31
Lot	69,5	68,9	60,0	75,2	1,25
Hautes-Pyrénées	71,6	71,6	63,7	81,3	1,28
Tarn	69,5	69,7	64,3	82,6	1,28
Tarn-et-Garonne	69,2	70,8	61,9	89,2	1,44
Midi-Pyrénées	62,0	70,8	61,3	84,7	1,38

(1) dans la moitié des cantons la mortalité est inférieure à cette valeur et dans l'autre moitié elle est supérieure

(2) dans 25% des cantons la mortalité est inférieure au 1^{er} quartile (Q1) et dans 25% des cantons la mortalité est supérieure au 3^e quartile (Q3). Plus le rapport interquartile (Q3/Q1) est élevé, plus les écarts de mortalité sont importants

Sources : Inserm CépiDC, Insee, Fnors – Exploitation Orsmip

La mortalité par mort violente est très contrastée dans la région : dans 25% des cantons la mortalité par mort violente est inférieure à 61,3 décès pour 100 000 habitants mais dans 25% autres cantons elle est supérieure à 84,7 décès pour 100 000 habitants, soit un rapport de 1,4. Dans les cantons à forte mortalité, elle est supérieure d'au moins 37% à la mortalité régionale.

Ces cantons à forte mortalité se retrouvent dans tous les départements de la région mais plus particulièrement dans une bonne moitié de l'Ariège et dans la partie sud de la Haute-Garonne ainsi que dans les départements du Tarn, Tarn-et-Garonne et Gers.

Les écarts de mortalité sont importants dans tous les départements mais plus particulièrement dans le Tarn-et-Garonne et la Haute-Garonne.

► Les disparités interurbaines

Mortalité par morts violentes dans les grandes villes

Villes	TCM (2001-2007)
Auch	80,7
Pamiers	74,4
Tarbes	71,6
Rodez	71,5
Millau	71,4
Albi	68,8
Castres	67,0
Cahors	65,3
Montauban	61,1
Mazamet	59,6
Toulouse	40,7
Midi-Pyrénées	62,0
Fr métro	64,1

Sources : Inserm CépiDC, Insee, Fnors - Exploitation Orsmip

Dans les grandes villes : La plupart des grandes villes de la région observent un niveau de mortalité par mort violente plus élevé qu'en moyenne dans la région et qu'en moyenne nationale. Seules les villes de Montauban, Mazamet et Toulouse ont de faibles niveaux de mortalité par mort violente. L'écart de la mortalité par mort violente entre les deux villes extrêmes (Auch et Toulouse) est de 2, soit une mortalité qui varie du simple au double.

> Mortalité par pathologies liées à l'alcool

► Les disparités entre les départements en 2005-2007

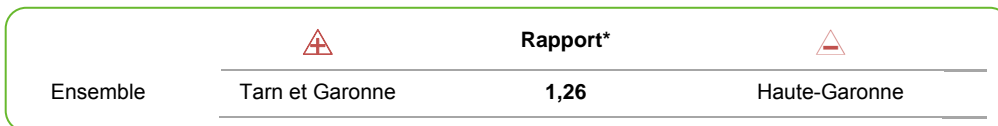
	Hommes		Femmes	
	Nbre de décès/an	ICM	Nbre de décès/an	ICM
Ariège	33	71,5	8	64,2
Aveyron	54	61,4	15	58,8
Haute-Garonne	141	51,9	48	59,8
Gers	34	56,7	12	73,6
Lot	39	69,2	11	66,8
Hautes-Pyrénées	49	70,3	11	53,7
Tarn	65	59,1	20	62,1
Tarn et Garonne	52	80,2	15	81,4
Midi-Pyrénées	469	60,9	140	63,0

Sources : Inserm CépiDC, Insee – exploitation Orsmip.

* différence significative

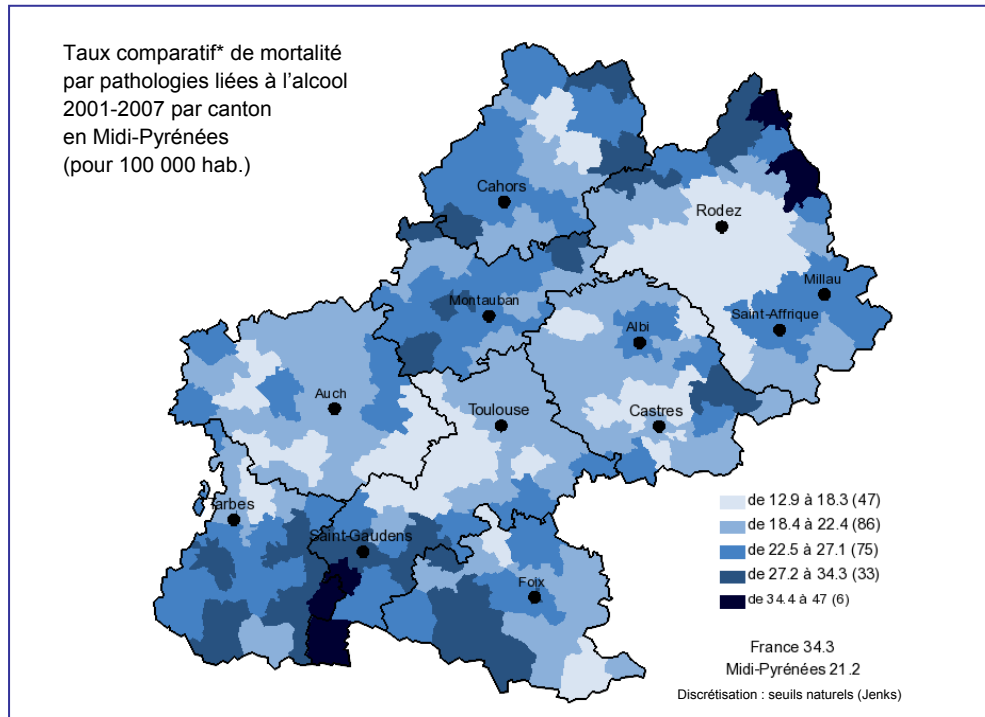
L'indice comparatif de mortalité (ICM) est le rapport du nombre de décès observés au nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité par âge et sexe étaient identiques aux taux nationaux. L'ICM France métropolitaine est la base 100.

► Les écarts



* rapport entre le taux comparatif de mortalité le plus élevé et le taux le plus faible (2005-2007) des départements de la région

► Les disparités infra-départementales



* Population de référence : France entière, Insee RP 2006

Sources : Inserm CépiDC-Insee – Exploitation Fnors-Orsmip (données lissées)

Les disparités infra-départementales de la mortalité par pathologies liées à l'alcool *

2001-2007	TCM (2001-2007)	Médiane (1)	Q1 (2)	Q3 (2)	Rapport Q3 / Q1
Ariège	23,2	22,1	17,4	32,2	1,85
Aveyron	20,5	19,2	14,3	25,3	1,77
Haute-Garonne	19,5	21,1	15,5	26,8	1,73
Gers	19,7	21,8	11,8	23,6	2,00
Lot	24,5	23,6	15,2	28,7	1,88
Hautes-Pyrénées	25,3	23,3	16,6	30,5	1,84
Tarn	20,6	19,1	14,1	23,7	1,67
Tarn-et-Garonne	24,7	23,1	18,1	29,4	1,62
Midi-Pyrénées	21,2	21,0	15,5	27,1	1,75

* Cancers de VADS, cirrhose et psychoses alcooliques

(1) dans la moitié des cantons la mortalité est inférieure à cette valeur et dans l'autre moitié elle est supérieure

(2) dans 25% des cantons la mortalité est inférieure au 1er quartile (Q1) et dans 25% des cantons la mortalité est supérieure au 3ème quartile (Q3).

Plus le rapport interquartile (Q3/Q1) est élevé, plus les écarts de mortalité sont importants

Sources : Inser CépIDC, Insee, Fnors - Exploitation Orsmip

Le taux comparatif de mortalité par pathologies liées à l'alcool est de 21,2 décès pour 100 000 habitants, inférieur à celui de la France métropolitaine (34,3).

La mortalité par pathologies liées à l'alcool est relativement contrastée selon le territoire : dans 25% des cantons la mortalité est inférieure à 15,5 décès pour 100 000 habitants et dans 25% des cantons, elle est supérieure à 27,1 décès pour 100 000 habitants, soit un rapport de 1,75.

Dans les cantons à forte mortalité, la mortalité par pathologies liées à l'alcool est supérieure d'au moins 28% à la mortalité régionale. Ces cantons se retrouvent principalement sur deux zones : une au sud de la région (dans les Hautes-Pyrénées, le sud de la Haute-Garonne et une partie de l'Ariège) et l'autre plus au nord (dans le nord Aveyron, le Lot et le Tarn-et-Garonne).

Le Gers, avec la mortalité par pathologies liées à l'alcool la plus faible, est le territoire où la mortalité est la plus contrastée. A l'inverse, dans le département du Tarn-et-Garonne, la mortalité par pathologies liées à l'alcool est élevée et de façon relativement homogène sur l'ensemble du département.

► Les disparités interurbaines

Mortalité par pathologies liées à l'alcool dans les grandes villes

Villes	TCM (2001-2007)
Tarbes	33,2
Cahors	<u>28,3</u>
Montauban	<u>24,7</u>
Millau	<u>23,9</u>
Albi	<u>23,7</u>
Pamiers	<u>23,4</u>
Auch	21,3
Castres	21,2
Toulouse	19,7
Mazamet	18,3
Rodez	13,4
Midi-Pyrénées	21,2
Fr métro	34,3

Tarbes est la seule grande ville où la mortalité par pathologies liées à l'alcool est supérieure à la moyenne nationale.

L'écart de la mortalité entre les deux villes extrêmes (Tarbes et Rodez) est important : 2,5.

Sources : Inserm CépIDC, Insee, Fnors - Exploitation Orsmip

3. L'obésité, un marqueur des inégalités sociales de santé

> Une illustration : le surpoids et l'obésité des élèves de 6^e en Midi-Pyrénées en 2009

L'enquête réalisée en 2009-2010 auprès de 5 900 élèves de 6^e au cours des bilans réalisés par les infirmières scolaires montre que 16,6% des enfants scolarisés en 6^e dans la région sont en surcharge pondérale, dont 3,2% sont obèses. Deux départements affichent des prévalences significativement plus élevées : le Tarn et Garonne pour la surcharge pondérale (19,7%) et le Gers pour l'obésité (4,3%).

L'analyse qui tient compte des caractéristiques sociales du territoire (IRIS) dans lequel est scolarisé l'enfant montre que **la prévalence de la surcharge pondérale et la probabilité d'être obèse augmentent dans les zones d'habitat ayant les plus fortes proportions d'ouvriers.**

Statut pondéral selon les caractéristiques des élèves et selon le contexte social (régression logistique multivariée)

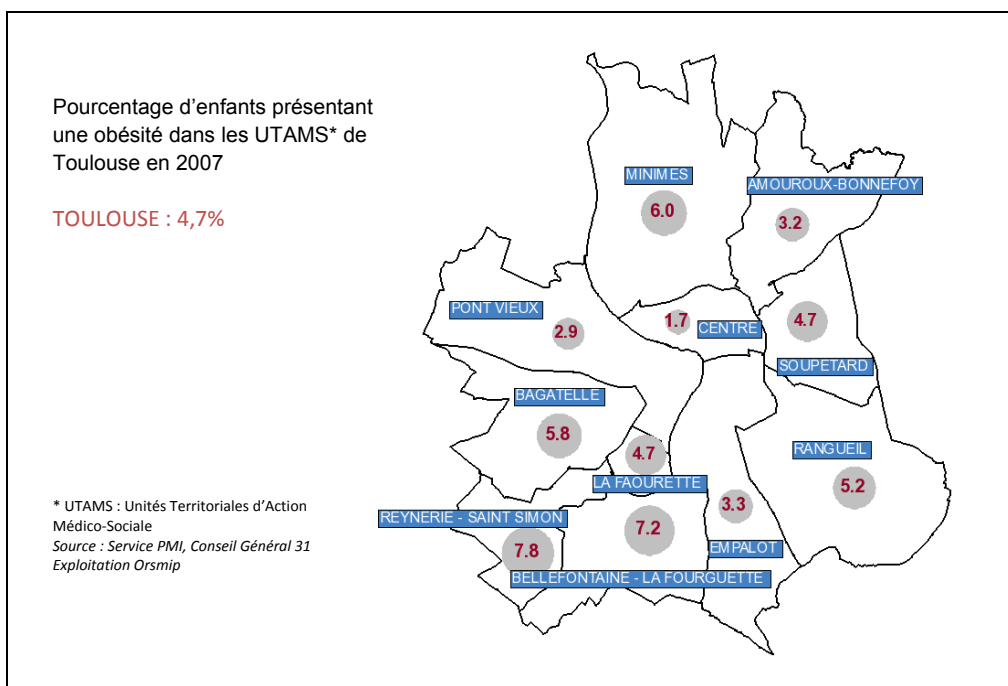
	Surcharge pondérale (surpoids + obésité)			Obésité		
	%	OR*	p	%	OR*	p
Ensemble des élèves	16,6			3,2		
Sexe						
- Garçons	18,1	1	-	3,4	1	-
- Filles	16,0	0,88	0,07	2,9	0,85	0,30
Age						
- 12,5 ans et moins	16,6	1	-	2,8	1	-
- >12,5 ans	23,4	1,44	0,01	8,3	3	<0,001
Établissement ZEP ou RAR						
- Non	16,7	1	-	3,1	1	-
- Oui	19,7	1,00	0,99	3,0	0,75	0,34
Zone d'implantation de l'établissement scolaire						
- Pôles urbains	16,2	1	-	2,9	1	-
- Communes périurbaines	17,0	1,01	0,93	2,3	0,76	0,35
- Communes rurales appartenant à un pôle d'emploi	17,7	1,08	0,42	3,7	1,22	0,32
- Communes rurales isolées	17,2	1,09	0,38	3,2	1,08	0,71
Taux de personnes de 15 ans ou plus ouvriers dans l'IRIS						
- < 12,6%	14,8	1	-	2,5	1	-
- [12,6%-17,9%[18,3	1,27	0,003	3,7	1,47	0,03
- ≥17,9%	19,1	1,36	0,01	3,0	1,3	0,35

Source : Bilan infirmier 6^e, Rectorat - Exploitation Orsmip

* Lecture du tableau : La probabilité d'être en surcharge pondérale est multipliée par 1,36 [Odd Ratio (OR) significatif] pour les enfants habitant une zone comportant plus de 17,9% d'ouvrier en référence aux zones comportant moins de 12,6% d'ouvriers.

> **L'obésité des enfants de 3-4 ans à Toulouse**

Des taux d'obésité particulièrement importants dans certains quartiers d'habitat social ont été mis en évidence par les bilans de santé à l'âge de 3-4 ans réalisés en Haute-Garonne par les services de PMI du Conseil Général.



Pour en savoir plus : Profil Toulouse (1) et (2)

L'obésité est un facteur de risque majeur de maladies chroniques : le risque cardiovasculaire est multiplié par 3, comme le risque de diabète.

La prévalence de l'obésité dans la région, comme partout en France et dans le monde occidental, est en augmentation : de 7,8% en 1997 à 13,6% en 2009 chez les personnes âgées de 18 ans et plus.

La prévalence de l'obésité est plus élevée dans les groupes socialement défavorisés, particulièrement chez les femmes. Indépendamment des facteurs de risques individuels, le fait de résider dans un territoire marqué par une précarité socio-économique constitue un facteur de risque d'obésité.

Chez les enfants, les chiffres globaux indiquent une stabilisation (voire une réduction) de la prévalence de l'obésité mais ils masquent un écart qui se creuse entre les enfants des différents groupes sociaux (au bénéfice des plus aisés).

4. Les inégalités sociales de santé chez les adolescents de 11, 13, 15 ans en Midi-Pyrénées

> Une illustration sur la santé des 11, 13, 15 ans et leurs comportements de santé

En %	Niveau économique ¹			Ensemble des 11, 13, 15 ans	p
	Bas	Intermédiaire	Élevé		
Se sentent en bonne ou excellente santé	76.4	88.1	90.1	88.5	***
Ont une consommation quotidienne de fruits et légumes	61.5	67.7	72.5	70.3	***
Activité physique recommandée	21.4	28.1	32.3	30.2	***
Usage quotidien de tabac à 15 ans	33.3	18.0	14.5	4.8	***
Usage de cannabis à 15 ans	15.8	9.1	10.6	10.6	NS
Ivresse : au moins 1 épisode au cours du mois	19.3	15.4	18.5	17.3	NS
Ne pas avoir du goût pour l'école	21.8	10.5	12.1	12.0	**
Vivre avec 1 seul parent	34.1	16.6	9.0	13.2	**

¹ Niveau économique évalué par l'échelle FAS.
Source : HBSC-Orsmip

Parmi les résultats les plus significatifs de l'enquête réalisée en 2007 auprès de 2 400 jeunes répartis dans les trois classes d'âge : 11, 13 et 15 ans, on retiendra que :

- Les comportements favorables à la santé (comme la consommation quotidienne de fruits et légumes, l'activité physique) sont plus fréquents pour les adolescents de 11 à 15 ans qui vivent dans des familles ayant un niveau socio-économique élevé.
- Les variations selon le niveau économique sont moins claires en ce qui concerne les usages d'alcool et de cannabis, mais sont particulièrement importantes pour le tabac.
- Les adolescents qui vivent dans une famille ayant un niveau économique bas sont bien plus souvent en famille monoparentale et ont plus souvent des difficultés et peu de goût pour l'école.

L'enquête HBSC, réalisée sur un échantillon représentatif de jeunes de 11, 13 et 15 ans en Midi-Pyrénées en 2007, mettait clairement en évidence le lien qui existe entre statut socio-économique, santé et comportements de santé.

Il existe des adolescents plus vulnérables qui se sentent moins souvent en bonne santé et satisfaits de leur vie : atout important pour franchir la période de l'adolescence, qui ont plus souvent des comportements préjudiciables à leur santé.

*Ces adolescents **cumulent** souvent fragilité sociale, fragilité familiale et fragilité scolaire.*

L'âge des changements et des fragilités est donc bien l'âge où les inégalités sociales de santé peuvent intervenir.

Pour en savoir plus : Enquête HBSC2007

- La santé des adolescents de 11 à 15 ans en Midi-Pyrénées. Indicateurs et comportements de santé <http://www.orsmip.org/tlc/documents/hbscindicateurscomportements2008.pdf>
- Habitudes alimentaires et activité physique chez les adolescents de 11 à 15 ans en Midi-Pyrénées <http://www.orsmip.org/tlc/documents/HBSCALIMENTAIRE2009.pdf>

5. Le profil et les recours aux soins des bénéficiaires de la CMUC

> Les bénéficiaires de la CMUC en Midi-Pyrénées en 2010

Nombre et % estimé de bénéficiaires de la CMUC parmi les moins de 65 ans au 30 juin 2010

	Nombre	%*	% médian (1)	Q1 (2)	Q3 (2)	Rapport Q3 / Q1
Ariège	10 918	9,5	8,6	6,1	12,0	1,9
Aveyron	9 296	4,5	3,1	2,1	4,3	2,0
Hte-Garonne	68 408	6,6	4,1	2,8	6,3	2,3
Gers	8 014	5,7	5,0	4,5	5,6	1,3
Lot	7 436	5,8	4,8	4,2	6,0	1,4
Htes-Pyr	11 938	6,8	3,7	2,6	5,3	2,1
Tarn	20 841	7,2	4,5	3,4	6,1	1,8
Tarn-et-Gar	16 796	9,0	6,6	5,3	8,6	1,6
Midi-Pyrénées	153 647	6,8	4,6	3,2	6,4	2,0

(1) dans la moitié des cantons le % est inférieur à cette valeur et dans l'autre moitié il est supérieur

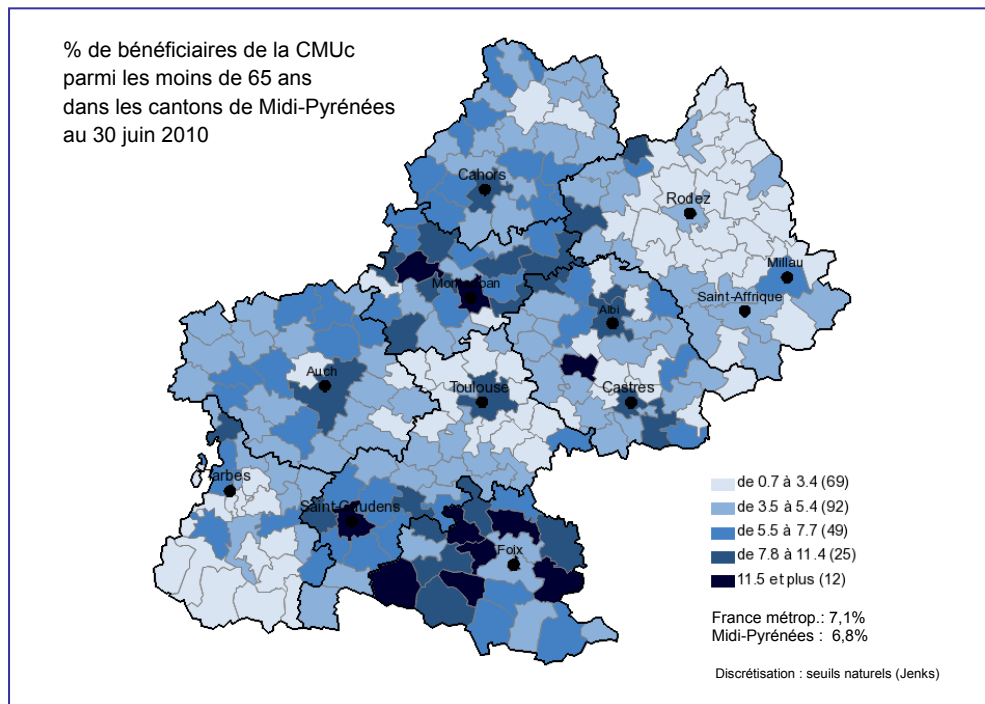
(2) dans 25% des cantons le % est inférieur au 1^{er} quartile (Q1) et dans 25% des cantons le % est supérieur au 3^e quartile (Q3).

Plus le rapport interquartile (Q3/Q1) est élevé, plus les écarts sont importants

* % estimé avec la population des moins de 65 ans - RP2007

Sources : CNAMTS, MSA, RSI, Insee RP2007-Exploitation Orsmip

► Les disparités infra-départementales



* Population de référence : France entière, Insee RP 2006

Sources : Inserm CépiDC-Insee – Exploitation Fnors-Orsmip (données lissées)

Plus de 153 600 personnes bénéficient de la CMUc au 30 juin 2010, soit une part estimée à 6,8% de la population de moins de 65 ans, légèrement plus faible qu'en moyenne nationale (part estimée à 7,1%).

De fortes disparités apparaissent selon les territoires : dans 25% des cantons la part des bénéficiaires de la CMUc est inférieure à 3,2% et dans 25% autres cantons cette part est supérieure à 6,4%.

Ces cantons à forts taux de bénéficiaires se trouvent principalement sur deux zones : une première recouvrant les deux tiers du Tarn-et-Garonne et une partie du nord du Tarn, la seconde allant du sud de la Haute-Garonne, autour de Saint-Gaudens, et sur les deux tiers de l'Ariège.

Les parts de bénéficiaires de la CMUc sont contrastées dans la plupart des départements mais plus particulièrement en Haute-Garonne, en Ariège et dans les Hautes-Pyrénées.

► Les disparités interurbaines

Pourcentage estimé de bénéficiaires de la CMUc parmi les moins de 65 ans des grandes villes de la région en 2010

Villes	%*
Montauban	16,1
Toulouse	13,7
Albi	13,7
Rodez	10,2
Pamiers	9,7
Tarbes	9,6
Castres	9,4
Mazamet	9,4
Millau	9,2
Auch	6,7
Cahors	5,3
Midi-Pyrénées	6,8
France métrop**	7,1

De forts contrastes existent concernant la part de bénéficiaires de la CMUc selon les grandes villes de la région : elle varie du simple au triple entre Montauban et Cahors.

* % estimé avec la population des moins de 65 ans -RP2007
 ** 3 668 649 bénéficiaires au 30 mars 2010 (Fonds CMU)
 Sources : CNAMTS, MSA, RSI, Insee RP2007-Exploitation Orsmip

% de bénéficiaires de la CMUC* parmi les assurés du régime général dans les quartiers de la politique de la ville en 2007

UU de Villefranche-de-Rouergue	10,1
Le Tricot	13,5
UU De Toulouse	9,4
Le Vivier, Le Macon	17,3
Empalot	35,1
Faourette, Bagatelle, Bordelongue	29,3
La Reynerie, Bellefontaine	39,7
Les Izards	24,5
Unité Urbaine de Tarbes	10,7
Quartier Nord:	
Laubadere	25,2
Solazur	38,5
Unité Urbaine de Carmaux	10,1
Quartiers Nord :	
Cambous-Cerou-Europe	20,8
Unité Urbaine de Mazamet	8,0
La Falgalerie	19,5
Unité Urbaine de Castres	10,1
Aillot-Bisseous	31,0
Laden, Petit Train	38,2
Unité Urbaine d'Albi	11,2
Cantepau	39,7
Lapanouse, Saint Martin	32,1

Mais les disparités sont tout aussi importantes à l'intérieur des villes avec notamment de forts taux de bénéficiaires dans les ZUS.

* taux de bénéficiaires calculés ici sur les bénéficiaires tous âges parmi les assurés du régime général

Sources : Insee, CNAMTS

Au 1^{er} janvier 2010, le droit à la CMUC signifie que les ressources d'une personne vivant seule sont inférieures à 799 euros par mois (France métropolitaine).
 Le dernier bilan de la DREES montre que les bénéficiaires de la CMUC sont plutôt jeunes (40% de moins de 20 ans, 30% de 20 à 30 ans). Les femmes et les familles monoparentales (30%) sont surreprésentées ainsi que les ménages d'ouvriers et d'employés dont le chef de ménage est au chômage.
 En 2009, la CNAMTS, à travers les admissions en affections de longue durée (ALD) de 2005, montre qu'à structure par âge et sexe comparable, les écarts de prévalence les plus importants entre bénéficiaires de la CMUC et autres assurés s'observent pour les cancers liés à une consommation excessive d'alcool ou de tabac, le diabète et l'HTA mais aussi pour les maladies psychiatriques graves.
 La CMUC diminue le renoncement aux soins. A structure d'âge identique, le recours à un médecin généraliste est plus fréquent que pour les personnes dépourvues de couverture complémentaire. Mais le recours des femmes bénéficiaires de la CMUC à un spécialiste est moins fréquent que celles ayant une couverture complémentaire.
 Plusieurs études confirment que les refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la CMUC est encore une réalité et n'est pas qu'anecdotique : les généralistes et dentistes les plus accueillants reçoivent au moins 3 fois plus de patients affiliés à la CMU que leurs confrères les moins accueillants. L'accueil en secteur 2 est très contrasté.

> **Une illustration des recours aux soins en 2005 des bénéficiaires de la CMUC en Midi-Pyrénées à travers quatre indicateurs à actualiser...**

Une étude réalisée par l'Urcam en 2005, publiée dans « Une approche de la précarité en Midi-Pyrénées. Données de l'Insee. Zoom sur la CMUC » mettait en évidence :

- **Un recours plus fréquent des bénéficiaires de la CMUC à un médecin généraliste masqué par un effet d'âge**

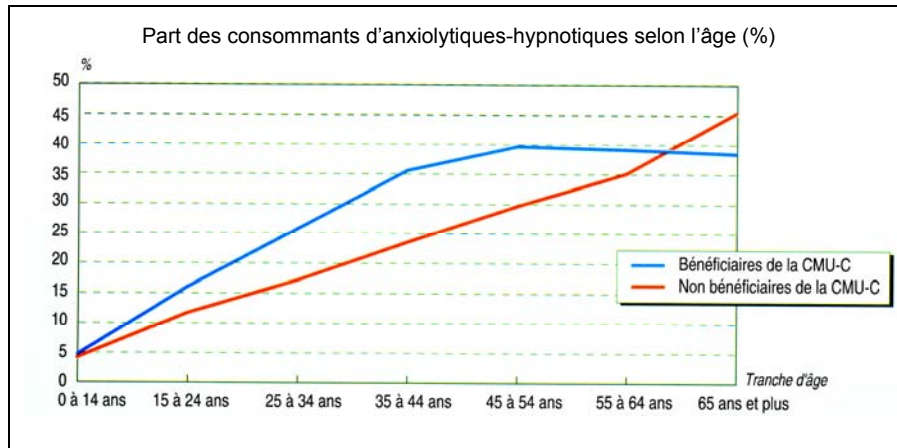
Répartition des « consommateurs » selon le nombre d'actes (%)

Nbre d'actes réalisés par un médecin généraliste	Bénéficiaires de la CMUC	Non-bénéficiaires de la CMUC
0	10,1	8,2
De 1 à 4	37,6	38,2
De 5 à 8	20,1	20,6
De 9 à 12	10,2	11,4
Plus de 12	22,1	21,5

Sources : Urcam, Aromsa, RSI Midi-Pyrénées

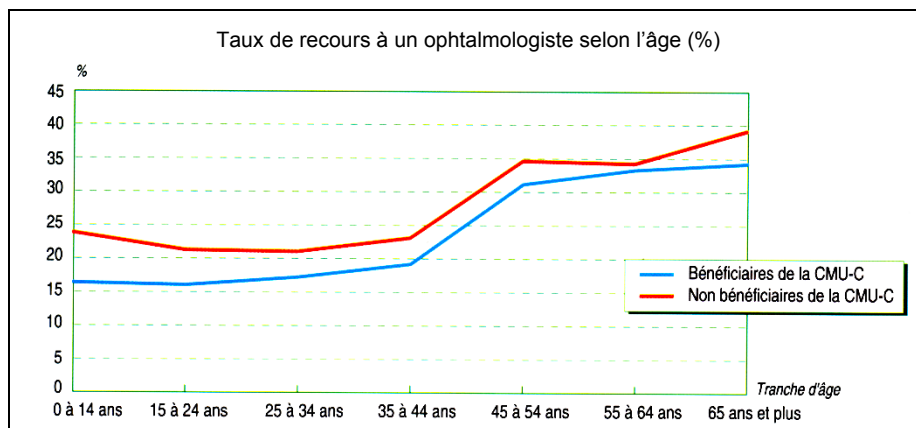
En 2005, les bénéficiaires de la CMUC consultaient un médecin généraliste moins souvent que les non-bénéficiaires (9,4 fois par an contre 11,2 fois). Mais à âge, sexe et état de santé comparable (avec ou sans ALD), l'analyse révélait **un recours plus important au généraliste des bénéficiaires de la CMUC**, particulièrement pour les patients non atteints d'une ALD.

- **Un recours marqué aux anxiolytiques et aux hypnotiques pour les bénéficiaires de la CMUC**



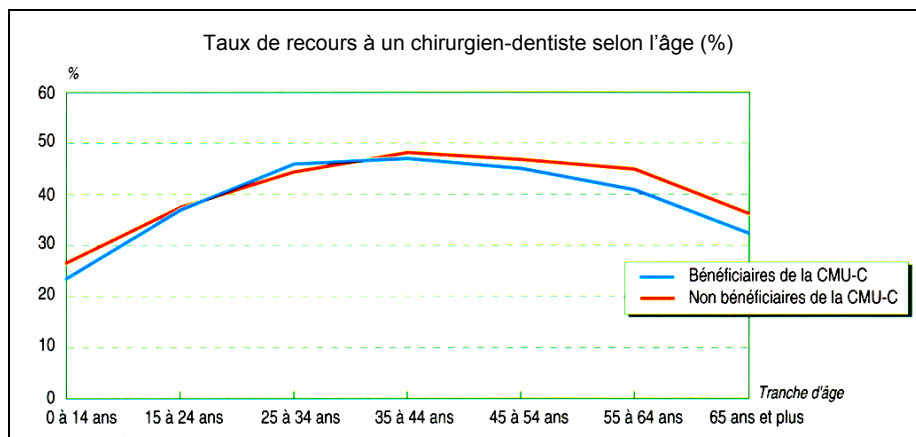
Sources : Urcam, Aromsa, RSI Midi-Pyrénées

- **Nettement moins de recours à un ophtalmologiste pour les bénéficiaires de la CMUC**



Sources : Urcam, Aromsa, RSI Midi-Pyrénées

- **Un recours similaire à un chirurgien-dentiste sauf pour les enfants pour les bénéficiaires de la CMUC**



Sources : Urcam, Aromsa, RSI Midi-Pyrénées

6. La précarité sociale et le recours aux soins dans les établissements de santé

> Une illustration dans les établissements de santé du Tarn et Garonne

« En 2007, 18% des patients hospitalisés étaient en situation de précarité sociale¹. »

Cette étude, réalisée en 2007 dans le cadre du Plan départemental d'accès à la prévention et aux soins du Tarn et Garonne à l'initiative de la DDASS du Tarn et Garonne, montrait par ailleurs que si l'on prend en compte la vulnérabilité évaluée à partir des grandes ruptures sociales que les personnes connaissent ou ont connu au cours de la vie et considérées comme des facteurs de risque d'accès à la santé, **cette proportion passe à 30%**.

Ces situations étaient clairement associées au renoncement aux soins pour raisons financières et à un moins bon état de santé perçu, mais aussi à des hospitalisations non programmées plus fréquentes.

Plusieurs pistes d'action ont pu être proposées afin de promouvoir **le repérage des situations de vulnérabilité** dans les établissements de santé et les besoins de prévention ou de soins non satisfaits.

Un enjeu de l'hospitalisation est en effet de ne pas aggraver les ISS et de pouvoir proposer un rattrapage de certaines de ces inégalités par des soins de qualité notamment en terme de prévention.

La population en situation de précarité sociale dans les établissements de santé du Tarn et Garonne (2007)

	%
Bénéficiaires de la CMU ou de l'AME	9.5
Absence de couverture complémentaire	10.2
Si pas de couverture complémentaire	
- pour raison financière	43.2
- par manque d'information	12.7
- autre	44.2
Bénéficiaires de minimas sociaux ⁽¹⁾	11.6
Difficultés pour payer les médicaments ou les examens médicaux	9.3
A la recherche d'un emploi depuis plus de 6 mois (ou d'un premier emploi)	5.3

(1) RMI ; AAH ; API ; ASS ; Alloc solidarité

Source : Enquête Précarité sociale dans le Tarn et Garonne - Orsmip, mars 2007

¹ Pour en savoir plus : http://www.orsmip.org/tlc/documents/precarite_sociale_82.pdf

Fréquence de l'hospitalisation en urgence selon les caractéristiques des patients (%)

	Admission en urgence (%)	p
Ensemble des patients	42.4	
Profession (actuelle ou dernière exercée) avec CSP regroupées		
- ouvrier (y-compris agricole), employé	46.2	
- autres professions ⁽¹⁾	33.4	0.04
- sans profession (autre que retraité)	47.5	
Environnement social : vit...		
- en couple, en famille	38.9	
- autre situation ⁽²⁾	49.1	0.05
Sentiment d'isolement		
- oui	54.1	
- non	39.5	0.02
A une mutuelle santé		
- oui	40.5	
- non	54.7	0.08
Vulnérabilité sociale au cours de la vie		
- oui	48.2	
- non	39.3	0.07

(1) exploitant agricole, artisan, commerçant, chef d'entreprise, cadre, prof ; libérale, enseignant, agent de maîtrise

(2) seul, autre (en collectivité...)

Source : Enquête Précarité sociale dans le Tarn et Garonne – Orsmip, mars 2007

Objectifs de l'enquête :

- Qualifier et quantifier les patients en situation de vulnérabilité sociale hospitalisés dans les établissements de santé du département.
- Apprécier l'importance des difficultés d'accès aux soins ou dans l'utilisation du système de soins des patients hospitalisés.
- Explorer le lien entre les difficultés rencontrées dans la trajectoire de soins et la vulnérabilité sociale.

Le repérage de la précarité :

Deux approches complémentaires ont été développées :

L'indice de précarité : il a été élaboré au moyen de la combinaison de différents critères¹ : bénéfice de la CMU ou de l'AME, perception d'un minima social, absence de couverture complémentaire, recherche d'un emploi et difficultés à payer ses médicaments.

La vulnérabilité sociale au cours de la vie : dans cette approche, la vulnérabilité sociale est abordée à partir des grandes ruptures que les personnes connaissent au moment de l'enquête ou qu'elles ont connues au cours de leur vie. Les dimensions considérées sont les périodes d'inactivité professionnelle involontaire, les difficultés pour faire face à des charges financières élémentaires, les difficultés d'hébergement liées à des problèmes d'argent, l'isolement durable.

600 patients hospitalisés ont été interrogés pour l'ensemble des établissements de soins de court séjour de médecine ou de chirurgie.

2 questionnaires : 1 questionnaire social renseigné » par des travailleurs sociaux ou personnels administratifs et 1 questionnaire médical renseigné à la sortie des patients par le médecin.

3. L'INÉGALE DISTRIBUTION DES DÉTERMINANTS SOCIO-ÉCONOMIQUES DE SANTÉ DANS LA RÉGION

Les catégories sociales.....	38
Les 20-29 ans sortis du système scolaire peu ou pas diplômés	42
Les écarts de revenus	44
Le chômage.....	45
Les travailleurs pauvres	47

1. Les catégories sociales

> Les ouvriers

Les ouvriers représentent 20,6% de la population active ayant un emploi de la région, part plus faible que celle observée en moyenne nationale (23,4%).

Dans le département de la Haute-Garonne, cette classe sociale ne regroupe que 16,7% de la population active.

Nombre et part des ouvriers dans la population active ayant un emploi en 2006

	Nombre	%	% médian ⁽¹⁾	Q1 ⁽²⁾	Q3 ⁽²⁾	Rapport Q3 / Q1
Ariège	14 003	21,5	23,2	20,4	25,9	1,3
Aveyron	27 058	24,1	22,4	19,9	24,2	1,2
Haute-Garonne	87 160	16,7	21,5	17,7	24,2	1,4
Gers	16 814	22,8	23,2	20,9	25,9	1,2
Lot	15 121	22,9	22,9	19,7	24,9	1,3
Hautes-Pyrénées	19 963	22,4	22,2	20,4	24,5	1,2
Tarn	33 877	24,0	24,0	21,5	28,2	1,3
Tarn-et-Garonne	22 727	25,1	24,9	21,4	27,7	1,3
Midi-Pyrénées	236 722	20,6	22,6	20,4	25,8	1,3

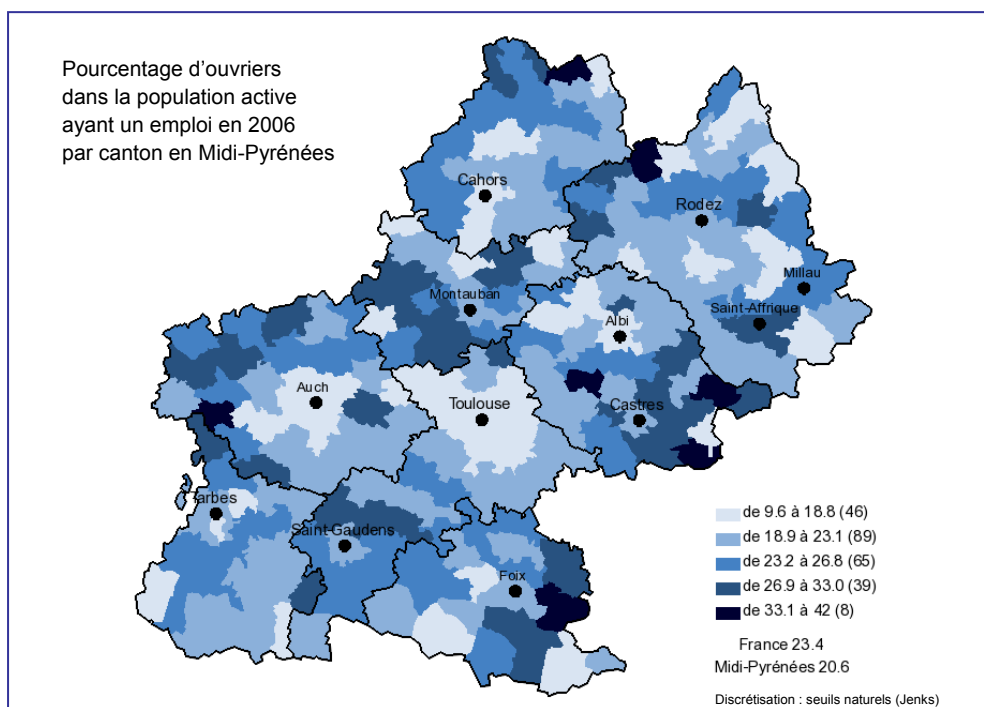
(1) dans la moitié des cantons le % est inférieur à cette valeur et dans l'autre moitié il est supérieur

(2) dans 25% des cantons le % est inférieur au 1er quartile (Q1) et dans 25% des cantons le % est supérieur au 3ème quartile (Q3).

Plus le rapport interquartile (Q3/Q1) est élevé, plus les écarts sont importants

Sources : Insee RP2006 - Exploitation Fnors, Orsmip

► Les disparités infra-départementales



* Population de référence : France entière, Insee RP 2006

Sources : Inserm CépiDC-Insee - Exploitation Fnors-Orsmip (données lissées)

La part des ouvriers dans la population active se distribue de façon plutôt contrastée dans la région : dans 25% des cantons, elle est inférieure à 20,4% et dans 25% autres cantons elle est supérieure à 25,8% (soit supérieure d'au moins 25% à la moyenne régionale).

Les cantons où l'emploi des ouvriers est proportionnellement plus important se concentrent pour une partie, dans le Tarn-et-Garonne et la moitié sud du Tarn. Les autres cantons à forte part d'ouvriers se répartissent sur l'ensemble des autres départements.

► Les disparités interurbaines

Part des ouvriers dans la population active ayant un emploi dans les grandes villes de la région

Villes	%*
Mazamet	29,6
Millau	25,2
Pamiers	22,6
Rodez	22,4
Tarbes	22,2
Castres	21,5
Montauban	21,3
Auch	20,9
Albi	18,7
Cahors	18,0
Toulouse	14,9
Midi-Pyrénées	20,6
Fr métro	23,4

Sources : Insee RP2006 - Exploitation Fnors, Orsmip

Mazamet et Millau sont les deux grandes villes de la région qui ont une part d'ouvriers dans la population active supérieure à la moyenne régionale et à la moyenne nationale.

La part des ouvriers dans la population active des deux villes extrêmes (Mazamet et Toulouse) varie quasiment du simple au double.

> Les cadres

Les cadres représentent 15,3% de la population active ayant un emploi de la région, part proche de la moyenne nationale (15,5), mais cette catégorie sociale se concentre essentiellement en Haute-Garonne (22,4% de la population active).

Nombre et part des cadres dans la population active ayant un emploi en 2006

	Nombre	%	% médian ⁽¹⁾	Q1 ⁽²⁾	Q3 ⁽²⁾	Rapport Q3 / Q1
Ariège	5 054	9,1	8,1	7,1	9,5	1,3
Aveyron	9 443	8,4	6,1	3,9	7,8	2,0
Haute-Garonne	116 514	22,4	14,1	9,2	19,2	2,1
Gers	7 111	9,6	8,1	6,6	8,8	1,3
Lot	6 575	10,0	9,2	7,2	10,4	1,5
Hautes-Pyrénées	8 497	9,5	7,8	6,4	9,0	1,4
Tarn	14 655	10,4	8,4	5,7	11,4	2,0
Tarn-et-Garonne	8 434	9,3	6,8	6,1	9,3	1,5
Midi-Pyrénées	176 283	15,3	8,1	6,1	10,7	1,8

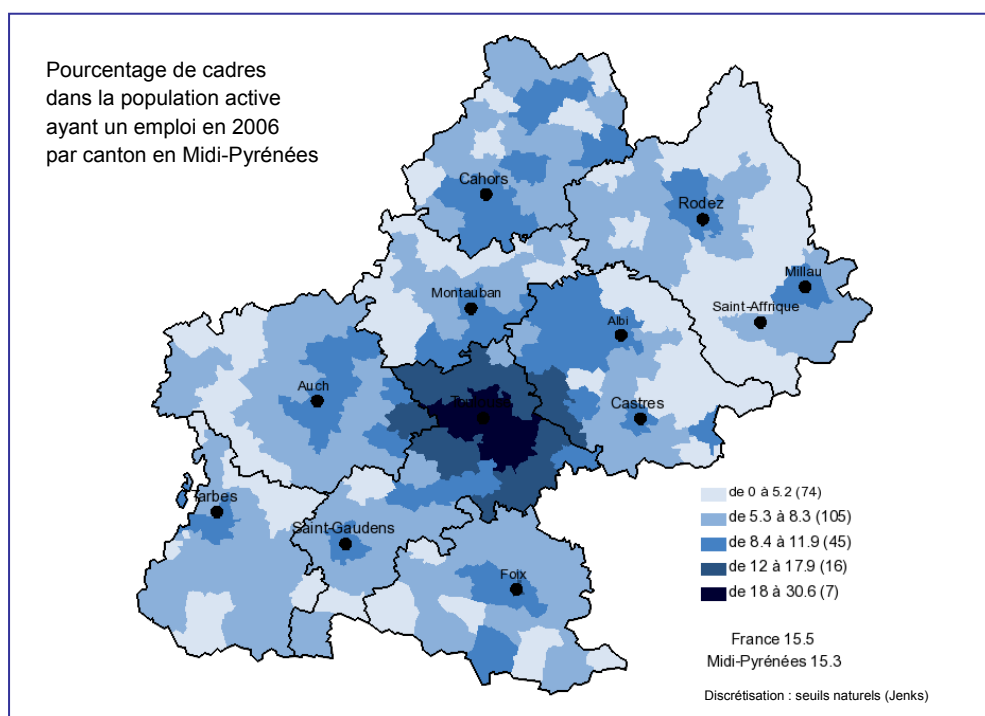
(1) dans la moitié des cantons le % est inférieur à cette valeur et dans l'autre moitié il est supérieur

(2) dans 25% des cantons le % est inférieur au 1er quartile (Q1) et dans 25% des cantons le % est supérieur au 3ème quartile (Q3).

Plus le rapport interquartile (Q3/Q1) est élevé, plus les écarts sont importants

Sources : Insee RP2006 - Exploitation Fnors, Orsmip

► Les disparités infra-départementales



* Population de référence : France entière, Insee RP 2006

Sources : Inserm CépiDC-Insee – Exploitation Fnors-Orsmip (données lissées)

Les contrastes sont importants selon les territoires : dans 25% des cantons de la région la part des cadres dans la population active est inférieure à 6,1% et dans 25% autres cantons elle est supérieure à 10,7%

C'est dans les zones urbaines et périurbaines de chaque département que la part des cadres dans la population active ayant un emploi est la plus élevée et principalement dans la zone d'emploi Toulousaine qui s'étend jusque dans le Gers, le Tarn-et-Garonne et dans le Tarn.

La population des cadres dans la population active est très contrastée en Haute-Garonne, ainsi que dans l'Aveyron. Mais dans ce département, la proportion reste bien inférieure à la moyenne nationale.

► Les disparités interurbaines

Part des cadres dans la population active ayant un emploi dans les grandes villes de la région

Villes	%*
Toulouse	25,9
Albi	13,7
Auch	13,5
Cahors	13,4
Montauban	13,3
Rodez	13,0
Castres	12,7
Tarbes	12,5
Millau	10,6
Pamiers	9,5
Mazamet	8,8
Midi-Pyrénées	15,3
Fr métro	15,5

Sources : Insee RP2006 - Exploitation Fnors, Orsmip

Toulouse est la ville où la part des cadres dans la population active ayant un emploi est la plus forte, nettement supérieure à la moyenne régionale et à la moyenne nationale.

Dans les grandes villes de la région, la part des cadres varie pratiquement du simple au triple entre Toulouse (25,9%) et Mazamet (8,8%).

La forte corrélation entre catégorie socioprofessionnelle et santé, le gradient social continu liant santé et position sociale observés dans toutes les études montrent bien que le lien entre santé et position sociale ne se limite pas à la question de la pauvreté. Comme dans le reste de la France, il existe une variabilité importante de la répartition des catégories sociales au sein de la région, des départements et entre les grandes villes de la région et au sein de ces grandes villes.

2. Les 20-29 ans sortis du système scolaire peu ou pas diplômés

Parmi les jeunes de 20-29 ans de la région plus de 26 400 sont sortis du système scolaire et ont un niveau de diplôme inférieur ou égal au certificat d'études. Ils représentent 7,9% des 20-29 ans, part inférieure à celle observée en moyenne nationale (10,2%).

Nombre et % des 20-29 ans hors système scolaire peu ou pas diplômés en 2006

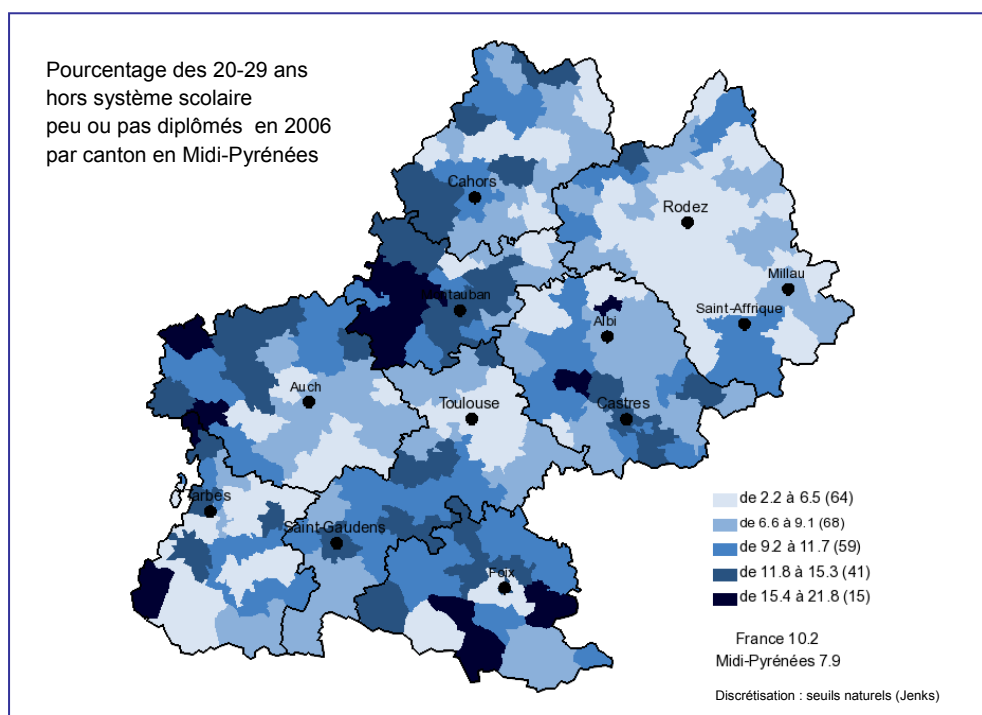
	Nombre	%	% médian ⁽¹⁾	Q1 ⁽²⁾	Q3 ⁽²⁾	Rapport Q3 / Q1
Ariège	1 507	11,2	10,9	9,8	12,8	1,3
Aveyron	1 880	7,4	6,3	5,1	8,9	1,7
Haute-Garonne	11 661	6,3	8,4	7,2	10,2	1,4
Gers	1 383	9,4	9,3	6,7	12,3	1,8
Lot	1 346	9,6	8,1	6,6	11,2	1,7
Hautes-Pyrénées	1 908	9,0	7,9	5,5	11,0	2,0
Tarn	3 709	10,6	8,9	8,0	10,7	1,3
Tarn-et-Garonne	3 030	13,4	12,7	10,1	15,3	1,5
Midi-Pyrénées	26 424	7,9	8,9	6,4	11,2	1,8

(1) dans la moitié des cantons le % est inférieur à cette valeur et dans l'autre moitié il est supérieur

(2) dans 25% des cantons le % est inférieur au 1er quartile (Q1) et dans 25% des cantons le % est supérieur au 3ème quartile (Q3).

Plus le rapport interquartile (Q3/Q1) est élevé, plus les écarts sont importants
Sources : Insee RP2006 -Exploitation Fnors, Orsmip

► Les disparités infra-départementales



* Population de référence : France entière, Insee RP 2006

Sources : Inserm CépiDC-Insee – Exploitation Fnors-Orsmip (données lissées)

De forts contrastes apparaissent selon les territoires : dans un canton sur cinq, la part des jeunes peu ou pas diplômés est inférieure à 6,4% alors que dans 25% autres cantons cette part est supérieure à 11,2%.

Dans ces derniers cantons le pourcentage de jeunes peu diplômés est supérieur d'au moins 42% à la moyenne régionale. On les retrouve principalement sur une zone allant du nord du Gers, au Tarn-et-Garonne et dans une partie du Lot, mais aussi dans une partie du Tarn, au sud de la Haute-Garonne et en Ariège.

De forts contrastes apparaissent dans pratiquement tous les départements mais particulièrement dans les Hautes-Pyrénées. Dans le Tarn et l'Ariège, les parts de jeunes peu ou pas diplômés sont réparties de façon relativement plus homogène sur le territoire.

► Les disparités interurbaines

Part des 20-29 ans, hors système scolaire, peu ou pas diplômés dans les grandes villes de la région en 2006

Villes	%*
Montauban	13,5
Mazamet	12,8
Castres	12,6
Pamiers	10,9
Cahors	9,3
Albi	9,1
Millau	8,7
Tarbes	8,5
Auch	8,1
Rodez	6,2
Toulouse	5,3
Midi-Pyrénées	7,9
Fr métro	10,2

Sources : Insee RP2006 - Exploitation Fnors, Orsmip

Quatre villes de la région ont une importante part de jeunes peu ou pas diplômés, nettement supérieure à la moyenne régionale et supérieure aussi à la moyenne nationale : **Montauban, Mazamet, Castres et Pamiers.**

Les disparités sont fortes selon les villes de la région : la part des 20-29 ans peu ou pas diplômés à Montauban (13,5%) est 2,5 fois celle observée à Toulouse (5,3%).

Le niveau de formation scolaire contribue à la constitution de l'état de santé, notamment par la formation des normes en santé et le développement d'une plus ou moins grande réception aux messages de prévention.

Le niveau d'éducation des jeunes générations et la répartition des jeunes sans diplôme permet d'objectiver l'inégale distribution de ce déterminant social de santé.

3. Les écarts de revenus

Dans la région, le niveau de vie mesuré par les ressources monétaires et les inégalités de revenus sont comparables à la moyenne des régions de province (8^e rang) :

10% des ménages les plus pauvres disposent de 5 fois moins de ressources que les 10% les plus aisés.

La Haute-Garonne se distingue par des revenus plus élevés et un écart de revenus plus important (5,2).

L'Ariège et le Tarn et Garonne affichent les revenus les plus bas : 10% de leurs habitants déclarent des revenus inférieurs à 490 euros par mois et par unité de consommation.

Revenu fiscal par unité de consommation en 2008

	% ménages imposables	Médiane	1 ^{er} décile	9 ^e décile
Ariège	45.5	16 086	5 832	30 422
Aveyron	45.6	16 333	6 901	30 193
Haute-Garonne	56.9	19 831	7 432	38 763
Gers	47.1	16 766	7 082	32 131
Lot	47.3	16 608	6 862	32 085
Hautes-Pyrénées	50.5	17 191	7 165	31 658
Tarn	46.0	16 535	6 528	31 690
Tarn et Garonne	45.6	16 121	5 958	30 706
Midi-Pyrénées	52.2	17 425	6 878	33 248
France métrop.	55.8	18 129	6 786	36 838
Province	52.9	17 632	6 839	34 198

Source : Insee - DGFiP, Revenus fiscaux localisés des ménages

Les revenus des adultes sont liés à l'état de santé et illustrent bien la notion de cause. Ils n'influencent pas en eux-mêmes directement l'état de santé mais ils conditionnent d'autres facteurs matériels (conditions de vie, conditions de travail, accès à un emploi, accès à un haut niveau d'études) qui constituent eux-mêmes des déterminants de santé et sont liés à des comportements de santé.

4. Le chômage

► Les disparités entre les départements

Près de 134 300 personnes étaient au chômage en 2006, soit 10,5% de la population active, légèrement moins qu'en moyenne nationale (11,1%). L'Aveyron et le Gers présentent les taux de chômage les plus faibles. A l'inverse, l'Ariège, le Tarn et le Tarn et Garonne les taux les plus élevés.

Nombre et part des chômeurs dans la population active en 2006

	Nombre	%	% médian ⁽¹⁾	Q1 ⁽²⁾	Q3 ⁽²⁾	Rapport Q3 / Q1
Ariège	7 990	12,5	12,7	10,7	15,0	1,4
Aveyron	8 485	7,0	6,4	4,8	7,9	1,6
Haute-Garonne	63 554	10,9	9,0	7,6	10,6	1,4
Gers	6 555	8,2	8,0	7,2	8,5	1,2
Lot	7 424	10,1	10,1	8,5	11,4	1,3
Hautes-Pyrénées	10 718	10,7	8,0	7,0	10,1	1,4
Tarn	18 149	11,4	10,0	8,5	11,0	1,3
Tarn-et-Garonne	11 415	11,2	10,1	9,1	11,8	1,3
Midi-Pyrénées	134 289	10,5	8,9	7,2	10,7	1,5

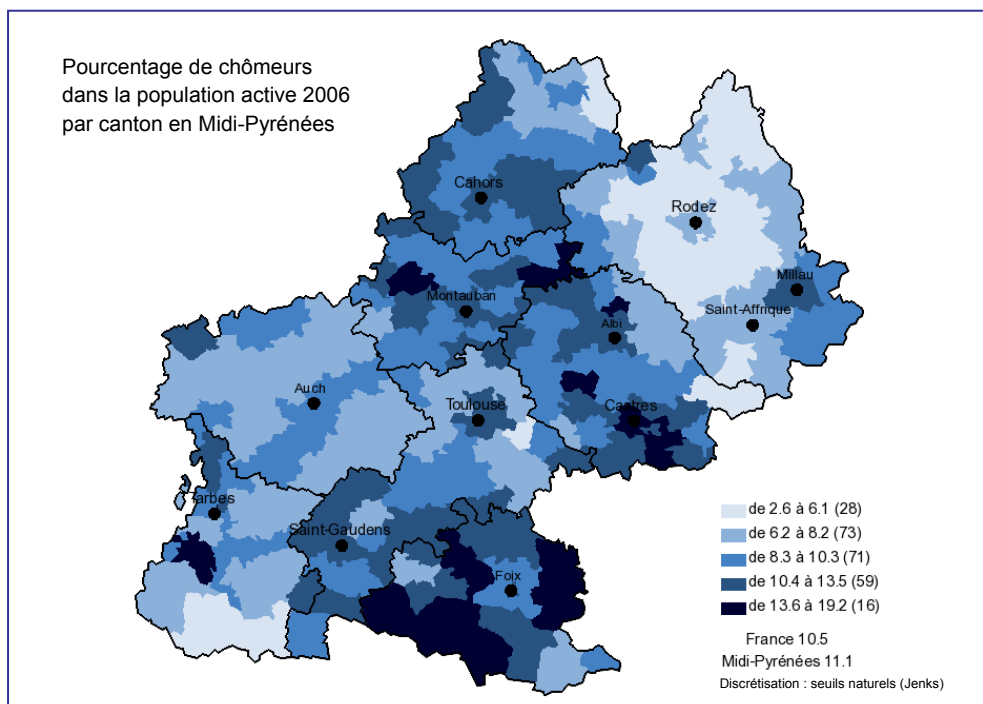
(1) dans la moitié des cantons le % est inférieur à cette valeur et dans l'autre moitié il est supérieur

(2) dans 25% des cantons le % est inférieur au 1er quartile (Q1) et dans 25% des cantons le % est supérieur au 3ème quartile (Q3).

Plus le rapport interquartile (Q3/Q1) est élevé, plus les écarts sont importants

Sources : Insee RP2006 -Exploitation Fnors, Orsmip

► Les disparités infra-départementales



* Population de référence : France entière, Insee RP 2006

Sources : Inserm CépiDC-Insee – Exploitation Fnors-Orsmip (données lissées)

Certains contrastes apparaissent à l'intérieur de la région : dans 25% des cantons, le pourcentage de chômeurs est inférieur à 7,2% mais dans 25% des cantons, il est supérieur à 10,7%.

Ces cantons à forte part de chômeurs se retrouvent sur deux zones principales : dans la partie sud-est de la région (au sud de la Haute-Garonne et surtout en Ariège) et dans une zone couvrant le sud du Lot, le Tarn-et-Garonne et une grande partie du Tarn.

Des contrastes concernant le chômage apparaissent dans la plupart des départements mais c'est en Aveyron qu'ils sont les plus forts (le taux y varie de 2,6% à 11,4%). A l'inverse, dans le Gers la répartition est relativement plus homogène et les taux de chômage relativement bas.

► Les disparités interurbaines

Part des chômeurs dans la population active des grandes villes de la région

Villes	%*
Tarbes	<u>16,8</u>
Mazamet	<u>15,3</u>
Castres	<u>15,1</u>
Toulouse	<u>13,2</u>
Pamiers	<u>12,8</u>
Cahors	<u>12,4</u>
Montauban	<u>12,0</u>
Albi	<u>10,8</u>
Millau	10,5
Auch	8,7
Rodez	6,4
Midi-Pyrénées	10,5
Fr métro	11,1

Sources : Insee RP2006 -Exploitation Fnors, Orsmip

Dans la plupart des grandes villes la part des chômeurs dans la population active est importante et nettement supérieure à la moyenne observée dans les départements où elles se situent. Seule exception : la ville de Rodez où la part des chômeurs est de 6,4 (7% en moyenne pour l'ensemble du département).

De forts contrastes existent selon les villes : entre Tarbes et Rodez, le rapport est de 2,6.

5. Les travailleurs pauvres²

Occuper un emploi ne met pas à l'abri de la pauvreté.

En 2006, 100 000 travailleurs appartiennent à un ménage pauvre vivant avec moins de 880 euros par mois et par unité de consommation (*estimation à partir de l'enquête statistique régionale sur les ressources et conditions de vie, SRCV 2007*).

Avec conjoint et enfant(s), ce sont 200 000 personnes qui sont concernées.

Avec 9% de travailleurs pauvres, la région se classe parmi les plus touchées après le Languedoc Roussillon (7% en moyenne métropolitaine).

Sur 100 travailleurs pauvres :

- 41 vivent en couple avec enfant(s)
- 15 dans des couples sans enfant
- 20 seuls
- 13 en famille monoparentale
- 11 en famille « complexe »
- 44 sont des femmes

La répartition des bas salaires dans la région est liée à la répartition des secteurs d'activité sur le territoire. Ainsi, la zone d'emploi de Toulouse présente la plus faible part de bas salaires (20%).

A Montauban (secteur agricole), dans le nord du Lot, de Millau (secteur de services aux particuliers) et Saint-Girons, cette part dépasse les 25%.

L'accès à l'emploi et les conditions de travail : caractéristiques et disparités infrarégionales. Des besoins d'information...

Parmi les régions métropolitaines de province, Midi-Pyrénées fait partie du groupe des régions identifiées comme la « France tertiaire du Sud-est (avec Languedoc-Roussillon, PACA et Rhône Alpes) où l'emploi est plutôt qualifié mais aussi plutôt féminin et donc plus souvent à temps partiel que les autres régions (La France et ses régions. Insee. 2010).

La période actuelle est marquée par des mutations économiques fortes qui touchent tous les territoires de la région : bassins industriels, territoires urbains en difficulté, zones rurales, y compris celles de montagne et la région n'échappe pas à la tendance générale en enregistrant une forte croissance de l'instabilité de l'emploi, de la précarité professionnelle (emplois peu qualifiés, travail à temps partiel, CDD) et des difficultés d'accès à l'emploi pour les jeunes.

Le lien entre ces situations « d'insécurité professionnelle » et leurs effets délétères pour la santé mentale et physique est bien établi.

Dans ce contexte, les « actifs vulnérables » constituent une catégorie en expansion désigné sous le terme de travailleurs pauvres : forme de pauvreté plus difficile à enregistrer mais ayant des effets sur la santé.

Par ailleurs, le travail demeure un important facteur d'inégalités sociales et d'inégalités sociales de santé. Les expositions aux risques professionnels (accidents du travail, troubles péri-articulaires, bruits, rythmes et modes d'organisation) sont fortement différentes selon les catégories socioprofessionnelles. Plusieurs sources d'information peuvent être mobilisées dans la région pour mieux caractériser ces conditions de travail et le profil diversifié des mains d'œuvre locales :

- L'enquête EUREST (*Évolution et relations en santé au travail*),
- L'enquête de veille en santé travail « Quinzaine MCP » (*Maladies à caractère professionnel*), organisée par l'InVS et l'Inspection de médecine du travail.

² Une approche de la précarité en Midi-Pyrénées. Tableau de bord / Édition 2010. Zoom Travailleurs pauvres. Insee

4. LES SITUATIONS DE VULNÉRABILITÉ

Les allocataires de minima sociaux.....	50
Les situations de grande précarité.....	51

1. Les allocataires de minima sociaux³ en 2008

- Plus de 43 000 allocataires du RMI, soit 81 000 personnes couvertes par cette allocation, soit 3,5% des moins de 65 ans.
Deux départements sont plus touchés : l'Ariège (4,7%) et le Tarn et Garonne (4,7%), se situant parmi les 10 départements les plus touchés de France.
La population couverte par le RMI vit surtout dans les espaces urbains, notamment dans les grandes villes.
- L'Allocation Adulte Handicapé est versée à 43 500 personnes, soit une population couverte de 64 400 personnes, soit 2,8% des moins de 65 ans.
Dans les Hautes-Pyrénées où sont implantés de nombreux établissements spécialisés, ce taux atteint 3,9%.
- 6 700 parents isolés perçoivent l'API, soit 18 600 personnes couvertes par cette allocation, soit 0,8% des moins de 65 ans.
Cette part est plus élevée dans l'Ariège et le Tarn et Garonne, plus touchés par la précarité financière.
- 33 000 retraités de 65 ans ou plus perçoivent l'Allocation Supplémentaire du Minimum Vieillesse [AS et l'Allocation de Solidarité aux Personnes Âgées (ASPA)], soit 6,1% des 65 ans et plus.
Dans le Gers et le Tarn et Garonne, ce taux atteint 7,5%.

	Ariège	Aveyr.	Hte-Gne	Gers	Lot	Htes-Pyrén.	Tarn	Tarn et Gne	Midi-Pyrén.	France
Allocataires :										
RMI	3578	2151	19905	2072	2126	3350	5896	4112	43195	
AAH	2629	4830	13803	3392	3231	4741	6367	4498	41955	
API	479	393	3051	335	333	513	917	658	6679	
ASPA-AS	2144	4403	9786	3287	2325	3088	4279	3327	32639	
% parmi les moins de 65 ans de la pop. couverte par :										
RMI	5.7	2.0	3.4	2.9	3.0	3.6	4.0	4.7	3.5	3.7
AAH	3.3	3.5	1.9	3.5	3.8	3.9	3.2	3.8	2.8	2.4
API	1.1	0.5	0.8	0.7	0.7	0.8	0.9	1.0	0.8	0.9
% parmi les plus de 65 ans des allocataires ASPA-AS										
	6.4	6.7	5.7	7.5	5.5	6.0	5.3	7.5	6.1	4.9

Sources : CAF, MSA, Insee

³ Une approche de la précarité en Midi-Pyrénées. Tableau de bord. Edition 2010 (données 2008)

2. Les situations de grande précarité et l'accès aux soins

> Un éclairage à Toulouse

Les situations de grande précarité à travers la veille sociale⁴ à Toulouse

Aucune donnée de la veille sociale ne permet de chiffrer le nombre de personnes durablement à la rue à Toulouse. Mais l'Équipe Mobile Sociale de Santé rencontre effectivement 1 100 personnes dans l'année. Parmi elles, 259 sont qualifiées de « grands précaires » et durablement à la rue.

Chaque jour en moyenne, le 115 fait entre 60 et 90 refus par manque de places d'hébergement disponibles, et environ entre 10 et 30 orientations positives.

Source : Rapport d'activités

Les situations de difficulté d'accès aux soins et à la santé dans les centres de soins gratuits à Toulouse

Malgré l'instauration de la CMU, l'accès au dispositif de droit commun reste difficile pour un nombre non négligeable de personnes en situation de précarité.

Les situations les plus difficiles persistent :

Le profil des 1 000 personnes accueillies par an à la PASS, des 500 personnes accueillies à Médecins du Monde et des 500 consultants du CCAS témoignent de situations de grande précarité : personnes sans domicile et sans ressources, étrangers sans papiers.

La proportion toujours importante de personnes qui ont des droits ouverts et qui on recours à ces centres de soins gratuits marque les difficultés de ces personnes à s'adresser au dispositif de droit commun mais peut témoigner aussi de l'inadaptation des dispositifs de droit commun en termes d'accueil et d'accompagnement pour les personnes les plus vulnérables.

	CCAS Toulouse 2010 (589 patients)	Médecins du Monde 2009 (513 patients)	PASS 2007
Hommes	75.0	65.4	54
Moins de 25 ans	-	25.0	30.8**
Patients étrangers	40.5	77.7	75
Sans domicile stable	53.0	55.0	78
Sans ressources	-	-	63*
Sans droits ouverts	10.0	59	62
Sécurité Sociale seule	15.0	-	23

* moins de 100 € par mois ** inclus 25 ans
Sources : CCAS, MdM, PASS

⁴ 115, Équipe Mobile Sociale et de Santé, PAIO

5.

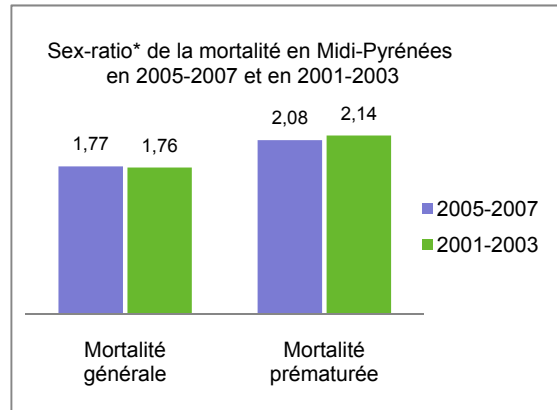
LES DISPARITÉS HOMMES-FEMMES

Les disparités de mortalité hommes-femmes54

2. Les disparités de mortalité hommes-femmes

En 2005-2007, la **surmortalité masculine** dans la région se traduit par un sex-ratio de **1,8 pour la mortalité générale** (France 1,8) et un sex-ratio de **2,1 pour la mortalité prématurée** avant 65 ans (France 2,2).

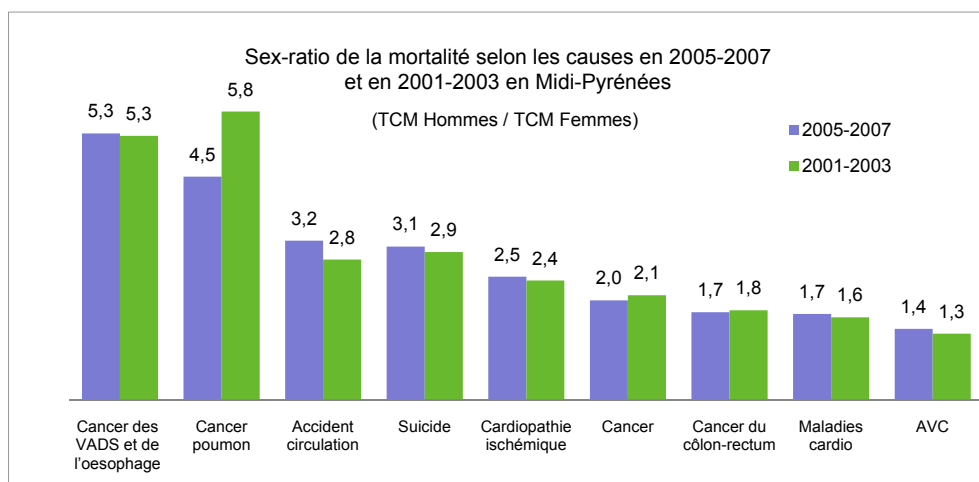
Ces surmortalités masculines sont restées stables sur les cinq dernières années.



* rapport du taux comparatif de mortalité chez les hommes sur le taux comparatif de mortalité chez les femmes
Sources : Inserm CépiDC, Insee - Exploitation Orsmip

La surmortalité masculine varie fortement selon les causes de décès

La surmortalité masculine est très forte pour les cancers des voies aérodigestives supérieures (5,3 fois celle des femmes) et pour le cancer du poumon (4,5) ; elle est forte pour les accidents de la circulation, les suicides, les cardiopathies ischémiques et l'ensemble des cancers (de 2 à 3 fois celle des femmes) et relativement moins forte pour les accidents vasculaires cérébraux (1,4).



Sources : Inserm CépiDC, Insee - Exploitation Orsmip

Entre 2001-2003 et 2005-2007, la surmortalité masculine a fortement baissé pour le cancer du poumon (de 5,8 à 4,5) : **cette différence est due à une forte augmentation de la mortalité des femmes par cancer du poumon (+28%) associée à une légère baisse de la mortalité des hommes (-1%).**

A l'inverse, la surmortalité masculine a légèrement augmenté pour les accidents de la circulation, passant de 2,8 en 2001-2003, à 3,2 en 2005-2007 : une baisse plus importante de la mortalité des femmes par accident de la circulation (-32% contre -23% pour les hommes) explique cette augmentation.

La surmortalité masculine est restée relativement stable pour les autres principales causes de décès entre 2001-2003 et 2005-2007.

Le genre constitue l'un des déterminants majeurs de la santé.

La France est l'un des pays d'Europe où l'excès de mortalité masculine (avant 65 ans) est le plus marqué et où les causes de décès « évitables » expliquent la part la plus importante des disparités entre sexes.

6. INÉGALITÉS DE SANTÉ EN MIDI-PYRÉNÉES

Éléments de synthèse
et besoins d'information58

Comme dans le reste de la France, l'analyse de l'état de santé de la population de Midi-Pyrénées met en évidence différentes inégalités de santé.

Les indicateurs disponibles et mobilisés dans ce dossier illustrent l'importance des inégalités sociales de santé et identifient les contrastes territoriaux en matière de santé et de déterminants de santé. Mais ces informations ne rendent compte que de certains aspects ; un travail complémentaire doit être organisé pour mieux illustrer et caractériser les inégalités et leurs causes et pouvoir rendre compte de l'évolution des inégalités de santé dans les années à venir.

Nous présentons dans ce chapitre de façon très synthétique ce qui caractérise la situation régionale et les axes de développement de l'information qui pourraient être mis en place afin de mieux caractériser, surveiller et comprendre les inégalités de santé en Midi-Pyrénées.

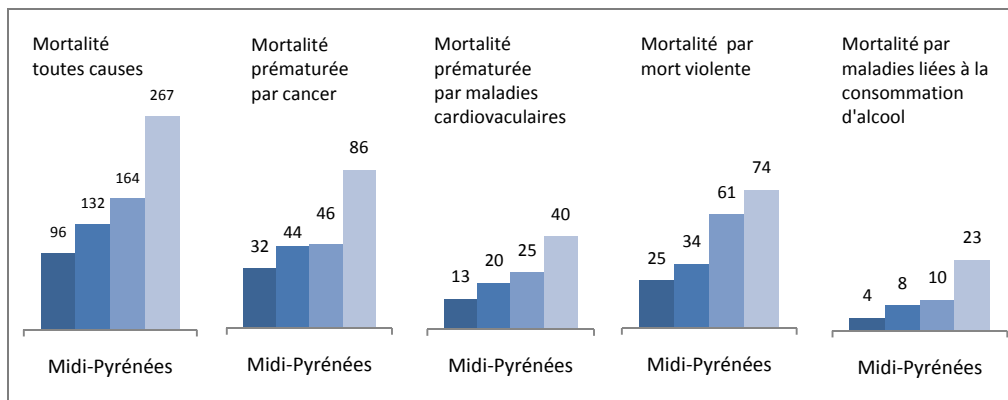
Des inégalités sociales de santé en Midi-Pyrénées

Malgré des indicateurs de santé traduisant une situation sanitaire relativement favorable au regard de l'ensemble des régions de France, les inégalités sociales de santé (ISS) sont bien présentes en Midi-Pyrénées.

Les différences de mortalité suivent un gradient social : plus la condition socio-économique est basse, moins la santé est bonne.

Sur la période 1997-2005, les inégalités sociales de santé dans la région apparaissent moins marquées que dans le reste de la France mais **la mortalité des hommes de 25-54 ans chez les ouvriers-employés était 2,8 fois plus que élevée chez les cadres et professions intellectuelles supérieures** (3,0 en moyenne nationale).

Taux comparatif de mortalité pour 100 000 hommes de 25-54 ans en Midi-Pyrénées en 1991-2005*



* sans 1998

Sources : Inserm CépiDC-Insee – Exploitation Fnors-Orsmip

Comme dans le reste de la France, les plus fortes différences de mortalité entre groupes sociaux s'observent pour les causes de décès liées à la consommation excessive d'alcool (cancers des voies aéro-digestives supérieures, cirrhoses et psychoses alcooliques) même si ces taux de mortalité dans la région restent très inférieurs à la moyenne nationale.

Ce gradient social s'observe pour les trois grandes causes de décès prématurés avant 65 ans : les cancers, les maladies cardiovasculaires, les traumatismes (accidents de la circulation, suicides, autres morts accidentelles).

Les inégalités sociales de santé dans la région sont relativement moins marquées en ce qui concerne la mortalité par cancers (rapport 2,7 pour les cancers, 3,2 en France).

Mais sont identiques à ce qui est observé dans le reste de la France pour la mortalité par maladie cardiovasculaire et les traumatismes.

La question des inégalités sociales de santé indissociable de l'analyse des disparités territoriales de santé

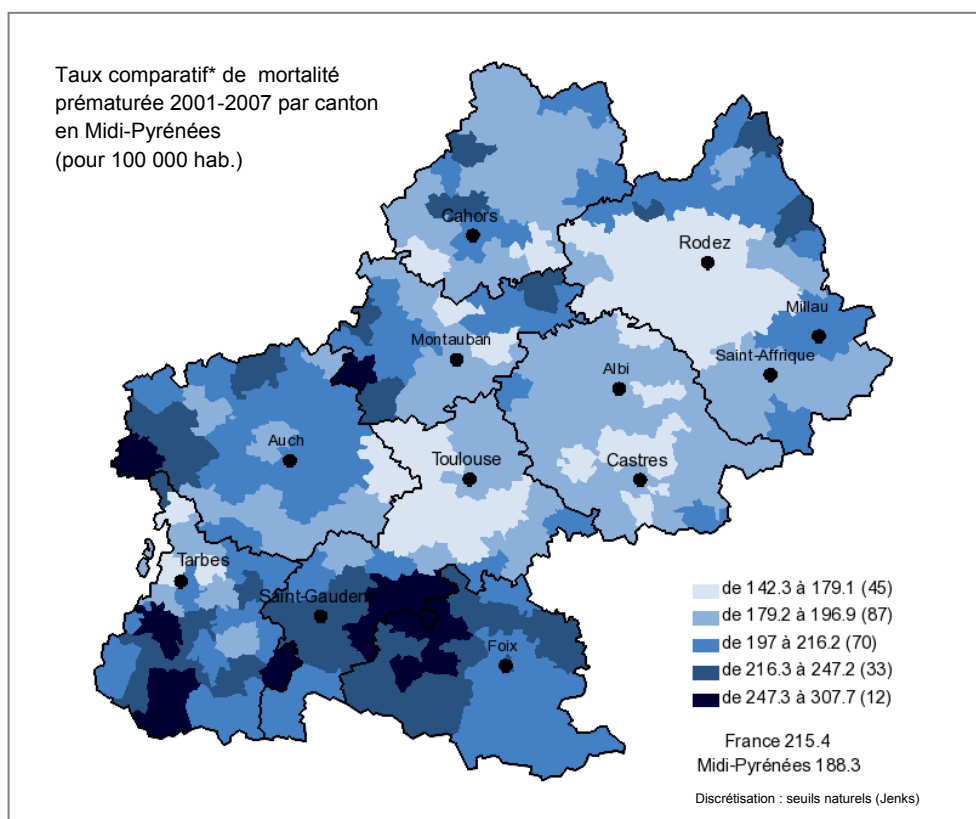
Les écarts de mortalité prématurée entre le département ayant le taux le plus élevé (Ariège) et le département ayant le taux le plus bas (Haute-Garonne) sont relativement importants (1,37 pour les hommes ; 1,31 pour les femmes), même si aucun département de la région n'affiche des taux de mortalité significativement supérieurs à la moyenne nationale, à l'exception des hommes dans l'Ariège.

Les écarts de mortalité prématurée évitable liée à des comportements à risque (alcoolisme, tabagisme, conduites dangereuses) sont encore plus marqués (rapport de 1,5 entre le taux le plus élevé en Ariège et le moins élevé en Haute-Garonne), traduisant des besoins de prévention particulièrement importants dans ce département.

Les zones de « surmortalité prématurée » sont essentiellement situées dans le Piémont pyrénéen (ouest de l'Ariège, sud de la Haute-Garonne et ouest des Hautes-Pyrénées). On observe aussi des taux particulièrement élevés dans des zones plus limitées situées à l'ouest du Gers et du Tarn et Garonne mais aussi pour les villes de Tarbes et de Pamiers.

Ces disparités recouvrent peu ou prou l'existence de fortes disparités économiques et sociales entre les territoires de la région.

La plupart de ces zones sont en effet celles qui cumulent différents facteurs de risque liés à leurs particularités de peuplement : surreprésentation des personnes en situation sociale précaire, faible niveau de formation et de revenus.



* Population de référence : France entière, Insee RP 2006
Sources : Inserm CépiDC-Insee – Exploitation Fnors-Orsmip (données lissées)

De façon complémentaire et plus spécifique, l'analyse des disparités interdépartementales de la mortalité, pour des pathologies pouvant faire l'objet de prévention et qui constituent les cinq premières causes de décès prématurés, publiée dans le « Tableau de bord régional 2010 », permet d'attirer l'attention sur :

- les taux élevés de mortalité par **cancer du poumon** en Ariège, dans les Hautes-Pyrénées et en Haute-Garonne,
- le taux relativement élevé de mortalité par **cancer du sein** dans le Tarn et Garonne,
- la surmortalité par **cardiopathie ischémique** en Ariège et dans les Hautes-Pyrénées mais aussi dans le sud de la Haute-Garonne,
- les situations relativement contrastées entre l'agglomération toulousaine et le reste de des territoires de la région en ce qui concerne la mortalité par **suicide**,
- les zones particulièrement à risque de mortalité par **accident de la circulation** dans le Tarn et le Tarn et Garonne.

La question des inégalités sociales de santé dès l'enfance

Les ISS se construisent dès l'enfance : les problèmes de poids constituent un marqueur important de ces ISS.

Deux sources d'information en Midi-Pyrénées objectivent ces inégalités.

L'analyse des bilans de santé réalisés par les services de PMI du Conseil Général de la Haute-Garonne retrouve une prévalence de l'obésité pour les enfants de 3-4 ans plus élevée dans certains quartiers d'habitat social de Toulouse

L'enquête réalisée en 2010 auprès des élèves de 6^e objective que 16,6% des enfants à cet âge sont concernés par des problèmes de surcharge pondérale et montre que la probabilité d'être en surpoids est multipliée par 1,36 pour les enfants habitant des zones où le pourcentage d'ouvriers est le plus important.

Le système d'information sur la santé des élèves de 5-6 ans et des élèves de 6^e à partir du bilan infirmier qui se met en place actuellement en lien avec les professionnels de l'Éducation Nationale nous permettra de suivre cet indicateur et d'apprécier les écarts selon les zones d'habitat et leurs caractéristiques socio-économiques.

Les comportements préjudiciables à la santé pour certains adolescents qui cumulent fragilités sociales, familiales et scolaires

L'enquête HBSC auprès des 11, 13 et 15 ans en 2007 montre en Midi-Pyrénées l'importance des comportements défavorables à la santé pour les jeunes vivant dans une famille ayant un faible niveau d'aisance financière. Si l'on prend en compte l'ensemble des facteurs (analyse toute classe égale par ailleurs), il n'existe pas de différence significative suivant les zones d'habitat (AT, villes moyennes, rurales) mais les facteurs qui restent les plus significatifs sont ceux traduisant des contextes familiaux et sociaux difficiles et des difficultés scolaires. L'âge des changements, des fragilités est donc bien l'âge où les ISS peuvent intervenir.

La mise en place de plusieurs enquêtes sur la population des jeunes en Midi-Pyrénées afin de mieux comprendre les spécificités régionales devrait permettre de suivre l'évolution de ces comportements et d'apprécier les groupes les plus à risques.

Des situations de « vulnérabilité » et inégalités d'accès aux soins et à la prévention : un repérage et une surveillance à renforcer

Les rapports d'activité de centres de soins gratuits et des PASS, l'analyse des profils et des recours aux soins des bénéficiaires de la CMUC, l'enquête dans les établissements de santé dans le Tarn et Garonne sur le repérage des situations de vulnérabilité sociale fournissent un éclairage sur l'importance de différentes situations de « précarité sociale » et

les difficultés d'accès aux soins et à la prévention rencontrées par ces populations dans la région.

Ces données restent ponctuelles et partielles et méritent d'être renforcées et systématisées. Si le lien entre santé et position sociale ne se limite pas à la question de la pauvreté, certaines situations de vulnérabilité économique mais aussi de stigmatisation et de discrimination dans lesquelles peuvent se trouver placés certains groupes de population de part leur origine ethnique, leur statut juridique, voire leur état de santé peuvent renforcer les inégalités de santé. Une attention particulière doit être portée.

 **La « caractérisation » des territoires, des bassins de santé, en terme de « défavorisation » : un enjeu fondamental pour suivre le lien entre développement territorial et santé** (Haut Comité de Santé Publique)

La première clé de lecture des inégalités sociales de santé reste la connaissance des caractéristiques du territoire régional et celle de l'inégale distribution des avantages et désavantages socio-économiques

L'ensemble des indicateurs mobilisés dans ce dossier objective bien les contrastes en termes de composition sociale et même de revenus dans la région opposant notamment deux territoires de santé comme l'Ariège et la Haute-Garonne. Mais ils objectivent aussi les contrastes au sein de ces départements, entre les grandes villes de la région et à l'intérieur de ces villes.

La caractérisation des territoires, des bassins de santé en fonction de leur composition, organisation et aménagement permettra de mieux identifier, surveiller et comprendre les ISS et leurs déterminants. C'est aussi une aide au ciblage et à la définition des interventions au niveau territorial.

7.

Bibliographie

PRINCIPAUX OUVRAGES, RAPPORTS ET ARTICLES UTILISÉS POUR CE DOSSIER :

OUVRAGES

Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité. Haut Conseil de Santé Publique,

Santé Publique, l'état des savoirs. Didier Fassin et Boris Hauray.
Éditions La Découverte. Octobre 2010

Réduire les inégalités sociales de santé. Louise Potvin et coll., Inpes, 2010

Leclerc A, Kaminski M, Lang T. (2008). Inégaux face à la santé : du constat à l'action, La Découverte, Paris

ARTICLES ET RAPPORTS

Leclerc A., Menvielle G., Chastang J.-F., Luce D., (2006), « Socioeconomic inequalities in premature mortality in France : Have they widened in recent decades? », *Social Science and Medicine*, 62 : 2035-2045

Kunst A. et al., (2000), "Inégalité sociale de mortalité prématurée : La France comparée aux autres pays européens", in *Les Inégalités Sociales de Santé*, eds Leclerc A. et al, Paris : La Découverte /Inserm : 53-68

Monteil C. et Robert-Bobée I. (2005), « Les différences sociales de mortalité : en augmentation chez les hommes, stables chez les femmes », *Insee Première*, n°1025

Cambois E., Laborde C., Robine J.M., (2008), « La "double peine" des ouvriers : plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte », *Population et sociétés*, n° 441, p. 1-4

Menvielle G. et al. « Évolution temporelle des inégalités sociales de mortalité en France entre 1968 et 1996. Étude en fonction du niveau d'études par cause de décès ». *RESP* 2007 ; 55, 97-105

Guignon et coll. Inégalités d'accès et de recours aux soins. In *Mesurer les inégalités*. DREES Paris, p. 188.200

Joubert M., Chauvin P. et coll. (2001), *Précarisation, risque et santé*. Éditions de l'INSERM, Paris, 474 pages

Girard V., Estécahandy P., Chauvin P. *La santé des personnes sans chez soi*. Rapport remis à Madame Roselyne Bachelot-Narquin, Ministre de la Santé et des Sports, Paris, novembre 2009, 200p.

Pour en savoir plus sur la bibliographie des inégalités sociales de santé :
<http://www.irdes.fr/EspaceDoc/DossiersBiblios/InegalitesSocialesSante.pdf>