



DOSSIER

# INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

EN OCCITANIE

DÉCEMBRE 2018



IFERISS



**Citation suggérée** : Cayla F., Beaumont A., Cassadou S., Delpierre C., Ducros D., Grosclaude P., Ledésert B.  
Les inégalités sociales de santé en Occitanie. CREAI-ORS Occitanie, 2018, 68 p.  
Disponible à partir de l'URL : <http://www.orsmip.org>

# Inégalités sociales de santé EN OCCITANIE

DÉCEMBRE 2018

---

**Dr F. Cayla** (CREAI-ORS Occitanie)

**A. Beaumont** (CREAI-ORS Occitanie)

**Dr S. Cassadou** (CREAI-ORS Occitanie)

**D. Ducros** (ARS Occitanie)

**C. Delpierre** (IFERISS-INSERM)

**Dr P. Grosclaude** (Registre des cancers du Tarn)

**Dr B. Ledésert** (CREAI-ORS Occitanie)

*Mise en page :*

*Christel Andrieu* (CREAI-ORS Occitanie)

Cette étude a été commanditée et financée par  
l'Agence Régionale de Santé d'Occitanie (ARS)



# TABLE DES MATIÈRES

<b>AVANT-PROPOS</b> .....	<b>1</b>
<b>1. LA MESURE DES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ (ISS)</b> .....	<b>3</b>
<b>2. LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ EN OCCITANIE</b> .....	<b>7</b>
<b>1. Inégalités sociales face à la mort</b> .....	<b>8</b>
Espérance de vie selon le niveau de revenus .....	8
Mortalité selon les catégories sociales professionnelles (CSP) .....	9
Mortalité prématurée et taux de pauvreté selon les bassins de vie .....	11
<b>2. Inégalités sociales face à la maladie</b> .....	<b>13</b>
Cancers .....	13
Diabète .....	16
Santé perçue, détresse psychologique et consommation de psychotropes .....	18
<b>3. Inégalités sociales face au handicap et à la perte d'autonomie</b> .....	<b>22</b>
LE lien limitation/handicap et Inégalités sociales .....	23
La fragilité des personnes âgées, la perte d'autonomie et les déterminants socioéconomiques .....	25
<b>3. LES DÉTERMINANTS DES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ</b> .....	<b>27</b>
<b>1. Éléments de définition</b> .....	<b>28</b>
<b>2. Comportements de santé</b> .....	<b>30</b>
Consommation de tabac, de cannabis et d'alcool .....	31
Activité physique et surcharge pondérale.....	36
Santé sexuelle .....	39
<b>3. Expositions professionnelles</b> .....	<b>42</b>
Inégalités sociales de conditions de travail pouvant avoir un effet sur la santé .....	42
<b>4. Expositions environnementales</b> .....	<b>46</b>
Pollution de l'air et défavorisation sociale dans les 4 grandes agglomérations d'Occitanie..	46
<b>5. Recours aux soins et à la prévention</b> .....	<b>48</b>
Inégalités sociales de recours aux soins et à la prévention dans la partie ouest de l'Occitanie .....	48
Dépistages VIH et Hépatite et inégalités sociales en Occitanie.....	50
Vaccinations VHB et DTP et inégalités sociales en Occitanie .....	54
<b>6. Inégalités de santé : une construction précoce</b> .....	<b>57</b>
Facteurs associés à la surcharge pondérale des élèves de GSM .....	58
Facteurs associés à l'absence de vaccination ROR en GSM.....	60
Facteurs associés la présence d'au moins une carie dentaire non traitée pour les élèves de GSM .....	60
<b>SYNTHÈSE DES INFORMATIONS DISPONIBLES ET RECOMMANDATIONS</b> .....	<b>62</b>



## Avant-propos

Les inégalités sociales de santé (ISS) restent très marquées en France, notamment chez les hommes, par rapport à d'autres pays européens. Alors que l'espérance de vie ou l'état de santé moyen de la population s'améliore d'année en année, les écarts de santé continuent de s'agrandir entre les différents groupes sociaux et les ISS se creusent (1). Ce constat vaut pour la mortalité, la morbidité, les déterminants et les comportements de santé. Les enjeux autour des ISS sont très présents à tous les âges de la vie et dans toutes les dimensions de la santé que peuvent recouvrir ces inégalités.

La région Occitanie se place au 4<sup>e</sup> rang des régions métropolitaines présentant les taux de pauvreté les plus élevés, au 3<sup>e</sup> rang pour la pauvreté des moins de 30 ans et au 2<sup>e</sup> rang pour la pauvreté des 75 ans ou plus (après la Corse) (2). La région Occitanie est aussi la région comprenant le plus de départements dans les 10 départements les plus pauvres de France.

Parallèlement, malgré un niveau moyen des indicateurs de santé plutôt favorable, l'existence d'un gradient social et territorial de santé est une réalité particulièrement prégnante au sein de la région qui présente de fortes disparités de santé.

Ce dossier, issu d'une réflexion menée conjointement par l'ARS, la plateforme « Apprendre et agir pour réduire les inégalités sociales de santé » (Aapris) et le CREAI-ORS Occitanie a pour objet :

- de partager et diffuser ce que l'on sait sur les ISS en Occitanie,
- de dégager les principaux enjeux au regard des caractéristiques régionales et de réfléchir ensemble aux stratégies d'action pour réduire ces ISS et suivre leurs évolutions.

Il s'articule autour de quatre grands chapitres :

- les méthodes de mesure des inégalités socio-territoriales et celles mises en place en Occitanie,
- les inégalités sociales (ou socio-territoriales) de santé observées en Occitanie,
- les grands déterminants à l'origine des ISS et leur « marque » en Occitanie,
- une synthèse et discussion sur l'intérêt et les limites des mesures actuelles, sur les éléments qui devraient permettre de repenser les stratégies d'action au regard des spécificités régionales notamment.

Ce dossier largement diffusé pourra servir de support à la mise en place d'une dynamique de sensibilisation et formation des partenaires institutionnels, des professionnels et acteurs de santé à la problématique des ISS dans la région et à leur réduction.

Ce travail doit permettre aussi de mieux apprécier et organiser les méthodes et les moyens à mettre en œuvre pour assurer une mesure et un suivi pertinent des ISS dans les années à venir.

### BIBLIOGRAPHIE

(1) Blanpain N. Les hommes cadres vivent toujours 6 ans de plus que les hommes ouvriers Insee Première. 2016 (1584) 4p.  
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/1908110>

(2) Royer M. Malgré les revenus de transferts, l'Occitanie figure parmi les régions métropolitaines les plus pauvres. Insee Analyses : n°55, Novembre 2017.  
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/3181926>



**1.**

**La mesure  
des Inégalités  
Sociales de  
Santé (ISS)**

On parle d'**inégalités sociales de santé (ISS)** lorsque la santé des individus ou des populations diffère selon leur position socioéconomique. Il ne s'agit pas uniquement d'opposer la population la plus pauvre, en situation de précarité, qui aurait une mauvaise santé au reste de la population.

On observe en effet des écarts de santé tout au long de la hiérarchie sociale, c'est ce que l'on appelle le « gradient social » de santé. Le gradient social de santé traverse donc l'ensemble de la population, sans opposer les plus favorisés et les moins favorisés. Ce continuum est particulièrement marqué en France pour les inégalités sociales de mortalité prématurée, c'est-à-dire avant 65 ans.

Dans les travaux d'analyse des ISS, la position socio-économique des individus est classiquement approchée par trois dimensions : **le revenu, l'éducation, l'emploi ou la catégorie socioprofessionnelle**. (1)

En France, ces données ne figurent que très rarement dans les dossiers médicaux et sont le plus souvent collectées par des études *ad hoc*, avec une exhaustivité parfois partielle dans les enquêtes par questionnaire au risque d'introduire un biais lors de l'utilisation de ces données.

En routine, il existe très peu d'études sur les ISS, notamment au niveau régional et infra régional, et aucune donnée permettant d'en mesurer clairement les évolutions et d'éclairer les décisions au niveau de territoires infra départementaux, voire infra communaux (pour les grandes agglomérations), candidats à la mise en place d'actions ciblées. Cette difficulté est en grande partie liée à l'absence de données de santé collectées en routine et incluant des informations sur le profil social des individus.

Afin de suppléer le manque d'information sociale individuelle dans les bases de données de santé ou médico-administratives, des indicateurs écologiques sont fréquemment utilisés. Ces indicateurs écologiques assignent à chaque individu, en utilisant son adresse, une information socioéconomique calculée à partir des caractéristiques de son territoire de résidence.

La majorité des indices écologiques sont des indices composites combinant plusieurs variables disponibles au niveau géographique le plus fin possible. **Ces indices sont dits de défavorisation**, laquelle est définie comme « un état de désavantage observable et démontrable relatif à la communauté locale ou plus largement à la société à laquelle appartient une personne, une famille ou un groupe » (2).

Les indices de défavorisation, principalement construits à partir des données de recensement de population, ont d'abord été développés au début des années 1970 au Royaume-Uni, et plus récemment en France.

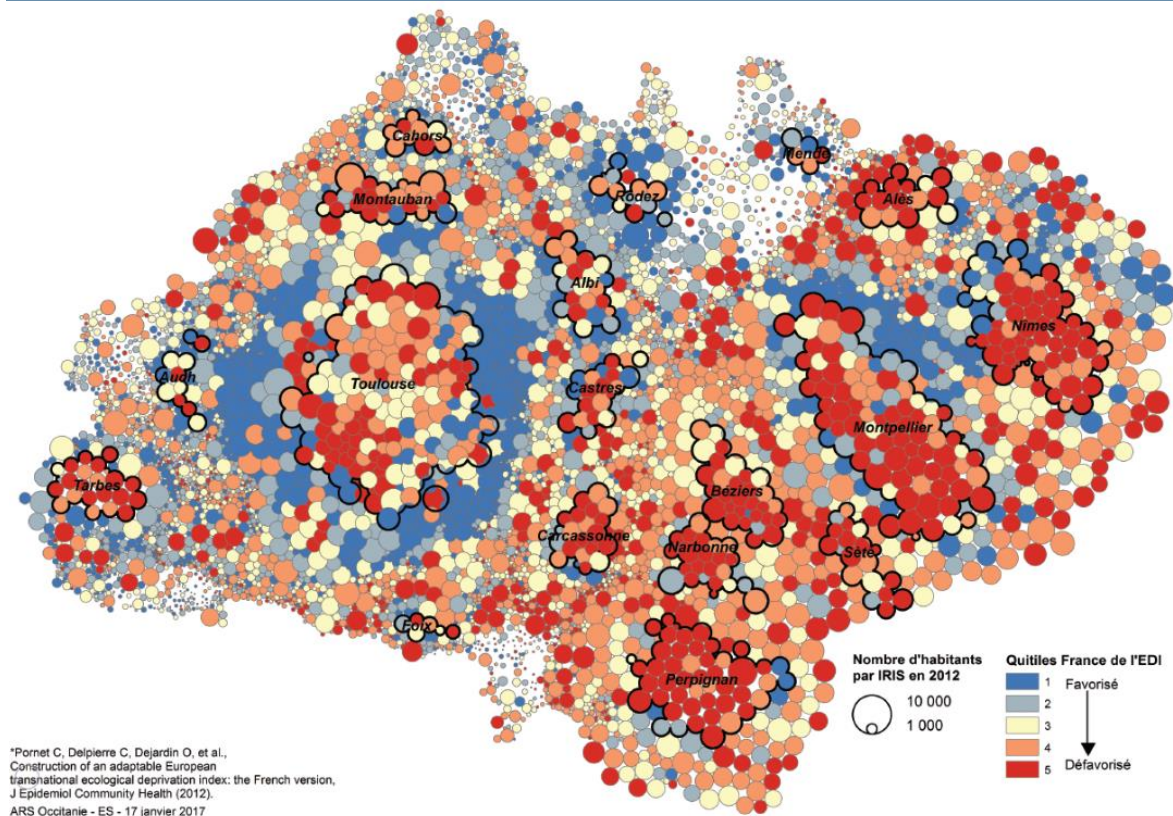
## 📍 EN OCCITANIE

L'ARS et l'Iferiss ont développé un projet dont l'objectif était de proposer une méthode de mesure des ISS à partir des bases de données de l'Assurance maladie et d'un indice écologique de défavorisation. Ce projet a dans un premier temps été réalisée sur le territoire de l'ex région Midi-Pyrénées en partenariat avec l'Assurance maladie (le Régime général, la Mutualité sociale agricole (MSA) et le Régime social des indépendants (RSI), et l'ORS Midi-Pyrénées.

L'indice de défavorisation utilisé dans le projet est l'un des deux indices recommandés par Santé Publique France, calculé à l'Iris<sup>1</sup> : l'EDI (European Deprivation Index). Cet indice inclut les variables suivantes : surpopulation dans le logement, pas de chauffage central ou électrique, non propriétaire, chômeur, de nationalité étrangère, pas de voiture, ouvrier non qualifié ou agricole, niveau d'études faible et famille monoparentale. Cet indicateur écologique de défavorisation permet d'approcher le niveau de défavorisation individuel.

La distribution de cet indice dans la région témoigne de l'importance de la défavorisation particulièrement dans les agglomérations du littoral méditerranéen. Cependant, si la part des personnes les plus défavorisées (EDI 5) est de 30 % sur la commune de Toulouse et de 75 % sur la commune de Perpignan, en nombre les personnes les plus défavorisées sont plus nombreuses à Toulouse : 133 000 contre 92 000...

### Indice écologique de défavorisation (EDI\*) en 2011 en Occitanie



<sup>1</sup> IRIS : « Ilots regroupés pour l'information statistique » est une zone géographique infra communale regroupant environ 2000 habitants

La mesure des ISS est passée par le rapprochement de données issues des systèmes d'information de l'Assurance maladie (bases de données de type médico-administratif permettant de repérer les recours aux soins et à la prévention selon le lieu de résidence), d'indicateurs permettant de mesurer l'accessibilité spatiale potentielle à l'offre de soins (3) et de l'indice de défavorisation évoqué plus haut.

La population retenue était celle des bénéficiaires des trois principaux régimes d'Assurance maladie, à savoir le Régime général, la MSA et le RSI, ayant des droits ouverts au 31 décembre 2012. Pour chaque régime, certaines populations ont été exclues en raison des différences de gestion des ressortissants : les Sections locales mutualistes (SLM) pour le Régime général, le Groupement des assureurs maladie des exploitants (GAMEX) pour la MSA et les Professions libérales (PL) pour le RSI.

Les indicateurs retenus correspondaient à des marqueurs de recours aux soins et à la prévention dont la mise en perspective avec l'indice de défavorisation permet d'apprécier la réalité du gradient social dans le recours et l'accès aux soins. Certains de ces résultats seront présentés en détail dans les chapitres suivants de ce dossier consacrés à la situation des ISS en Occitanie et à leurs déterminants.

*Parallèlement aux indicateurs issus de l'étude des bases de données médico administratives sur l'ex région Midi-Pyrénées, la mesure des inégalités sociales et territoriales de santé en Occitanie a été présentée dans ce rapport pour tous les indicateurs pour lesquels cela a été possible. Ces indicateurs sont issus de l'analyse de différents travaux d'études régionaux dont la méthode est précisée dans les chapitres correspondant.*

## BIBLIOGRAPHIE

- (1) Gorza M, Eilstein D. Outils élaborés dans le cadre du programme « Inégalités sociales de santé », 2013-2015. Saint-Maurice : Santé publique France, 2018. 108p. Disponible à partir de l'URL : [www.santepubliquefrance.fr](http://www.santepubliquefrance.fr)
- (2) Townsend P. Deprivation. J Soc Pol 1987;16:125-46
- (3) Ducros D et col (2015) Les bases médico administratives pour mesurer les inégalités sociales de santé. Santé Publique vol 27 (n° 3) 383-394.

**2.**

**Les Inégalités  
sociales de  
santé en  
Occitanie**

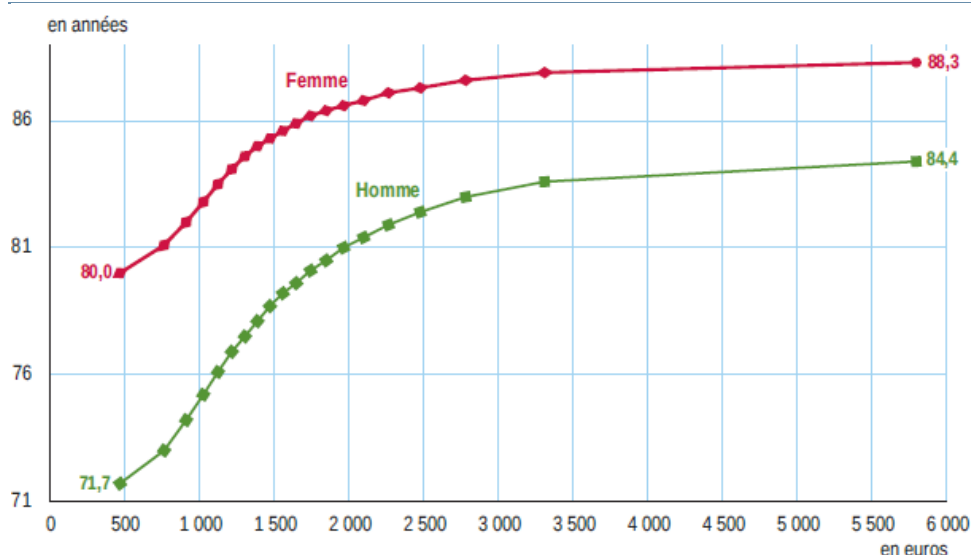
# 1. Inégalités sociales face à la mort

## ESPÉRANCE DE VIE SELON LE NIVEAU DE REVENUS

**En France, 13 ans d'écart d'espérance de vie entre les hommes plus aisés et les plus modestes**

Pour la période 2012-2016, parmi les 5,5 % les plus aisés, l'espérance de vie à la naissance des hommes est de 84,4 ans contre 71,7 ans parmi les 5 % les plus pauvres, soit 13 ans d'écart. Chez les femmes, cet écart est plus faible : 8 ans séparent les plus aisées des plus pauvres (1). A âge égal, la probabilité de décéder diminue quand le niveau de vie augmente, non seulement à diplôme identique mais aussi « toutes choses égales par ailleurs » : sexe, âge, diplôme, catégorie sociale et région de résidence. La probabilité de décéder à sexe et âge donnés varie selon la région de résidence. L'Occitanie est, avec l'Île-de-France, une des régions où la probabilité est la plus faible même si la moyenne régionale masque de fortes disparités. Les écarts de niveau de vie, en plus des caractéristiques sociales habituelles (catégorie sociale, diplôme), expliquent en partie ces différences régionales. Cependant, « toutes choses égales par ailleurs » (sexe, âge, niveau de vie, diplôme et catégorie sociale), les écarts entre régions demeurent. Des différences culturelles (habitudes alimentaires...), comportementales, environnementales ou encore liées à l'offre de soins pourraient expliquer ces écarts.

### Espérance de vie à la naissance par sexe et niveau de vie mensuel



Note : en abscisse, chaque point correspond à la moyenne des niveaux de vie mensuels d'un vingtile. Chaque vingtile comprend 5 % de la population.

Lecture : en 2012-2016, parmi les 5 % les plus aisés, dont le niveau de vie moyen est de 5 800 euros par mois, l'espérance de vie à la naissance des hommes est de 84,4 ans.

Champ : France hors Mayotte.

Source : Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-CCMSA, Échantillon démographique permanent.

## MORTALITÉ SELON LES CATÉGORIES SOCIALES PROFESSIONNELLES (CSP)

### Des inégalités sociales de mortalité prématurée bien présentes pour les hommes en Occitanie

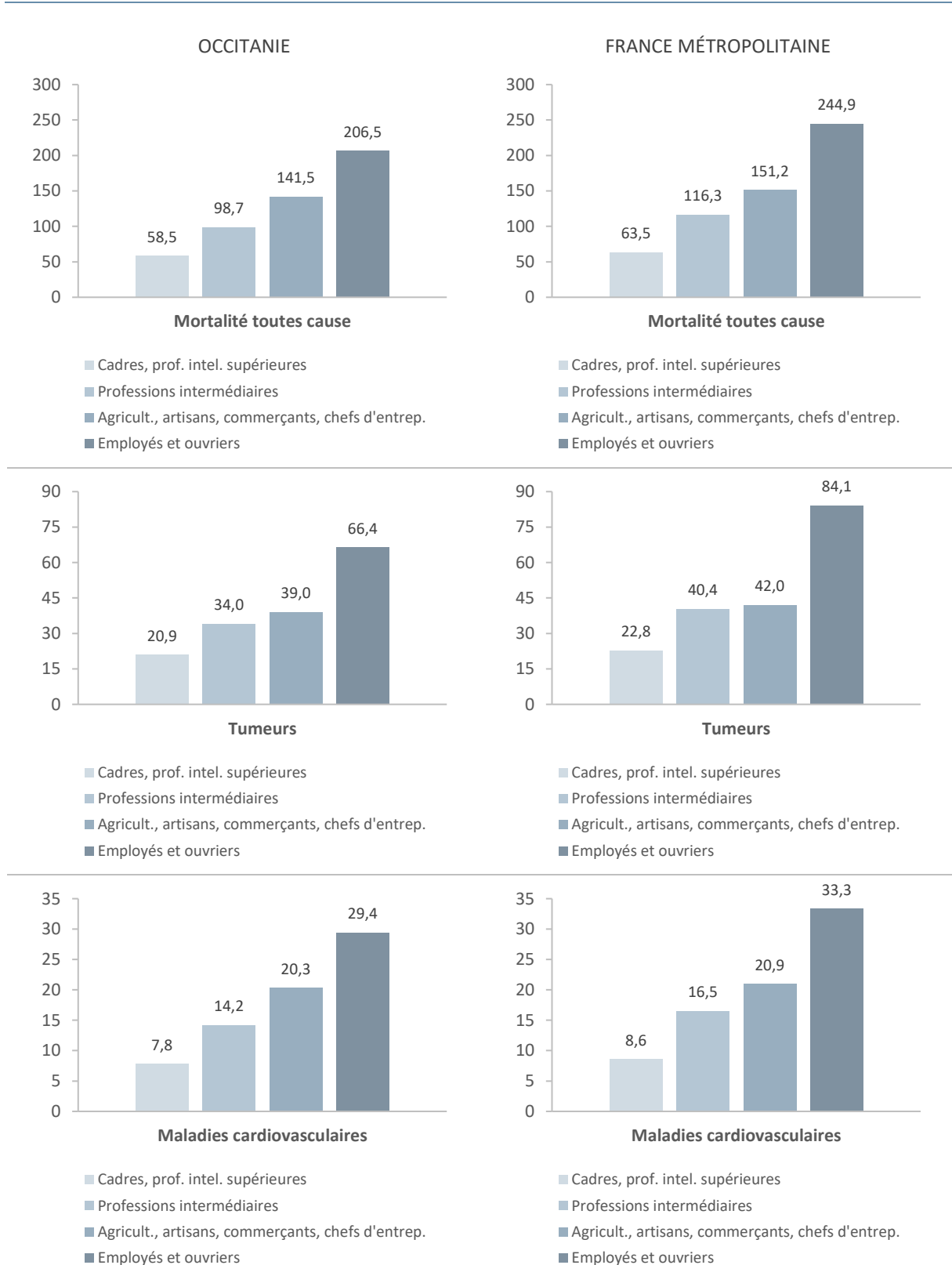
La catégorie socioprofessionnelle est une information qui est collectée lors des formalités d'État-civil au moment du décès et qui peut être mise en lien avec les informations des certificats médicaux de décès. Le niveau de remplissage de cette information n'est pas optimal car, pour les décès des personnes en âge de travailler (25-64 ans), l'information est présente, pour les hommes, dans un cas sur deux au niveau national et 42 % en Occitanie ; pour les femmes, cette information est disponible dans 40 % des cas au niveau national. Compte-tenu de ce taux de remplissage et d'un niveau de mortalité relativement faibles sur ces tranches d'âge, l'analyse a été réalisée sur 14 années cumulées, c'est-à-dire pour les décès de la période 2000-2013 et uniquement pour les hommes.

Malgré ces limites, l'analyse met en relief un fort gradient social au niveau de la mortalité masculine toutes causes confondues en Occitanie : le taux de mortalité, à structure d'âge identique, observé chez les ouvriers et employés est 3,5 fois plus élevé que celui observé chez les cadres et professions intellectuelles supérieures. Ce différentiel est inférieur à celui observé au niveau national (rapport de 3,9). À structure d'âge identique, les employés et ouvriers présentent un taux de décès plus de deux fois supérieur à celui des professions intermédiaires et une fois et demi supérieur à celui des agriculteurs, artisans, commerçants et chefs d'entreprise. Il faut noter que, pour chacun des regroupements de catégories socioprofessionnelles, les taux de mortalité en Occitanie sont inférieurs, à structure d'âge identique, à ceux observés en France métropolitaine.

Ces différentiels de mortalité chez les hommes sont retrouvés pour les deux principaux groupes de causes de décès. Pour les tumeurs, le différentiel entre les deux classes extrêmes est moindre que celui observé toutes causes confondues bien qu'il atteigne un rapport de 3,2. Ce différentiel est moindre en Occitanie que celui observé en France métropolitaine (3,7). Pour les maladies cardiovasculaires, le taux de décès observé en Occitanie chez les ouvriers et employés est 3,7 fois plus élevé que celui observé chez les cadres et professions intellectuelles supérieures. Au niveau métropolitain, ce rapport atteint 3,9.

Les taux de mortalité, à structure d'âge identique, observés en Occitanie pour ces deux grandes causes de décès dans chaque groupe de catégories socioprofessionnelles sont inférieurs à ceux observés en France métropolitaine.

Taux comparatifs de mortalité selon la catégorie socioprofessionnelle pour 100 000 hommes de 25-54 ans en 2000-2013



Source : Inserm Cépi-DC, Insee – Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

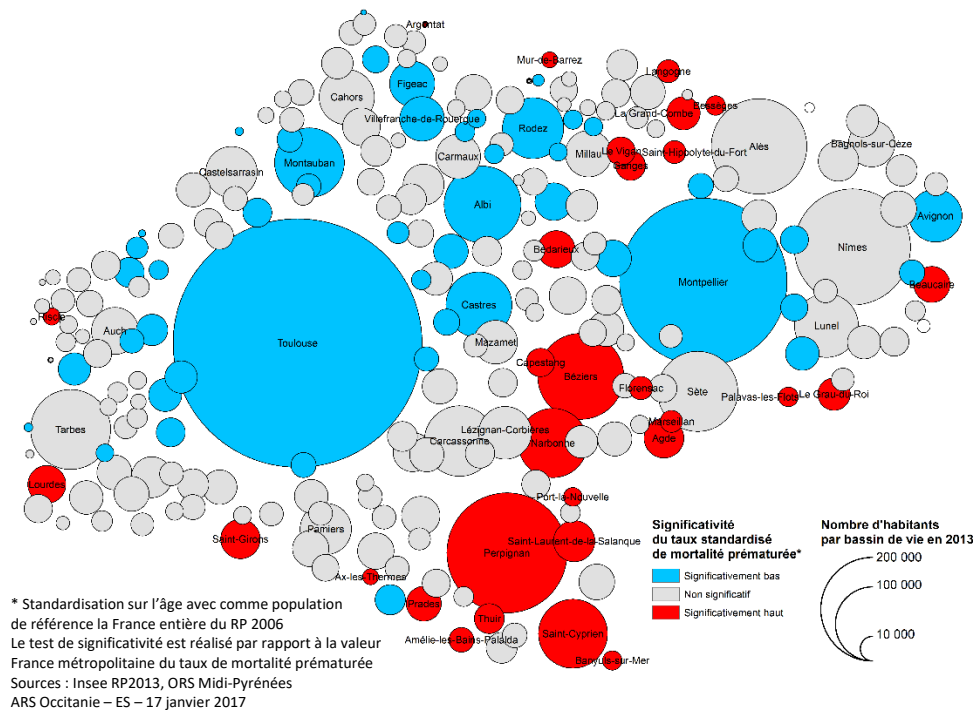
## MORTALITÉ PRÉMATURÉE ET TAUX DE PAUVRETÉ SELON LES BASSINS DE VIE

Un taux de mortalité prématurée qui varie de 1 à 3,5 entre les bassins de vie de la région

Dans la majorité des bassins de vie de la région, le taux de mortalité prématurée n'est pas significativement différent de celui observé sur la France entière. Néanmoins, les bassins de vie des deux métropoles régionales bénéficient d'un taux significativement inférieur à celui de la France entière. À l'inverse, les bassins de vie des villes moyennes sur le sud littoral et les bassins de vie de certaines petites villes pyrénéennes et du nord-est de la région ont un taux de mortalité prématurée significativement supérieur à celui de la France entière.

Cette répartition géographique est assez proche de celle de l'indice écologique de défavorisation.

### Taux standardisé de mortalité prématurée 2006-2012 dans les bassins de vie d'Occitanie

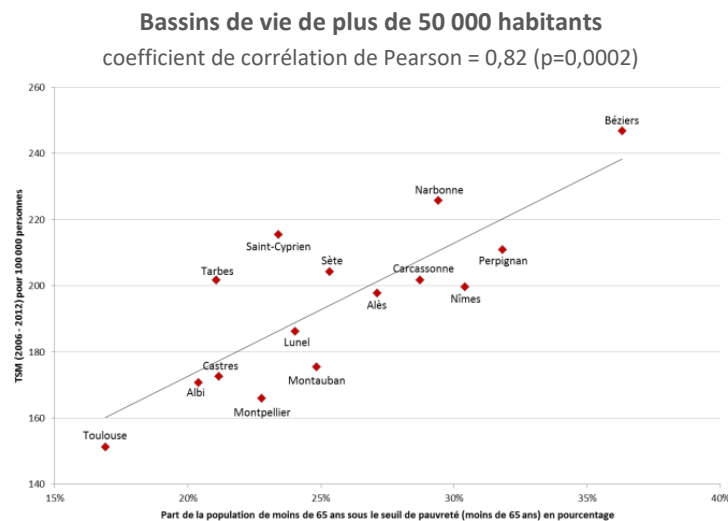
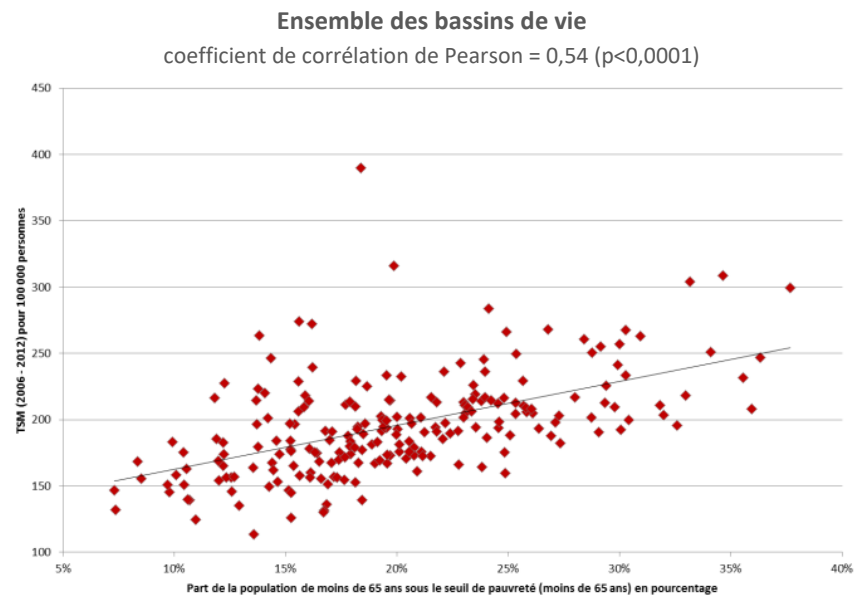


Le bassin de vie (2012) constitue le plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès aux équipements et services les plus courants.

## Une forte corrélation entre pauvreté et mortalité prématurée élevée dans les bassins de vie

Dans la région, les bassins de vie présentant un taux élevé de mortalité prématurée sont aussi ceux présentant un taux élevé de pauvreté. La corrélation est d'autant plus forte que l'on restreint l'analyse aux bassins de vie les plus peuplés (plus de 50 000 habitants) (1).

**Taux standardisés de mortalité (TSM) prématurée (mortalité avant 65 ans, 2006-2012) et part de la population de moins de 65 ans sous le seuil de pauvreté en 2014 dans les bassins de vie de la région Occitanie**



## BIBLIOGRAPHIE

1) Programme régional d'accès à la prévention et aux soins. Occitanie santé 2022. ARS Occitanie.  
[https://prs.occitanie-sante.fr/wp-content/uploads/2018/02/3\\_projet-regional-de-sant-occitanie-programme-regional-dacces-la-prvention-et-aux-soins.pdf](https://prs.occitanie-sante.fr/wp-content/uploads/2018/02/3_projet-regional-de-sant-occitanie-programme-regional-dacces-la-prvention-et-aux-soins.pdf)

Sources : Inserm CépiDC, Insee – base régionale précarité 2014

## 2. Inégalités sociales face à la maladie

La prévalence de nombreuses maladies est augmentée dans les groupes sociaux les moins favorisés (1). Ce constat porte aussi bien sur les affections cardiovasculaires (2), que métaboliques (diabète), cancéreuses ou mentales.

En Occitanie, plusieurs indicateurs issus d'études régionales sur les affections cancéreuses et le diabète objectivent et mesurent ces différences et permettent d'analyser l'effet de certains facteurs qui impactent sur ces inégalités, notamment l'offre de soins.

### CANCERS

Les inégalités sociales de mortalité par cancer en France sont bien connues et sont parmi les plus importantes d'Europe occidentale (3). Ces inégalités ne cessent de se creuser pour le cancer du poumon et des voies aérodigestives supérieures.

Les inégalités sociales d'incidence du cancer sont bien décrites dans certains pays européens notamment scandinaves (4). Ces études, basées sur l'analyse des données des registres appariées sur des données sociales individuelles issues du recensement, montrent que l'incidence de la plupart des cancers augmente à mesure que le niveau d'éducation et de revenus diminuent. Ceci est particulièrement vrai pour les cancers liés au tabagisme et aux modes de vie alors que les cancers du sein, de la prostate et le mélanome sont plus fréquents dans les catégories les plus favorisées.

En France, une étude réalisée à partir des données des registres membres du réseau Francim, a permis de qualifier et quantifier l'influence de l'environnement socioéconomique, apprécié au moyen d'un indice agrégé de défavorisation sociale (5), sur l'incidence des cancers.

Cette étude, première du genre, permet d'observer un gradient d'incidence significatif, croissant avec la défavorisation sociale pour les cancers de l'estomac, du foie, des lèvres bouche pharynx et du poumon dans les deux sexes, pour les cancers du larynx, de l'œsophage, du pancréas et de la vessie chez l'homme et pour les cancers du col de l'utérus chez la femme.

À l'inverse un gradient d'incidence statistiquement significatif croissant avec la favorisation sociale a été observé pour le mélanome dans les deux sexes, pour les cancers de la prostate et du testicule chez l'homme et les cancers de l'ovaire et du sein chez la femme. Ces résultats suggèrent une utilisation du système de soins (ici dépistage) supérieure dans les groupes socialement favorisés.

La part des cancers attribuables à la défavorisation sociale était la plus importante pour les cancers du larynx (30,1 %), des lèvres-bouche-pharynx (26,6 %), et du poumon chez l'homme (19 %). Pour la femme cette part s'établissait à 22,7 % pour les cancers des lèvres-bouche-pharynx et 21,1 % pour le cancer du col de l'utérus.

Les auteurs de cette étude évaluent à près de 15 000 cas, les cancers qui pourraient être évités en France chaque année par l'amélioration des conditions de vie et la promotion de la santé des populations les plus défavorisées.

## ⊙ EN OCCITANIE

Si, comme nous venons de le voir, l'incidence des cancers n'est pas systématiquement plus élevée dans les populations les plus défavorisées, ce n'est pas le cas pour la mortalité. Quel que soit le cancer, la mortalité est toujours plus élevée dans les populations défavorisées, et logiquement la survie des patients les plus défavorisés est toujours la plus courte. Une meilleure utilisation du système de soins par les groupes socialement les plus favorisés peut expliquer ce phénomène. Elle interviendrait alors par deux mécanismes principaux : d'une part, des diagnostics plus précoces, donc fait à des stades où la maladie est plus facilement curable, d'autre part des soins plus efficaces. Ces deux mécanismes pouvant très probablement coexister.

Pour approcher le problème de retard au diagnostic des cancers dans les populations les plus défavorisées, une étude a été réalisée par les registres des cancers des départements du Tarn et de l'Hérault.

Cette étude porte sur cinq cancers : les cancers recto-coliques, les cancers du sein et les cancers de la prostate qui ont une incidence élevée, et deux autres cancers dont l'incidence est plus faible mais qui font l'objet d'un dépistage ou d'un diagnostic précoce, le cancer du col utérin et le mélanome cutané.

Pour ces cancers, le stade au diagnostic est collecté systématiquement sur un échantillon représentatif des cas invasifs. En fonction des informations disponibles, les cancers ont été classés en deux groupes en séparant ceux dont le diagnostic avait été fait à un stade évolué (ou tardif) et les autres. Pour être le plus homogène possible, la définition des cancers évolués était assez simple et se référait au fait d'être métastatique mais incluait aussi, pour certains cancers, les cas non opérés (cf. tableau).

### Définition du diagnostic à un stade évolué en fonction des cancers et proportion de cas évolués

Localisation cancéreuse et nombre de cas étudiés	Diagnostic à un stade évolué	% de cas évolués
<b>Prostate : 883</b>	Les cas métastatiques lors du diagnostic	14,7%
<b>Sein : 846</b>	Les cas métastatiques lors du diagnostic et les cas non opérés	10,4%
<b>Colon Rectum : 1443</b>	Les cas métastatiques lors du diagnostic et les cas non opérés	31,6%
<b>Mélanome : 886</b>	Les cas métastatiques lors du diagnostic	5,3%
<b>Col Utérin : 338</b>	Les cas métastatiques lors du diagnostic	10,9%

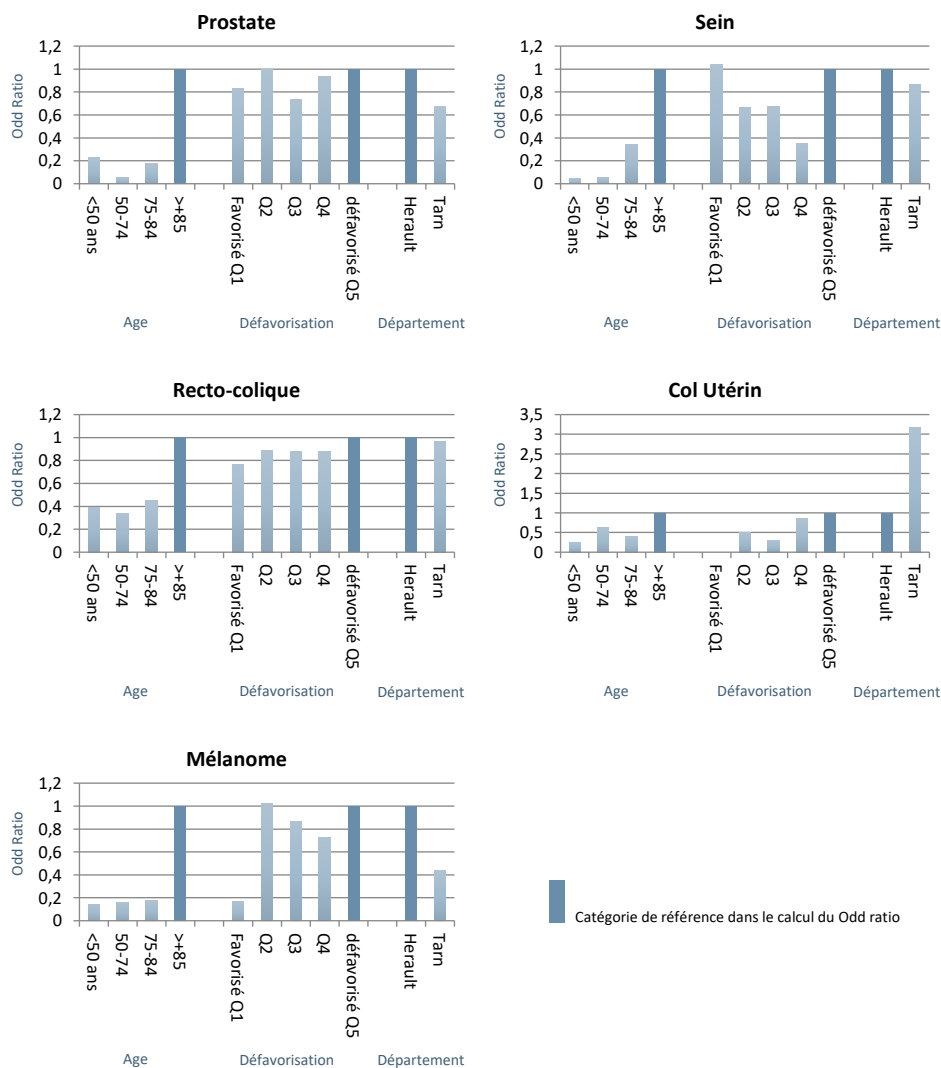
Le lieu de résidence des cas lors de leur diagnostic étant connu, le niveau de défavorisation de l'IRIS de résidence a été attribué à chaque cas. L'indice de défavorisation utilisé est l'EDI. Il est divisé en quintiles calculés en fonction de sa distribution en France.

Pour chacun des cancers faisant l'objet de cette étude, nous avons étudié la probabilité d'avoir un cancer évolué au moment du diagnostic, en fonction du niveau de défavorisation des patients. Cette probabilité est exprimée sous la forme de Odd Ratios qui donne le risque d'avoir un cancer évolué pour les patients des quintiles les moins favorisés par rapport aux patients du quintile le plus favorisé. Ces Odd ratios calculés par régression logistique sont ajustés sur l'âge et sur le département de résidence.

Parallèlement, l'âge des patients est le principal facteur associé à la gravité du cancer diagnostiqué. Quelle que soit la tumeur étudiée, la probabilité d'avoir une tumeur évoluée au moment du diagnostic est d'autant plus élevée que les personnes sont plus âgées et la différence est toujours statistiquement significative dans cette étude.

En revanche, le lien entre défavorisation et gravité initiale varie en fonction des cancers. Pour les cancers recto-coliques, la fréquence des cancers diagnostiqués à un stade évolué augmente régulièrement avec la défavorisation (test de tendance OR = 1,05 par quintile ;  $p = 0,03$ ). Pour le cancer du col utérin, on observe une augmentation moins régulière, mais qui va dans le même sens (test de tendance OR = 1,53 par quintile ;  $p = 0,02$ ). Pour les cancers de la prostate, il est difficile de parler de gradient, même si les plus défavorisés sont ceux qui ont la plus forte probabilité d'avoir un cancer grave au diagnostic (test de tendance OR = 1,03 par quintile ;  $p = 0,7$ ). Enfin, pour le cancer du sein et le mélanome, les observations ne vont pas dans le sens d'un gradient de gravité associé à la défavorisation, même si le quintile le plus défavorisé présente une très forte probabilité d'avoir un cancer grave.

### Risque d'avoir un cancer diagnostiqué à un stade évolué en fonction du niveau de défavorisation et de l'âge (OddsRatio)



## DIABÈTE

### Le diabète : une maladie particulièrement sensible aux différences socio-économiques

En France, la prévalence du diabète traité pharmacologiquement était évaluée à 5 % de la population en 2015 (soit 3,3 millions de personnes) (6). La prévalence du diabète a augmenté de 2,1 % en moyenne par an sur la période 2010-2015. Cette étude confirmait de fortes disparités territoriales : des prévalences élevées étaient observées dans les départements d'Outre-Mer et dans les régions nord et nord-est de la Métropole.

Parmi les personnes de moins de 60 ans, la prévalence standardisée du diabète traité était deux fois plus importante chez les bénéficiaires de la CMUc que chez celles n'en bénéficiant pas (3,6 % vs 1,7 %). La prévalence du diabète traité augmentait en fonction de l'indice territorial de désavantage social chez les femmes comme chez les hommes.

### EN OCCITANIE

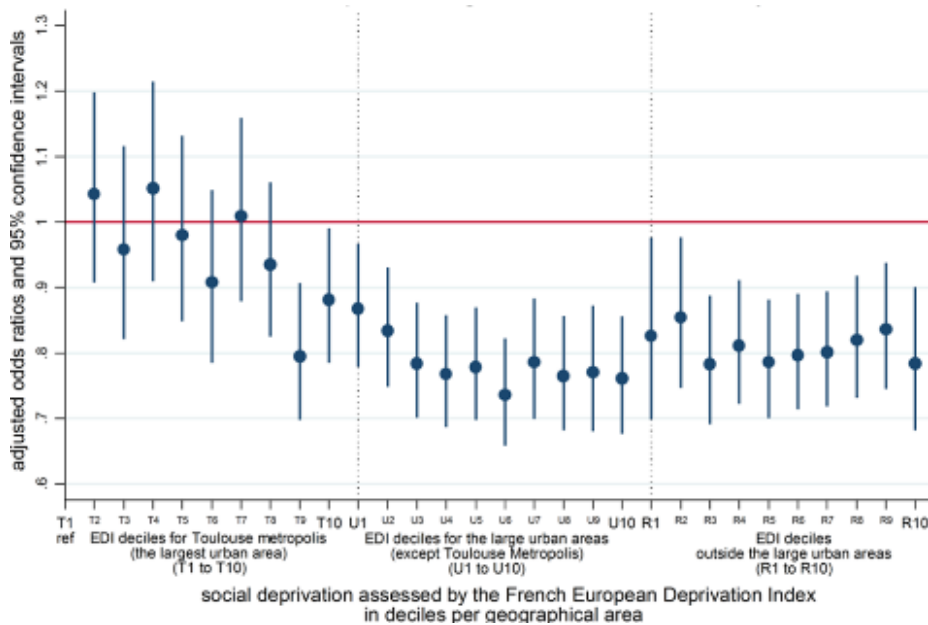
Avec environ 265 000 personnes diabétiques traitées, la prévalence du diabète, à structure d'âge identique, était en 2015 légèrement plus faible qu'en moyenne nationale (4,4 %). (6)

L'étude, réalisée en Midi-Pyrénées en 2012 (7), permettait de calculer que sur les 957 911 personnes âgées de 50 ans et plus identifiées dans les bases de l'Assurance maladie, 90 136 étaient considérées comme diabétiques soit 9,1 % des personnes vivant dans l'agglomération toulousaine, 9,3 % dans les autres grandes agglomérations urbaines et 9,6 % dans le reste de la région. La proportion d'individus diabétiques, c'est-à-dire ceux ayant reçu au moins 3 médicaments antidiabétiques au cours de l'année, était plus élevée au sein des IRIS classés comme les plus défavorisés socialement, cette association tendant à diminuer du territoire le plus dense (métropole toulousaine) au territoire le moins dense (en dehors des grandes zones urbaines).

### Le diabète : un recours aux soins impacté par les inégalités sociales

Les résultats de cette étude montrent par ailleurs que la zone de résidence d'un patient a une influence sur le suivi médical par un spécialiste, quel que soit le niveau socioéconomique. L'accès à au moins un examen ophtalmologique au cours de l'année était plus faible à l'extérieur qu'à l'intérieur de la métropole toulousaine. Mais malgré un meilleur accès dans la métropole, on observe un gradient résiduel selon le niveau de défavorisation : les patients résidant au sein des IRIS les plus défavorisés ayant les taux de recours les plus faibles. En revanche, les résultats concernant le suivi biologique de l'hémoglobine glyquée et de la microalbuminurie ne montraient pas de différence claire en fonction du niveau socioéconomique ou de la zone géographique.

Accès à un examen ophtalmologique dans l'année suivant le niveau de défavorisation  
et le territoire en Midi-Pyrénées en 2012 (odd ratio)



## BIBLIOGRAPHIE

- (1) L'état de santé de la population en France - Édition 2017. Études et. Statistiques. Paris DREES <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/esp2017.pdf>
- (2) Lang Th et col. Social determinants of cardiovascular Diseases. Public Health Reviews. Vol.33, n°2
- (3) Luce D. Inégalités sociales face au cancer : rappel des constats In : Inégalités face au cancer chercher et intervenir. Actes du colloque du 7 octobre 2010 INCa 2010. P.19-28
- (4) Dalton et col. Social inequality in incidence and survival from cancer in a population-based study in Denmark 1994-2003. Eur J Cancer 2008 44 2074-85
- (5) Bryere J, Dejardin O, Launay L, Colonna M, Grosclaude P, Launoy G; Réseau français des registres des cancers (Francim). Environnement socioéconomique et incidence des cancers en France. Bull Epidémiol Hebd. 2017;(4):68-77. [http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/4/2017\\_4\\_1.html](http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/4/2017_4_1.html)
- (6) Mandereau-Bruno L, Fosse-Edorh S. Prévalence du diabète traité pharmacologiquement (tous types) en France en 2015. Disparités territoriales et socio-économiques. Bull Epidémiol Hebd. 2017;(27-28):586-91. [http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/27-28/2017\\_27-28\\_3.html](http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/27-28/2017_27-28_3.html)
- (7) Lamy S et col. Disentangling the influence of living place and socioeconomic position on Health services use among diabètes patients: a population-based study. PLOS ONE <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0188295>

## SANTÉ PERÇUE, DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE ET CONSOMMATION DE PSYCHOTROPES

Parmi les différents instruments de mesure des inégalités de santé, les indicateurs de santé perçue et de santé mentale apparaissent comme de bons outils de mesure, car prédicteurs de la mortalité, même si plusieurs études ont pu confirmer l'hétérogénéité des déclarations liée à la situation démographique ainsi que les biais sociaux affectant la déclaration de l'état de santé et pouvant donc affecter la mesure des inégalités sociales de santé (1).

Ainsi, la santé perçue, en dépit de la subjectivité dont elle semble relever, apparaît comme un indicateur pertinent dans l'objectif d'une surveillance globale des ISS. (2).

**En Occitanie**, le Baromètre Santé réalisé en 2016 auprès de plus de 2500 personnes âgées de 18 à 75 ans (*cf.* encadré méthodologique p.30), nous permet d'apprécier les facteurs sociaux associés à deux indicateurs de santé : la santé perçue et le risque de détresse psychologique.

### Une santé perçue plus mauvaise pour les personnes plus âgées et des catégories sociales les moins favorisées

En Occitanie, 11,4 % des personnes âgées de 18 à 75 ans non scolarisées perçoivent leur état de santé comme médiocre ou mauvais. La part de ces personnes augmente avec l'âge, particulièrement après 65 ans, en lien avec la dégradation de l'état de santé avec l'âge. Cette perception est également bien plus fréquente chez les personnes qui vivent seules (18,7 %).

En analyse multivariée, ce mauvais état de santé ressenti apparaît nettement plus fréquent pour les personnes en inactivité (43,4 %), ce qui peut s'expliquer par la présence de personnes en incapacité de travail dans cette catégorie. De plus, cet état est également associé à la situation socio-économique des individus : les personnes aux revenus les plus bas et celles ayant un niveau de diplôme inférieur au bac perçoivent plus fréquemment leur état de santé comme médiocre ou mauvais, à âge et sexe identiques.

**Facteurs associés à une santé perçue comme médiocre ou mauvaise parmi les 18-75 ans non scolarisés en Occitanie, 2016**

	Santé perçue comme médiocre ou mauvaise	
	%	ORa <sup>2</sup>
<b>Ensemble (n = 2290)</b>	<b>11,4</b>	
<b>Sexe</b>	ns <sup>1</sup>	
Homme (réf)	10,8	1,0
Femme	12,0	0,9
<b>Age</b>	***	
18 - 34 ans (réf)	6,2	1,0
35 - 44 ans	6,9	1,4**
45 - 54 ans	13,7	2,4**
55 - 64 ans	14,3	2,8**
65 - 75 ans	17,4	4,0***
<b>Situation familiale</b>	***	
Vit avec au moins une personne (réf)	9,9	1,0
Vit seul	18,7	1,7**
<b>Niveau de diplôme</b>	***	
< Bac (réf)	15,5	1,0
Bac	8,4	0,6*
> Bac	7,4	0,7
<b>Revenu par UC</b>	***	
1 <sup>er</sup> tercile (≤ 1 100€) (réf)	16,5	1,0
2 <sup>e</sup> tercile (1 100 - 1 799€)	8,1	0,5**
3 <sup>e</sup> tercile (≥ 1 800€)	9,3	0,6*
<b>Statut professionnel</b>	***	
En emploi (réf)	6,6	1,0
Au chômage	11,5	1,5
Retraité	16,0	1,4
Autre inactif	43,4	8,0***
<b>Catégories socioprofessionnelles (PCS)</b>	**	
Agriculteur ; commerçant, artisan, chef d'entreprise	7,7	--
Cadre et prof. intellectuelle supérieure (réf)	6,8	--
Profession intermédiaire	10,3	--
Employé	12,3	--
Ouvrier	16,7	--

<sup>1</sup> Test du khi-deux

<sup>2</sup> Régression logistique : Odds ratio ajusté sur le sexe, l'âge, la situation familiale, le niveau de diplôme, le revenu par UC et le statut professionnel. Réf = modalité de référence

ns = non significatif ; \*p<0,05 ; \*\*p<0,01 ; \*\*\*p<0,001

Source : Baromètre santé 2016 Occitanie – CREAI-ORS Occitanie

**Un risque de détresse psychologique plus important pour les personnes en inactivité, au chômage et ayant de faibles revenus**

En Occitanie 17,5 % des personnes âgées de 18 à 75 ans présentent un risque de détresse psychologique. Ce risque de détresse psychologique, évalué à l'aide du test MH5 mesurant le ressenti au cours des 4 dernières semaines, apparaît deux fois plus élevé chez les femmes et augmente avec l'âge.

### Détresse psychologique selon le MH5

Le MH5, extrait du questionnaire de qualité de vie SF-36, évalue la détresse psychologique à partir de cinq questions sur le ressenti au cours des 4 dernières semaines (en permanence/souvent/quelques fois/rarement/jamais) :

- Étiez-vous très nerveux ?
- Étiez-vous si découragé que rien ne pouvait vous remonter le moral ?
- Étiez-vous calme et détendu ?
- Étiez-vous triste et abattu ?
- Étiez-vous heureux ?

Chaque modalité prend une valeur de 0 à 20 points et la somme des scores permet d'obtenir un score total sur 100. Un score inférieur à 55 indique la présence d'une détresse psychologique.

L'inactivité, le chômage, les bas revenus et le fait de vivre dans les grandes agglomérations de la région sont aussi significativement associés à ce risque de détresse psychologique toutes choses égales par ailleurs.

### Facteurs associés au risque de détresse psychologique parmi les 18-75 ans non scolarisés en Occitanie, 2016

	Risque de détresse psychologique	
	%	ORa <sup>2</sup>
<b>Ensemble (n = 2292)</b>	<b>17,5</b>	
<b>Sexe</b>	<b>***1</b>	
Homme (réf)	11,5	1,0
Femme	23,1	2,1***
<b>Age</b>	<b>ns</b>	
18 - 34 ans (réf)	12,3	1,0
35 - 44 ans	19,5	2,3**
45 - 54 ans	20,8	2,3***
55 - 64 ans	16,5	2,2**
65 - 75 ans	18,8	3,5***
<b>Taille d'agglomération</b>	<b>ns</b>	
Rurale (réf)	15,6	1,0
< 20000 habitants	14,9	1,0
20000 - 99 999 habitants	22,1	1,6*
≥ 100 000 habitants	18,8	1,4
<b>Situation familiale</b>	<b>**</b>	
Vit avec au moins une personne (réf)	16,5	--
Vit seul	22,2	--
<b>Niveau de diplôme</b>	<b>ns</b>	
< Bac (réf)	18,7	--
Bac	18,9	--
> Bac	14,9	--
<b>Revenu par UC</b>	<b>***</b>	
1 <sup>er</sup> tercile (≤ 1 100€) (réf)	26,7	1,0
2 <sup>e</sup> tercile (1 100 - 1 799€)	14,5	0,5***
3 <sup>e</sup> tercile (≥ 1 800€)	12,4	0,4***
<b>Statut professionnel</b>	<b>***</b>	
En emploi (réf)	14,4	1,0
Au chômage	25,3	1,9**
Retraité	16,5	0,9
Autre inactif	41,2	3,0***
<b>Catégories socioprofessionnelles (PCS)</b>	<b>*</b>	
Agriculteur ; commerçant, artisan, chef d'entreprise	16,9	--
Cadre et prof. intellectuelle supérieure (réf)	14,8	--
Profession intermédiaire	14,1	--
Employé	21,6	--
Ouvrier	18,0	--

<sup>1</sup> Test du khi-deux

<sup>2</sup> Régression logistique : Odds ratio ajusté sur le sexe, l'âge, la taille d'agglomération, le revenu par UC et le statut professionnel.

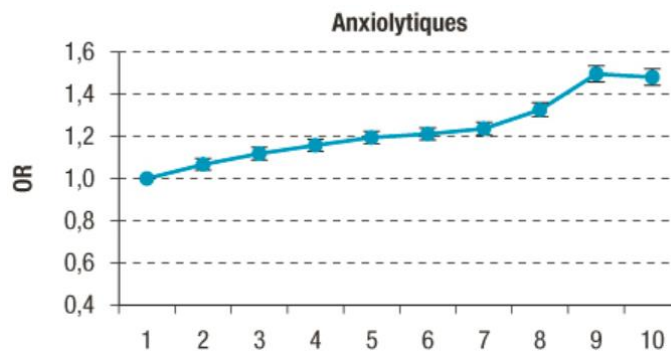
Réf = modalité de référence

ns = non significatif ; \*p<0,05 ; \*\*p<0,01 ; \*\*\*p<0,001

Source : Baromètre santé 2016 Occitanie – CREAI-ORS Occitanie

## Une consommation de psychotropes qui augmente avec le niveau de défavorisation

Gradient social de recours aux soins pour l'indicateur : consommation de psychotropes, Midi-Pyrénées, 2012. Odds ratios (en fonction de l'indice de défavorisation ajustés sur l'âge, le sexe et l'ALD)



Source : in Inégalités sociales d'accès aux soins et à la prévention en Midi-Pyrénées, France, 2012. BEH n°1, janvier 2016

L'étude réalisée en Midi-Pyrénées à partir des bases de données de l'assurance maladie et d'un indice de défavorisation (3) montrait l'augmentation importante de la délivrance d'anxiolytiques avec le niveau de défavorisation (OR Q10 vs Q1=1,48) de l'IRIS de résidence. Bien qu'ajusté sur l'âge, le sexe et l'état de santé, le gradient social de consommation d'anxiolytiques était particulièrement important. Les auteurs de l'étude confirmaient ainsi le lien bien connu entre difficultés socioéconomiques et santé mentale. Ils évoquaient néanmoins une surestimation possible de ce lien par une sur prescription d'anxiolytiques aux personnes socialement défavorisées, pouvant traduire une tendance à la médicalisation des problèmes sociaux (4).

### BIBLIOGRAPHIE

- (1) Devaux M. et Coll. Hétérogénéité sociale de déclaration de l'état de santé et mesure des inégalités de santé. RFAS n°1 2008 p.29-46
- (2) Darret S. Inégalités sociales de santé : comment les appréhender-t-on ? ADSP n°73 décembre 2010
- (3) Delpierre C, Fantin R, Chehoud H, Nicoules V, Bayle A, Souche A, et al. Inégalités sociales d'accès aux soins et à la prévention en Midi-Pyrénées, France, 2012. Bull Epidemiol Hebd. 2016;(1):2-8. [http://www.invs.sante.fr/beh/2016/1/2016\\_1\\_1.html](http://www.invs.sante.fr/beh/2016/1/2016_1_1.html)
- (4) Le Moigne P, La prescription des médicaments psychotropes : une médecine de l'inaptitude ? Déviance et Société 2003;27:285-296

### 3. Inégalités sociales face au handicap et à la perte d'autonomie

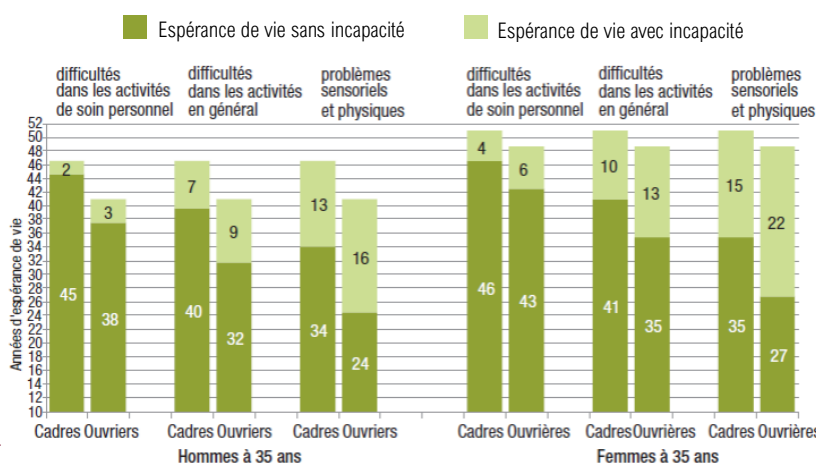
Aux inégalités d'espérance de vie liées à la catégorie socioprofessionnelle, viennent s'ajouter de fortes inégalités d'espérance de vie sans incapacité : les ouvriers ont non seulement une espérance de vie plus courte que les cadres, mais ils passent aussi plus de temps qu'eux avec des incapacités.

La prévalence de l'incapacité provient de l'enquête sur la Santé et les Soins médicaux de 2002-2003. Trois indicateurs d'incapacité y sont examinés :

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

Les cadres hommes vivent 10 années de plus que les ouvriers sans limitation fonctionnelle, 8 années de plus sans gêne dans les activités courantes et 7 ans de plus sans dépendance (1). Ces différences sont un peu moins marquées chez les femmes.

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



Champ : France métropolitaine.

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

## LE LIEN LIMITATION/HANDICAP ET INÉGALITÉS SOCIALES

En 2010, avec le soutien de l'INPES et de l'ARS un baromètre santé a été réalisé auprès de 1 847 personnes représentatives de la population dans l'ex-région Midi-Pyrénées entre 15 et 85 ans. Dans ce cadre, trois questions sur le thème du handicap étaient posées :

- Êtes-vous limité, depuis au moins 6 mois à cause d'un problème de santé ou d'un handicap, dans les activités que les gens font habituellement ?
- Êtes-vous limité par un problème moteur, par des problèmes cardiologiques ou respiratoires, par un problème visuel ?
- Considérez-vous que vous ayez un handicap ?

**11,8 % des midi-pyrénéens âgés de 15 à 85 ans considéraient avoir un handicap, 16,3 % déclaraient être limités dans leurs activités, 6,4 % l'étaient fortement et 9,9 % l'étaient modérément...**

Les résultats de cette enquête, analysés par l'ORS, sont concordants avec ceux de l'enquête nationale « Vie quotidienne et santé », réalisée en 2007 par l'INSEE. Cette dernière constituait l'enquête préliminaire à l'enquête « Handicap et santé » et estimait dans la région à 11,6 % les personnes considérant avoir un handicap et à 12,9 % la part des personnes ayant au moins une limitation fonctionnelle importante.

**Limitations dans les activités et sentiment de handicap ne vont pas forcément de pair :** parmi les personnes qui se déclaraient limitées dans les activités habituelles, seulement 53,9% se considéraient handicapées. Inversement, près de 40% des personnes qui se considéraient comme ayant un handicap ne se déclaraient pas limitées dans leur activité.

Les limitations fonctionnelles de nature physique étaient plus fréquentes que les limitations fonctionnelles de nature cognitive (15,3 % contre 3,4 %), et de manière générale les limitations fonctionnelles étaient plus fréquentes après 60 ans.

Après 60 ans, les personnes se déclaraient plus souvent limitées dans leurs activités et plus souvent handicapées qu'avant 60 ans, mais percevaient moins fréquemment dans ces situations une allocation ou une aide financière pour perte d'autonomie ou handicap.

Les personnes se déclarant limitées ou considérant avoir un handicap étaient plus fréquemment atteintes de maladies chroniques que les autres, étaient moins diplômées, avaient moins de revenus, vivaient plus souvent seules et étaient plus nombreuses à renoncer à des soins de santé pour raison financière. Ces caractéristiques étaient statistiquement significatives indépendamment les unes des autres.

**Facteurs associés au fait de considérer avoir un handicap parmi les 15-85 ans,  
Midi-Pyrénées, 2010**

Variables explicatives (effectifs)	effectif de personnes considérant avoir un handicap	% de personnes considérant avoir un handicap	OR
<b>Age</b>			***
15-29 (n=143)	7	4,6	réf
30-44 (n=254)	22	11,8	2,0
45-64 (n=351)	54	16,3	1,2
65-85 (n=189)	41	22,2	0,8
<b>Sexe</b>			ns
homme (n=421)	57	12,7	réf
femme (n=516)	67	15,0	0,8
<b>Diplôme le plus élevé</b>			***
Sans diplôme (n=81)	28	29,2	réf
Inférieur au bac (n=358)	59	15,8	0,4*
Bac ou équivalent (n=197)	16	6,9	0,2***
Supérieur au bac (n=301)	21	5,3	0,1***
<b>Situation professionnelle</b>			***
Travail et/ou études (n=559)	47	8,6	réf
Chômage (n=49)	8	14,7	0,5
Inactifs (n=328)	69	23,6	2,6*
<b>Revenu moyen par UC</b>			***
Moins de 1100 €/mois (n=201)	50	25,4	réf
1100 à moins de 1800 €/mois (n=337)	35	10,0	0,4**
1800 € et plus/ mois (n=341) manquant (n=58)	32 7	9,9 12,6	0,4* 0,4
<b>Vivent seuls</b>			**
Non (n=704)	82	12,3	réf
Oui (n=233)	42	22,6	1,5
<b>Porteurs d'une maladie chronique</b>			***
Non (n=692)	48	7,2	réf
Oui (n=245)	76	33,1	3,9***
<b>Se considèrent limités</b>			***
Non (n=772)	48	7,1	réf
Oui (n=165)	76	47,3	10***

Modèle de régression logistique multiple, données pondérées selon l'âge, le sexe, le département, la taille de l'agglomération et le niveau de diplôme

ns = non significatif ; \*p<0,05 ; \*\*p<0,01 ; \*\*\*p<0,001

Source : Baromètre santé Midi-Pyrénées 2010 - Orsmip

Mode de lecture : A autres caractéristiques identiques, le pourcentage des personnes considérant avoir un handicap diminue lorsque le niveau d'éducation augmente (29,2% pour les personnes sans diplôme vs 5,3% pour les diplômés supérieurs au bac).

## LA FRAGILITÉ DES PERSONNES ÂGÉES, LA PERTE D'AUTONOMIE ET LES DÉTERMINANTS SOCIOÉCONOMIQUES

Dans les processus de perte d'autonomie, la présence d'inégalités sociales a été bien identifiée et plusieurs indicateurs de statut socioéconomique semblent être des déterminants importants de la fragilité. La fragilité est définie comme un état de santé vulnérable résultant de la diminution de la réserve physiologique de la personne âgée. Les différents travaux objectivent notamment une moindre fragilité lorsque le niveau d'étude augmente. Par ailleurs l'existence de difficultés financières survenues au cours de la vie est significativement et positivement associée à l'augmentation du niveau de fragilité, même après contrôle des mesures de santé tout au long de la vie. Par ailleurs, les recherches récentes (3) ont bien mis en évidence le rôle de la fragilité comme précurseur médical spécifique de la perte d'autonomie, indépendamment des maladies chroniques. Elles ont démontré aussi que l'amélioration de la situation économique réduit la perte d'autonomie.

Le lien positif entre niveau socioéconomique et niveau de fragilité suggère qu'au-delà des interventions sur l'environnement des soins de santé, de nouvelles pistes d'action doivent être envisagées pour une stratégie d'évitement, de réduction ou d'accompagnement du processus de perte d'autonomie, en terme notamment de soutien du revenu, aménagement du logement et prévention de l'isolement social.

### BIBLIOGRAPHIE

- (1) Danet S. Les caractéristiques des inégalités sociales de santé : comment les appréhende-t-on ? Adsp n°73 décembre 2010
- (2) Les personnes en situation de handicap en Midi-Pyrénées. Repères et indicateurs : 2012. Orsmip <https://orsmip.org/les-personnes-en-situation-de-handicap-en-midi-pyrenees-reperes-et-indicateurs>
- (3) Sirvent N. Une analyse des déterminants socioéconomiques de la fragilité des personnes âgées à partir des données de panel et rétrospectives de SHARE. IRDES, Document de travail n°52 bis, avril 2013 <http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT52bisDeterminantsFragilite.pdf>



# 3.

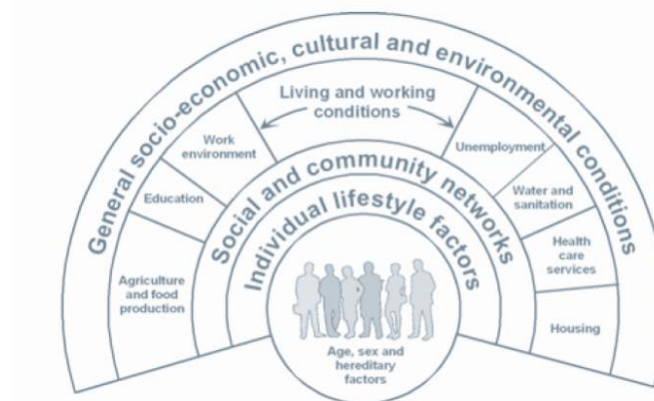
## **Les déterminants des inégalités sociales de santé**

## 1. Éléments de définition

Les inégalités de santé sont la conséquence des déterminants sociaux de la santé, à savoir les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie, ces circonstances et systèmes étant déterminés par plusieurs forces issues des domaines de l'économie, des politiques sociales et de la politique de santé.

Le modèle de Dahlgren et Whitehead ou modèle en arc en ciel permet de présenter l'ensemble des déterminants sociaux de la santé de façon synthétique et informative (Figure). Les déterminants sont répartis en quatre niveaux qui s'imbriquent en partant de l'individu pour aller vers le contexte le plus général et interagissent les uns avec les autres entre les différents niveaux. L'âge, le sexe et les facteurs héréditaires sont intrinsèques à l'individu, puis viennent les comportements individuels et l'accès aux soins, la qualité des liens sociaux que tissent les individus, les conditions de vie et de travail, et enfin les conditions économiques, culturelles et environnementales.

### Représentation synthétique des déterminants sociaux de la santé (modèle en arc en ciel)



Source: Dahlgren G and Whitehead M. 1991

La commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé a proposé un cadre conceptuel qui reprend l'ensemble des déterminants de la santé et les différents mécanismes à l'œuvre dans la production des ISS et formalise l'articulation des différents déterminants entre eux (1).

Ce cadre conceptuel sépare l'ensemble des déterminants de la santé en déterminants dits « structurels » des inégalités sociales de santé et en déterminants dits « intermédiaires » de l'état de santé.

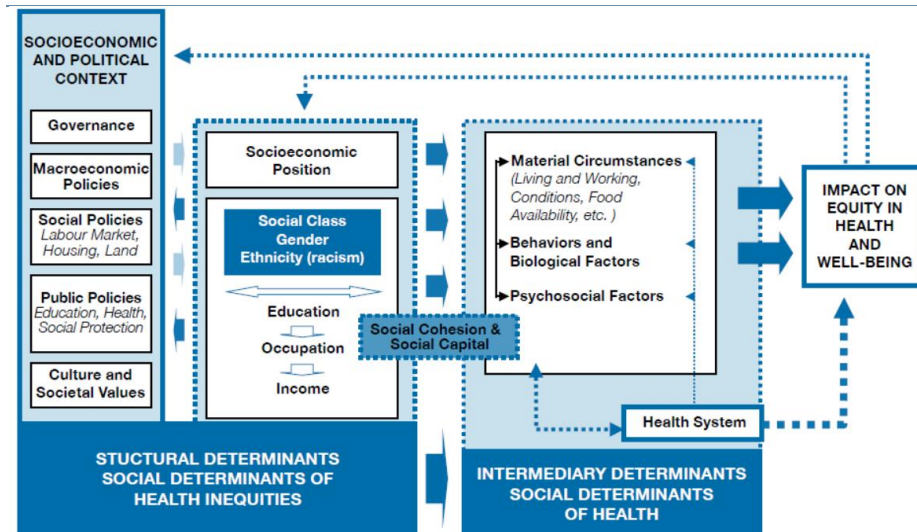
Les **déterminants structurels ou déterminants sociaux des inégalités de santé** peuvent se partager en deux groupes. Un premier groupe est lié au contexte socioéconomique et politique du pays et inclut la gouvernance, les politiques macro-économiques, les politiques sociales, les politiques publiques, la culture et les valeurs de la société. Un deuxième groupe comprend les caractéristiques de la position socioéconomique des indivi-

dus, à savoir le niveau d'études, la profession, le revenu, la classe sociale, le genre, l'origine ethnique, etc. Le premier groupe de déterminants influe sur la stratification sociale et économique du pays et donc sur la répartition de la population en fonction des déterminants du deuxième groupe. Ces déterminants structurels ont un impact sur la distribution inégale des déterminants intermédiaires.

Les **déterminants intermédiaires ou déterminants sociaux de la santé** renvoient aux conditions matérielles (conditions de travail, conditions de vie dont le logement et le quartier, disponibilité de la nourriture, etc.), aux comportements (tabac, alcool, nutrition, activité physique, obésité), aux facteurs psychosociaux (stress des conditions de vie et de travail, soutien social), biologiques et génétiques, ainsi qu'au rôle de l'accès au système de santé. Ces déterminants ont une répartition socialement stratifiée. Ces déterminants intermédiaires, s'ils permettent d'expliquer en partie le plus mauvais état de santé dans certains groupes sociaux, ne sont pas en eux-mêmes les causes profondes des ISS. Ils ne sont que la conséquence ou l'expression d'une situation (économique, sociale, culturelle...) dans laquelle se trouve l'individu et sur laquelle il n'a pas ou très peu de prise.

Selon le cadre conceptuel proposé par l'OMS, les déterminants intermédiaires sont la conséquence des déterminants structurels, que l'on appelle aussi « causes des causes ». Dans les paragraphes qui suivent, seuls sont décrits les déterminants intermédiaires ou déterminants sociaux de santé. Les déterminants structurels ne sont pas abordés.

#### Cadre conceptuel de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé



Source: *A conceptual framework for action on the social determinants of health* (Solar & Irwin), 2010.

#### BIBLIOGRAPHIE

- (1) Commission on social determinants of health (CSDH), *Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health*. 2008, WHO: Geneva.

## 2. Comportements de santé

Comme évoqué précédemment, les comportements individuels de santé ne constituent qu'un déterminant social de santé parmi d'autres mais c'est sans doute celui que les actions de prévention ciblent le plus souvent.

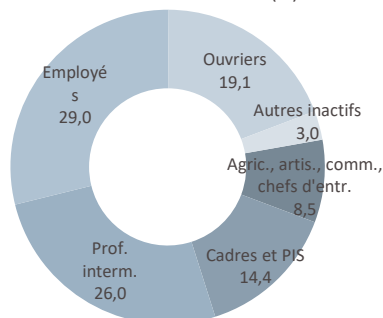
### Les « comportements de santé » selon la catégorie sociale en Occitanie à partir du Baromètre santé

Le Baromètre santé 2016 mis en place par l'INPES constitue la huitième enquête de ce dispositif consacré aux comportements, attitudes et perceptions des français en matière de santé. Ces enquêtes offrent la possibilité de mieux appréhender les comportements de santé de la population globale ou de populations spécifiques. Elles constituent par ailleurs une source d'informations importante dans le cadre du suivi des inégalités sociales de santé (ISS) et des réflexions et actions à mener pour réduire les iniquités des chances en santé.

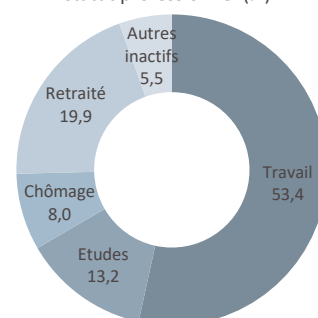
**En Occitanie**, cette étude constitue le premier baromètre étudié sur l'ensemble de la région dans son périmètre actuel. En plus des habitants de la région interrogés dans l'échantillon national, un suréchantillon régional a été constitué pour obtenir une population d'étude suffisamment importante. Au total, 2 521 personnes ont été interrogées dont 1 160 individus pour le suréchantillon. Les données ont ensuite été redressées selon le recensement de l'année 2012 afin d'obtenir un échantillon global représentatif de la région.

Une analyse spécifique a été réalisée sur les inégalités sociales de santé en Occitanie, et plus spécifiquement sur les comportements et les perceptions selon les statuts et milieux socio-professionnels des individus. Pour cela, des indicateurs principaux sur différentes thématiques (santé perçue, addiction, activité physique, accès aux soins) ont été retenus.

Répartition des individus ou du chef de famille selon leur PCS (%)



Répartition des individus selon leur statut professionnel (%)



### ► Le Baromètre Santé 2016

L'enquête a été réalisée par téléphone (double échantillonnage téléphones fixes et mobiles) auprès des personnes âgées de 15 à 75 ans entre janvier et août 2016. La méthode de sélection des individus repose sur une méthode aléatoire à deux degrés avec d'abord la sélection d'un ménage, puis la sélection d'un individu parmi les personnes éligibles du ménage ou parmi les utilisateurs réguliers de la ligne dans le cas de téléphone mobile. Afin d'obtenir un échantillon suffisamment important pour les analyses régionales, un suréchantillon a été interrogé en Occitanie. Au total, 2 521 personnes ont été incluses dans l'échantillon régional, dont 1 361 personnes issues de l'échantillon national et 1 160 du suréchantillon.

Les données ont été pondérées par le nombre de personnes éligibles et le nombre de lignes téléphoniques dans le foyer. Un redressement identique à celui du national a ensuite été effectué pour être représentatif de la population de la région en prenant en compte le sexe croisé à l'âge par tranche de 10 ans, la taille d'agglomération et le département de résidence (région au niveau national), le niveau de diplôme et le fait de vivre seul ou non.

Pour ce rapport, l'analyse s'est portée uniquement sur les individus de 18 à 75 ans non scolarisés. Chaque variable d'intérêt a été décrite selon les caractéristiques socio-démographiques de la population : sexe, âge, situation familiale, taille de l'unité urbaine de résidence, diplôme, statut professionnel, revenu et PCS. Des tests de khi-deux corrigés pour données pondérées ont été calculés afin de tester l'indépendance entre variable d'intérêt et caractéristiques socio-démographiques (variables explicatives) deux à deux. Les associations entre variables d'intérêt et variables explicatives ont ensuite été mesurées en analyse multivariée, à l'aide de régressions logistiques pondérées, permettant de prendre en compte les relations entre les variables explicatives dans leur association avec les variables d'intérêt. Les résultats s'interprètent comme l'association entre une variable d'intérêt et une variable explicative en supposant constantes les autres variables explicatives du modèle.

Les associations seront considérées comme significatives au seuil de 5 %.

Six fiches thématiques sur les attitudes et comportements de santé en Occitanie ont été réalisées par le CREAI-ORS Occitanie et sont disponibles sur :

<https://orsmip.org/attitudes-comportements-de-sante-occitanie-barometre-sante-2016-occitanie>

## CONSOMMATION DE TABAC, DE CANNABIS ET D'ALCOOL

### Un tabagisme quotidien plus fréquent chez les ouvriers et les chômeurs

En Occitanie, la prévalence du tabagisme quotidien dans la population âgée de 18 à 75 ans non scolarisés est de 28,7 %.

Cette prévalence diminue avec l'âge, à partir de 55 ans notamment, et ne présente pas de différence significative entre les hommes et les femmes.

Un niveau de diplôme plus élevé apparaît comme un facteur protecteur du tabagisme, alors qu'aucun lien n'est observé avec le niveau de revenus après avoir pris en compte ce niveau de diplôme et les autres caractéristiques.

La situation du chômage est très significativement associée à ce tabagisme quotidien (50,4 %) mais aussi le fait de vivre seul.

Certaines catégories socioprofessionnelles sont plus exposées : les ouvriers surtout mais aussi les agriculteurs, commerçants, chefs d'entreprise et artisans<sup>2</sup>.

#### Facteurs associés au tabagisme quotidien parmi les 18-75 ans non scolarisés en Occitanie, 2016

	Fumeur quotidien	
	%	ORa <sup>2</sup>
<b>Ensemble (n=2 293)</b>	<b>28,7</b>	
<b>Sexe</b>	ns <sup>1</sup>	
Homme (réf)	30,9	1,0
Femme	26,6	0,9
<b>Age</b>	***	
18 - 34 ans (réf)	43,7	1,0
35 - 44 ans	32,2	0,8
45 - 54 ans	31,8	0,6**
55 - 64 ans	19,8	0,3***
65 - 75 ans	12,2	0,2***
<b>Situation familiale</b>	ns	
Vit avec au moins une personne (réf)	28,1	1,0
Vit seul	31,8	1,4**
<b>Niveau de diplôme</b>	***	
< Bac (réf)	36,7	1,0
Bac	25,2	0,6***
> Bac	18,9	0,4***
<b>Revenu par UC</b>	***	
1 <sup>er</sup> tercile (≤ 1 100€) (réf)	38,2	--
2 <sup>e</sup> tercile (1 100 - 1 799€)	29,6	--
3 <sup>e</sup> tercile (≥ 1 800€)	19,4	--
<b>Statut professionnel</b>	***	
En emploi (réf)	29,9	1,0
Au chômage	50,4	1,8**
Retraité	14,2	1,0
Autre inactif	39,8	1,3
<b>Catégories socio-professionnelles (PCS)</b>	***	
Agriculteur ; commerçant, artisan, chef d'entreprise	29,8	1,7*
Cadre et prof. intellectuelle supérieure (réf)	15,4	1,0
Profession intermédiaire	21,6	1,2
Employé	29,5	1,4
Ouvrier	43,6	1,8*

<sup>1</sup> Test du khi-deux

<sup>2</sup> Régression logistique : Odds ratio ajusté sur le sexe, l'âge, la situation familiale, le niveau de diplôme, le revenu par UC, le statut professionnel et la PCS. Réf = modalité de référence

ns = non significatif ; \*p<0,05 ; \*\*p<0,01 ; \*\*\*p<0,001

Source : Baromètre santé 2016 Occitanie – CREA-ORS Occitanie

<sup>2</sup> La consommation de tabac est hétérogène parmi les agriculteurs, commerçants et chefs d'entreprise : le tabagisme quotidien apparaît élevé uniquement pour les commerçants et chefs d'entreprise (33,8%) et est, a contrario faible parmi les agriculteurs (15,4%). Cependant, l'effectif réduit d'agriculteurs interrogés ne permet pas de les isoler.

### Une consommation de cannabis plus fréquente chez les hommes jeunes et ceux qui ont les plus bas revenus

En Occitanie, la consommation de cannabis au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête concerne 8,2 % des personnes entre 18 et 75 ans non scolarisées.

Cet usage est bien plus fréquent chez les hommes et chez les jeunes entre 18 et 34 ans, quelle que soit la situation sociale et professionnelle. Toutes choses égales par ailleurs, seul le niveau de revenu apparaît lié à cet usage parmi les données sociales, avec une fréquence plus élevée pour les personnes ayant les plus bas revenus.

#### Facteurs associés à la consommation de cannabis dans les 12 derniers mois parmi les 18-75 ans non scolarisés en Occitanie, 2016

	Consommation de cannabis au cours des 12 derniers mois	
	%	ORa <sup>2</sup>
<b>Ensemble (n = 2 292)</b>	<b>8,2</b>	
<b>Sexe</b>	<b>*** 1</b>	
Homme (réf)	12,0	1,0
Femme	4,6	0,3***
<b>Age</b>	<b>***</b>	
18 - 34 ans (réf)	22,9	1,0
35 - 44 ans	7,8	0,3***
45 - 54 ans	5,6	0,2***
55 - 64 ans	2,5	0,1***
65 - 75 ans	0,3	0,01***
<b>Taille d'agglomération</b>	<b>ns</b>	
Rurale (réf)	6,6	--
< 20000 habitants	8,8	--
20000 - 99 999 habitants	6,9	--
≥ 100 000 habitants	10,0	--
<b>Niveau de diplôme</b>	<b>ns</b>	
< Bac (réf)	8,3	--
Bac	9,8	--
> Bac	7,1	--
<b>Revenu par UC</b>	<b>***</b>	
1 <sup>er</sup> tercile (≤ 1 100€) (réf)	12,5	1,0
2 <sup>e</sup> tercile (1 100 - 1 799€)	6,5	0,5*
3 <sup>e</sup> tercile (≥ 1 800€)	5,7	0,6*
<b>Statut professionnel</b>	<b>***</b>	
En emploi (réf)	9,8	--
Au chômage	17,3	--
Retraité	1,3	--
Autre inactif	4,7	--
<b>Catégories socioprofessionnelles (PCS)</b>	<b>**</b>	
Agriculteur ; commerçant, artisan, chef d'entreprise	11,6	--
Cadre et prof. intellectuelle supérieure (réf)	5,7	--
Profession intermédiaire	7,1	--
Employé	5,3	--
Ouvrier	12,8	--

<sup>1</sup> Test du khi-deux

<sup>2</sup> Régression logistique : Odds ratio ajusté sur le sexe, l'âge, la situation familiale, le niveau de diplôme, le revenu par UC, le statut professionnel et la PCS. Réf = modalité de référence  
ns = non significatif ; \*p<0,05 ; \*\*p<0,01 ; \*\*\*p<0,001

Source : Baromètre santé 2016 Occitanie – CREAI-ORS Occitanie

### Une consommation d'alcool à risque de dépendance bien plus fréquente chez les hommes

L'évaluation de la consommation d'alcool a été réalisée uniquement sur le suréchantillon d'Occitanie dans le cadre du Baromètre Santé, soit 1 160 personnes.

En Occitanie, une consommation à risque concerne 12,9 % des personnes entre 18 et 75 ans non scolarisées. Cette prévalence est établie à partir d'un test « Audit », outil de dépistage des consommations à risque à travers une série de 10 indicateurs.

Elle est plus fréquente chez les hommes (18 % vs 8,4 %). Aucune autre caractéristique n'apparaît significativement liée à la prévalence de consommation à risque dans l'ensemble de la population étudiée. L'analyse par sexe, en revanche, met en évidence une prévalence plus élevée chez les femmes ne vivant pas seules et chez les femmes jeunes, de 18 à 34 ans. Chez les hommes, bien que de façon non significative, une tendance à la baisse s'observe également à partir de 55 ans, et une tendance à la hausse s'observe chez les hommes au chômage, ainsi que dans la catégorie des agriculteurs, commerçants, chefs d'entreprises et dans la catégorie des cadres.

**Le test Audit** (Alcohol Use Disorders Identification Test) : Test créé par l'OMS afin de repérer les consommations d'alcool à risque et dangereuses. Il est composé de 10 items étudiés pour les 12 derniers mois et portant sur la consommation d'alcool dangereuse, la consommation nocive et l'alcoolodépendance. Chaque réponse est notée de 0 à 4 et le score final correspond à la somme des scores. En France, une consommation est jugée à risque lorsque que le score final est supérieur ou égal à 6 pour les femmes et 7 pour les hommes. L'alcoolodépendance sera suspectée à partir d'un score de 13. Les autres individus seront classés en « abstinents » ou « consommateurs sans risque » (score < 6/7).

**Facteurs associés à la consommation d'alcool à risque de dépendance parmi les 18-75 ans non scolarisés en Occitanie, 2016**

Consommation d'alcool à risque de dépendance	Ensemble (n = 1 038) %	Homme (n = 406) %	Femme (n = 632) %
<b>Ensemble</b>	<b>12,9</b>	<b>18,2</b>	<b>8,4</b>
Age	ns <sup>1</sup>	ns	*
18 - 34 ans	17,7	19,6	16,2
35 - 44 ans	11,6	17,0	7,0
45 - 54 ans	14,6	23,3	7,6
55 - 64 ans	9,8	15,5	4,9
65 - 75 ans	9,7	14,9	4,9
Taille d'agglomération	ns	ns	ns
Rurale	14,6	21,4	9,3
< 20000 habitants	10,8	15,2	6,7
20000 - 99 999 habitants	13,5	15,1	12,4
≥ 100 000 habitants	12,9	19,5	6,8
Situation familiale	ns	ns	**
Vit avec au moins une personne	13,4	18,1	9,5
Vit seul	10,4	18,6	3,2
Niveau de diplôme	ns	ns	ns
< Bac	12,7	16,6	9,0
Bac	14,1	21,0	9,7
> Bac	12,2	19,0	6,9
Revenu par UC	ns	ns	ns
1 <sup>er</sup> tercile (≤ 1 100€)	12,6	17,4	9,7
2 <sup>e</sup> tercile (1 100 - 1 799€)	11,0	13,6	8,7
3 <sup>e</sup> tercile (≥ 1 800€)	15,2	22,6	7,4
Statut professionnel	ns	ns	ns
En emploi	13,8	17,8	10,2
Au chômage	17,2	27,7	8,7
Retraité	11,1	16,6	6,0
Autre inactif	4,0	7,8	3,1
Catégories socioprofessionnelles	ns	ns	ns
Agriculteur ; commerçant, artisan, chef d'entreprise	21,9	25,7	16,5
Cadre et prof. intellectuelle supérieure	15,0	23,8	4,3
Profession intermédiaire	11,0	16,4	6,3
Employé	11,0	15,3	9,5
Ouvrier	13,7	15,5	10,4

<sup>1</sup> Test du khi-deux : ns = non significatif ; \*p<0,05 ; \*\*p<0,01 ; \*\*\*p<0,001

Source : Baromètre santé 2016 Occitanie – CREA-ORS Occitanie

**BIBLIOGRAPHIE**

(1) Guignard R, Nguyen-Thanh V, Andler R, Richard JB, Beck F, Arwidson P. Usage de substances psychoactives des chômeurs et des actifs occupés et facteurs associés : une analyse secondaire du Baromètre santé 2010. Bull Epidémiol Hebd. 2016;(16-17):304-12. [http://invs.santepublique-france.fr/beh/2016/16-17/2016\\_16-17\\_6.html](http://invs.santepublique-france.fr/beh/2016/16-17/2016_16-17_6.html)

## ACTIVITÉ PHYSIQUE ET SURCHARGE PONDÉRALE

**Un niveau d'activité physique moins élevé chez les cadres mais une surcharge pondérale moins fréquente.**

Un niveau d'activité physique élevé est considéré comme favorable à la santé. Il a été mesuré auprès du suréchantillon régional (46 % de l'échantillon total).

Ce niveau d'activité physique élevé est atteint plus fréquemment chez les hommes, les personnes qui ne vivent pas seules et moins fréquemment chez les cadres et professions intermédiaires.

En corrélation avec ces résultats, la sédentarité (4h par jour assis ou allongé) est particulièrement importante chez les cadres et les personnes ayant un haut niveau d'éducation.

**Facteurs associés à une activité physique élevée parmi les 18-75 ans non scolarisés en Occitanie, 2016**

	Activité physique élevée	
	%	ORa <sup>2</sup>
<b>Ensemble (n = 1 050)</b>	<b>58,5</b>	
<b>Sexe</b>	<b>***1</b>	
Homme (réf)	66,9	1,0
Femme	51,4	0,5***
<b>Age</b>	<b>ns</b>	
18 - 34 ans (réf)	67,3	1,0
35 - 44 ans	57,9	0,8
45 - 54 ans	53,3	0,6
55 - 64 ans	53,9	0,7
65 - 75 ans	59,7	0,9
<b>Situation familiale</b>	<b>**</b>	
Vit avec au moins une personne (réf)	60,7	1,0
Vit seul	48,5	0,6**
<b>Niveau de diplôme</b>	<b>**</b>	
< Bac (réf)	63,1	--
Bac	63,6	--
> Bac	48,7	--
<b>Revenu par UC</b>	<b>ns</b>	
1 <sup>er</sup> tercile (≤ 1 100€) (réf)	63,1	--
2 <sup>e</sup> tercile (1 100 - 1 799€)	57,2	--
3 <sup>e</sup> tercile (≥ 1 800€)	54,9	--
<b>Statut professionnel</b>	<b>ns</b>	
En emploi (réf)	58,6	--
Au chômage	56,7	--
Retraité	59,3	--
Autre inactif	57,1	--
<b>PCS</b>	<b>**</b>	
Agriculteur ; commerçant, artisan, chef d'entreprise	67,7	2,2*
Cadre et prof. intellectuelle sup (réf)	49,6	1,0
Profession intermédiaire	53,8	1,3
Employé	56,3	1,7*
Ouvrier	72,1	2,6***

<sup>1</sup> Test du khi-deux

<sup>2</sup> Régression logistique : Odds ratio ajusté sur le sexe, l'âge, la situation familiale et la PCS. Réf = modalité de référence  
ns = non significatif ; \*p<0,05 ; \*\*p<0,01 ; \*\*\*p<0,001

Source : Baromètre santé 2016 Occitanie – CREAI-ORS Occitanie

### Repères méthodologiques

Les indicateurs utilisés dans l'analyse sont issus du questionnaire GPAQ, inclus dans le Baromètre santé. Ils sont présentés ci-dessous :

Le **niveau d'activité physique élevé** est mesuré à partir de questions issues du questionnaire GPAQ, inclus dans le Baromètre Santé. Il correspond à une activité totale intense (qui essouffle ou qui accélère fortement le pouls, pendant au moins 10 minutes d'affilée) au moins 3 jours par semaine, entraînant une dépense énergétique d'au moins 1 500 équivalents métaboliques (MET)-minutes/semaines OU quotidiennement, de la marche à pied ou de l'activité physique modérée (qui modifie légèrement la respiration ou le pouls, pendant au moins 10 minutes d'affilée) ou intense jusqu'à parvenir à un minimum de 3 000 MET-minutes/semaine. On considère qu'un niveau d'activité physique totale élevé est favorable pour la santé.

Le **niveau de sédentarité élevé** correspond à un temps passé assis ou allongé par jour supérieur à 4 heures, en dehors des périodes de sommeil.

Facteurs associés à une sédentarité élevée parmi les 18-75 ans non scolarisés en Occitanie, 2016

	Sédentarité élevée	
	%	ORa <sup>2</sup>
<b>Ensemble (n = 1 050)</b>	<b>39,6</b>	
<b>Sexe</b>	ns <sup>1</sup>	
Homme (réf)	41,6	1,0
Femme	38,0	0,7
<b>Age</b>	*	
18 - 34 ans (réf)	36,3	1,0
35 - 44 ans	39,2	0,8
45 - 54 ans	50,6	1,5
55 - 64 ans	40,2	1,1
65 - 75 ans	30,2	0,7
<b>Situation familiale</b>	ns	
Vit avec au moins une personne (réf)	39,9	--
Vit seul	38,6	--
<b>Niveau de diplôme</b>	***	
< Bac (réf)	28,2	1,0
Bac	40,7	1,5
> Bac	55,1	2,4***
<b>Revenu par UC</b>	**	
1 <sup>er</sup> tercile (≤ 1 100€) (réf)	30,7	--
2 <sup>e</sup> tercile (1 100 - 1 799€)	40,2	--
3 <sup>e</sup> tercile (≥ 1 800€)	47,2	--
<b>Statut professionnel</b>	*	
En emploi (réf)	43,9	--
Au chômage	38,1	--
Retraité	31,6	--
Autre inactif	31,0	--
<b>PCS</b>	***	
Agriculteur ; commerçant, artisan, chef d'entreprise	28,1	0,4**
Cadre et prof. intellectuelle supérieure (réf)	55,5	1,0
Profession intermédiaire	46,1	0,8
Employé	38,2	0,7
Ouvrier	25,5	0,4*

<sup>1</sup> Test du khi-deux

<sup>2</sup> Régression logistique : Odds ratio ajusté sur le sexe, l'âge, le niveau de diplôme et la PCS. Réf = modalité de référence  
ns = non significatif ; \*p<0,05 ; \*\*p<0,01 ; \*\*\*p<0,001

Source : Baromètre santé 2016 Occitanie – CREAI-ORS Occitanie

La surcharge pondérale, évaluée à partir du poids et de la taille déclarés par les personnes interrogées, concerne 42,8 % des personnes entre 18 et 75 ans non scolarisées. En supposant les autres caractéristiques constantes, la surcharge pondérale s'observe plus souvent chez les hommes, augmente avec l'âge et pour les personnes en âge de travailler qui sont inactives. Les cadres sont moins souvent en surcharge pondérale et le niveau d'éducation est un facteur protecteur. Aucun lien n'a pu être démontré avec le niveau de revenus.

Facteurs associés à la surcharge pondérale parmi les 18-75 ans non scolarisés en Occitanie, 2016

	Surcharge pondérale	
	%	ORa <sup>2</sup>
<b>Ensemble (n = 2 284)</b>	<b>42,8</b>	
<b>Sexe</b>	<b>***1</b>	
Homme (réf)	52,4	1,0
Femme	33,8	0,4***
<b>Age</b>	<b>***</b>	
18 - 34 ans (réf)	28,8	1,0
35 - 44 ans	38,4	1,7**
45 - 54 ans	45,5	2,1***
55 - 64 ans	49,7	2,5***
65 - 75 ans	54,3	3,4***
<b>Taille d'agglomération</b>	<b>*</b>	
Rurale (réf)	47,8	1,0
< 20000 habitants	45,6	0,9
20000 - 99 999 habitants	38,1	0,7*
≥ 100 000 habitants	38,5	0,8
<b>Situation familiale</b>	<b>ns</b>	
Vit avec au moins une personne (réf)	43,3	1,0
Vit seul	40,7	0,7*
<b>Niveau de diplôme</b>	<b>***</b>	
< Bac (réf)	51,9	1,0
Bac	38,1	0,7*
> Bac	32,2	0,6***
<b>Revenu par UC</b>	<b>ns</b>	
1 <sup>er</sup> tercile (≤ 1 100€) (réf)	42,0	--
2 <sup>e</sup> tercile (1 100 - 1 799€)	45,3	--
3 <sup>e</sup> tercile (≥ 1 800€)	42,1	--
<b>Statut professionnel</b>	<b>***</b>	
En emploi (réf)	39,2	1,0
Au chômage	35,6	1,0
Retraité	52,9	1,0
Autre inactif	51,6	1,8*
<b>PCS</b>	<b>**</b>	
Agriculteur ; commerçant, artisan, chef d'entreprise	48,0	1,4
Cadre et prof. intellectuelle supérieure (réf)	33,3	1,0
Profession intermédiaire	40,4	1,5*
Employé	42,3	1,7**
Ouvrier	51,0	1,5

<sup>1</sup> Test du khi-deux

<sup>2</sup> Régression logistique : Odds ratio ajusté sur le sexe, l'âge, la taille d'agglomération, la situation familiale, le niveau de diplôme, le statut professionnel et la PCS. Réf = modalité de référence  
ns = non significatif ; \*p<0,05 ; \*\*p<0,01 ; \*\*\*p<0,001

Source : Baromètre santé 2016 Occitanie – CREAI-ORS Occitanie

## SANTÉ SEXUELLE

Plusieurs indicateurs, issus du Baromètre Santé 2016 en Occitanie, sur les situations et les comportements concernant les pratiques de contraception mais aussi les violences sexuelles rapportées par les personnes âgées de 18 à 75 ans non scolarisées, ont pu être étudiés en analyse multivariée.

### Un risque de violences sexuelles plus important pour les femmes, lié aussi au chômage et plus fréquent chez les employés

Ainsi, toutes choses égales par ailleurs, le fait d'être une femme est le facteur de risque le plus important vis-à-vis des violences sexuelles subies (attouchements, viol ou tentative de viol) : ce risque est plus de trois fois supérieur à celui d'un homme. Les inégalités sociales interviennent également puisque ce risque est significativement plus important quand on est au chômage et, dans une moindre mesure, quand on appartient à la catégorie socioprofessionnelle des employés ou lorsqu'on réside dans une grande agglomération (100 000 habitants ou plus).

Ce risque n'est en revanche pas significativement associé au niveau de diplôme.

#### Facteurs associés à des violences sexuelles parmi les 18-75 ans non scolarisés en Occitanie, 2016

	Violence sexuelle (attouchement forcé, viol ou tentative)	
	%	ORa <sup>2</sup>
<b>Ensemble (n = 2 289)</b>	18,3	
<b>Sexe</b>	***1	
Homme (réf)	9,0	1,0
Femme	26,9	3,6***
<b>Age</b>	ns	
18 - 34 ans (réf)	19,1	1,0
35 - 44 ans	21,1	1,4
45 - 54 ans	19,8	1,2
55 - 64 ans	16,3	0,9
65 - 75 ans	14,0	0,7
<b>Taille d'agglomération</b>	ns	
Rurale (réf)	17,0	1,0
< 20000 habitants	16,3	1,0
20000 - 99 999 habitants	17,4	1,1
≥ 100 000 habitants	21,7	1,4*
<b>Niveau de diplôme</b>	ns	
< Bac (réf)	17,2	--
Bac	20,3	--
> Bac	18,6	--
<b>Revenu par UC</b>	**	
1 <sup>er</sup> tercile (≤ 1 100€) (réf)	23,5	--
2 <sup>e</sup> tercile (1 100 - 1 799€)	17,3	--
3 <sup>e</sup> tercile (≥ 1 800€)	14,6	--

	Violence sexuelle (attouchement forcé, viol ou tentative)	
	%	ORa <sup>2</sup>
Statut professionnel	***	
En emploi (réf)	17,3	1,0
Au chômage	29,5	1,9**
Retraité	14,5	1,2
Autre inactif	25,7	1,3
PCS	**	
Agriculteur ; commerçant, artisan, chef d'entreprise	14,8	1,5
Cadre et prof. intellectuelle supérieure (réf)	12,6	1,0
Profession intermédiaire	18,6	1,5
Employé	23,3	1,6*
Ouvrier	14,4	1,4

1 Test du khi-deux

2 Régression logistique : Odds ratio ajusté sur le sexe, l'âge, la taille d'agglomération, la situation familiale, le niveau de diplôme, le statut professionnel et la PCS. Réf = modalité de référence

ns = non significatif ; \*p<0,05 ; \*\*p<0,01 ; \*\*\*p<0,001

Source : Baromètre santé 2016 Occitanie – CREAI-ORS Occitanie

### Un taux de couverture contraceptive moins élevé chez les moins diplômées et en milieu urbain<sup>3</sup>, un taux de grossesse non prévues et d'IVG plus élevé en cas de situation sociale précaire et chez les moins diplômées

À l'inverse des violences sexuelles, d'autres aspects de la santé sexuelle n'ont pas pu être étudiés en analyse multivariée en raison d'effectifs trop faibles et les informations ci-dessous sont issues de l'analyse univariée réalisée dans le cadre du rapport « Santé sexuelle en Occitanie » (1).

Concernant la contraception, on observe que le taux de couverture des femmes concernées au moment de l'enquête n'est pas significativement différent entre les 15-24 ans (88,9 %) et les 25-49 ans (86,3 %). Concernant le moyen de contraception, les premières choisissent plutôt la pilule tandis que les secondes choisissent plutôt le stérilet.

Le taux de couverture n'est pas non plus très différent entre les femmes en couverture sociale précaire<sup>4</sup> (82,8 %) et les autres (87,5 %), ni entre les femmes en situation financière précaire<sup>5</sup> (87,8 %) et les autres (86,6 %). En revanche, le taux de grossesses non prévues est significativement supérieur dans les deux sous-groupes en situation sociale précaire par rapport à celui observé dans le reste de la population : 61,0 % chez les répondantes ayant une couverture sociale précaire (CSP) (vs 32,7 % des répondantes ayant une

<sup>3</sup> **Urbain dense** : le domicile est situé dans une unité urbaine comptant au moins 100 000 habitants ; **Urbain** : le domicile est situé dans une unité urbaine comptant moins de 100 000 habitants ; **Rural** : le domicile est situé dans une commune rurale, i.e. une commune qui ne rentre pas dans la constitution d'une unité urbaine. Plus précisément, il s'agit d'une commune sans zone de bâti continu<sup>1</sup> d'au moins 2000 habitants, ou une commune dont moins de la moitié de la population municipale est dans une zone de bâti continu.

<sup>4</sup> Absence totale de couverture sociale ou absence de couverture sociale complémentaire ou la couverture maladie universelle (CMU) ou la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ou la couverture par l'aide médicale de l'état (AME).

<sup>5</sup> Revenu par unité de consommation du foyer inférieur au seuil de pauvreté européen. Ce seuil est égal à 60 % du revenu français médian par unité de consommation soit, au moment de l'enquête, 1 015€.

couverture sociale correcte) et 54,0 % chez les répondantes en situation financière précaire (SFP) (vs 29,9 % des répondantes en situation financière correcte). Parallèlement, la proportion de répondantes ayant eu recours à une IVG est également plus importante dans les deux sous-groupes en situation précaire que dans le reste de la population : de façon statistiquement significative chez les répondantes en SFP (40,0 % vs 27,4 %), de façon moins marquée chez les répondantes ayant une CSP (34,7 % vs 30,4 %).

Le taux de couverture contraceptive est légèrement inférieur chez les femmes concernées ayant un diplôme de niveau inférieur au Bac (82,0 %) par rapport à celui observé chez les femmes concernées ayant un diplôme de niveau égal ou supérieur au Bac (88,8 % et 87,7 %), le choix du stérilet augmentant également avec le niveau de diplôme. La survenue de grossesses non prévues est parallèlement plus fréquente chez les femmes ayant un diplôme de niveau inférieur ou égal au Bac (45,2 % et 48,1 % vs 27,6 %) et la part des femmes ayant subi une IVG est de même plus importante dans ce groupe (33,7 % et 34,5 % vs 24,7 %).

Concernant le niveau d'urbanisation du lieu de vie, sans que la différence soit statistiquement significative, on observe que les répondantes du milieu rural utilisent un peu plus fréquemment une contraception que les répondantes des milieux urbain et urbain dense (90,8 % vs 84,2 % et 86,8 %), choisissant plus souvent le stérilet que les répondantes des milieux plus urbanisés (43,1 % vs 31,2 % et 24,6 %). En revanche on n'observe pas de différence entre les milieux de vie concernant la survenue de grossesses non prévues ni la fréquence de recours à l'IVG.

#### Répartition d'indicateurs de santé sexuelle parmi les 18-75 ans non scolarisés en Occitanie, 2016

	Recours à un moyen de contraception <sup>1</sup> (%) (n = 513)	Grossesses non prévues <sup>2</sup> (%) (n = 202)	Recours à l'IVG au cours de leur vie <sup>3</sup> (%) (n = 1 163)
<b>Ensemble</b>	<b>86,8</b>	<b>39,1</b>	<b>30,9</b>
Age	ns <sup>4</sup>		
15-24 ans	88,9	--	--
> 25 ans	86,3	--	--
Taille d'agglomération	ns	ns	ns
Urbain dense (>100 000 hab.)	86,8	39,4	32,0
Urbain (2000 – 99 999 hab.)	84,2	35,1	30,8
Rural	90,8	45,7	29,9
Niveau de diplôme (non scolarisé)	ns	ns	*
< Bac	82,0	45,2	33,7
Bac	88,8	48,1	34,5
> Bac	87,7	27,6	24,7
Couverture sociale précaire	ns	*	ns
Précarité en santé	82,8	61,0	34,7
Non précaire	87,5	32,7	30,4
Pauvreté	ns	**	**
En dessous du seuil de pauvreté	87,8	54,0	40,0
Au-dessus du seuil de pauvreté	86,6	29,9	27,4

1 Femmes de 15-49 ans, ayant eu au moins un rapport hétéro dans les 12 derniers mois, non enceintes et ne cherchant pas à avoir un enfant

2 Femmes sexuellement actives de 15 ans et plus ayant été enceintes dans les 5 dernières années

3 Femmes de 15 ans et plus ayant déjà été enceintes

4 Test du khi-deux ns : non significatif ; \*p<0,05 ; \*\*p<0,01 ; \*\*\*p<0,001

Source : Baromètre santé 2016 Occitanie – Santé sexuelle en Occitanie, CREAI-ORS Occitanie

#### BIBLIOGRAPHIE

(1) Cassadou S, Beaumont A. Santé sexuelle en Occitanie. Baromètre Santé 2016. Toulouse : ORSMIP-CREAI ORS LR, 2018, 48 p. Disponible à partir de l'URL : <http://www.ormsip.org>

### 3. Expositions professionnelles

#### INÉGALITÉS SOCIALES DE CONDITIONS DE TRAVAIL POUVANT AVOIR UN EFFET SUR LA SANTÉ

Du fait de leur répartition socialement distribuée, les expositions professionnelles contribuent aux inégalités sociales de santé dans la population en âge d'activité professionnelle mais aussi au-delà du passage à la retraite. Les résultats issus de l'enquête Sumer montrent notamment que la répétitivité des gestes, la manutention physique des charges, l'exposition à des produits chimiques (dont les substances cancérigènes) touchent préférentiellement les catégories sociales défavorisées (1). Mais dans la littérature scientifique on ne trouve pas d'information simple et consensuelle telle que la quantification du rôle du travail dans les ISS observées pour telle ou telle dimension de santé. Ces questions sont complexes car les variables décrivant les conditions de travail ne sont jamais très éloignées de la description de la situation sociale. Aux effets d'expositions professionnelles spécifiques peuvent aussi s'ajouter des conditions défavorables de statut qu'il s'agisse d'insécurité d'emploi, d'emploi précaire, de temps partiel subi et plus encore de chômage particulièrement néfaste pour la santé mentale et souvent associé à un statut professionnel défavorable. Enfin, sur l'ensemble de ces effets potentiels ce sont les effets à long terme des expositions professionnelles qui s'observent au-delà de l'âge de la retraite qui sont le moins bien documentés. Malgré ces zones d'ombre les résultats de différentes études suggèrent que des actions ciblées sur des facteurs de risque spécifiques peuvent contribuer à la réduction des ISS (2).

Dans ce contexte, l'état des lieux Santé & Travail réalisé par l'Orsmip en Occitanie à la demande de la Direccte pour les salariés du secteur privé a choisi d'objectiver l'importance et la répartition dans la région des métiers exposés à différentes conditions de travail à risque et notamment ceux cumulant ces expositions (3).

La répartition en Occitanie de ces métiers multi exposés est présentée dans ce chapitre.

## L'état des lieux santé travail 2017 en Occitanie : Méthode

Les analyses réalisées au cours de la dernière enquête Sumer 2010 ont plus particulièrement identifié **six types de conditions de travail à risque pour les salariés** :

- les contraintes physiques intenses,
- les situations d'expositions à des agents chimiques,
- les situations d'exposition à des agents biologiques,
- les contraintes d'horaires atypiques,
- les contraintes de rythme de travail,
- et les contraintes liées à la fois à une demande psychologique intense, à une latitude décisionnelle limitée et à un faible soutien social, facteurs de risque psychosocial.
- Une septième catégorie a été ajoutée dans l'état des lieux 2017 en Occitanie : celle des métiers exposés simultanément à au moins trois des types de conditions de travail précédentes.

Les métiers recensés au cours de Sumer 2010, et classés selon leur niveau d'exposition aux différents types de conditions de travail précédentes étaient au nombre de 61. Compte-tenu du champ de ce diagnostic régional, qui couvre uniquement les salariés du secteur privé, les métiers plus spécifiquement rattachés au secteur public n'ont pas été pris en compte : pompiers, armée, police, enseignants, employés ou professions intermédiaires ou cadres de la fonction publique. En revanche, les métiers de la santé, largement représentés dans le secteur privé, ont été conservés. Finalement, 56 métiers ont été pris en compte dans l'analyse régionale.

Enfin, le nombre de salariés exerçant les métiers concernés dans la région et sur chacune des zones d'emploi a été recueilli dans les données du recensement 2013 de la population, réalisé par l'Insee.

### Les métiers multi-exposés en Occitanie

Certains métiers cumulent plusieurs grands types d'expositions. Ainsi, les cuisiniers sont exposés à l'ensemble des six types de conditions de travail délétères, les aides-soignants à cinq d'entre eux et, au total, huit métiers sont exposés à au moins trois types de conditions de travail à risque (cf. tableau). L'ensemble de ces métiers regroupe près de 265 000 salariés soit près de 18 % du total des salariés de la région.

**Parts et effectifs de salariés exerçant un métier exposé à au moins trois types de conditions de travail à risque en Occitanie**

Nbre de types de conditions de travail à risque cumulés	Métiers	Occitanie	
		Effectifs	%
6	Cuisinier	28 795	1,95%
5	Aide-soignant	57 545	3,89%
3	Employés, agents de maîtrise hôtellerie & restauration	30 754	2,08%
3	Infirmiers, sages-femmes	45 840	3,10%
3	Aides à domicile et aides ménagères	55 280	3,73%
3	Ouvriers non qualifiés de la métallurgie, de la mécanique et du bois	20 140	1,36%
3	Ouvriers qualifiés des industries de process	16 065	1,09%
3	Coiffeurs, esthéticiens	10 385	0,70%
<b>Au moins 3</b>	<b>TOTAL</b>	<b>264 804</b>	<b>17,89%</b>

Source : Santé et travail en Occitanie. État des lieux. Toulouse : ORSMIP-CREAI ORS LR, 2017

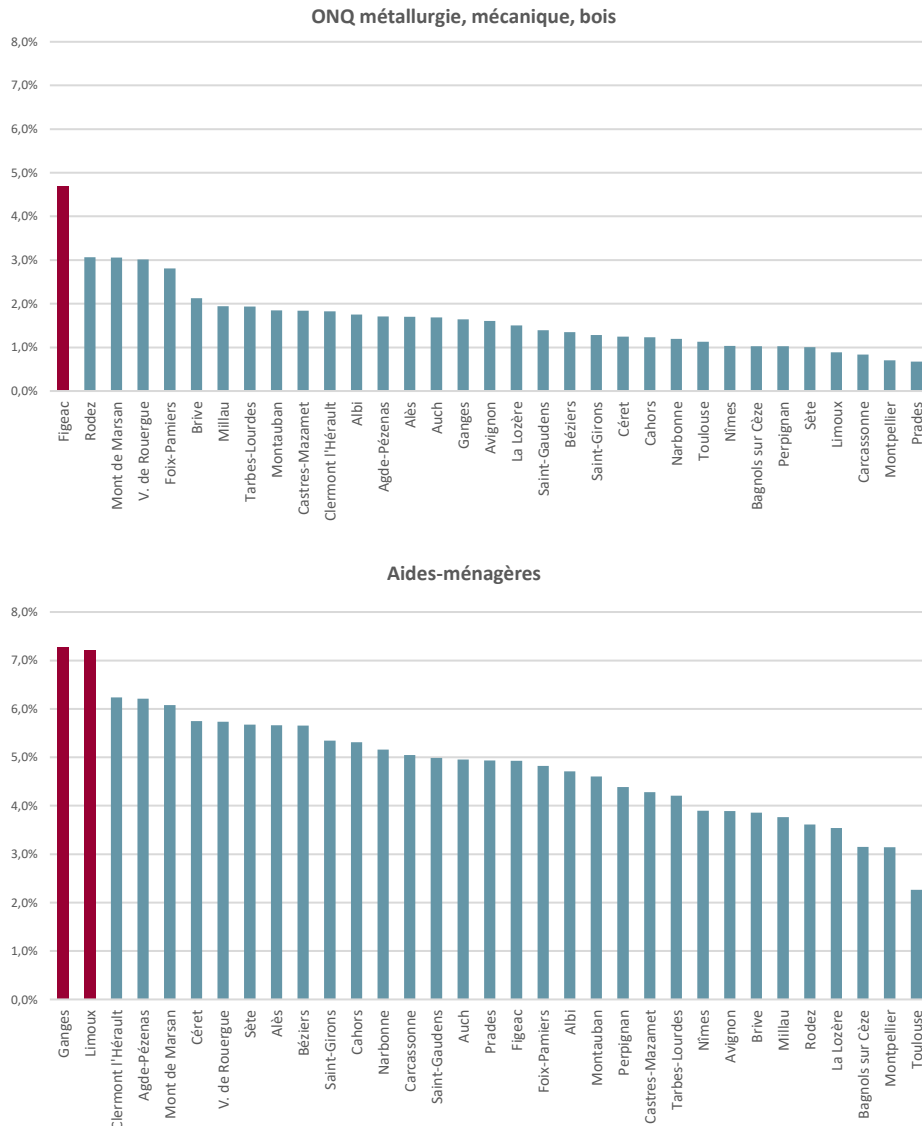
La première observation est que tous ces métiers appartiennent aux catégories socio-professionnelles usuelles des ouvriers, employés et pour infirmiers et sages-femmes à la catégorie des professions intermédiaires. Aussi, les personnes exerçant ces métiers cumulent les facteurs de risque professionnels correspondants et un niveau de revenu dans la moitié voire le tiers inférieur de la distribution des revenus. Ces observations confirment les liens évoqués plus haut entre travail et inégalités sociales de santé.

Dans la région la répartition de ces métiers par zone d'emploi, en part relative de l'ensemble des salariés de chaque zone, apporte aussi certaines informations qui peuvent être utiles à la définition d'une stratégie de prévention des risques professionnels. Certains métiers sont plus spécifiques d'une ou plusieurs zones d'emploi : c'est le cas des ouvriers non qualifiés de la métallurgie, de la mécanique et du bois sur la zone de Figeac, et dans une moindre mesure, les ouvriers qualifiés des industries de process<sup>6</sup> sur les zones de Bagnols sur Cèze, Brive, Avignon, Saint-Girons et Villefranche de Rouergue.

À l'inverse, d'autres métiers sont répartis de façon un peu plus homogène sur l'ensemble des zones d'emploi et c'est le cas des coiffeurs/esthéticiens (respectivement de 0,23 % à 1,15 %) et des aides ménagères (de 2,26 % à 7,27 %) dont la part de salariés varie peu entre les zones d'emploi.

<sup>6</sup> Une industrie de type process est une industrie dans laquelle les matières premières subissent une transformation chimique en plus d'une transformation physique propre au procédé industriel.

Exemple de répartition des métiers par zone d'emploi, en part relative de l'ensemble des salariés de chaque zone



Source : Santé et travail en Occitanie. État des lieux. Toulouse : ORSMIP-CREAI ORS LR, 2017

**BIBLIOGRAPHIE**

- (1) Dares. L'exposition aux risques et aux pénibilités du travail de 1994 à 2003. Résultats de l'enquête Sumer 2003 premières synthèses 2004 52 : 1-8
- (2) Leclerc A. travail, emploi et inégalités sociales de santé. BEH 8-9 8 mars 2011
- (3) Cassadou S, Cayla F. Santé et travail en Occitanie. État des lieux. Toulouse : ORSMIP-CREAI ORS LR, 2017, 70 p. Disponible à partir de l'URL : <http://www.ormsip.org>

## 4. Expositions environnementales

### POLLUTION DE L'AIR ET DÉFAVORISATION SOCIALE DANS LES 4 GRANDES AGGLOMÉRATIONS D'OCCITANIE

Parmi les déterminants intermédiaires ou déterminants sociaux de la santé, en marge des comportements et dans le prolongement des expositions professionnelles, les expositions environnementales, connues pour être des déterminants de santé, peuvent être avancées comme contributeur à l'état de santé lié à la situation sociale. Ce lien pourrait aboutir soit à un simple cumul des expositions environnementales et de défavorisation sociale, soit à un effet modificateur du niveau de défavorisation sociale sur le lien entre les expositions environnementales et l'état de santé. Ainsi, si cet effet modificateur existe, on peut faire l'hypothèse que soit la défavorisation sociale augmente la probabilité ou l'intensité des expositions environnementales défavorables à la santé, soit que cette défavorisation sociale augmente la vulnérabilité aux expositions environnementales. Dans le cadre des travaux du programme Equit'aréa, une association a été observée en première approche entre les concentrations de NO<sub>2</sub> à l'échelle de l'IRIS sur l'agglomération lilloise et l'indice de défavorisation élaboré (1). Sans préjuger du 2<sup>e</sup> type d'effet modificateur, l'augmentation du niveau d'exposition avec le niveau de défavorisation semble confirmée dans cette étude.

#### ⊙ EN OCCITANIE

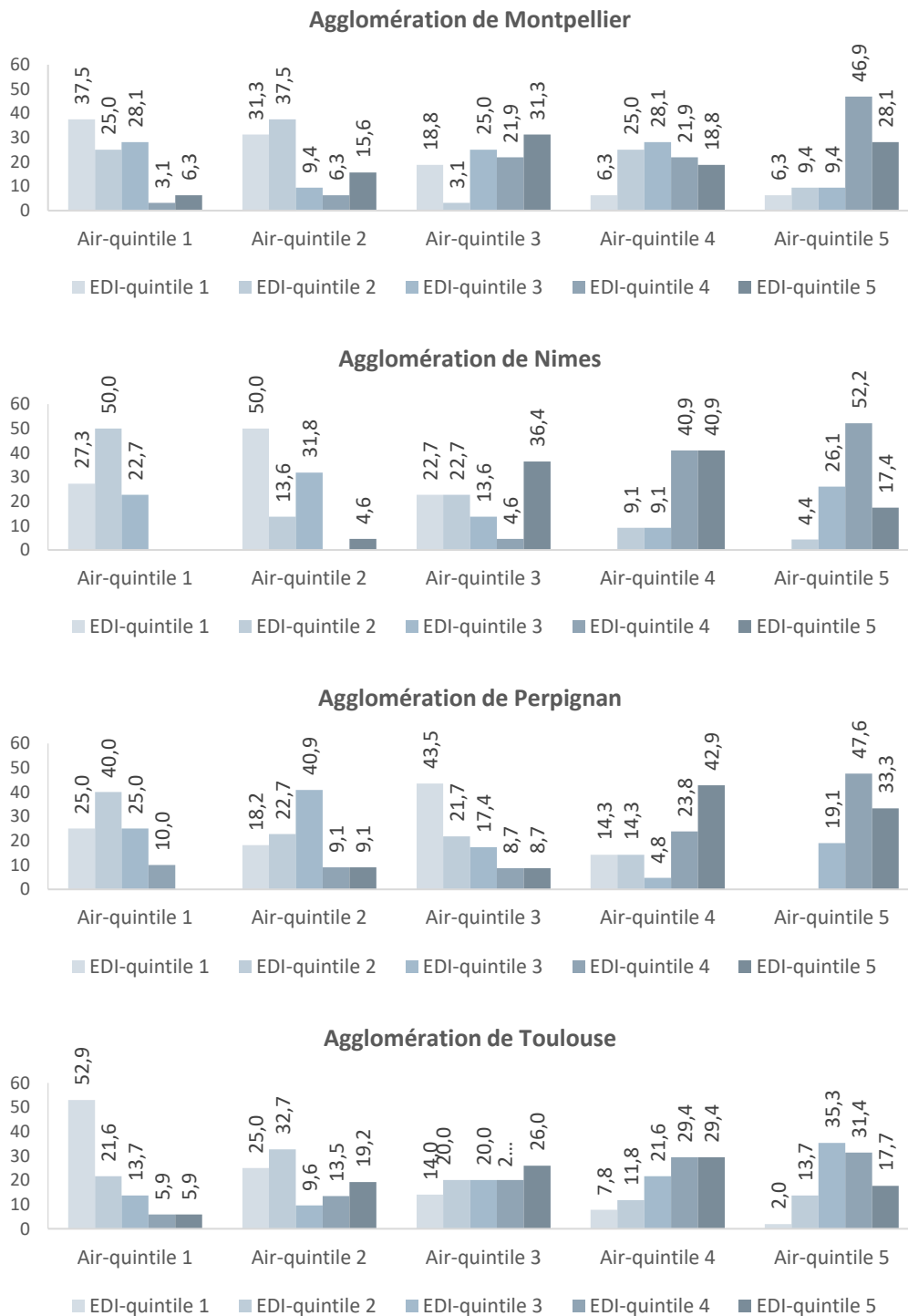
Dans le cadre de la caractérisation des disparités environnementales pouvant avoir un impact sur la santé, un travail spécifique a été réalisé pour les quatre grandes agglomérations de la région (2).

Un indice de qualité de l'air a été construit à partir des émissions de PM<sub>2,5</sub>, de la part de population exposée plus de 35 jours par an à plus de 50 µg/m<sup>3</sup> de PM<sub>10</sub> et de la part de population exposée à une concentration moyenne annuelle de NO<sub>2</sub> supérieure à 40 µg/m<sup>3</sup>. Cet indice a ensuite été estimé pour chaque IRIS des agglomérations de Toulouse, Montpellier, Perpignan et Nîmes et, pour chaque agglomération, les IRIS ont été répartis en quintiles selon leur niveau d'exposition à la pollution atmosphérique, le quintile supérieur correspondant à l'exposition la plus élevée.

Parallèlement, un indice écologique de défavorisation sociale, a été estimé pour chaque IRIS de ces agglomérations et les IRIS ont également été répartis en quintiles selon leur niveau de défavorisation, le quintile supérieur correspondant à la défavorisation la plus importante (3). Pour chaque agglomération, les répartitions croisées des deux indices figurent dans les histogrammes ci-dessous. Pour Montpellier, Nîmes et Perpignan, et de façon moins marquée pour Toulouse, la part des IRIS correspondant aux EDI les plus défavorisés (quintile 5) est plus importante dans le groupe des IRIS correspondant à la qualité de l'air la plus dégradée (quintiles 4 et 5). Ces résultats sont cohérents avec les observations faites sur l'agglomération lilloise (1).

<sup>7</sup> À partir d'une méthode d'analyse en composantes principales

## Répartition de l'indice écologique de défavorisation sociale (EDI) selon l'indice de qualité de l'air



Source : Disparités environnementales de santé en Occitanie. ORSMIP, 2017

Quintiles calculés à l'échelle de chaque agglomération

EDI : Indice écologique de défavorisation sociale calculé pour chaque IRIS de l'agglomération. Plus le quintile est élevé, plus la défavorisation sociale de l'IRIS est élevée.

Air : Indice de la qualité de l'air calculé pour chaque IRIS de l'agglomération. Plus le quintile est élevé, plus la pollution atmosphérique dans l'IRIS est élevée.

Lecture : Dans l'agglomération de Montpellier, parmi les IRIS les plus défavorisés socialement (quintile 5), 28,1% présentent la pollution atmosphérique la plus élevée de l'agglomération (quintile 5). A l'inverse, parmi les IRIS les plus favorisés (quintile 1), moins de 5% présentent la pollution atmosphérique la plus élevée (quintile 5).

## BIBLIOGRAPHIE

(1) Séverine Deguen " Les inégalités environnementales : concepts et pertinences de préoccupation ", 17<sup>e</sup> journée annuelle de santé publique, 25 & 27 Nov 2013, Montréal, Canada. Disponible à partir de l'URL :

<http://www.equitarea.org/index.php/fr/publications-et-rapports/communications-orales>

(2) Disparités environnementales de santé en Occitanie. ORSMIP, décembre 2017, 49 p. <https://orsmip.org/disparites-environnementales-de-sante-occitanie/>

(3) Pernet C, Delpierre C, Dejardin O et al. Construction of an adaptable European transnational ecological deprivation index: the French version. J Epidemiol Community Health

## 5. Recours aux soins et à la prévention

### INÉGALITÉS SOCIALES DE RECOURS AUX SOINS ET À LA PRÉVENTION DANS LA PARTIE OUEST DE L'OCCITANIE

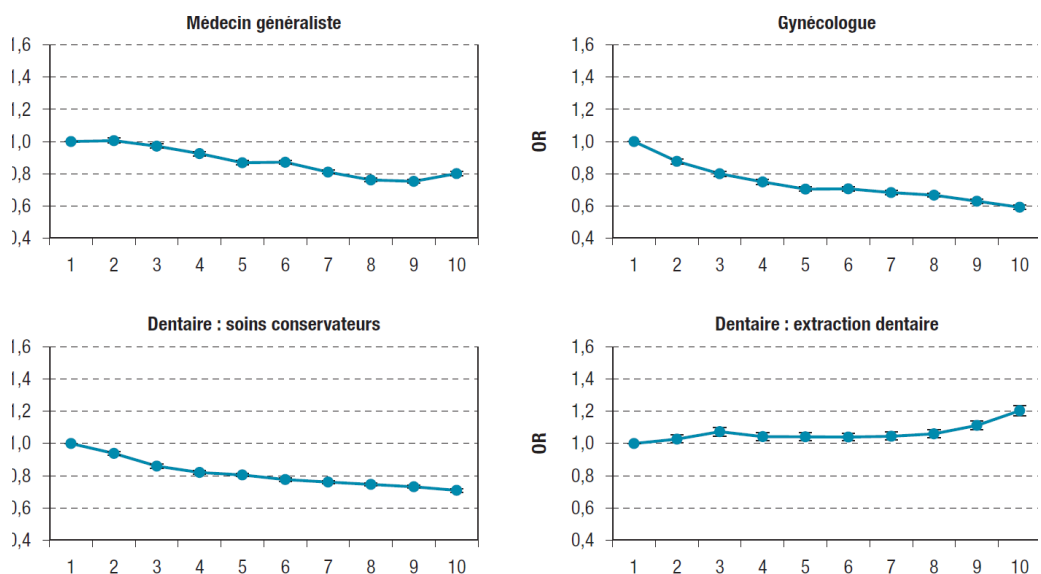
Un recours aux soins primaires qui décroît quand le niveau de défavorisation augmente

L'analyse réalisée dans la partie ouest de l'Occitanie (ex région Midi-Pyrénées) à partir de la base de données régionale de l'assurance maladie et d'un indice de défavorisation (1) met en évidence l'existence d'une association négative entre les niveaux de défavorisation et la fréquence de recours aux soins et à la prévention (ajustée sur l'âge, le sexe et une éventuelle ALD). Cette association prend le plus souvent la forme d'un gradient qui suit la défavorisation, qui est plus ou moins marqué selon les indicateurs de recours aux soins analysés et qui se manifeste dans les graphiques suivants par une diminution régulière de la consommation de soins avec l'augmentation de la défavorisation. Ce gradient ne semble pas se limiter à la frange la plus défavorisée de la population.

Ce lien varie néanmoins en fonction de la nature des indicateurs étudiés. Pour le recours aux soins primaires, la probabilité de recours au médecin généraliste et au gynécologue décroît quand le niveau de défavorisation augmente. Le niveau de prise en charge optimal n'étant pas connu, ce sous-recours important interroge. Il est ainsi difficile de savoir s'il s'agit d'une inégalité ou simplement d'une différence justifiée par des besoins de soins différents entre groupes sociaux.

Le phénomène est identique pour les soins dentaires conservateurs alors que la relation est inversée pour l'extraction dentaire. Ce recours aux dentistes socialement différencié peut suggérer un recours plus tardif aux dentistes des groupes moins favorisés, justifiant une intervention par extraction dentaire et non par un soin conservateur.

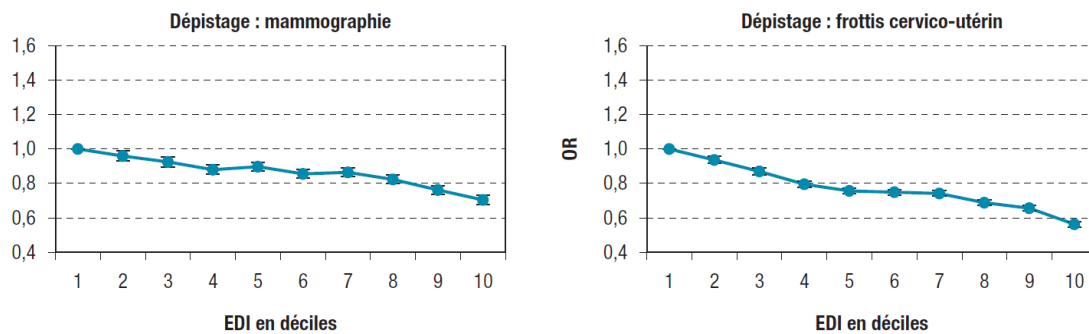
Recours aux soins en fonction du niveau de défavorisation. OddsRatio ajustés sur l'âge, le sexe et l'ALD



## Une diminution régulière du recours au dépistage des cancers avec l'augmentation de la défavorisation

Dans le cas du dépistage il n'existe pas, a priori, de différence de besoins. Pourtant, le taux de recours aux dépistages du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus décroît fortement quand la défavorisation augmente, notamment pour le cancer du col de l'utérus. Le gradient social observé pour le dépistage du cancer du sein est moins marqué en raison peut être des campagnes de dépistage organisé, mais il reste toutefois important.

### Recours aux dépistages du cancer du sein et du col de l'utérus suivant le niveau de défavorisation en Midi-Pyrénées (odds ratios ajustés sur l'âge et le sexe)



#### BIBLIOGRAPHIE

(1) Delpierre C, Fantin R, Chehoud H, Nicoules V, Bayle A, Souche A, et al. Inégalités sociales d'accès aux soins et à la prévention en Midi-Pyrénées, France, 2012. Bull Epidemiol Hebd. 2016;(1):2-8. [http://www.invs.sante.fr/beh/2016/1/2016\\_1\\_1.html](http://www.invs.sante.fr/beh/2016/1/2016_1_1.html)

## DÉPISTAGES VIH ET HÉPATITE ET INÉGALITÉS SOCIALES EN OCCITANIE

### Une pratique des dépistages qui augmente avec le niveau de diplôme mais indépendante du niveau de revenu ou de la CSP

Le Baromètre Santé réalisé en 2016 auprès d'un échantillon de 2 200 occitans a permis d'analyser, en multivarié, certains comportements de dépistage lorsque ceux-ci étaient rapportés suffisamment fréquemment par les personnes âgées de 18 à 75 ans non scolarisées concernées par l'enquête.

Ainsi en Occitanie, toutes choses égales par ailleurs, la part de personnes ayant déjà fait un dépistage de l'infection par le VIH diminue significativement à partir de 55 ans. Entre 65 et 75 ans, cette part est de 33,3 % des répondants. En revanche, cette part augmente significativement avec le niveau de diplôme : 49,2 % des personnes ayant un diplôme de niveau inférieur au Bac, 66,8 % des personnes ayant un diplôme de niveau Bac et 74,6 % de celles ayant un diplôme de niveau supérieur au Bac.

La fréquence de dépistage de l'infection par les virus des hépatites B et C montre les mêmes tendances : une décroissance avec l'âge des répondants et une augmentation avec un niveau de diplôme supérieur au Bac. On observe néanmoins une particularité pour le dépistage de l'hépatite B : le fait de bénéficier d'une couverture santé complémentaire est également associé à une réalisation plus fréquente du test (39,6 % vs 28,5 %).

Parallèlement, pour les trois types de dépistage, la fréquence de réalisation du test n'est pas significativement associée au niveau de revenu ou de la catégorie socioprofessionnelle : ces variables n'ont pas été conservées pour l'analyse multivariée.

#### Facteurs associés au dépistage du VIH parmi les 18-75 ans non scolarisés en Occitanie, 2016

	Dépistage du VIH	
	%	ORa <sup>2</sup>
<b>Ensemble (n = 2 259)</b>	60,8	
Sexe	*1	
Homme (réf)	58,1	1,0
Femme	63,4	1,2
Age	***	
18 - 34 ans (réf)	71,7	1,0
35 - 44 ans	76,5	1,1
45 - 54 ans	69,7	0,9
55 - 64 ans	46,5	0,4***
65 - 75 ans	33,3	0,3***
Taille d'agglomération	ns	
Rurale (réf)	60,0	--
< 20000 habitants	59,9	--
20000 - 99 999 habitants	57,8	--
≥ 100 000 habitants	64,3	--

	Dépistage du VIH	
	%	ORa <sup>2</sup>
Situation familiale	ns	
Vit avec au moins une personne (réf)	60,8	1,0
Vit seul	61,3	1,5**
Niveau de diplôme	***	
< Bac (réf)	49,2	1,0
Bac	66,8	2,0***
> Bac	74,6	2,6***
Revenu par UC	ns	
1er tercile (≤ 1 100€) (réf)	63,6	--
2e tercile (1 100 - 1 799€)	60,9	--
3e tercile (≥ 1 800€)	59,5	--
Statut professionnel	***	
En emploi (réf)	68,4	1,0
Au chômage	66,8	1,0
Retraité	35,2	0,7
Autre inactif	73,3	1,8*
PCS	*	
Agriculteur ; commerçant, artisan, chef d'entreprise	56,6	--
Cadre et prof. Intel. supérieure (réf)	66,0	--
Profession intermédiaire	65,3	--
Employé	60,9	--
Ouvrier	54,4	--
Couverture complémentaire santé	ns	
Non	55,5	--
Oui	61,1	--

<sup>1</sup> Test du khi-deux

<sup>2</sup> Régression logistique : Odds ratio ajusté sur le sexe, l'âge, la situation familiale, le niveau de diplôme et le statut professionnel.  
Réf = modalité de référence

ns = non significatif ; \*p<0,05 ; \*\*p<0,01 ; \*\*\*p<0,001

Source : Baromètre santé 2016 Occitanie – CREAI-ORS Occitanie

### Facteurs associés au dépistage du VHB parmi les 18-75 ans non scolarisés en Occitanie, 2016

	Dépistage du VHB	
	%	ORa <sup>2</sup>
<b>Ensemble (n = 2 202)</b>	<b>39,1</b>	
Sexe	ns <sup>1</sup>	
Homme (réf)	39,3	1,0
Femme	38,9	0,9
Age	***	
18 - 34 ans (réf)	45,8	1,0
35 - 44 ans	49,7	1,0
45 - 54 ans	40,5	0,8
55 - 64 ans	31,3	0,5***
65 - 75 ans	24,9	0,4***

	Dépistage du VHB	
	%	ORa <sup>2</sup>
Taille d'agglomération	*	
Rurale (réf)	33,1	1,0
< 20000 habitants	42,1	1,6**
20000 - 99 999 habitants	37,7	1,3
≥ 100 000 habitants	42,9	1,4*
Situation familiale	ns	
Vit avec au moins une personne (réf)	39,1	--
Vit seul	39,2	--
Niveau de diplôme	***	
< Bac (réf)	33,0	1,0
Bac	37,7	1,1
> Bac	49,7	1,7***
Revenu par UC	ns	
1er tercile (≤ 1 100€) (réf)	36,9	--
2e tercile (1 100 - 1 799€)	40,3	--
3e tercile (≥ 1 800€)	40,5	--
Statut professionnel	***	
En emploi (réf)	42,1	--
Au chômage	45,9	--
Retraité	28,2	--
Autre inactif	39,2	--
PCS	*	
Agriculteur ; commerçant, artisan, chef d'entreprise	36,5	--
Cadre et prof. intellectuelle supérieure (réf)	44,0	--
Profession intermédiaire	44,4	--
Employé	36,3	--
Ouvrier	34,8	--
Couverture complémentaire santé	ns	
Non	28,5	1,0
Oui	39,6	1,9*

1 Test du khi-deux

2 Régression logistique : Odds ratio ajusté sur le sexe, l'âge, la taille d'agglomération, le niveau de diplôme et la couverture complémentaire. Réf = modalité de référence

ns = non significatif ; \*p<0,05 ; \*\*p<0,01 ; \*\*\*p<0,001

Source : Baromètre santé 2016 Occitanie – CREA-ORS Occitanie

Facteurs associés au dépistage du VHC parmi les 18-75 ans non scolarisés en Occitanie, 2016

	Dépistage du VHC	
	%	ORa <sup>2</sup>
<b>Ensemble (n = 2 192)</b>	<b>22,4</b>	
<b>Sexe</b>	ns <sup>1</sup>	
Homme (réf)	21,9	1,0
Femme	22,9	1,1
<b>Age</b>	***	
18 - 34 ans (réf)	34,1	1,0
35 - 44 ans	23,5	0,6**
45 - 54 ans	22,3	0,5***
55 - 64 ans	17,5	0,4***
65 - 75 ans	12,2	0,3***
<b>Taille d'agglomération</b>	**	
Rurale (réf)	15,8	1,0
< 20000 habitants	25,4	1,8***
20000 - 99 999 habitants	23,5	1,6*
≥ 100 000 habitants	25,1	1,5*
<b>Situation familiale</b>	ns	
Vit avec au moins une personne (réf)	21,9	1,0
Vit seul	24,9	1,4*
<b>Niveau de diplôme</b>	ns	
< Bac (réf)	19,3	1,0
Bac	21,4	1,0
> Bac	28,0	1,5**
<b>Revenu par UC</b>	ns	
1er tercile (≤ 1 100€) (réf)	23,7	--
2e tercile (1 100 - 1 799€)	23,9	--
3e tercile (≥ 1 800€)	19,3	--
<b>Statut professionnel</b>	***	
En emploi (réf)	23,2	--
Au chômage	32,4	--
Retraité	14,6	--
Autre inactif	28,4	--
<b>PCS</b>	ns	
Agriculteur ; commerçant, artisan, chef d'entreprise	20,2	--
Cadre et prof. intellectuelle supérieure (réf)	25,2	--
Profession intermédiaire	24,7	--
Employé	20,4	--
Ouvrier	21,1	--
<b>Couverture complémentaire santé</b>	ns	
Non	19,0	--
Oui	22,6	--

1 Test du khi-deux

2 Régression logistique : Odds ratio ajusté sur le sexe, l'âge, la taille d'agglomération, la situation familiale et le niveau de diplôme. Réf = modalité de référence

ns = non significatif ; \*p<0,05 ; \*\*p<0,01 ; \*\*\*p<0,001

Source : Baromètre santé 2016 Occitanie – CREAI-ORS Occitanie

## VACCINATIONS VHB ET DTP ET INÉGALITÉS SOCIALES EN OCCITANIE

**Un taux de vaccination VHB indépendant des caractéristiques sociales mais un taux de vaccination DTP plus faible chez les personnes sans couverture santé complémentaire**

La couverture vaccinale contre l'hépatite B (VHB) diminue fortement avec l'âge à partir de 45 ans, en lien avec la mise en place du vaccin en 1982. À âge identique, les effets des caractéristiques socio-professionnelles n'apparaissent pas significatifs, la vaccination ayant par ailleurs lieu en majorité lors de l'enfance ou l'adolescence.

### Facteurs associés à la vaccination VHB parmi les 18-75 ans non scolarisés en Occitanie, 2016

	Vaccination VHB		
	%	p-value <sup>1</sup>	ORa <sup>2</sup>
<b>Ensemble (n = 2 194)</b>	<b>45,5</b>		
<b>Sexe</b>	<b>*1</b>		
Homme (réf)	42,0		1,0
Femme	48,7		1,3*
<b>Age</b>	<b>***</b>		
18 - 34 ans (réf)	72,3		1,0
35 - 44 ans	64,4		0,6*
45 - 54 ans	36,4		0,2***
55 - 64 ans	33,7		0,2***
65 - 75 ans	16,8		0,1***
<b>Taille d'agglomération</b>	<b>ns</b>		
Rurale (réf)	43,3		1,0
< 20000 habitants	44,9		1,2
20000 - 99 999 habitants	47,8		1,4*
≥ 100 000 habitants	46,8		1,1
<b>Situation familiale</b>	<b>***</b>		
Vit avec au moins une personne (réf)	48,5		1,0
Vit seul	32,0		0,7**
<b>Niveau de diplôme</b>	<b>***</b>		
< Bac (réf)	39,6		--
Bac	49,5		--
> Bac	51,9		--
<b>Revenu par UC</b>	<b>ns</b>		
1er tercile (≤ 1 100€) (réf)	47,2		--
2e tercile (1 100 - 1 799€)	48,0		--
3e tercile (≥ 1 800€)	41,6		--

	Vaccination VHB	
	%	p-value <sup>1</sup> ORa <sup>2</sup>
Statut professionnel	***	
En emploi (réf)	52,7	--
Au chômage	53,4	--
Retraité	23,8	--
Autre inactif	44,6	--
PCS	*	
Agricult., commerçant, artisan, chef d'entreprise	34,7	--
Cadre et prof. intellectuelle supérieure (réf)	44,0	--
Profession intermédiaire	47,7	--
Employé	49,0	--
Ouvrier	42,3	--
Couverture complémentaire santé	ns	
Non	42,8	1,0
Oui	45,8	2,1*

1 Test du khi-deux

2 Régression logistique : Odds ratio ajusté sur le sexe, l'âge, la taille d'agglomération, la situation familiale et la couverture santé.

Réf = modalité de référence

ns = non significatif ; \*p<0,05 ; \*\*p<0,01 ; \*\*\*p<0,001

Source : Baromètre santé 2016 Occitanie – CREAI-ORS Occitanie

La fréquence d'une vaccination à jour contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite (DTP) diminue également à partir de 55 ans. Toutes choses égales par ailleurs, on observe également qu'une vaccination DTP à jour est significativement moins fréquente chez les personnes vivant seules et chez les personnes sans couverture santé complémentaire.

#### Facteurs associés à la vaccination DTP parmi les 18-75 ans non scolarisés en Occitanie, 2016

	Vaccination DTP à jour (certain ou probablement)	
	%	ORa <sup>2</sup>
<b>Ensemble (n = 2 194)</b>	<b>81,7</b>	
Sexe	ns	
Homme (réf)	82,1	1,0
Femme	81,3	0,9
Age	***	
18 - 34 ans (réf)	83,4	1,0
35 - 44 ans	89,7	1,4
45 - 54 ans	87,9	1,3
55 - 64 ans	74,0	0,5**
65 - 75 ans	70,9	0,5**
Taille d'agglomération	ns	
Rurale (réf)	83,5	--
< 20000 habitants	82,7	--
20000 - 99 999 habitants	80,1	--
≥ 100 000 habitants	80,1	--

	Vaccination DTP à jour (certain ou probablement)	
	%	ORa <sup>2</sup>
<b>Situation familiale</b>	<b>***</b>	
Vit avec au moins une personne (réf)	84,2	1,0
Vit seul	69,9	0,5***
<b>Niveau de diplôme</b>	<b>**</b>	
< Bac (réf)	78,7	1,0
Bac	85,2	1,5*
> Bac	83,9	1,1
<b>Revenu par UC</b>	<b>*</b>	
1er tercile (≤ 1 100€) (réf)	79,5	1,0
2e tercile (1 100 - 1 799€)	85,2	1,5*
3e tercile (≥ 1 800€)	80,0	1,0
<b>Statut professionnel</b>	<b>***</b>	
En emploi (réf)	85,9	--
Au chômage	78,1	--
Retraité	72,3	--
Autre inactif	78,7	--
<b>PCS</b>		
Agriculteur ; commerçant, artisan, chef d'entreprise	76,6	--
Cadre et prof. intellectuelle sup. (réf)	80,9	--
Profession intermédiaire	84,2	--
Employé	82,8	--
Ouvrier	79,6	--
<b>Couverture complémentaire santé</b>	<b>***</b>	
Non	63,9	1,0
Oui	82,8	2,9***

1 Test du khi-deux

2 Régression logistique : Odds ratio ajusté sur le sexe, l'âge, la situation familiale, le niveau de diplôme, le revenu par UC et la couverture santé. Réf = modalité de référence

ns = non significatif ; \*p<0,05 ; \*\*p<0,01 ; \*\*\*p<0,001

Source : Baromètre santé 2016 Occitanie – CREA-ORS Occitanie

## 6. Inégalités de santé : une construction précoce

Avant même la naissance de l'enfant, les inégalités de prévention au cours de la grossesse sont en lien avec la situation sociale des parents. Les enquêtes périnatales en France mettent bien en évidence le gradient social dans les différentes dimensions du suivi prénatal (moins de consultations prénatales pour les femmes les plus défavorisés, moins bon suivi échographique, plus d'hospitalisations), et pour les différents facteurs de risque (consommation de tabac plus fréquente chez les femmes les plus défavorisées, plus de grossesses précoces, conditions de travail difficiles souvent plus fréquentes) (1).

Dès lors, les inégalités sociales de santé de l'enfant apparaissent dès la naissance : prématurité, faible poids de naissance (2) et se creusent durant l'enfance.

Les enquêtes sur la santé réalisées à l'école au moment des bilans montrent que de fortes inégalités sociales existent dès l'âge de 5-6 ans en termes de surpoids et de santé bucco-dentaire mais aussi en termes de repérage précoce de troubles sensoriels (3).

Ces inégalités soulèvent des questions spécifiques. Elles échappent à toute logique de responsabilité individuelle et peuvent sembler d'autant plus intolérables. En l'absence de facteur professionnel, elles témoignent de l'importance des facteurs économiques et sociologiques et apparaissent ainsi inextricablement liées aux conditions de vie des enfants et de leurs parents (4).

### 📍 EN OCCITANIE

Un dispositif de surveillance des indicateurs de santé des élèves (Infiscol), a été mis en place dans l'Académie de Toulouse. Il permet notamment le suivi de trois indicateurs de santé : vaccination ROR, surcharge pondérale et caries non traitées, marqueurs des inégalités sociales de santé dès le plus jeune âge (5). Le dispositif inclut les élèves de grande section de maternelle (GSM) et de sixième, bien que nous ne présentions ici que les résultats des GSM. Les dernières analyses mettent bien en évidence l'existence d'un gradient social pour les marqueurs de santé étudiés, avec une prévalence plus élevée pour les trois indicateurs chez les élèves scolarisés dans des zones socialement défavorisées, en particulier pour la santé bucco-dentaire. L'influence des modes de vie (activités, nutrition...) a également pu être mise en évidence.

### MÉTHODE

Le projet de recueil de données de santé « Infiscol » a été mis en place en 2012-2013 à l'initiative du service infirmier du rectorat de l'Académie de Toulouse et avec le soutien de l'ARS Occitanie. Il est conduit et coordonné par le Service Infirmier du Rectorat et l'Observatoire Régional de la Santé Midi-Pyrénées.

Ce dispositif poursuit différents objectifs à l'échelle individuelle et collective. Sur le plan de l'action individuelle, chaque élève de grande section de maternelle et de sixième bénéficie d'un bilan de santé. Cela contribue à améliorer le repérage et la prise en charge des élèves présentant un problème de santé. Il s'agit aussi d'un temps d'échange qui doit permettre à chaque élève d'augmenter ses connaissances en matière de santé. Sur le plan collectif, il vise à améliorer les connaissances sur la santé des jeunes sur le territoire afin de contribuer à la définition et au suivi de la politique régionale de santé en leur faveur, en particulier sur le versant de la prévention et de l'éducation.

La démarche repose sur l'analyse et la valorisation des informations recueillies par les personnels infirmiers, au cours des bilans annuels réalisés sur la totalité de deux classes d'âge.

## FACTEURS ASSOCIÉS À LA SURCHARGE PONDÉRALE DES ÉLÈVES DE GSM

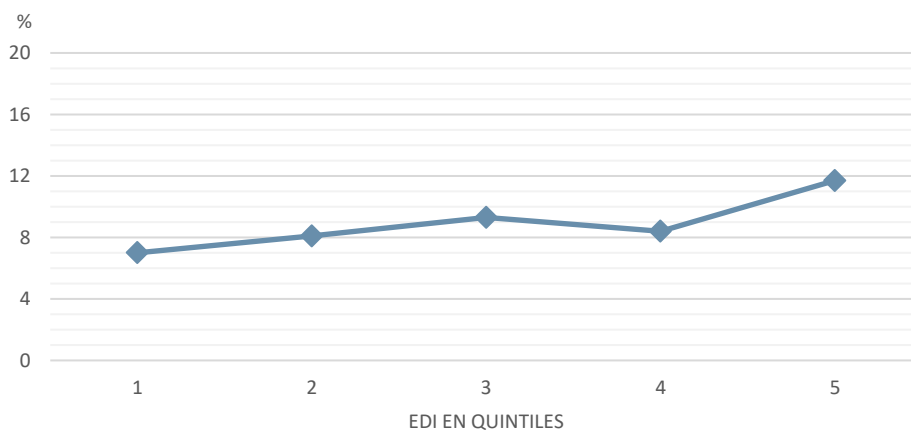
Le milieu social des territoires où sont situés les établissements scolaires a été intégré à cette étude à travers deux variables : l'indice écologique de défavorisation (EDI) où sont situés les établissements scolaires et le classement des établissements en zone prioritaire (REP). Ces facteurs fournissent une estimation des caractéristiques socioéconomiques individuelles des enfants et du contexte dans lequel ils sont scolarisés. Ainsi, **la prévalence de la surcharge pondérale est significativement plus importante pour les élèves scolarisés dans des écoles implantées dans les IRIS les plus défavorisés** par rapport à ceux scolarisés dans des écoles situées dans les IRIS les moins défavorisés. Le fait d'être scolarisé dans un REP n'apporte pas d'explication supplémentaire pour les GSM, les établissements REP étant principalement situés dans les IRIS en quintile 5 de l'EDI (72 %).

En plus du milieu social, d'autres facteurs individuels apparaissent également liés à la prévalence de la surcharge pondérale en GSM.

Les filles sont plus fréquemment en surcharge pondérale que les garçons. Par ailleurs, la prévalence est plus élevée pour les enfants vivant dans une famille monoparentale plutôt qu'avec leurs deux parents ainsi que pour ceux ne prenant pas de petit-déjeuner.

Les types d'activités sont également en lien avec le taux d'enfants en surcharge pondérale. Ainsi, les élèves de GSM pratiquant une activité sportive ont une probabilité plus faible d'être en surcharge pondérale. À l'inverse, le fait de posséder une console de jeu portable mais surtout d'avoir une télévision et/ou un ordinateur dans sa chambre sont associés à une prévalence de la surcharge pondérale plus élevée.

### Surcharge pondérale en fonction du niveau de défavorisation chez les élèves de GSM



Source : Infiscol 2016-2017, ORSMIP

Les facteurs associés aux indicateurs de santé sélectionnés des élèves de GSM

2016-2017	Surcharge pondérale (surpoids ou obésité)		Absence de vaccination ROR à jour		Au moins une carie dentaire non traitée	
	%	ORa <sup>1</sup>	%	ORa <sup>1</sup>	%	ORa <sup>1</sup>
<b>Ensemble des élèves</b>	<b>8,8</b>		<b>11,3</b>		<b>8,7</b>	
<b>Sexe</b>						
Garçon	7,6	Réf	11,4	Réf	8,9	Réf
Fille	10,0	1,5***	11,3	1,0	8,6	0,9
<b>Situation familiale</b>						
Famille (2 parents)	8,4	Réf	10,6	Réf	8,3	Réf
Famille monoparentale	12,0	1,4**	17,2	1,7***	13,4	1,5***
Famille recomposée	8,6	0,9	13,1	1,2	5,9	0,6*
Autre situation	8,6	1,1	15,0	1,5	12,8	1,7*
<b>Régime scolaire</b>						
Demi-pensionnaire (ou interne)	8,5	Réf	--	--	7,8	Réf
Externe	10,1	1,0	--	--	14,5	1,6***
<b>Prise du petit-déjeuner</b>						
Oui	8,6	Réf	--	--	8,5	Réf
Non	12,7	1,6**	--	--	14,5	1,6***
<b>Pratique d'une activité sportive extrascolaire</b>						
Oui	7,8		--	--	--	--
Non	9,4	1,2*	--	--	--	--
<b>TV et/ou ordinateur dans la chambre</b>						
Non	8,2		--	--	--	--
Oui	11,8	1,4***	--	--	--	--
<b>Console de jeu portable</b>						
Non	8,0	Réf	--	--	--	--
Oui	9,5	1,2*	--	--	--	--
<b>Taille d'unité urbaine (TUU)</b>						
Unité urbaine de Toulouse	--	--	9,3	Réf	--	--
Urbain (< 100 000 habitants)	--	--	11,5	1,3**	--	--
Rural	--	--	13,4	1,7***	--	--
<b>Indice écologique de défavorisation<sup>2</sup></b>						
1 <sup>er</sup> quintile	7,0	Réf	9,9	Réf	4,5	Réf
2 <sup>e</sup> quintile	8,1	1,2	10,8	1,1	6,1	1,4**
3 <sup>e</sup> quintile	9,3	1,3*	10,7	1,1	7,4	1,6***
4 <sup>e</sup> quintile	8,4	1,2	12,9	1,3**	9,9	2,1***
5 <sup>e</sup> quintile	11,7	1,6***	12,9	1,5***	17,6	3,5***
<b>Réseau d'éducation prioritaire (REP)</b>						
Non	8,5	Réf	11,2	Réf	7,8	Réf
Oui	11,7	1,2	12,9	1,1	20,5	1,6***

<sup>1</sup> Régression logistique : OR : Odds ratio ajusté sur les variables du tableau. Réf : modalité de référence

\* p<0,05 ; \*\* p<0,01 ; \*\*\* p<0,001

<sup>2</sup> Distribution nationale de l'indice de défavorisation en quintile. Le premier quintile correspond aux zones les moins défavorisées et le cinquième aux territoires les plus défavorisés.

Source : Infiscol 2016-2017, ORSMIP

**Lecture du tableau** : A autres caractéristiques prises en compte identiques, le risque d'être en surcharge pondérale pour une fille de grande section de maternelle est 1,5 fois plus élevé par rapport à un garçon.

## FACTEURS ASSOCIÉS À L'ABSENCE DE VACCINATION ROR EN GSM

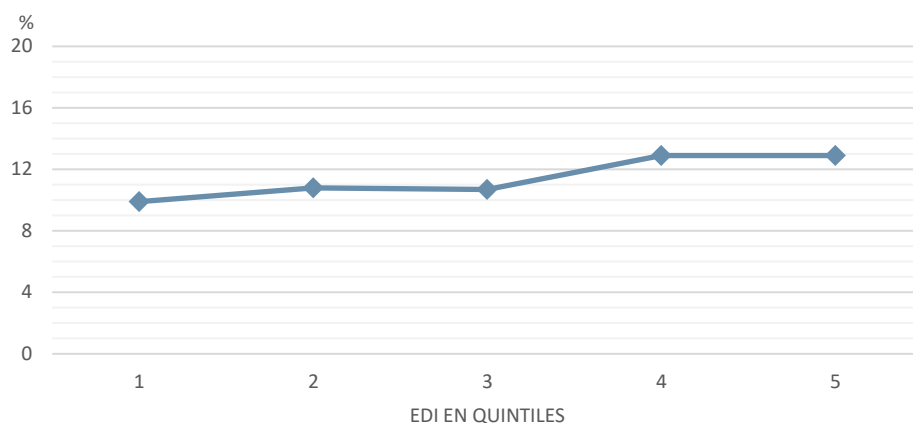
À partir des données disponibles, l'analyse suivante a cherché à identifier des facteurs expliquant l'absence de vaccination ROR des élèves de GSM. Il faut toutefois rappeler que d'autres informations peuvent expliquer cette absence de vaccination mais ne sont pas disponibles pour cette étude.

L'absence de vaccination apparaît en relation croissante avec la défavorisation sociale, à travers l'indice écologique de défavorisation. La probabilité de ne pas être vacciné augmente significativement dans des établissements scolaires situés dans les IRIS les plus défavorisées.

Par ailleurs, le risque de ne pas se faire vacciner est également plus important pour les élèves scolarisés dans une zone rurale.

Enfin, le fait de vivre dans une famille monoparentale plutôt qu'avec ses deux parents augmente le risque de ne pas être vacciné.

### Absence de vaccination ROR en fonction du niveau de défavorisation chez les élèves de GSM



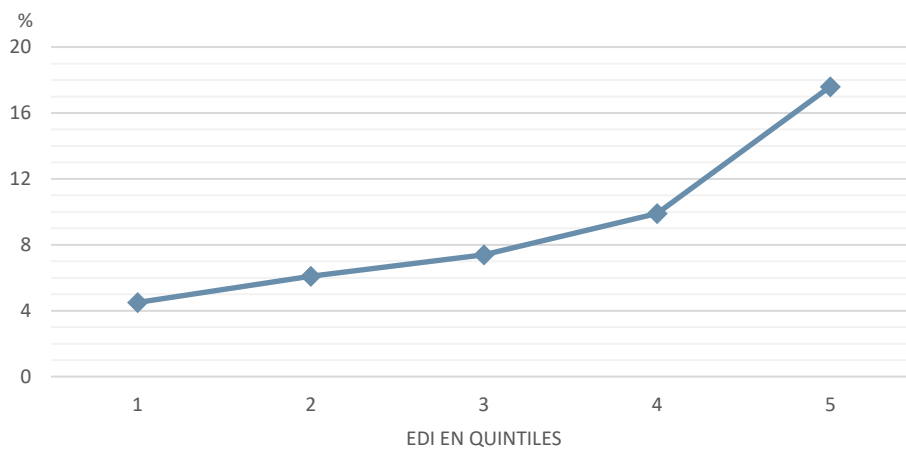
Source : Infiscol 2016-2017, ORSMIP

## FACTEURS ASSOCIÉS LA PRÉSENCE D'AU MOINS UNE CARIE DENTAIRE NON TRAITÉE POUR LES ÉLÈVES DE GSM

Les caries dentaires non traitées restent un indicateur fort d'inégalités sociales. L'analyse réalisée cherche à identifier les différents indicateurs sociodémographiques, économiques et de comportements alimentaires en lien avec la présence de caries dentaires non traitées. Par ailleurs, il faut rappeler que le risque de développer des caries dentaires est fortement corrélé à l'hygiène bucco-dentaire : 12,2% des GSM qui se brossent les dents moins de 2 fois par jour avaient des caries dentaires lors de la consultation, contre 6,0% des GSM qui se brossent les dents au moins deux fois par jour.

Les caractéristiques sociales apparaissent corrélées avec la santé bucco-dentaire, principalement à travers l'indice écologique de défavorisation. Ainsi, chez les élèves de GSM, le risque de caries dentaires non traitées est multiplié par 3,5 dans une école des territoires les plus défavorisés par rapport à une école des zones les plus favorisées. Le fait d'être scolarisé en établissement d'éducation prioritaire (REP) accroît d'autant plus ce risque. Excepté pour les élèves de GSM en famille recomposée, les élèves ont également plus de risque d'avoir des caries dentaires lorsqu'ils ne vivent pas avec leurs deux parents. Enfin, au niveau de l'alimentation, les élèves mangeant à leur domicile le midi présentent plus de risque d'avoir des caries non traitées, de même que les enfants ne prenant pas de petit-déjeuner.

### Caries dentaires non traitées en fonction du niveau de défavorisation chez les élèves de GSM



Source : Infiscol 2016-2017, ORSMIP

### BIBLIOGRAPHIE

- (1) Vilain et coll. Surveillance de la grossesse en 2010 : des inégalités socio-démographiques. Études et résultats, 2013, n°848 :6. <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er848.pdf>
- (2) Blondel B, Kermarrec M. Enquête nationale périnatale 2010 : les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. Paris: Inserm, Drees; 2011. 132 p. [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les\\_naissances\\_en\\_2010\\_et\\_leur\\_evolution\\_depuis\\_2003.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf)
- (3) Guignon N., Collet M., Gonzalez L., 2010, " La santé des enfants en grande section de maternelle en 2005-2006 ", Études et Résultats, DREES, n°737, septembre <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er737-3.pdf>
- (4) DE SAINT POL T. Les inégalités sociales de santé commencent dès le plus jeune âge. La santé en action, décembre 2013 n°426. <http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/pdf/sante-action-426.pdf>
- (5) La santé des élèves de l'académie de Toulouse. Le dispositif INFISCOL. Résultats 2016-2017. ORSMIP, décembre 2017. [https://www.ormip.org/tlc/ExploitationInfiscol\\_Dec2017.pdf](https://www.ormip.org/tlc/ExploitationInfiscol_Dec2017.pdf)

## Synthèse des informations disponibles et recommandations

L'analyse de l'état de santé de la population par le Haut Comité de Santé publique (HCSP) (1) a confirmé que les inégalités sociales et territoriales de santé demeurent à des niveaux élevés en France. La Stratégie nationale de santé (2018-2022) a réaffirmé combien chaque objectif national de santé doit contribuer à la lutte contre ces inégalités (2). Le Projet régional de santé (PRS) en Occitanie s'inscrit dans cette stratégie et porte une ambition : « mieux prendre en compte les besoins des personnes les plus vulnérables et agir plus efficacement pour réduire les ISS ou au moins ne pas les aggraver » (3).

Dans une perspective de suivi et de bilan de la politique régionale de santé, et plus particulièrement de l'évolution de ces inégalités sociales de santé, ce rapport rassemble l'ensemble des indicateurs disponibles témoignant de l'importance des inégalités sociales et territoriales de santé en Occitanie et des différents déterminants qui interviennent dans la production de ces inégalités.

Nous rappelons ici les principaux résultats issus de ces différents travaux, mais nous en soulignons aussi les limites afin de dégager des recommandations pour renforcer la capacité de mesurer les inégalités en Occitanie. Cette mesure est en effet un préalable à l'action et la première traduction de l'objectif d'une réduction des ISS (4).

### LES MARQUES DES ISS ET DE LEURS DÉTERMINANTS EN OCCITANIE

#### ► Des inégalités sociales et territoriales face à la mort bien présentes

En France, pour un âge donné, la probabilité de décéder diminue avec l'augmentation du niveau social. L'Occitanie est une région où l'espérance de vie à la naissance est l'une des plus élevées en France mais cette valeur régionale masque de fortes disparités. Certains bassins de vie affichent une surmortalité prématurée (avant 65 ans) significative. La corrélation entre pauvreté et mortalité prématurée est forte dans les bassins de vie les plus peuplés de la région. Mais au-delà du seuil de pauvreté, comme dans le reste de la France, l'importance de la mortalité prématurée dans la région, notamment chez les hommes, se caractérise par un fort gradient social. Ce gradient social est observé pour l'ensemble des causes de décès et notamment les deux principales : les cancers et les maladies cardiovasculaires. Les inégalités sociales de mortalité ne concernent donc pas uniquement les populations les plus précaires mais bien l'ensemble du corps social.

### ► Des inégalités sociales face à la maladie mesurables

En France, le réseau des registres des cancers (Francim) a mis en évidence une incidence significativement croissante avec le niveau de défavorisation sociale pour certains cancers, notamment les cancers des voies aérodigestives supérieures, du poumon, du foie, de l'estomac et du col utérin.

Par ailleurs, la prévalence du diabète traité en France augmente en fonction de l'indice territorial de désavantage social.

Les liens entre difficultés socioéconomiques et santé mentale ont aussi été bien établis dans la région. Deux indicateurs de santé mentale issus des études régionales témoignent d'une fréquence plus élevée des problèmes de santé mentale dans les groupes sociaux les moins favorisés : le risque de détresse psychologique dans le Baromètre Santé 2016 en Occitanie et la consommation de psychotropes à partir des bases de données régionales de l'assurance maladie.

### ► Des délais de diagnostic, des recours aux soins et des recours à la prévention impactés par les déterminants sociaux

L'étude des registres du cancer de l'Hérault et du Tarn montre que le risque d'avoir un cancer diagnostiqué à un stade déjà évolué augmente avec le niveau de défavorisation des patients. La force du lien entre défavorisation et stade déjà évolué au moment du diagnostic varie en fonction des cancers et elle est particulièrement importante pour le cancer rectocolique et le cancer du col de l'utérus.

L'étude réalisée dans la partie ouest d'Occitanie, à partir des bases de l'assurance maladie, montre que le suivi médical du diabète par un spécialiste est meilleur dans la métropole toulousaine que dans les autres aires urbaines, et que l'on observe au sein de cette métropole un gradient social important de recours aux soins ophtalmologiques.

De façon plus générale, cette étude met bien en évidence l'association entre niveau de défavorisation et fréquence de recours aux soins et à la prévention. Cette association se manifeste par une diminution régulière de la consommation de soins avec l'augmentation de la défavorisation, particulièrement nette pour les recours aux dépistages.

### ► Une analyse des comportements de santé selon la catégorie sociale qui permet de mieux comprendre les mécanismes en jeu

Les indicateurs des comportements de santé, issus du Baromètre Santé 2016 en Occitanie, ont été analysés en fonction de différentes variables sociales individuelles : le niveau d'études, le revenu, le statut d'activité et la catégorie socioprofessionnelle. Ces variables sont différemment associées aux indicateurs de comportements. Le niveau d'éducation est le facteur qui paraît avoir le plus d'effet sur le risque de consommation quotidienne de tabac, sur la surcharge pondérale, sur le dépistage et la vaccination. La CSP est associée de manière plus forte à l'activité physique et aux violences sexuelles tandis que le revenu est davantage associé à la consommation de cannabis. Aucune variable sociale n'est associée à la consommation d'alcool. L'ensemble de ces résultats montrent bien que les mécanismes en jeu derrière ces différents indicateurs de la position socio-économique ne sont pas les mêmes et doivent être pris en compte dans la définition des actions de prévention.

### ► Des métiers qui exposent à des facteurs de risque professionnels et qui contribuent aux inégalités sociales de santé

L'état des lieux santé travail réalisé en 2017 (5) dans la région permet d'apprécier l'importance et la répartition des métiers exposés à certaines conditions de travail à risque et notamment les métiers multi exposés que sont en particulier les cuisiniers, les aides-soignants, les employés de la restauration. Ces métiers appartiennent tous aux catégories socioprofessionnelles des ouvriers ou employés et ces résultats illustrent combien les expositions professionnelles ont une répartition socialement distribuée et contribuent aux inégalités sociales de santé.

### ► Un lien entre pollution de l'air et défavorisation sociale dans les grandes agglomérations de la région bien mis en évidence

Les expositions environnementales sont bien connues pour être des déterminants de santé et leurs répartitions territoriales peuvent suivre les gradients géographiques de la défavorisation sociale. Dans les grandes agglomérations occitanes, l'étude sur la caractérisation des disparités environnementales permet de confirmer l'augmentation du niveau d'exposition à une mauvaise qualité de l'air avec le niveau de défavorisation de l'IRIS de résidence.

### ► La construction des ISS dès l'enfance

Les ISS se construisent dès les premières années de la vie et leurs conséquences ne seront qu'en partie réversibles. Le dispositif de surveillance de la Santé des élèves mis en place dans la partie ouest de la région (Infiscol) permet d'apprécier l'importance et l'évolution du gradient social de santé pour trois marqueurs de santé : la surcharge pondérale, les caries non traités et la vaccination ROR.

## LES LIMITES DE LA MESURE DES ISS EN OCCITANIE

À défaut d'indicateurs standardisés pour mesurer les ISS et d'informations sociales individuelles dans les bases médicales et/ou médico-administratives, notre analyse régionale repose sur un mélange d'indicateurs sociaux individuels et écologiques variés, qui mesurent des choses différentes.

Les résultats qui sont issus des études utilisant des indices écologiques géographiques de la défavorisation (EDI des zones de résidence), à la place d'indices individuels, ont notamment tendance à réduire l'étendue des gradients sociaux car ce proxy intègre le risque d'attribuer à tort à un individu donné, le niveau social de sa zone de résidence qui peut être différent de son niveau social réel.

L'impact de ces inégalités socio-économiques dans chacun des déterminants de la santé (comportements, expositions professionnelles et environnementales, système de soins) varie en fonction des indicateurs de santé étudiés, des territoires et du contexte. Ces différences d'impact traduisent bien comment les mécanismes de construction des inégalités de santé sont multiples, complexes et reliés entre eux.

Les comportements individuels, plus facilement accessibles à la prévention, y prennent de fait une place relativement importante. Cela peut amener à focaliser les actions de prévention sur la responsabilité individuelle en lui attribuant alors un poids disproportionné dans la genèse des inégalités de santé alors que nous ne disposons que de peu de prise sur les déterminants matériels liés au logement, aux conditions de travail, ou encore sur les adversités survenues depuis l'enfance par exemple.

Les disparités de santé au sein des territoires en Occitanie sont importantes. Au-delà de la situation sociale des individus, la situation territoriale en tant que telle joue aussi sur les inégalités de santé mais cette dimension reste encore insuffisamment documentée.

Ce bilan témoigne enfin du manque de données concernant certaines populations encore trop peu étudiées : enfants, population dépendante, population avec troubles psychiatriques, population avec un handicap...

## **LA COMPLEXITÉ DES ISS : RECOMMANDATIONS POUR MIEUX LES COMPRENDRE ET LES MESURER EN OCCITANIE**

Les inégalités sociales de santé en Occitanie sont importantes alors même que l'espérance de vie y est élevée. Cet apparent « paradoxe » est notamment le fruit d'une politique publique fondée sur l'égalité et centré sur une amélioration globale des indicateurs sans prendre en compte l'existence d'un gradient social de santé.

Comme le montre l'ensemble des études et recherches sur les ISS, actuellement de nombreux déterminants interviennent pour constituer le gradient social de santé sans que l'on puisse expliquer complètement la part et le rôle de chacun (6, 7, 8, 9).

La persistance des inégalités sociales de santé a de fait des causes multiples : – différences d'exposition aux facteurs de risque, en particulier dans le domaine du travail et de l'environnement ; – accélération du vieillissement physiologique corrélée avec la dureté des conditions sociales d'existence des individus ; – impact des habitudes de classe en matière d'alimentation et d'hygiène de vie ; – aptitude socialement différenciée à pouvoir intégrer et mettre en œuvre des informations d'ordre préventif notamment en matière de soins ; – impact des différentes attitudes des professionnels de santé en fonction de l'appartenance sociale des patients ; – effet cumulatif entre position objective délétère dans l'échelle sociale et fragilisation par des éléments subjectifs susceptibles de renforcer les handicaps sociaux et économiques.

Dès lors, il semble bien que l'effort à mener pour tenter de réduire les inégalités sociales de santé ne concerne pas uniquement la question de l'accès aux soins, pas plus qu'il ne doit s'exercer uniquement en direction de populations ciblées (par exemple, la grande précarité), ni vis-à-vis des comportements individuels.

Dans ce contexte et pour le suivi des politiques de santé mises en place en Occitanie, plusieurs axes de développement ou de renforcement de différents systèmes d'information sur la région peuvent être proposés, répondant aux recommandations qui sont faites à la lumière des résultats d'études et des travaux de recherche pour réduire les ISS.

### ► **La priorité à donner aux politiques de santé de l'enfance**

Classer comme prioritaires les politiques de l'enfance est une de ces premières recommandations car les ISS se construisent dans les premières années de la vie.

La mesure et le suivi des ISS en Occitanie dans cette tranche d'âge suppose de pérenniser et de développer un dispositif de surveillance de type Infiscol. Malheureusement, pour diverses raisons, ce dernier n'a pas pu se déployer sur la partie Est de la région et est interrompu dans la partie Ouest.

### ► **La santé au travail**

C'est un des champs du système de santé prioritaires tant les expositions professionnelles sont socialement différenciées. Le lien entre santé au travail et santé publique est d'ailleurs un axe explicite (axe 6) du Plan Régional Santé Travail 3 – 2016-2020.

La position individuelle dans la classification PCS (professions et catégories socio-professionnelles) 2003 est un indicateur de la situation socioéconomique, comme le niveau de revenus ou le niveau de diplôme. Parallèlement, le taux d'incidence des déclarations d'inaptitudes au poste de travail peut être considéré comme un indicateur de santé de la population en emploi et son évolution est accessible à la prévention.

Aussi, dans le cadre du PRST3, un système de surveillance épidémiologique des inaptitudes va être expérimenté (projet IODA) pour l'ensemble des salariés du secteur privé suivis par un service interentreprises de santé au travail, et pour l'ensemble de la région. Les taux d'incidence d'inaptitude selon la pathologie en cause et la PCS devraient permettre de mesurer ce type d'inégalités sociales de santé, d'élaborer des actions de prévention et d'évaluer celles-ci.

### ► **La prise en compte des caractéristiques sociales et d'un environnement favorable à la santé dans les programmes de promotion de la santé**

Les politiques publiques qui visent la modification des comportements doivent cibler l'individu en tenant compte de ses caractéristiques sociales et de ses conditions de vie.

Le suivi de ces comportements dans la région à travers des « Baromètres Santé » et leur analyse suivant les différentes variables sociales peuvent participer à l'élaboration et à l'évaluation des politiques de prévention comportementale mises en place en Occitanie.

Le niveau d'étude et de diplôme, qui joue un rôle majeur dans certains comportements de santé et dans la persistance des ISS, devrait pouvoir faire l'objet d'un recueil systématique lors de la mise en place des différents programmes de prévention afin d'apprécier le ciblage et l'impact de ces actions.

Mais les actions de promotion de la santé passent aussi par la création d'un environnement favorable à la santé qu'il soit de nature économique, réglementaire, institutionnelle ou sociale qu'il faut pouvoir évaluer.

### ► La question du lien entre inégalités sociales de santé et inégalités territoriales pour mieux cibler les priorités et espaces pour agir...

Les Contrats locaux de santé (CLS) paraissent être de bons vecteurs de territorialisation des objectifs nationaux et régionaux de santé. Leur mise en place et/ou leur renouvellement doit être l'occasion de mieux évaluer les environnements et conditions de vie plus ou moins favorables à la santé dans ce territoire.

Mais c'est aussi dans ce cadre que peuvent être identifiées et évaluées toute intervention qui peut participer à l'amélioration globale de la santé tout en visant à la réduction ou au grand minimum l'absence de creusement des ISS. Certains programmes (10) se développent ainsi dans la région qui visent la promotion de la santé et la transition écologique tout en recherchant une réduction des inégalités sociales de santé.

Ce type d'action peut émerger des informations fournies au moment de la mise en place ou du renouvellement des CLS et son impact prévisible peut être estimé par une EIS, afin d'éviter tout effet indésirable sur l'une ou l'autre des dimensions visées.

Afin de capitaliser et diffuser ce type d'expérience, ces actions pourraient être répertoriées dans un système d'information destiné à l'ensemble des acteurs comparable à la base de données OSCARS qui recense les actions de promotion de la santé en Occitanie.

### ► Le système de santé, son évolution et la prise en compte des ISS...

Le fonctionnement et l'organisation du système de santé restent des éléments déterminants qui peuvent amplifier les inégalités sociales et territoriales de santé ou au contraire les réduire.

L'évaluation du Projet régional de santé 2018-2022 doit pouvoir s'appuyer sur la mesure des inégalités sociales de santé. Une façon simple de mesurer ces inégalités pour la plupart des recours aux soins et à la prévention serait de pouvoir le faire à partir des données du SNDS. Or, à ce jour, le SNDS ne comporte pas de données sociales individuelles permettant de mesurer des gradients sociaux. À défaut de disposer de variables sociales individuelles dans les bases de données médico-administratives, un des moyens utilisables pour approcher la situation sociale des individus consiste à leur attribuer le niveau social de leur zone d'habitation, à partir de la géolocalisation de leur adresse de résidence. Toutefois, afin de limiter le biais écologique, il est nécessaire de disposer de l'IRIS de résidence des bénéficiaires de l'Assurance maladie (plus petit échelon géographique disponible en France).

À partir des travaux menés sur l'ex-région Midi-Pyrénées par l'ARS Occitanie en partenariat avec l'Iferiss, en collaboration avec l'Assurance maladie, lors des quatre dernières années, il serait possible d'intégrer, à titre expérimental, le code IRIS dans le SNDS pour les bénéficiaires de l'Assurance maladie de la région Occitanie. De plus, comme le souligne l'Assurance maladie, les nouveaux modes de paiement nécessiteront le développement de modèles d'ajustement au risque rigoureux et les inégalités sociales se devront d'être prises en compte. Les données du SNDS de la région Occitanie complétées du code IRIS de résidence des bénéficiaires permettraient de tester différentes modélisations.

Par ailleurs, pour les prises en charge qui ne sont pas tracées dans le SNDS (programmes d'éducation thérapeutique, programmes de prévention...), l'enregistrement de l'adresse des bénéficiaires (transformée en code IRIS) pourrait permettre de mesurer le gradient social de recours.

### ► La prise en compte de la santé dans toutes les politiques

Différentes politiques sectorielles peuvent avoir un impact sur la santé notamment l'urbanisme, le logement, les transports, l'agriculture, le travail ou l'éducation.

Il s'agit de vérifier qu'une préoccupation de santé a été intégrée dans chacune d'entre elles et de pouvoir évaluer l'impact de ces politiques sur la santé mais aussi sur les inégalités sociales de santé.

Les démarches et les outils disponibles pour contribuer à l'intégration de la santé dans les documents de planification territoriale ont été proposés par l'HSCP (11).

La participation des décideurs et acteurs de la santé aux travaux d'élaboration ou de révision des différents plans et schémas d'aménagement doit permettre d'intégrer la santé dans ces différentes politiques.

## BIBLIOGRAPHIE

- (1) L'état de santé de la population en France. Rapport 2017. Saint-Maurice : Santé publique France; 2017. 436p.  
<http://www.santepubliquefrance.fr/Accueil-Presse/Tous-les-communiqués/L-etat-de-sante-de-la-population-en-France-publication-du-rapport-2017>
- (2) Stratégie Nationale de Santé. Contribution du Haut Conseil de la santé publique. Septembre 2017  
<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=626>
- (3) Projet régional de santé en Occitanie. ARS Occitanie  
<https://prs.occitanie-sante.fr/publication/le-projet-regional-de-sante-soumis-a-consultation-2/>
- (4) Desenclos et coll Éditorial Inégalités sociales et territoriales de santé : des connaissances et des faits probants pour l'action !  
Bul Epidémiol Hebd 2016 (16-17) : 274-5 [http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/16-17/2016\\_16-17\\_0.html](http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/16-17/2016_16-17_0.html)
- (5) Cassadou S, Cayla F. Santé et travail en Occitanie. État des lieux. Toulouse : ORSMIP-CREAI ORS LR, 2017, 70 p.  
<http://www.orsmip.org>
- (6) [www.irdes.fr/documentation/syntheses/les-inegalites-sociales-de-sante.pdf](http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/les-inegalites-sociales-de-sante.pdf)
- (7) <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/ouvrages-thematiques/article/les-inegalites-sociales-de-sante-actes-du-seminaire-de-recherche-de-la-drees>
- (8) Réduire les inégalités sociales de santé. Une approche interdisciplinaire de l'évaluation. N. HASCHAR-NOÉ, T. LANG. 524 p., 2018
- (9) Si nous considérons la réduction des inégalités sociales de santé comme étant l'affaire de tous ? T. Lang, dans Santé Publique 2018/HS1 (S1), p 7-9
- (10) <https://www.banquedesterritoires.fr/dispositif-bio-pour-tous-sur-le-territoire-de-lagglo-tarbes-lourdes-pyrenees-65>
- (11) [https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcsp20171019\\_evalimpactsantedocspolanifterrit.pdf](https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcsp20171019_evalimpactsantedocspolanifterrit.pdf)