

questions

d'économie de la santé

analyses

Repères

La période récente est marquée par de nombreux débats autour des états généraux de la santé, des conférences régionales de santé et de la mise en place des schémas régionaux d'organisation sanitaire et sociale. Les réflexions issues de ces diverses manifestations ont souligné toute l'importance de la connaissance fine des inégalités régionales voire infra-régionales en matière d'état de santé et de besoins de soins.

Le travail que nous présentons s'inscrit dans ce cadre. Il associe des données issues du recensement, des données administratives et d'enquêtes à une échelle géographique différente, les zones d'emploi. Cette étude contribue ainsi à la connaissance des interactions entre la santé, les comportements de recours aux soins et l'environnement socio-économique local. Elle prolonge les recherches consacrées à la géographie de la santé au CREDES.

CENTRE DE RECHERCHE, D'ÉTUDE ET DE DOCUMENTATION EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ

Adresse :
1, rue Paul-Cézanne 75008 Paris
Téléphone : 01 53 93 43 02/17
Télécopie : 01 53 93 43 50
E-mail : document@credes.fr
Web : www.credes.fr

Directrice de la publication :
Dominique Polton

Rédactrice en chef :
Nathalie Meunier

Secrétaire maquettiste :
Corinne Mortier

ISSN : 1283-4769

Diffusion par abonnement : 300 F par an
Environ 15 numéros par an

Prix : 30 F

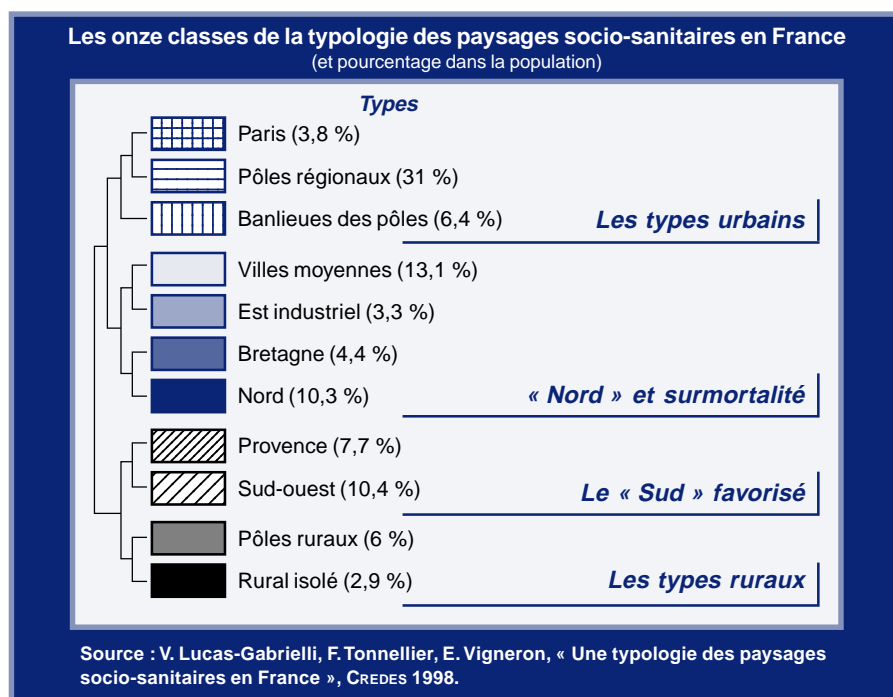
Environnement local, santé, soins et protection sociale

O. Busson, V. Lucas-Gabrielli, T. Rochereau, C. Sermet, F. Tonnellier

Quelles sont les variations géographiques de la morbidité, de la protection sociale et de la consommation de soins à un niveau géographique plus fin que les traditionnels départements ? Notre étude tente de répondre à ces questions.

Une étude récente du CREDES résume la diversité des situations géographiques en onze types ou « contextes » (voir graphique ci-dessous). Elle permet de représenter l'opposition Nord/Sud, non plus à partir des contours classiques, mais à partir de spécificités locales de composition sociale, d'offre de soins, ou de mortalité.

Nous cherchons ici à illustrer et enrichir ces types ou modèles locaux grâce aux données de morbidité, de consommation de soins, de protection sociale et d'opinions contenues dans l'enquête sur la Santé et la Protection Sociale, réalisée chaque année par le CREDES. Les données complémentaires renforcent-elles ou nuancent-elles les classes définies dans la précédente étude ?



Dans la classification de départ, nous avons analysé la situation de chaque zone d'emploi du point de vue de ses caractéristiques démographiques, économiques (composition socio-professionnelle, taux de chômage), d'état de santé (indice comparatif de mortalité) ainsi que d'offre et de consommation de soins. De cette analyse, on a pu dégager une typologie en onze classes. La contiguïté spatiale des différents types obtenus montre qu'il existe des comportements locaux, des caractéristiques régionales dont les particularités dessinent des paysages.

Nous allons ici décrire quelques classes de la typologie parce qu'elles sont représentatives des oppositions spatiales observées en France. Ce sont « Paris » et le « Rural isolé » d'une part et les classes du « Nord » et du « Sud » d'autre part.

La classe « Paris » : la classe des extrêmes, libérale et sceptique

La place de Paris dans le système français très centralisé justifie que l'on étudie ses caractéristiques pour les données de santé.

2

Cette classe est celle des extrêmes. D'une part, l'enquête Santé et Protection Sociale montre que cette classe se distingue par les niveaux les plus élevés de consommations de spécialistes, de pharmacie, d'auxiliaires, et par le plus faible taux d'hospitalisation (en trois mois). Les dépenses par consultation et visite sont aussi les plus fortes de toute la typologie.

D'autre part, « Paris » a les taux les plus élevés de personnes ayant déclaré renoncer à des soins et de personnes sans couverture complémentaire (33,6 % contre 15 %). Cette classe présente de forts contrastes ou de fortes inégalités : est-ce une société duale ?

Les questions d'opinion donnent une tonalité très libérale à cette classe : 45 % de personnes sont favorables au recours aux assurances privées contre 41 % en moyenne, et le pourcentage de personnes souhaitant diminuer le remboursement des séances est relativement élevé. Mais ce libéralisme est aussi teinté de

scepticisme : cette classe a souvent les pourcentages les plus forts de réponse « sans opinion ».

Pour les indicateurs d'état de santé déclarés, les résultats globaux sont conformes à ce que l'on connaît par la mortalité : les parisiens se perçoivent plutôt en bonne santé et leurs maladies sont relativement bénignes (à âge et sexe égal). Mais, ils sont aussi nombreux à se plaindre de dépression et d'anxiété. Les ulcères et les gastrites, de même que les troubles fonctionnels digestifs (colites) complètent cette image du parisien « stressé ».

La classe « Rural isolé » : isolé mais confiant

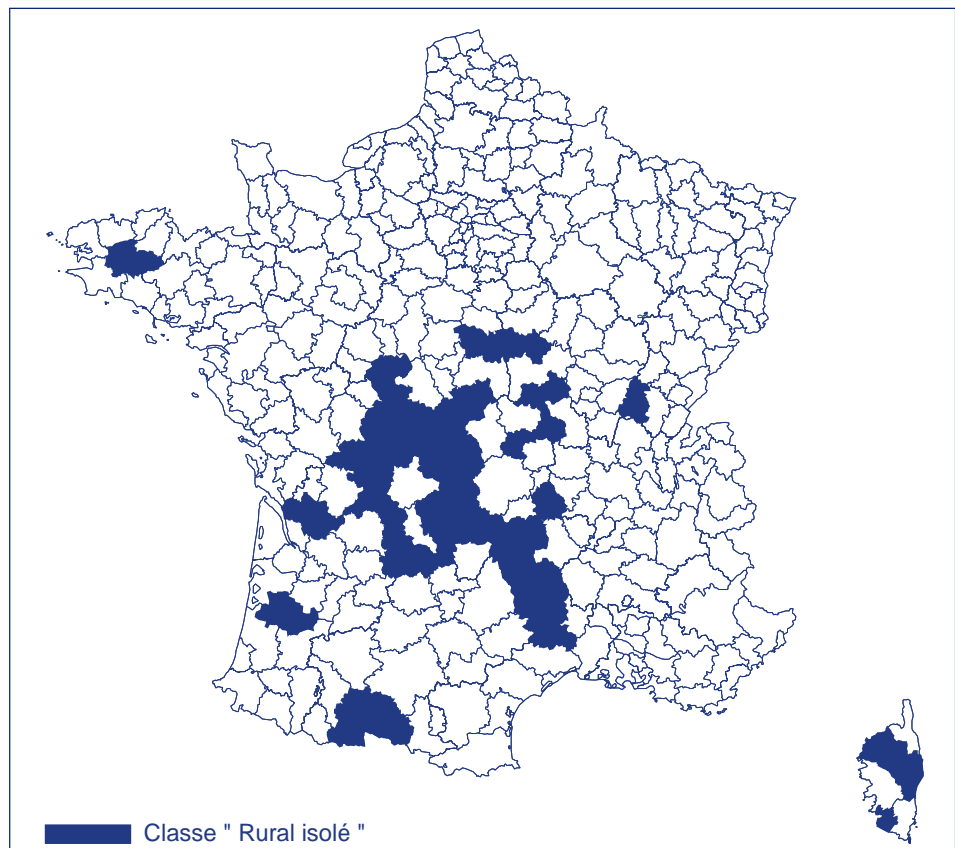
À l'inverse de la classe précédente, cette classe représente la France des basses densités de population : 3 % de la population pour 12 % du territoire. Éloignée des soins et comportant une forte proportion de personnes âgées, cette classe apparaît sur bien des points comme l'opposée de « Paris ».

C'est dans cette classe que l'on trouve l'un des pourcentages les plus faibles de personnes qui déclarent avoir renoncé à des soins en douze mois (9 % contre 16 %). Ce fait est assez étonnant pour la classe où les densités de professionnels de santé sont les plus faibles et les distances d'accès les plus fortes. Le renoncement aux soins ne semble donc pas fonction de l'accessibilité. L'exonération du ticket modérateur est fréquente, mais ceci est expliqué par la structure d'âge de cette classe.

Les questions d'opinion permettent ici aussi de nuancer le portrait de cette classe. C'est ici que l'on observe le pourcentage le plus élevé de personnes qui pensent que l'état de santé s'est amélioré (52 % contre 47 %). En général, les réponses montrent une vision plutôt optimiste sur l'évolution de l'état de santé et assez confiante, ou conservatrice puisque l'on trouve un minimum de personnes favorables aux changements de toute nature. Ceci doit être souligné pour cette classe qui a les indicateurs les

La classe « Rural isolé »

Chaque type contient des zones d'emploi ayant un profil voisin pour l'ensemble des variables ayant participé à l'analyse.



plus défavorables pour l'accès aux soins (distance au service ou au professionnel).

La décroissance démographique et la faible densité de population observées dans cette classe, ne semblent donc pas avoir affecté le moral des enquêtés. Mais malgré ces opinions plutôt confiantes, les ruraux isolés se perçoivent en moins bonne santé que la moyenne, leurs maladies sont plus graves, situation que ne reflète pas la mortalité.

Nord et surmortalité : de la Bretagne à l'Alsace

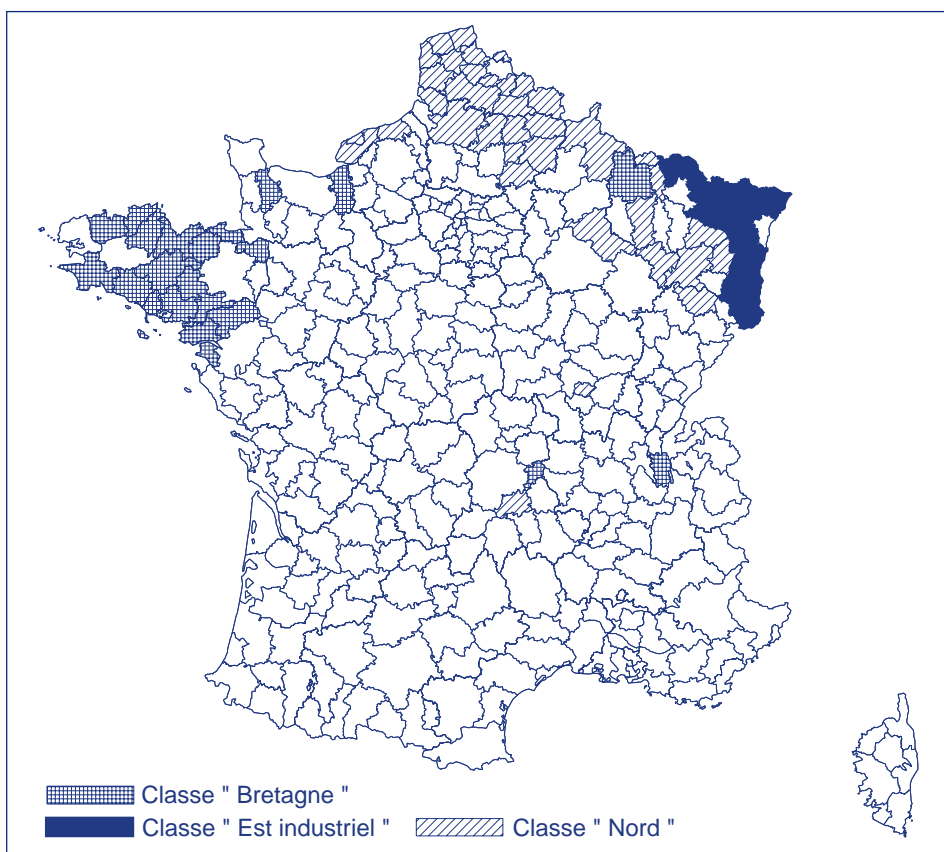
Les trois classes « Est », « Nord », et « Bretagne » peuvent être qualifiées de « défavorisées » car elles figurent et décomposent le croissant de surmortalité du Nord de la France (voir carte ci-contre). Caractérisées par des indicateurs d'offre inférieurs à la moyenne, elles sont différenciées sur le plan socio-économique : le « Nord » et l'« Est » sont des classes industrielles (avec un taux de chômage dans la classe « Est » inférieur à la moyenne) ; la classe « Bretagne » est fortement agricole (mais avec une activité en déclin dans ce secteur). Les données d'enquête montrent qu'elles sont également différentes pour la protection sociale et les questions d'opinion.

La classe « Est » : optimiste malgré tout

Cette classe regroupe les zones d'emploi des départements d'Alsace et de Moselle (à l'exception des métropoles Metz et Strasbourg), ce qui témoigne d'une homogénéité culturelle et sociale. Elle était plutôt considérée comme « défavorisée », en raison des taux de mortalité et des chiffres du chômage (faible en moyenne mais important chez les jeunes). Les questions d'opinion relativisent et nuancent ce constat. Cette classe a des opinions optimistes dans un environnement représentatif de la crise économique. Ainsi 51 % des personnes pensent que l'état de santé s'est amélioré (contre 47 % pour l'ensemble de l'enquête), ce qui est plutôt un signe d'optimisme.

Nord et surmortalité

Chaque type contient des zones d'emploi ayant un profil voisin pour l'ensemble des variables ayant participé à l'analyse. Ici, trois classes défavorisées caractérisées notamment par une surmortalité et une faible offre de soins.



Matériel et méthodes

Onze classes de zones d'emploi ou « paysages socio-sanitaires » ont été déterminées à partir d'une méthode de classification automatique sur les données de mortalité et d'environnement des 348 zones d'emploi en France. La caractérisation de ces classes a été complétée à partir d'une enquête auprès des ménages qui permet d'observer la consommation médicale, la protection sociale et l'état de santé.

Les données de base de la typologie

Les données concernent l'offre de soins libérale et hospitalière, la consommation de soins de généralistes par personne, la composition sociale (Pcs, âge, diplômes, branches d'activité), l'indice comparatif de mortalité (cet indice est une mesure de la surmortalité ou de la sous-mortalité d'une zone géographique indépendamment de la structure par âge) et l'emploi.

SOURCES : CNAMTS, CREDES, INSEE, INSERM et Ministère de la santé.

Les données illustratives de l'enquête Santé et Protection Sociale (CREDES 1992-1995)

Depuis 1988, le CREDES organise chaque année une enquête auprès des ménages sur les thèmes de la santé, des soins et de la protection sociale. Il s'agit en fait d'un panel de ménages dont un quart est interrogé chaque année. La présente étude est réalisée avec les données des années 1992 à 1995. Pour ces années, l'enquête Santé et Protection Sociale (SPS) est représentative des ménages dont au moins un des membres est couvert par le régime général et le régime des professions indépendantes, soit environ 90 % des ménages ordinaires de France métropolitaine. Les questions retenues concernent la consommation de soins, la protection sociale, la morbidité déclarée et les opinions sur le système de santé.

On trouve ici aussi le taux le plus fort de personnes qui pensent que l'on pourra maintenir les remboursements à leurs niveaux actuels (45 % contre 37 %). Cet optimisme peut s'expliquer par le régime particulier de sécurité sociale d'Alsace-Moselle pour lequel les taux de remboursement sont nettement plus élevés que ceux des autres régimes. Le pourcentage très élevé de personnes sans couverture complémentaire (22 % contre 15 %) comme le faible pourcentage de personnes qui déclarent avoir renoncé à des soins peuvent s'expliquer par la même raison.

Les différents indicateurs de morbidité (santé perçue, pourcentage de maladies graves) indiquent un état de santé plutôt défavorable avec des prévalences importantes, à âge et sexe comparable, pour les maladies de l'appareil circulatoire, les maladies vasculaires cérébrales, les cardiopathies ischémiques, ce qui concorde avec la mortalité.

4 **La classe « Bretagne » : l'exception celtique**

Globalement, les données d'état de santé déclaré sont cohérentes avec les indicateurs de mortalité. Seule la « Bretagne » fait exception. En opposition avec leur très forte mortalité, les bretons se déclarent plutôt en bonne santé. Cela peut provenir de biais d'enquêtes, comme d'un mauvais taux de réponse des personnes très malades. On peut aussi envisager d'autres explications, comme les réticences à déclarer les maladies, la faible consommation de soins, ou un comportement différent face à la santé. Cette particularité a également été observée dans l'enquête sur la santé et les soins médicaux INSEE-CREDES 1991-1992.

Pour les questions d'opinion, la classe « Bretagne » se situe souvent aux extrêmes. Ainsi, par exemple : 19 % des personnes pensent qu'il y a eu une détérioration de l'état de santé, ce qui est le pourcentage le plus faible observé en France (moyenne = 26 %).

La classe « Nord » et les vieux foyers industriels : pessimisme de crise ?

Avec cette classe, on retrouve dans l'enquête le profil caractéristique de consommation du Nord : très fort taux de recours aux visites de généralistes et faibles consommations de spécialistes. Tout ceci n'est pas une nouveauté et confirme simplement une particularité de la géographie des soins en France.

Les réponses aux questions d'opinion sont marquées par une tonalité assez pessimiste : 29 % des personnes interrogées pensent que l'état de santé s'est détérioré (contre 26 % en moyenne) et 49 % pensent que l'on ne pourra pas maintenir les taux de remboursement (46 % en moyenne). Ces éléments, joints aux taux très élevés d'exonération du ticket modérateur et de recours à l'Aide Médicale Gratuite (2,8 % contre 1,8 %), apparaissent comme un reflet de la crise qui touche cette région (taux de chômage élevé, évolution de

l'emploi industriel négatif, diminution de la population entre 1982 et 1990).

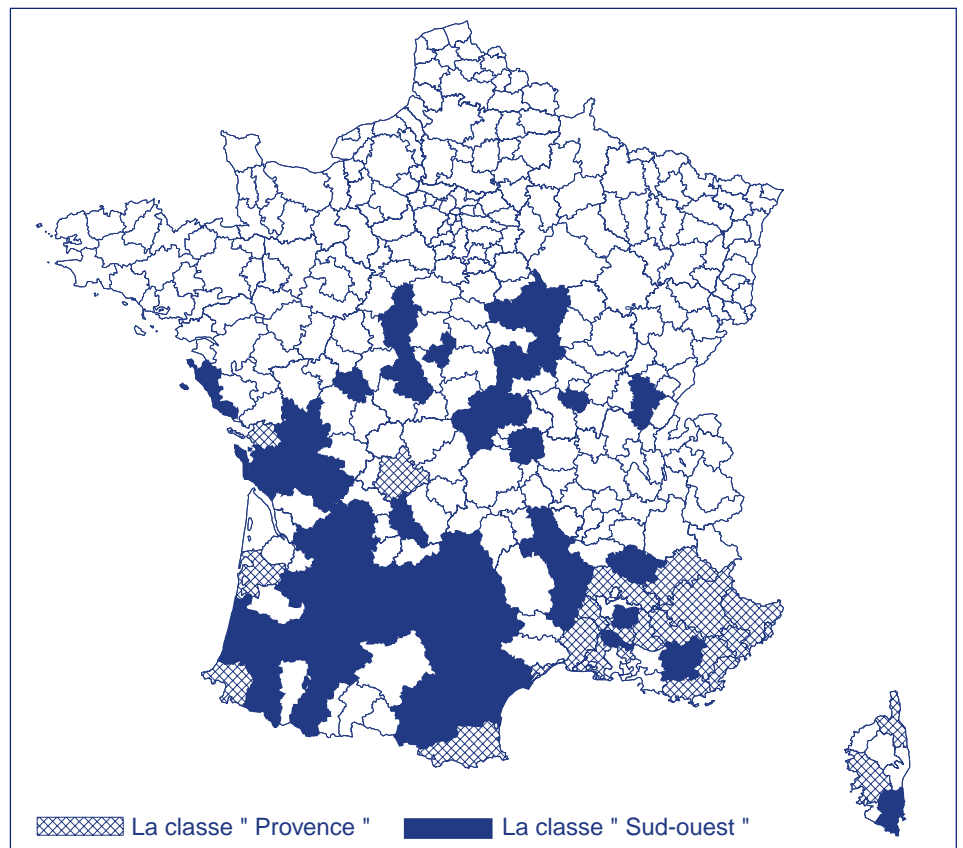
L'état de santé déclaré confirme la surmortalité observée dans cette région. Tous les indicateurs d'état de santé concordent : mauvaise santé perçue par les enquêtés, fréquence importante de personnes atteintes de maladies dont le risque vital est élevé, et nombreuses maladies dont la prévalence est supérieure à la moyenne nationale. On peut voir au travers de ces faits une marque de l'opposition Nord/Sud, car comme nous le verrons, ces maladies ne sont pas aussi fréquentes dans les classes du « Sud ».

Le « Sud » favorisé

Les deux classes suivantes représentent l'autre volet de l'opposition Nord/Sud avec deux classes où l'espérance de vie et l'offre de soins sont simultanément élevées (voir carte ci-dessous). Les questions d'opinion et de protection sociale nuancent et relativisent les avantages de cette zone.

Le « Sud » favorisé

Chaque type contient des zones d'emploi ayant un profil voisin pour l'ensemble des variables ayant participé à l'analyse. Ici, deux classes favorisées caractérisées notamment par une faible mortalité et une offre de soins élevée.



La classe « Provence » : les contrastes de la croissance

Les données concernant la protection sociale ne concordent pas avec l'image d'un type « favorisé », comme pourrait le laisser croire le dynamisme économique de cette classe. Le pourcentage de personnes sans couverture complémentaire est très élevé (21 % contre 15 %). L'exonération du ticket modérateur est maximum à âge égal. Enfin le taux de renoncement à des soins est l'un des plus élevés de France (18 % contre 16 % soit un indice à âge égal de 1,20).

Cette situation contrastée transparait aussi dans les questions d'opinion : 29 %

des personnes pensent que l'état de santé s'est détérioré, ce qui est une marque de pessimisme. Mais un taux élevé d'enquêtés pensent qu'il sera possible de maintenir les taux de remboursement à leur niveau actuel.

Ces observations montrent qu'une situation économique prospère s'accompagne aussi d'inégalités importantes dans l'accès aux soins (renoncement aux soins et couverture complémentaire). Les taux les plus élevés de renoncement aux soins se trouvent d'ailleurs dans les classes où l'offre de soins est la plus forte, et la situation économique bonne (« Paris », les « Banlieues résidentielles » et la « Provence »). Est-ce le revers de la médaille ?

Pour la « Provence », on retrouve aussi les caractéristiques des régions du sud : consommation élevée de soins de spécialistes, de pharmacie, d'auxiliaires et faible recours à l'hôpital.

Les contrastes de cette région apparaissent également dans les indicateurs de morbidité. La santé perçue est moyenne. Il en est de même pour la gravité des maladies. En termes de grands domaines pathologiques, on observe des indices élevés pour les maladies de l'appareil digestif (1,21) et les maladies de l'appareil respiratoire (1,20). En dernier lieu, la faible prévalence des maladies telles que l'anxiété et les troubles du sommeil renforce l'opposition Nord/Sud déjà constatée au travers des maladies cardio-vasculaires.

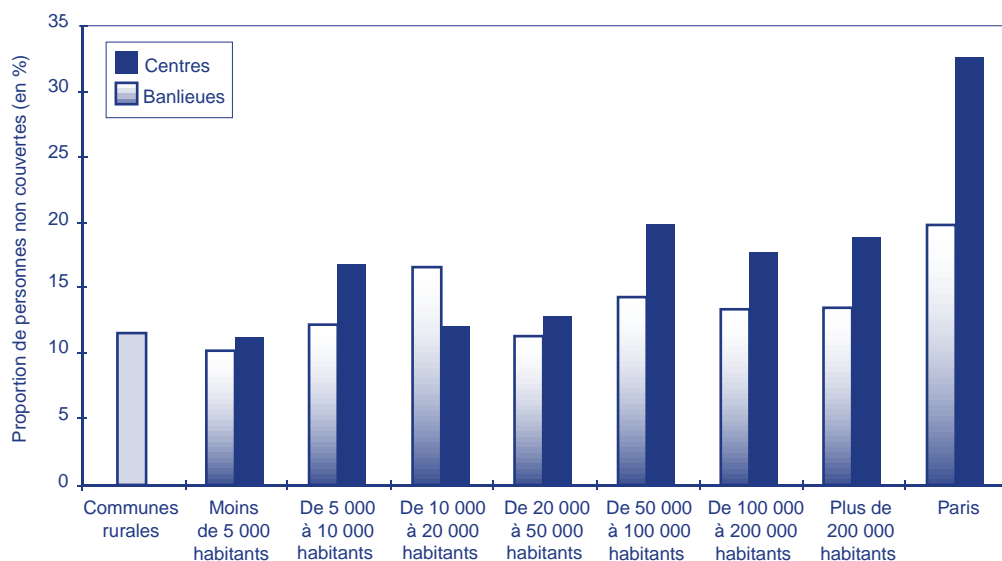
Centre-banlieue : des inégalités marquées pour la protection sociale et le recours aux soins

La distinction centre/banlieue définie par l'INSEE montre que la proportion de personnes non protégées par une couverture complémentaire est toujours supérieure au centre par rapport à la banlieue. Cette différence est particulièrement nette pour Paris et les unités urbaines de grande taille.

Pour la consommation, les différences sont très marquées pour l'Île-de-France. Pour les visites de généralistes : les débours par personne comme les nombres de visites sont nettement plus forts en banlieue qu'au centre. On observe l'inverse pour les consultations de spécialistes : les débours de consultation de spécialistes sont nettement plus forts au centre qu'en banlieue (en nombre de séances par personne, cette différence est moins importante).

Ces observations méritent d'être approfondies notamment pour les données de morbidité. Il sera aussi intéressant de solliciter d'autres découpages comme la distinction entre banlieues « favorisées » et « défavorisées ».

Proportion de personnes non protégées par une couverture complémentaire, par taille d'unité urbaine selon que les personnes résident dans une commune centre ou une commune banlieue



Source : CREDES
Données : Enquête Santé et Protection Sociale 1992-1995

La classe « Sud-ouest » : favorisée mais pas si optimiste

Pour cette classe aussi, on est conduit à relativiser l'appréciation de zones « favorisées » qui qualifie d'ordinaire le sud de la France. L'exonération du ticket modérateur est une des plus fortes à âge et sexe égal (indice 1,09).

Pour les questions d'opinion, 29 % des personnes interrogées pensent que l'état de santé s'est détérioré, ce qui est encore un signe de pessimisme dans une zone où les indicateurs d'espérance de vie sont les plus élevés en France.

En terme de morbidité, les différents indicateurs témoignent d'un état de santé que l'on peut considérer comme « bon ». À l'opposé des classes septentrionales, les troubles anxieux et les dépressions ne sont pas supérieures à la moyenne ; les troubles du sommeil sont même notablement moins fréquents (indice 0,88). La faible fréquence des maladies de l'oesophage et de l'estomac est concordante

avec les taux de mortalité par maladies de l'appareil digestif et alcoolisme.

Classes « favorisées » et classes « défavorisées »

Après l'examen de données d'enquête, nous sommes conduits à relativiser le jugement sur les classes qualifiées initialement de « favorisées » ou « défavorisées » parce qu'elles recouvraient l'opposition traditionnelle Nord/Sud pour l'espérance de vie. Les questions d'opinion fournissent un correctif à ces appréciations : les classes « favorisées » ne sont pas obligatoirement optimistes, ni les « défavorisées » pessimistes. Enfin les données de protection sociale ne recouvrent pas non plus cette qualification rapide : le type « Provence » a un taux très élevé de personnes sans couverture complémentaire et un fort pourcentage de personnes qui déclarent avoir renoncé à des soins : ces éléments ne sont pas le signe d'une classe « favorisée ».

Pour l'état de santé, la concordance avec la mortalité est assez bonne pour toutes les classes. Mais comme cela a été observé dans d'autres pays, concordance ne signifie pas identité : la morbidité apporte d'autres informations et reflète aussi des maladies pour lesquelles le risque vital est très faible. La seule véritable exception à cette cohérence entre mortalité et morbidité concerne la Bretagne dont les taux de prévalence ne reflètent pas la surmortalité. Ces données de morbidité enrichissent également la description de ces paysages socio-sanitaires avec des pathologies souvent invalidantes entraînant des recours aux soins mais peu d'effet sur la mortalité.

Les résultats et observations exposés ici confirment qu'il est nécessaire de prendre en compte l'environnement local en l'observant à différentes échelles et d'étudier les comportements de santé et de recours aux soins en relation avec l'environnement médical et social dans lequel ils s'inscrivent. ■

6

Pour en savoir plus :

O. Busson, V. Lucas-Gabrielli, T. Rochereau, C. Sermet, F. Tonnellier :
« Environnement local, santé, soins et protection sociale »,
Rapport CREDES n° 1267, juin 1999.

Voir aussi :

V. Lucas-Gabrielli, F. Tonnellier, E. Vigneron :
« Une typologie des paysages socio-sanitaires en France »,
Rapport CREDES n° 1220, avril 1998.

S. Dumesnil, N. Grandfils, P. Le Fur, M. Grignon, C. Ordonneau, C. Sermet :
« Santé, soins et protection sociale en 1997, enquête sur la santé et la
protection sociale, France 1997 »,
Rapport CREDES n° 1255 et 1255 bis (annexes), février 1999.

V. Lucas-Gabrielli, F. Tonnellier :
« Géographie de l'offre de soins : tendances et inégalités »,
Données sociales, INSEE, n° 1117, 1996.

F. Tonnellier, E. Vigneron :
« Géographie de la santé en France »,
CREDES, P.U.F., « Que sais-je ? », février 1999.

François Tonnellier - Emmanuel Vigneron
« Géographie de la santé en France »
Que sais-je ? - PUF 1999



Les rapports du Haut Comité de la Santé Publique ont toujours souligné l'ampleur des inégalités régionales de santé en France (par exemple, cinq ans d'écart entre départements extrêmes pour l'espérance de vie). Cet ouvrage fait donc une description des inégalités spatiales en les reliant à des hypothèses explicatives et à des modèles d'organisation de l'espace. En mettant l'accent sur la reconnaissance locale de bassins de santé et sur les méthodes d'allocation de ressources, les auteurs soulignent que l'approche géographique dans le domaine de la santé est indispensable pour l'aménagement de l'espace sanitaire. Cette analyse est aussi un éclairage d'actualité sur l'avenir du système de santé en France.