

En matière de santé et d'accès aux soins, le plan de lutte contre la pauvreté est en priorité axé sur la réduction globale des inégalités sociales et territoriales. Cette lutte contre les inégalités passe en particulier par la prévention, la réduction des obstacles financiers à l'accès aux soins et par une meilleure articulation des dispositifs existant de droit commun pour en faciliter le recours.

Pour répondre aux objectifs fixés, cinq mesures sont proposées dans le plan :

- Inscrire une priorité à la lutte contre les inégalités de soin dans la Loi de Santé Publique
- Mettre en œuvre la priorité sur la santé des enfants et des adolescents
- Permettre l'accès à des complémentaires de qualité
- Dynamiser les structures de soins de proximité
- Organiser une conférence de consensus sur le consentement aux soins et le libre-arbitre des personnes à la rue

Audrey Mirault (Insee), Didier Carel (ARS)

### Des indicateurs nationaux aux indicateurs locaux

L'impact de l'ensemble de ces mesures est suivi à travers quatre indicateurs nationaux :

- Le taux de renoncement aux soins pour raisons financières
- Le reste à charge en santé par décile de niveau de vie
- L'indicateur de santé bucco-dentaire des enfants
- Le nombre de personnes supplémentaires éligibles à la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et à l'aide pour l'acquisition d'une assurance complémentaire santé (ACS)

Les trois premiers indicateurs couvrent essentiellement les mesures relatives à la réduction des inégalités. Ils permettent, au-delà des opérations engagées sur cette thématique, de mesurer les changements attendus en matière de réduction des inégalités d'accès aux soins. Le dernier indicateur est un indicateur de performance, lié à la mesure jugée prioritaire « Permettre l'accès à des complémentaires santé de qualité ».

L'indicateur de renoncement aux soins pour motif financier est issu de l'Enquête sur la Santé et la Protection Sociale (SPS) réalisée par l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes). La faiblesse des échantillons des enquêtes Statistiques Ressources Conditions de Vie (SRCV) et SPS n'autorise pas à décliner cet indicateur national au niveau régional. Les sources administratives exhaustives, permettant de calculer un taux de recours aux soins, pallient ce problème de représentativité, mais ne contiennent pas d'information sur le renoncement aux soins, un élément déclaratif disponible seulement dans les enquêtes. Les soins dentaires, et en particulier les soins prothétiques, constituent le premier poste de renoncement aux soins pour raisons financières. Par ailleurs, contrairement à l'optique, le risque dentaire concerne l'ensemble de la population.

L'indicateur de reste à charge en santé par décile de niveau de vie n'est pas décliné localement, par manque de sources et d'outils méthodologiques permettant de relier, à un niveau infranational, les dépenses restant à la charge des ménages après remboursement de l'assurance maladie et des organismes complémentaires et les revenus et cotisations de ces ménages.

Quatre indicateurs régionaux ou infrarégionaux sont déclinés pour mesurer l'impact du plan :

- Le taux standardisé de recours aux soins dentaires
- Le taux de recours à la CMU-C
- La prévalence du surpoids chez les enfants en classe de 6<sup>e</sup>
- La part d'assurés bénéficiant de la CMU-C parmi la population protégée par le régime général d'assurance maladie

Le taux de recours aux soins dentaires et le taux de recours à la CMU-C n'étant actuellement pas disponibles à l'échelle locale, seuls les deux derniers indicateurs sont présentés ci-après.

### Principaux résultats des indicateurs nationaux

Les **inégalités de santé** résultent de l'accumulation, tout au long de la vie, de désavantages et d'avantages dont certains tiennent aux individus eux-mêmes, d'autres aux influences sociales des milieux dans lesquels ils vivent et travaillent, d'autres aux conditions économiques, culturelles et environnementales globales.

Les inégalités de santé coïncident en grande partie avec les inégalités sociales. Les populations les plus pauvres présentent plus souvent un état de santé dégradé et tendent, à état de santé comparable, à recourir moins fréquemment à certains soins (ceux qui sont les moins bien pris en charge par les assurances santé). Cette situation est particulièrement marquée en France pour les consultations de spécialistes, les soins dentaires et l'optique. La santé bucco-dentaire demeure socialement différenciée, et ce, dès l'enfance : en 2005-2006 en grande section de maternelle, 2 % des enfants de cadres ont au moins deux dents cariées non soignées contre 11 % des enfants d'ouvriers.

En 2012, selon l'enquête SPS, près de **26 % des Français (hors DOM) déclarent avoir renoncé à au moins un soin pour raisons financières au cours des douze derniers mois**. Ce chiffre ne peut pas être mis en regard de celui produit précédemment par l'enquête SPS, le questionnaire sur le renoncement aux soins ayant été modifié. L'amélioration du recueil des déclarations de renoncement (augmentation du nombre de questions pour définir précisément les postes de soins concernés) s'est traduite comme attendu par une hausse du taux de renoncement aux soins pour raisons financières. Les principaux facteurs explicatifs du renoncement sont toutefois inchangés. En particulier, disposer d'une assurance santé complémentaire joue un rôle primordial dans l'accessibilité financière aux soins. 55 % des personnes sans couverture complémentaire déclarent avoir renoncé à au moins un soin au cours des douze derniers mois contre 33 % pour les bénéficiaires de la CMU-C et 24 % pour les bénéficiaires d'une complémentaire santé hors CMU-C (source SPS 2012).

Les populations aux revenus les plus faibles déclarent plus fréquemment renoncer aux soins pour des raisons financières. Selon l'enquête SPS, en 2012, 37 % des personnes appartenant aux 20 % des ménages les plus pauvres déclarent avoir renoncé à au moins un soin pour raisons financières au cours des douze derniers mois, soit trois fois plus que celles appartenant aux 20 % des ménages les plus aisés. Le renoncement se concentre d'ailleurs sur un nombre limité de soins, ceux pour lesquels les dépenses demeurant à la charge des assurés après intervention des organismes complémentaires sont élevées : les soins dentaires (notamment prothétiques) et l'optique. En 2008, le **reste à charge en santé** (après remboursement de l'assurance maladie et des organismes complémentaires) **sur l'ensemble des postes de soins était estimé en moyenne à 178 euros par an pour les 10 % de ménages les plus modestes. Il représentait 1,6 % de leur revenu disponible contre 0,7 % pour les 10 % de ménages les plus aisés** (source Ines-Omar 2008, Comptes de la Santé 2011).

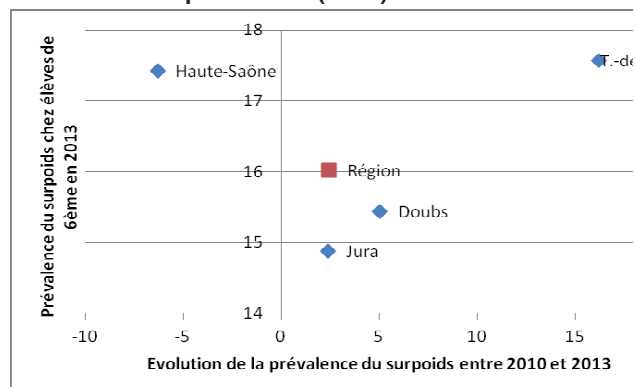
L'état de **santé bucco-dentaire des enfants s'améliore**. Cependant, les inégalités sociales en la matière ne se résorbent pas, les enfants scolarisés en zone d'éducation prioritaire ou encore les enfants vivant en famille monoparentale ont toujours davantage de caries non soignées que les autres.

En France, 6,2 % de la population métropolitaine bénéficie de la CMU-C en 2012 contre 5,9 % en 2010. **L'estimation du taux de recours à la CMU-C** est comprise entre 66 % et 79 % en 2012. Cette proportion est stable par rapport à 2010 et 2011, la hausse du nombre de bénéficiaires de la CMU-C compensant l'augmentation de la population éligible.

Indicateurs locaux de suivi du plan de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale

La **prévalence du surpoids chez les enfants en classe de 6<sup>e</sup>** varie selon l'origine sociale des enfants, et constitue un indicateur pertinent au regard des mesures du PPLPIS.

**Prévalence du surpoids en classe de 6<sup>e</sup> (en %) et évolution de la prévalence (en %) entre 2010 et 2013**



Source : ARSFC - DOPSE - 2014

La prévalence du surpoids au collège est plus importante dans les départements du Territoire de Belfort et de Haute-Saône : elle concerne, respectivement, 17,6 % et 17,4 % des enfants scolarisés en classe de 6<sup>e</sup> dans ces départements contre 16,0 % pour la Franche-Comté dans son ensemble. Cette prévalence est en baisse en Haute-Saône entre 2010 et 2013 alors qu'elle est en forte hausse dans le Territoire de Belfort. Le Jura et le Doubs, avec des prévalences respectives de 14,9 % et 15,4 % et des évolutions proches de l'évolution régionale, sont moins touchés.

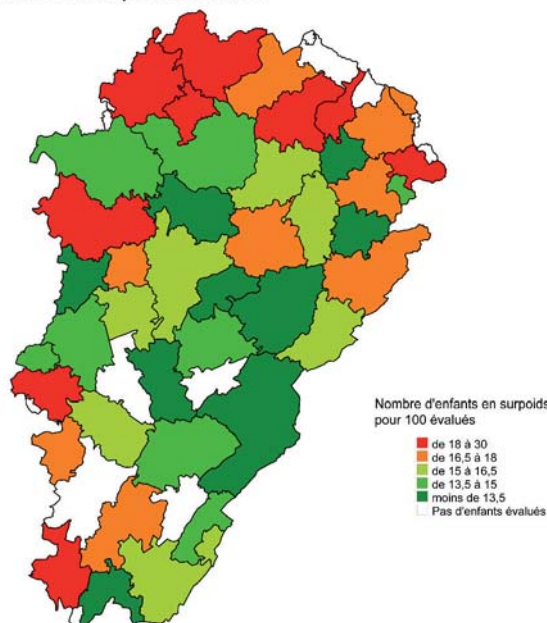
À l'échelle des bassins de vie dans lesquels sont scolarisés les enfants, la partie nord de la Franche-Comté, qu'elle soit située en Haute-Saône ou dans le Territoire de Belfort, affiche une sur-prévalence du surpoids chez les enfants de 6<sup>e</sup> qu'elle partage avec le sud-ouest du Jura.

L'indicateur **part de bénéficiaires de la CMU-C** dans la population permet de dénombrer les populations fragiles qui ont accédé à leurs droits en matière de couverture maladie complémentaire.

**Prévalence du surpoids chez les enfants en classe de 6<sup>e</sup>**

Les services de santé scolaire des quatre départements francs-comtois et le réseau de prévention et de prise en charge de l'obésité pédiatrique produisent depuis plusieurs années des données de surpoids par le biais du bilan infirmier réalisé chez tous les enfants scolarisés en classe de 6<sup>e</sup> dans les établissements publics de la région. L'indice de masse corporelle (IMC) des enfants (poids rapporté au carré de la taille) permet de déterminer si l'enfant est en surpoids au sens de l'International Obesity Task Force (IOTF). Chez l'enfant, les valeurs de référence de l'IMC varient physiologiquement en fonction de l'âge. Ainsi, il n'est pas possible de se reporter, comme chez l'adulte, à une valeur de référence unique de l'IMC. Des courbes de référence représentant, pour chaque sexe, les valeurs d'IMC en fonction de l'âge permettent de suivre l'évolution de la corpulence au cours de la croissance. On parle de surpoids chez l'enfant lorsque l'IMC se situe au-delà de la courbe du 97<sup>e</sup> percentile.

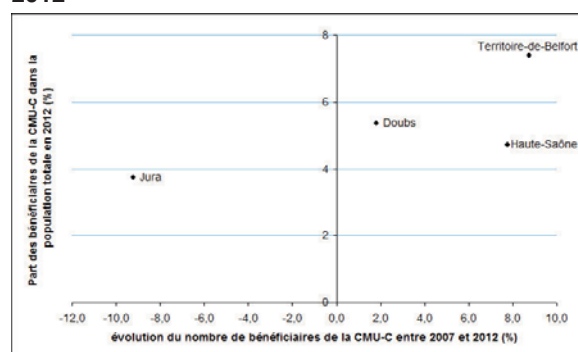
**Prévalence du surpoids chez les enfants en classe de 6ème en 2013 en Franche-Comté par bassins de vie**



Source : ARS-DOPSE-2014

En Franche-Comté, la **part de bénéficiaires de la CMU-C** des trois régimes principaux de l'assurance maladie (général, agricole et indépendant) dans la population totale varie de 3,9 % dans le Jura à 7,6 % dans le Territoire de Belfort. Entre 2010 et 2012, cette part est stable dans le Doubs et le Jura. Elle progresse en Haute-Saône (de 4,6 % à 4,9 %) et surtout dans le Territoire de Belfort (de 7 % à 7,6 %).

**Part de bénéficiaires de la CMU-C (en %) en 2012 et évolution du nombre de bénéficiaires entre 2007 et 2012**



Source : Insee, estimations de population ; Fond CMU

À l'échelle des bassins de vie, seules les données du régime général ont pu être exploitées. La **part des bénéficiaires de la CMU-C parmi les personnes protégées par le régime général** est supérieure à celle observée pour l'ensemble des trois régimes, reflétant le choix plus fréquent du régime général au moment de l'ouverture du droit à la CMU-C pour les personnes non couvertes par une complémentaire. Toutefois, la hiérarchie entre départements reste la même. Le Territoire de Belfort affiche à la fois la part de bénéficiaires la plus élevée de la région mais aussi celle qui progresse le plus entre 2007 et 2012. Symétriquement, le Jura se distingue par une part faible et diminuant. La part d'assurés au titre de la CMU-C du régime général parmi la population protégée par ce régime varie de moins de 2,1 % à plus de 11,7 % selon les bassins de vie. Cette part est importante dans quasi tous les bassins de vie de Haute-Saône, mais aussi à Besançon ou dans les bassins urbains du nord-Franche-Comté.

**Taux de recours à la CMU-C**

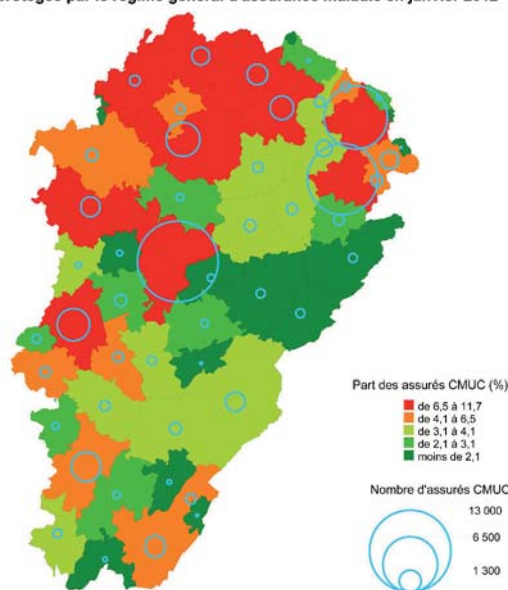
Le taux de recours à la CMU-C rapporte le nombre de bénéficiaires couverts à la population éligible à cette couverture maladie complémentaire. Si le nombre de bénéficiaires couverts est connu (exploitation des fichiers administratifs des organismes chargés de délivrer la prestation), aucune source ne permet actuellement de connaître à une échelle territoriale fine le nombre de personnes éligibles au dispositif de la CMU-C. Ce nombre devrait pouvoir être estimé en 2015 ou 2016, grâce au dispositif Filosofi (Fichier Localisé Social et Fiscal). Ce dispositif, piloté par l'Insee, vise à construire un système d'informations sur les revenus des ménages permettant de fournir des données sur les revenus, la pauvreté et les inégalités de niveau de vie à un niveau géographique fin (communal et infra-communal). Il s'appuie sur un appariement exhaustif entre sources fiscales et sociales et constitue potentiellement une source extrêmement riche d'informations sur la composition du revenu des ménages et leur recours aux dispositifs fiscaux et sociaux.

**Part des assurés du régime général bénéficiant de la CMU-C par la population protégée parmi le régime général en 2012**

Département	Part (%)
Doubs	7,1
Jura	4,8
Haute-Saône	5,7
Territoire de Belfort	8,8

Source : ARS-DOPSE-2014

**Part des assurés bénéficiant de la CMU complémentaire parmi la population protégée par le régime général d'assurance maladie en janvier 2012**

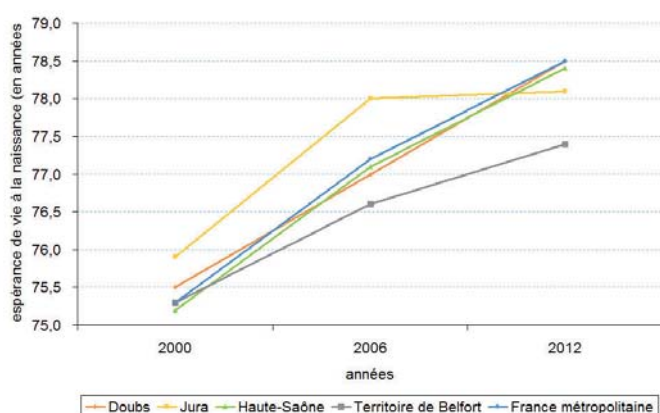


Source : ARS-DOPSE-2014

## Quelques repères sur l'état de santé des Francs-comtois et des inégalités territoriales en matière de santé

L'espérance de vie des Francs-comtois progresse et reste proche de la moyenne métropolitaine. L'espérance de vie des habitants du Territoire de Belfort progresse moins vite pour les hommes et diminue même pour les femmes. En 2012, l'écart d'espérance de vie est de un an pour les hommes et de deux ans pour les femmes par rapport à la moyenne régionale et métropolitaine.

### Évolution de l'espérance de vie des hommes entre 2000 et 2006



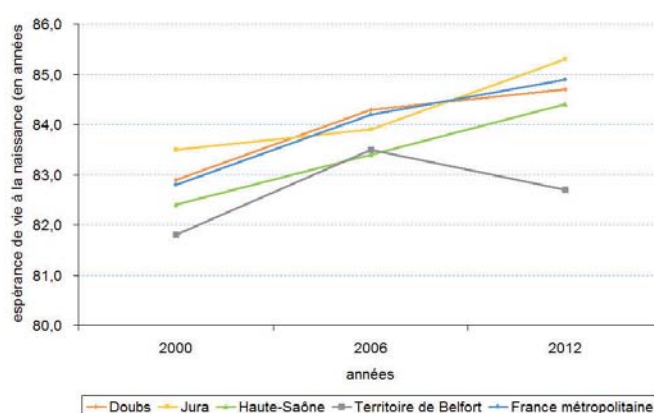
Source : Insee, État Civil, Estimations de population

### Espérance de vie à la naissance et à 60 ans (en années)

	A la naissance		A 60 ans	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Doubs	78,5	84,7	22,9	27,3
Jura	78,1	85,3	22,9	27,4
Haute-Saône	78,4	84,4	22,7	26,6
Territoire de Belfort	77,4	82,7	21,2	25,6
Franche-Comté	78,3	84,5	22,7	27,0
<b>France métropolitaine</b>	<b>78,5</b>	<b>84,9</b>	<b>22,6</b>	<b>27,2</b>

Source : Insee, État Civil, Estimations de population

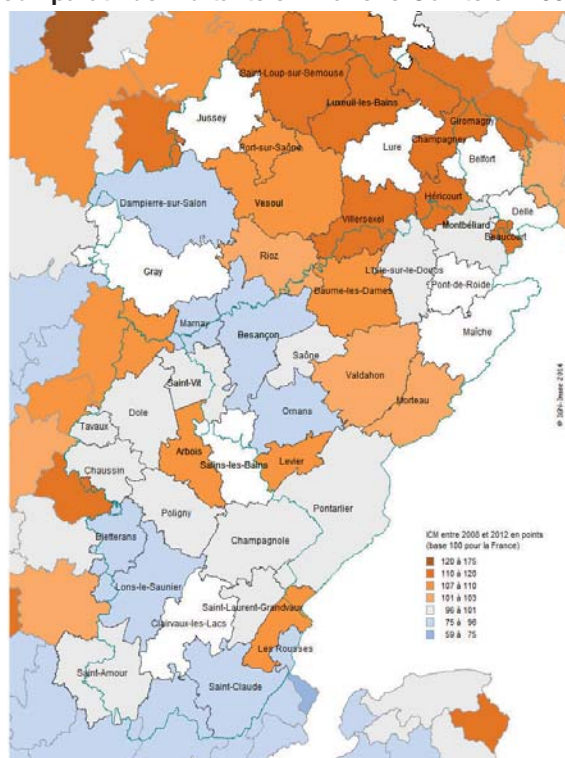
### Évolution de l'espérance de vie des femmes entre 2000 et 2006



Source : Insee, État Civil, Estimations de population

À l'échelle infrarégionale, l'indice comparatif de mortalité offre un aperçu comparatif de l'état de santé des territoires. Il s'agit d'estimer un nombre de décès attendus à partir de la structure par âge du territoire et des taux de mortalité constatés en France (territoire de référence) et de le comparer aux décès effectivement constatés. L'état de santé de la population peut être considéré comme « bon » lorsque le nombre de décès constatés est inférieur au nombre de décès attendus (indice comparatif de mortalité inférieur à 100). À l'inverse, l'état de santé général est considéré comme « moins bon » lorsque le nombre de décès constatés sera supérieur au nombre de décès attendus (indice comparatif de mortalité supérieur à 100).

### Indice comparatif de mortalité en Franche-Comté en 2008-2012



Source : Insee, état civil 2008-2012, recensement de la population 2010

L'état de santé général de la population des bassins de vie situés dans les parties nord et est du département de Haute-Saône, et dans le Territoire de Belfort est moins bon que dans le reste de la région. La situation semble par ailleurs s'être dégradée en dix ans.

**Bassins de vie ruraux**

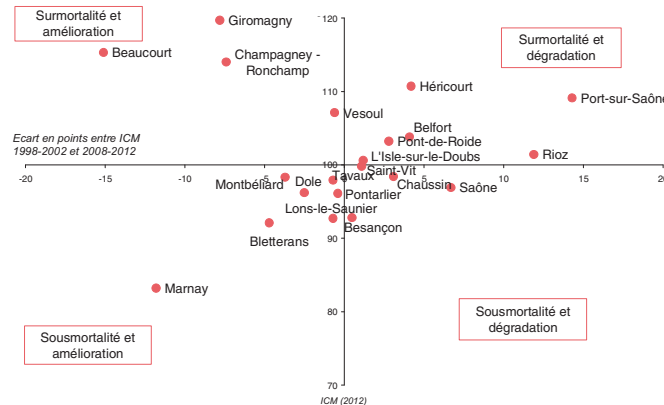
Écart entre les ICM de 2008-2012 et de 1998-2002 en points par bassins de vie ruraux par rapport à la valeur de l'ICM de 2008-2012



Source: Insee, État civil, Recensement de la population

**Bassins de vie non ruraux**

Écart entre les ICM de 2008-2012 et de 1998-2002 en points par bassins de vie non ruraux par rapport à la valeur de l'ICM de 2008-2012



Source: Insee, État civil, Recensement de la population

Les statistiques des causes de décès sont de plus en plus le reflet de la mortalité aux très grands âges, de même que la progression de l'espérance de vie. L'analyse des **causes de décès prématurés** (décès survenant avant l'âge de 65 ans) apporte un éclairage complémentaire, en particulier pour évaluer les besoins de prévention. En Franche-Comté comme au niveau national, avant 65 ans, les tumeurs représentent environ 40 % des décès. Les causes externes de blessures et d'empoisonnement telles que les accidents, les chutes ou les suicides constituent la deuxième cause de mortalité prématurée. Représentant 18 % des décès prématurés dans la région contre 15 % au niveau national, ces causes sont proportionnellement surreprésentées en Franche-Comté.

**Part des deux principales causes de décès avant 65 ans dans l'ensemble des décès avant 65 ans**  
Période 2009 - 2011 (%)

Département	Tumeurs		Causes externes de blessure et d'empoisonnement	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Doubs	34,1	45,7	14,4	20,8
Jura	32,4	44,2	15,3	20,2
Haute-Saône	38,3	45,4	14,9	20,0
Territoire de Belfort	39,7	48,0	14,1	14,2

Source : Inserm, CépiDC