

En matière de santé et d'accès aux soins, le plan 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 compléments santé 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

Didier Carel (ARS)

### 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 2012-2013 en grande section de maternelle, 4 % des enfants de cadres ont au moins deux caries non soignées contre 24 % des enfants d'ouvriers.

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, 6,3 % de la population métropolitaine bénéficie de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) en 2013 contre 5,8 % en 2011. **L'estimation du taux de recours à la CMU-C** est comprise entre 60 % et 72 % en 2013. Il a donc diminué par rapport à 2012 puisque le taux de recours se situait alors entre 66 % et 79 %.

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

L'obésité est un facteur de risque pour la santé : la prévalence des maladies cardiovasculaires, du diabète, de l'hypertension artérielle, etc. est plus élevée chez les personnes en surpoids. Les personnes dont les revenus sont faibles et qui sont peu diplômées sont plus souvent en situation de surpoids.

La prévention de l'obésité est donc un moyen de lutter contre les inégalités de santé. 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 PPPIS.

Entre 2010 et 2014, près de 54 000 élèves de 6<sup>e</sup> francs-comtois ont été évalués (*cf. encadré*) et 16 % d'entre eux sont en situation de surpoids.

La prévalence du surpoids au collège est plus importante dans les départements du Territoire de Belfort et de Haute-Saône : elle concerne, respectivement, 17,8 % et 17,7 % des enfants scolarisés en classe de 6<sup>e</sup> dans ces départements contre 15,2 % et 15,0 % pour le Doubs et le Jura. Cette part a progressé plus vite dans le Doubs entre 2013 et 2014 avec + 1,3 points contre + 0,5 à + 0,7 dans les trois autres départements et + 0,9 point pour l'ensemble de la région.

À l'échelle des bassins de vie, la part des élèves en surpoids est élevée dans le nord de la région. Si le Doubs et le Jura sont moins touchés, certains de leurs bassins ont une prévalence du surpoids dépassant la moyenne régionale : Montbéliard, Ornans, Chaussin, Arbois, Morez ou Saint Amour.

Dans le Doubs, les bassins de vie du plateau, Saône, Valdahon, Maîche ou Morteau se distinguent à la fois par une prévalence très inférieure à la moyenne régionale et par une évolution récente à la baisse de cette prévalence. Dans le Jura, Champagnole et Clairvaux-les-Lacs sont dans le même cas.

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

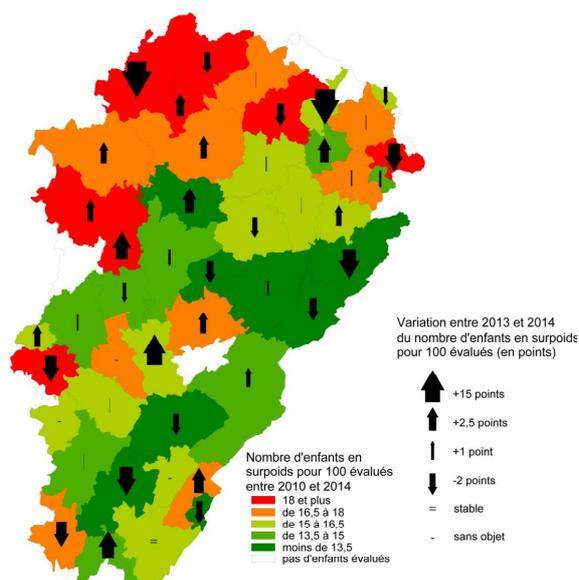
Les services de santé scolaire des quatre départements francs-comtois et le réseau de prévention et de prise en charge de l'obésité pédiatrique produisent depuis plusieurs années des données de surpoids par le biais du bilan infirmier réalisé chez tous les enfants scolarisés en classe de 6<sup>e</sup> 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 en classe de 6<sup>e</sup> entre 2010 et 2014 et évolution de la prévalence entre 2013 et 2014

	Nombre d'enfants en surpoids pour 100 évalués entre 2010 et 2014 (en %)	Variation entre 2013 et 2014 du nombre d'enfants en surpoids pour 100 évalués (en points)
Doubs	15,2	1,3
Jura	15,0	0,5
Haute-Saône	17,8	0,7
Territoire-de-Belfort	17,7	0,6
<b>Franche-Comté</b>	<b>16,0</b>	<b>0,9</b>

Source : ARSFC - DOPSE - 2015

### Prévalence et évolution récente du surpoids des enfants en classe de 6<sup>e</sup> dans les bassins de vie francs-comtois



Source : ARSFC-DSP-OSA-2015

La **part des personnes bénéficiaires de la CMU complémentaire** permet de dénombrer les populations fragiles qui ont accédé à leurs droits en matière de couverture maladie complémentaire. Dans la mesure où l'accès à ce droit implique l'étude d'un dossier prenant en compte l'ensemble des revenus du ménage, les assurés au titre de ce régime ont nécessairement des revenus limités et vérifiés. Le taux de recours au dispositif par les personnes pouvant y prétendre est compris entre 66 % et 79 % en 2012. Ainsi, la part des bénéficiaires dans une population peut à la fois être influencée à la hausse par la faiblesse des revenus et à la baisse par un recours trop partiel. Le plan contre la pauvreté visant notamment à développer le recours aux dispositifs, il convient donc d'avoir une double lecture de cet indicateur dont la hausse peut être le reflet d'une augmentation du recours ou d'une baisse des revenus.

Déjà en hausse en Franche-Comté entre 2007 et 2012, la part des assurés bénéficiant de la CMU-C a encore progressé entre 2012 et 2014. C'est dans le Territoire de Belfort qu'elle est la plus élevée et qu'elle progresse le plus. Dans le Doubs, cette part dépasse la moyenne régionale tandis que la Haute-Saône se situe un peu en dessous. Le Jura combine la part d'assurés au titre de la CMU-C la plus faible et l'évolution récente la plus modérée du fait d'une baisse entre 2007 et 2012.

À l'échelle des bassins de vie, le nord de la région se distingue par des parts élevées d'assurés au titre de la CMU-C. C'est également le cas des bassins de vie les plus urbains : Besançon, Belfort et Montbéliard, Dole ou Lons-le-Saunier.

En revanche, Valdahon, Maïche et Morteau comptent peu d'assurés au titre de la CMU-C.

À l'exception de Pontarlier, les bassins « urbains » affichent à la fois des taux élevés et en nette hausse (Besançon, Belfort, Vesoul, Montbéliard, Dole, Luxeuil-les-Bains...).

### Taux de recours à la CMU-C

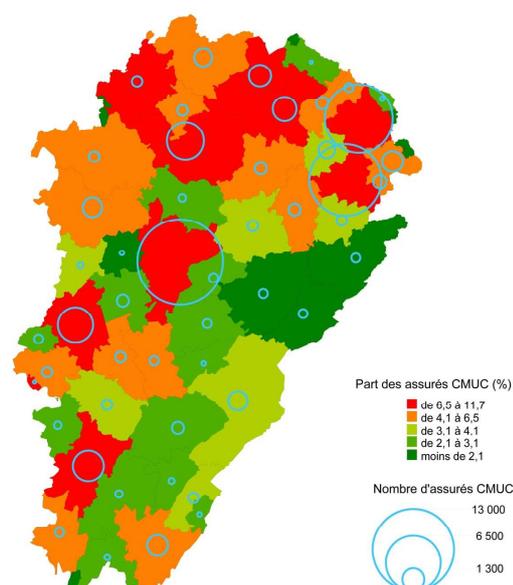
Le taux de recours à la CMU-C rapporte le nombre de bénéficiaires couverts à la population éligible à cette couverture maladie complémentaire. Si le nombre de bénéficiaires couverts est connu (exploitation des fichiers administratifs des organismes chargés de délivrer la prestation), aucune source ne 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 bénéficiant de la CMU-C dans la population protégée du régime général en 2012 et 2014, par départements de Franche-Comté

	Part des assurés bénéficiant de la CMU-C en 2012 (en %)	Part des assurés bénéficiant de la CMU-C en 2014 (en %)	Évolution en points
Doubs	7,1	7,7	+ 0,6
Jura	4,8	5,2	+ 0,4
Haute-Saône	5,7	6,3	+ 0,6
Territoire-de-Belfort	8,8	9,8	+ 1,0
<b>Franche-Comté</b>	<b>6,6</b>	<b>7,2</b>	<b>+ 0,6</b>

Source : ARSFC-DSP-OSA-2015

### Part des assurés bénéficiant de la CMU-C dans la population protégée du régime général en 2014, par bassin de vie



Source : ARSFC-DSP-OSA-2015

*Pour en savoir plus :*

de Saint Pol T., « L'obésité en France : les écarts entre catégories sociales s'accroissent », *Insee Première n°1123*, février 2007.