
Cahier 3

Chapitre 1

Santé et pauvreté

*P*our explorer cette dimension de la pauvreté, l'Observatoire apporte une contribution modeste. Ce n'est bien sûr pas par désintérêt mais parce que d'importants travaux ont été réalisés cette année dans d'autres cadres ¹.

L'Institut national de la santé et de la recherche médicale a développé une approche particulière des relations santé – précarité intégrant l'apport de recherches sur les inégalités de santé ². Dans la première contribution Marianne Berthod-Wurmser souligne la nécessité de cette nouvelle approche. L'accès aux soins a longtemps représenté en effet, la seule source de connaissance entre santé et pauvreté. Or, les liens entre la situation sociale, et singulièrement au bas de cette échelle, et la santé sont éclairants. La précarité représente une source de vulnérabilité pour la santé, une santé précaire est de fait un facteur de précarité professionnelle et sociale. Comment sortir de cet engrenage ? Une approche exclusivement médicale de ces questions doit s'enrichir d'une analyse pluridisciplinaire, intégrant aussi les comportements complexes des personnes les plus pauvres et de ceux qui les aident.

La deuxième contribution est signée Bénédicte Boisguérin, Chantal Casès et Claude Gissot. En juin 2001, soit après un an et demi de fonctionnement, la Cmu complémentaire concerne 5,3 millions de personnes dont 1,5 million de nouveaux bénéficiaires depuis le 1^{er} janvier 2000. La Cmu représente un progrès important en matière d'accès aux soins et donc à une meilleure santé. Qu'en était-il fin 2000, un an après sa mise en place ?

Les auteurs proposent une synthèse des résultats disponibles d'évaluation de la Cmu. Ils s'appuient notamment sur une enquête menée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques auprès de 3 000 ménages. Cette enquête fait ressortir une population plus féminine et plus jeune que la population totale. Par ailleurs plus d'un ménage sur deux avait renoncé à des soins pour raisons financières. La Cmu semble donc avoir incité davantage de ménages à se soigner, puisque 65 % des bénéficiaires interrogés ont commencé des soins depuis qu'ils sont couverts.

La troisième contribution « Zep ou hors Zep : les inégalités de santé chez les jeunes enfants » présente les difficultés de santé d'un type de public encore jeune mais potentiellement très menacé : les enfants à 6 ans. Gérard Badéyan et Nathalie Guignon ont réalisé une étude comparative de la situation de ces enfants, selon qu'ils sont scolarisés dans une zone d'éducation prioritaire ou non. Ce facteur est discriminant à bien des égards. Obésité plus sévère, retard important en prévention, soins dentaires et troubles de la vision distinguent les premiers des autres enfants du même âge. Seul, le système préventif de vaccination semble dessiner une tâche plus rose sur ce tableau qui hypothèque sérieusement leur avenir.

¹ Citons notamment les travaux d'évaluation de la Couverture maladie universelle menés par l'Inspection générale des affaires sociales, ceux du Haut Comité de santé publique sur les inégalités de santé et les disparités géographiques (en cours de publication). D'autres publications du ministère sont éditées régulièrement, notamment par la Drees, l'Atlas de la Santé en France réalisé en 2000 par G. Salem, S. Rican, E. Jouglu, collection Mire/Drees.

² Voir à ce sujet Les inégalités sociales de santé, Ed. Inserm/La Découverte 2000 et Précarisation, risque et santé, M. Joubert, P. Chauvin, F. Facy, V. Ringa. Ed. Inserm-2001

Inégalités, précarité et santé : vers une nouvelle approche de la connaissance

Marianne Berthod-Wurmser,
présidente de l'intercommission³ n° 6 de l'Inserm

La santé des personnes en situation de *précarité et d'exclusion* a commencé à poser à partir du milieu des années 1980, de nombreuses questions empiriques et très opérationnelles. Depuis fin 1980 – mi-1990, le citoyen ordinaire peut constater sur le pavé de la cité les ravages de santé des Sans domicile fixe (Sdf), le travailleur social signale la fréquence des problèmes de santé parmi les difficultés majeures d'un cercle de personnes et de familles en situation « précaire. » De même, les médecins hospitaliers réagissent avec perplexité et empirisme à la transformation de certaines de leurs clientèles, dont ils comprennent incomplètement la situation et les attitudes. La demande sociale de connaissance provient dès lors de multiples sources : institutions médicales, sociales, élus, associations.

La santé des plus pauvres, une connaissance longtemps lacunaire

De quel matériau disposait-on jusqu'ici pour aborder un tel sujet ? Si la France au XIX^e siècle avait bien été pionnière avec des travaux comme ceux de Villermé, il fallait bien se rendre à l'évidence. À la fin du XX^e siècle, les données disponibles étaient très limitées et la réflexion sur les méthodes pour décrire et analyser « la santé des pauvres » n'avait guère fait l'objet d'une démarche continue de recherche. Pouvait-on espérer s'appuyer sur une démarche voisine, s'intéressant aux *inégalités sociales de santé* ? Celle-ci aurait du moins permis de situer la santé dans un éventail plus large de situations, par rapport à ceux d'autres catégories sociales, des plus pauvres ou des précaires.

De fait, dans les années 1970, la question des inégalités sociales, de leurs sources, de leur reproduction, et des moyens de parvenir à plus de justice par plus d'égalité, avait occupé les esprits et contribué à donner leur couleur aux projets politiques de la période. Cette question s'étant déclinée dans tous les domaines (revenus, éducation, logement, santé, etc.), on aurait pu espérer que, dans les trente dernières années, des progrès de la connaissance sur « situations sociales et santé » avaient été réalisés. Et pourtant, les approches disponibles ne sont pas d'un grand apport.

³ « Analyse et évaluation des systèmes de soins et de prise en charge, de prévention et de protection sociale »

L'accès aux soins, seul angle de connaissance

La démarche générale des années 1970 s'exprimait essentiellement en termes d'égalité d'accès à un niveau de vie ou d'accès à des services. Ce qu'on cherchait, au fond, c'était essentiellement à évaluer dans quelle mesure les politiques publiques atteignaient bien leur but : rééquilibrer une distribution de ressources et de services que les mécanismes économiques « ordinaires » tendaient à concentrer sur certaines catégories, risquant de laisser de côté des « abandonnés de la croissance ». Dans le domaine de la santé, les inégalités, lorsqu'elles ont fait l'objet d'études ou de débats, ont aussi été examinées essentiellement sous l'angle de l'accès aux soins. On ne s'est pas particulièrement intéressé, jusqu'au milieu des années 1980, aux « queues de distribution », toujours difficiles à appréhender dans de grandes enquêtes représentatives de la population. Les politiques de protection sociale et d'assurance maladie permettent-elles effectivement à tous de *consommer* les mêmes types de services ? Cette question était au centre des interrogations. Quant aux inégalités sociales *d'état de santé*, elles ont été peu étudiées, et, dans l'esprit de tous, elles étaient attribuables à de mauvaises conditions de vie. Au demeurant, la conception que l'on se faisait de la santé avait peu changé dans les dernières décennies et correspondait bien à cette interprétation : l'idée dominante était que la santé s'acquiert « *avec une nourriture saine, un travail libéré de ses contraintes les plus pénibles, du bon air, une hygiène convenable et une consommation croissante et égalitaire de soins médicaux...* », le reste dépendant de hasards purement individuels.

La publication, dans les années 1970, d'indicateurs de mortalité par catégorie sociale, mettant en évidence des différences très importantes de durée de vie entre le haut et le bas de l'échelle sociale (l'espérance de vie à trente-cinq ans du cadre ou du professeur dépassait de neuf ans celle du manœuvre) a fait choc. Choc ponctuel cependant. À vrai dire, ces travaux sur la mortalité constituaient plutôt le sous-produit de travaux méthodologiques sur les données démographiques et ne répondaient guère à une demande sociale concernant les inégalités de santé. Cette demande demeurait concentrée sur la consommation de soins. Ils n'ont pas suscité ou encouragé, en France, de courants de recherche substantiels par la suite. Seule, une poignée de chercheurs sont restés sensibles à ce thème et n'a guère eu les moyens de développer de nouvelles investigations d'envergure dans ce domaine dans les années suivantes.

Vers une connaissance plus fine des états de santé : l'apport des « inégalités »

Dans d'autres pays en revanche, la demande concernant les inégalités d'états de santé s'est développée ; elle a suscité des travaux et des courants de réflexion importants. En Grande Bretagne, le rapport Black ⁴ a marqué une date à la fois par la nouveauté

⁴ Black D., Morris J., Smith C., Townsend P. (1980), *Inequalities in Health : Report of a research working group*, Department of Health and Social Security, Londres. Ce rapport, commandé par un gouvernement travailliste en 1977 a été remis en 1980 à un gouvernement conservateur. Il a mis en évidence de façon particulièrement bien documentée que les inégalités de santé ne peuvent être tenues comme des disparités individuelles, et sont liées à un ensemble d'inégalités sociales.

et la force de ses résultats et comme point de départ de nombreux travaux ultérieurs poursuivis dans ce pays ainsi qu'aux Pays-Bas, au Canada, dans les pays nordiques ; ils sont désormais soutenus également par des programmes européens⁵. À mesure de leur avancée, ils imposent une conception beaucoup plus complexe de la santé. Dans cette conception, interviennent des facteurs individuels qui ne sont pas nécessairement des facteurs de causalité immédiate et directe. En effet, une grande susceptibilité à certaines pathologies ne signifie pas obligatoirement qu'on sera atteint par ces pathologies. Le rôle des facteurs psychologiques est donc mieux étudié. Des facteurs collectifs sont également présents parmi lesquels les différents éléments de la situation sociale : les éléments matériels, mais aussi les trajectoires, les positionnements professionnels et le soutien social qui jouent un rôle déterminant.

Les rapports entre situation sociale et santé mis en évidence

Dans la deuxième moitié des années 1990, l'instance de l'Inserm mise en place pour étudier et encourager les recherches sur « les systèmes de santé »⁶ a souhaité consacrer une partie de ses travaux à cette question des rapports entre situation sociale et santé. Mais elle s'est trouvée orientée vers deux démarches bien différentes.

D'une part, sur les questions de la santé en situation de précarité, la visée descriptive et opérationnelle était la première : qui et/ou sont les patients précaires ? Quels sont leurs problèmes de santé ? Que peut-on faire ? La question « comment s'articulent précarité et santé ? » vient en second. En s'intéressant à une population particulière et à ses problèmes concrets, les travaux des chercheurs ont tenté de cerner la population concernée, d'étudier ce que, pour elle, santé veut dire et quels rapports cette population entretient avec le système de soins.

D'autre part, la visée analytique de l'approche « inégalités et santé » était descriptive mais aussi plus théorique. La rareté des données disponibles a conduit en fait à entrer dans le sujet assez largement par pathologie et par problème de santé. Mais l'ensemble du questionnement s'est centré sur l'évaluation du rôle de la position sociale dans la réponse à la question « pourquoi certains sont-ils en bonne santé et d'autres non ? »⁷.

⁵ Voir notamment sur le sujet du débat public et du développement de la recherche concernant les inégalités de santé dans différents pays : Berthod-Wurmser M. « Programmes de recherche et débat public sur les inégalités de santé : la France est-elle en retrait ? » in Leclerc A, et alii, eds, (2000) *Les inégalités sociales de santé*, Inserm. La Découverte, Paris.

⁶ Intercommission n° 6 de l'Inserm, 1995-1999, intitulée : « Analyse et évaluation des systèmes de soins et de prise en charge, de prévention et de protection sociale ». Dans le domaine « situation sociale et santé », cette instance a notamment produit deux ouvrages : l'ouvrage sur les inégalités cité à la note précédente, et Joubert M., et alii, eds (2001) « Précarisation, risque et santé », Inserm, Paris. L'essentiel du présent article repose sur une réflexion concernant les travaux réalisés pour ces deux ouvrages. Cette intercommission de l'Inserm a également lancé un appel à projets dont les résultats devraient être disponibles en 2002, et mis en place un site internet sur inégalités sociales et santé. Ses travaux dans ce domaine sont prolongés par ceux de l'Intercommission n° 1 de l'Inserm pour 2000-2004.

⁷ Cette question est la traduction littérale du titre original d'un ouvrage de l'Institut canadien de recherches avancées « *Why are some people healthy and others not ?* », de R. Evans et Th. Marmor (eds.). Sa traduction, soutenue par la MIRE (Mission recherche du ministère de l'Emploi et de la solidarité) a été publiée en Français sous le titre « Être ou ne pas être en bonne santé ». (John Libbey Eurotext, 1996). En s'appuyant sur un large ensemble de recherches menées, dans les quinze dernières années, dans diverses disciplines (diverses disciplines médicales, étiologie, épidémiologie, ethnologie, sociologie, économie, science politique...), cet ouvrage dresse un tableau assez complet de ce qu'on sait aujourd'hui sur les rapports entre situation sociale et santé, non seulement dans les sociétés humaines, mais également dans certaines sociétés animales. Il propose quelques hypothèses explicatives à vérifier et suggère des conclusions pratiques de forte portée (par exemple, que la cohésion sociale d'une société est plus efficace pour maintenir sa population en bonne santé qu'une masse très importante de dépenses de soins...).

Le rassemblement d'analyses réalisé dans ce contexte selon ces deux démarches apporte cependant une vision cohérente et complémentaire de phénomènes qui ne sont évidemment pas dissociés. Pour une présentation complète de l'état des savoirs et des données disponibles sur « précarisation, risque et santé », on renverra à l'ouvrage déjà cité, publié par les éditions de l'Inserm. L'accent sera mis ici sur les éléments de continuité et de complémentarité des réflexions conduites selon les deux approches choisies par l'Inserm. Trois éléments se retrouvent avec force dans les deux formes d'approche. Ils permettent d'alerter l'opinion qui n'y prête pas nécessairement attention sur trois points forts : la précarité en tant que facteur de fragilité, le « cercle vicieux » constitué par un enchaînement de « maladies » et de difficultés de vie, et enfin les relations des précaires à la santé et au système de soins.

La précarité, source de vulnérabilité pour la santé

Sur l'ensemble de l'échelle sociale, on observe un gradient général, toutes pathologies confondues : non seulement la mortalité est plus élevée en bas qu'en haut de l'échelle, mais la quasi-totalité des maladies y sont plus fréquentes. C'est ce que mettent en évidence avec le plus de force les travaux internationaux et français sur les inégalités. On citera en particulier les travaux britanniques sur la « cohorte de Whitehall ». Cette étude de suivi de la santé de longue durée concerne tous les fonctionnaires de l'Administration anglaise. Il s'agit donc de personnes pourvues d'un travail stable et dont les revenus, leur permettent de vivre dans des conditions correctes. Même si les fonctionnaires, dont les salaires sont les plus faibles, ne roulent pas sur l'or, ils ne sont pas « exclus de la société », ni menacés de privation alimentaire ou de conditions impossibles de logement. Le constat de fortes inégalités, avec un gradient régulier entre les cadres dirigeants, les cadres moyens ou petits et les employés de base n'en est que plus impressionnant. On ne peut en effet attribuer la mortalité et la morbidité plus forte en bas de l'échelle sociale aux effets de conditions de vie dramatiques. Le gradient constaté ne se réduit pas, non plus, à des différences de comportements vis-à-vis de l'alcool et du tabac ; ces facteurs jouent effectivement, mais les auteurs ont aussi cherché à isoler leur influence, et il reste encore de grandes différences après neutralisation de ces facteurs. Ces recherches ont plus particulièrement été concentrées sur les maladies cardio-vasculaires, mais des constats généraux similaires sur d'autres pathologies sont faits. Les résultats sont corroborés par de nombreuses études internationales notamment sur ce domaine cardio-vasculaire. Citons ceux qui ont été conduits sur la cohorte Monica dans plusieurs pays dont la France. L'ouvrage de l'Inserm également sur les inégalités rassemble des données sur la santé périnatale, la santé de l'enfant, celle des adolescents, sur les cancers de différentes sortes, les troubles mentaux, la santé bucco-dentaire, le sida, les handicaps et les personnes âgées. Le gradient dont nous avons parlé se retrouve dans tous ces domaines⁸, et les raisons de ces inégalités, qui restent encore largement à étudier, semblent se trouver notamment du côté de deux facteurs. Le « stress », qu'on définirait plutôt comme une sorte de

⁸ À l'exception (temporaire ?) du cancer du sein chez les femmes, pour des raisons qui restent à expliquer.

pression sociale exercée sur des personnes qui n'ont pas la maîtrise réelle de leur activité ou de leur destin. Et le « support social » défini comme une présence et un appui de l'entourage de la personne dans la conduite de sa vie.

Pas de pathologie des pauvres mais des risques plus grands

Mettons en regard de ces observations générales, et des explications qui leur sont proposées, les observations concernant les populations précaires. En situation économique difficile, aux lendemains incertains voire inquiétants, celles-ci ont souvent perdu le soutien d'un entourage immédiat et parfois se sentent plus généralement « abandonnées » d'un cercle social plus large. On peut donc s'attendre à trouver une morbidité importante, une mortalité précoce et de nombreux problèmes de santé. De fait, on peut dire que les personnes « précaires » sont les plus vulnérables, les plus exposées à la maladie dans tous les domaines. Il est difficile de proposer un constat quantitatif général aujourd'hui, faute de données globales, de définition unique et claire de la population concernée. On dispose cependant de nombreuses observations partielles ou locales, dont beaucoup sont rassemblées dans le deuxième ouvrage de l'Inserm. Ce sont les enquêtes, du Crédes et de l'Ined sur les Sdf à Paris, les observations sur la périnatalité et la précarité, conduites à partir d'un hôpital de la région parisienne, les observations sur la santé mentale, les Interruptions volontaires de grossesses (Ivg), l'alcoolisme. La nature des problèmes de santé et des pathologies varie, mais tous ces observateurs constatent que la santé des « précaires » est plus fréquemment menacée et détériorée. Tous sont d'accord, aussi, pour considérer qu'il n'y a pas de « pathologie spécifique du pauvre », mais surtout une grande vulnérabilité à un ensemble large de « pathologies ordinaires »⁹.

On notera que les comportements vis-à-vis de l'alcool et du tabac figurent, en France au moins, parmi les sources importantes de disparités sociales de santé : on fume et on boit plus en milieu ouvrier qu'en milieu cadre. La situation de précarité – risque de chômage ou emploi instable, problèmes de ressources, de logement, d'insertion – porte en elle-même suffisamment de motifs d'angoisse pour renforcer ces comportements.

Prévenir la détérioration de la santé, une nécessité impérieuse

D'une façon générale, en termes d'état de santé, les situations de précarité peuvent donc s'analyser en continuité avec l'ensemble des catégories sociales : les situations de précarité engendrent des états de santé fréquemment détériorés. L'analyse plus générale, dont on dispose sur « santé et inégalités », permet de combler les lacunes d'une observation des plus pauvres qui reste plus ponctuelle. La portée de cette observation, qui se présente comme relativement banale, doit être sérieusement réfléchie. En effet, elle signifie que l'attention prêtée à la santé des personnes en situation précaire ne se justifie pas seulement par des difficultés de financement et d'accès aux soins, aux institutions et aux professionnels médicaux, comme on tend d'abord à le penser. La raison première d'une telle attention, c'est tout simplement que les pauvres sont plus malades. Il y a donc

⁹ À l'exception sans doute de problèmes spécifiques propres à des populations particulières : risques de malnutrition, problèmes dermatologiques des personnes à la rue.

lieu de prévenir autant que de soigner, de réfléchir aux éléments de ce constat plus qu'on ne le fait aujourd'hui, et sans doute en collaboration avec d'autres, car les professionnels médicaux ne sont pas seuls concernés par ce constat. Beaucoup de chemin reste à faire pour parvenir dans ce domaine, à des connaissances fiables et opérationnelles.

Les difficultés de santé et l'engrenage de la précarité

On sait que des effets de sélection, notamment dans le monde du travail, s'exercent vis-à-vis des personnes malades ou fragiles. Une part non négligeable de la politique du handicap, par exemple, s'est construite en France autour de l'idée que les personnes handicapées risquent d'être éliminées du marché du travail, et qu'il convient donc de leur aménager des lieux et des modalités d'insertion professionnelle spécifiques.

Cet effet de sélection, qui ne touche pas que les personnes handicapées, est probablement d'autant plus fort que la situation économique permet aux employeurs de choisir, dans une main d'œuvre disponible en abondance, les salariés qu'ils espèrent les plus performants. La recherche d'emploi par les salariés concernés peut elle-même intégrer des données liées à leur santé, par exemple si, pour des raisons médicales, ils ne peuvent travailler qu'à temps partiel, s'ils ne peuvent faire face à des efforts physiques ou à une charge mentale trop prolongée. Dans ces conditions, ces personnes à la santé fragile ont donc de fortes chances de se présenter dans de mauvaises conditions sur le marché du travail.

Difficultés financières, précarité d'emploi, état psychique, isolement : tout est lié

Une santé fragile peut donc être à « l'origine » d'un processus de précarisation. On voit bien quel cercle vicieux peut s'établir entre problèmes de santé et difficultés économiques, et d'insertion notamment. Dans certains cas, l'engrenage entre problèmes de santé et difficultés financières, « assortis » d'un problème de statut, peut prendre un tour particulier. Dans une étude récente consacrée à la régularisation des personnes sans papier et malades, Médecins du monde cite un fait majeur : obtenir un titre de séjour pour raison médicale a permis à la moitié des personnes concernées (environ 1 500) d'accéder à un emploi et à 20 % d'entre elles d'obtenir une Allocation adulte handicapé (Aah). Paradoxalement, c'est leur reconnaissance en tant que malade qui a permis leur insertion.

Signalons que les questions psychiques et de santé mentale jouent souvent un rôle central, presque de « plaque tournante », dans cet engrenage. L'ensemble des travailleurs sociaux et des associations engagées dans la lutte contre la précarité témoigne depuis longtemps de la fréquence, en milieu de vie difficile, des dépressions, des troubles psychiques divers relevant plus souvent du « mal-être » que de la maladie mentale. Ils signalent aussi l'abondance des prises de médicaments psychotropes. Le travail présenté par M. Joubert, dans l'ouvrage de l'Inserm, analyse finement la place et le rôle de ces « petits malaises ». Il souligne également l'intérêt d'une étude plus approfondie des personnes qui, dans des situations identiques, ne présentent pas de troubles

ou de perturbations sur le plan de la santé mentale. De fait, il constate que ces personnes qui « s'en sortent » mieux réussissent à surmonter la difficulté en s'appuyant sur des « supports sociaux » encore bien en place ou pas trop dégradés.

Une telle observation se trouve en grande cohérence avec les résultats plus généraux des travaux épidémiologiques et sociologiques sur les inégalités, qui conduisent à souligner, comme nous l'avons rappelé, à la fois le rôle général des facteurs socio-psychiques dans la construction de la santé, et le rôle particulier que joue le support social dans les stratégies de mobilisation des forces pour la santé.

Un processus qui englobe aussi les personnes qui n'ont pas « basculé »

Ces caractéristiques des rapports santé précarité justifient que les observateurs spécialisés préfèrent parler de « précarisation » plutôt que de « précarité ». En effet, sont susceptibles de mettre en cause la santé aussi bien un *processus* évolutif défavorable, avec son cortège d'incertitudes pour le lendemain qu'un état de pauvreté ou d'exclusion. Parler de processus conduit, en outre, à comprendre dans l'observation, non seulement un cercle restreint « d'exclus » mais un cercle beaucoup plus large de populations économiquement et socialement menacées à la fois par leur situation économique, leur environnement immédiat dans des zones défavorisées et des facteurs culturels.

Cette observation n'est pas non plus sans conséquence pour l'action : les actions qui peuvent être conduites pour « sortir du cercle vicieux » des problèmes de santé et d'exclusion doivent envisager un cercle assez large de populations fragilisées par de tels processus, et s'intéresser de près non seulement à l'état de santé des personnes, mais à tous les éléments qui sont susceptibles de renforcer ou reconstruire du « support social ».

Précarité et accès au système de soins : des rapports ambigus

L'étude des questions de santé en population « précaire » ou en voie de précarisation met en évidence les difficultés particulières rencontrées par ces populations face à la façon dont se traite ordinairement la santé dans notre société. Les observations concernent aussi bien les attitudes des personnes et des groupes concernés vis-à-vis de leur propre santé, que les caractéristiques difficiles du rapport entre ces personnes et ces groupes et le système de soins.

Les attitudes de groupes précaires vis-à-vis de la santé se caractérisent principalement par deux traits qui tendent à les distinguer dans le monde actuel. Ces traits, qui renvoient cependant à des situations douloureuses, peuvent brouiller en particulier leurs relations avec un système de soins qui, de son côté, a intégré de toutes autres valeurs.

Il est implicitement entendu dans les sociétés développées contemporaines que « la santé est le bien le plus précieux ». Autrement dit, ce qu'on peut faire pour sa santé, à court et à plus long terme, passe avant la mise en œuvre de tout autre projet. Pourtant les questions de santé peuvent prendre un rang secondaire dans des préoccupations

dominées par les moyens de la survie, du combat contre l'incertitude concernant les ressources, le logement, les relations avec les proches... Les pauvres et les précaires ne sont bien sûr pas les seuls à entretenir une attitude ambiguë vis-à-vis de la santé à long terme. Les attitudes de prévention ne « s'imposent » pas d'elles-mêmes en effet dans aucun public. Ici, le phénomène peut s'étendre concrètement à la non-prise en compte très immédiate d'alertes de santé, rares en milieu plus « stable » et mieux intégré.

Cette relégation de la santé au rang de préoccupation « seconde » a pour corollaire la fréquence des attitudes de prise de risque. On a déjà mentionné les facteurs traditionnels tels que l'alcool et le tabac. Il faut étendre l'observation. C'est un ensemble de comportements à risques – conduite automobile dangereuse, violence, toxicomanie –, que l'on retrouve plus fréquemment parmi les personnes précaires. L'analyse qualitative montre leur genèse complexe. Les observations recueillies à ce sujet dans l'ouvrage de l'Inserm sur *Précarisation, risque et santé* introduisent bien les débats, tant scientifiques que sociétaux. Il est difficile à l'heure actuelle d'en tirer des conclusions générales. Le parallélisme des observations des acteurs de terrain et des chercheurs qui se sont intéressés à l'alcool, à la toxicomanie, aux accidents ou à la violence est assez fort pour qu'on puisse affirmer l'intérêt d'une démarche centrée sur la prise de risques. L'étude est encore insuffisamment approfondie pour décrire et expliquer de façon complète les attitudes particulières constatées en milieu précaire, encore moins pour quantifier leurs conséquences et pour construire des stratégies protectrices autour de cette notion.

Des rapports particuliers des personnes précaires au système de soins

Tout d'abord, on constate un recours tardif aux soins, en cohérence avec les attitudes précédemment évoquées. De fait, la plupart des observations ont été réalisées avant la création de la Couverture maladie universelle (Cmu). Le motif financier a joué un rôle très important dans le retard à se soigner, comme sans doute dans le suivi approximatif des prescriptions, souvent signalé par les soignants. Ce motif devrait aujourd'hui s'estomper. D'autres phénomènes subsistent, dans des proportions qu'il n'est évidemment pas possible de mesurer. S'y trouvent mêlées des questions d'argent, de culture, d'attention à la santé, de confiance instaurée avec les interlocuteurs soignants, de compréhension ou d'interprétation des médicaments et des actes thérapeutiques.

Ensuite, cet ensemble de comportements qui s'opposent fondamentalement à la culture médicale et aux contraintes du métier, peut être difficilement compris de nombreux professionnels. Les études réalisées auprès de personnes qui fréquentent les centres spécialisés, récemment mis en place pour répondre notamment aux besoins des personnes non couvertes, montrent bien un double besoin, correspondant à des trajectoires de précarité différentes.

De nombreuses personnes affirment en effet un besoin d'être considérées comme des malades ordinaires, dans un lieu ordinaire et non stigmatisant. Mais le souhait d'avoir affaire à des interlocuteurs qui « comprennent » des patients à l'histoire et aux comportements particuliers est également présent.

Développer la compréhension mutuelle des soignants et des patients

Dans la situation présente, les conséquences à tirer de ce constat sont importantes. L'arrivée en effet d'une meilleure couverture sociale qui permet une prise en charge « normale » de personnes passant jusqu'ici par des circuits gratuits et des consultations hospitalières particulières, justifierait en effet les disparitions de tels circuits. De fait, si l'on prend conscience que le motif financier, bien que massif, n'est pas le seul qui éloigne les personnes concernées d'un contact médical dans des conditions « ordinaires », le maintien de possibilités de choix pour les intéressés paraît également présenter un grand intérêt. Ce qui revient à dire que seuls les consultants eux-mêmes sont en mesure de décider de ce qui leur convient. Il n'en demeure pas moins nécessaire de prendre aussi préalablement des positions plus générales et plus institutionnelles. Par quels moyens autres que financiers peut-on favoriser une meilleure compréhension entre professionnels de santé et populations précaires ? Faut-il redéfinir le rôle des pôles spécialisés ? L'adapter à des fonctions centrées moins sur la question financière que sur l'abord particulier de populations dont on commence à identifier la particularité des valeurs et des attitudes en matière de santé ? Faut-il au contraire éviter le confinement dans des lieux « à part » ? Dans ce cas, quelles alternatives prévoir pour que « les précaires », dont on a souligné combien ils sont plus vulnérables, puissent aussi recevoir un accueil moins normalisé et plus adapté à leurs attitudes et à leurs problèmes propres : formation des professionnels, assouplissement des modes de fonctionnements des consultations hospitalières par exemple ?

Ce court article ne cherche pas à rendre compte de l'ensemble des données disponibles. Nous renvoyons pour cela en particulier aux deux ouvrages précédemment cités sur les *inégalités* et sur la *précarisation* et la santé. Certes lacunaires et méritant d'être poursuivies, les études et les observations sont cependant convergentes. Elles attirent notre attention sur deux conséquences pour l'action.

Bien que lacunaires, les données disponibles sont suffisantes pour nous alerter sur les orientations d'une politique pour la santé des pauvres et des précaires. Faciliter matériellement et financièrement l'accès aux soins est un premier acquis. Il convient également de prendre en compte deux éléments qui ont moins retenu l'attention. D'une part, la vulnérabilité en santé liée à la précarité. D'autre part, l'attitude complexe, qu'on pourrait dire « en retrait », de ces populations par rapport à la santé. Deux éléments qui justifient une intervention « active » dans les milieux concernés, pour leur offrir une protection convenable de leur santé, au-delà d'une offre « passive » de services.

Par ailleurs, les données internationales les plus récentes confirment de façon croissante l'importance de la situation sociale dans l'état de santé des populations. Pour ceux qui se trouvent en bas de l'échelle sociale, voire « exclus », une approche exclusivement médicale est donc largement insuffisante. Non seulement pour comprendre mais pour agir, l'intervention conjointe de professionnels de la santé et d'autres professionnels qui ont une connaissance spécialisée des questions liées au travail, au support social, aux autres éléments de la vie quotidienne est indispensable.

La couverture maladie universelle : synthèse des résultats disponibles

Bénédicte Boisguérin,
Chantal Casès, Claude Gissot,
Drees

La Couverture maladie universelle (Cmu), instaurée par la loi du 27 juillet 1999, est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2000. Elle a pour objectif de permettre aux populations les plus démunies un accès gratuit à une couverture maladie. Le dispositif comporte deux volets, la Cmu de base et la Cmu complémentaire. Il est complété par l'Aide médicale État (Ame), renouvelée. Il remplace, pour la partie base, l'assurance personnelle dont les cotisations étaient prises en charge par les conseils généraux et, pour la partie complémentaire, l'Aide médicale générale (Amg).

La loi a prévu une évaluation du dispositif. Aussi des outils d'observation qualitatifs et quantitatifs, destinés à nourrir cette évaluation, ont-ils été élaborés dès le vote de la loi (annexe 1). La mission d'évaluation de la Cmu, confiée à l'Inspection générale des affaires sociales, s'est traduite par un rapport publié au début de l'année 2002. Ce rapport examine la montée en charge du dispositif, l'accès aux droits et leur réexamen, l'accès aux soins des bénéficiaires et le financement de la réforme. Il comporte non seulement des conclusions issues du dispositif d'observation, mais aussi des analyses d'entretiens et d'enquêtes locales ainsi que des préconisations sur la mise en œuvre du dispositif. Il est ainsi de portée plus générale que cette synthèse, qui présente les résultats du dispositif d'observation dont l'essentiel a été publié dans des travaux spécifiques au fil des mois par les organismes qui l'ont mis en place.

Les bénéficiaires de la Cmu au 30 juin 2001

Au 30 juin 2001, le nombre de bénéficiaires de l'affiliation à l'assurance maladie sur critère de résidence (ou Cmu de base) s'élevait à 1,2 million pour la France entière.

Depuis le 1^{er} janvier 2000, le nombre de bénéficiaires de la Cmu de base a progressé de 20 000 à 35 000 par trimestre. Cela représente, en flux nets cumulés, près de 170 000 nouveaux bénéficiaires sur 18 mois.

À la fin du 2^e trimestre 2001, le nombre de bénéficiaires de la Cmu complémentaire s'élevait à 5,3 millions. Depuis le 1^{er} janvier 2000, le nombre trimestriel de nouveaux bénéficiaires a baissé de 375 000 à 90 000 (graphique 1). Le profil d'évolution montre un net ralentissement depuis le début de l'année 2001, traduisant la fin de la période de forte montée en charge du dispositif. Ces flux nets cumulés représentent, depuis le premier janvier 2000, près de 1,5 million de nouveaux bénéficiaires, soit une progression d'environ 40 %.

Présentation du double dispositif de la Cmu

La Cmu de base permet d'affilier au régime général de l'assurance maladie, sur critère de résidence, les personnes qui ne peuvent être couvertes par le biais d'une activité professionnelle ou comme ayant droit d'un assuré. Elle remplace, en la simplifiant, l'assurance personnelle dispositif préexistant pour les personnes dans cette situation qui prévoyait la prise en charge des cotisations par un organisme tiers (caisse d'allocation familiale ou aide médicale).

La Cmu complémentaire permet de fournir une couverture complémentaire gratuite à toute personne résidant en France de manière stable et régulière, sous condition de ressources fixée par décret. Elle remplace l'aide médicale dispensée par les conseils généraux dans le cadre de l'Aide sociale décentralisée (Asd). L'ouverture des droits est conditionnée par le dépôt d'une demande auprès d'une caisse d'assurance maladie. La condition de ressources se traduit par un plafond de 658,80 € (43 200 F) (soit 548,82 € (3 600 F) par mois) pour les douze derniers mois précédant la demande. Ce plafond varie selon la composition du foyer : il est majoré de 50 % pour la deuxième personne, de 30 % pour les troisième et quatrième personnes, et de 40 % à partir de la cinquième personne. Le foyer Cmu se compose du demandeur, de son conjoint et, sous certaines conditions, de ses enfants de moins de 25 ans. Le demandeur peut choisir de faire gérer les prestations par une caisse d'assurance maladie ou un organisme complémentaire ayant indiqué vouloir assurer cette gestion.

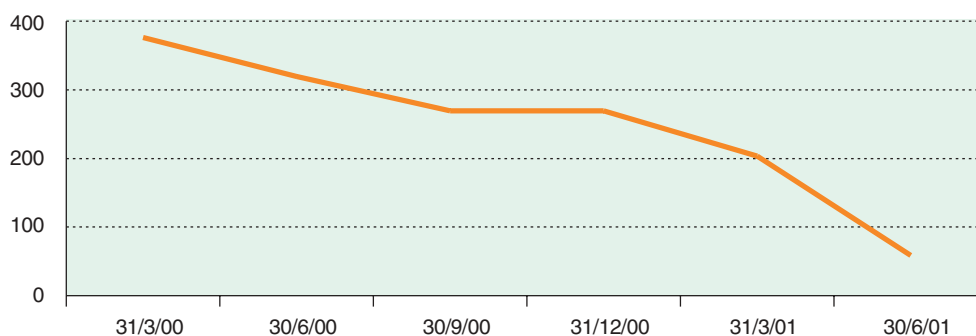
La Cmu complémentaire permet la prise en charge avec dispense d'avance de frais du ticket modérateur, du forfait journalier et de frais supplémentaires concernant les prothèses dentaires, l'optique et certains dispositifs médicaux à usage médical. La définition de ce panier de biens et services, unique pour tout le territoire, constitue une autre différence avec le dispositif de l'Aide médicale départementale (Amd).

L'aide médicale État a également été rénovée par la Cmu. Auparavant, elle prenait en charge auparavant les personnes sans domicile fixe. Actuellement, elle est destinée à prendre en charge, sous condition de ressources, les frais de santé des personnes qui ne peuvent pas remplir les conditions de régularité de résidence en France pour bénéficier de la Cmu. Il est prévu, pour eux, un double palier d'accès aux prestations. Les dépenses concernant les soins dispensés dans un établissement de santé et les prescriptions ordonnées par un médecin hospitalier y compris à l'occasion d'une consultation externe sont prises en charge, sans que l'étranger ait à justifier d'une durée de résidence en France. En revanche, la prise en charge des soins de ville est subordonnée à une présence ininterrompue de 3 ans. Au 31 décembre 2000, la Cnamts a enregistré dans ses fichiers environ 75 000 bénéficiaires de l'Ame.

À la différence d'allocations telles que le Revenu minimum d'insertion (Rmi), les bénéficiaires de la Cmu peuvent se rendre compte de leurs droits à une complémentaire gratuite uniquement lorsqu'ils ont besoin de soins. Il peut y avoir rupture de droits lorsqu'un bénéficiaire omet de se présenter à la caisse d'assurance maladie pour faire reconduire ses droits parce qu'il n'a eu recours au système de santé. Ces ruptures de droits ne sont pas liées à une amélioration de la situation économique du foyer et les flux d'entrants et de sortants du dispositif de la Cmu, tels qu'ils apparaissent dans les fichiers, ne traduisent donc pas forcément les changements de situation, notamment en termes de revenus.

Graphique 1

Flux nets trimestriels de bénéficiaires de la CMU complémentaire
(en milliers)



Champ : France entière Sources : Canam, Ccmsa, Cnamts

Un taux de couverture plus homogène sur le territoire que celui de l'Aide médicale générale

Le nombre de personnes ayant accès à une assurance complémentaire gratuite a sensiblement augmenté avec la mise en place de la Cmu. Son taux de couverture de la Cmu atteint en effet plus de 8 % de la population vivant en France alors que l'Amg¹⁰ n'en couvrait que 5,5 % (voir encadré 1).

La répartition géographique des bénéficiaires de la Cmu complémentaire reste proche de celle observée pour l'aide médicale (carte 1). Les taux de couverture les plus élevés se retrouvent ainsi dans les départements de deux grandes zones : un croissant sud/sud-est (Ariège, Aude, Pyrénées-Orientales, Hérault, Gard, Bouches-du-Rhône, Vaucluse, Drôme) et un croissant nord (Seine-Maritime, Somme, Pas-de-Calais, Nord, Aisne et Ardennes). La part de la population couverte par la Cmu complémentaire qui a augmenté en moyenne de 59 % par rapport à celle couverte par l'Amg, connaît toutefois une progression variant de 20 % pour le département des Pyrénées-Atlantiques à plus de 230 % pour le département des Ardennes. Ces différences d'évolution vont dans le sens d'une réduction des disparités départementales puisque les taux de progression, sont dans l'ensemble, plus élevés dans les départements dont le taux de couverture de l'Amg était le plus faible (tableau 1).

¹⁰ Les personnes qui bénéficiaient, en 1999, de l'aide médicale y compris les titulaires du Rmi ont été transférés automatiquement à la Cmu complémentaire au 1^{er} janvier 2000. Leurs droits ont été prolongés jusqu'au 30 juin 2001. À cette date, leurs ressources ont été examinées pour déterminer si elles étaient compatibles avec le seuil de ressources de la Cmu. Les droits des personnes dont les ressources se situent entre 3 600 F et 4 000 F mensuels sont également prolongés jusqu'au 31 décembre 2001.

Encadré 1

De l'aide médicale à la Couverture maladie universelle

L'aide médicale générale, partie intégrante de l'aide sociale décentralisée, assurait aux résidents en France le droit, pour eux-mêmes et les personnes à leur charge, à une aide pour les dépenses de soins qu'ils ne pouvaient supporter. Étaient prises en charge, d'une part, les cotisations d'assurance personnelle pour les personnes non affiliées à un régime de sécurité sociale et, d'autre part, les dépenses de soins telles que définies dans le Code de la sécurité sociale (ticket modérateur et forfait journalier notamment). Certains départements prévoyaient des dispositions plus favorables en assurant un remboursement de soins au-delà du tarif de la sécurité sociale (frais dentaires et optiques).

Les dispositifs d'accès à l'aide médicale distinguaient les bénéficiaires de plein droit (bénéficiaires du Rmi ou de l'allocation veuvage, jeunes âgés de 17 à 25 ans et personnes prises en charge en application d'un barème de ressources) et les bénéficiaires de droit commun (appréciés au cas par cas selon les ressources du demandeur). L'aide pouvait être totale (exonération de tous les frais médicaux à la charge de l'assuré, avec dispense d'avance de frais) ou partielle (prise en charge d'une partie des frais à la charge de l'assuré ou de certains d'entre eux).

Les départements mettaient en place des conventions (généralement avec la Cnam) qui pouvaient porter soit sur les dépenses d'assurance maladie du secteur ambulatoire (dans ce cas, les établissements de soins étaient remboursés directement par le département), soit sur l'ensemble des soins de ville et des soins hospitaliers et parfois ces conventions s'adressaient à des publics particuliers (par exemple les bénéficiaires du Rmi).

La Cmu complémentaire a remplacé l'Amg sur le champ des dépenses complémentaires. La Cmu de base qui remplace l'assurance personnelle, prend en charge la partie base de la protection maladie.

Par ailleurs, l'aide médicale État a changé de nature entre 1999 et 2000. L'Ame 1999 couvrait environ 200 000 bénéficiaires (principalement des personnes sans domicile fixe) qui sont tous, en 2000, devenus bénéficiaires de la Cmu complémentaire. *A contrario*, une partie des bénéficiaires de l'Amg 1999 était des non assurés sociaux, personnes non affiliables ou dont on n'arrivait pas à définir les droits. En 2000, si ces personnes satisfont au critère de résidence, elles deviennent bénéficiaires de la Cmu complémentaire. Si elles ne peuvent justifier d'une stabilité de résidence en France, elles doivent demander l'Ame renouvelée pour bénéficier d'une couverture complémentaire (graphique 1).

Les non assurés sociaux représentaient en 1999 environ 83 000 bénéficiaires de l'Amg qui se retrouvent, en 2000, pour un dixième d'entre eux à la Cmu et pour neuf-dixièmes qui ne satisfont pas au critère de résidence, à l'Ame 2000. Cette répartition estimée résulte d'hypothèses construites sur le nombre de bénéficiaires de l'Ame pour 2000, soit 75 000, dont 35 % à Paris, 35 % en Ile-de-France hors Paris et le reste dans les autres régions.

Carte 1

Part de la population couverte par la Cmu complémentaire au 30 juin 2001

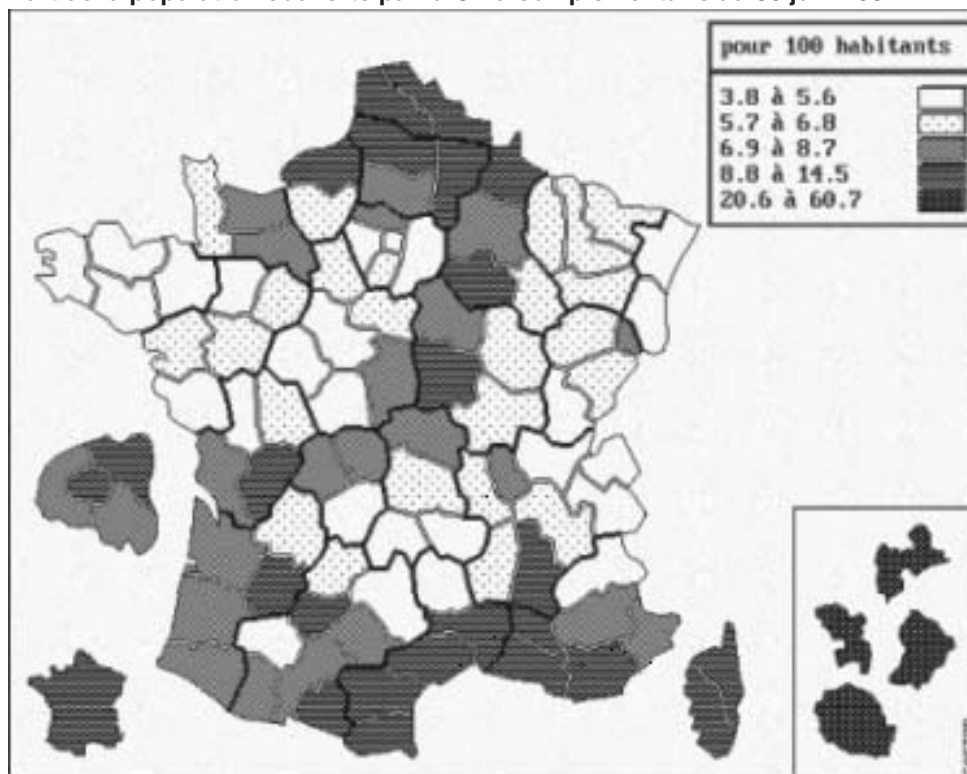


Tableau 1

Répartition des départements selon la progression du taux de couverture de la population entre décembre 1999 et juin 2001, en fonction du taux de couverture par l'aide médicale

Taux de couverture par l'Amg au 31 décembre 1999	Nombre de départements	Taux de progression entre la population couverte par la Cmu au 30 juin 2001 et la population couverte par l'aide médicale au 31 décembre 1999					Taux moyen de progression
		20 % à 47 %	48 % à 62 %	63 % à 89 %	90 % et plus		
1,8 % à 3,1 %	20	0	2	7	11	93 %	
3,2 % à 4,2 %	23	5	6	6	6	71 %	
4,3 % à 5,5 %	22	7	7	7	1	51 %	
5,6 % et plus	19	7	8	3	1	51 %	
ND	12						
Ensemble	96	19	23	23	19	59 %	

Lecture : dans les 20 départements où le taux de couverture par l'aide médicale était compris entre 1,8 % et 3,1 % de la population (en décembre 1999), la Cmu présente (en juin 2001) un taux de couverture en progression de 93 % en moyenne. Aucun de ces départements ne progresse de moins de 48 %. 2 ont une progression de 48 à 62 %, 7 de 63 à 89 %, 11 progressent de 90 % et plus.

Champ : France métropolitaine.

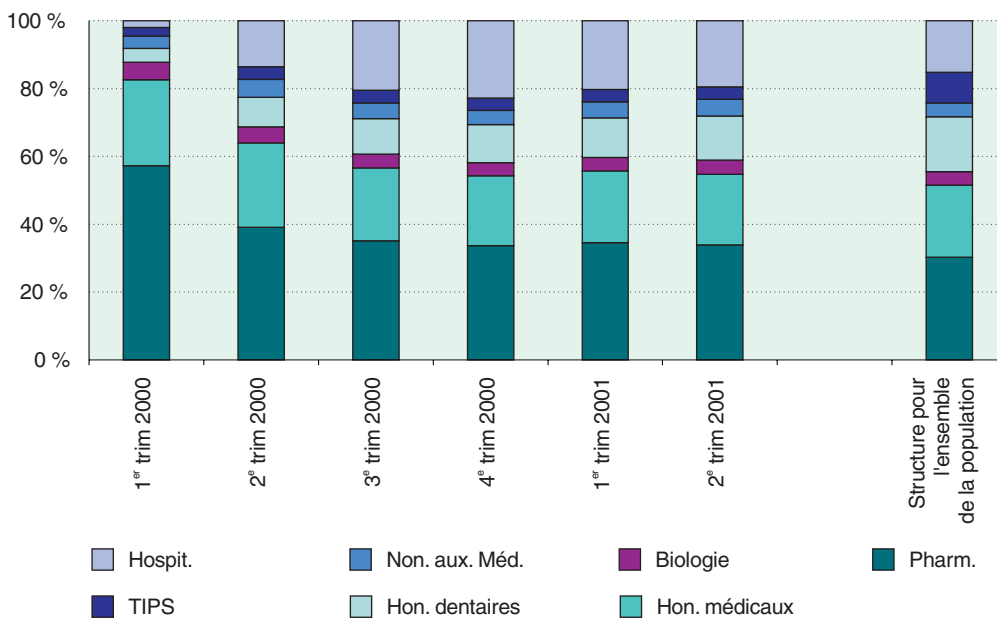
Sources : Cnamts, Canam, Ccmsa et Drees.

Les dépenses de Cmu complémentaire en 2000 et au 1^{er} semestre 2001

Le montant des dépenses liquidées pour l'année 2000 pour la France entière s'est élevé à près de 5,7 milliards de francs pour les trois principaux régimes d'assurance maladie. Il s'agit des dépenses gérées par les caisses d'assurance maladie et liquidées en 2000, ce qui entraîne une sous-estimation des dépenses d'hospitalisation dont la liquidation est plus tardive. La structure de ces dépenses (pour le régime général et celui des professions indépendantes) est largement dominée en 2000 par la médecine de premier recours (graphique 2) : 39 % des dépenses ont été, en 2000, consacrées aux médicaments, et 22 %, aux honoraires médicaux. Les frais d'hospitalisation représentaient 17 % des dépenses liquidées, les soins dentaires, 9 % et les TIPS, 4 %. Cependant, la structure de ces dépenses a fortement évolué au cours de l'année : la part des médicaments est ainsi passée de 57 % au premier trimestre à 32 % au dernier trimestre 2000, la part des honoraires médicaux, de 25 % à 20 %. La part des soins dentaires a progressé de 4 % à 11 % en décembre. Finalement, les dépenses de Cmu complémentaires se rapprochent, en fin 2000, de la structure des dépenses de l'ensemble de la population, avec toutefois un poids plus important des médicaments et de l'hospitalisation.

Graphique 2

Structure des dépenses de Cmu complémentaires liquidées par les caisses d'assurance maladie



Champ : France entière
Sources : Cnamts, Canam

Ce recours plus grand à la médecine de ville est souligné également dans l'étude de la Cnamts, réalisée à partir de l'échantillon permanent des assurés sociaux (Epas)¹¹, sur la consommation de soins de ville des bénéficiaires de la Cmu. Par exemple, la Cnamts indique que sur les onze premiers mois de l'année 2000, 88 % des bénéficiaires de la Cmu ont eu recours à des omnipraticiens contre seulement 85 % des autres assurés.

La structure de consommation des bénéficiaires de la Cmu, pour le premier semestre 2001, est identique à celle observée au 4^e trimestre 2000. Cependant, le montant moyen de dépenses de complémentaire, par mois et par bénéficiaire, a augmenté par rapport à l'année 2000. En effet, il représentait en 2000 environ 70 % du montant de dépenses de complémentaire d'un assuré non bénéficiaire de la Cmu et atteint, au premier semestre de l'année 2001, 85 % de ce montant.

Caractéristiques des bénéficiaires

La population potentiellement bénéficiaire de la Cmu regroupe les personnes appartenant à des foyers¹² dont les ressources sont inférieures au plafond de 3 650 F/mois. On peut la qualifier de « population cible » de la mesure. Les enquêtes statistiques sur les revenus des ménages permettent d'en définir les contours. L'enquête sur les revenus fiscaux des ménages, effectuée par l'Insee en 1999, permet ici de décrire les caractéristiques des personnes vivant dans des ménages dont les revenus sont inférieurs au seuil de ressources donnant droit à la Cmu (encadré 2).

Par ailleurs, les statistiques des caisses ainsi que l'enquête, effectuée à la fin 2000 auprès des bénéficiaires, permettent de connaître les caractéristiques socio-démographiques des personnes qui ont effectivement fait valoir leurs droits. À la date d'observation (fin 2000), la structure des bénéficiaires de la Cmu était encore peu de différente de celle des anciens bénéficiaires de l'Amg qui ont fait l'objet d'un basculement automatique vers la Cmu au 1^{er} janvier 2000, et en constituaient la plus grande part (un peu moins de 70 % à la date de l'enquête Drees auprès des bénéficiaires). La comparaison des structures de la population cible et de celle des bénéficiaires, même si elle reflète parfois une certaine imprécision du ciblage, donne toutefois une indication sur les catégories de populations qui, dès la première année, ont eu les premières recours aux mesures nouvelles.

L'observation des bénéficiaires effectifs de la Cmu à la date de l'enquête (fin 2000) est encore marquée par le fait que les droits à la Cmu des anciens bénéficiaires de l'Amg n'avaient pas encore été examinés (cet examen des droits s'est déroulé au cours de l'été 2001). Il se peut que les caractéristiques de la population bénéficiaire de la Cmu se modifient après cette période d'examen des droits des anciens bénéficiaires de l'Amg.

¹¹ Point stat n° 31 « La consommation de soins de ville des bénéficiaires de la Cmu au terme d'une année de remboursements » - Cnamts 2001.

¹² Le foyer est constitué de ou du parent et des enfants de moins de 25 ans avec possibilité de rattacher les enfants vivant dans un autre logement.

Dans la population des bénéficiaires de la Cmu, les femmes sont plus nombreuses (55 %) que les hommes. Elles sont même un peu plus fréquemment concernées que dans la population cible (53 %) et, *a fortiori*, dans la population générale (51 %). Les familles monoparentales, le plus souvent organisées autour des mères, sont en effet largement concernées par le dispositif en raison de leur poids important parmi les ménages pauvres.

Encadré 2

Une approche de la population cible de la Cmu à partir de l'enquête Revenus fiscaux

Pour caractériser la population cible de la Cmu, on utilise l'enquête « Revenus fiscaux » qui permet de connaître les caractéristiques des ménages et des personnes qui le composent, ainsi que l'ensemble des revenus du ménage.

Il faut rappeler que le bénéfice de la Cmu est accordé à un foyer composé du demandeur, de son conjoint ou concubin et des enfants de moins de 25 ans (vivant dans le même logement ou, sous certaines des conditions dans un autre logement). Le calcul des ressources prises en compte pour l'attribution de la Cmu utilise, pour tenir compte des économies d'échelle liées à la taille des ménages, une échelle équivalence (pour la première personne on compte 1 unité de consommation, 0,5 pour la deuxième, 0,3 pour les 3^e et 4^e personnes, 0,4 pour les suivantes). Cette échelle permet d'assurer le passage du total des revenus du ménage au revenu par unité de consommation dont le niveau sera comparé au seuil fixé pour l'attribution de la Cmu (3 650 F par mois et par unité de consommation).

Dans l'enquête « Revenus fiscaux », les enfants des personnes du ménage vivant dans un autre logement ne sont pas connus, il est donc impossible de reconstituer de manière rigoureuse les foyers. En conséquence, le revenu par unité de consommation est calculé pour l'ensemble des personnes du ménage avec une échelle d'équivalence légèrement différente de celle décrite ci-dessus : la première personne compte pour 1, les autres personnes de 14 ans ou plus pour 0,5, les autres personnes de moins de 14 ans pour 0,3. La différence d'échelle n'a que très peu d'influence sur les résultats.

La population bénéficiaire est de plus assez jeune, ce qui était attendu puisque le minimum vieillesse, versé aux personnes âgées démunies, est supérieur au plafond de ressources exigé pour accéder à la Cmu. Ces résultats sont confirmés par l'étude de la Cnamts¹³ qui observe que la proportion de femmes parmi les bénéficiaires de la Cmu complémentaire du régime général au 31 décembre 2000 est de 58 % environ. La part des moins de 20 ans dans la population des bénéficiaires de la Cmu est de 41,3 % contre

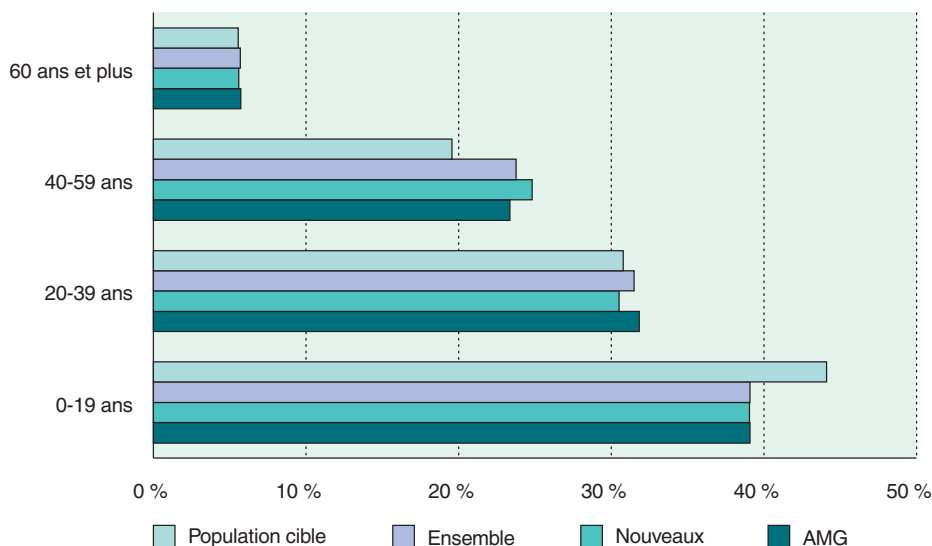
¹³ Point Stat n° 32 « Un an de couverture maladie universelle », Cnamts 2001.

24,8 % dans la population générale, les chiffres, pour la part des plus de 60 ans, étant respectivement de 5,5 % et 21,1 %. Cependant, par rapport à la population cible, on trouve parmi les bénéficiaires de la Cmu moins de jeunes de moins de 20 ans, avec en contrepartie davantage d'adultes de 40 à 59 ans et, dans une moindre mesure de 20 à 39 ans (graphique 3).

Par ailleurs, la population bénéficiaire de la Cmu comporte davantage de chômeurs et d'inactifs, et beaucoup moins d'étudiants, que dans la population cible. Ce dernier point est à rapprocher du relatif « déficit » constaté parmi les moins de 20 ans, de même que du nombre moins important de personnes seules observé parmi les bénéficiaires que dans la population cible. Cet écart sur les étudiants, outre des problèmes de mesure, peut refléter des comportements de recours à la couverture complémentaire moins fréquents de la part des étudiants que des actifs. Le plus faible nombre d'actifs occupés observé dans l'enquête auprès des bénéficiaires peut de son côté provenir de l'existence de la protection sociale d'entreprise qui, même payante et parfois obligatoire, peut fournir une couverture maladie complémentaire aux salariés. Le bénéfice potentiel de la Cmu peut alors être moins connu ou moins souhaité que dans les autres segments de la population.

Graphique 3

Répartition par âge de la population bénéficiaire de la Cmu complémentaire et de la population potentiellement concernée par le dispositif

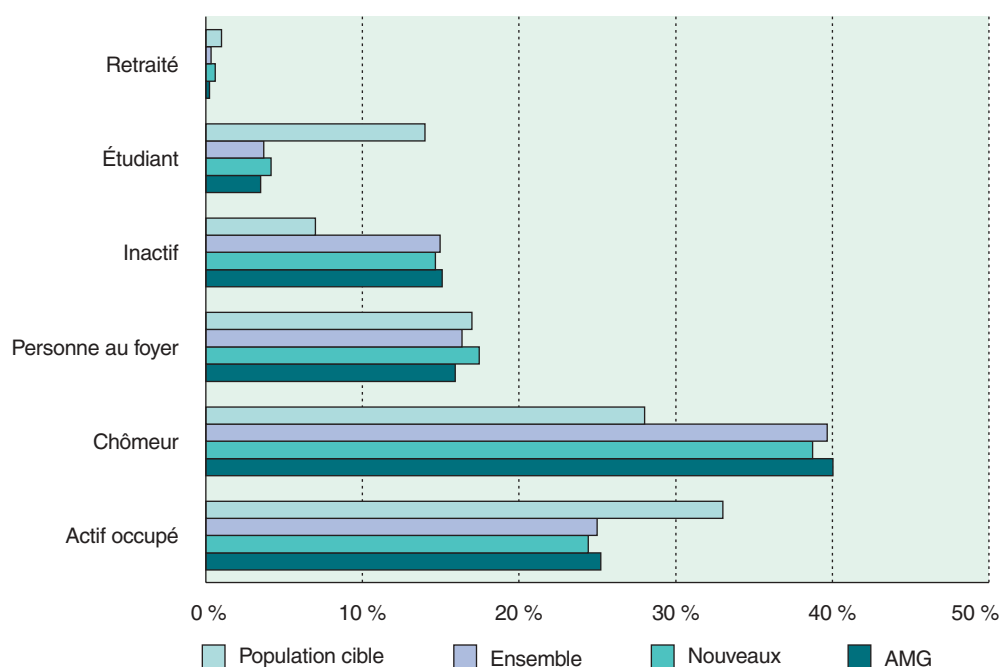


Sources : enquête bénéficiaire de la CMU par la Drees – 12/2000, enquête revenus fiscaux modèle Ines calcul Drees – 12/2000

Ces hypothèses sont pour partie confirmées par certains résultats de l'enquête Crédes réalisée entre février et avril 2000. À cette date, parmi les enquêtés bénéficiant d'une complémentaire et ne pensant pas pouvoir bénéficier de la Cmu, 39 % déclaraient qu'ils ne la demanderaient pas si elle leur était accordée quel que soit leur revenu. Outre les personnes les plus aisées, disposant probablement de protections complémentaires favorables, c'étaient alors les plus âgés et les moins diplômés qui déclaraient le plus souvent ne pas souhaiter bénéficier d'une complémentaire de type Cmu.

Graphique 4

Répartition par statut d'activité de la population bénéficiaire de la CMU complémentaire et de la population potentiellement concernée par le dispositif (20-59 ans)



Sources : enquête bénéficiaire, enquête revenus fiscaux modèle Ines calcul Drees

Accès aux droits, accès aux soins

Au-delà de la caractérisation socio-démographique des bénéficiaires, l'évaluation de la Cmu porte sur les questions d'accès au droit et d'accès aux soins : l'un et l'autre ont-ils été améliorés par le nouveau dispositif et, si oui, dans quelles proportions ? Les enquêtes et études mises en place ont, entre autres, pour objectif de répondre à ces questions. Le suivi quantitatif de la montée en charge de la mesure et de la progression

par rapport au dispositif antérieur, présenté ci-dessus, donne des éléments quantitatifs sur l'amélioration de l'accès aux droits. L'analyse de la mise en place de la Cmu, a fait l'objet par ailleurs d'une enquête qualitative auprès des acteurs de terrain. L'enquête auprès des bénéficiaires de la Cmu permet d'appréhender leurs difficultés au moment de la constitution du dossier et de l'obtention de l'attestation de bénéfice de la Cmu. L'enquête Santé et Protection sociale du Crédes permet également d'apprécier le niveau de connaissance de la Cmu par l'ensemble de la population.

L'accès au droit à une couverture maladie complémentaire n'entraîne évidemment pas de manière automatique un accès amélioré aux soins. En effet, celui-ci est également lié aux comportements des assurés et des professionnels de santé, ainsi qu'aux caractéristiques de l'offre. L'analyse des dépenses des bénéficiaires, à la fois en montant et en structure, à partir des données collectées par les caisses d'assurance maladie contribue à éclairer ce point. Il en est de même pour les réponses aux enquêtes sur les renoncements aux soins déclarés par les bénéficiaires avant et après l'obtention de la Cmu, ainsi que sur leurs relations avec les professionnels de santé.

Début 2000, des bénéficiaires potentiels moins bien informés

Parmi les personnes interrogées par le Crédes entre février et avril 2000, à peine plus de la moitié (53 %) déclarait avoir entendu parler de la Cmu. Surtout, les milieux les plus concernés par ce droit n'étaient pas les mieux informés. Les cadres, les professions intermédiaires et les employés étaient davantage au courant de la mesure que les non salariés et surtout les ouvriers. De même, les plus jeunes et les plus âgés étaient moins nombreux parmi ceux qui se déclaraient informés. Ce défaut d'information est probablement une des raisons du non-recours ou du recours différé de certaines populations. Il y en a d'autres : ainsi l'enquête du Crédes montre au début 2000 que les populations les plus concernées par une démarche active vis-à-vis de la Cmu sont celles qui ont le plus renoncé à des soins au cours de l'année écoulée. La volonté de demander la Cmu apparaissait ainsi liée à un besoin ressenti plus important d'accès aux soins. Par ailleurs, les chômeurs et ceux dont les charges de logement grevaient le budget du ménage étaient davantage disposés à y recourir. En revanche, les attitudes générales par rapport aux aides sociales ou le niveau d'éducation ne semblaient pas exercer d'effets significatifs.

Le défaut d'information relatif constaté dans l'enquête du Crédes se retrouvait, à l'automne 2000, dans les résultats de l'enquête de la Drees auprès des bénéficiaires. Ainsi, leurs réponses, pas toujours cohérentes avec leur situation, telle que la reflétaient les fichiers de l'assurance maladie, trahissaient une connaissance imparfaite de leurs droits et des conditions dans lesquelles ils avaient accédé au bénéfice de la Cmu. Par exemple, un quart des bénéficiaires de la Cmu ayant déclaré avoir rempli un dossier pour bénéficier de la Cmu étaient, d'après les fichiers de l'assurance maladie, des bénéficiaires de l'Amg en 1999 et à ce titre n'ont pas eu à constituer de dossier. Ces remarques invitent à relativiser les déclarations faites lors de l'enquête et à bien les analyser comme le reflet des opinions des bénéficiaires.

Peu de difficultés ressenties pour la constitution des dossiers

L'accès administratif n'a toutefois pas paru complexe à ses bénéficiaires. En effet, parmi les nouveaux bénéficiaires effectifs¹⁴ de la Cmu complémentaire, environ 80 % des ménages ont trouvé les formalités simples ou assez simples, et quasiment personne n'indique avoir eu de difficultés à produire les pièces justificatives nécessaires. Seuls 15 % déclarent avoir eu recours à quelqu'un extérieur au ménage pour renseigner leur dossier. Parmi les autres, la moitié disent l'avoir rempli entièrement seul, et 20 et 25 % ont été aidés par quelqu'un de la caisse. Le reste d'entre eux a été aidé par des personnes des services sociaux, des personnels hospitaliers, des associations... Malgré cette apparente simplicité, 2 personnes sur 5 disent toutefois avoir dû se déplacer plus d'une fois, et 40 % ont obtenu leur attestation dans un délai d'obtention de l'ordre d'un mois ou plus. Ces formalités et ces délais ne semblent finalement pas avoir trop pesé sur les demandeurs au regard du règlement favorable de leur dossier.

Au contraire, au cours de l'étude qualitative, les agents d'accueil des caisses ont massivement jugé complexe les opérations de constitution et d'instruction des dossiers. Ils confirment que plusieurs visites ont souvent été nécessaires pour le constituer. L'étude rend compte également de délais d'instruction parfois importants dans certains sites observés, ainsi que d'un taux non négligeable d'erreurs dans le traitement des demandes.

Le difficile choix de l'organisme gestionnaire des prestations

Les demandeurs de la Cmu pouvaient choisir, pour la gestion de leurs prestations futures, entre leur caisse d'assurance maladie et un organisme complémentaire de leur choix. Le choix possible d'un organisme complémentaire permettait de faire entrer les bénéficiaires dans le droit commun, et surtout de continuer à bénéficier de prestations complémentaires à prix réduit au cas où ils sortiraient du dispositif à la suite d'une amélioration de leurs revenus. Techniquement, la mise en place du tiers payant, coordonné avec les organismes complémentaires, supposait l'établissement de relations informatiques entre eux et les caisses d'assurance maladie. Ces relations étaient pratiquement inexistantes puisque l'aide médicale générale était, par le passé, le plus souvent gérée par les caisses. Leur mise en place, en raison de difficultés techniques, n'a pas été immédiate. L'enquête qualitative menée sur la mise en place de la Cmu en fournit une illustration. D'une part, les caisses d'assurance maladie, dont par ailleurs l'enquête qualitative montre la forte mobilisation pendant toute la période de montée en charge, ont dû prendre en charge pendant les premiers mois même les bénéficiaires qui avaient opté pour un organisme complémentaire. D'autre part, les caisses ont parfois été amenées à privilégier l'option caisse, ou en tout cas, à ne pas favoriser l'option organisme complémentaire, afin de faciliter le paiement des professionnels et la gestion des prestations.

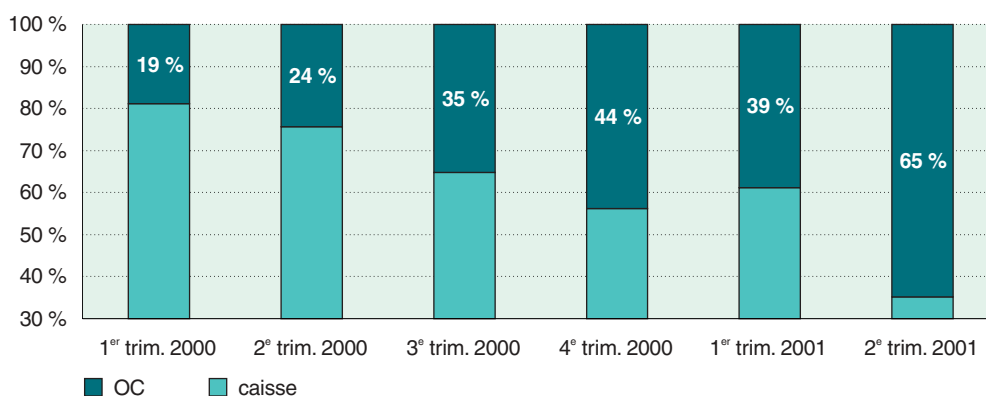
¹⁴ Ont été exclues de l'analyse les personnes ayant déclaré avoir rempli un dossier d'inscription alors qu'elles n'avaient administrativement pas à le faire.

Dans le même temps, du côté des bénéficiaires de la Cmu, il n'était pas forcément facile de choisir dans une longue liste d'organismes inconnus (mélangeant mutuelles, institutions de prévoyance et sociétés d'assurance), ni de comprendre l'intérêt du choix d'un organisme complémentaire (pour obtenir à la sortie de la Cmu, un contrat à prix réduit dans cet organisme). Les enquêtes qualitatives montrent d'ailleurs que les caisses d'assurance maladie ont eu des difficultés à gérer la longue liste des bénéficiaires et à présenter simplement ce choix aux demandeurs, et que la mobilisation des organismes complémentaires a été variable selon les sites et l'implication préalable de ces derniers, par exemple dans le règlement antérieur de l'aide médicale. À cet égard, l'enquête auprès des bénéficiaires montre que trois quarts de ceux qui avaient choisi un organisme complémentaire à l'automne 2000 avaient eu un contrat d'assurance complémentaire dans le passé avec cet organisme. Dans le cas où ce contrat était effectif à l'entrée dans la Cmu, la loi faisait alors de l'organisme complémentaire le gestionnaire de droit. On peut donc dire que peu de choix réels ont été effectués au début du dispositif.

Cependant, au fil du temps, la gestion des prestations par un organisme complémentaire, telle qu'elle est enregistrée par les caisses d'assurance maladie au fil des affiliations, a fortement progressé parmi les nouveaux bénéficiaires (en fait la part de la gestion organisme complémentaire dans les flux nets de bénéficiaires). De 19 % au 1^{er} trimestre 2000 à 41 % pour le 1^{er} trimestre 2001, et même 49 % pour le deuxième trimestre 2001 (sur un flux de nouveaux bénéficiaires toutefois très faible). Pour leur part, les anciens bénéficiaires de l'Amg ont été transférés automatiquement à la Cmu avec l'option caisse et ne pourront faire un choix que lors de l'examen de leur dossier pour le renouvellement des droits à la Cmu. C'est à ce moment que pourra être réexaminé leur choix effectif.

Graphique 5

Répartition des flux nets trimestriels de CMU complémentaire entre option caisse et option organisme complémentaire (OC)



Champ : France entière
Sources : Canam, Ccmsa, Cnamts

Avant la Cmu, la moitié des futurs bénéficiaires renonçait à des soins

Avant de bénéficier de la Cmu, plus d'un ménage sur deux interrogé fin 2000, dans l'enquête auprès des bénéficiaires, avait renoncé à au moins un soin au cours des douze derniers mois pour des raisons financières. Comptabilisé au niveau individuel, le renoncement concerne un individu sur trois, alors que ce taux n'était que de 14 % dans l'ensemble de la population début 1997¹⁵. De manière logique, le renoncement des bénéficiaires de la Cmu était le plus fréquent pour les soins mal remboursés par la sécurité sociale et entraînant un reste à charge important, ou considérés comme tels. Il concernait ainsi principalement les soins dentaires (31 % des ménages), l'optique (25 %), les prothèses dentaires (19 %), la consultation de spécialiste (10 %). Pour les soins de premier recours, consultation de médecin généraliste et médicaments, les renoncements déclarés étaient moins fréquents : 6 % et 5 % des ménages interrogés dans l'enquête Drees.

Au-delà des anciens bénéficiaires de l'Amg, la Cmu semble avoir effectivement atteint une population qui ressentait un besoin de soins non satisfait : dans l'enquête auprès des bénéficiaires de la Cmu, malgré un écart relativement faible, la proportion de ménages ayant renoncé à au moins un soin était plus élevée pour les nouveaux bénéficiaires de la Cmu que pour les anciens bénéficiaires de l'aide médicale qui disposaient pourtant déjà d'une couverture (58 % contre 52 %). En fait, les anciens bénéficiaires de l'aide médicale, comme ceux nouveaux, de la Cmu, avaient surtout renoncé à des soins ou des prothèses dentaires ou à de l'optique. Pour ce type de soins, la couverture des frais par l'aide médicale était variable. Importante dans certains départements, elle se limitait dans d'autres à la prise en charge du ticket modérateur.

Une structure des dépenses et un recours encore spécifiques

La structure des dépenses des bénéficiaires de la Cmu, telle qu'elle s'est stabilisée depuis le dernier trimestre 2000, montre un accès aux soins qui reste encore différent de celui de la population générale : davantage d'hospitalisation, moins de soins dentaires ou optiques. Cela traduit d'abord les besoins spécifiques de cette part de la population, qui se trouve globalement dans un état de santé plus dégradé. Cette analyse est également développée dans l'étude de la Cnamts¹⁶. Ce profil particulier de consommation résulte sans doute aussi de disparités culturelles dans la consommation de soins ou encore du fait que, en particulier sur les soins dentaires, le panier de biens comporte des limites. Les professionnels de santé enquêtés dans l'étude qualitative mettent ainsi en cause à la fois le plafond de dépenses imposé (396,37 € (2 600 F) sur deux ans) et la nature des soins pris en charge, qui leur paraissent en décalage avec les techniques de soins employées. Une partie d'entre eux n'assure alors, pour les bénéficiaires de la Cmu, que les soins courants. Ils déclarent renvoyer les patients à des centres de soins spécialisés dans la prise en charge

¹⁵ Crédes, « Santé, soins et protection sociale en 1997 », février 1999.

¹⁶ Point Stat n° 31 « La consommation de soins de ville des bénéficiaires de la Cmu au terme d'une année de remboursements », Cnamts 2001.

des patients les plus démunis pour la réalisation de soins dont les tarifs prévus leur semblent inadaptés, par exemple les prothèses dentaires.

La Cmu donne les moyens financiers de se soigner mais également, en principe, davantage de possibilités de choisir les professionnels de santé exerçant en ville. En effet, elle dispense les bénéficiaires de l'avance de frais, qui n'était généralement possible auparavant qu'à l'hôpital ou dans des associations, et dans ce cas impose aux professionnels un tarif sans dépassement. Pourtant, lors de l'enquête réalisée par la Drees auprès des bénéficiaires, à la question « À votre avis, la Cmu vous donne-t-elle plus de possibilités pour choisir un médecin ou un autre professionnel qui a un cabinet en ville ? », moins de 40 % des bénéficiaires répondaient positivement. Ces possibilités concernaient, dans l'opinion des personnes enquêtées, surtout les professionnels de premier recours : généralistes, spécialistes, et ensuite les dentistes. Les autres professionnels de santé (kinésithérapeutes et auxiliaires médicaux) étaient nettement moins cités. Ils font d'ailleurs jusqu'à présent moins l'objet de recours par les bénéficiaires de la Cmu que par le reste de la population. De plus, ce sont des professionnels de second recours vers lesquels sont adressés les patients. Dans la pratique, à la date de l'enquête, seulement un quart des personnes ayant déclaré avoir plus de possibilité de choix dit avoir modifié son comportement et choisi un professionnel exerçant en ville plutôt qu'un centre de santé gratuit ou à l'hôpital. Ce changement de pratique semble avoir concerné davantage les anciens bénéficiaires de l'Amg que les nouveaux bénéficiaires de la Cmu.

Un rattrapage des soins négligés, avec encore des problèmes pour les prothèses dentaires et l'optique

D'après les données disponibles à l'automne 2000, la Cmu semblait avoir incité les ménages à se soigner, puisque 65 % des bénéficiaires interrogés dans l'enquête Drees qui avaient auparavant renoncé à au moins un soin, en ont commencé depuis qu'elles sont à la Cmu (soit 35 % de l'ensemble des ménages). Pour les soins dentaires, les consultations de généralistes, les consultations de spécialistes et les médicaments, cette proportion de ménages ayant commencé à consommer des soins est proche des deux tiers. Elle était moins élevée (proche de 40 %) pour l'optique et les prothèses dentaires. Pour ces derniers types de soins, la nécessité de commencer des soins peut être ressentie comme moins urgente. Par ailleurs, il faut rappeler que si la Cmu couvre les prothèses dentaires ou l'optique, cette couverture est limitée (pour les prothèses dentaires, 396,37 € (2 600 F) pour deux ans par bénéficiaire). De plus, les négociations des tarifs de ces biens de santé avec les professionnels n'ont pas abouti tout de suite, entraînant sans doute une mise en application plus difficile et plus tardive.

Toutefois, malgré les progrès apportés par la Cmu, 30 % des personnes interrogées indiquent qu'il y a des soins qu'elles ne peuvent effectuer, parce que resteraient à leur charge des sommes trop importantes. Les types de soins cités dans ce cas sont naturellement les prothèses dentaires et l'optique, biens médicaux les moins bien remboursés pour l'ensemble de la population.

Annexe 1

Le dispositif d'observation de la Cmu

Nourri par la Drees, le Crédes et les caisses d'assurance maladie, il comporte :

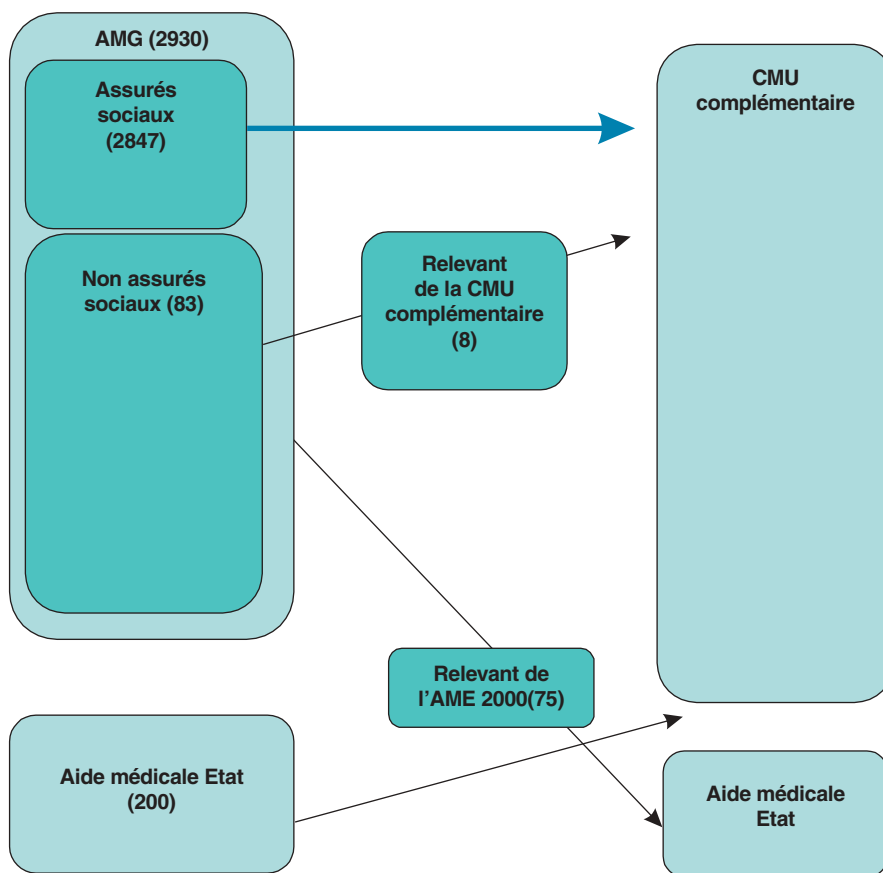
- Des éléments de bilan préalable de l'aide médicale générale, essentiellement basées sur deux enquêtes menées par la Drees auprès des conseils généraux sur les deux années précédant la mise en place de la Cmu. Ces enquêtes permettent de faire un bilan des bénéficiaires et des dépenses engagées, jusqu'au niveau départemental.
- Un suivi quantitatif de montée en charge du dispositif. Il porte sur les bénéficiaires de la Cmu de base et complémentaire ainsi que sur les dépenses concernant les prestations servies par les trois grandes caisses d'assurance maladie au titre de la Cmu complémentaire (Cnamts, Canam et Msa).
- Une étude qualitative sur la mise en place du dispositif et les réactions des acteurs institutionnels et professionnels impliqués dans la mise en place de la Cmu (caisses, associations, conseils généraux, Ccas, médecins,...). Confiée à trois équipes de sociologues, elle portait sur six sites d'observation au total. Elle devait analyser l'accès au dispositif (information et accueil des populations, traitement des dossiers, gestion des prestations, orientation dans le système d'assurance maladie et de soins), mais aussi de repérer et d'analyser les réactions de ces différents acteurs ainsi que les modifications induites par la mise en place de la Cmu dans leurs rôles respectifs.
- Un suivi des comportements et des consommations des bénéficiaires. Ce suivi est réalisé à partir :
 - de l'Epas des caisses qui permet d'avoir une description démographique des consommateurs de soins et de les comparer avec le reste des assurés. Il permet également de comparer la consommation des bénéficiaires de la Cmu à leur consommation antérieure ;
 - de l'enquête sur la santé et la protection sociale du Crédes. Cette enquête biennale est réalisée sur un sous-échantillon d'assurés sociaux issus de l'Epas (20 000 adresses au total). Les informations collectées portent sur l'état de santé, les consommations médicales récentes, en relation avec les caractéristiques socio-économiques des assurés. Réalisée en deux vagues, au printemps et à l'automne 2000, cette enquête a permis d'observer la mise en place de la Cmu et les opinions de l'ensemble des assurés sociaux sur le dispositif. Des questions supplémentaires ont été ajoutées à l'enquête sur les revenus détaillés (pour mieux cerner les éligibles et les populations juste au-dessus du seuil), sur la perception de la Cmu, sur l'accès aux soins et quelques pratiques de consommation. Les résultats des deux vagues appariées avec l'Epas permettront d'analyser les évolutions de profils de consommation des bénéficiaires de la Cmu avant et après la mise en place du dispositif ;
 - d'une enquête auprès de 3 000 bénéficiaires de la Cmu, lancée par la Drees à la fin 2000. Elle vise à établir une typologie des bénéficiaires, à analyser leur accès au dispositif et leur couverture antérieure, à mesurer leur perception des modifications apportées par la Cmu dans l'accès aux soins.

Annexe 2

Champ comparé en termes de bénéficiaires de l'Amg/Ame de 1999 et de la Cmu complémentaire/Ame de 2000 (en milliers)

Champ de l'AMG et de l'AME 1999
bénéficiaires au 31/12/99

Champ de la CMU complémentaire
et de l'AME en 2000



Pour plus de détails sur ce rapprochement entre données de l'AMG et de la CMU, voir « L'Aide médicale départementale : bilan 1996-1999 », Études et Résultats no 126, Drees, juillet 2001.

Annexe 3

L'enquête auprès des bénéficiaires de la couverture maladie universelle de novembre 2000

La Drees a effectué une enquête auprès d'un échantillon de 3 000 ménages bénéficiaires de la Cmu complémentaire.

L'échantillonnage a été réalisé à partir des fichiers d'assurés des caisses d'assurance maladie des 3 principaux régimes (régime général, régime agricole et régime des professions indépendantes), bénéficiaires de la Cmu au 30 juin 2000, en tenant compte de la distinction entre anciens bénéficiaires de l'aide médicale et nouveaux bénéficiaires.

L'enquête s'est déroulée de fin novembre 2000 à fin janvier 2001, dans 14 départements. Les questions ont été posées en face à face à une seule personne, répondant pour l'ensemble du ménage.

Résultat de collecte

Inconnu à cette adresse	17 %
Absent de longue durée	2 %
Absent lors du passage	10 %
Impossible à réaliser	3 %
Hors champ	2 %
Refus	4 %
Réalisés	62 %
	100 %

Les refus (4 %) sont des refus déclarés. Il est probable qu'une partie des « absents lors du passage » corresponde à des refus non déclarés. Pour cette raison, le taux de refus se situe sans doute entre 5 % et 10 %.

L'enquête porte principalement sur 4 thèmes :

- les caractéristiques socio-démographiques (âge, sexe, statut professionnel, revenus perçus au cours du mois) des personnes du ménage ;
- les modalités d'accès à la Cmu et notamment la constitution du dossier ;
- l'accès aux soins, renoncement à des soins pour raisons financières avant de bénéficier de la Cmu, et soins commencés depuis ;
- l'opinion sur la Cmu et les relations avec les professionnels de santé.

Zep ou hors Zep : les inégalités de santé chez les jeunes enfants

Gérard Badéyan,
Nathalie Guignon,
Drees

L'Observatoire de la pauvreté et de l'exclusion sociale a souhaité disposer d'éléments permettant d'apprécier d'éventuels effets de situations de précarité sur l'état de santé des jeunes enfants. Les bilans de santé dont bénéficient tous les élèves préalablement à l'entrée à l'école primaire constituent une source de données majeure pour éclairer cette question (encadré 1 et annexe 1).

L'objet de cette contribution est de comparer la situation des enfants scolarisés dans des écoles appartenant à une zone d'éducation prioritaire à leurs camarades scolarisés hors de ces zones. En d'autres termes, les zones d'éducation prioritaire, au sein desquelles les conditions sociales sont significativement plus défavorisées, sont-elles un critère discriminant quant à la santé des jeunes enfants scolarisés en grande section de maternelle ou en cours préparatoire et permettent-elles une approche des inégalités sociales de santé et d'accès aux soins ?

L'accent a été mis sur des affections dont l'augmentation préoccupe les acteurs de santé publique telles que l'asthme, l'obésité, ainsi que les problèmes dentaires et les troubles de la vision dont on connaît les limites de la prise en charge.

Encadré 1

Un cycle triennal d'enquêtes en milieu scolaire a été initié par le ministère de l'Emploi et de la solidarité (direction générale de la santé et direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques), le ministère de l'Éducation nationale et l'Institut de veille sanitaire.

La première de ces enquêtes a eu lieu au cours de l'année scolaire 1999-2000 auprès d'un échantillon d'élèves de grande section de maternelle. La deuxième, en cours d'achèvement, s'effectue auprès d'élèves de classe de 3^e. La suivante concernera la classe de Cm2 au cours de l'année 2001-2002. Un nouveau cycle sur 3 ans se reproduira ensuite à l'identique, assurant ainsi la production régulière de données sur la santé des enfants.

Précisons que c'est la première fois qu'une enquête aussi longue et continue est initiée par le ministère de l'Emploi et de la solidarité, le ministère de l'Éducation nationale et l'Institut de veille sanitaire. Ces premiers résultats seront suivis de ceux observés à l'entrée en 3^e, en mars 2002 puis en classe de Cm2 en mars 2003. Un nouveau cycle se reproduira ensuite à l'identique, permettant d'établir un suivi des informations obtenues, tellement utiles pour l'action.

Les zones d'éducation prioritaire

Rappel des principes et des finalités

La politique des zones d'éducation prioritaire initiée en 1981 a pour objet de « renforcer l'action éducative dans les zones où les conditions sociales sont telles qu'elles constituent un facteur de risque, voire un obstacle pour la réussite scolaire des enfants et adolescents qui y vivent et donc, à terme, pour leur intégration sociale ». L'objectif premier de cette politique est « d'améliorer de manière significative les résultats scolaires des élèves et notamment des plus défavorisés » (circulaire n° 90-028 parue au *Bulletin officiel* du 3 février 1990). Le repérage départemental des zones sensibles prend en compte des données objectives telles que la situation socio-économique de la population ou encore le lieu de résidence rural, urbain ou périurbain. L'efficacité de l'action implique que chaque zone constitue un ensemble sociogéographique cohérent, offrant un éventail de ressources scolaires et éducatives diversifiées propices à l'action des équipes pédagogiques. La complexité des problèmes des zones sensibles suppose une action éducative portant sur des domaines d'intervention en dehors du champ scolaire, dont la santé et l'environnement social font partie (circulaire n° 92-360 du 7 décembre 1992). Pour ce, la politique des Zep s'opère en synergie avec la politique de développement social urbain, et notamment avec le développement social des quartiers. L'objectif visé est l'instauration d'un véritable partenariat local entre les établissements, les services de l'Éducation nationale, les services de santé, et les services sociaux du quartier et de la ville. Depuis 1981, la carte de l'éducation prioritaire a connu de nombreuses modifications, témoin des succès comme des échecs de cette politique.

À la rentrée 1999, le ministère de l'Éducation nationale comptait 14,7 % des élèves des écoles de métropole (Cp-Cm2) scolarisés en Zep. Dans les départements d'outre-mer, ce pourcentage atteignait 26,2 %, s'élevant à un élève sur deux en Guyane. En métropole, les académies présentent des situations très contrastées reflétant en partie la diversité des contextes sociaux sur le territoire. La part des élèves en Zep varie de 3,5 % dans l'académie de Rennes et 6,4 % dans celles de Poitiers et de Limoges à 27,5 % dans celle de Paris et 28,2 % dans l'académie de Créteil.

L'intérêt et la pertinence de l'utilisation du critère de scolarisation en Zep

Le seul indicateur socio-économique dont on dispose dans l'enquête sur les bilans de la sixième année est l'appartenance ou la non appartenance de l'école à une Zone d'éducation prioritaire (Zep). Cet indicateur recouvre bien sûr des réalités différentes au niveau des populations concernées et l'absence d'information détaillée sur chacun des élèves enquêtés, notamment la profession des parents, donne à cet indicateur un caractère inévitablement réducteur. Néanmoins le processus administratif de classement d'établissements en Zep conduit à des différenciations sociales marquées dans la composition socio-économique de ces zones, conformément à l'objectif du dispositif. Les données suivantes issues d'un panel de 9 600 élèves de primaire, géré par la Direction de la

programmation et du développement du ministère de l'Éducation nationale, en sont la démonstration.

Selon ces données, si l'on considère la catégorie socioprofessionnelle (Csp) de l'adulte responsable de l'enfant (mère ou père selon la situation familiale), en Zep, les cadres et professions intellectuelles supérieures (nomenclature Insee) représentent 3,7 %, les professions intermédiaires 8,4 % et les ouvriers 56,7 %, alors qu'en dehors des Zep les proportions sont respectivement de 17,5 %, 18,7 % et 34,3 %. Par ailleurs, en Zep, la situation familiale apparaît économiquement nettement plus précaire. En effet, 12,6 % des pères et 13,8 % des mères sont au chômage contre respectivement 3,4 % et 7,4 % hors Zep et la proportion de familles monoparentales est nettement plus importante avec 16 % de mères élevant seules leur(s) enfant(s) contre 9,6 % hors Zep. En Zep 3,5 % des responsables de l'enfant sont des mères à la fois seules et au chômage contre 1,5 % hors Zep.

L'interprétation des résultats : le problème de l'urbanisation

La répartition par sexe des élèves est identique en Zep et hors Zep. De même la répartition par âge est très proche, avec un âge moyen supérieur d'un mois en Zep. De ce fait, des différences par sexe ou âge dans les valeurs d'indicateurs de santé n'induiront pas d'écarts dans les valeurs entre Zep et non Zep. Par contre cette répartition est très différente selon le degré d'urbanisation (tableau 1).

Tableau 1

Répartition des élèves en Zep et hors Zep selon la taille de l'agglomération de résidence

Types de communes	Rurales	Urbaines < 50 000 habitants	Urbaines > 50 000 habitants	Agglomération parisienne	Toutes communes
Zep	4,0 %	17,4 %	47,9 %	30,7 %	100 %
Hors Zep	27,5 %	24,8 %	32,3 %	15,4 %	100 %
Ensemble des élèves	24,2 %	23,8 %	34,5 %	17,5 %	100 %

Sources : Enquête 6 ans 1999-2000 – Drees-Éducation nationale-Institut de veille sanitaire.

La part des élèves en Zep augmente avec l'urbanisation et près d'un sur deux habite dans une agglomération urbaine de plus de 50 000 habitants, près d'un sur trois dans l'agglomération parisienne, contre un sur six et un sur sept pour les élèves hors Zep. Presque aucun n'habite dans une commune rurale, le soutien aux zones en difficulté en milieu rural se faisant par l'intermédiaire d'autres dispositifs. Or certains phénomènes ou comportements de santé (surpoids, asthme, comportement en terme de vaccinations) diffèrent notablement selon le degré d'urbanisation. Aussi a-t-il été examiné systématiquement si une différence constatée Zep/non Zep pouvait provenir de cette différence de répartition selon le degré d'urbanisation.

La surcharge pondérale modérée et sévère est plus fréquente en Zep

La surcharge pondérale correspond à un excès de masse grasse, qui peut être modéré ou sévère. Dans ce cas, on parle alors d'obésité. Plusieurs indicateurs anthropométriques existent pour évaluer la masse grasse, tels que la mesure des plis cutanés ou le rapport entre le poids et la taille. L'indice basé sur ces deux mesures, ou indice de masse corporelle (Imc ou Bmi pour *Body Mass Index*) qui correspond au rapport : poids/ (taille)², a été retenu en raison de la facilité de recueil de ses composantes, lors du bilan de 6 ans.

Tableau 2

Bornes internationales de l'indice de masse corporelle (Imc) pour définir le surpoids et l'obésité de l'enfant

Âge (en années)	IMC du surpoids		IMC de l'obésité	
	Garçons	Filles	Garçons	Filles
5 ans	17,42	17,15	19,30	19,17
5 ans et demi	17,45	17,20	19,47	19,34
6 ans	17,55	17,345	19,78	19,65
6 ans et demi	17,71	17,53	20,23	20,08

Lecture : pour un garçon de 6 ans mesurant 120 cm, l'Imc du surpoids est de 17,55, ce qui correspond à un poids de 25,272 kg, au-delà il est considéré comme étant en surpoids. Le seuil de l'obésité est de 19,78, ce qui correspond à un poids de 28,483 kg. Pour une fille du même âge et de la même taille, le seuil de surpoids est de 24,977 kg et celui de l'obésité de 28,296 kg.

Source : « Obésité : dépistage et prévention chez l'enfant », Expertise collective de l'Inserm, juin 2000.

L'Imc s'accroît normalement au cours de la première année de la vie pour diminuer ensuite jusqu'à 6 ans. À cet âge il augmente à nouveau, caractérisant ce que l'on appelle le rebond d'adiposité. Plus l'âge au rebond est précoce, plus le risque de devenir obèse est élevé. Même si une proportion importante d'enfants en surpoids ne le restera pas une fois adulte, néanmoins l'obésité infantile est bien un facteur prédictif de l'obésité adulte. Les études disponibles montrent une tendance à l'accroissement de ce phénomène. Il s'agit d'un problème de santé publique qu'il importe de repérer tôt, tant en raison de ses conséquences sur la qualité de vie de l'enfant qu'en tant que facteur de risque ultérieur. Par ailleurs la modification des habitudes de vie, qu'elles soient alimentaires, sanitaires ou sportives, est *a priori* plus facile à un âge précoce.

Parmi les enfants examinés, 14 % présentaient une surcharge pondérale dont 4 % une obésité et 10 % un surpoids modéré. Les filles sont plus sujettes aux surcharges pondérales que les garçons, avec pour elles des proportions de 4,4 % contre 3,3 % pour l'obésité, et de 11,5 % contre 8,8 % pour le surpoids modéré. La proportion d'enfants en surcharge pondérale apparaît nettement plus importante en Zep, 17,3 % contre 13,3 % hors Zep, ceci étant vrai pour la surcharge pondérale sévère comme pour la surcharge modérée (tableau 3).

Lorsque l'on étudie la fréquence des phénomènes de surpoids en fonction du degré d'urbanisation, on constate un gradient régulier du rural vers le plus urbanisé (tableau 3). Les petits franciliens présentent plus de surpoids que les enfants issus des communes rurales (16,5 % au total dont 5 % d'obésité) contre 12,9 % (3,6 % d'obésité). Entre les deux se situent les communes de moins de 50 000 habitants (13,8 % dont 3,2 % d'obésité) et celles de plus de 50 000 habitants (13,9 % dont 4 % d'obésité). Ces données globales reflètent des différences dans les modes de vie (régimes alimentaires, activités physiques) selon la taille de la commune. Il est donc important de vérifier dans quelle mesure les différences constatées entre Zep et non Zep peuvent simplement provenir de leur implantation différente dans les unités urbaines. On constate qu'il subsiste une forte différence en défaveur des Zep lorsque l'on réalise la comparaison Zep/non Zep à l'intérieur de chaque tranche d'unité urbaine (tableau 3). On note en particulier une situation particulièrement défavorable pour les Zep situées en agglomération parisienne.

Tableau 3

Proportion d'enfants en surpoids selon le degré d'urbanisation et la scolarisation en Zep ou non

Type d'agglomération	Zone d'éducation prioritaire			Hors zone d'éducation prioritaire		
	Sans surpoids	Surpoids modéré	Obésité	Sans surpoids	Surpoids modéré	Obésité
Moins de 50 000 habitants	83,1 %	11,9 %	5,1 %	86,9 %	10,2 %	3,0 %
Plus de 50 000 habitants	83,4 %	11,4 %	5,2 %	86,8 %	9,6 %	3,6 %
Agglomération parisienne	79,1 %	13,9 %	7,0 %	85,3 %	10,6 %	4,1 %
Total	82,7 %	11,8 %	5,5 %	86,7 %	9,8 %	3,5 %

Note : les communes rurales ne sont pas intégrées dans le tableau, du fait de la quasi-absence de Zep.

Source : Enquête 6 ans.

Un retard important dans la prévention et le soin des caries pour les enfants scolarisés en Zep

Un examen dentaire a été pratiqué par les médecins lors de l'enquête. Cet examen ne peut pas avoir la précision d'un examen effectué par un dentiste et les résultats ne doivent donc pas être comparés à ceux issus des enquêtes conduites en milieu scolaire par l'Union française pour la santé bucco-dentaire. Cependant il n'existe pas de raison particulière pour que les biais de mesure soient différents selon que l'école est classée en Zep non, ce qui légitime les comparaisons.

Les résultats montrent un retard certain dans la prévention et le soin des caries pour les enfants scolarisés en Zep. En effet, dans les conditions de mesure de l'enquête, le pourcentage d'élèves ne présentant aucune dent cariée non soignée s'élève à 87 % hors Zep seulement à 73 % en Zep. On constate également une différence importante en amont dans la prévention de l'apparition des caries puisque, en prenant en compte les

dents cariées soignées, 81 % des élèves scolarisés hors Zep apparaissent indemnes de toute carie contre seulement 66 % des élèves scolarisés en Zep. Les 34 % d'élèves de Zep présentant des caries se répartissent en 7 % qui ont toutes leurs dents cariées soignées, 21 %, soit les deux tiers des élèves concernés, qui n'ont aucune dent cariée soignée et 6 % qui se trouvent dans une situation mixte. Les défauts de soins se constatent également chez des élèves scolarisés hors Zep mais avec une ampleur nettement moindre : la répartition correspondante pour les 19 % d'élèves présentant des caries est de 6 % ayant toutes leurs dents cariées soignées, 4 % se trouvant dans une situation mixte et 9 %, soit la moitié, ne présentant aucune dent cariée soignée.

Ces résultats montrent la persistance d'écarts sociaux dans la santé bucco-dentaire mis en évidence par les enquêtes de l'Union française pour la santé bucco-dentaire en 1987, 1990 et 1993.

Les troubles de la vision chez les jeunes enfants

On note un certain déficit de dépistage et de prise en charge chez les enfants scolarisés en Zep. L'entrée à l'école primaire est un moment propice au dépistage des troubles de la vision, cause majeure de difficultés d'apprentissage, la correction précoce est extrêmement importante. La vision des élèves a été évaluée à l'aide de tests standardisés, assurant la comparabilité des données. Cet examen permet de découvrir un nombre important de troubles et de vérifier la prise en charge d'anomalies déjà connues.

Or, le pourcentage d'enfants présentant une anomalie connue préalablement à l'examen de santé de la sixième année est inférieur en Zep (12,5 %) à ce que l'on constate hors Zep (14,5 %). On retrouve une différence de même nature quant au pourcentage d'enfants porteurs de lunettes (7 % en Zep, 10 % hors Zep). Or les anomalies constatées lors de l'examen sont équivalentes selon les deux secteurs. Le pourcentage s'élève ainsi dans les deux cas à 8 % pour l'hypermétropie, alors que le pourcentage d'anomalies connues avant l'examen était inférieur de 1 % en Zep. Concernant l'acuité visuelle de loin, l'examen est réalisé avec correction et un certain nombre d'enfants porteurs de lunettes ont une acuité visuelle classée anormale (en fonction d'un seuil fixé à 8/10^e), ce qui ne signifie pas pour autant qu'ils soient mal corrigés. La sous correction est en effet une pratique fréquente (surtout chez les jeunes enfants), destinée à faire travailler un minimum l'œil ayant une anomalie. Lorsqu'on établit le bilan global de l'examen, on trouve ici également une différence de 2 % dans les proportions d'anomalies non antérieurement connues et découvertes à cette occasion (7,5 % en Zep contre 5,5 % hors Zep).

Cette différence de 2 à 3 % d'enfants ayant une anomalie dépistée antérieurement à l'examen de six ans réalisé en milieu scolaire peut paraître limitée. Elle prend néanmoins tout son sens si on la rapporte au pourcentage des enfants effectivement atteints d'une anomalie. On constate alors que cet écart représente de 10 % à 20 % des enfants concernés.

L'asthme et les symptômes asthmatiques ne sont pas plus fréquents en Zep chez les enfants de 6 ans

L'asthme est une pathologie grave dont le développement actuel constitue une préoccupation importante en terme de santé publique. Chez l'enfant, un asthme mal contrôlé (traitement absent ou mal observé) peut entraîner un absentéisme récurrent et par suite un retard scolaire (encadré 2). Selon les connaissances actuelles sur l'histoire naturelle de la maladie asthmatique, la plupart des asthmatiques contractent leur maladie au cours de l'enfance. Il s'agit le plus souvent d'un asthme d'origine allergique, touchant plus les garçons que les filles. À la puberté, la maladie semble régresser voire parfois disparaître surtout chez les garçons. La fréquence s'inverse alors, les filles devenant plus affectées (vers 12 ans, respectivement 7,5 % contre 6,5 %), ce qui se confirme à l'âge adulte où la maladie touche plus les femmes que les hommes. Environ 2 000 décès (tous âges confondus) sont à déplorer chaque année, dont entre 10 et 20 concernent des enfants de moins de quinze ans. Une augmentation de la fréquence des hospitalisations a également été observée.

Encadré 2

Définition de l'asthme

L'asthme est une affection aux origines multi-factorielles, où l'allergie respiratoire joue un rôle important, surtout chez l'enfant. Physiologiquement, elle se traduit par une hyperactivité bronchique. Selon sa sévérité, l'asthme peut être intermittent, provoqué par certaines circonstances (effort, allergie,...) ou persistant. Ses manifestations recouvrent des réalités très diverses qui peuvent aller de la simple gêne respiratoire à la crise avec sensation d'étouffement. Des dispositions particulières visant à assurer la prise en charge en milieu scolaire des enfants et adolescents asthmatiques et allergiques, ont été récemment prises par le ministère de l'Éducation nationale (circulaire de novembre 1999).

L'enquête ne permet pas d'évaluer la sévérité de la pathologie asthmatique, mais distingue les asthmes diagnostiqués des symptômes asthmatiques à partir d'une série de questions issues d'un questionnaire (Isaac) utilisé dans des études internationales.

L'enquête confirme la prédominance masculine de l'asthme chez l'enfant puisque, pour une prévalence globale d'asthme diagnostiqué de 6,2 %, les niveaux sont de 7,4 % pour les garçons et de 4,8 % pour les filles. Il en est de même pour les enfants examinés ayant présenté au cours des 12 derniers mois des signes évocateurs d'asthme : les garçons sont là aussi plus concernés que les filles (7 % contre 5,4 %).

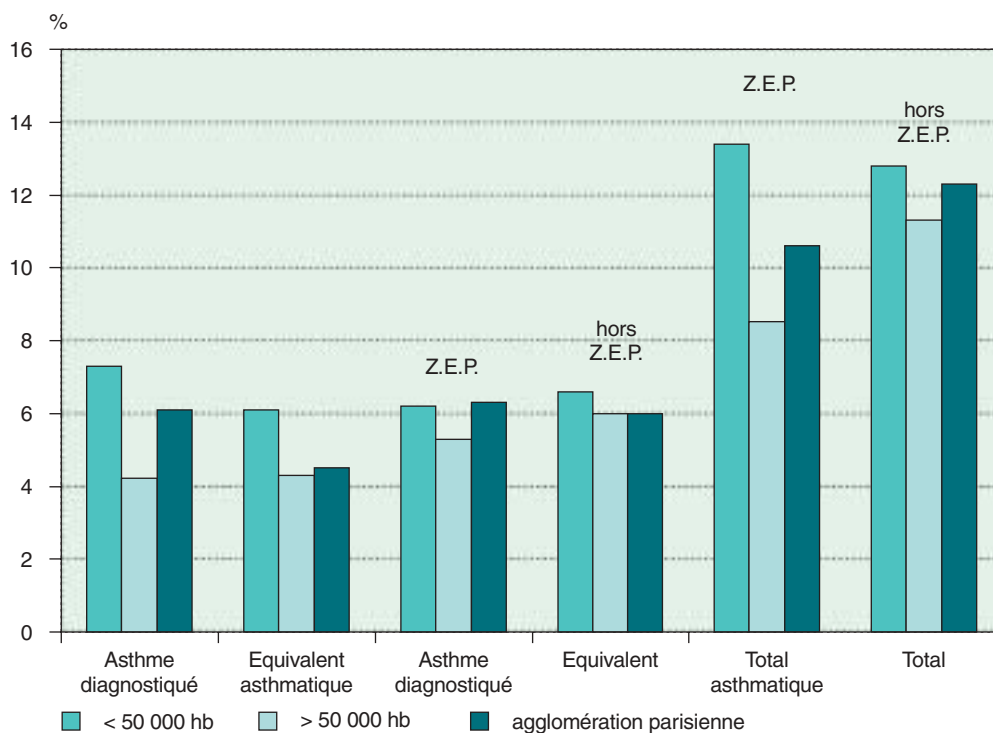
Les proportions d'élèves pour lesquels l'asthme a été diagnostiqué avant l'examen sont équivalentes en Zep et hors Zep (respectivement 5,9 % et 6,2 %). Paradoxalement les taux sont légèrement plus élevés dans les secteurs les moins urbanisés : 6 % en

zone rurale et 6,3 % pour les zones urbaines de moins de 50 000 habitants, pour seulement 5,2 % pour celles de plus de 50 000 habitants. L'agglomération parisienne se situe cependant au niveau moyen (6,2 %). Les Zep étant essentiellement urbaines, on pourrait penser que le taux global légèrement inférieur pour les Zep peut masquer un effet de structure. Ce n'est pas le cas, comme le montre le graphique 1, qui distingue les Zep à l'intérieur de trois catégories différentes de zones urbaines.

Les proportions d'enfants présentant des signes évocateurs d'asthme sont également supérieures dans les zones les moins urbanisées, et les taux observés en Zep sont systématiquement inférieurs à ceux constatés hors Zep. Ce résultat pourrait cependant provenir en partie d'un effet de protocole d'enquête. Certains parents, proportionnellement plus nombreux en Zep, peuvent en effet avoir des difficultés à répondre au questionnaire sur les symptômes mais cette hypothèse reste à vérifier.

Graphique 1

Part des enfants asthmatiques et ceux ayant des signes évocateurs d'asthme selon le critère ZEP et la taille de la commune



Source : Enquête 6 ans.

Note : les communes rurales ne sont pas intégrées dans le graphique du fait de la quasi absence de ZEP.

Lecture : Dans les ZEP situées dans des communes de moins de 50 000 habitants, 13,4 % des enfants ont un problème d'asthme, ils se répartissent en 7,3 % qui ont un asthme diagnostiqué et 5,9% qui ont un équivalent asthmatique.

La vaccination : une situation équivalente entre Zep et hors Zep

Les vaccinations constituent un volet essentiel de la prévention primaire contre les maladies infectieuses. On distingue les vaccinations obligatoires (contre la tuberculose, la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite) des vaccinations recommandées (contre la coqueluche, la rougeole, les oreillons, la rubéole, l'*haemophilus influenzae b*, l'hépatite B) (encadré 3). C'est au cours de la première année de sa vie que l'enfant reçoit la majorité des primo-vaccinations. Au cours de sa sixième année, l'enfant doit, selon le calendrier vaccinal, recevoir le 2^e rappel contre la diphtérie, le tétanos et la polio. Le bilan de 6 ans n'est donc pas le moment idéal pour évaluer le pourcentage d'enfants à jour à l'égard de cette vaccination, du fait que ce rappel peut être effectué avant ou après ce bilan. Aussi, dans cette enquête, l'interrogation n'a-t-elle porté que sur les vaccinations contre l'*haemophilus influenzae b* et l'hépatite B, introduite récemment dans le calendrier vaccinal (respectivement en 1992 et 1995), ainsi que sur la vaccination trivalente rougeole-oreillons-rubéole. Celle-ci fait l'objet d'un suivi régulier, le taux de couverture nécessaire à l'éradication du virus n'étant pas encore atteint. Ces vaccinations n'étant pas obligatoires, une différence de couverture entre catégories de population peut traduire un écart dans le recours aux soins de prévention ainsi qu'éventuellement une attitude de réticence voire de refus de la vaccination.

Le fait d'être scolarisé en Zep ne constitue pas un facteur discriminant pour la vaccination trivalente contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (91 % contre 90 % hors Zep). Cette vaccination stagne entre 1997 et 2000 à 90 % à 6 ans, pour les filles comme pour les garçons, après une progression régulière bien que trop lente les années précédentes (le taux de couverture était de 72 % en 1991, de 81 % en 1993). Il est difficile de savoir si cette stagnation reflète le fait que l'on atteint un noyau dur de réfractaires (qui concerne également certains médecins, estimés à 6 % par les enquêtes d'opinion du Comité français d'éducation pour la santé) ou d'indifférents. Il peut s'agir aussi d'un phénomène plus passager lié aux difficultés survenues lors des campagnes de vaccination contre l'hépatite B. Cette étude montre que ces phénomènes sont en moyenne équivalents, que les enfants soient scolarisés en Zep ou non.

Tableau 4

Le taux de couverture vaccinal selon l'appartenance ou pas à une Zep

	Zone d'éducation prioritaire	Hors zone d'éducation prioritaire	Ensemble
Rougeole Oreillons Rubéole (au moins 1 injection)	90 %	91 %	90 %
Haemophilus influenzae b (au moins 3 injections)	70 %	70 %	70 %
Hépatite B (au moins 3 injections)	51 %	39 %	41 %

Source : Enquête 6 ans.

Encadré 3

Les vaccinations recommandées étudiées dans l'enquête

- **Rougeole oreillons rubéole (7)** : la recommandation d'une deuxième dose a été introduite en 1998 et ne concernait la génération ici étudiée que de façon limitée. La vaccination Ror a donc été étudiée de façon globale sans distinction du nombre de doses reçues.

- **L'haemophilus influenzae type b (7)** est une bactérie est responsable de nombreuses infections graves et fréquentes chez le nourrisson et l'enfant de moins de 5 ans, méningites purulentes, épiglottites, pneumopathies, bactériémies, les méningites étant les plus fréquentes et les plus graves par leurs séquelles (souvent la surdité). La vaccination est recommandée dès l'âge de 2 mois, associée en pratique aux vaccinations contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite et la coqueluche (Pentacoq). Le nombre d'injections varie selon l'âge à la vaccination : de 3 injections avant l'âge de 6 mois (plus un rappel à 18 mois)   1 seule injection si la vaccination est engagée après 12 mois. En absence d'information dans l'enquête sur les âges aux injections successives, ont été pris en compte les enfants qui ont eu au moins 3 doses.

- **L'hépatite B (7)** : en 1995, deux schémas de vaccination avaient cours (3 injections à 1 mois d'intervalle, un rappel un an après puis tous les 5 ans ou 3 injections dont 2 à 1 mois d'intervalle et la 3 e un an après, les rappels étant faits tous les 5 ans). Sans renseignement dans l'enquête sur le schéma vaccinal utilisé, ont été pris en compte les enfants qui ont reçu au moins 3 doses.

Pour la génération de 1994, la protection contre l'haemophilus b par la vaccination apparaît également équivalente entre Zep et hors Zep, le pourcentage d'enfants ayant reçu trois doses se montant dans les deux cas à 70 %. Les différences Zep/non Zep se traduisent par une différence dans le nombre de doses reçues (54 % des enfants ont reçu quatre doses en Zep contre 61 % hors Zep). Il n'est pas possible, avec les données disponibles dans cette enquête, de déterminer les raisons pour lesquelles des calendriers vaccinaux différents sont appliqués selon les endroits. Le caractère plus ou moins urbanisé de la zone d'implantation de l' cole n'influe pas sur ces différences puisque la répartition est homogène selon de degré d'urbanisation. Seule l'agglomération parisienne se distingue par un taux supérieur de 5 % d'enfants ayant bénéficié d'un schéma vaccinal à quatre doses.

En ce qui concerne la vaccination contre l'hépatite B, pour la génération d'enfants nés en 1994, le critère Zep combiné au taux d'urbanisation révèle par contre de fortes disparités, au profit des Zep qui présentent des taux supérieurs.

Les communes de l'agglomération parisienne sont largement en tête avec 56 % d'enfants protégés, contre seulement 27 % en zone rurale. Du fait de leur implantation plus importante dans les zones les plus urbanisées, la situation en Zep se caractérise également par une meilleure couverture, 51 % contre 39 % hors Zep (tableau 4). Cependant

ce pourcentage plus élevé ne s'explique pas seulement par cet effet de composition des Zep. En effet la situation en Zep est également meilleure, lorsque l'on effectue la comparaison à l'intérieur de zones urbaines homogènes. Une hypothèse peut être qu'en matière de prévention et particulièrement de vaccination, le rôle de conseil du médecin est essentiel, les populations défavorisées ayant tendance à lui faire plus facilement confiance.

En conclusion, l'utilisation du critère de scolarisation en Zep montre l'existence d'inégalités sociales de santé et d'accès aux soins. L'augmentation de l'obésité infantile, phénomène qui préoccupe de plus en plus les différents acteurs en santé, est significativement plus importante parmi les enfants scolarisés en Zep. Des difficultés d'accès à la prévention et aux soins apparaissent pour les troubles de la vision et surtout pour la santé bucco-dentaire. A contrario, en termes de vaccinations, le système de soins a pu montrer son efficacité à toucher des populations de zones économiquement plus défavorisées dans une circonstance telle que le lancement de la campagne de vaccinations des nourrissons contre l'hépatite B.

Certains des phénomènes de santé mesurés concernent des proportions d'enfants comprises entre 10 et 20 %, soit deux, trois ou quatre par classes. De ce fait, les différences de fréquence mises en évidence par l'étude peuvent ne pas être très sensibles dans la pratique quotidienne, tout en existant néanmoins. Celles-ci doivent d'autant plus être prises en considération que l'absence d'information détaillée sur la situation socioprofessionnelle des parents de chaque enfant est probablement un facteur de minoration des écarts. En effet, il existe bien évidemment des populations socialement défavorisées hors Zep, notamment en zone rurale, et inversement des populations de statut social moyen qui sont en Zep.

Annexe 1

Enquête sur les bilans de santé préalables à l'entrée à l'école primaire

Son objectif est le dépistage et le signalement aux parents d'éventuels problèmes de santé, l'accès à de nouvelles formes d'apprentissage pouvant être, en particulier, l'occasion de confirmer ou de dépister des anomalies de la vision ou de l'audition, qui seraient jusqu'alors passées inaperçues. L'examen clinique peut permettre de déceler des troubles de la croissance ou une pathologie chronique nécessitant une prise en charge ou une surveillance particulière, avec l'objectif de fournir à l'enfant la possibilité de mener avec succès sa scolarité.

L'enquête prend appui sur les examens réalisés dans le cadre de ce bilan (mesures anthropométriques, tests visuels, auditifs, vérification de l'état vaccinal...) auxquels sont ajoutés des questionnements spécifiques à l'enquête, en fonction de préoccupations actuelles de santé publique (fréquence de l'asthme par exemple).

Un questionnaire a été renseigné pour 30 407 élèves, soit 4,5 % des enfants scolarisés dans les écoles publiques et privées en France métropolitaine ou dans les Dom. L'échantillon a été constitué par un sondage en grappe aléatoire d'écoles avec une stratification par département, l'ensemble des élèves des grandes sections des écoles ainsi sélectionnées étant enquêté. Les non réponses dues à l'absence d'enfants lors de l'examen sont très peu nombreuses (5 %). La taille importante de l'échantillon et le faible volume des non réponses conduisent à une faible incertitude de sondage, comme le montre le fait que la répartition par sexe, estimée à partir de l'enquête (51 % de garçons, 49 % de filles, soit un sexe ratio 1,04), ainsi que celles des élèves selon la taille des communes, selon le secteur (public ou privé) et selon l'appartenance ou non à une Zep sont très proches de la réalité. À titre d'illustration, on a estimé que des phénomènes tels que la prévalence de l'asthme ou celle du surpoids, qui se situent aux alentours de 10 %, sont connus à $\pm 0,6$ % près. Plus de 95 % des enfants avaient leur carnet de santé lors de l'examen et 90 % étaient accompagnés par au moins un de leurs parents, ces proportions élevées assurant la fiabilité des données collectées par leur intermédiaire. En fonction de l'organisation des services de médecine scolaire, les enfants sont vus en fin de maternelle ou en début de cours préparatoire, ainsi, les enfants examinés avaient-ils entre 5 ans et demi et 7 ans (âge moyen 5 ans et 8 mois).

Bibliographie

■ Articles

Repères et références statistiques, édition 2000, ministère de l'Éducation nationale, de la recherche et de la technologie :

« Les établissements : les zones et réseau d'éducation prioritaire (Zep et Rep) », p 46-47

« Les établissements : établissements des zones et réseaux d'éducation prioritaire », p 48-49

« Les élèves du 1^{er} degré : qui redouble au cours préparatoire ? », p 60-61

« Le 1^{er} degré par département et académie », p 56-57.

Les zones d'éducation prioritaires en 1997-1998, note d'information 98.15, ministère de l'Éducation nationale, de la recherche et de la technologie.

Expertise collective de l'Inserm, « Obésité et prévention chez l'enfant », édition Inserm, juin 2000.

La santé dentaire en France, P. Hescot et E. Roland, Union française pour la santé bucco-dentaire, 1987, 1990, 1993, 1998.

L'asthme en France selon les stades de sévérité, Laure Com-Ruelle, Barbara Crestin, Sylvie Dumesnil, Crédes, n° 1290, année 2000.

Prévalence des maladies allergiques de l'enfant : l'enquête Isaac-France, phase I.D. Charpin, I. Annesi-Maesano *et al.*, Beh, n° 13/1999 ; *Guides des vaccinations 1995 et 1999*, Direction générale de la santé, Comité technique des vaccinations.

■ Textes

Circulaire n° 90-028 parue au *Bulletin officiel* du 3 février 1990.

Circulaire n° 92-360 du 7 décembre 1992.

Circulaire du 99-007, parue au *Bulletin officiel* du 4 janvier 1999.

Circulaire n° 99-181 du 10 novembre 1999 relative à « L'accueil des enfants et adolescents atteints de troubles de santé évoluant sur une longue période dans le premier et le second degré ».