

Inégalités socio-spatiales de mortalité en France

Stéphane Rican¹, Eric Jouglu², Gérard Salem¹

¹ Laboratoire Espace santé et territoire, Université Paris X-Nanterre

² CépiDc-Inserm, Le Vésinet

INTRODUCTION

Les disparités spatiales de mortalité en France sont importantes à toutes les échelles : régionale, départementale, infra-départementale voire intra-urbaine [1]. Ces disparités concernent toutes les classes d'âge et caractérisent l'ensemble des causes de décès. Quel que soit l'indicateur de mortalité retenu, on note des configurations spatiales nettement marquées. On observe notamment une forte composante régionale de la mortalité, deux villes d'une même région, quelles que soient leur taille, leur fonction ou leur situation, présentant des niveaux de mortalité plus proches que ceux de deux villes de taille et de fonction équivalentes mais appartenant à des régions différentes.

Ces disparités, bien qu'ayant tendance à se renforcer depuis une vingtaine d'années, restent largement inexplicables. Elles renvoient sans doute en grande partie à des distributions spatiales inégales des facteurs de risque environnementaux, sociaux, économiques ou culturels, ainsi que de l'offre et de la qualité des soins, sans que l'on sache vraiment définir les combinaisons spatiales de ces facteurs, ni en hiérarchiser les poids respectifs.

Parmi les pistes de recherche explicative de ces disparités, la prise en compte des facteurs socioprofessionnels est fondamentale [2]. Peu d'études ont cependant cherché à mesurer l'influence des compositions sociales sur les disparités spatiales de mortalité. L'objectif de cette étude est de confronter les disparités sociales de mortalité dans leur dimension spatiale, ce que l'on appelle les disparités socio-spatiales de santé [3].

MATÉRIELS ET MÉTHODES

Les inégalités socio-spatiales de mortalité sont analysées à l'échelle des zones d'emploi en France. Ce découpage est basé sur le critère d'attraction maximale entre communes de résidence et communes de travail. Les 348 zones ainsi constituées expriment d'une certaine façon les espaces de vie et de circulation de la population et présentent une réelle homogénéité socio-économique [1].

Deux approches permettent d'analyser les disparités socio-spatiales de mortalité.

1) L'analyse écologique confronte des données agrégées aux mêmes échelles, en l'occurrence les taux de mortalité et les compositions sociales afin d'en déterminer les liens. On évalue ainsi l'influence des contextes sociaux de chaque zone géographique dans la constitution des disparités de mortalité. Des profils socio-économiques des zones d'emploi sont établis par l'intermédiaire d'une Classification ascendante hiérarchique (méthode de Ward). Sur quelques variables : niveaux de chômage, répartition de la population par catégories sociales (ouvriers - employés - cadres), activité économique (agricole - industrielle - bâtiment - tertiaire), taux d'urbanisation, niveau d'éducation, taux d'activité de la population jeune et de la population féminine, indicateurs de difficultés sociales (% de HLM, % de population non imposable). Ces indicateurs sont issus du recensement de la population de 1990. Pour chaque groupe de zones obtenu, socialement homogène, on analyse ensuite la distribution des taux de mortalité standardisés sur l'âge (méthode directe) pour la mortalité toutes causes et pour différentes causes de décès. Cette étude ne portant que sur les actifs en âge de travailler, les taux sont calculés pour la population âgée de 25 à 59 ans des deux sexes sur la période 1988-1992, centrée sur le recensement de 1990 pour avoir des dénominateurs fiables.

2) L'analyse individuelle consiste à chercher si la situation sociale de chaque individu entraîne, sur l'ensemble du territoire, les mêmes conditions de mortalité. On vérifie ainsi si la mortalité de différents groupes sociaux est identique du nord au sud de la France. Une étude transversale est menée en rapportant les décès de chaque catégorie sociale aux effectifs de population de

chacune d'elles. Des taux de mortalité standardisés sur l'âge et la catégorie sociale sont ensuite calculés à l'échelle des zones d'emploi et confrontés à la répartition des taux standardisés uniquement sur l'âge afin de vérifier si l'influence des facteurs sociaux sur les niveaux de mortalité constatés est identique sur l'ensemble du territoire français. La population de référence utilisée est la population française au recensement de 1990.

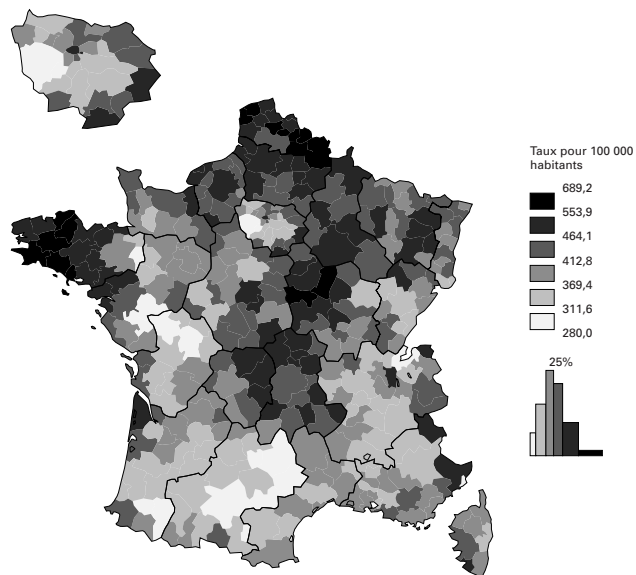
Ces deux approches sont complémentaires et permettent de mieux comprendre les combinaisons de facteurs sociaux à l'œuvre dans la constitution des disparités spatiales de mortalité.

RÉSULTATS

Les disparités spatiales de mortalité prématurée sont importantes. Analysés à l'échelle des zones d'emploi, les taux comparatifs de mortalité varient dans un rapport de 1 à 2,5 entre les zones de plus faible mortalité et les zones de plus forte mortalité (figure 1). On note trois grands ensembles de nette surmortalité : la Bretagne et son prolongement sur la façade atlantique ; un ensemble nord composé du Nord-Pas-de-Calais et de la Picardie ; une diagonale centrale allant de la Champagne-Ardenne à l'Auvergne. A l'inverse, le centre-ouest, le sud-ouest et le sillon rhodanien sont caractérisés par de faibles taux de mortalité.

Figure 1

Taux comparatifs masculins de mortalité (25-59 ans) à l'échelle des zones d'emploi sur la période 1988-1992



Sources : CépiDc, Insee

Traitement et infographie : Espace santé et territoire, 2003
S. Rican, G. Salem, E. Jouglu

Les disparités socio-spatiales de mortalité : l'analyse écologique

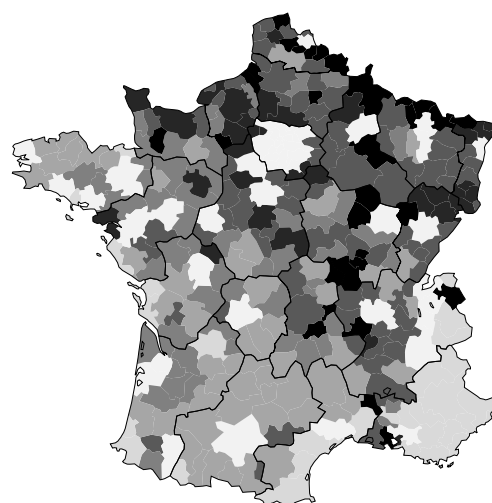
La Classification ascendante hiérarchique réalisée sur les indicateurs socio-économiques permet de mettre en évidence sept types de zones d'emploi (figure 2). Les critères de classification sont basés, d'une part, sur le niveau d'urbanisation des zones d'emploi. Paris, les capitales régionales et les principales villes du pays (Grenoble, Tours, Metz) se détachent nettement du reste de la France tandis que les zones les plus rurales de l'ouest et du sud-ouest français se regroupent dans une même classe. Le second critère de la partition réside dans le niveau d'indus-

Figure 2

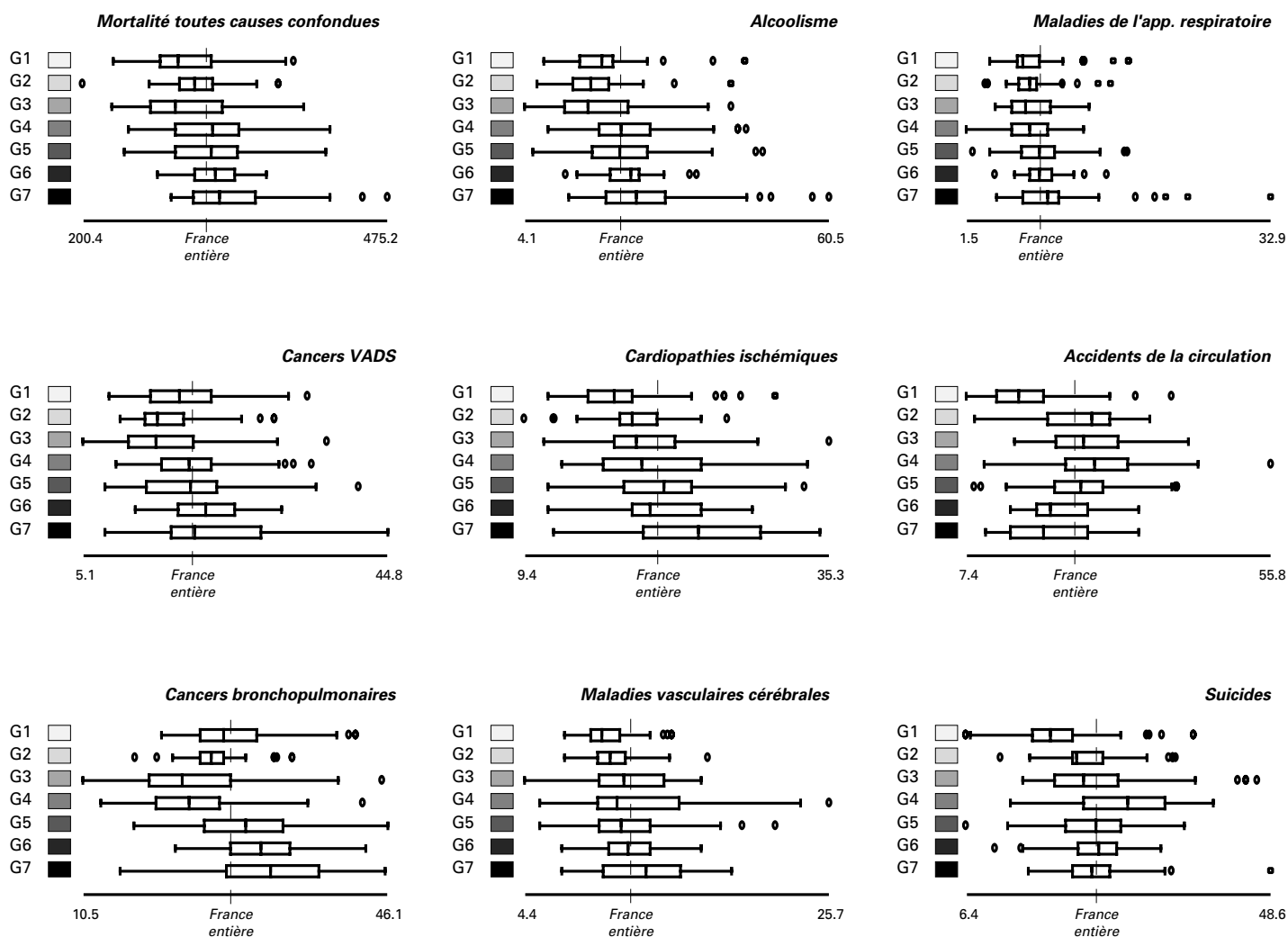
Profils socio-économiques des zones d'emploi en 1990 et distributions des taux comparatifs de mortalité pour chaque profil sur la période 1988-1992

Profils des zones d'emploi

G1		Zones fortement urbanisées, essentiellement tertiaires, avec un fort pourcentage de cadres et de bac + 2
G2		Zones plutôt urbaines, peu industrialisées avec une forte implantation des services, du bâtiment et des transports
G3		Zones rurales sous industrialisées. Implantation ancienne de l'activité agricole et artisanale
G4		Zones rurales plutôt agricoles, peu diplômées avec petites industries
G5		Zones rurales industrielles (% d'ouvriers, notamment non qualifiés plus élevés). Chômage moins élevé.
G6		Zones périurbaines, fortement industrialisées et ouvrières.
G7		Zones urbaines industrielles en difficulté (anciennement minières et sidérurgiques). Ouvriers non qualifiés et non diplômés sur-représentés.



Distribution des taux comparatifs de mortalité prématurée (15-64 ans) pour différentes causes de décès (pour 100 000 habitants)



Sources : CépiDc, Insee

Traitement et infographie : Espace santé et territoire, 2003
 G. Salem, E. Jouglà, S. Rican

trialisation. Il oppose le nord-est de la France, fortement industrialisé, à l'ouest et au sud-ouest, plus rural, tertiaire et agricole. Enfin, des caractéristiques régionales individualisent le pourtour méditerranéen, cumulant une forte urbanisation et une forte implantation des secteurs du bâtiment et des transports.

L'analyse de la distribution des taux de mortalité pour chaque groupe issu de la classification montre quelques différences entre les groupes : les taux ont ainsi tendance à être plus élevés pour les zones industrielles et ouvrières (groupes 5 à 7). Cette tendance est plus nette pour les cardiopathies ischémiques et les cancers bronchopulmonaires.

Cependant, ces distributions de mortalité sont caractérisées par une forte hétérogénéité des niveaux de mortalité à l'intérieur de chaque groupe : à condition socio-économique équivalente, les écarts de mortalité sont très importants. Les taux de mortalité toutes causes confondues varient dans un rapport de 1 à 3 dans la plupart des groupes. L'hétérogénéité est particulièrement importante au sein du groupe de zones fortement urbanisées (groupe 1). Même si elles ne se distribuent pas de la même façon pour chaque cause, ces fortes disparités intra-groupe sont observées pour toutes les causes de décès retenues.

Les disparités socio-spatiales de mortalité : l'approche individuelle

Disparités spatiales des taux de mortalité pour différentes catégories sociales

On note, pour les cadres moyens comme pour les ouvriers, des structures spatiales fortes qui renvoient au dispositif constaté pour la mortalité générale. Les disparités de mortalité pour les ouvriers sont importantes, avec des taux variant dans un rapport de 1 à 5 (figure 3). On retrouve le croissant nord de surmortalité ainsi que la situation préoccupante des zones portuaires, notamment de la façade atlantique. On note les taux exceptionnellement élevés de la Bretagne occidentale et des bassins miniers et sidérurgiques du Nord et de Lorraine qui s'opposent aux faibles taux de mortalité dans le sud-ouest.

A l'inverse, la carte des taux de mortalité pour les cadres supérieurs à l'échelle des zones d'emploi révèle un patchwork qui tient pour l'essentiel au plus faible niveau de mortalité prématurée de cette catégorie sociale et aux plus faibles effectifs de cette catégorie de population.

Taux standardisés sur l'âge et la CSP

La standardisation des taux sur la catégorie sociale ne modifie pas l'agencement spatial de la mortalité : la carte des taux de mortalité toutes causes standardisés sur l'âge et sur la catégorie sociale de la population de chaque zone d'emploi (figure 4) est identique à celle des taux uniquement standardisés sur l'âge

(figure 1). Aux taux forts de l'ouest, du nord et d'une diagonale allant de la Champagne-Ardenne à l'Auvergne s'opposent les taux faibles du sud-ouest et du pourtour méditerranéen.

La standardisation sur la CSP apporte toutefois certaines spécificités. On note tout d'abord des régions pour lesquelles la standardisation sur la CSP a tendance à renforcer le taux de mortalité. Ainsi l'Ile-de-France, notamment le sud-ouest de la région, passe d'une situation de nette sous-mortalité à une situation de surmortalité après contrôle des facteurs sociaux. La bonne situation sanitaire de cette région est donc principalement à mettre en relation avec sa composition sociale favorable (**à confirmer**). Prises individuellement, les catégories sociales de la région parisienne n'ont pas une meilleure espérance de vie que les catégories sociales des autres régions, mais le poids important des catégories sociales favorisées dans cette région se traduit globalement par une meilleure situation sanitaire. Le cas de l'Ile-de-France est assez exceptionnel et ne trouve pas d'équivalent dans les autres régions.

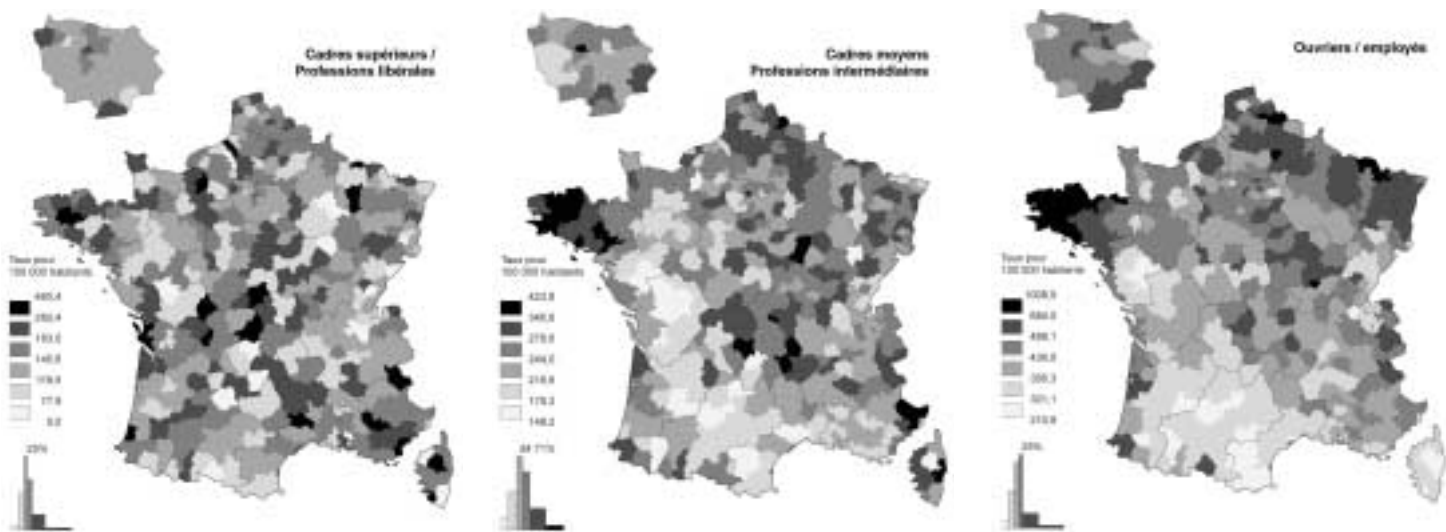
A l'inverse, certaines régions possèdent des taux standardisés par CSP plus faibles au regard des taux uniquement standardisés sur l'âge. C'est le cas notamment de la région Champagne-Ardenne et d'une partie du nord de la France. Les taux élevés de mortalité dans cette région s'expliquent donc en grande partie par le cumul de facteurs de risques sociaux. Lorsque ces facteurs sont en partie contrôlés par une standardisation, les niveaux de mortalité relatifs s'amenuisent.

DISCUSSION

L'analyse des disparités socio-spatiales de mortalité passe par la confrontation de deux méthodes d'investigation. L'analyse des disparités socio-spatiales de mortalité dans une perspective à la fois écologique et de type individuel permet d'éviter les écueils de chaque approche [4] [5] [6]. Elle contribue à mettre en évidence le poids relativement modéré des facteurs sociaux pour expliquer les disparités spatiales de mortalité en France. L'approche écologique montre en effet qu'à situation sociale équivalente, les situations sanitaires sont très diversifiées tandis que l'approche individuelle permet d'insister sur le fait qu'après prise en compte des facteurs sociaux, les disparités régionales restent fortes. Ainsi, la composante régionale constitue un facteur prépondérant des différences de mortalité constatées en France. Cette composante régionale traduit des comportements face à la santé (que ce soit en termes de comportements à risque, d'habitudes nutritionnelles ou de recours aux soins), des déterminants environnementaux et culturels qui vont bien au-delà des seules disparités sociales. Sans que l'on sache précisément les analyser, faute notamment d'indicateurs disponibles, ces comportements à risque, ces disparités environnementales influent tout autant,

Figure 3

Taux comparatifs de mortalité pour différentes catégories sociales (25-59 ans sur la période 1988-1992)

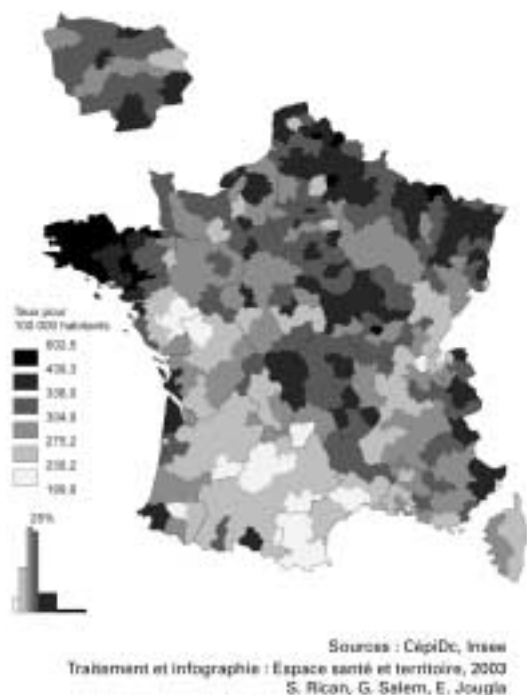


Source : CESP/INSEE

Traitement et cartographie : Espace santé et territoire, 2003
S. Rican, G. Salen, E. Jougle

Figure 4

Taux comparatifs masculins de mortalité (25-59 ans) standardisés sur l'âge et sur la CSP à l'échelle des zones d'emploi sur la période 1988-1992



sinon plus, sur les disparités spatiales de santé en France que les compositions sociales des zones. Il existe très certainement des façons de boire, des manières de manger et plus globalement des modes de vie qui dépendent de la région d'appartenance et pas uniquement du statut social de l'individu.

La confrontation de la répartition des taux de mortalité pour différentes catégories sociales et des profils sociaux des zones d'emploi donne la possibilité de mieux comprendre les disparités spatiales de mortalité en France. En premier lieu, les disparités de mortalité prématurée sont fortement influencées par les disparités de mortalité des catégories situées en bas de l'échelle sociale. Le niveau élevé de mortalité de cette catégorie sociale (ouvrier – employé) avant 65 ans et le poids important de cette catégorie dans l'ensemble de la population en font une catégorie importante pour la constitution des disparités géographiques de santé. Les disparités constatées traduisent en partie la persistance de modes de vie régionaux liés aux plus faibles échanges, à une mobilité réduite de cette catégorie de la population. Les facteurs de risque professionnels spécifiques à chaque bassin industriel ainsi que les contextes socio-économiques interviennent également dans la constitution de ces disparités. En second lieu, les disparités de mortalité sont moins importantes pour les cadres, montrant à l'inverse une plus grande homogénéité des pratiques sur l'ensemble du territoire. La mobilité plus grande des cadres, les échanges plus nombreux, leurs niveaux de scolarisation, les rendent sans doute plus réceptifs aux messages de prévention.

On peut également, à la lumière de ces résultats, identifier certaines situations socio-sanitaires spécifiques. On distingue ainsi une large part sud-ouest de la France à laquelle s'ajoute la région Rhône-Alpes, caractérisées par une mortalité faible pour tous les groupes sociaux et par une faible part d'ouvriers dans la population. La bonne situation sanitaire de ces régions est donc à mettre à l'actif à la fois d'un contexte social plutôt favorable et de niveaux de mortalité faibles pour l'ensemble de la population. L'inverse de cette situation est constitué par la région Nord-Pas-de-Calais. Les taux de mortalité y sont élevés pour toutes les catégories de population. Cette mauvaise situation sanitaire générale s'accompagne d'une situation sociale défavorisée avec, notamment, une part importante de population située en bas de l'échelle sociale. Cette région subit toujours les conséquences sanitaires des crises industrielles successives. Cette situation socio-économique défavorable se cumule avec d'autres détermi-

nants « régionaux » touchant aux comportements à risque affectant l'ensemble de la population de la région.

Parmi les autres régions de surmortalité générale, les situations sont très hétérogènes. Dans la continuité du Nord-Pas-de-Calais, la Haute-Normandie, la Picardie et la Champagne-Ardenne doivent leur niveau élevé de mortalité à des conditions sanitaires moyennes pour l'ensemble de leur population et surtout à une part importante de populations socialement défavorisées. Plus intéressantes, car très différentes, sont les situations de la Bretagne et de l'est de la France : en effet, malgré un faible pourcentage « d'ouvriers – employés » et de faibles taux de mortalité pour les autres catégories sociales, le niveau de mortalité en Bretagne est très élevé. Cette mauvaise situation sanitaire est donc presque uniquement due à une très mauvaise situation sanitaire des « ouvriers – employés ». En d'autres termes, les taux élevés de mortalité constatés en Bretagne sont en grande partie associés à des taux exceptionnellement forts de mortalité caractérisant une petite frange de sa population. Les taux de mortalité pour la catégorie « ouvriers – employés » sont nettement plus élevés que dans les autres régions et entraînent la mortalité de la Bretagne vers le haut. Les mutations sociales et économiques qu'a connues la Bretagne ces 20 dernières années et leur traduction sanitaire n'ont pas concerné l'ensemble de la population bretonne. On peut supposer que certains comportements à risque, tel que l'alcoolisme, persistent ou, tel que le tabagisme, se développent au sein de la population située au bas de l'échelle sociale de cette région.

La situation de l'Alsace et la Lorraine, bien que moins tranchée, est assez comparable. Ces deux régions opposent leurs taux forts pour la catégorie « ouvriers – employés » aux taux faibles pour les autres catégories sociales. Ajoutés à un fort pourcentage d'ouvriers, les taux de mortalité globaux sont assez élevés. On se retrouve donc un peu dans le même cas de figure que la Bretagne où la mauvaise situation sanitaire est plutôt associée à une mauvaise situation sanitaire des catégories sociales situées en bas de l'échelle sociale.

CONCLUSION

L'analyse des disparités socio-spatiales de mortalité prématurée permet de mieux comprendre les disparités géographiques de santé. Elle donne la possibilité d'identifier des situations socio-sanitaires spécifiques dans certains ensembles régionaux et confirme l'importance du fait régional en France.

Cette composante régionale n'est cependant pas à entendre au sens administratif du terme mais bien au sens des régions historiques et culturelles. Par les disparités intra et interrégionales qu'elle permet de mettre en évidence, cette étude confirme les limites des études ne portant que sur un découpage administratif du territoire.

Le « fait régional » en France traduit des comportements spécifiques face à la santé, tant en termes de comportements à risque, d'habitudes nutritionnelles que de recours aux soins, soit autant de déterminants environnementaux et culturels qui vont bien au-delà des seules disparités sociales et qu'il faut pouvoir analyser. Une analyse dynamique des disparités socio-spatiales, en cours de réalisation, permettra de mieux comprendre ces déterminants.

RÉFÉRENCES

- [1] Salem G, Rican S, Jougla E [Coord.]. Atlas de la santé en France. Vol 1 : Les causes de décès. Paris : John Libbey Eurotext, 2000.
- [2] Jougla E, Rican S, Péquignot F, Le Toulllec A. La mortalité. In Leclerc A, Fassin D, Grandjean H, Kaminski M, Lang T. [Dir.]. Les inégalités sociales de santé. Paris : Inserm, La Découverte, 2000 : 147-72.
- [3] Salem G, Rican S. Géographie du peuplement, géographie de la santé. In Charvet JP, Sivignon M [Dir.]. Questions de géographie humaine. Paris : Colin, 2002 : 67-95.
- [4] Estève J, Benhamou E, Raymond L. Méthodes statistiques en épidémiologie descriptive. Paris : éditions Inserm, 1993.
- [5] Bouyer J, Hémon D, Cordier S et al. Epidémiologie : principes et méthodes quantitatives. Paris : éditions Inserm, 1995.
- [6] Kunst AE, Mackenbach JP. Inégalités sociales de mortalité prématurée. La France comparée aux autres pays européens. In Leclerc A, Fassin D, Grandjean H, Kaminski M, Lang T. [Dir.]. Les inégalités sociales de santé. Paris : Inserm, La Découverte, 2000 : 53-68.