



3. Mesure des inégalités sociales, déterminants sociaux et territoriaux de la santé

Introduction

Les conditions sociales et économiques interagissent et influencent l'état de santé des populations. En 2008, l'OMS formulait la définition des déterminants sociaux de la santé de la manière suivante : « Les déterminants sociaux de la santé sont les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie », ces circonstances étant déterminées par des forces politiques, sociales et économiques.

Si l'état de santé de la population s'est globalement amélioré en France et dans les pays de niveau socio-économique équivalent, des disparités sociales significatives demeurent en matière de santé en France, appelées « gradient social » des inégalités de santé. De nombreux travaux leur ont été consacrés depuis plus de 10 ans¹. En 2009, le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) soulignait que si l'on observe des inégalités sociales de santé (morbidité, mortalité, santé perçue, santé fonctionnelle) dans tous les pays à des degrés divers, les inégalités de mortalité demeurent dans notre pays plus importantes que dans d'autres pays européens et se sont aggravées au cours des dernières décennies. Par ailleurs, le gradient social reste marqué pour les espérances de vie².

Le 8 mars 2011, le Parlement européen a adopté une résolution³ en faveur de la réduction des inégalités de santé dans l'Union européenne. Cette résolution rappelle aux États membres que la lutte contre les inégalités de santé est une priorité qui doit être mise en œuvre dans les principes du « Health in all Policies » (une inclusion de la santé dans toutes les politiques) et que la lutte contre les inégalités socio-économiques a également un impact fort sur les inégalités de santé. Le Conseil régional Europe de l'OMS a inscrit en 2012 la réduction des inégalités de santé comme premier objectif stratégique⁴. En France, la réduction des inégalités sociales de santé est un axe fort de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016.

De nombreuses recherches se sont attachées à identifier les facteurs de ces inégalités de santé. Parmi ceux qui ont été avancés, on trouve : les conditions de vie, et notamment de travail, les modes de vie et comportements à risque, l'effet de la structure sociale (position relative, domination hiérarchique...) – ces facteurs ayant un rôle cumulatif au cours de la vie –, le rôle du système de santé et de soins, certains facteurs nationaux dont les politiques sanitaires et sociales. La causalité inverse existe également, selon laquelle l'état de santé explique en partie les différences de revenus. Aucune de ces hypothèses ne suffit à elle seule à expliquer le phénomène, qui résulte à l'évidence de causalités combinées.

Il paraît donc très important de décrire les inégalités sociales de santé et d'en observer les évolutions à l'aide d'indicateurs. Définir des indicateurs de mesure de celles-ci suppose, d'une part, d'identifier les champs de la santé pertinents dans lesquels on souhaite observer des écarts et leur évolution et,

1. Leclerc A., Fassin D., Granjean H., Kaminski M., Lang T., 2000, *Les inégalités sociales de santé*, Paris, La Découverte/Inserm.

Haut Comité de la santé publique (HCSP), 2002, *La santé en France 2002, Rapports*, Paris, La Documentation française.

Haut Conseil de la santé publique (HCSP), 2009, *Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité*, Paris, La Documentation française/HCSP, coll. « Avis et rapports ».

Haut Conseil de la santé publique (HCSP), 2013, *Indicateurs de suivi des inégalités de santé*, Paris, La Documentation française/HCSP, coll. « Documents ».

2. Blanpain N., 2016, « Les hommes cadres vivent toujours 6 ans de plus que les hommes ouvriers », *Insee Première*, INSEE, n° 1584, février.

3. www.europarl.europa.eu/oeil/FindByProcnum.do?lang=en&procnum=INI/2010/2089

4. www.euro.who.int/fr/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/publications/2013/health-2020-a-european-policy-framework-and-strategy-for-the-21st-century

5. Institut national de santé publique du Québec, 2013, *Suivre les inégalités sociales de santé au Québec. Une stratégie et des indicateurs pour la surveillance des inégalités sociales de santé du Québec*, Rapport de recherche.

d'autre part, d'identifier les critères sociaux appropriés pour mettre en évidence ces écarts⁵. En sus de ces critères de pertinence, la disponibilité et la reproductibilité dans le temps des indicateurs sont des éléments déterminants de leur choix.

Les différentes catégories socioprofessionnelles étant inégalement réparties sur le territoire, les disparités sociales de santé s'accompagnent de disparités territoriales. Ces situations sont le plus souvent accentuées par le contexte économique, la disponibilité et l'accessibilité locale de services, notamment sanitaires et médico-sociaux.

Ce chapitre du rapport sur l'état de santé de la population présente donc, dans une première partie, un certain nombre d'indicateurs considérés comme déterminants de la santé qu'il s'agisse :

- d'indicateurs de position sociale considérée comme déterminant structurel de la santé, utilisés dans la mesure des inégalités sociales de santé ;
- d'indicateurs d'accès aux soins.

Dans une deuxième partie, afin de mesurer les disparités sociales en France à un niveau géographique fin, une typologie⁶ a été réalisée à partir d'indicateurs sociaux déclinés à l'échelle communale. La typologie obtenue met en relief les situations contrastées qui se retrouvent entre les zones urbaines, périurbaines et rurales, mais aussi les disparités qui existent entre régions et, au sein de celles-ci, pour une même unité urbaine.

Par ailleurs, dans les autres chapitres du rapport, la mesure des inégalités sociales et territoriales de santé a été présentée pour tous les indicateurs pour lesquels cela s'est avéré possible.

Dans le chapitre sur l'état de santé global de la population, deux variables de stratification ont été retenues pour mesurer le gradient social en matière de morbidité déclarée et d'espérance de vie :

- la répartition de la population en six catégories selon la classification en profession et catégorie sociale (PCS) qui est la plus utilisée en France ;
- la répartition de la population selon le niveau d'études, soit en trois catégories (utilisée par Eurostat : primaire et premier niveau secondaire, niveau secondaire supérieur, enseignement supérieur) pour permettre d'établir des comparaisons européennes, soit selon un découpage plus fin à une échelle nationale ou infranationale.

L'interprétation et le suivi de ces indicateurs doivent toutefois prendre en compte certaines limites. Le premier niveau de la PCS reste relativement agrégé. Par exemple, il regroupe les ouvriers non qualifiés et les autres dans une même catégorie « ouvriers ». La PCS est également moins pertinente pour l'étude des inégalités de santé chez les femmes qui n'exerçaient souvent pas d'activité professionnelle ou une activité non reconnue dans les générations anciennes : le niveau d'instruction ou niveau de diplôme serait dans ce cas plus approprié. Le contenu de ces catégories peut en outre varier au fur et à mesure que l'organisation sociale se modifie, ce qui peut rendre difficile l'interprétation d'une évolution des écarts de santé observés entre des groupes dont la nature est elle-même changeante. Ainsi, l'utilisation du critère du niveau d'études pour analyser des évolutions est délicate eu égard à l'élévation du niveau moyen d'études au cours du temps. De même, un groupe social dont l'effectif se réduit, comme celui des sans diplôme ou des ouvriers non qualifiés, peut ainsi permettre d'identifier un groupe de population de plus en plus particulier au niveau social et connaître, de ce fait, une évolution défavorable des indicateurs de santé. La manière de classer les chômeurs mais aussi les autres inactifs et les retraités dans la taxinomie PCS pose également problème car ces statuts d'activité peuvent être associés à des risques spécifiques en matière de santé. Or, ils évoluent au gré de la situation du marché du travail et n'ont pas la même résonance selon le statut antérieur, l'âge ou les autres caractéristiques démographiques et sociales des personnes concernées.

Dans les fiches thématiques, la mesure des inégalités de santé est déclinée de deux manières, selon la disponibilité des informations :

- par une variable de stratification sociale (niveau d'étude, PCS, revenus du ménage) lorsqu'au moins l'une d'entre elles est disponible dans les systèmes d'information utilisés pour l'indicateur de santé concerné ;

6. Typologie réalisée par la Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (FNORS) : la méthode utilisée est expliquée dans cette partie.

- par un indice de désavantage social (cf. encadré) caractérisant la commune de résidence, lorsqu'aucune variable sociale individuelle n'est disponible : c'est le cas de nombreux indicateurs issus des bases médico-administratives, pour lesquels l'information « sociale » individuelle est inexistante ou très limitée.

Les indices de désavantage social (ou « deprivation index » dans la littérature anglophone) sont censés rendre compte d'« un état de désavantage observable et démontrable relatif à la communauté locale ou plus largement à la société à laquelle appartient une personne, une famille ou un groupe » (Townsend, 1987). Ils constituent une mesure écologique (ou contextuelle), caractérisant le milieu socio-économique dans lequel vivent les individus d'une aire géographique donnée, à un moment donné, et que l'on attribue à l'ensemble des individus de cette aire. Ils sont construits par agrégation, à une échelle géographique donnée, d'informations disponibles généralement à partir du recensement (taux de chômeurs, pourcentage d'ouvriers au sein de la population active...). L'indice caractérise les individus d'un territoire pris collectivement et non la situation individuelle. En France, plusieurs indices ont été développés (Havard, 2008 ; Pernet, 2012 ; Rey, 2013). Ils peuvent être utilisés de deux façons (Haut Conseil de la santé publique, 2013), soit pour caractériser un territoire (ou identifier les populations vivant dans les territoires les plus défavorisés), soit comme proxy de données socio-économiques individuelles, lorsque celles-ci ne sont pas disponibles, comme dans les bases de remboursements de l'assurance maladie. Dans ce cas, on introduit toutefois un biais écologique, les individus vivant sur un même territoire n'ayant pas tous une position socio-économique identique. Ces indices, conçus pour documenter les inégalités sociales de santé, ne sont pas explicatifs, et ils n'intègrent pas l'ensemble des dimensions territoriales et sociales en jeu, par exemple, ils ne fournissent pas d'information sur l'enclavement des territoires ou sur l'accessibilité de l'offre de soins et de prévention.

Dans ce rapport, c'est le French Deprivation index (FDep) (Rey, 2009) qui a été utilisé, notamment parce qu'il est disponible dans les données de remboursement du Système national d'information interrégimes de l'assurance maladie (SNIRAM). Il est défini, à l'échelle communale, comme la première composante principale d'une analyse factorielle de quatre variables issues du recensement de la population et des déclarations fiscales datant de 2009 (FDep09) :

- le revenu fiscal médian par unité de consommation ;
- la part des diplômés de niveau baccalauréat (au minimum) dans la population de 15 ans ou plus non scolarisée ;
- la part des ouvriers dans la population active de 15 à 64 ans ;
- la part des chômeurs dans la population active de 15 à 64 ans.

Il n'est en revanche pas disponible dans les communes des DROM.

Références bibliographiques :

- ▶ **Haut Conseil de la santé publique**, 2013, *Indicateurs de suivi de l'évolution des inégalités sociales de santé dans les systèmes d'information en santé*, Paris, HCSP, coll. « Documents ».
- ▶ **Havard S., Deguen S., Bodin J., Louis K., Laurent O., Bard D.**, 2008, « A Small-area Index of Socioeconomic Deprivation to Capture Health Inequalities in France », *Social Science & Medicine*.
- ▶ **Pernet C., Delpierre C., Dejardin O., Grosclaude P., Launay L., Guittet L. et al.**, 2012, « Construction of an Adaptable European Transnational Ecological Deprivation Index : the French Version », *Journal of Epidemiology and Community Health*, 66 (11), p. 982-989.

Indicateurs sociaux

Différents indicateurs permettent de décrire la position socio-économique des individus. Celle-ci est considérée comme déterminant structurel de santé et utilisée comme mesure des inégalités de santé. Les sources statistiques dont sont issus ces indicateurs sont différentes, expliquant certains décalages temporels concernant la disponibilité (par exemple l'enquête Emploi n'inclut Mayotte que depuis 2014) et la fraîcheur des données.

► Niveau d'instruction : 71 % des femmes et 63 % des hommes de 25 à 34 ans ont obtenu le baccalauréat

La part des diplômés au sein de chaque tranche d'âge augmente de façon très sensible au fil des générations, mais elle tend à se stabiliser pour les plus jeunes. En 2015, en France entière hors Mayotte, un tiers des jeunes de 15 à 29 ans est en cours d'études initiales.

Ce constat se vérifie à la fois pour les hommes et pour les femmes. Ainsi, un peu plus d'un tiers des femmes âgées de 55 à 64 ans déclarent avoir obtenu le baccalauréat ou un diplôme supérieur ; cette proportion atteint 71 % chez les femmes âgées de 25 à 34 ans (tableau 1). De la même façon, un tiers des hommes de 55 à 64 ans ont obtenu le baccalauréat ou un diplôme supérieur, contre 63 % des hommes âgés de 25 à 34 ans. Si dans le passé la proportion des hommes ayant obtenu le baccalauréat était plus forte que celle des femmes, cette tendance s'est maintenant inversée pour toutes les tranches d'âge avant 65 ans.

TABLEAU 1
Diplôme le plus élevé obtenu selon l'âge et le sexe, en 2015 (en %)

	25-34 ans		35-44 ans		45-54 ans		55-64 ans	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
Aucun diplôme ou CEP	8,5	10,6	11,3	13,3	19,1	18,7	30,2	24,7
BEPC seul	3,7	4,5	3,6	3,9	7,1	5,0	8,8	6,7
CAP, BEP ou équivalent	16,6	21,9	17,6	24,8	28,4	36,7	24,9	35,0
Baccalauréat ou brevet professionnel	22,3	22,6	20,3	20,7	16,5	13,0	13,8	11,6
Baccalauréat + 2 ans	17,8	14,3	21,8	15,5	14,7	11,5	11,2	8,1
Diplôme supérieur	30,9	26,1	25,4	21,8	14,2	15,1	11,0	13,9
Ensemble	100,0	100						
Part de bacheliers ou plus	71,1	63,0	67,5	58,0	45,4	39,6	36,0	33,6

Note • Résultats en moyenne annuelle.

Champ • France entière (hors Mayotte).

Sources • Enquêtes Emploi (INSEE).

TABLEAU 2
Taux d'activité des femmes et des hommes selon l'âge, en 2015 (en %)

	Femmes	Hommes	Ensemble
Ensemble	51,6	60,9	56,1
dont 15-64 ans	67,6	74,7	71,3
15-29 ans	49,5	57,2	53,3
<i>dont 15-19 ans</i>	<i>10,8</i>	<i>16,0</i>	<i>13,4</i>
30-39 ans	82,1	94,0	87,9
40-49 ans	85,6	92,9	89,2
50-59 ans	76,1	84,4	80,2
60 ans et plus	8,5	11,0	9,6
<i>dont 65 ans ou plus</i>	<i>1,9</i>	<i>3,6</i>	<i>2,7</i>

Champ • France entière (hors Mayotte).

Sources • Enquêtes Emploi (INSEE).

► Population active : 71 % des 15-64 ans

Le taux d'activité se définit comme le rapport entre le nombre d'actifs (actifs occupés et chômeurs⁷) et la population totale correspondante.

En 2015, en France entière hors Mayotte, le taux d'activité global de la population est de 56,1 %, assez stable depuis 10 ans mais variable selon la classe d'âges considérée.

Il est de 71,3 % pour la population âgée de 15 à 64 ans et augmente en 2015 pour la quatrième année consécutive (avec une hausse de + 0,1 point par rapport à 2014, hausse la plus faible depuis 4 ans). Le taux d'activité diminue à partir de 50 ans (tableau 2) mais il augmente dans cette tranche d'âge depuis 2008⁸. Il est également faible pour les jeunes de moins de 24 ans, sachant qu'une proportion importante de cette tranche d'âge est encore en cours d'études initiales (87 % des 15-19 ans et 38 % des 20-24 ans). Par ailleurs, le taux d'activité des hommes est supérieur à celui des femmes, quelle que soit la classe d'âges considérée.

La situation professionnelle de la population active à un moment donné comprend deux dimensions :

- le statut vis-à-vis de l'emploi qui comprend les personnes en emploi ou « actifs occupés » et les chômeurs ;
- la profession pour les actifs ayant un emploi.

► Un taux de chômage de 10 % au 3^e trimestre 2016

Le taux d'emploi des 15-64 ans s'établit au 3^e trimestre 2016 en France métropolitaine à 64,6 %. Sur un an il s'accroît de 0,2 point. Le taux d'emploi des hommes est plus élevé que celui des femmes (+ 6,4 points) mais la différence s'amenuise.

Le taux de chômage au sens du bureau international du travail (BIT)⁹ s'établit en France entière hors Mayotte à 10,0 % au troisième trimestre 2016¹⁰, et en France métropolitaine à 9,7 % soit 2,8 millions de personnes au chômage. Il est au même niveau chez les hommes et chez les femmes (9,7 %) mais la proportion de femmes en sous-emploi¹¹ est plus importante que celle des hommes. Le taux de chômage est plus particulièrement élevé chez les jeunes actifs de 15 à 24 ans et, selon les groupes d'âge, les taux sont très différents : de 25,1 % chez les 15-24 ans à 7,0 % chez les 50 ans et plus. Il y a 1,2 million de chômeurs de longue durée et le taux de chômage de longue durée¹² s'établit à 4,3 % de la population active.

Le taux de chômage dépend fortement de la catégorie socioprofessionnelle et du niveau de diplôme. En 2015, en France métropolitaine, il est de 14,6 % chez les ouvriers alors qu'il n'est que de 4,0 % chez les cadres. Il atteint 16,8 % chez les personnes sans diplôme ou de niveau d'études primaires contre 6,2 % chez les personnes avec un niveau supérieur à bac + 2.

Des variations importantes des taux de chômage sont également observées selon les régions en 2015 (carte 1). Les DROM présentent les taux de chômage les plus élevés, entre 18,9 % en

7. Actifs occupés et chômeurs au sens du BIT (Bureau international du travail) pour les données présentées.

8. « France, portrait social, fiches thématiques : emploi, salaires », INSEE références, INSEE, 2016.

9. Un chômeur au sens du Bureau international du travail (BIT) est une personne en âge de travailler (c'est-à-dire ayant 15 ans ou plus) qui n'a pas travaillé, ne serait-ce qu'une heure, au cours de la semaine de référence, est disponible pour travailler dans les deux semaines et a entrepris des démarches actives de recherche d'emploi dans le mois précédent (ou a trouvé un emploi qui commence dans les trois mois).

10. « Le taux de chômage augmente de 0,1 point au troisième trimestre 2016 », Informations rapides, INSEE conjoncture, n° 300, novembre 2016.

11. Le sous-emploi comprend les personnes actives occupées au sens du BIT qui remplissent l'une des conditions suivantes : elles travaillent à temps partiel, souhaitent travailler davantage et sont disponibles pour le faire, qu'elles recherchent activement un emploi ou non ; elles travaillent à temps partiel (et sont dans une situation autre que celle décrite ci-dessus) ou à temps complet, mais ont travaillé moins que d'habitude pendant une semaine de référence en raison de chômage partiel (chômage technique) ou mauvais temps.

12. Un chômeur de longue durée est un actif au chômage depuis plus d'un an.

TABLEAU 3
Répartition des actifs occupés selon la catégorie socioprofessionnelle, en 2015 (en %)

Catégorie socioprofessionnelle	15 à 29 ans	30 à 49 ans	50 ans et plus	Ensemble
Agriculteurs exploitants	0,6	1,4	3,4	1,8
Artisans, commerçants et chefs d'entreprises	2,3	6,5	8,9	6,4
Cadres et professions intellectuelles supérieures	11,4	19,1	18,8	17,6
Professions intermédiaires	26,7	27,1	21,8	25,4
Employés	33,3	26,4	28,3	28,3
Ouvriers	25,6	19,5	18,9	20,5
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0

Champ • France entière, population des ménages, actifs de 15 ans ou plus ayant un emploi et vivant en ménage ordinaire.

Sources • Enquêtes Emploi (INSEE).

Martinique et 24,6 % à La Réunion. Pour la France métropolitaine, les taux les plus importants sont observés dans les Hauts-de-France (12,6 %) et en Occitanie (12,1 %).

► **Population active en emploi : 21 % d'ouvriers et 18 % de cadres en 2015**

La répartition des actifs ayant un emploi selon la tranche d'âge et la profession, en 2015 en France (tableau 3), met en lumière une augmentation de la part des agriculteurs exploitants et des artisans, commerçants et chefs d'entreprise avec l'âge. À l'inverse, la part des ouvriers et des employés parmi les actifs diminue avec l'âge. Depuis 10 ans, la proportion de certaines catégories socioprofessionnelles est en diminution : les ouvriers (- 3,1 %), les employés (- 1,1 %) et les agriculteurs (- 0,6 %).

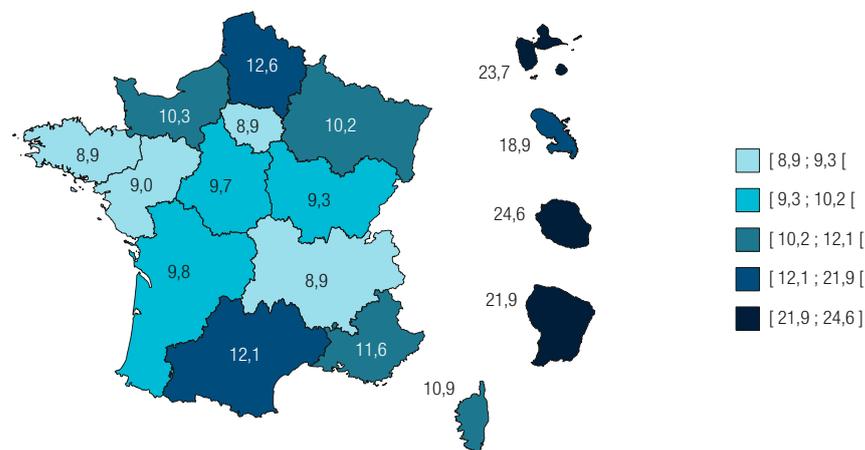
13. Sources : INSEE, DGFIP, CNAF, CNAV, CCMSA, enquêtes « Revenus fiscaux et sociaux 2012 et 2013 ».

14. Argouarc'h J., Boiron A., 2016, « Les niveaux de vie en 2014 », *INSEE Première*, n° 1614, septembre.

► **Taux de pauvreté : 14 % de la population en 2014¹³**

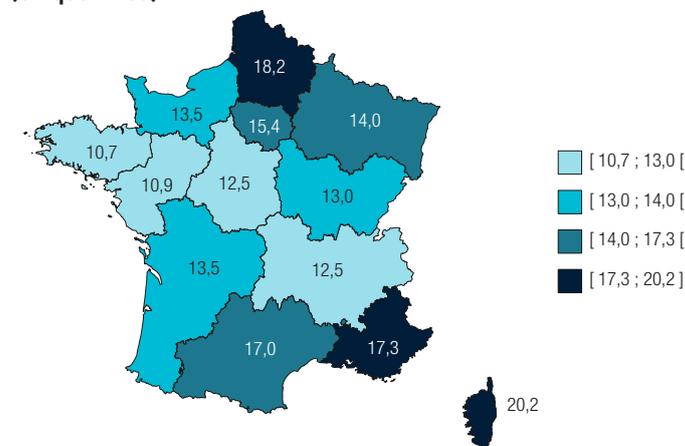
En 2014, en France métropolitaine, le niveau de vie médian de la population (personnes vivant dans un ménage) s'élève à 20 150 euros annuels et n'évolue pas depuis le début de la crise en 2008¹⁴.

CARTE 1
Taux de chômage localisés en 2015 (moyenne annuelle, en quintiles)



Note • Chaque quintile comprend un quart des régions préalablement rangées dans l'ordre décroissant de l'indicateur présenté.
Champ • France entière (hors Mayotte), individus de 15 ans ou plus.
Sources • Enquêtes Emploi (INSEE).

CARTE 2
Taux de pauvreté selon l'âge du référent fiscal en 2013 : comparaisons régionales (en quartiles)



Note • Chaque quartile comprend un quart des régions préalablement rangées dans l'ordre décroissant de l'indicateur présenté.
Champ • France métropolitaine.
Source • Fichier localisé social et fiscal (CCMSA ; CNAF ; CNAV ; DGFIP ; INSEE).

Les familles monoparentales ont le niveau de vie le plus faible avec 14 660 euros annuels. Les 10 % de personnes les plus modestes ont un niveau de vie inférieur à 10 770 euros/an. Les 10 % les plus aisées ont un niveau de vie au moins 3,5 fois supérieur, au-delà de 37 260 euros/an.

Le seuil de pauvreté, à 60 % du niveau de vie médian de la population (seuil retenu le plus souvent au niveau européen), s'établit à 1 008 euros mensuels. La pauvreté, mesurée par référence à ce seuil, concerne 8,8 millions de personnes soit 14,1 % de la population. En 2014, 65,8 % des ménages bénéficiaires du RSA socle vivent au-dessous du seuil de pauvreté contre 41,7 % des ménages qui perçoivent le minimum vieillesse.

Le taux de pauvreté au seuil de 50 %, qui cible une population plus pauvre que le taux au seuil de 60 %, concerne 8,1 % de la population métropolitaine en 2014 contre 8,5 % en 2012.

La composition de la population la moins favorisée se modifie peu : la pauvreté, au seuil de 60 % du niveau de vie médian, concerne 36,6 % des chômeurs et 31,1 % des inactifs, dont les étudiants. Hormis chez les 50-74 ans, la proportion de femmes en dessous du seuil de pauvreté est plus élevée que celle des hommes. Les familles monoparentales sont les plus pauvres avec un taux de 37,9 %.

D'importantes disparités régionales sont également observées : en France métropolitaine, en 2013, la Corse, les Hauts-de-France, la région PACA et l'Occitanie présentent les taux de pauvreté les plus élevés (carte 2) ; en Corse, le taux de pauvreté est particulièrement élevé chez les personnes de 50 ans et plus, alors que dans la région Hauts-de-France, elle concerne plus particulièrement les personnes de moins de 30 ans. Cependant, ces disparités sont fondées sur les revenus disponibles et ne prennent pas en compte les différences du coût de la vie selon les zones géographiques.

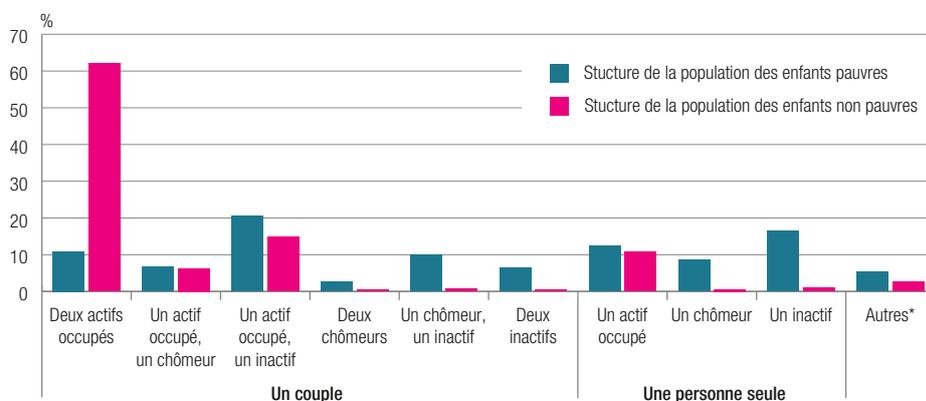
► Un enfant de moins de 18 ans sur cinq vit en dessous du seuil de pauvreté

En 2014, 19,8 % des enfants de moins de 18 ans vivent en dessous du seuil de pauvreté de 60 % soit 2,8 millions d'entre eux. Les moins de 18 ans ont été particulièrement affectés par la hausse de la pauvreté consécutive à la crise de 2008 (+ 2,0 points entre 2008 et 2012¹⁵).

Si ces enfants appartiennent pour moitié à des ménages comportant une personne active, le risque de pauvreté des enfants dépend surtout de la situation de leurs parents vis-à-vis du marché du travail (graphique 1). En 2013, ce sont dans les ménages inactifs ou touchés par le chômage que la pauvreté des enfants est la plus fréquente : le taux de pauvreté est de 24,5 % lorsqu'un seul des

15. Argouarc'h J., Boiron A., 2016, « Les niveaux de vie en 2014 », *Insee Première*, n° 1614, septembre.

GRAPHIQUE 1
Répartition des enfants pauvres et des enfants non pauvres selon l'activité des parents, en 2014 (en %)



* Enfants ne vivant pas dans un ménage de type parent(s) et enfant(s).

Lecture • 10,9 % des enfants pauvres vivent dans un couple avec deux actifs occupés *versus* 62,0 % des enfants non pauvres.

Note • Pauvreté au seuil de 60 % des personnes de moins de 18 ans.

Champ • France métropolitaine, personnes vivant dans un ménage dont le revenu déclaré est positif ou nul et dont la personne de référence n'est pas étudiante.

Sources • Enquêtes Revenus fiscaux et sociaux 2007 à 2014 (CCMSA ; CNAF ; CNAV ; DGFIP ; INSEE).

16. « Les revenus et le patrimoine des ménages », INSEE Références, 2016.

17. Les différents minima sociaux s'adressent à des populations aux profils différents.

18. Calvo M., 2016, « Minima sociaux : la croissance soutenue du nombre d'allocataires s'atténue en 2014 », *Études et Résultats*, DREES, juin, n° 964.

parents est en emploi et, parmi les familles monoparentales au chômage ou inactives, 78,1 % des enfants sont définis comme pauvres¹⁶.

► Les bénéficiaires de minima sociaux : 4,1 millions de personnes

Neuf minima sociaux existent en France¹⁷ : le revenu de solidarité active (RSA), l'allocation de solidarité spécifique (ASS), l'allocation équivalent retraite de remplacement (AER-R), l'allocation temporaire d'attente (ATA), l'allocation aux adultes handicapés (AAH), l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI), l'allocation veuvage (AV), les allocations du minimum vieillesse (ASV et ASPA), le revenu de solidarité (RSO)¹⁸. Le RSA socle non majoré s'est substitué en 2009 au revenu minimum d'insertion (RMI) et le RSA socle majoré à l'allocation de parent isolé (API).

Au 31 décembre 2014, 4,1 millions d'allocataires perçoivent l'un des neuf minima sociaux existant en France (tableau 4). Les femmes représentent 55 % des effectifs des allocataires. En tenant compte des conjoints et des enfants à charge, 7,4 millions de personnes, soit 11,1 % de la population française, sont couvertes par les minima sociaux.

Dans les DROM (hors Mayotte), plus d'une personne sur trois (35,5 %) est couverte par un minimum social soit 8,5 % du total en France. En un an, leur nombre augmente moins qu'en Métropole (+ 1,8 % contre + 2,7 %), confirmant la progression moins rapide du nombre d'allocataires depuis la crise de 2008 (+ 16,6 % dans les DROM de 2008 à 2014, contre + 26,0 % en Métropole).

Le RSA socle concerne 46 % de l'ensemble des bénéficiaires des minima sociaux (tableau 4). La couverture par le RSA socle est de 24,3 % dans les DROM (hors Mayotte) contre 5,3 % en Métropole.

TABLEAU 4
Évolution du nombre d'allocataires de minima sociaux au 31 décembre 2014

	France		France métropolitaine		DROM	
	Nombre d'allocataires	Répartition (en %)	Nombre d'allocataires	Répartition (en %)	Nombre d'allocataires	Répartition (en %)
Revenu de solidarité active socle, dont :	1 898 600	46,0	1 690 600	44,8	208 000	59,6
<i>RSA socle non majoré (ex-RMI)</i>	1 657 300	40,2	1 484 100	39,3	173 200	49,6
<i>RSA socle majoré (ex-API)</i>	241 300	5,8	206 500	5,5	34 800	10,0
Allocations chômage du régime de solidarité, dont :	536 600	13,0	498 000	13,2	38 600	11,1
<i>allocation de solidarité spécifique (ASS)</i>	471 700	11,4	435 800	11,5	35 900	10,3
<i>allocation temporaire d'attente (ATA)</i>	53 800	1,3	51 200	1,4	2 600	0,8
<i>allocation équivalent retraite de remplacement (AER-R) ou allocation transitoire de solidarité de remplacement(ATS-R)¹</i>	11 100	0,3	11 000	0,3	100	0,0
Allocation aux adultes handicapés (AAH)	1 040 500	25,2	1 006 900	26,7	33 600	9,6
Allocation supplémentaire d'invalidité (ASI)	79 500	1,9	78 800	2,1	700	0,2
Allocation supplémentaire vieillesse (ASV) et allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) ²	554 200	13,4	496 200	13,1	58 000	16,6
Allocation veuvage (AV)	7 500	0,2	7 200	0,2	300	0,1
Revenu de solidarité (RSO)	9 800	0,2	-	-	9 800	2,8
Ensemble	4 126 700	100	3 777 700	100	349 000	100

RMI : revenu minimum d'insertion ; API : allocation parent isolé.

1. L'ATS-R remplace l'AER-R pour les entrées à compter du 1^{er} juillet 2011.

2. L'ASPA est entrée en vigueur le 13 janvier 2007. Elle se substitue, pour les nouveaux bénéficiaires, aux anciennes allocations du minimum vieillesse, notamment à l'ASV.

Champ • France entière.

Sources • Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) ; Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) ; Mutualité sociale agricole (MSA) ; DREES ; Pôle emploi ; Fonds de solidarité vieillesse (FSV) ; Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) ; Caisse des dépôts et consignations.

Le RSA socle majoré représente 13 % des effectifs d'allocataires du RSA socle et concerne presque exclusivement des mères et des futures mères. Une femme allocataire du RSA socle sur cinq perçoit le RSA socle majoré.

Fin 2014, 554 200 personnes reçoivent une allocation du minimum vieillesse, soit 3,4 % de la population de plus de 60 ans et 13,0 % de l'ensemble des allocataires de minima sociaux (tableau 4). Dans les DROM (hors Mayotte), la proportion de la population couverte par le minimum vieillesse est près de quatre fois plus élevée que celle de la Métropole. La part des femmes parmi les bénéficiaires (allocataires et conjoints) s'élève à 61 % et 73 % des allocataires sont des personnes isolées. Depuis 15 ans, la proportion d'allocataires du minimum vieillesse parmi les personnes de plus de 60 ans continue de diminuer mais cette baisse s'atténue depuis 10 ans.

► Surpeuplement des logements : 8,5 % des ménages

Les indices de peuplement caractérisent le degré d'occupation du logement, par comparaison entre le nombre de pièces qu'il comporte et un nombre de pièces considérées comme nécessaires au ménage. Les ménages auxquels manque une pièce par rapport à la norme de peuplement (définie en 1968) sont en situation de surpeuplement modéré et ceux auxquels manquent deux pièces, en situation de surpeuplement accentué.

Selon l'enquête logement 2013 de l'INSEE, 8,5 % des ménages (hors étudiants), soit 2,7 millions de personnes et 218 000 ménages, vivent en surpeuplement dont 0,8 % en surpeuplement accentué¹⁹. Le surpeuplement touche plus particulièrement les ménages en situation de logement précaire (notamment meublés, sous-locations ou hébergements à titre gratuit), soit 23,3 % d'entre eux, les ménages vivant dans l'unité urbaine de Paris (20,6 %) et les ménages dont la personne de référence a moins de 40 ans (16,7 %) (tableau 5).

TABLEAU 5
Ménages en situation de surpeuplement (modéré et accentué), selon le type d'habitat, la taille d'unité urbaine, l'âge et le statut d'occupation de la personne de référence, en 2013 (en %)

Ensemble	8,5
Type d'habitat	
Individuel	3,0
Collectif	16,0
Taille d'unité urbaine	
Rural	2,1
< 5 000 habitants	2,9
De 5 000 à 9 999 hab.	5,5
De 10 000 à 19 999 hab.	6,4
De 20 000 à 49 999 hab.	6,6
De 50 000 à 99 999 hab.	7,3
De 100 000 à 199 999 hab.	9,4
De 200 000 à 299 999 hab.	9,3
Unité urbaine de Paris	20,6
Âge de la personne de référence	
18-39 ans	16,7
40-49 ans	13,5
50-64 ans	5,6
65 ans ou plus	1,6
Statut d'occupation de la personne de référence	
Propriétaires non accédants	1,9
Propriétaires accédants	4,8
Locataires du secteur social	16,7
Locataires du secteur libre	15,0
Autres statuts*	23,3

* Notamment : meublés, sous-locataires, occupants logés gratuitement.

Champ • France métropolitaine, résidences principales, hors ménages dont la personne de référence est étudiante.

Source • Enquête Logement 2013 (INSEE).

Le surpeuplement accentué concerne plus particulièrement les familles monoparentales (4,0 %) et les ménages immigrés (4,5 %). Chez les ménages aux revenus les plus modestes (1^{er} quartile), la proportion de surpeuplement accentué est de 2,7 % alors qu'elle n'est que de 0,2 % chez ceux aux revenus plus importants (4^e quartile).

La part des ménages en surpeuplement a peu évolué depuis 2006 : elle était alors de 9,0 % dont 0,7 % en surpeuplement accentué.

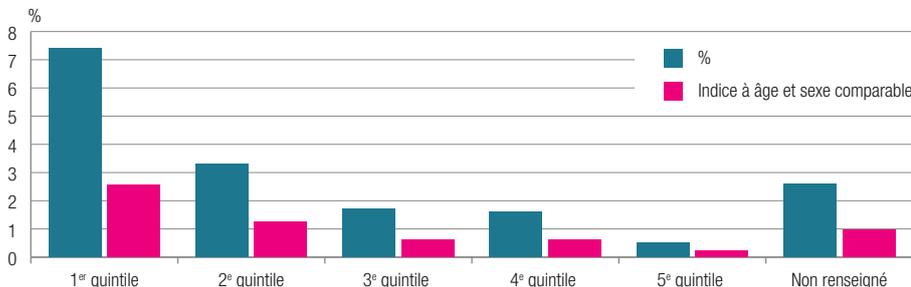
L'Enquête santé et protection sociale (ESPS) 2014 permet également de disposer d'informations sur la qualité du logement. Le questionnaire interroge sur la présence d'humidité ou de moisissures dégradant les murs ou les plafonds du logement en beaucoup d'endroits. Les moisissures ont un effet sanitaire direct, étant potentiellement pathogènes (effets immunoallergiques, infectieux, irritatifs ou toxiques).

En 2014, 2,7 % des ménages enquêtés font part de l'existence de signes d'humidité sur certains murs de leur logement. Il s'agit plus souvent de personnes bénéficiaires de la CMU-C (10,0 %), de chômeurs (6,9 %), de personnes au foyer (5,7 %), de familles monoparentales (6,2 %). La proportion varie également selon le revenu :

¹⁹. Arnault S. *et al*, division logement, 2015, « Les conditions de logement fin 2013. Premiers résultats de l'enquête logement », *Insee Première*, n°1546, avril

GRAPHIQUE 2

Proportion de ménages déclarant vivre dans des logements où la présence d'humidité ou de moisissures dégrade les murs ou les plafonds dans beaucoup d'endroits selon le niveau de revenus en quintiles, en 2014 (en %)



Note • L'indice à structure d'âge et sexe comparable, issu d'une standardisation indirecte, est égal au nombre de cas réellement « observés » dans la sous-population rapporté au nombre de cas attendus.

Champ • France métropolitaine.

Source • EHIS-ESPS 2014 (DREES-IRDES).

7,4 % des ménages du 1^{er} quintile (revenu mensuel inférieur à 952 euros) déclarent habiter un logement avec présence d'humidité ou de moisissure contre 0,5 % des ménages du 5^e quintile (revenu mensuel supérieur à 2 221 euros) (graphique 2).

Indicateurs d'accès aux soins

► Complémentaires santé

Le bénéfice d'une assurance maladie complémentaire, en complétant les remboursements de la Sécurité sociale, permet de limiter les restes à charge et favorise l'accès aux soins. Ainsi, en 2014, les personnes sans complémentaire santé sont celles qui déclarent le plus souvent avoir renoncé à des soins (53 %) ²⁰. C'est pourquoi les pouvoirs publics ont mis en place la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) puis l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) pour permettre aux plus modestes de bénéficier d'une couverture complémentaire.

Mise en place en 2005, l'ACS est une aide financière destinée à l'acquisition d'un contrat d'assurance maladie complémentaire de santé individuel. Elle s'adresse aux personnes dont les revenus se situent entre le plafond de la CMU-C et ce même plafond majoré de 35 % depuis le 1^{er} janvier 2012 (26 % en 2011 et 20 % en 2010). Le 1^{er} juillet 2015, en application des lois de financement de la Sécurité sociale pour 2014 et 2015, l'ACS a été réformée et est désormais réservée aux contrats qui ont été sélectionnés par l'État.

Fin 2015, les dispositifs gérés par le Fonds CMU bénéficient à 6,8 millions de personnes, dont 5,4 millions pour la CMU-C et 1,4 million pour l'ACS.

Cependant, le non-recours à ces dispositifs reste important : la population éligible totale se situerait dans une fourchette allant de 8,3 à 10,6 millions de personnes en 2014 ²¹. En 2014, le taux de recours à la CMU-C était estimé entre 64 % et 77 % et celui de l'ACS (personnes ayant demandé l'attestation-chèque) entre 30 % et 43 % ²².

En 2014, selon les résultats de l'enquête ESPS, 5 % de la population enquêtée déclarent ne pas être couvertes par une complémentaire santé, tandis que près de 2 % l'ignorent. Cette proportion n'a pas évolué depuis 2012.

► Les bénéficiaires de la CMU-C : 5,3 millions en 2015

Le nombre de bénéficiaires de la CMU-C est en augmentation depuis 2010 (tableau 6). Au 31 décembre 2015, 5,3 millions de personnes sont bénéficiaires de la CMU-C en France pour

²⁰ Cf. indicateur sur le renoncement aux soins.

²¹ Fonds CMU, rapport d'activité 2015, données transmises par la DREES.

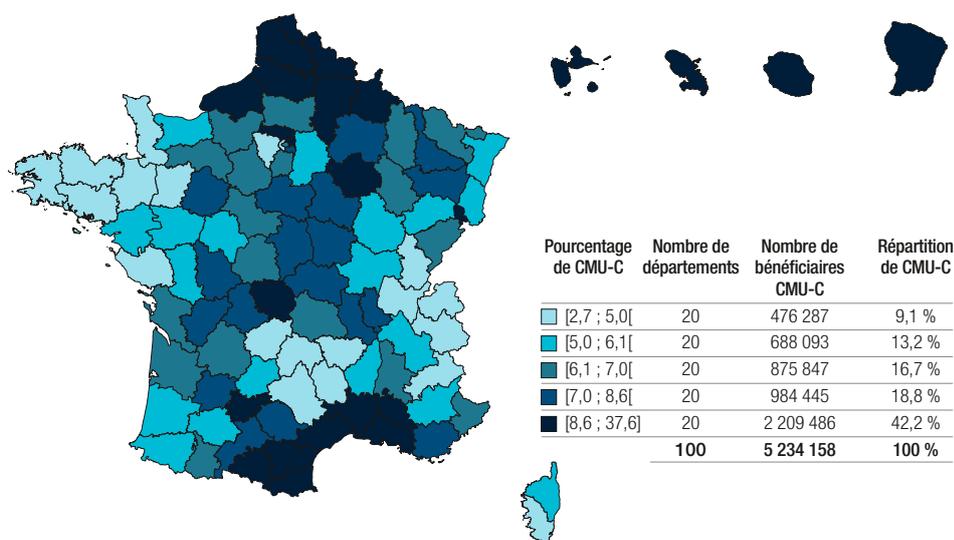
²² Fonds CMU, rapport d'activité 2015, données transmises par la DREES.

TABLEAU 6**Évolution du nombre de bénéficiaires de la CMU-C entre 2008 et 2015 (en millions)**

2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
4,3	4,2	4,3	4,4	4,5	4,7	5,1	5,3

Champ • France entière. Bénéficiaires affiliés au régime général (hors sections locales mutualistes), RSI et MSA.

Sources • Données fournies par la CNAMTS, le RSI et la CCMSA (Fonds CMU).

CARTE 3**Répartition des départements par quintiles selon la proportion de bénéficiaires de la CMU-C, en 2015**

Champ • France entière (hors Mayotte).

Sources • Données fournies par la CNAMTS, le RSI et la CCMSA (Fonds CMU).

les 3 grands régimes d'assurance maladie, soit 7 % de la population en Métropole et 32 % dans les DROM. La progression des effectifs reste soutenue.

Depuis 2000, date de création de la CMU-C, ses bénéficiaires conservent les mêmes caractéristiques globales. Selon les données de l'enquête ESPS 2014, c'est une population jeune, féminine, appartenant plus souvent à des familles monoparentales, au sein desquelles les ouvriers et les employés, particulièrement ceux exposés au chômage, sont surreprésentés.

En 2015, en France métropolitaine, le taux de couverture varie entre 2,7 % dans le département de la Haute-Savoie et 14,5 % en Seine-Saint-Denis (carte 3). Deux zones géographiques se distinguent par une part élevée de bénéficiaires, l'une au nord de la France (Seine-Maritime, Somme, Nord, Pas-de-Calais, Aisne et Ardennes) et l'autre dans un croissant Sud - Sud-Est (du département de l'Ariège au Vaucluse, en passant par les Pyrénées-Orientales, l'Aude, l'Hérault, le Gard, les Bouches-du-Rhône). Dans les DROM, le taux de couverture atteint 32,0 %, entre 25,0 % pour la Martinique et 38,0 % pour La Réunion. La répartition territoriale a subi peu de modifications depuis la mise en œuvre de la CMU-C. Elle est proche de celle observée pour les bénéficiaires du RSA socle.

► **Les bénéficiaires de l'ACS : 1,4 million en 2015**

Le nombre de bénéficiaires tous régimes de l'attestation atteint 1,35 million au 31 décembre 2015, soit moins de 2 % de la population. Ce nombre s'est fortement accru en un an (+ 12,6 %) du fait essentiellement du relèvement exceptionnel du plafond de ressources. La proportion de bénéficiaires

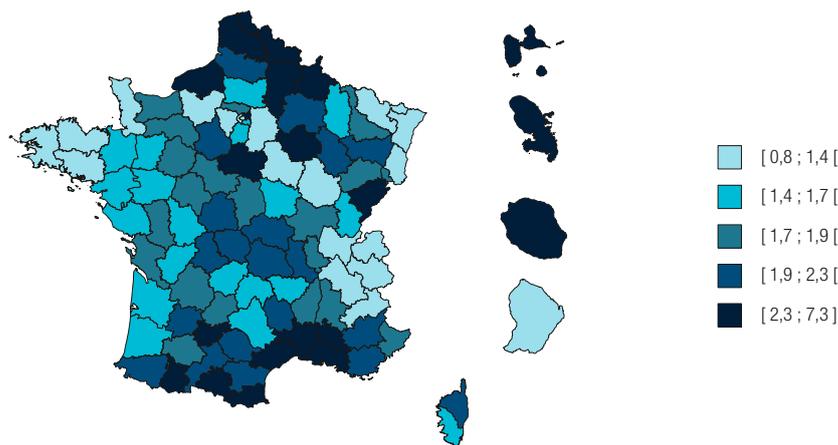
de l'ACS appartenant au régime général de l'assurance maladie sur l'ensemble de la population est de 1,9 % : 1,8 % en Métropole et 4,8 % dans les DROM, hors Mayotte.

En 2015, pour le régime général, la hausse est de 12,8 % : 12,3 % en Métropole et 19,2 % dans les DROM. À fin novembre 2015, 981 000 personnes ont utilisé leur attestation ACS auprès d'un organisme complémentaire (OC). Ce chiffre est en hausse de + 4,0 % en une année. Les départements de Métropole rassemblant les plus forts taux de bénéficiaires sont essentiellement localisés dans le Nord, le Sud et une partie du Centre (carte 4). Les départements de la Bretagne, de la région Rhône-Alpes et de l'Alsace-Moselle, ainsi qu'un axe reliant les départements de l'Eure à la Côte-d'Or présentent les plus faibles taux.

► **Proportion des personnes ayant déclaré avoir dû renoncer à des soins pour raisons financières**

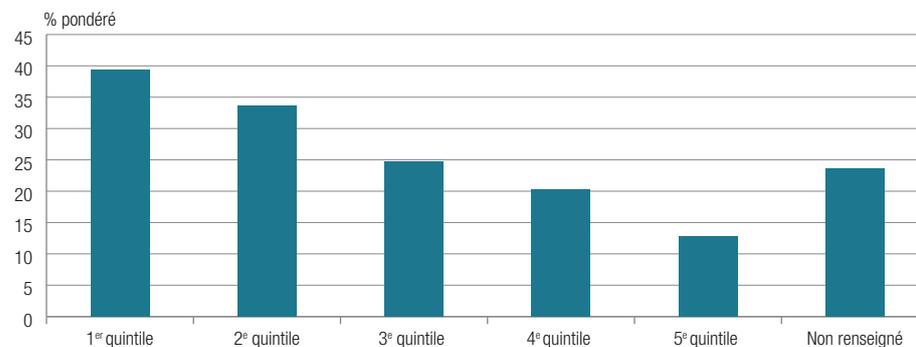
Selon l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES), en 2014, 25 % de la population métropolitaine vivant en ménage ordinaire déclare avoir renoncé à au moins un soin (optique, dentaire, consultation de médecin, autres

CARTE 4
Répartition des départements par quintiles selon la proportion de bénéficiaires de l'ACS, en 2015



Champ • France entière (hors Mayotte), régime général de l'assurance maladie.
Sources • Données fournies par la CNAMTS (fonds CMU).

GRAPHIQUE 3
Taux de renoncement à des soins pour raisons financières au cours des 12 derniers mois selon le niveau de revenus en quintiles, en 2014 (en %)



Champ • France métropolitaine.
Source • EHIS-ESPS 2014 (DREES-IRDES).

soins ou examens) pour des raisons financières au cours des 12 derniers mois. Ce taux est stable par rapport à celui observé en 2012, un peu moins de 26 %²³. Ce sont 29 % des femmes et 21 % des hommes qui déclarent avoir renoncé à des soins en 2014. Le taux de renoncement est minimal au-delà de 65 ans (21 %). Il est de 17 % pour les soins dentaires, 10 % pour les soins d'optique et 5 % pour les soins de médecins.

Le taux de renoncement aux soins varie fortement en fonction du revenu des ménages, en lien avec la couverture complémentaire (graphique 3) : il atteint 39 % (37 % en 2012) pour les individus du premier quintile, contre 13 % (13 % en 2012) pour ceux du dernier. Les ménages d'employés de commerce, d'employés administratifs, d'ouvriers qualifiés et d'ouvriers non qualifiés sont ceux qui déclarent le plus renoncer à des soins en 2014, respectivement 39 % (36 % en 2012), 31 % (30 % en 2012), 30 % (30 % en 2012), 29 % (32 % en 2012). Les chômeurs sont particulièrement concernés avec 40 % (37 % en 2012) de renoncements déclarés.

Les familles monoparentales sont également plus nombreuses à renoncer aux soins que les couples avec enfants et les couples sans enfant en 2014, respectivement 36 % (38 % en 2012), 24 % (25 % en 2012) et 20 % (21 % en 2012).

L'absence d'assurance maladie complémentaire est le facteur principal du renoncement. Les personnes sans complémentaire santé déclarent plus souvent renoncer aux soins : 53 % en 2014 (55 % en 2012) contre 33 % (33 % en 2012) pour les bénéficiaires de la CMU-C et 23 % (24 % en 2012) pour les bénéficiaires d'une complémentaire santé hors CMU-C.

Les bénéficiaires de la CMU-C sont en plus mauvaise santé²⁴ que les autres assurés et leurs dépenses de santé sont donc plus élevées. Les études économétriques²⁵ ont ainsi montré que, en tenant compte des caractéristiques socio-économiques et des écarts d'état de santé, la CMU-C favorise l'accès aux soins dans les mêmes proportions que les autres couvertures complémentaires.

Typologie communale des inégalités sociales

Afin de mesurer les disparités socioterritoriales de la France à un niveau géographique fin, une typologie²⁶ a été réalisée à partir d'indicateurs sociaux déclinés à l'échelle communale. La typologie obtenue met en relief les situations contrastées qui se retrouvent entre les zones urbaines, périurbaines et rurales, mais aussi les disparités qui existent entre régions et, au sein de celles-ci, pour une même unité urbaine. Au regard de la situation de l'ensemble du pays, les régions et départements d'outre-mer présentent des caractéristiques proches, une analyse spécifique permet toutefois de faire ressortir les disparités entre DROM.

► Deux classes quasi exclusivement urbaines

La majorité des grandes et moyennes villes métropolitaines ainsi que leur périphérie proche sont regroupées au sein de deux classes (C et D, carte 5). Ces classes présentent des parts très importantes de cadres et professions intellectuelles supérieures parmi les actifs occupés, de jeunes de 25 à 34 ans sortis du système scolaire avec au moins un bac + 2 et des parts moindres d'ouvriers, de foyers fiscaux non imposés et de ménages propriétaires de leur résidence principale (tableau 7).

Appartenant à la classe C, Paris, Lyon, Nantes, Grenoble, Dijon, Aix-en-Provence, ainsi que leur périphérie proche et les zones aux alentours de Toulouse, Bordeaux, Rennes, Orléans pour les villes les plus peuplées, présentent une situation sociale favorable en comparaison d'une grande majorité des autres communes françaises.

La classe D regroupe, parmi les villes de plus de 200 000 habitants, Toulouse, Nice, Strasbourg, Montpellier, Bordeaux, Lille et Rennes. Cette classe présente une situation sociale plus hétérogène que la classe C, avec à la fois des indicateurs plus défavorables que ceux relevés en France entière et d'autres plus favorables. Ceci rend souvent compte de forts contrastes sociaux au niveau des quartiers²⁷.

23. « La valeur du taux de renoncement aux soins pour raisons financières est très sensible à la formulation de la question : les écarts de taux atteignent 15 points selon la formulation utilisée. Cependant, le classement des types de soins faisant l'objet du plus de renoncement est moins sensible à l'effet de formulation, tandis que les caractéristiques des personnes renonçant à des soins pour raisons financières y est peu sensible », in Legal R., Vicard A., 2015, « Renoncement aux soins pour raisons financières », *Dossiers Solidarité et Santé*, DREES. La formulation des questions est identique dans les enquêtes SPS 2012 et 2014.

24. Allonier C. et al., 2012, « Les bénéficiaires de la CMU-C déclarent plus de pathologies », *Questions d'économie de la santé*, IRDES, n° 173, février.

25. Despres C. et al., 2011, « Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique », *Questions d'économie de la santé*, IRDES, n° 170, novembre ; Jess N., 2015, « Les effets de la couverture maladie universelle complémentaire sur le recours aux soins », *Études et Résultats*, DREES, n° 944, décembre.

26. Voir encadré « Méthode ».

27. Pour mettre en exergue les disparités sociales au sein de ces villes, il faudrait mener le même type d'analyse à un niveau infracommunal, ce qui est très difficile compte tenu des données disponibles.

► Quelques villes dans une situation sociale particulièrement précaire

Certaines grandes villes du nord de la Métropole (Le Havre, Roubaix, Tourcoing), du bassin méditerranéen (Nîmes, Perpignan et les 1^{er}, 2^e, 3^e, 4^e, 14^e, 15^e et 16^e arrondissements de Marseille), ainsi que Mulhouse se distinguent des villes des classes C et D par une situation sociale particulièrement précaire ; elles appartiennent à la classe qui présente les indicateurs sociaux les plus défavorables de France (classe H). Les villes des départements et régions d'outre-mer (Saint-Denis, Saint-Paul, Fort-de-France...) appartiennent également à cette classe ; de manière plus générale, l'ensemble des communes ultramarines sont regroupées au sein de la classe H.

À titre d'exemple, le taux de chômage relevé dans cette classe est plus de deux fois plus élevé que dans les classes A et B, les plus favorisées²⁸ (21,0 % au recensement de la population 2012 contre respectivement 8,8 % et 10,0 % pour les classes A et B ; 13,2 % en France entière) et le taux d'allocataires du RSA y est de l'ordre de quatre fois plus élevé (respectivement 17,8 % contre 4,2 % et 4,8 % ; 8,7 % en France).

28. Voir les deux paragraphes suivants pour avoir plus de précisions sur ces classes.

► Des communes plus favorisées dans la deuxième couronne de certaines villes

Les communes les plus favorisées de France sont situées en périphérie plus éloignée de certaines villes métropolitaines, ainsi que dans certaines zones rurales spécifiques (cf. classe A de la carte 5). Concernant les zones périurbaines, ce constat concerne les villes du Nord-Ouest (Bretagne, Pays de la Loire et les départements du nord du Centre - Val de Loire), du bassin parisien (zone s'étendant au sud de l'Oise, à l'est de l'Eure-et-Loire en se prolongeant sur le sud-est de l'Eure), du Grand Est, de Dijon et Besançon²⁹.

29. Il est à noter que ce phénomène n'est pas relevé pour les villes situées au niveau de la diagonale du vide (exception faite de Bordeaux) et du Sud de la France (hormis Toulouse et Pau). De même, les villes qui présentent une situation sociale particulièrement précaire, à savoir celles du bassin méditerranéen, de Normandie et des Hauts-de-France, ne présentent pas de zones plus favorisées au niveau de leur seconde couronne (hormis Le Havre).

Les communes composant la classe A présentent les taux de chômage, de bénéficiaires des minima sociaux (RSA, RSA majoré, AAH, allocation d'éducation de l'enfant handicapé – AEEH – et ASF) et de fécondité des jeunes femmes de 12 à 19 ans, ainsi que les parts de jeunes de 25 à 34 ans sortis du système scolaire pas ou peu diplômés et les proportions de foyers fiscaux non imposés et de familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans, les plus faibles. De plus, si les parts de cadres et professions intellectuelles supérieures et de jeunes de 25 à 34 ans ayant au moins un bac + 2 y sont moins élevées que dans les villes et leur première couronne (classes C et D), elles demeurent plus importantes que dans une majorité des communes françaises. Dans ces zones, les parts de jeunes (moins de 20 ans) et de personnes en âge de travailler (25-59 ans) y sont particulièrement fortes ; celles des personnes vivant seules y sont moindres (notamment pour les 25-59 ans et les 75 ans et plus) et les taux d'activité y sont très élevés (en général et pour les 55-64 ans)³⁰.

30. Parmi les actifs occupés, il y a davantage de cadres, professions intellectuelles supérieures et intermédiaires et, à l'inverse, toutes les autres PCS y sont moins représentées.

► Une situation assez contrastée pour les villes moyennes et les zones rurales

Concernant les zones à dominante rurale, les communes situées au niveau de la frontière suisse et dans les Alpes appartiennent également à la classe A, correspondant à la situation sociale la plus favorable de France. Les communes situées de part et d'autre de la diagonale du vide³¹ sont dans une situation sociale relativement favorable (classe B)³², tandis que celles situées au niveau de cette diagonale sont dans une situation plus intermédiaire (classe F). La classe F regroupe également certaines communes de Normandie, de la partie ouest des Hauts-de-France, d'une partie de la Cornouaille en Bretagne, et du Sud et du Nord-Ouest de la Corse. Un second groupe de communes (classe E) présente également des caractéristiques plus intermédiaires. Ces communes sont principalement situées dans le Sud-Est ou dans la seconde couronne de certaines villes³³ de taille moyenne. La classe F se démarque de la classe E par une faible densité de population, moins de jeunes et de personnes en âge de travailler et, de fait, plus de personnes âgées. Parmi les actifs occupés, les parts d'agriculteurs exploitants, d'ouvriers et d'artisans, commerçants et chefs d'entreprise y sont plus importantes. La part de foyers fiscaux non imposés y est également plus élevée.

31. Large bande du territoire français allant de la Meuse aux Landes où les densités de population sont très faibles par rapport au reste de la France.

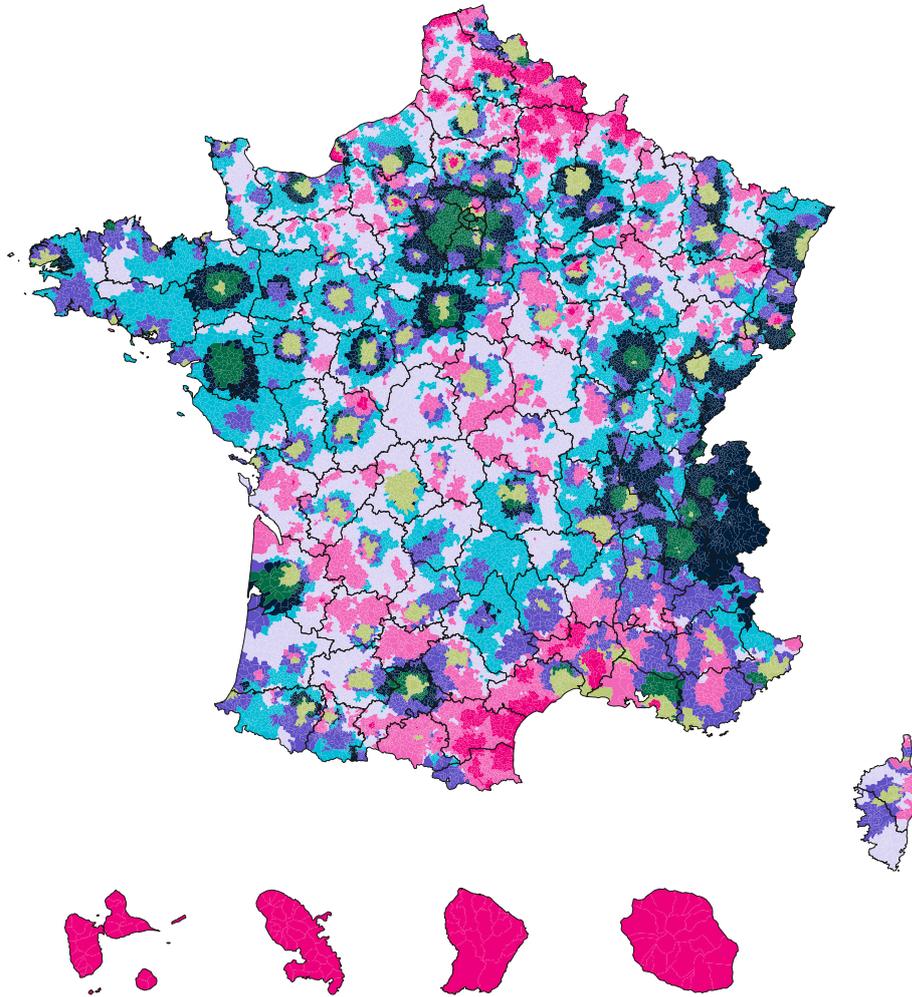
32. Il s'agit de la deuxième classe ayant la situation sociale la plus favorable, après la classe A. Ceci se traduit notamment par des taux de chômage et d'allocataires moindres, de même qu'une faible part des familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans. Le taux d'actifs y est plus important et, parmi les actifs occupés, les agriculteurs exploitants et les ouvriers y sont plus représentés qu'ailleurs. La part de ménages propriétaires de leur résidence principale y est particulièrement élevée.

33. Certaines de ces villes sont également regroupées au sein de cette classe, à l'exemple de Cannes, Ajaccio, Quimper pour celles ayant plus de 60 000 habitants.

Si les villes du Nord de la France et de la partie ouest du bassin méditerranéen apparaissent dans la situation sociale la plus défavorable (classe H), les zones rurales de ces régions se retrouvent regroupées dans la classe G qui détient également des caractéristiques précaires. Les villes de

CARTE 5

Typologie sociale communale



- **Classe A** - Situation sociale la plus favorisée, avec les plus faibles taux de chômage, d'allocataires et de fécondité des femmes de 12-19 ans, et plus de familles d'actifs occupés (dont la PCS est plus souvent favorisée).
- **Classe B** - Situation sociale favorisée, avec moins de personnes vivant de manière isolée (parts plus faibles de personnes de 25-59 ans, de 75 ans et plus et de familles monoparentales) et moins de cadres et PIS*.
- **Classe C** - Situation sociale plutôt favorisée, avec des parts très élevées de cadres et PIS*, de jeunes de 25-34 ans ayant au moins un bac+2 et une part plus faible de foyers fiscaux non imposés.
- **Classe D** - Situation sociale contrastée, avec des parts élevées de cadres et PIS* et de jeunes de 25-34 ans ayant au moins un bac+2 et certains indicateurs sociaux plutôt défavorables.
- **Classe E** - Situation sociale intermédiaire, avec plus de professions intermédiaires parmi les actifs occupés, de jeunes de 25-34 ans ayant au moins un bac+2 et un peu plus de personnes vivant de manière isolée.
- **Classe F** - Situation sociale intermédiaire, avec plus d'agriculteurs exploitants et d'ouvriers parmi les actifs occupés, plus de foyers fiscaux non imposés et moins de jeunes de 25-34 ans ayant au moins un bac+2.
- **Classe G** - Situation sociale défavorable, avec moins d'actifs, plus de chômage, d'allocataires, de foyers fiscaux non imposés et avec une part de jeunes de 25-34 ans ayant au moins un bac+2 particulièrement faible.
- **Classe H** - Situation sociale la plus défavorable, avec notamment les plus forts taux de chômage, d'allocataires, de jeunes de 25-34 ans pas ou peu diplômés et de fécondité des femmes de 12-19 ans.

* professions intellectuelles supérieures, parmi les actifs occupés.

Champ • France entière (hors Mayotte).

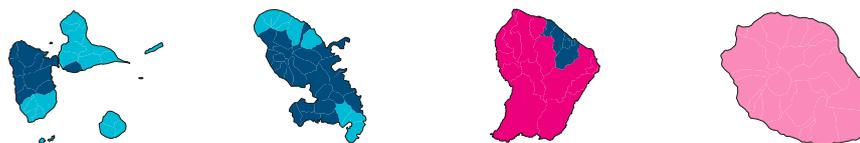
Sources • CCMSA; CNAF; ministère des Finances et des Comptes publics - DGFIP; état civil; RP 2006 à 2012 (INSEE); exploitation FNORS.

taille moyenne situées au niveau de la diagonale du vide, ainsi que quelques zones de Normandie et de Corse et les communes situées en périphérie de Mulhouse appartiennent également à cette classe G. Outre le fait d'avoir des caractéristiques sociales relativement défavorables, ces communes présentent une population plutôt âgée et une proportion importante de personnes vivant seules.

► Les communes ultramarines dans la classe la plus défavorisée, mais avec des différences

Outre les différentes communes métropolitaines mentionnées précédemment, le groupe ayant la situation sociale la plus défavorisée (classe H) regroupe également l'ensemble des communes ultramarines. Une analyse complémentaire a été effectuée sur ces seules communes. Une typologie en quatre nouvelles classes permet ainsi de mettre en évidence les zones qui présentent la situation sociale la moins défavorable (classe a) : la moitié des communes de Guadeloupe, une majorité de celles de Martinique ainsi que Cayenne et sa périphérie en Guyane (carte 6). À l'opposé, les autres communes de Guyane présentent la situation la plus précarisée et la population la plus jeune de France, hors Mayotte (classe d). La Réunion constitue une classe à elle seule (classe c). La situation sociale y est globalement défavorable mais la part de familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans est moindre. Les communes de Guadeloupe et de Martinique qui n'appartiennent pas à la classe a, présentent des caractéristiques plus intermédiaires (classe b) et une situation moins précaire qu'à La Réunion et que dans les zones rurales de Guyane. ■

CARTE 6 Typologie sociale communale complémentaire des DROM



- **Classe a** - Situation sociale la plus favorable des communes ultramarines.
- **Classe b** - Part plus faible de cadres et professions intellectuelles supérieures et taux d'allocataires de l'AAH et part de familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans plus élevés.
- **Classe c** - Situation sociale moins favorable, avec des taux élevés d'allocataires percevant une allocation logement et le RSA et moins de familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans.
- **Classe d** - Situation sociale la plus défavorable des communes ultramarines, avec une population très jeune et des taux de fécondité des jeunes femmes de 12-19 ans particulièrement élevés.

Champ • DROM (hors Mayotte).

Sources • CCMSA ; CNAF ; DGFIP ; état civil, RP 2006 à 2012 (INSEE) ; exploitation FNORS.

►► **Organismes responsables de la production de ce chapitre** : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques et Fédération nationale des observatoires régionaux de santé

TABLEAU 7

Valeurs des indicateurs utilisés¹ pour déterminer la typologie sociale des communes françaises selon les classes et pour la France

	Classes de la typologie sociale des communes de France								
	France entière ²	A	B	C	D	E	F	G	H
Taux de fécondité des 12-19 ans ³ (‰)	6,8	3,6	4,7	4,1	6,1	5,2	6,4	7,9	14,5
Part de familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans ⁴ (%)	23,4	16,0	15,6	23,6	25,9	20,5	18,1	22,6	30,6
Part d'enfants de moins de 25 ans dont le référent est inactif ⁴ (%)	12,7	5,5	6,9	9,1	13,8	9,5	9,9	14,2	25,1
Part de cadres et professions intellectuelles supérieures parmi les actifs occupés ⁴ (%)	17,0	13,7	8,9	27,7	19,2	12,9	7,9	10,4	12,0
Part de jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire avec un bac + 2 ou plus ⁴ (%)	42,8	41,1	34,3	55,7	46,3	38,5	30,4	32,7	32,3
Taux de chômage des 15-24 ans ⁴ (%)	28,4	21,8	23,9	23,9	28,4	26,5	28,0	32,1	41,4
Part des foyers fiscaux non imposés sur les revenus ⁵ (%)	48,0	43,1	51,0	38,8	46,1	47,1	54,6	52,8	58,8
Part d'allocataires dont les ressources dépendent de 50 à 100 % des prestations sociales ⁶ (%)	33,1	18,6	20,9	30,7	35,7	27,0	26,5	33,1	46,2
Taux d'allocataires du RSA ⁶ (%)	8,7	4,2	4,8	7,0	9,5	6,5	6,3	9,3	17,8
Taux d'allocataires de 25-59 ans de l'AAH ⁶ (%)	2,7	1,7	2,4	1,9	2,9	2,6	3,1	3,3	3,5
Taux d'allocataires d'une aide au logement ⁶ (%)	23,1	13,5	15,9	21,1	28,2	19,1	18,0	23,0	30,5

AAH : allocations aux adultes handicapés.

RP : recensement de la population.

1. Variables actives considérées dans l'ACP ; cf. encadré méthodologique.

2. Hors Mayotte.

3. 2007-2014.

4. RP 2012.

5. 2012.

6. 31 décembre 2014.

Champ • France entière (hors Mayotte).**Sources** • CCMSA ; CNAF ; DGFIP ; état civil, RP 2006 à 2012 (INSEE) ; exploitation FNORS.

INDICATEURS • Méthode de lissage

Pour garantir une stabilité statistique suffisante tout en réduisant le « bruit » lié aux petits effectifs (faible population) et en tenant compte de l'environnement proche, un lissage géographique a été effectué.

Pour en savoir plus sur la méthode utilisée cf. page 423.

► **Champ** : France entière (hors Mayotte). ► **Sources** : CCMSA ; CNAF ; ministère de l'Économie et des Finances – DGFIP ; état civil ; RP 2006 à 2012 (INSEE). ► **Méthode** : Les deux typologies sociales, réalisées respectivement sur les communes de la France entière et sur les seules communes des DROM, reposent sur onze indicateurs traitant de thématiques variées du domaine social (tableau 7). Ces indicateurs ont été choisis de manière à éviter une redondance de l'information, tout en couvrant le maximum de champs : enfance et famille, emploi, fragilité professionnelle et revenus, éducation et scolarité, prestations de nature sociale, personnes handicapées, logement. Ils ont été sélectionnés parmi près de 70 indicateurs via des analyses en composantes principales (ACP). L'ACP permet de décrire l'ensemble des observations à partir de plusieurs variables quantitatives en construisant de nouvelles variables (axes factoriels) ; ces nouvelles variables synthétisent alors les variables initiales (ici les onze indicateurs sociaux). Restituant environ 85 % de l'information pour chacune des deux typologies, ce sont les trois premiers axes factoriels qui ont été retenus dans une classification ascendante hiérarchique (CAH). Celle-ci a ainsi permis de regrouper les communes en un nombre restreint de classes homogènes. Les classes obtenues ont alors été décrites avec l'ensemble de ces indicateurs, ce qui explique que certains non présentés dans le tableau 7 ont pu être commentés dans la description des classes. Des indicateurs de nature démographique ont également été introduits pour expliciter la description des classes. En outre, chaque classe est décrite en regard de la situation relevée dans les autres classes. Ainsi, une classe peut présenter des valeurs plus faibles ou plus fortes pour un indicateur, ceci faisant référence à la comparaison avec les valeurs relevées dans les communes composant les autres classes.