



**HAL**  
open science

## Les inégalités sociales de santé : l'exemple de La Réunion

Christine Catteau

► **To cite this version:**

Christine Catteau. Les inégalités sociales de santé : l'exemple de La Réunion. Expressions, 2012, Journées régionales "société, santé, éducation". Approche interdisciplinaire des inégalités sociales de santé à La Réunion, 36, pp.17-34. hal-02388564

**HAL Id: hal-02388564**

**<https://hal.univ-reunion.fr/hal-02388564>**

Submitted on 2 Dec 2019

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

# LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ : L'EXEMPLE DE LA RÉUNION

**Christine CATTEAU**

Agence régionale de santé de l'océan Indien

Résumé. – Selon la définition couramment admise, on parle d'inégalité sociale de santé quand on observe une corrélation étroite entre la santé et l'appartenance à un groupe social. Les inégalités sociales de santé mettent en lumière les écarts entre hommes et femmes, entre groupes socio-économiques et/ou entre territoires ayant un impact sur de nombreux aspects de la santé des populations. La Réunion a connu une évolution brutale de l'ensemble de ses indicateurs sociaux et de santé, a-t-elle concerné de façon égale tous les groupes sociaux ? Quel est l'état des connaissances à ce sujet ? Quelle serait la meilleure façon de l'approcher ? Cette communication consiste à réaliser une recherche bibliographique pour établir un état des lieux des travaux et données existant sur les inégalités sociales de santé au niveau local.

Mots-clés : - santé – social – inégalité - La Réunion – indicateurs - .

*Abstract. – According to the commonly accepted definition, we speak of social inequality in health when there is a correlation between health and social group membership. The health inequalities highlight the differences between men and women, socio-economic groups and / or between regions that have an impact on many aspects of health. Reunion Island evolved sudden all of its health and social indicators, she equally affected all social groups? What is the state of knowledge on this? What would be the best way to approach? This communication is to conduct a literature search to establish an inventory of existing data and work on health inequalities at local level.*

*Key words : - health – social – inequality - Reunion Island – indicators - .*

## 1. Introduction

Parler des inégalités sociales de santé, c'est mettre en corrélation étroite la santé observée et l'appartenance à un groupe social. Or la santé peut s'observer de différentes façons (les pathologies – la morbidité – la mortalité - le recours aux soins), alors que les groupes sociaux peuvent opposer des catégories sociales, culturelles, socioprofessionnelles, mais aussi des genres (hommes/femmes), des âges, des territoires... Les inégalités sociales de santé peuvent mettre ainsi en évidence des écarts entre hommes et femmes, entre groupes socio-économiques et/ou entre territoires ayant un impact sur de nombreux aspects de la santé des populations.

Dans le département de la Réunion, co-existent de nombreuses caractéristiques sociales, culturelles, géographiques et économiques pouvant influencer les pratiques de prévention et de soins, et avoir des conséquences sur la santé observée. Par ailleurs, la Réunion a connu une évolution brutale de l'ensemble de ses indicateurs sociaux et de santé. Celle-ci a-t-elle concerné de façon égale tous les groupes sociaux ? Quel est l'état des connaissances à ce sujet ? Quelle serait la meilleure façon de l'approcher ?

Au lendemain de la Seconde Guerre mondiale, la Réunion présente tous les aspects du sous-développement<sup>1</sup> avec une mortalité élevée et une espérance de vie d'à peine 50 ans. La départementalisation, votée le 19 mars 1946 par l'Assemblée nationale, apparaît donc dans un contexte de pauvreté économique et sociale. L'acquisition de ce nouveau statut, à l'égal des unités métropolitaines, a conduit à la mise en place de nouvelles structures administratives, avec tous les services publics qui leur sont rattachés, ainsi qu'à l'application progressive de la législation métropolitaine<sup>2</sup>. Ceci a induit de rapides bouleversements : économiques avec le passage d'une société agraire à une société tertiaire, sociaux avec une

---

<sup>1</sup>. « Croissance et révolution démographiques à la Réunion », P. Festy, C. Hamon, *Travaux et documents*, cahier n°100, INED, 1983.

<sup>2</sup>. Cédérom « *Le Peuplement et la population de la Réunion* », A. Lopez.

amélioration de l'habitat, de l'hygiène, de la scolarisation et de rattrapage de la santé.

## **2. Contexte général**

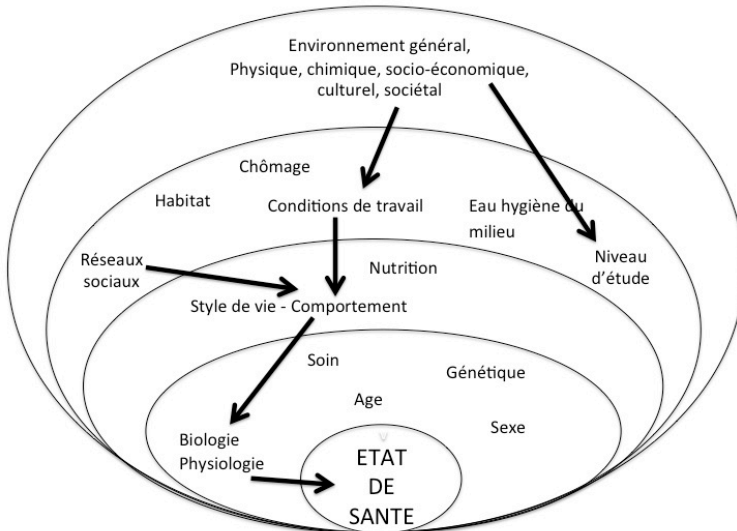
Les travaux de Guy Desplanques ont permis de montrer pour la première fois en France et de façon significative que des personnes avec un statut socioéconomique élevé et socialement plus intégrées ont des taux de décès plus faibles que les autres (INSEE, 1976).

Dès 1976, Guy Desplanques a ainsi constaté en France une surmortalité pour les catégories socio-professionnelles les plus défavorisées. Encore maintenant, à 35 ans, un ouvrier a une espérance de vie inférieure de sept ans à celle d'un cadre. D'une manière générale, dans un pays comme la France où on a assisté à un allongement de l'espérance de vie et à un recul de la mortalité infantile, les progrès accomplis ne profitent pas à tous de manière équitable. On observe toujours une surmortalité masculine, mais surtout, l'amélioration de la santé a été plus importante pour les catégories sociales les plus élevées. Les cadres ont gagné plus d'années de vie que les ouvriers. Ce constat n'est pas typique à la France, il est observé dans tous les pays riches ou en développement. Plusieurs types de déterminants sont identifiés :

- socio-démographique : âge, sexe, géographie ;
- statut socio-économique : éducation, revenu, emploi, richesse, statut perçu, mobilité sociale, conditions de vie dans l'enfance, possessions matérielles ;
- vie sociale, environnement, accès aux soins : logement, environnement de travail, support social, hiérarchie sociale et professionnelle, accès aux soins ;
- psychologiques et comportementaux : équilibre effort/récompense, traits de personnalité, comportements de prévention, comportements à risque ;
- physiologique : glycémie, système immunitaire, pression artérielle, taille, poids.

Lors du congrès des Observatoires Régionaux de la Santé (ORS) qui s'est tenu à Marseille en 2008<sup>3</sup>, Thierry Lang a distingué, d'une part, l'environnement général, chimique, socio-économique, culturel et sociétal qui influe sur les conditions de vie de l'individu (travail, habitat, niveau d'études, hygiène, insertion sociale et réseaux...) puis sur son style de vie (nutrition, prises de risques), et qui conditionne son état de santé, d'autre part, les facteurs individuels que sont l'âge, la physiologie et la génétique (voir le graphique 1).

Graphique 1.  
Les déterminants des inégalités sociales de santé (Thierry Lang, ORS, 2008)



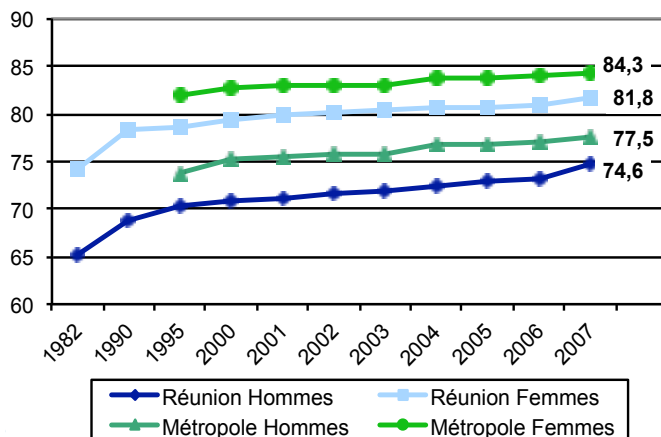
<sup>3</sup>. Émilie Beaux, CIC EC, Christine Catteau, DRASS.

### 3. La surmortalité à la Réunion

#### 3.1. La surmortalité liée au genre et au territoire

L'espérance de vie a connu une augmentation considérable depuis les années 80 à la Réunion (graphique 2), mais encore aujourd'hui, elle reste moindre qu'en métropole. La surmortalité affecte essentiellement les adultes et plus particulièrement les hommes.

Graphique 2. **Évolution des espérances de vie**



Néanmoins, les progrès sont globalement plus favorables aux hommes. En effet, depuis 1990, l'espérance de vie des hommes a progressé de 3,6 ans contre seulement 1,8 an pour les femmes. L'écart entre les femmes et les hommes se restreint ainsi sensiblement : il est de moins de 8 ans en 2006 contre 9 ans et demi en 1990. Autre indicateur : le taux de mortalité prématurée est un indicateur classique, présent dans de nombreuses bases de données, qui témoigne de la mortalité survenue avant un âge donné,

habituellement 65 ans. Cet indicateur peut être présenté sous forme standardisée : on parle alors de taux standardisé ou comparatif de mortalité prématurée.

En 2005, le nombre de décès prématurés survenus avant 65 ans s'élevait à 1 660, ce qui représente près de 40% de l'ensemble des décès dans notre région. En l'espace d'une dizaine d'années, la mortalité prématurée n'a cessé de diminuer, plus particulièrement chez les hommes (-33% et -25% chez les femmes). Cette évolution à la baisse est plus marquée à la Réunion qu'en métropole. Même si la diminution des décès prématurés est plus favorable chez les hommes, le taux reste nettement plus élevé que celui observé chez les femmes, et même près de trois fois supérieur à ce qu'il est chez les femmes (taux comparatif de mortalité avant 65 ans de 411 décès pour 100 000 contre 167 pour les femmes). Le différentiel hommes/femmes est un peu moindre en métropole (2,3).

Les taux comparatifs de mortalité prématurée révèlent une nette surmortalité régionale avant 65 ans par rapport à la métropole, et ce quel que soit le sexe. Cependant, le différentiel avec la métropole tend à se réduire au fil des années. Le taux de décès avant 65 ans chez les Réunionnais est 1,4 fois supérieur à celui de leurs homologues métropolitains. La situation est légèrement plus favorable chez les femmes (taux 1,3 fois supérieur à celui des métropolitaines).

Années	Réunion		Métropole	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
1989	618	225	371	150
1996	480	199	322	134
2000	448	177	299	129
2001	438	174	293	127
2002	411	167	289	126

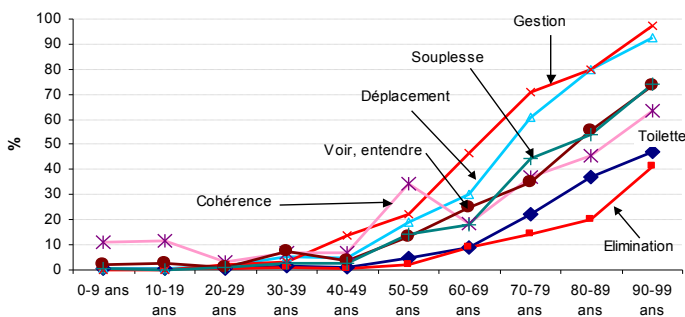
Source : INSERM

### 3.2. Des incapacités liées à l'âge et au territoire

Les incapacités découlant des conséquences de la cohérence sur les actes de la vie quotidienne et les fonctions élémentaires (conduite alimentaire, conduite sphinctérienne, veille-sommeil...) apparaissent relativement tardivement dans l'âge<sup>4</sup>. D'une manière générale, les taux de prévalence des incapacités sont nettement plus élevés à la Réunion qu'en métropole. Cette différence est particulièrement marquée entre 50 et 89 ans (graphique 3). Par ailleurs, à la Réunion, les incapacités surviennent beaucoup plus tôt et dès 50-59 ans, les taux de prévalence des incapacités apparaissent à des niveaux équivalents à ceux observés en métropole pour les 70-79 ans. Les difficultés concernant les actes de la vie quotidienne qui demandent de la cohérence, de pouvoir voir ou entendre, de faire sa toilette et concernant l'élimination des selles, apparaissent dès 60-69 ans à la Réunion et seulement à 80-89 ans en métropole.

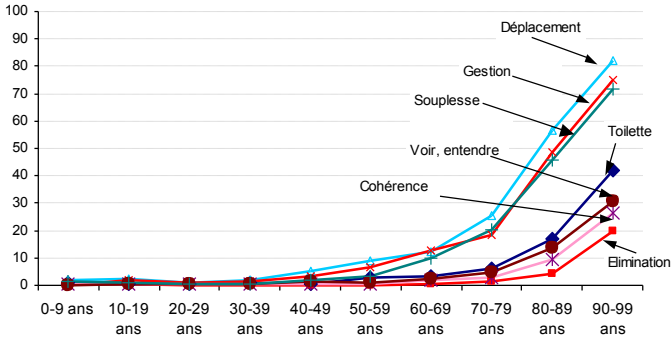
Graphique 3. Incapacités selon l'âge.

### Réunion



<sup>4</sup>. Exploitation de l'enquête « Handicap, incapacité, dépendance », INSEE, DRASS, Conseil général, Agephip, 2003.



*Métropole*

Les inégalités de santé commencent dès la naissance avec un enfant né prématuré et/ou de « petit poids »<sup>5</sup>. Une étude réalisée à partir d'un échantillon national des naissances constituées en 1995<sup>6</sup> montre que les risques sont 1,2 à 2 fois plus élevés chez les enfants de couples ouvriers ou employés que chez les enfants de cadres. Or, d'après l'enquête périnatale 2003<sup>7</sup>, 12% des enfants nés à la Réunion cette année-là sont nés prématurés, soit près du double de la moyenne métropolitaine.

On a pu mettre en évidence le lien entre l'origine sociale de la mère et un certain nombre de critères touchant la prévention et la

<sup>5</sup>. Les données de la petite enfance et de la périnatalité sont issues d'enquêtes anciennes, en particulier de l'enquête nationale périnatale qui n'a pas été reconduite à la Réunion depuis 2003. Pour avoir d'autres éléments, on devra attendre les résultats complets de l'enquête « Migrations, famille, vieillissement » de l'INED prévus en 2012.

<sup>6</sup>. Saurel-Cubizolles M., Blodel B., Kaminski M. (2000), « Inégalité sociales de morbidité périnatale. Données nationales en France », in *Social and economic patterning of health in Tunis*.

<sup>7</sup>. « L'enquête nationale périnatale 2003 à la Réunion : évolution et comparaison avec la métropole », DRASS Réunion, 2005.

santé des enfants dans l'enquête nationale périnatale de 1998, qui a porté sur un échantillon de naissances plus important<sup>8</sup>. Les données montrent des différences s'observant dès la grossesse et s'expliquant par les contraintes économiques des plus défavorisés. Ainsi, 2,2% des femmes interrogées ont déclaré avoir renoncé à des consultations ou des examens prénatals pour des raisons financières. L'enquête révèle aussi que les femmes qui se trouvent en situation de précarité économique (ressources provenant des aides sociales) font moins de visites prénatales que les autres alors qu'elles ont plus de problèmes de santé pendant la grossesse. Elles sont notamment plus souvent hospitalisées pour des problèmes médicaux (33%) que les autres femmes (24%) et il en va de même pour leurs enfants (16% au lieu de 10%).

<b>Enquête périnatale 2003</b>	<b>Réunion</b>	<b>Métropole</b>
Enfants nés prématurés	12%	6%
Femmes enceintes ayant renoncé à des consultations ou examens prénatals pour des raisons financières	2.2%	1%
Femmes enceintes hospitalisées pour des problèmes médicaux <i>Idem</i> leurs enfants	33%	24%
	16%	10%

Source : DRASS- DREES

Par ailleurs, L'enquête « Famille » accolée à l'enquête « Demo 97 » de l'INSEE montre que l'instruction des femmes demeure un facteur discriminant. Comme l'indique le tableau ci-dessous, la probabilité de décéder avant un an des enfants nés de mères n'ayant jamais fréquenté l'école est sept fois supérieure à celle des autres enfants et cette différence est très statistiquement significative.

---

8. Barbieri M., Catteau C., « L'évolution de la mortalité infantile à La Réunion depuis 50 ans », *Population*, 58(2) :229-252, 2001.

<b>Niveau d'instruction de la mère</b>	<b>Taux de mortalité infantile pour mille</b>	<b>Rapport des risques</b>
<b>Sans instruction</b>	3.57	7.4 ***
<b>Primaire</b>	0.48	1.0
<b>Collège</b>	0.46	0.9
<b>Lycée</b>	0.13	0.3
<b>Supérieur</b>	0.00	0.0

Source : Didier Breton, INED

Les données de l'enquête scolaire diligentée par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) sur les CM2 mettent également en évidence le lien entre catégories sociales et recours aux soins<sup>9</sup> : 18% des enfants scolarisés en CM2 ont au moins une dent mal soignée et 8% en ont au moins deux. Or, les enfants de cadres ou ceux dont le père exerce une profession intermédiaire ont les pourcentages de dents mal soignées les plus faibles : 92% d'enfants de cadres ou dont le père exerce une profession intermédiaire n'ont aucune dent cariée contre 77% d'enfants d'employés et d'ouvriers. De même, on trouve plus d'enfants obèses chez les enfants d'ouvriers : 14,6% sont obèses contre 6,3% enfants de cadres ; en France, 6,1% d'enfants d'ouvriers contre 0,6% d'enfants de cadres.

<b>Enquête DREES sur les CM2 (2006)</b>	<b>Le père exerce une profession intermédiaire/cadre</b>	<b>Enfants d'employés et d'ouvriers</b>
<b>Aucune dent cariée</b>	<b>92%</b>	<b>77%</b>
<b>Obèses</b>	<b>6,3%</b>	<b>14,6%</b>

Source : DRASS- DREES

---

<sup>9</sup> La santé des enfants scolarisés en CM2 en 2004-2005 à La Réunion, Infostat, DRASS.

### **3.3. L'alimentation et les soins**

L'INSEE réalise régulièrement une enquête sur le budget des ménages. Quel que soit le montant total de la consommation alimentaire et le niveau de vie des ménages, la répartition par grande catégorie de produits est assez proche . Les deux produits alimentaires qui pèsent le plus lourd dans le budget sont, d'une part, la viande, d'autre part, le pain et les céréales. Viennent ensuite les produits laitiers, les légumes, les boissons non alcoolisées (thé, café, eaux minérales, boissons gazeuses et jus de fruits) et les poissons et fruits de mer. Ces six grandes familles constituent environ 80% du montant de la consommation alimentaire des ménages quel que soit leur revenu.

Néanmoins, l'alimentation est le premier poste du budget des ménages les plus modestes qui y consacrent 21% de leurs dépenses. Un ménage réunionnais consacre en moyenne 3 750 euros à sa consommation alimentaire, soit 89% de la dépense moyenne d'un ménage métropolitain. Les grands postes de cette consommation viennent à peu près dans le même ordre avec tout de même une moindre place faite à la viande et plus particulièrement à la viande de bœuf pour laquelle les dépenses sont trois fois plus faibles qu'en métropole. Ces derniers sont le plus souvent surgelés, salés, fumés, séchés ou en conserve. Le poisson frais n'intervient que pour 50 euros annuellement dans les dépenses alimentaires.

La consommation de soins diffère selon le sexe. Les femmes se préoccupent plus que les hommes de leur santé : à la Réunion, elles représentent 67% de la clientèle des médecins libéraux. Elles consultent majoritairement pour des motifs de prévention, en particulier de 16 à 34 ans, où il s'agit prioritairement de suivi de grossesse.

Plusieurs études indiquent que les personnes en situation sociale difficile accordent une moindre importance aux comportements préventifs et connaissent moins bien les risques liant mauvaise

alimentation, obésité et diabète. Dans le cadre de REDIA Prev<sup>10</sup>, l'étude « Changement du mode de vie et connaissance du diabète » avait pour objectif d'expérimenter les méthodes favorisant les changements de comportements des personnes à risque de diabète de type 2. En 2001-2002, 1 245 personnes de deux quartiers défavorisés de Saint-Pierre avaient été dépistées ; 16 mois après, ces personnes ne se souvenaient pas des messages qui leurs avaient été délivrés. Plus précisément, pour les non à risque, 12,3% ont répondu être à risque de diabète de type 2 et 15,9% devaient surveiller leur poids. Pour les sujets à risque, seulement 59% se souviennent être à risque de diabète de type 2 et 80% devaient perdre du poids.

### 3.4. Les dépenses de santé

Selon l'enquête Budget des ménages de INSEE, c'est à la Réunion que les dépenses de santé sont les plus inégalement réparties : les ménages les plus riches dépensent pratiquement six fois plus pour leur santé que les plus pauvres, plus de la moitié des écarts étant due à l'achat de lunettes et de prothèses. Ce sont des biens « durables », non vitaux pour la santé et visibles, pour lesquels les ménages les plus aisés peuvent mieux prendre en compte l'esthétique (formes des lunettes, dents en céramique).

Selon une enquête réalisée conjointement par l'Institut Régional du Travail Social (IRTS) et l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) sur la Couverture Maladie Universelle (CMU) à La Réunion, le quart des personnes interrogées a renoncé à des soins pour des raisons financières au cours des 12 mois précédents l'enquête<sup>11</sup>. Les renoncements sont concentrés sur un nombre limité de soins, ceux dont le reste à charge est le plus important. Ainsi, les soins négligés concernent les soins dentaires (66%), les soins optiques (32%) et les consultations auprès des spécialistes (de l'ordre de 30%).

---

<sup>10</sup>. Laure Papoz, François Favier : « Étude Redia. Étude des facteurs cliniques et comportementaux liés au diabète et à son contrôle dans la population multiculturelle de la Réunion – Résultats principaux », INSERM, 2002.

<sup>11</sup>. E. Rachou, M. Ricquebourg, P. Vilain, G. Madeline, C. Catteau, « Etat de santé de la population à la Réunion, rapport 2008 », ORS, DRASS, 2008.

Selon les données nationales de l'Assurance Maladie, 30% des bénéficiaires négligent certains soins, en raison du reste à charge qui demeure trop important. Comme à La Réunion, les types de soins le plus souvent cités sont les prothèses dentaires et l'optique.

### **3.5. Les conduites à risque et les pathologies**

La dépendance vis-à-vis de l'alcool, mesurée à partir du test Deta, est cinq fois plus fréquente chez les hommes ; 18% des hommes et 3% des femmes sont à risque. Les hospitalisations liées à l'alcool concernent essentiellement les hommes (79%) et des personnes entre 35 et 64 ans (74%). Les taux de décès par suicide sont nettement plus élevés chez les hommes que chez les femmes.

Plusieurs études établissent des liens entre une situation précaire (faible niveau scolaire, chômage ou inactivité, habitat précaire) et une plus forte prévalence de certaines maladies. Le taux de prévalence du diabète estimé à 14,8% en 1999 selon l'enquête REDIA<sup>12</sup>, d'un niveau quatre fois supérieur à celui de la métropole, est plus répandu parmi les personnes en situation sociale difficile. Ainsi, la grande majorité des diabétiques interrogés dans l'enquête en 1999 ont un faible niveau scolaire : 24% n'ont aucun diplôme et 55,3% n'ont que le niveau primaire. Les individus chômeurs ou inactifs sont aussi plus nombreux : seulement 16,6% des diabétiques sont en activité alors que 23,9% sont chômeurs et 23,3% sont au foyer. La prévalence augmente fortement avec l'âge et est supérieure chez les femmes.

---

<sup>12</sup>. Laure Papoz, « Etude REDIA. Etude des facteurs cliniques et comportementaux liés au diabète et à son contrôle dans la population multiculturelle de la Réunion. Résultats principaux », INSERM.

## 4. Le territoire et la santé

Dans sa thèse intitulée « La Réunion, *koman i lé* ? Territoire, santé, société », Zoé Vaillant a essayé de montrer en quoi le territoire peut contribuer à faire la santé et, en retour, en quoi la santé peut contribuer à faire le territoire. Par exemple, en étudiant le quartier de la Rivière des Galets, Zoé Vaillant explique comment un malaise peut se construire dans ce quartier dans une logique d'exclusion sociale. Cette exclusion a des répercussions sur les trajectoires thérapeutiques, dans le fait qu'on ne se soigne pas ou qu'on va ou non chez le médecin. Cet exemple semble intéressant car il remet en questions les inégalités liées à l'offre de soins.

Peu de données sont disponibles à la Réunion sur le thème de la santé mentale. Seule une étude épidémiologique menée en 1998 (Denizot *et alii*, 2001), fait ressortir que 30% de la population adulte présente des troubles psychiques, passagers ou récurrents, soit un adulte sur trois. Les troubles les plus fréquemment rencontrés sont les troubles anxieux (20% de la population) et les troubles dépressifs (11% présentent un épisode dépressif et 6,7% un épisode dépressif majeur). Ces troubles mentaux sont plus fréquents dans la population féminine. Les résultats de cette enquête ont confirmé les observations des professionnels de la santé et du social et ont particulièrement mis en évidence que

« les personnes en situation d'exclusion présentent souvent une souffrance psychique : fatigue, angoisse, addictions, tristesse et dépression, insomnies. Elles ont comme caractéristiques un accès tardif aux soins du fait de difficultés d'identification de cette souffrance et des préjugés à l'encontre de la psychiatrie » (Denizot *et al*, *op. cit.*).

Ces personnes souffrant de troubles mentaux sont par définition des personnes fragilisées ou vulnérables selon la classification des maladies mentales de l'OMS.

Les diagnostics de santé réalisés dans le cadre des ateliers santé-ville à la Réunion mettent en avant un sentiment de mal-être, d'isolement et de souffrance psychique qui serait la condition première à une santé physique dégradée. Ainsi, la santé semble liée

fortement aux activités, qu'elles soient sportives et/ou culturelles, et à l'appartenance à un groupe social. La santé passe avant tout par un bien-être psychologique, physique et social.

Les problèmes d'accès aux soins sont particulièrement ressentis par les personnes âgées, les personnes handicapées, les personnes isolées et les personnes en situation précaire. Toutes les thématiques ayant trait à la santé sont à repenser en fonction de ces populations isolées et précaires.

La solution proposée est de créer et coordonner des réseaux locaux composés d'acteurs des champs sanitaires, sociaux et éducatifs. Le rôle essentiel de l'éducation sanitaire est souligné.

## **5. Conclusions et perspectives**

Les données disponibles ont montré qu'à la Réunion l'impact du social sur la santé pouvait être très important. Les indicateurs socio-économiques y sont défavorables, l'offre de soins de 1<sup>er</sup> recours, bien que non déficitaire, souffre d'une répartition inégalitaire.

Dans cette optique, il est urgent de mettre en œuvre les Contrats Locaux de Santé (CLS) que doit décliner l'Agence Régionale de Santé (ARS) dans le cadre de son Programme régional de santé, CLS dont l'objectif principal est la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Il s'agit bien de faire le lien entre social et sanitaire au niveau le plus fin, et pour cela il est indispensable d'établir une contractualisation des actions et des moyens, entre l'ARS et les communes. Par ailleurs, on doit souligner l'insuffisance de données disponibles pertinentes et surtout leur ancienneté. L'exploitation programmée en 2012 de la grande enquête INED « Migrations-Familles-Vieillesse », réalisée par l'INSEE en 2010, ne permettra que d'actualiser certaines données statiques. Il paraît important et nécessaire de réaliser une enquête socio-épidémiologique en population, spécifiquement sur le lien santé-social, en la couplant avec un volet anthropologique. En effet, seule une telle enquête en population permettrait de croiser :



- des données socio-démographiques (âge, sexe, commune, commune de naissance, haut/bas), des données socio-économiques (niveau d'étude et réussite scolaire, situation professionnelle, revenus, difficultés financières, assurance sociale, mobilité, vie sociale, environnement, logement, équipement, environnement de travail), accès aux soins (fréquences de visite chez un généraliste, soins dentaire...) et niveau social des parents ;

- des données sur l'état psychologique (santé perçue, bien-être, comportements de prévention face à l'obésité et au diabète, comportements à risque (drogue, alcool, tabac, suicide), alimentation quotidienne, conditions de vie dans l'enfance (consommation d'alcool des parents, habitudes alimentaires dans l'enfance).

- des données physiologiques : terme de la naissance, poids et taille à la naissance et aujourd'hui, diabète connu, hypertension artérielle connue.

## **Bibliographie**

FESTY P., HAMON C. (1983), « Croissance et Révolution démographiques à La Réunion », *Travaux et Document, cahier n°100, INED*.

BARREYRE J.Y., CATTEAU C., GAILLARD J., GOBET G., JEGER F., MAUVE R., MORMICHE P., LOGEAS C., NARTZ E., RIQUEBOURG M., JETTER S., *Handicap, Incapacités, Dépendances à l'île de La Réunion : les actes du séminaire du 5 octobre 2006*, AGEPHIP, CODESS, Conseil Général, DRASS, INSEE, IRTS, ODR.

SAUREL-CUBIZOLLES, M-J, BLONDEL, B., KAMINSKI, M., (2003), « Inégalités sociales de morbidité périnatale. Données nationales en France », *Social and Economic Patterning of Health among Women / Les facteurs sociaux et économiques de la santé des femmes*, Arber S. and Khlat M., (eds.), Paris, CICRED, 2003, pages 159-173.

SERVICE ETUDES ET STATISTIQUES DRASS REUNION, (2005),  
« L'enquête nationale périnatale 2003 à La Réunion : évolution et  
comparaison avec la métropole », Conseil Général PMI DRASS  
SSER, ARS.

BARBIERI M., CATTEAU C., (2001), « L'évolution de la mortalité  
infantile à La Réunion depuis 50 ans », *Population*, N°58,  
volume 2, pages 229-252.

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE, DIRECTION DE LA  
RECHERCHE, DES ETUDES, DE L'EVALUATION ET DES STATISTIQUES  
(2008), « La santé des enfants scolarisés en CM2 en 2004-2005 à  
La Réunion », *Etudes et résultats*, DREES, N°632.

PAPOZ L., FAVIER F., SCHAWGER J.C. (2001), « Etude Redia »,  
*Etude des facteurs cliniques et comportementaux liés au diabète  
et à son contrôle dans la population multiculturelle de La  
Réunion. Résultats principaux*. INSERM U500, Groupe  
hospitalier Sud Réunion, Centre hospitalier départemental,  
Faculté des sciences humaines de la Réunion.

RACHOU Emmanuelle, RICQUEBOURG Monique, VILAIN Patrick,  
MADELINE Germain, CATTEAU Christine, (2008), *Etat de santé  
de la population à La Réunion – rapport 2008*, ORS, DRASS,

## **Références sur la Toile**

IUFM Réunion Cédérom « Le peuplement et la population de La  
Réunion » A. Lopez  
<http://www.reunion.iufm.fr/telechargement/CD-Lopez/Debut.htm>

ARS OI, Projet d'analyse des Inégalités Sociales de Santé dans un  
département français spécifique, La Réunion Maître d'ouvrage :  
DRASS Maître d'oeuvre : CIC EC  
[http://www.ars.oceanindien.sante.fr/fileadmin/OceanIndien/Internet/  
Votre\\_ARS/Etudes\\_et\\_publications/Promotion\\_de\\_la\\_sante/Sant](http://www.ars.oceanindien.sante.fr/fileadmin/OceanIndien/Internet/Votre_ARS/Etudes_et_publications/Promotion_de_la_sante/Sant)

[e de la population/Projet d analyse des inegalites sociales de sante.pdf](#)

ARS OI Handicaps, Icapacités, Dépendances, Aces du colloque  
IRTS 2006

[http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/HID\\_actes\\_colloque.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/HID_actes_colloque.pdf)

Observatoire régional de la santé de la Réunion (2007),

<http://www.orsrun.net>

INSEE Réunion

<http://www.insee.fr>