

Les inégalités sociales désignent des différences entre des individus ou des groupes, se traduisant par des avantages ou des désavantages dans l'accès à des ressources socialement valorisées. Ces dernières peuvent être socio-économiques telles que la profession, le statut d'activité et le niveau de revenu. Elles peuvent aussi être socio-démographiques comme le genre, la position dans le cycle de vie (âge), le lieu de résidence, la composition du ménage ou encore l'origine ethnique. Enfin il existe des facteurs socio-culturels, le niveau de diplôme engendre notamment des inégalités d'accès aux ressources économiques et sociales. En effet, ce sont tant de variables qui génèrent des avantages ou des désavantages dans l'accès aux ressources socialement valorisées, parmi lesquelles nous retrouvons le revenu, le prestige, le pouvoir politique, et la santé ; domaine sur lequel nous allons nous attarder. La santé, définie par l'OMS<sup>1</sup> comme un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consistant pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité ; est un capital<sup>2</sup> essentiel pour un individu. Nous ciblerons notre analyse sur les maladies chroniques, une maladie de longue durée, évolutive, avec un retentissement sur la vie quotidienne et qui peut générer des incapacités, voire des complications graves.<sup>3</sup>

**Si les inégalités sociales ont une influence sur l'accès à la santé, alors dans quelles mesures ces dernières influencent-elles l'incidence<sup>4</sup> et la prévalence<sup>5</sup> des maladies chroniques ?**

Dans un premier temps nous analyserons la répartition des maladies chroniques en fonction des variables des inégalités sociales. Pour cela nous utiliserons un jeu de données de la DREES<sup>6</sup> publié en septembre 2022 et couvrant la période de 2016 à 2017 en France (DROM<sup>7</sup> inclus).

Puis nous nous attarderons sur les interactions entre l'ensemble des éléments constitutifs des inégalités sociales, et sur le caractère rétroactif de certaines de ces interactions. Pour cela nous baserons nos analyses sur les données harmonisées des recensements de la population française de 1968 à 2019, de l'INSEE<sup>8</sup>.

Tout d'abord il nous faut nous pencher sur la répartition des maladies dans la population française. La catégorisation des maladies a été réalisée conformément à la méthodologie de la CNAM<sup>9</sup>.

> Maladies cardioneurovasculaires : ce groupe comprend les maladies coronaires (dont l'infarctus du myocarde), les accidents vasculaires cérébraux (AVC), l'insuffisance cardiaque, l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs (Aomi), les troubles du rythme ou de la conduction, les maladies valvulaires, l'embolie pulmonaire et les autres affections cardiovasculaires.

> Diabète : quel que soit son type.

> Cancers.

> Maladies psychiatriques : ce groupe comprend les troubles psychotiques (dont la

au début de la période. Elle porte sur le flux de nouveaux malades et mesure ainsi le risque de tomber malade.

<sup>5</sup> La prévalence se calcule en rapportant le nombre de malades, anciens ou nouveaux, à la population totale. Elle porte sur le stock de malades et mesure ainsi le risque de vivre avec la maladie.

<sup>6</sup> La Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

<sup>7</sup> Départements et Régions d'Outre-Mer

<sup>8</sup> L'Institut national de la statistique et des études économiques

<sup>9</sup> Caisse Nationale d'Assurance Maladie

<sup>1</sup> Organisation Mondiale de la Santé

<sup>2</sup> Au sens économique, le capital est l'ensemble des moyens de production durables permettant de produire des biens ou des services. Il regroupe aussi toutes les formes de capital susceptibles de favoriser la croissance (capital humain, capital naturel, capital institutionnel). La santé est donc un capital important qui favorise la croissance économique puisqu'un travailleur en bonne santé est un travailleur productif.

<sup>3</sup> Définition du ministère de la santé et de la prévention

<sup>4</sup> L'incidence se calcule en rapportant le nombre de nouveaux cas d'une maladie pendant une période de référence (ici un an) à la population qui n'était pas malade

schizophrénie), les troubles névrotiques et de l'humeur (dont les troubles bipolaires et la dépression), la déficience mentale, les troubles addictifs, les troubles psychiatriques débutant dans l'enfance et l'ensemble des autres troubles psychiatriques (de la personnalité ou du comportement).

> Maladies neurologiques ou dégénératives : ce groupe comprend les démences (notamment la maladie d'Alzheimer), la maladie de Parkinson, la sclérose en plaques, la paraplégie, la myopathie et la myasthénie,

l'épilepsie et les autres affections neurologiques.

> Maladies respiratoires chroniques : ce groupe comprend l'asthme, la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), l'insuffisance respiratoire chronique, etc. La mucoviscidose n'est pas incluse dans ce groupe.

> Maladies du foie ou du pancréas : ce groupe comprend l'ensemble des atteintes du foie et du pancréas, à l'exception de la mucoviscidose et du diabète.

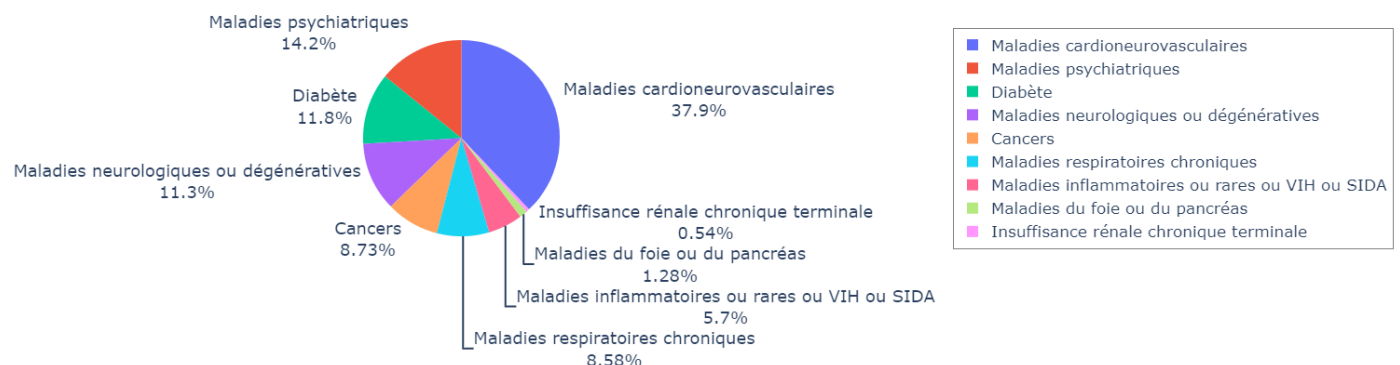


Figure 1 : Répartition de la prévalence des maladies

La figure ci-dessus permet de rendre compte de l'importance de la prévalence des maladies chroniques au sein de la population française, afin de poser un contexte pour la suite de notre étude. Les principaux types de maladies<sup>10</sup> par lesquels la population est touchée sont les maladies cardiovasculaires (37,9%), les maladies psychiatriques (14,2%), les diabètes (11,8%), les maladies neurologiques ou dégénératives (11,3%), les cancers (8,73%) et les maladies respiratoires chroniques (8,58%).

Les analyses sont basées sur un taux standardisé direct<sup>11</sup>, la standardisation permet de comparer des sous-populations en neutralisant les facteurs de confusion. Ici, les taux d'incidence et de prévalence ont été standardisés par âge et par sexe.

Ainsi nous pouvons entamer l'analyse de la répartition des maladies chroniques en fonction des inégalités sociales. Durant notre analyse, nous nous référons toujours à la prévalence, qui évolue en fait dans le même sens que l'incidence, dans notre cas. Commençons par étudier l'influence des variables socio démographiques que sont le sexe<sup>12</sup> et l'âge<sup>13</sup>. Le premier constat que nous pouvons faire concerne la prévalence plus élevée chez les hommes (54%) que chez les femmes (46%).

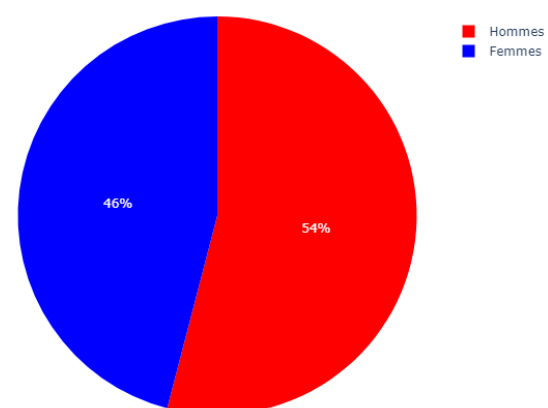


Figure 2 : Prévalence des maladies chroniques en fonction du sexe

<sup>10</sup> Types de maladies : Variable qualitative, qui décrit des qualités ou des caractéristiques, elle est également nominale, sans ordonnancement.

<sup>11</sup> La méthode de standardisation est disponible en annexe.

<sup>12</sup> Sexe : Qualitative, nominal

<sup>13</sup> Âge : Variable quantitative, qui porte sur des caractéristiques mesurables et continue, donnée infinie et ininterrompue

Si les hommes sont plus malades que les femmes, regardons si c'est le cas pour tous les types de maladies.

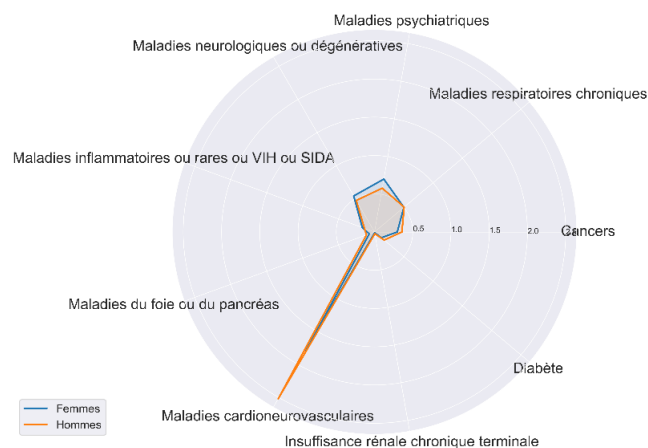


Figure 3 : Répartition des types de maladies en fonction du sexe

Le graphique en toile ci-dessus permet de visualiser la répartition des types de maladies en fonction du sexe. Nous pouvons voir que les femmes sont plus touchées par les maladies psychiatriques, les maladies neurologiques ou dégénératives, ainsi que par les maladies inflammatoires, rares, le VIH ou le SIDA. Néanmoins, les hommes sont eux plus concernés par les diabètes, les cancers, les maladies du foie ou du pancréas, les insuffisances rénales chroniques terminales mais surtout par les maladies cardiovasculaires. Nous venons de mettre en évidence des inégalités face aux types de maladies chroniques par lesquelles sont touchés les femmes et les hommes. Il serait intéressant de quantifier ces différences, pour cela nous nous appuyons sur la figure 4, qui prend pour référence le taux de prévalence chez les hommes, ramené à un. Nous obtenons ainsi un tableau sur une base un, qui nous permet d'évaluer le risque d'être touché, lorsque l'on est une femme ou un homme, pour chaque type de maladie.

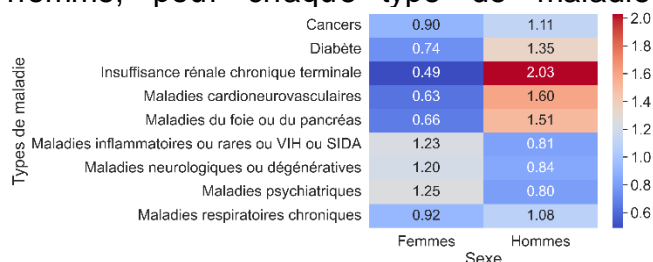


Figure 4 : Risque d'être touché par une maladie pour les femmes par rapport aux hommes et pour les hommes par rapport aux femmes (base 1)

On peut noter une forte inégalité face aux insuffisances rénales chroniques terminales, avec un risque d'être malade 2,03 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Toutefois, il faut garder à l'esprit que c'est une maladie qui reste très peu répandue en France (0,54% de la population malade). En parallèle, le risque d'une maladie cardiovasculaire, maladie fortement présente, est 1,60 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Nous retrouvons également les maladies du foie ou du pancréas avec un risque supplémentaire de 1,51. Enfin, ils présentent un risque 1,35 fois plus élevé d'être atteint de diabète, maladie la troisième la plus répandue. Les femmes présentent un risque 1,23 fois plus élevé que celui des hommes de contracter des maladies inflammatoires, rares, le VIH ou le SIDA. Elles ont aussi 1,20 fois plus de risques d'être atteintes d'une maladie neurologique ou dégénérative et 1,25 fois plus de risques d'avoir une maladie psychiatrique. Ces deux dernières maladies concernent une grande partie de la population, les risques ne sont donc pas négligeables.

S'il existe des inégalités entre les maladies selon le sexe de l'individu, nous pouvons nous demander si cela est vrai à tout âge.

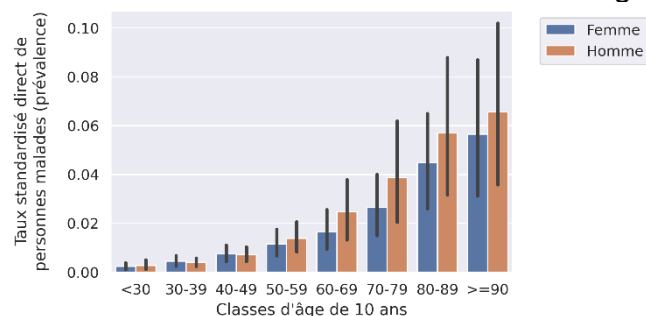


Figure 5 : Répartition des personnes malades selon l'âge (classe de 10 ans) et le sexe

La figure 5 nous montre que plus nous sommes âgés plus le risque d'avoir une maladie chronique est élevé. Le graphique étant basé sur le taux standardisé direct, nous ne pouvons pas quantifier précisément les différences existantes. Cependant nous pouvons tout de même noter que globalement, les hommes sont plus touchés quel que soit l'âge. Néanmoins, entre 30 et 49 ans, la répartition des personnes atteintes d'une maladie chronique est plus égale.

Enfin, la dernière variable socio-démographique que nous pouvons analyser est le lieu de résidence<sup>14</sup> des personnes atteintes d'une maladie chronique.

Répartition de la prévalence des maladies en fonction de la région

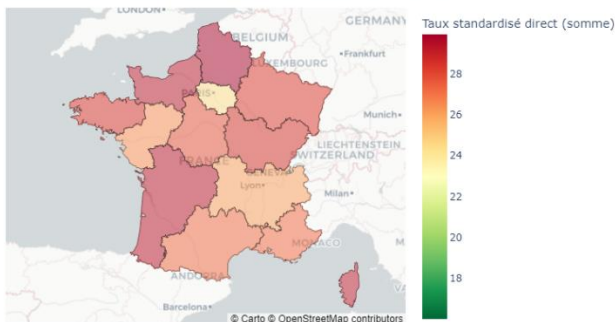


Figure 6.A : Répartition de la prévalence des maladies en fonction de la région

Nous pouvons constater qu'en France métropolitaine, les régions les plus touchées semblent être la Normandie, les Hauts de France, la Nouvelle Aquitaine, ainsi que la Corse. Les régions les moins concernées par les maladies chroniques sont l'Île-de-France et l'Auvergne-Rhône-Alpes. Cependant en nous décentrant, nous pouvons constater que les DROM sont bien moins touchés que la France métropolitaine. Ici, le jeu de données

comporte des valeurs pour la Guadeloupe, la Réunion, la Guyane et la Martinique. Mayotte n'est donc pas représentée.

Répartition de la prévalence des maladies en fonction de la région

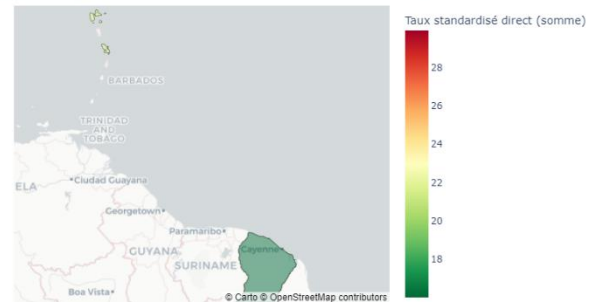


Figure 6.B : Répartition de la prévalence des maladies en fonction de la région

Répartition de la prévalence des maladies en fonction de la région

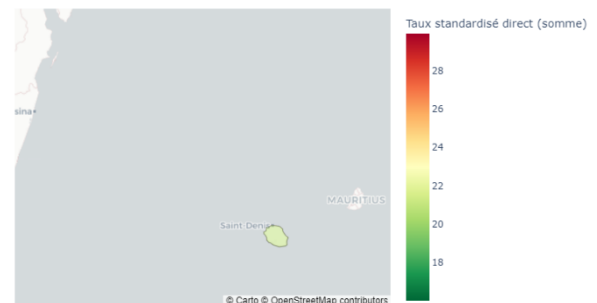


Figure 6.C : Répartition de la prévalence des maladies en fonction de la région



Figure 7 : Répartition de la prévalence des maladies en fonction de la région

Le graphique en bâtons ci-dessus nous permet de mettre en évidence la prévalence élevée de diabète dans les DROM. Les diabètes sont ici représentés par une barre rouge, ainsi nous pouvons noter que malgré la prévalence des maladies chroniques moins importante dans les DROM, les diabètes y sont tout de même plus présents.

Ce jeu de données ne nous permet pas d'expliquer la cause de cette prévalence plus élevée. Cependant selon un article de France TV Info, l'explication viendrait d'un mode de vie sédentaire ainsi que d'une alimentation inadaptée.

Nous avons vu que de nombreuses inégalités socio-démographiques se transforment en inégalités face aux maladies chroniques en France. Toutefois, nous n'avons ici vu seulement qu'un type d'inégalités. Il serait donc judicieux de faire le même travail sur les inégalités socio-économiques.

<sup>14</sup> Lieu de résidence (par région) : Variable qualitative, nominale.

La première variable qui vient en tête lorsque l'on parle d'inégalités socio-économiques est bien-sûr celle du revenu. Cette dernière se traduit en niveaux de vie<sup>15</sup>, classés par dixièmes, du plus modeste au plus aisé. Ci-dessous est représenté un graphique en barres du taux standardisé de la prévalence des maladies chroniques en fonction du niveau de vie. Le niveau 1 représente le dixième le plus modeste, et par conséquent, le niveau 10 correspond au dixième de la population la plus aisée.

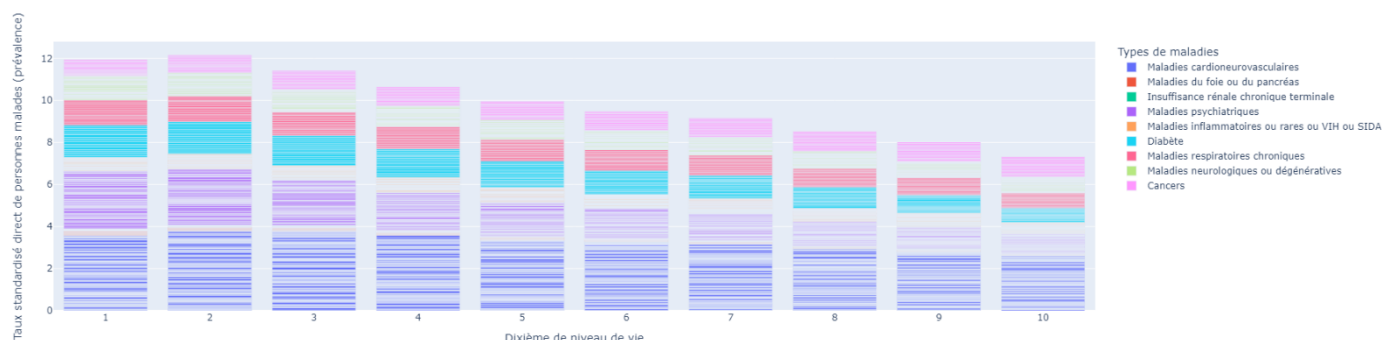


Figure 8: Répartition de la prévalence maladies chroniques selon le niveau de vie.

L'influence du niveau de vie sur la prévalence des maladies est flagrante. En effet, nous remarquons une tendance générale selon laquelle plus le niveau de vie est bas, plus la prévalence des maladies est importante, et inversement. Cette tendance globale attirant notre attention peut être quantifiée à l'aide du même type de graphique que l'on a utilisé pour comparer les risques selon le sexe (selon une base 1, n'apparaissant pas sur le graphique).

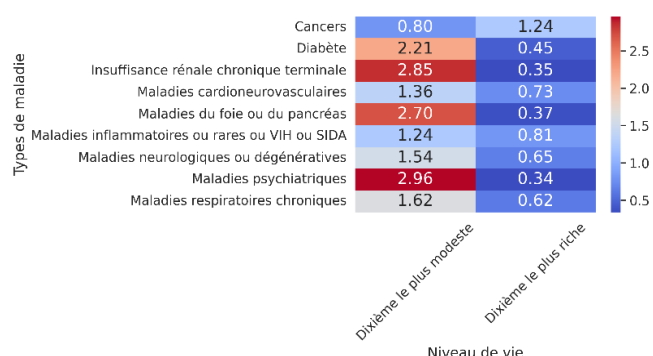


Figure 9 : Risque d'être touché par une maladie pour le dixième le plus modeste par rapport au dixième le plus aisé et pour le dixième le plus aisé par rapport au dixième le plus modeste (base 1)

La figure 9 ci-dessus nous montre clairement la différence de risque existant entre le dixième le plus modeste et celui le plus aisé, d'être atteint par une maladie chronique. Le risque d'avoir du diabète est multiplié par 2,21. Quant à ceux d'avoir une insuffisance rénale chronique terminale, une maladie du foie ou du pancréas, ou encore une maladie psychiatrique, ils sont multipliés par presque 3. Sans compter également l'augmentation du risque d'être atteint de maladies cardiovasculaires, de maladies inflammatoires ou rares ou du VIH ou du SIDA,

de maladies neurologiques ou dégénératives et de maladies respiratoires. Toutefois nous pouvons également relever que le risque d'avoir un cancer est inférieur chez les personnes du dixième le plus modeste. Cela peut être dû au fait que les personnes défavorisées sont moins dépistées que les personnes du dixième le plus aisé. Or nous ne pouvons confirmer ou infirmer cette hypothèse avec les données que nous avons à disposition.

Après avoir étudié les inégalités entre les niveaux de vie, nous pouvons étudier un facteur fortement lié au revenu, les CSP<sup>16</sup>. Pour cela nous allons procéder de la même manière que pour l'analyse des niveaux de vie. Commençons par observer la tendance globale. La figure 10 nous permet de constater que les personnes sans activité professionnelle sont beaucoup plus touchées par les maladies chroniques que tous les autres groupes. Tandis que la classe la plus protégée est celle des cadres et professions intermédiaires.

<sup>15</sup>Niveau de vie : variable qualitative, ordinale.

<sup>16</sup>Catégories Socio-Professionnelles : variable qualitative, nominale.



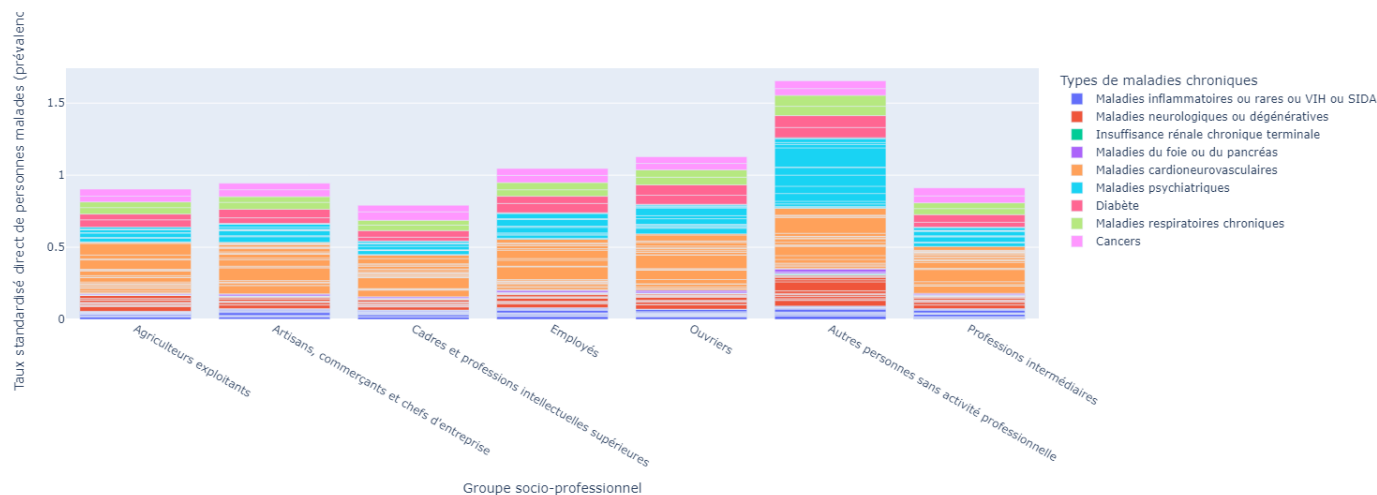


Figure 10 : Répartition de la prévalence maladies chroniques selon la catégorie socio-professionnelle

Désormais regardons plus précisément où se trouvent les inégalités.

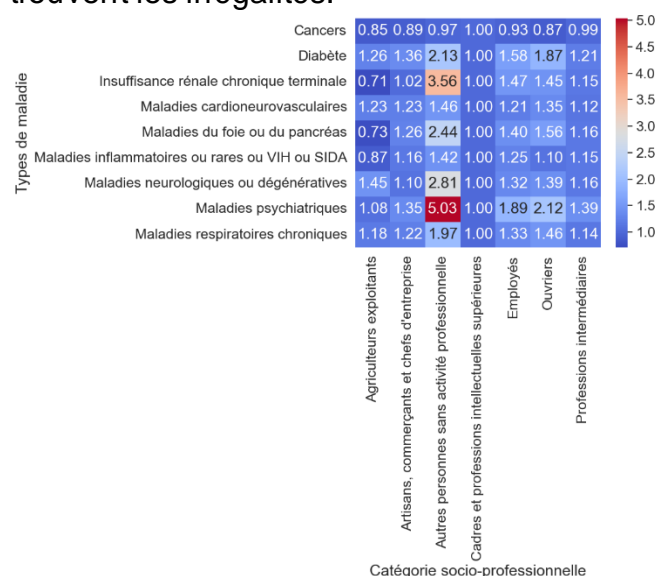


Figure 11 : Risque d'être touché par une maladie pour chaque groupe socio-professionnel par rapport aux cadres et professions intellectuelles supérieures (base 1)

Tout d'abord, nous pouvons constater que pour la quasi-totalité des maladies, les cadres et professions intermédiaires sont moins à risque que les autres catégories. Le cancer reste encore l'exception. Néanmoins, une colonne ressort du tableau, celle des personnes sans activité professionnelle. En effet, les inégalités se creusent, avec un risque environ 1,5 fois supérieur à celui des cadres pour les maladies cardiovasculaires ainsi que pour les maladies inflammatoires, rares ou le VIH ou le SIDA. Quant aux diabètes et aux maladies respiratoires chroniques, le risque est multiplié par environ 2. Les insuffisances rénales et les maladies du foie ou du pancréas ont également un risque

remarquablement supérieur à celui des cadres (3,56 et 2,44). Le risque restant le plus marquant est celui des maladies psychiatriques. En plus d'être un type de maladie très répandu (concernant 14% de la population malade), il comporte un risque de présence, chez les personnes sans activité professionnelle, 5 fois supérieur à celui des cadres. Ainsi les catégories socio-professionnelles semblent très liées à la prévalence de maladies chroniques. Si l'on filtre dans le jeu de données le tri par catégories socio professionnelles, nous avons alors accès aux données où la CSP des groupes d'individus est connue. Nous pouvons donc élaborer un algorithme non-supervisé, appelé K-mean<sup>17</sup>, dont nous pourrions infirmer ou confirmer le résultat (nombre de clusters<sup>18</sup> formés) en fonction du nombre de CSP existants.

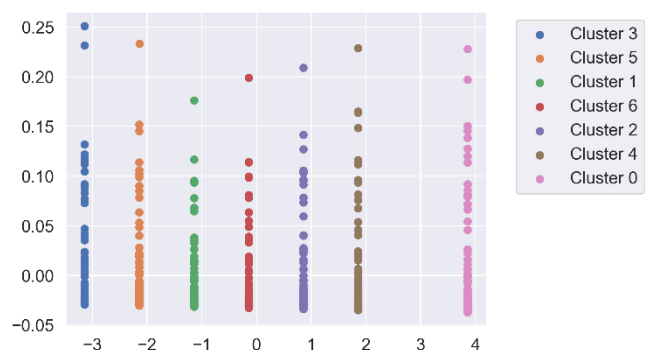


Figure 12.A : Prédiction - Visualisation des clusters basée sur les taux standardisés directs de la prévalence des maladies chroniques

<sup>17</sup> Algorithme permettant de regrouper des **points de données similaires** et découvrir des modèles sous-jacents.

<sup>18</sup> Groupes formés par le regroupement des points similaires

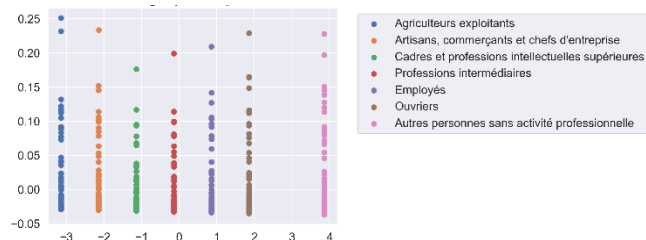


Figure 12.B : Original - Visualisation des clusters basée sur les taux standardisés directs de la prévalence des maladies chroniques

Nous pouvons voir sur la figure 12 que sept clusters se sont formés. Ceux-ci semblent correspondre aux sept catégories socio-professionnelles que nous avons étudiées précédemment.

Les inégalités face aux maladies chroniques sont réellement impactées par des variables

socio-démographiques, comme nous avons pu le démontrer. Mais aussi par des variables socio-économiques, avec des risques parfois cinq fois supérieurs à d'autres selon le statut de la personne. Ce qui nous amène à questionner la variable socio-culturelle. La figure ci-dessous témoigne des inégalités existantes entre les niveaux de diplôme<sup>19</sup> et la prévalence des maladies chroniques. Nous pouvons constater que moins les personnes sont diplômées, plus elles ont une prévalence de maladies chroniques élevée. Les personnes diplômées font partie d'une CSP plus élevée ayant un meilleur accès aux soins et donc sont moins sujettes aux maladies chroniques.

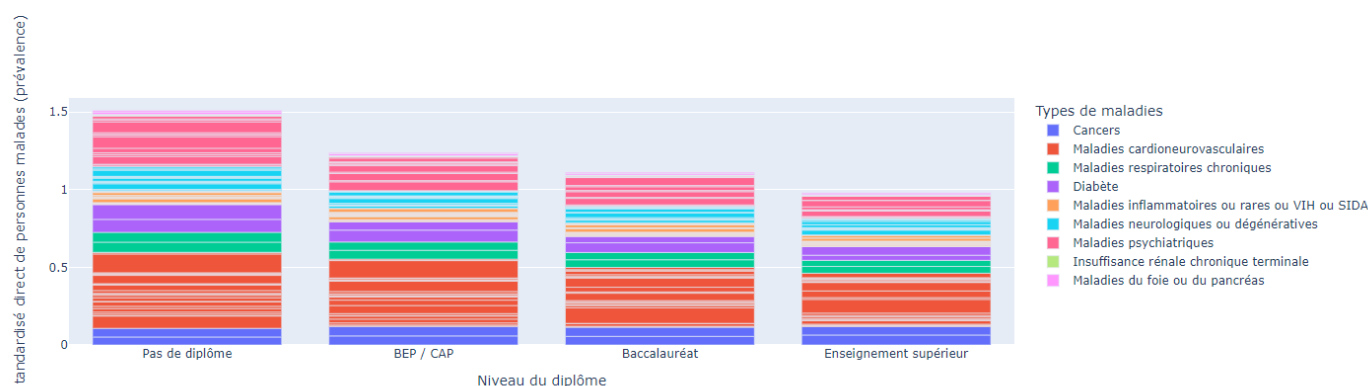


Figure 13 : Répartition de la prévalence maladies chroniques selon le niveau du diplôme

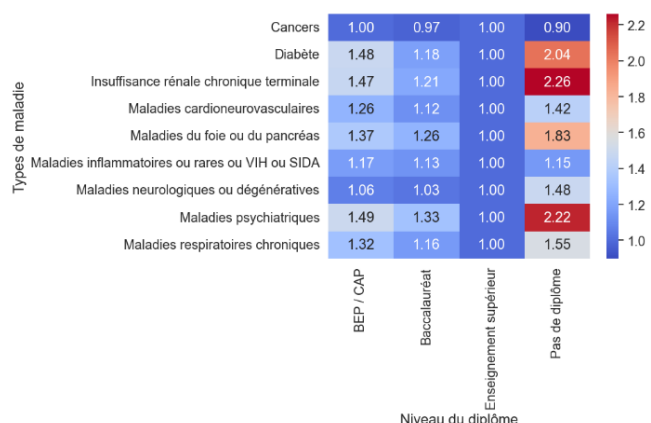


Figure 14 : Risque d'être touché par une maladie pour chaque niveau de diplôme par rapport aux personnes diplômées du supérieur (base 1)

Encore une fois, une colonne ressort de la heatmap, celle des personnes non diplômées. En effet, le risque d'avoir du diabète, une insuffisance rénale chronique terminale, des maladies du foie ou du pancréas ou encore des maladies psychiatriques est multiplié par environ 2 par rapport aux personnes diplômées de l'enseignement supérieur. Concernant les maladies cardiovasculaires, les maladies neurologiques ou dégénératives et les maladies respiratoires chroniques, le risque est multiplié par environ 1,5.

L'analyse que nous venons d'effectuer montre de fortes inégalités face aux maladies chroniques. Mais parmi ces inégalités nous pouvons nous demander lesquelles sont les plus impactantes. En effet, le taux standardisé permet d'effacer les facteurs de confusion que sont le sexe et l'âge concernant les maladies chroniques. Cependant, ici nous ne pouvons pas cibler les facteurs les plus importants des inégalités puisque nous ne pouvons pas établir l'impact du sexe sur les catégories socio-professionnelles ou même sur le diplôme. C'est pour cela que dans la partie

<sup>19</sup> Variable qualitative nominale (mais pouvant être ordinale si donnée selon le nombre d'années postbac)

suiivante nous nous intéresserons purement aux interactions entre l'ensemble des éléments constitutifs des inégalités sociales.

Nous allons dans un premier temps nous attarder sur l'influence des différentes variables sur les CSP.

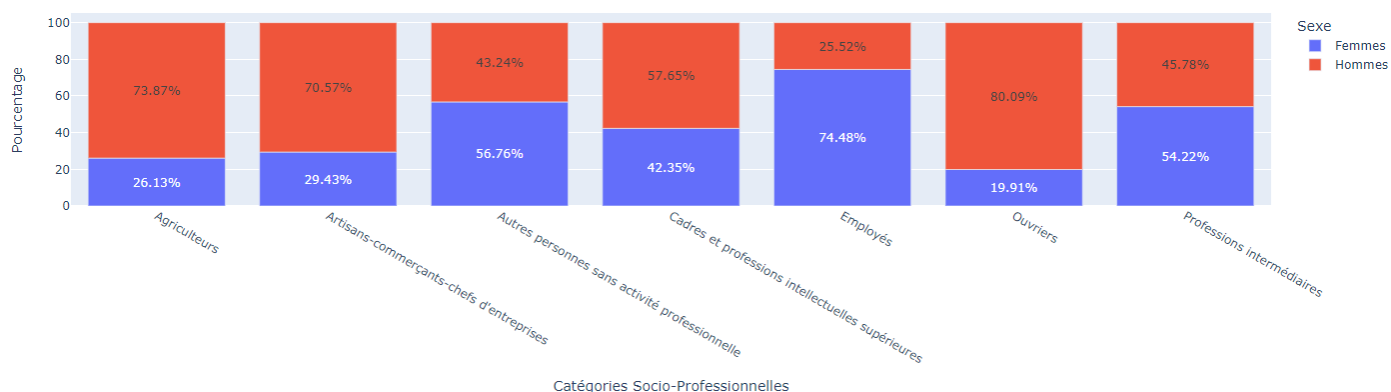


Figure 15: Catégorie socio-professionnelle de la population (15 ans et plus) en France en fonction du sexe

La figure ci-dessus nous permet d'identifier la catégorie socio-professionnelle des individus de 15 ans ou plus en fonction de son sexe. Nous remarquons une forte disparité, les hommes étant surreprésentés en agriculteurs, artisans-commerçants-chefs d'entreprises et chez les ouvriers. Tandis que les femmes sont plus présentes au sein des employés. Nous pouvons aussi relever une présence plus importante de femmes dans les professions intermédiaires (54,22%) mais aussi chez les personnes sans activité professionnelle (regroupant les anciens actifs et les inactifs n'ayant jamais travaillé et les chômeurs). À l'inverse, chez les cadres et professions intellectuelles supérieures, les hommes sont plus nombreux (57,65%). La tendance à une plus forte prévalence des hommes pourrait donc être en partie causée par leur surreprésentation parmi les ouvriers. La différence reste faible entre les hommes (54%) et les femmes (46%), ce qui peut s'expliquer d'une part du fait du plus grand nombre de personnes sans activité chez les femmes, et d'autre part du plus grand nombre de cadres hommes. Une répartition qui se rééquilibre finalement en termes de prévalence totale.

De plus, si nous regardons la CSP en fonction du niveau de diplôme, nous pouvons encore rendre compte de grandes différences entre les groupes.

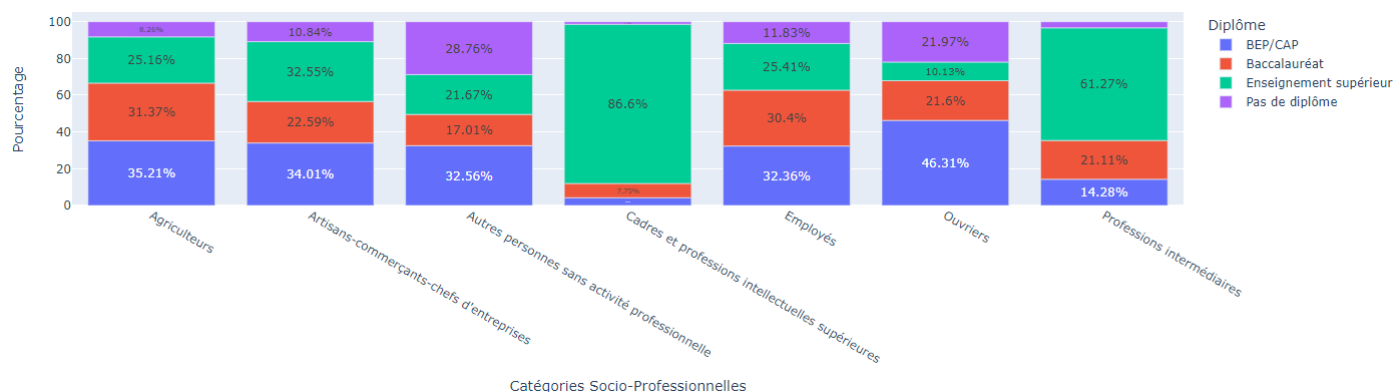


Figure 16 : Catégorie socio-professionnelle de la population (15 ans et plus) en fonction du diplôme

La différence la plus notable se trouve chez les cadres et les professions intellectuelles supérieures chez lesquelles nous notons 86,6% de personnes diplômées du supérieur. Nous en retrouvons également une grande part chez les professions intermédiaires. Au contraire chez les personnes sans activité professionnelle, nous observons une grande part de personnes non diplômées (28,76%), mais aussi de personnes possédant un BEP/CAP (32,56%). Ces dernières sont également très représentées chez les ouvriers (46,31%). Enfin dans les autres CSP, les niveaux de



diplômes sont à peu près également répartis, nous y retrouvons cependant peu de personnes non diplômées, sauf chez les ouvriers où elles représentent 21,97%.

Ces premières analyses mettent en évidence le rôle majeur de la CSP qui semble être le facteur le plus important dans les inégalités sociales, et donc d'accès à la santé. En effet, nous avons pu mettre en lumière la répartition inégalitaire des CSP en fonction du sexe, ce qui montre que le genre ne serait pas directement un facteur discriminant envers les maladies. Par ailleurs, nous avons pu constater que le niveau de diplôme est fortement corrélé à la CSP, il paraît donc logique que les inégalités face aux maladies chroniques aillent dans le même sens concernant ces deux variables. La population ayant un niveau de diplôme corrélé à une prévalence élevée est donc la même que celle des CSP présentant la même corrélation.

Il conviendrait désormais de traiter du niveau de diplôme en fonction du sexe.

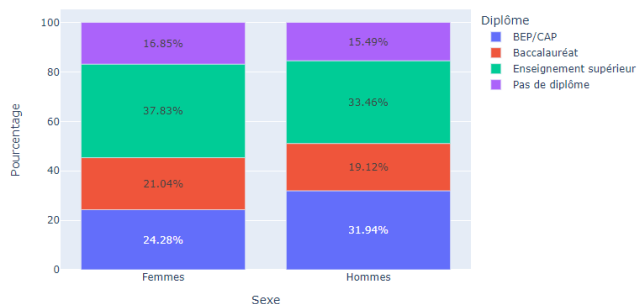


Figure 17 : Niveau du diplôme en fonction du sexe (15 ans et plus)

Le graphique ci-dessus nous expose les différences de niveau de diplôme en fonction du sexe. Nous pouvons remarquer que les principales différences se trouvent au niveau BEP/CAP où les hommes sont plus présents (31,94%) que les femmes (24,28%). De plus, notons aussi que plus de femmes sont diplômées du supérieur (37,83%) que chez les hommes (33,46%). Encore une fois, le niveau de diplôme joue un rôle clef dans l'accès à la santé. Si les femmes sont moins malades, le fait qu'elles soient majoritairement diplômées du supérieur pourrait l'expliquer (facteur protecteur contre les maladies chroniques). Inversement chez les hommes n'obtenant qu'un BEP/CAP, c'est plutôt un facteur de risque.

Pour terminer, nous étudierons la démographie géographique afin d'appréhender les liens entre les facteurs et les différentes zones. Ce qui nous permettra de comprendre pourquoi certaines zones sont plus touchées par les maladies chroniques.

Poursuivons notre analyse concernant le niveau des diplômes, il serait intéressant de visualiser les régions dans lesquelles nous

retrouvons le plus de personnes diplômées du supérieur. C'est ce que nous propose la figure 18.

Personnes diplômées de l'enseignement supérieur (en pourcentage) par région



Figure 18 : Carte de la France métropolitaine représentant le taux de diplôme de l'enseignement supérieur par région (15 ans et plus)

La carte ci-dessus permet de mettre en évidence le taux plus élevé (environ 45%) de personnes diplômées du supérieur résidents en Île-de-France. Ce taux est aussi plus élevé en Auvergne-Rhône-Alpes, en Occitanie, en Provence-Alpes-Côte d'Azur et en Bretagne. Cependant il est plus faible notamment en Normandie. Les régions avec les taux les plus élevés de personnes diplômées du supérieur correspondent aux régions moins touchées par les maladies chroniques.

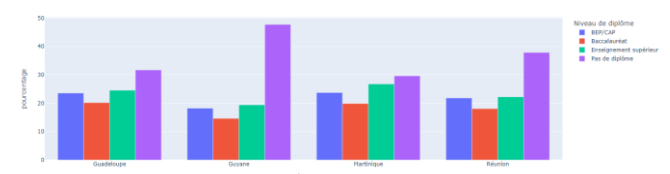


Figure 19 : Graphique en bâtons représentant le taux des diplômes en DROM (15 ans et plus)

Le taux de personnes sans diplôme dans les DROM est à peu près égal à celui du Nord de la France (sauf Ile-de-France) avec environ 30%. Toutefois la Guyane a un taux bien supérieur avec presque 50% de personnes sans diplôme.

Comme nous avons pu le voir, le niveau de diplôme est fortement corrélé avec la CSP, c'est pour cela que nous allons maintenant regarder la répartition de ces dernières.

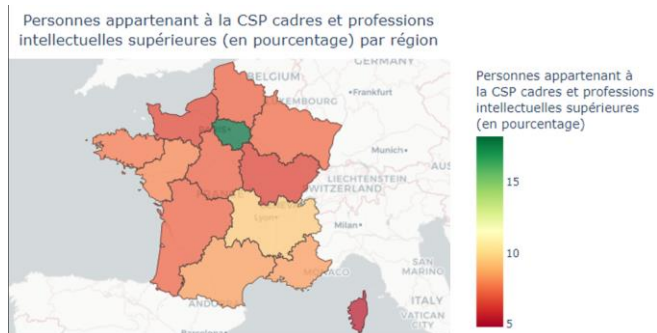


Figure 20 : Carte de la France métropolitaine représentant le taux de personnes cadres et professions intellectuelles supérieures (15 ans et plus)

La figure 20 nous montre que l'Île de France est la région avec le plus haut taux de personnes cadres et de professions intellectuelles supérieures. Nous noterons également que l'Auvergne Rhône Alpes se situe à la deuxième place avec un taux d'environ 10%.

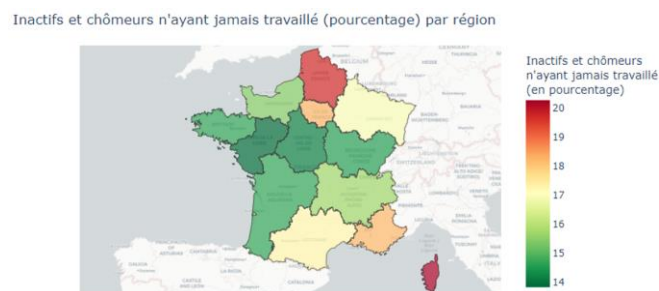


Figure 21 : Carte de la France métropolitaine représentant le taux de personnes cadres et professions intellectuelles supérieures (15 ans et plus)

À l'inverse, le taux d'inactifs et de chômeurs est élevé dans les Hauts-de-France ainsi qu'en Corse avec environ 20% de concernés dans chacune de ces deux régions. Nous retrouvons les deux régions fortement touchées par les maladies chroniques, confirmant le rôle majeur des CSP dans l'accès à la santé.

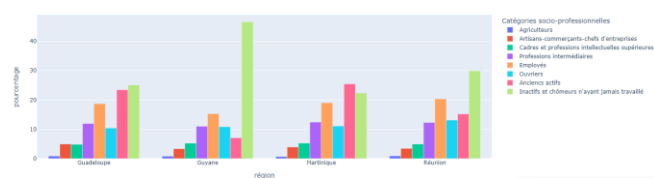


Figure 22 : Graphique en bâtons représentant le taux des répartitions des CSP en DROM (15 ans et plus)

Le taux de personnes inactives et au chômage n'ayant jamais travaillé est très élevé dans les DROM, avec plus de 20% pour la Guadeloupe et la Martinique, 30% pour la Réunion et plus de 40% pour la Guyane. Ici nous remarquons encore une corrélation entre le niveau de diplôme en Guyane et la CSP.

Pour finir, nous n'avons pas encore étudié la moyenne d'âge par région, c'est donc ce que nous allons faire.

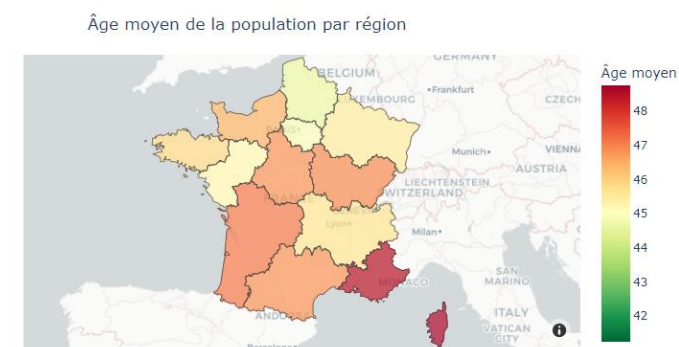


Figure 23.A : Moyenne d'âge par région

La moyenne d'âge en France ne descend pas en dessous de 45 ans et nous pouvons remarquer que les régions où la moyenne d'âge est la plus élevée, sont aussi les régions où la prévalence est supérieure.

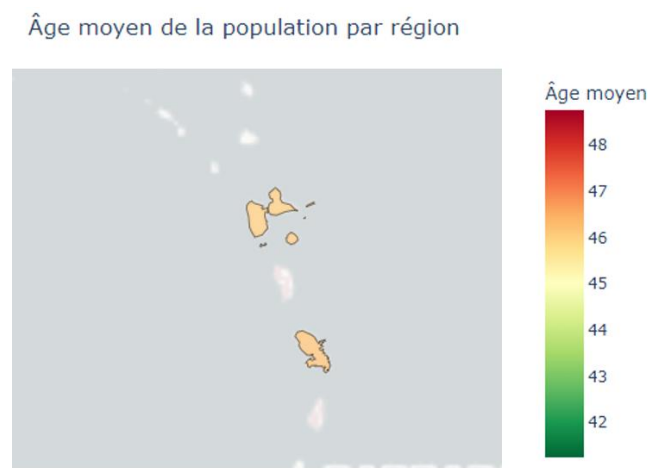


Figure 23.B : Moyenne d'âge par région

En Guadeloupe et à la Réunion, la moyenne d'âge est d'environ 45,5 ans, elle marque une différence avec les autres DROM.

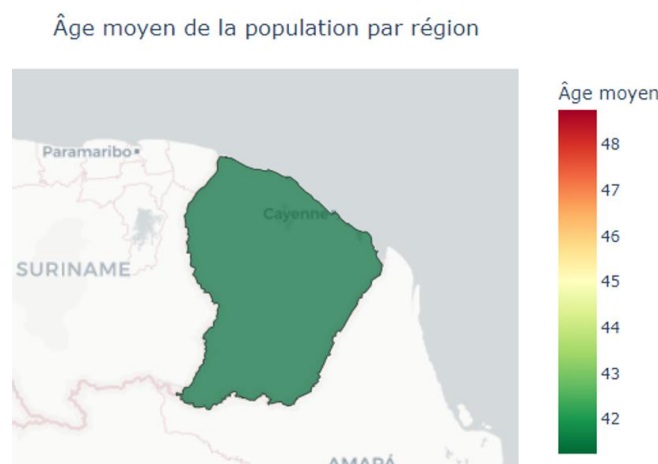


Figure 23.C : Moyenne d'âge par région

Âge moyen de la population par région

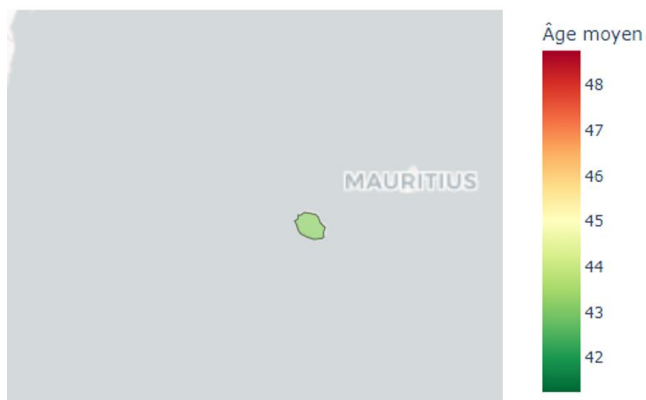


Figure 23.D : Moyenne d'âge par région

En effet, la Guyane ainsi que la Martinique ont une population plus jeune. Cela peut expliquer, surtout concernant la Guyane, le taux moins élevé de maladies chroniques. La jeunesse de la population guyanaise compense notamment l'inactivité de cette population.

La France est un pays où demeurent toujours des inégalités sociales. Ces dernières

se répercutent comme nous l'avons vu sur l'accès à la santé, et notamment en ce qui concerne les maladies chroniques. Les facteurs d'inégalités qui influencent la santé de la population sont variés. Nous y retrouvons le sexe, l'âge, le lieu de résidence, le niveau de vie, la catégorie socio-professionnelle et enfin le niveau d'études. Or, si tous ont une influence nous avons vu que ce n'est pas toujours dans la même mesure. Nous pouvons notamment citer la catégorie socio-professionnelle ainsi que le niveau de vie qui de plus certains facteurs servent de catalyseurs pour d'autres et augmentent les inégalités déjà existantes par un mécanisme d'accumulation. Il serait intéressant d'analyser plus en profondeur la géographie des populations afin de comprendre leur répartition et de palier aux problèmes d'inégalités sociales, afin de briser le mécanisme rétroactif positif de l'accumulation des inégalités.

*Références :*

1. [Facteurs de structuration et de hiérarchisation de l'espace social](#)
2. [Notions d'inégalités sociales](#)
3. [Vivre avec une maladie chronique - Ministère de la santé](#)
4. [Système des inégalités - Cairn](#)
5. [Rapport sur l'incidence élevée du diabète - PDF - Institut de veille sanitaire](#)
6. [Les chiffres alarmants du diabète Outre-mer - France TV Info](#)
7. [Explications sur la standardisation - DREES](#)
8. [Inégalités sociales face aux maladies chroniques – rapport – DREES](#)

*Données :*

1. [Inégalités sociales face aux maladies chroniques - DREES](#)
2. [Données harmonisées des recensements de la population 1968-2019](#)
3. [Fichier .geojson des régions de France](#)

*Notebook :*

1. [Nettoyage jeu de données : Inégalités sociales face aux maladies chroniques - DREES - Notebook - Anaëlle De Freitas](#)
2. [Nettoyage jeu de données : Données harmonisées des recensements de la population 1968-2019 – Notebook – Anaëlle De Freitas](#)
3. [Inégalités sociales face aux maladies chroniques - Notebook - Anaëlle De Freitas](#)

*Google Drive :*

1. [Google Drive contenant tous les notebooks et toutes les données](#)