

## Etat de santé et inégalités sociales et territoriales : éléments de diagnostic francilien

V9 18/01/2011

Introduction.....	2
1. Méthode et organisation du document .....	2
1.1. Démarche du groupe de travail.....	2
1.2. Problématique générale.....	4
1.3. Un modèle global des déterminants de la santé.....	4
2. Un territoire régional marqué par des disparités socio-économiques .....	6
2.1. Inégalités de ressources.....	7
2.2. Pauvreté et précarité.....	10
2.3. Santé, migration, discrimination.....	11
3. Les processus : la formation des inégalités de santé.....	13
3.1. Evénements précoces et histoires de vie .....	13
Mortalité périnatale et infantile .....	13
Santé des enfants .....	14
Santé des adolescents.....	15
3.2. Emploi.....	15
Structure de l'emploi francilien.....	15
Conditions de travail et santé.....	16
Chômage et travail précaire.....	16
Santé et travail : un impact réciproque .....	17
3.3. Environnement, logement .....	17
Cadre de vie.....	17
Logement .....	18
Zones urbaines sensibles .....	18
Logement insalubre .....	19
Transports.....	19
Problèmes environnementaux : pollution et bruit.....	20
3.4. L'accessibilité de l'offre de santé .....	20
Inégalités dans l'accès à la prévention : dépistage et vaccination .....	20
Barrières financières.....	21
Barrières culturelles et informationnelles.....	22
Freins organisationnels.....	23

## Introduction

L'Ile-de-France est une région riche, qui produit près de 30% du PIB national, avec un revenu annuel moyen des Franciliens supérieur de 25% à la moyenne nationale. **L'Ile-de-France fait aussi partie des régions françaises où l'on vit le plus longtemps.** L'espérance de vie des hommes (78,6 ans) est la plus élevée de toutes les régions de France et celle des femmes (84,7 ans) place l'Ile-de-France en deuxième position. Les indicateurs témoignent d'une **mortalité générale toutes causes moins importante que pour le reste du pays** (avec un taux de mortalité brut de 7‰ contre 9‰). La région est également moins frappée que le reste du pays par la mortalité prématurée, pour laquelle la France connaît une situation problématique par rapport à ses voisins européens. Sur les 70 000 décès annuels de Franciliens, un peu plus de 17 000 (environ un sur quatre) surviennent avant 65 ans, soit une sous-mortalité de -13% pour les hommes franciliens par rapport à la moyenne nationale.

**Malgré ces caractéristiques plutôt favorables, l'Ile-de-France présente certaines spécificités préoccupantes.** Outre une mortalité prématurée qui, même si elle est moins défavorable que la moyenne nationale, reste trop élevée, la région est fortement touchée par des pathologies spécifiques, notamment l'infection par le **VIH/sida, la tuberculose, le saturnisme**. Certains indicateurs distinguent également la région par rapport aux moyennes nationales : c'est notamment le cas pour la **mortalité infantile** (3,9 décès pour 1000 naissances, contre 3,6 pour la moyenne nationale) et pour la **mortalité féminine par cancer** (+20% pour le cancer du poumon, +6% pour le cancer du sein par rapport aux Françaises). Par ailleurs, même si la forte natalité et les échanges migratoires avec la province freinent le **vieillessement** de la population francilienne en comparaison de son rythme au niveau national, il reste que la population âgée, notamment dépendante, est en augmentation, avec selon les projections plus d'un million de Franciliens de plus de 75 ans à l'horizon 2030.

Surtout, la caractéristique la plus préoccupante du paysage sanitaire francilien tient à l'importance des disparités de santé sur le territoire. On retrouve ainsi des écarts d'une amplitude à peu près comparable à celle observée à l'échelle nationale. Ces disparités s'organisent pour de nombreux indicateurs (espérance de vie, mortalité prématurée...) selon une ligne Nord-Ouest/Sud-Est, ligne de part et d'autre de laquelle la situation sanitaire est globalement favorisée dans la moitié Sud et défavorisée au Nord. Or cette ligne de partage recouvre peu ou prou l'existence de fortes disparités économiques et sociales entre territoires franciliens. Les fortes inégalités de conditions sociales qui caractérisent la région se traduisent ainsi par des inégalités de santé, que l'on qualifie donc de « sociales » parce qu'elles sont corrélées à des déterminants sociaux, et que l'on qualifie de « territoriales » parce qu'elles s'ancrent dans des disparités entre territoires. Ce sont ces inégalités, corrélées à des déterminants sociaux et géographiques, que la présente note s'attache à identifier.

## 1. Méthode et organisation du document

### 1.1. Démarche du groupe de travail

La présente note constitue la contribution du groupe de travail de l'ARS Ile-de-France au diagnostic régional des besoins de santé du Plan stratégique régional de santé (voir composition du groupe en annexe).

La réduction des inégalités sociales et territoriales de santé est l'un des trois axes arrêtés par le COMEX pour structurer la stratégie de l'ARS dans le Plan stratégique régional de santé du PRS. L'ambition est de **réduire les inégalités de santé** entre groupes sociaux et entre territoires.

En amont de la formulation d'une stratégie régionale permettant de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé, l'étape de l'observation et du diagnostic est décisive. De fait, le décret du 18 mai 2010 relatif à l'élaboration du PRS spécifie que le premier volet du PRS, le PSRS, doit comporter une évaluation des besoins de santé dans laquelle une attention particulière est portée aux inégalités sociales et territoriales de santé. Rappelons en effet qu'une meilleure description de la distribution dans les populations des problèmes de santé selon des critères de situation sociale, une meilleure compréhension de la nature des déterminants des disparités observées et des voies par lesquelles ils exercent un rôle, sont des données essentielles pour l'élaboration et la conduite de politiques de santé visant à réduire les inégalités sociales de santé<sup>1</sup>.

Les délais contraints impartis pour l'élaboration du PSRS ont conduit le groupe de travail à arrêter les principes suivants :

- le diagnostic régional des inégalités sociales et territoriales de santé se fonde sur des données quantitatives, publiées et validées qui, fussent-elles parfois anciennes, permettent un état des lieux des inégalités socio-économiques marquant la région et des inégalités de santé qui différencient entre elles des zones infra-régionales ou bien des segments particuliers de la population régionale ;
- néanmoins, dans le souci d'ancrer le diagnostic dans la réalité locale, le groupe a fait le choix de faire ressortir dans le travail diagnostique certains éléments d'observation relatifs à des territoires particuliers dans chacun des départements franciliens ; cet apport a été confié aux délégations territoriales qui ont sélectionné dans leur département un ou deux territoires pour lesquels l'observation locale permet de faire ressortir de façon particulière un aspect de la problématique des inégalités sociales et territoriales de santé. Ces apports figurent sous la forme d'encarts dans la présente note.

#### **Encadré : système d'information statistique**

Le HCSP<sup>2</sup>, déplorant l'insuffisance du système d'information sur les inégalités de santé, a proposé en 2009 que les indicateurs suivants soient disponibles à l'échelle nationale et déclinés par zone géographique :

- espérance de vie, par catégorie socio-économique
- mortalité prématurée, par catégorie socio-économique
- espérance de vie avec et sans incapacité, par catégorie socio-économique
- renoncements aux soins pour raison financière, par catégorie socio-économique

Ces éléments devraient être accessibles au niveau régional, départemental, voir cantonal ou communal pour permettre une compréhension fine des mécanismes.

En effet, il faut souligner que le système d'information statistique français et francilien rend complexe la possibilité de croiser des informations d'ordre sanitaire avec des indicateurs socio-économiques : ainsi, les données sur la mortalité prématurée et l'espérance de vie sont disponibles, mais pas par profession et catégorie socioprofessionnelle (PCS) (à l'exception de l'indicateur de « déficiences »). L'accès aux données de l'Echantillon permanent de l'Insee est bloqué depuis 2006 pour des raisons juridiques internes à l'Insee relatives à l'accès à des données individuelles. Les informations sur les inégalités sociales de santé en matière de morbidité sont assez limitées. Peu de données sur les inégalités sociales de santé sont issues du champ santé-travail. De même, dans les statistiques de routine (assurance-maladie, PMSI, Sniiram), les données sociales ne figurent pas. Enfin, les discriminations dans le domaine de la santé, qu'il s'agisse de patronyme, de quartier de résidence, de religion, de couverture sociale ont été peu explorées, indépendamment du niveau social.

Le groupe de travail souligne donc les limites du système d'information dans sa capacité à croiser les indicateurs sanitaires avec des informations sur les déterminants socioéconomiques de la santé et s'associe aux positions exprimées par le HCSP.

Le Groupe de travail considère que l'ARS doit s'engager pour que soit disponible de façon régulière un bilan des données sur les inégalités sociales de santé en Ile-de-France :

- publication, de façon régulière, au minimum tous les 5 ans, d'un rapport de synthèse, des données disponibles sur les inégalités sociales de santé ;
- approfondissement de la production de données à des échelles géographiques fines (cantons, communes)
- systématisation du recueil de données socioéconomiques dans les études de cohortes conduites dans la région (voir par exemple le questionnaire social des cohortes de l'Agence nationale de recherches sur le sida) ;
- mise en place d'indicateurs pour analyser les flux de populations à l'échelle infra-régionale
- association aux travaux préparatoires de la prochaine itération de l'Enquête décennale santé de l'INSEE (2012-2013)

## 1.2. Problématique générale

La réduction des inégalités sociales et territoriales de santé constitue un axe majeur de la politique régionale de l'ARS, en accord avec les orientations stratégiques de la politique nationale de santé. En effet, la situation sanitaire française est marquée par un paradoxe : l'espérance de vie à la naissance est parmi les plus élevées en Europe mais les inégalités sociales de santé sont également parmi les plus importantes. Des travaux comparatifs à l'échelle européenne ont fait valoir que **la France est, avec la Finlande, le pays de l'Europe des Quinze où les inégalités sociales de santé sont les plus fortes lorsqu'elles sont mesurées par le risque de décès prématuré selon la profession ou le niveau d'éducation**<sup>3</sup>. Or cette problématique nationale trouve dans la région Ile-de-France l'une de ses expressions les plus nettes.

Ces inégalités vont bien au-delà du constat d'un état de santé dégradé pour les personnes les plus démunies. Elles peuvent être définies comme des différences d'état de santé systématiques (non dues au hasard) entre groupes sociaux. Elles traversent l'ensemble de la population, faisant parler de « **gradient social de santé** » : loin de se réduire à l'écart des conditions de vie et des ressources entre les catégories sociales extrêmes, souvent réduite à l'opposition cadres/ouvriers compte tenu des données disponibles, le lien entre position sociale et santé se manifeste de manière constante tout au long de l'échelle sociale.

De fait, aujourd'hui, la montée de la pauvreté laborieuse et la proportion croissante de ménages franciliens qui sont en situation d'insécurité économique et professionnelle signalent que les inégalités socio-économiques ne peuvent s'analyser en opposant exclus et inclus, pauvres et riches, actifs et inactifs.

Les exemples du recours à l'activité physique et des habitudes alimentaires l'illustrent : la fréquence de la pratique sportive de loisirs augmente au fur et à mesure que le niveau de diplôme s'élève ; le recours à une alimentation équilibrée suit la courbe d'augmentation des revenus. Ce gradient, moins visible parce que moins bien documenté que les situations extrêmes, montre que le lien entre santé et position sociale ne se limite pas à la question de la précarité, problématique sur laquelle se fondaient les politiques de lutte contre les exclusions de la fin des années quatre vingt-dix (objectif 34 de la loi relative à la politique de santé publique de 2004), mais renvoie à celui de l'inégale distribution des ressources face à la santé liées à la profession, aux revenus ou aux diplômes.

## 1.3. Un modèle global des déterminants de la santé

Qu'elles soient réalisées à l'échelle régionale, nationale, européenne ou internationale, toutes les observations s'accordent à souligner l'impact des déterminants sociaux sur la santé : c'est ce qu'illustrent le plus souvent des corrélations entre indicateurs de santé et catégorie socioprofessionnelle, niveau de revenu, ou niveau d'éducation. En effet, la catégorie socioprofessionnelle et le niveau de revenus déterminent le niveau socioéconomique des individus, qui joue un rôle majeur dans la constitution de l'état de santé et dans les capacités matérielles et sociales de sa préservation. Ainsi, revenus modestes et situations de vulnérabilité socioprofessionnelle jouent négativement sur l'état de santé en exposant les personnes à des conditions de travail, de vie et de logement dégradées. Les ressources limitées peuvent occasionner par exemple le renoncement à des activités de loisir concourant à l'équilibre personnel, mais plus gravement à des privations débouchant sur des situations d'insécurité alimentaire. Enfin, fragilité économique et pauvreté sont souvent associées à une moindre protection maladie complémentaire ; elles occasionnent plus souvent le report ou le renoncement de soins notamment dans les domaines peu couverts par les régimes de protection maladie obligatoire tels que la dentisterie, les prothèses auditives et visuelles. Le niveau d'études renvoi quant à lui à la formation des normes relatives à la santé, à la réceptivité aux messages de prévention ou à la capacité de s'appropriier les modes d'organisation du système de santé : autant de déterminants décisifs, là encore, de l'état de santé.

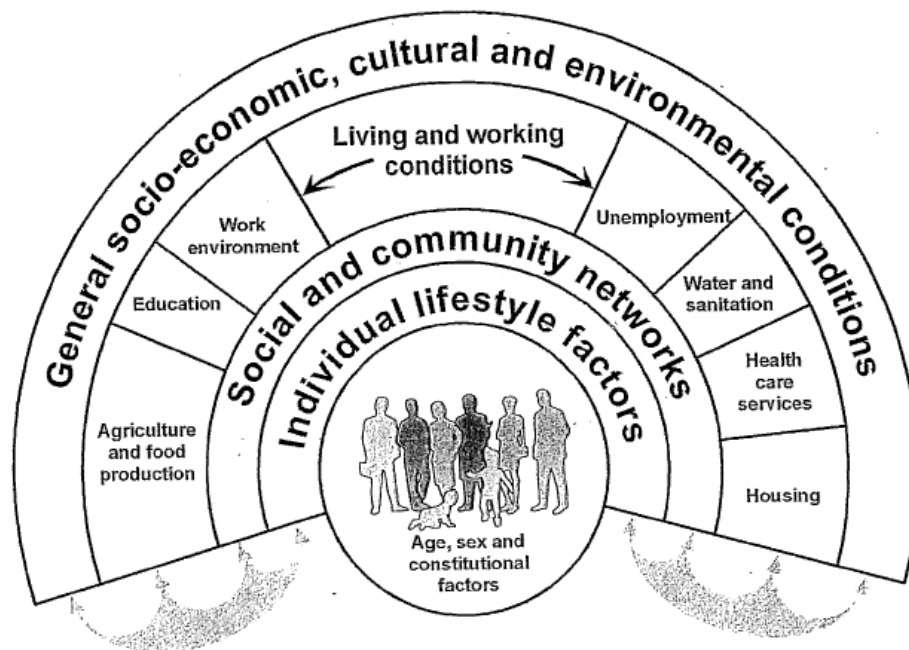
Les inégalités commencent dès l'enfance, ce qui explique pour partie leur reproductibilité d'une génération à l'autre, puisque les difficultés accumulées dans l'enfance se traduisent par des trajectoires de vie rendant peu probables l'accès à des études supérieures, un emploi qualifié, des revenus conséquents etc. Au delà, le poids des conditions de travail, de vie, la qualité des liens sociaux, l'éducation, ont un impact important sur la fréquence des expositions à des facteurs de risque et des comportements « à risque », mais aussi sur l'accès à la prévention, au diagnostic et aux soins. Les parcours de vie difficiles, construits dès l'enfance, entraînent une accumulation de pertes de chance sur le plan de la santé.

La littérature reprend dorénavant le modèle descriptif proposé par l'Organisation mondiale de la santé présenté dans le rapport de sa Commission des déterminants sociaux de la santé en 2008<sup>4</sup>. Il est fondé sur les interactions que des

déterminants dits " structurels " des inégalités sociales de santé ont avec des déterminants dits "intermédiaire " de l'état de santé. Selon ce rapport, les inégalités en santé tiennent aux circonstances dans lesquelles les individus naissent et grandissent, travaillent, vivent et vieillissent. Puis, à un second niveau, plus structurel, ces circonstances de vie sont elles-mêmes déterminées par les structures politiques, sociales et économiques du pays.

Différentes théories explicatives existent et diffèrent selon l'importance donnée à l'un ou l'autre des déterminants potentiels. Certaines privilégient le rôle des conditions de naissance et de vie dans la petite enfance qui, lorsqu'elles sont défavorables, poseraient les fondements créateurs des inégalités. D'autres se fondent sur l'effet cumulatif de déterminants sociaux et économiques défavorables se combinant et interagissant au cours de la vie. Ces courants ne sont pas exclusifs l'un de l'autre et sont même plutôt complémentaires.

La compréhension des inégalités de santé nécessite donc de se référer à un modèle global des déterminants de la santé<sup>5</sup> :



## 2. Un territoire régional marqué par des disparités socio-économiques

L'Ile-de-France est une région capitale. Elle rassemble 19% de la population française (11 millions d'habitants), 22% de l'emploi (5.5 millions), 26% des cadres comme des étudiants. Sa population est jeune (la moitié de la population a moins de 40 ans) grâce à une natalité dynamique qui fait plus que combler les flux migratoires négatifs. Avec un PIB de 430 milliards d'euros (29% du PIB français), son poids économique est supérieur à celui de 20 des 25 pays de l'Union. C'est le premier pôle européen d'implantation des sièges d'entreprises et le premier parc immobilier d'entreprises d'Europe.

Son emploi est tiré par les services (ils représentent 83% de l'emploi total). C'est aussi la première région touristique du monde avec plus de 45 millions de visiteurs en 2004 et une très forte spécialisation de l'emploi dans les activités récréatives et culturelles, l'hôtellerie et la restauration. C'est enfin une région dont 50% du territoire est agricole, 25% boisé (ses forêts accueillent mensuellement plus de 8 millions de visiteurs) et 19% inventorié comme zone d'intérêt écologique (dont 16 sites Natura 2000).

Ces éléments globalement positifs ne sauraient masquer certaines observations plus nuancées :

- En premier lieu, au sein même de la région, l'existence de **poches de grande pauvreté** montre l'importance des disparités. Les écarts de revenus entre départements de la région sont très forts (64% entre les Yvelines et la Seine-Saint-Denis en moyenne) et les dynamiques ont de surcroît fortement divergé ces quinze dernières années (par exemple diminution du revenu moyen en Seine-Saint-Denis contre une augmentation moyenne de 20% pour l'ensemble de l'Ile-de-France). L'aggravation est encore plus forte dans les 157 zones urbaines sensibles franciliennes qui rassemblent 12% de la population, ont un taux de chômage deux fois plus important, près de 30% de la population de plus de 15 ans sans diplôme et un parc HLM qui représente plus de 60% des habitations. En 2001, près de 1,4 million de Franciliens et 505 000 ménages vivaient dans des territoires « pauvres », avec un revenu presque deux fois inférieur à la moyenne régionale. Ces territoires couvrent le Nord des Hauts-de-Seine, la partie Ouest et Sud de la Seine-Saint-Denis et le quart Nord-Est de Paris. Ils débordent à l'ouest sur les communes riveraines du Val d'Oise et concernent également quelques communes de grande couronne comme Meaux, Etampes ou Mantes-la-Jolie.
- Par ailleurs, tous les indicateurs soulignent aujourd'hui le **moindre dynamisme** de la région francilienne. Le poids de la région dans le PIB français et sa place dans l'emploi global reculent depuis 10 ans. En témoigne la fin de son exception en matière de chômage (son taux traditionnellement inférieur d'un point au taux français est maintenant équivalent avec des départements – dont Paris lui-même – dont les taux dépassent la moyenne nationale).
- Enfin, rassembler autant d'activités sur un territoire limité (12 000 km<sup>2</sup>) est également synonyme de très fortes densités (dans les 15% d'espaces urbains), de problèmes de congestion et de gestion des grands flux (personnes, matériaux et marchandises et déchets), d'**expositions aux risques** (ils concernent 1000 des 1300 communes) et de qualité environnementale (qualité de l'air associée notamment aux trafics urbains, qualité sonore avec plus de 2 millions de riverains concernés par un survol aérien à moins de 3000 mètres...).

Ainsi, le territoire francilien est marqué par de forts contrastes sociaux façonnés par la géographie, par l'histoire, et par les politiques économiques et d'aménagement.

### La Seine-et-Marne : une forte césure entre Est et Ouest

La Seine-et-Marne, département le plus vaste et le plus rural de la région, est en pleine explosion démographique, notamment dans sa partie "ouest" proche de la petite couronne parisienne et du 93, avec plus d'un habitant sur 4 âgé de moins de 20 ans. Avec ses loyers modérés et une accession à la propriété facilitée il devient la terre d'accueil des Franciliens de Paris et de petite couronne qui rencontrent des difficultés sociales.

#### L'évolution des indicateurs de précarité du département est préoccupante :

- une personne de 15 ans et plus sur 8 n'a jamais été scolarisée ou scolarisée seulement jusqu'en primaire ou jusqu'au collège sans diplôme
- l'emploi peu qualifié est surreprésenté dans le département, avec une croissance de plus de 46% du volume d'emplois peu qualifiés entre 1990 et 2000 (+1% au niveau régional). Ces emplois sont essentiellement répartis dans l'ouest du département et se développent surtout sur les secteurs de Marne-la-Vallée, Meaux.
- le taux de chômage est en augmentation
- le nombre de bénéficiaires de minima sociaux a augmenté de 11,9% dans le département entre 2003 et 2008 (versus 4,2% en Ile-de-France et -0,1% en France métropolitaine). L'analyse par structure de l'âge des allocataires de l'API (Allocation de Parent Isolé) donne un pourcentage d'allocataires de moins de 25 ans de 39,7% en Seine-et-Marne, ce qui constitue le taux le plus élevé d'Ile-de-France (33,8%).

Une analyse plus précise de ces indicateurs de précarité met en évidence une asymétrie territoriale de la précarité dans le département, avec en outre des modes de communication difficiles entre les deux parties du département :

- une zone Est plutôt Sud à caractère rural, plus pauvre, sans expansion socio-économique et démographique ; cette zone se singularise par la prédominance de l'accession à la propriété dans une part significative de logements inconfortables et potentiellement indignes.

- une zone Ouest plutôt Nord, zone de concentration urbaine, d'emploi et de croissance démographique caractérisée notamment par une très forte hausse du taux de natalité ces 10 dernières années. Dans ce territoire Ouest, les agglomérations "villes anciennes" de Meaux et Melun ont le plus fort taux de précarité sociale du département. Les "nouvelles villes" de Sénart et Marne la Vallée- Val Maubué sont également dans cette zone Ouest caractérisée par une population des moins de 20 ans très importante avec 30% à Noisiel (commune du SAN de val Maubué) et 31.9% à Sénart. De même, le parc de logement social est essentiellement localisé à l'ouest (30% des habitants de Noisiel sont locataires en HLM).

**Il existe également des disparités territoriales en termes d'exposition à des risques environnementaux.**

Alors que l'eau potable est très chargée en pesticides dans le centre et l'est du département, la zone industrielle de Mitry Compans, au Nord ouest, comprend une soixantaine d'entreprise relevant du régime des installations classées pour la protection de l'environnement (ICPE) dont cinq sont classées en risque SEVESO. De nombreuses autres entreprises « à risques » sont installées dans ce territoire (raffinerie, incinérateur, industrie gazière...). La Commune de Montereau-Fault-Yonne comprend une entreprise classée SEVESO.

**Ces disparités territoriales se traduisent par des inégalités de santé.**

Un certains nombre d'indicateurs relatifs à la santé sont défavorables voire particulièrement défavorables dans le 77 :

- l'espérance de vie à la naissance des hommes et des femmes est la plus basse de la région ;
- les taux standardisés de mortalité (TSM) toute cause des hommes et femmes sont supérieurs à la moyenne régionale et France métropolitaine ;
- la mortalité prématurée place le 77 au deuxième rang régional après le 93 ;
- les taux standardisés de mortalité sont supérieurs à la moyenne régionale pour les cancers des hommes et femmes, pour le cancer du sein des femmes, pour les cancers des poumons et larynx des hommes, pour l'alcoolisme et la cirrhose des femmes ;
- la part des suivis des cancers professionnels représente pratiquement le quart des suivis des cancers professionnels de la région (origine amiante essentiellement).

**La comparaison par canton fait apparaître des inégalités de santé entre Est et Ouest du département :**

- une partie Ouest très proche de la petite couronne en pleine expansion avec des zones de mortalité prématurée dans les zones proches du 93, communes de Chelles, Noisiel ;
- une partie Est très rurale avec un manque important de professionnels de santé et une mortalité prématurée importante dans le nord-est mais également le sud-est, notamment dans la zone de Montereau, Bray sur Seine et enfin Nemours, à cheval sur le Sud est et Sud ouest.

**Ces disparités d'états de santé recoupent une répartition inégale de l'offre de soins sur le département.** La Seine-et-Marne est le département francilien présentant le nombre de médecins généralistes le plus bas de la région : 243/100000 hab. La frange Est du territoire ainsi que l'extrême nord et sud ne sont pas inclus dans le dispositif des médecins d'urgence. Le département dispose de 10 établissements publics de santé implantés dans les principales agglomérations du département : 8 centres hospitaliers (Melun, Montereau-Fault-Yonne, Provins, Fontainebleau, Nemours, Meaux, Coulommiers et Lagny-sur-Marne), 1 hôpital local (Brie-Comte-Robert) et l'hôpital intercommunal de Jouarre. Il compte 16 établissements privés à but lucratif (cliniques et hôpital privé, des établissements de santé privés d'intérêt collectif et des établissements privés à but non lucratif)

## 2.1. Inégalités de ressources

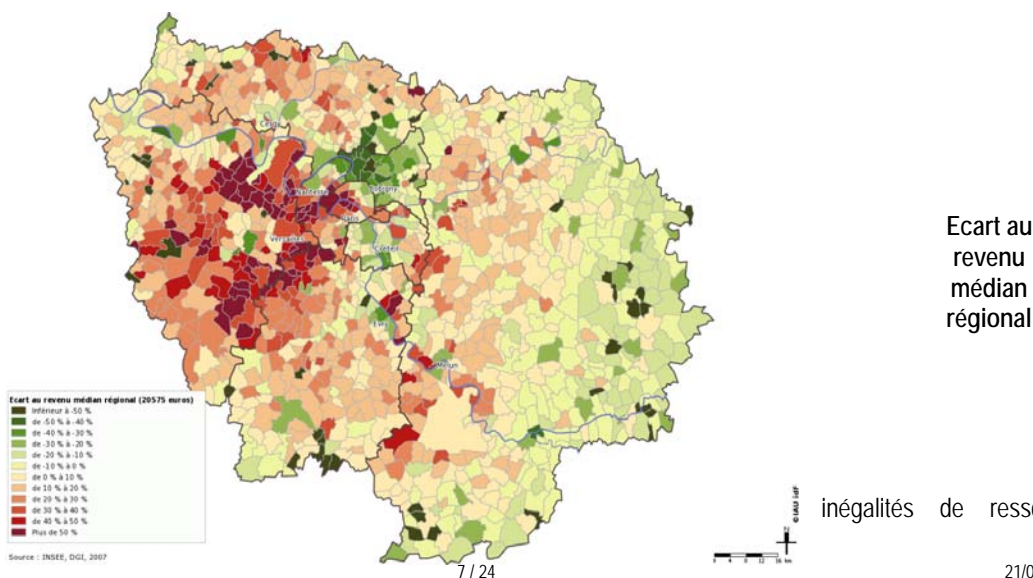
L'Ile-de-France est la plus riche mais aussi la plus inégalitaire des régions françaises. Les 10 % de foyers fiscaux les plus riches y ont un revenu mensuel minimum supérieur de près de 3 300 euros à celui du revenu maximum des 10 % les plus pauvres. Si l'on raisonne de façon relative, le revenu minimum (avant impôts) des 10 % les plus riches est 7 fois supérieur au revenu maximum des 10 % les plus démunis.

**Le revenu médian des Franciliens est plus faible dans les communes du centre-est et de l'est que de l'ouest de la région.**

Les revenus médians les plus bas s'observent principalement sur deux grands territoires :

- Le premier couvre le nord de Paris, la Seine Saint Denis, le nord des Hauts de Seine et le sud du Val d'Oise. La forte présence dans ces communes de ménages d'ouvriers et d'employés, d'étrangers et un taux de chômage élevé expliquent en partie la faiblesse des revenus des habitants.
- Le 2<sup>ème</sup> territoire suit la limite est de la Seine et Marne : les habitants y sont plus fréquemment inactifs, essentiellement retraités. Les communes concernées sont de petite taille.

Plusieurs indicateurs socio-économiques montrent que les inégalités infra-régionales tendent à augmenter depuis 25 ans, opposant de plus en plus un groupe de territoires aisés composé de Paris, des Hauts-de-Seine et des Yvelines, au reste de la région.



écarts de rémunération ou encore l'impact souvent différentiel de la crise économique selon les territoires et les populations, se traduisent par des inégalités de santé qui semblent s'accroître.

**De Nanterre à Saint-Denis :  
la boucle Nord du 92 et arrondissement de Saint-Denis (93), un territoire en difficulté,**

**L'identification d'un territoire commun à la boucle nord des Hauts de Seine (92) et à l'arrondissement de Saint Denis (93) fait apparaître un certain nombre d'enjeux similaires.** Côté 92, le territoire de la boucle Nord est situé au nord du département, de Nanterre jusqu'à Saint Denis en regroupant les communes d'Asnières-sur-Seine, Clichy-la-Garenne, Colombes, Gennevilliers, Villeneuve-la-Garenne et Nanterre. L'arrondissement de Saint Denis quant à lui est constitué de neuf communes : Aubervilliers, Epinay-sur-Seine, La Courneuve, L'Isle-Saint-Denis, Pierrefitte, Saint Denis, Stains, Saint Ouen, et Villetaneuse. Le développement des ateliers santé ville trouve sur l'ensemble de ces communes une expression forte, et ce territoire relève de la politique de la ville et la majorité des villes font l'objet d'actions spécifiques dans le cadre des CUCS.

**Ce territoire rassemble près de 800000 habitants, avec des caractéristiques communes :** une population jeune, avec une proportion d'étrangers plus importante que les moyennes départementales, un taux important de familles monoparentales et de personnes non diplômées, une forte représentation des bénéficiaires de la CMUC et des revenus plus bas que les revenus moyens des deux départements respectifs. Le contexte économique s'est dégradé sur ce territoire, avec ainsi, pour la boucle nord du 92 caractérisée, par contraste avec le reste du département, par un tissu industriel important et en perte de vitesse, un taux de chômage nettement supérieur au reste du département. La présence du port de Gennevilliers, plus grand port intérieur français, qui compte 250 entreprises et 6000 emplois pour 8% du trafic marchandises de l'Ile-de-France, nuance ce diagnostic. Ce territoire se caractérise enfin par un pourcentage important de logements sociaux et d'importants enjeux d'habitat insalubre notamment à Saint-Denis et à Aubervilliers.

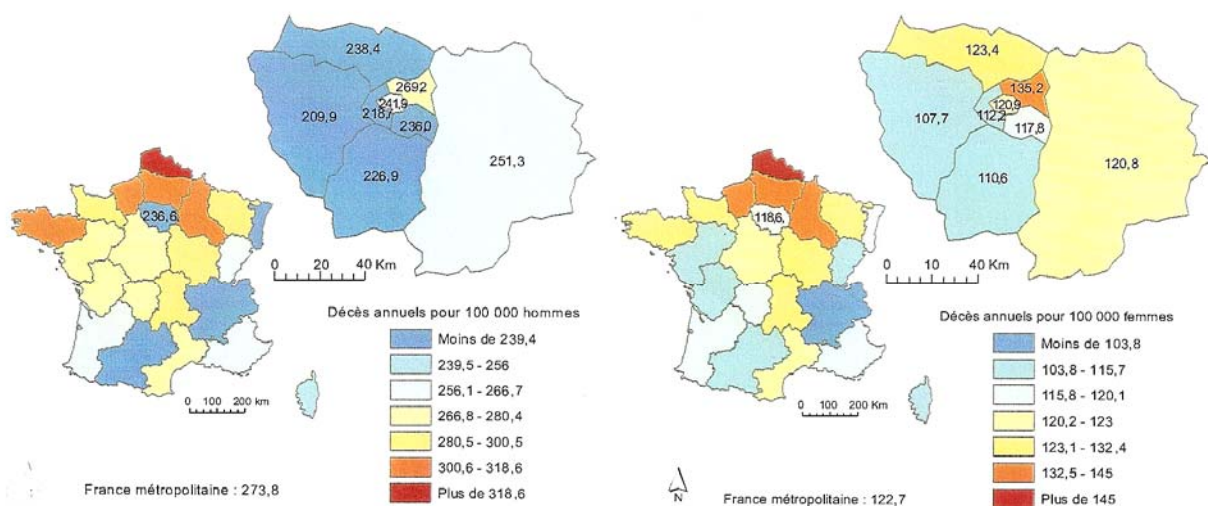
Le territoire, notamment dans sa partie 92, est confronté à des problèmes environnementaux : des risques d'inondation, des problèmes de dépollution des anciennes friches industrielles et de nuisances sonores liées aux infrastructures de transport.

**La densité en omnipraticiens est plus faible** que les moyennes départementales, régionales et nationales dans certaines communes (68,8‰ à Villeneuve et 59,40 ‰ à Nanterre). L'accès aux soins de premier recours est un enjeu central pour l'ouest et le nord du 93 (en particulier à Pierrefitte, Stains, La Courneuve, Epinay sur Seine, Aubervilliers, Villetaneuse). Un nombre important de **patients en situation de précarité** se tourne vers l'hôpital de Saint Denis où 33% des patients sont éligibles à la CMUC, aux soins urgents et vitaux et à l'AME. Par ailleurs, la PASS de Saint-Denis prend en charge un nombre important de patients (670 patients et plus de 4000 bons PASS délivrés en 2009) et le centre d'accueil de soins et d'orientation de Médecins du Monde à Saint-Denis accueille une population de patients migrants et précaires qui connaissent des difficultés importantes d'accès à la prévention et des retards aux soins.

Malgré la forte mobilisation des infrastructures et des élus à travers les ateliers santé ville, la situation sanitaire de ce territoire reste préoccupante. Ainsi par exemple, sur l'arrondissement de Saint-Denis, on relève une **mortalité infantile** supérieure à la moyenne régionale à Epinay, Villetaneuse, Stains, La Courneuve, Aubervilliers, et Saint-Ouen, ainsi qu'une incidence de la **tuberculose** très élevée (le nombre de DO par an pour 100 00 habitants est supérieur à 38 à Saint-Denis, La Courneuve, Aubervilliers et Saint-Ouen entre 1995 et 2005). L'« **épidémie de diabète** » est de plus en plus visible, comme le révèle une étude sur les ALD menée par l'ASV d'Aubervilliers avec le concours de l'Assurance maladie, où le diabète représente la pathologie la plus fréquente avec plus de 3 000 cas sur un nombre total de 13 522habitants enquêtés.

Les importantes disparités socio-économiques qui caractérisent la région sont ainsi recoupées par des disparités en termes de mortalité. Au niveau départemental, on retrouve ainsi des taux de mortalité prématurée particulièrement défavorables, pour les hommes et les femmes, en Seine-Saint-Denis. La mortalité prématurée féminine est ainsi supérieure à la moyenne nationale en Seine-Saint-Denis et dans le Val d'Oise.

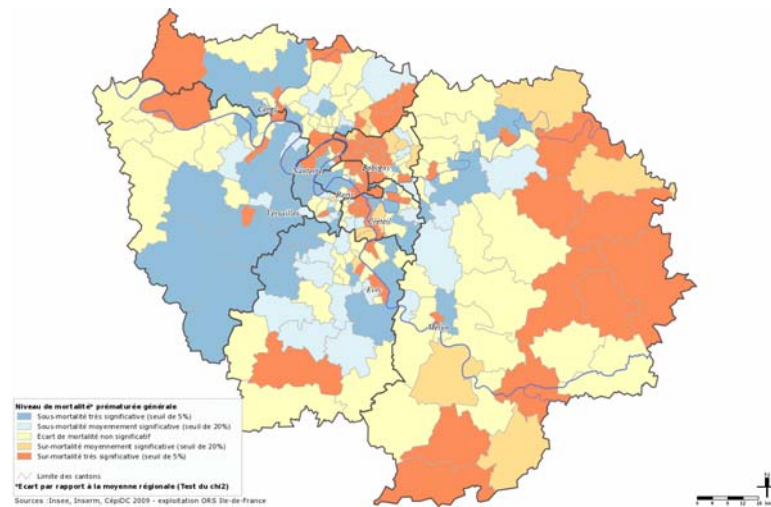
Taux standardisés de mortalité prématurée\* (avant 65 ans) toutes causes en 2005-2007 (extrait de « La santé des franciliens – synthèse 2010 - ORS »)



Sources : Inserm CépiDC, Insee, exploitation Fnors et ORS Ile-de-France

\* Taux standardisé de mortalité : taux que l'on observerait si la structure de la population était celle d'une population de référence, ici la population Européenne (OMS) des 0-64 ans.

## Niveau de mortalité prématurée générale par cantons



Des différences de mortalité importantes marquent ainsi les départements franciliens, reflète, en grande partie, du profil sociodémographique de leur population. C'est même au niveau infra-départemental, entre cantons ou communes voisines, que l'on retrouve parfois ces disparités de santé. Ainsi, dans Paris comme en proche et grande couronne, se côtoient des zones présentant un faible niveau de mortalité et d'autres présentant au contraire une surmortalité. A l'échelle du canton et pour les deux sexes, la mortalité prématurée apparaît particulièrement basse dans une zone centrale couvrant les arrondissements de l'Ouest parisien, le sud du 92 et la partie orientale du 78, ce secteur urbanisé présentant une situation socio-économique très favorable. A l'inverse, l'ouest du 93 dessine une importante zone de surmortalité qui se prolonge au nord dans le 95 et à l'ouest dans le 92, secteur très urbanisé mais qui concentre les difficultés économiques avec une population ouvrière importante, un taux de chômage supérieur à la moyenne et une forte population étrangère. Outre ces deux secteurs aux profils très distinctifs, l'analyse cantonale révèle par ailleurs des poches de surmortalité isolées dans le 94 et en grande couronne, notamment dans le 77 et le 95, avec le plus souvent un prolongement dans les régions voisines.

### Communauté d'agglomération de St Quentin en Yvelines (CASQY) : d'importantes disparités entre communes voisines

Saint-Quentin-en-Yvelines est l'une des cinq villes nouvelles de la région parisienne. Lors de sa création dans les années 1970, l'idée fondatrice était de concevoir un territoire urbain, regroupant plusieurs communes, où l'on pourrait à la fois vivre agréablement et travailler. En 2004, les sept communes qui composent ce territoire (Elancourt, Guyancourt, Magny, Montigny, Trappes, La Verrière, Voisins) ont choisi de confirmer leur engagement intercommunal en faisant de Saint-Quentin-en-Yvelines une communauté d'agglomération, CASQY.

La CASQY se distingue par ailleurs par la forte mobilisation historique de ses élus sur la thématique santé/social. De fait, ce territoire qui compte 13 quartiers CUCS répartis sur 5 communes, et dispose d'un Atelier santé ville se caractérise par des indicateurs socio-économiques particulièrement disparates entre communes, les 7 communes présentant des concentrations très différentes de populations « défavorisées ». Ainsi, 28 % des habitants résident en quartier CUCS, principalement à Trappes et La Verrière (0% à Montigny ou Voisins, 6% à Guyancourt, 29% à Elancourt, 43% à Magny, 77% à La Verrière, 78% à Trappes). La part de la population de nationalité « hors Union Européenne » est élevée à Trappes et La Verrière (proche de 16%) soit 3 fois supérieure à la moyenne du département, et 2 fois à celle de la région. Dans ces communes, seul un ménage sur 2 est imposable et la part des personnes sans activité professionnelle est plus élevée.

A l'inverse, avec plus de 30% de résidents qui sont cadres ou de profession intellectuelle et + de 50% de bacheliers chez les plus de 65 ans, la commune de Voisins-le-Bretonneux se démarque fortement par une situation particulièrement favorisée.

Le nombre de ménages saint-quentinois vivant sous le seuil de pauvreté en 2007 est de 5 787, ce qui représente 11% de l'ensemble des ménages de l'agglomération. Les plus fortes proportions sont à Trappes et La Verrière, nettement supérieures à celles des Yvelines et de l'Île-de-France. De même plus de la moitié des bénéficiaires de la CMU-C à Saint-Quentin-en-Yvelines sont résidents à Trappes. A l'échelle infra-communale, de fortes disparités entre les quartiers CUCS sont également observées. La part des bénéficiaires de la complémentaire CMU-C est de 33 pour 1 000 au quartier du Buisson à Magny-les-Hameaux, tandis qu'au quartier du Centre/Jaurès à Trappes, elle est de 281 pour 1 000, soit près de 6 fois le taux de Saint-Quentin-en-Yvelines. 7 quartiers CUCS sur les 13 de l'agglomération ont une proportion de bénéficiaires de la CMU-C supérieure à 10%, dont 5 sont situés à Trappes.

Les disparités socio-économiques qui différencient les communes de la CASQY sont corrélées à d'importantes disparités d'états de santé ; à Trappes les hommes vivent en moyenne 7 ans de moins qu'à Voisins-le-Bretonneux (sur la période 2004-2007 l'espérance de vie chez les hommes passe de 76,2 ans à Trappes à 83,2 ans à Voisins-le-Bretonneux, pour des moyennes départementale et francilienne respectivement de 79,3 et 78,5 ans). De même, sur la période 2000-2007 le taux comparatif de mortalité prématurée est plus élevé à Trappes et La Verrière, les taux les plus faibles étant constatés à Voisins-le-Bretonneux et Montigny-le-Bretonneux pour les hommes et à Guyancourt, Voisins-le-Bretonneux et Elancourt (autour de 0,8 pour 1 000) pour les femmes. Les disparités communales sont beaucoup plus marquées chez les hommes (rapport de 3 entre Voisins-le-Bretonneux et Trappes) que chez les femmes (rapport de 1,8 entre Guyancourt et La Verrière).

Les causes de décès prématurés varient également selon les territoires, avec un impact du sida important pour le 75 et le 93, une mortalité par cancer importante dans le 93, et une surreprésentation des accidents et des maladies cardio-vasculaires en périphérie du 77.

Les disparités territoriales se superposent aux disparités sociales. Ainsi par exemple, le risque de **cancer** n'est pas univoque et frappe de façon inégale les catégories socioprofessionnelles : le risque de décéder d'un cancer est deux fois plus élevé chez les ouvriers que dans les professions libérales. Les inégalités sociales de mortalité par cancer résultent d'une combinaison de différences sociales d'incidence et de différences sociales de survie, la part respective de ces deux composantes pouvant varier de façon importante selon les localisations. Entre 1980 et 2007, les différences sociales de mortalité par cancer en France n'ont pas diminué et ont même augmenté pour certaines localisations. L'accroissement au cours du temps de ces inégalités, dans une période où la mortalité par cancer a globalement diminué, suggère que les campagnes de prévention et les améliorations du dépistage et des traitements ont bénéficié principalement aux catégories sociales avantagées.

## 2.2. Pauvreté et précarité

Fin décembre 2008, près de deux millions d'allocataires résidant en Ile-de-France ont reçu au moins une prestation de l'une des huit CAF d'Ile-de-France, soit une population couverte par la CAF de 47,9% sur la région. Parmi eux, plus d'un demi-million de foyers vivent sous le seuil des bas revenus, soit avec moins de 903 euros par unité de consommation. Ils représentent trois foyers allocataires franciliens sur dix et abritent près d'1,5 million personnes. La Seine Saint Denis, Paris et le Val de Marne sont les trois départements où la proportion des prestations sociales dans le revenu est la plus importante (respectivement 36,9%, 34,7% et 33,6%).

La Seine-Saint-Denis est fortement paupérisée : le tiers des familles allocataires vit sous le seuil des bas revenus et, selon la MIPES, un enfant sur quatre vit sous le seuil de pauvreté.

### La communauté de communes Clichy-sous-bois/Montfermeil

Située à l'extrême Est du département de Seine-Saint-Denis, la communauté de communes Clichy-sous-bois/Montfermeil regroupe 55 533 habitants qui se caractérisent par leur jeunesse, le nombre important de familles immigrées primo-arrivantes et les indicateurs socioéconomiques les plus bas du département. L'habitat est dégradé et se singularise par le fait que l'insalubrité est présente essentiellement dans de grands ensembles récents, justifiant le classement en RUS, ZRU et ANRU, avec de nombreux marchands de sommeil recensés.

Pour autant, signe des fortes inégalités territoriales qui se vérifient y compris dans ce département, dans le voisinage, les communes du Raincy et de Villemomble présentent à l'inverse les caractéristiques des classes moyennes voire supérieures, Villemomble étant, avec ses 339 foyers soumis à l'ISF pour 28 339 habitants, la première commune du département pour sa contribution à cette imposition.

**Les données sociodémographiques et économiques** de la communauté de communes Clichy-sous-bois/Montfermeil sont défavorables, dans un contexte départemental au revenu moyen imposable le plus bas de l'Ile-de-France (28 710 € en 2008 versus 36 633€) avec le plus fort taux de pauvreté de France (21,6% de foyers fiscaux disposent d'un revenu égal à 60% du revenu médian, versus 12,3% région et 13,2% France) :

	<u>Clichy-sous-Bois</u>	<u>Montfermeil</u>	<u>Département</u>	<u>Ile-de-France</u>
Part des foyers non imposés	61,3 %	45,4 %	48,3%	36,6 %
Part des foyers fiscaux dans la plus basse tranche de revenus	37,1%	27,8%	28,4%	22,1%
Part des personnes étrangères	33%	20%	21,2%	12,4%

Aux situations de grandes difficultés économiques des familles, s'ajoutent des problématiques de sur-occupation et d'insalubrité des logements qui contribuent à certaines pathologies (tuberculose, maladies respiratoires, cas de saturnisme dans des copropriétés récentes à Clichy-sous-Bois notamment, etc...).

**Pour répondre à ces situations sanitaires souvent difficiles, le territoire n'est pas dépourvu d'équipements de soins.** Le GHI du Raincy-Montfermeil assure une offre hospitalière de proximité diversifiée, avec une très forte activité aux urgences et en maternité. Il existe également deux EPHAD, un centre de long et moyen séjour, un centre médico-psychologique adultes et enfants, un SSIAD, trois centres de PMI, une association de prévention et réduction des risques d'addictions. Néanmoins, en raison de l'insuffisance de médecins généralistes et de la pénurie de spécialistes à Clichy-sous-Bois (10,10 pour 100 000 habitants contre 61,70 pour le 93, 113,7 dans la région et 87 en France) le recours aux soins est tardif (souvent déjà retardé en raison de la nécessité d'avancer les frais, il se trouve en outre conditionné par des délais importants pour l'obtention d'un rendez-vous) et le recours fréquent aux urgences crée une situation de saturation.

**L'offre de santé se singularise par l'action d'initiatives locales spécifiques menées par des professionnels travaillant en interdisciplinarité avec une forte implication relationnelle des soignants et des populations concernées.** Ce sont ces initiatives qui permettent aussi d'avoir une approche plus fine de l'état de santé préoccupant des populations de ce territoire.

Ainsi, le point santé social de la mission locale de la Dhuyss dresse un portrait alarmant de l'état de santé des jeunes de Clichy-sous-Bois et Montfermeil. Avec en 2009 2 250 jeunes accueillis dont 138 au point santé, le personnel médical dresse un constat net : la première demande des jeunes concerne le soin plus que la promotion de la santé ou la prévention. En effet, il apparaît que près de 4 jeunes sur 5 n'ont pas d'accès aux soins, 2 sur 3 auront 3 orientations sanitaires nécessaires, 54% ont une morbidité entravant leur insertion et l'empêchant durablement pour 21%, 12% souffrent d'une affection de longue durée (soit 3 fois la moyenne nationale pour cette tranche d'âge). Près d'un jeune sur cinq présente un handicap reconnu, alors que 78% ont une protection sociale incomplète qui les exclut financièrement de l'accès aux soins faute de pouvoir faire l'avance des frais.

Le centre d'examen de santé de la caisse primaire d'assurance maladie, promoteur d'actions de santé publique au sein des quartiers, anime des séances d'informations collectives vers des publics précaires et à risques (en particulier diabète de type 2 et obésité). Cette structure propose la collecte de données épidémiologiques, la réalisation de programmes de recherche visant à améliorer le contenu des examens de santé et à observer l'état de santé de la population des

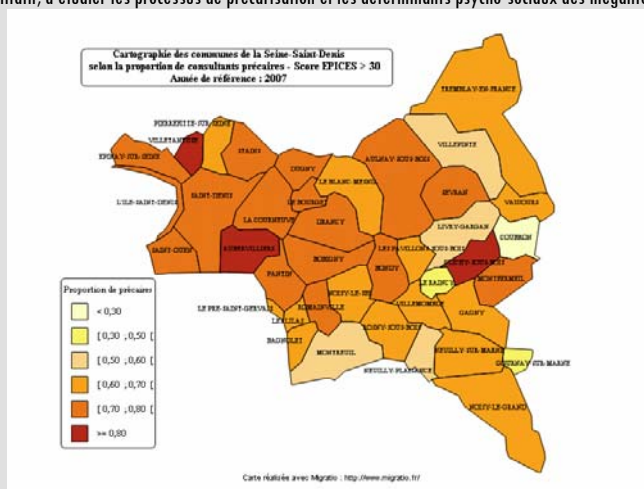
consultants du département. Les résultats d'une action de dépistage menée par le centre d'examen de santé en lien avec une association de femmes relais sur le territoire Clichy-Montfermeil fait ressortir des données épidémiologiques très préoccupantes. Sur 312 consultants concernés par cette action en 2009-2010, 78% sont sans activité professionnelle et 35% sont illettrés. Une personne sur 2 est obèse, 18% ont du diabète, 12% sont en situation de pré-diabète. En outre, afin d'étudier et de quantifier la vulnérabilité des personnes intégrées dans cette action, le score EPICES (Evaluation de la précarité et des inégalités de santé pour les centres d'examen de santé), score individuel élaboré en lien avec l'IRDES, a été utilisé. Etabli par la réponse à onze questions portant sur la vie courante, il fait apparaître que 88% des consultants sont en situation de vulnérabilité sociale.

### Score EPICES : un outil au service de la lutte contre les inégalités sociales de santé

Le réseau des Centres d'examen de santé focalise son activité sur les populations en situation de précarité, définies sur des critères socio-administratifs : chômeurs, bénéficiaires du revenu minimum d'insertion ou d'un contrat emploi solidarité, personnes sans domicile fixe et jeunes 16-25 ans en insertion professionnelle. Si les relations entre la précarité, les modes de vie et la santé ont été clairement décrites la précarité est également liée à de nombreux autres facteurs que l'emploi : revenu, logement, diplômes, protection sociale, liens sociaux, culture. En conséquence, les critères socio-administratifs ont été jugés insuffisants pour un repérage fiable des populations en difficultés justifiant l'appui des centres d'examen de santé.

C'est pourquoi ils ont construit, en lien avec le CETAF et l'Ecole de santé publique de Nancy, un score individuel de précarité, dénommé Epices (Évaluation de la précarité et des inégalités de santé pour les CES<sup>vi</sup>), prenant en compte toutes les dimensions de la précarité afin de mieux identifier les populations en situation de difficulté sociale ou matérielle. L'établissement du score repose sur la réponse à 11 questions renseignant notamment la qualité du réseau familial et social, la pratique sportive et culturelle, la présence de difficultés financières ou sociales.

Outre son intérêt pour l'identification individuelle des personnes motivant un appui particulier en matière de santé, le score EPICES est un indicateur socio-économique qui permet, en raison de son caractère quantitatif, d'étudier les processus de précarisation et les déterminants psycho-sociaux des inégalités de santé.



Source : CPAM 93

En 2002, selon « l'enquête logement », 653 000 ménages vivaient en dessous du seuil de pauvreté régionale (moins de 760 € par mois de revenu par unité de consommation), soit 14 % des ménages franciliens. Ces ménages pauvres étaient plus souvent constitués d'une famille monoparentale que la moyenne nationale (16 % contre 9 %), un phénomène en forte augmentation. Toujours à cette même date, la personne de référence était au chômage dans trois ménages pauvres sur dix, mais on remarquait également que 58 % d'entre eux étaient des actifs, illustrant ainsi l'importance des travailleurs « pauvres » en Ile-de-France, qui exercent des emplois salariés à temps partiel ou précaires.

Par ailleurs, alors qu'un Francilien sur 10 vit en-dessous du seuil des bas revenus avec moins de 903 euros par mois, la demande d'hébergement d'urgence est une caractéristique francilienne préoccupante, avec au total 1,37 million de nuitées attribuées au cours de l'année 2008, dont une part importante de familles, orientées vers les hôtels. Selon la MIPES, plus de 8000 personnes sont ainsi chaque jour hébergées dans des centres d'hébergement et de réinsertion sociale<sup>vii</sup>.

La région concentre en outre les trois quarts des bénéficiaires de l'Aide médicale d'Etat. Une enquête régionale de la DREES a mis en évidence la jeunesse de cette population (70% de jeunes adultes âgés de 20 à 39 ans), originaire pour moitié d'Afrique hors Maghreb, et caractérisée par un mauvais état de santé perçue. Dans cette enquête, un bénéficiaire sur quatre déclarait en outre avoir renoncé à des soins au cours de l'année passée, le plus souvent pour des raisons financières et majoritairement pour des soins de premier recours.

### 2.3. Santé, migration, discrimination

Les inégalités en santé sont renforcées par les *situations de stigmatisation et de discrimination* que connaissent certains groupes de la population du fait de leur origine ethnique, de leur statut juridique voire de leur état de santé. Ces situations sont fréquemment associées à un habitat présentant des problèmes de salubrité, voire d'insalubrité, cantonné dans des territoires délaissés ; elles sont souvent liées à des conditions de travail pénibles et disqualifiées. A ces désavantages

objectifs s'ajoutent des processus collectifs de discrimination. Le résultat de ces difficultés se ressent dans l'état de santé mais aussi dans la capacité des personnes à investir leur santé et leur avenir.

Ces situations concernent particulièrement les gens du voyage, les personnes en situation irrégulière et les migrants.

La région Ile-de-France reste la porte d'entrée privilégiée des personnes venant de l'étranger<sup>viii</sup> : **40% des immigrés (personnes nées étrangères dans un pays étranger) vivant en France résident en Île-de-France**, où ils représentaient 16,9 % de la population en 2006. Les migrants ne sont pas une population homogène et leur état de santé est fonction de leur niveau d'intégration. Selon les données de l'Enquête décennale santé menée par l'INSEE en 2002-2003, les personnes d'origine étrangère vivant en France se déclarent en moins bon état de santé que les Français nés en France. Les hypothèses explorées par la littérature suggèrent que, plus que la migration elle-même, c'est la fragilité du lien social, la vulnérabilité socio-économique, la souffrance psychosociale, la stigmatisation voire, a fortiori bien sûr, la situation de clandestinité, qui induisent ces spécificités. Ce sont notamment les conditions socioéconomiques dégradées de ces populations qui expliquent en partie leur plus mauvaise santé perçue. Mais on observe également des différences d'état de santé selon les pays d'origine, liées au niveau de développement de ces derniers. Ainsi, les personnes originaires des pays les plus riches déclarent un meilleur état de santé que les personnes originaires des pays de niveau de développement moyen, suggérant un effet à long terme de la situation sociale et sanitaire du pays de naissance sur l'état de santé. A situation économique et sociale donnée, le risque que les immigrés étrangers se déclarent en mauvaise santé est plus élevé que celui des Français nés en France et celui des immigrés naturalisés. Ces différences d'état de santé perçue après la prise en compte de la situation économique et sociale actuelle des immigrés selon leur région de naissance suggèrent une influence à long terme des caractéristiques économiques, sanitaires et politiques des pays d'origine<sup>ix</sup>.

Au-delà de l'état de santé perçue, on retrouve une **concentration de certaines pathologies chez les personnes étrangères**. Ainsi par exemple, même si elle a diminué ces dernières années, la proportion de migrants parmi les découvertes de séropositivité **VIH** atteignait 48% en 2008. En Ile-de-France, ce sont essentiellement les migrants originaires d'Afrique subsaharienne qui sont concernés, représentant 50% des découvertes de séropositivité VIH, dont près de 60% de femmes. Chez ces personnes, le retard au diagnostic est plus fréquent, avec un taux de découvertes de séropositivité à un niveau avancé d'immunodéficience plus important que chez les personnes nées en France, ce retard au dépistage ayant des conséquences importantes en termes de morbidité<sup>x</sup>.

De même, l'Ile-de-France est la région de France métropolitaine la plus touchée par la **tuberculose** et le phénomène concerne principalement des personnes immigrées. Le nombre de nouveaux cas déclarés en 2006 y était de 1 970, soit une incidence deux fois supérieure à la moyenne métropolitaine (17,1 pour 100 000 habitants contre 8,5). Cette incidence, qui était en baisse depuis 2003, pourrait s'être stabilisée dans les années récentes, si on se réfère aux tendances nationales observées par l'InVS. La tuberculose en Ile-de-France touche surtout des étrangers originaires de pays à forte prévalence (d'Afrique sub-saharienne notamment) et des personnes vivant dans des lieux surpeuplés et/ou insalubres, la promiscuité étant favorable à la contamination (logements précaires, foyers de travailleurs migrants, centres d'hébergements sociaux, milieu carcéral, etc.). Du fait de ces caractéristiques, les départements sont diversement touchés (l'incidence est très élevée en Seine-Saint-Denis -32 cas pour 100 000 habitants- et à Paris -27 cas pour 100 000 habitants-), reflétant leur composition démographique.

#### **Populations migrantes et tuberculose ; l'exemple de la zone Est de la Plaine de France (95)**

L'Est de la Plaine de France est situé au sud-est du Val d'Oise et regroupe six communes: Gonesse, Garges les Gonesse, Sarcelles, Villiers Le Bel, Arnouville Lès Gonesse et Goussainville. Il est bordé au Sud et à l'Est par le département de Seine-Saint-Denis. Ce territoire se caractérise par une population précaire, avec une proportion d'étrangers importante, une incidence de la tuberculose particulièrement forte et une urbanisation désordonnée où les locaux impropres à l'habitation (caves, combles) sont très nombreux. Ces indicateurs sont liés aux inégalités de santé observées sur ce territoire. Ainsi, le secteur Est de la Plaine de France, avec 17% de la population du Val d'Oise, regroupe entre 30 et 38% des déclarations de tuberculose maladie du département. Ce chiffre est directement en relation avec la composition de cette population et ses conditions de vie.

#### **Les indicateurs socio-économiques de cette zone signalent de profondes difficultés.**

En comparaison à la moyenne départementale (1587€), le revenu moyen de la population de ce secteur est faible (845 à 1485€), notamment à Garges les Gonesse (845€) et Villiers Le Bel (983€). La part de chômeurs est plus importante (9,8 à 14,8% en 2007 pour une moyenne départementale de 8,3%) ainsi que le nombre de familles monoparentales notamment à Garges Les Gonesse et Villiers Le Bel (respectivement 16,6 et 15,7% pour une moyenne départementale de 11,1%). Chacune de ces six communes, excepté Arnouville, comprend au moins une ZUS (Zone Urbaine Sensible).

C'est également dans ce secteur que l'on trouve la plus forte proportion de familles comptant au moins 4 enfants (7,8 à 11,7% pour une moyenne départementale de 4,1%) et de mères mineures la plus importante.

La part des étrangers y est supérieure à la moyenne départementale (15,4 à 26,2% de la population en 2006 pour une moyenne départementale de 11,1% et régionale de 12,4%).

De même dans le secteur Est de la Plaine de France la part de la population bénéficiaire de la CMUc (8,46 à 14,6%) est bien supérieure à la moyenne départementale (5,6%) et régionale (5,9%).

Enfin, les communes de Gonesse et Villiers Le Bel regroupent plus de 50% des domiciliations des SDF (Sans Domicile Fixe) du département.

**Les difficultés socio-économiques que rencontre la population de ce territoire s'accompagnent d'une exposition particulièrement forte aux risques liés à l'habitat indigne, avec 14% d'arrêté préfectoral d'insalubrité. Les signalements DALO pour motif « logement insalubre ou dangereux » pendant l'année 2009 et 2010 sont de 101.**

**Ces difficultés se doublent de problématiques de santé spécifiques.**

Cette zone est ainsi préoccupante au plan de la périnatalogie. On y recense un des plus grands taux de prématurités du département ( 7% vs 6,50%)

Mais c'est surtout l'incidence de la tuberculose, pathologie liée à la qualité des conditions de vie et qui touche principalement des populations fragiles telles que les Sans Domicile Fixes ou les migrants, qui caractérise ce territoire. En 2007, le nombre de tuberculoses maladie déclarées pour 10 000 habitants était bien supérieur à Garges et Villiers-Le-Bel/Arnouville (respectivement 6,1 et 5,7) par comparaison à la moyenne départementale (1,9), régionale (1,8) ou nationale (0,89). Ce nombre restait supérieur à la moyenne départementale à Sarcelles (3,5) et Goussainville (3,3).

**Ces difficultés motivent des initiatives significatives en termes d'offre de soins.**

La densité en médecins généralistes est satisfaisante dans ce territoire, excepté à Gonesse et à Garges, mais la proportion de praticiens âgés de 55 ans ou plus est élevée (34 à 63%). La maison de santé pluri-professionnelle de Villiers Le Bel, inaugurée au printemps 2010, regroupe cinq omnipraticiens conventionnés secteur 1 et pratiquant le tiers payant, un chirurgien-dentiste et différents personnels para-médicaux. Elle permet un bon accès au soin de même que le Centre Départemental de Dépistage et de Soins (CDDS) au sein duquel se trouve le Centre de Lutte Anti-Tuberculeuse (CLAT), les dépistages IST où les consultations sont gratuites et un centre hospitalier situé à Gonesse.

L'Ile-de-France est particulièrement concernée par l'enjeu que représentent les difficultés sanitaires aiguës que rencontre la communauté Rom. Pour Médecins du monde, qui accompagne les Roms de Saint-Denis, la situation sanitaire de cette communauté est préoccupante : en 2009, 90% de la population n'a pas ouvert de droits à l'AME, et 35% des pathologies rencontrées en consultation auraient requis une prise en charge plus précoce. La couverture vaccinale est très faible et ne concerne que 8 à 12% des patients. Les pathologies lourdes ne sont pas prises en charge (diabète, pneumopathies) et les pathologies aiguës se chronicisent. La santé maternelle et infantile est dégradée : seule une femme sur 10 est suivie pendant sa grossesse et bénéficie d'une contraception, tandis que la prévention des maladies infantiles et du rachitisme est lacunaire. La vaccination des enfants pour la rougeole, la rubéole et les oreillons est très insuffisante, exposant la population à des foyers épidémiques.

### 3. Les processus : la formation des inégalités de santé

La formation, la reproduction et l'installation des inégalités de santé sont déterminées par des facteurs sociaux et économiques. C'est au cours des différents âges de la vie que se jouent les expositions, que sont mises en œuvre les mesures de prévention et que se constituent les habitudes favorables ou défavorables à la santé. L'analyse des tenants et des aboutissants des inégalités sociales de santé illustre clairement le caractère systémique des inégalités sociales<sup>xi</sup>. Elle montre que les inégalités interfèrent entre elles, en se déterminant et même en se générant réciproquement ; ainsi les inégalités sociales de santé renforcent-elles les inégalités face à l'emploi ou face à l'éducation et la formation qui, en retour, contribuent aux inégalités de santé – et ce, de génération en génération<sup>xii</sup>.

#### 3.1. Evénements précoces et histoires de vie

L'idée selon laquelle les événements de santé survenus chez un nourrisson ou un enfant sont susceptibles d'avoir un impact sur sa santé à l'âge adulte est bien sûr relativement intuitive. Mais si les inégalités de santé à l'âge adulte ont souvent leurs origines dans l'enfance, c'est aussi au sens de conditions de vie qui dépassent le cadre des événements de santé : **accès à l'éducation dans l'enfance, normes et valeurs éducatives reçues, alimentation, loisirs, sont autant de déterminants qui définissent dès l'enfance des parcours ou « chemins »** (la littérature parle de « pathways ») **de santé socialement différenciés**. Les programmes internationaux de lutte contre les inégalités de santé insistent particulièrement sur ce moment crucial de la vie et la commission des déterminants sociaux de l'OMS fait de la promotion de *l'équité dès le départ* l'un de ses principes cardinaux. En effet, on sait que les inégalités de santé observées dans l'enfance sont fortement prédictives d'inégalités en termes de morbidité et d'espérance de vie à l'âge adulte. En outre, plusieurs études récentes ont montré une corrélation entre inégalités de santé à l'âge adulte et inégalités entre conditions de vie dans l'enfance ou milieu d'origine (niveau d'études, revenus, catégorie socio-professionnelle des parents)<sup>xiii</sup>.

#### Mortalité périnatale et infantile

Or l'Ile-de-France fait partie des régions françaises où les indicateurs de mortalité périnatale et infantile sont les moins favorables. Le taux de mortalité infantile francilien, qui a longtemps figuré parmi les plus bas de France, est aujourd'hui **supérieur à la moyenne nationale** (3,9‰, vs 3,6‰ en France métropolitaine) ; le taux de mortalité néonatale (au premier mois de la vie) est de 2,7 pour 1000 naissances vivantes, vs 2,3‰ en France. Pour ces deux taux, on observe de fortes disparités entre départements ; le département de Seine-Saint-Denis conjugue les taux les plus élevés pour la mortalité

infantile (5,4%) et néonatale (3,6%), la mortalité des 28 premiers jours dans ce département étant équivalente à la mortalité sur l'ensemble de la première année en France.

Par ailleurs, le taux francilien de mortalité (enfants nés sans vie après le 6<sup>ème</sup> mois de grossesse) est également supérieur à la moyenne nationale (11% vs 9,6%) et présente là encore de fortes disparités entre départements : de 8,8% dans les Yvelines à 13,4% en Seine-Saint-Denis.

#### ASV de Grigny-Viry (91) : le rôle de la PMI

Dans le cadre du volet Santé du CUCS, les élus des villes de Grigny et de Viry-Châtillon et la Préfecture ont décidé de mettre en place en 2008 un Atelier Santé Ville (ASV) intercommunal pour garantir la mise en œuvre du plan d'action élaboré en matière de santé et de nature à répondre aux inégalités d'accès aux soins constatés. Les difficultés d'accès aux soins (soins de ville et accès à l'hôpital) pour de jeunes femmes isolées et déjà très fragilisées par un parcours personnel difficile est particulièrement sensible sur le territoire de Grigny II.

La PMI est le relai qui permet d'accompagner des femmes, souvent sans protection sociale, durant leur grossesse, de leur permettre l'accès à l'hôpital et d'assurer le suivi de la couverture vaccinale des enfants. Un troisième centre de PMI doit par ailleurs ouvrir pour répondre à l'augmentation des besoins de ce territoire. Au regard des constats qui ont pu être fait par la PMI sur les difficultés rencontrées par ces femmes pour l'accès et le suivi des soins et dans le cadre du travail partenarial avec l'ASV de Grigny-Viry, un travail sur la mise en place d'indicateurs de contexte sur l'observation de la santé est actuellement en cours et des indicateurs seront retenus pour la partie Enfance et la Périnatalité.

#### Santé des enfants

Les inégalités de santé ont un caractère particulièrement précoce avec, par exemple, dès l'âge de six ans, des différences sociales marquées en termes de caries non soignées et d'obésité, prédictive de problèmes cardio-vasculaires.

Les inégalités de santé chez les enfants sont notamment corrélées à la catégorie socio-professionnelle ou au niveau d'études de leurs parents. Ainsi les enfants d'agriculteurs, d'ouvriers, d'inactifs, de même que les enfants scolarisés en ZEP ou en zone rurale ont un moins bon état de santé bucco-dentaire et sont plus souvent en surcharge pondérale que les autres<sup>xiv</sup>. Par exemple, en 2006, chez les enfants de 12 ans, seuls 50% des enfants d'ouvriers étaient totalement indemnes de caries alors que cette proportion atteignait presque 70% chez les enfants de cadres<sup>xv</sup>.

Le rôle de l'école dans la correction de ces inégalités des chances est majeur. Pour autant, les récents rapports d'évaluation du système scolaire français soulignent les difficultés rencontrées par l'école dans l'exercice de cette mission. Un rapport de la Cour des Comptes de mai 2010, le rapport « Vaincre l'échec à l'école primaire » publié en mai 2010 par l'Institut Montaigne, des enquêtes européennes (notamment l'enquête PISA de l'OCDE) insistent sur l'importance des inégalités sociales à l'école. Selon la Cour des comptes, la France se trouve dans la situation la plus défavorable de l'OCDE du point de vue de l'équité scolaire, l'écart entre les meilleurs élèves et les élèves en difficulté ne cessant de progresser, et s'expliquant essentiellement par l'aggravation des résultats des élèves en difficulté. Ces travaux insistent sur la nécessité d'améliorer la capacité du système scolaire à assurer l'égalité des chances dès les premiers âges de la vie.

#### Nord-Est parisien : difficultés socio-économiques et santé mère-enfant

**Le Nord-Est parisien (18<sup>ème</sup>, 19<sup>ème</sup>, 20<sup>ème</sup>, 10<sup>ème</sup> et 11<sup>ème</sup> arrondissements) présente des indicateurs de vulnérabilité sociale et des indicateurs socio-sanitaires défavorables par rapport aux autres territoires de Paris.** Le territoire sélectionné sur le département de Paris est celui des quartiers inscrits en politique de la ville du Nord-Est parisien, avec en outre 3 ateliers santé-ville sur le secteur en 2010 (18, 19 et 20<sup>e</sup>) et un projet (10<sup>e</sup>).

On retrouve dans ces quartiers deux caractéristiques générales de la métropole : des effectifs de population élevés sur la superficie modeste des quartiers du fait de la densité de l'habitat à Paris, et une visibilité emblématique des écarts d'indicateurs socio-sanitaires à Paris, malgré la proximité physique des arrondissements parisiens. Ces quartiers s'inscrivent dans la tradition d'habitat populaire et d'accueil des vagues de primo-arrivants de leurs arrondissements (Afrique sub-saharienne, Maghreb, et Asie); la politique de rénovation urbaine renforcera vraisemblablement une évolution sociologique du secteur.

Dans l'environnement de population et d'institutions hyperdense de la métropole parisienne, les quartiers du Nord-Est parisien sont en continuité de l'espace urbain général, partageant le maillage de transports en commun et d'institutions publiques, et ne sont pas matériellement isolés. Pour autant, ils présentent des spécificités nettes au plan socio-économique : un revenu médian par unité de consommation de 18 000 € (versus 23 408 pour Paris) ; une part importante de la population bénéficiaire de la CMU-C (13% sur les quartiers du 18<sup>e</sup> et 19, contre 7,9% en moyenne à Paris) ; une part des familles à bas revenu parmi les allocataires de la CAF supérieure à 40% dans les arrondissements du NE, contre 37,2% en moyenne parisienne.

	Quartiers politique de la ville du nord-est parisien*	Arrondissements du Nord-est parisien**	Paris
Surface (en ha)	691	2 534	10 540
Population totale	276 503	814 373	2 193 030
Jeunes <25 ans	83 618	231 430	607 927
Familles monoparentales	10 507	24 285	50 468

Revenu de solidarité active	12 017	37 967	72 934
Elèves en retard (au moins 1 an)	2697		9 789

\*\*18<sup>e</sup>, 19<sup>e</sup>, 20<sup>e</sup>, 10<sup>e</sup> et 11<sup>e</sup> arrondissements

\* données tirées des rapports existants : pas d'année de référence commune (1999 pour les données démographiques des quartiers, 2007 pour celles des arrondissements et de Paris)

**Ces spécificités socio-économiques se retrouvent dans le profil sanitaire de ces quartiers, en particulier s'agissant de la santé des mères et des enfants :**

- un taux de mortalité prématurée supérieur à 280 pour 100 000 (versus 244 pour 100 000 dans le centre ouest parisien) ;
- un taux de mortalité infantile de 3,6‰ à Paris mais de 4,6 à 5,4‰ dans le Nord-Est parisien ;
- des suivis de grossesse plus tardifs dans le 18<sup>e</sup> (8,7% de mise en œuvre tardive contre moins de 2% dans le centre ouest et 4,9% en moyenne parisienne)
- un taux de prématurité (< 37 semaines d'aménorrhée) supérieur à 7% dans 5 arrondissements dont 3 du Nord-Est parisien, pour un moyenne parisienne (et française) de 6,4% en 2007 ;
- un taux annuel moyen d'enfants de moins de 6 ans primo-dépistés pour le saturnisme 2005-2008 de 3,2% dans le 18<sup>e</sup>, contre 1,4% en moyenne parisienne.

### Santé des adolescents

L'adolescence constitue à son tour une période critique pour la santé. La construction des attitudes par rapport aux risques est fortement différenciée selon le milieu social et détermine des styles de vie favorables ou défavorables à la santé pour l'avenir : expérimentation et consommation de produits psychoactifs, conduites à risque dans les activités de loisir et sur la route, alimentation, pratiques sportives, pratiques sexuelles à risque... La construction de normes dans ces différents domaines est souvent corrélée au milieu social d'origine ; ainsi, parmi l'ensemble des élèves des classes de troisième, la prévalence de l'obésité est dix fois plus importante chez les enfants d'ouvriers non qualifiés que chez les enfants de cadres<sup>xvi</sup>.

L'Ile-de-France présente certaines spécificités s'agissant des comportements sexuels des adolescents : chez les filles, l'utilisation du préservatif est significativement moins élevée (18% des Franciliennes n'ont pas utilisé de préservatif au premier rapport, contre 10% des filles résidant en province). De même, **7% des jeunes Franciliennes de 15-17 ans sexuellement actives ont eu recours au moins une fois à une interruption volontaire de grossesse** ; elles recourent davantage à la contraception d'urgence et au dépistage VIH, ce qui peut signaler davantage de prises de risques sexuels en Ile-de-France qu'en province<sup>xvii</sup>. Par ailleurs, l'Ile-de-France diffère de la province par un **risque plus élevé de tentative de suicide** au cours de la vie : la proportion de jeunes filles déclarant avoir fait une tentative de suicide a fortement augmenté et est passée de 6% à 8% entre 1997 et 2005 en Ile-de-France<sup>xviii</sup>. Or les conduites à risque des jeunes sont plus fréquentes lorsque la cohésion familiale est affaiblie par des facteurs de vulnérabilité sociale.

### 3.2. Emploi

Depuis Villermé et ses travaux sur la santé des ouvriers, l'impact des conditions de travail sur la santé est bien connu. L'impact des conditions physiques et chimiques, ou des contraintes horaires, est largement établi. Ainsi, **on estime qu'environ le tiers des différences sociales de mortalité par cancer dans les pays industrialisés peut être expliqué par l'exposition à des facteurs d'origine professionnelle**<sup>xix</sup>.

Au delà, l'épidémiologie et les sciences sociales ont plus récemment mis en valeur **l'impact des facteurs psychosociaux liés à l'organisation du travail**<sup>xx</sup>, et notamment au stress, à partir d'un modèle reposant sur les relations entre l'autonomie dans l'exécution des tâches professionnelles et le soutien reçu au travail (« job strain »). Le modèle invoqué par ces recherches identifie à la fois un impact direct des facteurs psychosociaux (le stress modifie les variables physiologiques) et un impact indirect (le stress favorise l'adoption de comportements à risque). On voit enfin également émerger des études qui explorent l'impact sur la santé physique et mentale des restructurations d'entreprises.

En France l'enquête sur les conditions de travail et l'enquête Sumer permettent d'établir que le travail et ses conditions présentent un risque pour la santé, socialement inégalement réparti. La répétitivité des gestes, la manutention manuelle de charges, la position debout sont autant d'expositions à des risques en santé qui suivent une répartition proche de la hiérarchie sociale. Il en va de même bien sûr pour l'exposition au bruit et aux facteurs chimiques.

### Structure de l'emploi francilien

L'INSEE dénombrait en 2007 plus de 5,5 millions d'emplois salariés et non-salariés en Ile-de-France en 2007. L'agriculture couvre plus de 50 % du territoire régional, mais elle n'occupe que 0,5 % de la population active, notamment en Seine-et-

Marne. Les services constituent la majeure partie de l'emploi francilien (71 %), à quoi il faut ajouter les commerces (13 % de l'emploi régional). Pour autant, l'Ile-de-France est la première région industrielle française, avec 650 000 emplois, mais c'est en même temps, avec seulement 14 % des emplois dans l'industrie, l'une des régions les moins industrialisées de France et qui s'est fortement désindustrialisée depuis une vingtaine d'années. **La région subit de plein fouet la crise économique**, puisqu'en 2009, les destructions nettes d'emploi en Ile-de-France représentent un cinquième des destructions nettes d'emploi en France métropolitaine. Le département des Yvelines, plus industriel que les autres départements, est fortement touché, avec 15 % des destructions de la région.

La structure sociale en Ile-de-France, comme en France, poursuit sa déformation « par le haut » : la part des ménages d'ouvriers se réduit fortement, celle des employés se tasse, et on relève une forte progression des cadres (21,3% des ménages franciliens en 2007 contre 14,7% en 1982). Les contrastes sociaux sont dès lors très importants : **aux espaces aisés de l'ouest francilien, s'opposent les territoires plus populaires de l'est**. Ce sont les cadres qui sont géographiquement les plus concentrés (Paris, Hauts de Seine et est des Yvelines). Les ménages d'ouvriers sont plus dispersés, mais on enregistre de fortes concentrations locales en Seine Saint Denis, autour de Roissy et en Seine et Marne. Les professions intermédiaires privilégient les espaces périurbains et les villes nouvelles. Les employés, assez dispersés, sont surreprésentés au nord et au sud est de Paris. Les ménages d'inactifs sont plus présents au centre de l'agglomération et aux frontières rurales de la région.

### Conditions de travail et santé

Au cours de l'enquête SUMER 2002-2003, des médecins du travail ont interrogé des salariés du secteur privé sur leurs expositions à des produits cancérigènes lors de la semaine précédant l'enquête. Il en ressort que 8% des salariés franciliens, soit 290 000 personnes, sont exposés à au moins une substance cancérigène dans le cadre professionnel ; cette proportion atteint 16% sur la France entière. En Ile-de-France, les CPAM ont reconnu en 2005 285 cas de cancers comme étant d'origine professionnelle, attribués pour 86% d'entre eux à l'amiante.

Il existe d'importantes inégalités en termes de prévention des cancers professionnels. Ces inégalités tiennent en premier lieu aux expositions aux cancérigènes en milieu professionnel, mais il existe aussi d'importantes disparités entre catégories professionnelles en termes d'accès à la prévention et à l'information, en termes de surveillance et en termes de suivi des pathologies. En outre la différenciation sociale des parcours professionnels, les inégalités géographiques, les plus grandes expositions de certaines populations à d'autres facteurs de risque (tabac, alcool, sédentarité...) ou les perceptions variables des risques s'inscrivent dans des processus cumulatifs qui contribuent encore aux inégalités.

Au plan psychosocial, sur la base de l'enquête SUMER, en comparant la situation des salariés franciliens et celle des salariés de France entière, on note que les salariés franciliens sont en moyenne plus fréquemment dans des situations de travail actives (37% contre 32%). Ils se trouvent davantage confrontés à une plus forte demande psychologique (64% contre 59%) et disposent d'une plus grande latitude décisionnelle que les salariés France entière. Par ailleurs, **plus d'un quart des salariés franciliens (27,5%) est en situation de job strain**, c'est à dire, confronté à une demande psychologique plus forte que les salariés de France entière et ne bénéficiant que d'une faible latitude décisionnelle. Ce sont les employés et les ouvriers franciliens qui sont particulièrement concernés par les situations de job strain, ayant à faire face avant tout à une demande psychologique forte associée à une faible latitude décisionnelle. Ainsi, 57% des employés font face à une forte demande psychologique mais près des deux tiers (64%) ont une faible latitude décisionnelle.

### Chômage et travail précaire

Si les conditions de travail sont un déterminant de santé, le fait aussi de ne pas travailler constitue un risque pour la santé. **Le chômage joue un rôle catalyseur des différents facteurs de mortalité**, entraînant une surmortalité parmi les chômeurs<sup>xxi</sup>. Une étude récente a montré que les chômeurs ont un risque de suicide deux fois supérieur aux actifs occupés<sup>xxii</sup>. En outre, et comme l'a souligné le HCSP, il est nécessaire d'utiliser des classifications plus fines que l'opposition emploi/chômage de façon à mesurer l'impact sur la santé de trajectoires spécifiques du type intérim, travail saisonnier, temps partiel subi, etc.

En 2007, 636 630 Franciliens étaient à la recherche d'un emploi, ce qui représente un taux de chômage de 10,8% sur la région : la progression récente de ce chiffre marque la fin de l'exception francilienne en la matière et l'alignement de la

région sur la moyenne nationale (11% en France métropolitaine). Si tous les départements franciliens ont été fortement affectés par la dégradation du marché du travail depuis le quatrième trimestre 2008, les départements de la grande couronne, l'Essonne, la Seine-et-Marne et les Yvelines, ont été touchés par la hausse du chômage en 2009 mais voient leur taux de chômage reculer très légèrement au premier trimestre 2010. A l'opposé, le département de la Seine-Saint-Denis demeure l'un des départements français les plus affectés ; avec un taux de chômage de 11,4 % début 2010, c'est le seul département francilien où le chômage augmente.

Le chômage ne touche pas seulement les moins qualifiés, le chômage des cadres s'avérant particulièrement préoccupant en Ile-de-France.

Si, en Ile-de-France, le recours à l'emploi intérimaire est traditionnellement moins fréquent qu'en province puisque les secteurs les plus utilisateurs, l'industrie automobile, le transport et la construction, sont moins présents dans la région, néanmoins les tendances récentes révèlent que l'utilisation de l'intérim s'intensifie dans les secteurs habituellement utilisateurs, et s'étend à d'autres secteurs comme les services. Les emplois intérimaires se diffusent pour de nouvelles catégories de personnes, notamment plus âgées, et dans de nouveaux territoires, en particulier en grande couronne.

Dans une hypothèse défavorable de poursuite de dégradation de la situation macroéconomique, l'impact sur les conditions de vie est susceptible d'être ressenti en termes d'état de santé et d'accès aux soins. Le bureau régional de l'OMS pour l'Europe a notamment alerté en 2009 sur l'impact de la crise économique sur la santé des populations, notant qu'« **il est probable que la crise augmentera le manque d'équité en matière de santé** »<sup>xxiii</sup>. Il importe donc d'accorder une attention vigilante aux personnes qui présentent des caractéristiques de fragilité sociale et seraient susceptibles de basculer dans la précarité : la surveillance d'indicateurs sur des territoires où sont fortement représentées les groupes de populations les plus directement concernés (classes moyennes, jeunes, ...) doit permettre d'anticiper l'apparition de phénomènes aigus.

### Santé et travail : un impact réciproque

Si les conditions de travail ont un impact sur la santé, il est clair que la santé a, réciproquement, une incidence sur l'accès à l'emploi, **les inégalités de santé contribuant à leur tour à accroître les difficultés des plus défavorisés**. Ainsi, une personne en poste a davantage de risques de perdre son emploi si elle a des problèmes de santé : le risque est multiplié par 4 pour les personnes souffrant d'une affection de longue durée et par 1,5 pour les personnes atteintes d'une maladie incapacitante<sup>xxiv</sup>. De même, chez les personnes qui se perçoivent en mauvaise santé, le risque d'être au chômage est deux fois plus élevé que chez celles qui se jugent en bonne santé. Les inégalités de santé sont donc à la fois causes et conséquences d'inégalités économiques et sociales.

### 3.3. Environnement, logement

L'épidémiologie sociale s'est désormais orientée vers la démonstration de l'impact de l'environnement physique et social du lieu de résidence sur la santé.

#### Cadre de vie

En tant qu'expression de l'inégal capital social et économique de ses habitants, ou par ses caractéristiques propres en matière notamment d'aménagement, le territoire peut avoir un impact particulier sur la santé de ses habitants. Le progrès de l'analyse multi-niveaux permet aujourd'hui à l'épidémiologie sociale de mieux apprécier la contribution propre du lieu de résidence à l'état de santé<sup>xxv</sup> ; ces travaux montrent aussi l'importance d'une analyse fine des déterminants sociaux de santé à l'échelle du quartier.

Ainsi, la littérature récente en épidémiologie sociale met en évidence une corrélation entre risque de surpoids et caractéristiques de l'environnement de vie telles que : présence importante de fast-foods, fort degré de détérioration physique du quartier, absence de parcs, faible niveau de cohésion sociale.

Plus précisément, les travaux engagés dans le cadre du projet francilien RECORD illustrent des disparités sociospatiales d'obésité particulièrement importantes en Ile-de-France, qui sont corrélées avec le capital éducatif des habitants à l'échelle du quartier. En d'autre terme, le fait d'habiter dans un quartier dont le capital éducatif est faible induit un risque majoré d'obésité, même chez un individu dont le capital éducatif est supérieur à celui du quartier : ceci illustre donc un effet propre de l'environnement de vie sur la santé. Il reste que ces disparités géographiques de risque sont un phénomène fondamentalement social, étroitement lié aux caractéristiques socio-économiques des quartiers<sup>xxvi</sup>.

## Logement

L'Ile-de-France est marquée de façon massive et violente par la crise du logement que connaît le pays au plan national. Elle est la région où la demande de logements est la plus forte, et celle où la relance de la construction est proportionnellement la plus faible.

En 2006, le loyer moyen du secteur libre était supérieur de 56 % à celui du reste du pays, alors que le revenu disponible moyen des Franciliens n'était supérieur que de 23 % à celui des habitants des autres régions. De même, le coût des acquisitions, de 70% plus élevé sur la période 2002-2006 qu'entre 1993 et 1996, implique que les Franciliens dépensent près de 45% de plus que les accédants provinciaux pour acquérir leur résidence principale avec, en 2008, une durée globale d'endettement de 21 ans (contre 14 ans en 1996). Ce contexte bloque l'accès au logement des ménages modestes mais aussi d'une grande partie des classes moyennes, et accroît la spécialisation des territoires.

Si l'on compte de moins en moins de ménages à bas revenus occupant un logement inconfortable (23 % en 1988 contre 6 % en 2002), les conditions de peuplement s'améliorent beaucoup moins vite aujourd'hui et restent encore trois fois plus élevées que la moyenne nationale. En 2002, **46 % des ménages pauvres subissaient une situation de surpeuplement**, soit largement plus que la moyenne nationale, tension sur le marché immobilier oblige. **La Seine-Saint-Denis accueille à elle seule 35 % de ces populations « pauvres » et Paris 20 %**. Dans ces territoires le plus souvent urbanisés après guerre, le logement collectif (90 %) et le parc locatif social (55 %) dominant, même si l'on trouve aussi des quartiers anciens dégradés. Le niveau du chômage y est deux fois plus élevé que la moyenne et un quart des ménages a une personne de référence étrangère.

**36 % des ménages franciliens les plus modestes sont logés dans le parc social** (contre 27,5 % des Français les plus pauvres) et en 2005, le parc social représentait un quart des résidences franciliennes. **Le logement social continue d'être extrêmement concentré, que l'on se place à l'échelle communale ou départementale**. Ainsi, 8 % des communes franciliennes accueillent 50 % des logements sociaux. Ce parc représente 38 % des logements en Seine-Saint-Denis, contre 19 % seulement à Paris.

## Zones urbaines sensibles

En Ile-de-France, on ne recense pas moins de 157 ZUS accueillant 1,3 million d'habitants, soit un francilien sur huit. Créées en 1995 pour cerner les contours des quartiers en difficulté sociale, les ZUS répondent à un phénomène de ségrégation spatiale correspondant au regroupement, dans une zone déterminée, de personnes défavorisées, y compris en termes de qualité de l'habitat et de l'environnement. Le revenu fiscal moyen par unité de consommation y était en 2001 de 10 540 € (contre 17 184 € pour la France métropolitaine). Depuis vingt ans, l'évolution des revenus est plus faible dans les ZUS et les revenus tendent même à diminuer pour la frange la plus pauvre des ménages (notamment à Grigny, Aubervilliers, Sarcelles, Villetaneuse...).

Au niveau national, les ZUS présentent dans leur ensemble des densités de professionnels de santé par habitant bien moindres que celles observées dans les unités urbaines les abritant ou sur le territoire national. La situation la moins défavorable est celle observée pour les pharmaciens d'officine : en ZUS, leur densité s'élève à 72% de celle relevée dans les unités urbaines abritant ces quartiers. Les écarts sont plus prononcés pour les orthophonistes dont la densité en ZUS représente 54% de celle observée dans les unités urbaines qui les abritent. Suivent les chirurgiens-dentistes et les masseurs-kinésithérapeutes qui présentent des profils relativement proches. Enfin, les infirmiers sont particulièrement sous-représentés dans les ZUS, avec une densité par habitant en ZUS s'élevant à 37 % de celle mesurée dans leurs unités

urbaines. Les professionnels de santé sont cependant nombreux en bordure ou à proximité immédiate de ces quartiers, contribuant par là même à réduire les écarts d'accessibilité aux soins entre les ZUS et le reste du territoire<sup>xxvii</sup>.

### Logement insalubre

Le nombre de logements privés potentiellement indignes en Ile-de-France est estimé à plus de 200000, soit plus de 5% des résidences privées<sup>xxviii</sup>. Près de 75% de ce parc est situé dans les zones urbaines centrales. Une forte proportion de logements potentiellement indignes apparaît ainsi sur une zone allant du nord-ouest du 95 au nord est du 77. En 2008, 705 arrêtés d'insalubrité ont été pris en Ile-de-France, et près de 3000 arrêtés plus anciens sont encore en cours.

Sur-occupation des logements, locaux anciens ou dégradés et précarité contribuent, voire expliquent, la forte incidence du saturnisme en Ile-de-France. Selon l'InVS, environ 9 000 enfants en France ont eu un premier test de plombémie en 2005, soit trois fois plus qu'en 1995. L'Ile-de-France représente sur la période 2003-2004 près des deux tiers des enfants primo-dépistés. La proportion de cas de saturnisme (plombémie > 100 µg/l) parmi les enfants primo-dépistés est passée de 24% en 1995 à 4,7% en 2005. En 2008, les préfetures ont émis près de 1000 notifications de travaux pour peintures au plomb.

#### Habitat indigne et saturnisme : la zone d'Argenteuil-Bezons (95)

La communauté d'agglomération Argenteuil-Bezons regroupe deux communes situées au sud du département, limitrophes des départements des Hauts-de-Seine et des Yvelines. Proches de la petite couronne, elles se caractérisent par une forte densité urbaine. Sur 132000 habitants (soit 12% de la population départementale), près de 50000 vivent en zone urbaine sensible, et 28000 en zone franche urbaine (données INSEE 2006). Le niveau de vie est plus faible dans cette zone que dans le reste du département (14500€ versus 22230 € pour le revenu moyen annuel du département). L'habitat indigne constitue une réalité prégnante pour ces deux communes. D'après les données du Parc Privé Potentiellement Indigne (PPPI), près de 2700 logements privés seraient concernés, soit 13,5% des logements privés potentiellement indigne du département. Au total, près de 100 arrêtés préfectoraux ont été pris sur ces deux communes, soit 22% des procédures engagées sur l'ensemble du département. La plupart de ces arrêtés concernent la commune d'Argenteuil, qui dispose d'un service communal d'hygiène et de santé. En outre depuis la mise en œuvre de la loi DALO, ces deux communes comptabilisent près d'un quart des requérants du département (en ce qui concerne les demandes mentionnant un motif lié à l'état du logement : insalubre ou impropre à l'habitation). Sur la période 2005-2007, le taux annuel moyen de nouveaux cas de saturnisme pour la France entière était de 3 pour 100000 enfants âgés de moins de 18 ans. Si on s'intéresse aux enfants de moins de 7 ans, ce taux était de 6,4 pour 100000 enfants. Dans le 95, la prévalence de cette maladie à déclaration obligatoire est en très nette baisse. Sur le territoire d'Argenteuil-Bezons, un dépistage systématique mis en œuvre durant plusieurs années a permis de mettre en évidence plusieurs cas de saturnisme infantile, et de mettre en œuvre les procédures d'urgence prévues par le code de santé publique. Une étude de repérage exhaustif des logements potentiellement indignes a été engagée par la communauté d'agglomération. Ses conclusions devraient être rendues publiques avant la fin de l'année 2010. Elles devraient déboucher sur un plan d'action des services publics impliqués sur la thématique de l'habitat indigne.

### Transports

L'Ile-de-France est caractérisée par la problématique des transports. Une enquête de l'Observatoire régional de santé au travail d'Ile-de-France, intégrée au Plan santé au travail régional 2009-2010, révèle que les salariés franciliens consacrent en moyenne 2 heures par jour à leurs trajets domicile-travail, dont 1h30 dans les transports en commun. Ce temps de transports est fréquemment perçu comme pénible, en raison principalement des aléas, de l'affluence, et de la fatigue, ces difficultés ayant aux yeux de 60% des Franciliens interrogés des conséquences en termes de santé<sup>xxix</sup>. Sur l'ensemble des déplacements effectués quotidiennement par les Franciliens, 19 % le sont par des Parisiens, 37 % par des habitants de la petite couronne et 44 % par des habitants de la grande couronne. Consacrer plus de deux heures par jour à se déplacer n'est pas une situation exceptionnelle en Ile-de-France : c'est une réalité quotidienne pour plus de 22 % des Franciliens, soit près de deux fois plus qu'en province (12 %). Durant la semaine, 43 % des déplacements des Franciliens sont effectués en voiture, contre 65 % des déplacements au niveau national<sup>xxx</sup>.

Les transports en commun ne sont pas seuls en cause pour leur impact sur la santé. Le réseau routier francilien se caractérise également par la forte représentation d'accidents impliquant un deux-roues motorisé, les usagers de deux-roues motorisés représentant 43% des tués, part très supérieure à celle constatée à l'échelle nationale. La tranche d'âge des 18-34 ans, environ 23% de la population francilienne, représente 59% des usagers de deux-roues motorisé impliqués dans un accident. A Paris, avec une implication dans 63% des accidents et 42% des tués, le deux-roues motorisé est de loin le mode de déplacement le plus dangereux<sup>xxxi</sup>.

## Problèmes environnementaux : pollution et bruit

L'Ile-de-France se caractérise par une forte concentration d'infrastructures à l'origine de multiples nuisances, en particulier de pollution de l'air et de bruit. Or, les expositions à ces nuisances ont des effets reconnus sur la santé des Franciliens. Par ailleurs, elles touchent plus particulièrement les Franciliens qui ont de faibles revenus, qui cumulent plus fréquemment les expositions au domicile et sur le lieu de travail. Ces expositions environnementales contribuent ainsi à renforcer les inégalités sociales.

Les expositions aux polluants atmosphériques ont des effets sur la santé, en particulier à court terme (augmentation des hospitalisations, décès, etc.), mais aussi à plus long terme. Si l'ensemble de la population est concernée par cette pollution, certaines personnes y sont plus vulnérables : les enfants, les personnes âgées, les personnes présentant une pathologie préexistante (respiratoire, cardio-vasculaire) ou encore les personnes particulièrement exposées. De plus, ces effets sont observés dès les niveaux les plus faibles, en dehors même des situations de pics de pollution.

### 3.4. L'accessibilité de l'offre de santé

Pour le HCSP, le système de santé ne contribue pas à réduire les inégalités de santé, voire contribue à les accroître<sup>xxxii</sup>. De fait, le rôle du système de soins dans le renforcement des inégalités a été exploré<sup>xxxiii</sup>, dès lors que l'on constate des différences de consommation de soins selon le niveau de revenu à besoins donnés, en particulier pour les soins de spécialistes. En réalité, cette problématique dépasse le cadre des soins pour concerner l'accessibilité de l'ensemble de l'offre de santé : l'accessibilité (géographique et financière) des soins mais aussi de l'offre de prévention, des campagnes d'éducation à la santé, etc.

#### Baisse de la démographie médicale en zone rurale : la zone de recours aux soins de St Chéron (91)

La zone de recours de St Chéron comprend les communes de St Chéron, Angervilliers, Breux-Jouy, le Val St Germain, St Maurice et Sermaise soit 12 173 habitants en zone rurale. Il existe sur ce territoire une insuffisance d'offre de soins de premier recours. Cette insuffisance va s'accroître dans les années à venir du fait du vieillissement des professionnels de santé et, en miroir, de la progression démographique populationnelle forte, liée notamment à l'implantation d'une nouvelle gare de RER, contribuant à l'extension de zones pavillonnaires.

A ce jour, la zone compte 8 médecins généralistes, soit une densité de 6,6 / 10 000 habitants (versus une moyenne départementale de 8), dont 3 exercent à mi-temps, aucun spécialiste. La moyenne d'âge est de 46 ans et 3 ont plus de 50 ans. La zone compte également 2,5 chirurgiens dentistes / 10 000 habitants (pour une densité moyenne départementale de 4,8) et 1,6 infirmière / 10 000 habitants (pour une moyenne départementale de 4,7), ces infirmières n'exerçant qu'à tiers temps chacune. En outre on recense sur ce territoire 2 pharmacies, 1 laboratoire d'analyse médicale, 1 podologue et 1 orthophoniste.

Anticipant une tendance défavorable de la démographie et dans le but de garantir la pérennité de l'offre de soins, les professionnels de santé envisagent de travailler de façon regroupée au sein d'une maison de santé pluriprofessionnelle (MSP). La mairie de St Chéron a déposé début novembre 2010 un projet dans le cadre du programme national visant à financer 250 MSP en zone rurale sur la période 2010-2013.

### Inégalités dans l'accès à la prévention : dépistage et vaccination

Les taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal chez les 50-74 ans révèlent de fortes disparités selon les départements (24,1% dans le 92 et 42,2% dans le 77 pour une moyenne régionale de 30,8% en 2009 vs 42% en moyenne nationale). Une corrélation forte entre pratique du dépistage et niveau de diplôme a été mise en évidence, les individus les plus aisés ayant plutôt recours aux dépistages individuels qu'aux dispositifs organisés.

De même, les taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein connaissent une variabilité importante, de 28% à Paris à 56% dans le Val d'Oise, la moyenne régionale étant inférieure au taux national (40,5% versus 52,8% en 2008-2009). Cette variabilité s'explique en partie par un recours important au dépistage individuel à Paris et dans les Hauts de Seine, du fait des populations les aisées, mais le succès des programmes de dépistage organisé est aussi fonction de leur implantation (début du programme dès 1991 dans le Val d'Oise). La proportion de femmes ne réalisant pas de mammographie sur deux ans (que ce soit en dépistage organisé ou en individuel) est estimée à environ 30 % de la tranche d'âge concernée. Les départements ayant les meilleurs résultats de dépistage organisé ont aussi une meilleure couverture globale (réalisation de mammographies de l'ensemble des femmes de la tranche d'âge).

Le recours aux dépistages des cancers féminins est fortement corrélé aux variables sociales. Ainsi, l'enquête Handicap santé 2008 révélait que le taux de recours au frottis cervical et à la mammographie variait en fonction du revenu et du niveau d'études<sup>xxxiv</sup>. Cependant, les dépistages organisés permettent de diminuer les inégalités car ils simplifient l'accès pour l'ensemble de la population.

La couverture vaccinale ROR est supérieure à 90% en IdF sauf dans le 93 et le 94 (entre 86% et 89,9%). On a recensé au printemps 2010 des foyers de cas groupés de rougeole dans des territoires ciblés. Les camps Roms sont particulièrement concernés, alors que selon Médecins du monde, 90% des enfants n'y sont pas vaccinés contre la rougeole et le tétanos<sup>xxxv</sup>.

### Barrières financières

Les inégalités d'accès aux soins peuvent tout d'abord être expliquées par les **barrières financières** liées aux modes de financement des soins, et principalement à l'accès à la complémentaire santé et à l'ampleur du reste à charge.

S'agissant de l'**accès à la complémentaire**, les études montrent que les personnes qui n'en ont pas sont plus nombreuses que celles qui en ont une à renoncer à des soins pour des raisons financières. Or, en dépit de la mise en place de la CMU, 7% de la population française reste dépourvue de complémentaire, cette proportion atteignant 19% chez les 10% de personnes les plus pauvres. S'agissant du **reste à charge** et de son rôle de barrière dans l'accès aux soins facteur d'inégalités, les données sont plus rares.

#### Encadré Etude ARS Pratiques tarifaires en Ile-de-France

Cette étude sur les pratiques tarifaires des médecins franciliens établit un état des lieux régional des pratiques et analyse l'accès aux soins médicaux à des tarifs opposables sur l'ensemble de la région et par territoire. Dans cette optique, l'étude s'attache à analyser au 4<sup>ème</sup> trimestre 2008 l'offre de soins libérale au travers du suivi d'un certain nombre d'indicateurs et à constater le recours aux soins en termes de spécialités, d'actes médicaux et de territoires.

Un médecin francilien sur deux a pour mode conventionnel le secteur 2. Cette proportion est d'un praticien sur quatre en France métropolitaine. Chez les médecins spécialistes, 60% des praticiens exercent en secteur 2 (40% au niveau national). Cette forte présence du secteur à honoraires libres est encore plus marquée sur certaines spécialités telles que les chirurgiens (87,6% de l'effectif), les gynécologues (79,4%) ou les ORL (78,6%).

Cinq départements de la région (Seine-et-Marne, Essonne, Seine-Saint-Denis, Val-de-Marne et Val d'Oise) enregistrent une densité médicale inférieure à celle relevée au niveau national, que ce soit pour les omnipraticiens ou pour les spécialistes.

#### Une pratique des dépassements largement répandue ...

Un patient sur deux (soit 2,74 millions de personnes) s'est vu facturer un dépassement d'honoraires au cours du dernier trimestre 2008 en Ile-de-France. Chez les généralistes, 20% des actes sont réalisés avec dépassement, cette proportion est de 40% pour les spécialistes.

La fréquence de dépassement est plus importante pour les actes cliniques (35%) que pour les actes techniques (25%).

Les dépassements tarifaires représentent un quart des honoraires des médecins (31% chez les spécialistes).

Un médecin sur trois facture moins de 5% de son activité avec dépassement (52% des omnipraticiens et 22% des spécialistes).

Une mammographie sur deux a fait l'objet d'un dépassement d'honoraires. Cette proportion est de 80% pour la séance de sclérose de varice du membre inférieur.

79% des actes de remplacement de l'articulation du genou par prothèse s'effectuent avec dépassement.

#### ... mais une pratique très concentrée

25% des omnipraticiens concentrent 88% du montant total de dépassements.

25% des spécialistes concentrent 71% du montant total des dépassements.

20% des patients concentrent près de 70% du montant total de dépassements.

Quatre spécialités concentrent près de la moitié des dépassements tarifaires : la chirurgie, la gynécologie, l'ophtalmologie et la radiologie. 1,26 millions de patients, soit 46% des bénéficiaires ayant eu un dépassement d'honoraires, se sont vu facturer un dépassement de la part d'un praticien appartenant à l'une de ces quatre spécialités.

#### Des territoires géographiques présentent des taux de dépassements très importants

Tous médecins libéraux confondus, la fréquence de dépassement varie de 10% sur la zone d'Aubervilliers à 75% dans le 16<sup>ème</sup> arrondissement de Paris. Les fréquences les plus élevées, se situent dans l'ouest de Paris et à son immédiate proximité : 16<sup>ème</sup>, 6<sup>ème</sup>, 7<sup>ème</sup> et 8<sup>ème</sup> arrondissement, Neuilly-sur-Seine, Boulogne-Billancourt et Versailles.

Pour la gynécologie, cette fréquence de dépassement varie de 40% sur la zone de Bobigny pour atteindre 97% à Etampes.

En plus d'une fréquence et d'un montant élevé de dépassement, certains territoires présentent une absence d'offre hospitalière publique.

Les 70 territoires ont été regroupés en six classes identifiées par la méthode de classification ascendante hiérarchique (CAH) :

une classe (1) concernant 27% de la population francilienne et assez proche de la situation moyenne régionale (patientèle, offre de soins, activité et dépassements tarifaires) même si les taux de CMUC et les montants moyens de dépassements y sont inférieurs. Elle se situe principalement en petite couronne et proche grande couronne.

une classe (2) avec un faible niveau de vie (forte proportion de CMUC) et une offre de soins limitée (densité médicale basse) mais avec un secteur à tarif opposable prépondérant. 20% de la population francilienne vit dans ces territoires. Les indicateurs de dépassements tarifaires sont systématiquement inférieurs à la moyenne régionale. Elle est principalement présente en Seine Saint Denis, Val de Marne et sud est de la Seine et Marne.

une classe (3) regroupant 30% de la population située presque exclusivement en grande couronne et dont le revenu fiscal est inférieur à la moyenne. En termes d'offre de soins, la densité de spécialistes est faible mais la part des spécialistes de secteur 1 est plus élevée que la moyenne. Les indicateurs relatifs aux dépassements tarifaires sont généralement inférieurs à ceux constatés dans la région.

une classe (4) principalement parisienne (centre et sud) dont l'offre de soins est relativement importante notamment chez les spécialistes, et dont la population présente un niveau économique élevé et plutôt d'âge actif. La pratique des dépassements tarifaires est relativement importante (cette zone concerne 10% de la population francilienne)

une classe (5) de niveau économique défavorable avec une forte proportion de CMUC. La densité médicale y est supérieure à la moyenne régionale pour les omnipraticiens mais inférieure pour les spécialistes. Elle couvre 10% de la population de la région et concerne notamment les zones socialement défavorisées de Paris et des Hauts de Seine.

une classe (6) concernant exclusivement les arrondissements socialement favorisés de la capitale où l'offre de soins est très importante mais la proportion de médecins de secteur 1 est faible. La pratique des dépassements est pratiquement généralisée et très conséquente (concerne 2,5% de la population francilienne).

Les résultats de cette typologie des zones, associés aux spécificités de certaines spécialités, actes et populations doivent permettre, par une analyse approfondie, d'identifier les territoires pour lesquels des difficultés d'offre et d'accès aux soins existent ou pourraient prochainement survenir.

#### L'offre de soins non libérale comme variable d'adaptation

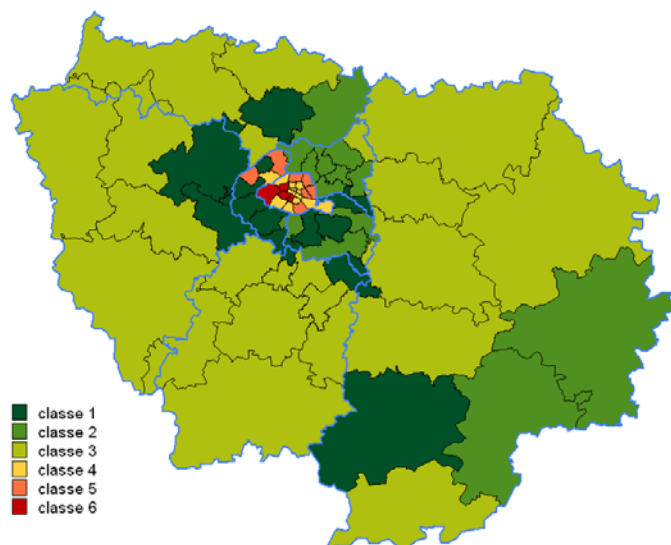
Les consultations externes réalisées en secteur hospitalier public représentent 14% de l'offre médicale de soins ambulatoire en Ile-de-France.

Neuf territoires sont dépourvus d'offre de consultations externes ; six territoires ont une part de consultations externes supérieure à 30%.

Sur la région, la proportion des actes réalisés en centres de santé et PMI par rapport à l'ensemble des actes réalisés en médecine ambulatoire s'élève à 6% en nombre d'actes, cette proportion dépasse 25% des actes sur quatre territoires, deux d'entre eux ayant une offre de soins libérale limitée (zone d'Aubervilliers) ou une pratique des dépassements tarifaires généralisée (8<sup>ème</sup> arrondissement de Paris).

L'intégration des actes réalisés par les centres de santé /PMI dans le calcul de la fréquence de dépassement d'honoraires permet de réduire de 2 points la part des actes avec dépassement en Ile-de-France (de 32% à 30%). Cette réduction atteint plus de 17 points sur quatre territoires (9<sup>ème</sup>, 8<sup>ème</sup>, 2<sup>ème</sup> et 6<sup>ème</sup> arrondissement).

### Découpage des territoires selon les classes issues de la CAH



#### En résumé

**Classe 1 :** 13 territoires représentatifs de la situation moyenne régionale tant au niveau de la démographie, de l'offre de soins et de l'activité médicale.

**Classe 2 :** 13 zones avec un faible niveau de vie, une offre de soins limitée (part des spécialistes et densité médicale basse) et une pratique des dépassements tarifaires très réduite.

**Classe 3 :** 21 territoires situés en grande couronne, avec une offre de médecine générale dans la moyenne régionale et un déficit en médecine spécialisée (densité faible) compensée en partie par une part de médecins spécialistes de secteur 1 supérieure à la moyenne régionale. La pratique des dépassements tarifaires est plus fréquente qu'en classe 2 et a tendance à se rapprocher de la moyenne régionale.

**Classe 4 :** 12 zones essentiellement constituées d'arrondissements de Paris, avec un niveau de vie relativement élevé, une patientèle appartenant à la population « active » et une offre de soins importante notamment chez les spécialistes. La part des omnipraticiens de secteur 1 est inférieure à la moyenne régionale. La pratique des dépassements tarifaires est très courante dans l'ensemble de ces territoires.

**Classe 5 :** 7 zones dont 5 arrondissements de Paris avec un niveau de vie défavorable. L'offre de soins est plus limitée que dans la classe 2 notamment pour les spécialistes. La pratique des dépassements tarifaires est importante même si les indicateurs sont inférieurs à la moyenne régionale.

**Classe 6 :** 4 arrondissements de Paris, niveau de vie très élevé, patientèle plus âgée et plus féminine. Offre de soins importante notamment en médecine spécialisée. Densité médicale très importante et proportion de médecins de secteur 1 faible. La pratique des dépassements tarifaires est généralisée et très conséquente.

### Barrières culturelles et informationnelles

Une autre voie d'explication des inégalités d'accès aux soins se réfère à l'existence de **barrières culturelles et informationnelles**. L'hypothèse selon laquelle les plus pauvres ont non seulement une moindre connaissance du système de soins mais en outre un rapport différent au corps et à la maladie<sup>xxxvi</sup> pourrait par exemple expliquer des recours aux soins plus tardifs et un recours moindre à la prévention et au dépistage, voire une observance plus déficiente, en dépit même de la mise en place de programmes gratuits. De fait ainsi, l'exploitation ORS Ile-de-France du Baromètre santé de l'INPES (2005) montre un lien fort de la pratique du dépistage

avec le niveau de diplôme. Plusieurs facteurs sont susceptibles d'exposer les personnes les plus défavorisées à de moins bons indicateurs de santé. Une étude francilienne sur les hospitalisations évitables<sup>xxxvii</sup>, c'est-à-dire qui auraient pu être évitées si les soins primaires étaient intervenus en temps opportun, pour l'asthme, l'angine de poitrine et le diabète, révèle que celles-ci sont fréquentes (10% des journées à partir du PMSI 2006) et notamment dans les zones défavorisées (proportion importante de foyers non imposables, taux de chômage élevé). Or l'auteur montre que l'accessibilité ou le niveau de l'offre de généralistes ne sont pas en cause. Ce travail plaide donc pour des hypothèses alternatives : le retard à l'accès aux soins est causé par une situation de défaveur (revenu faible ou absence de complémentaire santé), hypothèse de moindre observance, etc.

### Freins organisationnels

Enfin, l'**organisation même du système de soins** est considérée comme un déterminant des inégalités : en effet, les inégalités de recours aux soins paraissent plus réduites dans des systèmes nationaux de santé, financés par taxation, et où le médecin généraliste a un rôle de gatekeeper<sup>xxxviii</sup>.

Un dernier ordre de déterminants intervient, en aval de l'accès aux soins, dans le traitement différencié que le système de soins réserve aux patients selon leur appartenance sociale ; d'une part, on peut considérer que les progrès thérapeutiques se diffusent plus rapidement dans les groupes sociaux favorisés, d'autre part, il semble que les professionnels puissent aussi prendre des décisions différentes selon leur proximité socioculturelle avec le patient, notamment en proposant des dépenses supplémentaires aux patients pouvant les payer.

On peut donc considérer que le système de soins perpétue voire renforce les inégalités de santé par le fait même qu'il ne prend pas cette dimension en compte. C'est ce que Jonathan Mann, pionnier de la lutte mondiale contre le VIH, avait appelé la « **socioparésie** » du système de santé<sup>xxxix</sup>, c'est-à-dire son incapacité à reconnaître qu'une prise en compte des déterminants sociaux de santé est une condition nécessaire à sa propre efficacité.

---

<sup>1</sup> M.Goldberg et al., « Les déterminants sociaux de la santé : apports récents de l'épidémiologie sociale et des sciences sociales de la santé », *Sciences sociales et santé*, 2002, 20(4), 74-128

<sup>2</sup> Haut conseil de la santé publique, *Inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité*, 2009

<sup>3</sup> J.P. Mackenbach et al., "Socioeconomic inequalities in health among 22 european countries", *New England Journal of Medicine*, 2008, 358, 2468-81

<sup>4</sup> OMS, Commission des déterminants de la santé, *Comblant le fossé en une génération : instaurer l'équité en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*, 2008

<sup>5</sup> Whitehead M, Dahlgren G, Gilson L., "Developing the policy response to inequities" in Health: a global perspective. ill; - Challenging inequities in health care: from ethics to action", Oxford University Press; 2001:309-322

<sup>vi</sup> C.Sass et al., « Le score Epices : un score individuel de précarité », *BEH*, 2006, 14, 93-96

<sup>vii</sup> MIPES, Etat des lieux de la pauvreté et de l'exclusion en Ile-de-France, 2008

<sup>viii</sup> M.Sagot, "Arrivées de l'étranger : l'Île-de-France attire des jeunes qualifiés", IAURIF, Note rapide, oct 2010

<sup>ix</sup> P.Dourgnon, F.Jusot, C.Sermet, J.Silva, « La santé perçue des immigrés en France, Une exploitation de l'Enquête décennale santé 2002-2003 », *Questions d'économie de la santé*, n° 133 - juillet 2008 ; Berchet C., Jusot F., « L'état de santé des migrants de première et de seconde génération en France. Une analyse selon le genre et l'origine », *Revue Economique*, 61(6), 2010, 1075-1098

<sup>x</sup> InVS, « Les découvertes de séropositivité VIH chez les migrants en France », novembre 2009

<sup>xi</sup> A.Bihr et R. Pfefferkorn, *Le système des inégalités*, Paris, Editions La Découverte, 2008

<sup>xii</sup> M.Devaux, F.Jusot, A.Trannoy, S.Tubeuf, « Inégalités des chances en santé : influence de la profession et de l'état de santé des parents », *Questions d'économie de la santé*, n°118,Paris, Irdes, février 2007

<sup>xiii</sup> Bricard D., Jusot F., Tubeuf S., « Les modes de vie : un canal de transmission des inégalités de santé ? », *Questions d'économie de la santé*, Irdes, n° 154, 2010

<sup>xiv</sup> DREES, *L'état de santé de la population*, Rapport 2009-2010

<sup>xv</sup> Source USBD-DGS

<sup>xvi</sup> C.de Peretti, K.Castetbon, « Surpoids et obésité chez les adolescents scolarisés en classe de troisième », *Etudes et résultats*, n° 283, Drees, Paris, janvier 2004.

<sup>xxvii</sup> ORS, « Jeunes en Ile-de-France », mars 2007

<sup>xxviii</sup> ORS, « La mortalité des jeunes de 10 à 29 ans en Ile-de-France », 2000

- 
- xix K. Kogevinas et al. (dir), *Social inequalities and cancer*, IARC Scientific Publications, 1997
- xx J. Benach et al., « Reducing the health inequalities associated with health conditions », *British medical journal*, 2010, 340, 1392-5
- xxi A. Mesrine, « La surmortalité des chômeurs : un effet catalyseur du chômage ? », *Economie et statistique*, n°334, Insee, Paris, 2000, 33-48
- xxii C. Cohidon et al., « Suicide et activité professionnelle en France », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 2010, 58, 139-50
- InVS, *Suicide et activité professionnelle en France : premières exploitations de données disponibles*, avril 2010
- xxiii OMS, La santé en période de crise économique mondiale : incidence pour la région européenne de l'OMS, 24/07/2009
- D. Stuckler, S. Basu, M. McKee, « Budget crises, health, and social welfare programs », *British medical journal*, 2010, 341, 77-79
- xxiv F. Jusot et al., « Un mauvais été de santé accroît fortement le risque de devenir chômeur ou inactif », IRDES, *Questions d'économie de la santé* 125, 2007
- xxv B. Chaix, P. Chauvin, « L'apport des modèles multiniveau dans l'analyse contextuelle en épidémiologie sociale : une revue de la littérature », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 2002, 50, 489-99
- xxvi B. Chaix et al., « Les disparités socio spatiales d'obésité en Ile-de-France et leurs déterminants : l'étude RECORD », INSERM U707, [www.record-study.org](http://www.record-study.org)
- xxvii Observatoire national des zones urbaines sensibles, Rapport 2009
- xxviii IAURIF, *Le logement – Un champ d'étude et d'action pour Paris Métropole*, juin 2010
- xxix Observatoire Régional de Santé au Travail d'Ile-de-France (ORSTIF), Enquête, mars 2010
- xxx Y. Caenen et al., « Les Franciliens consacrent 1h20 par jour à leurs déplacements », INSEE Ile-de-France à la page, n°331, avril 2010
- xxxi IAURIF, Sécurité routière et usage de deux-roues en Ile-de-France, juin 2009
- xxxii Haut conseil de la santé publique, *Inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité*, 2009
- xxxiii A. Couffinhal et al., « Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé ? Un éclairage européen », Partie 1 et 2, *Questions d'économie de la santé* n°92 et 93, 2005
- xxxiv DREES, *L'état de santé de la population*, Rapport 2009-2010
- xxxv Collectif Romeurope, 26/08/10
- xxxvi L. Boltanski, « Les usagers sociaux du corps », *Annales ESC*, vol. 26, 1971, pp. 205-233
- xxxvii F. Tonnelier, « Les hospitalisations potentiellement évitables », à paraître
- xxxviii Z. Or, F. Jusot, E. Yilmaz, « Inégalités de recours aux soins en Europe : Quel rôle attribuable aux systèmes de santé ? », *Revue Economique*, 60 (2), 2009, 521-543
- xxxix J. Mann, Allocution au congrès de la société française de santé publique, 1998