



## Etude sur les inégalités de santé en Ile-de-France pour la Mutualité Française IDF

Observatoire des inégalités

[www.inegalites.fr](http://www.inegalites.fr)

[contacts@inegalites.fr](mailto:contacts@inegalites.fr)

4 allée du Plessis – 37000 Tours – 02 47 44 63 08

13 bis rue Alphonse Daudet – 75014 Paris – 06 38 67 01 09

Compas

[www.lecompas.fr](http://www.lecompas.fr)

[contact@compas-tis.com](mailto:contact@compas-tis.com)

15 ter, bd Jean Moulin – 44106 Nantes cedex 4 – 02 51 80 69 80

13 bis rue Alphonse Daudet – 75014 Paris – 01 45 86 18 52

## Sommaire

A – Etat des lieux des inégalités de santé en Ile-de-France	p. 3
1) Des indicateurs favorables à nuancer	p. 3
<i>a) Une région favorisée ?</i>	p. 3
<i>b) De fortes disparités territoriales</i>	p. 3
2) L'état de santé des franciliens	p. 4
<i>a) Espérance de vie et mortalité</i>	p. 4
<i>b) Pathologies</i>	p. 5
3) L'offre de soins	p. 6
<i>a) Densité médicale</i>	p. 6
<i>b) Consommation de soins</i>	p. 7
<i>Parole d'expert – Entretien avec Emmanuel Vigneron</i>	p. 9
B – Comprendre les déterminants sociaux de la santé	p. 11
1) Des obstacles économiques	p. 11
<i>a) Des conditions de vie difficiles</i>	p. 11
<i>b) L'inégal accès à la complémentaire santé</i>	p. 11
2) Le travail a des effets directs et indirects	p. 12
<i>a) Pollution au travail</i>	p. 12
<i>b) Rythmes de travail</i>	p. 13
<i>c) Travail pénible</i>	p. 13
3) Des causes culturelles	p. 14
<i>a) Des rapports aux soins socialement diversifiés</i>	p. 14
<i>b) Pour une prise en compte globale des facteurs d'inégalités</i>	p. 14
Bibliographie	p. 16
Annexes	p. 17

## A – Etat des lieux des inégalités de santé en Ile-de-France

### 1) Des indicateurs favorables à nuancer

#### *a) Une région favorisée ?*

Avec 12 millions d'habitants, la région Ile-de-France est la plus densément peuplée de France. Elle représente 19 % de la population métropolitaine. Premier bassin d'emplois européen, l'Ile-de-France produit 31 % de la richesse nationale. En 2013, le revenu médian annuel y est de 23 022 euros, soit 3 000 euros supérieur à la médiane métropolitaine (voir Annexes, tableau n°1).

De nombreux indicateurs placent l'Ile-de-France en situation favorable<sup>1</sup>. La part des franciliens de plus de 60 ans est plus faible que dans l'ensemble du pays : 19 % contre 24 % (voir Annexes, tableau n°1). Les cadres y sont surreprésentés : 17,1 % des actifs franciliens appartiennent à cette catégorie, contre 7,3 % des Français. 38,7 % des franciliens sont titulaires d'un diplôme de l'enseignement supérieur, alors que c'est le cas de 27,8 % des Français (données 2013, Insee). Le taux de chômage moyen en Ile-de-France est de 8,8 % soit un point de moins que pour la France (9,9 % en 2013) (voir Annexes, tableau n°1).

Toutefois, ce portrait doit être nuancé. D'autres indicateurs sont beaucoup moins avantageux. Par exemple, le coût élevé du logement en freine l'accès des plus modestes et les contraint à vivre dans des conditions indignes d'insalubrité et/ou de surpeuplement. « *En 2006, le loyer moyen du secteur libre était supérieur de 56 % à celui du reste du pays*, note ainsi l'Agence Régionale de Santé Ile-de-France en 2011, *alors que le revenu disponible moyen des Franciliens n'était supérieur que de 23 % à celui des habitants des autres régions* »<sup>2</sup>. Par ailleurs, la région Ile-de-France reste le territoire français accueillant le plus de personnes venant de l'étranger : 40 % des immigrés vivant en France résident dans l'aire urbaine de Paris (données 2012, Insee). « *Or les immigrés sont plus souvent confrontés à des difficultés socio-économiques que le reste de la population ; ils sont davantage exposés au chômage, sont plus souvent ouvriers, et subissent plus souvent des revenus bas* », poursuit l'ARS IDF<sup>3</sup>.

#### *b) De fortes disparités territoriales*

La région est ensuite traversée par d'importantes disparités infrarégionales.

Les données moyennes sur l'Ile-de-France sont trompeuses : la région concentre à la fois la richesse et la pauvreté. Le revenu médian annuel de l'Ile-de-France est de 20 022 euros mais de 15 544 euros en Seine-Saint-Denis, soit 11 660 euros de moins que celui des Hauts-de-Seine et 4 500 euros de moins que le revenu médian annuel en France en 2013 (voir Annexes, tableau n°1).

Le taux de chômage est de 8,8 % en Ile-de-France, mais de 13 % en Seine-Saint-Denis en 2015. La part des plus de 60 ans est la plus faible en Seine-Saint-Denis : 16 % contre 18,8 % en Ile-de-

---

<sup>1</sup> Voir les *Chiffres-clés de la région Ile-de-France 2016*, IAU Ile-de-France, Insee Ile-de-France et CCI Paris-Ile-de-France, juin 2016.

<sup>2</sup> *Eléments synthétiques de diagnostic sur l'état de santé de la population francilienne en vue du Plan stratégique régional de santé*, ARS Ile-de-France, janvier 2011.

<sup>3</sup> Ibid.

France, 21 % à Paris et 20,3 % dans les Yvelines (les proportions les plus élevées de la région) (voir Annexes, tableau n°1).

17,1 % des actifs franciliens sont cadres, mais c'est le cas de 24,2 % des parisiens, 19,5 % de la population active des Hauts-de-Seine et de 14,7 % de celle des Yvelines, contre 6,5 % des actifs de la Seine-Saint-Denis, la plus faible part de cette catégorie socioprofessionnelle de la région, au côté de la Seine-et-Marne (8,1 %) et du Val d'Oise (8,6 %). A l'inverse, la Seine-Saint-Denis rassemble 6,7 % d'ouvriers qualifiés, suivie de près par la Seine-et-Marne (6,3 %), contre 3,2 % et 2,6 % d'ouvriers qualifiés dans les Hauts-de-Seine et à Paris (données 2013, Insee).

La Seine-Saint-Denis affiche également la plus faible proportion de diplômés de l'enseignement supérieur de tous les départements de l'Ile-de-France, soit 36 % de sa population âgée de 25 à 34 ans. Elle est de 40,6 % en Seine-et-Marne et de 41,6 % dans le Val-d'Oise, contre 53,2 % dans les Yvelines, 65,8 % dans les Hauts-de-Seine et de 75,5 % à Paris (données 2013, Insee).

D'un côté, une population moins diplômée, en bas de l'échelle des catégories socioprofessionnelles, confrontée à des conditions de travail pénibles, au mal-logement, dotée de faibles revenus, située au Nord de Paris, en Seine-Saint-Denis et dans le Sud du Val-d'Oise. De l'autre, à l'opposé, des taux de chômage moins élevés et, logiquement, des revenus plus hauts : Paris, les Hauts-de-Seine, les Yvelines. Ces inégalités de ressources et de conditions de vie favorisent les inégalités de santé entre franciliens.

## 2) L'état de santé des franciliens

On retrouve dans les données de santé la situation des indicateurs sociaux économiques : une moyenne supérieure à la moyenne nationale, mais des écarts importants entre départements.

### *a) Espérance de vie et mortalité*

L'espérance de vie à la naissance est en moyenne plus élevée en Ile-de-France que pour la France : à la naissance, une femme francilienne peut espérer vivre 85,9 ans, contre 85,4 ans en France métropolitaine ; un homme francilien peut espérer vivre 80,8 ans contre 79,3 ans pour la France métropolitaine en 2014 (voir Annexes, tableau n°2 et graphiques n°1 à 4).

Mais là encore de grandes disparités entre départements s'observent. La Seine-et-Marne (84,7 ans pour les femmes et 79,9 ans pour les hommes), la Seine-Saint-Denis (84,8 ans pour les femmes et 79,5 ans pour les hommes) et le Val d'Oise (85,2 ans pour les femmes et 79,9 ans pour les hommes) présentent les espérances de vie les moins longues. Tandis qu'à Paris (86,5 ans pour les femmes et 81,6 ans pour les hommes), dans les Hauts-de-Seine (86,5 ans pour les femmes et 81,4 ans pour les hommes), et dans Yvelines (86,4 ans pour les femmes et 81,4 ans pour les hommes), les espérances de vie sont les plus élevées (voir Annexes, tableau n°2 et graphiques n°1 à 4).

Les départements à forte espérance de vie sont aussi ceux qui comptent une plus forte proportion de cadres et de diplômés comme de revenus élevés.

La mortalité prématurée, avant 65 ans, toutes causes confondues, qui touche davantage les hommes que les femmes, est plus faible en Ile-de-France qu'en France métropolitaine en 2012 : 218 hommes et 111 femmes pour 100 000 habitants, contre respectivement 257 hommes et 120 femmes pour 100 000 habitants en France métropolitaine (voir Annexes, tableau n°3).

La Seine-Saint-Denis est davantage concernée que le reste de la région : 251 hommes et 127 femmes pour 100 000 habitants meurent avant 65 ans dans ce département. A l'inverse, les Yvelines et les Hauts-de-Seine présentent les taux les plus bas de la région : 200 hommes et 104 femmes pour 100 000 habitants y meurent prématurément (voir Annexes, tableau n°3).

Les tumeurs malignes sont la première cause de décès en France, avec un taux de 242 décès pour 100 000 habitants en France métropolitaine en 2012 (soit 153 500 personnes touchées par an). Avec 178,5 décès liés à des cancers pour 100 000 habitants, l'Ile-de-France présente un taux inférieur à la moyenne nationale. Paris (190), la Seine-et-Marne (184) et les Yvelines (182) ont des taux supérieurs à la moyenne régionale. La Seine-Saint-Denis présente un taux inférieur aux moyennes nationale et régionale (156), du fait notamment d'une moyenne d'âge inférieure (voir Annexes, tableau n°4).

Les franciliens sont notamment moins touchés que la moyenne des Français par le cancer du poumon (38,7 décès pour 100 000 habitants en Ile-de-France contre 49,9 en France métropolitaine) et le cancer du colon (13,2 décès pour 100 000 habitants en Ile-de-France contre 20 en France métropolitaine), qui représentent en France, les deux cancers les plus mortels (voir Annexes, tableau n°4).

Ils sont également moins touchés par la deuxième cause de décès en France : les maladies de l'appareil circulatoire (cardiopathies) : 133 décès pour 100 000 habitants sont dus en Ile-de-France à ces pathologies, contre 222,5 en France métropolitaine. Les Yvelines (149,1) ainsi que la Seine-et-Marne et l'Essonne présentent un taux supérieur (139,6) à la moyenne régionale, du fait d'une moyenne d'âge supérieure. La Seine-Saint-Denis et Paris ont des taux inférieurs à la moyenne régionale : respectivement 127 et 112,8 (voir Annexes, tableau n°4).

L'Ile-de-France, en revanche, présente un taux supérieur à la moyenne nationale pour la mortalité liée au SIDA et aux maladies à VIH : 1,3 décès pour 100 000 habitants contre 0,6 en moyenne nationale en 2012. Les taux les plus élevés sont observés à Paris (2,1), en Seine-Saint-Denis (1,6) et dans le Val-de-Marne (1,4). Des territoires qui accueillent davantage de migrants, et en particulier ceux originaires d'Afrique subsaharienne, plus exposés à ces pathologies, comme le souligne l'ARS IDF<sup>4</sup> (voir Annexes, tableau n°4).

#### *b) Pathologies*

Les maladies du foie et cirrhoses sont plus fréquentes en Ile-de-France qu'en France : 342 cas pour 100 000 habitants<sup>5</sup> contre 273 en France métropolitaine en 2014. Les territoires les plus concernés sont Paris avec 415 cas pour 100 000 habitants et la Seine-Saint-Denis avec 421 cas pour 100 000 habitants. Les cas de maladies à VIH sont également plus nombreux en Ile-de-France qu'en France : 376 contre 165 pour 100 000 habitants. Ils atteignent un nombre très élevé à Paris (762) ainsi qu'en Seine-Saint-Denis (459). Même constat pour l'hypertension artérielle avec 1 363 cas pour 100 000 habitants en Ile-de-France contre 1 271 cas en France métropolitaine. 1 674 cas ont été relevés en Seine-Saint-Denis. L'insuffisance respiratoire chronique touche particulièrement la région : 721 cas pour 100 000 habitants en Ile-de-France contre 582 en France

---

<sup>4</sup> *Eléments synthétiques de diagnostic sur l'état de santé de la population francilienne en vue du Plan stratégique régional de santé*, ARS Ile-de-France, janvier 2011.

<sup>5</sup> Il s'agit ici de la prévalence : le **nombre de cas total** pour 100 000 habitants.

métropolitaine. La Seine-Saint-Denis en tête avec 948 cas pour 100 000 habitants (voir Annexes, tableau n°6).

Le nombre de nouveaux cas observés<sup>6</sup> d'insuffisance cardiaque grave a été multiplié par 1,5 entre 2007 et 2014 en Ile-de-France, passant de 13 147 nouveaux cas en 2007 à 20 881 en 2014. Paris est particulièrement touchée, avec 3 976 nouveaux cas en 2014, soit un tiers de nouveaux cas par rapport à 2007 (voir Annexes, tableau n°7).

Les territoires pour lesquels la santé est la moins favorable sont ceux qui rassemblent des populations les plus exposées. Une partie des écarts entre territoires sont liés à l'âge des populations qui n'est pas identique. D'autres facteurs jouent et notamment le milieu social, les revenus ou la part de migrants.

Ce ne sont pas les seuls facteurs à prendre en compte. A caractéristiques équivalentes, les questions de l'accès aux soins et de leur qualité interviennent aussi, et par conséquent celles de leur proximité physique (densité médicale) et de leur accessibilité financière.

### 3) L'offre de soins

#### *a) Densité médicale*

La densité de médecins généralistes de secteur 1 (ne pratiquant pas de dépassements d'honoraires) en Ile-de-France est plus faible que pour la France métropolitaine : 52,04 pour 100 000 habitants contre 76,53 en 2013. Avec une densité encore plus faible en Seine-et-Marne (46,38) et dans les Hauts-de-Seine (46,56). A l'inverse, la densité des médecins généralistes de secteur 2 (qui pratiquent des honoraires libres) dans la région est très supérieure à la moyenne nationale : 13,87 pour 100 000 habitants contre 5,74. Les densités sont les plus élevées dans les Hauts-de-Seine (15,83) et en Seine-et-Marne (14,85). La densité est la plus faible en Seine-Saint-Denis : 3,61 médecins généralistes de secteur 2 pour 100 000 habitants (voir Annexes, tableau n°8).

Entre 2009 et 2014, Paris a subi une perte de 5 à plus de 10 médecins généralistes pour deux millions d'habitants (voir Annexes, carte n°4).

Les spécialistes de secteur 1 sont également moins densément présents en Ile-de-France qu'en France métropolitaine (38,64 contre 48,13 pour 100 000 habitants). Hors Paris, l'ensemble des départements ont des densités de spécialistes de secteur 1 plus faibles que la moyenne régionale (record en Seine-et-Marne avec 26,72 spécialistes de secteur 1 pour 100 000 habitants). En revanche, Paris se situe bien au-dessus avec une densité de 60,50 spécialistes de secteur 1 pour 100 000 habitants. Un taux d'ailleurs supérieur à ceux des médecins généralistes de secteur 1 et 2 du département (voir Annexes, tableau n°8).

La densité de spécialistes de secteur 2 est supérieure en Ile-de-France à la moyenne nationale : 70,06 contre 36,94 pour 100 000 habitants. La densité la plus faible se trouve en Seine-Saint-Denis : 25,03. Et la densité la plus élevée là encore à Paris : 180,04 (voir Annexes, tableau n°8).

---

<sup>6</sup> Il s'agit ici de l'incidence : le **nombre de nouveaux cas observés sur une période donnée** (ici chaque année, de 2007 à 2014).

Dans le cas des ophtalmologistes, la densité des médecins de secteur 2 est supérieure à la moyenne nationale : 6,77, contre 4,16. Une densité record est observée à Paris : 15,80. A l'opposé, la Seine-Saint-Denis avec 2,71 ophtalmologistes de secteur 2 pour 100 000 habitants (voir Annexes, tableau n°8).

Le constat est le même pour les gynécologues : 22,92 gynécologues de secteur 2 pour 100 000 habitants en Ile-de-France, contre 11,48 en France métropolitaine ; 49,22 à Paris, contre 9,60 en Seine-Saint-Denis (voir Annexes, tableau n°8).

L'Ile-de-France est en revanche sous-dotée en infirmiers : 50,77 pour 100 000 habitants, contre 114,86 en France métropolitaine. Et 35,55 en Seine-Saint-Denis. Même constat avec les kinésithérapeutes : 75,79 pour 100 000 habitants en Ile-de-France, contre 86,80 en France métropolitaine. En revanche, ils sont beaucoup plus nombreux à Paris : 121,10. Et très peu en Seine-Saint-Denis : 43,86 (voir Annexes, tableau n°8). L'évolution entre 2009 et 2014 est plutôt favorable aux arrondissements extérieurs de l'Ouest, du Sud et de l'Est de Paris, ainsi qu'au Nord du Val-de-Marne qui comptent plus de six kinésithérapeutes supplémentaires sur la période (voir Annexes, carte n°16).

La région Ile-de-France présente une densité de chirurgiens-dentistes (secteur 1) légèrement supérieure à la moyenne métropolitaine : 59,44 contre 56,05. Avec une forte densité à Paris : 101,42 et une très faible densité en Seine-Saint-Denis : 32,90. De même, l'Ile-de-France est un peu mieux équipée en pharmaciens : 115,20 contre 113,02. En Seine-Saint-Denis, ils sont 75,54 contre 180,48 à Paris (voir Annexes, tableau n°8).

Paris propose un taux d'équipement en lits d'hôpitaux publics 2,5 fois plus élevé que la moyenne de France métropolitaine, et 2,7 fois plus que la moyenne régionale. Les Hauts-de-Seine ont le taux le plus bas : 115,29. Suivi de la Seine-Saint-Denis : 150,90. Ce dernier département propose à l'inverse un taux de 202,83 lits (le plus élevé) en établissements de santé privés à but lucratif (voir Annexes, tableau n°8).

Globalement, les médecins généralistes et les spécialistes de secteur 1 ne pratiquant pas de dépassements d'honoraires, sont peu représentés en région parisienne. En revanche, les médecins généralistes et les spécialistes de secteur 2 aux honoraires libres le sont davantage qu'en France métropolitaine. Mais ils sont nettement concentrés dans les départements les plus aisés de la région.

#### *b) Consommation de soins*

La Seine-Saint-Denis concentre plusieurs zones de consommation relativement élevée d'actes généralistes par rapport au reste du territoire régional, avec un nombre moyen pouvant aller jusqu'à 3,70 ou plus d'actes généralistes par habitant en 2014. D'autres zones du Val d'Oise et de la Seine-et-Marne, frontalières à la Seine-Saint-Denis présentent également ces taux. A Paris en revanche, la consommation moyenne est inférieure à 2,50 actes généralistes par an par habitant (à l'exception des arrondissements du Nord et de l'Est) (voir Annexes, carte n°5). Sa population, davantage composée de jeunes actifs gagnant le premier bassin d'emplois européen, peut être confrontée d'une part à la difficulté de trouver un médecin traitant et d'autre part, parce que plus aisée, recourra davantage aux spécialistes, plus nombreux sur le territoire.

Il se produit tout à fait l'inverse en Seine-Saint-Denis où les habitants recourent davantage aux généralistes qu'aux spécialistes. En démontrent les chiffres particulièrement bas de la consommation moyenne d'actes dentistes par habitant par an (moins de 0,60) ou encore de kinésithérapeutes (moins de 1,90 actes par an par habitant) (voir Annexes, cartes n°13 et 17).

La Seine-Saint-Denis concentre une population aux besoins évidents de soins car davantage exposée à la précarité du travail et de la vie mais pourtant moins bien servie en soignants.

C'est aussi le département, avec Paris, et Fontainebleau en Seine-et-Marne, qui concentre au moins 14 % d'assurés sans médecin référent (voir Annexes, carte n°22). Paris, l'Ouest de la Seine-Saint-Denis, l'Est des Hauts-de Seine, et le Nord-Ouest du Val-de-Marne, avec Fontainebleau, présentent plus de 17 % d'assurés sans consultation chez un généraliste depuis deux ans en 2015 (voir Annexes, carte n°23).

Le Sud et Sud-Est de l'Essonne ainsi qu'une grande partie de la Seine-et-Marne présentent des zones de consommation d'actes infirmiers égale ou supérieure à 5,5 actes par an par habitant (voir Annexes, carte n°9). Des chiffres liés à une population vieillissante dans ces territoires.

Entretien avec Emmanuel Vigneron, géographe, professeur d'Aménagement sanitaire à l'Université de Montpellier

**La quasi-totalité de la population française vit à moins de 15 minutes d'un médecin généraliste, selon l'Insee et 95 % de la population peut accéder à un hôpital en moins de 45 minutes rappelait le ministère de la Santé en 2011. Les "déserts médicaux" sont-ils un faux problème ?**

*Ce n'est pas un faux problème. Nous sommes dans une situation aujourd'hui où les déserts médicaux ne concernent plus seulement des communes isolées qui de tout temps, sans que ce soit anormal, ont du aller au chef-lieu de canton, à la petite ville à côté, trouver un médecin. Mais aujourd'hui, des arrondissements, des cantons entiers, des départements, et même des régions, sont en proie à une désertification médicale très avancée. La Mayenne, la Lozère par exemple, avec beaucoup d'autres, sont des départements où il n'y a vraiment plus beaucoup de médecins. La région vraiment déshéritée est la région Centre, sauf dans l'agglomération tourangelle. Cette région est en grande difficulté et elle est bordée par des régions qui ne sont pas beaucoup mieux loties comme la région Bourgogne-France-Comté ou la région Auvergne. Même à cette échelle régionale, il y a un problème d'accès aux soins et la distance au soin devient si excessive qu'elle entraîne un renoncement à l'accès à des soins qui seraient pourtant nécessaires.*

**Ne faudrait-il pas distinguer les villes des campagnes ?**

*Les déserts médicaux peuvent aussi se créer là où on ne les attend pas. C'est notamment le cas dans les très grandes villes comme Paris. Parce que les jeunes médecins ont du mal financièrement à s'établir en ville, à trouver un cabinet de taille suffisante à des prix abordables, il se crée un désert médical, ce qui est tout à fait paradoxal par rapport à l'histoire médicale de la France. Cela se traduit par la difficulté des gens qui arrivent dans une ville à trouver un médecin référent. Ils devront attendre leur premier enfant pour rentrer à nouveau dans un circuit de suivi médical, avec un gynécologue qui enverra chez un confrère, etc. Mais pour les nombreux jeunes qui s'installent à Paris notamment pour le travail, cela reste plus compliqué.*

*Après les zones rurales et les grandes villes, le troisième type de désert médical, c'est les banlieues pauvres. Il y a 40 fois plus de spécialistes pour 10 000 habitants dans le 7<sup>e</sup> arrondissement de Paris qu'à la Courneuve où il n'y en a qu'1,6 pour 10 000 habitants. On pourra dire qu'après tout, les habitants de la Courneuve n'ont qu'à prendre le RER pour venir dans le 7<sup>e</sup>. Mais il y a beaucoup de raisons qui les en empêchent. D'abord, dans le 7<sup>e</sup>, l'essentiel des médecins établis sont en secteur 2, c'est-à-dire qu'ils pratiquent des dépassements d'honoraires qui en limitent l'accès aux plus modestes. Deuxièmement, à la Courneuve, ou à Aubervilliers ou ailleurs sans stigmatiser, on trouve beaucoup de bénéficiaires de la CMU et certains médecins, on le sait bien, refusent de prendre des assurés CMU. Mais ensuite et surtout, les transports représentent un coût non négligeable selon la zone où on habite en Ile-de-France, l'aller-retour peut coûter aux alentours de 10 euros, ce n'est pas rien. La barrière financière joue donc ici. Enfin, une partie des habitants de la banlieue se sentent un peu perdus à Paris. D'ailleurs, on le leur fait remarquer. Encore davantage dans une salle d'attente de médecins.*

*Tout cela fait que nos concitoyens ressentent la réalité des déserts médicaux. Et aussi le secteur 2, le reste à charge, etc. C'est d'ailleurs aussi parce qu'ils le ressentent que les services d'urgence sont pleins en permanence dans les hôpitaux. Et on ne peut pas en vouloir à ceux qui s'y adressent, c'est le service public c'est fait pour ça. C'est un peu facile et méprisant de croire que c'est la solution de facilité et gratuite. Que ceux qui disent cela aillent aux urgences et voient ce que c'est d'attendre longtemps, très longtemps souvent...*

*95 % de la population qui a accès à un hôpital en moins de 45 minutes, ça fait quand même 5 % pour lesquels ce n'est pas le cas, c'est-à-dire trois millions de Français. Dans le préambule de la Constitution de 1946, il est écrit que la nation garantit à tous la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. A tous. Or, ces trois millions-là, qui vivent sur 40 % du territoire national en surface, ne croient plus que ces endroits, c'est la France. Trois millions ça pèse dans les urnes et cette situation n'est pas bonne pour la République.*

## **Comment lutter contre les déserts médicaux ?**

*En 1927, des syndicats de médecins se sont réunis au sein de la Confédération syndicale des médecins français, la CSMF. Les médecins sont alors en position de force : ils sont bien formés, ils sont intelligents, ce sont des notables. Et sont donc bien placés pour obtenir ce qu'ils souhaitent. Ils établissent une charte médicale dont un des points est la liberté d'installation. Personne n'ose remettre en cause ce principe de liberté d'installation comme celui de la liberté de prescription, etc. Les difficultés de la sécurité sociale, plus tard, ont mené à restreindre un peu les prescriptions, à les contrôler davantage. Les médecins ont protesté. C'est normal, c'est la vie syndicale, mais du coup on n'ose pas toucher à la liberté d'installation.*

*Les gouvernements font semblant : les Agences régionales de santé (ARS) ne peuvent imposer à un médecin de s'installer à un endroit donné. Je ne suis pas forcément pour d'ailleurs. En revanche, je propose de créer des corps spéciaux de médecins, constitués des nombreux jeunes qui ne sont pas reçus au concours de la première année de médecine mais qui feraient de très bons médecins parce qu'ils ont vraiment la vocation. Plus qu'ouvrir le numérus clausus, c'est créer un deuxième corps de médecins qui prendraient un engagement de service public pour 10 ans. Ce n'est pas du tout le retour aux Officiers de Santé du XIXe siècle. C'est davantage proche de ce qui a été fait pour l'enseignement secondaire dans les années 70 avec la création des Instituts de préparation aux enseignements de second degré (IPES). L'Etat a le droit d'embaucher les médecins, les collectivités locales aussi, la fonction publique territoriale peut embaucher des médecins*

*Un autre moyen de lutter contre les déserts médicaux consiste à développer les maisons de santé, qui regroupent différents professionnels de la santé travaillant à une prise en charge globale des patients. Un gros effort a été fait en ce sens par les deux dernières ministres de la Santé mais le mouvement risque de s'épuiser par faute de combattants. Beaucoup de médecins, établis dans leur propre cabinet, ne souhaitent pas intégrer une équipe. Il n'y a pas tant de médecins "éligibles" à cette pratique collective de la médecine. Enfin, les études de médecine comme toutes les études difficiles en France, ne poussent pas au travail collaboratif. En France, plus on est fort, moins on est collaboratif. On est formé comme ça.*

## **Que penser des aides financières à l'installation ?**

*Cela fait vingt ans maintenant qu'elles existent, et on n'en voit pas l'effet. Parce que ce n'est jamais grand-chose par rapport à l'engagement de long terme que ça représente : on va garantir un salaire de niveau très correct à un médecin pendant un an ou deux, mais après ? Sinon il y a le développement de la télé-médecine, qui est un bon argument de connexion des médecins à leurs confrères, qui permet un filet de sécurité, de ne pas être seul face à des problèmes qui peuvent dégénérer. Il faut vraiment faire sauter le verrou de l'absence de tarification claire de la télémédecine qui en entrave le développement.*

*On peut aussi dire que si on payait les médecins beaucoup plus, ils iraient peut-être s'installer ailleurs que dans des zones où les gens sont riches. Mais peut-on comparer leurs revenus par exemple à celui du plombier qui vient chez vous ? D'abord, c'est oublier que le plombier, on ne l'appelle pas toujours, et que, d'autre part, sa petite entreprise peut très bien couler. Ce qui n'est pas le cas du médecin, il ne sera jamais au chômage. Un médecin peut aussi, davantage qu'un plombier, augmenter ses revenus en réduisant le temps des consultations. Ce que certains font puisque malgré l'absence d'augmentation du remboursement des consultations, pendant des années, les revenus médicaux n'ont cessé d'augmenter. Alors que le salaire de beaucoup de français salariés, du public comme du privé, sont bloqués depuis des années. Les médecins peuvent aussi prendre leur part aux difficultés du pays.*

*Propos recueillis par Nina Schmidt*

## B – Comprendre les déterminants sociaux de la santé

Revenus, diplôme, milieu social, lieu d'habitation, sexe, âge... le recours aux soins dépend d'un ensemble de facteurs dont il est difficile de distinguer l'influence respective. Les progrès ont été considérables dans ce domaine au cours des dernières décennies. Pour autant, les pratiques demeurent fortement différenciées et une partie de la population renonce aux soins.

### 1) Des obstacles économiques

#### a) Des conditions de vie difficiles

En France, cinq millions de personnes vivent avec moins de 840 euros par mois (seuil de pauvreté à 50 % du revenu médian<sup>7</sup> pour une personne seule) selon les données 2014 de l'Insee (dernière année disponible). Difficile avec si peu, de se loger confortablement et d'avoir accès à une alimentation de qualité. Si 14 % des ménages français vivent dans un logement inconfortable (de qualité médiocre ou surpeuplé), c'est le cas de 28 % des 20 % les plus pauvres (données 2006, enquête Logement Insee). Des revenus modestes exposent davantage au mal-logement. Ainsi 24,1 % des Français déclarent en 2012 à l'Insee avoir un logement difficile à chauffer, et 17,4 % un logement bruyant. Or, l'humidité, les mauvaises conditions de chauffage ou le bruit pèsent sur la santé. Sans parler des personnes qui vivent à la rue dans des conditions d'hygiène très dégradées.

L'alimentation influence aussi l'état de santé. L'accès facilité à une nourriture trop riche en matières grasses, en sel ou en sucres, combiné à des modes de vie plus sédentaires joue un rôle dans la montée de maladies comme l'obésité ou le diabète. Les catégories sociales les plus modestes qui ont, en partie pour des raisons économiques, des modes d'alimentation moins variés, sont, plus que les autres, exposées à ce type de risque.

#### b) L'inégal accès à la complémentaire santé

En plus de peser sur la dégradation de l'état de santé, les difficultés monétaires limitent l'accès aux soins. 25 % de la population française déclare avoir renoncé à des soins pour des raisons financières en dépit du système de protection sociale (Irdes/EPS 2014 – données 2012). Principalement, il s'agit des soins mal pris en charge par l'Assurance maladie, en dentaire ou en optique. Une partie des personnes non couvertes par une complémentaire santé sont contraintes de renoncer à certains soins ou à avoir recours à des soins de moindre qualité. Ceux qui n'ont qu'une mauvaise couverture ont tendance à repousser les soins le plus tardivement possible, entraînant au final une aggravation des pathologies dont ils souffrent. 41,4 % des personnes qui n'ont pas de mutuelle renoncent aux soins dentaires, 23,8 % à l'achat de lunettes, contre respectivement 16,2 et 8,8 % de ceux qui en possèdent une (données 2012, Irdes).

Or, les inégalités persistent dans le domaine de l'accès à la couverture complémentaire santé. 11,1 % des personnes les plus pauvres n'ont pas de couverture complémentaire santé, contre 2,3 % des plus aisées selon l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes, données 2012). Les degrés de couverture varient selon les complémentaires. Avant l'obligation légale pour les employeurs du privé de fournir une complémentaire santé collective à

---

<sup>7</sup> Qui sépare la population en deux : 50 % gagne moins, 50 % gagne plus.

leurs salariés depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016, 46,9 % de la population aux revenus les plus élevés était couverte en 2012 par une complémentaire maladie qu'ils financent eux-mêmes (dite individuelle) et 49,7 % par une assurance complémentaire dite collective. Les couvertures collectives sont prises en charge partiellement par l'employeur et sont le plus souvent à la fois de meilleure qualité et moins chères. Pour les plus pauvres, la situation est très différente. 27,3 % d'entre eux sont couverts par la « CMU complémentaire », 45 % par une complémentaire individuelle et seulement 15 % par une complémentaire collective. Un peu plus de la moitié des personnes n'ayant pas de mutuelle (qui ne bénéficient d'aucune couverture complémentaire santé, ni privée, ni CMU-C.), interrogées par l'Irdes en 2012, déclarent ne pas avoir les moyens financiers pour acquérir une complémentaire santé.

D'autres facteurs limitent l'accès aux soins des plus pauvres : les dépassements d'honoraires auxquels est particulièrement exposée l'Ile-de-France. La part des dépassements d'honoraires tous médecins confondus est de 10,9 % dans la région, contre 3,7 % pour la France métropolitaine. Le dépassement moyen y est de 14 euros, contre 10 euros en France métropolitaine (ministère des Affaires sociales, 2014)<sup>8</sup>.

Une partie des patients ne dispose pas des moyens pour régler la différence entre les sommes remboursées et les tarifs des médecins qui vont au-delà. Il existe également une dimension géographique de l'accès aux soins : on l'a vu, comparé à la répartition nationale, l'Ile-de-France est sous-dotée en généralistes et infirmiers libéraux par exemple (voir ci-dessus). Les chiffres disponibles montrent clairement qu'il y a moins de médecins et moins de lits d'hôpitaux, dans les zones où les revenus de la population sont les plus faibles. Aujourd'hui, les médecins s'installent où ils veulent sur le territoire. En parallèle, il est compliqué de mener une réflexion sur ce que serait une « bonne » répartition des professionnels et des structures de santé (Volovitch, 2016).

## 2) Le travail a des effets directs et indirects

### *a) Pollution au travail*

Le travail peut être pathogène du fait des produits manipulés (chimie), des gestes à accomplir ou de l'environnement (poussières de silice, pollution, et.).

Près d'un tiers des salariés sont exposés à des risques d'infection, trois sur dix respirent des poussières ou sont au contact de produits dangereux, selon le ministère du Travail (données 2013). 16 % travaillent dans le bruit et un sur dix est exposé à un produit cancérigène. Le milieu social détermine une grande part de la pollution ainsi subite.

Les deux tiers des ouvriers déclarent respirer des fumées ou des poussières sur leur lieu de travail contre un cadre supérieur sur dix. Cinq fois plus d'ouvriers que de cadres subissent des nuisances sonores, 52 % sont en contact avec des produits dangereux contre 13 % des cadres. Les employés sont deux fois plus nombreux que les cadres à être exposés à des risques infectieux. L'écart est encore plus important en ce qui concerne l'exposition à au moins un produit cancérigène<sup>9</sup> - comme l'amiante - selon le ministère du Travail (données 2010) : douze fois plus d'ouvriers

---

<sup>8</sup> Voir *Recueil d'indicateurs régionaux, Offre de soins et état de santé, édition 2014*, ministère des Affaires sociales et de la Santé, août 2014.

<sup>9</sup> Gaz d'échappement des moteurs diesel, huiles minérales entières, poussières de bois, silice cristalline, plomb ou amiante.

qualifiés que de cadres sont confrontés à ce risque environnemental.

### *b) Rythmes de travail*

Le travail peut aussi être pathogène du fait de ses rythmes. Le travail « posté », avec des horaires variables, oblige l'organisme à des changements de rythmes perpétuels qui ont des effets négatifs bien identifiés sur la santé.

28 % des salariés travaillent le dimanche, c'est le cas de 47 % des employés du secteur du commerce et des services. 16 % des salariés sont au moins occasionnellement à leur poste la nuit, entre minuit et cinq heures du matin. C'est le cas de 23,4 % des ouvriers qualifiés, de 17,5 % des ouvriers non qualifiés, contre 11,8 % des cadres supérieurs et 4 % des employés administratifs. Les professions où le travail de nuit est le plus répandu appartiennent principalement au secteur tertiaire : chauffeurs routiers, policiers, pompiers, infirmiers, sages-femmes, mais aussi les ouvriers dans l'industrie.

La moitié des salariés n'ont pas les mêmes horaires de travail tous les jours en 2013. 18,8 % voient leurs horaires varier selon les jours, sur décision de leur employeur (contre 17 % en 2005) et 7,8 % des salariés ont des horaires qui alternent avec deux équipes ou plus (les deux ou trois « huit »). Les données par profession ne sont pas disponibles, mais cette variabilité regroupe deux types d'organisation du travail : d'un côté des cadres supérieurs dont une partie module soi-même son emploi du temps, et de l'autre des exécutants à qui l'on demande de venir de façon irrégulière en fonction des besoins de l'entreprise. 45,3 % des salariés sont soumis à un contrôle de leurs horaires<sup>10</sup>. Les écarts sont considérables entre catégories sociales : 60 % des ouvriers sont concernés, contre 25 % des cadres supérieurs.

### *c) Travail pénible*

La pénibilité physique concerne essentiellement les moins qualifiés. 64,6 % des ouvriers non qualifiés, contre 7,9 % des cadres et 34,3 % de l'ensemble des salariés, déclarent subir au moins trois contraintes physiques<sup>11</sup>. La part des salariés qui subissent ces pénibilités a augmenté de six points entre 2005 et 2013 chez les ouvriers qualifiés, passant de 57,2 % à 63,2 %.

En 2013, 41 % des salariés déclaraient porter ou déplacer des charges lourdes, deux points de plus qu'en 2005. 67,5 % des ouvriers sont dans ce cas, contre 12,8 % de cadres supérieurs. La difficulté de l'effort a des répercussions sur l'organisme et participe à la réduction de l'espérance de vie. A 35 ans, un homme cadre supérieur a en moyenne une espérance de vie de 47 ans, un ouvrier de 41 ans.

Les mêmes gestes répétés à une forte cadence (travail à la chaîne, travail de saisie informatique, travail des caissières de supermarché) provoquent des lésions articulaires, aujourd'hui de plus en plus fréquentes et connues, les troubles musculo-squelettiques (TMS).

---

<sup>10</sup> Horloge pointeuse, badge, signature, fiche horaire et assimilé, contrôle par l'encadrement ou autre.

<sup>11</sup> Subir au moins trois contraintes physiques parmi les suivantes : rester longtemps debout, rester longtemps dans une posture pénible, effectuer des déplacements à pied longs ou fréquents, devoir porter ou déplacer des charges lourdes, subir des secousses ou des vibrations.

L'accident du travail est le stade ultime de l'exposition inégale à la pénibilité physique au travail. 62,6 % des victimes d'accidents du travail sont des ouvriers alors qu'ils ne représentent que 23 % des salariés, selon les données 2012 du ministère du Travail. Les employés représentent un quart des victimes, les professions intermédiaires une sur dix et les cadres supérieurs 2,2 %. Les deux tiers (66 %) des accidents mortels concernent des ouvriers, alors que 10 % impliquent des cadres. Les ouvriers, exécutants manuels (souvent des hommes jeunes) ont des séquelles de ces conditions de travail bien plus graves que les autres catégories socioprofessionnelles. L'usure du corps s'en ressent : via la fatigue physique, mais aussi des limitations fonctionnelles jusqu'au handicap permanent. Pour ces métiers pénibles, le travail a un impact hors du temps de travail bien plus grand que pour les autres.

Si le travail peut porter atteinte à la santé, l'absence de travail n'est pas un gage de bonne santé... Le chômage peut être pathogène. Les demandeurs d'emploi sont soumis à des inquiétudes, à des angoisses, dont les effets négatifs sur la santé sont reconnus.

### 3) Des causes culturelles

#### *a) Des rapports aux soins socialement diversifiés*

Les types de rapport au système de soins sont socialement diversifiés. Les personnes issues de milieux modestes accèdent aux soins plus tardivement, et plus souvent par le canal de la médecine de premier recours. A l'inverse, les catégories plus favorisées ont recours plus tôt aux soins, et plus souvent en passant par la médecine spécialisée. Les difficultés de santé des plus pauvres, prises en charge plus tardivement, donnent lieu à des soins plus lourds et plus coûteux pour de moins bons résultats. Le « seuil » à partir duquel la douleur, ou simplement la gêne, déclenche le recours au système de soins n'est pas le même d'une catégorie sociale à une autre. Les personnes qui exercent les métiers les plus pénibles apprennent à endurer des douleurs qui font partie du quotidien. Le seuil à partir duquel la plainte est possible s'élève. A la fois parce que l'accès aux soins est coûteux et peut être pénalisant dans son métier, à la fois aussi parce que la capacité à « tenir le coup » physiquement peut être valorisée.

Souvent, le médecin, et dans une moindre mesure les autres professionnels de santé, parlent de la santé et du corps de leurs patients dans un langage correspondant à leur niveau d'études. Le patient, lui, en parle avec les savoirs et le langage dont il dispose et qui ne sont pas les mêmes que ceux du professionnel. La compréhension par le professionnel des symptômes que lui décrit le patient, et par le patient du traitement que propose le professionnel, est d'autant plus difficile que les écarts de formations sont grands.

#### *b) Pour une prise en compte globale des facteurs d'inégalités*

Notre système de santé fonctionne le plus souvent « comme si » les règles de base de l'alimentation, de l'hygiène, de l'usage des médicaments, étaient connues de tous. L'école, sauf initiative personnelle d'un enseignant, n'a pas de fonction de formation dans ce domaine. Or, ces savoirs sont très inégalement transmis et actualisés par l'éducation familiale.

Enfin, le professionnel de santé n'a pas toujours une bonne connaissance des conditions de vie concrètes du patient, par exemple dans le domaine des horaires. La prescription n'est parfois pas adaptée à son rythme de vie.

Les facteurs qui entraînent les inégalités sociales de santé forment un ensemble. Un bas niveau de qualification à la sortie de l'école conduit le plus souvent à un emploi dans lequel les contraintes du travail sur la santé sont fortes, qu'il s'agisse des rythmes imposés ou de la charge physique du métier. Ce travail contraignant est souvent mal rémunéré. La faiblesse des revenus joue, à son tour, sur les conditions de logement, les loisirs, les comportements alimentaires... Ces facteurs finissent par se combiner entre eux, ce qui accroît les inégalités.

Le milieu social n'agit pas pour autant comme une mécanique implacable. L'attention au corps se diffuse dans tous les milieux sociaux, et une partie des professionnels de santé œuvrent pour réduire ce type d'inégalités. Certaines mesures mises en place - comme la couverture maladie universelle (CMU) - améliorent l'accès aux soins des catégories défavorisées, mais d'autres, comme les déremboursements de médicaments ou la franchise de soin, agissent en sens inverse.

## Bibliographie

*La France des régions 2016, approche socio-sanitaire*, Fnors, février 2016.

*Recueil d'indicateurs régionaux, Offre de soins et état de santé, édition 2014*, ministère des Affaires sociales et de la Santé, août 2014.

*Eléments synthétiques de diagnostic sur l'état de santé de la population francilienne en vue du Plan stratégique régional de santé*, ARS Ile-de-France, janvier 2011.

*Cancers et inégalités territoriales en Ile-de-France, Analyses spatiales*, ORS Ile-de-France, septembre 2015.

Emmanuel Vigneron, « Inégalités de santé, inégalités de soins dans les territoires français », *Les Tribunes de la santé* 2013/1 (n°38).

« Crise économique, santé et inégalités sociales de santé », Haut Conseil de la Santé Publique, Documentation française, mars 2016.

*Pratiques spatiales d'accès aux soins*, Les Rapports de l'Irdes n°564, octobre 2016.

Pierre Volovitch, « Santé : prendre en compte les dimensions sociales et culturelles », *Que faire contre les inégalités ? 30 experts s'engagent*, Louis Maurin et Nina Schmidt (dir.), Observatoire des inégalités, juin 2016.

Aurélie Pierre et Florence Jusot, « Une évaluation ex ante de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise sur les inégalités et les déterminants de la non-couverture », Document de travail n°67, Irdes, juillet 2015.

# Annexes