

Les inégalités de santé en Île-de-France

Janvier 2020

Étude réalisée par l'Observatoire des inégalités
en collaboration avec le Compas

Table des matières

En résumé.....	4
Les déterminants sociaux de la santé en Île-de-France	5
Une population plus jeune que la moyenne française	5
Une région favorisée socialement... ..	5
Et très inégalitaire	5
De fortes disparités territoriales	6
Des inégalités sociales et territoriales en hausse	7
Emploi et conditions de travail.....	8
Chômage et précarité de l'emploi	8
Pollutions au travail	8
Rythme de travail	8
Travail pénible.....	9
Maladies et accidents du travail.....	9
Mal-logement.....	10
Au moins 54 000 personnes privées de domicile et 4 000 sans-abri.....	10
Logements inconfortables ou très dégradés.....	10
Logements trop exigus.....	11
Logement et inégalités sociales de santé	11
Habitudes de vie.....	12
Alcool.....	12
Tabac	12
Comportements alimentaires et obésité	12
L'offre de soins.....	14
La densité en professionnels de santé.....	14
Moins de médecins généralistes en proportion de la population.....	14
Plus de médecins spécialistes mais souvent en secteur 2	15
La densité la plus faible de l'Hexagone en infirmiers.....	15
Y a-t-il des déserts médicaux en Île-de-France ?	16
Comment interpréter la densité en médecins par commune dans les zones rurales ?	16
L'accessibilité en soins : une question de distance géographique, de transport, mais aussi financière.....	17
L'accessibilité ressentie : une question de distance sociale	19
Une réponse différenciée, voire discriminatoire, du système de santé	20
Consommation de soins	20
L'état de santé des Franciliens	22
Une espérance de vie plus élevée, mais marquée par les inégalités sociales	22
Une mortalité plus faible, mais fortement conditionnée par les inégalités sociales	22
La mortalité la plus faible de France ?.....	22

Les principales causes de décès : cancer, maladies cardiovasculaires.....	22
Qui meurt « avant l'âge » ?	23
Derrière les disparités spatiales, des inégalités sociales ?	24
Les maladies chroniques des Franciliens.....	24
Moins de maladies cardiaques	25
Plusieurs pathologies sont plus fréquentes : hypertension artérielle, insuffisance respiratoire, cirrhoses, VIH/sida	25
Les parisiens, moins malades que les banlieusards.....	25
Une maladie fait doublement exception : le sida	26
Annexes.....	27
Bibliographie	27
Aide à la lecture des tableaux.....	28
Sommaire des tableaux.....	30
Sommaire des cartes	30

En résumé

En Île-de-France, les déterminants de santé sont souvent plus favorables que la moyenne métropolitaine. La population est en moyenne moins âgée, plus aisée, plus éduquée que dans l'ensemble de la France métropolitaine. Le niveau de vie médian des Franciliens est le plus élevé des régions : la moitié des habitants perçoivent un revenu après impôts et prestations sociales supérieur à 23 500 euros pour une personne seule, soit 2 500 euros de plus que la médiane métropolitaine. La surreprésentation des cadres et professions intermédiaires dans la population limite l'exposition au chômage et aux métiers les plus pénibles et les plus dangereux pour la santé. En termes de comportement, les Franciliens fument et boivent en moyenne moins que dans les autres régions de France.

Mais la première région de France est aussi la région la plus inégalitaire. Elle souffre ainsi de déterminants de santé négatifs : 15,6 % des Franciliens vivent sous le seuil de pauvreté défini à 60 % du niveau de vie médian en 2016, c'est-à-dire avec moins de 1 000 euros par mois pour une personne seule. 1,2 million de personnes sont mal-logées dans la région. Ce total recoupe des situations qui vont du dénuement extrême à des logements trop exigus ou inconfortables, et peuvent avoir un effet sur la santé et le bien-être des habitants. La région abrite des populations particulièrement fragiles (sans domicile fixe, migrants).

Ces écarts sociaux particulièrement accentués sont inégalement répartis sur le territoire, avec une tendance à l'aggravation sur les quinze dernières années : certaines zones urbaines déjà les plus défavorisées se paupérisent, pendant que les plus aisés continuent de s'installer prioritairement au centre de la métropole.

L'offre de soins est dense. La région bénéficie de 24 % de médecins hospitaliers et libéraux en plus que la moyenne nationale, en proportion de la population. Cependant, les généralistes libéraux y sont significativement moins nombreux qu'ailleurs. Les spécialistes libéraux sont surreprésentés (+ 24 % par rapport à la moyenne nationale par rapport au nombre d'habitants), mais ils pratiquent beaucoup plus souvent des honoraires libres et sont très concentrés dans les départements les plus aisés (Paris, Yvelines, Hauts-de-Seine). Autre sujet d'inquiétude : l'offre d'infirmiers libéraux est la plus faible du pays, avec une sous-densité de 33 % par rapport à la France métropolitaine. Disposer d'un professionnel de santé à proximité ne suffit pas. Encore faut-il oser pousser sa porte et partager un vocabulaire commun. Un rapport récent du Défenseur des droits démontre, tests à l'appui, les pratiques discriminatoires de certains médecins franciliens à l'égard de patients d'origine étrangère ou dépendant de la CMU-C.

Les inégalités de santé reflètent ces inégalités sociales et territoriales, à la fois lorsque l'on compare l'Île-de-France aux autres régions, et au sein de la région elle-même. **Dans l'ensemble, l'état de santé des Franciliens est plutôt favorable.** L'espérance de vie à la naissance est de 81,1 ans dans la région pour les hommes (soit 1,6 année de plus qu'en moyenne dans la métropole) et de 85,9 ans pour les femmes (une demi-année supplémentaire). On meurt moins souvent avant l'âge de 65 ans, que ce soit d'un accident, ou en raison de l'alcoolisme, d'un cancer ou d'une maladie cardiovasculaire.

Cette plus faible mortalité est le reflet de **maladies chroniques moins fréquentes.** À âge et sexe comparables, le risque de souffrir d'une maladie cardiaque grave est de 17 % plus faible en Île-de-France. Il est également de 12 % plus faible pour les maladies psychiatriques ou de 13 % plus faibles pour les affections neurologiques et musculaires. Plusieurs affections de longue durée sont cependant plus présentes : hypertension artérielle, insuffisance respiratoire et sida. **Ces moyennes cachent des disparités importantes au sein de la région,** qui reflètent les inégalités sociales. Les habitants de la capitale souffrent moins souvent de maladies chroniques, à âge comparable, que ceux du reste de la région. Ceux de Seine-Saint-Denis connaissent les prévalences les plus fortes de la région, pour la quasi-totalité des affections de longue durée.

Les déterminants sociaux de la santé en Île-de-France

Les inégalités sociales se traduisent par des inégalités de santé, qui se construisent et s'additionnent tout au long de la vie, y compris pendant l'enfance. La majorité des maladies chroniques sont plus fréquentes à mesure qu'on descend l'échelle sociale. Ces inégalités sociales de santé s'expliquent à la fois par des facteurs matériels (revenus, logement, conditions de travail...) et par des comportements (tabagisme, alimentation...) différenciés. L'Île-de-France a une situation particulière en France pour chacun de ces déterminants : elle est souvent globalement plus favorisée que les autres régions de France, et surtout, davantage marquée par les inégalités. Ces clivages se traduisent par des disparités territoriales au sein de la région, du fait d'une forte ségrégation sociale.

Une population plus jeune que la moyenne française

La région la plus peuplée de France réunit plus de 12 millions d'habitants, soit environ un Français sur cinq. La population est globalement plus jeune qu'ailleurs dans l'Hexagone : les personnes 60 ans et plus représentent 19,6 % de ces habitants en 2016, une part plus faible que la moyenne métropolitaine (25 %). Les personnes âgées de 20 à 50 ans sont proportionnellement plus nombreuses. Ces adultes ayant un peu plus d'enfants que la moyenne nationale (1,96 enfants par femme pour 1,88 en moyenne nationale), la natalité est aussi plus élevée : 14,9 naissances pour 1000 habitants en moyenne en 2017 selon l'Insee (contre 11,7 en France). Avec moins de personnes âgées et plus d'enfants, l'Île-de-France présente l'indice de vieillissement le plus faible de l'Hexagone : on compte 56 habitants de 65 ans et plus pour 100 personnes de moins de vingt ans en 2016.

Une région favorisée socialement...

L'Île-de-France produit 30 % des richesses nationales, ce qui en fait de loin la région la plus riche de France. Le niveau de vie médian des Franciliens les place en tête des régions de France : la moitié des habitants perçoivent un revenu après impôts et prestations sociales supérieur à 23 500 euros pour une personne seule (1 960 euros par mois) en 2016, soit 2 500 euros de plus que la médiane métropolitaine (voir annexe n° 1).

La région rassemble de nombreux sièges sociaux et centres de décision administratifs. Les cadres supérieurs sont surreprésentés : 30 % des personnes en emploi appartiennent à cette catégorie en 2016, contre 18 % dans l'ensemble des français (et 14 % dans les régions de province, hors Île-de-France). Inversement, les catégories populaires (employés et ouvriers) représentent 39 % des personnes en emploi, une part de dix points inférieure à la moyenne nationale. La proportion de diplômés de l'enseignement supérieur est nettement supérieure à la moyenne française : 41 % des adultes ont un diplôme de niveau bac + 2 ou plus en 2016, alors que cette part est de 29 % dans la population française. Le taux de chômage, à 7,6% fin 2018, est inférieur d'un point à la moyenne métropolitaine.

Et très inégalitaire

Toutefois, ce portrait social favorable doit être nuancé. Un grand nombre de franciliens n'accèdent pas à cette prospérité. La région Île-de-France abrite à la fois la plus grande richesse et la plus extrême pauvreté. **La part de personnes pauvres dans la population est plus élevée** qu'en moyenne dans la métropole. 15,6 % des Franciliens vivent sous le seuil de pauvreté défini à 60 % du niveau de vie médian en 2016, c'est-à-dire avec moins de 1 000 euros par mois pour

une personne seule (données Insee 2016, annexe n° 1). Ce taux de pauvreté est supérieur d'un point à la moyenne nationale. Autre indicateur de précarité au sein de la population : 14,5 % des allocataires perçoivent le revenu de solidarité active (RSA) en décembre 2017 (annexe n° 1), contre 13,4 % dans la population hexagonale et 24,4 % des allocataires CAF ont des ressources composées pour plus de moitié de prestations sociales. L'une des explications réside dans le rôle d'accueil des immigrés que joue la région : quatre immigrés sur dix vivant en France résident en Île-de-France et 19 % de la population francilienne est immigrée en 2013, selon l'Insee. Les immigrés, souvent plus jeunes que l'ensemble de la population sont également plus souvent ouvriers, pour partie moins diplômés, plus souvent au chômage. Au total, ils sont davantage exposés à la précarité et à la pauvreté. Plus généralement, l'Île-de-France est historiquement un territoire d'implantation des catégories populaires. La main d'œuvre ouvrière, à l'origine présente jusqu'au centre de Paris, s'est déplacée vers le Nord-Est de la capitale et de la proche banlieue et s'est transformée avec l'essor des services.

Ajoutons que les coûts du logement, qui ne sont pas pris en compte dans les indicateurs de niveau de vie et de pauvreté, pèsent sur le reste-à-vivre des Franciliens les plus modestes. L'Île-de-France est particulièrement touchée par la hausse des prix de l'immobilier, à la location comme à l'acquisition. Selon la Fondation Abbé Pierre¹, « *en quarante ans, alors que les revenus ont été multipliés par 7,2, les prix d'achat l'ont été par 13,9 et les prix à la location par 10,1* » dans la région. La part des ressources consacrées au logement est de 19,5 % en 2013 en Île-de-France, un peu plus qu'en moyenne dans l'Hexagone (18,3 %). Les ménages qui vivent sous le seuil de pauvreté régional sont les plus pénalisés. Malgré les aides au logement, 26,8 % de leurs ressources en moyenne sont consacrées au logement. Un taux qui atteint 40,8 % pour les locataires pauvres du secteur libre, précise l'Institut Paris région, ex-IAU.

De fortes disparités territoriales

Autre bémol majeur à apporter à une situation globalement plus aisée que dans les autres régions, la moyenne francilienne cache d'importantes inégalités infrarégionales. Si le niveau de vie médian atteint 26 500 euros à Paris et dans les Hauts-de-Seine et est presque aussi élevé (25 800 euros) dans les Yvelines, il est en revanche proche de la moyenne métropolitaine dans le Val-de-Marne ou le Val d'Oise. Et il est seulement de 17 000 euros en Seine-Saint-Denis, un niveau inférieur de 4 000 euros à la médiane métropolitaine. L'écart entre la médiane des revenus des parisiens et des habitants de Seine-Saint-Denis atteint 10 000 euros annuels.

Tous les indicateurs socio-économiques vont dans le même sens : Paris et l'Ouest parisien concentrent les plus hauts revenus et jouissent d'une composition sociale particulièrement favorisée. Près de la moitié des parisiens sont cadres, près d'un tiers des habitants des Yvelines. Dans la capitale, 60 % des adultes détiennent un titre scolaire de niveau bac + 2 ou plus. C'est deux fois plus que dans la population nationale. Les haut-diplômés sont plus de 50 % dans les Hauts-de-Seine et 44 % dans les Yvelines. Pour autant, cela ne signifie pas que ces trois départements ne connaissent la pauvreté. Les communes les plus aisées d'Île-de-France comptent aussi parmi les plus inégalitaires. À Paris, le taux de pauvreté de 15,8 % est supérieur en 2016 à la moyenne nationale et un habitant sur 10 dans les Yvelines vit sous le seuil de pauvreté. 300 000 personnes vivent ainsi dans la capitale avec moins de 1 000 euros par mois pour une personne seule.

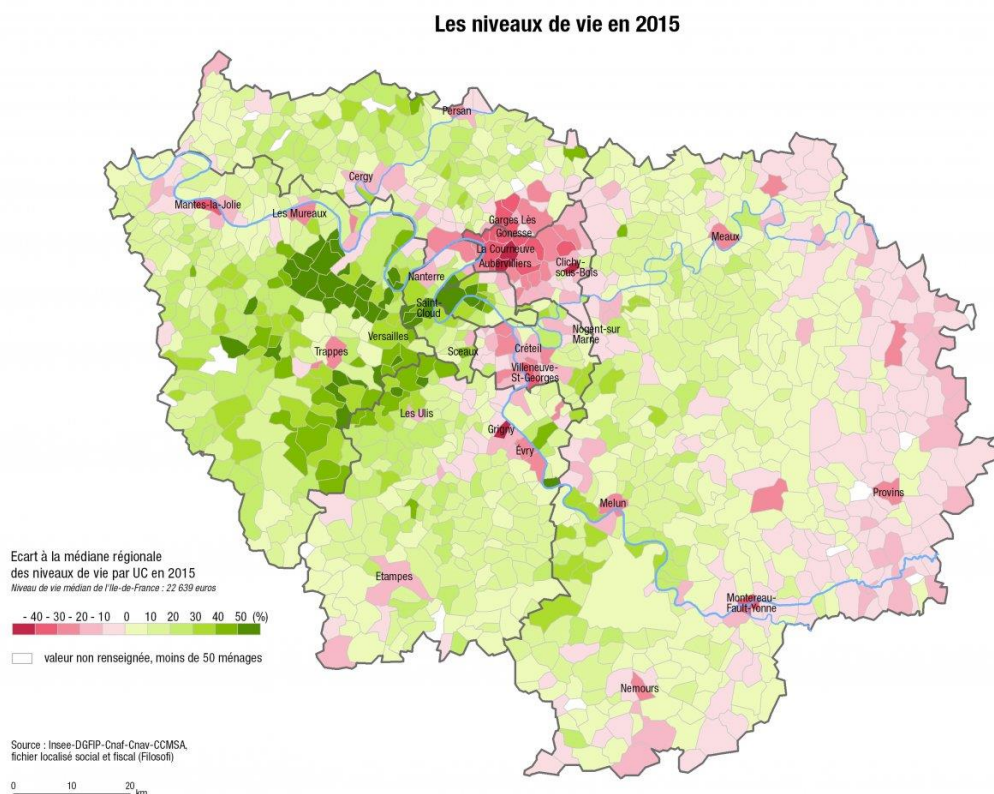
L'Essonne et la Seine-et-Marne, offrent un portrait social plus homogène et plus proche de la moyenne nationale. La Seine-Saint-Denis cumule les difficultés sociales : un taux de chômage de 11,2 %, un taux de pauvreté de 29 % (près de deux fois supérieur à la moyenne régionale), une

¹ *L'état du mal-logement en France 2019, éclairage régional Île-de-France*, Fondation Abbé Pierre, 2019.

population active composée pour plus de moitié d'ouvriers et d'employés et un taux de haut-diplômés inférieur à la moyenne nationale.

« La pauvreté est avant tout urbaine et proche du centre de la région. En grande couronne, elle se concentre dans les agglomérations secondaires qui disposent d'un parc social conséquent, comme à Meaux, Mantes-la-Jolie, Etampes, Persan ou encore Montreuil-Fault-Yonne », décrit Mariette Sagot, démographe de l'Institut d'aménagement et d'urbanisme de la région Île-de-France (IAU)².

Communes riches et pauvres, par rapport à la médiane régionale



Source : carte IAU, 2019.

Des inégalités sociales et territoriales en hausse

Les disparités au sein de la région ont tendance à s'accroître, ainsi que l'a montré une étude de l'IAU portant sur l'évolution des écarts de richesse à l'échelle communale, entre 2001 et 2015. Les contrastes entre secteurs aisés et secteurs pauvres s'accroissent. 44 des communes les plus pauvres de la région se sont paupérisées en quinze ans, sous l'effet conjoint des évolutions démographiques (les familles monoparentales sont plus nombreuses) et de l'augmentation du chômage et de la précarité de l'emploi. Les cadres quant à eux se sont encore plus concentrés au centre de la métropole. Leur part augmente là où ils étaient déjà fortement présents (Paris intramuros, Hauts-de-Seine, Yvelines), y compris dans des quartiers et communes du nord et de l'est parisien qui tendent à s'embourgeoier.

² Dans un article du site de l'Observatoire des inégalités, où elle présente les conclusions de son étude « [Gentrification et paupérisation au cœur de l'Île-de-France – Évolutions 2001-2015](#) », Institut d'aménagement et d'urbanisme d'Île-de-France, mai 2019.

Emploi et conditions de travail

Derrière les inégalités de niveau de vie, se cachent des inégalités sociales, dans lesquels le travail joue un rôle prépondérant. Là aussi, la population francilienne est plutôt plus favorisée que dans d'autres régions françaises, mais elle est traversée par de forts écarts en termes de chômage et de conditions de travail. La géographie du travail dessine en grande partie la carte des disparités sociales et de santé au sein de la région.

Chômage et précarité de l'emploi

On sait que l'anxiété liée au chômage, qui peut se doubler d'un isolement social lorsque la situation perdure, porte atteinte à la santé. À cet égard, la situation des actifs franciliens est relativement plus favorable qu'ailleurs : une part plus faible d'entre eux est au chômage (7,6 % contre 8,5 % en 2018 en France métropolitaine) ou en emploi précaire (11,6 % en Île-de-France en 2017, contre 14,8 % dans les autres régions). Dans 6 départements d'Île-de-France, le taux de chômage est à la fois inférieur aux moyennes régionale et nationale. Mais cette moyenne est trompeuse. Deux départements sont plus fortement concernés par le chômage : le Val d'Oise (8,9 %) et la Seine-Saint-Denis (11,2 %). Cette échelle départementale masque elle-même de grandes disparités locales. Si l'on zoomait sur les quartiers prioritaires de la politique de la ville, on observerait des taux de chômage qui dépassent souvent les 25 %.

Pollutions au travail

Pour autant, le travail n'est pas gage de bonne santé. Les conditions de travail ont des effets directs sur la santé. **En France, près d'un salarié sur trois subit des nuisances liées à son environnement de travail** en 2016 selon le ministère du Travail³ : ils sont exposés à des risques d'infection, à des fumées ou poussières ou sont en contact avec des produits dangereux.

Les ouvriers sont beaucoup plus exposés à ces risques pour leur santé que les autres catégories socioprofessionnelles. Par exemple, les deux tiers des ouvriers déclarent respirer des fumées ou des poussières sur leur lieu de travail contre un cadre supérieur sur dix. Les ouvriers non qualifiés subissent dix fois plus souvent que les cadres des nuisances sonores. 53 % sont en contact avec des produits dangereux contre 13 % des cadres. L'écart est également marqué en ce qui concerne l'exposition à au moins un produit cancérigène : 30 % des ouvriers qualifiés sont dans ce cas, seize fois plus que les cadres supérieurs (2 %) en 2017⁴.

Rythme de travail

L'irrégularité du rythme de travail, souvent couplée à une déconnexion des rythmes du reste de la société, a des effets négatifs bien identifiés sur la santé. De même pour la répétition des gestes et le manque d'autonomie, qui rendent plus vulnérables au stress. Ces facteurs d'usure psychique et physique touchent les travailleurs de manière très différenciée selon leur appartenance sociale. Un quart d'ouvriers qualifiés sont à leur poste la nuit et 17 % des ouvriers non qualifiés, contre 12 % des cadres supérieurs et 3 % des employés administratifs, selon le ministère du Travail (données 2016)⁵. Par ailleurs, la moitié des ouvriers voient au quotidien le rythme de leurs gestes commandés par le rythme d'une machine ou par la surveillance de la

³ Voir « Travail pénible : les ouvriers à la peine », Observatoire des inégalités, 2018.

⁴ Voir « Deux millions de salariés exposés à un produit cancérigène », Observatoire des inégalités, à paraître.

⁵ Voir « Horaires de travail : la France flexible des peu qualifiés », Observatoire des inégalités, 2018.

hiérarchie. Ces contraintes sont moins répandues chez les professions intermédiaires et les employés administratifs, dont beaucoup travaillent dans le secteur tertiaire, mais elles concernent tout de même 35,1 % des premières et 30,3 % des seconds.

Travail pénible

La pénibilité physique au travail concerne essentiellement les moins qualifiés. Si un tiers de l'ensemble des salariés déclarent subir au moins trois contraintes physiques (ex. rester longtemps debout, rester longtemps dans une posture pénible, devoir porter ou déplacer des charges lourdes, subir des secousses ou des vibrations), c'est le cas de près des deux tiers des ouvriers non qualifiés en France, contre 6 % de cadres.

Maladies et accidents du travail

Les conditions physiques du travail ont des conséquences en termes de santé tout à au long de la vie. Certaines des pathologies qui en découlent sont clairement identifiées en tant que **maladies professionnelles**. Ces affections frappent avant tout les milieux populaires. En 2012, près des trois quarts des cas français concernaient des ouvriers. 23 % touchent des employés et 4 % seulement, des cadres supérieurs ou des professions intermédiaires. Les secteurs les plus exposés sont l'industrie de la viande, de l'habillement, des équipements du foyer, la blanchisserie, les activités d'hypermarchés et de supermarchés, l'aide à domicile et la construction, des secteurs qui emploient une grande part de salariés non qualifiés.

L'accident du travail est le stade ultime de l'exposition inégale à la pénibilité du travail. Un salarié sur dix déclare avoir subi au moins un accident de travail au cours de l'année selon les données 2016 du ministère du Travail. Quatre fois plus d'ouvriers (qualifiés ou non) que de cadres supérieurs indiquent en avoir été victimes : ces derniers ne sont que 4 % dans ce cas, contre 16 % des ouvriers.

Avec une part d'ouvriers et d'employés plus faible en Île-de-France qu'en moyenne nationale, on peut faire l'hypothèse que la part de salariés concernés par la pénibilité physique du travail, un manque d'autonomie ou des tâches répétitives, des horaires de travail asynchrones, est également plus faible que dans la population nationale. Pour autant, ouvriers et employés forment le premier groupe social partout dans la région en dehors de Paris. Dans la capitale, près d'un quart de la population est composée d'ouvriers et d'employés. Cette proportion s'élève à près de la moitié en Seine-et-Marne et dans le Val d'Oise. Elle dépasse les 50 % en Seine-Saint-Denis. La géographie des catégories sociales au sein de la région se traduit, à travers des conditions de travail très inégales, dans les inégalités de santé au sein de la région.

Particularité francilienne, **les temps de trajet quotidiens** sont d'environ deux heures en moyenne, pour les actifs et les étudiants⁶. Ce temps de trajet ajoute à la pénibilité du travail pour un grand nombre d'adultes. La durée quotidienne moyenne de déplacement varie selon la zone d'habitation : il est plus court en moyenne pour les habitants de l'hyper-centre de l'agglomération et s'allonge pour ceux qui résident dans les communes de la grande couronne, tout particulièrement celles qui sont mal desservies par les transports en commun.

⁶ « Le quotidien des Franciliens à travers leurs déplacements : une multitude d'agendas », Note rapide, IAU, mai 2017.

Mal-logement

Malgré l'amélioration globale des conditions de logement, sur les 4 millions de mal-logés que répertorie la Fondation Abbé Pierre, 1,2 million vit en Île-de-France. Le mal-logement recoupe des situations très différentes.

Au moins 54 000 personnes privées de domicile et 4 000 sans-abri

211 000 personnes ne disposent pas d'un domicile personnel en Île-de-France selon l'Insee en 2013. Parmi elles, 148 000 sont en hébergement contraint chez des tiers, qui peut être un membre de leur famille ou une personne sans lien de parenté. D'après l'Insee, **54 000 personnes étaient totalement privées de domicile dans l'agglomération parisienne** en 2013. Elles vivent à l'hôtel, dans des structures d'hébergement social ou à la rue.

Le recensement des sans-abri est très parcellaire. En 2012, l'Insee estimait à 4 000 leur nombre dans l'agglomération. Il est très probable que ce nombre a augmenté depuis, avec l'arrivée de nouveaux migrants. L'Observatoire de l'accès aux droits et aux soins dans les programmes de Médecins du monde témoigne dans son rapport 2019 d'une « *aggravation des conditions de vie et de santé des exilés avec une augmentation des espaces d'indignité dans toutes les métropoles françaises. À Grande-Synthe, Calais, Paris, [les équipes de Médecins du Monde voient] campements, squats d'exilés s'organiser et se faire expulser plaçant ainsi les personnes dans une logique de survie [...]* ». L'organisation non gouvernementale dénonce également « *les conditions dans lesquelles les personnes exilées sont maintenues : pas d'accès à l'eau, à des sanitaires et pas d'information sur l'asile* ».

Logements inconfortables ou très dégradés

Le mal-logement décompte aussi les personnes dont les conditions de logement très difficiles. **462 000 Franciliens vivent dans un logement inconfortable**. Il s'agit par exemple de logement dépourvus du confort sanitaire de base, ou encore sans coin cuisine, avec un moyen de chauffage rudimentaire ou une façade très dégradée.

Il faut y ajouter **21 600 personnes logées en chambres collectives** dans des foyers de travailleurs migrants de la région, ainsi que **12 300 « gens du voyage »** qui ne peuvent accéder à un emplacement de caravane sur une aire d'accueil aménagée.

Selon le repérage effectué par l'administration, **157 300 logements (4 % du parc privé francilien) sont considérés comme « potentiellement indignes »**⁷. Cet indicateur n'est pas établi par une enquête sur chaque logement, mais par une approche statistique qui croise les revenus des ménages et le classement cadastral en « logement médiocre », réalisé dans les années 1970. Il donne une indication, toute relative, de la part du logement privé ancien qui pourrait présenter des risques pour la santé (logements insalubres, risque d'exposition au plomb, voire risque de péril).

Paris ayant le parc de logement le plus ancien, on y trouve 40 % de l'ensemble des logements potentiellement indignes de la région, soit 6,5 % du parc privé de la capitale. Cette part s'élève à 7,5 % du parc privé en Seine-Saint-Denis. Elle est d'environ 3,5 % dans les départements des Hauts-de-Seine, du Val-de-Marne, du Val-d'Oise, de l'ordre de 2 % en Seine-et-Marne et de 1 % dans les Yvelines et en Essonne.

⁷ Voir « L'habitat dégradé et indigne en Île-de-France. Enjeux et politiques en 2018 », IAU, 2018

Logements trop exigus

Un habitant sur cinq de l'aire urbaine de Paris vit dans un logement en surpeuplement modéré ou accentué, contre 9,5 % de la population métropolitaine. C'est deux fois plus que dans les autres très grandes villes du pays. C'est le critère le plus répandu de mal-logement majeur en Île-de-France. **586 000 personnes habitent un logement au surpeuplement accentué** : il manque au moins deux pièces au logement, par rapport aux normes établies par l'Insee en fonction du nombre de personnes qui composent le ménage. Un couple avec deux enfants de moins de sept ans vivant dans une seule pièce relève ainsi du surpeuplement accentué.

Répartition des ménages selon le degré de peuplement des logements et la localisation

Localisation	Peuplement		Peuplement normal %	Surpeuplement %	Total	
	accentué %	modéré %			%	effectif
Paris	15,1	17,5	40,3	27,1	100	1 194 500
Petite couronne	20,4	21,2	35,9	22,5	100	1 887 500
Grande couronne	39,8	23,9	22,3	14,0	100	2 040 100
Région 2013	26,9	21,4	31,5	20,2	100	5 122 000
France métropolitaine	44,2	23,7	22,6	9,5	100	28 059 800

Source : IAU 2017, selon données Insee 2013.

Ces désavantages se cumulent souvent : le surpeuplement est plus fréquent dans les logements inconfortables (avec au moins un défaut important de confort). 42 % des logements de mauvaise qualité sont surpeuplés. Cette situation, plus fréquente au centre de l'agglomération, reste cependant minoritaire. Elle concerne environ 20 000 ménages.

Logement et inégalités sociales de santé

Le mal-logement constitue un vecteur des inégalités sociales de santé. Il touche beaucoup plus fortement les ménages les plus modestes. En Île-de-France par exemple, les ménages à bas revenus vivent pour 40 % d'entre eux dans des logements surpeuplés, où il manque au moins une pièce par rapport au nombre de personnes du ménage. C'est aussi le cas de la précarité énergétique par exemple. **18 % des Franciliens déclarent avoir souffert du froid chez eux**⁸. Ce taux est clairement aggravé par le manque de moyens financiers, car il atteint 29 % dans les ménages qui consacrent plus de 10 % à leur facture énergétique (et appartiennent, pour 90 % d'entre eux, aux 30 % des revenus les plus bas).

Les personnes les plus précaires (sans domicile fixe, migrants) constituent des populations dont l'état de santé est particulièrement dégradé. On sait par exemple que les SDF et les personnes vivant dans un centre d'hébergement collectif ont un risque beaucoup plus élevé de déclarer la tuberculose. La surreprésentation de personnes très précaires et de migrants en Île-de-France en fait ainsi la région où le plus grand nombre de cas sont recensés pour cette maladie⁹.

Un domicile inconfortable ou trop petit a des effets sur la santé des habitants. Un logement insalubre présente des risques immédiats pour la sécurité ou la santé (par exemple intoxication au plomb ou au monoxyde de carbone). Plus généralement, les moisissures et l'humidité ont des effets pathogènes. L'absence de logement à soi ou de coin cuisine, la vie à l'hôtel ou l'exiguïté du

⁸ Source : « Les conditions de logement en Île-de-France, édition 2017, d'après l'enquête logement 2013 », IAU, 2017

⁹ « Epidémiologie de la tuberculose en France en 2015 », Jean-Paul Guthmann et al., Santé publique France, 2017.

logement empêche de préparer des produits frais et d'accéder à une alimentation équilibrée. Enfin, des conditions matérielles de vie difficiles, la promiscuité et les tensions entre membres du foyer ou avec le voisinage, limitent la disponibilité pour s'intéresser à la prévention en matière de santé ou aux symptômes éventuels, et entraînent un stress usant qui a des effets sur la santé physique et psychique des habitants.

Habitudes de vie

Alcool

10 % des Français déclarent consommer de l'alcool quotidiennement, selon le Baromètre Santé publique France 2017. Même en annulant l'effet de la composition en âge et en sexe de la population, **les Franciliens ont une consommation quotidienne d'alcool moins fréquente** (7,1 % des habitants parmi les 15-75 ans en 2017) que la moyenne française (10 %). La consommation régulière chez les jeunes de 17 ans est également parmi les plus basses de France (5,6 % des jeunes contre 8,4 % à l'échelle nationale)¹⁰.

Au niveau national, on sait que la consommation d'alcool contribue aux inégalités sociales de santé. 15 % des artisans, 11 % des ouvriers déclarent consommer quotidiennement de l'alcool en 2014. Cette part est de 6 % chez les cadres supérieurs et professions intermédiaires et de 4 % parmi les employés. **En Île-de-France, la consommation d'alcool semble principalement reliée à l'âge** : les plus âgés (61-75 ans) ont dix fois plus de risque d'être consommateur régulier que les 18-30 ans, toutes choses égales par ailleurs. Le niveau de diplôme joue peu et à âge ou diplôme comparable, les plus aisés (tiers le plus aisé de la population) comptent plus de consommateurs réguliers d'alcool que les personnes aux revenus modestes ou moyens¹¹.

La consommation d'alcool a un effet sur la santé et la mortalité, à la fois en termes de risques d'accidents, de maladies du foie et de maladie du système nerveux ou du système vasculaire (HTA, AVC, infarctus...). C'est un facteur de risque connu pour de nombreux cancers (lèvres, bouche, pharynx, œsophage, larynx). L'alcool a également un effet sur le stress voire la violence subis par les proches et possiblement sur leur santé.

Tabac

38 % des ouvriers sont des fumeurs réguliers (au moins une cigarette par jour), contre à peine un cinquième des cadres supérieurs selon l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) en 2014. Malgré une baisse globale du tabagisme depuis 2005 pour toutes les catégories sociales (excepté les agriculteurs), les ouvriers demeurent deux fois plus nombreux à fumer que les cadres.

L'Île-de-France affiche la part de fumeurs quotidiens la plus basse de France (23,6 %). Chez les jeunes âgés de 17 ans, cette pratique concerne 27 % des franciliens, ce qui constitue également l'un des taux régionaux les plus bas.

Comportements alimentaires et obésité

Le surpoids et l'obésité augmentent les risques de diabète, de maladies cardiovasculaires et de mal-être psychologique. L'obésité touche davantage les milieux populaires, dès l'enfance. En classe de troisième par exemple, 7,5 % des enfants d'ouvriers sont considérés comme obèses,

¹⁰ « BSP Alcool Île-de-France », Bulletin de santé publique Île-de-France janvier 2020, ARS Île-de-France.

¹¹ « BSP Alcool Île-de-France », Bulletin de santé publique Île-de-France janvier 2020, ARS Île-de-France.

contre 2,7 % des enfants de cadres selon les données 2017 du ministère de la Santé pour la France entière. De nombreux facteurs expliquent l'obésité des jeunes. Les habitudes de vie, différentes selon les milieux, jouent : l'alimentation (notamment la consommation de boissons sucrées, l'activité physique, le temps passé devant des écrans, etc.). De même, que la représentation que l'on a de son corps, la nécessité plus ou moins importante d'être mince.

Nous ne disposons pas de données systématiques sur les disparités de comportements alimentaires, d'activité physique ou d'obésité au sein de la région. Une étude menée par l'Inserm et le CNRS¹² entre 2005 et 2010 auprès d'une cohorte de 3000 habitants dans 50 quartiers d'Île-de-France a montré que 13,6 % habitants des zones urbaines sensibles (ZUS) étaient obèses, contre seulement 6,6 % des habitants des quartiers de type moyen ou supérieur. Les caractéristiques d'âge, de niveau d'étude et de niveau de revenu expliquent environ 40 % de cet écart. Les chercheurs ont relié statistiquement le risque d'obésité des habitants à d'autres caractéristiques liées à l'environnement urbain, tels que « *une plus grande distance aux magasins alimentaires de détail les plus proches, une plus forte proportion d'établissements de restauration rapide parmi les restaurants ou encore un faible nombre de commerces et de service de voisinage* ». Si la causalité directe ne peut être démontrée, cette étude semble indiquer que le fait de vivre dans un quartier très défavorisé est en soi un facteur de risque qui aggrave les inégalités sociales de santé habituellement constatées dans la population.

¹² Voir « Santé et territoires en épidémiologie sociale », Pierre Chauvin, *Les inégalités sociales de santé, Actes du séminaire de recherche de la Drees 2015-2016*.

L'offre de soins

Autre déterminant de la santé, l'offre de soins est souvent mise en avant pour expliquer les inégalités de santé territoriales. Il ne faudrait pas surestimer le rôle de l'accès aux soins dans les inégalités de santé. « *Une faible part des variations d'état de santé est liée aux soins médicaux* », rappelle Pierre Lombrail, professeur de médecine et président de la Société Française de Santé Publique¹³. Même s'il est impossible de mesurer l'effet individuel de chaque déterminant de santé, les conditions de travail et de vie (stress ou bien-être tout au long de la vie, usure physique, comportements) ont un effet sur la santé plus significatif que les inégalités de prise en charge médicale et hospitalière lorsque la maladie ou l'accident survient.

Il n'en demeure pas moins qu'être bien soigné joue. De plus, l'offre et l'accessibilité des soins constituent un des éléments sur lesquels les politiques publiques, y compris locales, peuvent avoir un impact. Être bien soigné suppose de disposer de professionnels de santé disponibles à proximité. Cela suppose aussi d'être en capacité de les solliciter, c'est-à-dire d'en avoir les moyens financiers, et de s'en sentir suffisamment proche culturellement.

La répartition géographique de l'offre de soins dans la région pose des questions spécifiques et localisées, qui peuvent pénaliser l'accessibilité aux soins pour certaines populations. Elle constitue un facteur supplémentaire d'inégalités sociales et territoriales de santé. L'Île-de-France est caractérisée par les densités médicales les plus fortes et les plus basses de France, selon la profession (généralistes libéraux, gynécologues, dentistes...).

La densité en professionnels de santé

En 2018, l'Île-de-France compte 335 médecins en activité régulière pour 100 000 habitants, selon l'ordre national des médecins. Classée juste après la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, c'est la deuxième région la mieux dotée de France, avec une densité de 24 % supérieure à la moyenne nationale. Cette forte densité inclut hospitaliers et libéraux, toutes spécialités confondues. Un point fort qui doit être nuancé selon la spécialité, le mode d'exercice et la localisation à l'intérieur de la région.

Moins de médecins généralistes en proportion de la population

La densité de médecins généralistes libéraux est plus faible en Île-de-France qu'en moyenne métropolitaine, avec 60 généralistes libéraux pour 100 000 habitants contre 79 en moyenne dans la métropole (données 2017 CNAM-Amos, voir tableau n° 8 en annexe). On trouve dans la région une plus grande densité de généralistes de secteur 2 (9,5 pour 100 000 habitants contre 3,8 en moyenne hexagonale), mais la densité de médecins du secteur 1 est nettement inférieure (51 en Île-de-France pour 75 en moyenne en France).

D'un département à l'autre de la région, la situation est très différente. Les densités de généralistes les plus élevées se trouvent à Paris (75,3 pour 100 000 habitants), puis dans les Yvelines. Dans ces deux départements, la part de médecins pratiquant des dépassements d'honoraires est aussi la plus haute : près d'un médecin sur trois à Paris, près d'un sur cinq dans les Yvelines, définissent leurs honoraires librement. La densité la plus faible est observée en Seine-Saint-Denis (52,2), où la quasi-totalité des généralistes applique les tarifs définis par la Sécurité sociale.

¹³ « Accès aux soins », in *Les inégalités sociales de santé*, dir. Annette Leclerc, Didier Fassin, Hélène Grandjean, Monique Kaminski, Thierry Lang, La Découverte, 2000.

L'Île-de-France est la région qui a le plus perdu de généralistes (- 18,7 % entre 2007 et 2016), relève l'ORS d'Île-de-France¹⁴. « Cette chute [du nombre de généralistes] devrait se poursuivre jusqu'en 2025 et pourrait se traduire par la perte d'un médecin généraliste sur quatre durant la période 2007-2025 », précise le Conseil national de l'ordre des médecins¹⁵. Le vieillissement des médecins concerne plus fortement la capitale que les autres départements franciliens. La part de généralistes de 60 ans et plus dépasse 45 % dans la quasi-totalité des arrondissements parisiens et des communes de la première couronne.

Plus de médecins spécialistes mais souvent en secteur 2

À l'inverse de la densité en généralistes, **la densité en spécialistes est plus élevée en Île-de-France** qu'en moyenne en France, avec 102,7 spécialistes pour 100 000 habitants, contre 82,8 en moyenne en 2017 (voir tableau n° 8 en annexe). La faible densité en généralistes peut être ainsi pour partie compensée par des spécialistes pour une partie de la population régionale, qui peut considérer un spécialiste comme son médecin traitant.

Particularité francilienne, c'est la **densité en spécialistes du secteur 2** (67,3 spécialistes pour 100 000 habitants) qui dépasse la moyenne nationale. Ce phénomène culmine à Paris avec 177,8 spécialistes conventionnés en secteur 2 (75 % de l'effectif), une densité 4,6 fois plus élevée que la moyenne nationale. Cette forte proportion s'observe également, dans une moindre mesure, dans les départements des Hauts-de-Seine et des Yvelines.

L'Île-de-France occupe ainsi la première place parmi les régions pour les gynécologues et les ophtalmologues. La pénurie en ophtalmologues et gynécologues, due au vieillissement des professionnels et à la politique de numérus clausus des dernières décennies, affecte ainsi beaucoup moins Paris et les départements de l'Ouest parisien que d'autres régions françaises. Mais 9 gynécologues sur 10 pratiquent le dépassement d'honoraires à Paris ou dans les Yvelines par exemple, ce qui à l'inverse peut limiter leur accessibilité. Nos données ne permettent pas de dire si les dépassements sont pratiqués avec le tact suffisant pour donner un accès égal à ces cabinets à l'ensemble de la population, y compris la plus pauvre. On verra plus loin qu'une partie des spécialistes franciliens discriminent les plus pauvres en leur refusant des rendez-vous ou des soins.

Si l'Île-de-France est globalement bien dotée en spécialistes, le nombre de spécialistes y diminue comme ailleurs en France. Entre 2008 et 2015, la baisse est plus sensible en Île-de-France qu'au niveau national pour les pédiatres et les ophtalmologues, selon le Conseil national de l'ordre des médecins.

La densité la plus faible de l'Hexagone en infirmiers

Comme pour les médecins généralistes, **la densité en auxiliaires médicaux est inférieure en Île-de-France à la moyenne nationale** (188,34 professionnels pour 100 000 habitants, à comparer à 282, à l'échelle métropolitaine, soit 33 % de moins). Alors que les infirmiers libéraux forment le plus grand nombre de professionnels de santé en France, ils sont relativement peu nombreux dans la capitale et sa région (7 236 infirmiers) et surclassés par leurs confrères masseurs-kinésithérapeutes (9 737).

La faible densité en infirmiers est particulièrement sensible dans la petite couronne, avec 42,5 infirmiers pour 100 000 habitants dans les Hauts-de-Seine, 52,2 en Seine-Saint-Denis et 56,5 dans le Val-de-Marne, ainsi que dans les Yvelines (51,3). La Seine-et-Marne (75,3) est

¹⁴ « Les déserts médicaux en Île-de-France. De quoi parle-t-on ? Quels leviers d'action ? », Observatoire régional de santé Île-de-France, 2018.

¹⁵ *Atlas de la démographie médicale en France*, Conseil national de l'ordre des médecins, 2016.

relativement mieux dotée, mais reste un à niveau très inférieur à la moyenne nationale (134). Une fraction des jeunes infirmiers formés en Île-de-France tend à s'installer dans d'autres régions¹⁶, probablement en raison du coût du logement.

Les densités de chirurgiens-dentistes, sages-femmes et pharmacies sont plus proches de la moyenne nationale. **Pour les dentistes, c'est leur répartition sur le territoire régional qui frappe** : leur densité est trois fois plus élevée à Paris (100 dentistes pour 100 000 habitants) qu'en Seine-Saint-Denis (33 pour 100 000). S'il est d'usage de considérer que la proximité est moins indispensable pour les dentistes que pour les généralistes, la concentration des dentistes dans la capitale interroge quant à l'accès aux soins et à leur continuité. La question de l'accessibilité peut se poser, non seulement en termes de délai de trajet mais aussi en termes de capacité des populations les plus défavorisées à pousser les portes des cabinets des beaux quartiers.

Enfin, malgré la réglementation plus contraignante sur l'ouverture de pharmacies que sur l'installation de professionnels de santé libéraux, on constate également que la densité en pharmacies est élevée à Paris et dans les Hauts-de-Seine et plus faible au Nord de Paris (Seine-Saint-Denis, Val d'Oise). Le poids de la parapharmacie dans les revenus des pharmaciens pourrait contribuer à expliquer une densité plus élevée d'officines dans les zones les plus denses et aisées.

Y a-t-il des déserts médicaux en Île-de-France ?

Comment interpréter la densité en médecins par commune dans les zones rurales ?

De très nombreuses communes d'Île-de-France ne disposent d'aucun médecin généraliste (voir la carte « densité des médecins généralistes » en annexe). Ces zones grises de la carte doivent-elles être considérées comme des déserts médicaux ? On les trouve dans toute la grande couronne de la région, dans les communes avec une densité inférieure à 300 habitants par km². Ces communes grisées sur la carte voisinent parfois avec des communes qui affichent une densité de généralistes plus forte que la moyenne, alors même qu'elles sont également situées à l'extérieur de l'agglomération. Ce fort contraste entre communes sans aucun généraliste et commune voisine « à forte densité » est peu significatif pour les zones périurbaines et rurales peu denses. En effet, un seul médecin peut faire basculer une petite commune rurale dans la catégorie des communes très denses en médecin. Prenons l'exemple de Gambaiseul, située à l'ouest des Yvelines. Ce bourg compte 60 habitants avec une densité très faible d'environ 3 habitants / km². Sur la carte de la densité des médecins, la commune apparaît en bleu foncé (15 médecins et plus pour 100 000 habitants). La présence d'un seul médecin suffit en effet à porter sa densité médicale à un niveau record de 1 600 médecins pour 100 000 habitants, sans que cela ne révèle une concentration médicale réelle qui mériterait d'être signalée. Bref, **les cartes de densité médicale à l'échelle communale ne doivent être considérées que pour les zones de la région assez denses en habitants** pour que les comparaisons soient significatives, c'est-à-dire pour le centre de la région.

Pour autant, les zones les plus rurales de la région, qui bordent ses frontières extérieures, sont caractérisées à la fois par des densités de population très faibles, un moins bon raccordement au réseau de transports en commun que le centre de la région et une population en moyenne plus fragile sur le plan de la santé, du fait d'une situation sociale en moyenne moins favorable (plus d'ouvriers, localement des taux de pauvreté ou d'assurés bénéficiaires de la CMU élevés) et surtout plus âgée qu'au centre de l'agglomération. On observe ainsi que plus d'un quart de la population est prise en charge pour une affection de longue durée dans de nombreuses communes du sud et de l'est ruraux de la Seine-et-Marne. On trouve aussi des parts élevées de personnes souffrant de maladies chroniques dans les communes très peu denses des bordures

¹⁶ « 53 % d'infirmiers en plus entre 2014 et 2040, une forte hausse qui répond à la demande de soin », Etudes & Résultats n° 1062, Drees, 2018.

du Val d'Oise et des Yvelines par exemple. La population de ces communes rurales est peu nombreuse, mais elle a des besoins de soins en moyenne plus élevés qu'en petite couronne, alors même qu'elle est plus éloignée de l'offre de soins.

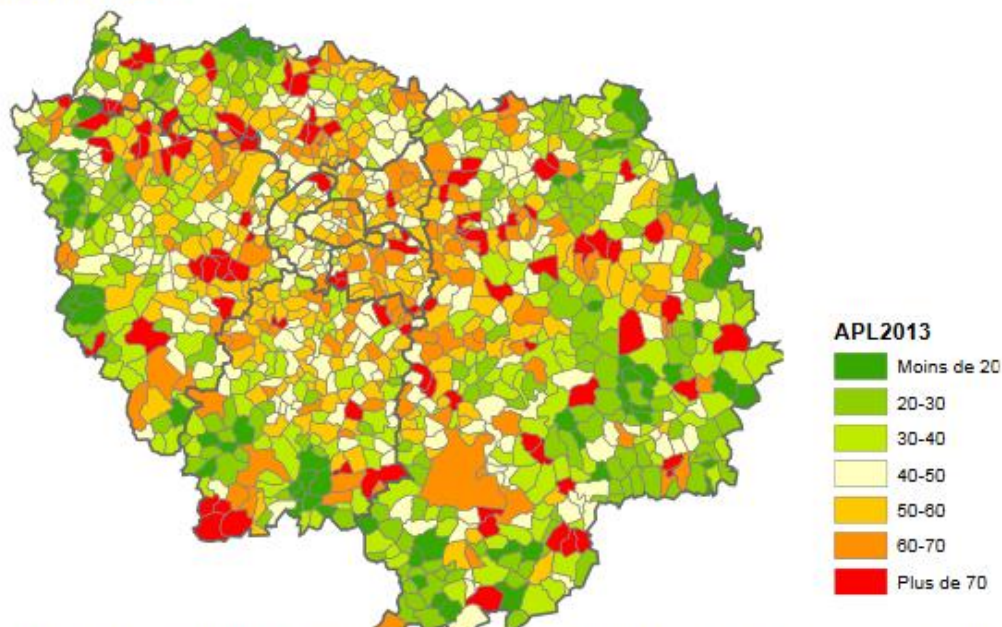
L'accessibilité en soins : une question de distance géographique, de transport, mais aussi financière

Les études récentes sur la question de l'accessibilité géographique des médecins généralistes en Île-de-France font appel à des critères plus sophistiqués que la seule densité communale en généralistes, pour tenter d'identifier les zones où l'offre de soins est insuffisante par rapport aux besoins de la population. Selon qu'elles tiennent compte des caractéristiques sociales de la population ou non, elles donnent des résultats divergents.

Première approche par le temps de trajet, l'accessibilité potentielle localisée (APL) mesure la disponibilité des médecins généralistes (en temps de travail ou en nombre de consultations possibles), compte tenu du temps de trajet qui sépare habitants et médecins, et de l'âge de la population (les personnes âgées et enfants de moins de 5 ans sont considérés comme ayant des besoins de consultation plus élevés que les autres tranches d'âge). Cette géographie des zones en tension tient compte de temps de trajet théoriques en voiture entre deux mairies, mais ne dit rien sur l'état de santé réel de sa population et encore moins de ses caractéristiques en termes de niveau de revenus ou d'éducation, qui ont une influence majeure sur son état de santé.

La carte ainsi réalisée en 2013 par la Drees situe les zones où les généralistes libéraux sont les moins accessibles dans les communes rurales : dans une large partie de la Seine-et-Marne ainsi que dans quelques communes rurales d'Essonne et des Yvelines. La Seine-Saint-Denis cependant, avec ses besoins de santé criants, ne ressort pas avec cette méthode, ce qui montre les limites de cette méthode qui ignore la situation sociale des habitants.

Figure 18. Accessibilité potentielle localisée en 2013 (Drees) par commune en Île-de-France



L'APL est ici indiquée en nombre d'ETP de généralistes libéraux ou exerçant en centres de santé pour 100 000 habitants.

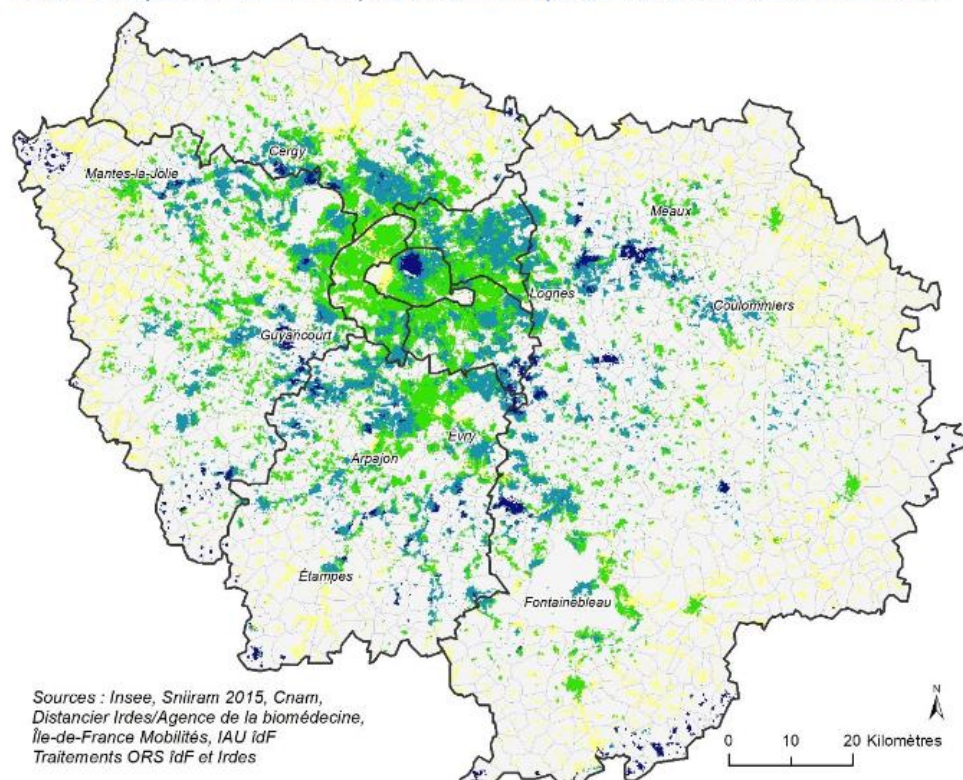
Source : Open data Drees, traitements ORS Île-de-France

Source : carte extraite de *Les déserts médicaux en Île-de-France*, ORS Île-de-France, 2018.

Les travaux récents de l'ORS Île-de-France et de l'Irdes (juillet 2019), réalisés à un maillage géographique très fin, adaptent les indicateurs d'accessibilité potentielle au cas de l'Île-de-France, où les trajets sont majoritairement effectués à pied ou en transports en commun dans les zones les plus denses et en voiture dans les communes rurales. La modélisation tient compte également du fait que les besoins en consultation augmentent avec l'âge. Elle accorde un temps supplémentaire de consultation de 5 % pour les populations les plus défavorisées socialement.

Figure 32 - APL infra-communal intégrant les déplacements multi-modes (APLi_S5)

Rappel des hypothèses : population pondérée selon l'âge +revenu ; Seuils d'activité : minimal = 250, maximal = 6 000 C+V annuels ; Avec prise en compte des effets de concurrence ; mode de transport : Voiture ou Transports en commun – parts modales selon secteur de résidence.



Nombre de consultations et visites potentiellement accessibles par habitant de la maille

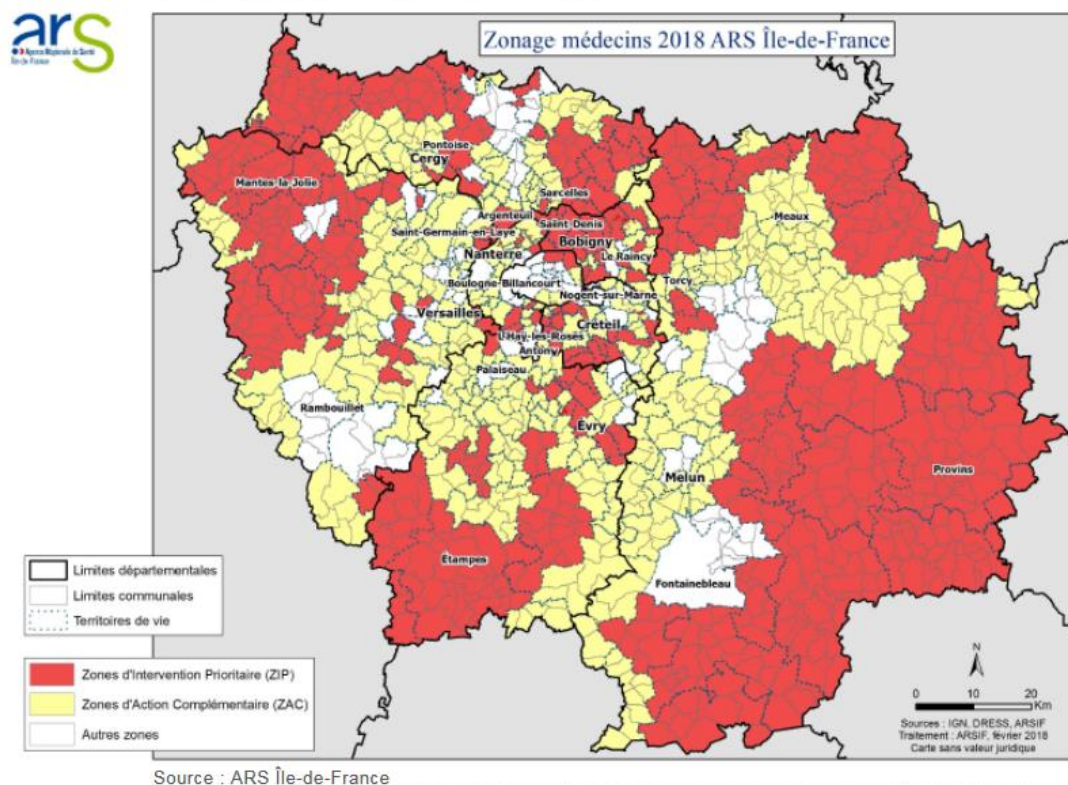


Source : carte extraite de « L'accessibilité des médecins généralistes en Île-de-France. Méthodologie de mesures des inégalités infra-communales », ORS-Irdes, 2019.

Au-delà de la dimension géographique, le zonage 2018 de l'ARS accorde plus de place aux **besoins de santé de la population en fonction de leur situation sociale et économique**, considérant les effets des inégalités sociales sur la santé. Il intègre la densité de généralistes (en tenant compte de leur activité) et son évolution, leur accessibilité potentielle locale (en fonction

des temps de trajet) mais aussi leurs caractéristiques sociales. L'ARS évalue ainsi à 37 % la part de la population francilienne qui habite dans une zone problématique. Les zones prioritaires définies pour l'action publique se situent d'une part dans une zone très densément peuplée, au nord-est de Paris (18^e et 19^e arrondissements, Seine-Saint-Denis et dans le Val d'Oise) et dans des zones moins denses, plus distantes des transports en commun et en moyenne plus populaire et âgées que dans la petite couronne : l'est et le sud de la Seine-et-Marne, ainsi que le Nord des Yvelines et la bordure sud de l'Essonne. En nombre d'habitants, les personnes concernées par le manque de médecins habitent ainsi massivement dans le nord-est de la capitale et la Seine-Saint-Denis et les communes les plus denses du Val-de-Marne, de l'Essonne et du Val d'Oise.

Figure 20. Cartographie du zonage francilien 2018



Source : ARS Île-de-France

L'accessibilité ressentie : une question de distance sociale

Dernière manière de mesurer la manière dont l'offre de soins répond aux besoins des habitants, l'accessibilité ressentie par les habitants peut se mesurer en leur posant la question. **64 % des habitants de l'aire urbaine de Paris déclarent qu'il y a trop ou suffisamment de spécialistes** près de chez eux, selon le baromètre d'opinion Drees 2015¹⁷. Cette part est supérieure aux 59 % de satisfaits parmi les habitants des communes des grands pôles français et est le double du taux de satisfaction observé dans les petits et moyens pôles (32 % seulement). Cette fierté régionale ne doit cependant pas faire oublier qu'à contrario, près de 40 % des 12 millions d'habitants de l'aire urbaine de Paris estiment les spécialistes insuffisamment nombreux près de chez eux.

Ce ressenti est lié au niveau social des personnes interrogées. Les cadres et les personnes aisées sont plus souvent satisfaits. Les chômeurs et les personnes les plus pauvres le sont moins. Selon

¹⁷ « Qualité et accès aux soins : que pensent les Français de leurs médecins ? », *Études et Résultats*, n° 1035, Drees, 2017.

la Drees, le niveau de satisfaction dépend plus des conditions socioéconomiques que de l'accessibilité objectivée en termes de nombre de médecins et de distance.

Une réponse différenciée, voire discriminatoire, du système de santé

À la distance culturelle qui peut rendre plus difficile de pousser la porte d'un cabinet, s'ajoute une prise en charge socialement différenciée par le système de santé. « *L'offre et la qualité des soins – c'est-à-dire la manière dont s'organisent le système de soins et les professions de santé – jouent également un rôle dans le maintien, voire l'accroissement des inégalités de santé* », renchérisent les sociologues Maud Gilly et Laure Pitti¹⁸. Elles montrent que, même à nombre de consultations égal, la prise en charge médicale et les prescriptions d'examen ou de dépistage diffèrent selon le milieu social et l'origine migratoire du patient. Corps médical et patients parlent du corps et de la santé dans un langage qui correspond à leur niveau d'études respectifs. La compréhension des symptômes par le professionnel et la compréhension par le patient du traitement proposé sont d'autant plus difficiles que les écarts culturels sont grands.

De plus, une partie du corps médical n'est pas exempte de préjugés. L'inégalité de traitement peut aller jusqu'au refus de soins discriminatoire, attesté par l'enquête réalisée en 2019 par le Défenseur des Droits, auprès de 1500 cabinets médicaux¹⁹. 9 % des dentistes, 11 % des gynécologues et 15 % des psychiatres testés s'avèrent pratiquer, de façon explicite et directe, une discrimination à l'égard des patients d'origine étrangère ou relevant de la CMU-C, en leur refusant un rendez-vous ou des soins. La fréquence est encore plus élevée en Île-de-France : les chercheurs observent 28 % de refus de soin discriminatoire pour les personnes qui possèdent la CMU-C ou l'ACS. Le taux de discrimination atteint même 45 % pour une patiente fictive, africaine et bénéficiaire de la CMU, dans les cabinets de dentiste testés à Paris. Le refus de soin discriminatoire n'est pas lié à un effet de rareté des médecins, puisqu'il s'avère plus élevé à Paris où les dentistes sont relativement plus nombreux par rapport à la population, que dans des zones où leur densité est plus faible.

Consommation de soins

La consommation de soins ne dépend pas que de l'accessibilité des médecins, mais aussi de l'état de santé et de la capacité des individus à consacrer du temps et des moyens financiers à leur santé. En Île-de-France, les zones les moins denses n'affichent pas une consommation de soins inférieure aux autres : la part des assurés qui n'a pas consulté de généraliste au cours des 24 derniers mois est y est souvent plus faible que dans les communes plus urbaines. Dans les zones périurbaines ou rurales, elle est en moyenne nettement plus élevée que celle que l'on observe à Paris et dans ses communes limitrophes.

Les disparités de consommations de soins entre Parisiens et habitants de la banlieue ou du périurbain franciliens s'expliquent sans doute d'abord par un effet d'âge, les tranches d'âge moyennes (de 25 à 50 ans) étant surreprésentées dans la capitale, ce qui abaisse leur besoin de consulter, en comparaison des parents de jeunes enfants et des personnes âgées.

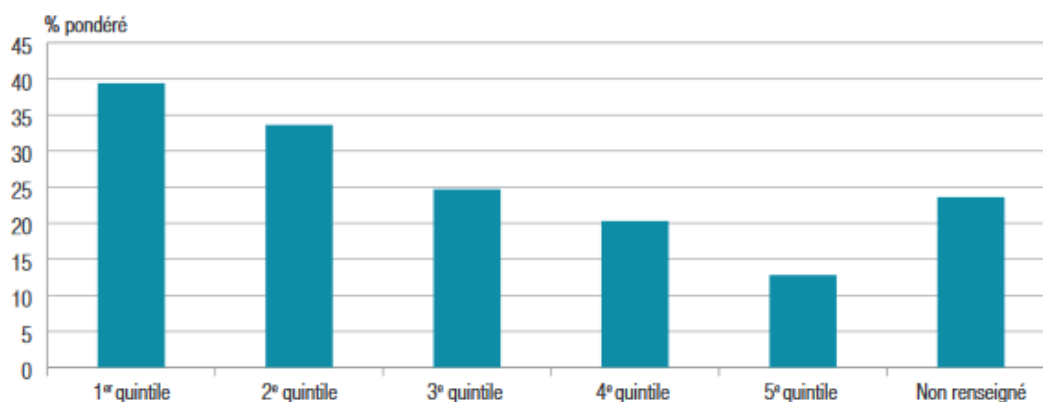
De plus, on sait que le taux de renoncement aux soins pour des raisons financières (mesuré en 2014 par la Drees) décroît avec le niveau de revenu. 40 % des Français qui appartiennent aux 20 % les plus pauvres déclarent avoir renoncé à des soins (que ce soit chez des généralistes ou en termes de soins dentaires ou de consultation ophtalmo, par exemple) pour des raisons

¹⁸ « Médecine de classe », Maud Gilly et Laure Pitty, *Quand la santé décuple les inégalités*, Revue Agone, n° 58, 2016.

¹⁹ *Les refus de soins discriminatoires liés à l'origine et à la vulnérabilité économique*, Défenseur des Droits, 2019.

financières. Le taux de renoncement est de 33 % pour les personnes situées entre les 20 % et les 40 % les plus pauvres.

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



Champ • France métropolitaine.

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

Source : graphique extrait de *L'état de santé de la population en France*, Drees, 2017.

Des facteurs culturels entrent aussi en jeu. Les personnes issues de milieu modeste font souvent appel au système de 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 personnes qui exercent les métiers les plus pénibles apprennent à endurer des douleurs qui font partie du quotidien, ce qui peut élever le « seuil de la douleur » ou de la gêne qui amène à consulter. Le niveau d'éducation compte aussi dans la capacité à identifier un symptôme et sa gravité. A la fois parce que l'accès aux soins est coûteux, par peur de l'arrêt de travail et *in fine* du risque de perdre son emploi, et aussi parce que la capacité à « tenir le coup » physiquement peut être valorisée par l'entourage.

L'état de santé des Franciliens

Une espérance de vie plus élevée, mais marquée par les inégalités sociales

L'espérance de vie à la naissance est en moyenne plus élevée en Île-de-France que pour la France (voir annexe 2, données Insee 2018). Cet écart est un peu plus marqué pour les hommes et plus modéré pour les femmes. Un bébé francilien peut espérer vivre 81,1 ans pour un garçon (contre 79,5 ans en moyenne en France métropolitaine) et 85,9 ans pour une fille (contre 85,4 ans en moyenne nationale). L'avantage est également proche de deux années pour les hommes âgés de 60 ans aujourd'hui et d'un an pour les femmes. Tous les départements d'Île-de-France se placent au-dessus de la moyenne nationale, que l'on considère l'espérance de vie à la naissance des garçons ou celle des hommes de plus de 60 ans.

Les départements les plus favorisés socialement affichent cependant des espérances de vie supérieures aux départements les plus confrontés à la pauvreté. Les femmes ont une espérance de vie de 86,5 ans à la naissance à Paris et de 86,8 ans dans les Yvelines. C'est la promesse d'une année supplémentaire en moyenne que pour les fillettes du Val d'Oise et deux années de plus que pour celles de Seine-Saint-Denis.

Une mortalité plus faible, mais fortement conditionnée par les inégalités sociales

La mortalité la plus faible de France ?

Le taux brut de mortalité de la région (6,2 pour mille en moyenne sur la période 2014-2018) est significativement inférieur à la moyenne nationale. Ce constat est valable pour toutes les causes de décès (voir annexe n° 4, données Inserm-CépiDc 2016). Seuls les décès causés par le sida demeurent plus fréquents en Île-de-France (0,9 décès pour 100 000 habitants) qu'en France métropolitaine (0,5).

Cet avantage régional reflète d'abord la jeunesse relative de la population régionale. Le facteur âge explique aussi une partie des disparités à l'intérieur de la région : les décès sont moins fréquents en Seine-Saint-Denis où la population est en moyenne plus jeune ; ils sont plus nombreux en Seine-et-Marne ou à Paris, où la population est relativement plus âgée.

Les principales causes de décès : cancer, maladies cardiovasculaires...

Les principales causes de décès sont assez similaires à celles que l'on constate à l'échelle nationale : 31 % des décès sont dus à des cancers (contre 29 % en France métropolitaine). Les décès dus à des maladies cardiovasculaires représentent 21 % des décès en 2016, un peu moins que les 24 % moyens en France (annexe 4).

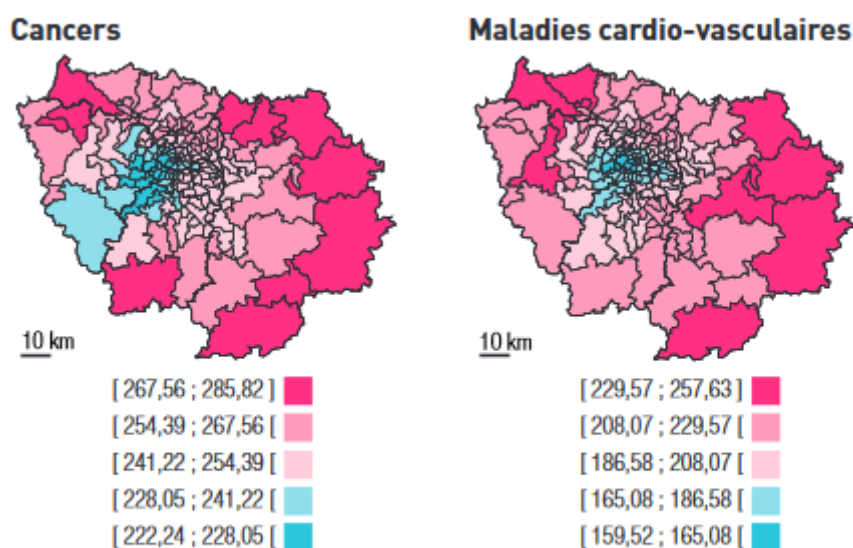
À âge et sexes comparables, la mortalité due au cancer en Île-de-France est proche de la moyenne métropolitaine en 2011-2013²⁰. À l'intérieur de la région, on meurt moins du cancer, dans une zone qui va du centre-ouest au sud-ouest de la région (sud et ouest parisiens, sud des Hauts-de-Seine, sud et est des Yvelines, nord-ouest de l'Essonne), ce qui semble indiquer une corrélation entre le risque de décéder d'un cancer et l'appartenance sociale.

Pour les maladies cardio-vasculaires, le taux de décès corrigé de l'âge et du sexe, est nettement plus bas en Île-de-France qu'en moyenne nationale. Le centre de la région présente une sous-

²⁰ Voir « Profils régionaux – Île-de-France » in *L'état de santé de la population en France*, Drees, 2017.

mortalité, alors que les territoires excentrés affichent une surmortalité par rapport à la moyenne régionale.

Taux standardisé* de mortalité 2006-2013 par cantons



* Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; RP 2006 à 2012 (INSEE) ; exploitation FNORS.

Source : *L'état de santé de la population en France*, Drees, 2017.

Exceptions à cette moindre mortalité générale francilienne, le sida et les hépatites virales causent cependant plus de décès qu'en moyenne dans l'Hexagone.

Notons que les déclarations de décès établies sans précision de la cause du décès ou avec des « symptômes mal définis » sont nettement plus fréquentes à Paris (14 % des décès) et en Seine-Saint-Denis (19 %) que dans l'Hexagone (9 %). La sous-déclaration de la cause du décès peut être liée à un souci de discrétion du médecin. « *La mention d'une cirrhose, d'une intoxication alcoolique ou d'une mort violente telle qu'un suicide peut être moins fréquemment rapportée pour les catégories favorisées du fait de la connotation péjorative de ce type de cause de mortalité* », expliquent Eric Jouglu *et al.*²¹, ce qui pourrait constituer un facteur d'explication pour la capitale, mais non pour la Seine-Saint-Denis. Ces forts taux décès de cause inconnue, à Paris et en Seine-Saint-Denis, relèvent probablement d'abord d'habitudes locales des médecins sans biais social évident. Il reste que cette particularité locale limite la portée des comparaisons entre départements.

Qui meurt « avant l'âge » ?

Analyser la mortalité et les causes de décès comme nous venons de le faire nous donne des indications sur l'état de santé au moment du décès, c'est-à-dire, dans une immense majorité des cas, de personnes à un âge très avancé. Leurs décès reflètent les conditions de travail et de vie que ces personnes ont eu tout au long de leur vie, et non les conditions de vie du moment dans les territoires. La « mortalité prématurée » (le taux de décès avant 65 ans dans la population) mesure mieux la mortalité qui « aurait pu être évitée », ou encore l'état de santé ou les accidents

²¹ *Les inégalités sociales de santé*, dir. Annette Leclerc, Didier Fassin, Hélène Grandjean, Monique Kaminski, Thierry Lang, La Découverte, 2000.

qui surviennent au sein des personnes actuellement d'âge actif. On sait que ces décès prématurés sont particulièrement marqués par les inégalités sociales. Dans ces données (tableau n° 3 en annexe), on a annulé l'effet de la structure d'âge différente d'un département à l'autre, ce qui rend les taux mieux comparables d'un département à l'autre.

Comme ailleurs en France, les décès avant 65 ans concernent plus souvent des hommes que des femmes (voir annexe 3). **Le taux comparatif de mortalité prématurée est inférieur en Île-de-France à la moyenne métropolitaine.** Si les Franciliens avaient la même pyramide des âges que l'ensemble des Français, on compterait 205 décès avant 65 ans pour 100 000 habitants en Île-de-France chez les hommes, contre 244 en métropole. Chez les femmes, la mortalité prématurée est de 106 décès sur 100 000 habitants en Île-de-France, également en dessous de la moyenne nationale de 116 pour 100 000. **On meurt moins souvent du cancer ou de maladies cardiovasculaire dans la région avant 65 ans.** C'est vrai en particulier pour les hommes (-15 % par rapport à la moyenne nationale), un peu moins pour les femmes (-5 % seulement pour les décès avant 65 ans dus aux cancers). Cet avantage aux Franciliens de moins de 65 ans est **encore plus sensible pour les décès causés par des accidents (- 40 % environ) ou par l'alcoolisme (- 31 % pour les hommes, - 36 % pour les femmes).**

La moyenne régionale cache cependant des inégalités au sein de la région. Chez les hommes, la mortalité prématurée la plus faible est observée dans les Yvelines avec 185 décès pour 100 000 habitants et à Paris et dans le Val de Marne, avec 200 décès. Elle est proche de la moyenne régionale en Essonne. Elle est supérieure à la moyenne régionale en Seine-et-Marne et dans le Val d'Oise et se rapproche de la moyenne nationale (tout en restant inférieure) en Seine-Saint-Denis (236). Chez les femmes, qui meurent en général moins souvent avant 65 ans que les hommes, le classement départemental est similaire. Notons toutefois que la **mortalité prématurée des femmes avant 65 ans est plus forte en Seine-Saint-Denis que la moyenne hexagonale.**

Derrière les disparités spatiales, des inégalités sociales ?

Le nombre de décès prématurés dus à des accidents est significativement plus faible à Paris et dans les trois départements de la petite couronne, sans relation avec les écarts de niveau de vie. Les accidents y sont probablement moins fréquents par rapport au nombre d'habitants (moins équipés en automobiles) et moins mortels grâce à la proximité des services d'urgence.

La mortalité par suicide, très inférieure à la moyenne nationale (- 51 % pour les hommes, - 38 % pour les femmes) montre les mêmes écarts entre départements : elle est significativement plus faible à Paris et dans la petite couronne que dans les départements de la grande couronne. Une partie des disparités régionales relève probablement des inégalités sociales de santé. « *Toutefois, avant de les commenter il convient de rappeler qu'une partie des écarts observés entre les taux régionaux de suicide sont liés à la sous-estimation considérable du nombre de suicides dans certaines régions comme l'Île-de-France* », rappelle l'Observatoire national du suicide dans son rapport 2016.

Pour les autres causes de décès en revanche, les disparités infrarégionales semblent directement corrélées aux inégalités sociales. De façon générale, la hiérarchie départementale des espérances de vie et des taux de mortalité reflète les inégalités sociales constatées dans la région.

Les maladies chroniques des Franciliens

Les affections de longue durée (ALD) les plus fréquentes en Île-de-France sont **les mêmes qu'à l'échelle nationale** : diabète, cancers, maladies psychiatriques et maladies cardiaques. La fréquence de ces maladies chroniques est d'abord affectée par l'âge de la population. Il est donc logique qu'elles soient plus fréquentes dans les populations les plus âgées de la région. En taux

dans la population, on les trouve plus souvent dans les bordures rurales peu denses du Sud-Est de la Seine-et-Marne, ainsi qu'au Sud de l'Essonne et dans le nord des Yvelines. En nombre de personnes concernées, ces pathologies restent cependant massivement localisées dans les communes beaucoup plus denses du centre de l'agglomération.

Moins de maladies cardiaques

À âge et sexe comparables, certaines maladies chroniques sont cependant moins fréquentes en région parisienne que sur l'ensemble du territoire national. L'écart est très net pour les maladies de l'appareil circulatoire. Ainsi, le risque de souffrir d'une maladie cardiaque grave est de 17 % plus faible (annexe 5) en Île-de-France. Il est également de 12 % plus faible pour les maladies psychiatriques ou de 13 % plus faibles pour les affections neurologiques et musculaires. D'autres maladies présentent une prévalence similaire à celle observée en France métropolitaine. C'est le cas du diabète, de la maladie d'Alzheimer, des AVC invalidants, du cancer du sein.

On est certes moins souvent malade du cœur en région parisienne qu'ailleurs en France, mais le nombre de personnes diagnostiquées chaque année pour une maladie cardiaque grave a doublé en dix ans, entre 2007 et 2017. Il atteint 28 000 nouveaux cas en 2017. Le nombre de nouveaux cas de diabète a progressé de 41 % sur la même période, avec 45 000 nouveaux cas en 2017).

Plusieurs pathologies sont plus fréquentes : hypertension artérielle, insuffisance respiratoire, cirrhoses, VIH/sida

À l'inverse, certaines maladies sont plus fréquentes en Île-de-France, à âge et sexe comparables. Ainsi, la prise en charge de malades pour **hypertension artérielle** sévère est de 13 % plus fréquente en Île-de-France que sur l'ensemble du territoire national. Si les décès attribués aux maladies respiratoires ne dépassent pas la fréquence nationale, **l'insuffisance respiratoire chronique grave** en revanche est recensée 27 % plus souvent en Île-de-France que dans la France entière.

Les parisiens, moins malades que les banlieusards

Paris affiche pour toutes ces ALD des prévalences plus faibles que sa couronne, à âge et sexe comparables. Dans le cas de la maladie d'Alzheimer et les cancers, les parisiens sont également moins touchés à âge comparable que dans les autres départements de la région, à l'exception de la Seine-Saint-Denis où la fréquence de ces pathologies est légèrement inférieure, très probablement parce qu'elles sont moins souvent diagnostiquées ou que d'autres affections de longue durée ont été prises en charge à un âge plus précoce.

La Seine-Saint-Denis, département le plus pauvre d'Île-de-France, connaît pour la plupart des autres maladies chroniques la prévalence la plus forte de la région, souvent supérieure à la moyenne nationale. C'est le cas pour les AVC invalidants, les cirrhoses (1,6 fois plus fréquentes qu'en moyenne nationale), le sida (moins fréquent qu'à Paris, mais tout de même 2,5 fois plus fréquent que dans l'Hexagone), le diabète, l'hypertension artérielle (1,7 fois) et l'insuffisance respiratoire chronique grave (1,6 fois).

On a vu que l'insuffisance respiratoire est plus fréquente dans la région. De façon générale, la bronchite chronique obstructive est attribuée à trois causes : le tabac, la qualité de l'air ou l'environnement professionnel. Les disparités régionales s'expliquent probablement à la fois par des raisons sociales et environnementales. On peut faire l'hypothèse que la pollution de l'air contribue à cette prévalence régionale plus élevée qu'en moyenne métropolitaine. Et que les inégalités sociales (tabagisme, pollution au travail) sont plus fréquents dans les catégories

populaires) aggravent encore les risques de maladie dans les départements les moins aisés (Seine-Saint-Denis, Seine-et-Marne, Val d'Oise). Le risque de souffrir d'une insuffisance respiratoire chronique grave est ainsi 1,6 fois plus élevé en Seine-Saint-Denis que dans la capitale ou dans la métropole, à âge comparable.

Une maladie fait doublement exception : le sida

Premièrement, **la région parisienne reste beaucoup plus touchée que les autres par l'épidémie.** Les nouveaux diagnostics d'infection au VIH (24,4 découvertes de séropositivité pour 100 000 habitants en 2014 selon la Drees), restent 4 fois plus nombreux que dans les autres régions métropolitaines. La part de patients pris en charge en affection longue durée pour infection par le VIH est 3 fois plus élevée dans la population régionale que dans l'Hexagone.

Deuxièmement, la capitale est 1,7 fois plus touchée que la banlieue. Chez les hommes, c'est à Paris que l'épidémie est de loin la plus forte (1 352 ALD pour 100 000 habitants), tout particulièrement dans les quatre premiers arrondissements, où résident des hommes homosexuels de classe sociale aisée. Ailleurs dans la région, les communes les plus touchées sont celles où l'épidémie s'est particulièrement répandue dans les années 1980 parmi les usagers de drogues injectables (Saint-Ouen, Bagnolet, Clichy). Pour les femmes, les territoires les plus touchés sont les plus défavorisés socialement avec une part de migrants d'Afrique subsaharienne plus élevée : la Seine-Saint-Denis (476 ALD pour 100 000 dans le département, en taux corrigé de l'âge et du sexe, pour 192 en moyenne en métropole) et au niveau communal, les villes de Courcouronnes, Grigny, Stains, Bobigny.

Annexes

Bibliographie

Chiffres-clés de la région Île-de-France 2019, IAU, Insee, CCI.

Rapport sur les inégalités en France, édition 2019, dir. Anne Brunner et Louis Maurin, Observatoire des inégalités, 2019.

« L'Île-de-France, championne des inégalités », Mariette Sagot, Observatoire des inégalités, 2019.

L'état du mal-logement en France 2019, éclairage régional Île-de-France, Fondation Abbé Pierre, 2019.

Les conditions de logement en Île-de-France, édition 2017 d'après l'enquête logement 2013, IAU Île-de-France.

Les inégalités sociales de santé, dir. Annette Leclerc, Didier Fassin, Hélène Grandjean, Monique Kaminski, Thierry Lang, La Découverte, 2000.

Réduire les inégalités sociales de santé, dir. Nadine Haschar-Noé, Thierry Lang, Presses universitaires du Midi, 2018.

La France des régions 2016, approche socio-sanitaire, FNORS, 2016.

L'état de santé de la population en France, rapport 2017, Drees et Santé publique France, 2017.

Questions de santé. Appui au plan régional de santé 2018-2022, ORS Île-de-France, 2017.

Mieux connaître la santé des Franciliens et ses déterminants dans les nouveaux territoires de coordination. Profil des 22 territoires du projet régional de santé d'Île-de-France. ORS Île-de-France, 2019.

Les déserts médicaux en Île-de-France, de quoi parle-t-on ? Quels leviers d'action ? Catherine Mangeney, ORS Île-de-France, 2018.

Accessibilité aux médecins généralistes en Île-de-France, Catherine Mangeney, Véronique Lucas-Gabrielli, Irdes et ORS Île-de-France, 2019.

« Qualité et accès aux soins : que pensent les Français de leurs médecins ? », *Etudes & Résultats*, Drees, 2017.

« Santé et territoires en épidémiologie sociale », Pierre Chauvin, *Les inégalités sociales de santé, Actes du séminaire de recherche de la Drees 2015-2016*.

« Médecine de classe », Maud Gelly et Laure Pitty, *Quand la santé décuple les inégalités, Revue Agone*, n° 58, 2016.

Les refus de soins discriminatoires liés à l'origine et à la vulnérabilité économique, Défenseur des Droits, 2019.

Comment lire les indicateurs socio-économiques ?

- **Annexe 1 – Niveau de vie médian**
Le niveau de vie est le revenu après impôts et prestations sociales pour une personne seule. Le niveau de vie médian est celui qui partage une population en deux : la moitié gagne plus, l'autre gagne moins. Lecture : la moitié des Franciliens gagne plus de 23 444 euros par an après impôts et prestations sociales, pour une personne seule, en 2016.
- **Annexe 1 – Part d'allocataires dépendants**
Cet indicateur rapporte le nombre d'allocataires CAF dont les revenus (après prestations CAF mais avant impôts) sont constitués à plus de 50 % par des prestations versées par les CAF au nombre total des allocataires du territoire. Lecture : en décembre 2017, 33,9 % des allocataires CAF de Paris Seine-Saint-Denis de ressources composées pour plus de moitié par des prestations versées par la CAF. C'est 1,4 fois plus que dans l'ensemble de la métropole.

Comment lire les indicateurs de mortalité ?

- **Annexe 1 – Taux moyen de mortalité**
Le taux de mortalité moyen est le même indicateur, mais calculé sur une période de quatre ans (2014-2018). Il est ici rapporté à 1 000 habitants.
- **Annexe 4 - Taux brut de mortalité**
Le taux brut de mortalité rapporte le nombre de décès à la population une année donnée (2016). Pour éviter de manipuler des décimales, le nombre de décès est rapporté à 100 000 habitants.
- **Tableau 3 – Taux comparatifs de mortalité prématurée**
La mortalité prématurée comprend les décès avant l'âge de 65 ans. On mesure ainsi

Pour comparer des territoires, on annule l'effet de la structure par âge, qui diffère selon les zones (plus une population est âgée, plus on y constate mécaniquement de décès). Les taux « comparatifs » calculent ainsi ce que serait la mortalité de chaque département et de l'Île-de-France, si ces territoires avaient la même pyramide des âges que la population française, en pondérant les taux de mortalité par âge observés dans la sous-population par la structure d'âge de la population de référence.
- **Annexe 5 – Indice comparatif de mortalité par suicide**
On rapporte le nombre de suicides effectifs (sur une période de 4 ans, 2013-2015) dans la population à ce qu'il serait si le taux de suicide par âge était le même que dans la population française. Lecture : pour 100 suicides « attendus » si les suicides étaient aussi fréquents chez les hommes vivant à Paris qu'en France métropolitaine, on en constate en réalité 23 sur la période 2013-2015.

Comment lire les indicateurs de pathologies ?

- **Annexe 5 – prévalence des affections longue durée (ALD)**
Pour rendre les données comparables entre départements et avec la moyenne nationale, la fréquence des maladies des départements (sur l'année 2017) est recalculée « comme si » le département avait la même composition en termes d'âge et de sexe que la population métropolitaine. On a donc retiré l'effet de l'âge et du sexe.

Ces données sont exprimées en prévalence pour 100 000 personnes (tableau n° 6). Lecture : si la population de Paris avait la même structure d'âge et de sexe que la population nationale, 607 habitants de Paris sur 100 000 souffriraient d'un accident vasculaire invalidant reconnu comme affection de longue par l'Assurance maladie, contre 737 personnes en moyenne métropolitaine.

Pour faciliter les comparaisons, ces prévalences sont aussi exprimées en indices (Annexe 5, tableau suivant) où la base 100 correspond aux valeurs observées en moyenne en France métropolitaine. Un indice supérieur à 100 indique que la maladie est plus fréquente que ce qu'elle « devrait être », par rapport à la moyenne nationale. Lecture : pour 100 cas d'insuffisance respiratoire chronique grave en France, on observe 149,9 cas de cette maladie parmi les habitants de Seine-et-Marne, à âge et sexe comparables, selon les affections longue durée enregistrées par l'Assurance maladie.

- **Annexe 6 – Incidence des affections longue durée (ALD)**

L'incidence d'une ALD est le nombre de nouveaux cas admis par l'Assurance maladie chaque année. L'évolution de ce chiffre dépend de plusieurs facteurs : on cherche à mesurer la survenue de la maladie, mais les données dépendent également des demandes de patients et de médecins pour que la pathologie soit prise en charge à 100 % par l'Assurance maladie. Elle peut aussi ponctuellement être affectée par les évolutions réglementaires qui régissent les admissions en ALD par l'Assurance maladie. Il faut donc être prudent dans l'analyse : l'évolution de l'incidence des ALD ne peut être interprétée seulement une évolution du nombre de nouvelles personnes diagnostiquées pour ces maladies. Lecture : en 2017 : 4 830 personnes vivant à Paris ont été pris en charge pour la première fois en ALD par l'Assurance maladie en raison d'une insuffisance cardiaque grave.

Sommaire des tableaux

Annexe 1 : principaux éléments de contexte démographique et socio-économique en Île-de-France et dans ses départements

Annexe 2 : espérances de vie comparées en 2018

Annexe 3 : taux comparatifs de mortalité prématurée

Annexe 4 : taux bruts de décès par cause et par département (pour 100 000 hab.)

Annexe 4 bis : Mortalité par suicide

Annexe 5 : Comparaison des prévalences des affections longue durée dans les départements franciliens

Annexe 6 : incidence des affections longue durée dans les départements franciliens

Tableau 8 : Offres de biens et de services médicaux

Sommaire des cartes

Densité d'habitants en 2016

Densité de médecins généralistes en 2018

Les médecins généralistes de 60 ans et plus en 2018

Evolution des médecins généralistes entre 2013 et 2018

Consommation moyenne d'actes généralistes par bénéficiaire en 2018

Densité d'infirmiers en 2018

Les infirmiers de 60 ans et plus en 2018

Evolution des infirmiers entre 2013 et 2018

Consommation moyenne d'actes infirmiers par bénéficiaire en 2018

Densité de dentistes en 2018

Les dentistes de 60 ans et plus en 2018

Evolution des dentistes entre 2013 et 2018

Consommation moyenne d'actes dentistes par bénéficiaire en 2018

Densité de kinésithérapeutes en 2018

Les kinésithérapeutes de 60 ans et plus en 2018

Evolution des kinésithérapeutes entre 2013 et 2018

Consommation moyenne d'actes kiné par bénéficiaire en 2018

Densité d'ophtalmologues en 2018

Densité de pharmacies en 2018

Nombre de centres de santé en 2018

Les bénéficiaires d'une pension d'invalidité en 2018

Les assurés sociaux en ALD en 2018

Les assurés bénéficiaires de la CMU-C en 2018

Les assurés bénéficiaires de l'ACS en 2018

Les assurés sociaux sans médecin traitant en 2018

Les assurés sociaux sans consultation d'un généraliste depuis 2 ans en 2018

MUTUALITÉ FRANÇAISE ÎLE-DE-FRANCE

255 rue de Vaugirard - TSA 61685 - 75901 Paris Cedex 15

Tél. : 01 55 07 57 70 - Fax : 01 55 07 90 00

communication@mutualite-idf.fr

www.iledefrance.mutualite.fr

Régie par le Code de la mutualité - SIREN N° 518 102 975

Agréée Entreprise solidaire d'utilité sociale



**MUTUALITÉ
FRANÇAISE**
ÎLE-DE-FRANCE