

CRÉDOC

CAHIER DE RECHERCHE

LES INÉGALITÉS TERRITORIALES DE SANTÉ UNE APPROCHE DES BASSINS DE SANTÉ

Bruno MARESCA
Sara HELMI

■ DÉCEMBRE 2014



Synthèse

Les inégalités de santé rendent compte de plusieurs phénomènes qui s'imbriquent, et dont les causes sont à rechercher dans les effets cumulatifs des inégalités sociales, liés à la faiblesse des revenus, à la précarité des conditions de vie, au déficit éducatif, notamment. Aux inégalités proprement sociales se surajoutent les disparités associées aux contextes résidentiels et aux conditions de logement.

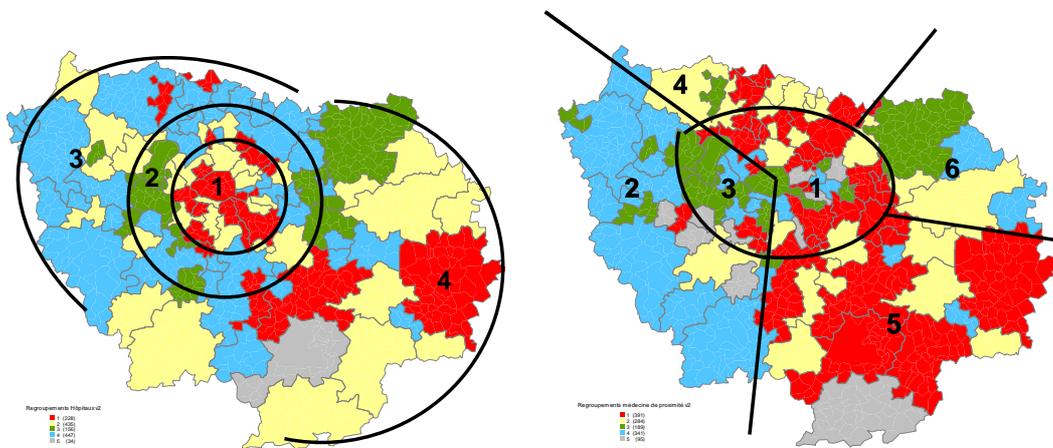
Les constats faisant état de différences significatives selon ces différents facteurs ne sont pas nécessairement pensés par les professionnels du soin comme des inégalités. Peut-on considérer que les différences d'espérance de vie relèvent de causalités sociales plutôt que physiologiques ? La question n'est pas souvent posée en ces termes. Et il en va de même pour la prévalence des maladies graves et pour la durée de survie après les traitements. Pour pouvoir parler d'inégalités dans l'incidence des affections de longue durée notamment, dans le déroulement des soins, et au regard de la mortalité qui en résulte, il faut pouvoir s'appuyer sur une connaissance des mécanismes à l'œuvre, et faire apparaître qu'il existe, toutes choses égales par ailleurs, des **inégalités de chances** et des **inégalités de traitement** imputables à des déterminants socio-économiques (profil social des malades) d'une part et organisationnels (système de santé) d'autre part.

Pour parler précisément des inégalités territoriales, il faut pouvoir isoler la composante des disparités entre populations qui ressortent précisément de différences existant dans l'organisation du soin, de la prévention, de l'accompagnement des patients. La notion des « inégalités territoriales » au sens strict correspond à cette dimension proprement organisationnelle. Elle est le plus souvent occultée, et les disparités d'état de santé associées à des contextes résidentiels (quartiers d'habitat social, zones rurales...) sont généralement présentées comme des « inégalités sociales ». Pourtant, en dépit de l'excellence de son système de santé, la France est l'un des pays d'Europe où les inégalités de santé, appréciées notamment sur les indicateurs de mortalité, sont les plus importantes. Les écarts observés entre régions sont également très accusés et ces inégalités se sont accrues au cours des dix dernières années.

Les inégalités territoriales de santé sont donc un enjeu d'importance pour le système de santé français qui, en raison de son approche universaliste (toute personne franchissant un établissement de soin est logiquement traitée de la même manière) est peu ouvert à l'exploration de cette dimension. Pour promouvoir une approche de la prévention et des soins plus attentive aux inégalités, l'Union européenne prône d'aller dans le sens de « l'universalisme proportionné », qui prend en compte les disparités dans les besoins de santé en fonction des milieux d'origine des malades.

Prendre la mesure de la spatialisation des états de santé moyens et de la prévalence des affections majeures, est un passage obligé pour mener des politiques ciblées de santé publique. A travers une analyse des consommations de soins et de l'activité des professionnels de santé, dans le territoire de la région Ile de France, on explore la question des territoires de santé. Cette approche se fonde sur les bassins de vie, de manière à donner à l'analyse des inégalités territoriales, un cadre aussi fin et pertinent que possible. Les données utilisées sont celles du Sniiram mises à disposition par la CNAM dans le cadre d'un travail exploratoire réalisé pour donner à l'ARS Ile de France des pistes de réflexion sur le découpage des territoires de santé.

**Typologie des bassins de santé
selon soins hospitaliers (à gauche) et soins de proximité (à droite)**



Sommaire

1. Introduction.....	5
2. La question des inégalités de santé.....	12
2.1. Les différentes dimensions des inégalités sociales et territoriales de santé	12
2.2. Perspective internationale sur les inégalités de santé.....	18
2.3. Système de mesure et d'analyse.....	21
2.4. Enjeux actuels sur les inégalités de santé	23
3. Le contexte de l'Île-de-France	26
3.1. Le contexte régional	26
3.2. Les disparités de santé en Île-de-France	28
3.3. Un cadre pour l'analyse des disparités territoriales de santé en Île-de-France.....	39
4. L'exploration des bassins de santé dans le territoire francilien.....	41
4.1. L'approche par les bassins de vie	41
4.2. Des bassins de santé fondés sur le niveau de besoin et les taux d'équipement	48
4.3. Une approche des bassins de santé par la consommation globale de soins	52
4.4. Une approche des bassins de santé dissociant consommation de proximité et consommation hospitalière.....	57
5. Vers un découpage synthétique du territoire régional.....	62
6. ANNEXES.....	67
7. BIBLIOGRAPHIE.....	72
Bibliographie générale	72
Publications du CREDOC sur les inégalités de santé sociale et la consommation médicale.....	74

1. Introduction

Les enjeux en matière santé publique sont aujourd'hui très nombreux, et couvrent un large spectre de préoccupations. Enjeux d'ordre économique à commencer par le financement et l'efficacité du système d'assurance maladie, enjeux sanitaires à l'instar de la gestion des risques d'épidémies et de la promotion de la prévention, enjeux scientifiques comme le développement de la recherche clinique et des nouvelles molécules, et enjeux sociaux à travers l'éducation à la santé, la prise en charge des handicaps et des situations de précarité. Les inégalités de santé sont un des thèmes transversaux qui interpellent les politiques sanitaires dans tous les registres, depuis la prévalence des maladies jusqu'à l'accès aux soins et les conditions de vie après les traitements. Le développement des affections de longue durée, caractéristiques de la transition sanitaire¹, donne à la question des inégalités de santé une importance redoublée. Cette question touche à la fois l'aspect social et épidémiologique de la santé publique. Pour traiter des inégalités de santé, il faut bien distinguer deux niveaux :

- les **inégalités sociales** qui renvoient aux disparités des niveaux de santé selon l'appartenance à une catégorie sociale ;
- les **inégalités territoriales** qui renvoient aux différences de niveau de santé selon les territoires.

Les inégalités de santé ont font, à travers le monde, l'objet de nombreux travaux. Ce registre d'inégalités s'observe dans de nombreux pays, riches ou en développement. En Europe, la France fait partie des pays qui enregistrent les écarts les plus grands entre différentes catégories sociales entre le bas et le haut de l'échelle sociale. Principalement en raison d'un écart très accusé, aussi bien pour l'espérance de vie que pour la prévalence des maladies, entre la catégorie des ouvriers et celle des cadres.

Le constat répété, et très documenté, de ces écarts aboutit à cette notion essentielle qu'est le *gradient social de santé*.

Le lien entre l'état de santé d'une personne et sa position sur l'échelle des catégories sociales n'est pas simplement le constat d'un écart significatif entre les personnes pauvres ou en situation de précarité et les catégories favorisées. Les épidémiologistes établissent des écarts significatifs entre toutes les catégories de l'échelle sociale. Les inégalités sociales de santé suivent une distribution qui, au sein de la population, est socialement stratifiée de manière progressive. Le niveau de mortalité, et

¹ Cf. définition ci dessous

de morbidité d'une catégorie sont meilleurs que ceux de la catégorie immédiatement inférieure et moins bon que ceux de la classe immédiatement supérieure. Ce phénomène est décrit par le terme de "gradient social" des inégalités de santé ².

L'autre dimension qui donne à ces questions une grande acuité est celle de la « transition sanitaire », processus qui, dans les pays en développement, prolonge la transition démographique et qui, dans les pays développés, est accéléré par le vieillissement de la population. L'Ined donne de la transition sanitaire la définition suivante : « Période de baisse de la mortalité qui accompagne la transition démographique. Elle s'accompagne d'une amélioration de l'hygiène, de l'alimentation et de l'organisation des services de santé et d'une transformation des causes de décès, les maladies infectieuses disparaissant progressivement au profit des maladies chroniques et dégénératives et des accidents. »

Or la transition sanitaire parce qu'elle est liée au vieillissement de la population et aux maladies chroniques a un rapport direct avec la question territoriale. La localisation des personnes âgées dans le territoire, l'importance grandissante des soins de suite et des lieux de prise en charge de longue durée, induit de fait des inégalités qui résultent du très inégal niveau d'équipement et d'accessibilité des établissements de soins selon les territoires du pays.

La question des inégalités territoriales de santé est bien de deux natures. Elle amalgame la question des écarts d'états de santé imputables aux différences de peuplement selon les territoires (pyramide des âges et catégories sociales) et la question des disparités dans l'offre de santé, imputables à des différences dans les taux d'équipement et les contraintes d'accès, résultant en particulier de l'éloignement géographique, mais également des délais de prise en charge (rendez-vous médicaux, hospitalisation, interventions et soins).

1. Quelques repères

Les inégalités sociales de santé en France sont aujourd'hui assez élevées en comparaison des autres pays occidentaux, notamment en Europe. En France, bien que le taux de morbidité soit en diminution, les écarts selon la catégorie sociale sont sensiblement plus élevés que dans les autres pays à niveau de vie élevé. Elles ont pointé dans le rapport publié par l'INSEE en 2011.

- L'écart entre l'espérance de vie à 35 ans d'un ouvrier et d'un cadre qui était de 6 ans entre 1976 et 1984 pour les hommes, est passé de 6,3 ans entre 2000 et 2008.

² Marie-José Moquet, « Inégalités sociales de santé : des déterminants multiples », La santé de l'homme, n° 397, septembre-octobre 2008.

- Un ouvrier à 35 ans entre 2000 et 2008 a une espérance de vie inférieure de 2,1 ans par rapport à l'espérance de vie moyenne des hommes, tandis que les cadres ont une espérance de vie à 35 ans supérieurs de 4,4 ans par rapport à la moyenne.
- En 2000, l'écart de mortalité en France entre travailleur manuel et travailleur non-manuel est le plus élevé d'Europe (1,8 selon IRDES, 2005) (IRDES, 2005)
- Entre 2000 et 2008 19% des personnes décédées âgées de 35 à 64 ans étaient des ouvriers, 18% des employés et 9% des cadres. (INSEE)

Ainsi, non seulement les inégalités sociales n'ont pas été réduites depuis les années 70, mais elles sont restées en France nettement plus marquées que dans les autres pays d'Europe. Cette situation peu enviable s'explique essentiellement par la mortalité plus importante des travailleurs manuels, tant en raison de leurs conditions de vie, qui conduit à une surconsommation d'alcool et de tabac, qu'en raison des conditions de travail qui les exposent à beaucoup plus de risques que la moyenne des Français.

2. Les travaux du CREDOC sur la santé

Le CREDOC s'intéresse depuis l'origine à la manière dont les Français consomment les soins de santé. L'année de sa création (1954), le Centre a publié un rapport proposant une méthode permettant d'estimer le coût des soins médicaux restant à la charge des individus après remboursement par le système de protection sociale. Après avoir dressé la liste des institutions et des professions dont les recettes proviennent de la surveillance ou de l'amélioration de la santé des individus, ils ont estimé le marché économique du secteur de la santé. En 1958, George Rosh a tenté d'identifier la structure de l'évolution de la consommation médicale des Français à partir de l'enquête budget de famille, que le CREDOC a coréalisée avec l'INSEE en 1956. En 1961, Monique Chasserant a réalisé une enquête sur les dépenses médicales des Français en collaboration avec l'INSEE, et avec le soutien de la CNAMT. Il s'agissait d'une enquête réalisée auprès de 4 000 ménages en 6 vagues, inspirée par des enquêtes similaires réalisées à l'étranger. Elle avait pour caractéristique de prendre en considération les actes non remboursés et les personnes non assurées. En 1965, Arié Mizrahi a proposé un modèle permettant d'identifier les facteurs explicatifs des consommations médicales. Ces travaux révélaient l'importance de la taille du ménage et de la CSP du chef de famille. Mais aussi l'importance du caractère urbain du territoire sur le niveau de consommation médicale des individus.

Dès les premiers travaux du Crédoc, la question des inégalités sociales et territoriales de santé se trouve explorée.

Vingt ans plus tard, le CRÉDOC a publié un cahier de recherche sur la médecine libérale (1982), éclairant l'activité libérale en la mettant en relation avec le niveau de consommation et la densité médicale. Sur la base d'une comparaison interdépartementale, l'étude tend à montrer que l'offre détermine en partie la consommation : une élévation de 10% de la densité départementale conduit à une augmentation de 3% du nombre de généralistes, et de 6% du nombre de spécialistes (résultat d'une forte corrélation entre densité de population et densité médicale). Dans un article publié en 1974, intitulé « Aspects géographiques du système des soins médicaux », le CRÉDOC a mis en perspective la base des données de la CNAMT avec des données individuelles, et a procédé à des comparaisons internationales. L'objectif était de mettre en évidence les liens entre la santé et d'autres aspects de la vie sociale, et de discuter les relations entre consommation médicale et morbidité. Cette étude compare les départements à partir de leur production de soins (moyens en personnel, en matériel, en quantités et en montants monétaires), et identifie les situations inquiétantes à corriger. Si la densité de médecins ne semble pas influencer l'évolution de la consommation, l'offre semble déterminante sur les niveaux de consommation de soins. Globalement, on constate une forte corrélation entre la densité de généralistes, de spécialistes et des autres professions paramédicales. Plus récemment, le CRÉDOC a étudié la perception de la santé par les individus et les inégalités sociales de santé perçues, plus particulièrement selon la notion d'équité développée par John Rawls, fréquemment convoquée pour discuter les inégalités de santé.

Ces études révèlent le déficit de représentation des inégalités de santé dans la société, cette « non question » perdurant au fil du temps. On doit s'étonner, par exemple, que les différences d'espérances de vie selon les catégories sociales ne se soient pas constituées en question sociale majeure. Par ailleurs, les études évoquées insistent sur l'importance de la relation entre le lieu de naissance et la morbidité. Elles défendent l'idée qu'il faut approfondir les diagnostics sur les disparités de santé en allant plus fin qu'aux échelles départementale ou régionale, pour descendre au niveau territorial des bassins de vie. Cette question est, quarante ans plus tard, toujours d'actualité. Dans une étude plus récente, réalisée pour l'ARS Ile de France, le Credoc a raisonné les échelles pertinentes des territoires de santé, sur la base des consommations de santé des habitants et de la densité de l'offre de soins de ville (médecins et paramédicaux)³.

S'agissant des inégalités sociales, les enjeux sur les inégalités ont, de longue date, été évalués principalement par des indicateurs de niveau de santé en fonction des catégories sociales. Et dès l'origine, on a considéré que la question des niveaux de santé plus bas que la moyenne, était le fait

³ Contribution à la définition des territoires de santé en Ile de France. Étude réalisée à la demande de l'ARS Ile de France, Bruno MARESCA, Gilles CAPON, Anne DUJIN, Adeline MICHARD, CREDOC, Août 2010

des fractions précaires de la société. Ceci a conduit à faire de la thématique des inégalités de santé une question sociale appelant avant tout des réponses sociales. La CMU, au tournant des années 2000, est la réponse apportée la plus forte, et elle emblématique de cette grille de lecture. Pourtant au regard de l'importance des inégalités de santé entre catégories sociales et entre territoires, elle n'est qu'une réponse très partielle. L'ampleur du non recours à la CMU, de l'ordre de 50%, de la part des ayant droits potentiels, comme les refus de prise en charge des patients CMU de la part de certains médecins attestent de l'imperfection de ce dispositif pour répondre aux inégalités de santé.

De plus, le monde professionnel de la santé pense généralement que la réponse « très sociale », via la CMU, résout la question des disparités qui sont imputable à des situations sociales de pauvreté et de précarité. Hors de cette marge sociale, les professionnels de santé imputent les différences entre individus principalement à des effets comportementaux, des conduites à risque.

La grille de lecture des conduites à risque induit des réponses qui passent principalement par la diffusion de l'éducation à la santé, le développement des équipements et des innovations médicales, et l'accessibilité des soins. Mais le travers de cette approche c'est qu'elle s'adresse à tous, indistinctement, au nom de l'égalité de traitement qui prévaut dans la médecine publique comme dans l'éducation ou ailleurs. Alors qu'il faudrait des réponses différenciées, adaptées chacune à une catégorie cible. C'est ce que font aujourd'hui la Grande Bretagne et les pays du Nord de l'Europe en introduisant dans leur programme d'actions sur la santé, la perspective de l'universalisme proportionné. On trouve dans Réduction des inégalités de santé dans l'Union européenne (Union européenne, 2011) une présentation des programmes britanniques en faveur d'approches de la santé publique mobilisant des réponses « proportionnées ».

La France accède difficilement à la prise de conscience que son approche universaliste qui cultive une égalité formelle, reproductrice voire amplificatrice des inégalités sociales, a besoin d'être repensée. C'est pourtant ce que font les Britanniques depuis plusieurs années. Cette approche postule que tout citoyen doit avoir accès à une offre de soin "universelle", mais avec des modalités ou une intensité dans l'offre qui varient selon les besoins et les situations propres aux différentes catégories de la population. Cela sur l'ensemble du spectre social, et pas seulement pour les populations défavorisées. Il s'agit d'éliminer, pour les personnes des groupes sociaux connus pour présenter plus de risques, les barrières d'accès qui nuisent à l'utilisation de l'offre de santé.

3. *Objectifs du cahier de recherche*

Comment mettre en évidence l'existence d'inégalités territoriales de santé ? Si de prime abord cette tâche semble facilement réalisable, elle fait face à de nombreux obstacles. L'observation d'une carte indiquant les taux de mortalité par commune permet d'apprécier les différences qui existent géographiquement. Toutefois, cette simple observation rend compte avant tout des différences démographiques (pyramide des âges) et socio-économiques des populations résidentes. Il faut donc pouvoir raisonner « toutes choses égales par ailleurs », ce qui exige de contrôler un nombre d'indicateurs importants (taille de la population, structure de l'âge, niveau de diplôme, de revenus ...).

Par ailleurs, il faut pouvoir prendre en compte l'offre de soin et estimer son accessibilité sur le territoire. Mesurer l'offre médicale oblige à disposer de différents indicateurs sur l'activité médicale du territoire : les établissements, leur capacité et spécialités, le nombre de médecins, généralistes et spécialistes, d'infirmiers, et d'autres professions paramédicales ... Il faut également estimer leur accessibilité et leur degré d'activité. Une fois ces paramètres de l'offre établis, il faut une méthode pour évaluer le niveau de santé de la population. Il existe différents indicateurs classiquement utilisés, tels que le taux de mortalité prématuré (décès avant 65 ans), le nombre de personne déclarant une pathologie de longue durée (diabète, cancer, maladie cardio-vasculaire ...) qui sont de gros consommateurs de soins, ou encore le taux de mortalité par pathologie permettant d'évaluer les durées de survie après la maladie.

Pour explorer la question des inégalités territoriales sur la base de ces différents indicateurs, la question de l'échelle d'analyse est essentielle.

La plupart des études citées sont menées sur une base départementale ou régionale, et pour les plus fines au niveau cantonal. Nombre d'auteurs ont pointés les limites de travaux effectués à des échelles aussi larges, car ils agglomèrent des situations trop différentes sur des territoires trop peu homogènes socialement, économiquement. Sans compter la question des flux de soins qui viennent de l'extérieur du territoire (non résidents venant se soigner) ou bien en sortent (résidents se soignant ailleurs). Des études ont permis d'identifier des bassins d'activité plus à même de rendre compte des habitudes de consommation des individus, notamment les bassins d'activité ou d'hospitalisation. Toutefois, délimiter l'enveloppe spatiale des déplacements de soin des individus demeure une tâche compliquée.

Dans ce travail, on aborde les inégalités de santé à l'échelle la plus fine possible, la commune, compte tenu des données à disposition (base SNIIRAM ou Système national d'informations interrégimes de l'assurance maladie). L'exploitation du fichier SNIIRAM permet de connaître le

volume de soin, en actes et en dépenses de chaque bénéficiaire de remboursement. Les informations descriptives concernant l'individu sont toutefois limitées : âge, sexe, commune de résidence. L'exploitation du fichier SNIIRAM permet d'obtenir à l'échelle communale le volume de consommation de soin par âge et par sexe, le taux Affection Longue Durée (ALD) par pathologie et le taux de bénéficiaire de la couverture CMUC. Par ailleurs, il est possible de mobiliser l'exploitation du CépiDc, fichier de l'INSERM qui répertorie les certificats médicaux, en donnant la cause du décès (si elle est connue), l'âge, le sexe, la profession et l'adresse de l'individu. Enfin, l'INSEE renseigne le taux d'établissements hospitaliers par commune et le nombre de praticiens médicaux et paramédicaux.

La perspective de ce travail est de confronter la consommation et l'offre de soin par territoire, tout en raisonnant à l'échelle des bassins de vie (regroupement de communes) établi, dans le cas de la région Ile de France, par l'Institut d'aménagement et d'urbanisme (IAU). La notion de bassin de vie permet de raisonner sur des espaces résidentiels suffisamment cohérents pour être jugés pertinents compte tenu de l'échelle de fonctionnement des services de santé.

De nombreuses études estiment que l'offre détermine largement la consommation. Le but de ce travail est de comparer des « bassins de santé » de manière à établir l'importance des disparités d'usage des services de santé. Ce travail a été suscité par l'ARS d'Ile de France⁴ pour raisonner une carte de territoires de santé en Ile de France susceptible d'éclairer des modes de consommation différenciés selon les caractéristiques propres aux différents territoires et à leurs populations. Ce travail cherche à établir une typologie de bassins de santé, différenciés par comparaison avec une référence, la consommation moyenne de soin des Franciliens. Cette typologie a pour ambition de fournir un cadre pour la description et la mesure des inégalités territoriales de santé, et de mettre cette approche au service des politiques publiques visant à réduire les disparités de niveau de santé la population.

Le périmètre pris pour exemple est l'ensemble des communes de la région Île-de-France. L'approche développée n'est que le premier pas, – définir un cadre spatial de référence à l'échelle des bassins de vie –, d'un travail plus ambitieux consistant à évaluer les inégalités relatives à la consommation de soins, en fonction de différents indicateurs, d'offre et de demande.

On gardera en tête, enfin, que le territoire francilien étant très spécifique, la transposition de l'approche suppose une réflexion prenant en compte les spécificités d'organisation spatiales propre à chaque région.

⁴ Ce cahier de recherche réutilise les analyses des données du SNIIRAM, année 2008, développées dans le cadre d'une étude « Contribution à la définition des territoires de santé en Ile de France », étude réalisée à la demande de l'ARS Ile de France, Bruno MARESCA, Gilles CAPON, Anne DUJIN, Adeline MICHARD, Credoc, Août 2010

2. La question des inégalités de santé

2.1. Les différentes dimensions des inégalités sociales et territoriales de santé

Les inégalités sociales de santé sont abordées dans la littérature académique ainsi que dans de très nombreux rapports de santé publique (Haut Comité de la Santé Publique, Juin 1998) (Haut Conseil de la Santé Publique, 2013) (Institut de Veille Sanitaire, 2007). Définir le concept d'inégalités sociales de santé est loin d'être un exercice aisé. Les inégalités sociales de santé renvoient aux différences de niveau de santé entre les individus qui ne sont pas le fait de facteurs biologiques individuels. Il existe un nombre important de modèles qui cherchent à identifier ces facteurs et leurs poids pour expliquer les inégalités sociales de santé. La majorité des modèles mettent en avant l'importance de l'appartenance à une catégorie sociale ; d'autres insistent plus particulièrement sur l'imprégnation pendant l'enfance ; d'autres encore mettent en avant le critère culturel, notamment pour les populations issues de l'immigration. Le gradient social de santé rend compte du fait que plus le niveau des conditions de vie d'un individu est aisé, meilleur est son niveau de santé, et vice versa.

Les Inégalités sociales de santé sont analysées par beaucoup (Aïach, 2010) comme un processus cumulatif : elles seraient l'un des effets des causes premières des inégalités sociales, à savoir les écarts de revenu (Baudelot, 2010). La catégorie sociale amalgame le niveau de revenus, d'éducation et d'insertion sociale, toutes ces dimensions ayant un impact sur la santé. Cette dimension d'insertion sociale- ou de capital social- est essentielle : plus un individu se considère lui-même, parce qu'il est intégré via son activité professionnelle ou dans sa communauté, plus il prend soin de sa santé, parce sa capacité et son désir de maîtriser sa vie sont plus grands. Mais les dynamiques personnelles ne sont pas les seuls mécanismes à l'œuvre.

Un autre facteur pouvant expliquer les inégalités sociales de santé tient à l'organisation et au fonctionnement du système d'assurance maladie. En effet, le système de santé joue en partie un rôle de pare-feu contre les inégalités. Il peut, néanmoins, contribuer malgré lui aux inégalités sociales de santé, notamment du fait des effets de seuils, et parce que tous les Français n'ont pas la même couverture de santé. Même si la France dispose d'une couverture universelle avec la CMU (Couverture Maladie Universelle), une partie de la population ne bénéficie pas de complémentaire santé ou dispose uniquement d'une couverture à minima, ou de mauvaise qualité, et ces individus sont plus à même de renoncer aux soins. Il existe une forte corrélation entre le système de protection et d'assurance maladie, et le niveau des inégalités sociales de santé [rapport OCDE].

La conscience individuelle et sociale des inégalités sociales de santé se forge progressivement dans une période récente : il faut pour cela, que ce soit reconnu comme un objet socialement valorisé et considéré. Autrement dit, il faut qu'il existe un consensus qui conduise à souhaiter être en bonne plutôt qu'en mauvaise santé (Aïach, 2010). Cette dynamique est renforcée par la prise de conscience des différences de conditions sociales, qu'il s'agisse des degrés d'aisance matérielle (conditions de vie, capacité à se soigner), mais aussi des environnements résidentiels (services, qualité de l'air,...). On peut s'étonner que la réduction des écarts d'espérance de vie entre catégories sociales n'ait pas été jusque-là constituée en enjeu national, et imposée comme objectif à l'ensemble des politiques de santé et des politiques sociales. Là où les politiques éducatives ont été organisées de manière à répondre à un objectif d'homogénéisation de la possession des savoirs, consistant à emmener 80% d'une classe d'âge au bac⁵.

4. Définir le niveau de santé pour mesure des inégalités

Il est possible d'adopter différents types d'approches pour identifier les inégalités sociales de santé. Il faut sélectionner des indicateurs permettant de faire apparaître une discrimination entre individus selon des critères sociaux, qui les conduit à une détérioration différentielle de leur état de santé. Il faut donc être déjà en mesure de se référer à ce qu'est un individu en bonne santé - exercice complexe -, chaque individu ayant une perception qui lui est propre de son état de santé. Même à niveau égal de revenus et d'éducation, les individus n'ont pas tous le même degré de concernement pour leur « santé », c'est à dire le même niveau de préoccupation et d'exigence pour se maintenir en bonne santé. Le choix des indicateurs pour mesurer le niveau de santé des individus est difficile à arbitrer. Par exemple, la consommation de soins ne présume pas nécessairement de l'état de santé d'un individu : une personne en bonne santé peut avoir une forte consommation de soins (visites médicales fréquentes, consommation régulière de médicaments) tandis qu'une personne en mauvaise santé peut avoir une faible consommation de soin. Le taux de mortalité ou d'affection par pathologie d'une population renvoie principalement aux pathologies lourdes et prend plus difficilement en compte des états malades mal définis et des symptômes plus bénins pouvant néanmoins détériorer le niveau de santé dans la durée.

Pour mesurer les inégalités sociales de santé, il faut être capable d'estimer la différence entre les différents groupes de la population. On peut choisir de déterminer une population de « référence » représentative du niveau de santé moyen, ou bien se référer à un idéal de niveau de santé, pour être

⁵ Objectif lancé par le ministre de l'éducation nationale, Jean-Pierre Chevènement, en 1985, et devenu réalité au début des années 2010, soit une génération plus tard.

en mesure de quantifier des écarts observables sur la base d'une série d'indicateurs. C'est sur la base de la population ou de la définition de référence retenues que l'on peut apprécier concrètement des écarts au niveau de santé moyen ou idéal.

5. *Consommation de soin et niveau de santé*

L'une de ces approches est celle de la consommation de soins. Le comportement des individus face au système de soin a été étudié de longue date (cf. introduction), par de nombreux chercheurs de différentes disciplines (Aïach, 2010) (Sauvy, Vol 3_. Novembre-Décembre 1983). Ce comportement dépend de causalités collectives et de préférences individuelles qui peuvent être le fruit des dispositions sociales. La consommation médicale est, en effet, fortement différenciée selon les catégories sociales (Haut Comité de la Santé Publique, Juin 1998). Plus une personne dispose d'un niveau de vie et d'éducation élevé, plus elle a tendance à se rendre chez des spécialistes. Au contraire, une personne plus modeste se rend plus fréquemment chez son généraliste et recourt plus souvent aux services des urgences.

6. *Consommation de soin et inégalités territoriales*

Dès les années 1970, Guy Desplanques a posé la question des inégalités spatiales. Il s'est demandé si la consommation médicale n'était pas différenciée selon les territoires, et même propre à certains types de territoire. Cette différence pourrait être à la fois le résultat de l'offre de santé disponible et des caractéristiques de la population résidente (ou de passage dans les régions à forte population saisonnière). Guy Desplanques soutient ainsi que les inégalités entre catégories sociales sont plus importantes dans les grandes agglomérations que dans les petites villes ou dans le milieu rural. Pour lui, on explique la différence de mortalité entre l'urbain et le rural essentiellement par les différences de structures de la population, et notamment en raison de la sur représentation des catégories sociales supérieures dans les grandes agglomérations. En revanche, entre les catégories sociales, la différence de mortalité sera plus grande dans les agglomérations que dans le milieu rural. Autrement dit, le niveau de santé entre un cadre et un ouvrier résidant dans une agglomération est plus éloigné l'un de l'autre, qu'entre un cadre et un ouvrier habitant la campagne. Pour expliquer ce phénomène, Guy Desplanques a émis l'hypothèse de modes de vie différenciés. Mais cette analyse qui valait dans les années 70 aurait besoin d'être réactualisée. Les modes de vie se sont nivelés, mais les écarts d'espérance de vie entre ouvriers et cadres n'ont pas régressés. Les espaces périurbains et ruraux éloignés des centres urbains ont-ils encore un niveau de consommation spécifique, du fait de l'accessibilité aux soins. Cette question mérite posée.

7. *Offre, accès au soin et inégalité de santé*

L'offre des professionnels et des établissements de santé détermine aussi largement la consommation de santé. D'un côté, les territoires ne possédant pas le même niveau d'offre, des inégalités territoriales de santé peuvent résulter des disparités dans les taux d'équipement. Cependant, les différences dans les caractéristiques socio-économiques de la population peuvent souvent suffire à expliquer les écarts de niveau de consommation de soin ou encore les taux de mortalité ou la prévalence des affections de longue durée. Il faut donc développer des concepts permettant d'évaluer l'offre de soins et son impact sur la consommation médicale de la population en gardant en tête les différences sociales des différentes populations.

Définir l'accessibilité aux soins dont dispose une population n'est pas simple. La conception française veut « qu'à besoin égal on doit recevoir un traitement équivalent ». Même si cette composante de l'accessibilité est importante, on admet souvent que le plus significatif dans la consommation effective relève de déterminants individuels (Aïach, 2010). Tous les individus n'ont pas les mêmes capacités de mobilité, n'ont pas la même propension à investir dans leur santé. De plus, il faut pouvoir raisonner sur des échelles de territoires pertinents pour pouvoir les comparer. Quelle est la bonne échelle pour observer la consommation médicale des individus ? Les politiques de santé publiques sont en France décidées au niveau national tout en ayant une application territoriale organisée aujourd'hui par les agences régionales de santé (ARS). Depuis le début des années 1990, on assiste en France à une forte régionalisation de la gestion du système de soin. Mais les échelles régionales et même départementales sont trop grossières pour rendre compte des inégalités dans le réseau de soins de proximité. Il faut donc descendre à une échelle plus petite, les agglomérations, les cantons ou les communes. Néanmoins, les bassins de vie des populations ne s'ajustent pas sur les frontières administratives qui permettent de mobiliser les statistiques disponibles. Le périmètre de vie des individus est dynamique alors que les délimitations administratives sont figées dans le temps. Ainsi, estimer les infrastructures et le personnel d'une part accessibles à chaque individu en fonction de ses propres dispositions à se déplacer et d'autre part l'offre présente sur son territoire d'action devient un véritable casse-tête. La DRESS a cependant proposé un modèle dynamique permettant de définir des territoires de consommation de soin pour les individus.

8. *La notion de soin équivalent*

Après avoir éclairé la notion d'accès aux soins, il convient de s'arrêter sur celle d' « équivalence de soin » qui sous-tend la question suivante : comment évaluer si les soins sont équivalents ? En effet, un même acte médical peut-être réalisé dans différentes structures, par différents personnels et selon différentes méthodes. Comment estimer si la qualité et le coût sont équivalents ? De plus, l'équivalence se situe-t-elle dans les moyens ou dans la finalité ? Les services médicaux ne disposeront jamais de la même productivité à moyens équivalents. De plus, il existe un biais de sélection sur les patients : si la population est dans un état de santé plus mauvais, à moyens équivalents, il reste difficile d'obtenir le même résultat final. Or, mettre en place des moyens différenciés en France selon le territoire et la population remet en cause le principe d'égalité. Notons par ailleurs, que de nombreux programmes de santé publiques discriminent déjà *de facto* les territoires ou les individus (les ateliers santé ville et la CMU par exemple.)

9. *Estimation du niveau de santé au travers de la perception des individus*

Une dernière approche pour estimer les inégalités sociales de santé est celle de la perception des individus de leur niveau de santé. Par exemple, en France, l'IRDES publie une enquête tous les 2 ans sur le renoncement aux soins. L'étude publiée en 2012 montre que 15,4% des adultes ont renoncé à un soin pour des raisons financières durant les 12 derniers mois écoulés. Si on introduit le gradient de santé, on observe que les 20% et, plus encore, les 5% les plus aisés ne sont que très faiblement concernés par le renoncement aux soins. Les soins dentaires arrivent en première position suivis des soins optiques au sein des soins auxquels les individus renoncent le plus. Plus que les revenus, l'origine sociale et la précarité ont une grande influence sur le renoncement aux soins.

L'IRDES identifie 9 dimensions de la précarité, groupables en 3 grandes sphères :

-les expériences de difficultés au cours de la vie (difficultés financières, périodes d'inactivités, isolement, absence de logement fixe) ;

- la situation présente ou récente (difficulté financière, périodes d'inactivité, temps partiel subi, chômage ou impossibilité de partir en vacances) ;

- la perception du futur proche (crainte de perdre son emploi ou de se retrouver sans soutien).

Le renoncement au soin est cumulatif : moins on se soigne, plus son état de santé se dégrade et plus il faut arbitrer entre différents soins donc plus on renonce à une partie des soins.

10. Approche historique

Pour rendre compte au mieux du concept d'inégalité sociale de santé, il convient de prendre du recul historiquement et géographiquement. Les inégalités sociales de santé étaient déjà très élevées au 19^e siècle entre régions et entre classes sociales (Tonnelier, 1992). Les inégalités géographiques sont à replacer dans une histoire et dans la durée afin de les appréhender au mieux. Les inégalités au niveau de la répartition du corps soignant sur le territoire est sensiblement similaire entre 1866 et dans les années 1990 ; par exemple, l'Île-de-France est surreprésentée. La question de l'échelle à laquelle on observe le nombre et la répartition de médecin est importante. Il existe plusieurs oppositions : entre régions, urbain/rural et au sein d'une même ville. À Paris dès le 19^e siècle, les inégalités urbaines sont notables on compte un médecin pour 3 000 habitants dans le 19^e arrondissement et un pour 5100 dans le 20^e alors que le 8^e bénéficie d'un médecin pour 175 habitants (Tonnelier, 1992). Ainsi, il serait vain de rechercher un âge d'or de l'égalité territoriale en matière de santé publique.

11. Approche géographique du système de soin

En France, le système de soin est bâti sur une vision territoriale hiérarchisée (Centre Hospitalier Universitaire, Hôpital local ...) ; de fait, les infrastructures hospitalières structurent l'espace comme le faisaient autrefois les industries, elles sont par exemple un des employeurs les plus importants. Pourtant, la mise en perspective avec le territoire a été très tardive. Ainsi, les inégalités sociales de santé peuvent s'inscrire dans la perspective plus large des inégalités régionales, comme dans le domaine économique (Vigneron, 1999). Derrière cette vision hiérarchisée des infrastructures se cache l'idée de l'égalité dans l'accès aux soins : tout le monde doit avoir accès à la même qualité et quantité de soin. Dans les pays anglo-saxons au contraire, on cherche l'inégalité optimale ou acceptable. Richard Wilkinson montre que plus une société est inégalitaire, moins le niveau global de santé de la population est bon. Ainsi il serait économiquement légitime de lutter contre les inégalités sociales de santé (Wilkinson, 2005).

12. Prévention et inégalité de santé

Saisir le concept d'inégalité sociale et territoriale est une première étape qui doit amener à se poser les bonnes questions en matière de politiques publiques de santé pour y remédier. La prévention est souvent citée comme l'élément-clef, cette étape cristallise le plus les inégalités entre les individus. La prévention qui peut être définie comme étant « la stratégie ou l'ensemble des actions visant à faire disparaître ou à atténuer l'impact joué par des facteurs de risque pour la santé

notamment vis-à-vis de ceux pour qui sont les plus exposés à ces facteurs de risques. » (Référence)

En effet, il vaut mieux empêcher le développement de la maladie plutôt que d'avoir à traiter ses conséquences. Toutefois, accentuer les programmes de prévention améliore le niveau de santé générale de la population mais cette amélioration ne se distribue pas équitablement entre les différentes catégories sociales : ce sont déjà les personnes les mieux informées et les plus proches du système de soin qui vont en profiter comme le souligne Pierre Aïch qui donne l'exemple des maladies cardiovasculaires dont le nombre a dramatiquement chuté mais qui continuent de toucher plus souvent les catégories les plus défavorisées de la population. Il va plus loin en parlant d'effet Saint-Matthieu : tout ce qui bénéficie aux personnes les plus favorisées le fait dans des proportions impressionnantes et, *a contrario* tout ce qui joue contre les plus défavorisés le fait dans de grandes proportions. Dans le même temps, lutter contre les inégalités sociales ne signifie pas diminuer le niveau de santé des plus favorisés pour réduire l'écart, le but est bien d'améliorer le niveau général de la population, de permettre aux catégories les plus défavorisées de rattraper l'écart qui existe avec le reste de la population. Selon le gradient social, tout le monde a intérêt que le niveau de santé de la population soit le meilleur possible.

2.2.Perspective internationale sur les inégalités de santé

1. *Comparaison du développement du concept d'inégalités de santé dans les pays occidentaux*

Le concept d'inégalité sociale de santé ne s'est pas uniformément développé dans les différents pays. Le Royaume-Uni a été précurseur dans l'identification et la recherche sur les inégalités sociales de santé. Dès 1967, la *Whitehall Study* met en évidence les différences de niveau de santé en lien avec la classe sociale d'appartenance. La *Whitehall Study* a observé l'état de santé de 18 000 hommes britanniques. Les résultats ont révélé que les individus occupant les postes les plus bas dans la hiérarchie étaient plus à même de mourir prématurément. En France, si l'INSEE ou le CRÉDOC commencent à développer des études similaires à la même époque, on s'y intéresse et y réfléchit plus en termes de consommation de soins qu'en termes de bon ou mauvais état de santé. Guy Desplanques est l'un des premiers, dans les années 1970, à se pencher de manière systématique sur la question. Il se base notamment sur une cohorte d'hommes suivis depuis 1954 par l'INSEE et observe leur cause de mortalité en fonction de leur niveau de diplôme, de leur profession, de leur revenu et de leur situation familiale.

Cependant, c'est le *Black Report* publié sous la direction de Sir Douglas par le ministère de la santé britannique en 1980 qui fait école. Alors que les systèmes de protection sociale sont à leur apogée,

ce rapport fait état de leur défaillance pour l'une des premières fois. Malgré les dispositifs en place pour favoriser l'accès aux soins du plus grand nombre, l'état de santé de la population dépend toujours de leur appartenance à une classe sociale alors même que le système de *Welfare* est construit de manière à prévenir cette situation. Le *Black Report* et ses conclusions ont fait écho bien au-delà des frontières du Royaume-Uni : il est encore aujourd'hui cité comme la référence en matière de définition des inégalités sociales de santé. En 1986, la Charte d'Ottawa redéfinit le concept de santé et introduit des objectifs visant à améliorer les conditions de santé des populations notamment « combler les écarts de niveau de santé dans les sociétés et à lutter contre les inégalités dues aux règles pratiques de ces sociétés ». En 1998, le *Acheson Report* arrivera aux mêmes conclusions que celles énoncées dans le *Black Report*. Plus récemment le *Marmot Review* publié en 2010 arrive à des conclusions plus que similaires. Le *Marmot Review* met en avant la nécessité de garantir un revenu minimum décent afin de permettre à tous les ménages de disposer des ressources financières nécessaires pour « investir » dans sa santé. Il pose que seulement 20% de l'état de santé est le fait de causes biologiques et que les 80% restants sont le résultat de facteurs économiques et sociaux. Le rapport de 2010 met également en avant la nécessité de localiser l'action publique pour qu'elle soit au plus près des besoins de la population.

Les différences entre la France et le Royaume-Uni sont également le résultat de variables externes au problème des inégalités sociales de santé. La France s'intéresse aux inégalités sociales de santé depuis les années 1990 et a produit un nombre conséquent de rapports notamment via ses agences sanitaires ou ses différentes instances de santé publique comme le Haut Conseil de la santé ou encore le Haut Comité de la santé. En 2009, le Haut Conseil de la Santé Publique a publié un rapport s'intitulant « Indicateurs de suivi de l'évolution des inégalités sociales de santé dans les systèmes d'information en santé ». Petit à petit, en France les inégalités sociales de santé ne sont plus simplement abordées comme un thème à part entière mais intégrées aux différentes politiques publiques de santé publique comme pour l'obésité ou le plan cancer . Si les objectifs et les résultats tardent à venir, il reste que le problème est clairement posé lors de la mise en place des politiques de santé publiques. La France et le Royaume-Uni ont des systèmes de santé organisés de matières très différentes. Au Royaume-Uni, le médecin généraliste joue un rôle plus large qu'en France dans le parcours de soin du patient, le recours à l'hôpital et aux urgences doit demeurer exceptionnel. Chaque patient est rattaché à un médecin de secteur qui l'oriente en fonction de ses besoins vers d'autres confrères. En France, le recours aux urgences et à l'hôpital reste fortement ancré dans les mœurs, ce qui a pour conséquence d'aboutir à des prises en charge plus tardives donc plus grave pour le patient et plus coûteuse pour la collectivité. Il faut donc travailler sur l'offre de premier recours pas seulement en termes de quantité présente sur un territoire mais aussi d'accessibilité et

d'utilisation par la frange la plus exclue du système social, celle qui est la plus à même de se rendre aux urgences.

L'Allemagne et la Belgique demeurent en retrait comme le souligne Pierre Aïach notamment du fait du fédéralisme. En effet, il n'existe pas de statistiques au niveau national, ce qui constitue un frein à l'étude des inégalités sociales de santé, notamment en termes de comparaison entre différentes zones géographiques.

En revanche, au Canada et notamment au Québec, l'Institut de Santé Publique travaille sur cet enjeu en collaboration avec d'autres centres de recherches et les services gouvernementaux et génère une production importante en matière de recherche sur le sujet. Ces travaux tendent à rapprocher la lutte contre les inégalités sociales de santé des initiatives pour venir à bout de la pauvreté. Il reste que c'est un thème largement abordé au sein de la recherche et par les politiques publiques au niveau national comme au niveau des provinces.

Aux États-Unis, la mise à l'agenda des inégalités en matière de santé s'est posée beaucoup plus récemment. Elles sont en outre plus pensées en termes de disparités que d'inégalités et sont étudiées sous un prisme économétrique. Les États-Unis accusent le même retard que la France pour la création de bases de données statistiques. Toutefois, on note que les recherches sur les facteurs causant les inégalités face à la santé sont fortement orientées sur des critères ethniques. À l'instar de W.Dressler qui souligne le nombre impressionnant d'articles d'épidémiologie sociale faisant référence à l'ethnie et plus précisément aux afro-américains. Par ailleurs, ce dernier propose un modèle explicatif des inégalités sociales de santé basé sur l'ethnie. Il soutient qu'il existe de fortes inégalités entre le niveau de santé des afro-américains et celui des américains de type européen.

2. Les inégalités de santé vues par les organisations internationales

Au niveau des instances internationales, l'OCDE dispose d'un pôle santé publiant régulièrement des rapports sur les inégalités en santé entre pays et au sein des pays, notamment sur la performance des systèmes de santé de chaque pays membre, des dépenses de santé et du financement des systèmes de santé. *In fine*, l'OCDE met à disposition une base statistique de données conséquente permettant de mesurer les inégalités sociales de santé.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit les inégalités sociales de santé comme les injustices évitables en matière de santé entre différents groupes de personne ou pays. Ces inégalités sont le fruit d'autres inégalités ; ce sont les conditions socio-économiques des individus qui terminent leur chance d'être malade. Le rapport annuel de l'OMS permet d'apprécier les inégalités

de santé entre pays puisqu'il reprend de nombreuses données dont l'espérance de vie, la mortalité infantile, la mortalité prématurée, la mortalité par pathologie, le nombre d'année de vie perdues et la couverture par les systèmes d'assurance maladie.

L'Union Européenne s'intéresse également à cette question. Elle a lancé un programme pour lutter contre les inégalités sociales de santé en 1992. Suite à l'approbation du Traité de Maastricht, la santé publique est en effet devenue une des compétences de l'Union Européenne.

2.3. Système de mesure et d'analyse

Mesurer les inégalités sociales et territoriales de santé nécessite d'abriter entre des définitions plurielles et des outils encore imparfaits. A cela s'ajoute la prise en compte des inégalités dans l'espace et dans le temps. Cependant, il existe de nombreux moyens et modèles permettant de mesurer les inégalités sociales de santé.

Pour rendre compte des inégalités sociales de santé entre groupes sociaux ou entre territoires, les indicateurs le plus souvent retenus sont :

- le taux de mortalité prématurée ;
- le taux de mortalité évitable ;
- le taux de mortalité évitable imputable au système de soin ;
- les taux d'affectation de pathologies.

Ils permettent en effet de comparer l'état de santé de plusieurs groupes d'individus.

Pour expliquer l'état de santé, de nombreux critères peuvent à leur tour être retenus. Les trois critères les plus souvent utilisés sont :

- le revenu ;
- l'éducation ;
- l'emploi.

Ces indicateurs sont supposés rendre compte au mieux des conditions de vie et de travail. Cependant, il ne suffit pas de choisir des indicateurs, encore faut-il les traduire par des valeurs chiffrées

En termes de revenu, le revenu disponible, c'est-à-dire le revenu net moins les impôts soit la part du revenu pouvant être consacrée à la consommation ou à l'épargne, est le plus souvent retenu.

L'emploi est mesuré à travers le statut d'une part (CDI, CDD, stage, chômage) et l'emploi actuel ou le dernier emploi occupé d'autre part. Il est également envisageable de s'intéresser à l'emploi occupé le plus longtemps (Haut Conseil de la Santé Publique, 2013). C'est l'emploi du chef de famille qui est généralement retenu lorsqu'une personne n'est pas active ou pour les enfants.

L'éducation serait a priori la variable la plus facile à saisir parce qu'elle évolue peu au cours de la vie et qu'elle est facilement mesurable. Toutefois, l'éducation devient problématique quand on veut comparer les ISS entre générations puisque le niveau d'étude a tendance à s'accroître pour chaque génération. Un même niveau d'étude n'est donc pas équivalent entre générations.

L'approche géographique a pour principe d'approximer la situation individuelle au regard du profil du territoire. On définit un indice de déprivation sociale qui est un indice socio-écologique du niveau socio-économique d'une population à un moment donné. Cela permet donc d'approcher la situation de la population et de leur milieu de vie en l'absence de données individuelles. Le désavantage de cette méthode résulte de sa non-prise en compte des données de mobilité. Cet indice a été en premier lieu théorisé par Townsend en 1987. Pour définir la situation d'un quartier, il prend en compte : le taux de chômage, la part de ménages sans véhicule, la part de logements surpeuplés, la part de ménages locataires de son logement et la part de ménage dont le « père de famille » appartient à une catégorie sociale défavorisée. Il existe différents indices certains prennent également en compte : le niveau de scolarité de la mère, le taux de familles monoparentales ou encore le revenu.

La dernière méthode est celle qui permet de croiser les données individuelles avec les données administratives ; cette méthode qui est la plus pertinente demeure très peu utilisée du fait du manque de données ou plus précisément du manque de coordination des différentes bases administratives. En France, il n'existe pas de base de données unique permettant de mettre en évidence des inégalités territoriales de santé.. Le SNIIRAM, la base de données de l'assurance maladie, est la plus importante. Elle regroupe le PMSI qui traite tous les actes et les informations relatives à l'hôpital plus la consommation de médecine de ville et de médicament. L'inconvénient de cette base de données résulte de la pauvreté des données socioéconomiques : seuls le sexe, l'âge, la commune de résidence et le droit à la couverture maladie universelle ou non sont indiqués.

Quels que soient les indicateurs utilisés, il faut choisir une méthode de calcul. Il est ainsi possible de :

- mesurer de manière absolue les inégalités, en définissant un seuil ou une limite, les inégalités étant établies en référence à ces critères ; l'inconvénient de cette méthode c'est qu'elle ne permet pas d'évaluer les écarts entre les moyennes propres aux différentes catégories de population ;
- calculer les inégalités de manière relative, en comparant des niveaux de santé des individus, en les classifiant par groupe et en mesurant les écarts entre eux. La limite de cette méthode c'est qu'elle ne renseigne pas sur le niveau de santé moyen de l'ensemble de la population.

De nombreuses études traitant de la complexité de l'évaluation des inégalités de santé, déplorent le fait que les politiques publiques ne s'interrogent pas sur les implications des options méthodologiques et ne réalisent donc pas que de ce choix de méthode peut résulter des résultats divergents (Sam Harper, 2010). Les limites en matière de production de données, de méthode et la diversité propre à chaque pays rendent l'évaluation et la comparaison internationale ardue.

2.4.Enjeux actuels sur les inégalités de santé

La situation actuelle autour des inégalités sociales de santé amène à se poser une série de questions. Lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé apparaît nécessaire pour améliorer le niveau de vie de l'ensemble de la population dans un contexte de contrainte budgétaire. Améliorer et affiner la connaissance des facteurs permettant d'expliquer les inégalités sociales et territoriales de santé permettrait notamment de cibler les politiques publiques sur les individus ou/et sur les territoires en situation critique.

Il s'agit également de questionner le fonctionnement du système de soins : les inégalités entre groupes sociaux pourraient être le révélateur d'une inadéquation de ce système à certains types de populations. Ainsi, les individus les plus défavorisés conservent l'habitude de se rendre en urgence à l'hôpital alors même que les dernières réformes du système de soin tendent à éloigner l'hôpital de ce rôle.

Ces dernières années, le thème de soin de premier recours s'est largement développé dans la littérature, qui le définit comme l'ensemble des professionnels et des services de médecine de ville auxquels les individus sont supposés faire appel dans la vie quotidienne (médecin généraliste, kinésithérapeute, dentiste, infirmier, pharmaciens ...)

Sous un angle territorial, il est important d'arriver à déterminer à quel point l'offre affecte la consommation pour pouvoir moduler les politiques publiques à cet égard, notamment en termes de centralisation ou de déconcentration des infrastructures de santé.

Les questions d'inégalités territoriales et sociales de santé sont donc à la fois liées aux méthodes de mesure et de comparaison mais aussi à la mise en place de bonnes pratiques dans les politiques publiques de lutte contre ces inégalités. De plus, l'évaluation des politiques publiques en matière de soin et de prévention soulèvent également de nombreuses interrogations.

Égalité et Équité en matière de santé.

Le débat pour la définition et la distinction de ces deux notions n'est pas nouveau et n'est pas spécifique au domaine de la santé. L'OMS définit l'équité en santé par « l'absence de différences systématiques et potentiellement remédiables dans un ou plusieurs aspects de la santé parmi la population qui sont définis socialement économiquement et géographiquement ».

Plusieurs écoles s'opposent, pour certains toutes les inégalités ne sont pas injustes et effacer les différences ne mènent pas à l'égalité. Il faut se concentrer sur certains types d'inégalités celles qui sont inéquitables. Par exemple, les individus n'accordent pas la même valeur à la santé, ne disposent pas des mêmes préférences. À cette vision, il pourrait être objecté que nos différences de préférences et en matière de santé notamment dépendent d'autres attributs qui ne sont pas distribués équitablement à la naissance, John Rawls soulignait « personne ne mérite ses capacités naturelles supérieures ».

Une autre question est de savoir à quel niveau se situe les inégalités : dans l'accès aux soins ; en termes de niveau de vie ; dans la consommation de soin ? Raisonne-t-on au niveau des moyens mis à disposition ou des résultats des soins ?

En France, l'égalité en termes d'accès aux soins est un élément central. Au Royaume-Uni, on juge qu'il existe un niveau d'inégalité acceptable. Le niveau d'inégalité acceptable dépendrait du système de protection sociale.

L'égalité serait en concurrence avec les notions d'équité et d'efficacité ; l'égalité en effet n'est pas toujours souhaitable. Des individus égaux dans leur mauvais état de santé ne constituent par exemple pas une situation optimale ou souhaitable.

Enfin, la méthode utilisée pour mesurer les inégalités pose de nombreuses questions comme,, simplement, choisir entre une mesure relative ou absolue. Estimer de manière relative les inégalités au sein d'une population ne donne aucun renseignement sur le niveau de santé global de la

population : la totalité de la population peut-être en bonne ou en mauvaise santé. Au contraire, évaluer les inégalités de manière absolue ne permet pas de se rendre compte des différentes situations au sein d'une même population (Asada, 2010). De plus, lorsque les écarts diminuent, il est important de regarder en faveur ou défaveur de quelle catégorie, ce n'est parce que les écarts entre différentes catégories s'amenuisent que le niveau de santé évolue dans le bon sens.

3. Le contexte de l'Île-de-France

3.1. Le contexte régional

La région Île-de-France occupe une place particulière dans la hiérarchie territoriale française. Le territoire francilien est exceptionnel d'une part par l'importance de sa population : 11,9 millions d'habitants, 19% de la population française soit 1/5^e de la population totale française (IAURIF, 2012) ; d'autre part par la concentration de cette population, la densité est particulièrement élevée : en moyenne 988 habitants/km² (IAURIF, 2012). En plus de concentrer une part conséquente de la population française, la région produit 29% de la richesse nationale et présente la particularité d'être le premier bassin d'emplois et à main d'œuvre hautement qualifiée d'Europe (IAURIF, 2012). En conséquence, la structure de sa population est particulière, la catégorie des cadres et professions intellectuelles supérieures est surreprésentée par rapport au reste du territoire : 37% des cadres français résident en Île-de-France et les CSP + représentent 28,5% de la population francilienne contre 12,9% de la population provinciale (IAURIF, 2012). Enfin, la population francilienne est une des plus jeunes de France : 56% des franciliens sont âgés de moins de 40 ans contre 49% en Province. La région francilienne bénéficie d'un taux de fécondité élevé, en 2009, le taux de fécondité est de 15,4% contre 12,6% en moyenne nationale (région Île-de-France).

Cette description attractive de la région masque de fortes disparités entre les territoires et les populations. Plus d'un tiers des ménages parisiens se compose d'une seule personne (36%), 14% des ménages vivent en dessous du seuil de pauvreté (ARS, 2011). Si le chômage ne touche que 8,3% des franciliens (3^e trimestre 2011, INSEE) ; les ouvriers représentent 20,4% des chômeurs et les employés 31,5% contre moitié moins pour les professions intermédiaires et les cadres, respectivement 14,3% et 14,6% en 2010 (IAURIF, 2012). Au niveau territorial, la richesse, les emplois et les populations ne sont pas répartis équitablement. D'après l'INSEE au 4^e trimestre de 2012, le taux de chômage en Île-de-France était de 8,8%, si on l'observe à l'échelle départementale, par ordre croissant : Yvelines : 7,2%, Essonne : 7,5%, Hauts-de-Seine : 7,8%, Seine-et-Marne : 8%, Paris : 8,5%, Val-de-Marne : 8,6%, Val-d'Oise : 10,2%, Seine-Saint-Denis : 12,7%. Si on prend de bout en bout les deux extrêmes, il existe un écart de 5,5 point entre le taux de chômage dans les Yvelines et en Seine-Saint-Denis. Si on s'intéresse aux revenus, les écarts sont encore plus impressionnants. D'après l'INSEE, en 2011, le pourcentage moyen de ménages fiscaux imposés en Île-de-France est de 71,5%, en Seine-Saint-Denis seuls 59,2% de ménages fiscaux sont imposés soit plus de 12 points de différences avec la moyenne régionale. Le revenu médian en Île-de-France est de 22 243 €, le revenu médian en Seine-Saint-Denis

est de 15 234€ soit 7 000 € inférieur à la moyenne régionale et 10 600 € de moins que le revenu médian le plus élevé des départements franciliens celui des Yvelines qui est d'un montant de 25 830 €. L'observation de la distribution territoriale des aides de protections sociales confirme le diagnostic d'inégalité qu'on peut déduire des chiffres du chômage et des disparités de revenus. L'exemple du taux de couverture de la CMU par département est une bonne illustration (INSEE, 2012). Par ordre croissant : Yvelines (3,8%), Hauts-de-Seine (4,2%), Seine-et-Marne (4,3%), Essonne (4,8%), Paris (6,2%), Val-de-Marne (,3%), Val-d'Oise (6,7%), Seine-Saint-Denis (12%), le taux de couverture la région Île-de-France est de 6,1%. Le taux de couverture de la CMU de la Seine-Saint-Denis est deux fois supérieur au taux de couverture de la CMU sur l'ensemble du territoire francilien et est plus de 4 fois supérieure à celui des Yvelines. Enfin, si on s'intéresse au taux de pauvreté, les chiffres de 2011 de l'INSEE mesurant la pauvreté à 60% du revenu médian, par ordre croissant : Yvelines 8,2%, Seine-et-Marne 10,4%, Essonne 10,5%, Hauts-de-Seine 10,7%, Val-de-Marne 14%, Paris 14,4%, Val-d'Oise 14,5%, Seine-Saint-Denis 24,8%, pour l'ensemble de la région 13,5%. Le taux de pauvreté de la Seine-Saint-Denis est de 3 fois supérieur à celui des Yvelines, il est également plus de 10 points élevée que celui de la région. Paris, le Val-de-Marne et la Val-d'Oise affiche également des taux supérieurs à celui de la région.

Ainsi, bien que la région Île-de-France présente de nombreux atouts : richesse, population, activité économique, la répartition de ces avantages n'est pas uniforme entre les différentes catégories de population et les différents territoires. Or, nous avons vu précédemment que les inégalités de santé sont fortement corrélées à la structure de la population du moins pour les inégalités sociales. Le schéma de la population francilienne que nous venons d'identifier c'est-à-dire une population qui tend à être plus diplômée, riche et jeune en comparaison avec le reste du territoire va se refléter dans le niveau de santé global de la région. Comme nous l'avons évoqué précédemment, le gradient de santé définit que plus une personne est bien pourvue socialement, plus son niveau de santé sera bon. La structure de la population francilienne est composée d'une part disproportionnée de personnes issues des catégories les plus favorisées, ainsi le niveau de santé générale de la population devrait être meilleur en comparaison avec les autres régions. Néanmoins, comme nous l'avons observé plus tôt, il existe de fortes disparités territoriales et sociales. On suppose que ces éléments vont se refléter dans le niveau de santé entre les différents territoires. Il conviendra dans un second temps, d'identifier les facteurs qui permettent d'expliquer ces inégalités. Si on sait que la différente composition des populations sur les différents territoires est un élément central, nous essayerons d'évaluer l'importance du facteur de l'offre et de la consommation pour expliquer ces inégalités et ainsi mettre en évidence ou non l'existence d'inégalités territoriales.

3.2. Les disparités de santé en Île-de-France

La région Île-de-France a fait l'objet de plusieurs études sur les inégalités sociales de santé. L'Observatoire régionale de Santé (ORS) département technique autonome de l'Institut d'Aménagement et d'Urbanisme de la région Île-de-France produit de très nombreux travaux sur la situation sanitaire de la région notamment des profils de territoires à l'échelle départementale résumant les indicateurs de mortalité, d'affectation de longue durée, la densité de médecin, l'espérance de vie, la structure de la population. L'ORS réalise des études thématiques sur certaines pathologie notamment les cancers, le SIDA, l'obésité, certains type de population les jeunes et les personnes âgées, la consommation de drogue et d'alcool. Par ailleurs, l'ORS emploie un chargé d'étude sur les inégalités sociales de santé. L'ORS réalise également un tableau de bord sur le département de Seine-Saint-Denis. Plus anciennement, un atlas de la santé a été publié en 2005 avec de nombreux partenaire (région Île-de-France, CNAM, INSEE, CAF ...) Il existe par ailleurs, des études ciblées sur des territoires en particulier notamment les ZUS par l'Observatoire National de la pauvreté, par l'Institut National d'Etude Démographique (INED) et l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM). L'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES) publie des études sur le territoire francilien ciblées sur le développement d'une pathologie en particulier (travaux disponibles sur l'asthme ou l'amiante par exemple.) l'Agence Régionale de Santé publie périodiquement des rapports en complément du travail de l'ORS, la DREES propose des travaux ponctuellement spécifiques au territoire francilien. IAURIF a publié une série de travaux sur l'offre de soin de premiers recours en Île-de-France, étude conséquente puisqu'elle se divise en 3 tomes qui paraissent séparément sur plusieurs années. L'ensemble de ces travaux constituent une base précieuse qui est d'une grande dans le développement de notre propre raisonnement sur les inégalités territoriales de santé en Île-de-France.

En observant les différents indicateurs de santé (espérance de vie, taux de mortalité, taux de mortalité prématurée, taux de mortalité infantile, taux d'Affection Longue Durée), la région Île-de-France dans sa globalité semble bénéficier d'une situation plutôt favorable en comparaison avec le reste du territoire métropolitain.

Comparaison de l'espérance de vie.

L'espérance de vie est sensiblement plus élevée que pour le reste du territoire français : de 1 an $\frac{1}{2}$ pour les hommes et de presque un an pour les femmes. Le taux de mortalité est plus bas de 2,7 points

pour les hommes et 2,5 pour les femmes. Il en va de même pour le taux de mortalité prématurée qui est inférieur de 0,3 points à la moyenne nationale. En revanche, le taux de mortalité infantile y est plus important en comparaison avec le reste du territoire français de 0,2. Ainsi, il semble que le niveau de santé globale de la population francilienne soit supérieur à celle du reste du territoire français. En changeant le focus et en regardant au sein du territoire francilien à l'échelle départementale, il se dessine différents profils de territoires aux situations hétérogènes. Les Yvelines, Paris et les Hauts-de-Seine bénéficient d'une situation plus favorable tandis que la Seine-Saint-Denis, le Val-de-Marne, la Seine-et-Marne et, dans une certaine mesure l'Essonne et le Val-d'Oise, qui connaissent plus de difficultés :

L'espérance de vie est la plus élevée à Paris pour les hommes et la plus faible pour la Seine-Saint-Denis : l'écart est de 1,8 an, la Seine-Saint-Denis a une espérance de vie masculine à la naissance 1,3 ans inférieure à la moyenne régionale ; pour les femmes la différence entre Paris et la Seine-Saint-Denis, les deux situations extrêmes, est de un an et demi ; les femmes en Seine-Saint-Denis ont une espérance de vie inférieure de un an à la moyenne régionale.

Le taux de mortalité le plus bas se trouve en Seine-Saint-Denis mais cela s'explique par la structure d'âge du département qui est particulièrement jeune.

Comparaison des taux de mortalité.

Le taux de mortalité prématuré le plus élevé se trouve en Seine-Saint-Denis. Dans les Yvelines, les Hauts-de-Seine et l'Essonne il est inférieur à la moyenne régionale.

La mortalité infantile est sensiblement plus élevée en Seine-Saint-Denis et dans le Val-d'Oise. Le taux de mortalité infantile de la Seine-Saint-Denis entre 2010 et 2012 est 1,1 supérieur à la moyenne nationale et 0,9 à la moyenne régionale. Enfin, il est supérieur de 1,4 point à celui des Yvelines.

Comparaison de l'espérance de vie.

Tableau 1 Espérance de vie en France métropolitaine et en Ile-de-France à la naissance en 2012

	Ile-de-France	Métropole
Homme	80,1	78,5
Femme	85,5	84,8

INSEE 2012. Champ France métropolitaine.

Tableau 2 Espérance de vie en région Ile-de-France à la naissance en 2012

Département	Homme	Femme
Paris	80,6	86,0
Seine-et-Marne	78,7	84,7
Yvelines	80,5	85,9
Essonne	80,4	85,2
Hauts-de-Seine	81,0	86,0
Seine-Saint-Denis	78,8	84,5
Val-de-Marne	79,8	85,8
Val d'Oise	79,1	84,9

INSEE 2012. Champ région Île-de-France.

Comparaison du taux de mortalité brute.

Tableau 3 Comparaison du taux de mortalité entre France métropolitaine et en région Ile-de-France

	Ile-de-France	Métropole
Homme	6,3	9,0
Femme	5,9	8,4
Ensemble	6,1	8,7

INSEE 2012. Champs, décès domicilié au domicile du défunt. Décès pour 1000 individus.

Tableau 4 Comparaison du taux de mortalité en région Ile-de-France

Département	Homme	Femme	Ensemble
Paris	6,3	6,1	6,2
Seine-et-Marne	6,7	6,1	6,4
Yvelines	6,3	5,9	6,1
Essonne	6,1	5,9	6,0
Hauts-de-Seine	6,2	6,2	6,2
Seine-Saint-Denis	5,8	5,2	5,5
Val-de-Marne	6,4	6,0	6,2
Val d'Oise	6,2	5,6	5,9

INSEE 2012. Champs, décès domicilié au domicile du défunt. Décès pour 1000 individus.

Comparaison des taux de mortalité prématurée.

Tableau 1: Comparaison du taux de mortalité prématuré entre Île de France et métropole

Métropole	2,0
Île-de-France	1,7

INSEE, CepiDC 2012. Champ décès avant l'âge de 65 ans pour 100,000 habitants entre 2008-2010.

Tableau 2: Comparaison du taux de mortalité prématuré entre départements d'Île de France

Département	Taux de mortalité prématurée*
Paris	1,7
Seine-et-Marne	1,8
Yvelines	1,6
Essonne	1,6
Hauts-de-Seine	1,6
Seine-Saint-Denis	2,0
Val-de-Marne	1,7
Val d'Oise	1,7

INSEE, CepiDC. Champ décès avant l'âge de 65 ans pour 100,000 habitants entre 2008-2010.

Rapporté à la structure d'âge de la population de France métropolitaine.

Comparaison des taux de mortalité infantile.

Tableau 3 Comparaison du taux de mortalité infantile entre la France métropolitaine et la région Ile-de-France

Métropole	3,5
Île-de-France	3,7

INSEE 2012. Nombre de décès d'enfant né vivant de moins de un an en 2010,2011 et 2012. Décès domicilié au domicile du défunt.

Tableau 4 Comparaison du taux de mortalité infantile dans la région Ile-de-France

Département	Taux de mortalité infantile*
Paris	3,4
Seine-et-Marne	3,5
Yvelines	3,2
Essonne	3,8
Hauts-de-Seine	3,2
Seine-Saint-Denis	4,6
Val-de-Marne	3,7
Val d'Oise	4,1

INSEE 2012. Nombre de décès d'enfant né vivant de moins de un an en 2010,2011 et 2012. Décès domicilié au domicile du défunt.

Comparaison des taux d'affection de longue durée.

Les taux d'affection longue durée paraissent particulièrement préoccupants pour le Val d'Oise, la Seine-Saint-Denis, la Seine-et-Marne et le Val-de-Marne et l'Essonne. Il y a un écart de 225,2 points entre le taux d'affection en ALD pour diabète entre Paris et la Seine-Saint-Denis. Il existe un écart de plus de 249 points entre le taux d'ALD pour maladie cardio-vasculaire entre les Hauts-Seine et la Seine-et-Marne. Les départements qui pâtissent des taux d'ALD les plus importants pour cause de cancer sont les Yvelines et le Val-d'Oise, l'écart entre les deux valeurs extrêmes y est cependant moins important que pour les autres pathologies (58,1 points). Les différences pour les maladies mentales sont également moins grandes 44,6. Toutefois, les Yvelines et les Hauts-Seine connaissent des taux particulièrement bas en comparaison avec les autres départements. Enfin, les taux d'ALD pour cause d'Alzheimer sont très similaires. Il existe un écart de 23,2 points entre les deux valeurs extrêmes.

Comparaison des taux de mortalité évitable.

Le taux de mortalité évitable est le plus conséquent à Paris et ce avec un écart important par rapport aux autres départements. Il existe un écart de 60 points entre les deux valeurs extrêmes pour les taux de mortalité suite à des maladies ou incidents cardiovasculaires. La Seine-Saint-Denis, la Seine-et-Marne et le Val-d'Oise ont des taux supérieurs à 200 alors que Paris a un taux avoisinant 150. Concernant les taux de décès pour cause de cancer, tandis que la Seine-et-Marne, les Hauts-Seine, la Seine-Saint-Denis et le Val-d'Oise ont des taux autour de 240, Paris et les Yvelines bénéficient de taux beaucoup plus bas respectivement 212,4 et 222. Les différences de décès dues à l'alcool sont très importantes : à Paris il est inférieur à 20 tandis qu'en Seine-et-Marne, en Seine-Saint-Denis et dans le Val d'Oise il est plus proche des 30.

Comparaison des taux d'affection de longue durée.

Tableau 1 Taux des ALD par département en région Ile-de-France

	Diabète	Cardiovasculaire	Cancer	Mentale	Alzheimer
Paris	291,6	753,4	469,8	191,6	98,4
Seine-et-Marne	403,1	934,6	480,3	190,5	102,8
Yvelines	313,8	758,7	483,5	155,5	98,6
Essonne	360,5	760,8	479,9	171,8	109,3
Hauts-Seine	325,9	685,5	462,4	159,9	99,9
Seine-Saint-Denis	516,8	815,3	425,4	200,1	86,8
Val-de-Marne	401,4	831,6	476,4	193,6	100,8
Val-d'Oise	447,1	790,4	482,8	173,0	110,0

ORS Île-de-France 2012. Taux standardisé d'admission en ALD sur la population de la France entière au RP2006 pour 100 000 personnes (2007-2010)

Comparaison des taux de mortalité évitable.

Tableau 2 Causes de décès par département, taux pour 100,00 habitants

	Évitable	Cardiovasculaire	Cancer	Cancer du sein	Alcool	Cancer du poumon
Paris	78	152,3	212,4	33,8	18,5	42,2
Seine-et-Marne	54,7	200,6	237,9	34,7	29,3	46,2
Yvelines	51,9	188,5	222	32,6	24,3	42,3
Essonne	55,0	186,3	224,7	32,2	26,2	43,4
Hauts-Seine	46,4	170,6	241,8	31,5	23,3	43,4
Seine-Saint-Denis	51,2	204,6	239,1	31,9	27,8	51
Val-de-Marne	46,8	176,8	224,7	30,9	25,3	46,5
Val-d'Oise	57,7	212,3	243,6	35,6	27,9	48,3

ORS Île-de-France 2012. Taux standardisé de décès à la population de la France entière au RP2006 pour 100 000 personnes (2007-2010)

Comparaison des consommations de soins.

Les Franciliens n'ont pas une consommation de soin homogène. La consommation de soin d'un territoire dépend de la composition de sa population et notamment de la structure de l'âge de la population. Paris est le département comptant le moins d'individus âgé de moins de 20 ans. A *contrario*, les Yvelines, le Val d'Oise, l'Essonne, la Seine-et-Marne sont parmi les plus jeunes de France. Paris est sur représentée de 11 points dans la consommation de soin proportionnellement à la taille de sa population. Tandis que les Yvelines, l'Essonne et le Val d'Oise sont sous représentés de 2 points et la Seine-Saint-Denis de 3 points.

Tableau 1 Consommation d'actes médicaux par département

	Paris	Seine-et-Marne	Yvelines	Essonne	Hauts-de-Seine	Seine-Saint-Denis	Val-de-Marne	Val-d'Oise
Répartition de la population francilienne	19%	11%	12%	10%	13%	13%	11%	10%
Répartition totale secteurs privé et public	30%	8%	10%	8%	13%	10%	12%	8%
Répartition médecine	28%	9%	11%	9%	13%	10%	13%	9%
Répartition chirurgie	36%	7%	8%	7%	14%	9%	11%	7%
Répartition obstétrique	23%	8%	12%	8%	14%	13%	11%	10%

INSEE 2012. Activité comptée en nombre d'entrées d'hospitalisation. Traitement CREDOC 2014.

Tableau 2 Répartition de l'accueil et du traitement en urgence par département en nombre de passages.

	Paris	Seine-et-Marne	Yvelines	Essonne	Hauts-Seine	Seine-Saint-Denis	Val de Marne	Val d'Oise
Répartition de la population francilienne	19%	11%	12%	10%	13%	13%	11%	10%
Répartition de l'accueil et du traitement des urgences en nombre de passages	21%	11%	11%	10%	13%	13%	11%	11%

INSEE 2012. Activité comptée en nombre d'entrées d'hospitalisation. Traitement CREDOC 2014.

Comparaison des équipements hospitaliers.

Le nombre de lits et de places n'est pas également réparti sur l'ensemble du territoire francilien. Paris concentre 37% des lits en courts séjours en hôpital public et 26% en structures privées. À l'opposé les Yvelines, l'Essonne, la Seine-et-Marne et la Seine-Saint-Denis disposent de très peu de lits en court séjour. L'Essonne par exemple concentre 6% des lits en court séjour dans les hôpitaux publics pour 10% de la population francilienne. La Seine-Saint-Denis, la Seine-et-Marne et le Val-de-Marne disposent en comparaison avec le volume de leur population très peu de lits en moyen séjour. En Seine-et-Marne, on trouve 6% des lits en moyen séjour publics pour 11% de la population. Les écarts les plus conséquents se trouvent au sein des lits en service de psychiatrie, les Hauts-Seine par exemple ne disposent que de 5% du total des lits en hôpital à la psychiatrie. Ces chiffres donnent la répartition totale des lits, néanmoins cela ne signifie pas que le nombre de lit total est suffisant pour couvrir l'ensemble des besoins de la population francilienne. Cependant cela donne une indication sur la répartition de l'offre. Le taux d'équipement donne le nombre de lits et de places pour 1,000 habitants, Paris dispose du taux d'équipement le plus élevé en court séjour pour la médecine et la chirurgie et avec des écarts significatifs en comparaison avec les autres départements, les Hauts de-Seine arrivent en seconde position avec 2,5 lits. Les Yvelines, la Seine-et-Marne, le Val-d'Oise sont à moins de deux lits pour 1,000 habitant. Le Val-de-Marne est également au-dessus de la moyenne régionale qui est à 2,2 lits. La hiérarchie est similaire pour la chirurgie à Paris, dans les Hauts-de-Seine et le Val de Marne, qui sont au-dessus de la moyenne régionale. En revanche, pour les soins de suite et de réadaptation, le Val-de-Marne arrive en tête suivi de près par le Val-d'Oise et les Hauts-de-Seine. Les Yvelines et la Seine-Saint-Denis atteignent également la moyenne régionale tandis que Paris et la Seine-et-Marne sont le plus dépourvus de ce type de service. Enfin, pour le taux d'équipement le Val de Marne est encore une fois en première position et de loin puisque c'est le seul département à offrir plus de 2 lits pour 1000 habitants tandis que les Hauts-de-Seine et la Seine-Saint-Denis ne disposent pas d'un lit par habitant et que la Seine-et-Marne et les Yvelines n'ont qu'une place pour 1,000.

Comparaison des équipements hospitaliers.

Tableau 1 Répartition du nombre de lits dans la région Ile-de-France

	Paris	Seine-et-Marne	Yvelines	Essonne	Hauts-de-Seine	Seine-Saint-Denis	Val-de-Marne	Val-d'Oise
Répartition de la population francilienne en 2012	19%	11%	12%	10%	13%	13%	11%	10%
Répartition du nombre de lit court séjour public	37%	8%	8%	6%	10%	9%	12%	9%
Répartition du nombre de lit court séjour privé	26%	7%	10%	9%	23%	10%	11%	5%
Répartition du nombre de lit moyen séjour + réadaptation public	15%	6%	12%	12%	15%	7%	22%	12%
Répartition du nombre de lit moyen séjour + réadaptation privé	14%	13%	12%	13%	15%	16%	8%	10%
Répartition des places en hospitalisation de jour réadaptation privé + public	22%	9%	9%	11%	16%	11%	16%	7%
Répartition en nombre de lit en psychiatrie public	22%	7%	10%	13%	5%	8%	24%	10%
Répartition en nombre de lit en psychiatrie privé	13%	13%	13%	15%	14%	8%	8%	16%

Données INSEE 2012. Traitement CREDOC 2014.

Tableau 2 Taux d'équipement en région Ile-de-France

	Paris	Seine-et-Marne	Yvelines	Essonne	Hauts-Seine	Seine-Saint-Denis	Val de Marne	Val d'Oise	Île-de-France
<i>Court Séjour</i>									
médecine	3,7	1,4	1,5	1,6	2,5	1,5	2,3	1,6	2,2
chirurgie	2,5	1	0,9	1	1,5	1	1,4	0,9	1,4
gynécologie-Obstétrique	0,9	0,6	0,7	0,8	1	0,9	0,8	0,8	0,8
<i>Soin de suite et réadaptation</i>									
équipement global	1,2	1,5	1,7	2	1,8	1,6	1,9	1,8	1,6
<i>Psychiatrie</i>									
infanto-juvénile	2	0,5	1,3	0,9	0,3	0,7	0,9	0,7	0,9
adulte	1,5	1	1	1,6	0,8	0,9	2,1	1,6	1,3

INSEE 2012. En lits et en place pour 1,000 habitant.

Comparaison des effectifs de praticiens.

Un autre moyen d'appréhender l'offre est de s'intéresser à la répartition du personnel médical. Paris concentre de nouveau 30% des médecins salariés ou libéraux en médecine générale et 43% des spécialistes ; les Hauts-de-Seine et le Val-de-Marne ont une répartition proportionnelle à leur population pour les médecins généralistes et spécialistes. La Seine-et-Marne ne dispose que de 8% des médecins généralistes et 5% des spécialistes pour 11% de la population francilienne, ils sont donc en sous-dotation, le Val d'Oise et la Seine-Saint-Denis ont une situation similaire tout comme les Yvelines et l'Essonne pour les spécialistes. Pour les pharmaciens, Paris et les Hauts-de-Seine ont proportionnellement un surplus de pharmaciens, les Yvelines et le Val de Marne ont un nombre proportionnel à leur population tandis que la Seine-et-Marne, l'Essonne, la Seine-Saint-Denis et le Val-d'Oise ont proportionnellement moins de pharmaciens. Paris rassemble également plus d'un tiers des chirurgiens-dentistes (36%), les Hauts-de-Seine disposent d'un nombre proportionnel à leur population tout comme les Yvelines et le Val de Marne. La Seine-Saint-Denis, la Seine-et-Marne, le Val d'Oise et l'Essonne apparaissent eux comme étant sous-dotés. La répartition des masseurs kinésithérapeutes suit la hiérarchie des chirurgiens-dentistes. Pour les infirmiers, Paris, l'Essonne, les Hauts-Seines et le Val de Marne semblent profiter de la répartition au détriment des autres départements.

Tableau 1 Densité médicale en région Ile-de-France

	Paris	Seine-et-Marne	Yvelines	Essonne	Hauts-Seine	Seine-Saint-Denis	Val de-Marne	Val d'Oise	Ile de France	France Métropolitaine
Médecins généralistes	131	79	94	85	91	74	85	83	93	106
Médecins spécialistes	268	66	102	81	125	64	94	77	122	94
Infirmiers diplômés d'État	107	78	54	70	54	55	59	77	71	146
Chirurgiens-dentistes	110	44	57	48	68	34	54	43	61	57
Masseurs kinésithérapeutes	147	58	81	67	96	47	74	69	85	94
Pharmaciens	168	84	104	103	146	83	111	86	116	114

INSEE 2013. Densité de professionnels libéraux au 1^{er} janvier 2013.

Comparaison des effectifs de praticiens.

Tableau 1 Répartition des professionnels de la santé en région Ile-de-France

	Paris	Seine-et-Marne	Yvelines	Essonne	Hauts-de-Seine	Seine-Saint-Denis	Val-de-Marne	Val-d'Oise
Répartition de la population	19%	11%	12%	10%	13%	13%	11%	10%
MEDECINS								
Médecins généralistes libéraux et salariés	30%	8%	11%	9%	14%	10%	10%	8%
Médecins spécialistes libéraux et salariés	43%	5%	8%	6%	13%	8%	11%	6%
dont spécialistes libéraux en cardiologie	31%	7%	11%	9%	14%	12%	10%	7%
dont spécialistes libéraux en pédiatrie	30%	7%	13%	7%	19%	8%	11%	6%
dont spécialistes libéraux en radiodiagnostic	34%	8%	10%	8%	14%	8%	10%	7%
dont spécialistes libéraux en anesthésie -réanimation	35%	8%	10%	8%	18%	7%	7%	6%
dont spécialistes libéraux en gynécologie obstétrique	37%	8%	14%	7%	11%	7%	7%	8%
dont spécialistes libéraux en ophtalmologie	38%	6%	11%	8%	14%	6%	10%	7%
dont spécialistes libéraux en biologie médicale	26%	8%	9%	8%	14%	12%	12%	12%
dont spécialistes libéraux en psychiatrie	67%	3%	6%	3%	9%	3%	5%	4%
Pharmaciens	28%	8%	11%	9%	17%	9%	11%	7%
Chirurgiens-dentistes	36%	7%	10%	7%	14%	8%	10%	7%
Masseurs kinésithérapeutes	32%	8%	11%	8%	15%	8%	11%	8%
Infirmiers diplômés d'État et autorisés	35%	8%	9%	9%	12%	9%	11%	8%
Sages-femmes	23%	9%	13%	9%	16%	11%	10%	9%
Orthophonistes	29%	7%	12%	9%	15%	8%	11%	7%
Orthoptistes	37%	7%	10%	8%	14%	8%	9%	7%
Psychomotriciens	20%	10%	14%	11%	13%	12%	11%	9%
Pédicures-podologues	31%	9%	12%	9%	14%	7%	10%	8%
Ergothérapeutes	22%	10%	10%	10%	14%	11%	14%	9%

INSEE 2013, personnel de santé au 1^{er} janvier 2013. Traitement CREDOC 2014.

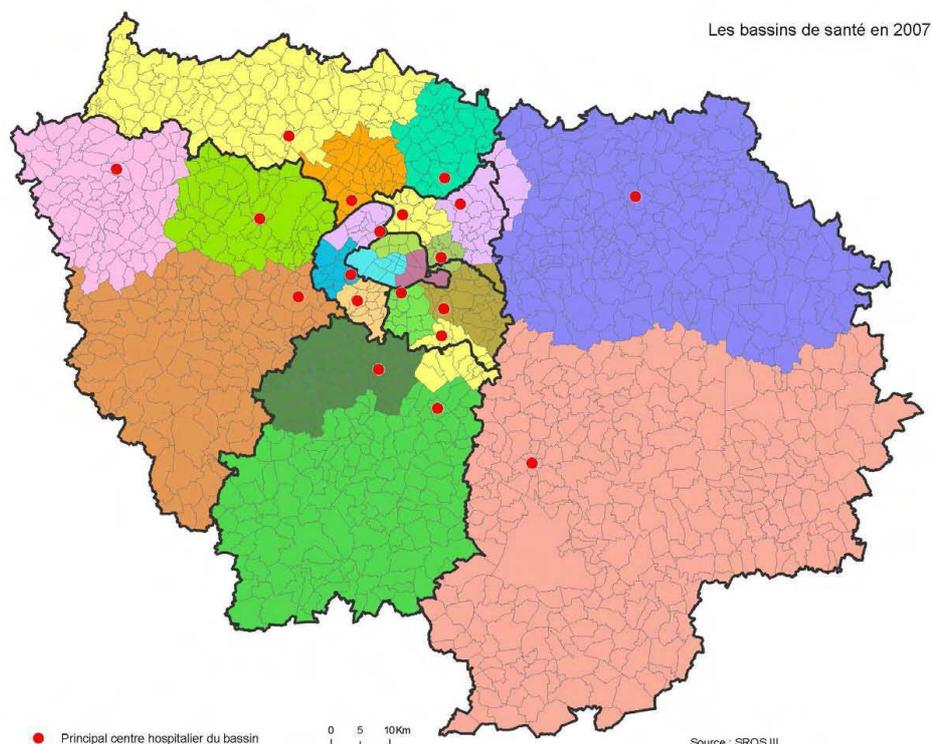
En synthétisant l'ensemble de ces éléments, il semble qu'il se dessine des profils de territoires. Si certains territoires semblent bénéficier de situations favorables voire très favorables comme Paris et les Hauts-de-Seine, certains territoires font face à des situations plus préoccupantes : comme l'Essonne, le Val d'Oise, la Seine-et-Marne et la Seine-Saint-Denis. Étudier les territoires à l'échelle départementale donne une première indication sur leur situation mais demeure très imprécise.

3.3. Un cadre pour l'analyse des disparités territoriales de santé en Île-de-France

A l'origine de cette recherche se trouve la demande de l'ARS Ile de France d'engager une réflexion sur la géographie des territoires de la région, au vu de la consommation et de l'offre de soins dans le territoire francilien, en articulant le niveau des soins de proximité et celui des soins hospitaliers. Il s'agit de se donner un cadre pour penser les disparités territoriales en construisant des périmètres pour évaluer les écarts entre bassins de vie.

On part en effet d'une situation insuffisamment détaillée, celle du découpage des bassins de santé définis en 2007. Ce dernier a été bâti selon une double hiérarchie : la trame administrative départementale, et les aires de rayonnement des pôles hospitaliers. Il ne prend pas en compte, de ce fait, le fonctionnement des services de santé en tant qu'offre de proximité dans le tissu résidentiel.

Les bassins de santé en 2007



Source : IAU 2008

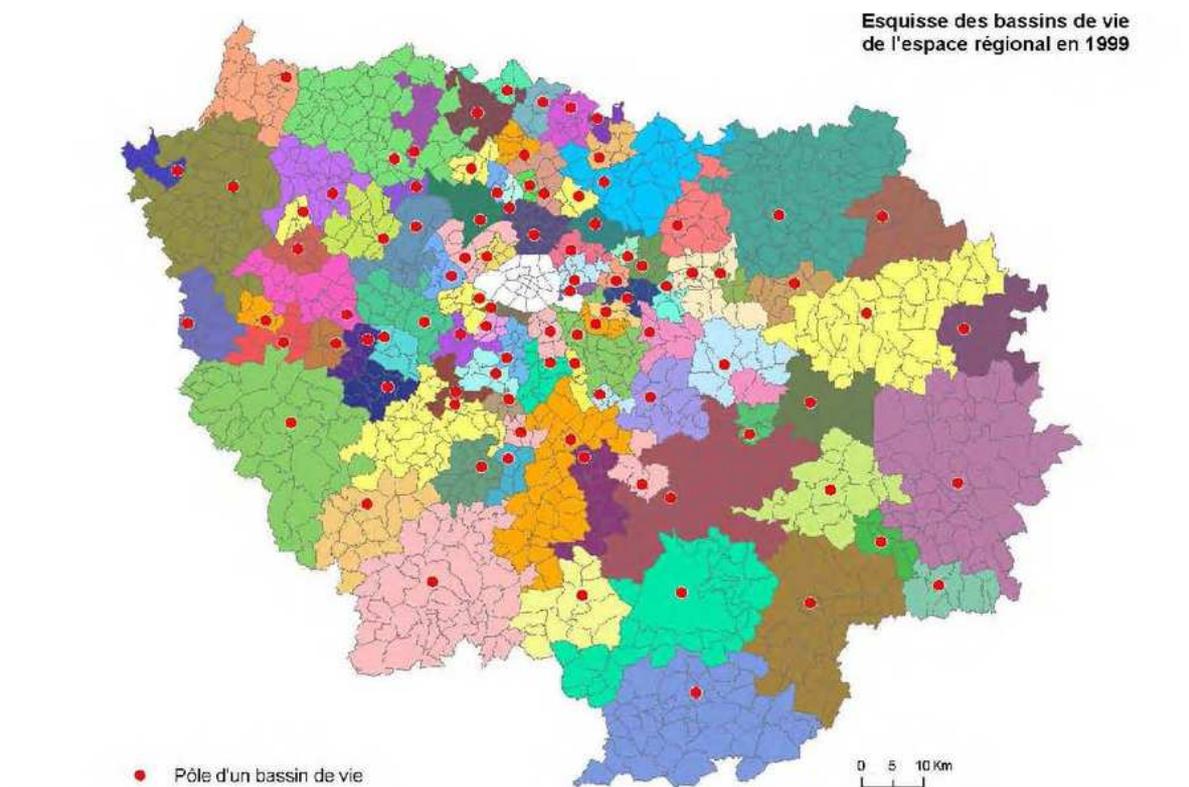
NB. Le découpage des bassins de santé établi en 2007 aboutit à 22 bassins de santé, sur la base de 3 par département.

Pour renouveler l'approche, on se fonde sur la notion de « bassin de vie », défini par l'INSEE comme « le plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès à la fois aux équipements et à l'emploi », apparaît comme le découpage le plus pertinent pour raisonner la délimitation des territoires de santé en fonction :

- des pôles de services qui structurent le tissu résidentiel ;
- des zones de consommation des populations en fonction des aires d'attraction des pôles de la région ;
- et de la capacité de mobilité des populations.

La carte des bassins de vie établit par l'Institut d'aménagement et d'urbanisme (IAU) est notablement plus précise.

Esquisse des bassins de vie de l'espace régional en 1999



Source : IAU

On part de cette enveloppe de territoires locaux, dans la perspective de construire des territoires de santé comme des ensembles regroupant un ou plusieurs bassins de vie.

L'approche par les bassins de vie constitue un renversement important de la perspective adoptée pour découper des territoires de santé, celle-ci ayant suivie jusque-là les limites administratives (départements) et les pôles structurants de la carte hospitalière. L'idée directrice est de s'franchir de la polarisation hospitalière, pour raisonner l'adéquation entre l'offre des professionnels de santé et les besoins de soins des populations dans le cadre de leurs espaces de vie quotidiens.

En se fondant sur la réalité structurante des bassins de vie, on peut raisonner plus efficacement la question de l'accès aux soins, notamment par la prise en compte des soins de proximité. Et par le cumul des soins hospitaliers et des soins ambulatoires, on peut analyser les disparités entre territoires, du point de vue de l'offre de soins et du point de vue de la consommation de soins. Bien mieux que dans l'approche des bassins de santé, cette démarche permet de raisonner les inégalités territoriales de santé.

Le travail engagé par le CREDOC, destiné à nourrir la réflexion de l'ARS Ile de France, a exploré la manière de définir les territoires de santé à partir de l'activité professionnelle et des consommations effectives dans les bassins de vie franciliens. La finalité d'une telle approche est de construire des territoires de santé permettant, pour chacun d'eux, de confronter dans un cadre pertinent la demande de soins d'une part, demande potentielle et consommation réelle de soins, et d'autre part l'activité professionnelle et des établissements.

4. L'exploration des bassins de santé dans le territoire francilien

4.1. L'approche par les bassins de vie

1. *La découpage de la Région en bassins de vie*

L'Institut d'Aménagement et d'Urbanisme de la Région Ile de France a engagé, en 2008, une réflexion sur la définition des bassins de vie à l'échelle régionale⁶. Cette démarche s'inscrit, dans le sillage des préconisations du Schéma Directeur de la Région Ile de France, sur la structuration d'un maillage de transports collectifs plus adéquat aux besoins des Franciliens en matière d'accès à l'emploi et aux

⁶ Bertrand J., Bassins de vie et déplacements, Institut d'Aménagement et d'Urbanisme de la Région d'Île-de-France, IAU-idf, juillet 2008.

services. L'IAU a, dans ce cadre développé, un travail d'identification des bassins de vie dans l'espace régional.

Il s'agit d'une approche encore exploratoire dans la mesure où « un bassin de vie peut prendre de multiples formes selon le(s) critère(s) choisi(s) pour mettre en évidence les solidarités entre les communes [...] Un centre hospitalier ne couvre pas le même territoire qu'un lycée ». Néanmoins, l'observation des différents découpages institutionnels (administratifs ou de planification) et des zonages fonctionnels liés aux données sur les déplacements (navettes domicile-travail ou domicile-étude, les attractions des équipements et services de grande couronne) permet d'identifier des permanences d'organisation spatiale autour d'une même polarité.

Les bassins de vie regroupent donc des communes autour d'une polarité, et ne suivent pas le tracé des limites départementales. On distingue deux grands types d'espaces au sein de l'agglomération régionale :

- des espaces où plusieurs communes sont polarisées autour d'un même centre urbain, soit des espaces monopolarisés. Cette notion de bassin de vie en fonction des permanences géographiques est davantage marquée en grande couronne et tout particulièrement aux franges de la région (Est Seine-et-Marnais et Sud Essonnien), des espaces moins sensibles aux attractions de l'agglomération centrale, peut-être plus autonomes.
- des espaces où les flux sont fortement entrecroisés et où les espaces de vie se recouvrent. La zone d'influence du centre de l'agglomération offre un tel choix d'équipements ou de possibilités d'emplois que, de fait, cet espace est multipolarisé.

Sur la base des données INSEE 1999, l'IAU a identifié 95 bassins de vie en Ile de France, un bassin de vie comptant en moyenne 13 communes.

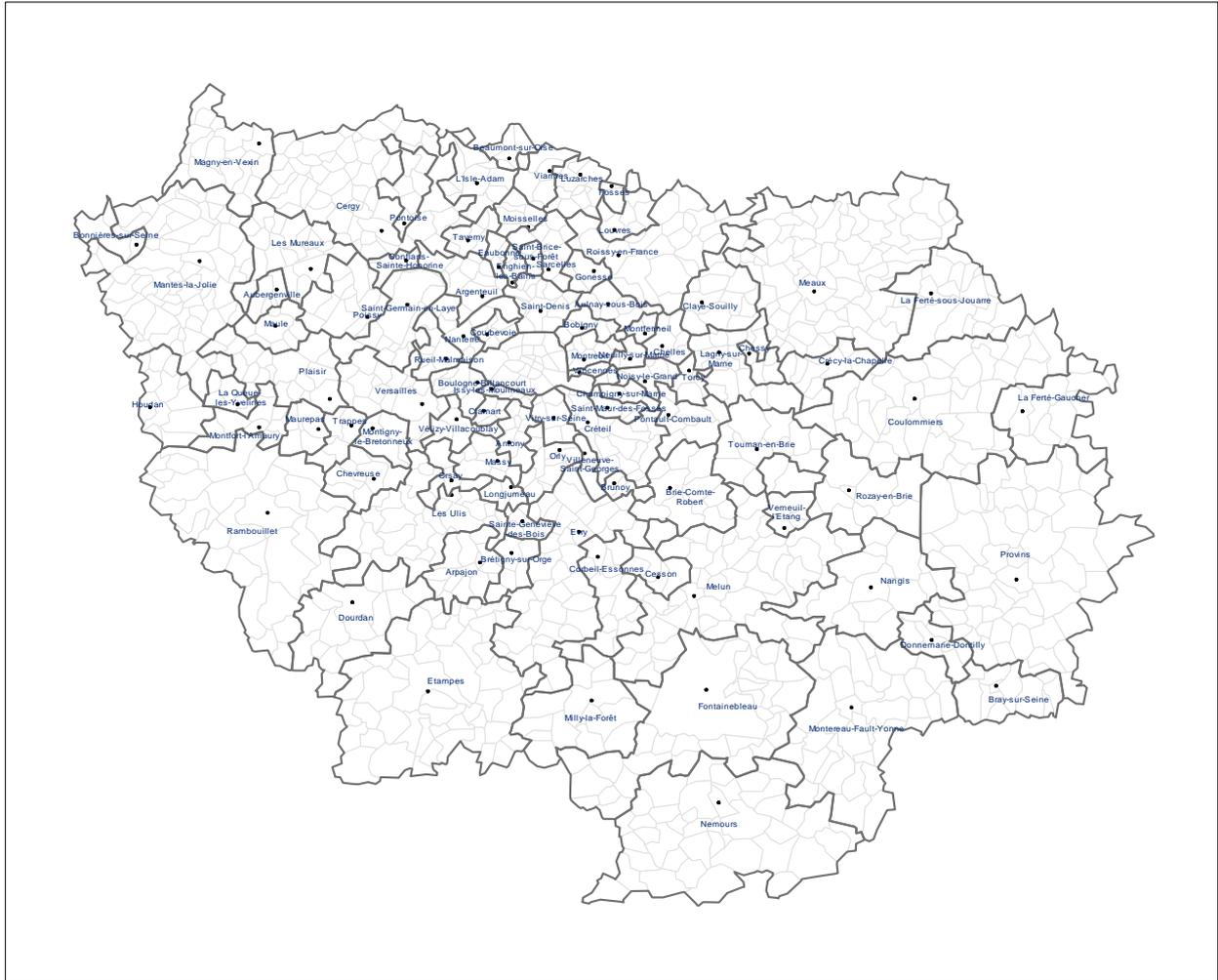
Pour la construction des territoires de santé, on adopte une double grille de lecture de l'espace francilien : le niveau de la commune qui représente le plus petit périmètre sur lequel on dispose d'informations agrégées, et le bassin de vie qui est un regroupement de communes structuré par un pôle de service. Les données de dépenses de santé disponibles à l'échelle communale permettent une lecture très fine de la consommation de soins des individus et de l'activité des professionnels de santé. Mais le périmètre communal n'est pas une enveloppe spatiale pertinente : les individus ne se font soigner qu'en partie dans leur commune et les professionnels ont une activité qui rayonne largement au-delà.

D'où le choix du bassin de vie qui constitue un périmètre cohérent pour les problématiques de consommation de services de proximité : cette échelle est adaptée à la lecture de l'activité de soins

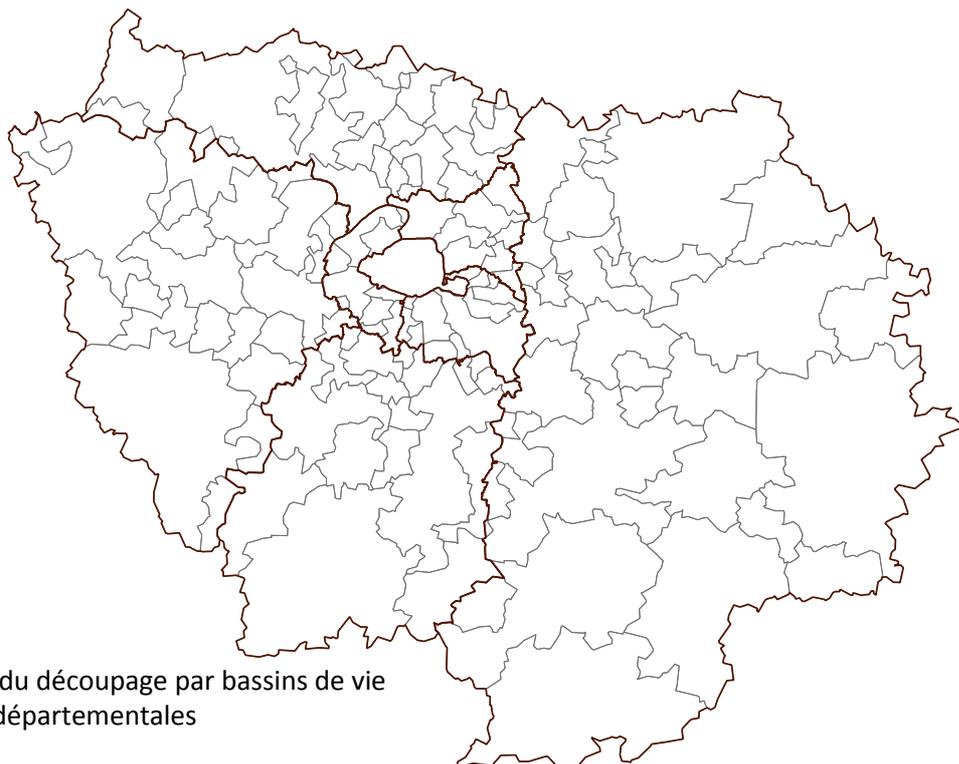
ambulatoires. Elle l'est moins pour l'offre hospitalière, concentrée au cœur de l'agglomération parisienne et dans un petit nombre de gros établissements excentrés.

On adopte donc une ligne directrice qui consiste à construire un territoire de santé comme une enveloppe englobant plusieurs bassins de vie, en intégrant l'impact structurant de la carte hospitalière.

Les bassins de vie en Ile de France



Source : IAU, 2008



Superposition du découpage par bassins de vie
et des limites départementales

2. *L'information sur l'offre et la consommation de soins*

Le travail s'est fondé sur l'exploitation des données du PMSI pour appréhender l'offre et la consommation de soins hospitaliers en Ile de France, et sur les données de remboursement de l'Assurance maladie (tous régimes confondus) pour appréhender l'offre et la consommation des soins de proximité. Plus précisément :

Pour les données sur le volet « hospitalisation », on s'est appuyé sur la valorisation des séjours hospitaliers (publics et privés) aux tarifs de l'échelle publique du GHS. Les données ont été obtenues par communes (code PMSI) et par code ASO. Les données relatives à la consommation de soins sont exprimées par commune d'habitation du patient. Celles relatives à l'offre sont exprimées par commune d'implantation de l'établissement.

Pour le volet « proximité », on s'appuie sur les données de remboursements des régimes d'Assurance maladie centralisés à la CNAMTS par le SNIIR-AM, soit la valeur des soins hors dépassement. Les données sont également exprimées par commune. Pour la consommation, il s'agit des dépenses remboursables pour les postes suivants : honoraires des médecins (généralistes et spécialistes) et honoraires des auxiliaires médicaux, et ce par commune de résidence du patient. Pour l'offre, il s'agit du montant des honoraires des mêmes professionnels de santé par code commune d'implantation du cabinet principal ou secondaire. Les données utilisées sont celles de **l'année 2008**.

Le travail sur les données a été le suivant :

- Dans les cas où le code commune du PMSI était commun à différentes communes, on a réparti les valeurs sur les communes concernées au prorata de la population.
- Dans les cas de code commune du PMSI incorrect, on a redistribué les montants non attribués sur l'ensemble des communes au prorata des dépenses correctement ventilées dans ces communes.

Les montants de consommation et d'offre de soins ont été calculés par commune, puis engagés par bassin de vie.

La **consommation de soins** est établie à l'échelle communale, puis à l'échelle du bassin de vie. Elle renvoie aux dépenses de santé des habitants de la commune, indépendamment du lieu où la dépense est effectuée (dans la commune ou en dehors). Sont prises en compte :

- les dépenses remboursables (dépenses présentées au remboursement des régimes de l'Assurance maladie, hors dépassement) par poste et par commune de résidence du

patient ; il s'agit donc d'une évaluation homogène des soins dans les différentes communes de l'Île de France : les soins sont valorisés sur une échelle commune, le tarif conventionnel, sans application de taux de remboursement (liés au patient) ni prise en compte des dépassements (liés au médecin).

- la valorisation des séjours hospitaliers (publics et privés) aux tarifs d'une échelle unique, l'échelle publique, par code postal de résidence du patient, que celui-ci ait séjourné en établissement public ou en clinique privée. Il s'agit là encore d'appréhender la notion de soins hospitaliers de manière homogène, quel que soit le lieu d'exercice des soins.

L'offre de soins est établie à l'échelle communale, puis à celle du bassin de vie. Elle renvoie à l'activité professionnelle réalisée sur la commune. Sont pris en compte :

- la valorisation des séjours hospitaliers (publics et privés) aux tarifs de l'échelle publique par code commune d'implantation de l'établissement ;
- le montant des honoraires, hors dépassement, du professionnel de santé par code commune d'implantation du cabinet principal ou secondaire. Il s'agit des honoraires, hors dépassement, perçus par la seule activité ambulatoire des médecins libéraux – hors honoraires perçus lors d'un séjour en clinique privée.

Consommation et offre de soins sont établies en valeur (dépenses des individus et montants des actes en euros), par commune pour les deux niveaux de soins suivants :

- soins de proximité : médecins généralistes, spécialistes, auxiliaires médicaux ;
- hospitalisation sanitaire.

Enfin, on calcule, pour chaque commune puis par bassin de vie, la **demande théorique de soins**. Il s'agit du niveau de consommation de soins (hospitalisation et de proximité) correspondant au produit de la moyenne observée en Ile de France, corrigée des effets de structure par âge, sexe et CSP, par l'effectif de population du bassin de vie⁷.

Ces trois indicateurs (consommation de soins, offre de soins, besoins théoriques) permettent de :

- comparer, au sein d'un même bassin de vie, l'offre et la consommation de soins ;
- comparer les bassins de vie sur le plan du taux d'équipement (rapport de l'offre au besoin théorique) ;
- comparer les bassins de vie sur le plan du niveau de consommation des habitants (rapport de la consommation réelle au besoin théorique).

⁷ La méthode de calcul du besoin théorique est détaillée p. 20.

3. *Les approches possibles*

Plusieurs approches sont possibles pour procéder à la définition de nouveaux territoires de santé, chacune étant porteuse d'une certaine lecture du rapport entre politique de santé et territoire. Les voies choisies dans les différentes régions illustrent l'éventail des choix possibles⁸. Outre le choix du maintien des précédents découpages (secteurs sanitaires en place dans le SROS2), on distingue 4 grandes options méthodologiques.

La première se fonde sur les flux de population vers les structures de soins à travers l'analyse des flux réels hospitaliers (données PMSI fournissant, pour chaque séjour hospitalier, le code postal de domicile du patient).

La seconde approche est mixte et se base sur les flux réels hospitaliers articulés avec les zonages en bassins de vie ou zones d'emploi. Les flux hospitaliers observés sont articulés avec les bassins de vie ou zones d'emploi, qui permettent d'analyser les habitudes de déplacement de la population concernant les services publics ou privés les plus courants. Dans un second temps, l'analyse des flux hospitaliers est menée pour définir les territoires de recours, en cherchant à se caler sur les territoires de proximité identifiés à partir des comportements non sanitaires des populations.

La troisième approche est basée sur l'étude conjointe des flux hospitaliers et ambulatoires. Sont mesurés à la fois les flux vers les établissements de santé à partir du PMSI-MCO, mais aussi les flux vers la médecine de ville à travers les données de l'Assurance maladie.

Enfin, la quatrième approche consiste à se baser uniquement sur les zonages par bassins de vie en reprenant souvent les découpages utilisés dans le champ du médico-social.

L'approche méthodologique explorée par le CREDOC se caractérise par les partis-pris suivants :

- le bassin de vie est considéré comme l'espace territorial pertinent d'accès aux services et constitue, à ce titre, le point de départ pour raisonner les territoires d'offre et de consommation de soins. Le recours aux flux existants pour délimiter les territoires de santé est exclu ;
- cette entrée par bassin de vie s'articule avec l'analyse des dépenses effectives réalisées dans le bassin de vie (valeur de la consommation et valeur de l'activité professionnelle). Là où le recours aux zonages par bassin de vie se limite souvent à la description des habitudes de consommation de services des populations, cette approche permet de caractériser

⁸ Voir Coldefy M, Lucas-Gabrielli V, « Les territoires de santé : des approches régionales variées de ce nouvel espace de planification », *Pratiques et Organisation des Soins* 2010 n°1.

précisément les territoires franciliens au regard de leur taux d'équipement d'une part, et du comportement de consommation de soins de leurs habitants d'autre part.

L'approche développée cherche à rendre compte de l'hétérogénéité des territoires résidentiels au regard de l'économie de la santé (activité des professionnels et consommations des usagers).

4.2. Des bassins de santé fondés sur le niveau de besoin et les taux d'équipement

1. La méthodologie

Cette option est guidée par l'analyse de l'hétérogénéité des territoires de santé, appréhendée à travers deux indicateurs :

- l'écart entre le besoin théorique et la consommation effective de soins constatée par bassin de vie ;
- l'écart entre le besoin théorique et l'offre de soins par bassin de vie.

Il s'agit de regrouper des territoires homogènes au regard des besoins des populations résidentes, afin de définir des territoires d'intervention pertinents, qui permettent de raisonner à la fois :

- la question de l'accès aux soins, appréhendée à travers le rapport entre demande théorique et l'offre de soins ;
- la question des inégalités dans l'utilisation du système de santé, appréhendée à travers le rapport entre demande théorique et consommation effective.

Ce travail a d'abord été mené sur la base des consommations de soins globales cumulant soins à l'hôpital et soins dans les cabinets de médecins (généralistes et spécialistes) et d'auxiliaires médicaux.

On procède en 4 étapes.

1. Pour chaque commune, on établit un niveau de besoin théorique en se fondant sur les caractéristiques de la population de la commune (pyramide des âges, répartition homme-femme, revenus).

2. On construit deux ratios : un ratio consommation observée dans la commune versus besoin théorique (fonction des caractéristiques de la population de la commune). Cet indicateur permet de distinguer des communes ayant une consommation supérieure à la moyenne régionale, inférieure à la moyenne ou équivalente à la moyenne, une fois neutralisée les différences de profil des populations résidentes. On construit également un *ratio offre existante versus besoin théorique*, qui permet de distinguer les communes où l'offre est supérieure, équivalente ou inférieure au besoin théorique des populations résidentes.
3. La valeur de ces deux indicateurs (consommation observée versus besoin théorique et offre existante versus besoin théorique) est projetée sur le découpage communal et sur le découpage en bassins de vie (95 bassins de vie).
4. Pour délimiter une quinzaine de territoires de santé, on regroupe les bassins de vie les plus proches au regard de l'indicateur, autour des pôles de la Région qui ont été définis par le schéma directeur de la région Ile de France (SDRIF arrêté par le Conseil régional le 15 février 2007).

Le regroupement des bassins de vie en territoire de santé respecte donc deux règles :

- l'homogénéité des contextes au regard des critères d'offre et de consommation de soins ;
- la contiguïté des bassins de vie réunis.

Pour chaque bassin de vie, on calcule la différence entre l'offre et la demande de soins, pour le niveau hospitalier sanitaire et pour le niveau soins de proximité.

2. *Les soins hospitaliers*

Dans cette approche, Paris n'est pas pris en compte, car compte tenu de la concentration de l'offre à Paris, le critère de la différence entre offre et demande s'applique mal à la situation parisienne.

Les classes renvoient à une différence en valeur absolue entre le montant de l'activité des établissements hospitaliers (offre de soins) et le montant des dépenses des individus dans les établissements hospitaliers (demande de soins). Entre parenthèses est mentionné le nombre de communes prises en compte dans chaque classe.

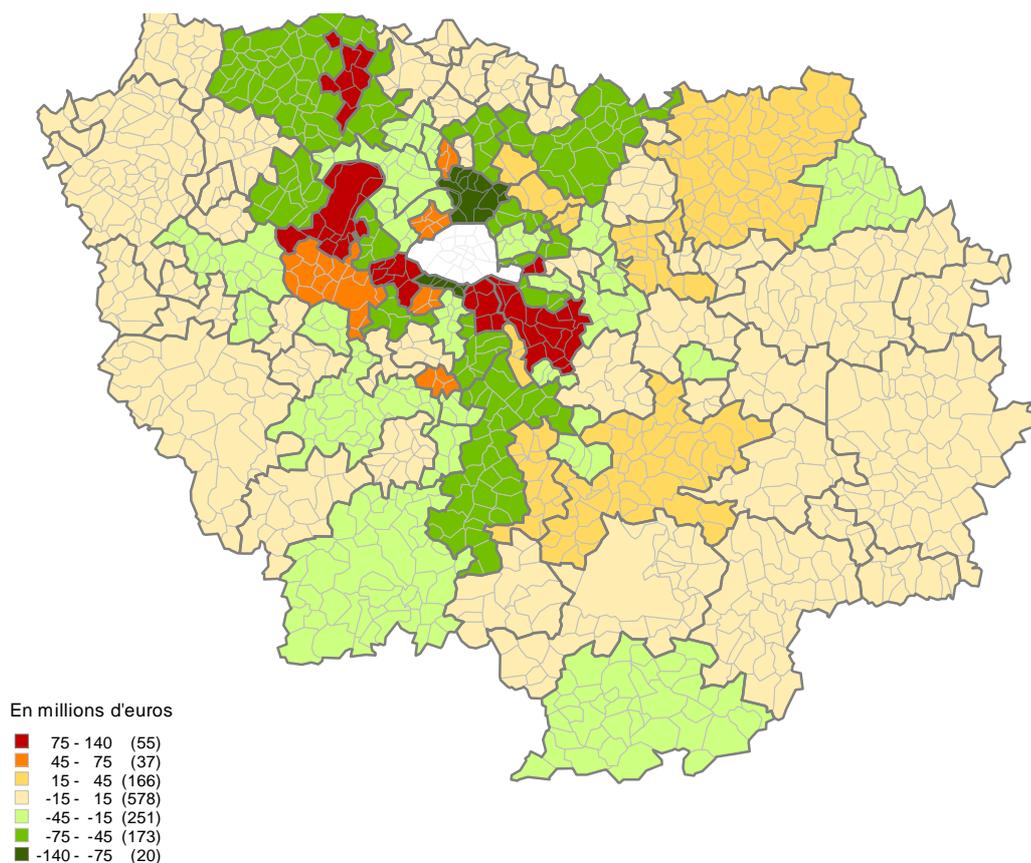
Les bassins de vie de couleur beige clair sont ceux pour lesquels existe un équilibre entre l'activité des établissements de santé et la consommation des individus (ce qui ne veut pas dire pour autant que les premiers répondent directement aux seconds). Ces bassins de vie sont principalement

périphériques (départements 77, 78, 95) et intègrent près de la moitié des communes franciliennes. Ils rendent compte essentiellement de l'équilibre entre des besoins et une offre hospitalière limités, caractéristiques de zones de faible densité.

Les bassins de vie de couleur rouge foncé ou clair se caractérisent par une offre hospitalière importante qui rayonne bien au delà du bassin de vie. C'est surtout le cas de bassins de vie de la petite couronne parisienne.

En vert, clair ou foncé, l'offre de soins est très déficitaire, du fait de l'absence d'établissements hospitaliers, et compte tenu d'une consommation de soins élevée. Une grande partie de ces contextes se situe dans la petite couronne.

La différence entre offre et demande de soins par bassin de vie, vue à travers les dépenses d'hospitalisation



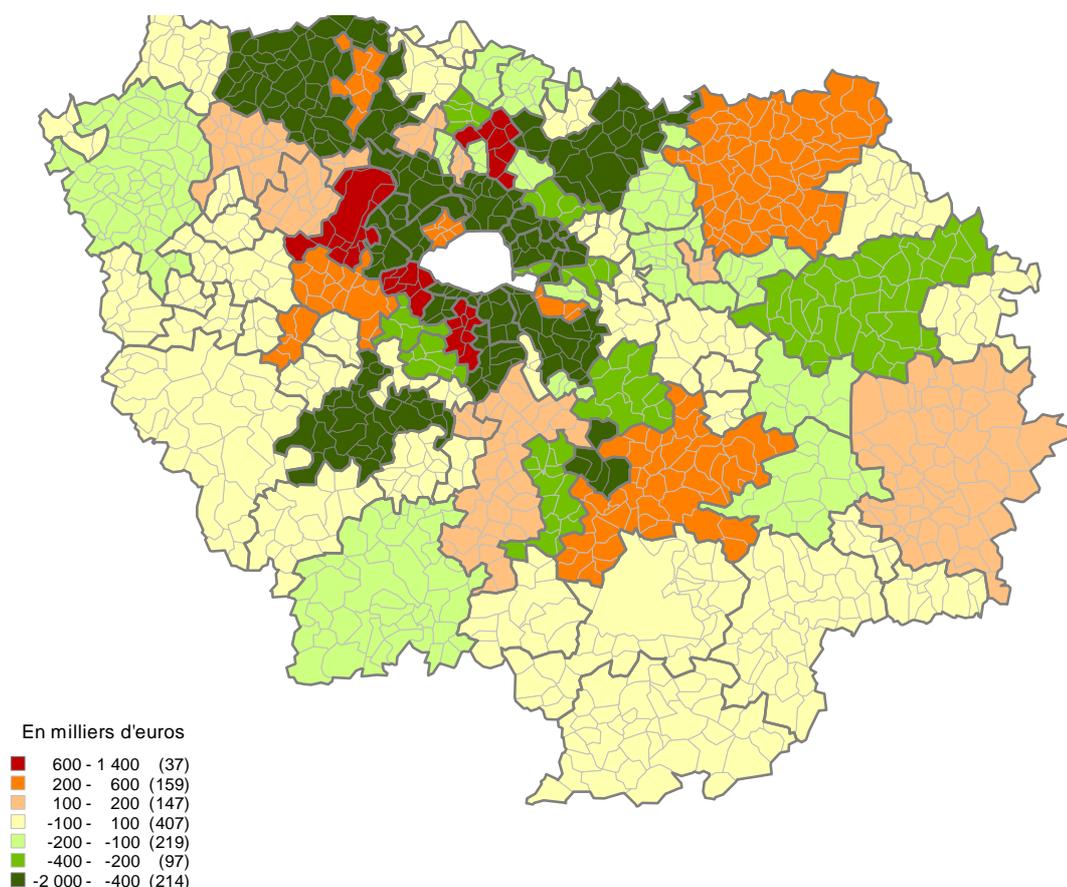
NB. Dans cette approche, Paris n'est pas pris en compte.

3. Les soins de proximité

Les classes renvoient à une différence en valeur absolue entre le montant de l'activité des médecins et auxiliaires médicaux de santé libéraux (offre de soins) et le montant des dépenses des individus auprès de ces professionnels de proximité (demande de soins). Entre parenthèses, est mentionné le nombre de communes prises en compte dans chaque classe.

Les bassins de vie de couleur beige clair sont ceux pour lesquels existe un équilibre entre l'activité des professionnels de santé et la consommation des individus (ce qui ne veut pas dire pour autant que les premiers répondent directement aux seconds). Ces contextes sont moins nombreux qu'au vu des soins hospitaliers, mais ils sont souvent dans la grande couronne (départements 77, 78, 91). Ils rendent compte essentiellement de l'équilibre entre des besoins et une offre professionnelle limités, caractéristiques de zones de faible densité.

La différence entre offre et demande de soins par bassin de vie, vue à travers les dépenses de médecine de proximité



NB. Dans cette approche, Paris n'est pas pris en compte.

Les bassins de vie caractérisés par un excédent en offre de soins (rouge vif et foncé) sont pour moitié en petite couronne.

Il en va de même pour les bassins de vie pour lesquels la demande de soins excède nettement l'offre (vert foncé et noir), que l'on peut donc considérer comme sous-équipés en professionnels de santé de proximité.

On peut en conclure que la petite couronne présente un paysage contrasté de situations où l'offre est soit nettement surdimensionnée, soit nettement sous-dimensionnée.

4.3. Une approche des bassins de santé par la consommation globale de soins

1. L'estimation du besoin théorique de la population à l'échelle communale

La valeur du besoin théorique d'une commune a été estimée à partir d'un modèle économétrique d'explication des dépenses de santé par commune mobilisant la méthode des MCO classique.

L'unité statistique est la commune, et la variable expliquée, le montant des dépenses par habitant. Les facteurs explicatifs retenus comme représentant les variables socio-économiques qui déterminent la consommation de soins sont l'âge, le sexe, la CSP⁹.

- Pour l'âge on a retenu les tranches suivantes : 0-14 ans, 15-29 ans, 30-44 ans (tranche prise comme référence), 45-59 ans, 60-74 ans, 75 ans et plus ;
- Pour le sexe : homme (référence), femme ;
- Pour la CSP : agriculteurs, artisans, cadres, employés (référence), professions intermédiaires, ouvriers.

Trois modèles de prévision de la dépense par habitant ont été calculés : un modèle portant sur le volet « proximité », un modèle portant sur le volet « hospitalisation » et un modèle cumulant les deux registres de dépenses.

A l'aide de ces modèles, on recalcule la valeur estimée de la consommation de chaque commune en multipliant la valeur prédite par le modèle par le volume de population de la commune. Une commune est considérée comme surconsommant des soins si la valeur observée est supérieure à la valeur prédite par le modèle ; à l'inverse elle est considérée comme sous-consommant des soins

⁹ Les résultats du modèle sont cohérents avec l'analyse des déterminants individuels des dépenses de santé mis en lumière par la DREES, voir *les déterminants individuels des dépenses de santé* - Etudes et Résultats n° 182 – juillet 2002

(estimation d'une consommation "normale" de soins dans une commune possédant ses caractéristiques).

Caractéristiques statistiques des 3 modèles

Variables explicatives		Global		Médecine hospitalière		Médecine de proximité	
type	classes	Valeur	Pr > t	Valeur	Pr > t	Valeur	Pr > t
constante	valeur	775,92	<0,0001	794,08	<0,0001	-18,16	0,81
sexe	% de femmes	517,61	<0,0001	-9,01	0,93	526,61	<0,0001
âge	% de 00-14 ans	-403,45	0,0148	-302,75	0,023	-100,69	0,35
âge	% de 15-29 ans	-226,79	0,08	-375,63	0,0004	148,84	0,08
âge	% de 45-59 ans	-151,00	0,16	-131,16	0,13	-19,84	0,78
âge	% de 60-74 ans	481,91	0,0011	182,39	0,13	299,53	0,002
âge	% de 75 ans et plus	511,58	0,0009	273,40	0,028	238,17	0,0185
CSP	% agriculteurs	-359,65	0,001	160,72	0,07	-520,37	<0,0001
CSP	% artisans	-420,39	0,0007	-222,08	0,0253	-198,31	0,014
CSP	% cadres	-566,47	<0,0001	-429,80	<0,0001	-136,67	<0,0001
CSP	% prof. Intermédiaires	-172,16	0,0048	-295,78	<0,0001	123,62	0,002
CSP	% ouvriers	131,59	0,05	167,12	0,0022	-35,53	0,42

Surlignées en jaune : les modalités significatives

2. La comparaison de la consommation effective au besoin théorique

A la différence de l'approche précédente qui cherchait à constituer des grands ensembles où l'offre et la demande se trouvaient équilibrées, cette approche a pour finalité d'identifier les territoires similaires au regard de la comparaison entre la consommation réelle et le besoin théorique.

Le « besoin théorique » étant le besoin moyen des Franciliens pondéré par les caractéristiques de la population au regard de l'âge, du sexe et de la CSP, on distingue par cette méthode les communes qui consomment plus que la moyenne théorique (en rouge), celles qui consomment au niveau de la moyenne (en jaune) et celles qui consomment moins (en vert).

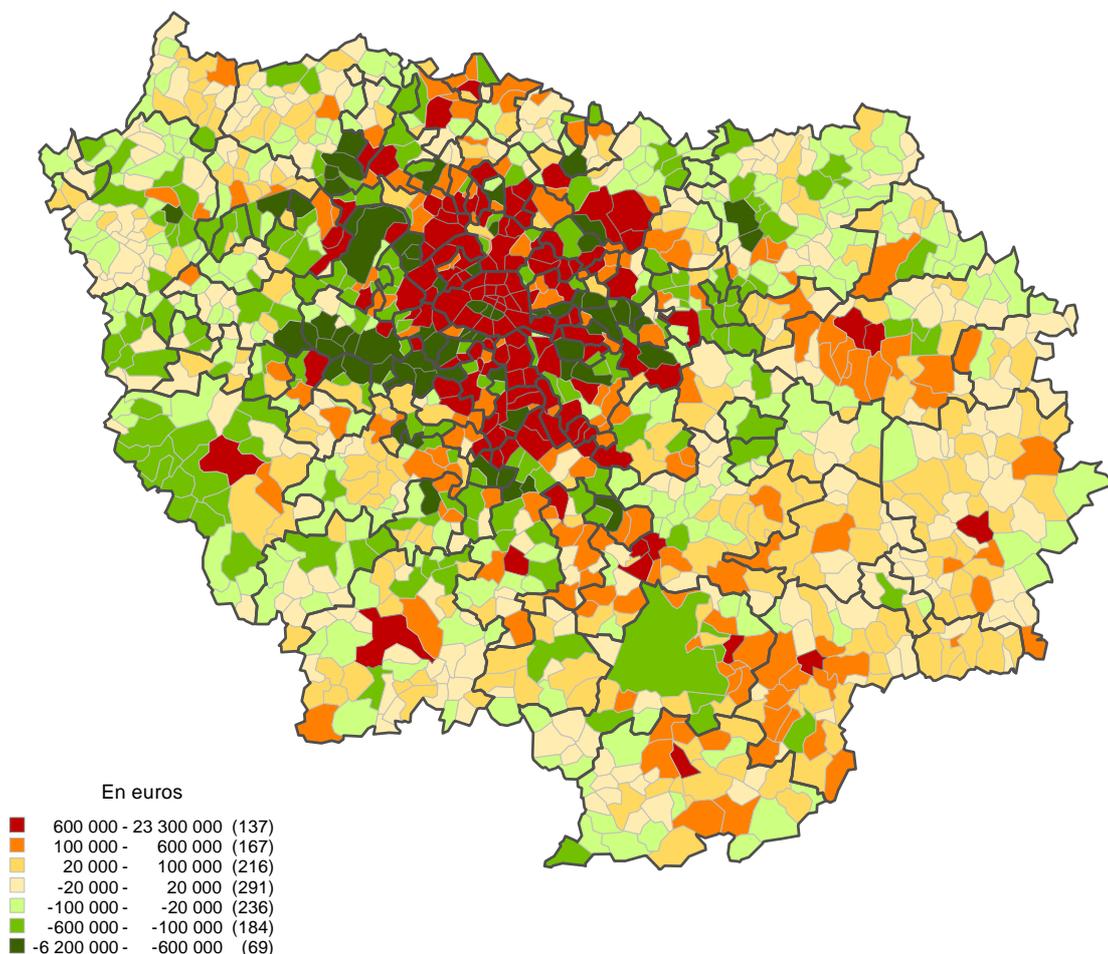
Rappelons que dans cette approche, on raisonne sur la somme globalisée des dépenses de soins hospitaliers et de soins de proximité.

Principalement du fait des consommations hospitalières dans les communes équipées d'établissements de soins, Paris et beaucoup de communes de la petite couronne se caractérisent par une surconsommation. Cette dernière est aussi le fait de communes de la grande couronne qui ont le statut de pôles de services (par ex. Provins, Rambouillet...).

Pour des raisons qui tiennent à l'effet d'aspiration des communes équipées, les communes de la petite couronne, qui n'ont pas d'hôpitaux, se rangent dans la classe où le déficit de consommation est le plus marqué.

L'équilibre se rencontre plus souvent dans les communes éloignées du cœur de la région, communes à la fois peu équipées et où la population a une consommation moins élevée que la moyenne.

Différence en € par commune entre le montant de la consommation de soins et le montant du besoin théorique



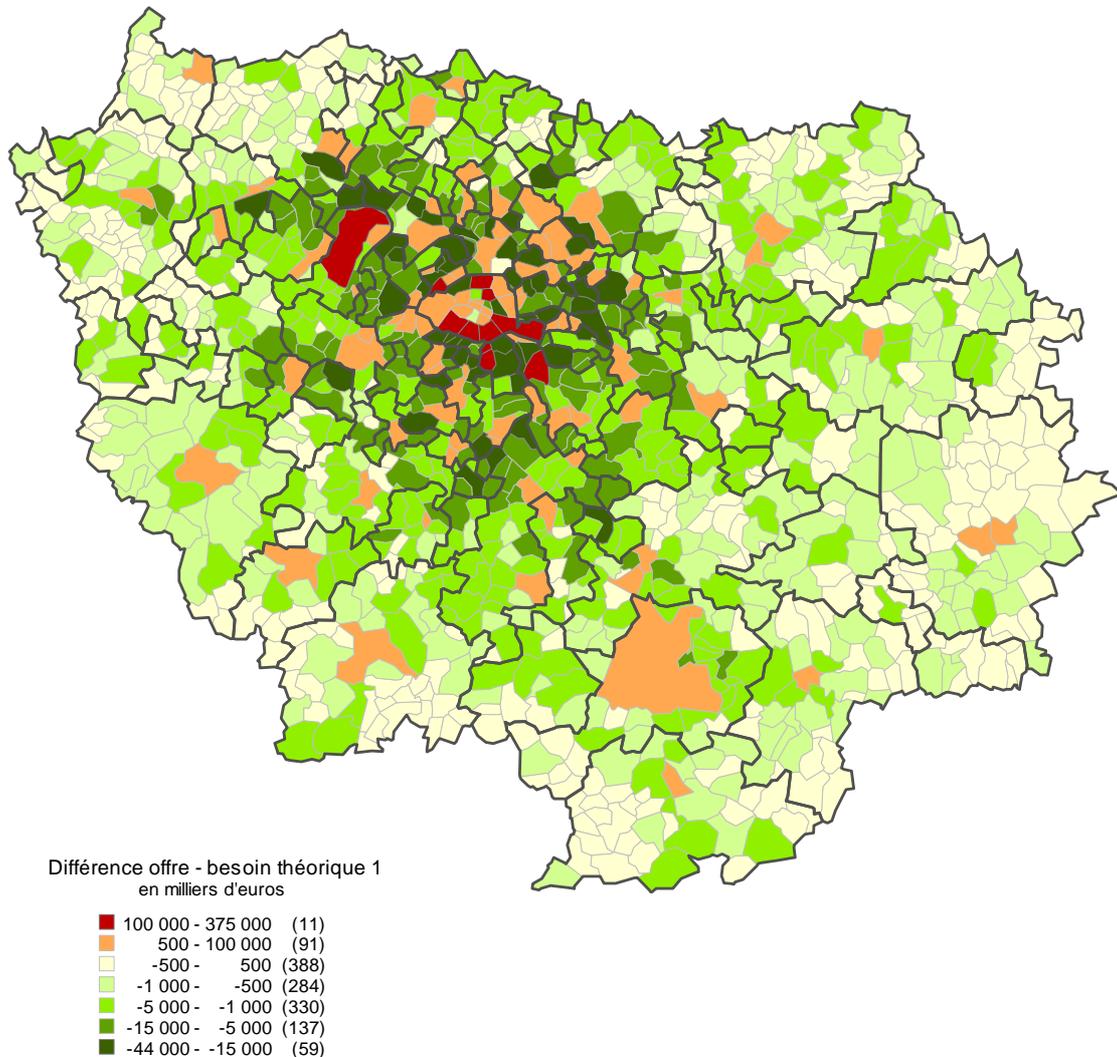
3. Comparaison de l'offre au besoin théorique

L'activité de soins des professionnels de santé à l'échelle de la commune est nettement supérieure au besoin théorique de la population communale là où ils existent des hôpitaux, particulièrement (en rouge) dans quelques arrondissements du sud et du nord parisiens et dans quelques communes proches de Paris (Villejuif, Créteil). Sur ce critère, on identifie bien tous les pôles de la région francilienne (en bistre).

Comme pour la consommation de soins, les déficits d'offre les plus marqués se trouvent dans la petite couronne, et dessinent une mosaïque dans laquelle se côtoient communes sur-actives en actes de soins et communes sous-équipées.

Une forte proportion des communes de la grande couronne équilibre activité de soins et besoin théorique.

Différence en € par commune entre le montant de l'offre de soins et le montant du besoin théorique



4. La typologie des bassins de santé franciliens au regard des deux indicateurs

La typologie est bâtie en fonction des deux axes définis sur le graphique ci-dessous.

Si l'unité territoriale (commune, bassin de vie) se situe dans le rectangle gris, c'est qu'elle est proche de l'équilibre entre activité réelle de soins, consommation effective de soins, et besoin théorique.

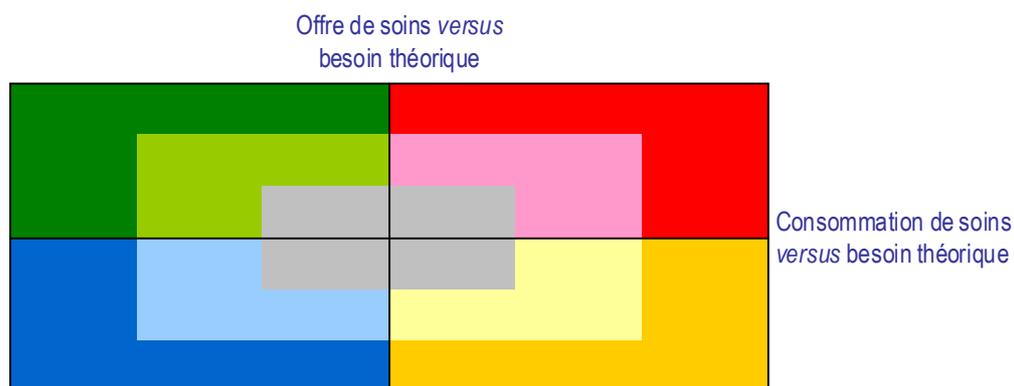
Celles dont l'offre de soins et la consommation excèdent nettement le besoin théorique de la population, se situent dans le rouge.

Du côté du pôle jaune, se trouvent les territoires dont la consommation de soins est forte (supérieure au besoin théorique) mais l'offre faible relativement.

S'opposant diamétralement au rouge, le cadran bleu se caractérise par un double déficit, d'offre et de consommation.

Dans le cadran vert on compte peu de communes, ce contexte correspondant à des territoires où il existe une activité d'offre excédentaire coexistant avec une consommation déficitaire.

Schéma de construction de la typologie



Guide de lecture :

La zone grise est délimitée en abscisse par les bornes « moyenne \pm 1 écart-type » et en ordonnées par les bornes « moyenne + 10% » et « moyenne - 20% ».

La zone des couleurs claires est délimitée en abscisse par les bornes « moyennes \pm 2 écart-types », et en ordonnées par les bornes « moyenne + 20% » et « moyenne - 40% ».

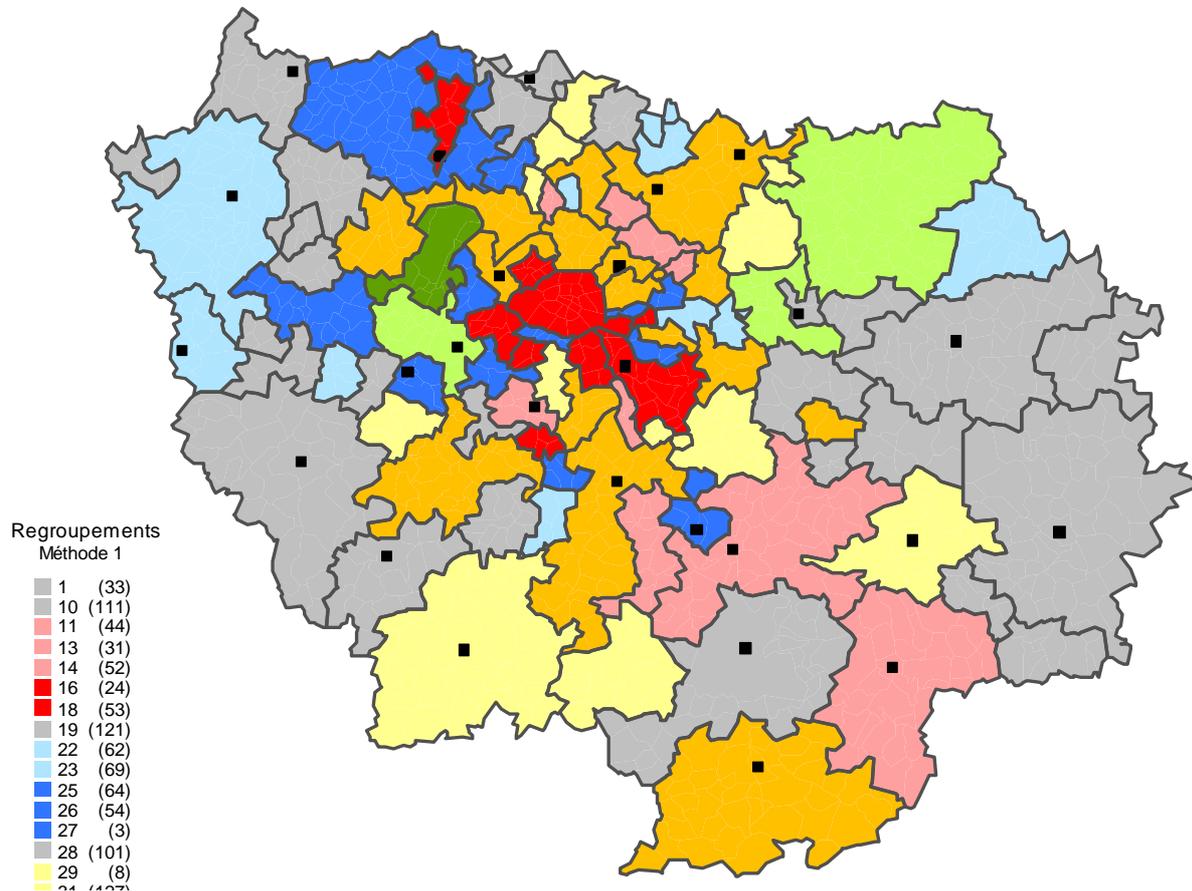
Les bassins de santé sont distribués sur le plan défini par les deux axes de la typologie. Leur couleur correspond au cadran dans lequel ils se trouvent projetés compte tenu de leurs caractéristiques en matière d'offre et de consommation de soins (hospitaliers + proximité).

La carte ci après situe les bassins de santé selon leurs caractéristiques. Ceux dont l'offre et la consommation sont voisins du besoin théorique (couleur grise) se situent aux marges de l'Île de France. Ceux qui sont en excédent sur les deux critères (couleur rouge) sont principalement au centre (Paris et petite couronne).

Les bassins de vie en surconsommation de soins mais déficitaires en offre (couleur jaune) sont surtout en petite et moyenne couronne.

Les bassins de vie en déficit de consommation et d'offre (couleur bleue) se situent à l'Ouest de l'Île de France.

Les différents bassins de santé selon les codes couleur de la typologie



4.4. Une approche des bassins de santé dissociant consommation de proximité et consommation hospitalière

Pour approfondir l'approche, on introduit trois modifications majeures dans la méthode de traitement qui visent à éclairer l'interprétation :

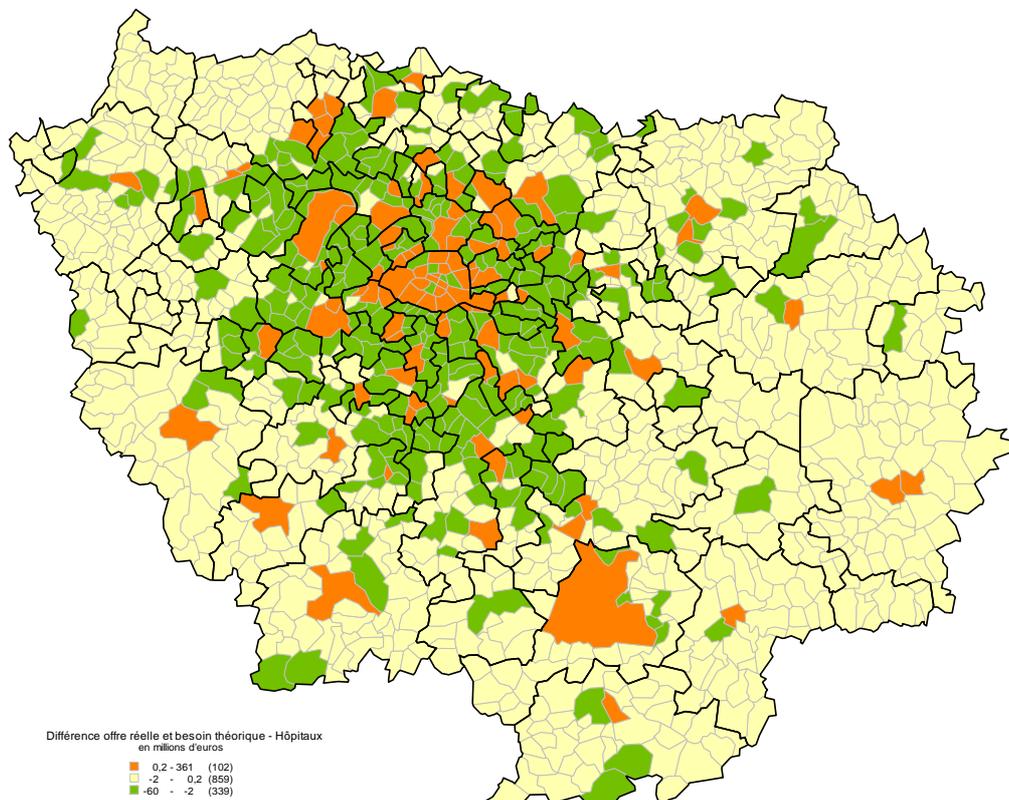
- on sépare l'analyse des dépenses en deux, soins hospitaliers d'un côté, soins de proximité de l'autre ;
- On raisonne non plus en différence en valeur (€) entre dépense réelle et besoin théorique, mais en écart relatif (%) par rapport au besoin théorique ;

- on simplifie la lecture de la comparaison avec le besoin théorique en ne retenant que 3 niveaux – l'excédent, l'équilibre, le déficit – ;
- on réduit la zone grise caractérisant le quasi équilibre en fixant, pour les 2 axes, les bornes à +/- 5% de différence entre montant réel et montant théorique.

1. *La consommation de soins hospitaliers*

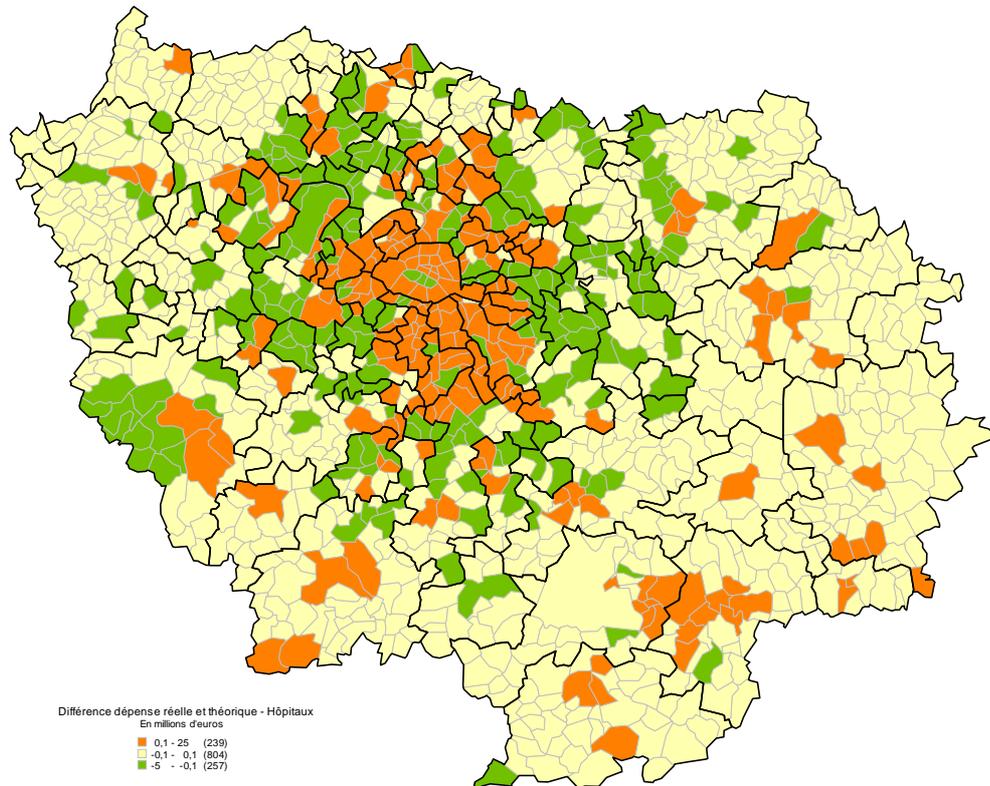
L'excédent d'offre de soins hospitaliers recoupe clairement la carte des principales implantations hospitalières dans les pôles de services de la région, dont Paris (bistre). Le déficit est concentré dans la petite et moyenne couronne (vert).

Différence entre offre et besoin théorique par commune pour l'hospitalisation



L'excédent de consommation de soins hospitaliers concerne Paris et la petite couronne et quelques pôles plus excentrés notamment dans le 77.

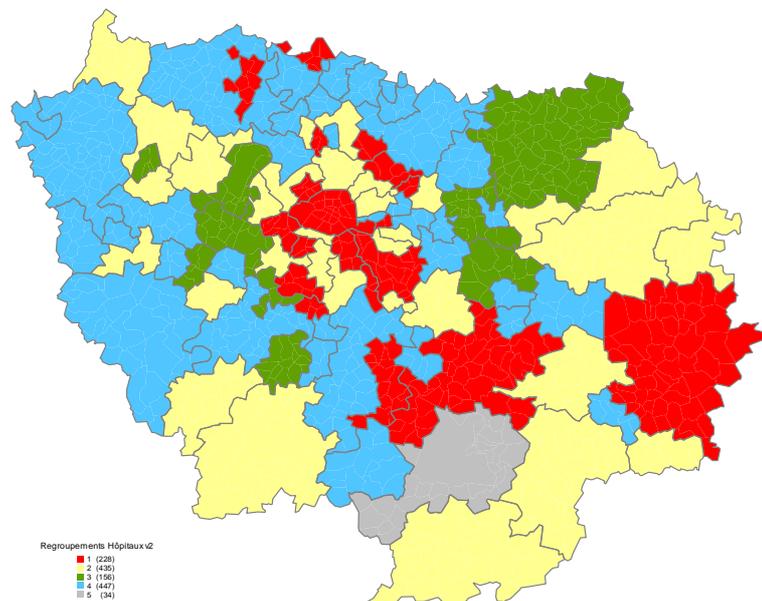
Différence entre consommation et besoin théorique par commune pour l'hospitalisation



Il n'y a qu'un bassin de vie qui est à l'équilibre sur les deux critères (gris).

Un grand nombre de bassins de vie se caractérisent par un déficit de dépenses sur les deux critères (bleu).

Typologie des bassins de vie pour les dépenses d'hospitalisation

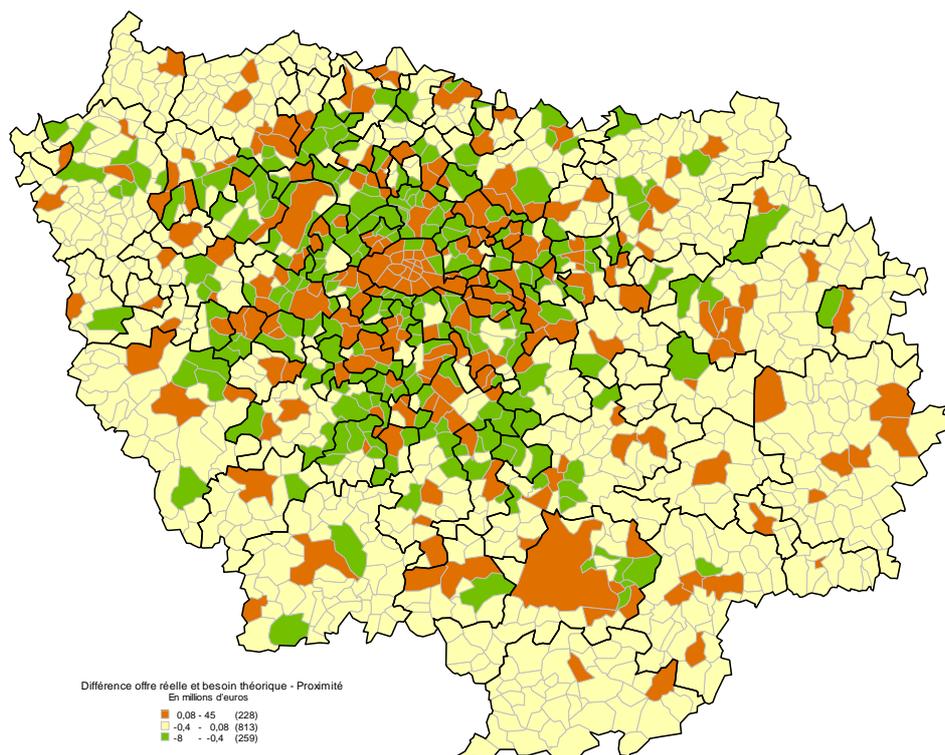


2. *La consommation de soins de proximité*

L'excédent d'offre de soins de proximité caractérise les communes centres, centres urbains principaux et secondaires (bistre).

Les communes en déficit d'offre de soins de proximité (vert) sont en proximité directe des communes excédentaires, traduisant un effet d'aspiration vers les centres les mieux dotés.

Différence entre offre et besoin théorique par commune pour les soins de proximité

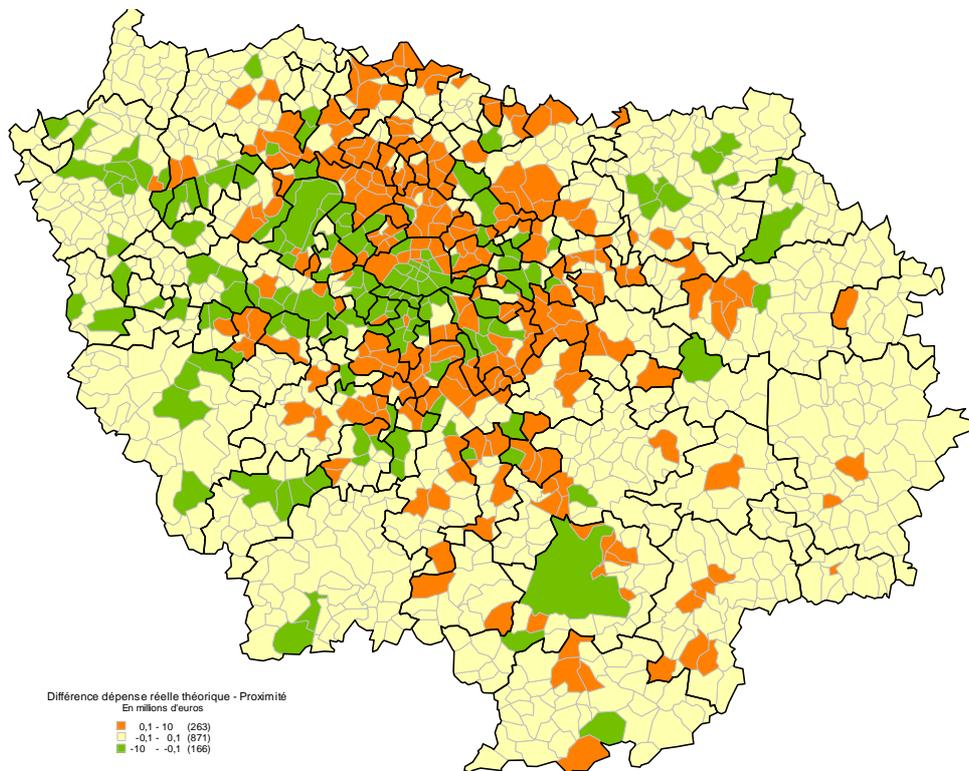


Déficits et excédents de consommations de soins de proximité paraissent épouser les grandes différenciations sociologiques de l'espace francilien (cf. carte ci-après).

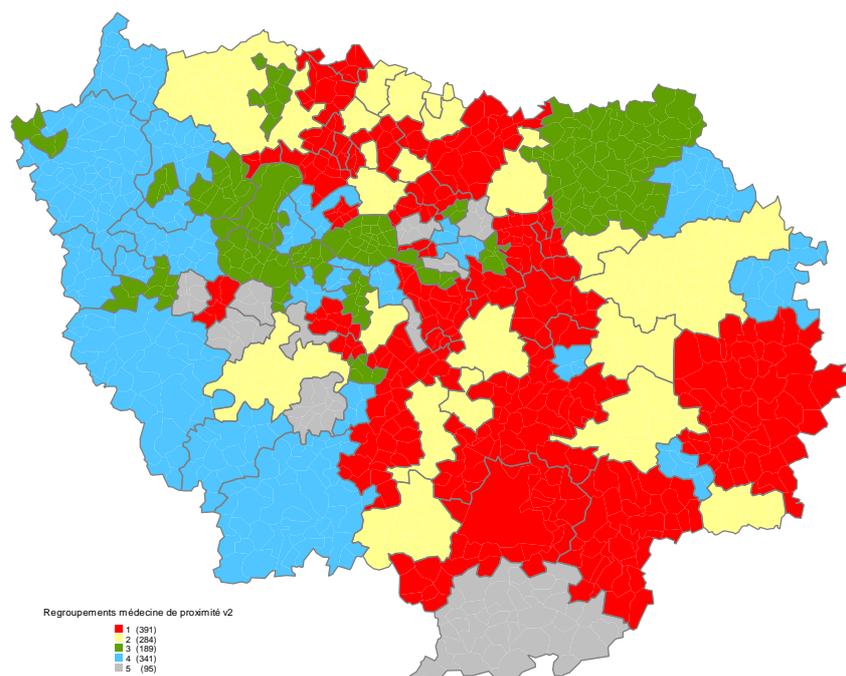
On trouve des communes en déficit de consommation (vert) à l'ouest et au sud-ouest de Paris, dans le cadran des communes les plus riches de la région.

Les communes présentant une surconsommation de soins (bistre) se concentrent au nord, à l'est et au sud de Paris, plutôt en petite couronne : ce sont des secteurs où dominent les communes les plus populaires.

Différence entre consommation et besoin théorique par commune pour les soins de proximité



Typologie des bassins de vie pour les dépenses de proximité



L'ouest et sud-ouest franciliens sont nettement en sous-consommation de soins de proximité (bleu).

Le nord, l'est et le sud-est sont en sur-consommation (rouge).

L'excédent de consommation associé à un déficit d'offre (jaune) s'imbrique aux contextes précédents (rouge).

Il y a bien une opposition sociologique marquée entre les secteurs plus riches et les secteurs moins riches du territoire francilien : les premiers sont moins consommateurs de soins de proximité, comparé au besoin théorique, les seconds le sont plus.

Il faut y lire, en creux, l'effet du gradient de santé. La moindre consommation de soins de proximité s'interprète principalement comme la conséquence d'un meilleur état de santé moyen des populations résidentes. De ce point de vue, il paraît cohérent que la situation paraisse plus favorable dans les territoires résidentiels de l'Ouest francilien qu'au Nord et à l'Est.

5. Vers un découpage synthétique du territoire régional

Les projections obtenues ne livrent pas d'emblée un découpage évident pour esquisser des territoires de santé, susceptibles de constituer un cadre pertinent pour l'observation des inégalités de santé et l'orientation des politiques de santé publique. Mais elles permettent une description fine de la géographie régionale en matière de consommation et d'offre de soins, dans toute sa complexité.

Concernant le **volet « soins hospitaliers »**, la région Ile de France présente un modèle concentrique.

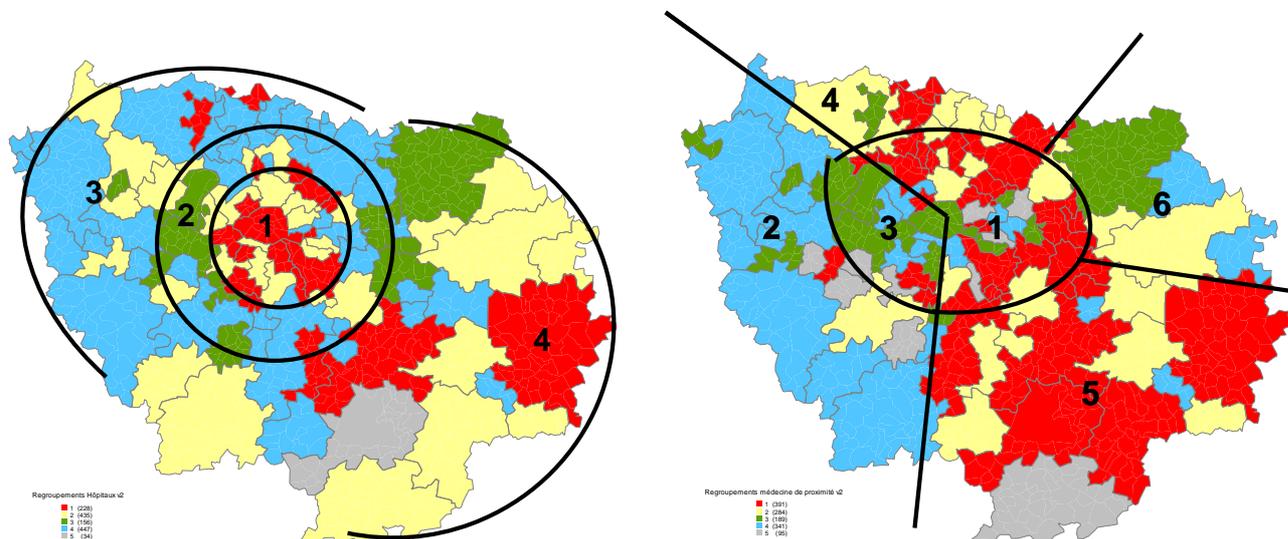
Le cœur de l'agglomération régionale se différencie entre :

- le centre de l'agglomération qui concentre l'offre et une consommation importante (1) ;
- une moyenne couronne en situation de sous-consommation (2).

La grande couronne se différencie entre :

- un grand croissant Ouest de sous-offre et de sous consommation (3) ;
- un côté Est / Sud-est caractérisé par la surconsommation, avec des zones excédentaires en offre et d'autres déficitaires (4).

Typologie des bassins de santé selon soins hospitaliers (à gauche) et soins de proximité (à droite)

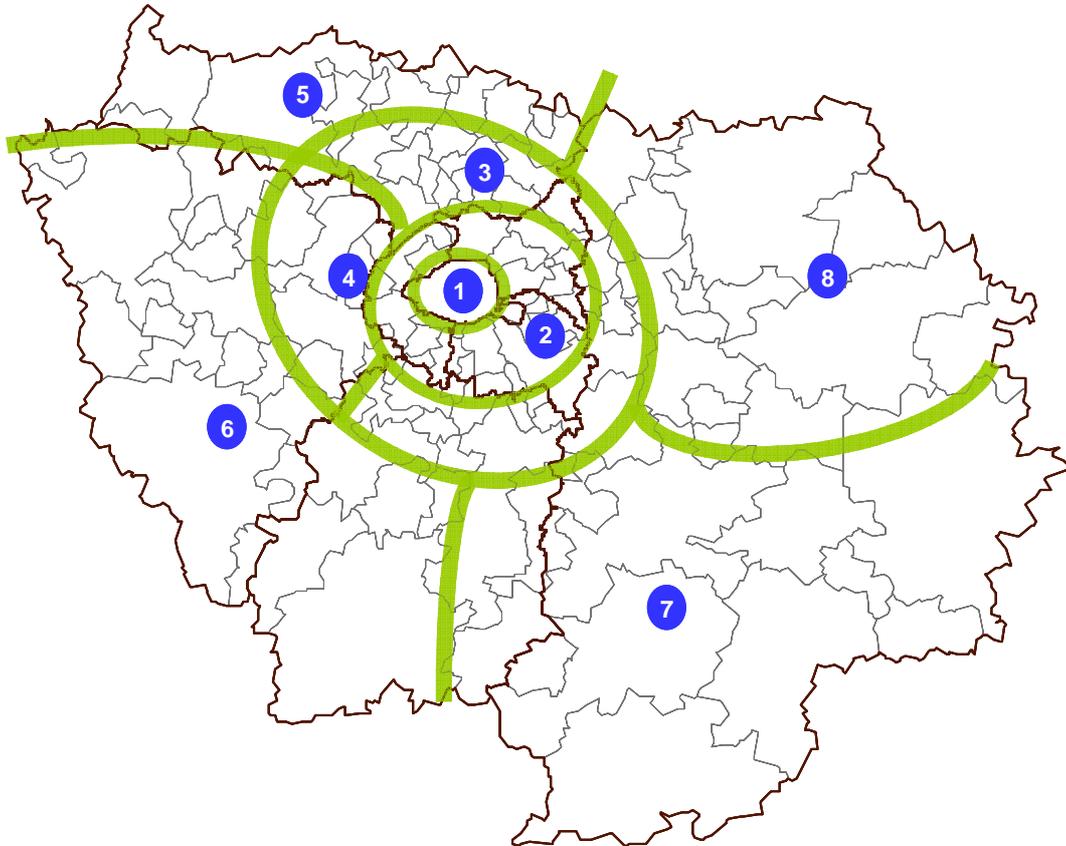


Concernant le volet « soins de proximité », on est davantage dans un modèle radial où :

- un arc central entourant le Nord, l'Est et le Sud du centre de l'agglomération se caractérise par la surconsommation de soins (1) ;
- un grand angle Ouest se caractérise par le sous-équipement et la sous-consommation (2) ;
- la pointe de cet angle est marquée par la sous-consommation et le suréquipement (3) ;
- une frange Nord est marquée par la surconsommation, et un relatif sous-équipement (4) ;
- un angle Sud-est se caractérise par la surconsommation et une offre conséquente (5) ;
- un angle Est se caractérise par un double déficit d'offre et de consommation (6).

In fine, en croisant les typologies « soins de proximité » et « soins hospitaliers », on peut esquisser **8 grands territoires**. Il s'agit d'un zonage typologique, qui pourrait servir de guide à la délimitation de bassins de santé, pour structurer l'observation et les approches d'évaluation de l'efficacité du système de soins.

Zonage typologique pour délimiter des territoires de santé en Ile de France



A. Au cœur de l'agglomération parisienne.

Paris dessine une zone à part, qui se caractérise par un excès d'offre pour l'hospitalisation et la proximité, et par une sur-consommation de soins hospitaliers, comparée au besoin théorique (en fonction des caractéristiques de la population).

Une auréole qui suit le tracé des départements de la petite couronne (à l'exception du Nord de la Seine-Saint-Denis) est marquée par l'équilibre entre offre et consommation sur les deux registres.

B. Une moyenne couronne se divise en deux sous-zones.

Dans un large croissant Nord, Est et Sud, les populations résidentes se caractérisent par l'excédent d'offre et de consommation de soins de proximité.

Dans un angle Ouest, elles se caractérisent par un déficit de consommation de soins de proximité.

C. Les marges de la Région comprennent 4 secteurs

Une frange Nord est caractérisée par un relatif équilibre, aussi bien pour les soins hospitaliers que pour les soins de proximité.

Un large secteur Ouest / Sud-ouest est marqué par le déficit de consommation de soins de proximité et un déficit d'offre hospitalière.

Un angle Sud-est se caractérise par un relatif équilibre pour les soins de proximité et un fort déficit d'offre hospitalière.

Un angle Nord-est est marqué par le déficit d'offre de soins hospitaliers et une sur-consommation de soins de proximité.

*

* *

Au terme de ce travail, on n'a fait que poser le cadre d'une analyse spatiale des inégalités territoriales de santé. La suite de cette recherche consistera à examiner la proportion de la population de ces territoires qui consomme des soins, la part des différents types d'affections, notamment les affections de longue durée (ALD).

Sur chacun des territoires esquissés, une analyse plus approfondie mérite d'être menée pour caractériser finement les problématiques au regard :

- des caractéristiques des bassins de vie (état de l'offre de santé, contextes résidentiels, géographie des déplacements...);
- des profils des populations (types de ménage, CSP, revenus, état de santé...);
- des principales problématiques d'inégalités de santé rencontrées, sociales et territoriales.

L'approche permettrait alors de rendre compte des inégalités de santé en les situant dans un cadre spatial établi en fonction de l'intensité d'activité du réseau de soins francilien. En examinant, par territoire, les taux de prévalence des principales maladies et l'intensité de consommation de soin, il sera possible de rapprocher les disparités concernant les états de santé de la population des facteurs sociodémographiques (caractéristiques des populations résidentes) comme des facteurs structurels (densité du réseau de soins, accessibilité des établissements de santé).

La région Ile de France offre un contexte complexe dans lequel se superpose un cœur, marqué par la concentration d'établissements au rayonnement régional et national, et une grande densité de praticiens libéraux, et une mosaïque de périphéries dont les dynamiques sont diverses. Entre la ville-métropole et la mosaïque des territoires résidentiels franciliens, les contrastes en matière de santé sont très marqués, et encore mal observés.

« À l'heure des réformes territoriales, la ville-métropole et l'urbanité comme objets d'étude nécessitent, plus que jamais, un changement d'échelle permanent, du « territoire de santé » jusqu'au quartier, pour appréhender les phénomènes à l'œuvre, qu'ils concernent directement ou indirectement la santé. Les « territoires » sont de plus en plus contrastés et il faut trouver des échelles de travail pertinentes et consensuelles. Les sources d'informations actuelles sont loin d'être cohérentes et fédérées pour permettre une exploitation opérationnelle directe en termes de caractérisation de ces inégalités. »¹⁰

¹⁰ Un dispositif francilien d'observation de la santé, l'ORS. In « Territoires, incubateurs de santé ? », Les Cahiers de l'IAU îdF n° 170-171 - septembre 2014

6. ANNEXES

L'exploitation du SNIIRAM, base de données de l'Assurance maladie, permet de concevoir la construction d'une base de données à l'échelle d'une région comme l'Ile de France. En rapprochant des données du recensement et des données sur la consommation de soins on peut, à des échelles territoriales fines, identifier les disparités sociales (niveaux de revenu) et territoriales (offre de soins).

Une telle base de données permettrait d'éclairer l'action publique pour répondre aux problèmes que posent aussi bien la sous consommation que la surconsommation de soins.

ANNEXE 1 : le SNIIRAM

Qu'est-ce que le SNIIRAM ? (CNAMTS, 2014)

Le SNIIRAM est une base nationale de données créée en 1999 par la loi de financement de la sécurité sociale. Il a pour but d'améliorer la gestion de la sécurité sociale, des politiques de santé, d'améliorer la qualité des soins ainsi que de fournir les informations nécessaires aux professionnels de la santé. Le ministère des affaires sociales et de la santé par arrêté définit ses missions, les droits d'accès et les ressources. La Commission Nationale de Liberté et d'Information (CNIL) veille à ce que cet arrêté soit respecté. La Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs et des Salariés est chargée de la gestion du système. Pour la CNIL elle est l'autorité responsable du système d'information.

Le SNIIRAM vise à :

- Améliorer la qualité des soins
 - comparer les différentes pratiques et dégager « les bonnes pratiques »
 - analyser les comportements de consommation de soin
 - analyser et déterminer les déterminants des caractéristiques de la qualité des soins.
- Améliorer la gestion de la caisse d'assurance maladie
 - Déterminer le niveau de dépenses de chaque régime
 - Vérifier le niveau des dépenses par enveloppe telle que la loi des finances l'a fixée
 - Analyser quantitativement les déterminants de l'offre de soin et la mesure de leurs impacts sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie

- Améliorer la constitution des politiques publiques :
 - Identifier des parcours de soin de patients
 - Suivre et évaluer l'état de santé des patients et de leurs conséquences sur la consommation de soin
 - Analyser la couverture sociale des patients
 - Surveiller la consommation de soin en fonction des différents indicateurs de santé publique

Quelles informations contient-il ?

Le SNIIRAM se décompose en différentes bases de données : une individuelle pour évaluer la consommation des assurés, un échantillon pour des études spécifiques, des bases de données thématiques. Les informations qu'on peut trouver sont les suivantes :

- Age, sexe, bénéficiaire ou non de la CMU-C
- Diagnostic d'une ALD et date du décès
- Prestations remboursée dans le parcours médical de ville, informations sur le praticien ainsi que sur la délivrance de médicament
- Consommation de soins dans les établissements privés ou publics

Quel est l'usage fait du SNIIRAM ?

Le SNIIRAM est à disposition des différents régimes d'assurance maladie des partenaires (ministères, agences sanitaires, organismes publics de recherche) ainsi que des autres organismes à but non lucratif faisant de la recherche sur demande. Les organismes à but lucratifs ne peuvent y avoir accès.

ANNEXE 2 : les indicateurs

Indicateur	Source	Définition
Population de la commune	INSEE	La population de la commune comprend : la population de la résidence principale, la population des communautés de communes, les personnes sans abri ou vivant dans des habitations mobiles
Catégorie socio-professionnelle par commune	INSEE	Défini par les groupes et les catégories socio-professionnels ainsi que les professions
Distribution de la population par âge	INSEE	Répartition de la population totale par classe d'âge
Taux de foyers fiscaux non imposés	Direction générale des finances publiques	Le foyer fiscal désigne l'ensemble des personnes inscrites sur une même déclaration de revenus. Le taux de foyers fiscaux non imposés est la part de foyers fiscaux non imposés pour 100 foyers fiscaux.
Taux de mortalité brute par commune	CépiDC	Nombre de décès pour 1000 personnes dans l'année
Taux de mortalité infantile	CépiDC	Le taux de mortalité infantile est le rapport entre le nombre d'enfants décédés à moins d'un an et l'ensemble des enfants nés vivants.
Taux de mortalité prématurée	CépiDC	Le nombre de personne décédées dans l'année avant 65 ans pour X individus âgé de moins de 65 ans.
Taux d'Affectation Longue Durée (ALD) par commune	SNIIRAM	Nombre de personne reconnues par l'assurance maladie en ALD, leur maladie chronique est répertorié dans une des 30 catégories et leur traitement pris en charge
Taux de décès par pathologie et par commune	CépiDC	Taux standardisé de décès c'est-à-dire calibré sur la structure d'âge de la population, nombre de décès dû à la pathologie pour 100 000 personnes
Taux d'équipement par commune	INSEE	Le nombre d'équipements de santé pour 10 000 habitants est calculé par rapport aux estimations de population
Densité de généraliste	INSEE	La densité médicale est le ratio qui rapporte les effectifs de médecins (omnipraticiens, spécialistes...) à la population d'un territoire donné. La densité médicale s'exprime en nombre de médecins (par exemple) pour 100 000 habitants.
Densité de spécialistes	INSEE	
Densité d'infirmiers	INSEE	
Densité de pharmacie	INSEE	
Consommation de soin chez le médecin	SNIIRAAM	
Consommation de soin hospitalier	SNIIRAAM	
Consommation de soin en pharmacie	SNIIRAAM	

ANNEXE 3 : tableau synthétique par département francilien

Tableau 1 Synthèse de comparaison des indicateurs au niveau départemental par rapport à la moyenne régionale

	Paris	Seine-et-Marne	Yvelines	Essonne	Hauts-Seines	Seine-Saint-Denis	Val de Marne	Val d'Oise
Espérance de vie des femmes								
Espérance de vie des hommes								
Taux de mortalité								
Taux de mortalité prématurée								
Taux de mortalité infantile								
Taux de mortalité cancer								
Taux de mortalité maladie cardio-vasculaire								
Taux de mortalité alcool								
ALD cardiovasculaire								
ALD cancer								
Taux d'équipement								
Médecin généraliste								
Médecin spécialiste								
Pharmacie								
Chirurgien-dentiste								
Infirmier								

ANNEXE 4 : liste des tableaux

Tableau 1 Espérance de vie en France métropolitaine et en Ile-de-France à la naissance en 2012	Erreur ! Signet non défini.
Tableau 2 Espérance de vie en région Ile-de-France à la naissance en 2012 .	Erreur ! Signet non défini.
Tableau 3 Comparaison du taux de mortalité entre France métropolitaine et en région Ile-de-France	Erreur ! Signet non défini.
Tableau 4 Comparaison du taux de mortalité en région Ile-de-France.....	Erreur ! Signet non défini.
Tableau 5: Comparaison du taux de mortalité prématuré entre Île de France et métropole	Erreur ! Signet non défini.
Tableau 6: Comparaison du taux de mortalité prématuré entre départements d'Île de France .	Erreur ! Signet non défini.
Tableau 7 Comparaison du taux de mortalité infantile entre la France métropolitaine et la région Ile-de-France.....	Erreur ! Signet non défini.
Tableau 8 Comparaison du taux de mortalité infantile dans la région Ile-de-France	Erreur ! Signet non défini.
Tableau 9 Taux des ALD par département en région Ile-de-France.....	Erreur ! Signet non défini.
Tableau 10 Causes de décès par département, taux pour 100,00 habitants .	Erreur ! Signet non défini.
Tableau 11 Consommation d'actes médicaux par département	Erreur ! Signet non défini.
Tableau 12 Répartition de l'accueil et du traitement en urgence par département en nombre de passages.	Erreur ! Signet non défini.
Tableau 13 Répartition du nombre de lits dans la région Ile-de-France.....	Erreur ! Signet non défini.
Tableau 14 Taux d'équipement en région Ile-de-France	Erreur ! Signet non défini.
Tableau 15 Répartition des professionnels de la santé en région Ile-de-France	Erreur ! Signet non défini.
Tableau 16 Densité médicale en région <i>Ile-de-France</i>	Erreur ! Signet non défini.
Tableau 17 Synthèse de comparaison des indicateurs au niveau départemental.....	70

7. BIBLIOGRAPHIE

Bibliographie générale

A.Fleury, J.-C. F.-J. (2012). Les inégalités socio-spatiales progressent-elles en Ile-de-France ?
Metropolitiques.

Acheson Report : Independent Inquiry into Inequality in Health Report . . (1998).

Aïach, P. (2010). *Les inégalités sociales de santé.* Paris: Anthropos.

Al, M. G. (2004). Mesurer l'impact des déterminants non médicaux des inégalités sociales de santé.
IRDES.

ARS. (2012). Chiffres clefs de la santé en Ile-de-France.

Asada, Y. (2010). On the Choice of Absolute or Relative Inequality Measures . *The Milbank Quarterly* ,
pp616-622.

Baudelot, C. (2010). *Les inégalités sociales de santé parmi les autres inégalités économiques et
sociales .*

Black Report : Inequality in Health . Departement of Health and Social Security . (1980).

CNAMTS. (2014). Rubrique SNIIRAM. *Statistiques et publication.*

Conseil National de l'information statistique . (2007). Niveau de vie et inégalités sociales.

Desplanques, G. (1984). L'inégalité sociale devant la mort. *Economie et statistique*, pp29-50.

Desplanques, G. (Janvier 1976). Les différentes de mortalité sont les plus fortes dans les grandes
villes. *Economie et statistique*, pp47-50.

Desplanques, G. (Octobre 1973 n°45). A 35 ans, les instituteurs ont encore 41 ans à vivre, les
manoeuvres 34 ans seulement. *Economie et statistique* , 3-19.

DREES. (2012). *Accès aux soins : quels outils pour les territoires ?*

ED, S. (2007). Challenging Health Inequalities . *University of Bristol.*

- F.Andrain. (1998). Public Health Policies and Social Inequality .
- Graham, H. (2007). Unequal Lives . Open University Press.
- Haut Comité de la Santé Publique. (Juin 1998). *Allocation régionale des ressources et réduction des inégalités de santé*. Paris: ENSP.
- Haut Conseil de la Santé Publique. (2013). *Indicateurs de suivi de l'évolution des inégalités sociales de santé dans les systèmes d'information en santé*. Paris: HCSP.
- Hypocrate : club parlementaire sur l'économie de la santé . (2010). *Les inégalités sociales de santé : quel constat ? Quels leviers d'action ?* .
- I.Parizot, P. J.-M. (2004). Santé, inégalités et ruptures sociales dans les Zones Urbaines Sensibles d'Ile-de-France. *Les travaux de l'observatoire* .
- IAURIF . (2005). Atlas de la santé .
- IAURIF . (2007). Disparités spatiale de l'offre médicale en Ile-de-France.
- IAURIF. (2011). Mesure d'accès aux médecins de premiers recours en Ile-de-France phase 1.
- IAURIF. (2012). Les acteurs publics locaux face à l'offre de soin de premiers recours phase 2.
- IAURIF. (2012). *Les chiffres clefs de la région Île-de-France 2012*.
- INSEE. (2011). *L'espérance de vie s'accroît, les inégalités sociales face à la mort demeurent*.
- INSERM. (s.d.). *Principaux indicateurs de mortalité* .
- Institut de Veille Sanitaire. (2007). Les inégalités sociales en France de santé en 2006. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire* .
- IRDES. (2005). *Politique de réduction des inégalités sociales de santé, quelle place pour le système de santé ?*
- Jésu, D. B. (1998). Mort et mortalité aujourd'hui : que disent, que ne disent pas, pourraient dire les chiffres ? *L'esprit du temps "psychologie"*, pp39-55.
- Marmot Review Report : Fair Society Healthy Lives . . (2010).
- NJ, S. (1994). Les politiques de Santé en France et en Allemagne . . *Observatoire Européen de la Protection Sociale*.

OCDE. (2004). *Vers des systèmes de santé plus performant?*

Organisation Mondiale de la Santé. (2008). Key concepts .

ORS. (2009). Dynamique territorial de santé en Ile-de-France .

Raynault, M.-f. (2013). Le bon sens à la Scandinave . *Les Universités Presses de Montréal*.

Sam Harper, N. B. (2010). Implicit Value Judgements in the Measurement of Health Inequality . *The Milbank Quaterly* .

Sauvy, A. (Vol 3_ . Novembre-Décembre 1983). L'inégalité sociale devant les soins de santé. *Population*, pp1060-1063.

The World Health Organization on Health Inequality & Social Determinants of Health. (2007). *Population & Development Review* .

Tonnellier, F. (1992). *Inégalités géographiques et santé : évolution depuis le XIXe siècle en France*. Paris: CREDES.

Vigneron, E. (1999, Décembre 29). Santé publique et aménagement du territoire. . *Actualité et dossier en santé publique*, p. 19.

W.Dressler, W. (1993). Health in the African American Community : Accoutning for Health Inequality . *Medical Anthropology Quaterly* , pp325-345.

Wilkinson, R. (2005). *L'égalité c'est la santé*. Paris: Demopolis.

Publications du CREDOC sur les inégalités de santé sociale et la consommation médicale

H.Brousse Revue consommation/*Rapport sur les dépenses de santé*, n°2955, juillet-novembre, 1954

G.Rösch Revue de consommation/ *La consommation médicale des ménages d'après l'enquête de 1956*, n°2979, 1958

A.Chasserant Revue de consommation/ *La consommation médicale des ménages d'après l'enquête de 1956*, n°3025, 1961

A.Mizrahi et A.Mizrahi *Revue de consommation/ Un modèle des dépenses médicales appliquées aux données d'une enquête*, n°3061, 1964

R.Rochefort et C.Meyer, *Les inégalités sociales de santé*, rapport de l'atelier n°2, n°S831, juin 1993

P.Quéau et C.Olm *La construction sociale de la perception de la santé*, n°C128, juin 1999

J.L Volatier et R.Rochefort *Disparité, inégalité, injustice face au système de santé. Les opinions des français sur l'accès au système de soins. Comportement culturel et besoin des consommateurs.*
N°C42, février 1993

O.Cesari *Condition de vie et géographie des soins médicaux* n°2218 mai 1982

H.Faure, A.Thauront, F.Tonnellier *La médecine libérale. Densité, activité, consommation de soin dans les régions et dans les départements* n°2217, avril 1982

T.Leconte, A.Mizrahi, A.Mizrahi *Présentation de l'enquête nationale sur les consommations médicales*
N°2194, 1980

A.Vessereau, *étude géographique des dépenses médicales* n°3001 juillet-septembre 1959

C.Guillot, A.Mizrahi et Mizrahi *Revue de consommation/étude critique de méthodes de l'enquête, une enquête pilote sur la consommation médicale*, n°3118, janvier-mars 1968

L.Lebart, S.Sandier et F.Tonnellier *Revue de consommation/ Aspect géographique du système des soins médicaux, analyse départementale*, n°S3192, octobre-décembre 1974