

# Inégalités sociales de santé, territorialisation et organisation des soins

**Laure Pitti**, professeure de sociologie, Université Sorbonne Paris Nord, Institut de recherche interdisciplinaire sur les enjeux sociaux

# Inégalités sociales, inégalités spatiales

## Que nous apprennent les déserts médicaux urbains ?

### Une présentation en 3 points

- Des inégalités sociales spatialisées : focus sur la Seine-Saint-Denis
- Des inégalités accentuées par des déserts médicaux urbains : la pandémie de Covid-19 comme révélateur
- Maillage territorial et politique d'équité : l'expérimentation Structures d'exercice coordonné participative (SecPa)

# Des inégalités sociales spatialisées

## Focus sur la Seine-Saint-Denis

- Qu'entendre par *inégalités sociales de santé* ?
  - Des écarts entre groupes sociaux face à la maladie et à la mort, qui souvent se cumulent.
  - Que recouvre le « social » dans ces inégalités ?
    - **Situation socio-économique** (niveau de revenu, niveau de diplôme, emploi)
    - **Âge et espérance de vie**
    - **Trajectoire et ascendance migratoires**
    - **Structure familiale**
    - **Logement et environnement**
    - **Alimentation**

# Des inégalités socio-économiques aux effets directs sur la santé

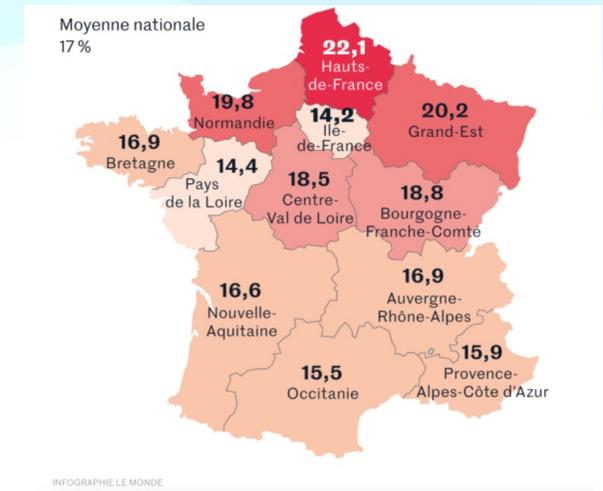
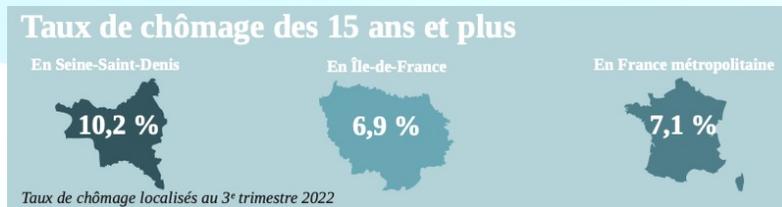
## Taux de pauvreté le plus élevé de l'hexagone



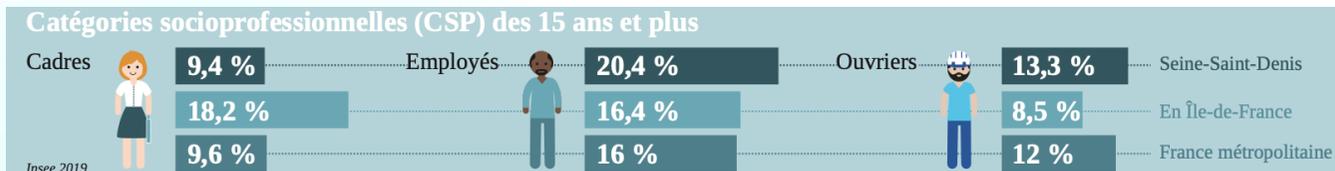
## Pauvreté : des effets directs sur l'alimentation

Forte prévalence de l'obésité en Seine-Saint-Denis (20%), l'une des plus élevées de France hexagonale (17%)

## Taux de chômage plus important



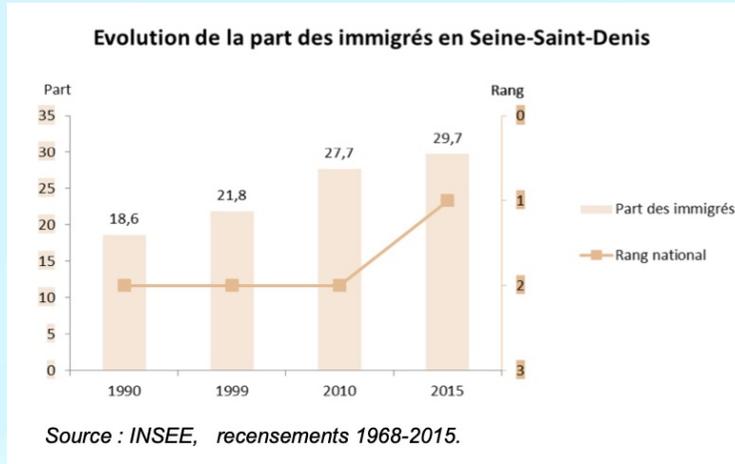
## Un département populaire : 33,7% d'employé-es et d'ouvrier-es en Seine-Saint-Denis



contre 24,9 en Île-de-France et 28% dans l'hexagone

# Des inégalités socio-économiques aux effets directs sur la santé

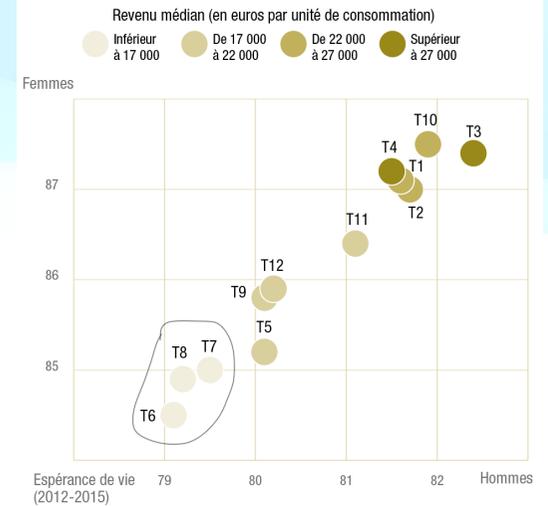
**Le département de France à la plus forte proportion d'immigrés**



**Un département où l'espérance de vie est la plus faible d'Île-de-France**

(84,2 ans pour les femmes et 78,2 ans pour les hommes en Seine-Saint-Denis, contre respectivement 86 et 80,7 ans en Île-de-France)

**Espérance de vie à la naissance dans les EPT selon le revenu médian**



**Établissements publics territoriaux (EPT)**

- T1 Paris • T2 Vallée Sud Grand Paris • T3 Grand Paris Seine Ouest
- T4 Paris Ouest La Défense • T5 Boucle Nord de Seine • T6 Plaine Commune
- T7 Paris Terres d'Envol • T8 Est Ensemble • T9 Grand Paris Grand Est
- T10 Paris Est Marne & Bois • T11 Grand Paris Sud Est Avenir
- T12 Grand-Orly Seine Bièvre

© L'INSTITUT PARIS REGION 2021  
Sources : Inserm CépiDc, Insee RP - Exploitation ORS IdF



**Plus d'habitant-es en QPV qu'ailleurs en Île-de-France**

39% de la population de Seine-Saint-Denis contre 13% en Île-de-France

Taux de pauvreté dans ces QPV : 39%

Part des bénéficiaires de la CMU-C : 15% (contre 7,7% en Île-de-France et 7,3% dans l'hexagone)

**Une plus forte proportion de familles monoparentales**

14% de familles monoparentales en Seine-Saint-Denis contre 11% en Île-de-France et 9% en France hexagonale

**Une sur-occupation des logements plus accentuée**

32,5% des familles monoparentales et 42,8% des ménages dits atypiques\* vivent en sur-occupation en Île-de-France, en particulier dans le parc social locatif.

La Seine-Saint-Denis concentre 22% des Francilien-nes en sur-occupation (alors que sa population représente 13,7% de la population régionale).

\* i.e. un ménage composé ni d'une seule personne ni d'une seule famille

**Un taux de mortalité infantile de 50% supérieur à la moyenne nationale**

5,4 décès survenant avant l'âge d'un an pour 1000 naissances en 2023, en augmentation ces cinq dernières années

# Des inégalités accentuées par des désert médicaux urbains

## La pandémie de Covid-19 comme révélateur

Durant la pandémie, la surmortalité a révélé les effets du cumul d'inégalités, dans un département pourtant jeune.

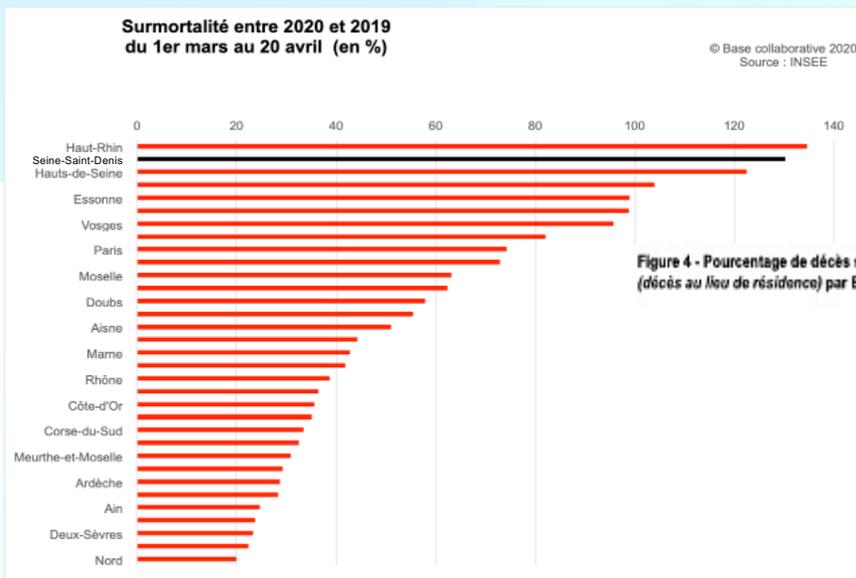
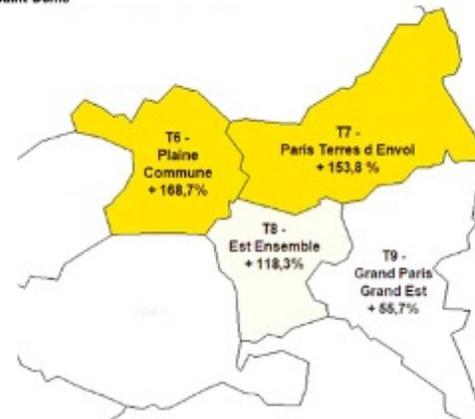
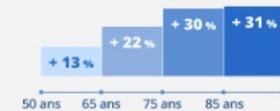


Figure 4 - Pourcentage de décès supplémentaires du 1<sup>er</sup> mars au 10 avril 2020 par rapport à la même période en 2019 (décès au lieu de résidence) par EPT en Seine-Saint-Denis



Source : Insee 2020, Etat civil, données provisoires

### LES PERSONNES LES PLUS ÂGÉES ET CELLES NÉES À L'ÉTRANGER SONT PLUS TOUCHÉES



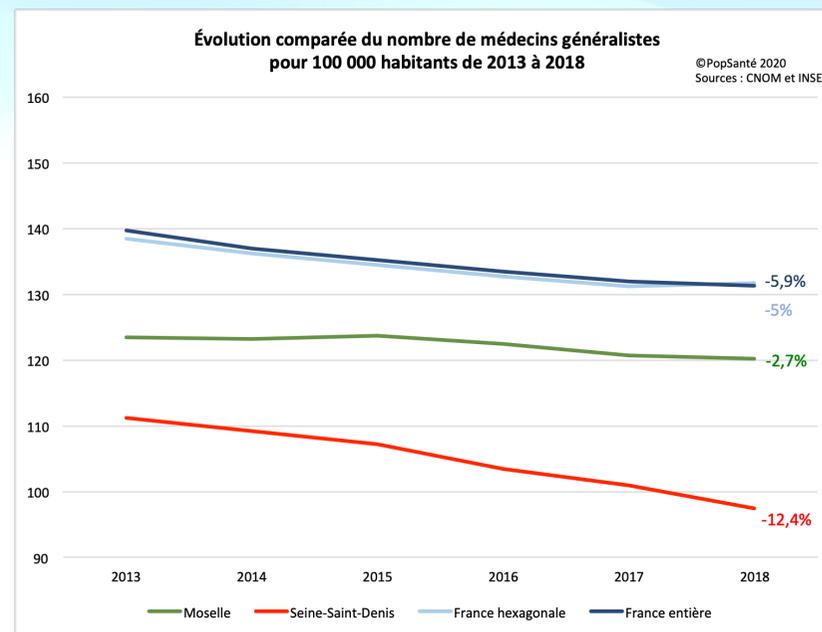
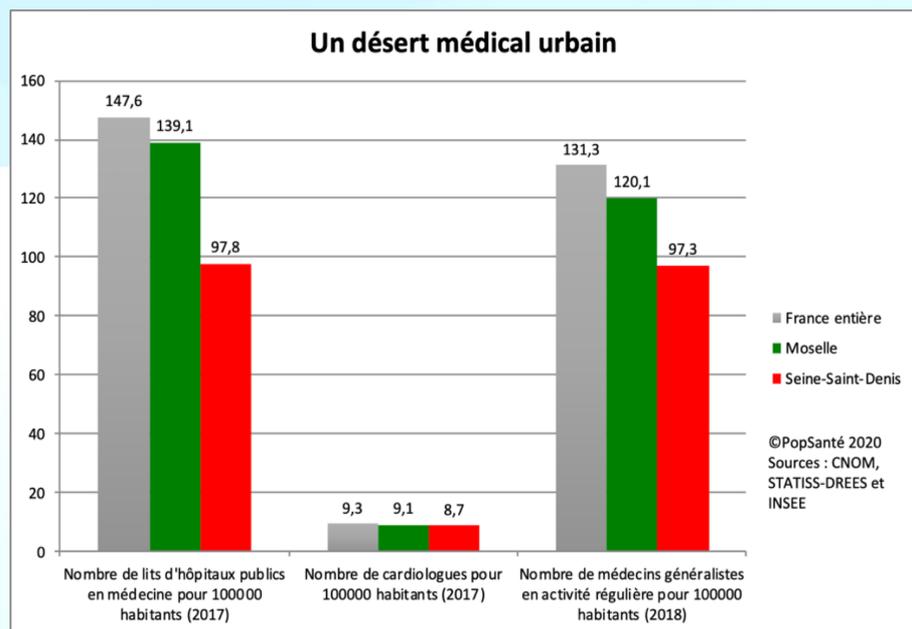
Évolution des décès, toutes causes confondues, entre le 1<sup>er</sup> mars et le 30 avril 2020 par rapport à la même période en 2019

### Les inégalités sociales à l'épreuve de la crise sanitaire : un bilan du premier confinement

Meriam Barhoumi (Depp), Anne Jonchery, Philippe Lombardo (Deps), Sylvie Le Minez, Thierry Mainaud, Émilie Raynaud (Insee), Ariane Pailhé, Anne Solaz (Ined), Catherine Pollak (Drees).

# Des inégalités accentuées en désert médicaux urbains

Le système de santé a aussi joué un rôle dans l'aggravation des inégalités face à la mort en contexte pandémique de cette population pourtant plus jeune que celle du Grand-Est.



# Des désert médicaux urbains

## plus accentués en QPV qu'ailleurs

- En 2021, **86 % des 1 514 QPV** ne disposaient d'**aucune structure de soins de premier recours** (maison de santé pluriprofessionnelle ou centre de santé mono ou pluriprofessionnel) dans leur périmètre
- Sur fond d'**indicateurs de santé particulièrement dégradés**
  - ✓ plus forte prévalence du **diabète** : + 7 points par rapport à la moyenne nationale (6,3% de la population à l'échelle nationale, 13,3% en QPV)
  - ✓ des **maladies cardio-vasculaires** : + 3 points pour l'hypertension artérielle (30,6% de la population à l'échelle nationale, 33,6% en QPV)
  - ✓ d'**asthme** : + 6 points (6% de la population adulte de la population à l'échelle nationale ; 12% en QPV)
- Et de **renoncement aux soins**
  - ✓ Pour **raison financière** (en 2019, 40% des habitant·es des QPV déclarent y avoir renoncé pour cette raison au cours de l'année écoulée) : 11% des habitant·es des QPV ne sont couverts par **aucune complémentaire santé** (privée ou CMU-C) contre 5% dans les autres quartiers
  - ✓ Du fait des **délais de rendez-vous** (18%)

# Modifier l'organisation des soins pour lutter contre les inégalités socio-spatiales de santé : maillage territorial et politique d'équité

## L'expérimentation Structures d'exercice coordonné participative (SecPa)

- **Contexte** : le Ségur de la santé (mai-juillet 2020) et l'article 51 de la LFSS pour 2018
  - ✓ Constat : « un cloisonnement trop marqué entre la ville, l'hôpital, le médico-social ainsi qu'entre professionnels »
  - ✓ Décision : « développement de 60 centres de santé "participatifs", avec une offre adaptée aux populations des territoires défavorisés », *i.e.* en ou à proximité des QPV
  - ✓ *via* l'article 51 de la LFSS pour 2018 : cadre expérimental générique, visant à « expérimenter de nouvelles organisations en santé reposant sur des modes de financement inédits », permettant de « déroger à de nombreuses règles de financement de droit commun, applicables en ville comme en établissement hospitalier ou médico-social »
- **Des structures implantées dans ou à proximité de QPV**, inspirées de la santé communautaire (*i.e.* repérage, analyse et prise en charge des besoins de santé à l'échelle d'une communauté de vie ou d'expérience) et fondée sur un accompagnement médico-psycho-social *via* des financements d'emplois dédiés
  - ✓ à la médiation en santé,
  - ✓ à la santé mentale (psychologue),
  - ✓ à l'interprétariat,
  - ✓ à la coordination et au travail en proximité : démarches dites « d'aller-vers » et travail en réseau à l'échelle du territoire

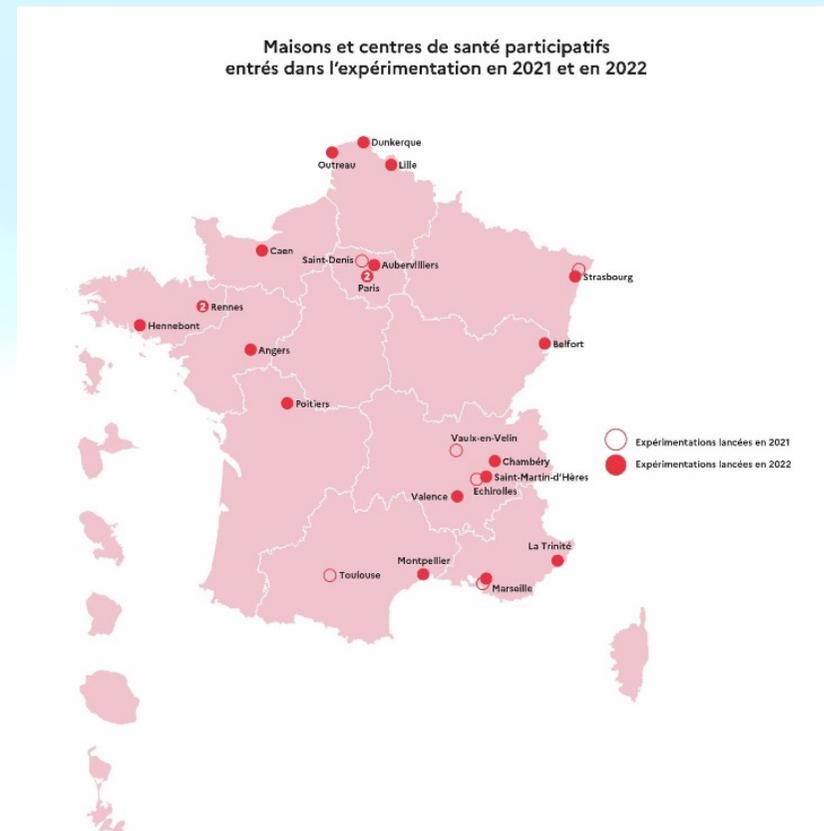
# Maillage territorial et politique d'équité

## L'expérimentation Structures d'exercice coordonné participative (SecPa)

- **Expérimentation** lancée entre août 2021 et mars 2022 de 26 structures d'exercice coordonné participatives

✓ 13 centres de santé et 13 maisons de santé pluriprofessionnelles, dont 4 en Île-de-France (1 centre de santé de communautaire et 1 centre municipal de santé en Seine-Saint-Denis, 2 maisons de santé pluriprofessionnelles dans le Nord de Paris)

✓ Prévues initialement jusqu'au 31 décembre 2023, l'expérimentation a été prolongée jusqu'au 30 avril 2025



# Maillage territorial et politique d'équité

## L'expérimentation Structures d'exercice coordonné participative (SecPa)

### ▸ À ce stade, quels constats ?

- ✓ Objectif d'inscrire ces structures « dans un modèle économique pérenne et soutenable » : le financement d'un modèle médico-psycho-social et d'une organisation des soins que ne permet pas la rémunération à l'acte
- ✓ « Être à l'équilibre », « sortir du bénévolat » et changer d'échelle

Les premiers résultats de l'enquête en cours montrent que les financements SecPa rendent viables le fonctionnement de centres de santé participatifs et permettent aux équipes de soins primaires en maisons de santé pluriprofessionnelles de changer d'échelle dans la prise en charge.

- ✓ Élargir le spectre du soin en y incluant la prise en charge sociale
  - ✓ Inclure les usager·es dans la détermination des besoins de santé
  - ✓ Une réduction effective du non-recours par la coordination professionnelle et territoriale et la médiation en santé.
- Un « universalisme proportionné » au service de l'équité en santé
- Et après ? L'enjeu du passage dans le droit commun

## #2 QUELLE PRISE EN COMPTE DES INÉGALITÉS SOCIALES ET SPATIALES ?

***Merci de votre attention***

[laure.pitti@cnr.fr](mailto:laure.pitti@cnr.fr)