



# Etat de santé en QPV

## Etat des lieux

2020



Association  
ORS-CREAI  
Normandie



1. Observer la santé des populations
2. La santé des populations, constat national
3. Des inégalités sociales et territoriales de santé importante
4. Observer la santé des habitants en QPV
5. Les déterminants de santé
6. Principales caractéristiques de la population résidant en QPV en France
7. Perception du cadre de vie et de sa santé
8. Les principales pathologies surreprésentées chez les populations en QPV
9. Renoncement aux soins et non-recours - Que sait-on ?
10. Démographie des professionnels de santé dans les QPV
11. La santé dans la politique de la ville

# Observer l'état de santé de la population



Fédération nationale des  
observatoires régionaux de  
Santé

Une combinaison de **méthodes qualitatives et quantitatives...**

Une approche pluridimensionnelle intégrant l'ensemble des **déterminants de la santé...**

**Quelles données, quels indicateurs ? :**

- des données issues des grands systèmes d'information en santé : Système National des Données de Santé (SNDS)
- des exploitations régionales d'enquêtes nationales
- la mise en œuvre d'enquêtes régionales en population
- la mobilisation de données produites par des acteurs locaux
- des informations ou des analyses issues de travaux participatifs menés auprès de la population et des acteurs de territoire

# La santé des populations

## Constat national

L'état de santé  
de la population  
en France

RAPPORT 2017



### Une espérance de vie qui progresse mais à un rythme moins soutenu

- Une réduction de la mortalité toutes causes, de la mortalité prématurée (avant 65 ans) et une augmentation de la durée de vie des personnes souffrant de maladies chroniques
- Cancers et maladies cardio-vasculaires : les deux premières causes de décès

### Un poids des décès prématurés qui reste important et une fréquence des maladies chroniques qui augmente

- Un taux de décès prématurés élevé et plus important chez les hommes
- Une prévalence importante et en forte hausse des maladies chroniques (16 % des Français sont en ALD\*) et des situations de multimorbidité
- Une fréquence importante et en augmentation des troubles mentaux

\* ALD : Affection de longue durée

# Des inégalités sociales et territoriales de santé importantes

- Une espérance de vie moins élevée chez les personnes en situation de précarité

*Nombre d'année de vie en moins chez les hommes les plus modestes par rapport aux plus aisés*

13 ans

INSEE, 2018

- Un moindre recours aux soins et aux droits en général
- Des comportements à risques plus marqués (alcool, tabac, malnutrition...)
- Une santé mentale et physique plus dégradée

**Les inégalités sociales de santé dès le plus jeune âge ont des répercussions tout au long de la vie.**

# Observer la santé des habitants en QPV

## *Quelle observation pour ce public ?*

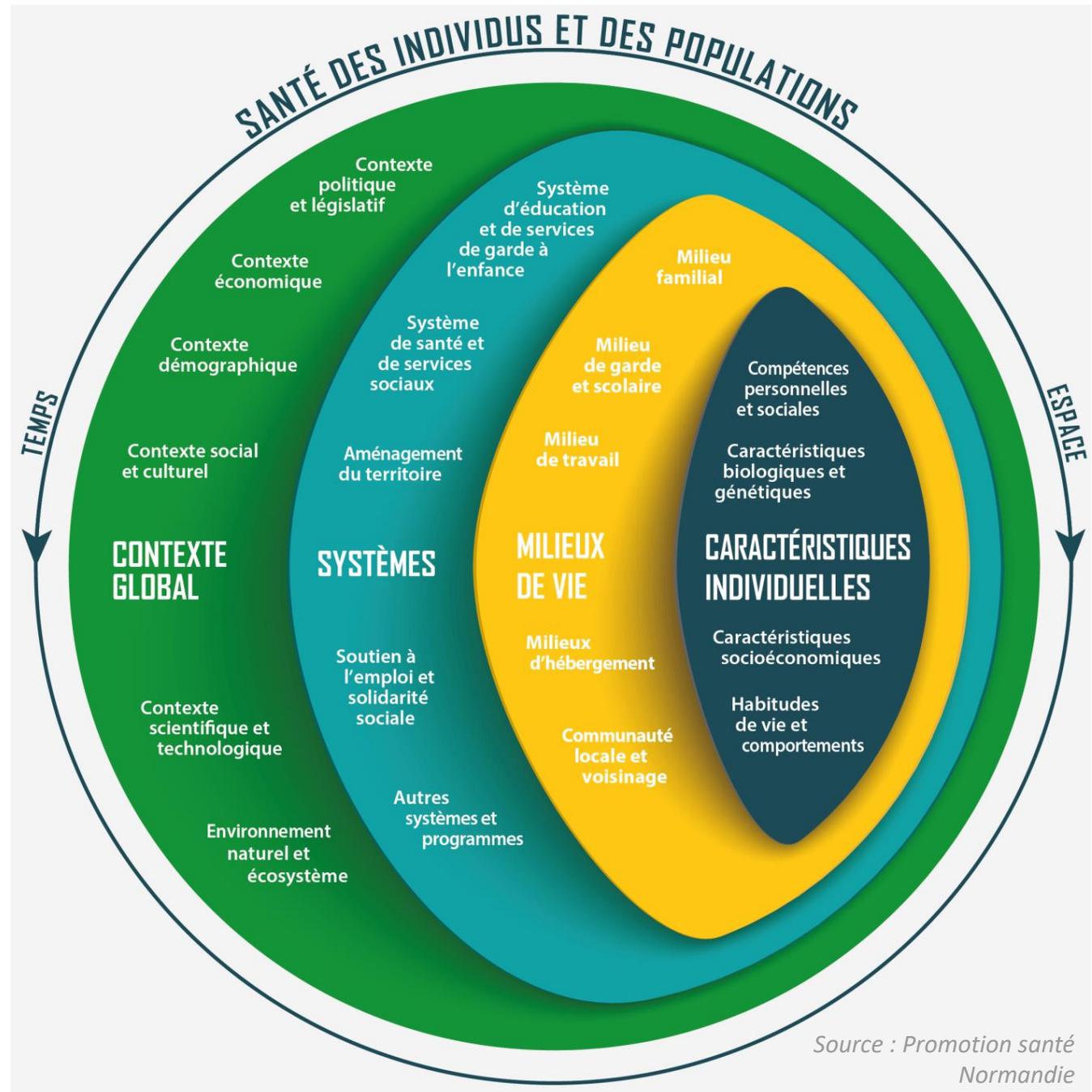
- Peu de sources de données disponibles à une échelle si fine
- Secret statistique / validité des données statistiques
  - ➔ Nécessité de s'appuyer sur une analyse fine des déterminants de la santé par une sélection d'indicateurs - Les facteurs les plus souvent utilisés : revenu, éducation, emploi (conditions de vie et de travail)
  - ➔ Diagnostics partagés
- L'état de santé est associé aux déterminants sociaux de santé et notamment lié aux conditions socio-économiques des individus
- « effet de quartier prioritaire » : concentration urbaine, difficultés dans les démarches administratives, moindre diversité d'offre de soins...

*(Observatoire national de la politique de la ville)*

# Déterminants de la santé

## 4 champs :

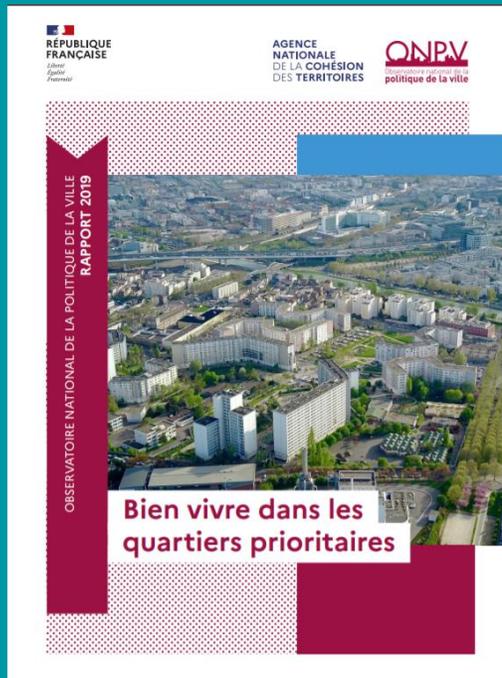
- Caractéristiques individuelles
- Milieux de vie
- Systèmes
- Contexte global



Source : Promotion santé  
Normandie

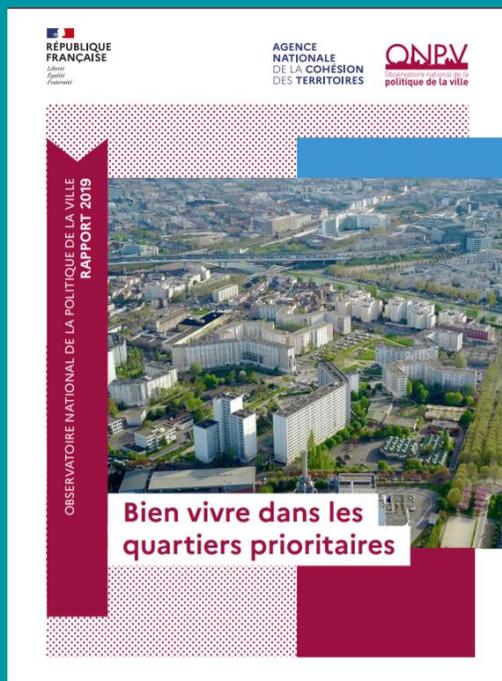
# Principales caractéristiques de la population résidant en QPV en France

Sources : [Rapport ONPV, 2019](#); [INSEE](#)



- Plus de jeunes : **24,6 %** ont moins de 14 ans vs 14,6 % en France métro.
- Plus de familles monoparentales : **24,7 %** vs 15,7 % dans les autres quartiers
- Plus de personnes immigrées : **26,7 %** vs 9,3 % en France métro.
- Plus de poste peu qualifiés : **42 %** vs 18 % dans les autres quartiers
- Plus exposée aux conditions de travail les plus précaires
- Un niveau de diplôme plus faible que dans les autres quartiers
- Taux de pauvreté en moyenne de **40 %** en QPV vs 14,1 % en France en 2017

# Perception du cadre de vie et de sa santé

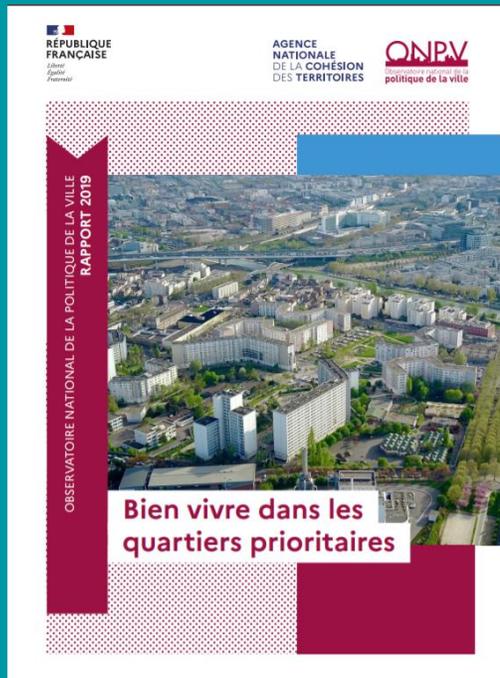


## Un cadre de vie jugé dégradé

- Par rapport aux habitants d'autres quartiers, les habitants de quartiers prioritaires décrivent des immeubles en moins bon état, regroupements dans les escaliers ou halls d'entrée, espaces verts moins bien entretenus/sales, délinquance, bruits...
- Seuls **24 %** jugent leur quartier tout à fait agréable à vivre (vs 58 % dans les autres quartiers)

...bien que les habitants aient une meilleure accessibilité aux équipements et services quotidiens en moins de 15 minutes de marche que les habitants des autres quartiers

# Perception du cadre de vie et de sa santé



## Une moins bonne perception de l'état de santé

- **Seulement la moitié** des habitants en QPV estiment être en « bonne » ou « très bonne santé » (54 % vs 69 %)
  - ➔ - **14,7 points** : différence entre l'état perçu des habitants en QPV et ceux résidant dans d'autres quartiers
  - ➔ Surtout les **femmes** et les **jeunes**
- Les habitants des QPV **déclarent plus souvent des pathologies limitant leurs activités** de la vie quotidienne (diabète, asthme, dépression, hypertension artérielle)
  - ➔ **5 points** de plus que dans les autres quartiers des unités urbaines englobantes

# Les principales pathologies surreprésentées chez les populations en QPV

- Pathologies liées à la malnutrition
- Santé bucco-dentaire
- Santé mentale et bien-être psychique
- Maladies infectieuses

*Source : La Santé des populations vulnérables, Ellipse, 2017*

## *Quelques données de contexte*

- En 2005, les bénéficiaires de la CMU-C présentent 80 % d'ALD en plus que le reste de la population,
- L'état de santé des bénéficiaires CMU-C est moins bon que la population générale (enquête santé et protection sociale - ESPS, 2012-2014)

# Pathologies liées à la malnutrition : Manque, excès ou inadaptation

- **½ habitants en surpoids**, soit **+ 10,4 points** par rapport aux habitants des autres quartiers (âgés de 18 ans et plus)
  - **+ 9,8 points** des habitants sont en situation d'obésité par rapport aux habitants des autres quartiers
  - **+ 16 points** chez les femmes
- **Moindre activité physique et sportive** : **- 17,9 points** par rapport aux habitants des autres quartiers, âgés de 18 ans et plus (pratique sportive ou activité physique au moins une fois par semaine et 10 minutes d'affilées)
- **Moindre consommation de fruits et légumes** : respectivement **6 points** et **11 points** de moins que les habitants des autres quartiers des unités urbaines englobantes
  - ➔ liée à des caractéristiques individuelles et à l'environnement, notamment la disponibilité de certains produits alimentaires
- **Insécurité alimentaire** : **14 %** en zone urbaine sensible (ex-QPV) contre 5 % dans les autres quartiers

Source : enquête santé et protection sociale EHIS-ESPS 2014, Drees-Irdes; [ici](#)

# Focus : diabète, hypertension et asthme

---

Les habitants des quartiers prioritaires déclarent souffrir plus fréquemment :

- du diabète : **+ 7 points** que ceux résidents dans d'autres quartiers

Les études montrent qu'il y a une prévalence qui varie selon le niveau socio-économique et selon la commune de résidence – ex : la prévalence du diabète traité pharmacologiquement était supérieure de 71 % au reste de la région de résidence (standardisée sur l'âge puisque la population en QPV est plus jeune)

- de l'hypertension artérielle : **+ 3 points** que ceux résidents dans d'autres quartiers
  - ➔ Plus fréquemment chez les femmes ( + 7 points)
- De l'asthme : **+ 6 points** que ceux résidents dans d'autres quartiers
  - ➔ Plus fréquemment chez les femmes ( + 8 points)

*Source : enquête santé et protection sociale EHIS-ESPS 2014, Drees-Irdes*

# Santé bucco-dentaire

---

- Moindre recours aux dentistes qu'en QPV
- Les déterminants influençant la santé bucco-dentaire : mauvaise alimentation, tabagisme, abus d'alcool
- En 2014, 96,2 % des 15-75 ans des français se brossent quotidiennement les dents
  - ➔ les femmes ont des comportements plus réguliers que les hommes (98,9 % vs 93,4 %)
  - ➔ pratiques qui augmentent selon le niveau d'étude, les CSP supérieures et on observe des différences régionales (régions Méditerranée et parisienne vs région du Nord)

*Source : ONPV 2019 & Baromètre santé 2014*



# Santé mentale

---

- Les souffrances psychiques sont liées aux conditions socio-économiques et environnementales (chômage, cadre de vie, conditions de travail...)
- Les habitants des QPV déclarent plus souvent un épisode dépressif au cours des 12 derniers mois que les habitants dans d'autres quartiers (+ 4 points)
  - plus fréquemment chez les femmes (+ 8 points)

*Source : ONPV 2019*

Les troubles psychiques peuvent se manifester à différents âges mais les premiers signes apparaissent souvent au cours de l'enfance et de l'adolescence,

# Focus : impact de la crise Covid-19

- Les personnes les plus exposées au risque de mortalité liée au Covid-19 :
  - Hommes
  - Personnes âgées de + 65 ans
  - Les plus précaires économiquement
- Les habitants des QPV sont parmi les personnes les plus à risque d'être contaminées
  - ➔ Des inégalités sociales et territoriales de santé accrues
- Les mesures adoptées durant la crise sanitaire ont des effets durables sur la santé mentale et le bien-être psychique

## *Quels risques et effets sur la santé mentale et le bien-être psychique?*

Risque d'augmentation :

- des conduites suicidaires
- des symptômes psychotiques : anxiété, troubles du sommeil, perte d'appétit, fatigue, irritabilité, colère, difficultés d'attention, morosité....
- de stress post-traumatiques

Et également :

- Accès aux soins tardifs / Report de soins
- Ruptures de soins
- Adoption de nouveaux comportements parfois défavorables : addictions, hygiène de vie, alimentation
- Augmentation des violences intra-familiales

*Source : Réflexion pour une actualisation du CLS de la ville de Caen à la lecture de la crise sanitaire, décembre 2020*

# Renoncement aux soins et non-recours

## Que sait-on ?

**Renoncer aux soins** c'est le fait « *que des individus [...] ne sollicitent pas les services de soins et les professionnels de santé alors qu'ils éprouvent un trouble, constatent un désordre corporel ou psychique ou quand il n'accèdent pas à la totalité du soin prescrit. » (C. Despres, 2011)*

➔ **Renvoie davantage à un besoin identifié et exprimé du point de vue des individus**

« *le **non-recours** renvoie à toute personne qui - en tout état de cause - ne bénéficie pas d'une offre publique, de droits et de services, à laquelle elle pourrait prétendre* » (ODENOR, 2010)

➔ **Concerne un besoin de soins confirmé du point de vue médical mais qui n'est pas satisfait**

➔ Le renoncement aux soins concerne le bénéficiaire alors que le non-recours concerne davantage les institutions et administrations publiques

# Facteurs de renoncement aux soins

---

- **Ressources financières**

Prix, niveau remboursement, reste à charge / situation financière, complémentaire santé

- **Facteur temporel**

Délai d'obtention d'un rendez-vous, manque de temps/emploi du temps

- Distance géographique / accessibilité

- Méconnaissance / Incompréhension du système ou des droits

- Craintes, peur, « imaginaire collectif »

- Lassitude, négligence, autonomie/contestation

## Populations les plus vulnérables

- les jeunes (18-29 ans)

- les personnes en situation de fragilité socio-économique

*Source : ONPV 2019*

# Dépistages et recours aux soins

---

- Un **recours aux médecins spécialistes ou généralistes** sans distinction du lieu de résidence
  - ➔ plus important pour les femmes généralement et en QPV, **91 % des femmes** ont eu une consultation de généraliste dans l'année contre **84 % des hommes**
- Un **recours au dépistage organisé du cancer du sein** légèrement supérieur à celui des femmes des autres quartiers : **36 % vs 34 %**
- Moins de **recours au dépistage du cancer colorectal** chez les hommes résidant en quartier prioritaire : **- 11 points** par rapport aux habitants des autres quartiers
- Moins de **consultations dentaires** en quartier prioritaire : **45 % vs 57 %** dans les autres quartiers
  - ➔ Plus important chez les femmes (**- 14 points**) que les hommes (**- 8 points**)

Source : ONPV 2019

# Dispositifs existants pour lutter contre le non-recours aux soins et éviter le renoncement aux soins

---

- CMU / PUMA (Couverture médicale universelle / Protection universelle maladie)
- C2S (Couverture santé solidarité, ex- CMU-C et ACS)
- AME (Aide médicale de l'Etat)
- PASS (Permanence d'accès aux soins de santé)
- Les missions d'accompagnement des assurés en situation de renoncement aux soins des CPAM (ex-PFIDASS)
- Médiation en santé (concept de littératie en santé / barrières linguistiques)
- Mutuelle communale
- ...

➔ **Notion de santé communautaire** : Démarches « aller-vers » et « faire avec »

# Renoncement aux soins

*Besoins de soins non satisfaits, qu'un état de santé aurait justifié*

---

- **40 %** pour raisons financières (vs 26 % dans d'autres quartiers)
  - ➔ Pour des **soins dentaires** (à **27 %**, soit + 10 points par rapport aux habitants des autres quartiers) et **ophtalmologiques** (**22 %**, soit 2 X plus)
  - ➔ Plus souvent les **jeunes**
- **18 %** à cause de la disponibilité de l'offre/délais de rendez-vous (vs 16 % dans les autres quartiers)
- **5 %** à cause de la distance géographique

*Source : ONPV 2019*

## Moins souvent couverts par une complémentaire maladie alors que plus souvent bénéficiaires de la CMU-C

---

- **11 %** des habitants QPV ne sont pas couverts par une complémentaire privée ou la CMU-C (vs 5 % autres quartiers)
  - ➔ 65 % ont une complémentaire privée vs 89 % chez les habitants des autres quartiers
  - ➔ 22 % ont la CMU-C (vs 5 %) mais ne compense pas l'écart sur la complémentaire privée

*Source : ONPV 2019*

Pour lutter contre le renoncement, il est important de prendre en compte aussi :

- la proximité : accès à des services de santé en moins de 15 minutes est favorable au recours à la santé, mais limitée par un faible niveau de mobilité des habitants en QPV et les aménagements du quartiers (enclavement, continuité et lisibilité des chemins piétons, place de la voiture...)
- la disponibilité des praticiens (offre)

## Démographie des professionnels de santé dans les QPV



### Une offre davantage déficitaire en spécialistes qu'en offre de premier recours\* sur ces territoires

- Spécialistes sont 3,4 fois moins présents
- 8 habitants sur 10 ont au moins un médecin généraliste dans le quartier

*\* Offre de premier recours : médecin généraliste, infirmier·e, masseur-kinésithérapeute, chirurgien-dentiste*

## Moindre densités des professionnels de santé

- *Médecin généraliste* : 72,1 pour 100 000 habitants, soit une densité **1,5 fois inférieure** à celle observée dans les unités urbaines englobantes
- *Chirurgiens-dentistes* : 28,1 pour 100 M hab., soit **2,6 fois inférieure** à celle observée dans les unités urbaines englobantes
- *Masseur-kinésithérapeute* : 49,7 pr 100 M hab., soit **2,3 fois inférieure** à celle observée dans les unités urbaines englobantes

## Une offre inférieure aussi pour les auxiliaires médicaux

- Exemple des orthophonistes : 19,4 orthophonistes pour 100 000 habitants, soit une densité **1,9 fois inférieure** à celle observée dans les unités urbaines englobantes (36,1 orthophoniste pour 100 000 habitants)  
Au 1er janvier 2020, la moyenne nationale (QPV et hors QPV) est de 40,5.  
→ Densité qui varie selon les régions (Bourgogne-Franche-Comté : 27,5 / Normandie : 29,8 / Occitanie : 50,1)

Source : ONPV 2014, FNORS,

# La santé dans la politique de la ville

## Le volet santé dans la politique de la ville : une place plus importante depuis 2013

- **Circulaire relative à l'intégration des enjeux de santé au sein des contrats de ville (2014) & la Convention d'objectifs signée entre le Ministère de la santé et le Ministère de la ville (2013) : l'association de l'ARS et Politique de la ville ;**
- **Pacte de Dijon (2018) : lutter contre le non-recours aux soins (poids CLS et MSP) ;**
- **Plan prévention et lutte contre la pauvreté (2018) : fusion ACS et CMU-C & le concept des territoires zéro non-recours ;**
- **Loi de finances 2019 : prolongation des contrats de villes jusqu'en 2022 ;**
- **Circulaire du Premier ministre 22/01/2019 : « rénovation » des CdV (doit être effective avant fin juillet 2019). Cadrage des mesures de la feuille de route présidentielle (2018), et préconisation de s'appuyer sur la logique du Pacte de Dijon.**

➔ Une opportunité d'accorder plus d'importance aux questions santé dans les Contrats de ville

# Outils de coordination et de contractualisation mobilisables

- Les ateliers santé ville (ASV)
- Les Contrats locaux de santé (CLS)
- Les Conseils locaux de santé mentale (CLSM)
  
- Des spécificités régionales normandes telles que :
  - Pôles de santé libéraux ambulatoires (PSLA)
  - Charte télémédecine
  - Réseaux territoriaux de promotion de la santé (RTPS)



Pour plus d'infos : [ici](#)



**Association ORS-CREAI Normandie Espace**

Robert Schumann 3 place de l'Europe

14200 Hérouville-Saint-Clair Tel :

02.31.75.15.20

[contact@orscreainormandie.org](mailto:contact@orscreainormandie.org)

[www.orscreainormandie.org](http://www.orscreainormandie.org)

Réalisation : Lucie Lechat, chargée de missions Normanvilles

Directeur de la publication : M. Pierre-Jean LANCRY, Président de l'ORS-CREAI Normandie

Crédit image : ORS-CREAI Normandie