

LA SANTÉ EN MILIEU URBAIN, DES INÉGALITÉS DE SANTÉ PARTICULIÈREMENT MARQUÉES

Dans ce numéro

- Page 1 : Mot du Président - Introduction
- Page 2 : Introduction
- Page 3 - 7 : Etat de santé
- Page 8 - 9 : Recours aux soins et aux dépistage
- Page 10 : Conclusion

INTRODUCTION

L'observation des disparités et inégalités géographiques de santé a fait au cours des dernières années de grands progrès. Grâce au développement de techniques d'analyse géographique de plus en plus perfectionnées et à la multiplication des sources de données mobilisées, il est possible d'analyser la situation socio-sanitaire des populations à des échelons de plus en plus fins. Ces approches répondent à la nécessité de pouvoir disposer de données locales fiables afin d'adapter, d'orienter et d'évaluer, au plus près des besoins des habitants, des réalités de terrain, les politiques et actions de santé. Elles permettent ainsi de repérer pour l'ensemble du Grand Est, les territoires où les situations sanitaires sont les plus préoccupantes, ceux qui doivent faire l'objet d'une attention toute particulière en matière d'action publique, mais aussi de poser, en amont par exemple de l'élaboration des contrats locaux de santé, les bases de diagnostics de santé fiables.

Pour autant, dès qu'il s'agit d'appréhender la santé des habitants des grandes villes, ces démarches se heurtent à une limite majeure de la statistique sanitaire : actuellement, les données directement disponibles peuvent être au mieux déclinées à l'échelon de la commune. Elles ne permettent donc pas d'analyser l'état de santé et les déterminants de santé à la maille des quartiers, d'étudier et d'objectiver les inégalités de santé au sein de ces grandes agglomérations. L'analyse des indicateurs de santé au niveau infra-communal apparaît pour autant indispensable.

Mot du Président

C'est avec un très grand plaisir qu'il m'est donné d'introduire par ces quelques mots le nouveau numéro du bulletin de l'ORS Grand Est. Consacré à la question de la santé des habitants de nos grandes villes, il est, de par la richesse du sujet, d'un format plus important que de coutume.

Il n'y a qu'une petite dizaine d'années, nous aurions été dans l'incapacité de publier un tel document, tant les données sur la santé à l'échelon des quartiers des grandes villes faisaient défaut. Ce n'est que grâce à l'engagement des équipes de l'ORS et au soutien de ses financeurs qu'il nous est aujourd'hui possible de produire une information objective et scientifiquement valide sur le sujet. L'ORS Grand Est peut même se targuer d'être au niveau national l'un des organismes en pointe sur la question de la mesure des inégalités de santé en milieu urbain.

Ce bulletin représente qui plus est un témoignage de la diversité des activités d'un ORS, qui outre le traitement de routine de données, relèvent bien souvent du défrichage, de l'exploration, de l'innovation méthodologique, voire de la recherche, avec tout ce que cela peut impliquer en matière de complexité et de processus d'apprentissage. De telles approches ne sont envisageables que lorsque les équipes d'une structure peuvent œuvrer dans la durée et la stabilité. Ce travail nous montre également, une fois de plus, combien l'ancrage de terrain et la collaboration avec les autres acteurs du territoire sont essentiels à la poursuite des missions d'un ORS.

Pour finir, je veux souligner que si les travaux présentés ici ont été pour l'essentiel menés au niveau des agglomérations de Strasbourg, Mulhouse et Metz, ils ont pleinement vocation à être transposés aux autres centres urbains de la région.

Jean-Yves PABST

En effet, l'urbanisation de la société a conduit une portion croissante de la population à vivre dans les grandes agglomérations. Ainsi, sur les 5 136 communes de la région (2014), les 10 plus grandes villes regroupent à elles seules près de 20 % de la population régionale, soit plus d'un million d'habitants¹. Qui plus est, au regard des très importantes inégalités sociales entre quartiers des grandes villes et du poids majeur du déterminant social sur la santé des populations, tout porte à penser que les espaces urbains sont d'un point de vue sanitaire particulièrement hétérogènes. Ne pas pouvoir décliner pour les villes d'une certaine taille de données sanitaires en dessous de l'échelon communal, alors qu'un nombre aussi conséquent de personnes vivent en milieu urbain, relève d'une indéniable forme de myopie statistique. C'est un frein à l'orientation et l'évaluation des politiques urbaines de santé, qui limite la capacité à hiérarchiser et cibler au mieux les interventions en fonction des besoins spécifiques de chaque quartier.

Ces constats ont conduit les Observatoires régionaux de la santé (ORS) d'Alsace et de Lorraine, et à présent l'ORS du Grand Est, à mettre en œuvre depuis plusieurs années de nombreux travaux sur la santé et les déterminants de santé au sein des grandes agglomérations de la région, en lien et à la demande de plusieurs de leurs partenaires, l'Agence régionale de santé (ARS), la Ville de Strasbourg, l'Eurométropole de Strasbourg, la Ville de Mulhouse, la Ville de Metz, Metz Métropole et le Commissariat général à l'égalité des territoires (CGET).

Comme exposé précédemment, la principale difficulté que posent de telles études est la quasi-absence de données sanitaires directement mobilisables à l'échelon infra communal. Produire des données par quartiers nécessite de repartir de bases de données codées à l'adresse et de les traiter tout en respectant strictement les règles de confidentialité. Tout ce travail n'a été possible que grâce à la mobilisation et l'investissement de nombreux organismes partenaires détenteurs de ces bases de données (cf. encadré).

Partenaires mobilisés pour la fourniture et l'analyse des données infra-communales

- Agence d'urbanisme de la région mulhousienne (AURM) : co-analyse avec l'ORS des données sur la santé et les déterminants de santé pour la ville de Mulhouse.
- Association de surveillance de la pollution atmosphérique d'Alsace (Aspa, à présent Atmo Grand Est) : exposition de la population à la pollution atmosphérique.
- Direction de la coordination de la gestion du risque de la région Grand Est (DCGDR), Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) du Bas-Rhin : consommation de soins de médecine de ville, prévalence du diabète traité par voie médicamenteuse, suivi médical des patients diabétiques.
- Pôle Observation et analyse des données de santé (OADS) de l'Agence régionale de santé (ARS) : cartographie de l'offre de soins libérale.
- Service Promotion de santé de la personne de la Ville de Strasbourg : données sur la santé des élèves de grande section de maternelle scolarisés à Strasbourg (examen préélémentaire).
- Service Géomatique et connaissance du territoire (GCT) de la Direction de l'urbanisme, de l'aménagement et de l'habitat (DUAH) de l'Eurométropole de Strasbourg : analyse des disparités socioéconomiques entre QPV de la région Alsace.
- Services d'état civil des villes de Mulhouse et de Strasbourg : mortalité par quartiers et QPV.
- Académie de Strasbourg : données sur la santé des élèves de 6ème recueillies à l'aide du logiciel L2S par les Personnels infirmiers de l'éducation nationale.
- Commissariat général à l'égalité des territoires (CGET) : mise à disposition du Web service de géoréférencement d'adresses (WSA).
- Association pour le dépistage du cancer colorectal en Alsace (ADECA Alsace) : participation aux campagnes de dépistage organisé du cancer colorectal dans les quartiers de Strasbourg et à Mulhouse.
- Association pour le dépistage des maladies du sein (ADEMAS Alsace) : participation aux campagnes de dépistage organisé du cancer du sein dans les quartiers de Strasbourg et à Mulhouse.
- Association pour la prévention du cancer du col de l'utérus (EVE Alsace) : participation aux campagnes de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus dans les quartiers de Strasbourg et à Mulhouse.
- Association mosellane pour le dépistage des maladies cancéreuses (Amo-demaces) : éléments sur les taux de participation aux dépistages organisés au sein de Metz Métropole.

Le présent bulletin de l'ORS Grand Est se propose de présenter des exemples d'éléments issus de ces divers travaux.

Travaux sur la santé dans les quartiers des grandes villes du Grand Est réalisés par les ORS Alsace, Lorraine et Grand Est

- La santé à Mulhouse et dans ses quartiers, AURM, ORS Alsace, Mai 2015
- Cartes d'identité territoriales de santé (CIST) des QPV d'Alsace², Décembre 2016
- Diagnostic de santé partagé - Quartier de la Cité de l'III, ORS Alsace, Novembre 2013
- La santé dans les quartiers de Strasbourg et de l'Eurométropole, ORS Grand Est : à paraître
- Diagnostic local de Santé de Metz, ORSAS Lorraine, Juin 2016
- Inégalités de participation aux campagnes de dépistage des cancers dans les quartiers des villes de Strasbourg et de Mulhouse, ORS Alsace, Décembre 2013
- Diagnostic local de santé - Quartier de Hautepierre, ORS Alsace, Décembre 2013
- Diagnostic santé partagé - Quartier du Port du Rhin, ORS Alsace, Janvier 2013

¹ La population légale selon l'Insee des 10 premières villes de la région s'élève au total en 2015 à 1 059 352 habitants : Strasbourg 277 270 habitants, Reims 184 076, Metz 117 492, Mulhouse 110 370, Nancy 105 162, Colmar 70 284, Troyes 60 928, Charleville-Mézières 47 847, Châlons-en-Champagne 45 268, Thionville 40 665.

² Ces documents ont été produits pour les seuls QPV appartenant à des communes qui comportent un volet santé dans leur nouveau contrat de ville.

ÉTAT DE SANTÉ

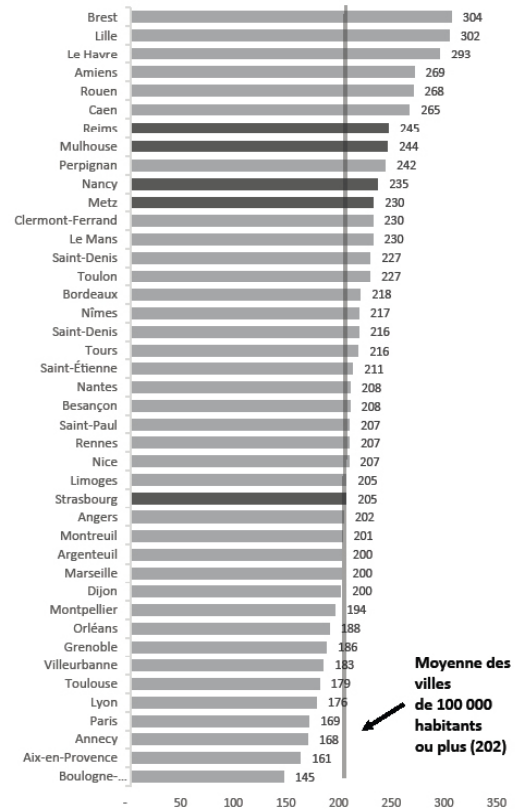
UNE MORTALITÉ PRÉMATURÉE ÉLEVÉE DANS LA PLUPART DES GRANDES VILLES DU GRAND EST

Avant d'aborder la question des disparités de santé au sein des villes du Grand Est, il est possible de s'intéresser d'une façon plus globale à l'état de santé des habitants des plus grandes d'entre elles.

Le taux comparatif de mortalité prématurée (avant 65 ans) des villes françaises de 100 000 habitants ou plus s'élève à 202 décès pour 100 000 habitants, ce qui est légèrement supérieur à celui de l'ensemble de la France hexagonale (194) et comparable à celui du Grand Est (200).

La situation des cinq plus grandes villes du Grand Est est, en comparaison à celle des autres villes françaises de 100 000 habitants ou plus, plutôt défavorable : sur ces cinq communes, quatre présentent un niveau de mortalité prématurée élevée. À Reims et à Mulhouse, elle dépasse la moyenne des villes françaises de 100 000 habitants ou plus de 21 %. Nancy et Metz connaissent des situations à peine plus enviables (respectivement +16 % et +14 %). L'on reste cependant assez loin de ce que l'on peut observer à Brest (+51 %), Lille (+50 %) ou au Havre (+45 %). Seul Strasbourg, avec une mortalité prématurée au niveau de la moyenne, apparaît dans une situation moins défavorable.

Taux comparatifs de mortalité prématurée (avant 65 ans) des villes françaises de plus de 100 000 habitants - taux pour 100 000 habitants - années 2005-2014



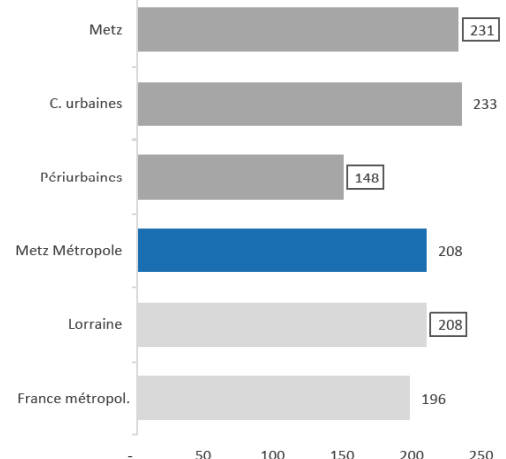
En plus foncé, les villes du Grand Est

Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation ORS Grand Est

UN MOINS BON ÉTAT DE SANTÉ DANS LES VILLES CENTRE ET LEUR PROCHE BANLIEUE QU'EN ESPACE PÉRIURBAIN

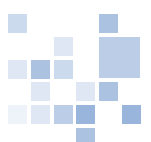
Outre la situation des villes centre, il est également intéressant de considérer celle des agglomérations dans leur ensemble. De façon assez régulière, on peut observer que les états de santé des villes centre et de leur première couronne sont sensiblement moins bons que ceux de leur seconde couronne. Concernant Metz par exemple, pour l'ensemble de l'agglomération, le taux comparatif de mortalité prématurée n'est pas significativement supérieur au taux lorrain. Au sein du territoire en revanche, on observe une distinction importante entre espaces urbains et périurbains. À Metz et dans les autres communes urbaines, il existe une importante surmortalité prématurée. À l'inverse, dans les communes périurbaines, les décès précoces sont nettement moins nombreux. Hypothèse peut être faite ici des liens entre les caractéristiques socio-économiques des populations et la mortalité prématurée.

Taux comparatifs de mortalité prématurée (avant 65 ans) dans l'agglomération de Metz – taux pour 100 000 années 2008-2012



Les taux encadrés sont significativement différents du taux régional. Le taux lorrain encadré est significativement différent du taux national.

Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation ORSAS Lorraine



Iris, QPV, quartiers... des villes découpées dans tous les sens

En France, pour les communes d'une certaine taille, différents découpages infra-communaux coexistent. Il est ainsi possible, voire nécessaire de produire et d'analyser les indicateurs sanitaires et sociaux à différents échelons, selon les besoins et les objectifs poursuivis. Il est ainsi possible de retenir pour nos analyses les Iris, les QPV ou encore les autres découpages en quartiers propres à chaque ville.

Les Iris : Ilots Regroupés pour l'Information Statistique

Ce découpage de l'Insee, dont la première mouture date de 1999 et la dernière révision de 2008, constitue la brique de base en matière de diffusion de données infra-communales, notamment de données du recensement de la population. Il concerne les communes d'au moins 10 000 habitants et une forte proportion des communes de 5 000 à 10 000 habitants (la France compte environ 16 100 Iris en 2008), doit respecter des critères géographiques et démographiques et avoir des contours identifiables sans ambiguïté et stables dans le temps.

On distingue trois types d'IRIS :

- Les IRIS d'habitat (92 % des Iris) : leur population se situe en général entre 1 800 et 5 000 habitants. Ils sont homogènes quant au type d'habitat et leurs limites s'appuient sur les grandes coupures du tissu urbain (voies principales, voies ferrées, cours d'eau...).
- Les IRIS d'activité (5 % des Iris) : ils regroupent plus de 1 000 salariés et comptent au moins deux fois plus d'emplois salariés que de population résidente.
- Les IRIS divers : il s'agit de grandes zones spécifiques peu habitées et ayant une superficie importante (parcs de loisirs, zones portuaires, forêts...) (source Insee).

L'analyse des données sanitaire à l'échelon des Iris n'a pas été privilégiée dans les travaux des ORS d'une part en raison de leur faible taille et des problèmes que cela pose en terme statistique et d'autre part parce que ce découpage ne constitue pas un échelon d'organisation politique ou administrative des communes et donc un échelon pertinent pour le ciblage, l'élaboration et la mise en œuvre d'actions de santé.

Les QPV : quartiers prioritaires de la politique de la ville

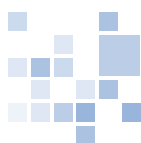
Les quartiers prioritaires de la politique de la ville sont des territoires d'intervention du ministère de la Ville, définis par la loi de programmation pour la ville et la cohésion urbaine du 21 février 2014. Leur liste et leurs contours ont été élaborés par le CGET. En métropole, en Martinique et à la Réunion, ils ont été identifiés selon un critère unique, celui du revenu par habitant. L'identification des quartiers prioritaires a été réalisée à partir des données carroyées de l'Insee (source: RFL 2011) et leurs limites ne respectent pas nécessairement celles des Iris. Dans les autres départements d'Outre-Mer, l'identification s'est faite à partir des données du Recensement à l'Iris. Une fois l'identification opérée, des échanges ont eu lieu avec les élus locaux afin de s'assurer de la cohérence du périmètre réglementaire du quartier prioritaire et, le cas échéant, l'ajuster. Les périmètres des QPV sont fixés par le décret n° 2014-1750 du 30 décembre 2014 pour la métropole et par le décret n° 2014-1751 du 30 décembre 2014 pour les départements et collectivités d'Outre-mer, rectifiés par le décret n°2015-1138 du 14 septembre 2015 (source Insee).

La région Grand Est compte en 2016 116 QPV répartis dans 68 communes. Au total, près de 400 000 habitants de la région vivent dans un QPV (données du recensement de 2013), quartier dont la taille est extrêmement variable, allant de 830 habitants (Les Chênes à Hombourg-Haut) à plus de 34 000 habitants (Péri-centre à Mulhouse). D'une façon générale, ces quartiers sont de petite taille, plus de la moitié des QPV du Grand Est comptent moins de 2 000 habitants et seuls 20 % d'entre eux plus de 4 000 habitants. La petite taille des QPV ne va pas sans poser de problèmes pour l'analyse de données statistiques, en particulier lorsqu'il s'agit de traiter de phénomène concernant peu de personnes (mortalité, santé des élèves de préélémentaire ou de 6ème, personnes prises en charge pour un diabète...) ce qui oblige à fréquemment cumuler plusieurs années d'observation et parfois interdit la publication des données pour les plus petits des QPV. Il s'agit pour autant de territoires privilégiés d'analyse des données de santé.

Les autres découpages en quartiers

Au-delà des Iris et des QPV, qui ont du point de vue de leurs définitions et modalités de détermination un caractère homogène sur l'ensemble de la France, chaque ville peut elle-même avoir son ou ses propres découpages en quartiers. De fait, il est courant qu'au sein d'une même commune coexistent plusieurs découpages, qui peuvent être d'ordre politique (quartiers des adjoints au maire par exemple), administratif (il n'est, qui plus est, pas rare que différents services municipaux aient chacun leur propre découpage) ou destinés aux travaux d'étude et d'analyse statistique, sans parler du point de vue des habitants, qui peuvent eux-mêmes percevoir des limites à leur quartier qui diffèrent de celles des élus ou techniciens.

Pour les travaux menés par les ORS, le choix du découpage retenu pour l'analyse des données de santé par quartiers a systématiquement été arrêté avec les acteurs de la ville concernée, et ont en général été issus d'un regroupement d'Iris.



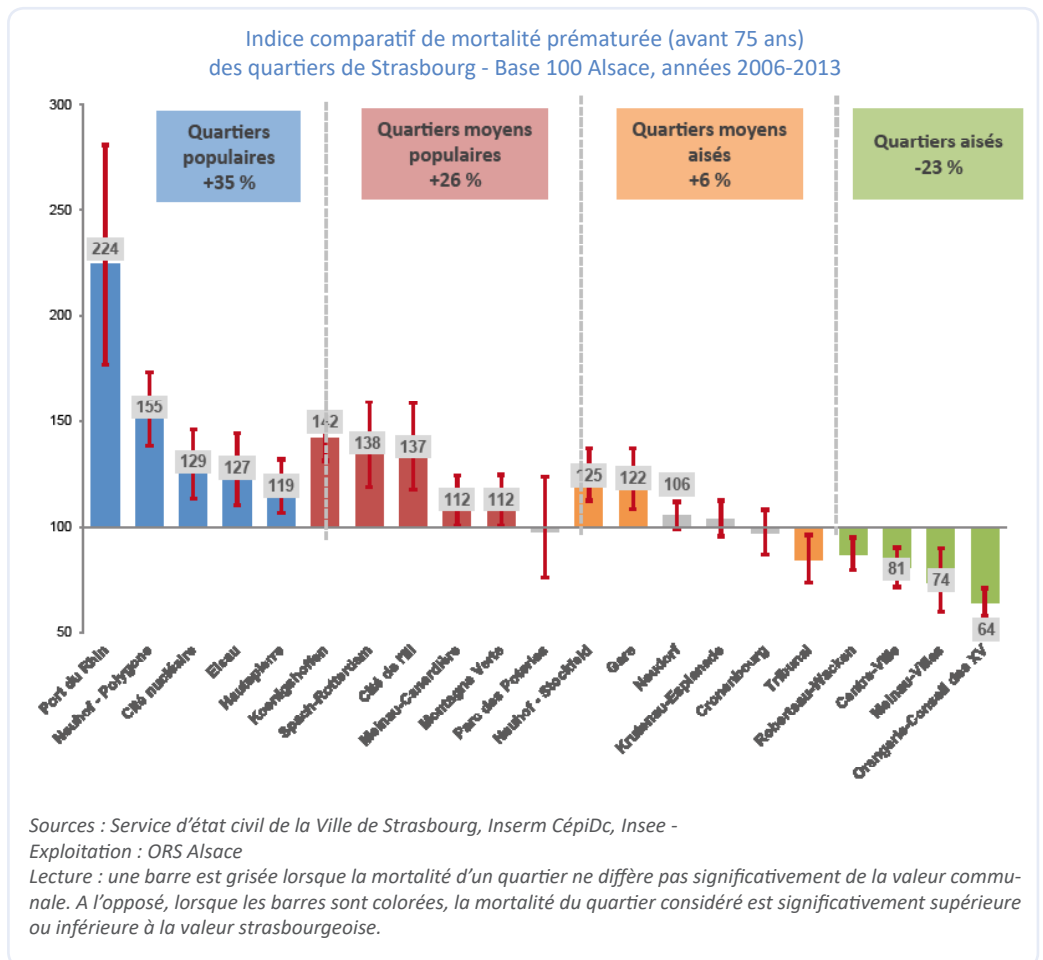
À STRASBOURG, LES HABITANTS DES QUARTIERS LES PLUS POPULAIRES ONT PRATIQUEMENT DEUX FOIS PLUS DE RISQUE DE DÉCÉDER AVANT 75 ANS QUE LES HABITANTS DES QUARTIERS LES PLUS AISÉS...

La mortalité à l'échelon des QPV et de l'ensemble des quartiers de Strasbourg et de Mulhouse a pu être analysée grâce aux données des services d'état civil. La mortalité prématurée avant 75 ans a été retenue pour ces analyses, où dans la mesure où les indicateurs de mortalité générale (tous âges confondus) peuvent à des échelons aussi fins être fortement biaisés (la présence d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées peut artificiellement augmenter la mortalité d'un quartier). Qui plus est, afin de modérer les problèmes posés par les faibles effectifs, les données traitées couvrent une période de 6 années (2007 à 2012) et la mortalité prématurée a été calculée pour les décès de moins de 75 ans et non pas, comme c'est plus classiquement le cas, de moins de 65 ans.

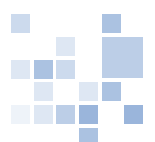
Il ressort des analyses menées que la mortalité prématurée (avant 75 ans) des QPV de Strasbourg et de Mulhouse dépasse très largement la moyenne alsacienne (respectivement +52 % et +39 %). Qui plus est, ces inégalités devant la mort n'opposent pas uniquement les QPV au reste du territoire alsacien et il existe un réel gradient social sur ce sujet : plus le niveau social des quartiers est faible, plus le risque de décéder avant 75 ans tend à augmenter. Ainsi, la mortalité avant 75 ans des habitants des quartiers les plus aisés de Strasbourg³ est inférieure de 23 % à la valeur communale, alors que celle des habitants des quartiers les plus populaires dépasse de 35 % cette valeur. Si l'on considère les quartiers individuellement, les différences entre extrêmes sont encore plus impressionnantes, avec une mortalité prématurée au Port du Rhin 3,5 fois plus élevée qu'à l'Orangerie – Conseil des XV. Le même type d'écarts s'observe également à Mulhouse, avec une mortalité des moins de 75 ans 3 fois plus élevée à Franklin Fridolin qu'à Dornach.

... LES QUARTIERS LES PLUS DÉFAVORISÉS NE PRÉSENTENT POUR AUTANT PAS TOUS DES NIVEAUX TRÈS ÉLEVÉS DE MORTALITÉ

Si le constat d'une corrélation forte entre situation sociale des quartiers et mortalité prématurée est clairement démontré par ces résultats, la relation n'est pas pour autant systématique. Il apparaît ainsi que certains des quartiers les plus populaires de Strasbourg, l'Elsau, la Cité nucléaire et Haute-pierre, enregistrent des niveaux de mortalité prématurée comparables à ceux de quartiers bien moins défavorisés, tels que le quartier de la gare ou encore le quartier Neudorf-Stockfeld (quartiers moyennement aisés).



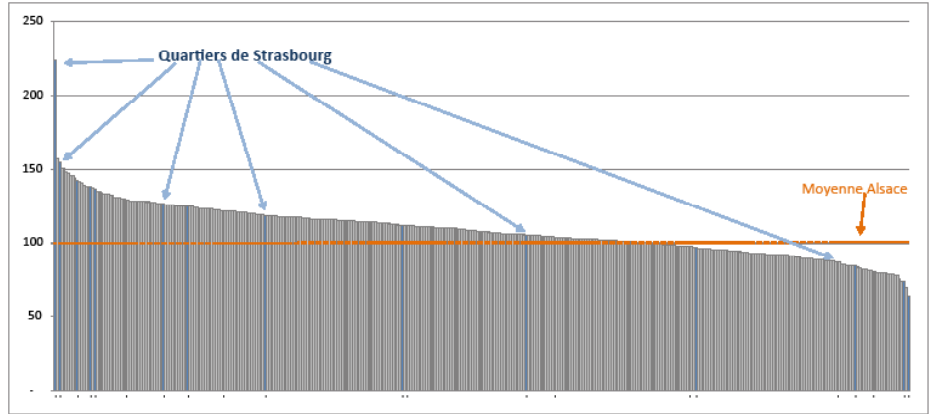
³ Les 24 quartiers de la ville de Strasbourg et les 15 quartiers de Mulhouse ont été répartis en quatre groupes, en fonction de leurs caractéristiques sociales : quartiers aisés, quartiers moyennement aisés, quartiers moyennement populaires et quartiers populaires.



DES INÉGALITÉS DEVANT LA MORT PLUS MARQUÉES ENTRE LES 24 QUARTIERS DE STRASBOURG QU'ENTRE LES 316 CANTONS DU GRAND EST

Si les inégalités sociales et de santé entre quartiers sont indéniables, elles sont de plus tout particulièrement marquées. Ainsi, comme indiqué précédemment, à Strasbourg, la mortalité des moins de 75 ans est 3,5 fois plus élevée dans le quartier de du Port du Rhin que dans celui de l'Orangerie - Conseil des XV. À titre de comparaison, les taux de mortalité ne varient « que » dans un rapport de 1 à 2,2 entre les 316 cantons du Grand Est (anciens cantons, avant le redécoupage de 2014).

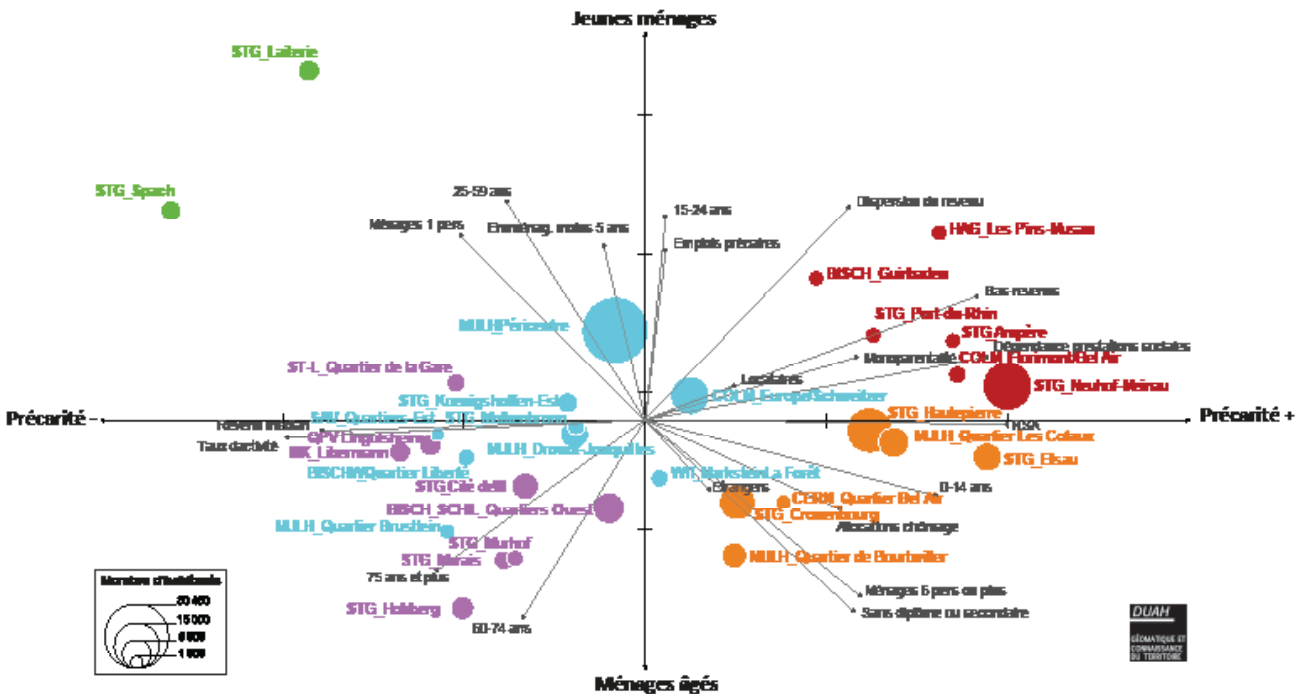
Indice comparatif de mortalité prématurée (avant 75 ans) des cantons du Grand Est et des quartiers de Strasbourg - Base 100 Alsace, années 2006-2013



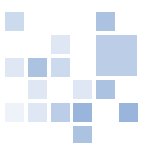
Sources : Service d'état civil de la Ville de Strasbourg, Inserm CépiDc, Insee - Exploitation : ORS Alsace
Lecture : barres en bleu : quartiers de Strasbourg, barres en gris : cantons du Grand Est

Ce constat d'un niveau très élevé d'inégalité de santé au sein d'une grande ville n'est pas surprenant, dans la mesure où les quartiers les plus « extrêmes » concentrent des populations très précaires ou à l'inverse particulièrement aisées. Il démontre en revanche combien il est essentiel d'analyser les situations sanitaires à l'échelon infra-communal pour les communes les plus importantes. Pour en revenir à l'exemple de Strasbourg, dont la mortalité prématurée est pratiquement équivalente à la moyenne des villes de plus de 100 000 habitants (cf. ci-dessus), ne tenir compte que de la situation de l'ensemble de la commune pourrait amener à considérer que la ville ne constitue pas un territoire prioritaire d'action, alors même que pour certains de ses quartiers la conclusion inverse s'impose.

Typologie des QPV d'Alsace



Source : Insee - Exploitation : Eurométropole de Strasbourg / ORS Alsace
en vert : quartiers de type 1 - en bleu : quartiers de type 2 - en violet : quartiers de type 3 - en orange : quartiers de type 4 - en rouge : quartiers de type 5



Les QPV : des quartiers aux caractéristiques démographiques et socio-économiques disparates

La liste et les contours des QPV ont été arrêtés au regard d'un critère unique, le revenu des habitants. Il s'agit donc par essence de quartiers qui regroupent des populations de faibles revenus. Pour autant, une typologie des 31 QPV alsaciens a été réalisée en collaboration avec l'Eurométropole de Strasbourg, à partir de données démographiques et socioéconomiques. Elle montre que ces quartiers présentent, malgré cette caractéristique commune, des profils démographiques et socio-économiques assez divers. Selon cette classification, 5 types de QPV peuvent être distingués en Alsace :

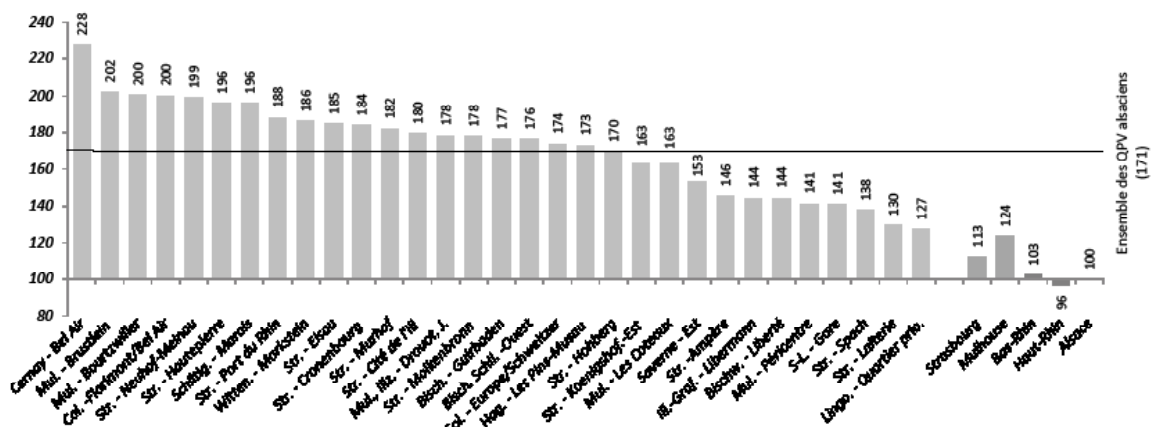
- Le type 1 est composé de 2 QPV, situés à Strasbourg, pour une population totale de 4 860 habitants. Cette classe est atypique et se distingue fortement des 4 autres. Les QPV de cette classe sont notamment composés de petits ménages (ménages d'une personne, peu d'enfants au sein du quartier), étudiants ou actifs (forte représentation des 15-59 ans, peu de « sans diplôme », faible proportion d'inactifs et d'emplois précaires) avec une faible ancienneté d'emménagement dans le quartier. Les quartiers de ce type présentent le niveau de précarité le plus faible.
- Le type 2 est composé de 9 QPV, situés dans l'Eurométropole de Strasbourg (EmS), Mulhouse Alsace Agglomération (M2A), Colmar, Saverne et Haguenau/Bischwiller, pour une population totale de 54 361 habitants. Les quartiers de cette classe ont une situation démographique et socio-économique assez proche de celle du profil moyen des QPV alsaciens. Les quartiers de ce type présentent des niveaux de précarité moyens.
- Le type 3 est composé de 8 QPV, situés dans l'EmS, M2A et Saint-Louis, pour une population totale 24 079 habitants. Les quartiers de cette classe peuvent être qualifiés d'âgés, autant du point de vue démographique (forte proportion de 60 ans ou plus) que d'ancienneté d'emménagement (proportion plus faible d'emménagements récents que dans les autres QPV d'Alsace en moyenne). Les quartiers de cette classe présentent des niveaux de précarité moyens.
- Le type 4 est composé de 6 QPV, situés dans l'EmS, M2A et Cernay, pour une population totale de 38 068 habitants. Cette classe se caractérise par une forte précarité sociale avec un revenu médian faible (inférieur au profil moyen) et une part importante de bas revenus, plus de chômeurs (ménages percevant une allocation chômage), plus de familles nombreuses (ménages de 6 personnes ou plus) et plus d'étrangers.
- Le type 5 est composé de 6 QPV, situés dans l'EmS, Colmar et Haguenau/Bischwiller, pour une population totale de 22 330 habitants. Les quartiers de cette classe se caractérisent par une très forte précarité sociale : des niveaux de revenus très bas (revenu médian nettement inférieur au profil moyen, et forte part de bas revenus), une forte dépendance aux prestations sociales, une population plutôt jeune et une part importante de monoparentalité.

UNE PRÉVALENCE DU DIABÈTE TRAITÉ ÉLEVÉE DANS L'ENSEMBLE DES QPV DE LA RÉGION

L'état de santé des habitants des QPV et autres quartiers a également pu être approché grâce à des données de l'Assurance maladie. Cette source nous montre qu'en moyenne, dans les QPV alsaciens, 6,4 % des assurés du régime général bénéficient d'un traitement pharmacologique pour diabète, proportion qui dépasse très largement, de 71 %⁴, la valeur alsacienne, alors que l'Alsace est déjà particulièrement touchée par cette pathologie. Tous les QPV d'Alsace, sans exception, sont concernés par une forte prévalence du diabète traité (+27 % à +102 % à la valeur alsacienne selon le quartier).

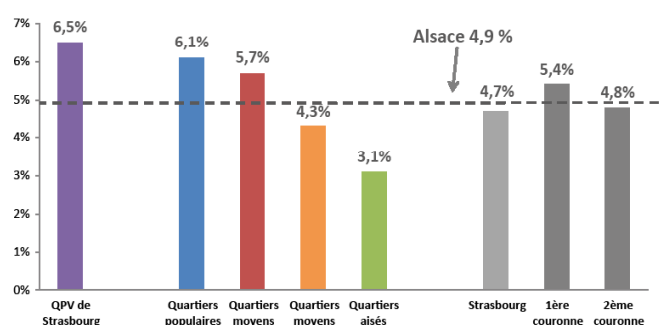
Comme pour la mortalité, on peut constater que la forte prévalence du diabète traité ne touche pas que les QPV, mais qu'il existe une corrélation plus générale entre caractéristiques sociales d'un espace et prévalence du diabète. Ainsi, par exemple, le taux d'assurés traités pour diabète est sensiblement plus élevé à Strasbourg et en première couronne qu'en deuxième couronne (où les populations sont globalement plus aisées). Au sein de la ville de Strasbourg, ce taux est 2,7 fois plus élevé dans les quartiers populaires que dans les quartiers aisés.

Indice comparatif d'assurés ayant eu au moins trois remboursements d'antidiabétiques (oraux, insuline et analogues) dans l'année 2014 (Alsace base 100) – dans les QPV alsaciens



Sources : CPAM du Bas-Rhin - Géoréférencement « web service du CGET » - Exploitation : ORS Alsace

Proportion standardisée d'assurés ayant eu au moins 3 remboursements d'antidiabétiques en 2014 - Tous antidiabétiques (oraux, insuline et analogues) à Strasbourg



Source : CPAM du Bas-Rhin - Exploitation : ORS Alsace

⁴ Écart calculé après standardisation sur l'âge du taux de prévalence du diabète traité.

DES INDICATEURS DÉFAVORABLES DE SANTÉ QUI S'OBSERVENT DÉJÀ CHEZ LES COLLÉGIENS DE 6^{ÈME}

Parmi toutes les données mobilisées, celles recueillies par les personnels infirmiers de l'Académie de Strasbourg (bilans réalisés dans les collèges publics) sont particulièrement intéressantes. Elles démontrent que les inégalités socio-géographiques de santé s'observent dès le plus jeune âge, avec des indicateurs de santé des élèves de 6^{ème} des QPV nettement moins favorables que dans l'ensemble de l'Alsace, tant en ce qui concerne l'alimentation, la pratique d'une activité sportive, le surpoids et l'obésité, l'accès à une correction visuelle adaptée ou encore le brossage des dents.

Résultats des bilans infirmiers réalisés par les personnels de l'Education Nationale auprès des élèves de 6^{ème} des établissements publics en 2014

	Absence petit déjeuner (1)	Prise collation matinale (2)	5 fruits et légumes et plus (3)	Boissons sucrées à table (4)	Grignotage (5)	2 heures ou plus d'activité sportive hebdomadaire (6)	Surpoids y compris obésité (7)	Avis vision (8)	Brossage des dents irrégulier ou absent (9)
Ensemble des QPV d'Alsace (n=1612)	23%	47%	12%	25%	43%	39%	30%	14%	20%
Hors QPV ou sans adresse (n=11 087)	12%	32%	9%	15%	24%	56%	21%	9%	9%
Alsace (n=12 699)	14%	34%	10%	16%	27%	54%	22%	10%	10%

(1) Proportion d'élèves déclarant prendre un petit déjeuner le matin, les jours d'école.

(2) Proportion d'élèves déclarant prendre un goûter à l'école le matin.

(3) Proportion d'élèves déclarant manger 5 fruits et légumes par jour.

(4) Proportion d'élèves déclarant boire principalement des boissons sucrées à table.

(5) Proportion d'élèves déclarant grignoter entre les repas.

(6) Proportion d'élèves déclarant pratiquer au moins deux heures d'activités sportives en club ou UNSS en dehors de l'école.

(7) Proportion d'élèves (y compris obésité). Statut pondéral déterminé à partir de l'IMC (rapport poids/taille), le sexe et l'âge de l'élève, selon les références de l'International Obesity Task Force.

(8) Proportion d'enfants pour lesquels un avis vision a été émis par l'infirmier scolaire (un avis est émis par l'infirmier

scolaire et transmis aux parents lorsqu'il estime qu'un problème de santé détecté lors de l'examen doit faire l'objet d'une prise en charge ou d'un suivi). Examen réalisé avec lunettes si l'enfant est déjà équipé. Il ne s'agit pas tant de vérifier la vue de l'enfant que la qualité de sa correction, lorsqu'il en a une, ou le besoin de correction.

(9) Proportion d'élèves déclarant ne jamais se brosser les dents ou de façon irrégulière.

Source : Rectorat de l'Académie de Strasbourg 2014 - Géoréférencement « web service du CGET » - Exploitation ORS Alsace

RECOURS AUX SOINS ET AUX DÉPISTAGES

Grâce à la collaboration mise en place avec la Direction de la coordination de la gestion du risque de la région Grand Est, portée par la CPAM du Bas-Rhin, il a été possible d'analyser les niveaux de recours aux soins libéraux des assurés du régime général des QPV d'Alsace et de les comparer à ceux de l'ensemble des assurés d'Alsace. Ces travaux ont été menés dans le cadre de la réalisation des Cartes d'identité territoriales de santé (CIST) des QPV d'Alsace.

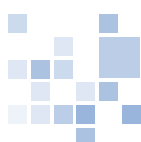
UNE IMPORTANTE CONSOMMATION DE SOINS LIBÉRAUX DANS LES QPV

Globalement, la consommation de soins libéraux (médecine générale et autres spécialités) est plus importante dans les QPV d'Alsace que dans l'ensemble de l'Alsace. C'est en particulier le cas pour la médecine générale (+27 %), la cardiologie (+49 %) et la radiologie (+53 %). À l'opposé, pour certaines spécialités (psychiatrie, ophtalmologie et pédiatrie), le niveau de recours des quartiers prioritaires est légèrement plus faible qu'au regard de l'ensemble de l'Alsace (de -4 à -5 %).

Indices comparatifs de consommation de soins de médecine de ville des assurés du régime général en 2014 - Base 100 Alsace

	Médecins généralistes	Médecins spécialistes (toutes spécialités)	Cardiologues	Gynécologues	Ophtalmologues	Pédiatres	Psychiatres	Radiologues
Ensemble des QPV d'Alsace	127	122	149	111	95	96	96	153
Ensemble Bas-Rhin	110	111	78	94	105	117	128	110
Ensemble Haut-Rhin	87	84	130	109	93	76	60	86
Alsace	100	100	100	100	100	100	100	100

Source : CPAM du Bas-Rhin - Géoréférencement « web service du CGET » - Exploitation ORS Alsace



UN SUIVI MÉDICAL DES PATIENTS DIABÉTIQUES DES QPV COMPARABLE À CELUI DE L'ENSEMBLE DES PATIENTS ALSACIENS

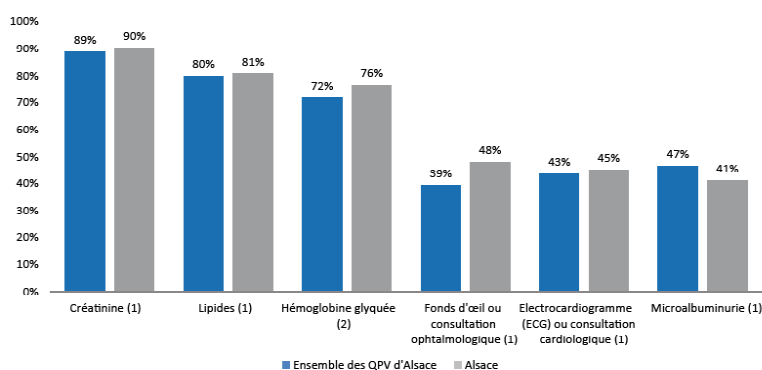
Les données de l'Assurance maladie ont permis de démontrer que la prévalence du diabète traité est particulièrement élevée dans les QPV d'Alsace (cf. pages précédentes). Elles fournissent également des indications sur le suivi médical des patients diabétiques et le respect des recommandations en vigueur. Globalement, quel que soit le territoire considéré (Alsace, départements, communes, QPV), les recommandations de suivi médical du diabète sont plutôt bien respectées en ce qui concerne le contrôle glycémique, les bilans lipidiques et le dosage de la créatinine. En revanche, certains examens de dépistage précoce des complications rénales (microalbuminurie), ophtalmologiques et cardiovasculaires du diabète sont moyennement réalisés. Nous n'observons sur ce sujet pas de différences majeures entre les QPV et l'ensemble du territoire alsacien. Deux nuances peuvent cependant être apportées : la microalbuminurie est plus fréquemment réalisée dans les QPV alors que le suivi ophtalmologique y est sensiblement moins satisfaisant.

LA FORTE CONSOMMATION DE SOINS DANS LES QPV S'EXPLIQUE TRÈS PROBABLEMENT PAR L'ÉTAT DE SANTÉ DES HABITANTS

La forte consommation de soins des habitants est à mettre en lien avec l'état de santé des populations, que l'on sait nettement plus dégradé dans les QPV. L'état de santé n'est pour autant pas le seul facteur susceptible d'influencer la consommation de soins et d'autres éléments, dont en particulier l'offre locale de soins libéraux, doivent être considérés. Soulignons enfin que l'interprétation de ces indicateurs est parfois difficile (on peut par exemple observer dans certains QPV des niveaux de consommation de radiologie libérale extrêmement élevés, sans pouvoir y apporter d'explication), d'autant plus qu'il n'a pas été possible d'analyser le recours à d'autres offres de soins (urgences et urgences pédiatriques en particulier) auxquelles les populations peuvent localement s'adresser.

S'il est difficile de comparer la consommation de soins de deux quartiers dont l'état de santé est très différent, les données sur le suivi médical du diabète apportent un éclairage intéressant sur le sujet. On peut en effet considérer que les personnes sous traitement antidiabétique ont, quel que soit leur lieu de vie, des besoins équivalents de suivi et de prise en charge médicale. Or, pour cette population de diabétiques, le niveau de consommation des QPV ne diffère pas particulièrement de celui du reste de l'Alsace. À titre d'exemple, si globalement le recours des habitants des QPV à la cardiologie libérale est très élevé, supérieur de 49 % à la valeur alsacienne, la différence disparaît totalement lorsque l'on s'intéresse aux seuls patients diabétiques. Ce constat tend à démontrer que l'importante consommation de soins libéraux des habitants des QPV s'explique en grande partie si ce n'est totalement par leur état de santé.

Proportion d'assurés du régime général ayant bénéficié d'examens de suivis du diabète parmi les assurés ayant eu au moins trois remboursements d'antidiabétiques dans l'année (2014)



(1) Proportion de personnes ayant eu au moins un remboursement de créatinine, ECG, etc. parmi les assurés ayant eu au moins trois remboursements d'antidiabétiques dans l'année.

(2) Proportion de personnes ayant eu au moins deux remboursements de contrôle glycémique parmi les assurés ayant eu au moins trois remboursements d'antidiabétiques dans l'année.

Source : Assurance maladie Alsace, Géoréférencement « web service du CGET » - Exploitation : CPAM du Bas-Rhin, ORS Alsace

A STRASBOURG ET MULHOUSE DES TAUX DE PARTICIPATION AUX CAMPAGNES DE DÉPISTAGE DES CANCERS TRÈS VARIABLES SELON LES QUARTIERS

Une étude menée en 2013 avec les associations EVE, Ademas et Adeca et avec le soutien de Sanofi montre que pour les deux villes de Mulhouse et de Strasbourg, les disparités entre quartiers de participation aux campagnes de dépistage (sein, colorectum et utérus) sont marquées. Comme l'on pouvait s'y attendre, il existe une forte corrélation entre caractéristiques sociales et participation aux campagnes de dépistage. Néanmoins, il n'y a pas de fatalité et des exceptions existent : certains quartiers dont les indicateurs sociaux et économiques sont défavorables présentent des taux de participation aux campagnes de dépistage supérieurs aux moyennes communales. On savait par ailleurs que les taux de participation étaient globalement assez bas dans les grandes villes. L'étude montre que pour le col de l'utérus et le colorectal, ce phénomène est « généralisé » : les taux de participation de presque tous les quartiers de Strasbourg et Mulhouse sont inférieurs aux moyennes départementales et régionale.

Ces différents résultats posent la question des freins et facteurs d'adhésion au dispositif de dépistage organisé. Les éléments pouvant influencer sur la décision des personnes à s'inscrire dans le dispositif peuvent être classés suivant qu'ils relèvent de l'organisation du dispositif de dépistage, des professionnels de santé ou de l'individu et son environnement de vie. S'il est difficile d'agir directement sur certains facteurs défavorables à la participation (niveau social par exemple), la compréhension d'autres freins, tels que les représentations de la maladie ou du dépistage, permet de mieux adapter les messages et ainsi d'améliorer potentiellement la participation.



Il n'existe en France que peu de travaux qui abordent la question des disparités de santé et inégalités de santé à l'échelon des quartiers des grandes villes. Ceci s'explique par les difficultés techniques que posent de telles approches, la charge de travail qu'elles représentent et la nécessité de pouvoir bénéficier de la mobilisation de nombreux organismes, producteurs et détenteurs de données sanitaires.

De ce point de vue, les travaux sur la santé dans les QPV et quartiers des grandes villes mis en œuvre par les ORS du Grand Est et leurs partenaires constituent des démarches qui de par la diversité des sujets abordés et la multiplicité des sources mobilisées sont inédites au niveau national.

Ils permettent d'explorer de façon large les enjeux de santé dans les quartiers et notamment les plus fragiles d'entre eux et les apports de ces travaux sont multiples :

- ils démontrent à quel point les inégalités sociales et de santé sont marquées entre quartiers et touchent tout particulièrement les QPV,
- ils confirment qu'il existe des inégalités devant la mort, mais aussi la maladie et que les inégalités de santé s'expriment dès le plus jeune âge : la reproduction de génération en génération de ces inégalités est inévitable, sans action collective et concertée sur les différents déterminants de santé,
- ils permettent d'affirmer que les inégalités ne sont pas une fatalité, elles ne sont pas mécaniques et systématiquement observées et ponctuellement, certains quartiers peuvent présenter des indicateurs plus favorables que ce que l'on aurait pu attendre au regard de leurs caractéristiques sociales,
- dans le même ordre d'idée, les travaux menés montrent que même des QPV, quartiers particulièrement précaires, ne forment pas un ensemble homogène et qu'il existe entre eux de fortes disparités. Les besoins de leurs habitants sont variables, élément qui doit être pris en compte dans l'élaboration des interventions locales,
- ils permettent aussi de mettre en avant certains points positifs. Par exemple, l'offre de soins de premier recours, si elle n'est pas systématiquement représentée au sein des QPV, dont certains sont très petits, reste en général accessible à proximité. C'est en revanche moins le cas de l'offre de soins libéraux spécialisés, et cela ne doit pas faire oublier que localement, avec le vieillissement du corps médical, cette offre de premier recours peut être fragile et amenée à rapidement évoluer. On peut aussi souligner dans le registre des éléments positifs, que les indicateurs de suivi des patients diabétiques montrent que la prise en charge médicale de cette pathologie, même si elle peut encore s'améliorer sur certains points, est, dans les QPV, globalement comparable à celle dont bénéficie l'ensemble des Alsaciens (sauf en ce qui concerne le suivi ophtalmologique), ce qui n'était a priori en rien évident.

Les différents travaux menés sur la santé dans les quartiers constituent un solide socle de travail pour les acteurs locaux et régionaux de la santé et de la politique de la ville. L'approche réalisée se heurte pour autant à des limites, notamment statistiques (faibles effectifs, impossibilité de produire certains indicateurs pour les plus petits des quartiers) et n'éclaire que de façon incomplète la santé de la population et ses déterminants. Il n'a ainsi pas été possible de traiter de sujets tels que la santé des personnes âgées, la santé mentale, la qualité de vie, les addictions...

Pour conclure, soulignons que ces outils ne trouvent leur pleine utilité que s'ils sont, au travers de démarches qualitatives et participatives, enrichis de la connaissance des habitants, professionnels et élus des quartiers, tant en ce qui concerne les réalités de terrain que les ressources locales mobilisables pour l'action. Ces approches complémentaires sont indispensables au développement et à la mise en œuvre d'intervention répondant au mieux aux besoins des habitants de chaque quartier.

Des travaux se poursuivent actuellement au sein de l'observatoire : des portraits de l'ensemble des QPV du Grand Est sont notamment en cours (finalisation prévue mi-2019).

Observatoire Régional de la Santé du Grand Est (ORS Grand Est)

Siège : Hôpital Civil - Bâtiment 02, 1er étage - B.P. 426
1, place de l'hôpital - 67 091 Strasbourg Cedex
Tél. : 03 88 11 69 80 - Site: <http://www.orsal.org/>

Site de Nancy : 2 Rue du Doyen Jacques Parisot
54 500 Vandœuvre-lès-Nancy
Tél. : 03 83 67 68 69 - Site : <http://www.orsas.fr/>

Directeur de Publication :

Professeur Jean-Yves PABST, Président

Comité de rédaction :

Michel BONNEFOY, Directeur, Emilie GARDEUR, Directrice des études

Auteurs :

Frédéric IMBERT, Florence SCHWARZ, Sabrina BOIME

PAO :

Sylvie DROESCH - CLAUSS