



Des enjeux différenciés en matière de santé dans les quartiers des grandes agglomérations

Une configuration type des espaces urbains se dessine selon le profil des populations cibles des actions de santé publique : populations à bas revenu, personnes âgées et familles. La moitié des personnes démunies financièrement, dont l'état de santé est plus souvent dégradé, habitent dans des quartiers où la pauvreté est marquée, généralement proches des centres-villes. Une personne à bas revenu sur cinq habite au cœur de l'agglomération où l'offre médicale est concentrée, mais dont la patientèle est nombreuse et hétérogène. Le marché immobilier contraint d'autres populations pauvres à s'éloigner des équipements et à vivre dans des territoires peu denses où les actions de santé publique sont plus difficiles à mettre en œuvre. Les familles sont par exemple plus présentes dans ces quartiers périphériques moins bien équipés. Les personnes âgées sont surreprésentées dans des quartiers généralement situés à proximité des centres-villes où l'offre de santé peut répondre à leurs besoins.

Hélène Chesnel, Insee

Dans les Pays de la Loire, deux personnes sur cinq vivent dans les sept grandes agglomérations de la région (*définitions et méthodes*). La situation en termes de santé est globalement plus favorable dans ces territoires urbains que dans le reste de la région, avec notamment un indice comparatif de mortalité plus faible. Cependant, la ville se caractérise par de très fortes disparités (*encadré*). L'observation à un niveau géographique fin permet de saisir les problématiques spécifiques de chaque quartier et de ses habitants, et ainsi d'éclairer les besoins en matière de santé, avec des configurations différentes selon les agglomérations.

Des populations cibles : personnes à bas revenu, personnes âgées et familles

Les comportements vis-à-vis de la santé et les besoins de soins varient en fonction des individus. Les actions de santé publique, en matière de soins ou de prévention, notamment celles définies dans les contrats locaux de santé, cherchent ainsi à s'adapter au profil des bénéficiaires. Parmi les publics cibles figurent les

personnes âgées qui recourent davantage aux professionnels de santé et qui sont moins mobiles. Les familles sont également visées pour les actions de santé publique, surtout celles constituées d'enfants en bas âge et lorsque leur composition peut être révélatrice d'une situation sociale fragilisée (familles monoparentales, familles nombreuses). Enfin, la santé

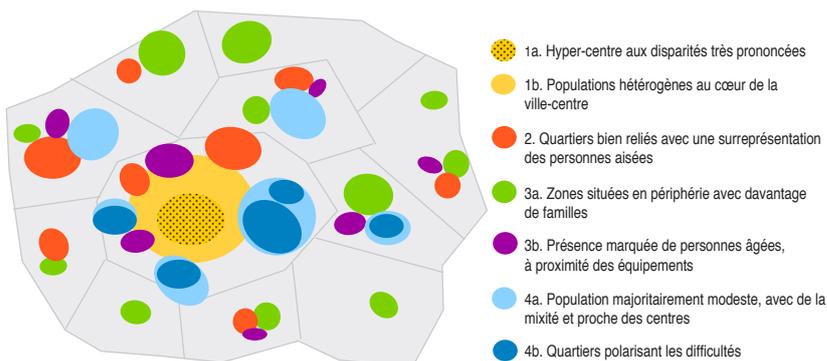
étant très liée à la situation économique de la personne, les ménages percevant de faibles revenus ou éloignés de l'emploi sont le troisième public concerné.

Un schéma-type d'organisation sociale des quartiers

Les populations ne se répartissent pas au hasard sur le territoire urbain. Leur lieu de résidence est fonction de leurs besoins

1 Une configuration selon le profil des habitants et des besoins en santé

Schéma-type d'organisation sociale des agglomérations des Pays de la Loire

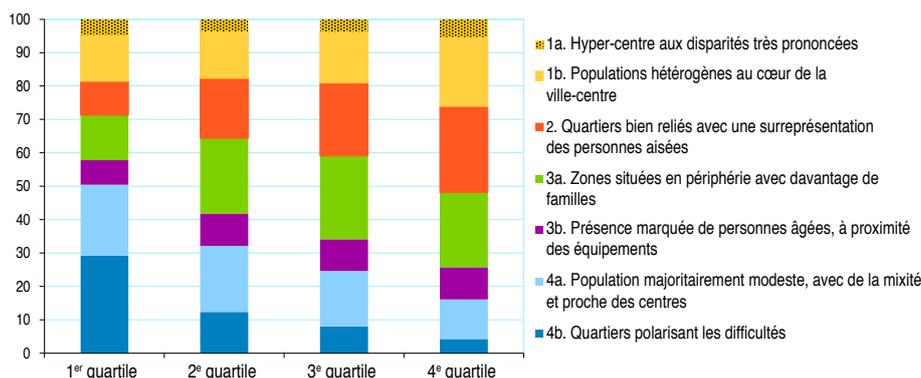


Lecture : ce schéma fait la synthèse de la répartition des profils des habitants dans les sept grandes agglomérations de la région. La surface des ronds et leur répartition autour du centre-ville est représentative de la situation observée mais leur localisation précise ne doit pas être interprétée.

Sources : Insee, Recensement de la population (RP) 2010 ; Insee-DGFIP, revenus fiscaux localisés (RFL) 2010.

2 Le type de quartier habité est lié au niveau de revenu

Répartition de la population selon le type de quartier habité par niveau de revenu (en %)



Lecture : le revenu fiscal déclaré rapporté au nombre d'unités de consommation est ordonné. Les quartiles sont les valeurs qui partagent cette distribution en quatre parties égales. Ainsi 25 % des personnes ont des revenus inférieurs au premier quartile.

Sources : Insee, RP 2010 ; Insee-DGFIP, RFL 2010.

(travail, commerces, écoles, etc.), des contraintes du marché immobilier et de leurs goûts personnels.

Un schéma-type des grandes agglomérations des Pays de la Loire (figure 1) dessine des profils de population qui prédominent dans les quartiers (définitions et méthodes). Le cœur de la ville-centre abrite davantage de personnes seules, des étudiants ou jeunes actifs, avec des revenus très hétérogènes (quartiers 1a et 1b). Les quartiers où prédominent les populations défavorisées se trouvent souvent en première couronne de la ville-centre (quartiers 4a et 4b). Les zones avec une surreprésentation des ménages aisés sont également situées à proximité du cœur de la ville-centre ou dans les centres des communes périphériques (quartier 2). Les territoires qui attirent davantage de familles sont éloignés des centres-villes (quartier 3a). À l'inverse, les quartiers avec une présence marquée des personnes âgées sont généralement plus proches des équipements, en première couronne ou dans les centres-villes des communes périphériques (quartier 3b).

Les caractéristiques du quartier ont un impact sur les comportements de ses habitants : les transports en commun peuvent faciliter l'accès aux soins, la présence d'équipements ou d'espaces verts peuvent inciter à la pratique sportive, etc. Ces éléments doivent être pris en compte lors de la mise en œuvre des programmes de santé publique : si des actions individuelles de prévention peuvent améliorer la santé des personnes, des leviers plus collectifs peuvent être actionnés. Par exemple, la sensibilisation des propriétaires de logements et des bailleurs sociaux peut permettre d'améliorer la santé des personnes âgées qui y vivent ; l'aménagement des rues ou des transports en commun peut également faciliter leur mobilité.

Proche du cœur des villes-centres, des populations modestes ou plus défavorisées

L'état de santé des populations défavorisées est plus souvent dégradé que celui des plus

aisées : maladies cardiovasculaires, obésité plus fréquente, problèmes bucco-dentaires, troubles mentaux, etc. D'après des études nationales, ces personnes, qui cumulent parfois les difficultés vis-à-vis de l'emploi, de leur situation familiale et financière, consultent en moyenne moins souvent les professionnels de santé et recourent moins souvent à des pratiques de dépistage et de prévention. L'enjeu est de prendre en compte ces spécificités, avec une coordination des acteurs des domaines sociaux, culturels ou associatifs. Par exemple, améliorer l'accès à l'emploi ou encore dynamiser le secteur associatif pour créer du lien social sont des moyens indirects pour améliorer la santé des populations défavorisées.

Les personnes les plus démunies, c'est-à-dire appartenant au 1^{er} quartile de revenu, se concentrent dans certains territoires (figure 2) : la moitié habite des quartiers où les personnes en difficulté sont surreprésentées (quartiers 4a et 4b). La proportion de personnes à bas revenu ou au chômage y est plus forte que dans le reste de l'agglomération. Les familles monoparentales et nombreuses y sont un peu plus fréquentes. La population est plus souvent locataire, notamment dans le secteur HLM.

Souvent proches du cœur des villes-centres ou des centres des communes périphériques, ces populations sont généralement peu éloignées des équipements de proximité. Une desserte efficace par les transports en commun peut être

un élément déterminant pour faciliter l'accès aux soins. Par ailleurs, les publics défavorisés ont davantage recours aux soins hospitaliers et la proximité du service des urgences est un facteur à prendre en compte pour ces quartiers. Certains de ces quartiers (4a) présentent une mixité plus importante, même si les personnes ayant des revenus modestes ou faibles (1^{er} et 2^e quartiles de revenu) y sont majoritaires. Par exemple, 17 % des habitants perçoivent des revenus relativement élevés (4^e quartile) et la répartition par type de famille se rapproche de la répartition moyenne sur l'ensemble des agglomérations. L'offre de soins délivrés par les médecins généralistes, les masseurs-kinésithérapeutes et les chirurgiens-dentistes libéraux y est plutôt favorable, un peu meilleure qu'en moyenne (figure 3).

D'autres quartiers (4b) polarisent les difficultés, avec une surreprésentation plus nette de personnes rencontrant des difficultés socio-économiques. Ils correspondent souvent aux quartiers définis comme prioritaires pour la politique de la ville. Au regard de la population, les professionnels de santé de premier recours y sont moins nombreux.

Au cœur des villes-centres : une offre médicale concentrée pour une patientèle nombreuse et hétérogène

Une personne défavorisée (1^{er} quartile de revenu) sur cinq habite au cœur de la ville-centre (quartiers 1a et 1b). Ce territoire est marqué par la densité de population la plus importante et une forte présence de personnes seules, d'étudiants et d'actifs de moins de 40 ans. Les revenus y sont aussi particulièrement hétérogènes et le chômage assez fréquent. Les habitants sont plus nombreux à ne pas avoir de voiture et utilisent plus souvent les transports en commun qui sont très présents dans ces quartiers.

Les populations les plus précaires habitent parfois dans ces quartiers pour profiter de la proximité des équipements, des emplois et des réseaux de transport en commun. Leurs conditions de logement peuvent être très dégradées en raison des prix immobiliers avec des conséquences qui peuvent être sanitaires. Les professionnels de santé de proximité sont nombreux à choisir de s'installer dans ces quartiers centraux car la forte densité de population, d'emplois et de commerces leur

Les spécificités des territoires urbains en matière de besoins et d'accès aux soins

Les grandes agglomérations disposent d'une situation socio-économique et sanitaire globalement plus favorable que les territoires moins urbanisés mais les disparités y sont plus marquées. Si, dans les sept agglomérations étudiées, la population perçoit un revenu médian supérieur à la moyenne régionale, la part de la population ayant un niveau de vie inférieur au seuil de pauvreté est aussi plus importante (12,0 % contre 10,7 % dans les Pays de la Loire), avec des contrastes forts d'un quartier à l'autre.

Par ailleurs, les territoires urbains sont très bien équipés en termes de professionnels de santé de proximité. Les professionnels de santé se concentrent cependant dans les centres des villes où les migrations quotidiennes sont les plus nombreuses. *A contrario*, les zones périphériques sont sous-équipées. L'analyse de l'accès aux soins est enfin rendue plus complexe du fait du rôle spécifique de certains équipements sanitaires dans un territoire urbain comme les services des urgences ou « SOS médecins ».

La perception des distances est difficilement comparable à celle des territoires moins denses, avec des modes de transport variables (à pied, en voiture ou en transport en commun) et des difficultés à se déplacer aux heures de pointe. La ville se structure autour des réseaux de voirie et de transports en commun qui impactent fortement le temps pour parcourir un trajet, à distance égale.

assure une patientèle nombreuse. Cependant, ils sont aussi consultés par des personnes n'habitant pas ces quartiers : la densité médicale élevée n'y est pas toujours synonyme d'accès aisé.

Une offre de soins moins favorable dans les quartiers avec une forte présence de familles

Les familles constituent une population cible des actions de santé, notamment en direction de la petite enfance : suivi post-natal, dépistages lors de la prime enfance, prévention de l'obésité, etc. Sensibiliser les familles, mais également faciliter la prise en charge lorsque des difficultés sont rencontrées, sont des enjeux importants pour les acteurs de santé publique.

Les quartiers avec une forte présence de familles (quartier 3a) sont situés dans les communes périphériques, souvent à l'écart des bourgs historiques, ou en deuxième couronne dans la ville-centre. De ce fait, ils sont souvent éloignés des équipements et dans des zones faiblement peuplées. Un quart des enfants de moins de 7 ans habitent dans ce type de quartier (figure 4). Leur localisation en périphérie peut rendre plus difficile la mise en place d'actions de santé publique. Par ailleurs, les professionnels de santé y sont moins présents que dans les autres catégories de quartiers car la densité de population moindre de ces territoires laisse présager une « rentabilité » plus faible.

Les ménages optent généralement pour ces lieux de résidence pour alléger le poids du logement dans leur budget, au détriment de la proximité des équipements. Ces quartiers sont également moins bien reliés par les réseaux de transport en commun et l'usage de la voiture est quasiment généralisé. Une grande majorité d'actifs ont un emploi et se déplacent sans doute facilement pour consulter des professionnels de santé dans les centres-villes ou à proximité de leur lieu de travail. Leur territoire de résidence n'est pas donc pas le seul lieu où ils peuvent être touchés par des actions de santé. Les populations les moins aisées peuvent cependant se trouver exposées à la vulnérabilité énergétique « carburant » avec des dépenses de déplacements importantes pour accéder aux équipements de proximité et en particulier pour consulter les professionnels de santé. Pour elles, l'insuffisance de l'offre de soins de proximité peut être pénalisante.

Les trois quarts des enfants de moins de 7 ans se répartissent dans les autres types de quartiers. Un sur cinq habite notamment dans des quartiers qui polarisent les difficultés socio-économiques (quartier 4b). Les risques au niveau de la santé sont plus importants pour ces enfants. Cela rend d'autant plus importantes les actions de prévention et l'appui sur des structures qui peuvent servir de relais comme les centres médico-sociaux.

Enfin, d'autres populations à faibles revenus habitent dans les quartiers où les populations aisées sont surreprésentées (quartier 2). Ils sont situés en première couronne de la ville-

3 Une offre de soins de proximité qui varie du simple au triple

Indicateur d'accessibilité potentielle localisée (nombre de professionnels exerçant en libéral pour 100 000 habitants)

Type de quartier	Médecins généralistes	Masseurs Kinésithérapeutes	Chirurgiens dentistes
Hyper-centre aux disparités très prononcées	181	185	108
1b Populations hétérogènes au cœur de la ville-centre	166	149	106
2 Quartiers bien reliés avec une surreprésentation des personnes aisées	104	104	64
3a Zones situées en périphérie avec davantage de familles	69	73	35
3b Présence marquée de personnes âgées, à proximité des équipements	139	116	90
4a Population majoritairement modeste, avec de la mixité et proche des centres	134	115	71
4b Quartiers polarisant les difficultés	109	89	47
Ensemble des sept EPCI étudiés	121	111	69

Sources : Insee, RP 2010, Base permanente des équipements (BPE) 2013 ; Insee-DGFIP, RFL 2010.

centre ou à proximité des bourgs historiques des communes périphériques. L'offre de soins y est inférieure à la moyenne, particulièrement pour les médecins généralistes. Les habitants les moins aisés peuvent se retrouver face à des professionnels de santé moins à l'aise avec leurs spécificités.

Les personnes âgées majoritairement dans des quartiers bien dotés en professionnels de santé de proximité

En moyenne dans les sept agglomérations étudiées, 9 % de la population est âgée de 75 ans ou plus, ce qui est légèrement inférieur à la situation régionale. L'organisation de la prise en charge des personnes âgées dans les territoires densément peuplés est un enjeu important. Moins mobiles que les plus jeunes, elles ont davantage de besoins de soins. Par ailleurs, elles vivent plus souvent seules dans les grandes agglomérations : 39 % sont dans ce cas, contre 36 % en moyenne dans les Pays de la Loire.

Les habitants de 75 ans ou plus sont surreprésentés dans des quartiers (3b) proches des centres-villes ou situés dans les bourgs historiques des communes périphériques. Ces quartiers sont souvent assez bien dotés en professionnels de santé de proximité. Cette situation peut résulter d'une stratégie d'installation des personnes âgées qui déménagent pour se rapprocher des équipements ou, inversement, de l'intérêt de certaines structures dédiées aux personnes

âgées pour s'implanter là où elles sont nombreuses. Si 15 % de la population de ces quartiers est âgée de 75 ans ou plus, 16 % a entre 60 et 74 ans, ce qui constitue un enjeu à terme.

Au-delà de ces quartiers où les habitants ont plus souvent 75 ans ou plus, les personnes âgées se répartissent dans tous les autres types de quartiers. Elles sont très présentes dans les quartiers de type « centre-ville » et dans les quartiers modestes.

Des configurations variables d'une agglomération à l'autre

Dans les sept agglomérations étudiées dans les Pays de la Loire, la configuration type des quartiers présentée ici s'ajuste aux spécificités du territoire (cf. Insee Dossier Pays de la Loire n°2). Angers Loire Métropole et Le Mans Métropole ont des configurations proches du modèle type (figure 5). Les quartiers avec une forte présence de familles sont cependant plus présents à Angers, tandis qu'au Mans davantage d'habitants vivent dans des zones avec une surreprésentation de personnes âgées. D'autres agglomérations ont des schémas un peu différents. Par exemple, la façade littorale de l'agglomération de Saint-Nazaire (la Carene), le fait que la ville ait été en grande partie détruite lors de la deuxième guerre mondiale et son économie portuaire et industrielle lui confèrent un profil spécifique : les quartiers au profil de population de type

4 Un profil des quartiers modelé par les populations cibles

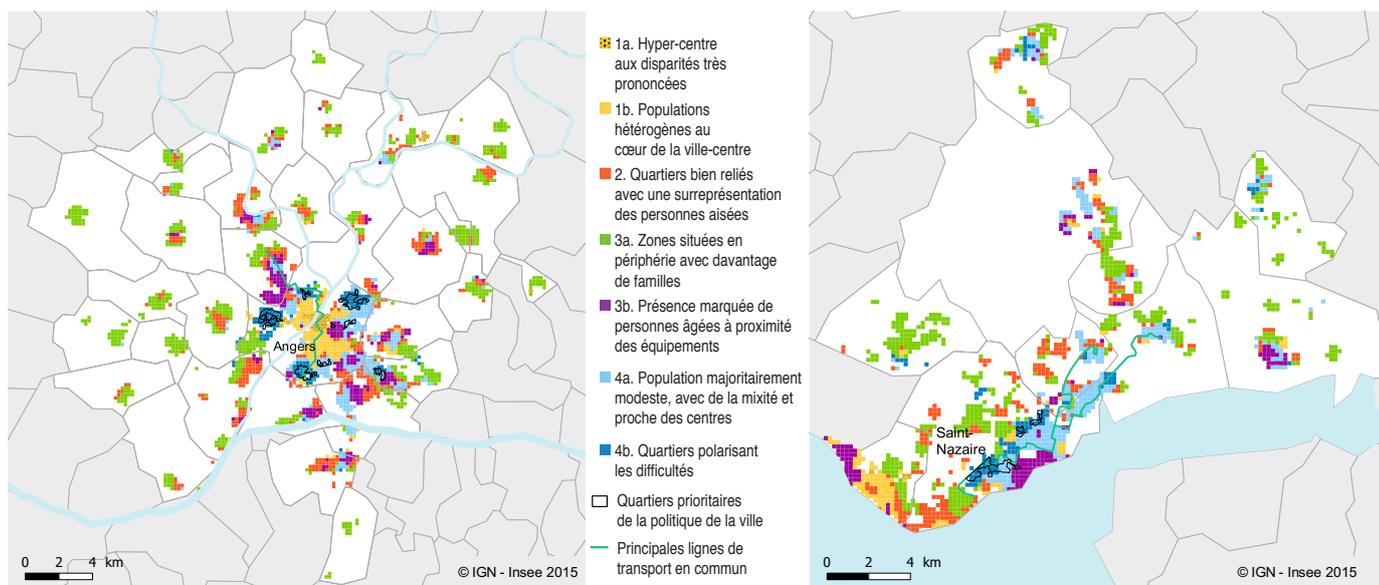
Répartition des personnes selon le type de quartier habité (en %)

Type de quartier	Ensemble	Personnes de moins de 7 ans	Personnes âgées de 75 ans ou plus	Personnes vivant dans une famille monoparentale	Personnes vivant seules	Personnes vivant dans un ménage avec 3 enfants ou plus
Hyper-centre aux disparités très prononcées	6	3	4	4	13	2
1b Populations hétérogènes au cœur de la ville-centre	17	13	20	16	27	11
2 Quartiers bien reliés avec une surreprésentation des personnes aisées	18	16	19	12	11	17
3a Zones situées en périphérie avec davantage de familles	20	26	8	14	7	26
3b Présence marquée de personnes âgées, à proximité des équipements	9	7	18	8	10	7
4a Population majoritairement modeste, avec de la mixité et proche des centres	17	17	22	21	18	17
4b Quartiers polarisant les difficultés	13	18	10	26	14	19
Ensemble des sept EPCI	100	100	100	100	100	100

Sources : Insee, RP 2010 ; Insee-DGFIP, RFL 2010.

5-6 Un schéma type qui se décline selon l'agglomération

Les sept types de quartiers dans la communauté d'agglomération Angers Loire Métropole et la Carene



Sources : Insee, RP 2010 ; Insee-DGFIP, RFL 2010.

« centre-ville » sont situés à Pornichet, tandis que les quartiers habités par une majorité de personnes modestes sont au cœur de Saint-Nazaire (figure 6).

Dans les trois plus petites agglomérations étudiées, la population habite moins souvent dans des quartiers polarisant les difficultés et plus souvent dans des territoires avec une forte présence de familles. La Roche-sur-Yon Agglomération est marquée par des quartiers de type « centre-ville » assez étendus et peuplés mais également une population importante dans les quartiers avec une forte présence de familles. L'agglomération de Laval a des caractéristiques proches mais moins marquées. Dans celle de Cholet, les habitants vivent moins souvent dans des quartiers de type « centre-ville » et davantage dans des zones avec une surreprésentation de personnes âgées. L'agglomération nantaise, où habite 41 % de la population étudiée, se caractérise notamment par un hyper-centre très développé et davantage de quartiers avec une surreprésentation de populations aisées. ■

Cette étude est le fruit d'un partenariat entre l'ARS et la direction régionale de l'Insee Pays de la Loire. Ce partenariat a également donné lieu à un Insee Dossier avec des fiches territoriales pour les sept grandes agglomérations de la région.

Définitions et méthodes

Champ

L'analyse porte sur les sept plus grands établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) des Pays de la Loire : Nantes Métropole, Angers Loire Métropole, Le Mans Métropole, la communauté d'agglomération de la région nazairienne et de l'estuaire (Carene), Laval Agglomération, La Roche-sur-Yon Agglomération et la communauté d'agglomération du Choletais.

Construction de la typologie

Afin de réaliser une analyse fine de composition infracommunale des territoires, les agglomérations ont été quadrillées en carreaux de 200 mètres sur 200 mètres. Des méthodes statistiques d'analyse spatiale sont utilisées. Les logements sont géolocalisés au sein de la ville.

Les carreaux qui ont un profil proche au regard des variables suivantes sont regroupés : parts de la population âgée de moins de 7 ans et de 75 ans ou plus ; parts des personnes vivant seules, dans une famille nombreuse et dans une famille monoparentale ; et parts des personnes vivant dans un ménage appartenant au premier quartile de revenu et au quatrième quartile de revenu. Une analyse en composantes principales a été réalisée, complétée par une classification ascendante hiérarchique et une partition en sept catégories de quartiers. Ces traitements ont été réalisés sur l'ensemble des carreaux habités par au moins 20 personnes des sept agglomérations étudiées (soit 95% de la population). Les sept classes obtenues sont donc les mêmes dans toutes les agglomérations ce qui permet les comparaisons.

Indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) : développé par la Drees et l'Irdes, il propose une mesure de l'accessibilité spatiale aux professionnels de santé.

Dans cette étude, l'indicateur d'APL est calculé pour des professionnels délivrant des soins de premier recours (médecins généralistes, masseurs-kinésithérapeutes et chirurgiens-dentistes exerçant à titre libéral). Les populations et les professionnels de santé sont localisés à un niveau infracommunale. Pour chaque carreau considéré, sont pris en compte les populations et les professionnels de santé situés dans un rayon de 1 200 mètres, avec un coefficient dégressif en fonction de la distance à parcourir.

Indice comparatif de mortalité : rapport du nombre de décès observé au nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité par sexe et âge étaient identiques aux taux nationaux. Cet indicateur est une approximation de l'espérance de vie.

Pour en savoir plus :

- Aguer O. et Al., *La santé dans les quartiers des grandes villes des Pays de la Loire : des enjeux différenciés d'une agglomération à l'autre*, Insee Dossier Pays de la Loire, n° 2, décembre 2015.
- Borzic M., Clause A., *Un taux de pauvreté régional relativement faible, des disparités territoriales*, Insee Analyses Pays de la Loire, n° 14, juin 2015.
- Bonnefoy V. et Al., *Accès aux soins de premiers recours dans les Pays de la Loire : renforcer l'offre dans les territoires fragiles*, Insee Pays de la Loire, Étude, n°124, décembre 2013.
- Les inégalités sociales de santé : déterminants sociaux et modèles d'action, Recherches et Prévisions, Rapport de l'inspection générale des affaires sociales, mai 2011.



Insee
Mesurer pour comprendre

Insee des Pays de la Loire
105, rue des Français Libres
BP 67401 - 44274 NANTES Cedex 2

Directeur de la publication :
Pascal Seguin

Rédactrice en chef :
Myriam Boursier

Bureau de presse :
02 40 41 75 89

ISSN 2275-9689
© INSEE Pays de la Loire
Décembre 2015