

 ÉTUDE

RECOURS AUX SOINS ET AUX DISPOSITIFS DE PRÉVENTION

VOLET 2: INÉGALITÉS SOCIALES ET TERRITORIALES
DE SANTÉ DANS LE GRAND PARIS

OCTOBRE 2023

Remerciements aux membres du comité de suivi : Ville de Paris (Direction de la Santé Publique), Métropole du Grand Paris, AP-HP, Conseil départemental de Seine-Saint-Denis, Société du Grand Paris, Agence Régionale de Santé (ARS), Caisse Primaire d'Assurance Maladie, Observatoire Régional de Santé (ORS), Ekopolis.

Remerciements particuliers aux services des Caisses d'Assurance Maladie de Paris, des Hauts-de-Seine, de Seine-Saint-Denis, du Val-de-Marne et du Val d'Oise, ainsi qu'aux personnes sollicitées dans le cadre de ce travail : Julia Bardes (CRCDC-IDF), Julie Vallée (CNRS – Géographie Cités), Charlotte Kanski (Ligue contre le cancer), Vincent Schlegel (Direction de la santé publique, Ville de Paris).

Directeur et directrice de la publication : **Alexandre LABASSE**
Patricia PELLOUX

Étude réalisée par : **Clément BOISSEUIL, en partenariat avec l'Assurance maladie**

Sous la direction de : **Émilie MOREAU**

Avec le concours de : **Magda MAAOUI**

Cartographie et traitement statistique : **Sandra ROGER et Anne SERVAIS**

Photos et illustrations : **Apur sauf mention contraire**

Mise en page : **Apur**

Photo de couverture : © **istockphoto.com / Bim**

www.apur.org

23P030190

Sommaire

INTRODUCTION	4
1. Population assurée, recours aux soins et affections de longue durée	6
Plus de 7 millions d'assurés dans la Métropole du Grand Paris, dont 15 % sans médecin traitant déclaré	6
Plus d'un assuré sur dix sans suivi médical ou dentaire pris en charge par l'Assurance Maladie depuis au moins deux ans	10
Plus de 17 % de la population en Affection de Longue Durée (ALD)	14
Un assuré sur dix est bénéficiaire de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS)	19
Moins de 2 % de bénéficiaires de l'Aide Médicale d'État (AME)	22
2. Recours aux dispositifs de prévention	24
Trois programmes nationaux de dépistages organisés des cancers	24
Un besoin d'analyse à une échelle fine	25
Plus de 7 femmes de 50 à 74 ans sur 10 (72 %) n'ont pas bénéficié d'un dépistage organisé du cancer du sein	26
Près d'une femme de 50 à 74 ans sur deux (47 %) n'a pas bénéficié d'un dépistage organisé et/ou individuel du cancer du sein	30
Près de 8 assurés de 50 à 74 ans sur 10 (79 %) n'ont pas bénéficié d'un dépistage organisé du cancer colorectal	36
Près de 7 femmes de 25 à 65 ans sur 10 (69 %) n'ont pas bénéficié d'un dépistage du cancer du col de l'utérus dans les deux ans	40
Plus de la moitié de la population prioritaire de 65 ans ou plus (51,5 %) n'a pas bénéficié d'un vaccin contre la grippe saisonnière	44
3. Analyse écologique du recours aux soins et aux dispositifs de prévention	47
Population assurée de 16 ans ou plus sans médecin traitant	48
Absence de soins médicaux ou dentaires pris en charge par l'Assurance Maladie depuis au moins deux ans	50
Affections de longue durée (ALD)	54
Recours au dépistage organisé et/ou individuel du cancer du sein	56
Recours au dépistage organisé du cancer colorectal	58
Recours au dépistage du cancer du col de l'utérus	60
CONCLUSION	62
LISTE DES CARTES	63

INTRODUCTION

Une étude portant sur les inégalités sociales et territoriales de santé dans la Métropole du Grand Paris a été inscrite au programme de travail 2023 de l'Atelier parisien d'urbanisme. Le premier volet de cette étude analyse l'offre de soins dans le Grand Paris. Ce document constitue le deuxième volet de cette étude. **Son objectif est de contribuer à caractériser les populations et territoires en moindre recours à l'offre de soins et dispositifs de prévention dans le Grand Paris.** Le troisième présente une sélection d'actions en santé publique mises en œuvre sur le territoire métropolitain.

Le recours aux soins est déterminé par plusieurs facteurs : socio-culturels, reliés à l'accessibilité physique ou financière de l'offre, à l'accès aux droits, à l'état de santé des populations qui suit lui-même un gradient social ou encore à la sensibilisation des publics aux enjeux de santé. Il peut être associé à des processus de renoncement aux soins¹ (pour raisons financières, logistiques ou autres), à un défaut d'accessibilité du soin. Il peut aussi correspondre à une méconnaissance de l'offre, que ce soit en termes de soins ou de programmes de prévention.

En complémentarité avec les travaux existants adoptant une approche qualitative² et dans la continuité de ceux portant un regard statistique sur le moindre recours (études et notes de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques - Drees³, des Centres régionaux de coordination des dépistages des cancers, de Santé Publique France⁴, l'Observatoire régional de santé d'Ile-de-France⁵, de l'Institut National du Cancer et d'experts en santé – universitaires, associa-

tifs ou institutionnels), l'étude s'appuie sur des **exploitations statistiques et cartographiques réalisées en partenariat avec les Caisses départementales de l'Assurance Maladie d'Ile-de-France**. Elle s'appuie sur l'analyse d'une série d'indicateurs à l'échelle des communes et des IRIS⁶ dans la Métropole du Grand Paris, partagés par les CPAM de Paris, des Hauts-de-Seine, de Seine-Saint-Denis, du Val-de-Marne et du Val d'Oise.

La première partie de l'étude présente plusieurs cartographies approchant la population affiliée à l'Assurance maladie : la population assurée de 16 ans ou plus sans médecin traitant déclaré, les assurés n'ayant pas eu recours à des soins médicaux ou dentaires depuis au moins 2 ans, les personnes en affection de longue durée et les bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire et de l'Aide Médicale d'État.

La deuxième partie se centre sur la géographie du recours à certaines campagnes de prévention, étudiant les taux de participation aux dépistages du cancer colorectal, du cancer du sein, du cancer du col de l'utérus et à la vaccination contre la grippe saisonnière.

La troisième partie propose une analyse de l'ensemble de ces indicateurs au niveau des IRIS. Elle met en regard les résultats avec d'autres données démographiques et sociales selon une approche écologique visant à caractériser les territoires connaissant des niveaux de recours différents. Plusieurs indicateurs socio-démographiques ont été retenus pour cette analyse : densité de population, type de ménage, population étrangère ou d'origine étrangère, catégories socio-professionnelles, diplôme, activité.

- 1** – Revil, H. « Identifier les facteurs explicatifs du renoncement aux soins pour appréhender les différentes dimensions de l'accessibilité sanitaire », *Regards*, vol. 53, no. 1, 2018, pp. 29-41 ; Legendre, B. « Le renoncement aux soins : un phénomène aux ressorts économiques mais aussi sociaux », *Revue française des affaires sociales*, no. 3, 2021, pp. 179-204.
- 2** – Forzy, L., Titli, L., Carpezat, M. et Verdier, C. (ASDO), « Accès aux soins et pratiques de recours. Étude sur le vécu des patients », DREES, n° 77, avril 2021 ; Carré et al. « Le recours aux soins des populations pauvres en France. Que savons-nous de l'efficacité des programmes d'accès gratuits à une couverture santé ? », *Actualité et Dossier en Santé Publique*, vol. 113, no. 1, 2021, pp. 50-51 ; Jusot, F., Carré, B. et Wittwer, J. « Réduire les barrières financières à l'accès aux soins », *Revue française d'économie*, vol. xxxiv, no. 1, 2019, pp. 133-181
- 3** – « Renoncement aux soins : la faible densité médicale est un facteur aggravant pour les personnes pauvres », note n°1200, 2021 ; « Renoncement aux soins pour raisons financières », n° 66, 2015.
- 4** – « Évaluation du programme de dépistage du cancer du sein » ; « Cancer colorectal : un taux de participation aux tests de dépistage stable en 2021-2022 » ; « Cancer du col de l'utérus : la couverture du dépistage et de la vaccination doit progresser pour une meilleure prévention ».
- 5** – ORS Ile-de-France, « Impact de la pandémie de COVID-19 sur les dépistages des cancers Revue de la littérature et situation francilienne », septembre 2023
- 6** – Les Îlots Regroupés pour l'Information Statistique (IRIS) constituent la brique de base en matière de diffusion de données infra-communales.

Un groupe de travail réunissant les CPAM de Paris, de Seine-Saint-Denis, du Val de Marne et des Hauts de Seine s'est réuni à deux reprises afin d'échanger sur le choix des indicateurs et sur les analyses produites. À partir des résultats obtenus, quelques entretiens et échanges ont été conduits avec des experts pour enrichir l'analyse : une représentante du Centre régional de coordination du dépistage des cancers d'Ile-de-France, une responsable parisienne de la Ligue contre le cancer, un chef de projet en charge de la stratégie parisienne de lutte contre le cancer et une géographe de la santé.

Ce travail a par ailleurs été conduit dans le cadre du comité de suivi plus large de l'étude en trois volets sur les inégalités sociales et territoriales dans le Grand Paris, auquel participent la Ville de Paris (Direction de la Santé Publique), la Métropole du Grand Paris, l'AP-HP, le Conseil départemental de Seine-Saint-Denis, la Société du Grand Paris et d'autres acteurs impliqués dans les champs du sanitaire et du médico-social à l'échelle du Grand Paris tels que l'Agence régionale de Santé (ARS), l'Assurance maladie, l'Observatoire régional de santé (ORS) et Ekopolis.



Accueil Centre de santé de l'Épée de bois – Paris, 5^e

1.

Population assurée, recours aux soins et affections de longue durée

Plus de 7 millions d'assurés dans la Métropole du Grand Paris, dont 15 % sans médecin traitant déclaré

Le médecin traitant est l'interlocuteur de premier niveau de recours aux soins. Librement choisi, il permet d'être mieux remboursé par l'Assurance maladie. Il coordonne le suivi médical, informe en matière de prévention et oriente les patients selon leurs besoins. Il gère le dossier médical, centralise les informations (au travers notamment de « Mon Espace Santé », espace numérique individuel permettant de stocker et partager les données de santé des patients de façon confidentielle) et établit les protocoles de soins pour les personnes en affection de longue durée. On notera toutefois que **certains patients ont déclaré un médecin traitant sans qu'ils n'aient recours à ce praticien ou qu'ils soient suivis directement par lui.** L'absence de médecin traitant peut se relier à la difficulté de trouver un professionnel de santé accessible acceptant de nouveaux patients ou bien à une absence de recherche par l'assuré.

Dans la Métropole du Grand Paris, 15 % de la population assurée¹ de plus de 16 ans ne dispose pas de mé-

decin traitant déclaré. Ce taux a été standardisé par âge et sexe afin de neutraliser les effets de structure populationnelle, permettant une comparaison des territoires. Hors standardisation, les hommes sont surreprésentés (de 58 % à 67 % selon les départements).

D'importantes disparités sont observables selon les territoires, avec des taux allant du simple à plus du triple selon les communes ou quartiers considérés. En Ile-de-France, environ 9 % de la population assurée de 16 ans ou plus n'a pas déclaré de médecin traitant en 2022². Ce taux s'établit à 11 % à l'échelle nationale pour les 17 ans et plus : le champ n'étant pas strictement le même, les données ne peuvent être directement comparées³.

Des différences sont notables entre les départements : la part la plus élevée d'assurés sans médecin traitant déclaré concerne Paris (20 %), devant le Val-de-Marne (15 %), la Seine-Saint-Denis⁴ (14 %) et les Hauts-de-Seine (9 %). Plus de dix points séparent Paris et les Hauts-de-Seine.

1 — Le terme de population assurée désigne la population disposant d'une couverture par l'Assurance maladie.

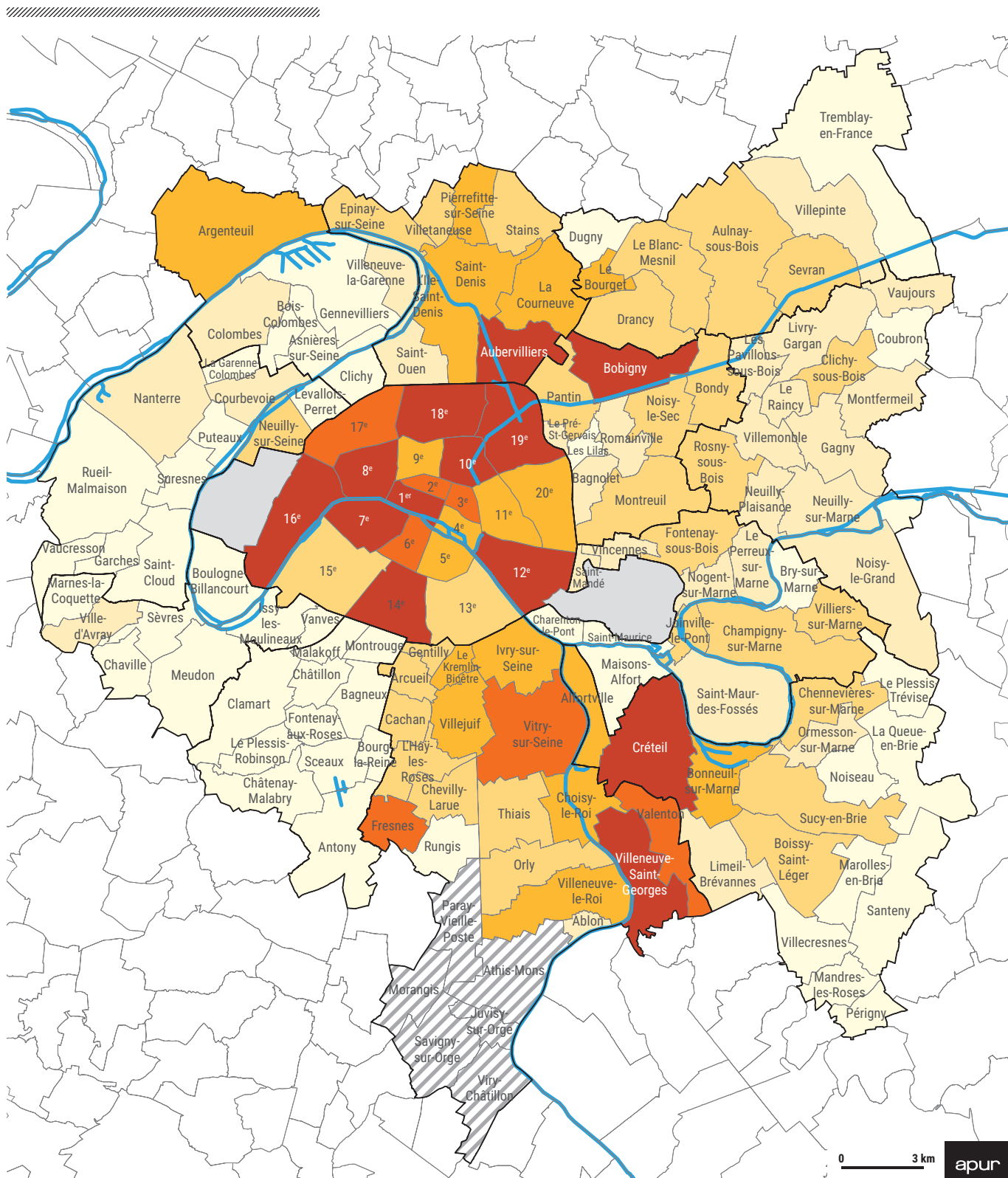
2 — Source : Siam, Ile-de-France, Assurance maladie.

3 — Voir le rapport d'information de Bruno Rojouan, sénateur de l'Allier, sur les perspectives de la politique d'aménagement du territoire et de cohésion territoriale sur le volet « renforcer l'accès territorial aux soins ». Rapport d'informations n°589, 2021-2022.

4 — En 2023, le Département a lancé une campagne auprès des populations en affection de longue durée sans médecin traitant pour les aider à trouver un praticien pour les suivre.

5 — En effectif, plusieurs arrondissements parisiens se distinguent avec plus de 25 000 personnes âgées de 16 ans ou plus sans médecin traitant déclaré (12^e, 14^e, 15^e, 16^e, 17^e, 19^e, 20^e) et même plus de 52 000 dans le 18^e arrondissement. Cela s'explique simplement par la densité de population sur le territoire parisien.

Carte 1
POPULATION ASSURÉE DE PLUS DE 16 ANS SANS MÉDECIN TRAITANT DÉCLARÉ –
TAUX STANDARDISÉS PAR ÂGE ET SEXE À LA COMMUNE



Taux standardisés de bénéficiaires, affiliés au régime général et âgés de 16 ans ou plus, n'ayant pas déclaré de médecin traitant

- Plus de 20 %
- De 15 à 17,5 %
- De 10 à 12,5 %
- Données non disponibles
- De 17,5 à 20 %
- De 12,5 à 15 %
- Moins de 10 %

Source : Système Informatique de l'Assurance Maladie - 2022

Quatre catégories de communes peuvent être distinguées :

- celles comptant plus de 20 % de leur population assurée de 16 ans ou plus n'ayant pas de médecin traitant déclaré, la moitié des arrondissements parisiens⁶ et quelques communes populaires (Aubervilliers, Bobigny, Créteil, Villeneuve-Saint-Georges) ;
- celles dont les taux standardisés sont compris entre 15 et 20 %, ce qui concerne en particulier le territoire de Grand Orly Seine Bièvre (Le Kremlin-Bicêtre, Ivry-sur-Seine, Villejuif, Vitry-sur-Seine, Choisy-le-Roi, Fresnes, Villeneuve-Le-Roi, Valenton), ainsi que quelques autres villes du Val-de-Marne (Alfortville, Bonneuil-sur-Marne), les 2^e, 3^e, 4^e, 5^e, 9^e, 11^e, 17^e et 20^e arrondissements, tout comme les communes de Saint-Denis, La Courneuve, Le Bourget, Pierrefitte-sur-Seine et Argenteuil ;
- celles dont les taux sont compris entre 12 % et 15 %, rassemblant les 13^e et 15^e arrondissements et de nombreuses communes aux populations globalement modestes ou intermédiaires en Seine-Saint-Denis et dans le Val-de-Marne ;
- celles avec les niveaux les plus faibles (moins de 12 %) et dont les populations sont généralement issues des classes

moyennes et supérieures, dont toutes les communes des Hauts-de-Seine et à l'est de la Métropole dans le Val-de-Marne et en Seine-Saint-Denis.

Le graphique 1 montre un lien entre le niveau de revenu médian communal et les taux d'assurés de 16 ans et plus sans médecin traitant, à l'exception des arrondissements parisiens qui se démarquent. Ce sont les communes aux revenus intermédiaires qui ont les taux les plus élevés d'assurés ayant déclaré un médecin traitant. On peut ainsi établir un lien avec les configurations sociales des communes sans que cela n'explique totalement les résultats obtenus. Les explications sont multidimensionnelles et dépassent les seules inégalités socio-territoriales et d'inégale répartition des professionnels de santé sur le territoire métropolitain.

Une mise en regard avec la densité d'omnipraticiens pour 10 000 personnes présentes en journée montre un certain lien avec la proximité ou le déficit en professionnels de santé. La situation du territoire parisien revient de manière spécifique : l'ensemble des arrondissements dépassent la moyenne métropolitaine, à l'exception des 13^e et 15^e arrondissements.

Tableau 1

NOMBRE ET PART DE LA POPULATION ASSURÉE DE PLUS DE 16 ANS SANS MÉDECIN TRAITANT

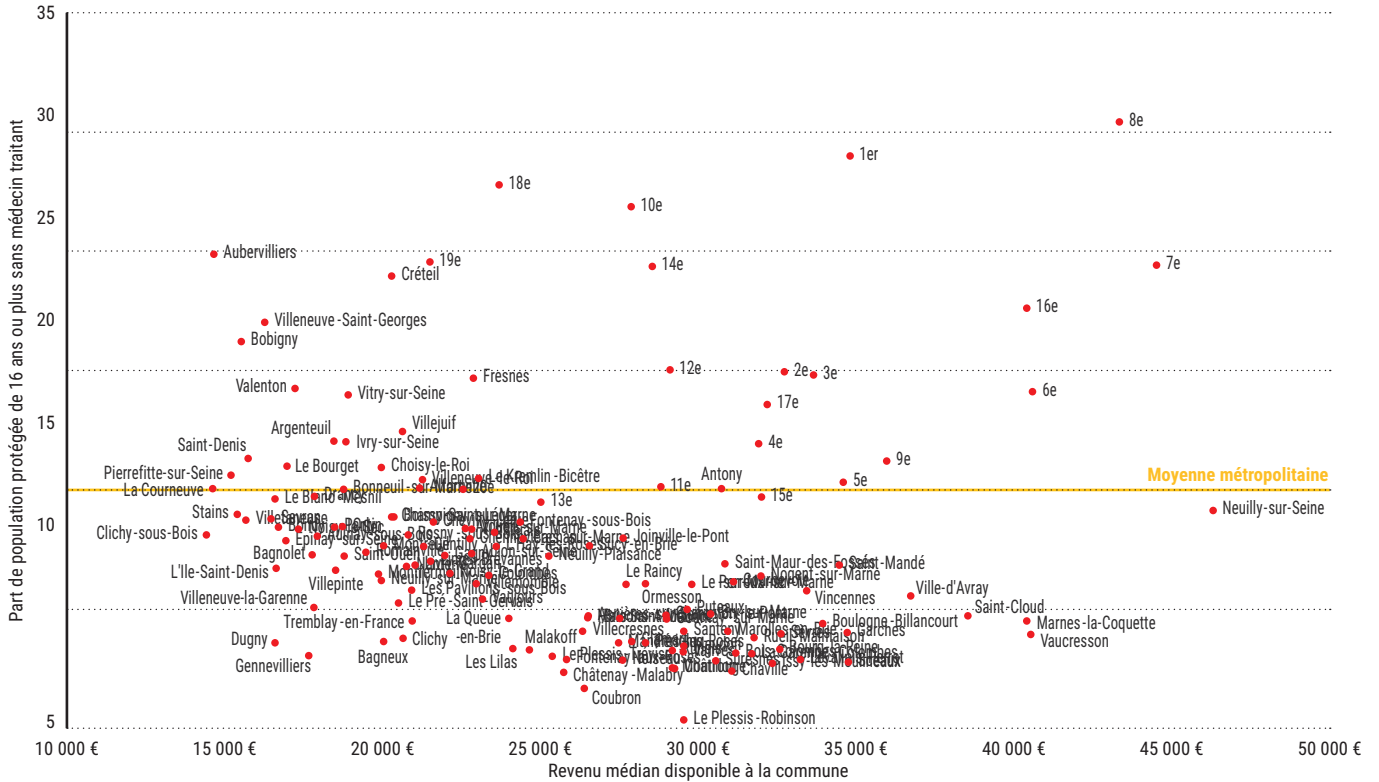
	75 Paris	92 Hauts- de-Seine	93 Seine-Saint- Denis	94 Val-de- Marne	Métropole du Grand Paris*
Population assurée totale	2 336 327	1 405 715	1 744 510	1 465 023	7 071 023
Population assurée de plus de 16 ans	1 957 259	1 146 394	1 362 388	1 169 061	5 726 184
Nombre de personnes de plus de 16 ans sans médecin traitant	401 895	126 447	194 005	176 414	914 080
Taux standardisé des personnes de plus de 16 ans sans médecin traitant	19,9 %	9,2 %	13,9 %	14,6 %	15,0 %
Part des femmes parmi les assurés sans médecin traitant	39 %	42 %	33 %	38 %	

Source : CPAM 75-92-93-94-95, 2022 – Traitement Apur
* Hors 6 communes de l'Essonne

6 – La population présente tient compte des personnes qui travaillent / étudient dans chaque commune, des inactifs et des enfants de moins de 6 ans résidents. Elle intègre les déplacements liés aux loisirs lorsque cela est possible.

Graphique 1

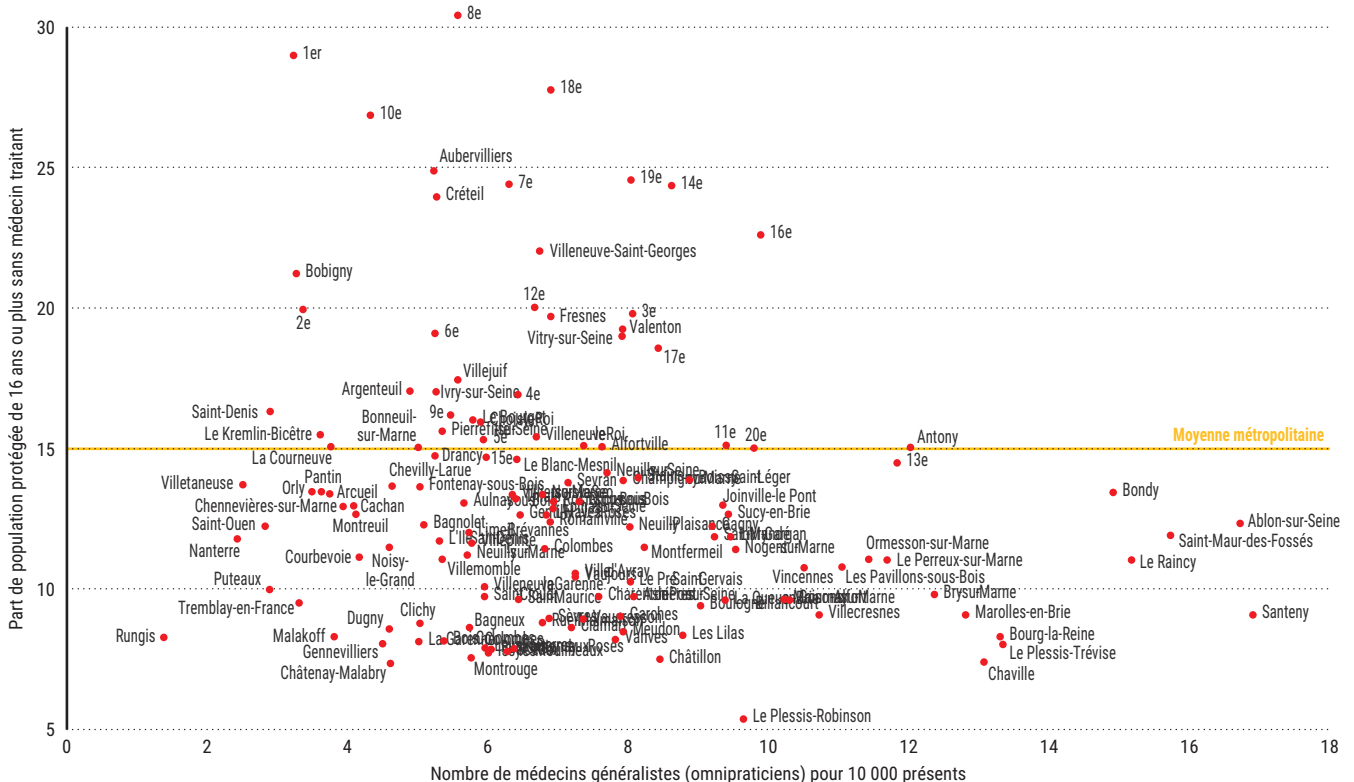
TAUX STANDARDISÉ (EN %) DE POPULATION ASSURÉE DE 16 ANS OU PLUS SANS MÉDECIN TRAITANT SELON LE REVENU MÉDIAN DES COMMUNES DU GRAND PARIS



Sources : CPAM 75-92-93-94-95, Insee Filosofi 2019. Taux standardisé par âge et sexe, base Ile-de-France, 2022

Graphique 2

TAUX STANDARDISÉ (EN %) DE POPULATION ASSURÉE DE 16 ANS OU PLUS SANS MÉDECIN TRAITANT SELON LA DENSITÉ DE MÉDECINS GÉNÉRALISTES (OMNIPRATICIENS) POUR 10 000 PRÉSENTS EN JOURNÉE⁶



Sources : CPAM 75-92-93-94-95, SNIIRAM/SNDS (CPAM) - 01/01/2021. Taux standardisé par âge et sexe, base Ile-de-France, 2022

Plus d'un assuré sur dix sans suivi médical ou dentaire pris en charge par l'Assurance Maladie depuis au moins deux ans

11,4 % de la population assurée n'a pas eu recours à un médecin ou dentiste remboursé par l'Assurance Maladie au cours des deux dernières années à l'échelle du Grand Paris⁷. Cette part de la population sans suivi médical ou dentaire sur 24 mois permet d'approcher les territoires caractérisés par un moindre recours aux soins, sans que l'on puisse dire s'il s'agit d'un recours plus faible en raison de problématiques de santé moindres (meilleur état de santé des populations) ou bien en raison d'un moindre lien au système de santé (prendre moins soin de soi ou difficultés d'accès aux soins par exemple).

La période considérée s'étend d'octobre 2020 à septembre 2022. Elle couvre donc une partie de la crise sa-

nitaire liée à la Covid-19 (deuxième confinement et suivants ; pic épidémique de début 2021). Les actes de dépistages et de vaccination liés à la Covid ont de ce fait été écartés de l'analyse qui aurait été faussée.

Des variations sont observées selon les départements : la part de population assurée n'ayant pas eu de soin médical ou dentaire depuis au moins deux ans varie de 9,5 % dans les Hauts-de-Seine à 13,3 % à Paris.

La proportion de femmes parmi les assurés n'ayant pas bénéficié d'un suivi médical ou dentaire varie fortement d'un département à l'autre.

Avec plus de 11 % de la population assurée sans soin médical ou dentaire depuis au moins 24 mois, certaines

communes se détachent le long d'un axe ouest-est allant des communes entourant le secteur de la Défense à Villeneuve-Saint-Georges et autour de Paris, auxquelles on peut rattacher les arrondissements parisiens qui se démarquent, en particulier Paris centre et les 5^e, 6^e, 7^e, 8^e, 10^e, 14^e, 16^e et 18^e arrondissements.

Tableau 2

NOMBRE ET PART DE LA POPULATION ASSURÉE SANS SUIVI MÉDICAL OU DENTAIRE PRIS EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE DEPUIS AU MOINS DEUX ANS

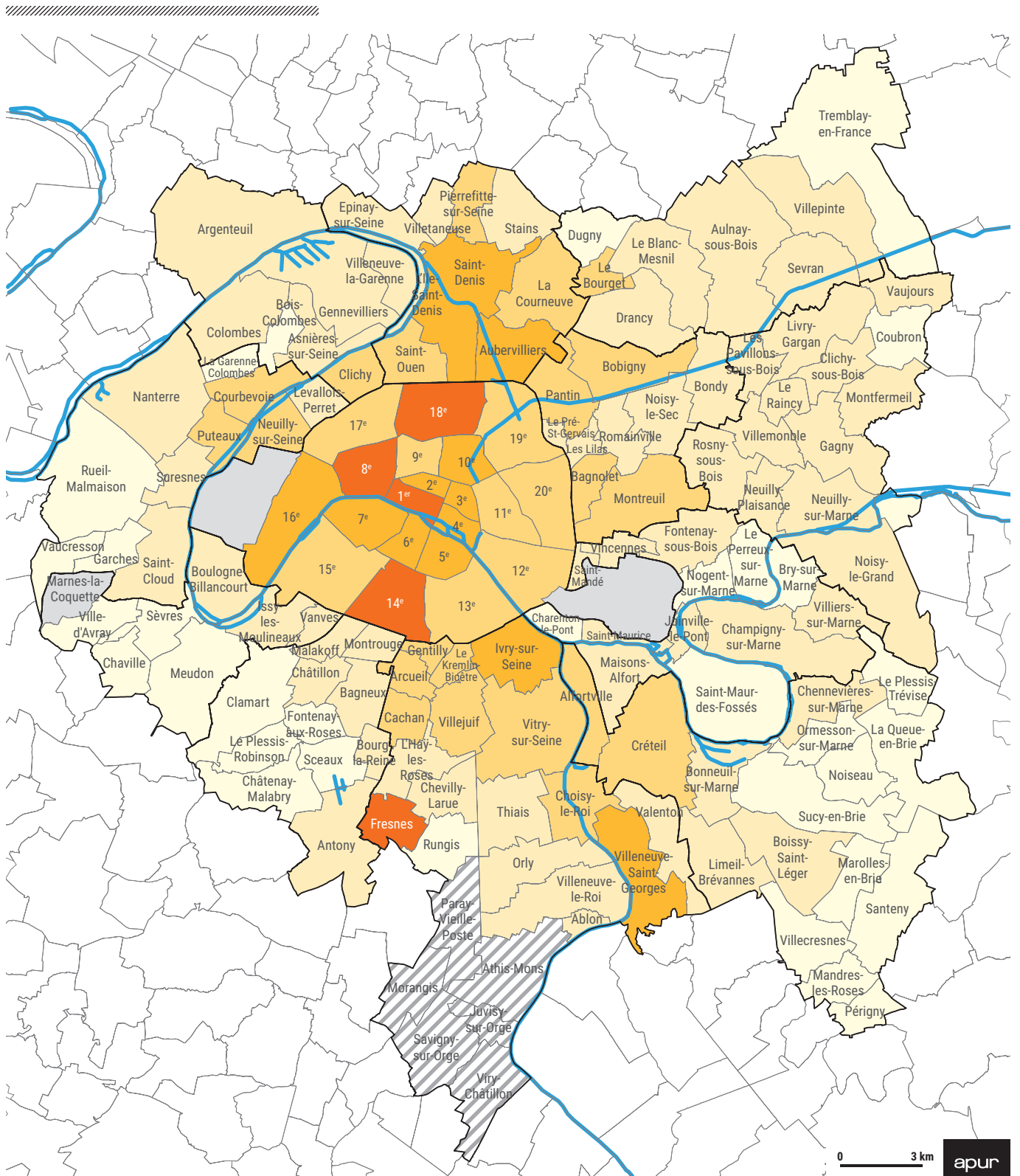
	75 Paris	92 Hauts-de-Seine	93 Seine-Saint-Denis	94 Val-de-Marne	Métropole du Grand Paris*
Population assurée totale	2 336 327	1 405 715	1 744 510	1 465 023	7 071 023
Nombre de personnes sans suivi médical ou dentaire pris en charge par l'Assurance Maladie entre septembre 2020 et octobre 2022	311 432	133 403	190 835	153 966	802 641
Part de la population assurée sans suivi médical ou dentaire pris en charge par l'Assurance Maladie depuis au moins 2 ans	13,3 %	9,5 %	10,9 %	10,5 %	11,4 %
Part des femmes	60 %	40 %	33 %	63 %	

7 – Taux réels non standardisés faute de point de comparaison national ou régional permettant la standardisation indirecte et en l'absence de données individuelles permettant une standardisation directe.

Source : CPAM 75-92-93-94-95, 2022 – Traitement Apur
* Hors 6 communes de l'Essonne

Carte 2

POPULATION SANS SUIVI MÉDICAL OU DENTAIRE PRIS EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE DEPUIS AU MOINS DEUX ANS - ANALYSE À LA COMMUNE



Part des personnes n'ayant pas eu de soin médical ou dentaire pris en charge par l'Assurance Maladie sur deux ans (2020-2022), dans le total des personnes assurées

- Plus de 16 %
- De 11 à 13,5 %
- Moins de 8,5 %
- De 13,5 à 16 %
- De 8,5 à 11 %
- Données non disponibles

Source : Système Informationnel de l'Assurance Maladie - 2022

Les résultats obtenus sont relativement corrélés avec les revenus médians des communes. Certains territoires ne suivent néanmoins pas une tendance globale établissant une corrélation entre niveau de recours et revenu médian : c'est le cas des arrondissements parisiens, de Fresnes et de Neuilly-sur-Seine par exemple.

Un lien est également observé entre les taux obtenus et le nombre de médecins généralistes (omnipraticiens) rapporté aux personnes présentes en journée. Ces résultats témoignent d'un lien entre l'offre de soins disponible et le recours aux soins de la population assurée. Les arrondissements parisiens et quelques communes comme Aubervilliers, Saint-Denis, Ivry-sur-Seine,

Villeneuve-Saint-Georges, Fresnes se distinguent des tendances métropolitaines par un plus faible niveau de recours, selon les données analysées.

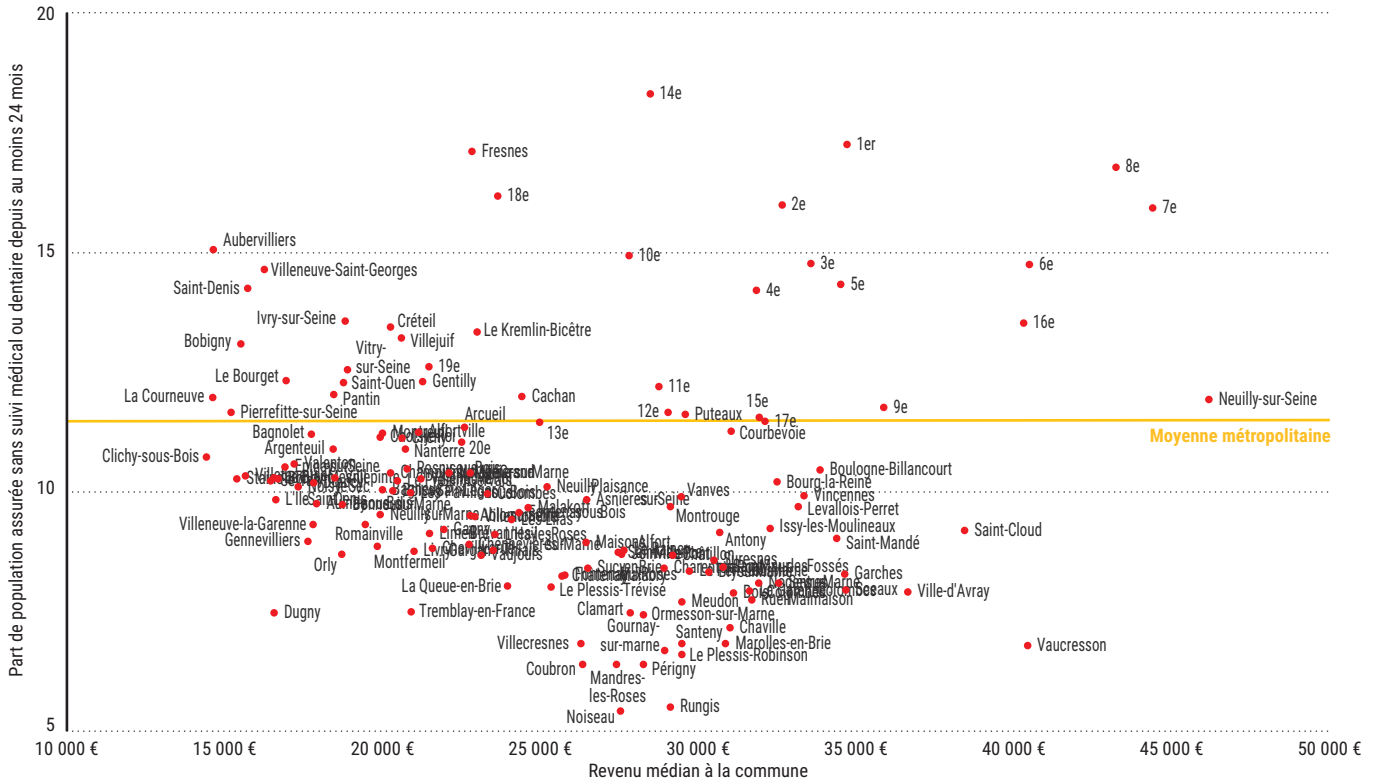
Ces résultats traduisent d'autres circuits d'accès aux soins, privés ou alternatifs, échappant aux statistiques de l'Assurance Maladie qui ne portent que sur les actes donnant lieu à remboursement. De plus, les comportements de certains assurés ne résidant pas sur le territoire national tout ou partie de l'année (expatriés, retraités partant à l'étranger...), échappent à ces mêmes données.



Centre de santé Edison - Paris (13^e)

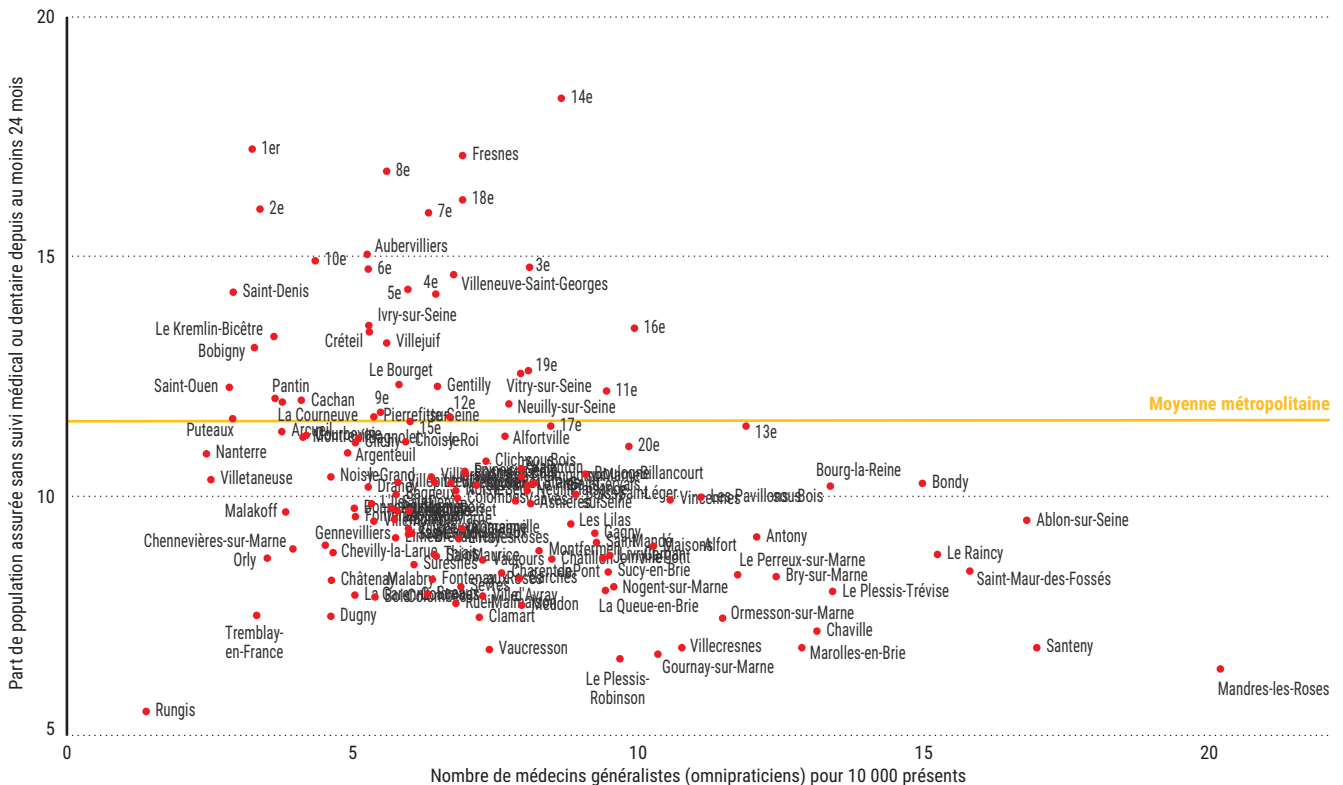
Graphique 3

PART (EN %) DE LA POPULATION ASSURÉE SANS SUIVI MÉDICAL OU DENTAIRE PRIS EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE DEPUIS AU MOINS DEUX ANS SELON LE REVENU MÉDIAN DES COMMUNES DU GRAND PARIS



Graphique 4

PART (EN %) DE LA POPULATION ASSURÉE SANS SUIVI MÉDICAL OU DENTAIRE PRIS EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE DEPUIS AU MOINS DEUX ANS SELON LA DENSITÉ DE MÉDECINS GÉNÉRALISTES (OMNIPRATICIENS) POUR 10 000 PRÉSENTS*



* La population présente tient compte des personnes qui travaillent/étudiant dans chaque commune, des inactifs et des enfants de moins de 6 ans résidents. Elle intègre les déplacements liés aux loisirs lorsque cela est possible.

Plus de 17 % de la population en Affection de Longue Durée (ALD)

L'Assurance Maladie définit les affections de longue durée (ALD) comme les maladies « dont la gravité et/ou le caractère chronique nécessite un traitement prolongé et particulièrement coûteux ». Les ALD sont déclarées par les médecins dès lors qu'un diagnostic d'une pathologie ou poly-pathologie est posé.

Une trentaine d'ALD sont reconnues. Les plus fréquentes en France sont le diabète (types 1 ou 2) chez l'enfant et l'adulte, les tumeurs malignes (cancers, lymphome), les affections psychiatriques, les maladies coronaires et les insuffisances cardiaques.

Plus d'un million d'habitants dans le Grand Paris Grand Paris sont atteints d'une affection de longue durée, soit environ 17 % de la population métropolitaine⁸, sur un total de plus de 11 millions de personnes en ALD en France⁹. Les taux ont été standardisés par âge et sexe, permettant les comparaisons territoriales.

Des variations importantes sont observées entre les départements avec un taux standardisé dans la moyenne métropolitaine à Paris et dans le Val-de-Marne (17 %), un taux inférieur dans les Hauts-de-Seine (14 %) et un taux supérieur en Seine-Saint-Denis (près de 21 %).

Les taux standardisés de populations en ALD varient du simple au double selon les communes / arrondissements. Plusieurs communes ont des taux standardisés supérieurs à 22 % :

- une dizaine de communes de Seine-Saint-Denis : Bobigny, Bondy, Clichy-sous-Bois, La Courneuve, Drancy, Dugny, Sevran, Stains, Villepinte, Villetaneuse ;
- Boissy-Saint-Léger dans le Val-de-Marne, ville de 16487 habitants¹⁰, dont le taux standardisé de population en ALD s'élève à 28 %. Ce résultat s'explique par la domiciliation de personnes sous tutelle par l'Union Départementale des Associations Familiales (UDAF) du Val-de-Marne. Ces per-

sonnes peuvent résider ailleurs dans le département, mais sont rattachées à Boissy-Saint-Léger par l'Assurance Maladie, ce qui explique le taux élevé dans la commune.

En nombre de personnes concernées, ce sont les arrondissements denses parisiens qui se démarquent avec plus de 21 000 personnes souffrant d'une ALD dans le 14^e arrondissement et près de 35 000 malades dans le 20^e. Entre les deux, on retrouve le 11^e, 12^e, 13^e, 15^e, 16^e, 18^e et 19^e arrondissements. Après les arrondissements parisiens, ce sont des communes populaires qui connaissent le plus grand nombre de personnes souffrant d'une ALD : Saint-Denis, Argenteuil, Montreuil, Aulnay-sous-Bois, Vitry-sur-Seine et Créteil qui comptent plus de 14 000 personnes en affection de longue durée.

Tableau 3
NOMBRE ET TAUX STANDARDISÉ PAR ÂGE ET SEXE DE LA POPULATION EN AFFECTION DE LONGUE DURÉE DANS LA MÉTROPOLE DU GRAND PARIS

	75 Paris	92 Hauts-de-Seine	93 Seine-Saint-Denis	94 Val-de-Marne	Métropole du Grand Paris*
Population assurée totale	2 336 327	1 405 715	1 744 510	1 465 023	7 071 023
Nombre de personnes en affection de longue durée	337 941	206 511	271 339	211 132	1 044 419
Part des personnes en affection de longue durée dans la population assurée totale	17,0 %	14,4 %	20,8 %	17,2 %	17,1 %
Part des femmes	51 %	52 %	49 %	50 %	50,4 %

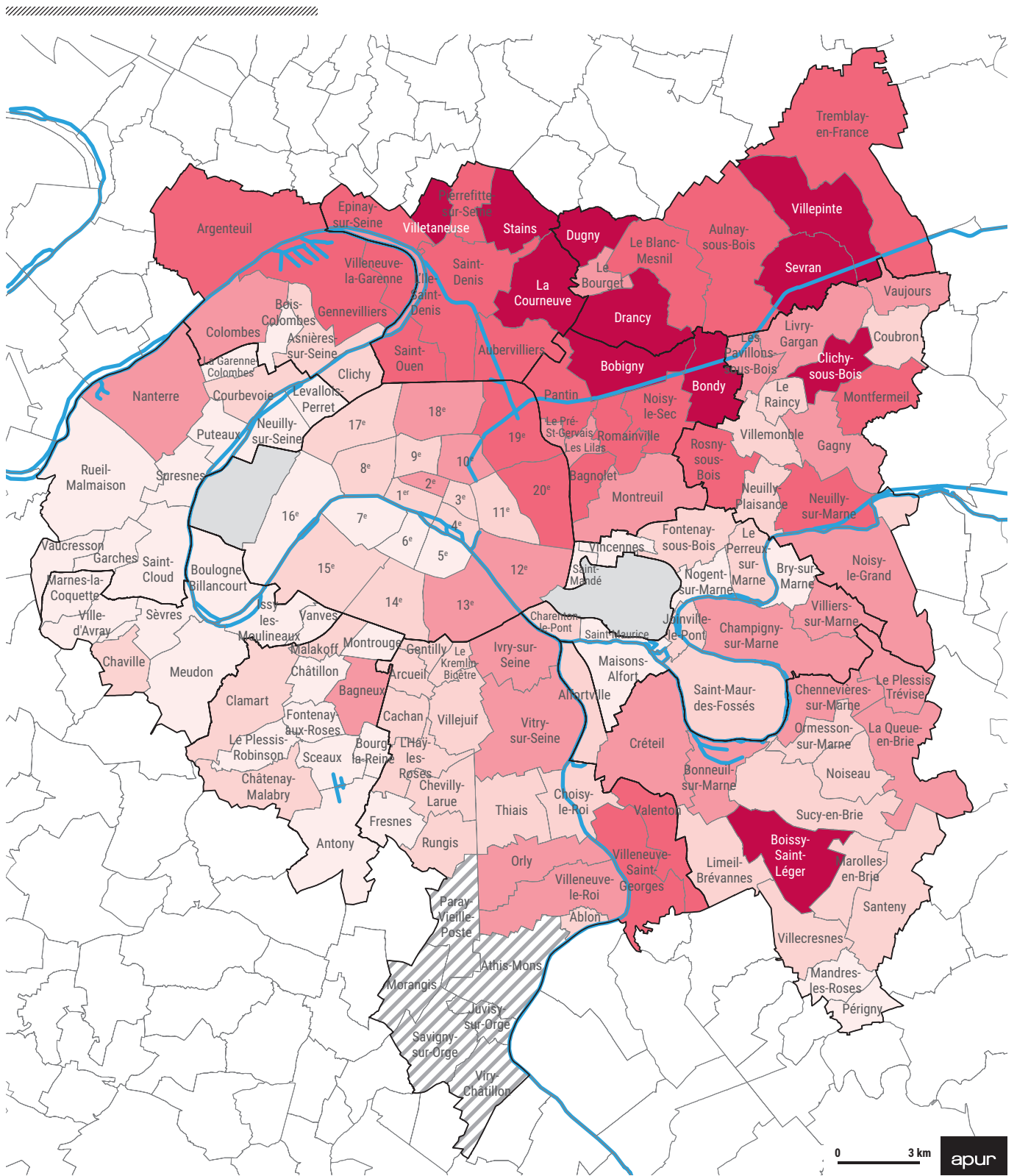
Source : CPAM 75-92-93-94-95, 2022. Taux standardisé par âge et sexe - base France, 2021 - Traitement Apur
* Hors 6 communes de l'Essonne

8 – Taux standardisés par sexe et âge. Base : France, 2021.

9 – Source : CNAM, DSES, 2021.

10 – Insee, RP 2018.

Carte 3
POPULATION EN AFFECTION DE LONGUE DURÉE (ALD) – TAUX STANDARDISÉS À LA COMMUNE



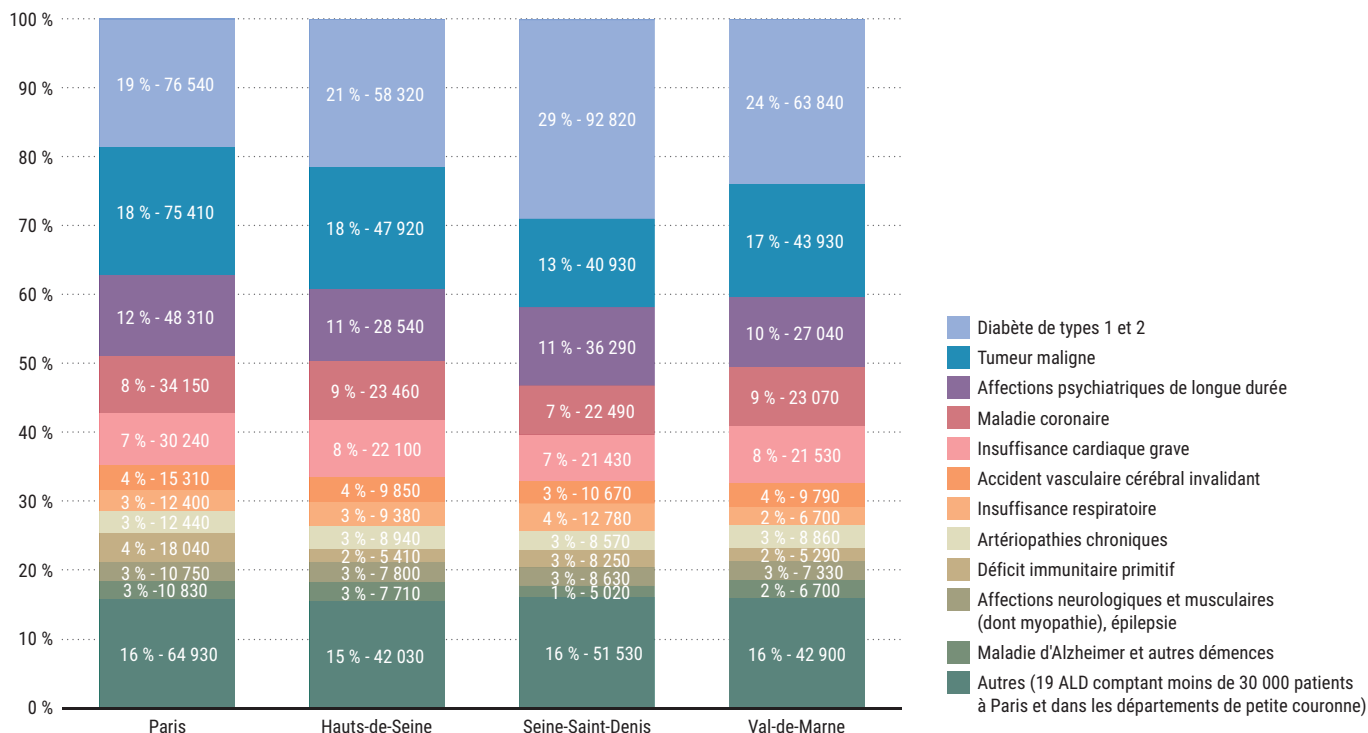
Taux standardisés de bénéficiaires d'une Affection Longue Durée (ALD)

 Plus de 22 %	 De 17 à 19,5 %	 Moins de 14,5 %
 De 19,5 à 22 %	 De 14,5 à 17 %	 Données non disponibles

Source : Système Informatique de l'Assurance Maladie - 2022

Graphique 5

NOMBRE ET TYPE D'AFFECTIONS DE LONGUE DURÉE SELON LE DÉPARTEMENT, POUR LE RÉGIME GÉNÉRAL EN 2021*



Source : CNAM/DSES, 2021. Effectifs arrondis à la dizaine.

Dans « autres » : Bilharziose compliquée (ALD4) ; Mucoviscidose (ALD18) ; Suites de transplantation d'organe (ALD28) ; Paraplégie (ALD20) ; Tuberculose active, lèpre (ALD29) ; Insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques (ALD2) ; Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves (ALD11) ; Scoliose idiopathique structurale évolutive (dont l'angle est égal ou supérieur à 25 degrés) jusqu'à maturation rachidienne (ALD26) ; Hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères (ALD10) ; Maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé (ALD17) ; Sclérose en plaques (ALD25) ; Maladie de Parkinson (ALD16) ; Vascularites, lupus érythémateux systémique, sclérodermie systémique (ALD21) ; Spondylarthrite grave (ALD27) ; Polyarthrite rhumatoïde évolutive (ALD22) ; Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives (ALD24) ; Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif (ALD19) ; Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses (ALD6) ; Hypertension artérielle sévère (ALD12) ; Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives (ALD24) ; Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif (ALD19) ; Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses (ALD6) ; Hypertension artérielle sévère (ALD12).

* Un même malade peut bénéficier de plusieurs prises en charge au titre de plusieurs affections de longue durée.

Il serait intéressant d'approfondir l'analyse pour les communes et quartiers marqués par des taux d'ALD particulièrement élevés en étudiant la répartition selon le type d'ALD et les affections les plus représentées.

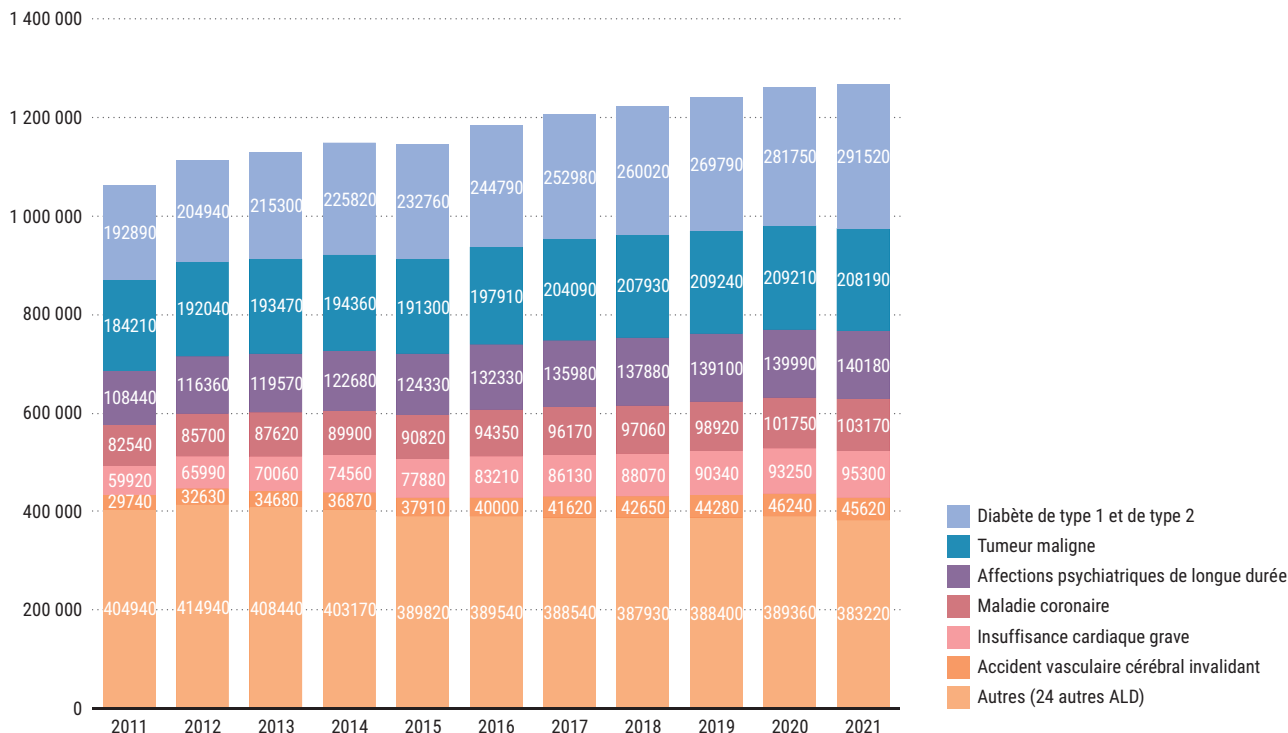
À Paris et dans les départements de la petite couronne (graphique 5), les cinq ALD les plus fréquentes sont en premier lieu le diabète de type 1 et de type 2, suivi des tumeurs malignes/affections malignes du tissu lymphatique ou hématopoïétique, puis des affections psychiatriques de longue durée, des maladies coronaires et des insuffisances

cardiaques. Cette répartition demeure globalement stable (voir graphiques 6 et 7), malgré la hausse sur dix ans du nombre d'affections longue durée à Paris et dans la petite couronne (+19 %) et l'augmentation continue du nombre et de la part des patients atteints de diabète de types 1 ou 2.

Le graphique suivant souligne **un lien entre le niveau de revenu médian à l'échelle des communes et les taux standardisés de populations en affection de longue durée par âge et sexe**, illustrant l'importance des gradients sociaux de santé.

Graphique 6

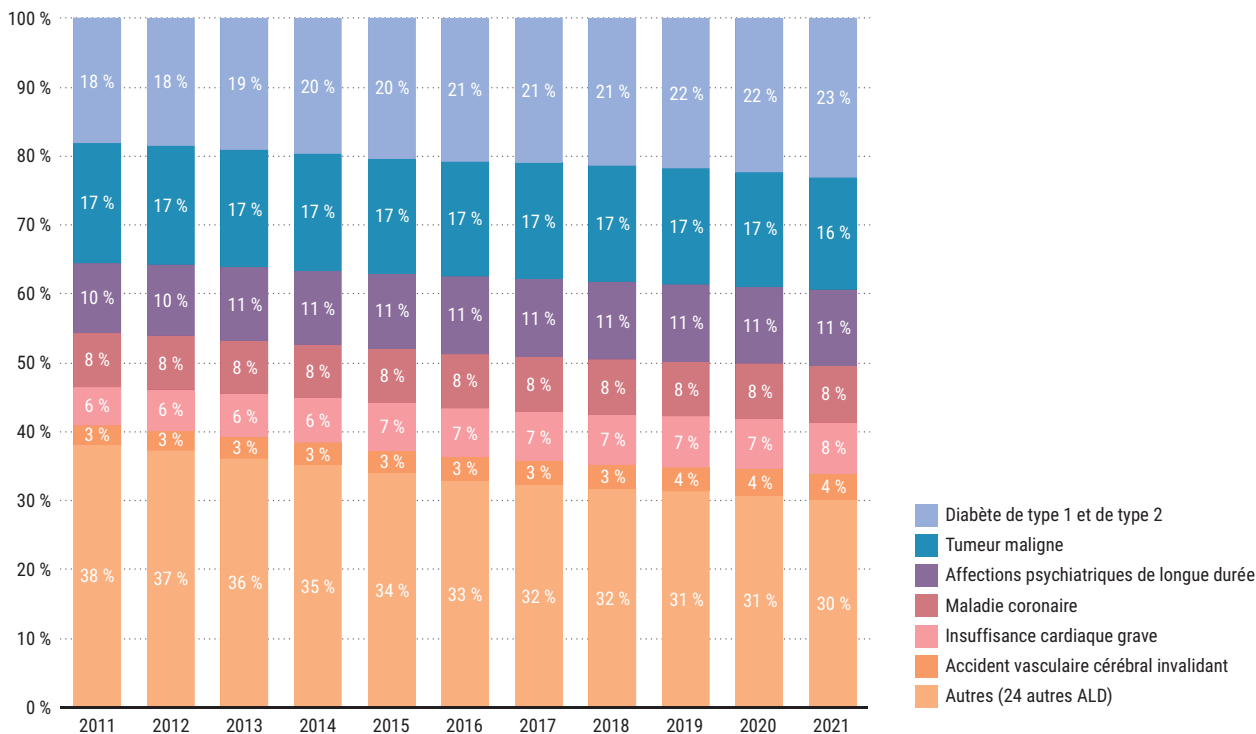
PARIS ET DÉPARTEMENTS DE PETITE COURONNE : NOMBRE D'AFFECTIIONS LONGUE DURÉE PAR TYPE



Source : Système National des Données de Santé (SNDS) – Traitement CNAM 2011-2021 – Exploitation Apur

Graphique 7

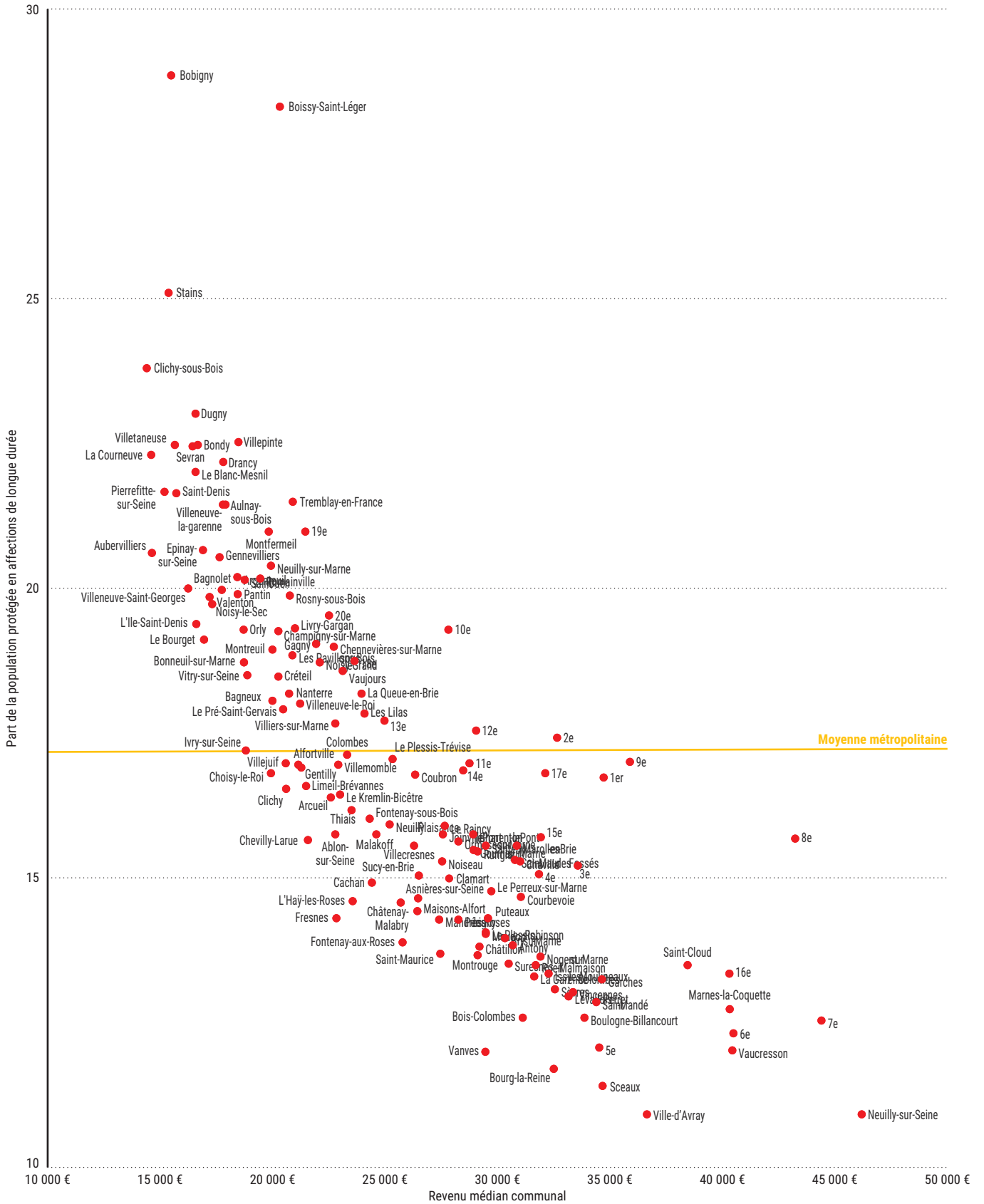
PARIS ET DÉPARTEMENTS DE PETITE COURONNE : RÉPARTITION DES AFFECTIIONS LONGUE DURÉE PAR TYPE



Source : Système National des Données de Santé (SNDS) – Traitement CNAM 2011-2021 – Exploitation Apur

Graphique 8

TAUX STANDARDISÉ DE BÉNÉFICIAIRES D'UNE AFFECTION DE LONGUE DURÉE (ALD) SELON LE REVENU MÉDIAN DES COMMUNES DU GRAND PARIS (EN %)



Sources : CPAM 75-92-93-94-95, Insee Filosofi 2019. Taux standardisé par âge et sexe - base France, 2021*
 * Le taux élevé observé à Boissy-Saint-Léger concerne un IRIS en particulier, correspondant aux personnes sous tutelle accompagnées par l'UDAF du Val-de-Marne, domiciliées dans la commune sans en être obligatoirement résidentes.

Un assuré sur dix est bénéficiaire de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS)

Les personnes dont les revenus ne dépassent pas 1 035 € par mois sont éligibles à la Complémentaire Santé Solidaire (CSS, anciennement CMUc et ACS) mise en place en novembre 2019. La CSS permet le remboursement de la part des dépenses de santé non prises en charge par l'Assurance maladie (consultations médicales ou dentaires, médicaments, frais d'hospitalisation, soins infirmiers, optiques, auditifs ou de kinésithérapie...). Elle peut être gratuite si les revenus mensuels du bénéficiaire sont inférieurs à 767 €, ou payante (1 € par jour et par personne) entre 767 € et 1 035 € de revenu par mois pour une personne seule. Elle est à actualiser chaque année.

10,5 % de la population métropolitaine (soit plus de 742 000 personnes) bénéficient de la Complémentaire Santé Solidaire. La part

des bénéficiaires dans la population assurée varie de 5 % dans les Hauts-de-Seine à 17 % en Seine-Saint-Denis. Les femmes sont légèrement sur-représentées, sauf à Paris.

Les communes accueillant les populations assurées les plus modestes sont logiquement celles qui comptent le plus de bénéficiaires (voir graphique 9). On compte **plus de 25 % de bénéficiaires à Clichy-sous-Bois, Bobigny et Aubervilliers**. Les effectifs les plus élevés concernent Aubervilliers, Saint-Denis et les 18^e, 19^e et 20^e arrondissements, avec plus de 20 000 bénéficiaires dans chacun de ces territoires. Dans les groupes de communes aux revenus médians proches, des variations s'observent et on peut faire l'hypothèse de possibles initiatives locales favorisant l'accès aux droits en matière de couverture maladie.

Tableau 4

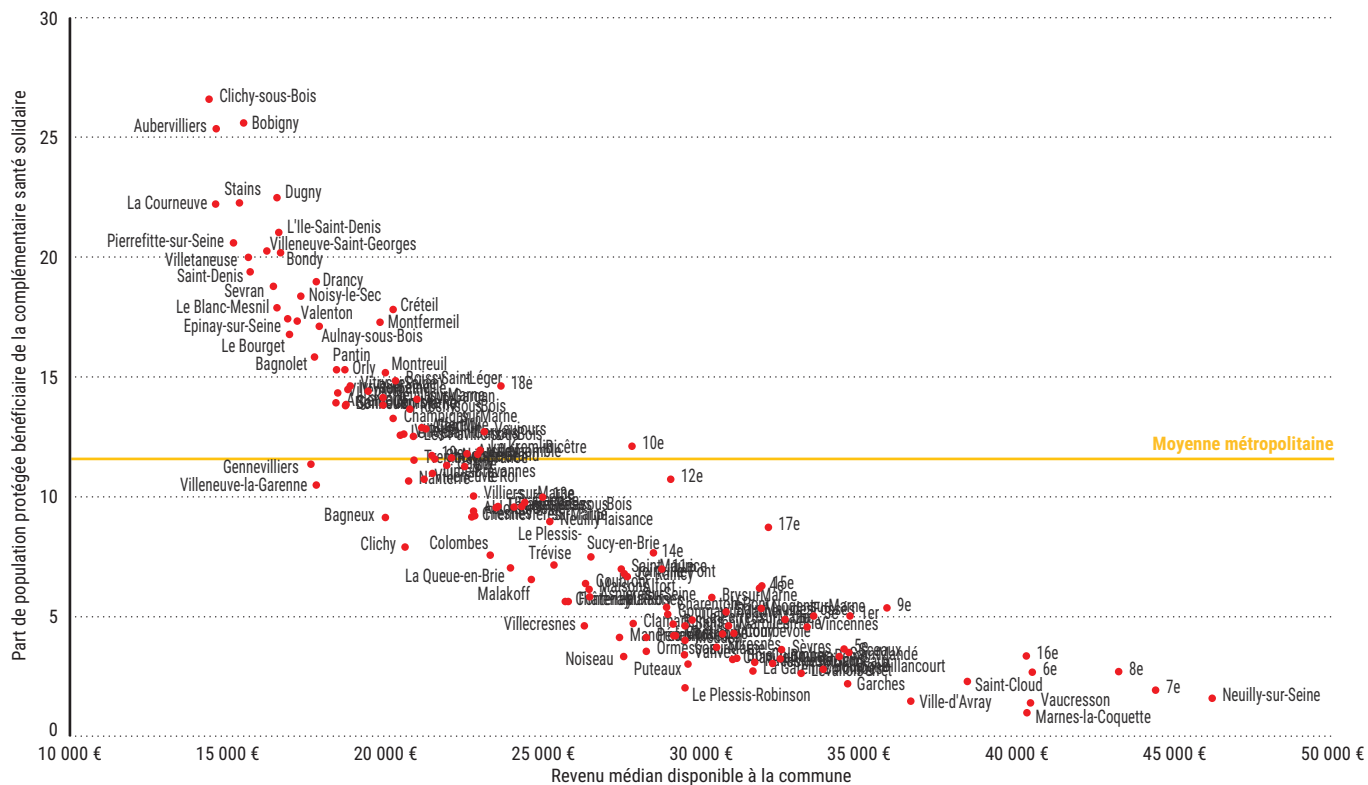
NOMBRE ET PART DE LA POPULATION BÉNÉFICIAIRE DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE (CSS)

	75 Paris	92 Hauts- de-Seine	93 Seine-Saint- Denis	94 Val-de- Marne	Métropole du Grand Paris*
Population assurée totale	2 336 327	1 405 715	1 744 510	1 465 023	7 071 023
Nombre de bénéficiaires de la CSS	200 280	69 657	299 691	155 854	742 085
Part de bénéficiaires de la CSS	8,6 %	5,0 %	17,2 %	10,6 %	10,5 %
Part des femmes bénéficiaires de la CSS	49 %	55 %	53 %	53 %	

Source : CPAM 75-92-93-94-95, 2022 – Traitement Apur
* Hors 6 communes de l'Essonne

Graphique 9

PART (EN %) DE BÉNÉFICIAIRES DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE (CSS) SELON LE REVENU MÉDIAN DES COMMUNES DU GRAND PARIS



Sources : CPAM 75-92-93-94-95, Insee Filosofi 2019



Action de prévention Mars Bleu de Paris Santé - Paris

© Alexis Wawerka - Ville de Paris

Moins de 2 % de bénéficiaires de l'Aide Médicale d'État (AME)

Attribuée sous conditions de résidence et de ressources et devant être actualisée chaque année, l'Aide Médicale d'État (AME) s'adresse aux étrangers en situation irrégulière. **Seul 1,9 % de la population métropolitaine** bénéficie de l'Aide Médicale d'État (136 124 personnes), majoritairement des hommes. La part des bénéficiaires dans la population varie de 0,9 % dans les Hauts-de-Seine à 2,6 % en Seine-Saint-Denis.

À l'échelle des communes, la part de bénéficiaires varie d'aucun bénéficiaire à plus de 4 % dans les 10^e et 12^e arrondissements, à Aubervilliers, La Courneuve, Pantin, Saint-Denis et jusqu'à 7 % de la population assurée dans le 19^e arrondissement, qui compte le plus de bénéficiaires en nombre (14 000) devant les 10^e, 12^e, 18^e, 20^e arrondissements, Saint-Denis et Aubervilliers, avec plus de 4 000 bénéficiaires chacun.

Logiquement, les parts de bénéficiaires sont corrélées avec les propor-

tions de population étrangère, mais aussi avec les revenus médians observés à l'échelle communale (graphique 10). Les arrondissements parisiens dérogent quelque peu à cette règle, avec une part importante de bénéficiaires de l'AME malgré des revenus médians plus élevés en moyenne.

Ces résultats sont également à relier à la présence de services ou d'associa-

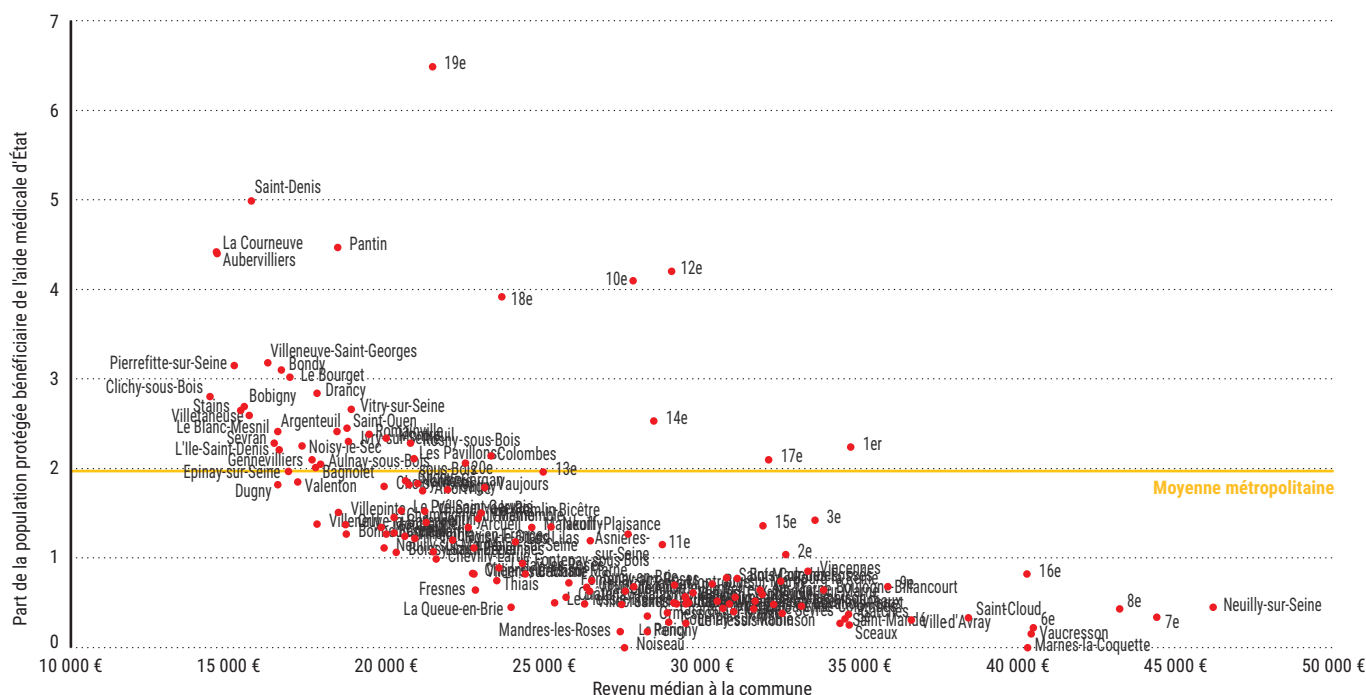
tions de domiciliation des personnes sans-domicile dont une partie est bénéficiaire de l'Aide Médicale d'État. Le territoire parisien concentre une part importante de ces services, en particulier dans les arrondissements de l'est. La présence de services de domiciliation ne signifie pas nécessairement que les personnes sont hébergées dans la commune/arrondissement.

Tableau 5
NOMBRE ET PART DE LA POPULATION BÉNÉFICIAIRE DE L'AIDE MÉDICALE D'ÉTAT (AME)

	75 Paris	92 Hauts-de-Seine	93 Seine-Saint-Denis	94 Val-de-Marne	Métropole du Grand Paris*
Population assurée totale	2 336 327	1 405 715	1 744 510	1 465 023	7 071 023
Nombre de bénéficiaires de l'AME	57 696	12 388	45 312	17 844	136 124
Part de bénéficiaires de l'AME	2,5 %	0,9 %	2,6 %	1,2 %	1,9 %
Part des femmes bénéficiaires de l'AME	34 %	46 %	41 %	45 %	

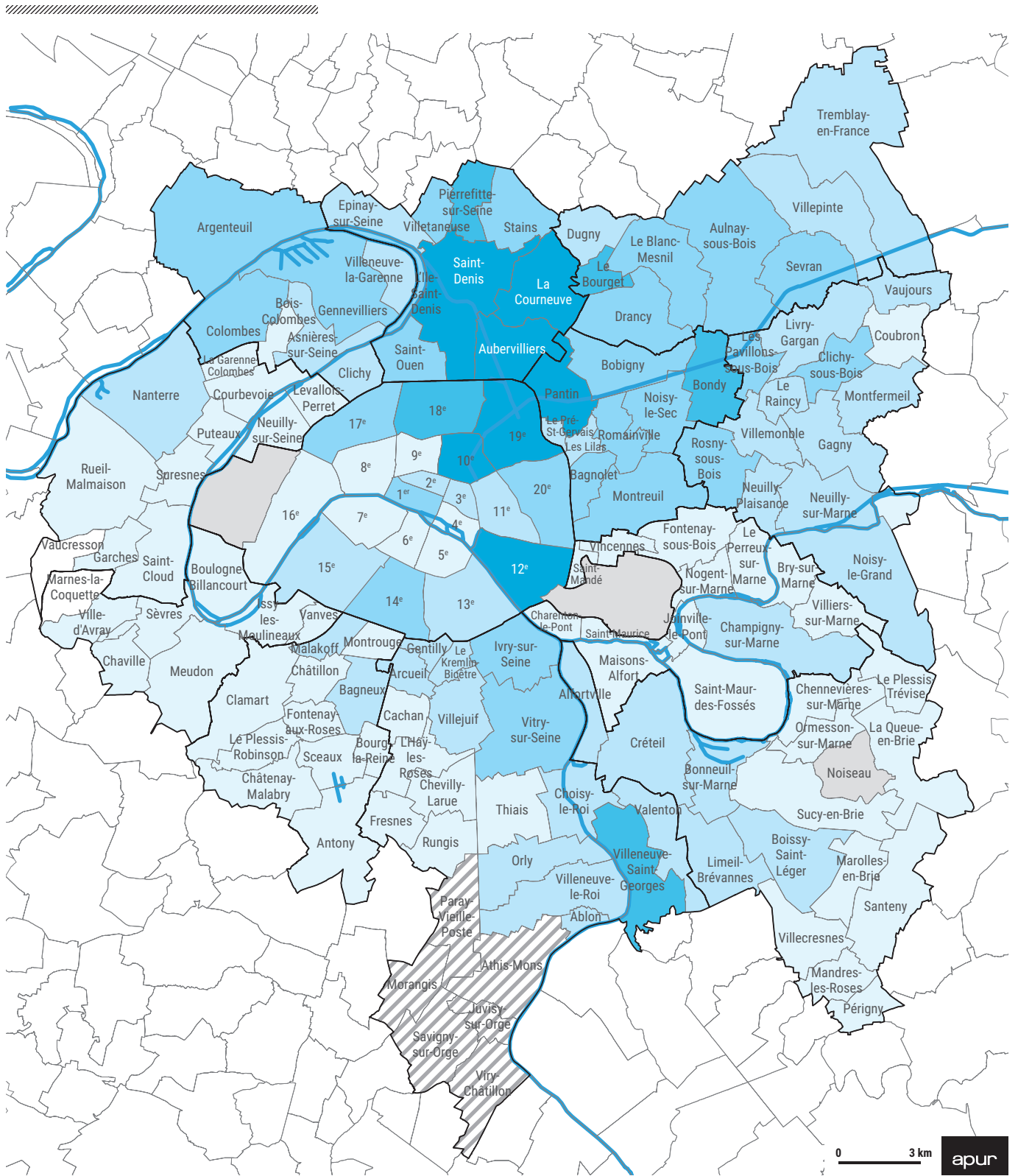
Source : CPAM 75-92-93-94-95, 2022 – Traitement Apur
* Hors 6 communes de l'Essonne

Graphique 10
PART (EN %) DE BÉNÉFICIAIRES DE L'AIDE MÉDICALE D'ÉTAT SELON LE REVENU MÉDIAN DES COMMUNES DU GRAND PARIS

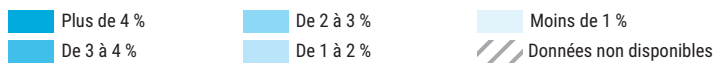


Sources : CPAM 75-92-93-94-95, Insee Filosofi 2019

Carte 5
POPULATION BÉNÉFICIAIRE DE L'AIDE MÉDICALE D'ÉTAT (AME)



Part des personnes bénéficiaires d'une Aide Médicale d'État (AME), dans le total des personnes affiliées à l'Assurance Maladie



Source : Système Informatique de l'Assurance Maladie - 2022

2.

Recours aux dispositifs de prévention

Trois programmes nationaux de dépistages organisés des cancers

Selon Santé Publique France, les cancers sont la première cause de décès chez l'homme et la deuxième chez la femme en France. En 2023, le cancer de la prostate est le plus fréquent chez l'homme, devant le cancer du poumon et le cancer colorectal. Le cancer du sein est le plus fréquent chez la femme, devant le cancer colorectal et le cancer du poumon¹.

Trois programmes préventifs de dépistages organisés des cancers ont été mis en place en France : contre le cancer du sein à partir de 2004, contre le cancer colorectal à partir de 2008 et contre le cancer du col de l'utérus à partir de 2018. Ces campagnes sont pilotées par les Agences Régionales de Santé en lien avec l'Assurance maladie et la Mutualité Sociale Agricole. En Ile-de-France, leur opérationnalisation est dévolue au Centre Régional de Coordination des Dépistages des Cancers d'Ile-de-France (CRCDC – IDF). Leur mise en œuvre repose sur les professionnels de santé, principalement en ville : médecins généralistes en charge des orientations, pharmaciens pour la distribution des kits, cabinets de radiologie et médecins spécialistes pour les réalisations et lectures d'examens.

Ces programmes ciblent des catégories spécifiques de la population et leurs orientations suivent les recommandations du Conseil européen du 2 décembre 2003 relatives aux dépistages du cancer :

- **objectif de couverture de 70 % des femmes de 50 à 74 ans à risque moyen sur 24 mois pour le dépistage organisé du cancer du sein** (mammographie et examen clinique) ;
- **objectif de couverture sur 24 mois de 45 % des personnes âgées de 50 à 74 ans à risque moyen pour le dépistage organisé du cancer colorectal** (méthode immunologique quantitative de recherche de sang occulte dans les selles) ;
- **objectif de couverture de 80 % des femmes asymptomatiques de 25 à 65 ans pour le dépistage du cancer du col de l'utérus** (examen cytopathologique pour les femmes âgées de 25 à 29 ans et test de recherche de papillomavirus humains à haut risque pour les femmes à partir de 30 ans).

Des actes de dépistage peuvent être réalisés hors de ces campagnes (mammographies, frottis, coloscopies).

Un besoin d'analyse à une échelle fine

Selon l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS)², « *le taux de participation ne reflète pas complètement les écarts réels* » en raison de pratiques de dépistages individuels pas pris en compte du taux de participation et d'autre part, d'un système de recueil des exclusions non exhaustifs et non homogènes sur le territoire.

L'Inspection note que pour « *avoir une vision plus juste de la participation, il serait donc nécessaire d'homogénéiser le calcul des exclusions pour le dépistage organisé du cancer colorectal, les estimer pour le dépistage organisé du cancer du sein et produire un indicateur intégrant le dépistage individuel* ».

Les objectifs de couverture ne sont pas atteints à l'échelle nationale et ne le sont pas non plus à l'échelle métropolitaine. Les résultats cartographiés présentés ci-après permettent d'analyser les niveaux de recours aux dépistages organisés selon les quartiers et les communes du territoire. Des données ont également été recueillies concernant les dépistages individuels du cancer du sein et les coloscopies. Cette étude n'a pas vocation à évaluer la politique de dépistages organisés dans la Métropole, ce qui nécessiterait d'autres outils évaluatifs.

CENTRE RÉGIONAL DE COORDINATION DES DÉPISTAGES DES CANCERS D'ÎLE-DE-FRANCE

Le Centre Régional de Coordination des Dépistages des Cancers d'Île-de-France (CRCDC-IDF) est une association loi 1901. Sa création en 2019 fait suite au décret du 23 mars 2018 sur la régionalisation des structures de gestion du dépistage des cancers mis en application dans toutes les régions de France.

Le CRCDC-IDF est issu de la fusion des huit structures départementales de gestion du dépistage organisé d'Île-de-France : ADECA 75, ADC 77, ADMY, ADMC 91, ADK 92, CDC 93, ADOC 94 et PSVO 95. Ces structures sont désormais des sites territoriaux du CRCDC-IDF, renforçant l'ancrage local du centre régional.

Le CRCDC-IDF est en charge des trois dépistages organisés dans la région francilienne : le dépistage organisé du cancer du sein pour les femmes de 50 à 74 ans, le dépistage organisé du cancer colorectal pour les hommes et les femmes de 50 à 74 ans, et le dépistage du cancer du col de l'utérus pour les femmes de 25 à 65 ans. Par ces actions, il cible cinq millions de femmes et d'hommes habitant en région francilienne.

Le CRCDC-IDF a pour mission d'inviter aux dépistages les populations concernées, de participer à la sensibilisation et à l'information de ces populations, d'organiser la formation des médecins et des professionnels sur les dépistages, d'assurer le suivi des dépistages et de veiller à la qualité du dispositif tout en collectant les données pour le pilotage et l'évaluation des programmes.

² – Inspection Générale des Affaires Sociales, *Le dépistage organisé des cancers en France, 2022*.

Plus de 7 femmes de 50 à 74 ans sur 10 (72 %) n'ont pas bénéficié d'un dépistage organisé du cancer du sein

En 2023, 91 214 nouveaux cas (+0,3 % par an entre 2010 et 2023) sont dénombrés par l'Institut National du Cancer³. 12 146 décès par cancer du sein sont recensés par Santé Publique France en 2018⁴ selon qui « le cancer du sein est le cancer le plus fréquent en France et représente la première cause de décès par cancer chez la femme ».⁵ Le taux de survie nette standardisée à cinq ans est néanmoins élevé (88 %). L'âge médian au diagnostic est de 64 ans en France : 80 % de ces cancers se développent après 50 ans.

Des antécédents familiaux ou prédispositions génétiques, la consommation d'alcool et de tabac, le surpoids et le manque d'activité physique, cer-

tains traitements hormonaux liés à la ménopause, et le fait ne pas avoir allaité constituent des facteurs de risque.

Le taux d'incidence du cancer du sein a jusqu'à une période récente été plus élevé chez les femmes des catégories sociales les plus privilégiées, contrairement aux autres cancers suivant un gradient social de santé négatif pour les catégories modestes. Selon la sociologue Géraldine Bloy et le docteur Laurent Rigal, cette exception « à la "loi" des inégalités sociales de santé (...) s'est récemment "normalisée" (probablement en raison de l'homogénéisation des modes de contraception et de l'âge à la première naissance) »⁶. Les auteurs

Tableau 6
DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER DU SEIN DANS LA MÉTROPOLÉ DU GRAND PARIS

	75 Paris	92 Hauts-de-Seine	93 Seine-Saint-Denis	94 Val-de-Marne	Métropole du Grand Paris*
Femmes de 50 à 74 ans	300 346	195 487	210 613	181 075	901 138
Nombre de femmes de 50 à 74 ans bénéficiaires d'un dépistage organisé du cancer du sein au cours des deux dernières années	72 865	57 378	59 010	58 069	251 813
Part de femmes de 50 à 74 ans bénéficiaires d'un dépistage organisé du cancer du sein au cours des deux dernières années	24,3 %	29,4 %	28,0 %	32,1 %	27,9 %
Part de femmes de 50 à 74 ans n'ayant pas bénéficié d'un dépistage organisé du cancer du sein au cours des deux dernières années	75,7 %	70,6 %	72,0 %	67,9 %	72,1 %

Source : CPAM 75-92-93-94-95, 2022 – Traitement Apur
* Hors 6 communes de l'Essonne

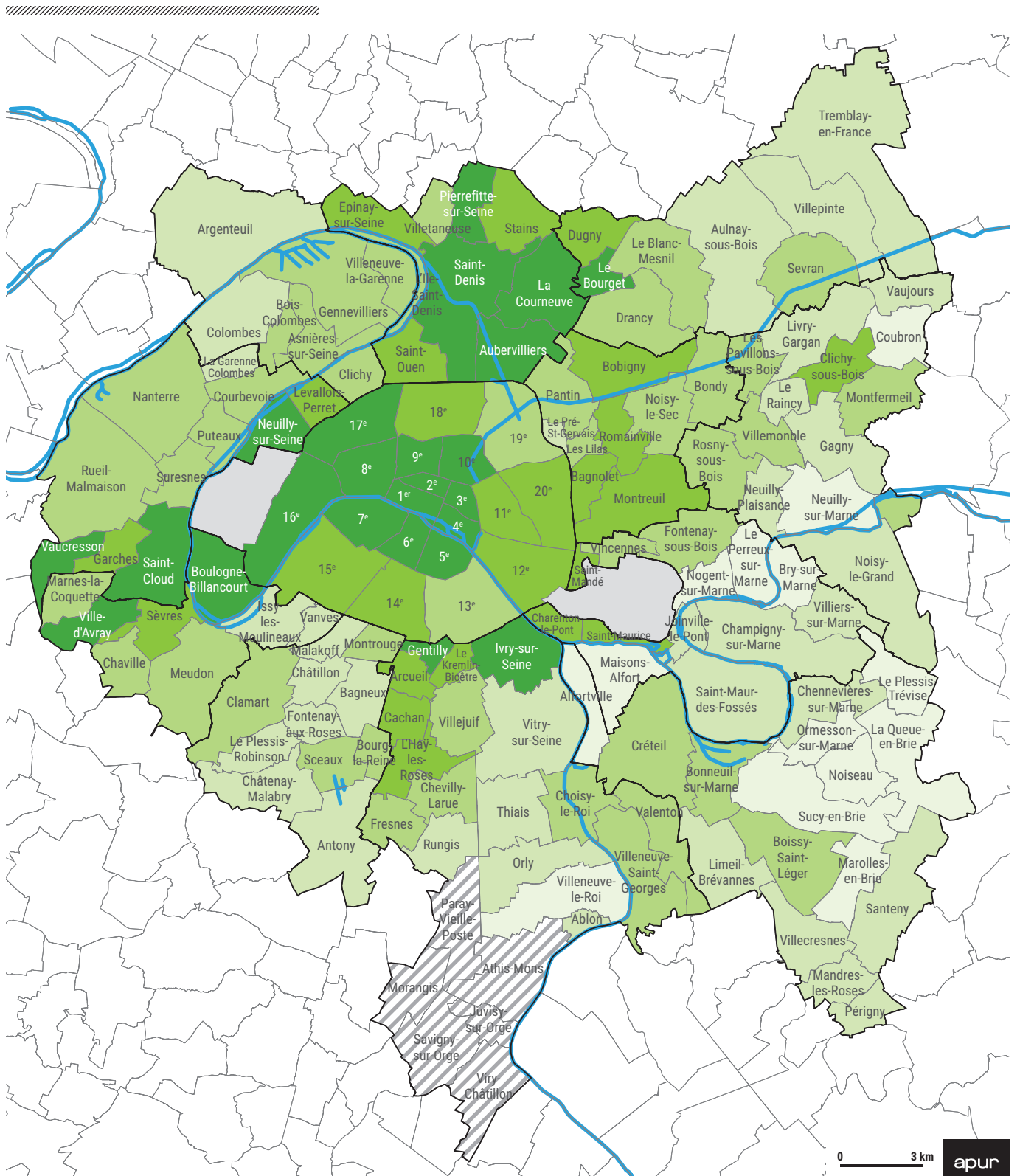
3 – Institut National du Cancer, *Panorama des cancers en France*, édition 2023.

4 – Santé Publique France, *Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018 : étude à partir des registres des cancers du réseau Francim*, 2019.

5 – <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-sein/notre-action/>

6 – Bloy, G. et Rigal, L. (2019), « En quête de pertinence et d'égalité ? Quand les prescriptions des dépistages des cancers gynécologiques s'emmêlent », *Revue française des affaires sociales*, no. 3, pp. 11-33.

Carte 6
FEMMES DE 50 À 74 ANS N'AYANT PAS BÉNÉFICIÉ D'UN DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER DU SEIN SOUS 2 ANS -
ANALYSE À LA COMMUNE



Part des femmes, dans le total des femmes âgées de 50 à 74 ans, n'ayant pas bénéficié d'un dépistage organisé du cancer du sein entre juillet 2020 et juin 2022

- Plus de 76 %
- De 72 à 76 %
- De 68 à 72 %
- De 64 à 68 %
- Données non disponibles

Source : Système Informatique de l'Assurance Maladie - 2022

notent un lien entre les taux de dépistages des cancers gynécologiques et l'accessibilité aux gynécologues et médecins généralistes prescripteurs, mais aussi aux pratiques de ces professionnels et à leur sensibilité aux dispositifs de prévention. Pour autant, selon le CRCDC-IDF, la proximité et/ou l'accessibilité à l'offre de soins (médecins généralistes, gynécologues ou cabinets de radiologie) « *interviennent très peu dans le recours au dépistage et le différentiel de participation entre territoires observés en Ile-de-France* »⁷.

La Direction Générale de la Santé a défini à partir de 1994 un programme national de dépistage organisé du cancer du sein. **Ce programme a été généralisé dix ans plus tard en 2004. Il cible les femmes de 50 à 74 ans à qui une mammographie de dépistage est proposée gratuitement tous les deux ans.** Le centre régional de coordination des dépistages (CRCDC) transmet un courrier d'invitation aux femmes ciblées. Elles sont invitées à se rendre chez un radiologue agréé pour une mammographie et un examen clinique.

Dans la Métropole du Grand Paris, au cours de la période 2020-2022, un peu plus d'un quart des femmes âgées de 50 à 74 ans (27,9 %) ont bénéficié d'un dépistage organisé du cancer du sein, avec des variations départementales entre une femme sur quatre (24,3 %) à Paris à près d'une sur trois (32,1 %) dans le Val-de-Marne.

Ce taux métropolitain est faible en comparaison avec les taux de participation à l'échelle nationale. En effet, à l'échelle nationale, le taux de participation est de 47,7 % des femmes de 50 à 74 ans en 2021-2022⁸. Le taux de

couverture a augmenté à l'échelle nationale entre 2005 et 2012 (de 45,9 % à 52,3 %) et diminue depuis 2012.

À l'échelle communale, **les taux de recours les plus faibles sont observés dans des communes ou arrondissements parmi les plus modestes et les plus aisés** : moins de 24 % des femmes de 50 à 74 ans à Aubervilliers et La Courneuve ont eu recours au dépistage organisé, ainsi que dans les 7^e, 8^e et 16^e arrondissements et de l'ouest métropolitain (Neuilly-sur-Seine, Boulogne-Billancourt, Saint-Cloud, Ville d'Avray, Vaucresson).

Les taux de recours aux dépistages organisés du cancer du sein les plus élevés, de plus de 65 %, se retrouvent dans des villes accueillant des ménages de catégories intermédiaires : Noisieu, Le Plessis-Trévisé, Nogent-sur-Marne, Marolles-en-Brie, Ormesson-sur-Marne, La Queue-en-Brie... En effectifs, ce sont les arrondissements parisiens les plus denses qui se placent en tête des territoires comprenant le plus de femmes ayant bénéficié d'un dépistage organisé, avec plus de 5 500 patientes : 13^e, 15^e, 19^e et 20^e arrondissements.

Le graphique suivant démontre une corrélation entre les revenus médians des communes et les niveaux de non-recours aux dépistages organisés qui y sont constatés. Ces résultats corroborent les résultats obtenus dans la littérature scientifique⁹ qui établit **un lien entre défaveur sociale et taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein, mettant en évidence un U** : on observe un moindre recours à ces dépistages dans les communes dont les populations sont moins favorisées et celles avec les habitants les plus favorisés.

7 — Guide CRCDC Ile-de-France à destination des élus : « Promouvoir le dépistage organisé du cancer du sein et réduire les inégalités socio-territoriales de Santé ».

8 — Santé Publique France, *Moins d'une femme sur deux ont fait une mammographie de dépistage organisé du cancer du sein en 2021-2022*, 12 juin 2023.

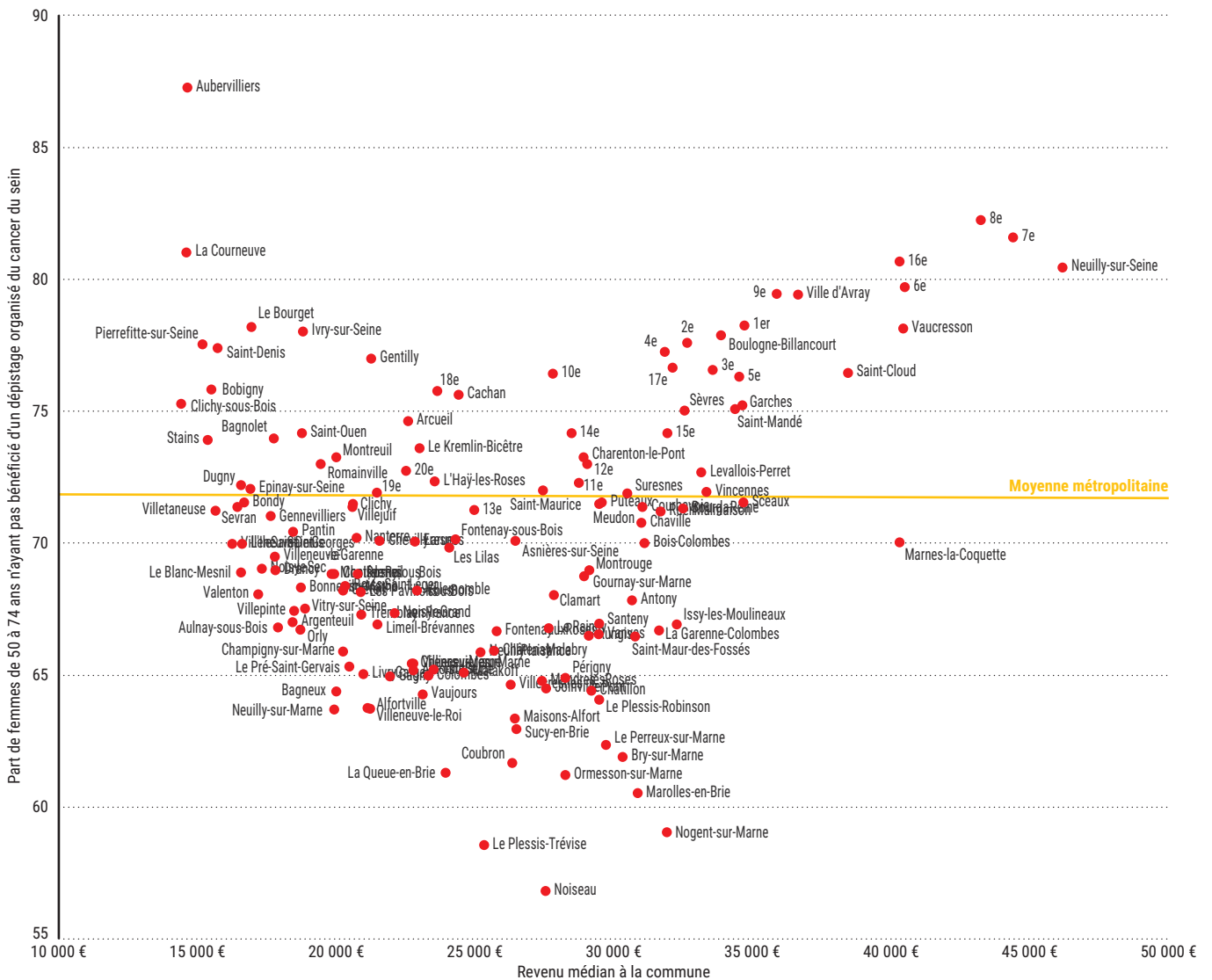
9 — Déborde et al. (2018), "Breast cancer screening programme participation and socioeconomic deprivation in France", *Preventive Medicine*, Vol. 115, pp. 53-60.

10 — [Dépistage du cancer du sein : quelle participation des femmes en 2021 ? \(santepubliquefrance.fr\)](#) ; Sicsic et al. « Préférences des femmes vis-à-vis du dépistage du cancer du sein », *Santé Publique*, vol. 2, no. HS2, 2019, pp. 7-17.

Un lien est établi entre catégorie sociale et recours au dépistage organisé, ce qui peut traduire un non-recours ou bien un déport vers le dépistage individuel. Certaines femmes ont en effet pu avoir recours à des mammographies en dehors de ces dépistages organisés. Selon Santé Publique France¹⁰, « le dépistage organisé ne représente qu'une partie de la pratique de dépistage en France, et une partie des femmes le font en dehors des recommandations. En l'absence d'un code spécifique permettant d'identifier les mammographies réalisées dans le cadre

d'un dépistage individuel dans le Système National des Données de Santé, l'estimation des pratiques hors programme est difficile et imprécise. ». Pour cette étude, l'Assurance maladie a partagé les données concernant les dépistages individuels du cancer du sein, présentés de façon distincte ci-après. L'exercice combinant dépistages individuels et organisés montre que les **faibles taux de recours aux dépistages organisés dans les communes les plus aisées sont compensés par un recours plus important aux dépistages individuels.**

Graphique 11
TAUX (EN %) DE NON-RECOURS AU DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER DU SEIN
SELON LE REVENU MÉDIAN DES COMMUNES DU GRAND PARIS



Sources : CPAM 75-92-93-94-95, Insee Filosofi 2019

Près d'une femme de 50 à 74 ans sur deux (47 %) n'a pas bénéficié d'un dépistage organisé et/ou individuel du cancer du sein

La mammographie peut être réalisée hors du cadre du programme national de dépistage organisé.

Un peu plus d'une femme âgée de 50 à 74 ans sur deux a bénéficié d'un dépistage du cancer du sein dans les deux ans dans la Métropole (53 %), que ce soit au travers du programme de dépistage organisé ou par une démarche de détection individuelle. Parmi elles, environ un quart (26,9 %) des femmes ciblées par cet acte a recours à un dépistage individuel, avec de fortes variations départementales : plus d'une femme sur quatre (28 %) à Paris et dans les Hauts-de-Seine ont eu recours à un dépistage individuel, contre 22 % dans le Val-de-Marne et environ 18 % en Seine-Saint-Denis.

La part de femmes ayant bénéficié de dépistage organisé et/ou individuel est la plus faible dans le département de Seine-Saint-Denis, devant Paris et le département du Val-de-Marne. Le taux de dépistage des femmes de 50 à 74 ans des Hauts-de-Seine est le plus élevé des départements de petite couronne, s'établissant à près de 58 % des femmes dépistées (au travers d'un dépistage organisé ou individuel), contre environ 53 % à l'échelle métropolitaine.

À l'échelle communale, les taux de recours les plus faibles sont observés dans les communes les plus modestes : moins de 40 % des femmes de 50 à 74 ans ont bénéficié d'un dépistage organisé ou individuel du cancer du sein à Aubervilliers, La Courneuve, Le Bourget, Saint-Denis, Bobigny et Pierrefitte-sur-Seine.

Tableau 7
DÉPISTAGE ORGANISÉ ET/OU INDIVIDUEL DU CANCER DU SEIN
DANS LA MÉTROPOLE DU GRAND PARIS

	75 Paris	92 Hauts- de-Seine	93 Seine- Saint-Denis	94 Val-de- Marne	Métropole du Grand Paris*
Femmes de 50 à 74 ans	300 346	195 487	210 613	181 075	901 138
Nombre de femmes de 50 à 74 ans bénéficiaires d'un dépistage organisé ou individuel du cancer du sein au cours des deux dernières années	157 700	113 215	97 722	98 212	473 798
Part de femmes de 50 à 74 ans bénéficiaires d'un dépistage organisé ou individuel du cancer du sein au cours des deux dernières années	52,5 %	57,9 %	46,4 %	54,2 %	52,6 %
Part de femmes de 50 à 74 ans n'ayant pas bénéficié d'un dépistage organisé et/ou individuel du cancer du sein au cours des deux dernières années	47,5 %	42,1 %	53,6 %	45,8 %	47,4 %

Source : CPAM 75-92-93-94-95, 2022 – Traitement Apur
* Hors 6 communes de l'Essonne

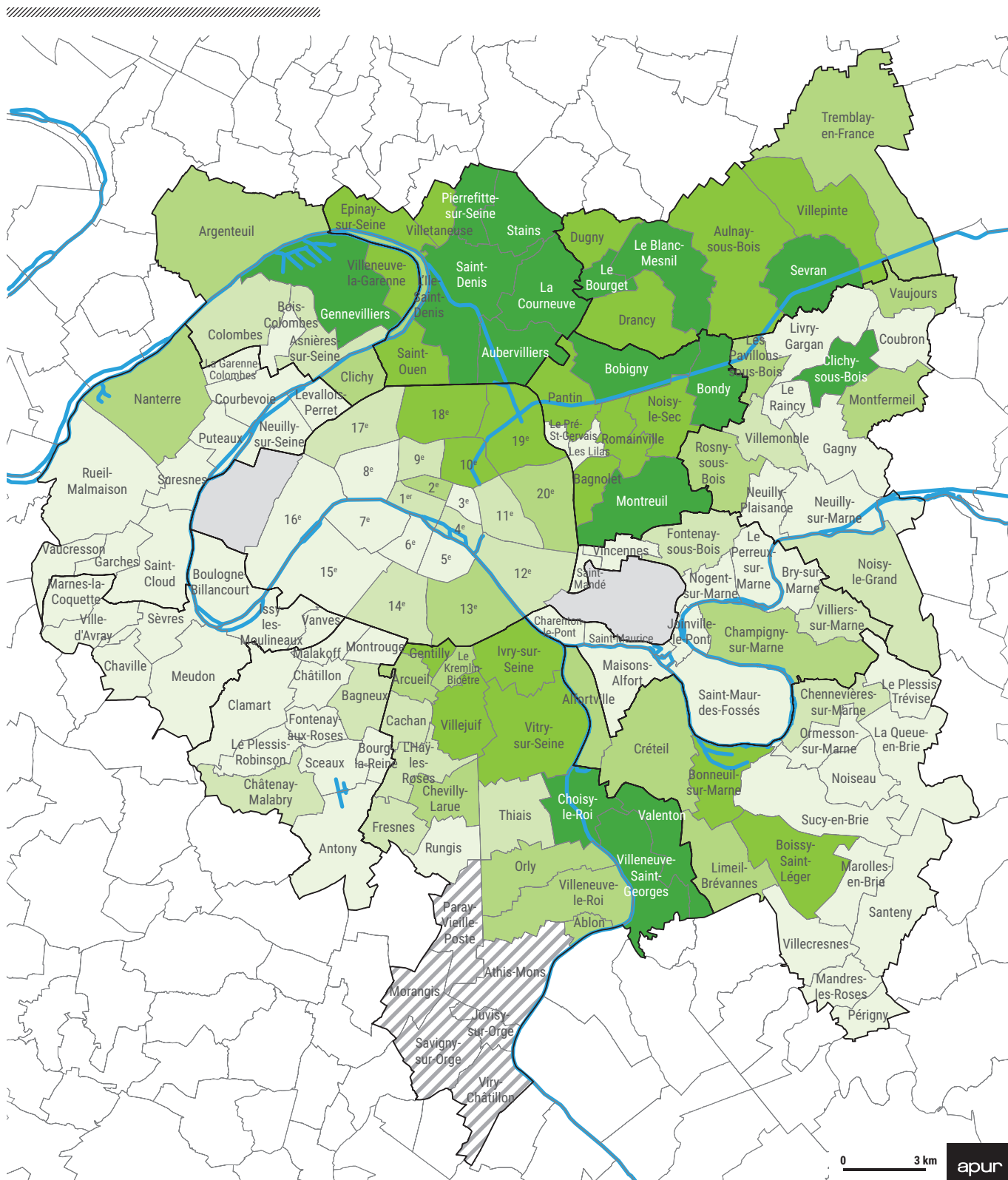
3 – Institut National du Cancer, *Panorama des cancers en France*, édition 2023.

4 – Santé Publique France, *Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018 : étude à partir des registres des cancers du réseau Francim*, 2019.

5 – <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-sein/notre-action/>

Carte 7

FEMMES DE 50 À 74 ANS N'AYANT PAS BÉNÉFICIÉ D'UN DÉPISTAGE ORGANISÉ OU INDIVIDUEL DU CANCER DU SEIN SOUS 2 ANS - ANALYSE À LA COMMUNE



Part des femmes, dans le total des femmes âgées de 50 à 74 ans, n'ayant pas bénéficié d'un dépistage organisé et/ou individuel du cancer du sein entre avril 2021 et mars 2023

- Plus de 53 %
- De 50 à 53 %
- De 47 à 50 %
- De 44 à 47 %
- Données non disponibles

Source : Système Informatique de l'Assurance Maladie - 2023

À l'inverse, les taux de recours les plus forts concernent des communes de classes moyennes et supérieures : avec des taux de dépistages de plus de 63 % à La Garenne-Colombes, Le Raincy, Marnes-La-Coquette, Garches, Bry-sur-Marne, Marolles-en-Brie, Vaucresson, Rungis et Coubron.

Le graphique 12 montre **une forte corrélation entre le niveau de non-recours aux dépistages individuels et/ou organisés et le revenu médian des communes**. Cela confirme l'hypothèse d'un report d'une partie des patientes vers le dépistage individuel dans les communes les plus aisées.

Des résultats proches ont été obtenus dans d'autres territoires¹¹, comme à Lyon¹² ou à Nice. Une étude de 2022¹³ au sujet du dépistage organisé et du dépistage individuel du cancer du sein conclut ainsi que : « *le gradient social, l'accès au transport, la situation familiale et professionnelle [sont] des facteurs déterminant de la participation au dépistage du cancer du sein, qu'il soit organisé ou individuel. [À Nice], de juin 2019 à juin 2021 le dépistage individuel était*

largement majoritaire par rapport au dépistage organisé, alors que l'on estime au niveau national qu'il ne représente que 10 % de l'ensemble du dépistage du cancer du sein en France ». Les femmes plus éduquées et/ou de statut cadre, ainsi que celles vivant seules, ont moins recours aux dépistages organisés et davantage aux dépistages individuels qui ne sont pas entièrement remboursés, impliquant de disposer de revenus suffisants pour couvrir les dépassements d'honoraires et de reste à charge. Une corrélation est par ailleurs mise en évidence entre l'accessibilité aux équipements en transports en commun et le recours aux dépistages.

Une autre étude réalisée dans la Métropole du Grand Lyon met en évidence un lien entre niveaux de recours et accessibilité des cabinets ou services de radiologie réalisant des mammographies, tout en rappelant l'importance des inégalités sociales de recours. L'accessibilité est en effet liée à la répartition de l'offre de soins, mais également à la mobilité des publics (accès aux transports publics, levée des barrières physiques et mentales aux déplacements...).

Les cartes 8 et 9 présentent l'implantation et l'accessibilité piétonne des radiologues ou centres d'imagerie ou radiologie agréés pour les dépistages du cancer du sein dans la Métropole du Grand Paris. La mise en regard de ces cartes avec celle sur les taux de non-recours en matière de dépistages individuels et/ou organisés ne permet pas de conclure sur un lien entre offre de soins et niveaux de recours. Il faudrait ajouter à l'analyse une appréhension des mobilités des patientes et leur niveau de contrainte ou de facilité pour se déplacer. Or, l'absence de données individuelles ne permet pas cet exercice complémentaire.

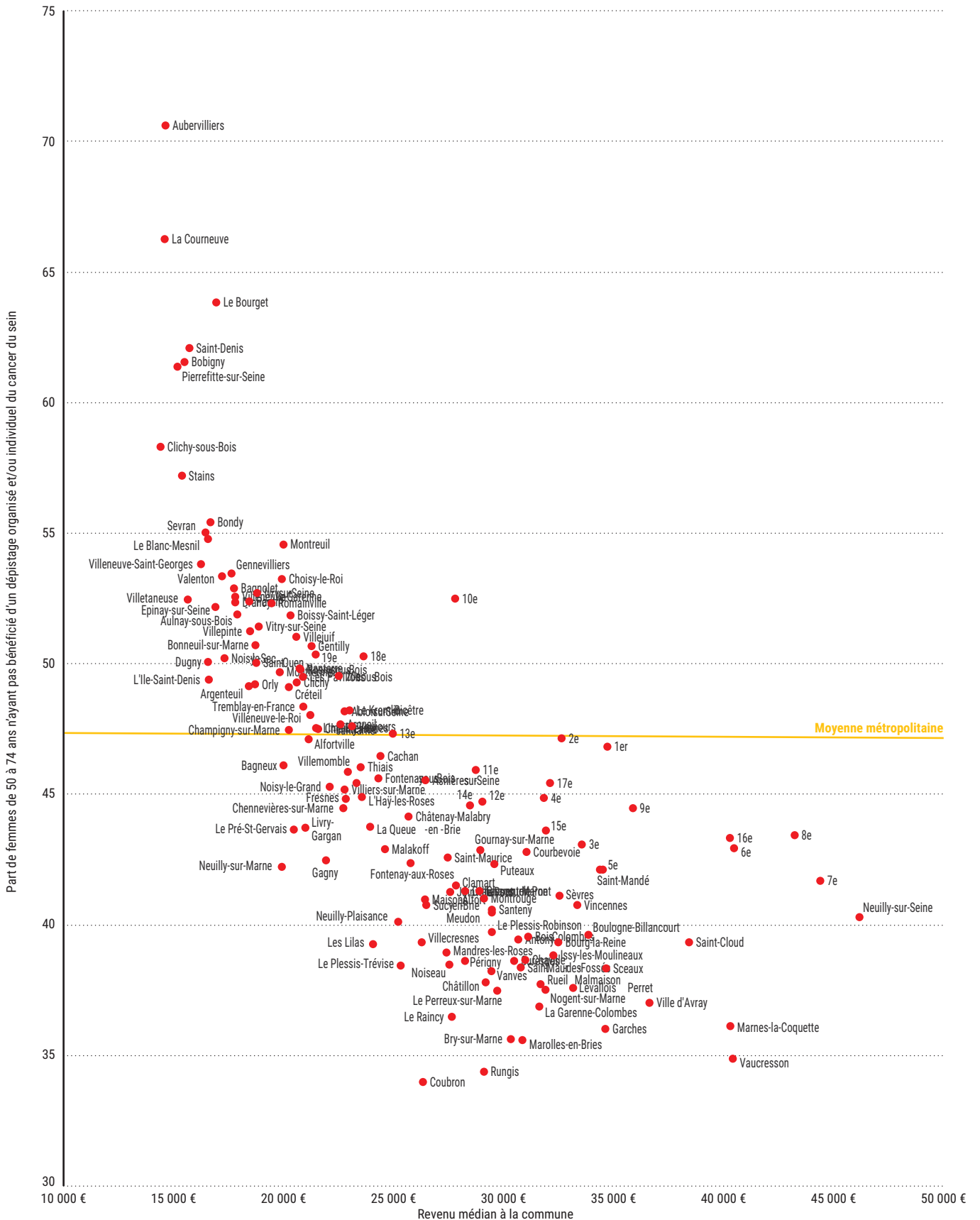


Action de prévention Octobre Rose de Paris Santé - Paris

- 11** — Jusot, F., et Goldzahl, L. « Les déterminants du recours régulier au dépistage du cancer du sein en France », *Revue française d'économie*, vol. xxxi, no. 4, 2016, pp. 109-152 ; Pernin, J-L. « Le dépistage par mammographie en France dans la théorie du comportement planifié : bénéfice collatéral, confiance, valeur perçue et comportements périphériques », *Sciences sociales et santé*, vol. 38, no. 1, 2020, pp. 39-66.
- 12** — Padilla C. M., Painblanc F., Soler-Michel P. et Vieira V. M., "Mapping Variation in Breast Cancer Screening : Where to Intervene ?", *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2019, 16(13): 2274.
- 13** — Bailly et al. , *Facteurs déterminant la participation au dépistage du cancer du sein, étude du dépistage organisé et du dépistage individuel chez les femmes potentiellement actives et retraitées de la Ville de Nice*, 2022.

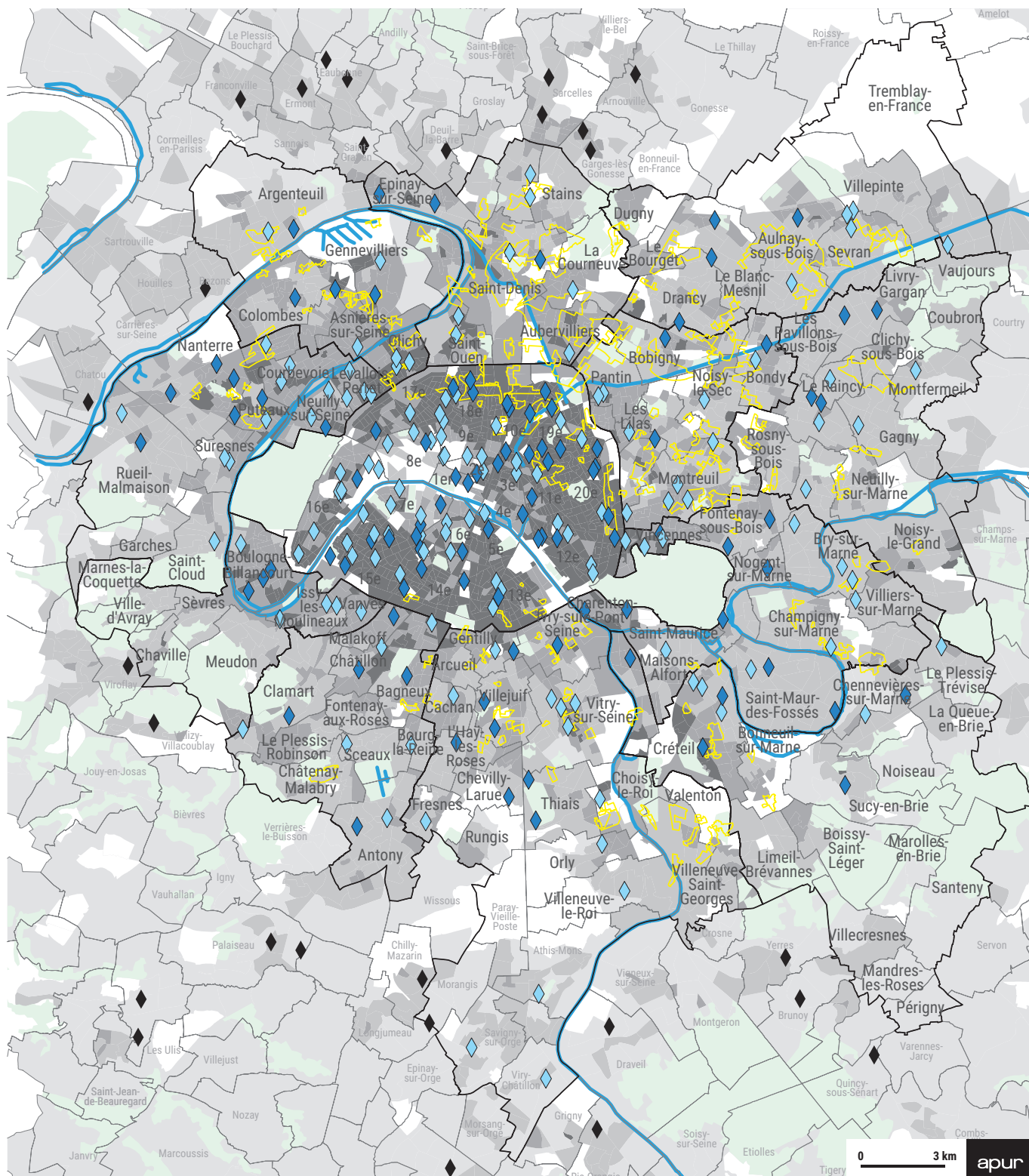
Graphique 12

TAUX (EN %) DE NON-RECOURS AU DÉPISTAGE ORGANISÉ ET/OU INDIVIDUEL DU CANCER DU SEIN SELON LE REVENU MÉDIAN DES COMMUNES DU GRAND PARIS



Sources : CPAM 75-92-93-94-95, Insee Filosofi 2019

Carte 8 RADIOLOGUES AGRÉÉS POUR LES DÉPISTAGES CANCER



Radiologue agréé pour les dépistages du cancer
(en centre de santé, centre d'imagerie, de radiologie ou établissement hospitalier)

- ◆ Secteur 2
- ◆ Secteur 1
- ◆ Autre radiologue agréé hors MGP

Nombre d'habitants à l'hectare

- Plus de 500
- De 200 à 500
- De 50 à 200
- Moins de 50

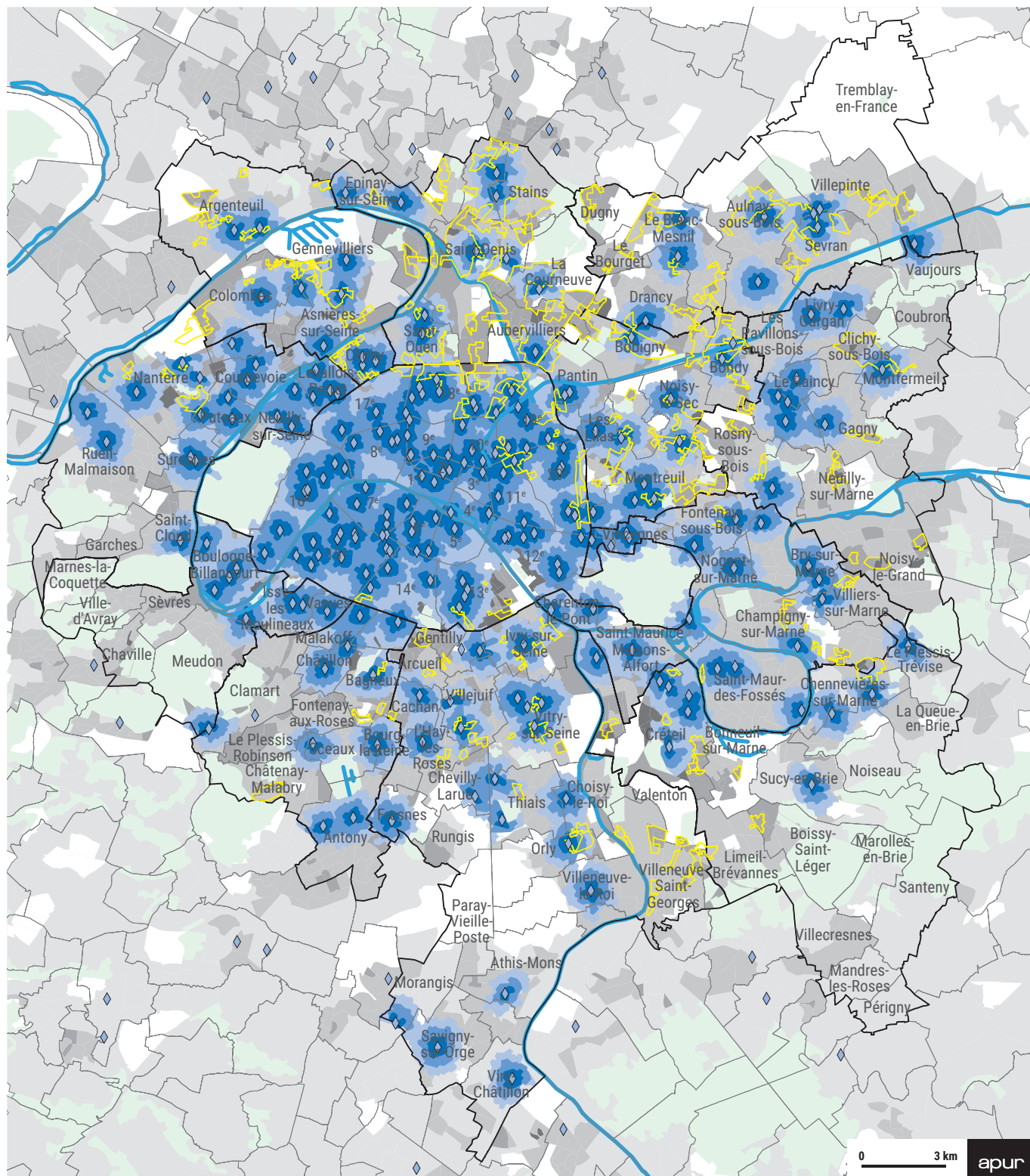
□ Quartier prioritaire de la politique de la Ville

Les emprises des principaux équipements et les IRIS non significatifs apparaissent en blanc.

Sources : CRDCDC Île-de-France - 2023, Recensement de la Population (Insee) - 2018

Carte 9

ACCESSIBILITÉ PIÉTONNE DES RADIOLOGUES AGRÉÉS POUR LES DÉPISTAGES CANCER



- Radiologue agréé pour les dépistages du cancer (en centre de santé, centre d'imagerie, de radiologie ou établissement hospitalier)
- Quartier prioritaire de la politique de la Ville
- Accessibilité à pied**
 - 15 minutes
 - 10 minutes
 - 5 minutes
- Nombre d'habitants à l'hectare**
 - Plus de 500
 - De 200 à 500
 - De 50 à 200
 - Moins de 50

Les emprises des principaux équipements et les IRIS non significatifs apparaissent en blanc.

Source : CRDC Île-de-France - 2023

Près de 8 assurés de 50 à 74 ans sur 10 (79 %) n'ont pas bénéficié d'un dépistage organisé du cancer colorectal

L'Institut National du Cancer¹⁴ dénombre près de 48 000 nouveaux cas de cancer colorectal en France en 2023, dont 55 % chez les hommes. L'âge médian au diagnostic est de 71 ans chez les hommes et 72 ans chez les femmes en France. 17 100 décès sont recensés en 2018, dernière année pour laquelle la donnée est disponible.

Ce type de cancer est le 2^e le plus fréquent chez les femmes et le 3^e chez les hommes. Les taux d'incidence sont stables chez les femmes et en diminution chez les hommes depuis 1990. Le nombre de nouveaux cas a légèrement baissé (-0,5 % par an) chez les hommes entre 2010 et 2023 et a connu une légère hausse (+0,4 %) chez les femmes au cours de la même période. La mortalité baisse pour les deux sexes¹⁵. Le taux

de survie nette standardisée à cinq ans est de 63 %. S'il est détecté tôt, le cancer colorectal se guérit dans neuf cas sur dix selon l'Institut National du Cancer.

Plusieurs facteurs de risque sont identifiés : la consommation d'alcool et de tabac, la sédentarité, le surpoids ou l'obésité, l'âge, les antécédents personnels et familiaux, les maladies inflammatoires de l'intestin, les prédispositions héréditaires, ainsi qu'une alimentation pauvre en fibres et riche en viande rouge ou charcuterie.

Le programme national de dépistage organisé cible les populations à risque moyen âgées de 50 à 74 ans, en les invitant tous les deux ans à réaliser un test immunologique de détection de sang dans les selles. La coloscopie n'est re-

commandée qu'en cas de test positif et pour les patients à risque (antécédents familiaux ou personnels).

Plus de 362 000 assurés âgés de 50 à 74 ans ont bénéficié d'un dépistage organisé du cancer colorectal en 2020-2022 dans la Métropole du Grand Paris, sur le plus de 1,7 million de personnes ciblées, soit un taux de 21 % à l'échelle métropolitaine. À l'échelle nationale, ce taux de participation est de 34,3 % en 2021-2022¹⁶.

La part de population n'ayant pas bénéficié de dépistage organisé du cancer colorectal est plus élevée dans le département de Seine-Saint-Denis, devant Paris, les Hauts-de-Seine et le Val-de-Marne.

À l'échelle communale, les taux de recours au dépistage organisé les plus faibles sont observés dans des communes ou arrondissements où la population est globalement modeste, exception faite de certains arrondissements de l'ouest-parisien : moins de 16 % des assurés de 50 à 74 ans à Aubervilliers, Clichy-sous-Bois, La Courneuve, Pierrefitte-sur-Seine, Bobigny et Villetaneuse.

¹⁴ – Institut National du Cancer, Panorama des cancers en France, édition 2023.

¹⁵ – Santé Publique France, Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018 : étude à partir des registres des cancers du réseau Francim, 2019.

¹⁶ – Institut National du Cancer, Panorama des cancers en France, édition 2023.

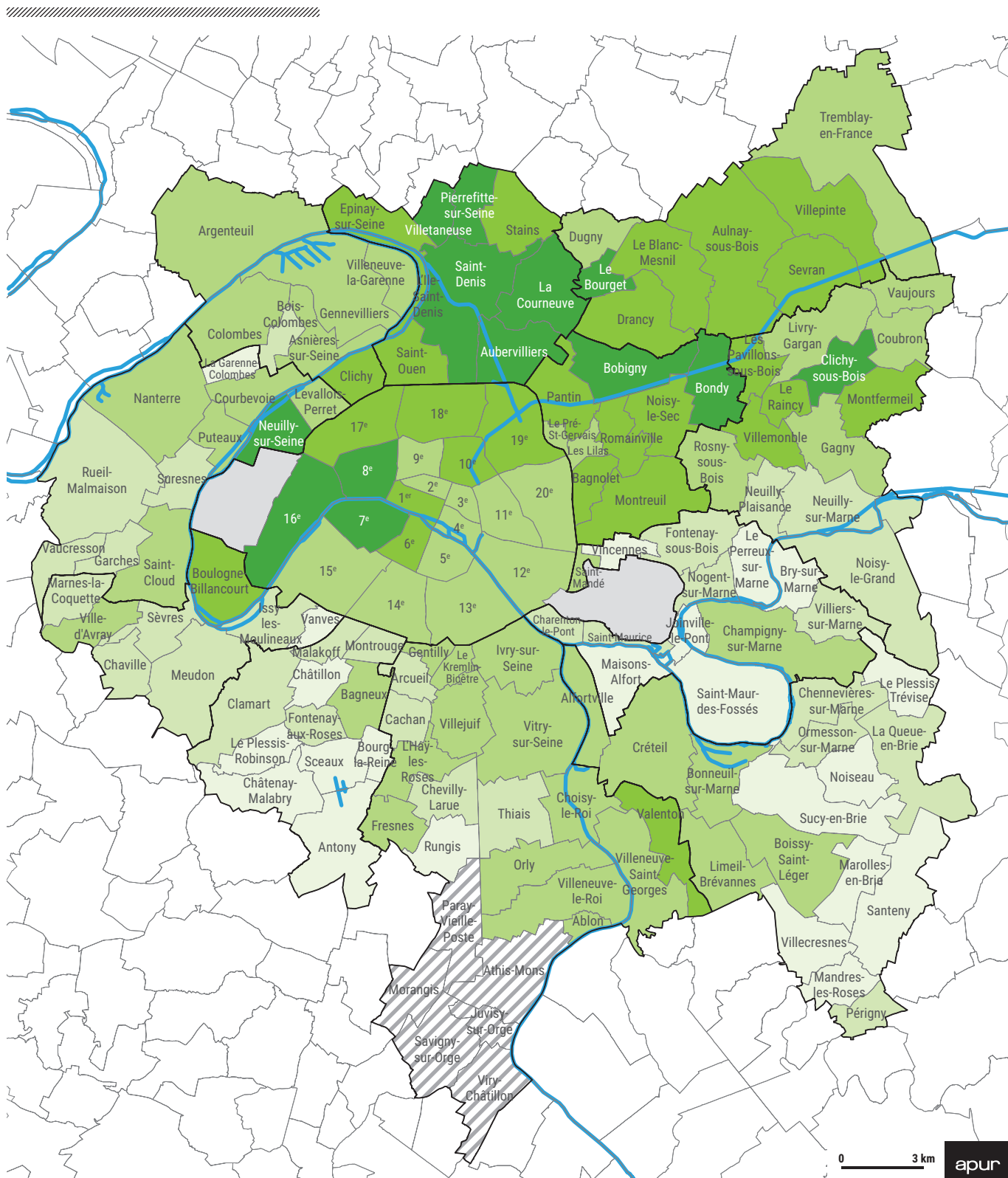
Tableau 8
DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER COLORECTAL
DANS LA MÉTROPOLE DU GRAND PARIS

	75 Paris	92 Hauts-de-Seine	93 Seine-Saint-Denis	94 Val-de-Marne	Métropole du Grand Paris*
Population assurée de 50 à 74 ans	587 536	361 719	412 993	352 757	1 742 587
Nombre d'assurés de 50 à 74 ans bénéficiaires d'un dépistage organisé du cancer colorectal au cours des deux dernières années	115 284	82 534	75 865	82 876	362 343
Part d'assurés de 50 à 74 ans bénéficiaires d'un dépistage organisé du cancer colorectal au cours des deux dernières années	19,6 %	22,8 %	18,4 %	23,5 %	20,8 %
Nombre d'assurés de 50 à 74 ans n'ayant pas bénéficié d'un dépistage organisé du cancer colorectal au cours des deux dernières années	80,4 %	77,2 %	81,6 %	76,5 %	79,2 %

Source : CPAM 75-92-93-94-95, 2022 – Traitement Apur
* Hors 6 communes de l'Essonne

Carte 10

POPULATION DE 50 À 74 ANS N'AYANT PAS BÉNÉFICIÉ D'UN DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER COLORECTAL SOUS 2 ANS - ANALYSE À LA COMMUNE



Part des assurés, dans le total des assurés âgés de 50 à 74 ans, n'ayant pas bénéficié d'un dépistage organisé du cancer colorectal entre juillet 2020 et juin 2022

- Plus de 83 %
- De 80 à 83 %
- De 77 à 80 %
- De 74 à 77 %
- Moins de 74 %
- ▨ Données non disponibles

Source : Système Informatique de l'Assurance Maladie - 2022

Les taux de recours les plus forts, de plus de 28 %, se retrouvent dans des territoires aisés ou accueillant des classes intermédiaires : Saint-Maur-des-Fossés, Bry-sur-Marne, La Garenne-Colombes, Rungis, Marolles-en-Brie, Noisieu. En effectifs, ce sont encore les arrondissements denses parisiens qui ressortent comme ceux comptant le plus d'assurés bénéficiaires : 13^e, 15^e, 19^e et 20^e arrondissements.

Ces résultats recoupent partiellement les conclusions d'une étude menée dans les Bouches-du-Rhône sur les liens entre taux de pauvreté et niveau de participation au dépistage du cancer colorectal¹⁷. Si les gradients sociaux jouent, d'autres variables sont à prendre en considération selon les auteurs et notamment l'accessibilité à un médecin généraliste.

Des travaux complémentaires ont souligné d'autres facteurs plus qualitatifs pouvant expliquer les variations sociales de recours à ce type de dépistage organisé : une possible appréhension¹⁸,

un manque d'information à la fois sur les risques du cancer colorectal et sur le dépistage en lui-même (son existence et ses modalités de réalisation), la peur du diagnostic, des freins culturels ou religieux... L'engagement des collectivités et des communautés professionnelles territoriales de santé peut également impacter les résultats des campagnes.

Ces résultats peuvent également être liés au fait que la fiabilité du test utilisé jusqu'à une période récente a été mise en cause (test biologique Hemocult au gaiac)¹⁹. Si le test immunologique a remplacé le test biologique Hemocult au gaiac depuis 2015, certains praticiens peuvent encore douter de sa fiabilité et préfèrent préconiser un dépistage par coloscopie²⁰. Certains patients préfèrent y avoir recours, bien que le test immunologique (FIT) soit plus facile d'emploi, plus sensible et doté d'une meilleure fiabilité et reproductibilité selon le centre régional de coordination des dépistages des cancers d'Ile-de-France.

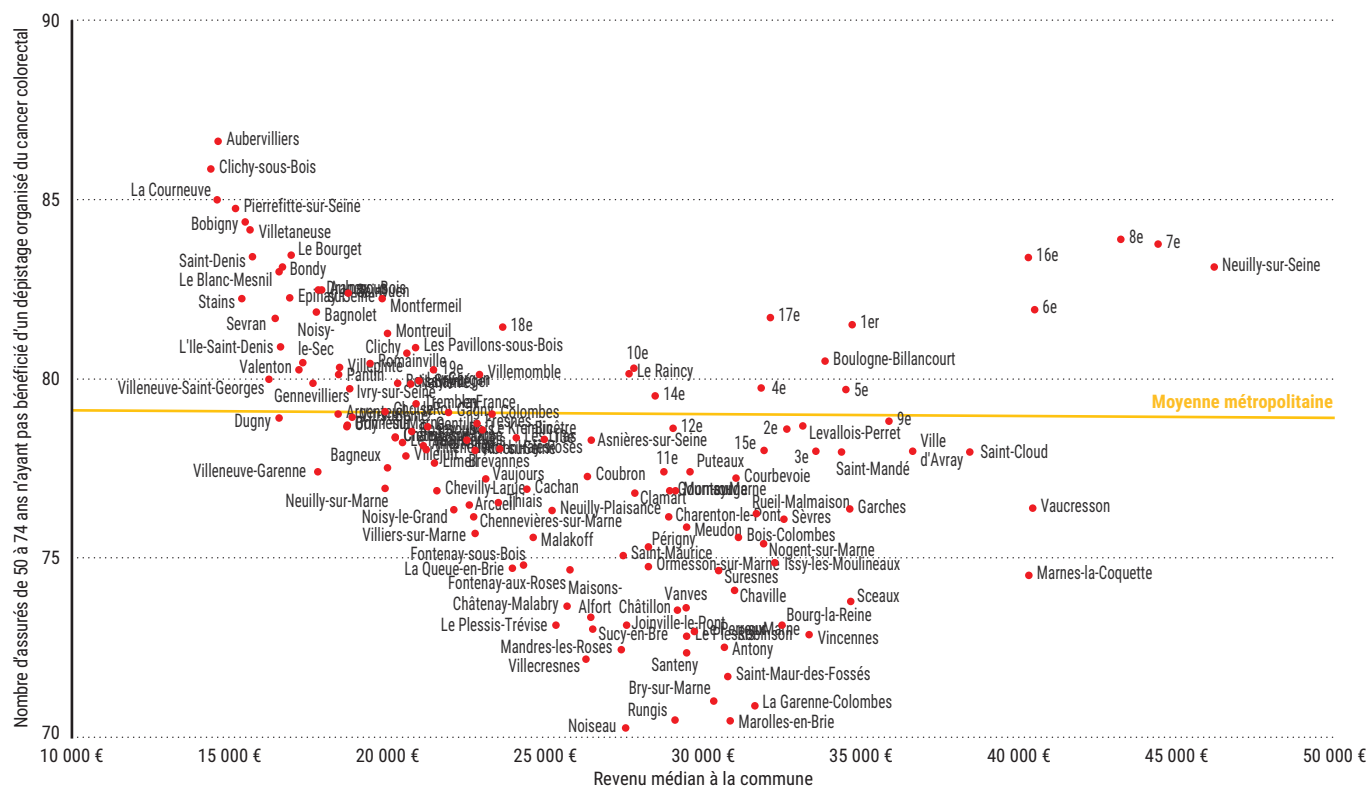
17 — Arlotto et al., « Participation au dépistage du cancer colorectal selon le taux de pauvreté dans les Bouches-du-Rhône », *Santé Publique*, vol. 33, no. 4, 2021, pp. 537-546.

18 — Dressler et al., "Factors affecting patient adherence to publicly funded colorectal cancer screening programmes : a systematic review", *Public Health*. 2021.

19 — Hervouet, L. « Pérenniser un dispositif de prévention en échec : le cas du dépistage colo-rectal » dans Castel P., Juven P-A et Vezian A., *Les politiques de lutte contre le cancer*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2019, pp. 39-58 ; Le Bonnicie, A., Préau, M., et Cousson-Gélie, F. « Représentations du dépistage organisé du cancer colorectal : le point de vue des médecins généralistes », *Santé Publique*, vol. 2, no. HS2, 2019, pp. 91-10.

20 — Bloy, G., Adhéra, N. et Rigal, L., 2015, « Quand des médecins libéraux participent à une politique publique sans toujours s'y impliquer : les généralistes et le dépistage organisé des cancers », dans *Recherche, Santé, Social*, Rennes, Presses de l'EHESP, pp. 123-139.

Graphique 13
TAUX (EN %) DE NON-RECOURS AU DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER COLORECTAL SELON LE REVENU MÉDIAN DES COMMUNES DU GRAND PARIS



Sources : CPAM 75-92-93-94-95, Insee Filosofi 2019

Tableau 9
ILE-DE-FRANCE – PART DES PERSONNES ÂGÉES DE 45 À 74 ANS
AYANT BÉNÉFICIÉ D'UNE COLOSCOPIE (2018-2022)

Département	Nombre d'hommes et femmes âgés de 45 à 74 ans ayant effectué une coloscopie entre janvier 2018 et décembre 2022*	Part d'hommes et femmes âgés de 45 à 74 ans ayant bénéficié de la réalisation d'une coloscopie
75 – Paris	82 428	13,3 %
92 – Hauts-de-Seine	56 274	13,5 %
93 – Seine-Saint-Denis	41 689	10,1 %
94 – Val-de-Marne	45 689	12,2 %
Ile-de-France	410 329	12,6 %

Source : SNDS/DCIR 2023 – Traitement CPAM de Paris

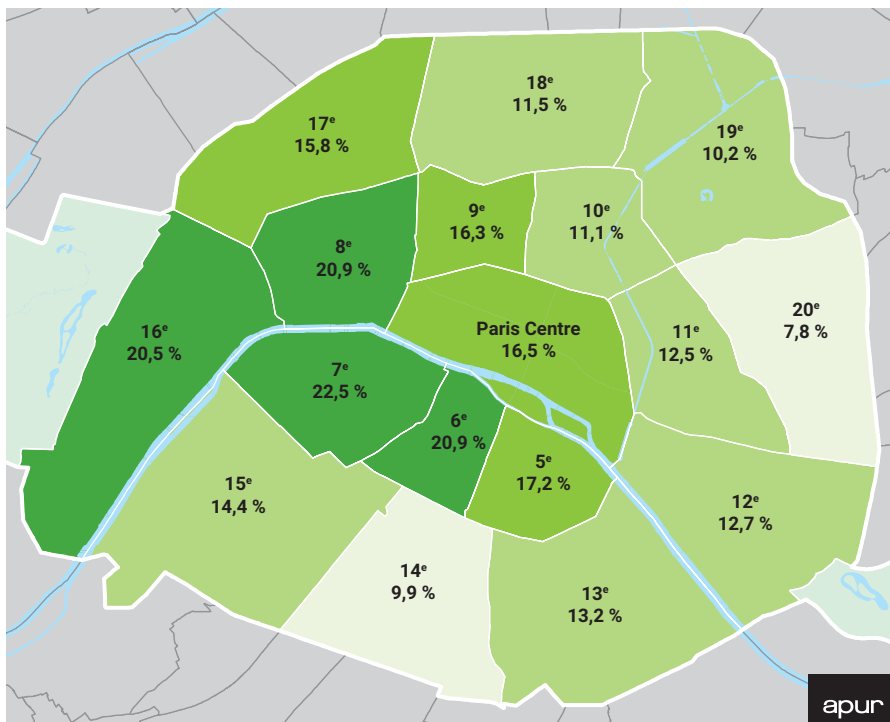
* Pour les coloscopies, prise en compte des actes de coloscopies totales (HHQE005, HHQE002, HHQE003, HHQE004) et des autres actes (HHFE001, HHFE002, HHFE004, HHFE005, HHFE006, HJQE001). Actes remboursés entre le 1er janvier 2018 et le 31 décembre 2022, réalisés en ville ou en clinique privée par des hommes ou femmes âgés de 45 à 74 ans du Régime Général hors Sections Locales Mutualistes affiliés à une caisse d'Ile-de-France. Parmi les assurés ayant eu une coloscopie au cours des 5 années, ceux ayant eu un test immunologique remboursé entre le 01/01/2021 et le 31/12/2022 sont exclus

Comme Géraldine Bloy, Nathalie Adhéra et Laurent Rigal le soulignent dans un article sur l'implication des médecins généralistes dans les campagnes de dépistages, les « *médecins gardent la liberté de prescrire des dépistages individuels comme ils le souhaitent et en font usage* ». Les auteurs ajoutent à partir d'une enquête réalisée auprès de médecins franciliens que « *très rares sont ceux qui évoquent les avantages du dépistage organisé en termes de qualité, d'évaluation et de couverture moins inégalitaire* ».

La coloscopie n'est pas l'acte technique de dépistage de référence : il s'agit, selon l'Assurance maladie, d'un acte médical invasif donc potentiellement risqué, qui n'est pas recommandé en population générale asymptomatique sans antécédents familiaux.

Selon les données transmises par l'Assurance Maladie de Paris, **12,4 % des hommes et femmes de 45 à 74 ans affiliés à l'Assurance maladie résidant à Paris et en petite couronne ont bénéficié d'une coloscopie entre janvier 2018 et décembre 2022**. Le recours est plus important dans les Hauts-de-Seine (13,5 % de la population assurée) et à Paris (13,3 %) que dans le Val-de-Marne (12,2 %) et en Seine-Saint-Denis (10,1 %)²². À Paris, le recours varie selon les arrondissements, de moins de 8 % des 45-74 ans ciblés dans le 20^e arrondissement à 22,5 % de la population assurée concernée dans le 7^e arrondissement.

Carte 11
PARIS – PART DE PERSONNES ÂGÉES DE 45 À 74 ANS
AYANT BÉNÉFICIÉ D'UNE COLOSCOPIE DANS LES 5 ANS (2018-2022)



Part des personnes âgées de 45 à 74 ans ayant bénéficié de la réalisation d'une coloscopie au cours des 5 dernières années (2018-2022)

■ Plus de 20 % ■ De 15 à 20 % ■ De 10 à 15 % ■ Moins de 10 %

Moyenne Paris = 13,5 %

Source : SNDS/DCIR, traitement Assurance Maladie - 2023

21 – Cf. Institut national du cancer.

22 – Pour ces taux, les bénéficiaires ayant eu un test immunologique entre janvier 2021 et décembre 2022 ont été exclus.

Près de 7 femmes de 25 à 65 ans sur 10 (69 %) n'ont pas bénéficié d'un dépistage du cancer du col de l'utérus dans les deux ans

Le cancer du col de l'utérus est le seul cancer pour lequel il existe un vaccin²³, contre le papillomavirus. Le vaccin prévient 90% des infections HPV à l'origine du cancer du col de l'utérus. En complément, un examen de dépistage (frottis du col utérin ou frottis cervical) vise à repérer les lésions précancéreuses et les cancers à un stade précoce.

L'Institut National du Cancer estime que 90 % des cancers du col de l'utérus pourraient être évités par un dépistage régulier. Pour autant, plus de 3 100 nouveaux cas ont été détectés en 2023 (-0,1 % par an entre 2010 et 2023) et environ 1 100 femmes en sont décédées en 2018²⁴.

Selon l'Institut, une majorité de femmes va être infectée au moins une fois dans sa vie par le papillomavirus humain, et, la plupart du temps, le virus sera éliminé naturellement par l'organisme. Pour autant, dans certaines situations, notamment sous l'influence d'autres facteurs comme la précocité des rapports sexuels, la multiplicité des partenaires sexuels, l'immunosuppression ou le tabagisme, l'infection persiste et peut alors provoquer des lésions précancéreuses, susceptibles d'évoluer vers un cancer.

Le programme national de dépistage contre le cancer du col de l'utérus est mis en place depuis 2018²⁵. A contrario des deux autres programmes de dépis-

tages organisés, seules les femmes non à jour dans leurs dépistages sont invitées à se faire dépister par le centre régional de coordination des dépistages, au travers d'un courrier. Cette invitation inclut la prise en charge à 100 % de la lecture du test de dépistage. La consultation et l'acte de prélèvement s'effectuent dans les conditions habituelles de remboursement par l'Assurance maladie. Les bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire ou de l'Aide Médicale d'État sont notamment entièrement couverts, sans avance de frais, ni dépassement d'honoraires.

Tableau 10
DÉPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS
DANS LA MÉTROPOLE DU GRAND PARIS

	75 Paris	92 Hauts-de-Seine	93 Seine-Saint-Denis	94 Val-de-Marne	Métropole du Grand Paris*
Femmes de 25 à 65 ans	680 690	410 502	500 746	389 599	2 011 704
Nombre de femmes de 25 à 65 ans bénéficiaires d'un dépistage du cancer du col de l'utérus	221 886	141 968	125 050	123 945	621 308
Part de femmes de 25 à 65 ans ayant bénéficié d'un dépistage du cancer du col de l'utérus au cours des deux dernières années	32,6 %	34,6 %	25,0 %	31,8 %	30,9 %
Part de femmes de 25 à 65 ans n'ayant pas bénéficié d'un dépistage du cancer du col de l'utérus au cours des deux dernières années	67,4 %	65,4 %	75,0 %	68,2 %	69,1 %

23 – Non obligatoire, le vaccin contre les papillomavirus est remboursé par la sécurité sociale à hauteur de 65 %. Le ticket modérateur peut être pris en charge par la complémentaire santé pour les ayants-droits. La prise en charge de l'injection se fait à hauteur de 70 % par l'Assurance maladie lorsqu'elle est réalisée par un médecin ou une sage-femme et à 60 % par un infirmier. En 2023, le Ministère de la Santé et de la Prévention indique que la vaccination sera proposée à tous les élèves de 5^e dans les collèges dans le cadre d'un renforcement des actions de prévention et d'éducation à la sexualité en milieu scolaire. Voir : Mezin et al. « Un vaccin qui reste quand même à part » : Papillomavirus et vaccination en France », *Santé Publique*, vol. 35, no. 2, 2023, pp. 127-137.

24 – Institut National du Cancer, *Panorama des cancers en France*, édition 2023.

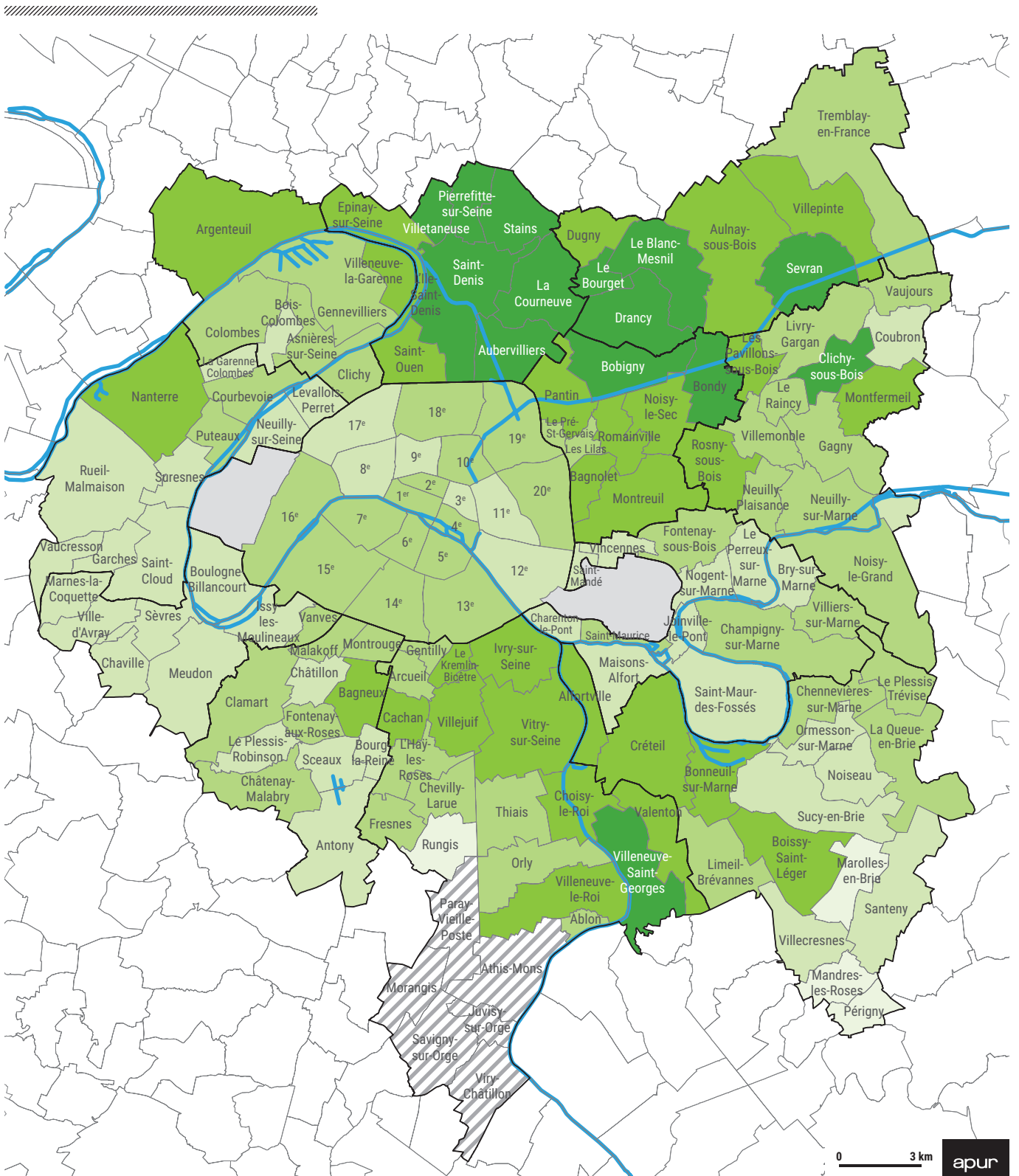
25 – Plan Cancer 2014-2019.

Source : CPAM 75-92-93-94-95, 2022 – Traitement Apur

* Hors 6 communes de l'Essonne

Carte 12

FEMMES DE 25 À 65 ANS N'AYANT PAS BÉNÉFICIÉ D'UN DÉPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS SOUS 2 ANS – ANALYSE À LA COMMUNE



Part des femmes, dans le total des femmes âgées de 25 à 65 ans, n'ayant pas bénéficié d'un dépistage du cancer du col de l'utérus entre juillet 2020 et juin 2022

- Plus de 75 %
- De 70 à 75 %
- De 65 à 70 %
- De 60 à 65 %
- Moins de 60 %
- ▨ Données non disponibles

Source : Système Informatif de l'Assurance Maladie - 2022

Dans la Métropole du Grand Paris, au cours de la période 2020-2022, un peu moins d'un tiers des femmes de 25 à 65 ans (31 %) a bénéficié d'un dépistage du cancer du col de l'utérus dans les 24 mois, soit près de 613 000 femmes. À titre comparatif, en 2019, à l'échelle nationale, 59 % des femmes de 25-65 ans ont été dépistées pour la période 2018-2020 (période non équivalente, donnée disponible la plus récente). L'objectif est d'atteindre un taux de couverture de 80 % des femmes de 25 à 65 ans²⁶.

Pour rappel, depuis 2019, la recommandation pour les femmes de 25 à 29 ans est de réaliser un dépistage tous les trois ans par un examen cytologique et pour les femmes de 30 à 65 ans, un test HPV-HR (virologique) tous les cinq ans. Les données de l'Assurance Maladie à une échelle fine ne permettent pas de couvrir une période supérieure à deux ans. Ainsi, les résultats obtenus sur une période de deux ans ne peuvent pas être directement comparés aux objectifs de couverture de la population cible.

Des variations importantes sont notables entre les départements : entre deux tiers (à Paris et dans les Hauts-de-Seine) et les trois quarts (en Seine-Saint-Denis) des femmes âgées de 25 à 65 ans n'ont pas eu recours au dépistage du col de l'utérus.

Au niveau communal, les taux de recours les plus faibles sont observés dans des communes les plus modestes où moins de 20 % des femmes ci-

blées par le dépistage du col de l'utérus en ont bénéficié : Aubervilliers, Le Bourget, Clichy-sous-Bois, La Courneuve et Pierrefitte-sur-Seine. Le graphique 14 montre une forte corrélation entre niveau de revenu et taux de non-recours.

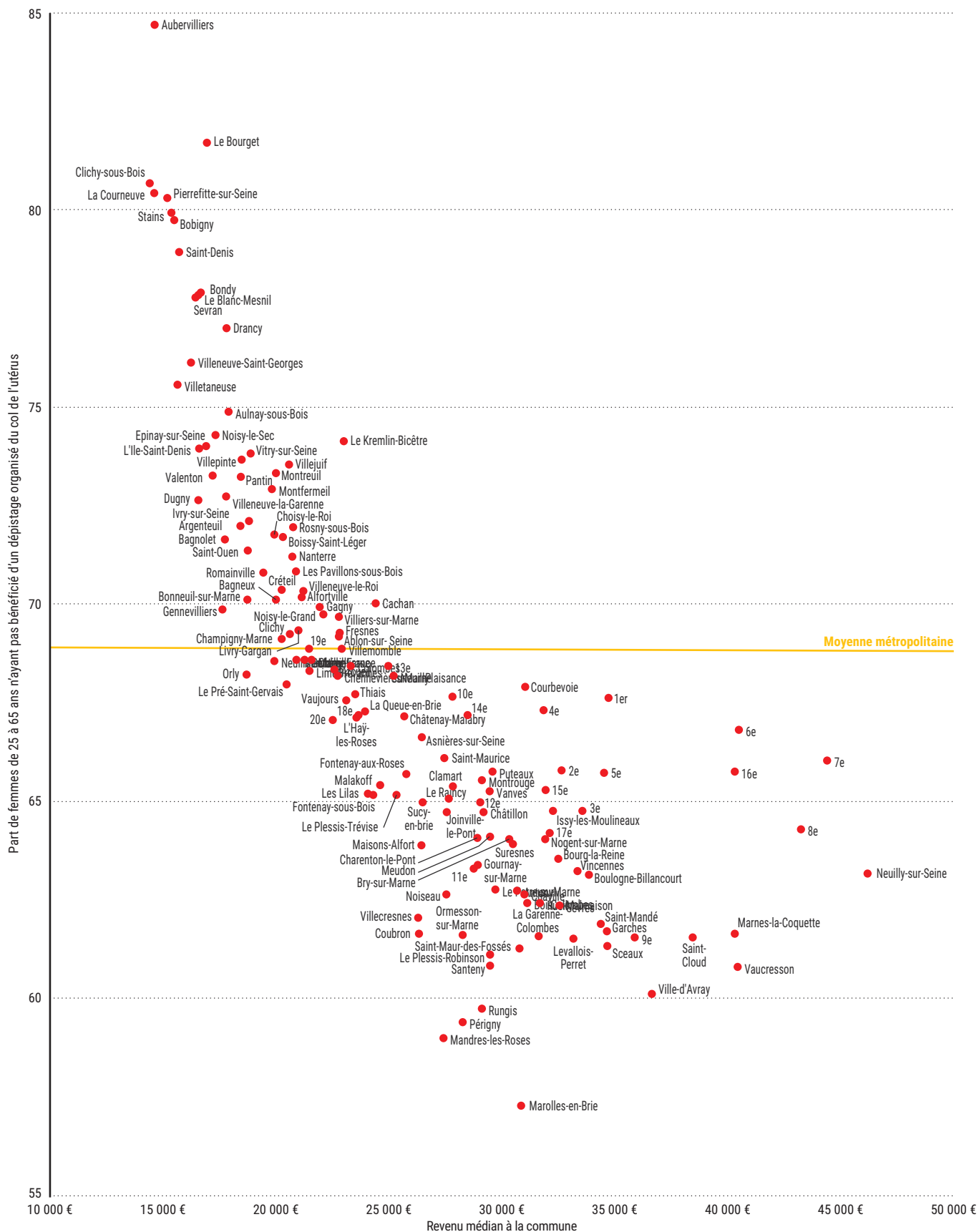
Les taux de recours les plus élevés, de plus de 40 %, se retrouvent dans des villes moyennes accueillant des ménages de revenus intermédiaires : Rungis, Périgny, Mandres-les-Roses, Marolles-en-Brie par exemple. Les effectifs pour ces communes sont néanmoins relativement faibles au regard de la population concernée (entre 441 et 633 femmes). Les effectifs les plus importants concernent le territoire parisien avec plus de 12 000 femmes bénéficiaires dans les 11^e, 12^e, 13^e, 14^e, 15^e, 16^e, 17^e, 18^e, 19^e et 20^e arrondissements.

Ces résultats corroborent ceux obtenus dans plusieurs travaux récents qui témoignent d'un lien entre ségrégation, inégalités sociales et faibles niveaux de dépistage en Ile-de-France²⁷. Le fait qu'une partie des consultations (30 %) ne soit pas totalement remboursée peut décourager une partie des femmes sans couverture de mutuelle compensatrice ou ne bénéficiant pas de la Complémentaire Santé Solidaire ou de l'Aide Médicale d'État, notamment pour les consultations chez des gynécologues exerçant en secteur 2.

26 — Santé Publique France, *Cancer du col de l'utérus : la couverture du dépistage et de la vaccination doit progresser pour une meilleure prévention*, 24 janvier 2022.

27 — M. Traoré, J. Vallée, P. Chauvin. « Risk of late cervical cancer screening in the Paris region according to social deprivation and medical densities in daily visited neighborhoods », *International Journal of Health Geographics*, 2020, Vol. 19, n° 18 ; Audiger. C. et al, "Social Inequalities in Participation in Cervical Cancer Screening in a Metropolitan Area Implementing a Pilot Organised Screening Programme (Paris Region, France)", *International Journal of Public Health*, 2022, Vol. 67.

Graphique 14
TAUX (EN %) DE NON-RECOURS AU DÉPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS
SELON LE REVENU MÉDIAN DES COMMUNES DU GRAND PARIS



Sources : CPAM 75-92-93-94-95, Insee Filosofi 2019

Plus de la moitié de la population prioritaire de 65 ans ou plus (51,5 %) n'a pas bénéficié d'un vaccin contre la grippe saisonnière

Réservée en priorité aux personnes à risque de faire une forme grave de la maladie, la vaccination contre la grippe saisonnière fait chaque année l'objet d'une campagne nationale entre octobre et mars. Elle peut être effectuée en pharmacie ou auprès d'un professionnel de santé (médecin, sage-femme, infirmier, pharmacien).

Un bon de prise en charge adressée par l'Assurance maladie cible les personnes prioritaires conformément aux recommandations de la Haute Autorité de Santé. L'acte est remboursé pour les personnes âgées de 65 ans ou plus atteintes de maladies chroniques, les personnes immunodéprimées et leurs proches, les femmes enceintes et les en-

tourages de nourrissons, les personnes souffrant d'obésité, les personnes séjournant dans un établissement de soins de suite ou un établissement médico-social d'hébergement quel que soit leur âge, les professionnels de santé et les aides à domicile²⁸. Il est également possible de se faire vacciner sans remboursement.

Pour la campagne 2021-2022, le taux de couverture vaccinale antigrippale des 65 ans ou plus était de 48,5 % dans la Métropole du Grand Paris, soit un résultat moins élevé que les 53 % mesurés à l'échelle nationale, en deçà de l'objectif national de 75 % des personnes ciblées²⁹. Les femmes sont majoritaires parmi les bénéficiaires.

Les résultats sont relativement proches selon les départements. Les taux de couverture varient néanmoins d'une commune à l'autre avec les taux de recours les plus faibles (inférieurs à 44 %) dans des communes modestes et de catégorie intermédiaire : Clichy, Asnières-sur-Seine, Gennevilliers, Épinay-sur-Seine, Pierrefitte-sur-Seine, Saint-Denis, Aubervilliers, Le Bourget, Bondy, Pantin, Clichy-sous-Bois, Montreuil, Vanves, Villejuif et Limeil-Brévannes.

Un certain gradient social se dessine entre le niveau de revenu communal et les taux de couverture, mais de façon bien moins marquée que pour d'autres indicateurs (graphique 15).

Tableau 11

VACCINATION ANTIGRIPPALE LORS DE LA CAMPAGNE 2021-2022

	75 Paris	92 Hauts-de-Seine	93 Seine-Saint-Denis	94 Val-de-Marne	Métropole du Grand Paris*
Population de 65 ans ou plus	370 415	244 335	194 084	214 200	1 036 245
Nombre de bénéficiaires du vaccin antigrippale de 65 ans ou plus**	181 265	116 487	90 939	108 015	503 041
Part des bénéficiaires du vaccin antigrippale de 65 ans ou plus	48,9 %	47,7 %	46,9 %	50,4 %	48,5 %
Part de 65 ans ou plus n'ayant pas bénéficié d'un vaccin antigrippal	51,1 %	52,3 %	53,1 %	49,6 %	51,5 %
Part des femmes parmi les bénéficiaires du vaccin antigrippal	56 %	58 %	54,5 %	56 %	

Source : CPAM 75-92-93-94-95, 2022, Insee RP – Traitement Apur

* Hors 6 communes de l'Essonne

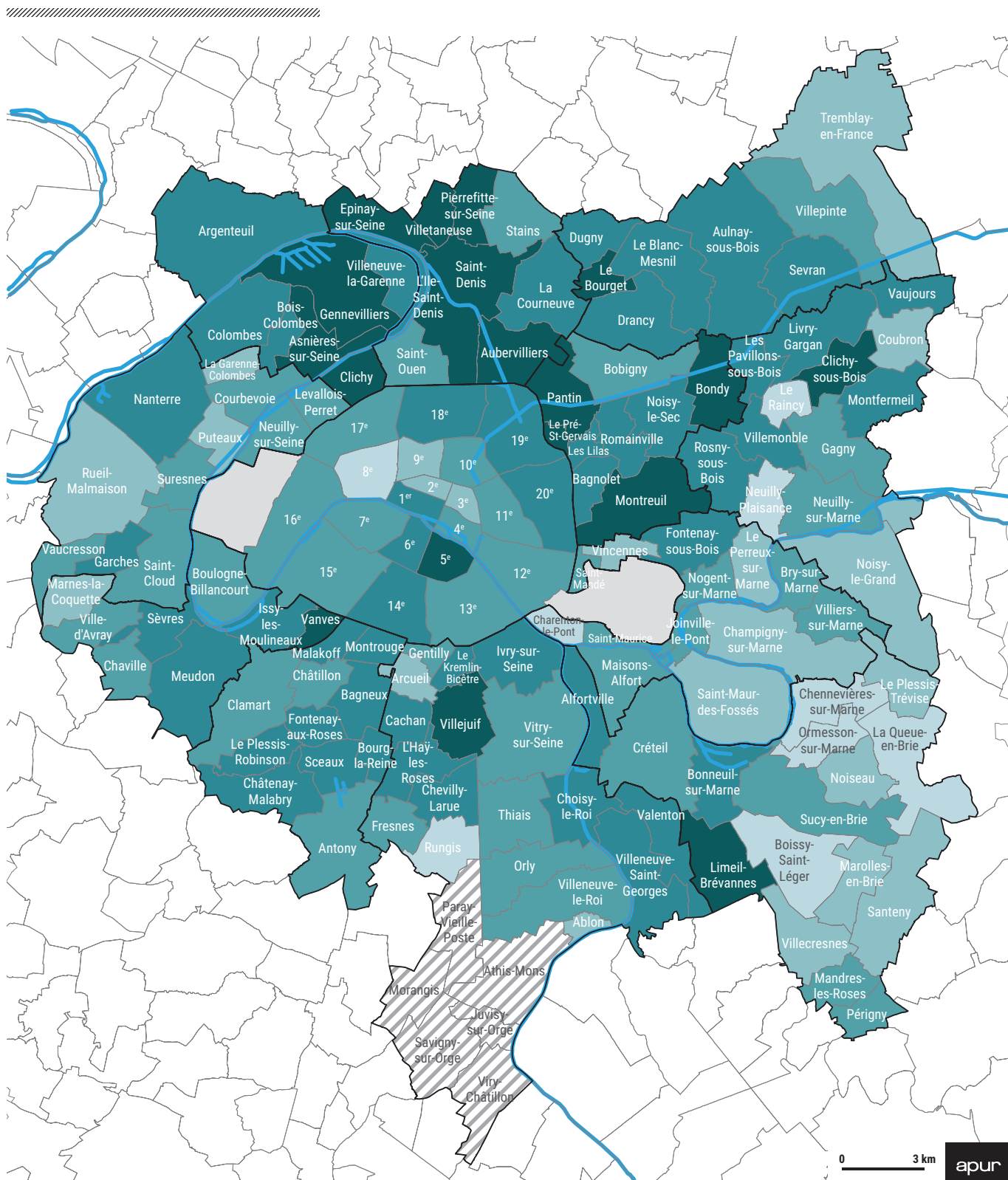
** Excluant les bénéficiaires n'appartenant pas au département de décompte, bien qu'y étant rattachés

28 – Les professionnels exposés aux virus influenza porcins et aviaires sont pour la première fois ciblés dans le cadre de la campagne 2022-2023.

29 – Source : Ministère de la santé et de la prévention, dossier de presse campagne 2022-2023.

Carte 13

POPULATION DE 65 ANS OU PLUS N'AYANT PAS BÉNÉFICIÉ DU VACCIN DE LA GRIPPE SAISONNIÈRE



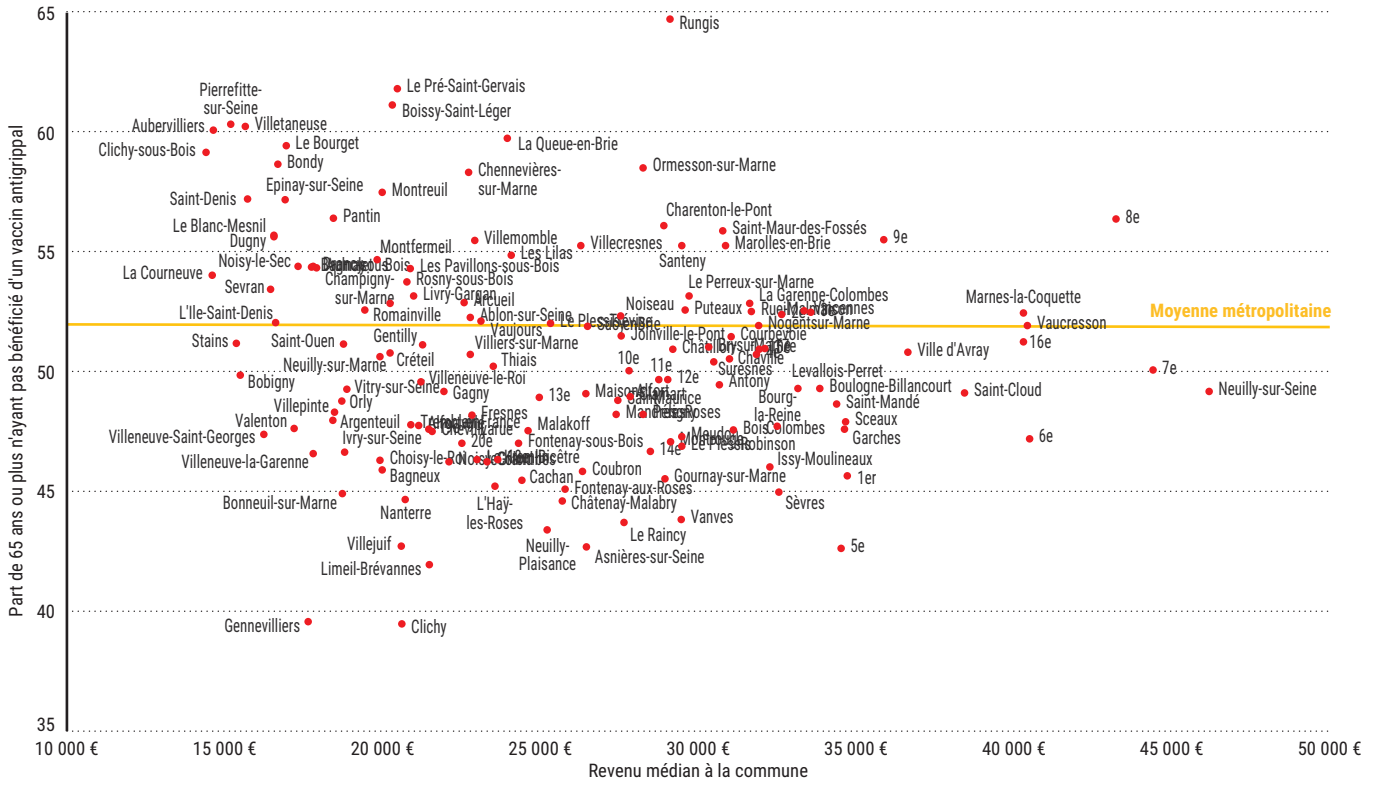
Part des personnes, dans le total des personnes de 65 ans ou plus, n'ayant pas bénéficié du vaccin contre la grippe saisonnière pendant la dernière campagne hivernale (octobre 2021 - janvier 2022),

- Plus de 56 %
- De 52 à 56 %
- De 48 à 52 %
- De 44 à 48 %
- Moins de 44 %
- Données non disponibles

Source : Système Informatif de l'Assurance Maladie - 2022

Graphique 15

TAUX (EN %) DE NON-RECOURS À LA VACCINATION ANTIGRIPPALE SELON LE REVENU MÉDIAN DES COMMUNES DU GRAND PARIS



Centre de vaccination de la grippe

© Anne Thomas - Ville de Paris

3.

Analyse écologique du recours aux soins et aux dispositifs de prévention

Cette troisième partie rend compte des résultats obtenus pour l'ensemble des indicateurs à une échelle infra-communale (IRIS). En l'absence de données sociales sur la population affiliée à l'Assurance maladie, l'exercice cartographique est complété d'une analyse écologique des territoires dans lequel les niveaux de recours divergent. Les résultats obtenus rendent compte d'analyses territoriales et non d'une caractérisation de la population concernée pour laquelle des données individuelles auraient été nécessaires.

Pour cela, les IRIS ont été ordonnés, puis regroupés en cinq groupes égaux (approche par quintile) et une comparaison a été réalisée pour trois groupes :

ceux du 1^{er} quintile (taux les plus faibles pour chaque indicateur), ceux des quintiles intermédiaires de façon regroupée (2^e, 3^e, 4^e) et ceux du 5^e quintile (taux les plus élevés pour chaque indicateur).

Plusieurs indicateurs socio-démographiques ont été retenus (densité de population, niveau de diplôme, catégorie socio-professionnelle, composition familiale, nationalité) afin de caractériser les territoires dans lesquels les niveaux de recours sont les plus élevés et dans lesquels où ils sont les plus faibles. Cette analyse a été réalisée pour l'ensemble des indicateurs précédemment présentés, à l'exception des données sur la vaccination contre la grippe saisonnière.

*Une analyse à l'échelle des quartiers
pour développer des actions territorialisées
au plus près des habitants.*

Population assurée de 16 ans ou plus sans médecin traitant, données à l'échelle infra-communale

Les résultats à l'échelle des IRIS¹ concernant la part de population de 16 ans ou plus sans médecin traitant affinent les tendances observées au niveau communal². Deux groupes de secteurs ressortent comme ayant les parts les plus élevées d'assurés sans médecin traitant déclaré : d'une part, des quartiers aisés avec une forte densité en termes d'offre de soins au nord du 16^e arrondissement, dans les 7^e, 8^e et le nord du 6^e arrondissement ; d'autre part, des quartiers modestes et populaires le long de la Seine au sud de la Métropole, à Nanterre, à Argenteuil et au nord-est des 18^e et 19^e

arrondissements, ainsi que quelques autres quartiers parisiens (dans les 10^e, 11^e, 12^e, 14^e, 15^e, 17^e et 20^e).

Selon l'approche écologique retenue, on observe une légère surreprésentation des ouvriers et employés et de personnes vivant seules dans les quartiers où les taux standardisés de population assurée à l'Assurance maladie sans médecin traitant sont les plus forts. Les personnes étrangères et d'origines étrangères sont surreprésentées dans les quartiers (IRIS) avec les parts les plus élevées de population assurée sans médecin traitant.

1 – Les données ne sont pas disponibles pour la Seine-Saint-Denis et les 6 communes d'Essonne rattachées à la Métropole du Grand Paris.

2 – Taux standardisés par âge et sexe - base Ile-de-France, 2022.

Tableau 12

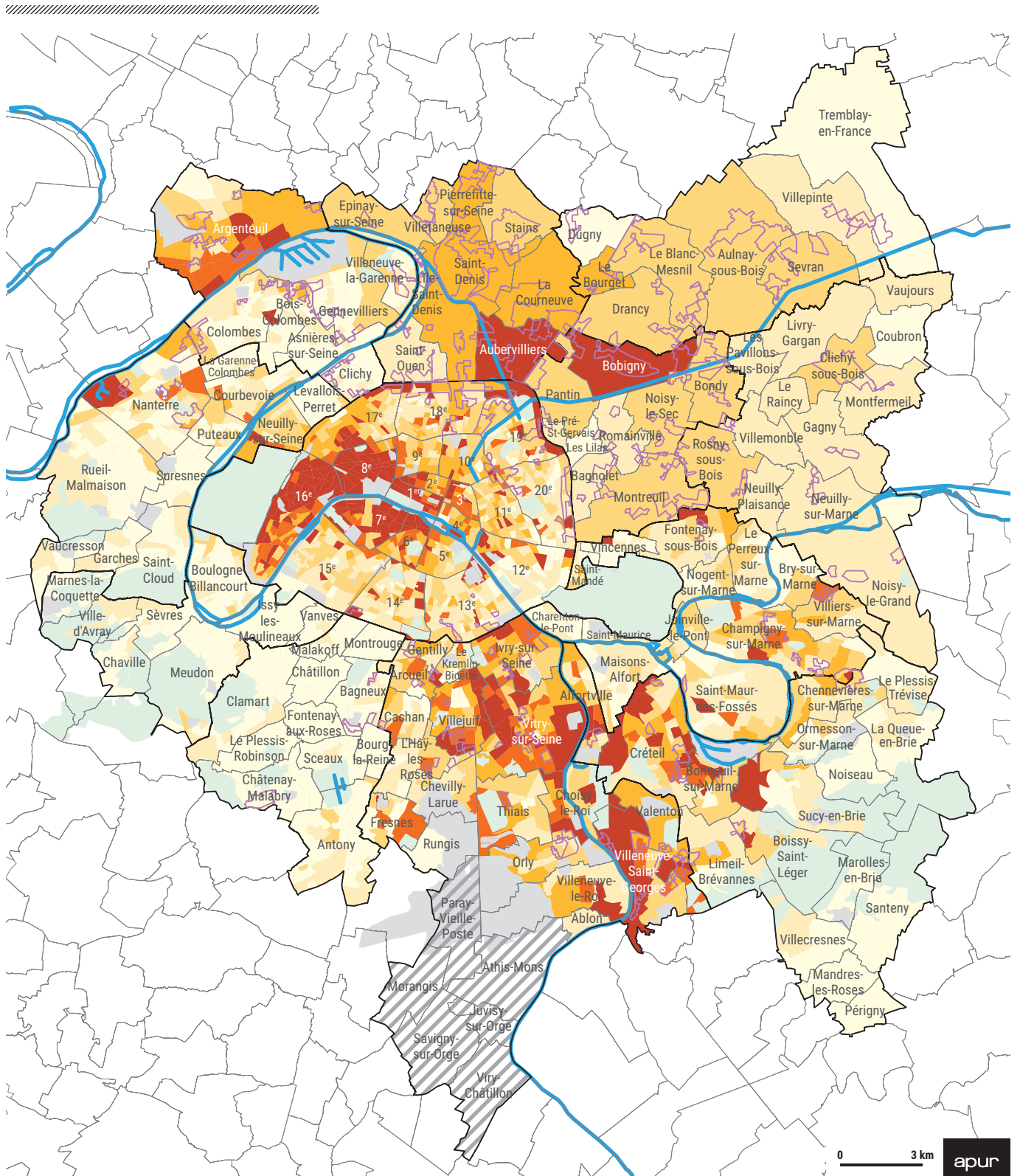
CARACTÉRISATION SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE DES IRIS SELON LE TAUX STANDARDISÉ DE POPULATION ASSURÉE DE 16 ANS OU PLUS SANS MÉDECIN TRAITANT

	IRIS dans le quintile des taux standardisés les plus élevés de population assurée sans médecin traitant		IRIS dans les 2 ^e , 3 ^e et 4 ^e quintiles des taux standardisés les plus élevés de population assurée sans médecin traitant		IRIS dans le quintile des taux standardisés les plus faibles de population assurée sans médecin traitant		Total des départements de Paris, des Hauts-de-Seine, du Val-de-Marne et de la commune d'Argenteuil	
	Nombre	Part	Nombre	Part	Nombre	Part	Nombre	Part
Nombre d'habitants de 16 ans ou plus	766 473	100 %	2 638 484	100 %	923 336	100 %	4 328 292	100 %
Densité de population (nombre d'habitants au km ²)	92		92		73		87	
Population étrangère	146 767	19 %	392 003	15 %	105 078	11 %	643 848	15 %
Population immigrée	218 435	28 %	634 339	24 %	180 150	20 %	1 032 925	24 %
Nombre et part de cadres et professions intellectuelles supérieures	177 815	38 %	658 170	39 %	251 443	41 %	1 087 427	39 %
Nombre et part d'employés et ouvriers	159 481	34 %	546 294	32 %	175 723	29 %	881 498	32 %
Nombre et part de la population de 15 ans ou plus non scolarisée sans diplôme	158 115	21 %	528 855	20 %	168 582	18 %	855 552	20 %
Nombre et part de ménages d'une personne	205 214	47 %	690 392	45 %	210 982	41 %	1 106 588	44 %
Nombre et part des familles monoparentales	42 886	10 %	160 390	10 %	55 534	11 %	258 811	10 %

Sources : CPAM 75-92-94-95, Insee RP2019. Taux standardisés par âge et sexe - base Ile-de-France, 2022 – Traitement Apur

Carte 14

POPULATION ASSURÉE DE 16 ANS OU PLUS SANS MÉDECIN TRAITANT DÉCLARÉ – TAUX STANDARDISÉS À L'IRIS



Taux standardisés de bénéficiaires, affiliés au régime général et âgés de 16 ans ou plus, n'ayant pas déclaré de médecin traitant

- Plus de 20 %
- De 15 à 17,5 %
- De 10 à 12,5 %
- Données non disponibles
- De 17,5 à 20 %
- De 12,5 à 15 %
- Moins de 10 %
- Quartier prioritaire de la politique de la Ville

Les emprises des principaux équipements ainsi que les IRIS non significatifs ou comptant moins de 50 affiliés de plus de 16 ans apparaissent en gris.

Source : Système Informatique de l'Assurance Maladie - 2022

Absence de soins médicaux ou dentaires pris en charge par l'Assurance Maladie depuis au moins deux ans, données à l'échelle infra-communale

Concernant la population assurée sans suivi médical ou dentaire pris en charge par l'Assurance Maladie depuis au moins deux ans, la cartographie au niveau des IRIS met en évidence un axe ouest-est passant par le centre de Paris, ainsi que plusieurs secteurs des communes limitrophes à Paris.

Deux types de quartiers se démarquent :

- d'une part, des quartiers aisés connaissant des densités de professionnels de santé importantes tels que les arrondissements centraux de Paris, le 6^e, 7^e, 8^e et le nord du 16^e arrondissement ;
- d'autre part, des secteurs plus populaires comme à Nanterre, Gennevilliers, Aubervilliers, Saint-Denis, Bobigny, Drancy, Villepinte, Ville-neuve-Saint-Georges, Créteil, Vitry-sur-Seine ou encore dans les quartiers du nord 18^e, 19^e arrondissements et d'Argenteuil.

Si un meilleur recours aux soins s'observe dans les territoires où les catégories de ménages les plus favorisées sont surreprésentées, comme en témoignent les niveaux observés à l'ouest de la Métropole dans les Hauts-de-Seine (Garches, Chaville, Meudon, Clamart, Levallois-Perret, Sceaux...) ou des communes aisées telles que Saint-Maur-des-Fossés dans le Val-de-Marne, cette lecture sociale ne permet pas d'expliquer totalement la géographie obtenue. Il semblerait qu'une partie de la population plus aisée se détourne des actes remboursés et s'acquitte d'honoraires libres. De même, considérant le

gradient social jouant sur l'état de santé des populations, on peut aussi faire l'hypothèse qu'une partie de la population plus aisée ait moins besoin de recourir à un acte médical ou dentaire.

Les données à l'IRIS portant sur l'indicateur de suivi médical ou dentaire ont pu être partagées pour la Seine-Saint-Denis, contrairement aux autres variables. Elles corroborent un lien entre précarité et moindre recours aux soins, comme en témoignent les exemples des quartiers populaires de Saint-Denis, Aubervilliers, Bobigny, La Courneuve, Le Bourget, Noisy-le-Sec, etc. Les résultats semblent confirmer le fait que les territoires accueillant des ménages modestes sont ceux dans lesquels on observe également un moindre recours aux soins.

Les IRIS relevant du quintile correspondant aux taux les plus élevés de population sans suivi médical ou dentaire depuis au moins deux ans sont comparés avec ceux relevant du quintile des taux les plus faibles dans la Métropole³. Les mêmes indicateurs que ceux étudiés concernant la part de population sans médecin traitant ont été retenus. Pour rappel, il s'agit ici d'une analyse des territoires et non de la population concernée.

Il ressort que la part de population étrangère ou immigrée est largement supérieure dans les IRIS où la part de population n'ayant pas bénéficié d'un suivi médical ou dentaire depuis au moins deux ans est la plus élevée. Les personnes vivant seules sont lé-

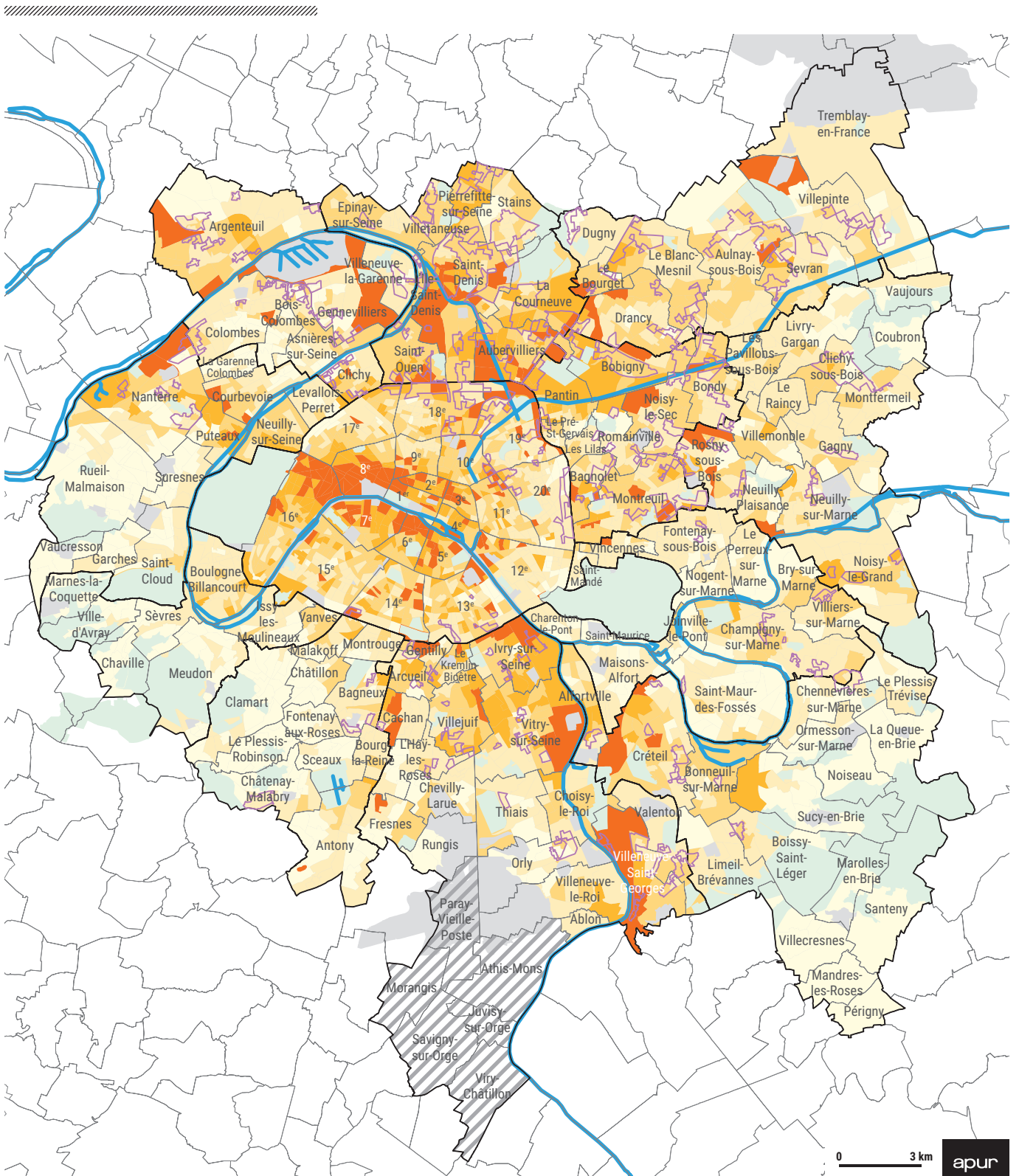
gèrement surreprésentées dans les quartiers ayant les plus fortes parts de populations n'ayant pas eu recours à des soins médicaux et dentaires. Il faut demeurer toutefois prudent dans les interprétations, puisqu'il ne s'agit ici que d'une caractérisation des territoires selon les niveaux de recours et non pas d'une analyse de la population d'assurés concernée.

Le nombre et la part de cadres et professions intellectuelles supérieures, d'ouvriers et d'employés, d'inactifs (dont les étudiants, les retraités et les autres situations) et de personnes âgées de 15 ans ou plus non scolarisées et sans diplôme, ne montrent à l'inverse pas de variations importantes en fonction des IRIS considérés par rapport au territoire de comparaison. Ces variables ne semblent donc pas expliquer directement les différences dans le suivi médical ou dentaire.

³ — Les données ne sont pas disponibles pour les 6 communes d'Essonne rattachées à la Métropole du Grand Paris.

Carte 15

POPULATION SANS SUIVI MÉDICAL OU DENTAIRE PRIS EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE DEPUIS AU MOINS DEUX ANS - ANALYSE À L'IRIS



Part des personnes n'ayant pas eu de soin médical ou dentaire pris en charge par l'Assurance Maladie sur deux ans (2020-2022), dans le total des personnes assurées

- Plus de 16 %
- De 11 à 13,5 %
- Moins de 8,5 %
- Quartier prioritaire de la politique de la Ville
- Données non disponibles
- De 13,5 à 16 %
- De 8,5 à 11 %

Les emprises des principaux équipements ainsi que les IRIS non significatifs ou comptant moins de 50 affiliés apparaissent en gris.

Source : Système Informatique de l'Assurance Maladie - 2022

Tableau 13

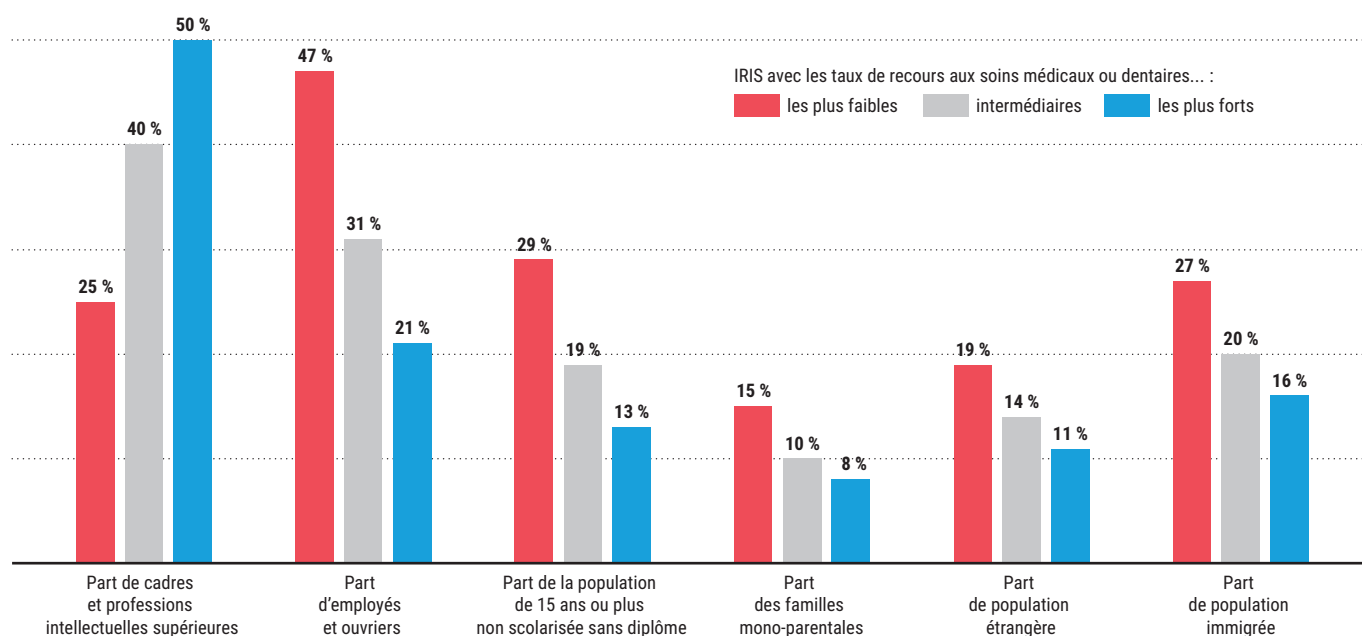
CARACTÉRISATION SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE DES IRIS SELON LA PART DE POPULATION ASSURÉE SANS SUIVI MÉDICAL OU DENTAIRE PRIS EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE DEPUIS AU MOINS 2 ANS

	IRIS dans le quintile des taux les plus élevés de population assurée sans suivi médical ou dentaire pris en charge par l'Assurance Maladie depuis au moins 2 ans		IRIS dans les 2 ^e , 3 ^e et 4 ^e quintiles des taux les plus élevés de population assurée sans suivi médical ou dentaire pris en charge par l'Assurance Maladie depuis au moins 2 ans		IRIS dans le quintile des taux les plus faibles de population assurée sans suivi médical ou dentaire pris en charge par l'Assurance Maladie depuis au moins 2 ans		Total Métropole du Grand Paris (hors 6 communes d'Essonne)	
	Nombre	Part	Nombre	Part	Nombre	Part	Nombre	Part
Nombre d'habitants	1 209 871	100 %	4 342 380	100 %	1 369 348	100 %	6 921 599	100 %
Densité de population (nombre d'habitants au km ²)	96		102		60		89	
Population étrangère	269 692	22 %	736 753	17 %	155 665	11 %	1 162 110	17 %
Population immigrée	338 823	28 %	1 003 972	23 %	233 998	17 %	1 576 794	23 %
Nombre et part de cadres et professions intellectuelles supérieures	232 466	36 %	741 976	33 %	232 558	34 %	1 207 000	34 %
Nombre et part d'employés et ouvriers	226 922	35 %	845 031	38 %	239 287	35 %	1 311 239	37 %
Étudiants	123 126	10 %	385 835	9 %	122 270	9 %	631 231	9 %
Retraités	164 734	14 %	647 637	15 %	238 080	17 %	1 050 451	15 %
Nombre et part de la population de 15 ans ou plus non scolarisée sans diplôme	198 067	23 %	726 514	24 %	203 347	21 %	1 127 928	23 %
Nombre et part de ménages d'une personne	280 300	48 %	826 508	42 %	211 097	36 %	1 317 905	42 %
Nombre et part des familles monoparentales	54 714	9 %	229 314	12 %	72 024	12 %	356 052	11 %

Sources : CPAM 75-92-93-94-95 Insee RP2019 – Traitement Apur

Graphique 16

CARACTÉRISATION DES QUARTIERS SELON LE NIVEAU DE RECOURS DE LEURS HABITANTS AUX SOINS MÉDICAUX OU DENTAIRE PRIS EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE DANS LES DEUX ANS, À L'ÉCHELLE DE LA MÉTROPOLÉ DU GRAND PARIS



Sources : Système informationnel de l'Assurance Maladie 2022, Insee RP 2019 – Traitement Apur



Action de prévention Octobre Rose – Aulnay-sous-Bois (93)

© J. Thomas - Mairie d'Aulnay-sous-Bois



Action de prévention Mars Bleu – Aulnay-sous-Bois (93)

© A. Conan - Mairie d'Aulnay-sous-Bois

Affections de longue durée (ALD), données à l'échelle infra-communale

Concernant la population assurée en affection de longue durée (ALD)⁴, un grand arc nord-est se démarque à Paris, allant du sud du 14^e arrondissement jusqu'au nord du 17^e arrondissement. Certains quartiers de la politique de la Ville se détachent également, par exemple à Gennevilliers, Nanterre, Argenteuil, Bagneux, Châteaufort, Champigny-sur-Marne, Villiers-sur-Marne, Ivry-sur-Seine, Vitry-sur-Seine, Villejuif, Créteil, Ville-neuve-Saint-Georges. Enfin, d'autres secteurs ressortent au sud-ouest de la Métropole (quartiers le long de la Départementale 907, Petit Clamart...).

Les IRIS relevant du quintile des taux les plus élevés de population en affections de longue durée ont été com-

parés à ceux relevant du quintile des taux les plus faibles⁵. Les mêmes indicateurs que ceux précédemment étudiés ont été retenus.

Les populations ouvrières ou employées, non-diplômées, étrangères ou immigrées, appartenant à une famille monoparentale sont surreprésentées dans les quartiers dans lesquels les taux standardisés de population en affection de longue durée sont les plus élevés. L'exercice statistique caractérise les territoires et non directement la population concernée.

4 – Taux standardisé par âge et sexe - base France, 2021.

5 – Les données ne sont pas disponibles pour la Seine-Saint-Denis et les 6 communes d'Essonne rattachées à la Métropole du Grand Paris.

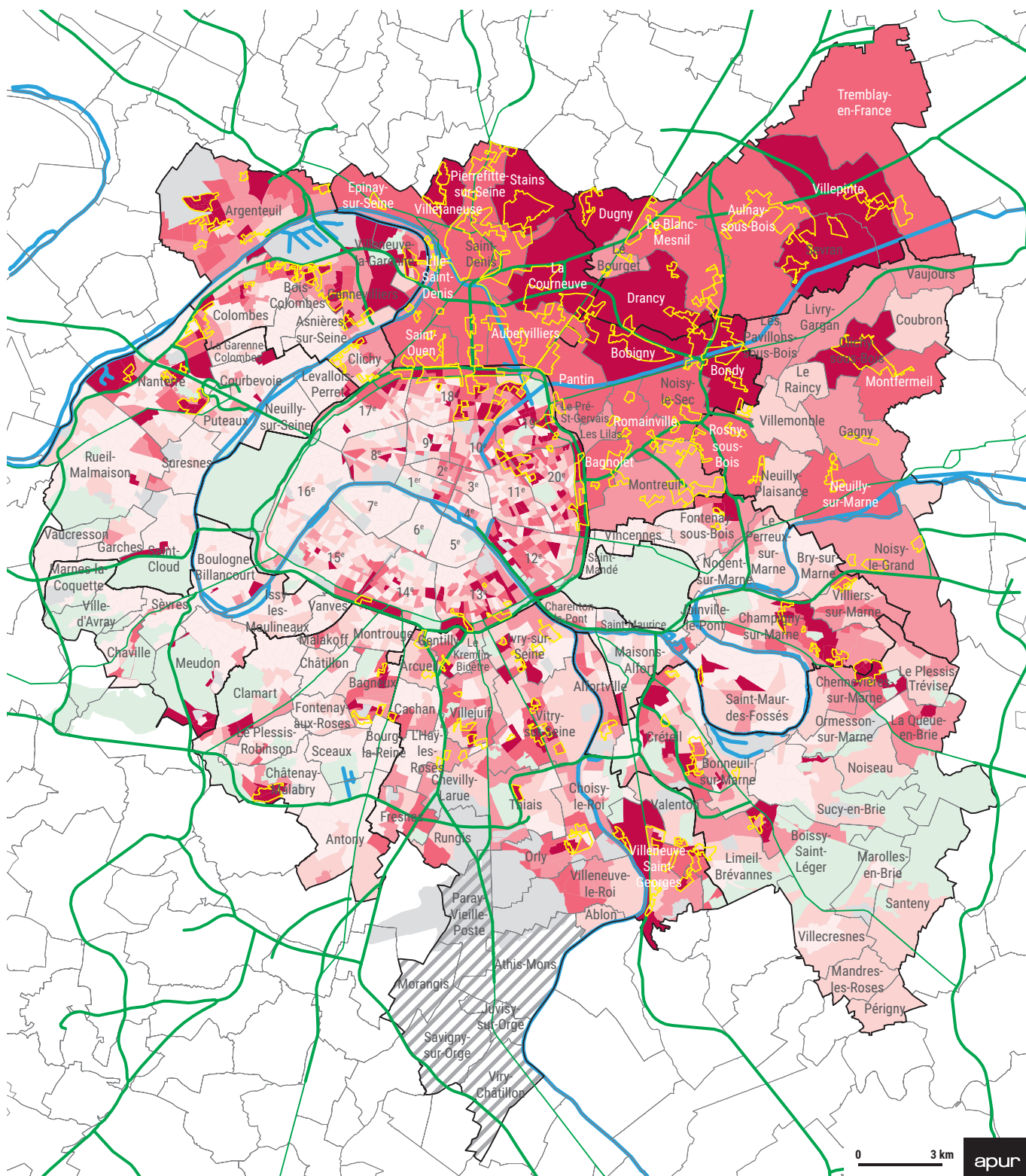
Tableau 14

CARACTÉRISATION SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE DES IRIS SELON LE TAUX STANDARDISÉ DE POPULATION EN AFFECTION DE LONGUE DURÉE (ALD)

	IRIS dans le quintile des taux standardisés les plus élevés de population en ALD		IRIS dans les 2 ^e , 3 ^e et 4 ^e quintiles des taux standardisés les plus faibles de population en ALD		IRIS dans le quintile des taux standardisés les plus faibles de population en ALD		Total des départements de Paris, des Hauts-de-Seine, du Val-de-Marne et de la commune d'Argenteuil	
	Nombre	Part	Nombre	Part	Nombre	Part	Nombre	Part
Nombre d'habitants	1 014 173	100 %	3 256 476	100 %	1 011 455	100 %	5 282 103	100 %
Densité de population (nombre d'habitants au km ²)	104		112		93		97	
Population étrangère	190 474	19 %	454 095	14 %	114 801	11 %	759 370	14 %
Population immigrée	269 722	27 %	638 664	20 %	163 340	16 %	1 071 727	20 %
Nombre et part de cadres et professions intellectuelles supérieures	128 214	25 %	696 173	40 %	263 084	50 %	1 087 471	39 %
Nombre et part d'employés et ouvriers	236 804	47 %	534 893	31 %	111 039	21 %	882 736	32 %
Nombre et part de la population de 15 ans ou plus non scolarisée sans diplôme	205 317	29 %	434 168	19 %	94 066	13 %	733 551	20 %
Nombre et part de ménages d'une personne	190 955	42 %	702 806	45 %	213 141	44 %	1 106 902	44 %
Nombre et part des familles monoparentales	66 626	15 %	154 367	10 %	37 900	8 %	258 892	10 %

Sources : CPAM 75-92-94-95, Insee RP2019. Taux standardisés par âge et sexe - base Ile-de-France, 2021 – Traitement Apur

Carte 16
POPULATION EN AFFECTION DE LONGUE DURÉE (ALD) – TAUX STANDARDISÉS À L'IRIS



Taux standardisés de bénéficiaires d'une Affection de Longue Durée (ALD)

- Plus de 22 %
- De 19,5 à 22 %
- De 17 à 19,5 %
- De 14,5 à 17 %
- Moins de 14,5 %
- Données non disponibles

- Autoroute, périphérique
- Principale voie structurante
- Quartier prioritaire de la politique de la Ville

Les emprises des principaux équipements ainsi que les IRIS non significatifs apparaissent en gris.

Source : Système Informatique de l'Assurance Maladie - 2022

Recours au dépistage organisé et/ou individuel du cancer du sein, données à l'échelle infra-communale

Les données concernant le dépistage du cancer du sein (organisé et/ou individuel) à l'échelle des IRIS mettent en évidence des disparités de recours importantes à l'échelle des quartiers.

Afin d'étudier plus finement les tendances, les IRIS relevant du quintile des taux de recours au dépistage organisé et/ou individuel du cancer du sein les plus faibles et ceux dans le quintile des taux les plus forts ont été comparés.

Les résultats montrent des niveaux plus faibles dans les IRIS où la population est globalement modeste : à Nanterre,

Argenteuil, Gennevilliers, Villeneuve-Saint-Georges, Vitry-sur-Seine, Villejuif, Créteil, Bonneuil-sur-Marne, Fontenay-sous-Bois ou encore au Nord-Est parisien (nord du 10^e, 18^e, 19^e, 20^e) notamment.

L'approche écologique retenue met en évidence que **les taux de recours au dépistage du cancer du sein les plus faibles concernent des quartiers (IRIS) où les femmes de 50 à 74 ans, ouvrières ou employées, de nationalité étrangère ou nées à l'étranger, familles monoparentales ou sans diplôme sont surreprésentées.**

Tableau 15

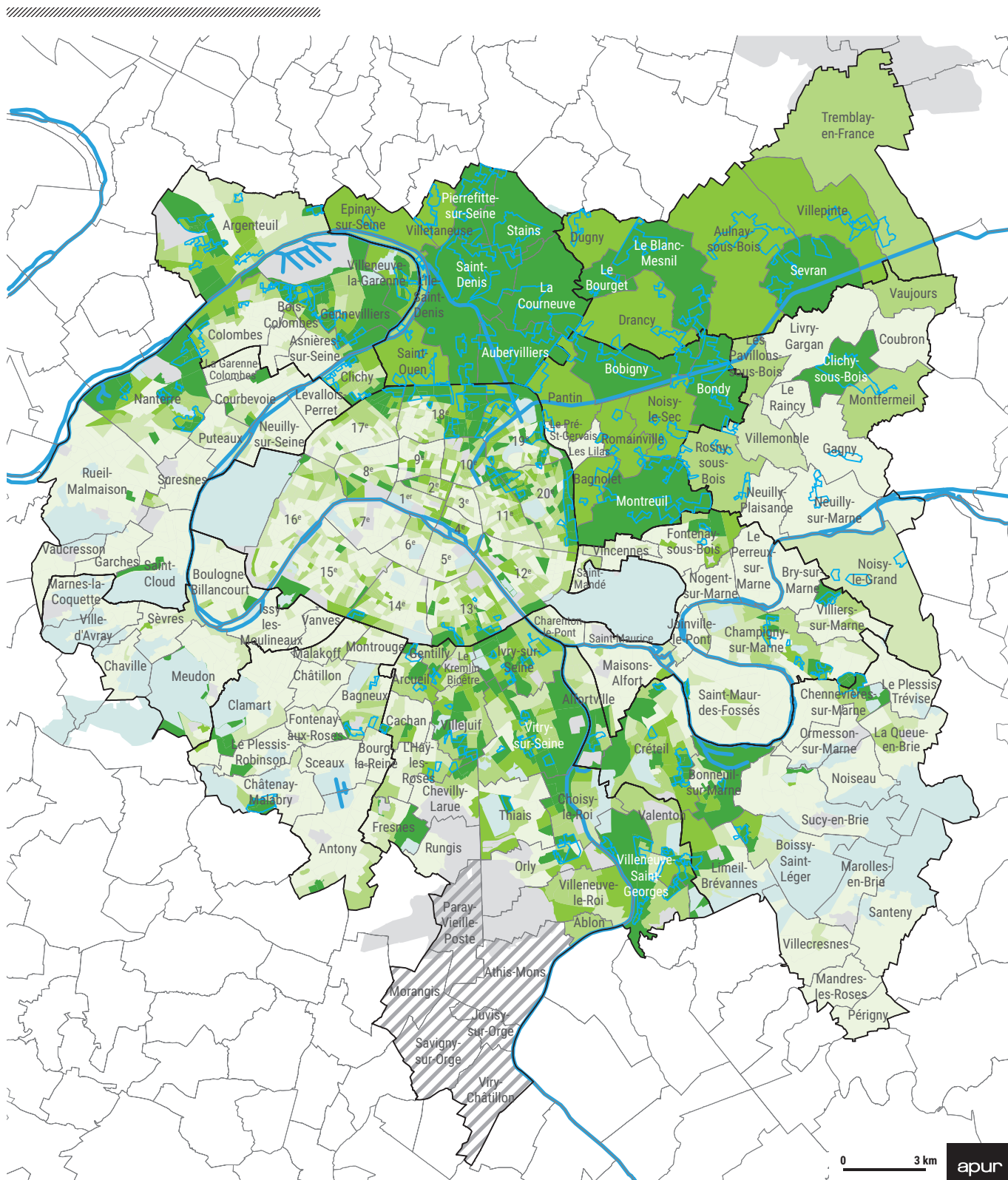
CARACTÉRISATION SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE DES IRIS SELON LA PART DE FEMMES DE 50 À 74 ANS AYANT BÉNÉFICIÉ D'UN DÉPISTAGE ORGANISÉ ET/OU INDIVIDUEL DU CANCER DU SEIN

	IRIS dans le quintile des taux de recours les plus faibles au dépistage organisé et/ou individuel du cancer de sein pour les femmes de 50 à 74 ans		IRIS dans les 2 ^e , 3 ^e , 4 ^e quintiles des taux de recours au dépistage organisé et/ou individuel du cancer de sein pour les femmes de 50 à 74 ans		IRIS dans le quintile des taux de recours les plus forts au dépistage organisé et/ou individuel du cancer de sein pour les femmes de 50 à 74 ans		Total des départements de Paris, des Hauts-de-Seine, du Val-de-Marne et de la commune d'Argenteuil	
	Nombre	Part	Nombre	Part	Nombre	Part	Nombre	Part
Nombre d'habitants de 50 à 74 ans	112 168	100 %	460 465	100 %	155 540	100 %	728 173	100 %
Population étrangère de 50 à 74 ans	24 397	22 %	60 478	13 %	13 316	9 %	98 191	13 %
Population immigrée de 50 à 74 ans	45 949	41 %	119 257	26 %	27 464	18 %	192 670	26 %
Population de 50 à 74 ans cadres ou de professions intellectuelles supérieures	9 026	16 %	80 975	33 %	35 044	42 %	125 045	32 %
Population de 50 à 74 ans employée ou ouvrière	34 758	60 %	91 841	37 %	22 145	26 %	148 744	38 %
Population de 50 à 74 ans inactive	54 221	48 %	213 237	46 %	71 168	46 %	338 627	47 %
Population de 50 à 74 ans vivant seule	33 419	49 %	151 239	53 %	43 530	49 %	228 187	52 %
Cheffes de familles monoparentales de 50 à 74 ans	15 260	22 %	46 655	16 %	12 814	14 %	74 729	17 %
Population de 50 à 74 ans sans diplôme	48 562	44 %	111 057	24 %	25 200	16 %	184 819	26 %

Sources : CPAM 75-92-94-95, Insee RP2019 – Traitement Apur

Carte 17

FEMMES DE 50 À 74 ANS N'AYANT PAS BÉNÉFICIÉ D'UN DÉPISTAGE ORGANISÉ ET/OU INDIVIDUEL DU CANCER DU SEIN SOUS 2 ANS - ANALYSE À L'IRIS



Part des femmes, dans le total des femmes âgées de 50 à 74 ans, n'ayant pas bénéficié d'un dépistage organisé et/ou individuel du cancer du sein entre avril 2021 et mars 2023

- Plus de 53 %
- De 47 à 50 %
- Moins de 44 %
- Quartier prioritaire de la politique de la Ville
- De 50 à 53 %
- De 44 à 47 %
- Données non disponibles

Les emprises des principaux équipements ainsi que les IRIS non significatifs ou comptant moins de 50 femmes âgées de 50 à 74 ans apparaissent en gris.

Source : Système Informatique de l'Assurance Maladie - 2023

Recours au dépistage organisé du cancer colorectal, données à l'échelle infra-communale

La carte à l'IRIS concernant le dépistage organisé du cancer colorectal met en exergue le fait que les taux de recours les plus faibles se retrouvent dans des quartiers les plus modestes : par exemple à Vitry-sur-Seine, Créteil, Villeneuve-Saint-Georges, Nanterre, Asnières-sur-Seine, Gennevilliers, ou encore à Paris (portes du 18^e, 19^e et 20^e arrondissements ; quartier des Épinettes et porte Saint-Ouen dans le 17^e ; quartiers de Belleville, Danube, de la Goutte d'Or, Flandres, Stalingrad – Pajol).

Elle témoigne également de taux de recours au dépistage organisé du cancer colorectal faibles dans certains quartiers ai-

sés comme à Paris (6^e, 7^e, 8^e, nord 16^e, sud 17^e) et dans l'ouest-métropolitain (Boulogne-Billancourt, Neuilly-sur-Seine). La population dans ces quartiers a pu avoir recours à une coloscopie.

Un même exercice de comparaison que celui effectué pour les autres indicateurs a été réalisé, distinguant les quartiers avec les taux de couverture les plus faibles et ceux avec les taux les plus élevés⁷. Niveau de recours et inégalités sociales se recourent.

Dans les quartiers (IRIS) avec les taux de recours au dépistage du cancer colorectal les plus forts, les cadres et professions

supérieures sont surreprésentés. À l'inverse, **une surreprésentation des employés ou ouvriers et des personnes sans diplôme ou celles vivant seules est observée dans les IRIS avec les taux de recours les plus faibles. Ces quartiers comptent davantage de populations immigrées et étrangères.**

7 – Les données ne sont pas disponibles pour la Seine-Saint-Denis et les 6 communes d'Essonne rattachées à la Métropole du Grand Paris.

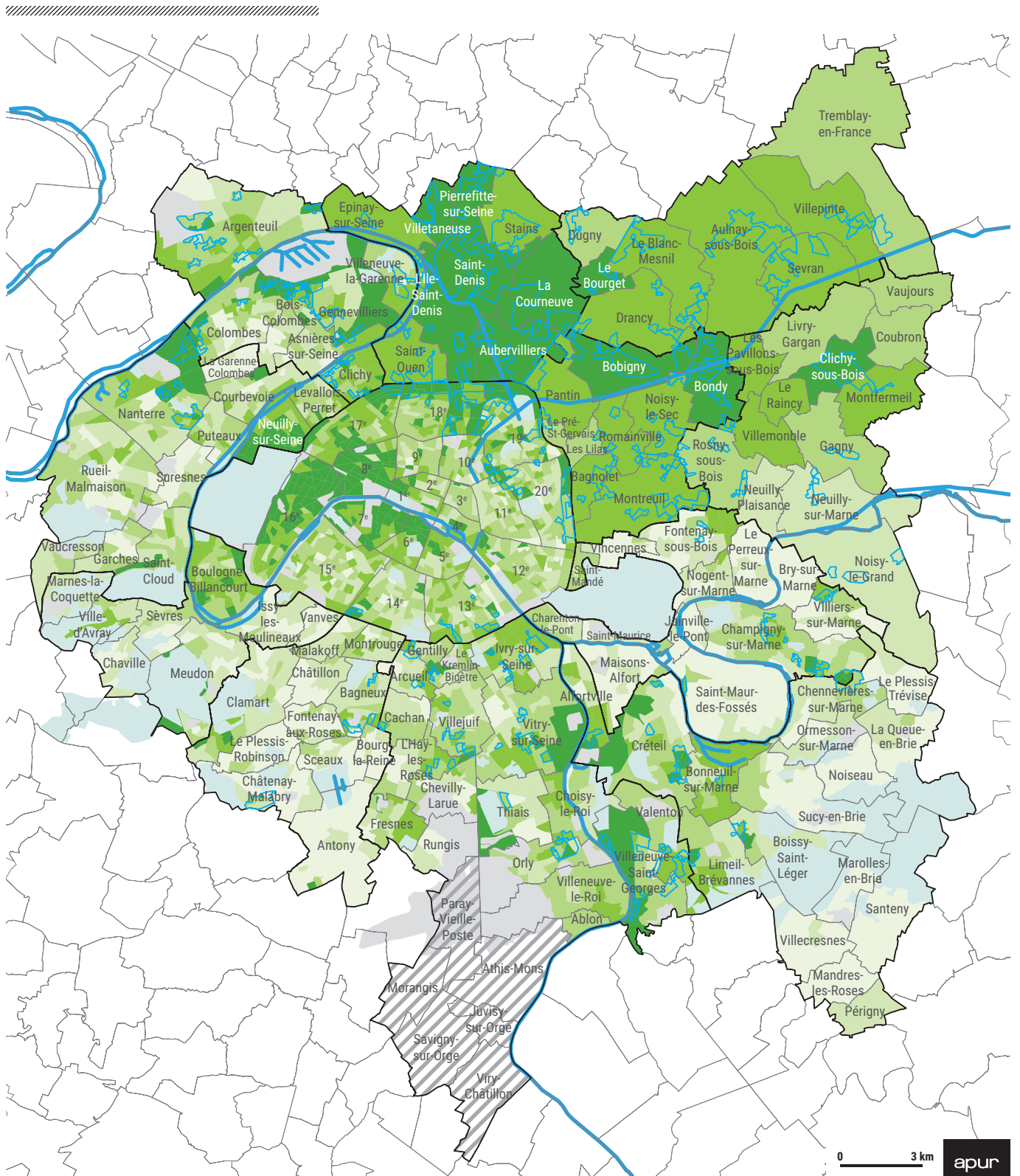
Tableau 16

CARACTÉRISATION SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE DES IRIS SELON LA PART DE POPULATION ASSURÉE DE 50 À 74 ANS AYANT BÉNÉFICÉ D'UN DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER COLORECTAL

	IRIS dans le quintile des taux de recours les plus faibles au dépistage organisé du cancer colorectal pour les personnes âgées de 50 à 74 ans		IRIS dans les 2 ^e , 3 ^e et 4 ^e quintiles des taux de recours au dépistage organisé du cancer colorectal pour les personnes âgées de 50 à 74 ans		IRIS dans le quintile des taux de recours les plus forts au dépistage organisé du cancer colorectal pour les personnes âgées de 50 à 74 ans		Total des départements de Paris, des Hauts-de-Seine, du Val-de-Marne et de la commune d'Argenteuil	
	Nombre	Part	Nombre	Part	Nombre	Part	Nombre	Part
Nombre d'habitants de 50 à 74 ans	242 748	100 %	825 216	100 %	288 863	100 %	1 356 828	100 %
Population étrangère de 50 à 74 ans	48 462	20 %	119 650	14 %	27 238	9 %	195 350	14 %
Population immigrée de 50 à 74 ans	84 672	35 %	230 396	28 %	55 832	19 %	370 900	27 %
Population de 50 à 74 ans cadres ou de professions intellectuelles supérieures	47 632	34 %	165 967	35 %	68 865	42 %	282 464	37 %
Population de 50 à 74 ans employée ou ouvrière	53 321	39 %	163 423	35 %	43 681	26 %	260 426	34 %
Population de 50 à 74 ans inactive	103 868	43 %	354 804	43 %	123 623	43 %	582 295	43 %
Population de 50 à 74 ans vivant seule	68 438	42 %	241 075	43 %	70 041	37 %	379 553	42 %
Cheffes de familles monoparentales de 50 à 74 ans	17 909	11 %	60 932	11 %	17 818	9 %	96 660	11 %
Population de 50 à 74 ans sans diplôme	67 826	28 %	209 967	26 %	56 385	20 %	334 177	25 %

Sources : CPAM 75-92-94-95, Insee RP2019 – Traitement Apur

Carte 18
POPULATION DE 50 À 74 ANS N'AYANT PAS BÉNÉFICIÉ D'UN DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER COLORECTAL SOUS 2 ANS -
ANALYSE À L'IRIS



Part des assurés, dans le total des assurés âgés de 50 à 74 ans, n'ayant pas bénéficié d'un dépistage organisé du cancer colorectal entre juillet 2020 et juin 2022

- Plus de 83 %
- De 80 à 83 %
- De 77 à 80 %
- De 74 à 77 %
- Moins de 74 %
- Données non disponibles
- Quartier prioritaire de la politique de la Ville

Les emprises des principaux équipements ainsi que les IRIS non significatifs apparaissent en gris.

Source : Système Informatif de l'Assurance Maladie - 2022

Recours au dépistage du cancer du col de l'utérus, données à l'échelle infra-communale

La carte à l'IRIS concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus met en évidence le fait que les taux de recours les plus faibles se retrouvent dans les quartiers les plus modestes : aux portes des 13^e, 14^e, 15^e, 17^e, 18^e, 19^e et 20^e arrondissements à Paris et dans les communes de Nanterre, Vitry-sur-Seine, Villejuif, Ivry-sur-Seine, Chatenay-Malabry, Cachan, Arcueil, Thiais, Gentilly, Villeneuve-Saint-Georges, Argenteuil et Gennevilliers.

La comparaison des IRIS dans le quintile des taux de recours les plus faibles et ceux dans le quintile avec les taux les plus forts dans la Métropole⁸ témoigne d'une **sur-représentation des femmes ouvrières et employées, inactives, cheffes de familles monoparentales, immigrées ou étrangères et de celles sans diplôme dans les quartiers dans lesquels les taux de recours sont les plus faibles.**

⁸ — Les données ne sont pas disponibles pour la Seine-Saint-Denis et les 6 communes d'Essonne rattachées à la Métropole du Grand Paris.

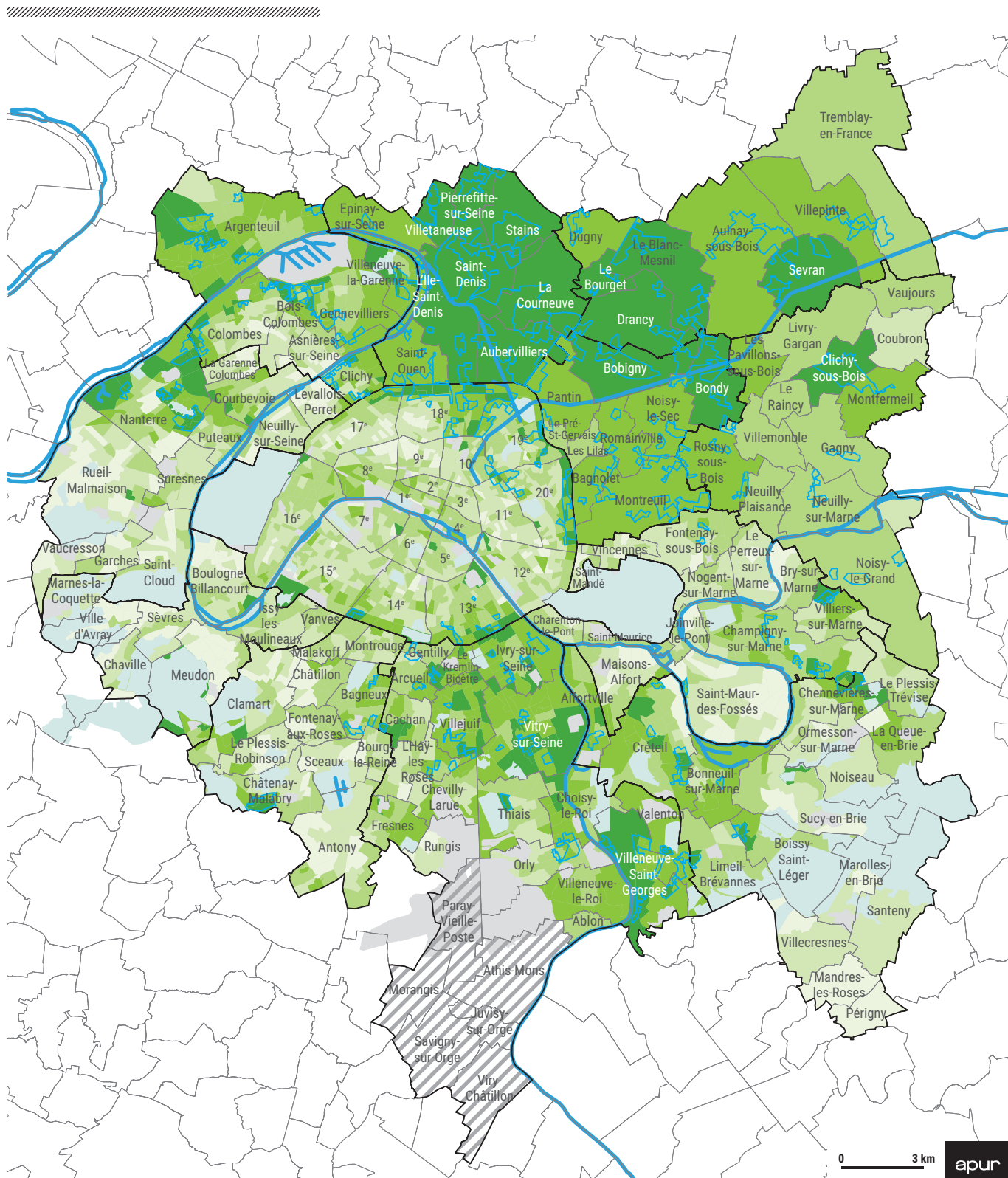
Tableau 17

CARACTÉRISATION SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE DES IRIS SELON LA PART DE FEMMES DE 25 À 65 ANS AYANT BÉNÉFICIÉ D'UN DÉPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

	IRIS dans le quintile taux de recours les plus faibles au dépistage du cancer du col de l'utérus pour les femmes âgées de 25 à 65 ans		IRIS dans les 2 ^e , 3 ^e et 4 ^e quintiles des taux de recours au dépistage du cancer du col de l'utérus pour les femmes âgées de 25 à 65 ans		IRIS dans le quintile taux de recours les plus forts au dépistage du cancer du col de l'utérus par les femmes âgées de 25 à 65 ans		Total des départements de Paris, des Hauts-de-Seine, du Val-de-Marne et de la commune d'Argenteuil	
	Nombre	Part	Nombre	Part	Nombre	Part	Nombre	Part
Femmes de 25 à 65 ans	290 630	100 %	939 658	100 %	294 186	100 %	1 524 473	100 %
Femmes étrangères de 25 à 65 ans	71 335	25 %	154 915	16 %	35 638	12 %	261 887	17 %
Femmes immigrées de 25 à 65 ans	118 698	41 %	252 651	27 %	57 982	20 %	429 331	28 %
Population de 25 à 65 ans cadres ou de professions intellectuelles supérieures	41 286	19 %	311 374	39 %	122 750	48 %	475 410	38 %
Femmes de 25 à 65 ans employées ou ouvrières	118 772	54 %	236 784	30 %	53 633	21 %	409 189	32 %
Femmes de 25 à 65 ans inactives	64 623	22 %	141 439	15 %	38 786	13 %	244 848	16 %
Femmes de 25 à 65 ans vivant seules	50 704	35 %	229 538	45 %	66 980	44 %	347 223	43 %
Femmes de 25 à 65 ans cheffes de famille monoparentales	48 824	34 %	112 687	22 %	27 628	18 %	189 139	23 %
Femmes de 25 à 65 ans sans diplôme	74 336	27 %	114 354	13 %	21 973	8 %	210 663	14 %

Sources : CPAM 75-92-94-95, Insee RP2019 – Traitement Apur

Carte 19
FEMMES DE 25 À 65 ANS N'AYANT PAS BÉNÉFICIÉ D'UN DÉPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS SOUS 2 ANS –
ANALYSE À L'IRIS



Part des femmes, dans le total des femmes âgées de 25 à 65 ans, n'ayant pas bénéficié d'un dépistage du cancer du col de l'utérus entre juillet 2020 et juin 2022

- Plus de 75 % ■ De 65 à 70 % ■ Moins de 60 % □ Quartier prioritaire de la politique de la Ville
- De 70 à 75 % ■ De 60 à 65 % ▨ Données non disponibles

Les emprises des principaux équipements ainsi que les IRIS non significatifs apparaissent en gris.

Source : Système Informatique de l'Assurance Maladie - 2022

CONCLUSION

Cette étude prend appui sur un exercice inédit de cartographie des données de l'Assurance maladie à une échelle fine (IRIS) permettant de caractériser la population assurée, ainsi que les niveaux de recours aux soins et à certains dispositifs de prévention sur le territoire du Grand Paris.

Des inégalités sociales de santé sont mises en évidence au travers de la cartographie de la population en affection de longue durée. La répartition inégale des populations les plus vulnérables s'illustre au travers des cartes portant sur la localisation des bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire et de l'Aide Médicale d'État.

L'étude confirme qu'il existe un lien fort entre situation de défaveur sociale et moindre recours aux soins et à certains dispositifs de prévention. Ainsi, les taux de recours les plus faibles au dépistage organisé et/ou individuel du cancer du sein, du cancer colorectal et du cancer du col de l'utérus se retrouvent dans les quartiers et communes les plus modestes de la Métropole. Cela peut s'expliquer par un manque d'information sur l'offre et sur les bénéfices et risques liés aux dépistages¹, par des droits en santé incomplets, par un accès contraint aux spécialistes et à l'offre de soins, par des freins culturels ou encore une appréhension vis-à-vis du dépistage dans un contexte de mésinformation ou d'information insuffisante sur les taux de survie aux cancers². Un manque de temps dédié à la prévention du côté des professionnels de santé dans un contexte de déficit en matière d'offre de soins peut également constituer un facteur explicatif, de même qu'une mobilisation plus ou moins forte des collectivités en matière de santé³.

Cette analyse invite à des travaux complémentaires pour apprécier les hypothèses qui se dessinent, en particulier pour étudier et expliquer les différences pouvant s'observer dans des quartiers en apparence semblables dans leurs configurations sociales, démographiques et urbaines. Parmi les pistes d'analyse, une approche populationnelle permettant d'analyser les caractéristiques des personnes marquées par un plus faible recours, de même qu'un exercice croisant leurs pratiques de mobilité et leur niveau d'accès à l'offre de soins, seraient intéressants à mener. En outre, le croisement avec des analyses plus qualitatives pourrait également être envisagé afin de mieux comprendre le type et le poids des facteurs jouant dans les liens entre inégalités sociales et inégalités de recours en matière de santé.

Des leviers d'action se déploient face aux inégalités sociales mises en évidence au travers de cette étude. Des initiatives de sensibilisation des professionnels et des populations sur les enjeux de santé publique et de prévention sont mises en œuvre dans certains territoires. Des démarches favorables à la médiation en santé, à l'amélioration de la littératie en santé et au déploiement des démarches d'aller vers à destination des publics les plus vulnérables essaient sur le territoire métropolitain. Elles pourraient se renforcer dans les territoires se caractérisant par les niveaux de recours les plus faibles aux soins et aux dispositifs de prévention. L'offre de soins semble jouer de façon moindre que les disparités sociales dans les dynamiques de recours. Cela invite à une prise en compte renforcée des enjeux de lutte contre les inégalités dans la définition des politiques publiques de santé et une attention particulière pour les plus modestes.

1 — Charvin et al. « Perceptions et connaissances concernant la décision de réaliser le dépistage du cancer de la prostate », *Santé Publique*, vol. 34, no. 1, 2022, pp. 107-118.

2 — Ruel et al. « Littératie en santé et prévention du cancer », *Santé Publique*, vol. 2, no. HS2, 2019, pp. 75-78 ; Berchi, C, et Launoy, G. « Participation au dépistage organisé du cancer colorectal et au dépistage du cancer de la prostate », *Santé Publique*, vol. 2, no. HS2, 2019, pp. 19-32.

3 — Audiger, C. « Dépistage organisé du cancer du col de l'utérus : déterminants de recours et inégalités sociales. Le programme de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus sur le site pilotage du Val-de-Marne », thèse de doctorat en épidémiologie sociale, Sorbonne Université, 2022 ; Sicsic, J. et Franc, C. « Préférences des médecins généralistes vis-à-vis des mesures incitatives associées aux dépistages des cancers », *Santé Publique*, vol. 2, no. HS2, 2019, pp. 33-41 ; Viot et al. « Transfert de connaissances pour réduire les inégalités infra-communales d'accès au dépistage du cancer du sein », *Santé Publique*, vol. 27, no. 3, 2015, pp. 321-330.

LISTE DES CARTES

Carte 1 Population assurée de plus de 16 ans sans médecin traitant déclaré – Taux standardisés par âge et sexe à la commune 7	Carte 11 Paris – Part de personnes âgées de 45 à 74 ans ayant bénéficié d'une coloscopie dans les 5 ans (2018-2022) 39
Carte 2 Population sans suivi médical ou dentaire depuis au moins deux ans – Analyse à la commune 11	Carte 12 Femmes de 25 à 65 ans n'ayant pas bénéficié d'un dépistage du cancer du col de l'utérus sous 2 ans – Analyse à la commune 41
Carte 3 Population en affection de longue durée (ALD) – Taux standardisés à la commune 15	Carte 13 Population de 65 ans ou plus n'ayant pas bénéficié du vaccin de la grippe saisonnière 45
Carte 4 Population bénéficiaire de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS) 21	Carte 14 Population assurée de 16 ans ou plus sans médecin traitant déclaré – Taux standardisés à l'IRIS 49
Carte 5 Population bénéficiaire de l'Aide Médicale d'État (AME) 23	Carte 15 Population sans suivi médical ou dentaire depuis au moins deux ans – Analyse à l'IRIS 51
Carte 6 Femmes de 50 à 74 ans n'ayant pas bénéficié d'un dépistage organisé du cancer du sein sous 2 ans – Analyse à la commune 27	Carte 16 Population en affection de longue durée (ALD) – Taux standardisés à l'IRIS 55
Carte 7 Femmes de 50 à 74 ans n'ayant pas bénéficié d'un dépistage organisé ou individuel du cancer du sein sous 2 ans – Analyse à la commune 31	Carte 17 Femmes de 50 à 74 ans n'ayant pas bénéficié d'un dépistage organisé et/ou individuel du cancer du sein sous 2 ans – Analyse à l'IRIS 57
Carte 8 Radiologues agréés pour les dépistages cancer 34	Carte 18 Population de 50 à 74 ans n'ayant pas bénéficié d'un dépistage organisé du cancer colorectal sous 2 ans – Analyse à l'IRIS 59
Carte 9 Accessibilité piétonne des radiologues agréés pour les dépistages cancer 35	Carte 19 Femmes de 25 à 65 ans n'ayant pas bénéficié d'un dépistage du cancer du col de l'utérus sous 2 ans – Analyse à l'IRIS 61
Carte 10 Population de 50 à 74 ans n'ayant pas bénéficié d'un dépistage organisé du cancer colorectal sous 2 ans – Analyse à la commune 37	

Recours aux soins et aux dispositifs de prévention

VOLET 2 – INÉGALITÉS SOCIALES ET TERRITORIALES DE SANTÉ DANS LE GRAND PARIS

Ce document constitue le deuxième volet d'une étude portant sur les inégalités sociales et territoriales de santé dans la Métropole du Grand Paris inscrite au programme de travail 2023 de l'Apur. Son objectif est de contribuer à caractériser les populations et territoires en moindre recours aux dispositifs de prévention et de soins dans le Grand Paris, s'appuyant une analyse statistique et cartographique réalisée en partenariat avec l'Assurance Maladie.

L'étude fait état de plus de 7 millions d'assurés dans la Métropole du Grand Paris, dont 15 % sans médecin traitant déclaré. 10,5 % de la population assurée métropolitaine est bénéficiaire de la Complémentaire Santé Solidaire et moins de 2 % de l'Aide Médicale d'État.

Plus d'un assuré sur dix n'a pas bénéficié d'un suivi médical ou dentaire depuis au moins deux ans à l'échelle métropolitaine. Plus de 17 % de la population est atteinte d'une affection de longue durée, avec d'importantes disparités territoriales.

D'importantes inégalités sociales sont observées à l'échelle du Grand Paris en matière de recours aux programmes de prévention-cancer. Les taux de recours les plus faibles se situent dans les communes les plus modestes de la Métropole.

La dernière partie de l'étude propose une analyse de l'ensemble de ces indicateurs au niveau des quartiers. Elle met en regard les résultats avec d'autres données démographiques et sociales selon une approche écologique visant à caractériser les territoires dans lesquels les résultats diffèrent. Ce travail confirme qu'il existe un lien négatif fort entre situation de défaveur sociale et moindre recours aux soins et aux programmes de prévention.

L'Apur, Atelier parisien d'urbanisme, est une association loi 1901 qui réunit autour de ses membres fondateurs, la Ville de Paris et l'État, les acteurs de la Métropole du Grand Paris. Ses partenaires sont :

