

Disparités spatiales de l'offre de soins en Île-de-France

Si l'Île-de-France dispose d'une offre de soins riche et de qualité, cette dernière est inégalement répartie sur le territoire.

Les zones centrales, denses et aisées sont mieux pourvues que les autres. Les communes moins favorisées sont peu attractives pour les professionnels de santé, libéraux notamment.

Ce qui pose des problèmes d'équité d'accès aux soins et met en évidence l'imbrication nécessaire entre politique de santé publique, politiques sociales et aménagement du territoire.

À l'occasion de la révision du schéma directeur francilien, trois grands défis ont été lancés : favoriser l'égalité sociale et territoriale pour améliorer la cohésion sociale et tendre vers une région plus solidaire ; anticiper et répondre aux mutations et crises majeures ; enfin, développer une Île-de-France dynamique, maintenant son rayonnement mondial. Les problématiques de santé, telles qu'elles se posent en France et plus particulièrement en Île-de-France, rencontrent chacun de ces trois grands défis et principalement le premier. En effet, en matière de santé, les inégalités spatiales et sociales sont importantes.

Une offre de soins importante et de qualité, mais inégalement répartie sur le territoire

L'Île-de-France est globalement bien dotée en équipements sanitaires. Comparé à la moyenne nationale, le taux d'équipement francilien en hôpitaux de court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique) est globalement bon, avec certains établissements de pointe. Le potentiel de formation et de recherche est particulièrement satisfaisant, et la région dispose d'une offre en spécialistes libéraux importante.

Néanmoins, cette offre est inégalement répartie sur le territoire régional. En ce qui concerne les établissements hospitaliers de court séjour, et malgré le mouvement de rééquilibrage amorcé ces dernières années, Paris concentre toujours un tiers des lits et places pour 19 % de la population régionale, tandis que 30 % des lits et places sont installés en grande couronne pour 44 % de la population. Les taux d'équipement sont très contrastés selon les départements : particulièrement faibles dans le Val-d'Oise, en Seine-et-Marne et dans les Yvelines, plus forts à Paris, dans les Hauts-de-Seine et, dans une moindre mesure, dans le Val-de-Marne.

L'inégale répartition des équipements hospitaliers est également qualitative : les établissements de court séjour les plus spécialisés ou disposant de plateaux techniques lourds sont très largement concentrés au cœur de l'agglomération. Inversement, les soins de suite et de réadaptation, les structures d'accueil pour personnes âgées ou pour adultes handicapés sont plus présents en grande couronne.

De même, les omnipraticiens libéraux, certains professionnels paramédicaux et, plus encore, les spécialistes libéraux s'installent de préférence dans les zones aisées et densément peuplées (zone centrale, pôles urbains de périphérie, communes de l'Ouest parisien...). La répartition des pédiatres ou des gynécologues, par exemple, est plus liée à la densité urbaine et au profil social de la population qu'aux indices de fécondité. Ces concentrations conduisent à une pénurie de l'offre, à un engorgement des professionnels dans certaines parties de la région et à des déplacements de patients qui peuvent être très importants. Finalement, sur les 1 300 communes franciliennes, 633 sont dépourvues de généraliste, 941 de spécialiste. Quant à la pénurie d'infirmiers, particulièrement marquée en Île-de-France, elle touche l'ensemble de la région,

L'offre hospitalière de court séjour dans les départements franciliens en 2004

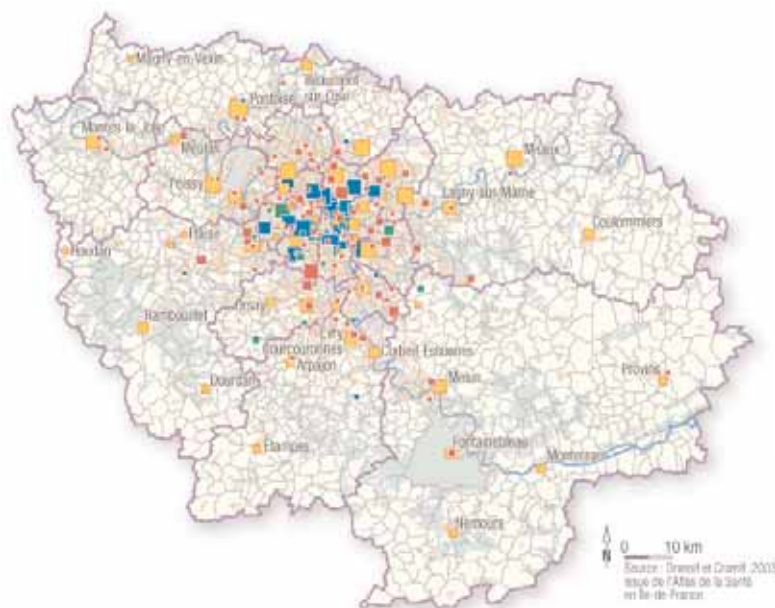
	Taux d'équipement pour 1 000 hab.
Paris	7,1
Hauts-de-Seine	5,1
Seine-Saint-Denis	3,1
Val-de-Marne	4,3
Petite couronne	4,2
Seine-et-Marne	2,9
Yvelines	2,9
Essonne	3,1
Val-d'Oise	2,7
Grande couronne	2,9
Île-de-France	4,2

Source : Rapport régional sur la démographie des professions de santé en Île-de-France, comité régional de l'observatoire national de la démographie des professions de santé, 4 juin 2004.

Disparités spatiales de l'offre de soins en Île-de-France

L'offre de soins hospitalière en médecine, chirurgie et obstétrique en Île-de-France

L'ensemble des établissements en 2003



Les établissements attractifs pour des patients non franciliens*



même si, pour ces professionnels, la grande couronne est mieux pourvue que le centre de la région.

Plus de cent communes identifiées comme déficitaires en médecins généralistes

La loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie a, entre autres, créé des missions régionales de santé (MRS) chargées notamment de définir, dans chaque région française, des zones particulièrement déficitaires en médecins, infirmiers... Au sein des communes ainsi désignées, des aides spécifiques de l'État, de l'Assurance maladie, mais aussi des collectivités territoriales (loi du 23 février 2005 sur les Territoires ruraux par exemple) seront attribuées aux professionnels

de santé (aides à l'installation, complément forfaitaire de rémunération, aides au logement, exonérations fiscales...). En Île-de-France, seize zones déficitaires en généralistes libéraux ont été retenues, regroupant 102 communes et abritant 3,03 % de la population régionale. Ces communes sont presque exclusivement situées en zone rurale, sauf cinq d'entre elles situées en Seine-Saint-Denis (Bobigny, Clichy-sous-Bois, La Courneuve, Montfermeil et Pierrefitte). Ces communes, malgré la présence de centres de santé sur leur territoire, présentent aujourd'hui un déficit de généralistes libéraux particulièrement inquiétant. L'offre y est faible (la densité médicale de ces zones est inférieure de 30 % à la moyenne régionale) et la demande forte (l'activité moyenne des omnipraticiens qui y exercent est supérieure de 30 % à la moyenne régionale).

Des perspectives plus alarmantes

«Le constat est inquiétant, voire alarmant : vieillissement, non renouvellement des médecins, manques dans certaines spécialités, en particulier dans certaines zones, mais aussi pénurie de paramédicaux et d'infirmières, et difficulté d'accès aux soins» conclut l'association Regroupement, Implantation, Redéploiement (RIR) Île-de-France⁽¹⁾ suite à la réalisation de différents diagnostics sur l'offre de soins dans une trentaine de communes franciliennes. S'inscrivant dans une démarche diagnostique, plus prospective que celle de la mission régionale de santé dans sa définition des zones déficitaires, cette

(1) Association regroupant l'Union régionale des médecins libéraux et l'Association des maires d'Île-de-France.

Disparités spatiales de l'offre de soins en Île-de-France

association note des situations tout à fait inquiétantes dans des communes non identifiées aujourd'hui par la MRS. Citons par exemple Villiers-Le-Bel, dans le Val-d'Oise. La ville compte une faible densité médicale : 13 médecins pour 10 000 habitants (contre 20,6 en moyenne dans la région). Leur taux de renouvellement est très bas : depuis 2000, quinze médecins ont cessé leur activité, un seul s'est installé. Plus du tiers des médecins en exercice ont plus de 55 ans et s'approchent de l'âge de la retraite.

Une Île-de-France peu attractive ?

L'âge moyen des professionnels de santé franciliens est le plus élevé de France métropolitaine. Autre caractéristique régionale : la forte féminisation du secteur. Par ailleurs, si l'Île-de-France est la région qui forme le plus de médecins, elle retient assez mal ses jeunes diplômés. Seuls 68 % d'entre eux exercent dans la région après leurs études. L'Île-de-France est la première région française où les effectifs de médecins diminuent entre 1999 et 2006, alors que cette évolution reste positive au niveau national. D'ici 2025, la région risque de perdre 23 % de ses médecins, alors que sa population est vouée à augmenter. La densité médicale francilienne devrait donc diminuer encore plus fortement. Si cette densité reste, malgré tout, globalement supérieure à la moyenne nationale, la question des zones d'ores et déjà déficitaires se pose néanmoins avec acuité.

En ce qui concerne les infirmiers libéraux, la situation francilienne est encore plus préoccupante : leurs effectifs sont en baisse constante depuis 1992, alors qu'ils augmentent en France. Avec moins de 40 infirmiers pour 100 000 habitants, la densité régionale est deux fois plus faible qu'au niveau national.

La mission régionale de santé a défini 16 zones regroupant 102 communes, comme étant déficitaires en médecine générale, en Île-de-France



L'âge moyen des infirmiers est par ailleurs plus élevé qu'en moyenne en France. Quant aux établissements de santé franciliens, le manque d'infirmiers s'y fait sentir : au 31 mars 2005, 7 % des postes d'infirmiers étaient vacants.

D'autre part, si l'Île-de-France dispose de l'offre de formation en soins infirmiers⁽²⁾ la plus élevée de France (18,7 % des inscrits français), elle est également une des régions ayant le plus de mal à remplir ses instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) : en 2003-2004, 22 % (soit 1 435 places) des places de formation offertes en Île-de-France n'ont pas été pourvues. De plus, la région forme beaucoup de provinciaux (23,6 % des étudiants en IFSI franciliens), ce qui contribue sans doute à expliquer qu'elle perd chaque année 12 % des infirmiers d'État nouvellement diplômés avant la prise du premier poste et 1 % des infirmiers en

poste (solde entre les départs hors Île-de-France et les arrivées de province). Pourtant, près de 50 % des étudiants infirmiers déclarent disposer au moins d'une aide financière pour faire leurs études (bourse, demandeurs d'emploi, promotion professionnelle hospitalière), ce qui est largement plus que pour les étudiants des autres formations paramédicales. Faciliter l'accès au logement ou encore les conditions de déplacement, un cadre de vie agréable... seraient autant d'éléments qui pourraient contribuer à fidéliser ces étudiants et professionnels. Les questions d'aménagement rencontrent ici directement les questions de santé publique.

(2) Les études en soins infirmiers sont soumises à des quotas (fixés par l'État) et ont été décentralisées en 2005. Ces dernières années, les quotas ont fortement augmenté.

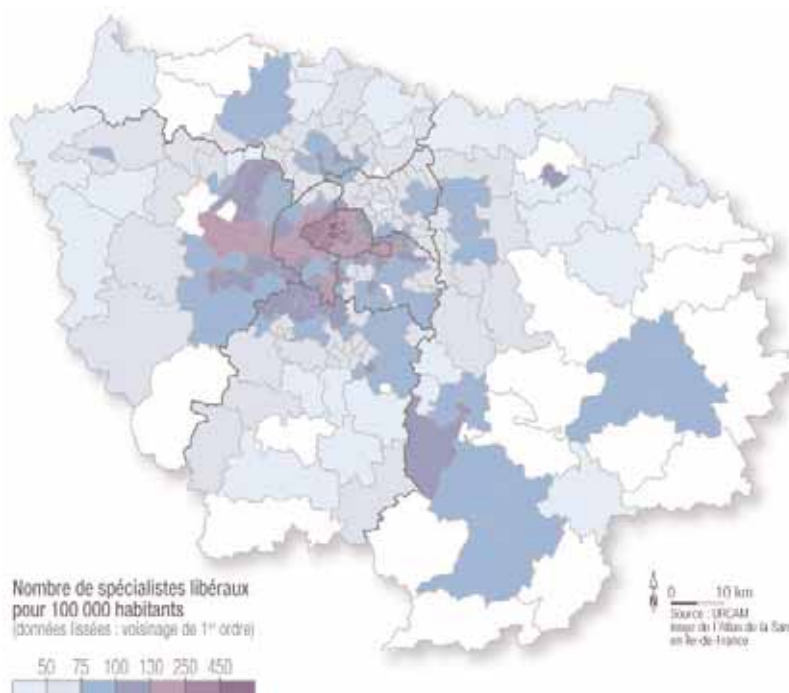
Les médecins attirés par un meilleur cadre de vie

Les médecins libéraux s'installent de préférence dans les zones aisées et densément peuplées, non seulement pour des raisons de clientèle, mais également pour que le cadre de vie convienne à leur proches. D'après le livre blanc des internes⁽³⁾, le cadre de vie (qualité de vie dans le quartier, proximité d'équipements commerciaux, culturels et d'un établissement scolaire de bon niveau) et les possibilités professionnelles offertes au conjoint sont les critères qui prévalent dans le choix de leur lieu d'installation.

Inciter les médecins à s'installer dans les zones déficitaires est d'autant plus important que la pénurie médicale est elle-même un frein à l'installation de jeunes médecins. En effet, les charges de travail pèsent plus fort sur un nombre restreint de professionnels. Or les futurs médecins aspirent à une meilleure organisation pour profiter de plus de temps libre : la majorité des internes n'envisage l'exercice libéral qu'en cabinet ou en établissement de soins et très peu en solitaire en ville (seulement 3,7 %). Les charges administratives, le risque financier et le temps de travail hebdomadaire sont jugés particulièrement inquiétants.

L'objectif des mesures mises en place dans les zones définies comme déficitaires est bien d'inciter les médecins à venir exercer en zone sous-médicalisée. Néanmoins, des études ont montré que des incitations financières n'ont qu'une influence modérée à moyen terme et faible à long terme. La nécessité de les compléter par des mesures portant sur la formation et sur l'aménagement du territoire sont mises en avant, afin d'«attirer plus que d'inciter». Les enjeux ne sont alors pas spécifiquement sanitaires, ils relèvent aussi d'une problématique plus générale de développement local.

Densité de spécialistes libéraux par canton en 2002



Vers une plus grande équité d'accès aux soins

Cette inégale répartition des professionnels de santé a des répercussions évidentes sur l'équité d'accès aux soins : en Île-de-France, la consommation de soins diminue globalement avec la distance ou augmente avec la densité médicale de la zone géographique⁽⁴⁾. D'autre part, selon l'offre disponible dans la zone, le type de professionnel consulté (généraliste ou spécialiste) peut varier. Les psychiatres libéraux, par exemple, exercent pour les deux tiers à Paris. Et l'Union régionale des caisses d'Assurance maladie d'Île-de-France (Urcamif) note que le nombre moyen d'actes psychiatriques consommés par habitant est systématiquement plus faible en grande couronne qu'au centre de la région, signe d'un report de la demande de soins sur le généraliste⁽⁵⁾ et/ou d'une absence de recours aux soins, malgré l'existence d'un besoin.

Mieux répartir l'offre de soins est également un véritable enjeu d'équité sociale, sachant que les populations défavorisées habitent non seulement des quartiers bien souvent dévalorisés et peu attractifs pour les professionnels de santé, mais que, de plus, elles sont plus sensibles à la pénurie locale de l'offre. Il est en effet montré que la distance parcourue par les patients pour se soigner augmente avec le niveau d'études : une faible densité de l'offre aurait donc des répercussions plus importantes sur la consommation de soins des personnes appartenant au bas

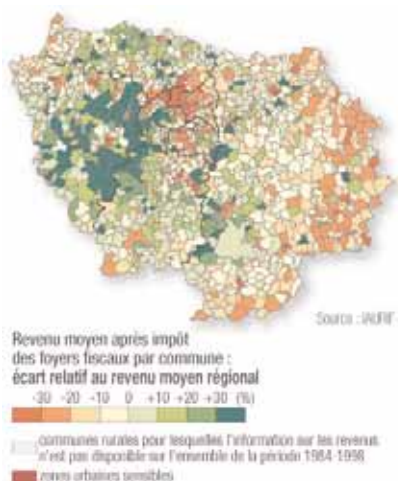
(3) Ce livre blanc est issu d'une enquête menée en mars 2003 pour connaître les aspirations et les appréhensions des futurs médecins quant à leur exercice professionnel.

(4) Néanmoins, il semblerait qu'il y ait un effet de seuil : les fortes densités d'omnipraticiens, par exemple, ne conduisent pas à une surconsommation médicale. Cf. Éléments de diagnostic sanitaire en Île-de-France, Urcamif, décembre 2006.

(5) Comme le soulignent les prescriptions d'anti-dépresseurs et d'anxiolytiques effectués par des généralistes.

Disparités spatiales de l'offre de soins en Île-de-France

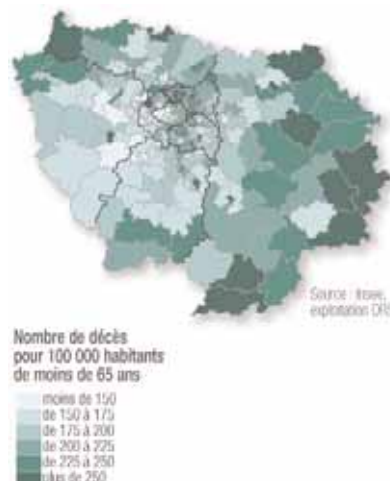
Revenu moyen après impôts des foyers fiscaux (écart relatif au revenu moyen régional) - par commune - 2002



Espérance de vie des hommes, par canton, 1998-2000



Mortalité prématurée par canton, les deux sexes, 1998-2000



de la hiérarchie sociale, tandis que les catégories sociales les plus aisées semblent mieux à même d'opérer un «choix» quant à l'offre de soins à laquelle elles font appel.

La santé des populations sensible à l'«effet quartier»

L'imbrication entre questions d'aménagement, politiques sociales et santé publique dépasse la simple répartition de l'offre de soins. Elle touche à la santé elle-même. En effet, en Île-de-France, comme en France ou ailleurs dans le monde, les inégalités sociales de santé sont bien connues et ne se réduisent pas. En France, les cadres et professions libérales vivent plus longtemps, en moyenne, que les ouvriers. Cette différence est tout à fait conséquente : à 35 ans, un jeune homme cadre peut espérer vivre 6,5 années de plus qu'un ouvrier. Un véritable gradient social de santé a été mis en évidence : les différences de santé s'observent tout au long de l'échelle sociale.

Conditions de vie, de logement ou de travail dégradées, comportements à risque (tabagisme, consommation d'alcool, alimentation...) déclinés tout au long du cycle de vie (effet d'accumulation) expliqueraient une partie de ces inégalités sociales de santé, de même qu'une plus ou moins grande capacité de compenser ou de s'adapter aux problèmes engendrés par certaines pathologies ou certains handicaps. L'impact d'une mauvaise santé sur le statut social jouerait également (effet inverse de sélection), ainsi que la position relative dans l'échelle sociale (sentiment d'injustice, d'envie). Une corrélation entre ruptures sociales (du lien de filiation durant l'enfance, du lien d'intégration à l'école, au sein d'associations sportives, culturelles ou religieuses, sur le marché de l'emploi, dans la vie de couple...), faible soutien social, mauvaise estime de soi, santé et recours aux soins a également été mise en évidence.

Des facteurs plus subjectifs, comme le transfert de l'image négative du quartier sur ses habitants et le regard que ceux-ci portent sur leur quartier, exerceraient aussi un effet non négligeable,

toutes choses égales par ailleurs. Pour les habitants des quartiers défavorisés, «l'ampleur des inégalités et le fait de résider dans une zone disqualifiée influencent les représentations de ce qu'ils sont, de ce qu'ils valent, de ce à quoi ils ont droit et de ce à quoi ils peuvent aspirer»⁽⁶⁾. On parle d'ailleurs d'inégalités «socio-spatiales» de santé. Si bien que l'Île-de-France est partagée entre une partie sud-ouest incluant Paris, largement favorisée, et une partie nord-est qui l'est beaucoup moins, aussi bien sur le plan social que vis-à-vis de la mortalité. De fait, au niveau local, on observe une similitude assez marquée entre les zones où les revenus sont les plus importants et les zones où l'espérance de vie est la plus forte ou encore entre les zones ayant les revenus les plus faibles et les zones de surmortalité prématurée.

(6) Chauvin P., Bazin F., «Santé et recours aux soins dans cinq zones urbaines sensibles d'Île-de-France», dans Chauvin P., Parizot I., Santé et recours aux soins des populations vulnérables, Paris, Inserm, 2005.

**Disparités spatiales
de l'offre de soins
en Île-de-France**

Pour en savoir plus :

Éléments de diagnostic sanitaire en Île-de-France, Urcam, édition 2006.

Schéma régional d'organisation sanitaire d'Île-de-France 2006-2010 (SROS III), Arhif, mars 2006.

R. Marquier, «Les étudiants en soins infirmiers», dans *Études et Résultats* n° 458, Drees, janvier 2006.

Atlas de la santé en Île-de-France, ouvrage collectif, Iaurif, Drassif, Urcamif, Cramif, ORS, Caf, 2005.

Rapport annuel de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé, 2005.

La santé observée en Seine-Saint-Denis, ORS d'Île-de-France, février 2005.

Couffinhal A. et al., «Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé ? Un éclairage européen», *Questions d'économie de la santé*, n° 92 et n° 93, Irdes, février 2005.

Grignon M., Couffinhal A., Jusot F. et Naudin E., *Mesurer l'impact des déterminants non médicaux des inégalités sociales de santé* IRDES, juin 2004.

Rapport régional sur la démographie des professions de santé en Île-de-France, comité régional de l'observatoire national de la démographie des professions de santé, 4 juin 2004.

À quoi rêvent les jeunes spécialistes Le livre blanc des internes, Observatoire de la démographie médicale d'Île-de-France, URML et syndicat des internes des hôpitaux de Paris, novembre 2003.

La santé des Franciliens Panorama de la santé en Île-de-France, ORS d'Île-de-France, octobre 2003.

Barbier C. et Queyla M., État des lieux et perspectives de la démographie médicale en Île-de-France, n° 1, juillet 2003.

Parizot I., Chauvin P., Firdion J.-M., Paugam S., *Santé, inégalités et ruptures sociales dans les zones urbaines sensibles d'Île-de-France*, Inserm, Ined, juin 2003.

Dumont G., «Le principe républicain d'égalité et d'accès aux soins», dans *Pour une approche territoriale de la santé*, (dir. E. Vigneron, éditions de l'Aube, Datar, mai 2003.

Ourgnon P. et al., «L'assurance maladie réduit-elle les inégalités sociales de santé ? Une revue de littérature», *Questions d'économie de la santé*, n° 43, Credes, décembre 2001.