

Atlas de la santé en Île-de-France



ARHIF

CAF IdF

CRAMIF

INSEE

URCAMIF



Observatoire régional de santé d'Île-de-France

Septembre 2005

La maîtrise d'ouvrage de cet atlas a été assurée par la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales d'Île-de-France (DRASSIF), dirigée par Michel Peltier, et l'Institut d'aménagement et d'urbanisme de la région d'Île-de-France (IAURIF) dirigé par François Dugény ; appuyé par l'Observatoire régional de santé, département technique autonome de l'IAURIF dirigé par Isabelle Grémy.

Il est le produit d'un partenariat entre la DRASSIF, l'IAURIF, l'Observatoire régional de santé d'Île-de-France (ORS), l'INSEE, les Caisses d'allocations familiales d'Île-de-France (CAF représentées par la CTRAD), l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARHIF), la Caisse régionale d'assurance maladie d'Île-de-France (CRAMIF) et l'Union régionale des caisses d'assurance maladie d'Île-de-France (URCAMIF).

Sa réalisation a été menée à bien grâce à un groupe technique piloté par Gérard Lacoste, Directeur général adjoint de l'IAURIF et Marie-Claire l'Helgoualc'h, Directrice adjointe de la DRASSIF ; et réunissant :

Pour l'ARHIF : Maryse Lépée - secrétaire générale - et Judith Husson ;
Pour les CAF d'Île-de-France : Danie Chemineau - responsable de la CTRAD - et Célia Briffault ;
Pour la CRAMIF : Pascal Lasalle ;
Pour la DRASSIF : Marie-Claire l'Helgoualc'h - directrice adjointe - et Régine Magnon ;
avec le concours de Jean-Pierre Sévère de la DDASS de Seine-Saint-Denis pour les DDASS d'Île-de-France ;
Pour l'IAURIF : Gérard Lacoste - directeur général adjoint - et Catherine Mangeney ;
Pour l'INSEE : Carine Burricand et Laurence Jaluzot ;
Pour l'ORS : Isabelle Grémy - directrice - et Philippe Pépin ;
Pour l'URCAMIF : Dominique Chérasse - directeur - et Serge Morais.

ATLAS DE LA SANTÉ EN ÎLE-DE-FRANCE

Coordination générale : Régine Magnon (DRASSIF) et Catherine Mangeney (IAURIF), avec la participation d'Isabelle Chambodut (IAURIF)

Textes :

Préface : Régine Magnon (DRASSIF)

Chapitre 1 : Le contexte démographique et social

Chiffres clés : Catherine Mangeney (IAURIF)

Introduction : Catherine Mangeney (IAURIF)

Partie 1 : Population et modes de vie

Fiche 1 : Catherine Mangeney (IAURIF)
Fiche 2 : Carine Burricand (INSEE)
Fiche 3 : Carine Burricand (INSEE)

Partie 2 : Les disparités sociales

Fiche 1 : Carine Burricand (INSEE)
Fiche 2 : Mariette Sagot (IAURIF)
Fiche 3 : Danie Chemineau et Célia Briffault (CTRAD / CAF)

Chapitre 2 : L'état de santé des Franciliens

Chiffres clés : Philippe Pépin (ORS) - Pascal Lasalle (CRAMIF)

Introduction : Catherine Mangeney (IAURIF)

Partie 1 : Analyse de la mortalité

Fiche 1 : Philippe Pépin (ORS)
Fiche 2 : Philippe Pépin (ORS)
Fiche 3 : Philippe Pépin (ORS)

Partie 2 : Les pathologies et les facteurs de risque

Fiche 1 : Julien Galli (URCAMIF)
Fiche 2 : Philippe Pépin (ORS)
Fiche 3 : Philippe Pépin (ORS) - Jean-Marc Macé (CNAM)
Fiche 4 : Philippe Pépin (ORS) - Jean-Marc Macé (CNAM)
Fiche 5 : Sandrine Halfen (ORS)
Fiche 6 : Claude Michel (CRAMIF)
Fiche 7 : Sulla Jesop et Luc Peyrebrune (DRASSIF)
Fiche 8 : Agnès Lefranc et Benoît Chardon (ORS) - Philippe Lameloise et Karine Léger (AIRPARIF)
Fiche 9 : Agnès Lefranc et Jean-Philippe Camard (ORS) - Erwan Cordeau (IAURIF)
Fiche 10 : Isabelle Grémy (ORS)

Partie 3 : Dépenses de santé et consommation de soins

Fiche 1 : Marguerite Bernard de Dompure et Julien Galli (URCAMIF) -
Jeannine Linard et Pascal Lasalle (CRAMIF)
Fiche 2 : Marguerite Bernard de Dompure et Pierre Ouahnou (URCAMIF)

Partie 4 : La prévention

Fiche 1 : Florence De Maria (ORS) - Inspection régionale de la santé (DRASSIF)

Chapitre 3 : L'offre de soins en Île-de-France

Chiffres clés : Hélène Chamboredon et Régine Magnon (DRASSIF)

Introduction : Régine Magnon (DRASSIF)

Partie 1 : Le secteur hospitalier de court séjour et les équipements

Fiche 1 : Alain Laplace (DRASSIF/ARHIF) - Pascal Lasalle (CRAMIF/ARHIF)
Fiche 2 : Pascal Lasalle (CRAMIF/ARHIF)
Fiche 3 : Danielle Lopes (CRAMIF/ARHIF)

Remerciements : Services «Études et Statistiques» et «Politique hospitalière» (DRASSIF), Julien Galli (statistiques URCAMIF), Lucille Dulard, Mathieu Munsztejn et Assad Alichérif (IAURIF), Danièle Fontaine (FNORS)

SIG et Cartographie :

Pour la réalisation : Marion Dautherville, Isabelle Chambodut et Jean-Eudes Tilloy/graphisme (IAURIF) avec la collaboration de Stéphanie Lesellier, Catherine Mangeney et Laetitia Pigato (IAURIF), Philippe Lameloise et Karine Léger (AIRPARIF), Serge Morais (URCAMIF)

Direction artistique : Denis Lacombe (IAURIF)

Conception et réalisation graphique : Agnès Charles (IAURIF)

Bibliographie : Claudine Hugon (DRASSIF), Christine Almanzor (IAURIF)

Relecture, révision : Gérard Lacoste et Catherine Mangeney, Isabelle Chambodut et Marie-Anne Portier (IAURIF), Isabelle Grémy, Philippe Pépin et Leïla Dekhli (ORS), Marie-Claire l'Helgoualc'h et Régine Magnon (DRASSIF)

Impression : Giuntina

Fiche 4 : Patrick Ducret (SMAMIF/ARHIF)

Fiche 5 : Christine Barbier et Anne Kamel (DRASSIF/ARHIF)

Fiche 6 : Francis Corrias (SMAMIF/ARHIF), avec la participation de Claire Holin (DRASSIF/ARHIF)

Fiche 7 : Jacques Sagnat (SMAMIF/ARHIF)

Fiche 8 : Jacques Joly (SMAMIF/ARHIF)

Fiche 9 : Sylvie Torre (SMAMIF/ARHIF) - France Woimant (AP-HP/ARHIF)

Partie 2 : Psychiatrie, soins de suite et soins palliatifs

Fiche 1 : Eric Bongrand (DDASS 75/ARHIF) - Marie-Claude Bernard (DRASSIF/ARHIF)

Fiche 2 : Marc Duchon (CRAMIF/ARHIF)

Fiche 3 : Francis Corrias (SMAMIF/ARHIF)

Partie 3 : Médecine de ville et soins ambulatoires

Fiche 1 : Serge Morais (URCAMIF)

Fiche 2 : Serge Morais (URCAMIF)

Fiche 3 : Serge Morais (URCAMIF)

Fiche 4 : Pierre Courtel (DRASSIF)

Fiche 5 : Serge Morais (URCAMIF)

Fiche 6 : Fanny Danelon et Serge Morais (URCAMIF)

Partie 4 : D'autres professions libérales de santé

Fiche 1 : Laurent Fauvet et Régine Magnon (DRASSIF)

Fiche 2 : Julien Galli (URCAMIF)

Fiche 3 : Serge Morais (URCAMIF)

Partie 5 : Le système de formation des professionnels de santé et la démographie médicale

Fiche 1 : Régine Magnon (DRASSIF)

Fiche 2 : Sylviane Le Peuch et Monique Reynot (DRASSIF)

avec la participation de Mercédès Chaboissier (DRASSIF/ARHIF)

Fiche 3 : Hélène Chamboredon et Régine Magnon (DRASSIF)

Chapitre 4 : La prise en charge des populations vulnérables

Chiffres clés : Célia Briffault (CTRAD/CAF Île-de-France) - Nicole Boulet (INSEE) - Catherine Mangeney (IAURIF)

Introduction : Catherine Mangeney (IAURIF)

Partie 1 : Les personnes âgées

Fiche 1 : Sandrine Beauvils (IAURIF) - Florence de Maria (ORS)

Fiche 2 : Philippe Pépin (ORS) - Jean-Marc Macé (CNAM)

Fiche 3 : Florence de Maria (ORS)

Fiche 4 : Myriam Dalbarade et Florence de Maria (ORS)

Partie 2 : Les personnes souffrant de handicaps

Fiche 1 : Célia Briffault et Armelle Quiroga (CTRAD/CAF Île-de-France)

Fiche 2 : Edith Wirbel (DRASSIF)

Fiche 3 : Edith Wirbel (DRASSIF)

Partie 3 : Les personnes en situation de précarité

Fiche 1 : Armelle Quiroga (CTRAD/CAF Île-de-France) - et Julien Galli (URCAMIF)

Fiche 2 : Mélanie Brochant et Régine Magnon (DRASSIF)

Glossaire : Catherine Mangeney, Isabelle Grémy et Philippe Pépin (ORS), Régine Magnon (DRASSIF), Serge MORAIS (URCAMIF)

Atlas
de la **Santé**

Île-de-France
Île-de-France
en

Île-de-France

Préface	5
---------------	---

CHAPITRE 1 : LE CONTEXTE DÉMOGRAPHIQUE ET SOCIAL

Chiffres clés	8
1 • Population et modes de vie	
Fiche 1 L'Île-de-France, une région dense et un fort dynamisme naturel	10
Fiche 2 Une région jeune et féconde, mais de fortes disparités communales	12
Fiche 3 Une augmentation du nombre de personnes âgées	14
2 • Les disparités sociales	
Fiche 1 De plus en plus de personnes seules et de familles monoparentales	16
Fiche 2 Les disparités sociales se renforcent sur le territoire régional	18
Fiche 3 Un Francilien sur dix vit sous le seuil de pauvreté	20

CHAPITRE 2 : L'ÉTAT DE SANTÉ DES FRANCILIENS

Chiffres clés	24
Chiffres clés	26
1 • Analyse de la mortalité	
Fiche 1 Une durée de vie élevée, surtout au sud-ouest de la région	28
Fiche 2 Une mortalité infantile en Île-de-France légèrement plus élevée qu'en France	30
Fiche 3 Des disparités de mortalité prématurée, liées aux caractéristiques sociales	32
2 • Les pathologies et les facteurs de risque	
Fiche 1 Plus d'un million de Franciliens pris en charge au titre d'une affection de longue durée	34
Fiche 2 Des cas de cancer plus nombreux mais une mortalité en baisse	36
Fiche 3 Cancers du sein et du poumon : deux cancers majeurs en Île-de-France	38
Fiche 4 Maladies cardio-vasculaires : une mortalité inférieure à la moyenne nationale	40
Fiche 5 La région reste particulièrement touchée par l'infection à VIH/sida	42
Fiche 6 Moins d'accidents du travail, mais des maladies professionnelles en augmentation	44
Fiche 7 Saturnisme infantile : une pathologie liée à l'habitat dégradé	46
Fiche 8 Pollution atmosphérique : une large population concernée	48
Fiche 9 Les nuisances sonores, une gêne exprimée par près de 40 % des Franciliens	50
Fiche 10 Alcool, tabac, cannabis et autres drogues : une meilleure sensibilisation aux risques	52
3 • Dépenses de santé et consommation de soins	
Fiche 1 24,2 milliards d'euros de dépenses de santé en Île-de-France en 2003	54
Fiche 2 La consommation pharmaceutique en nette augmentation en Île-de-France	56
4 • La prévention	
Fiche 1 La prévention en Île-de-France : des efforts importants et une articulation à améliorer	58

CHAPITRE 3 : L'OFFRE DE SOINS EN ÎLE-DE-FRANCE

Chiffres clés	62
Chiffres clés	64
1 • Le secteur hospitalier de court séjour et les équipements	
Fiche 1 Hospitalisation de court séjour : une offre en réorganisation	66
Fiche 2 L'attractivité des établissements de santé s'accroît avec leur niveau de spécialisation	68
Fiche 3 Hospitalisation à domicile, plus de la moitié de l'offre nationale en Île-de-France	70



Fiche 4	Augmentation du recours aux services d'urgence	72
Fiche 5	Périnatalité : restructuration de l'offre pour une meilleure sécurité de la mère et de l'enfant	74
Fiche 6	Cancérologie : garantir aux Franciliens un égal accès à des soins de qualité	76
Fiche 7	Insuffisance rénale chronique : améliorer le dépistage et diversifier les modalités de dialyse	78
Fiche 8	Imagerie médicale : des progrès visant à se rapprocher des standards européens	80
Fiche 9	Pathologies cardio et neuro-vasculaires : des délais de prise en charge trop longs	82
2 • Psychiatrie, soins de suite et soins palliatifs		
Fiche 1	Poursuivre l'amélioration et la diversification de l'offre en santé mentale en Île-de-France	84
Fiche 2	Soins de suite ou de réadaptation : un déficit francilien en voie de correction	86
Fiche 3	Soins palliatifs : une offre en augmentation, mais un besoin de formation des professionnels de santé	88
3 • Médecine de ville et soins ambulatoires		
Fiche 1	Une densité de généralistes et d'omnipraticiens libéraux plus faible que la moyenne nationale	90
Fiche 2	Des spécialistes libéraux nombreux mais inégalement répartis dans la Région	92
Fiche 3	Spécialistes libéraux : une moindre accessibilité pour les habitants de grande couronne	94
Fiche 4	Les centres de santé : une place originale au sein du système de soins de ville francilien	96
Fiche 5	Médecins de garde et permanence des soins : de nouveaux modes d'organisation	98
Fiche 6	Les réseaux de santé : une puissante dynamique régionale	100
4 • D'autres professions libérales de santé		
Fiche 1	Répartition très inégale des chirurgiens-dentistes, mais homogène pour les pharmaciens d'officine	102
Fiche 2	Infirmiers libéraux : une densité francilienne très inférieure à la moyenne nationale	104
Fiche 3	Professions paramédicales de rééducation : vers un élargissement de leur champ d'intervention ?	106
5 • Le système de formation des professionnels de santé et la démographie médicale		
Fiche 1	Un potentiel de formation des internes en médecine sous-utilisé	108
Fiche 2	Un appareil de formation des professions paramédicales en plein essor	110
Fiche 3	Une baisse annoncée du nombre de médecins touchant particulièrement l'Île-de-France	112
 CHAPITRE 4 : LA PRISE EN CHARGE DES POPULATIONS VULNÉRABLES 		
Chiffres clés		116
1 • Les personnes âgées		
Fiche 1	Accroissement et vieillissement de la population âgée dépendante d'ici 2030	118
Fiche 2	Des personnes âgées plus nombreuses mais en meilleure santé	120
Fiche 3	La prise en charge à domicile : une offre insuffisante, des besoins croissants	122
Fiche 4	La médicalisation des établissements pour personnes âgées : une priorité à poursuivre	124
2 • Les personnes souffrant de handicap		
Fiche 1	Augmentation sensible du nombre de bénéficiaires des aides pour personnes handicapées	126
Fiche 2	Adultes handicapés : un retard d'équipement important et des services insuffisamment diversifiés	128
Fiche 3	Enfance handicapée : un déficit d'équipement très marqué pour les handicaps les plus lourds	130
3 • Les personnes en situation de vulnérabilité sociale		
Fiche 1	L'accès aux soins des populations défavorisées, amélioré par la couverture maladie universelle	132
Fiche 2	Les populations défavorisées : des problèmes spécifiques d'accès à la prévention et aux soins	134
Liste des sigles et abréviations		137
Glossaire		138
Bibliographie		142
La région d'Île-de-France : limites administratives		146
Liste alphabétique des communes d'Île-de-France		148

Atlas de la Santé

Île-de-France
en

Île-de-France



Crédit photo :

Couverture : D. et M. Lacombe / Iaurif

Vignettes de hauts de pages : Office public d'habitations de la ville de Paris - 1937

P. 4, p. 136 : A. Charles d'après photo de M. Lacombe

Mettre à la disposition de la population francilienne et plus particulièrement de ses élus et responsables associatifs et institutionnels les savoirs disponibles du champ de la santé, telle est l'ambition de ce premier atlas de la santé en Île-de-France.

C'est dans ce but que les principaux organismes régionaux compétents en matière de démographie, de santé, de protection sociale et de maladie se sont associés pour mettre en commun leurs connaissances, dans un milieu où chacun constate l'éparpillement des domaines de compétences et des responsabilités. Un partenariat s'est instauré pour assurer la coordination de cet ouvrage entre la direction régionale des Affaires sanitaires et sociales, service déconcentré du ministère chargé de la Santé, et l'Institut d'aménagement et d'urbanisme de la Région d'Île-de-France, dont la présidence est assurée par le conseil régional. À un moment où la répartition des compétences entre l'État et les collectivités territoriales est en pleine évolution, cette association mérite d'être soulignée.

Le premier chapitre expose des éléments de démographie très éclairants pour l'observation sanitaire, que l'on sait dépendante, en partie, des caractéristiques sociales. L'Île-de-France reste une région jeune, et continue d'attirer les jeunes adultes. On y constate une fécondité supérieure à la moyenne nationale. En revanche, les contrastes sociaux y sont parmi les plus marqués de France. Ils s'accroissent entre les communes franciliennes selon un clivage où l'ouest accueille majoritairement les populations aisées et le nord-est et l'est les banlieues populaires.

Le chapitre sur l'état de santé des Franciliens met en exergue des éléments favorables comme l'espérance de vie à la naissance et la moindre mortalité par maladies cardio-vasculaires. Mais il fait également ressortir des disparités importantes de mortalité entre les départements franciliens, reflet pour une large part de leur profil socio-démographique. Région de la France métropolitaine la plus touchée par l'épidémie de VIH, l'Île-de-France concentre aussi sur son territoire la grande majorité des cas de saturnisme, de tuberculose et de toxicomanie. Elle se caractérise par une plus forte mortalité féminine du cancer des poumons et du sein, et par des problèmes sanitaires liés aux risques professionnels et environnementaux, notamment nuisances sonores et pollutions atmosphériques, qui doivent faire l'objet d'une attention particulière.

L'offre francilienne de soins est décrite dans le troisième chapitre. Une de ses caractéristiques est sa concentration au centre de la région, dans Paris intra-muros et dans sa proche périphérie ouest et sud. L'offre hospitalière de court séjour est de grande qualité et légèrement supérieure, en taux d'équipement, à la moyenne nationale. Le secteur des soins de ville présente en Île-de-France une forte densité des professions libérales de santé (à l'exception des infirmiers), mais avec une faible implantation en grande couronne. On note toutefois une situation moins favorable de l'offre de soins de suite et de réadaptation, en dépit d'une augmentation récente des capacités, et de l'hospitalisation psychiatrique, implantée loin du domicile des patients.

Le dernier chapitre aborde les questions de la prise en charge des personnes âgées dépendantes, de celles souffrant de handicap et de l'accès aux soins des populations défavorisées. Avec l'allongement de la vie, l'augmentation du nombre des personnes dépendantes va nécessiter une forte montée en charge des aides au maintien à domicile et des places en établissements médicalisés. Par ailleurs, le déficit francilien en structures d'accueil et services d'aide pour enfants et adultes handicapés doit être comblé et la personnalisation des dispositifs améliorée. Enfin, l'accès aux soins des personnes les plus défavorisées, facilité par l'instauration de la couverture maladie universelle (CMU), fait l'objet d'un programme régional spécifique, car les actions générales mises en œuvre ne permettent pas toujours de toucher ce public.

Atlas de la Santé



en

1

Île-de-France

Chapitre



Le contexte démographique et social



L'état de santé des Franciliens



L'offre de soins en Île-de-France



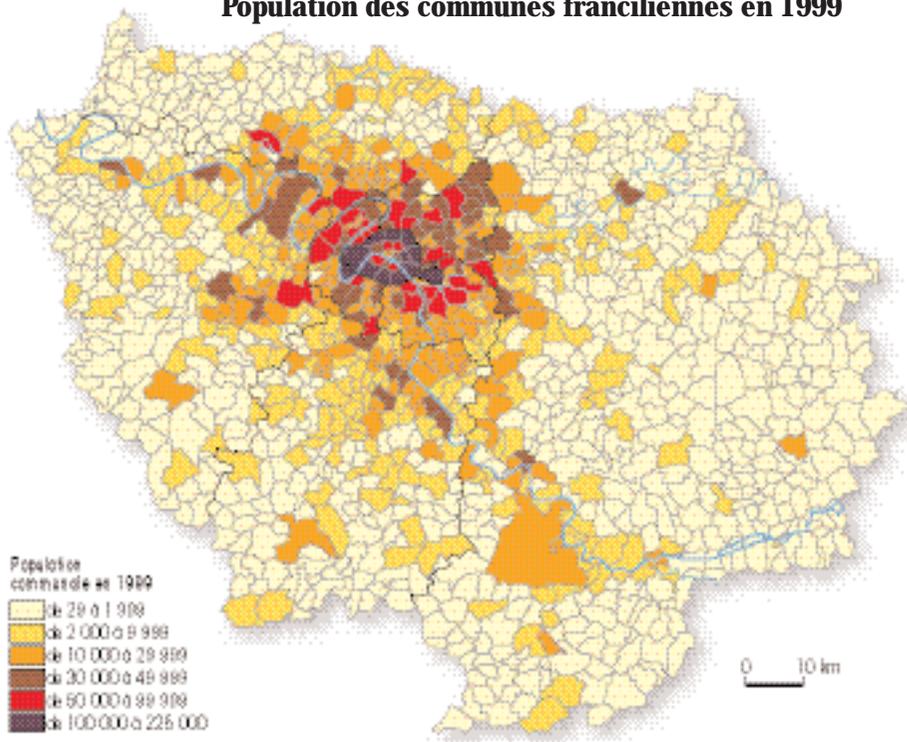
La prise en charge des populations vulnérables

M.Lacombe / Aurif

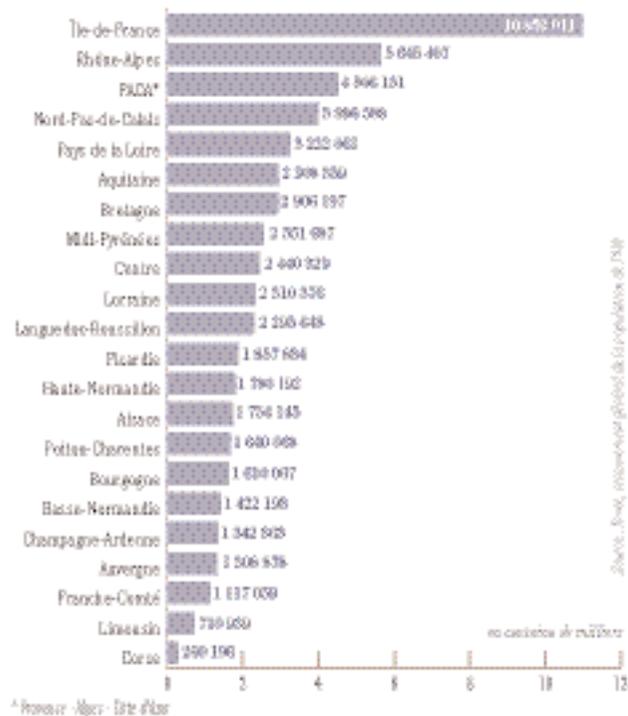
CHIFFRES CLÉS

LE CONTEXTE DÉMOGRAPHIQUE ET SOCIAL

Population des communes franciliennes en 1999



Population légale des régions françaises en 1999



Répartition de la population par âge en 1999, en Île-de-France par département

Départements	Population francilienne par sexe et âge en 1999																			
	Moins de 20 ans						20-59 ans						60 ans et plus				Total			
	Hommes		Femmes		Total		Hommes		Femmes		Total		Hommes		Femmes		Total			
	eff	%	eff	%	eff	%	eff	%	eff	%	eff	%	eff	%	eff	%	eff	%		
Paris	196 289	9,2	192 085	9	388 374	18,3	636 609	29,9	683 777	32,2	1 320 386	62,1	164 024	7,7	253 067	11,9	417 091	19,6	2 125 851	100
Hauts-de-Seine	171 724	12	165 329	11,6	337 053	23,6	404 794	28,3	426 727	29,9	831 521	58,2	106 074	7,4	154 030	10,8	260 104	18,2	1 428 678	100
Seine-Saint-Denis	197 274	14,3	189 636	13,7	386 910	28	390 863	28,3	396 899	28,7	787 762	57	89 020	6,4	119 236	8,6	208 256	15,1	1 382 928	100
Val-de-Marne	155 097	12,6	149 178	12,2	304 275	24,8	348 083	28,4	358 839	29,2	706 922	57,6	88 526	7,2	127 238	10,4	215 764	17,6	1 226 961	100
Petite couronne	524 095	13	504 143	12,5	1 028 238	25,5	1 143 740	28,3	1 182 465	29,3	2 326 205	57,6	283 620	7	400 504	9,9	684 124	16,9	4 038 567	100
Seine-et-Marne	175 770	14,7	167 811	14,1	343 581	28,8	337 373	28,3	338 651	28,4	676 024	56,6	75 186	6,3	98 720	8,3	173 906	14,6	1 193 511	100
Yvelines	191 959	14,2	182 678	13,5	374 637	27,7	380 020	28,1	386 680	28,6	766 700	56,6	92 701	6,8	119 919	8,9	212 620	15,7	1 353 957	100
Essonne	157 185	13,9	150 732	13,3	307 917	27,2	324 977	28,7	325 297	28,7	650 274	57,3	76 510	6,7	99 325	8,8	175 835	15,5	1 134 026	100
Val-d'Oise	164 277	14,9	156 969	14,2	321 246	29,1	310 097	28,1	317 208	28,7	627 305	56,8	66 946	6,1	89 727	8,1	156 673	14,2	1 105 224	100
Grande couronne	689 191	14,4	658 190	13,8	1 347 381	28,1	1 352 467	28,3	1 367 836	28,6	2 720 303	56,8	311 343	6,5	407 691	8,5	719 034	15	4 786 718	100
Total Île-de-France	1 409 575	12,9	1 354 418	12,4	2 763 993	25,2	3 132 816	28,6	3 234 078	29,5	6 366 894	58,1	758 987	6,9	1 061 262	9,7	1 820 249	16,6	10 951 136	100
France métropolitaine	7 358 257	12,6	7 023 183	12	14 381 440	24,6	15 777 102	27	15 884 019	27,1	31 661 121	54,1	5 284 060	9	7 194 067	12,3	12 478 127	21,3	58 520 688	100
Part IdF/France métropolitaine	19,2	-	19,3	-	19,2	-	19,9	-	20,4	-	20,1	-	14,4	-	14,8	-	14,6	-	18,7	-

Catégories socioprofessionnelles, taux de chômage en 1999 et bénéficiaires de minima sociaux en 2000 en Île-de-France par département

Départements	Ménages selon la catégorie socioprofessionnelle de la personne de référence												Chômeurs		Les bénéficiaires des minima sociaux**			
	Agriculteur et indep.*		Cadre supérieur		Profession intermédiaire		Employé		Ouvrier		Retraité et autres inactifs		Ensemble des ménages		eff	taux	au 31 12 2000	
	eff	%	eff	%	eff	%	eff	%	eff	%	eff	%	eff	%				
Paris	53 192	4,8	287 370	25,9	167 608	15,1	150 364	13,5	84 389	7,6	367 679	33,1	1 110 602	100	135 734	12	115 620	
Hauts-de-Seine	28 515	4,6	140 395	22,5	102 906	16,5	92 982	14,9	69 153	11,1	190 947	30,6	624 898	100	74 639	10,3	47 413	
Seine-Saint-Denis	23 788	4,5	43 271	8,3	81 748	15,6	95 182	18,1	121 239	23,1	159 210	30,4	524 438	100	115 684	17,2	78 749	
Val-de-Marne	24 188	4,8	74 043	14,8	87 111	17,4	80 572	16,1	78 654	15,8	154 728	31	499 296	100	72 534	11,8	47 433	
Petite couronne	76 491	4,6	257 709	15,6	271 765	16,5	268 736	16,3	269 046	16,3	504 885	30,6	1 648 632	100	262 857	13	173 595	
Seine-et-Marne	25 537	5,9	51 713	12	82 599	19,1	59 451	13,7	92 163	21,3	120 958	28	432 421	100	60 094	10,2	29 573	
Yvelines	25 236	5	109 476	21,8	91 254	18,1	62 731	12,5	71 578	14,2	142 793	28,4	503 068	100	56 940	8,7	27 033	
Essonne	19 543	4,6	68 555	16,3	82 394	19,6	57 785	13,7	72 705	17,3	119 383	28,4	420 365	100	53 273	9,5	28 888	
Val-d'Oise	19 978	5,1	51 766	13,1	75 897	19,2	59 323	15	77 530	19,7	110 041	27,9	394 535	100	64 566	12	34 205	
Grande couronne	90 294	5,2	281 510	16,1	332 144	19	239 290	13,7	313 976	17,9	493 175	28,2	1 750 389	100	234 873	10	119 699	
Total Île-de-France	219 977	4,9	826 589	18,3	771 517	17,1	658 390	14,6	667 411	14,8	1 365 739	30,3	4 509 623	100	633 464	11,5	420 359	
France métropolitaine	1 190 343	5	2 283 985	9,6	3 349 275	14,1	2 732 961	11,5	4 627 333	19,4	9 246 898	38,8	23 808 072	100	3 401 247	12,8	-	
IdF/France métropolitaine en %	18,5	-	36,2	-	23	-	24,1	-	14,4	-	14,8	-	18,9	-	18,6	-	-	-

* Artisan, commerçant, chef d'entreprise

** Allocation sup. vieillesse ou invalidité, AAH, API, allocation d'assurance veuvage, allocation d'insertion, RMI ou ASS

DÉMOGRAPHIQUE ET SOCIAL

1 • Population et modes de vie

Avec 10 952 000 habitants en 1999, l'Île-de-France regroupe 18,6 % de la population française. En dépit d'un vieillissement qui affecte l'ensemble du pays, l'Île-de-France reste une région parmi les plus jeunes de France : comme toutes les grandes agglomérations françaises, elle continue d'attirer de jeunes adultes, même s'ils sont moins nombreux à arriver qu'avant. Cette situation est par ailleurs confortée par une fécondité et une espérance de vie supérieures à la moyenne nationale.

Néanmoins, la répartition géographique des Franciliens selon l'âge, très liée à la structure du parc de logements, varie d'une commune à l'autre.

Les jeunes adultes sont très présents dans la capitale, les familles avec enfant(s) dans les villes nouvelles, la couronne périurbaine et les communes relevant de la politique de la ville. Les personnes plus âgées résident principalement aux franges de l'agglomération et dans l'espace rural, mais aussi dans Paris où se trouve un grand nombre de petits logements.

2 • Les disparités sociales

On compte de moins en moins de ménages d'ouvriers et de plus en plus de ménages de catégories moyennes et supérieures. Cette déformation «par le haut» de la structure sociale se trouve renforcée, chez les ménages de retraités, par la progression des couples où les deux conjoints bénéficient d'une retraite.

En revanche, chez les actifs, de plus en plus de ménages vivent sur un seul revenu d'activité, surtout au sein des catégories populaires. Ce phénomène est alimenté, entre autres, par la croissance du nombre de personnes vivant seules et de familles monoparentales.

Les contrastes sociaux se creusent dans la région et entre les communes franciliennes : alors qu'à Paris et dans la banlieue sud-ouest, l'embourgeoisement se poursuit, dans les banlieues nord et nord-est, les ménages modestes sont de plus en plus fréquents, comme l'attestent l'évolution des revenus des habitants ou celle des allocataires des aides sociales.

Près de 200 000 Franciliens touchent le RMI, plus d'un million de personnes vivent sous le seuil de pauvreté, dont 450 000 enfants de moins de 20 ans, et 1,3 million vivent en zone urbaine sensible.

L'ÎLE-DE-FRANCE, UNE RÉGION DENSE ET UN FORT DYNAMISME NATUREL

Fiche 1

ATLAS DE LA SANTÉ EN ÎLE-DE-FRANCE

Avec 10 952 000 habitants répartis sur un territoire de 12 000 km², l'Île-de-France présente une densité de population largement supérieure à celle des autres régions françaises.

Néanmoins, elle se caractérise également par de fortes disparités spatiales, avec des densités communales variant de 40 627 à 3 habitants au km². L'Île-de-France est aussi la région française ayant le plus fort dynamisme naturel, mais, le déficit migratoire s'accroissant, la croissance de la population régionale est modérée.

Le mouvement de desserrement de la population du centre vers la périphérie se ralentit également, le déficit migratoire gagnant même les communes de grande couronne.

Un peu plus de 900 habitants par km² en Île-de-France

L'Île-de-France compte 10,95 millions d'habitants au recensement de 1999, sur une superficie de 12 000 km², soit une densité de population (912 habitants au km²) plus de dix fois supérieure à celle des autres régions françaises. 83,5 % des Franciliens résident dans une commune de plus de 10 000 habitants. Néanmoins, la région se caractérise par de fortes disparités spatiales.

C'est à Paris que les densités maximales sont atteintes. Comptant 20 200 habitants par km² en moyenne, et jusqu'à 47 900 habitants par km² dans certains quartiers d'habitat collectif, Paris abrite 19 % de la population francilienne sur 0,9 % du territoire régional.

Les densités décroissent assez rapidement à mesure que l'on s'éloigne du cœur de l'agglomération. Dans le bâti pavillonnaire de petite couronne, les densités (entre 5 200 et 5 600 habitants/km²) sont plus fortes qu'en grande couronne, où elles oscillent entre 2 900 et 3 300 habitants/km², avec un maximum de 4 100 habitants/km² dans le Val-d'Oise.

À l'opposé, les densités sont minimales dans l'habitat rural (1 300 habitants/km²). Les communes qu'un découpage morphologique de la région qualifie de rurales (plus de la moitié des communes franciliennes) regroupent 4 % de la population sur 57,9 % du territoire régional. Les densités communales y varient entre 3 et 650 habitants/km².

Une croissance modérée

La population francilienne croît de façon très modérée depuis 1990 (+ 32 300 habitants par an en moyenne entre 1990 et 1999, contre + 73 400 entre 1982 et 1990). Un ralentissement similaire avait déjà été observé entre 1975 et 1982 (+ 27 600 habitants par an).

Le desserrement de la population francilienne du centre vers la périphérie, mouvement amorcé dans les années 1960, se ralentit. Le dépeuplement de la zone centrale semble enrayé. Avec des communes en croissance ou en dépeuplement modéré, le cœur de l'agglomération voit sa population à peu près stabilisée dans un rayon de 20 km autour de Notre-Dame de Paris.

Le ralentissement de la croissance démographique régionale touche la banlieue extérieure urbanisée, mais surtout la zone dite extérieure. La croissance annuelle y est divisée par deux en volume, par rapport à la période antérieure, et l'excédent migratoire, devenu très faible, par près de dix. Entre 1990 et 1999, l'ensemble de la zone extérieure croît à peine plus vite en volume que les seules villes nouvelles entre 1982 et 1990.

Un déficit migratoire qui s'accroît...

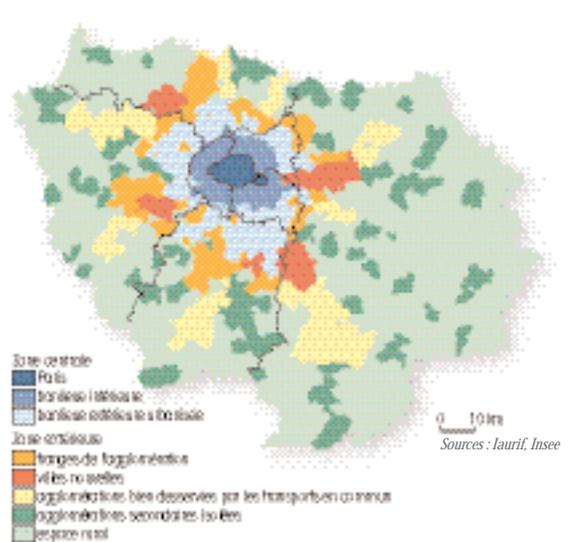
Entre 1990 et 1999, le déficit migratoire de l'Île-de-France avec la province, très sensible à la conjoncture économique, s'est creusé. Les arrivées dans la région ont fléchi, les départs ont augmenté. Pour la première fois depuis quarante ans, le déficit migratoire touche aussi la grande couronne. Néanmoins, l'Île-de-France, et Paris surtout, attire toujours les jeunes provinciaux, même s'ils sont moins nombreux à venir s'installer dans la région qu'avant. À l'opposé, l'intensité des départs des Franciliens âgés de 60 ans ou plus vers la province reste élevée, mais continue de diminuer.

... mais un solde naturel élevé

La croissance de la population francilienne ne s'explique donc que par la dynamique naturelle qui s'est maintenue. Par sa seule croissance naturelle (naissances-décès), la population régionale a augmenté de 785 700 habitants entre 1990 et 1999, et l'Île-de-France reste la région française ayant le plus fort dynamisme naturel.

Dans certaines communes, la croissance naturelle commence à prendre le pas sur la croissance migratoire, y compris dans les communes de la zone extérieure, des villes nouvelles et des franges de l'agglomération, ce qui est tout à fait nouveau dans la région.

La structure urbaine de l'Île-de-France*



* Voir glossaire (définition 1994)

Population, densité et dynamiques d'évolution par département en Île-de-France

Départements	Population sans double compte* 1999	Superficie en km ² **	Densité de population en 1999	Évolution annuelle moyenne de la population entre 1990 et 1999		
				Évolution totale	Due au solde naturel	Due au solde migratoire
Paris	2 125 246	105	20 164	- 3 016	+ 11 766	- 14 782
Hauts-de-Seine	1 428 881	176	8 137	+ 4 131	+ 11 748	- 7 616
Seine-Saint-Denis	1 382 861	236	5 855	+ 185	+ 14 066	- 13 881
Val-de-Marne	1 227 250	245	5 009	+ 1 300	+ 9 675	- 8 375
Petite couronne	4 038 992	657	6 148	+ 5 616	+ 35 489	- 29 873
Seine-et-Marne	1 193 767	5 915	202	+ 12 830	+ 8 674	+ 4 156
Yvelines	1 354 304	2 284	593	+ 5 234	+ 11 633	- 6 399
Essonne	1 134 238	1 804	629	+ 5 484	+ 9 715	- 4 231
Val-d'Oise	1 105 464	1 246	887	+ 6 200	+ 9 928	- 3 727
Grande couronne	4 787 773	11 249	426	+ 29 749	+ 39 950	- 10 201
Total Île-de-France	10 952 011	12 012	912	+ 32 348	+ 87 205	- 54 856
France métropolitaine	58 518 748	543 965	108	+ 211 276	+ 206 790	+ 4 485
Part Île-de-France / France	18,7	2,2	-	-	-	-

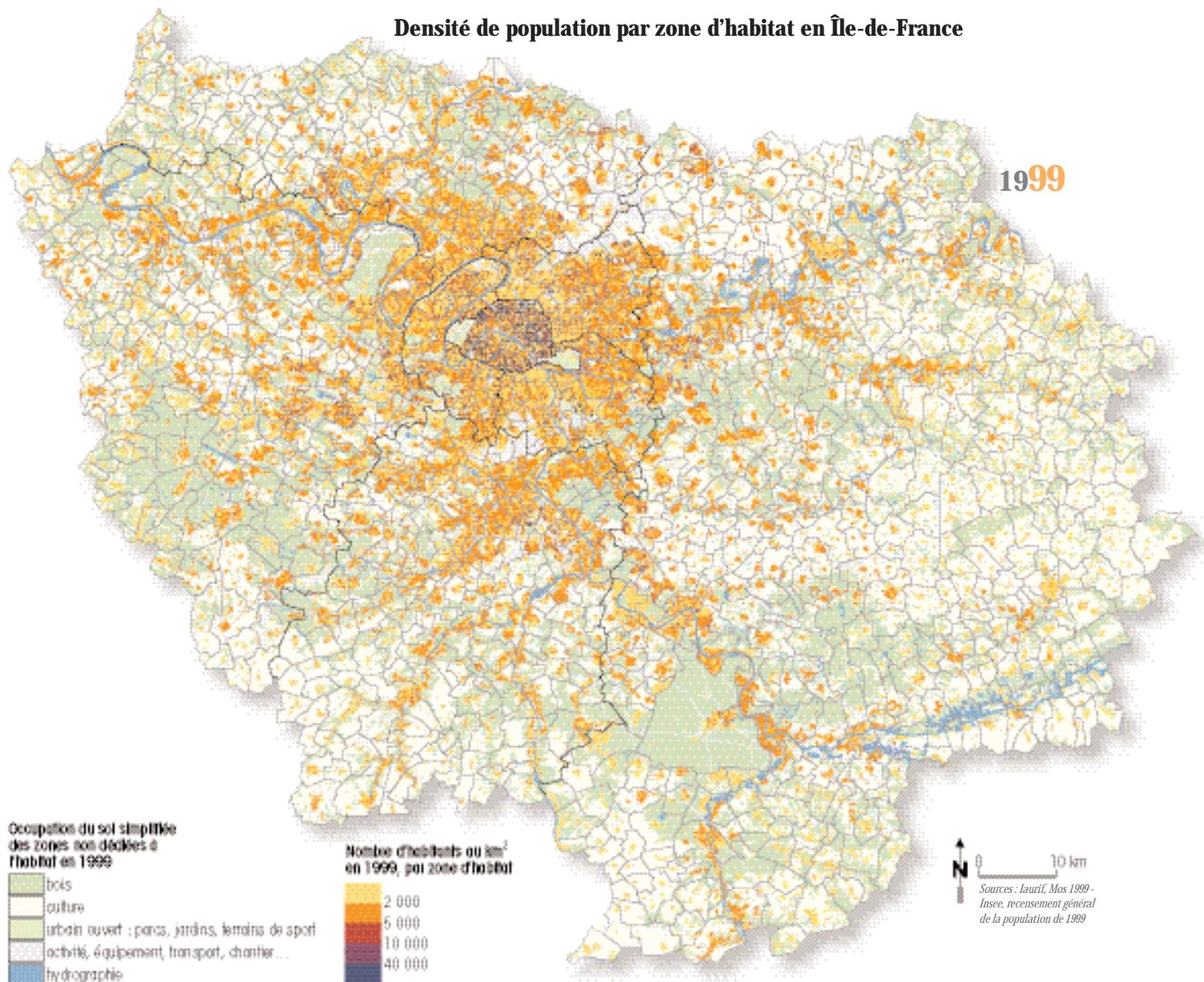
* Voir glossaire

** Lacs et étangs exclus

Source : Insee, recensement général de la population de 1999, État Civil

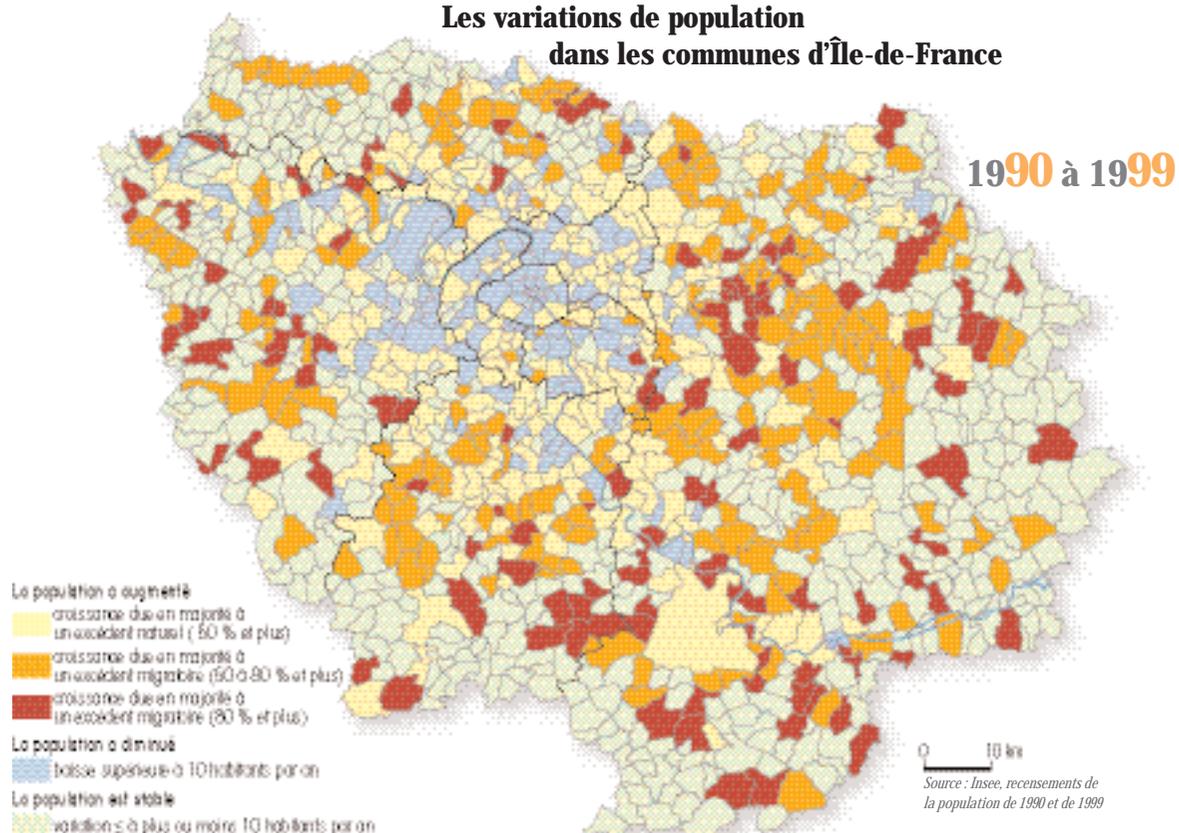
DENSITÉ DE POPULATION EN ÎLE-DE-FRANCE EN 1999

Densité de population par zone d'habitat en Île-de-France



Avec 10,95 millions d'habitants et une densité moyenne de 912 habitants au km², l'Île-de-France est la région la plus densément peuplée de France. Néanmoins, plus de la moitié de ses communes comptent moins de 150 habitants au km².

Les variations de population dans les communes d'Île-de-France



UNE RÉGION JEUNE ET FÉCONDE, MAIS DE FORTES DISPARITÉS COMMUNALES

Fiche 2

ATLAS DE LA SANTÉ EN ÎLE-DE-FRANCE

L'Île-de-France est la région qui compte le moins de personnes âgées et le plus de jeunes adultes. Cette relative jeunesse est confortée par une forte fécondité. Depuis 1997, le nombre de naissances est à la hausse, même s'il tend à se stabiliser depuis 2000. Les disparités sont importantes au sein de la région : jeunes adultes à Paris, familles avec enfant(s) en ville nouvelle, personnes âgées dans le rural.

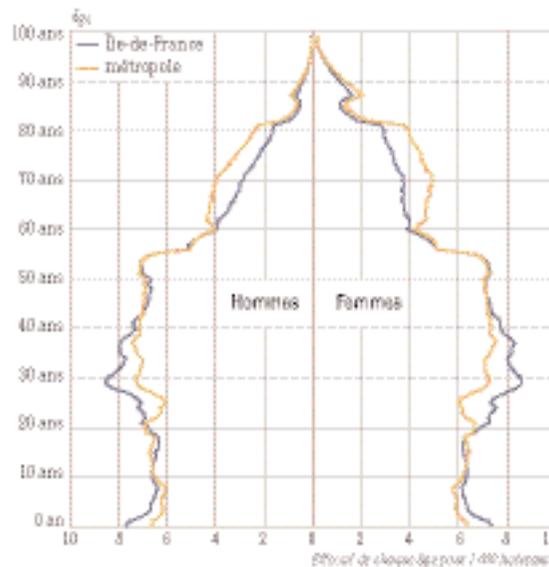
L'Île-de-France, une région jeune

Parmi l'ensemble des régions françaises, l'Île-de-France est celle dont la population comprend le moins de personnes âgées, le plus de jeunes adultes ainsi que beaucoup d'enfants. En 2002, 16,1 % des Franciliens ont 60 ans ou plus et 31,1 % sont âgés de 20 à 39 ans. En métropole, c'est le cas respectivement de 20,6 % et 27,6 % des résidents.

Par la diversité et l'importance de son marché du travail – l'Île-de-France pourvoit à un emploi sur cinq en France –, la région capitale est à la confluence de nombreux flux migratoires. Elle attire les jeunes en nombre.

En revanche, elle enregistre beaucoup plus de départs de familles avec enfants et de retraités qu'elle n'en voit s'installer. Arrivées régulières de jeunes et départs permanents de personnes plus âgées expliquent ainsi sa relative jeunesse. Sa natalité élevée lui permet en outre de compenser les effets négatifs des départs de familles avec enfants sur l'effectif des jeunes âgés de moins de 20 ans.

Pyramide des âges en Île-de-France et en métropole en 2002



Source : Insee, et l'Institut de la jeunesse et de la famille (IJSF)

Une fécondité élevée

En 2002, les Franciliennes ont mis au monde un peu plus de 173 500 enfants, soit 22,8 % du total métropolitain. C'est sensiblement plus que le poids démographique global de la région, 18,7 %. Deux effets se conjuguent pour former cette différence. D'une part, les générations en âge d'avoir des enfants sont surreprésentées en Île-de-France par rapport à la moyenne nationale : en 2002, 45 % de la population y a entre 15 et 44 ans, contre 41 % seulement en métropole. D'autre part, la fécondité y est supérieure à la moyenne : l'indicateur conjoncturel de fécondité* s'y établit à 1,94 enfant par femme en 2001, contre 1,87 en métropole.

Depuis 1997, le nombre de naissances est à la hausse dans la région comme en métropole : + 8 % entre 1997 et 2000 en Île-de-France (+ 7 % en métropole). En 2001 et 2002, ce nombre se stabilise à un niveau élevé dans la région, tandis qu'il diminue en province.

Alors qu'avant 1975 l'Île-de-France était une des régions les moins fécondes, elle fait désormais partie intégrante du «croissant fertile», délimité par le tiers nord du pays (hors Alsace et Lorraine) et le couloir rhodanien.

La tendance observée depuis plus de vingt ans à avoir ses enfants de plus en plus tard se poursuit : les Franciliennes qui ont eu un enfant avaient 30,4 ans en moyenne en 2002 lorsqu'elles ont accouché, contre 26,5 ans en 1977. Si la fécondité des femmes après 30 ans augmente, les maternités précoces se raréfient. En 2002, 56 % des nouveau-nés franciliens ont une mère âgée de 30 ans ou plus.

La proportion d'accouchements multiples, même si elle reste relativement faible, a augmenté ces dernières années, suite à la progression des traitements de la stérilité. En 2002, près de 1,6 % des accouchements étaient multiples en Île-de-France (1,5 % en métropole), soit un peu plus de 2 800 accouchements.

Fécondité très faible à Paris, élevée en Seine-Saint-Denis

Au sein de la région, le nombre moyen d'enfants par femme varie d'un département à l'autre. Ces disparités tiennent aux différences de structure sociodémographique. Ainsi, la fécondité est maximale en Seine-Saint-Denis : ce département compte une forte proportion d'ouvriers et d'étrangers, populations traditionnellement plus fécondes. Inversement, c'est à Paris que le nombre moyen d'enfants par femme est le plus faible : dans la capitale, le nombre de femmes vivant seules est important. Les départements de grande couronne, qui sont dotés d'une forte part de grands logements et de maisons individuelles, attirent plus les grandes familles. Ces départements affichent ainsi un nombre moyen d'enfants par femme plus élevé qu'au centre de la région, la Seine-Saint-Denis mise à part.

De fortes disparités dans la composition par âge des communes

La géographie des âges oppose nettement les espaces urbains aux communes périurbaines et aux espaces ruraux. Ces différences tiennent aux caractéristiques des logements offerts, mais aussi à l'attrait actuel ou passé des communes. L'histoire de l'urbanisation des communes joue aussi un rôle décisif.

Paris, qui comporte essentiellement des petits logements locatifs, attire les jeunes adultes. Par ailleurs, l'offre de la capitale en matière d'études supérieures et d'emploi participe de l'attrait exercé sur les jeunes, notamment les provinciaux.

Les communes limitrophes de Paris et les centres urbains de grande couronne bien desservis ont un profil assez similaire, même si, pour ces dernières, la proportion d'enfants et de jeunes adultes est plus proche de la moyenne régionale. De croissance récente, les communes de ville nouvelle accueillent une majorité de jeunes couples avec enfants. Les familles avec enfants sont aussi très présentes dans l'espace périurbain, mais les parents, comme les enfants, y sont en moyenne plus âgés qu'en ville nouvelle.

Les communes franciliennes comportant le plus de personnes âgées se situent aux franges de l'agglomération et dans l'espace rural, au sud des Hauts-de-Seine, mais aussi dans Paris où se trouve un grand nombre de logements anciens et exigus.

Fécondité et natalité selon les départements

Départements	ICF*	Nombre de naissances domiciliées	
	2001	1997	2002
Paris	1,64	29 744	32 237
Hauts-de-Seine	1,98	22 911	24 515
Seine-Saint-Denis	2,35	22 264	25 702
Val-de-Marne	1,97	18 907	19 608
Petite couronne		64 082	102 062
Seine-et-Marne	1,96	16 491	17 728
Yvelines	2,01	19 377	19 655
Essonne	2,04	16 525	16 927
Val-d'Oise	2,10	16 028	17 152
Grande couronne		68 421	71 462
Île-de-France	1,94	162 247	173 524
France métropolitaine	1,87	726 768	760 065

* Nombre moyen d'enfants par femme (Voir glossaire)

Source : Insee, état civil

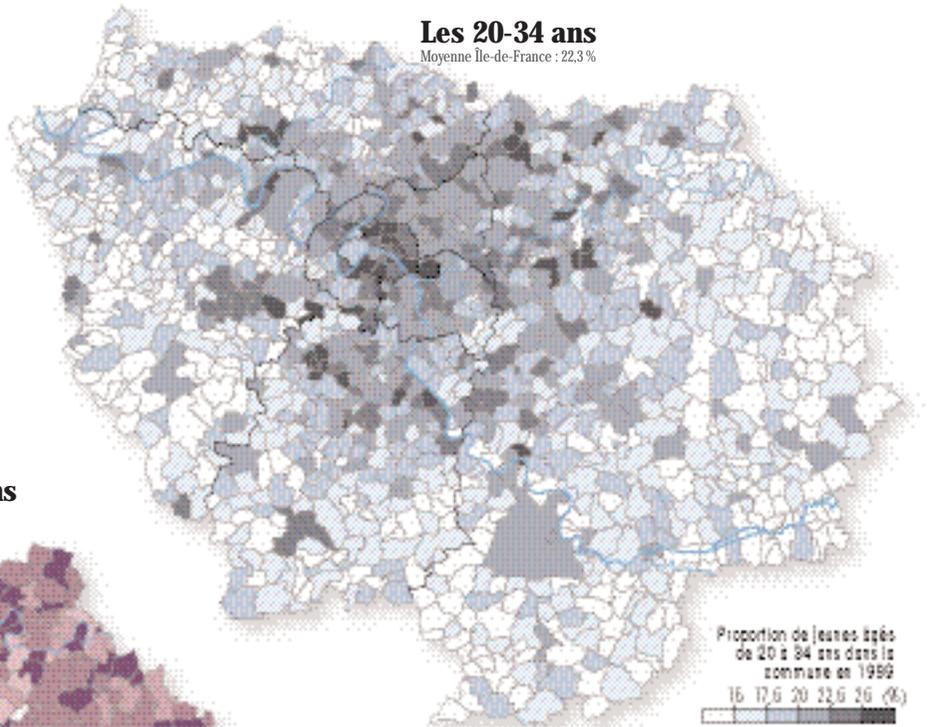


L. Reynaert / laurif

FÉCONDITÉ ET PART DES MOINS DE 35 ANS EN ÎLE-DE-FRANCE EN 1999

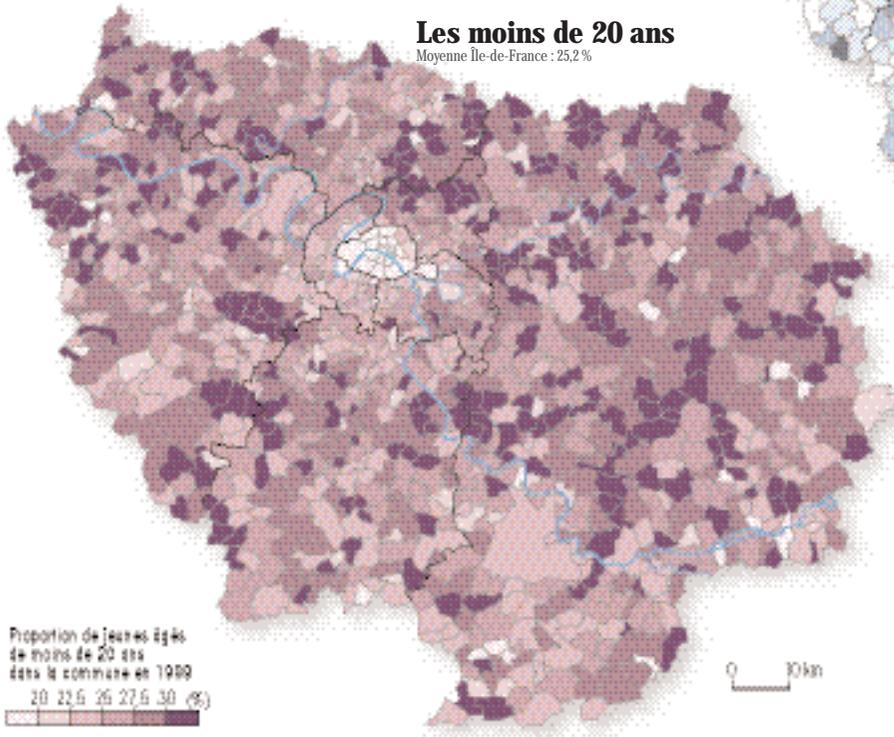
Les 20-34 ans

Moyenne Île-de-France : 22,3 %



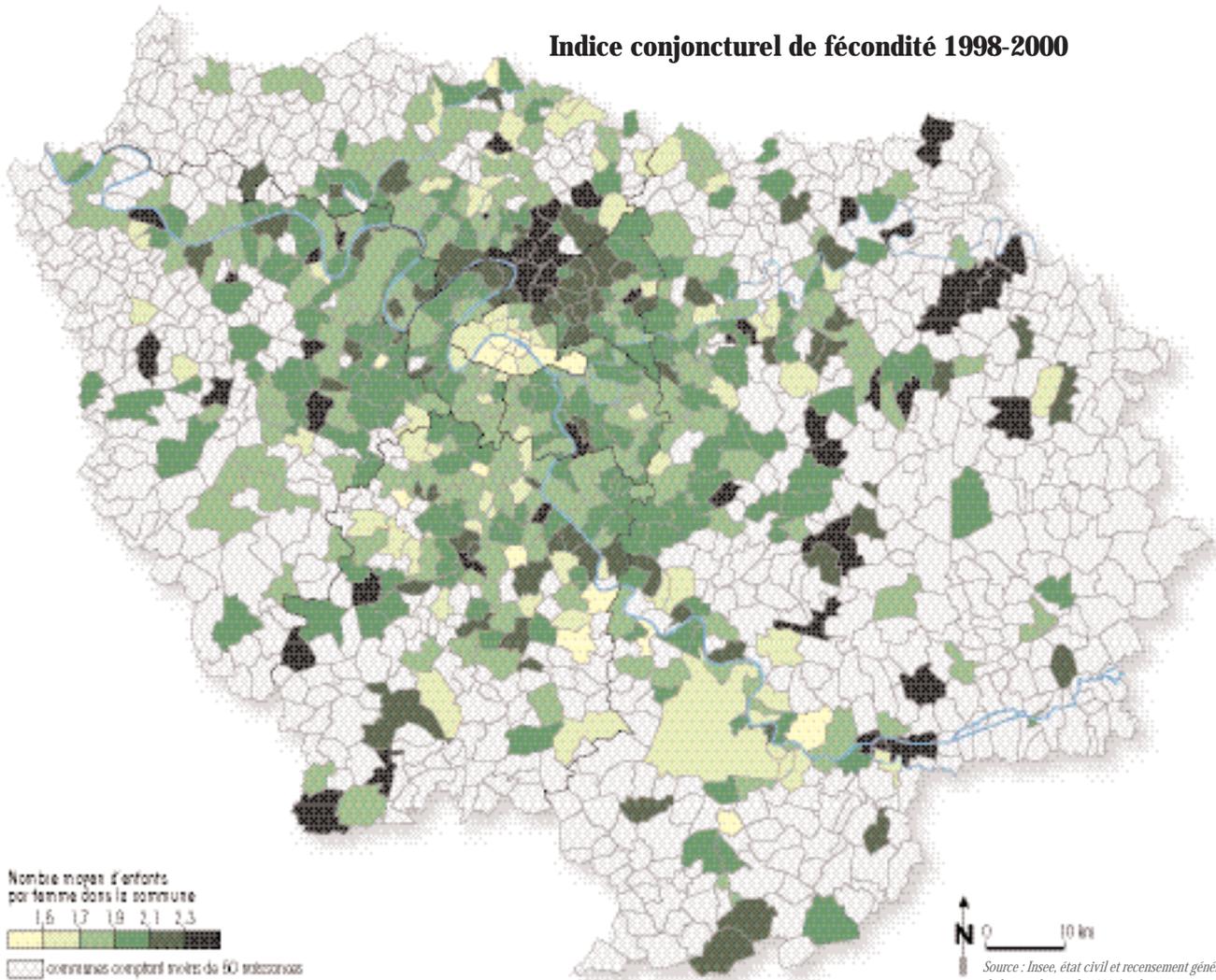
Les moins de 20 ans

Moyenne Île-de-France : 25,2 %



Paris attire les jeunes adultes, mais la proportion des moins de 20 ans y est peu importante. Les familles avec enfants sont plus présentes en ville nouvelle et dans l'espace périurbain. Le nombre moyen d'enfants par femme est faible à Paris, élevé en Seine-Saint-Denis et dans certaines communes périurbaines.

Indice conjoncturel de fécondité 1998-2000



Source : Insee, état civil et recensement général de la population de 1999 (exploitation principale)

UNE AUGMENTATION DU NOMBRE DE PERSONNES ÂGÉES

Fiche 3

ATLAS DE LA SANTÉ EN ÎLE-DE-FRANCE

Les Franciliens âgés de 60 ans ou plus sont de plus en plus nombreux : près de 1 820 milliers en 1999. La population d'Île-de-France continue de vieillir, mais à un rythme moindre que celui de la province. Le vieillissement est plus sensible en grande couronne, même si les départements y restent en moyenne plus jeunes.

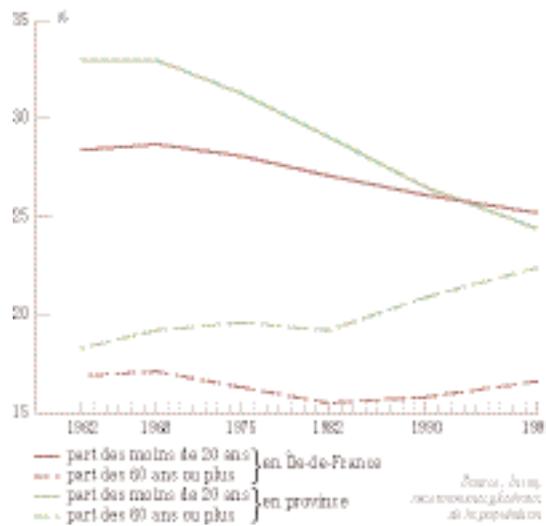
Plus de Franciliens âgés

Au recensement de 1999, près de 1,82 million de Franciliens étaient âgés de 60 ans ou plus. Ce nombre a augmenté de 143 000 entre 1990 et 1999, soit une progression de 8,5 %. Les hausses sont plus fortes aux âges les plus élevés. En 1999, l'Île-de-France compte 210 000 personnes de 85 ans ou plus (1,9 % de la population), soit une progression du quart des effectifs depuis 1990 (+ 41 500 personnes).

Les personnes âgées de 60 ans ou plus représentent une part de plus en plus importante de la population (15,7 % en 1990, 16,6 % en 1999). Cette hausse a été freinée dans la région par les nombreux départs de retraités vers la province, même si l'intensité des mobilités des Franciliens âgés vers la province diminue.

L'allongement de la durée de vie (+ 2 ans entre 1990 et 1999) contribue au vieillissement de la population. Cependant, l'augmentation des personnes âgées sur la période récente résulte principalement de la disparition progressive des générations peu nombreuses nées pendant la première guerre mondiale et de leur remplacement par des générations plus nombreuses.

Évolution de la part des plus de 60 ans et des moins de 20 ans depuis 1962



Un écart accru entre l'Île-de-France et la province

L'évolution de la population âgée est encore plus marquée en province, où la proportion des personnes de 60 ans ou plus est passée de 20,9 % à 22,4 %. Parallèlement, la part des moins de 20 ans s'y est davantage réduite. Ainsi, l'Île-de-France vieillit à un rythme inférieur à celui de la province. Alors que l'âge moyen de la population francilienne a progressé de 35,3 ans en 1990 à 36,5 ans en 1999, il augmentait dans le même temps de 37,3 à 39,1 ans en province.

La hausse de l'âge moyen de la population dans la région s'explique davantage par l'augmentation de la part des personnes âgées de 40 à 59 ans dans la population que par celle des seniors. Plus particulièrement, les adultes âgés de 45 à 54 ans, nés juste après la guerre, constituent des générations à effectif important. Le départ à la retraite de ces générations devrait accélérer le vieillissement de la population dans les années à venir.

Par ailleurs, ce vieillissement est renforcé par la baisse de la fécondité intervenue entre 1964 et 1976 et donc par le remplacement des générations du baby-boom par des générations à effectif moins important. Le regain de naissances observé depuis 1998 permettra de ralentir un peu le vieillissement de la région, mais pas de modifier cette tendance.

Vieillesse plus rapide en grande couronne

Ce sont les départements de grande couronne qui vieillissent le plus, même s'ils comptent parmi les plus jeunes des départements de métropole. La part des personnes âgées de 60 ans ou plus y a augmenté de 2 points depuis 1990 et la part des moins de vingt ans y a diminué de 1,8 point. Le vieillissement a été particulièrement sensible dans les villes nouvelles. La moyenne d'âge y est passée de 28,9 à 31,7 ans, et la part des jeunes de moins de vingt ans a diminué de 4 points (31,7 % en 1999 contre 35,7 % en 1990).

En petite couronne, et notamment dans le département des Hauts-de-Seine, le vieillissement a été beaucoup moins fort : la part des 60 ans ou plus a augmenté de 0,8 point et celle des moins de vingt ans a diminué de 0,3 point.

Depuis 1990, la proportion des jeunes retraités (60-74 ans) s'accroît sensiblement dans le périurbain situé à l'ouest et au sud de la région et recule à Paris. En effet, la capitale suit une évolution différente, puisque la part des personnes âgées de 60 ans ou plus diminue, et celle des 20-39 ans reste stable, alors qu'elle baisse dans tous les autres départements. À Paris, la concentration de la population dans les classes d'âge actif continue de se renforcer.



L. Reynaert / Laurif

Répartition de la population par tranche d'âge en 1999 (en %), et évolution depuis 1990 (en points)

Départements	0-19 ans		20-39 ans		40-59 ans		60-74 ans		75ans et +		Âge moyen	
	1999	Évol. 90-99	1999	Évol. 90-99	1999	Évol. 90-99	1999	Évol. 90-99	1999	Évol. 90-99	1990	1999
Paris	18,3	-0,4	36	0,1	26,1	1,4	11,7	-0,6	7,9	-0,6	39,4	39,5
Hauts-de-Seine	23,6	0	32,5	-1	25,7	0,8	11,5	-0,1	6,7	0,3	37,1	37,7
Seine-Saint-Denis	28	-0,5	30,9	-2,9	26	2,2	10,3	0,9	4,7	0,3	34,1	35,1
Val-de-Marne	24,8	-0,5	31,2	-2,2	26,4	1,6	11,4	0,7	6,2	0,4	36,1	37,3
Petite couronne	25,5	-0,3	31,6	-2	26	1,5	11,1	0,5	5,9	0,3	35,8	36,7
Seine-et-Marne	28,8	-2,3	29,3	-2,3	27,3	3,5	9,6	1	5	0,1	33,6	35,4
Yvelines	27,7	-2	28,9	-2,4	27,7	1,8	10,7	1,9	5	0,6	34,1	36,1
Essonne	27,2	-1,5	30,1	-2,5	27,3	1,4	10,7	2,2	4,8	0,4	34,2	36
Val-d'Oise	29,1	-1,6	29,7	-3	27,1	3	9,7	1,2	4,5	0,4	33,3	35
Grande couronne	28,1	-1,8	29,5	-2,5	27,4	2,4	10,2	1,6	4,8	0,4	33,8	35,7
Île-de-France	25,2	-0,9	31,5	-1,9	26,6	1,9	10,8	0,7	5,8	0,1	35,3	36,5
Province	24,4	-2,1	27,4	-2,2	25,8	2,8	14,3	0,8	8,1	0,7	37,3	39,1

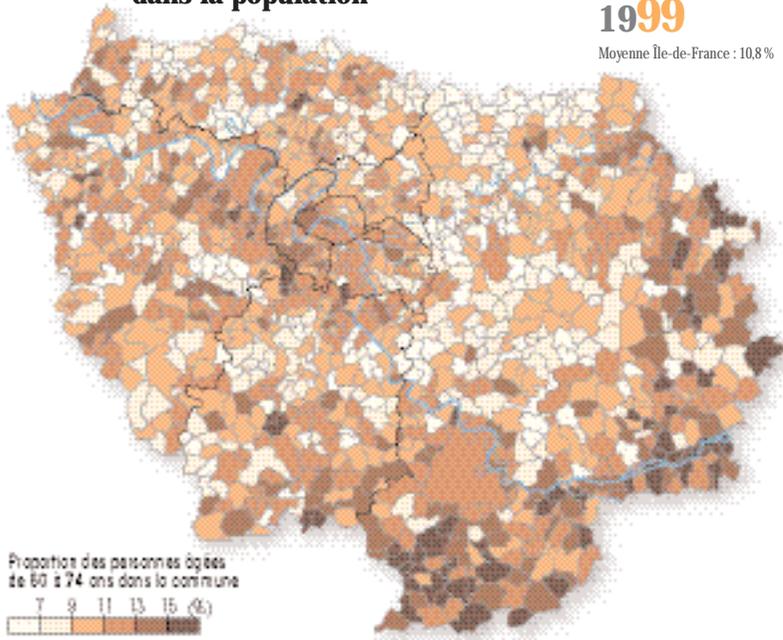
Source : Insee, recensements généraux de la population de 1990 et de 1999

LA PART DES FRANCILIENS ÂGÉS ET SON ÉVOLUTION RÉCENTE

Part des personnes âgées de 60 à 74 ans dans la population

1999

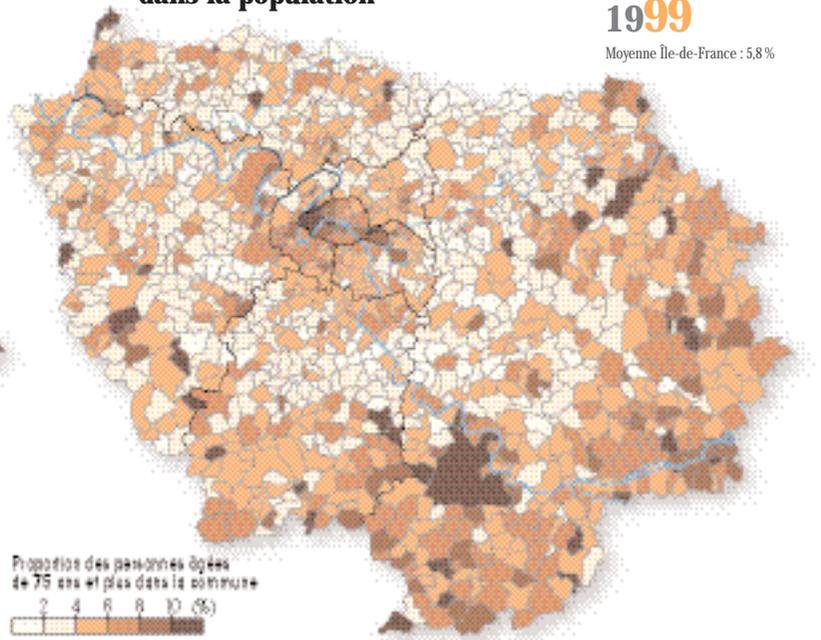
Moyenne Île-de-France : 10,8%



Part des personnes âgées de 75 ans ou plus dans la population

1999

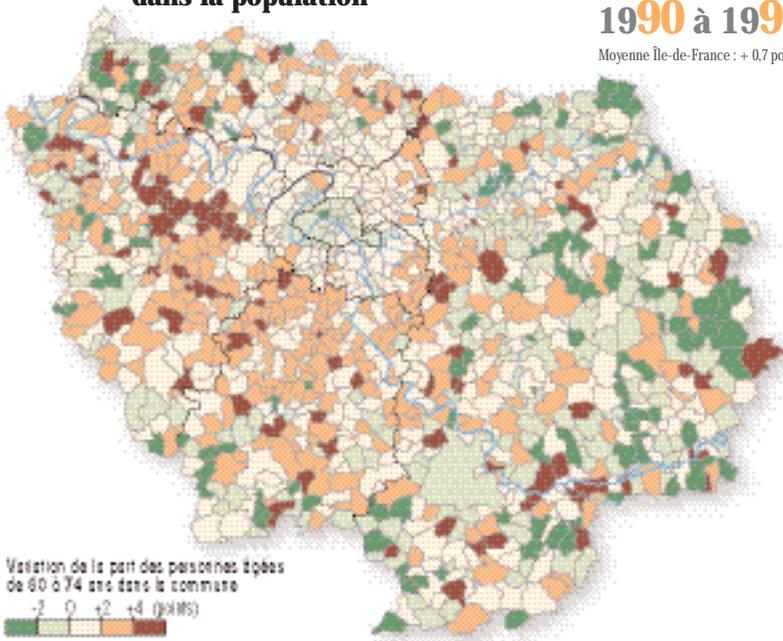
Moyenne Île-de-France : 5,8%



Évolution de la part des personnes âgées de 60 à 74 ans dans la population

1990 à 1999

Moyenne Île-de-France : + 0,7 point

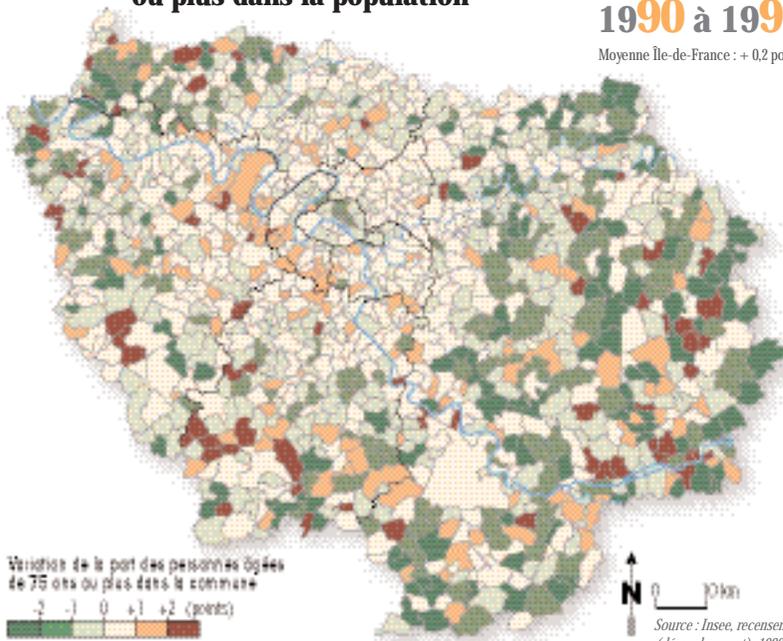


La part des personnes âgées est élevée dans les zones rurales encore peu touchées par la périurbanisation et dans les secteurs aisés de l'Ouest parisien. Les personnes âgées de 60 à 74 ans sont de plus en plus nombreuses dans les Yvelines et l'Essonne, tandis que le poids des plus âgés (75 ans ou plus) poursuit sa baisse dans le périurbain et s'accroît rapidement dans le corridor aisé qui s'étire du sud des Hauts-de-Seine jusqu'à Poissy dans les Yvelines.

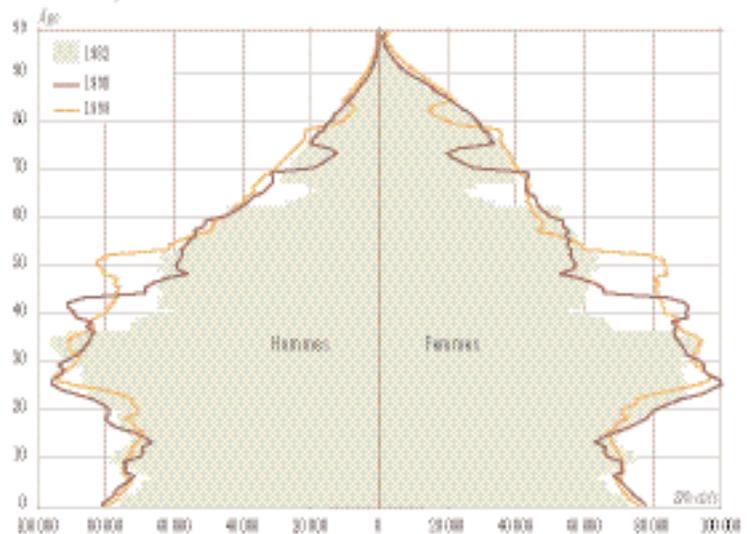
Évolution de la part des personnes âgées de 75 ans ou plus dans la population

1990 à 1999

Moyenne Île-de-France : + 0,2 point



Répartition par âge de la population francilienne en 1982, 1990 et 1999



Source : Insee, recensements généraux de la population de 1982 (dénombrement), 1990 (exhaustif) et de 1999 (exploitation principale)

DE PLUS EN PLUS DE PERSONNES SEULES ET DE FAMILLES MONOPARENTALES

Fiche 1

Comme à l'échelon national, la vie en solitaire progresse en Île-de-France à tous les âges. En 1999, près de 1,6 millions de Franciliens vivent seuls. La vie à deux sans enfant progresse aussi. Le nombre de couples avec un ou deux enfants recule, mais il est de plus en plus courant d'élever seul son enfant.

En Île-de-France, un peu plus de 4,5 millions de ménages ont été dénombrés en 1999, soit 6,5 % de plus qu'en 1990. Au cours de la dernière décennie, la composition des ménages a continué à se transformer sous l'effet, notamment, de la plus grande fréquence des ruptures d'union, du vieillissement de la population et de la montée du célibat. En 1999, sur dix ménages, environ quatre se composent d'une seule personne, trois d'un couple avec enfants, deux d'un couple sans enfant et un d'une famille monoparentale.

La solitude progresse à tous les âges

Près de 1,6 million de Franciliens, célibataires, veufs ou divorcés vivent seuls en 1999. En moins de dix ans, le nombre de personnes seules a augmenté de 16 %. Désormais, 35 % des ménages franciliens sont composés d'une seule personne (31 % en France), soit trois points de plus qu'en 1990.

Si, autrefois, la solitude concernait surtout les seniors, aujourd'hui elle touche tous les âges. La part des personnes âgées de plus de 60 ans parmi les isolés reste élevée (36 %), mais, chez les personnes âgées, le nombre de personnes seules a moins augmenté qu'aux autres âges : + 6 % en neuf ans, contre + 18 % chez les moins de 40 ans et surtout + 31 % chez les 40-59 ans sous l'effet du vieillissement des générations du baby-boom.

La solitude a progressé plus rapidement chez les hommes que chez les femmes. Les personnes isolées restent toutefois des femmes près de six fois sur dix.

Plus de la moitié des Parisiens occupent seuls leur logement, généralement des étudiants, des jeunes actifs ou des retraités. Plus on s'éloigne de la capitale, plus le poids des isolés diminue.

Moins de couples avec enfants

Les couples mariés ou non restent majoritaires au sein des ménages franciliens et métropolitains. Toutefois, la part des couples, avec ou sans enfants, se réduit : 54 % en Île-de-France en 1999, contre 58 % en 1990 et 61 % en 1962, ces proportions étant en moyenne inférieures de dix points à celles de la France.

En 1999, près de 1,5 million de ménages franciliens étaient formés d'un couple avec enfants, soit 65 600 de moins qu'en 1990. C'est le nombre de couples avec 1 à 2 enfants (79 % des couples avec enfants) qui a diminué, le nombre de ménages composés de couples avec 3 enfants et plus, lui, ayant légèrement augmenté.

Le nombre de couples sans enfant a également augmenté, de 49 100 unités entre 1990 et 1999 pour s'établir à 985 000. Ces derniers représentent désormais 40 % de l'ensemble des couples, contre 38 % neuf ans auparavant.

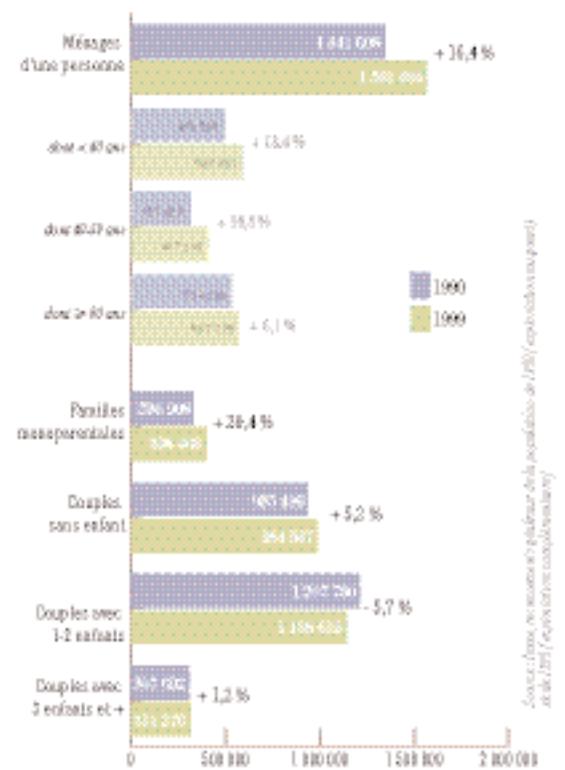
Sensible augmentation du nombre de familles monoparentales

La dernière période intercensitaire a été marquée par la forte progression du nombre de familles monoparentales (+ 20 %), leur nombre passant de 331 000 à près de 400 000. Cette évolution n'a pas été uniforme sur le territoire. Au sein de la région, les taux d'évolution varient de 5 % (Paris) à 44 % (Seine-et-Marne). Au total, la part de ces familles dans l'ensemble des ménages reste plus forte en Île-de-France qu'en province (9 % contre 8 %), sauf dans la capitale où elle atteint 7 % seulement.

Dans plus de 85 % des cas, la charge d'une famille à parent isolé revient aux femmes. En cas de divorce, les femmes ont plus souvent que les hommes la garde des enfants et, comme en cas de veuvage, elles fondent moins souvent que les hommes une nouvelle union, surtout si elles ont des enfants jeunes.

Les familles monoparentales sont plus fréquentes dans les communes urbanisées comportant beaucoup de logements sociaux. C'est surtout le cas en Seine-Saint-Denis, mais aussi en ville nouvelle.

Les ménages en Île-de-France en 1990 et 1999



Source : Insee, recensement général de la population de 1999 (exploitation complémentaire) et de 1990 (recensement complémentaire).

Île-de-France : type et composition des ménages selon le département en 1999

Départements	Structure des ménages (en %)									
	Ménages d'une personne			Autres ménages sans famille	Famille principale monoparentale	Famille principale comprenant un				Ensemble des ménages
	Total	Hommes	Femmes			Total	Couple sans enfant	Couple avec 1-2 enfant(s)	Couple avec 3 enfants ou +	
Paris	52,4	21,9	30,5	4,3	7,1	36,2	18,5	14,3	3,4	100
Hauts-de-Seine	38	15,6	22,4	2,5	8,9	50,7	22,2	22,9	5,6	100
Seine-Saint-Denis	30,3	13	17,3	2,5	11,4	55,8	20,3	26,4	9,1	100
Val-de-Marne	32,4	13	19,4	2,3	10	55,4	22,6	26,5	6,3	100
Petite couronne	33,9	14	19,9	2,4	10	53,7	21,7	25,1	6,9	100
Seine-et-Marne	22,9	9,8	13,1	1,5	8,6	67	24,2	33,3	9,6	100
Yvelines	25,1	10,3	14,8	1,6	8,2	65,1	24,6	31,4	9	100
Essonne	24,4	10,4	14	1,5	8,9	65,2	24,7	32,5	8	100
Val-d'Oise	23,7	9,6	14,1	1,7	9,8	64,9	22,6	32,2	10,1	100
Grande couronne	24,1	10,1	14	1,6	8,8	65,5	24,1	32,3	9,1	100
Île-de-France	34,6	14,4	20,2	2,6	8,8	54	21,8	25,2	6,9	100
Nombre de ménages	1 561 484	649 444	912 040	115 229	398 468	2 434 442	984 547	1 138 619	311 276	4 509 623

Source : Insee, recensement général de la population de 1999 (exploitation complémentaire)



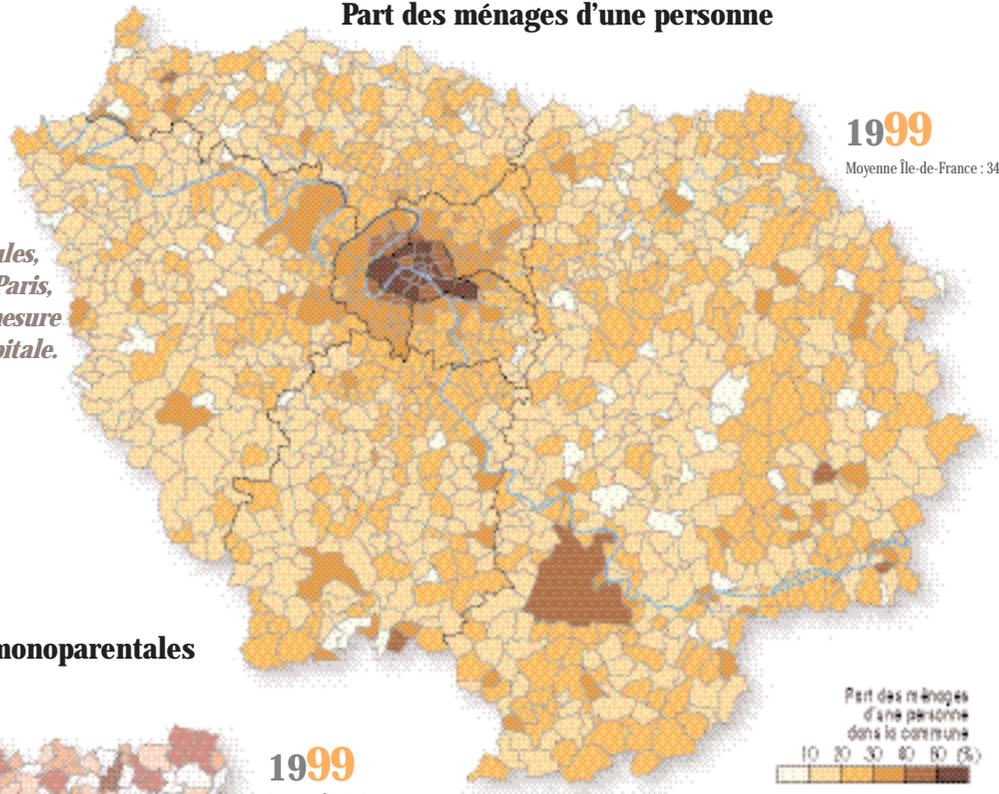
L. Reynaert / laurif

LES MÉNAGES FRANCILIENS EN 1999

Part des ménages d'une personne

1999
Moyenne Île-de-France : 34,6 %

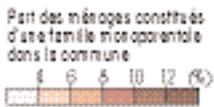
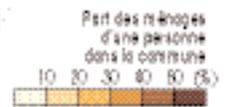
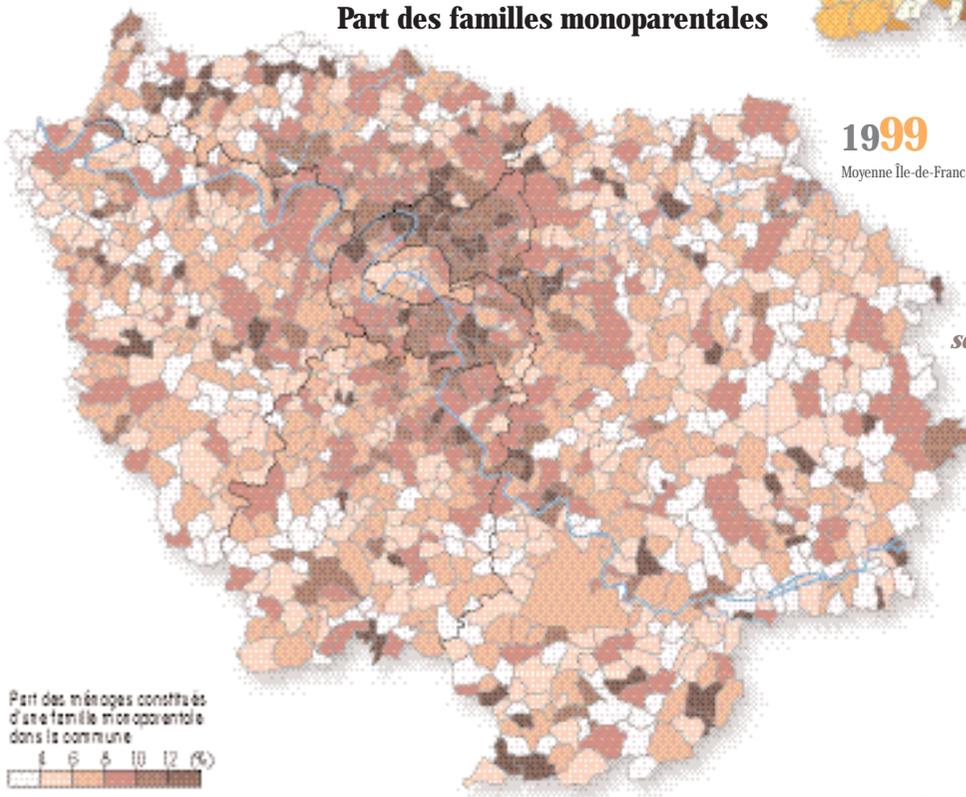
La part des personnes seules, importante à Paris, décroît au fur et à mesure que l'on s'éloigne de la capitale.



Part des familles monoparentales

1999
Moyenne Île-de-France : 8,8 %

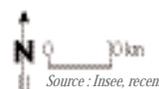
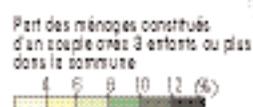
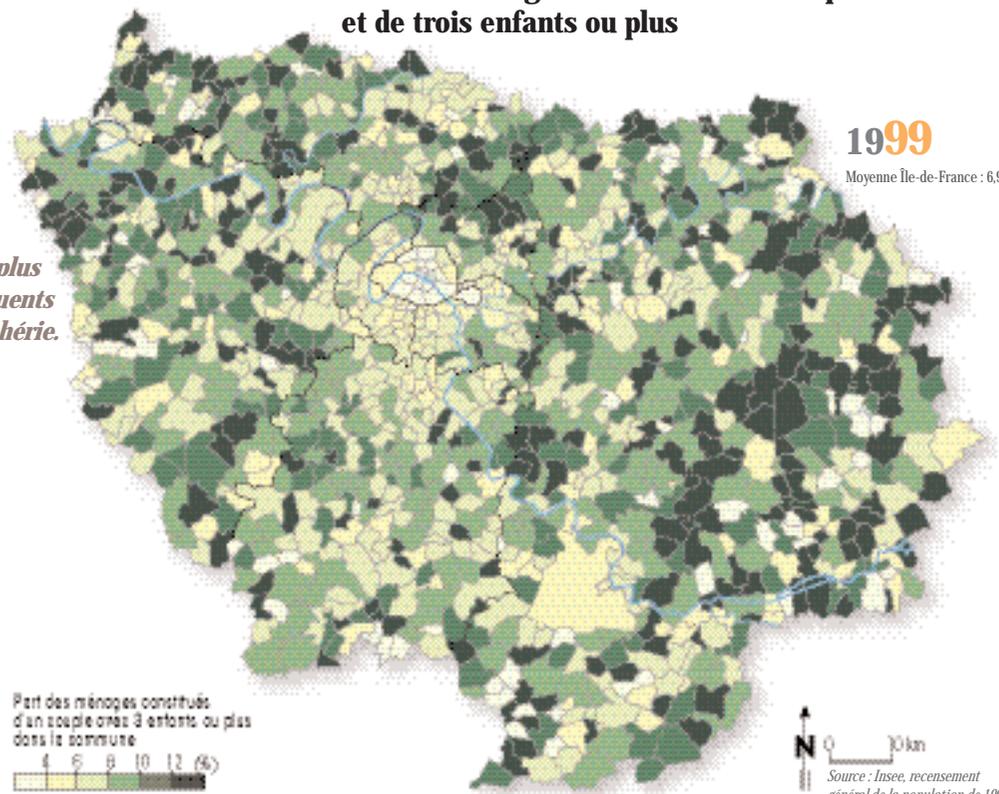
Les familles monoparentales, elles, sont fréquentes dans les communes urbanisées comportant beaucoup de logements sociaux, comme en Seine-Saint-Denis, mais aussi en ville nouvelle.



Part des ménages constitués d'un couple et de trois enfants ou plus

1999
Moyenne Île-de-France : 6,9 %

Les couples avec 3 enfants ou plus sont plus fréquents dans les communes de périphérie.



Source : Insee, recensement général de la population de 1999 (exploitation complémentaire)

LES DISPARITÉS SOCIALES SE RENFORCENT SUR LE TERRITOIRE RÉGIONAL

Fiche 2

ATLAS DE LA SANTÉ EN ÎLE-DE-FRANCE

L'Île-de-France est une région riche aux contrastes sociaux très marqués. Si elle accueille 18 % de la population métropolitaine, elle concentre 36 % des ménages français de cadres, 40 % des étrangers vivant en France ont choisi de s'y installer et 26 % des personnes touchant le RMI y vivent. 30 % des personnes résidant dans une zone urbaine sensible sont aussi des Franciliens. Ces contrastes se sont inscrits sur le territoire régional et tendent à s'accroître avec le temps. Les espaces aisés de l'ouest ont renforcé leur statut. Au cœur de la région, Paris est le siège d'un processus d'embourgeoisement avéré par une progression des cadres et des revenus moyens. À l'opposé, les secteurs plus populaires de l'Est francilien tendent à accueillir des populations toujours plus modestes. La Seine-Saint-Denis est ainsi le seul département francilien à avoir enregistré une baisse du revenu moyen de ses habitants en euros constants entre 1984 et 2000.

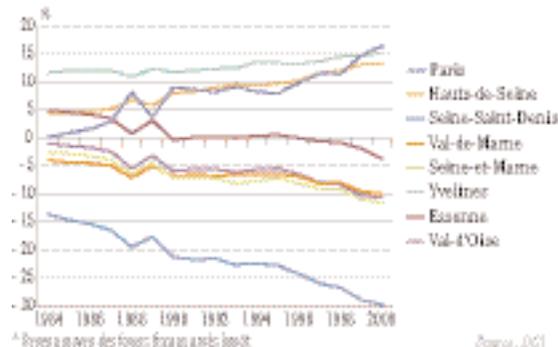
Le paysage social de l'Île-de-France est l'un des plus contrastés de France. Le revenu disponible moyen d'un ménage francilien dépasse certes de près d'un quart celui d'un habitant de province, mais cette moyenne masque de fortes disparités entre un pôle aisé situé à l'ouest de la région et les secteurs défavorisés du Nord et de l'Est parisien qui accueillent beaucoup de quartiers en zone urbaine sensible. Loin de s'atténuer, les écarts ont eu tendance à se creuser depuis plus de vingt ans.

Moins de ménages d'ouvriers, plus de ménages de cadres

La structure sociale, en France comme en Île-de-France, continue de se déformer «par le haut» au profit des catégories moyennes et supérieures. La part des ménages d'ouvriers, les plus nombreux il y a vingt ans, s'est fortement réduite parmi l'ensemble des ménages franciliens (21,1 % en 1982 ; 14,8 % en 1999). Et celle des employés s'est légèrement tassée (15,8 % en 1982 ; 14,6 % en 1999). *A contrario*, l'évolution du système productif a généré une forte progression des ménages de cadres (14,7 % en 1982 ; 18,3 % en 1999), qui sont aujourd'hui dominants parmi les ménages d'actifs. Leurs effectifs se sont accrus trois fois plus rapidement que ceux de l'ensemble des ménages franciliens entre 1982 et 1999, une évolution surtout perceptible dans la décennie quatre-vingt. L'augmentation certes plus modérée des ménages dont la personne de référence exerce une profession intermédiaire (16,2 % des ménages franciliens en 1982, 17,1 % en 1999) a aussi «tiré» vers le haut la structure sociale.

L'amélioration des conditions de vie des ménages de retraités, qui bénéficient de plus en plus souvent d'une double retraite, renforce ce constat. La part des ménages retraités s'est sensiblement accrue, passant de 19,6 % en 1982 à 23,5 % en 1999. En revanche, chez les actifs, et notamment parmi les classes populaires, de plus en plus de ménages vivent sur un seul revenu d'activité, du fait de l'instabilité des structures familiales et de la montée du chômage. Les difficultés économiques, les transformations des modes de vie et la montée de l'activité féminine ont des effets contrastés, selon les catégories sociales, qui tendent à amplifier les différences de niveau de vie entre elles et contribuent ainsi à l'accroissement des disparités spatiales.

Évolution des écarts de revenu* départementaux à la moyenne régionale entre 1984 et 2000



Une forte division sociale de l'espace

Les contrastes sociaux sont très aigus et relativement anciens en Île-de-France. Aux espaces aisés de l'Ouest francilien s'opposent les territoires plus populaires de l'est. Ce sont les cadres qui sont géographiquement les plus concentrés. Les ménages d'ouvriers sont plus dispersés, mais avec de fortes concentrations locales en Seine-Saint-Denis, autour de Roissy-en-France, le long de la Seine et en Seine-et-Marne. Les professions intermédiaires privilégient les espaces périurbains et les villes nouvelles. Les employés, assez dispersés sur le territoire, sont sur-représentés au nord et au sud-est de la

capitale. Les ménages d'inactifs sont plus présents au cœur de l'agglomération et aux franges rurales de la région.

Cette image différenciée de l'espace régional peut aussi être résumée par les écarts de revenu moyen entre les communes franciliennes. Le revenu retenu ici est le revenu moyen après impôt des foyers fiscaux⁽¹⁾, fourni annuellement par la Direction générale des impôts pour chaque commune. En 2000, Paris, les Yvelines et les Hauts-de-Seine accueillent les populations parmi les plus aisées de France. Le revenu moyen après impôt des foyers fiscaux parisiens (20 690 euros) dépasse de 50 % le revenu moyen des Français et de 16 % la moyenne de l'Île-de-France. À l'inverse, le revenu moyen de la Seine-Saint-Denis est inférieur de 10 % à la moyenne nationale, de 30 % à la moyenne régionale et de 40 % à celle des Parisiens.

Revenu moyen après impôt des foyers fiscaux par département (euros de 2000)

Départements	1984	1990	2000
Paris	14 965	18 056	20 690
Hauts-de-Seine	15 610	17 886	20 134
Seine-Saint-Denis	12 904	13 038	12 486
Val-de-Marne	14 355	15 437	16 007
Seine-et-Marne	14 531	15 393	15 720
Yvelines	16 684	18 509	20 483
Essonne	15 694	16 504	17 121
Val-d'Oise	14 797	15 577	15 884
Île-de-France	14 934	16 548	17 766

Source : DGI

Le marquage territorial s'est renforcé

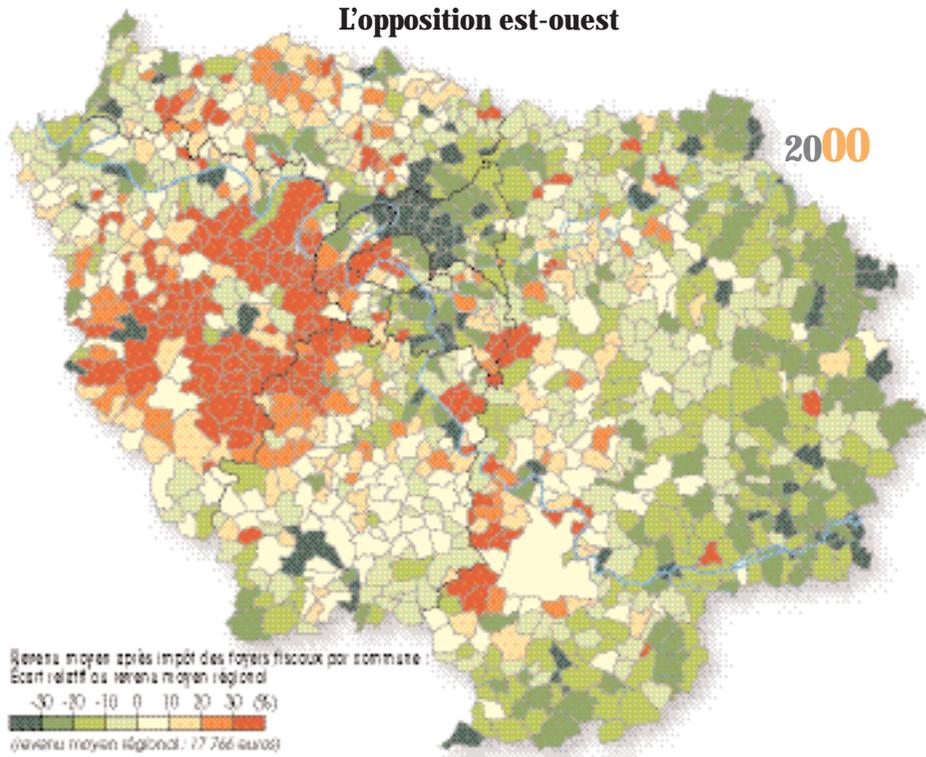
Les inégalités de revenu se sont nettement accrues sur le territoire francilien depuis vingt ans. Le classement par décile des foyers fiscaux par commune, des 10 % les plus riches aux 10 % les plus pauvres, réalisé en 1984, atteste d'une montée des inégalités spatiales depuis lors. Le revenu moyen des 10 % des foyers fiscaux résidant dans les communes les plus aisées s'est accru de 55 % en euros constants entre 1984 et 2000, mais a baissé de 1,5 % dans les communes où résident les 10 % des foyers fiscaux les plus modestes. La moyenne régionale s'est accrue de 19 % sur l'ensemble de la période.

Depuis 1984, l'Île-de-France est passée par des phases de croissance économique (1984-1990 ; 1996-2000) et de crise (1990-1996) avec des répercussions spatiales inégales. Entre 1984 et 1990, le revenu moyen des Franciliens après impôt s'est accru de 10,8 % en euros constants. Il a baissé de 2 % entre 1990 et 1996, puis a regagné 9,6 % entre 1996 et 2000. L'analyse communale montre que le creusement des inégalités se fait surtout pendant les périodes de croissance, qui bénéficient avant tout aux secteurs les plus aisés de la région. La crise a été mieux «partagée», mais a été toutefois plus marquée dans les secteurs les plus modestes. À l'échelle départementale, la Seine-Saint-Denis s'avère le seul département à avoir enregistré un recul du revenu moyen réel sur l'ensemble de la période (- 3,2 %), quand celui de Paris s'est accru de 38 %. La capitale compte un peu plus d'actifs cadres que d'employés et d'ouvriers réunis, alors que ce ratio est légèrement en-deçà de 0,5 dans la région. Ce ratio s'est fortement accru à Paris depuis 1990, témoignant d'un processus rapide d'embourgeoisement, même si le territoire parisien reste lui aussi socialement contrasté. La Seine-Saint-Denis, qui abrite près du quart des Franciliens habitant en ZUS, a très peu bénéficié de la reprise des années 1996-2000 (+ 1,4 %). Il en va de même des communes du département ayant une ZUS sur leur territoire (+ 0,9 %). Le revenu moyen de l'ensemble de ces communes a baissé de 5,1 % en euros constants depuis 1984.

(1) Voir glossaire.

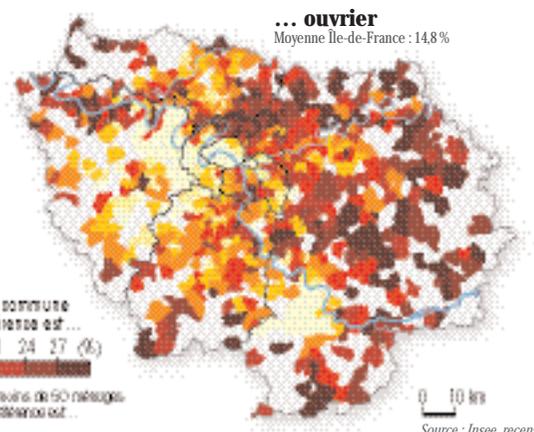
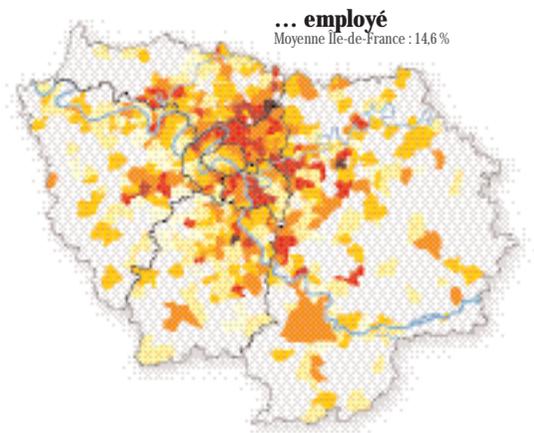
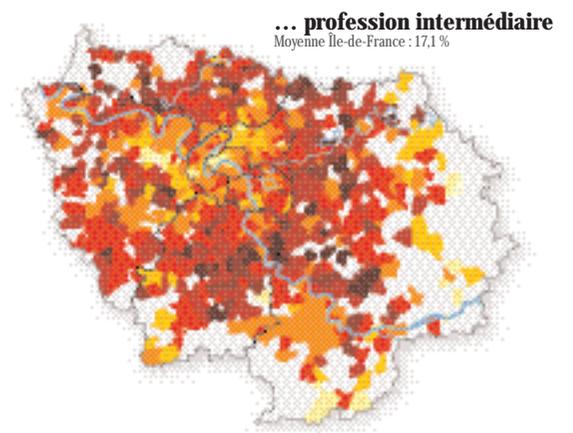
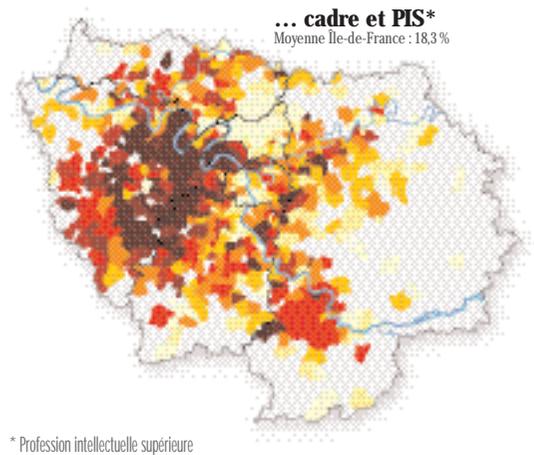
LE PAYSAGE SOCIAL FRANCILIEN

L'opposition est-ouest

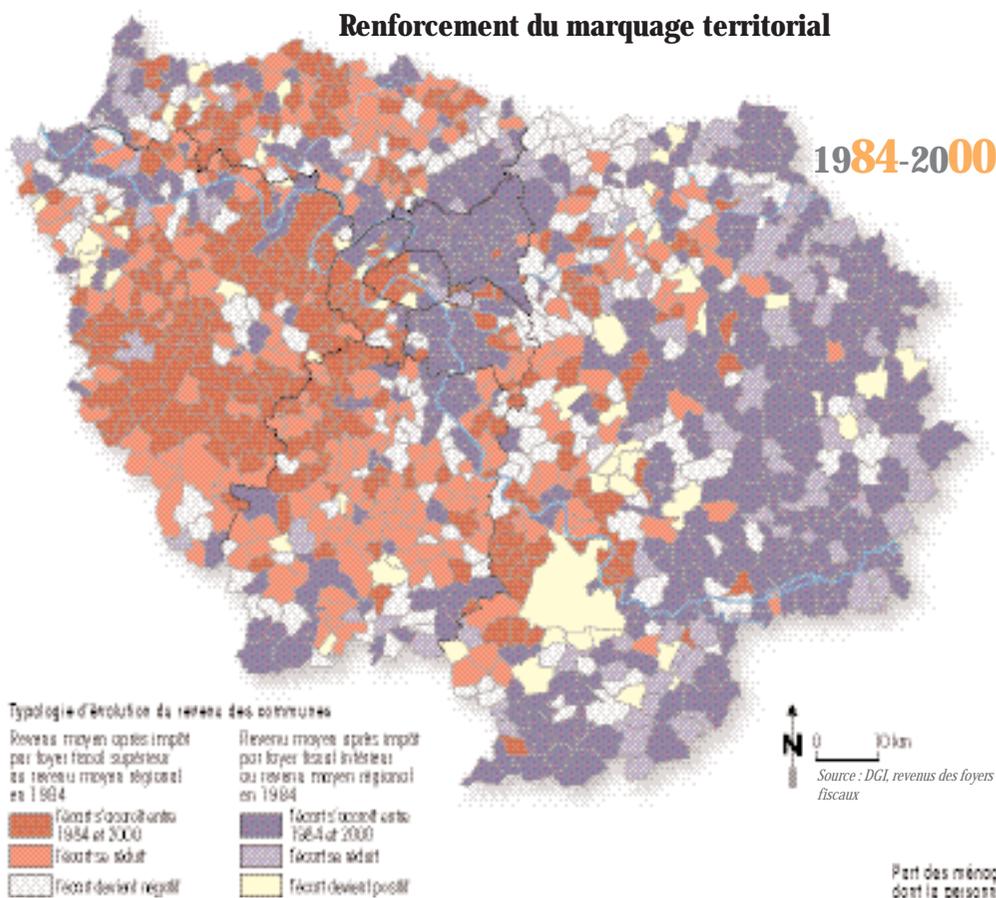


Les oppositions sociales se sont accentuées depuis 1984 en Île-de-France. Les écarts au revenu moyen régional se sont creusés vers le haut à l'ouest de la région (communes en rouge sur la carte ci-dessous), et vers le bas dans la banlieue nord et est de la petite couronne ainsi qu'aux franges rurales de la Seine-et-Marne et le long de la Seine en aval de son cours (en bleu). Ce processus de polarisation concerne plus de la moitié des communes et les trois quarts des Franciliens.

Proportion des ménages dont la personne de référence est...



Renforcement du marquage territorial



Source : Insee, recensement général de la population de 1999 (exploitation complémentaire)

UN FRANCILIEN SUR DIX VIT SOUS LE SEUIL DE PAUVRETÉ

Fiche 3

ATLAS DE LA SANTÉ EN ÎLE-DE-FRANCE

En Île-de-France, plus d'un million de personnes vivent sous le seuil de pauvreté, soit un Francilien sur dix, proportion identique à la moyenne nationale. La pauvreté concerne plus particulièrement les personnes seules et les familles monoparentales. Les prestations sociales et les minima sociaux ne permettent pas toujours aux plus pauvres à la fois de se loger et de faire face à leurs besoins les plus fondamentaux.

Un Francilien sur dix vit sous le seuil de pauvreté

En Île-de-France, 465 000 allocataires des prestations versées par les caisses d'allocations familiales (CAF) vivent avec des ressources inférieures au seuil de pauvreté (fixé à 718,97 € par unité de consommation pour les revenus 2002). En considérant toutes les personnes vivant dans ces foyers allocataires, c'est, fin 2003, plus d'un million de personnes qui vivent en dessous du seuil de pauvreté (soit, comme en France, un individu sur dix), dont 450 000 enfants de moins de 20 ans.

Ces chiffres sous-estiment encore la réalité, car sont exclus du calcul, pour des raisons méthodologiques, les allocataires de 65 ans ou plus ainsi que les allocataires étudiants ne percevant qu'une aide au logement. Ces chiffres ne comptabilisent pas non plus les personnes qui ne font pas valoir leurs droits ou qui, se trouvant dans des situations administratives irrégulières, en sont exclues.

De fortes disparités entre les départements

C'est dans le département de la Seine-Saint-Denis que les bénéficiaires des prestations CAF sont les plus nombreux en proportion : plus de la moitié (55 %) de la population de ce département vit dans un foyer qui bénéficie d'au moins une prestation CAF (prestations aux familles, aides au logement, minima sociaux). C'est aussi le département qui enregistre la plus importante proportion de personnes vivant dans un foyer à bas revenus : 17 % des personnes qui résident en Seine-Saint-Denis appartiennent à un foyer allocataire en situation de précarité monétaire, soit 240 820 personnes.

Cette proportion ne dépasse pas 10 % dans les autres départements franciliens, et est de 6 % dans les Yvelines (soit 78 490 individus). Néanmoins, certaines communes de ces départements connaissent également des taux de pauvreté importants : parmi les 59 communes de la région qui enregistrent un taux de pauvreté⁽¹⁾ supérieur ou égal à 15 %, on trouve 2 arrondissements du nord de Paris, 10 communes de Seine-et-Marne, 4 communes des Yvelines, 5 communes de l'Essonne et 7 communes du Val-d'Oise pour la grande couronne, ainsi que 3 communes des Hauts-de-Seine, 4 communes du Val-de-Marne et 24 communes de Seine-Saint-Denis pour la petite couronne.

Pour la plupart, ces communes se caractérisent par la présence sur leur territoire de zones urbaines sensibles relevant de la politique de la ville.

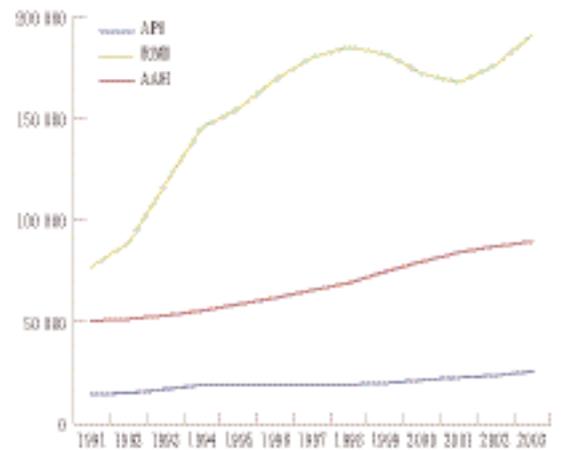
Les personnes seules et les familles monoparentales, plus exposées

Les personnes seules et surtout les familles monoparentales sont plus touchées par la pauvreté que les autres types de ménages : 46 % des allocataires franciliens qui vivent sous le seuil de pauvreté sont des personnes seules, 24 % sont des familles monoparentales alors que ces types de ménages ne représentent respectivement que 35 % et 9 % des ménages de la région. À l'inverse, les couples avec enfants sont sous-représentés parmi les foyers allocataires à bas revenus. Néanmoins, les familles très nombreuses de quatre enfants ou plus sont également très exposées à la précarité.

Bien sûr, reflétant les disparités de structures des parcs de logements, la répartition par type des foyers allocataires vivant sous le seuil de pauvreté varie selon les départements : plus de personnes seules à Paris et dans les Hauts-de-Seine (respectivement 60 % et 49 %), et plus de familles avec enfants dans le Val-d'Oise et en Seine-et-Marne (respectivement 59 et 58 %). À noter qu'en Seine-et-Marne, il s'agit plus souvent de familles monoparentales que de couples avec enfants. La moitié des allocataires vivant sous le seuil de pauvreté béné-

ficie d'un minimum social CAF (le RMI dans 62 % des cas). Les autres peuvent bénéficier de l'allocation spécifique de solidarité (ASS)⁽²⁾, mais certains ne touchent aucun minimum social : il peut s'agir de «travailleurs pauvres» qui exercent une activité professionnelle peu rémunérée (temps partiel, intermittents, travailleurs indépendants...) et/ou de travailleurs ayant en charge une grande famille.

Évolution des bénéficiaires de minima sociaux CAF en Île-de-France depuis 1991



Source : caisses d'allocations familiales et d'allocations de parent isolé

Récente reprise de l'augmentation des bénéficiaires du RMI

La CAF verse trois des huit minima sociaux existants : le revenu minimum d'insertion (RMI), l'allocation adulte handicapé (AAH) et l'allocation de parent isolé (API)⁽²⁾. Depuis sa création, en 1988, le RMI n'a jamais bénéficié à autant de personnes : en 2003, 190 000 bénéficiaires sont dénombrés, soit 45 000 de plus qu'il y a dix ans. Après trois années de baisse, l'effectif des bénéficiaires de cette prestation augmente de nouveau depuis 2001, en Île-de-France tout comme en métropole. Si l'on ajoute à ces bénéficiaires les conjoints et enfants à charge, près de 335 000 personnes dépendent du RMI, soit 3 % de la population francilienne, concentrées plus particulièrement à Paris et en Seine-Saint-Denis.

Dans la région, la situation de logement des bénéficiaires du RMI est souvent précaire : en effet, selon les départements, entre 10 % et 17 % des bénéficiaires du RMI sont soit sans domicile fixe, soit logés dans de si mauvaises conditions qu'aucune aide au logement ne peut leur être attribuée. En métropole, cette situation est moins fréquente : elle ne concerne que 8 % des bénéficiaires.

Augmentation des bénéficiaires de l'API depuis 5 ans

Près de 26 000 familles franciliennes monoparentales sont concernées par l'API, minimum social CAF le moins versé mais en forte augmentation : depuis 1999, l'Île-de-France compte 29 % de bénéficiaires en plus. Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette croissance : la création, fin 1998, de l'intéressement, qui maintient temporairement les bénéficiaires ayant trouvé un emploi dans le dispositif, et l'augmentation des naissances chez les plus jeunes, qui ont une vie de couple moins fréquente et moins stable. Mais la principale cause de cet accroissement est la progression des bénéficiaires qui ont en charge un jeune enfant. En effet, l'API peut être versée pendant un an suite à une séparation, un veuvage ou jusqu'aux trois ans du plus jeune enfant à charge. C'est cette catégorie qui voit son effectif augmenter très fortement.

(1) Population vivant dans un foyer allocataire à bas revenus, rapportée à la population recensée en 1999.

(2) Voir glossaire.

Le seuil de pauvreté

La pauvreté est un phénomène multidimensionnel, que l'on appréhende souvent par son aspect monétaire.

Les foyers «pauvres» sont les foyers dont les ressources, rendues comparables en les ramenant par «unité de consommation», sont inférieures à un certain seuil désigné comme «seuil de pauvreté» national.

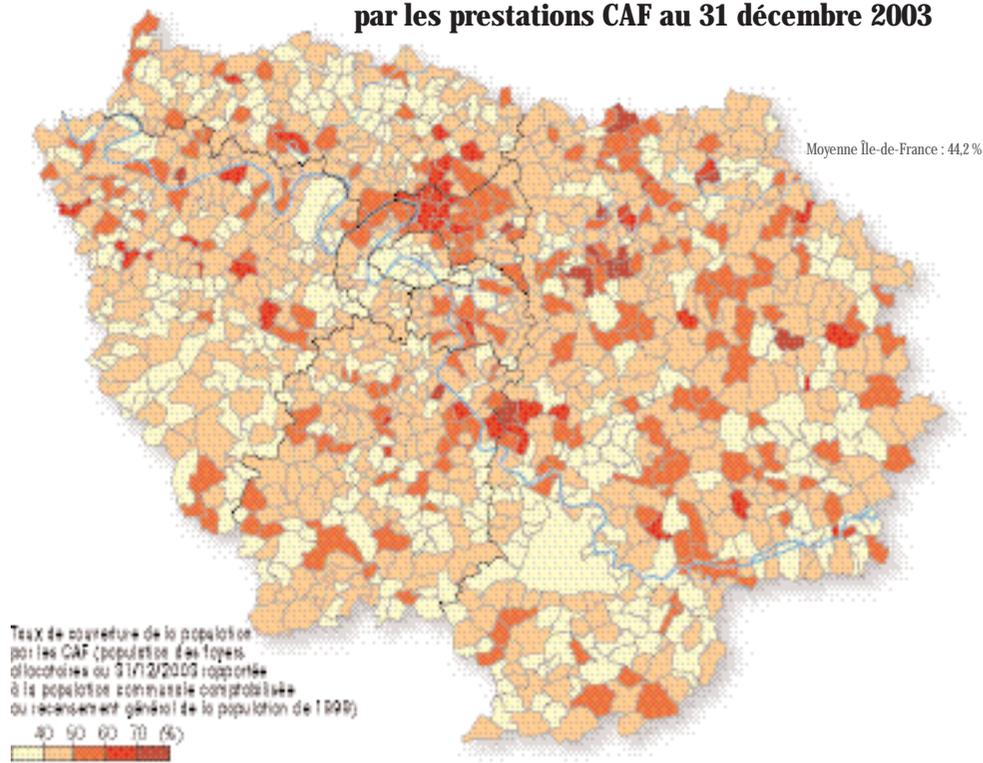
Plusieurs enquêtes ou fichiers permettent d'approcher la pauvreté monétaire : enquête Budget des familles ou enquête Logement de l'Insee, revenus fiscaux, données des allocataires des caisses d'allocations familiales (CAF).

Les données CAF permettent d'appréhender la pauvreté de la population francilienne à un niveau fin (niveau communal).

Cependant, elles ne fournissent une estimation de la pauvreté que pour la population dépendant d'un foyer où l'allocataire est en âge d'activité.

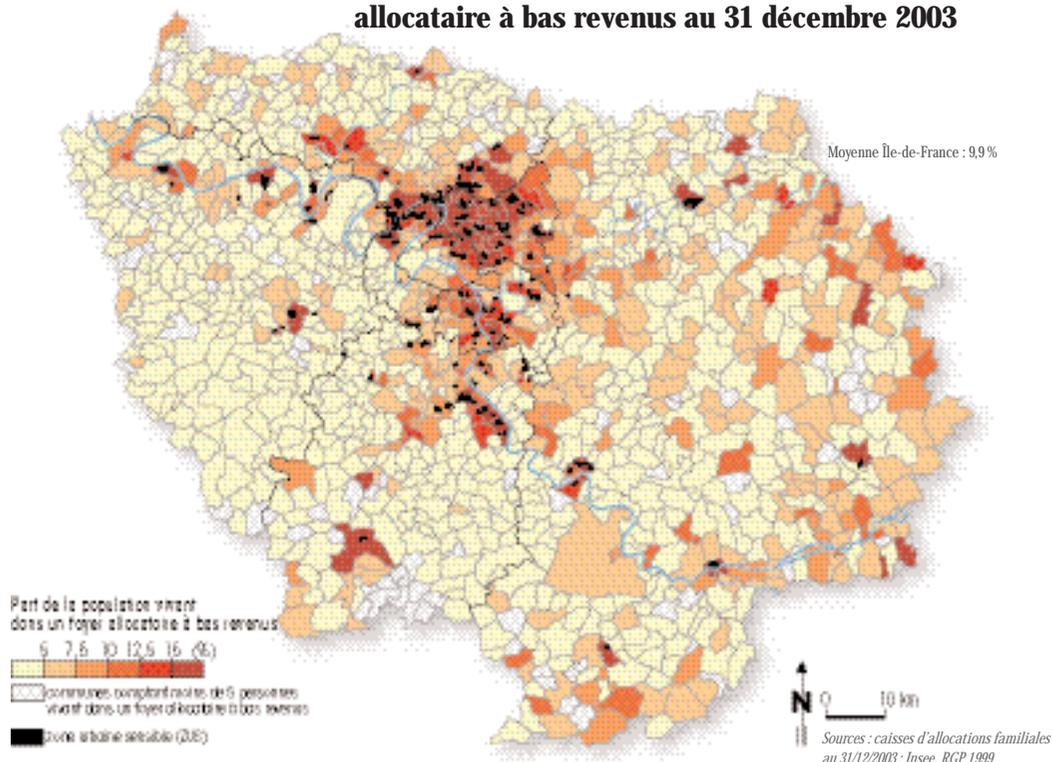
LES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ EN ÎLE-DE-FRANCE

La population francilienne concernée par les prestations CAF au 31 décembre 2003



En Île-de-France, 44 % de la population est concernée par au moins une des prestations versées par les CAF et 10 % vit dans un foyer allocataire à bas revenus. C'est en Seine-Saint-Denis que les situations de pauvreté sont les plus fréquentes : près de 20 % de la population de ce département appartient à un foyer allocataire à bas revenus. Cependant, d'autres communes, comme les arrondissements du nord de Paris, sont également touchées par des situations de pauvreté qui concernent plus de 15 % de leur population.

Part de la population francilienne vivant dans un foyer allocataire à bas revenus au 31 décembre 2003

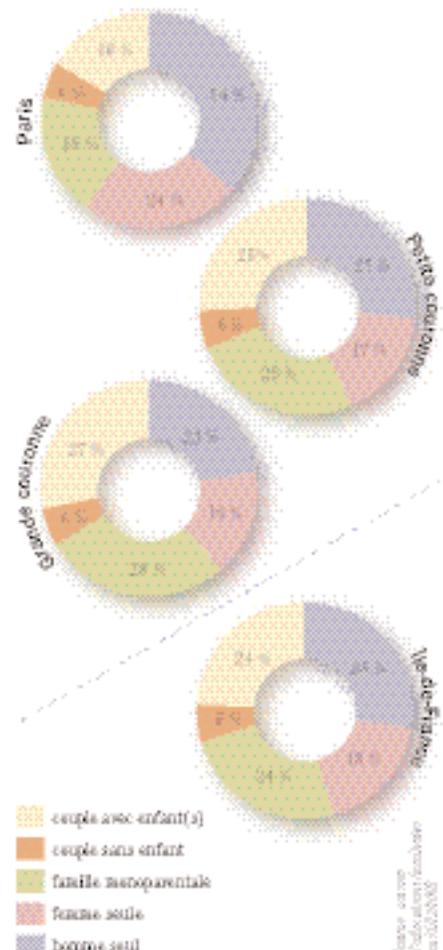


Le revenu minimum d'insertion (RMI), institué par la loi de décembre 1988 et modifié en 1992, garantit des ressources minimales à toute personne de 25 ans ou plus, ou de moins de 25 ans ayant un ou des enfant(s) à charge. Le bénéficiaire s'engage à participer aux actions nécessaires à son insertion sociale ou professionnelle. Son montant varie en fonction de la taille de la famille.

L'allocation de parent isolé (API), créée en 1976 apporte un minimum de ressources aux personnes isolées assumant seules la charge d'enfant(s). La femme seule enceinte est assimilée à un parent isolé. L'API est versée pendant 12 mois consécutifs à partir de l'ouverture du droit (séparation ou veuvage) ou jusqu'à ce que le plus jeune enfant à charge ait 3 ans.

Un allocataire à bas revenus, ou sous le seuil de pauvreté, a son revenu par unité de consommation (RUC) inférieur à la moitié du revenu médian par unité de consommation (UC) de la population enquêtée par l'Insee (hors personnes de 65 ans ou plus), soit 535,55 € en 1994. Ce seuil a été déterminé à partir de l'enquête nationale «budget des familles» réalisée en 1994/95 par l'Insee. Réactualisé chaque année, il est de 718,97 € pour les revenus 2002 déclarés par les allocataires présents dans le fichier 2003. Pour des raisons méthodologiques, le RUC n'est pas calculé pour les allocataires de 65 ans ou plus et pour les allocataires étudiants ne percevant qu'une aide au logement. RUC : revenu mensuel (1/12 des revenus annuels du foyer allocataire et prestations perçues en décembre) divisé par le nombre d'UC (les membres du foyer sont pondérés par des coefficients : 1 pour l'allocataire ; + 0,5 par adulte supplémentaire et enfant de 14 ans ou plus ; + 0,3 par enfant de moins de 14 ans ; + 0,2 pour les familles monoparentales).

Structure familiale des foyers allocataires CAF vivant sous le seuil de pauvreté en 2003



Atlas
de la **Santé**



en

2

Île-de-France

Chapitre



Le contexte démographique et social



L'état de santé des Franciliens



L'offre de soins en Île-de-France



La prise en charge des populations vulnérables

M.Lacombe / Aurif

CHIFFRES CLÉS

L'ÉTAT DE SANTÉ DES FRANCILIENS

Nombre annuel moyen de décès par sexe et groupe d'âges - période 1998-2000

Départements	Nombre annuel moyen de décès par sexe et âge entre 1998 et 2000														
	Moins de 15 ans			15-34 ans			35-64 ans			65 ans et +			Total		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
Paris	103	91	194	279	148	426	2 011	1 063	3 074	5 359	7 452	12 811	7 752	8 753	16 505
Hauts-de-Seine	79	59	138	153	73	226	1 340	647	1 987	3 357	4 542	7 900	4 930	5 322	10 251
Seine-Saint-Denis	104	89	193	190	78	268	1 607	662	2 269	2 766	3 292	6 058	4 667	4 120	8 787
Val-de-Marne	76	50	126	147	57	204	1 207	582	1 789	2 832	3 673	6 505	4 261	4 362	8 623
Petite couronne	259	198	457	490	208	698	4 154	1 891	6 045	8 955	11 507	20 462	13 858	13 804	27 662
Seine-et-Marne	70	54	124	178	67	244	1 196	528	1 725	2 722	3 312	6 034	4 166	3 961	8 127
Yvelines	69	53	123	164	55	219	1 192	603	1 795	2 765	3 489	6 254	4 191	4 200	8 391
Essonne	63	47	110	134	57	191	1 076	486	1 562	2 237	2 881	5 118	3 510	3 472	6 981
Val-d'Oise	64	47	111	135	58	193	1 046	459	1 505	2 170	2 694	4 863	3 414	3 258	6 673
Grande couronne	267	202	469	610	237	847	4 510	2 077	6 587	9 894	12 376	22 269	15 281	14 891	30 172
Total Île-de-France	629	491	1 120	1 379	592	1 971	10 676	5 031	15 706	24 208	31 335	55 542	36 891	37 448	74 339
France métropolitaine	2 889	2 133	5 022	8 561	3 228	11 789	64 510	28 005	92 515	196 367	226 305	422 672	272 327	259 671	531 998

Source : Insee

Taux de mortalité* par sexe et groupe d'âges

Départements	Nombre annuel moyen de décès pour 100 000 habitants, par sexe et âge entre 1998 et 2000														
	Moins de 15 ans			15-34 ans			35-64 ans			65 ans et +			Total		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
Paris	67	61	64	81	40	60	522	255	383	4 569	3 760	4 060	774	773	773
Hauts-de-Seine	56	44	51	72	33	52	514	234	370	4 481	3 778	4 048	717	709	713
Seine-Saint-Denis	67	60	63	94	37	65	620	257	439	4 702	3 694	4 095	690	584	636
Val-de-Marne	61	42	52	83	31	57	523	244	381	4 597	3 770	4 090	718	685	701
Petite couronne	62	49	56	83	34	58	553	245	397	4 584	3 751	4 075	708	659	683
Seine-et-Marne	51	41	46	103	39	71	518	229	374	5 375	4 471	4 838	705	652	678
Yvelines	46	37	42	85	29	57	455	224	338	4 492	3 937	4 165	630	608	619
Essonne	51	40	45	81	35	58	488	217	352	4 431	3 970	4 159	627	602	614
Val-d'Oise	50	39	45	84	36	60	500	215	356	4 921	4 026	4 381	630	577	603
Grande couronne	50	39	45	88	35	62	489	221	354	4 785	4 095	4 376	648	610	629
Total Île-de-France	57	46	51	85	36	60	519	236	375	4 661	3 882	4 187	694	661	677
France métropolitaine	51	39	45	106	40	73	588	249	417	5 149	4 041	4 490	954	859	906

Source : Insee

* Nombre annuel moyen de décès pour 100 000 habitants

La consommation de soins

Départements	Nombre de séjours hospitaliers* pour 1 000 habitants en 2002														
	Moins de 15 ans			15-34 ans			35-64 ans			65 ans et +			Total		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
Paris	128	89,8	109	99,1	99	99	244	219	231	555,2	471	502,7	214	206,9	210
Hauts-de-Seine	135	94,6	115	86,3	104	95,2	207	204,8	206	547,2	432	477	193	192,1	193
Seine-Saint-Denis	155	100,8	129	116,4	133	124,9	242	233,7	238	601,2	481	529,1	217	207,8	212
Val-de-Marne	129	88,5	109	93	110	101,8	221	215	218	612,8	486	535,8	206	204	205
Petite couronne	140	95,1	118	98,6	116	107,4	223	217,5	220	584,2	464	511,1	205	201	203
Seine-et-Marne	138	105,4	122	107,6	128	117,8	227	226	227	645,9	494	556,4	209	205,9	207
Yvelines	125	86,6	106	100,9	111	106	205	210,4	208	554,9	433	483,7	192	187,9	190
Essonne	129	94,3	112	97	116	106,4	213	213,5	213	614,3	492	542,8	199	198,6	199
Val-d'Oise	131	94,4	113	99,3	119	109	221	215,3	218	603	445	508,3	196	189,6	193
Grande couronne	131	95	113	101,3	118	109,8	216	216,2	216	601,8	465	521,1	199	195,3	197
Total Île-de-France	134	94,3	115	99,9	113	106,5	224	217,2	221	584,8	466	513	204	199,7	202
France métropolitaine	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Sources : PMSI, 2002 et Insee - Estimations de population 2002 par tranches d'âge

* Ensemble des séjours consommés par les habitants de l'Île-de-France hors obstétrique et nouveau-nés

L'ÉTAT DE SANTÉ DES FRANCILIENS

1 • Analyse de la mortalité

L'Île-de-France se caractérise par une espérance de vie à la naissance particulièrement élevée et dont la progression est plus marquée encore qu'en moyenne en France, mais aussi par une légère surmortalité infantile.

Des différences de mortalité importantes marquent les départements franciliens, reflets, en grande partie, du profil sociodémographique de leur population pour la mortalité générale et la mortalité prématurée. La relation entre surmortalité infantile et difficultés socio-économiques est moins systématique.

2 • Les pathologies et les facteurs de risque

Au 31 décembre 2003, 11 % de la population francilienne était prise en charge au titre d'une affection de longue durée. Si l'incidence des déficits immunitaires, de la tuberculose et de certains cancers est plus élevée en Île-de-France qu'en moyenne en France, la région est dans une situation plus favorable en ce qui concerne d'autres affections comme les infarctus du myocarde ou le diabète pour les femmes. On note d'ailleurs une sous-mortalité francilienne par maladies cardio-vasculaires. En Île-de-France, ce sont les cancers qui constituent la première cause de mortalité chez les hommes et la seconde chez les femmes, derrière les maladies de l'appareil circulatoire.

La hausse prévisible des cancers attribuables à des expositions professionnelles constitue une source d'inquiétude en Île-de-France comme en France.

La région est également particulièrement concernée par les problèmes de toxicomanie ainsi que par les questions environnementales, avec notamment 80 % des cas français de saturnisme infantile dépistés, et une large part de sa population touchée par la pollution atmosphérique et les nuisances sonores.

3 • Dépenses de santé et consommation de soins

En 2002, les Franciliens ont effectué 2,7 millions de séjours hospitaliers (soit 0,2 séjour par habitant) et près de 30 millions de consultations ou visites auprès d'un généraliste ont été remboursées par les trois principaux régimes d'assurance maladie (soit 4,4 actes en moyenne par bénéficiaire).

Quant à la consommation pharmaceutique, on note une forte concentration des dépenses remboursables de médicaments délivrés par les officines de ville sur une très faible proportion de produits.

En 2003, les dépenses de santé en Île-de-France se sont élevées à 24,2 milliards d'euros, répartis de manière relativement égale entre les dépenses réalisées par les établissements de santé et les structures médico-sociales, d'une part, et les dépenses ambulatoires, d'autre part.

4 • La prévention

Depuis l'instauration des premiers programmes régionaux de santé en 1996, la prévention s'est organisée en Île-de-France autour de la lutte contre les addictions et le saturnisme infantile, ainsi qu'en faveur de la contraception, de la périnatalité, de la prise en charge de la dépendance des personnes âgées, et de l'accès à la prévention et aux soins des personnes en situation de précarité. Toutefois, des efforts de mise en cohérence et d'articulation entre les différents acteurs de la prévention restent à faire.

CHIFFRES CLÉS

L'ÉTAT DE SANTÉ DES FRANCILIENS

Nombre annuel moyen de décès - période 1998-2000

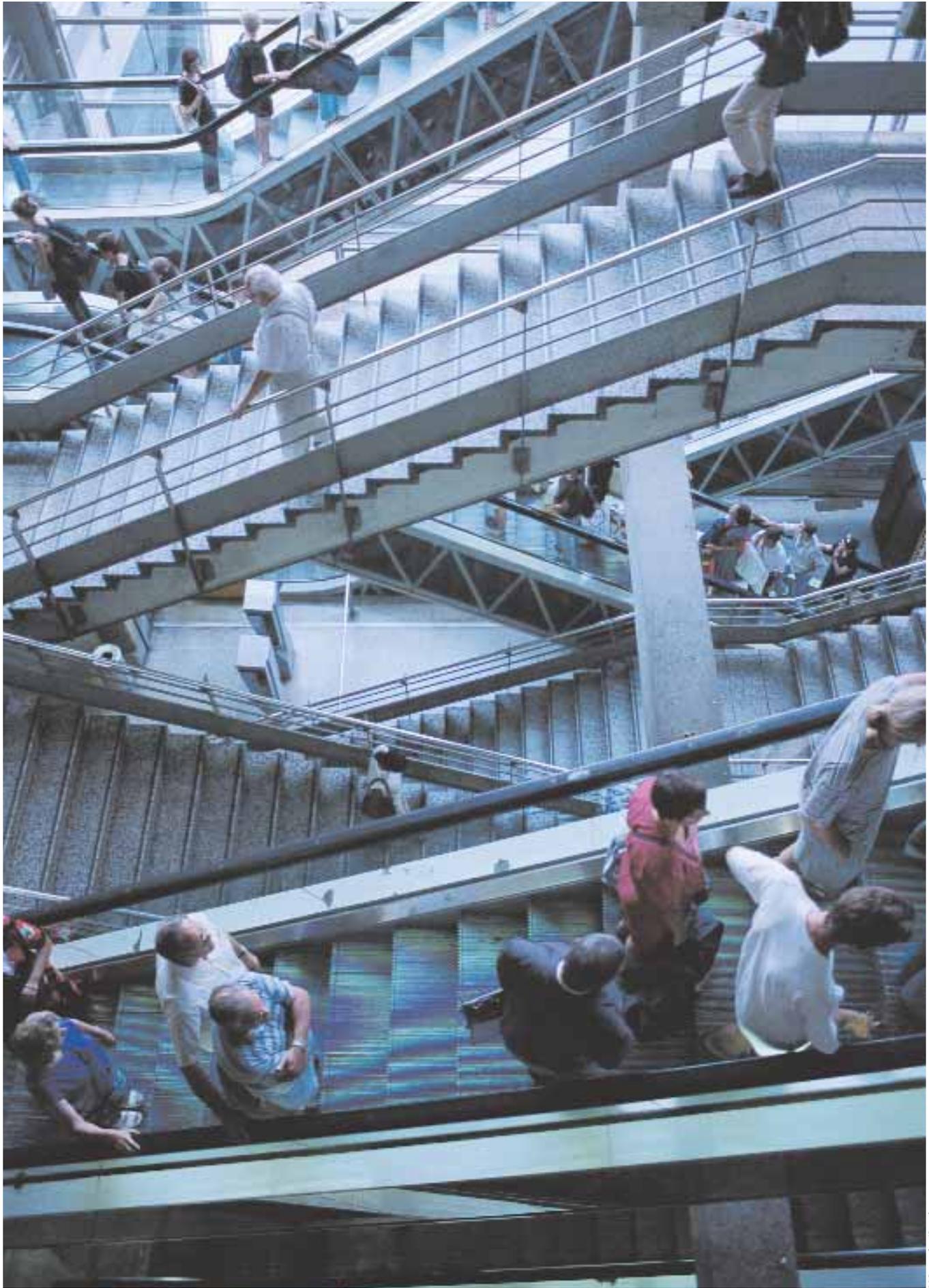
HOMMES	Paris	Seine-et-Marne	Yvelines	Essonne	Hauts-de-Seine	Seine-Saint-Denis	Val-de-Marne	Val-d'Oise	Île-de-France	France
Tumeurs	2 469	1 387	1 472	1 211	1 656	1 684	1 498	1 210	12 588	89 205
dont trachée, bronches et poumon	581	334	358	304	387	440	390	313	3 108	20 743
voies aérodigestives supérieures	219	165	153	127	182	201	156	145	1 348	9 591
prostate	254	127	144	121	164	119	131	115	1 175	9 255
intestin	233	132	133	101	145	143	132	104	1 123	8 663
Maladies de l'appareil circulatoire	1 916	1 034	1 043	874	1 202	1 083	1 047	843	9 043	75 551
dont cardiopathies ischémiques	689	364	375	320	435	412	389	295	3 279	25 005
maladies vasculaires cérébrales	438	194	222	184	248	226	207	174	1 893	16 336
maladies hypertensives	82	45	42	40	46	44	48	34	382	2 818
Symptômes, signes et états morbides mal définis	1 097	253	250	202	490	535	403	212	3 442	14 370
Causes extérieures de traumatismes et empoisonnements	411	474	406	361	364	298	266	311	2 891	25 345
dont suicides	58	125	113	108	99	51	46	97	696	7 696
accidents circulation	63	133	98	80	54	65	45	59	596	5 588
Maladies de l'appareil respiratoire	515	302	278	243	350	294	288	228	2 499	20 883
Maladies de l'appareil digestif	325	199	207	178	249	240	214	159	1 771	13 329
Maladies du système nerveux et des organes des sens	215	115	129	99	133	97	117	98	1 003	7 605
Maladies infectieuses et parasitaires	254	75	83	67	106	112	92	78	866	4 463
Maladies endocriniennes de la nutrition et du métabolisme et troubles immunitaires	165	92	96	79	122	99	107	79	838	7 075
Troubles mentaux	126	91	87	77	98	71	82	80	712	6 345
Maladies des organes génito-urinaires	109	61	53	44	67	57	60	45	495	3 632
Affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	39	20	18	19	23	31	25	19	193	753
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques	34	21	16	20	18	19	18	14	161	1 200
Anomalies congénitales	26	14	20	12	20	23	16	20	152	811
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	27	15	20	13	17	15	16	9	133	1 055
Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	22	12	11	9	13	8	11	8	93	701
Toutes causes	7 751	4 166	4 189	3 508	4 928	4 666	4 261	3 414	36 883	272 328

Source : Inserm-CepiDc

Nombre annuel moyen de décès - période 1998-2000

FEMMES	Paris	Seine-et-Marne	Yvelines	Essonne	Hauts-de-Seine	Seine-Saint-Denis	Val-de-Marne	Val-d'Oise	Île-de-France	France
Maladies de l'appareil circulatoire	2 569	1 224	1 270	1 039	1 618	1 242	1 322	972	11 256	88 189
dont maladies vasculaires cérébrales	662	298	325	254	411	304	302	260	2 816	23 079
cardiopathies ischémiques	667	309	300	252	395	343	347	224	2 837	20 151
maladies hypertensives	166	73	91	63	100	79	85	71	728	5 068
Tumeurs	2 325	906	1 057	878	1 338	1 067	1 116	810	9 496	59 078
dont sein	437	187	220	195	278	209	223	155	1 904	10 982
intestin	301	103	120	101	157	142	140	96	1 160	7 828
trachée, bronches et poumon	247	77	93	79	116	99	105	77	893	4 250
Symptômes, signes et états morbides mal définis	1 054	348	340	307	588	384	385	281	3 687	18 803
Maladies de l'appareil respiratoire	605	289	345	255	378	285	343	260	2 760	19 987
Causes extérieures de traumatismes et empoisonnements	476	276	296	253	326	240	243	216	2 327	17 286
dont suicides	34	46	47	45	52	24	16	39	303	2 816
accidents circulation	38	47	36	30	27	20	22	19	239	2 082
Maladies de l'appareil digestif	369	182	191	160	232	195	198	160	1 687	11 750
Maladies du système nerveux et des organes des sens	304	167	173	117	192	140	165	112	1 372	9 852
Maladies endocriniennes de la nutrition et du métabolisme et troubles immunitaires	281	167	141	136	169	146	155	117	1 313	10 414
Troubles mentaux	233	156	126	105	150	108	148	108	1 132	9 567
Maladies infectieuses et parasitaires	173	71	84	67	102	95	93	67	752	4 292
Maladies des organes génito-urinaires	133	70	61	50	84	83	77	57	614	3 818
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	68	24	33	31	42	29	35	27	289	2 160
Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	47	34	27	25	38	26	28	19	245	1 695
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques	47	20	24	22	25	21	24	21	203	1 423
Affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	30	15	15	13	20	31	17	16	158	587
Anomalies congénitales	35	11	15	11	16	24	11	11	135	709
Complications grossesse, accouchement, suites de couches	2	1	3	2	3	2	2	2	17	59
Toutes causes	8 752	3 960	4 200	3 471	5 322	4 119	4 362	3 258	37 444	259 666

Source : Inserm-CepiDc



M. Lacombe / Laurif

UNE DURÉE DE VIE ÉLEVÉE, SURTOUT AU SUD-OUEST DE LA RÉGION

Fiche 1

L'espérance de vie à la naissance ne cesse d'augmenter en France, au rythme d'un an gagné tous les quatre ou cinq ans en moyenne. Cette progression est particulièrement marquée en Île-de-France, l'une des régions où l'espérance de vie est la plus élevée. Mais au sein de la région, les écarts sont très importants.

En 1946, au sortir de la seconde guerre mondiale, l'espérance de vie à la naissance, en France, était de 60 ans pour les hommes et de 65 ans pour les femmes. En 2001, elle atteint respectivement 75,5 ans et 82,8 ans. Jusqu'aux années soixante, les progrès de l'espérance de vie s'expliquaient principalement par la baisse de la mortalité infantile, liée avant tout à la diminution des décès par maladies infectieuses. Depuis le début des années quatre-vingts, l'essentiel des gains est réalisé aux grands âges, par la réduction de la mortalité liée aux affections cardio-vasculaires. Cette baisse régulière de la mortalité fait que, malgré l'augmentation et le vieillissement de la population française, le nombre de décès est étonnamment stable depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale (entre 500 000 et 550 000 décès chaque année en France).

La sous-mortalité francilienne se confirme

Dans ce contexte de baisse de la mortalité, la situation de l'Île-de-France parmi les autres régions françaises apparaît particulièrement favorable et tend à s'améliorer. En 1990, l'Île-de-France n'était qu'en quatrième position parmi les 22 régions françaises pour l'espérance de vie masculine et en sixième position pour l'espérance de vie féminine. En 2001, elle se situe première pour l'espérance de vie masculine (77,1 ans) et troisième pour l'espérance de vie féminine (83,4 ans), derrière les régions Pays de la Loire et Rhône-Alpes, où les femmes peuvent espérer vivre jusqu'à 83,5 ans. Une espérance de vie élevée en Île-de-France peut surprendre, car celle-ci est confrontée, plus que d'autres régions françaises, à certains problèmes de société ou de santé publique (sida, toxicomanie, pollution, stress...) qui ne sont pas sans conséquence sur la qualité de vie de ses habitants. De plus, la région est située au nord de la France, non loin des régions à forte mortalité qui s'étendent de la Bretagne à l'Alsace.

L'explication tient en partie à la surreprésentation des cadres et des catégories sociales supérieures dans la région, qui bénéficient d'une espérance de vie supérieure à la moyenne. Les études de l'Insee montrent en effet que les hommes cadres ou exerçant une profession libérale ont une espérance de vie à 35 ans supérieure de 6,5 ans à celle des ouvriers et de 4,5 ans supérieure à celle des employés. Chez les femmes, les inégalités vont dans le même sens, mais sont plus réduites.

C'est donc sans surprise que les régions où l'on vit le moins longtemps sont principalement d'anciennes régions ouvrières et industrielles. En Nord-Pas-de-Calais, les hommes vivent en moyenne 72,7 ans, soit 4,4 ans de moins que ceux d'Île-de-France, les femmes vivent en moyenne 81 ans, soit 2,5 ans de moins que celles de la région Pays de la Loire.

Durées de vie moyennes dans les départements d'Île-de-France et en France (en années)

Départements	Hommes			Femmes		
	1967-1969	1989-1991	2001	1967-1969	1989-1991	2001
Paris	68,6	72,4	77,6	75,9	80,8	83,8
Hauts-de-Seine	69,1	73,6	77,8	76,3	81,2	83,9
Seine-Saint-Denis	67,7	71,8	76	75	80,2	82,6
Val-de-Marne	68,8	73,1	76,9	75,6	80,8	83,6
Seine-et-Marne	67,3	72,6	75,7	74,5	80,2	82,1
Yvelines	68,9	74,5	77,7	75,9	81,7	83,6
Essonne	69,4	74,1	77,1	76,4	81,5	83,3
Val-d'Oise	68,1	73,2	76,4	75,3	80,9	83,1
Île-de-France	68,6	73,1	77,1	75,8	81	83,4
France métropolitaine	67,7	72,6	75,5	75	80,8	82,8

Sources : Insee, données de démographie régionale de 1968 et 1990, état civil de 2001

D'importants écarts d'espérance de vie entre les hommes et les femmes

La France se caractérise par d'importantes inégalités de mortalité entre sexes. Sur la base des niveaux de mortalité de 2001, une femme peut espérer vivre 7,3 ans de plus qu'un homme, ce qui situe l'espérance de vie actuelle des hommes au niveau de celle des femmes au début des années soixante-dix. Une moindre résistance biologique, mais surtout des comportements à risques plus fréquents chez les hommes expliquent cet écart. Les différences de comportement ont toutefois tendance à se réduire : les femmes adoptent certains comportements à risques autrefois réservés aux hommes (le tabagisme par exemple), tandis que ceux-ci sont davantage réceptifs aux messages de prévention. D'où une lente réduction de l'écart d'espérance de vie entre les hommes et les femmes, qui dépassait 8 ans au début des années quatre-vingt-dix, et qui pourrait rapidement se rapprocher des cinq ans observés dans la plupart des pays occidentaux. L'Île-de-France présente quelques années d'avance sur cette évolution, avec un écart d'espérance de vie de «seulement» 6,3 ans entre sexes. Encore une caractéristique francilienne liée à sa structure sociale très favorisée. Les inégalités de mortalité entre sexes, en effet, sont moins marquées dans les catégories sociales supérieures : 5 ans de différence d'espérance de vie à 35 ans entre hommes et femmes cadres, contre 8 ans chez les ouvriers du même âge.

Espérance de vie à 35 ans* en France, (en années) selon le sexe et la catégorie socio-professionnelle

Catégorie socio-professionnelle	Sexe	
	Hommes	Femmes
Cadres-professions libérales	44,5	49,5
Agriculteurs exploitants	43	47,5
Professions intermédiaires	42	49
Artisans commerçants	41,5	48,5
Employés	40	47,5
Ouvriers	38	46

Source : cohortes Insee 1982-1996, ICSRH, Insee, 1999

* Nombre moyen d'années qu'il reste à vivre à un individu ayant atteint l'âge de 35 ans

Fortes disparités au sein de l'Île-de-France

Les Franciliens vivent en moyenne un peu plus longtemps que les Français, mais ce résultat, globalement favorable, est très inégalement réparti dans la région. La moyenne francilienne recouvre de fortes disparités départementales qui tendent à partager l'Île-de-France entre une partie sud-ouest incluant Paris largement favorisée et une partie nord-est qui l'est beaucoup moins en termes de mortalité.

Pour les deux sexes, les espérances de vie les plus élevées sont observées à Paris, dans les Hauts-de-Seine et les Yvelines, tandis que les moins élevées sont observées en Seine-Saint-Denis et en Seine-et-Marne. Dans ces deux derniers départements, l'espérance de vie des hommes n'est que très légèrement supérieure à la moyenne nationale. Celle des femmes y est même légèrement inférieure.

Pour les hommes, la différence d'espérance de vie atteint 2,1 ans entre la Seine-et-Marne et les Hauts-de-Seine (respectivement 75,7 ans et 77,8 ans), tandis que, pour les femmes, cette différence est de 1,8 an entre ces mêmes départements : 82,1 ans en Seine-et-Marne et 83,9 ans dans les Hauts-de-Seine.

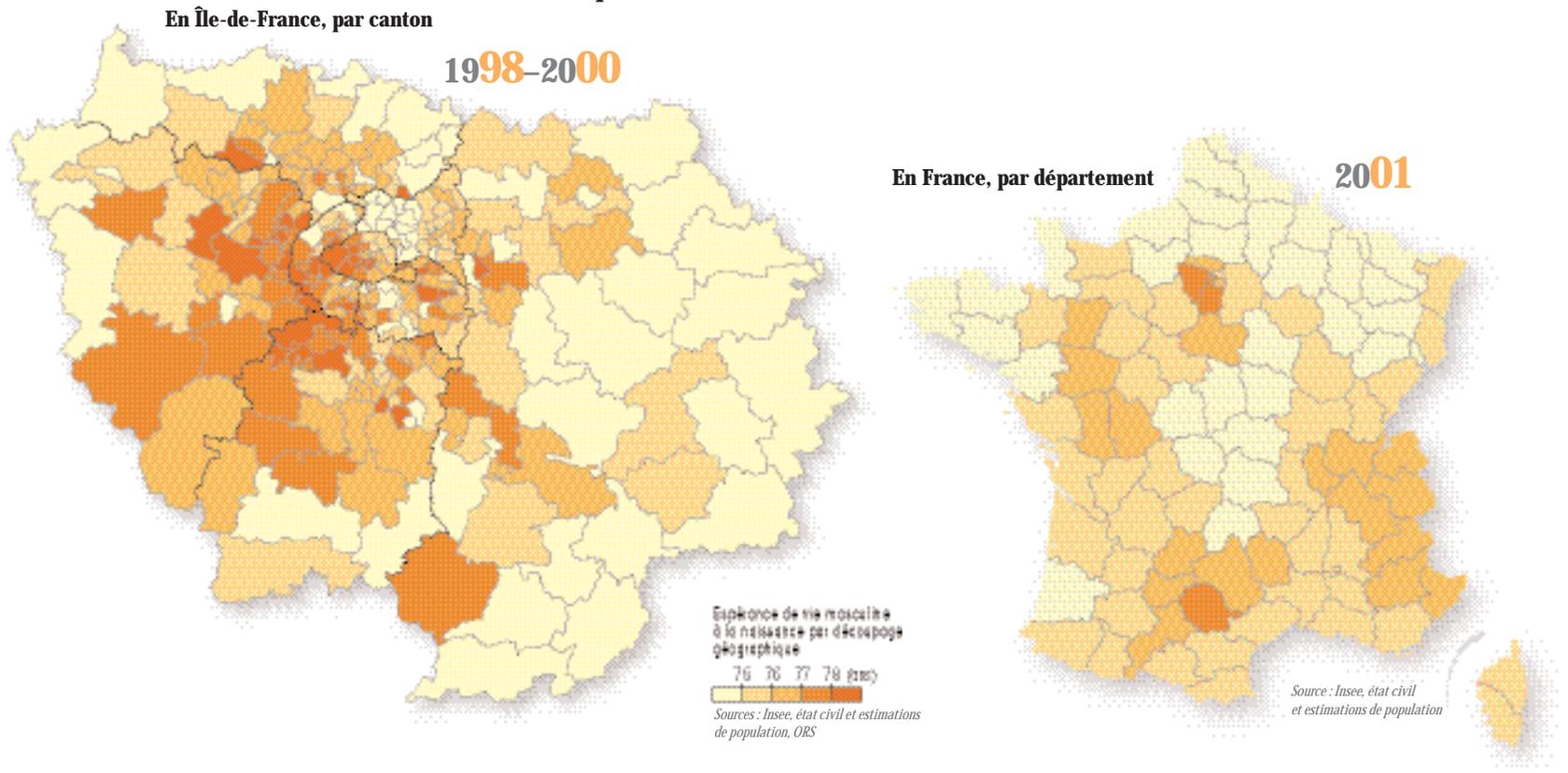
Ces différences d'espérance de vie au sein de la région ne sont pas récentes. Elles s'expliquent, en grande partie, par le profil sociodémographique des départements. Cette relation entre niveau de mortalité et structure sociale s'observe aussi au niveau cantonal : les cantons d'Île-de-France à forte espérance de vie sont, dans l'ensemble, ceux où la proportion de cadres est élevée.



L. Reynaert / laurif

L'ESPÉRANCE DE VIE À LA NAISSANCE

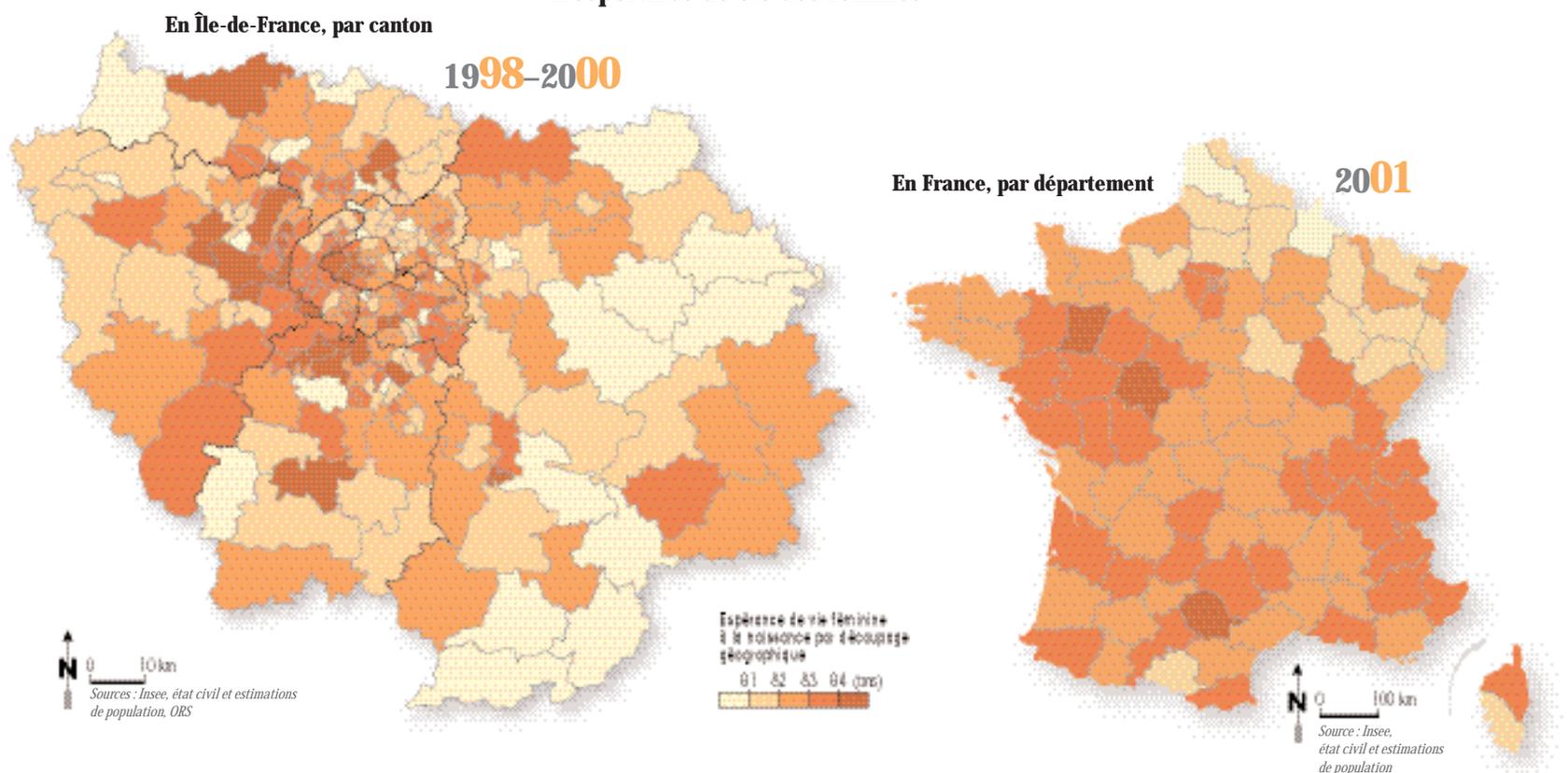
L'espérance de vie des hommes



Les cantons aisés d'Île-de-France sont aussi ceux dans lesquels l'espérance de vie à la naissance est la plus élevée. Les écarts d'espérance de vie entre les cantons d'Île-de-France sont plus prononcés que ceux observés entre les départements de France métropolitaine. Chez les hommes, plus de 8 ans d'espérance de vie séparent certains cantons de Seine-et-Marne ou de Seine-Saint-Denis (où l'espérance de vie n'atteint pas 72 ans) et certains cantons de l'ouest de l'Île-de-France, où l'espérance de vie masculine peut atteindre 80 ans.

Chez les femmes, les écarts sont plus réduits, mais atteignent tout de même 5 ans (l'espérance de vie féminine allant de 80 ans à 85 ans dans les cantons franciliens). Pour les deux sexes, mais surtout chez les hommes, les niveaux d'espérance de vie les plus élevés sont observés dans les cantons économiquement favorisés.

L'espérance de vie des femmes



UNE MORTALITÉ INFANTILE EN ÎLE-DE-FRANCE LÉGÈREMENT PLUS ÉLEVÉE QU'EN FRANCE

Fiche 2

ATLAS DE LA SANTÉ EN ÎLE-DE-FRANCE

La mortalité des enfants âgés de moins d'un an ou mortalité infantile est traditionnellement considérée comme un bon indicateur du niveau sanitaire et social d'une population.

Le taux de mortalité infantile a décliné de manière considérable en France, passant de 50 décès pour 1 000 naissances vivantes en 1950 à 18 en 1970 et à 4,4 en 2001.

Les comparaisons internationales placent la France parmi les huit pays ayant le plus faible taux de mortalité infantile en 2001, loin derrière l'Islande (2,7 pour 1 000), la Finlande et la Suède (3,2 pour 1 000), mais devant les États-Unis (6,8 pour 1 000).

Malgré cette évolution favorable, chaque année en France, près de 3 500 enfants décèdent avant leur premier anniversaire.

La mortalité infantile légèrement plus élevée en Île-de-France qu'en France

Le taux de mortalité infantile francilien, qui a longtemps figuré parmi les plus bas de France, est aujourd'hui très légèrement supérieur à la moyenne nationale. En 2001, le taux francilien s'élève à 4,7 décès d'enfants de moins d'un an pour 1 000 naissances vivantes, légèrement au-dessus des 4,4 observés en France métropolitaine. Les taux les plus bas sont observés dans les régions Corse (1,8 pour 1 000) et Provence-Alpes-Côte d'Azur (3,8) et le plus élevé en Picardie (5,5). Toutefois, le taux de la Corse, comme celui des autres régions faiblement peuplées, peut considérablement varier d'une année sur l'autre en raison des faibles effectifs en présence. Les départements d'outre-mer connaissent des niveaux de mortalité infantile beaucoup plus élevés que la métropole, variant de 6,8 décès pour 1 000 naissances vivantes en Guadeloupe à 14,2 en Guyane.

Principales causes de mortalité infantile en 1998-2000

	Île-de-France		France
	Nb. annuel de décès	Taux*	Taux*
Affections origine période périnatale	350	2,1	1,8
Symptômes, signes et états morbides mal définis dont mort subite	132	0,8	0,8
	74	0,4	0,5
Anomalies congénitales	169	1	1
Accidents, traumatismes	24	0,1	0,2
Autres causes	122	0,7	0,7
Toutes causes	797	4,8	4,5

* Nombre de décès pour 1 000 naissances vivantes

Environ 800 décès par an en Île-de-France

Malgré sa forte baisse, la mortalité infantile demeure relativement élevée : le risque pour un nouveau-né de décéder dans l'année est aussi élevé que pour un quinquagénaire.

Entre 1998 et 2000, chaque année, un peu plus de 800 enfants âgés de moins d'un an sont décédés en Île-de-France. Le nombre des décès masculins est légèrement supérieur à celui des décès féminins en raison de naissances masculines un peu plus nombreuses (105 naissances masculines pour 100 naissances féminines en moyenne) et de la surmortalité masculine qui se manifeste dès la première année de la vie. Sur la période considérée, le taux de mortalité infantile francilien (4,8 décès pour 1 000 naissances vivantes) atteint 5,2 pour les garçons contre 4,3 pour les filles.

Le risque de décéder est particulièrement élevé pendant les tout premiers jours : les deux tiers des décès infantiles surviennent au cours des quatre semaines qui suivent la naissance (période néonatale) et le tiers pendant la période comprise entre le 29^e jour et le premier anniversaire (période post-néonatale). Les principales causes de mortalité infantile sont les affections d'origine périnatale et les anomalies congénitales qui provoquent des décès principalement pendant le premier mois de la vie. Viennent ensuite les signes et états morbides mal définis, rubrique dans laquelle sont classées les morts subites du nourrisson (qui surviennent principalement pendant la période post-néonatale, chez des enfants âgés de trois à six mois).

Forte mortalité néonatale à Paris et en Seine-Saint-Denis

Le taux de mortalité infantile francilien recouvre de fortes disparités départementales. Entre 1998 et 2000, les départements des Yvelines et des Hauts-de-Seine ont une mortalité infantile inférieure à la moyenne nationale, tandis que la situation est particulièrement défavorable en Seine-Saint-Denis (5,7 décès pour 1 000 naissances vivantes) et, dans une moindre mesure, en Seine-et-Marne, dans le Val-de-Marne et à Paris.

En Seine-Saint-Denis et à Paris, c'est le niveau élevé de la mortalité des premiers jours qui explique la surmortalité infantile : le taux de mortalité néonatale y est respectivement de 3,9 et 3,5 décès pendant les quatre premières semaines de vie pour 1 000 naissances vivantes. Sur la période considérée (1998-2000), aucun département de France métropolitaine n'a un taux de mortalité néonatale plus élevé que celui de la Seine-Saint-Denis.

Une analyse géographique fine, au niveau du canton, montre des situations contrastées dans la région. La principale zone de surmortalité se situe au nord de Paris, dans une zone couvrant l'ouest de la Seine-Saint-Denis, le nord des Hauts-de-Seine et quelques cantons du sud-est du Val-d'Oise.

D'autres zones de surmortalité, éventuellement plus étendues mais moins densément peuplées, se répartissent dans tous les départements de la région.

De nombreux cantons en surmortalité infantile connaissent par ailleurs des difficultés socio-économiques, mais cette relation n'est pas systématique et l'interprétation de la géographie de la mortalité infantile au sein de la région apparaît difficile car multifactorielle.

De nombreux facteurs jouent un rôle connu dans l'étiologie de la prématurité et de l'hypotrophie à la naissance, qui sont elles-mêmes des facteurs de risque dans la période néonatale. On peut citer le fait, pour la mère, de vivre seule, d'avoir un faible niveau d'études, de connaître une grossesse aux âges extrêmes de la vie féconde, d'avoir une surveillance médicale insuffisante, de fumer, de ne pas exercer une activité professionnelle, de ne pas avoir le soutien d'un réseau familial, etc. La prise en compte de ces facteurs dans un modèle multivarié montre qu'ils n'expliquent que partiellement les différences observées. D'autres facteurs interviennent probablement, comme le fonctionnement des collectivités auxquelles appartiennent les mères⁽¹⁾.

Chaque année, 15 à 20 femmes décèdent des complications d'une grossesse en Île-de-France

La mortalité maternelle est en baisse régulière en France. Pourtant, chaque année, environ 60 femmes décèdent encore des suites de complications liées à une grossesse ou à un accouchement (elles étaient deux fois plus nombreuses au début des années 1980). La situation s'améliore également en Île-de-France, mais un peu moins vite qu'au niveau national et les 15 à 20 décès enregistrés chaque année dans la région représentent un taux de mortalité de 9,6 décès pour 100 000 naissances (période 1998-2000), contre 7,7 au niveau national. La part des grossesses chez des femmes âgées de plus de 35 ans, particulièrement élevée en Île-de-France, contribue à ce mauvais résultat, car l'âge constitue un facteur de risque pour la femme enceinte.

(1) Cf. Haut comité de la santé publique, rapport sur la santé en France, février 2002.

Taux de mortalité* néonatale, post-néonatale et infantile en 1998-2000

Départements	mortalité néonatale	mortalité post-néonatale	mortalité infantile
Paris	3,5	1,4	4,9
Seine-et-Marne	3,2	2	5,1
Yvelines	2,6	1,5	4,1
Essonne	2,9	1,7	4,6
Hauts-de-Seine	2,8	1,4	4,2
Seine-Saint-Denis	3,9	1,8	5,7
Val-de-Marne	3	2	5
Val-d'Oise	3,1	1,5	4,6
Île-de-France	3,2	1,6	4,8
France métropolitaine	2,9	1,6	4,5

* Nombre de décès pour 1 000 naissances vivantes

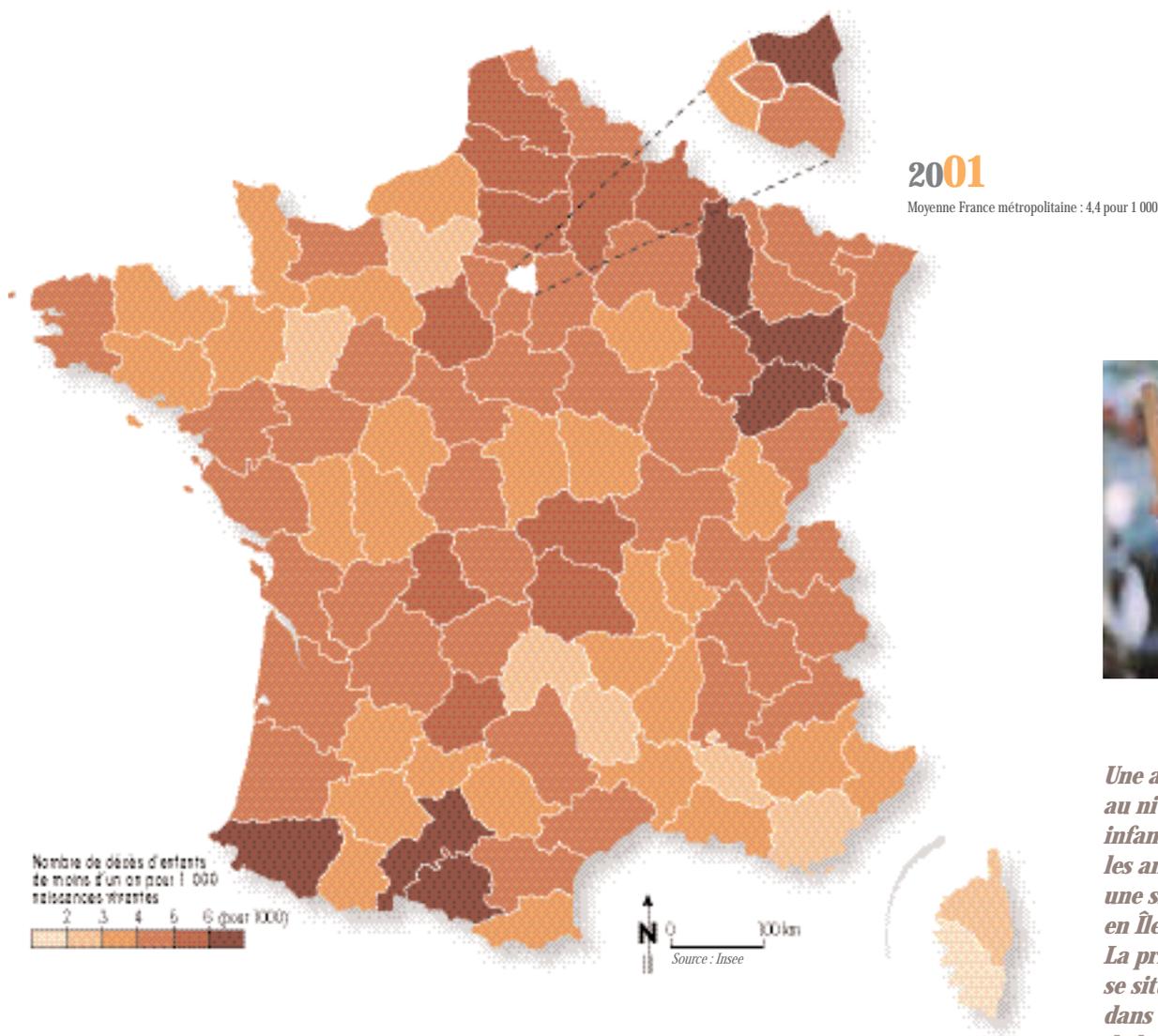


D. Lacombe / laurif

Source : Insee

LA MORTALITÉ INFANTILE

La mortalité infantile en France par département

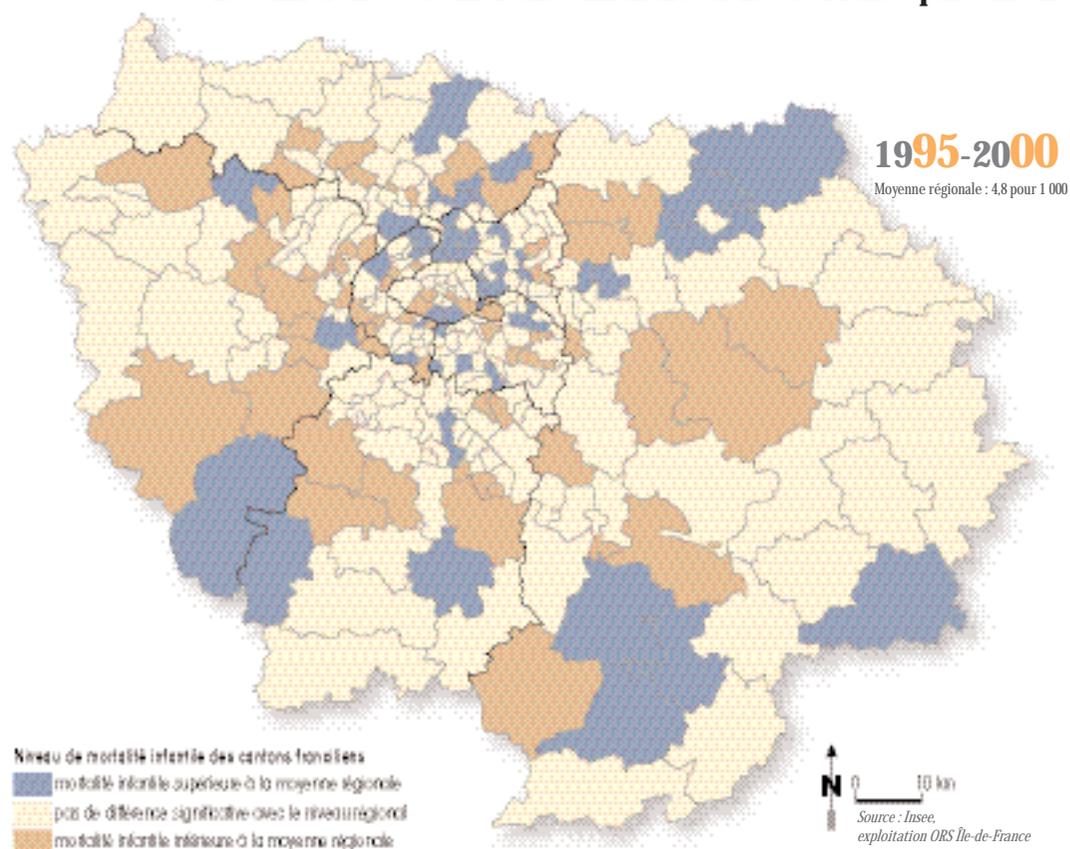


Une analyse géographique fine, au niveau du canton, de la mortalité infantile sur la période couvrant les années 1995 à 2000 révèle une situation contrastée en Île-de-France.

La principale zone de surmortalité se situe au nord de Paris, dans une zone couvrant l'ouest de la Seine-Saint-Denis, le nord des Hauts-de-Seine et quelques cantons du sud-est du Val-d'Oise.

D'autres zones de surmortalité infantile, éventuellement plus étendues mais moins densément peuplées, se répartissent à travers tous les départements de la région. De nombreux cantons en surmortalité infantile sont des cantons qui connaissent par ailleurs des difficultés socio-économiques, mais cette relation n'est pas systématique.

Les différences de mortalité infantile en Île-de-France par canton



La mortalité infantile dans les cantons d'Île-de-France

Le taux de mortalité infantile est calculé dans chaque canton pour la période 1995 à 2000, soit six années, afin d'augmenter le nombre d'événements et donc la significativité statistique des résultats.

Un test statistique (test du Chi2) a été effectué pour comparer le taux de mortalité infantile de chaque canton à celui de l'Île-de-France (le seuil statistique retenu est égal à 0,2).

DES DISPARITÉS DE MORTALITÉ PRÉMATURÉE, LIÉES AUX CARACTÉRISTIQUES SOCIALES

Fiche 3

L'allongement de la durée de la vie et le vieillissement de la population conduisent à une augmentation sensible de l'âge moyen au décès. L'âge limite de la vie humaine ne progresse pas (il est toujours de 120 ans environ), mais de plus en plus d'hommes et surtout de femmes accomplissent un parcours de vie presque complet. En 2000, près de la moitié des 535 000 personnes décédées en France avaient plus de 80 ans. Dans ce contexte, les décès survenant avant 65 ans, souvent dus à des accidents, des cancers ou des affections cardio-vasculaires, peuvent être considérés comme prématurés et constituent un véritable sujet de santé publique.

Une mortalité prématurée plus élevée en France que chez nos voisins européens

La mortalité prématurée est en constante diminution en France, mais elle demeure plus élevée que dans les pays européens voisins. Ainsi, le paradoxe français est de présenter, pour les hommes comme pour les femmes, la meilleure espérance de vie à 65 ans parmi les pays de l'Union européenne, mais une mortalité prématurée défavorable.

En 2000, la France métropolitaine a enregistré un peu plus de 109 000 décès prématurés, soit environ 21 % de l'ensemble des décès. Cette proportion atteint 28 % chez les hommes contre 13 % chez les femmes, les hommes étant beaucoup plus nombreux que les femmes à décéder avant 65 ans.

L'Île-de-France se démarque peu de la moyenne nationale

À structure d'âge comparable, la mortalité prématurée apparaît relativement élevée dans le nord de la France (de la Bretagne au Nord-Pas-de-Calais) et dans le centre du pays selon une ligne allant de la Lorraine au Limousin. La situation apparaît beaucoup plus favorable dans le sud, et notamment dans le sud-ouest de la France. L'Île-de-France se caractérise par une mortalité prématurée inférieure à la moyenne nationale pour les hommes (- 10 %), mais comparable pour les femmes (- 1,5 %). Le niveau de mortalité par cancer, relativement élevé chez les femmes d'Île-de-France, contribue largement à cette situation.

Des disparités de mortalité prématurée importantes en Île-de-France...

La situation francilienne recouvre d'importantes disparités départementales et infra-départementales. Chez les hommes, la Seine-Saint-Denis présente un taux comparatif de mortalité prématurée supérieur à la moyenne nationale (324 pour 100 000, soit 6,6 % de plus que la moyenne nationale). Tous les autres départements franciliens ont un taux comparatif de mortalité prématurée masculine inférieur à la moyenne nationale. Cette sous-mortalité est de 4,2 % en Seine-et-Marne et atteint 21 % dans les Yvelines.

Chez les femmes, c'est également la Seine-Saint-Denis qui enregistre le taux comparatif de mortalité prématurée le plus élevé (143 pour 100 000, soit 10 % de plus que la moyenne nationale), puis Paris (135 pour 100 000, soit 3,8 % de plus que la moyenne nationale) et enfin la Seine-et-Marne (+ 1 %). Pour les deux sexes, les plus bas niveaux de mortalité prématurée sont enregistrés dans les Yvelines et en Essonne. Les écarts départementaux de mortalité prématurée sont plus marqués chez les hommes (+ 34 % en Seine-Saint-Denis par rapport aux Yvelines) que chez les femmes (+ 22 % en Seine-Saint-Denis par rapport à l'Essonne).

... plus liées aux caractéristiques socio-économiques qu'à la structure urbaine

Les disparités de la mortalité prématurée s'observent égale-

ment au niveau cantonal, et tendent à partager l'Île-de-France selon un axe nord-ouest/sud-est passant par le centre de Paris.

Les différences observées en matière de mortalité trouvent vraisemblablement leur origine plus dans les importantes disparités socio-économiques qui caractérisent la région que dans les niveaux d'urbanisation ou de centralité. En effet, dans Paris comme en proche et en grande couronne, se côtoient des zones présentant un faible niveau de mortalité et d'autres présentant au contraire une surmortalité.

À l'échelle du canton et pour les deux sexes, la mortalité prématurée apparaît particulièrement basse dans une zone centrale couvrant les arrondissements de l'Ouest parisien, le sud des Hauts-de-Seine et la partie orientale des Yvelines, ce secteur urbanisé présentant une situation socio-économique très favorable. Au contraire, l'ouest de la Seine-Saint-Denis dessine une importante zone de surmortalité qui se prolonge au nord dans le département du Val-d'Oise et à l'ouest dans les Hauts-de-Seine, secteur très urbanisé mais qui concentre les difficultés économiques avec une forte population ouvrière, un taux de chômage très supérieur à la moyenne et une forte population étrangère. Outre ces deux secteurs aux profils très distincts, l'analyse cantonale révèle par ailleurs des poches isolées de surmortalité dans le Val-de-Marne et en grande couronne, notamment en Seine-et-Marne et dans le Val-d'Oise, avec le plus souvent un prolongement dans les régions voisines.

Les causes des décès prématurés varient également beaucoup entre, par exemple, les arrondissements du centre de Paris (mortalité prématurée élevée principalement en raison du sida), ceux de Seine-Saint-Denis (cancers) et les cantons situés en périphérie de la Seine-et-Marne (surreprésentation des accidents et des maladies cardio-vasculaires chez les moins de 65 ans).

Baisse de la mortalité prématurée depuis 20 ans

La baisse de la mortalité prématurée est sensible depuis 20 ans. En France, le taux masculin a diminué de 30 %, passant de 432 à 304 décès pour 100 000 entre le début des années 1980 et la fin des années 1990. Le taux féminin a connu une baisse comparable, passant de 182 à 130 décès pour 100 000 (- 28 %). La baisse est légèrement plus importante en Île-de-France (- 32 % chez les hommes et - 30 % chez les femmes), mais celle-ci a connu une évolution beaucoup moins régulière, car la région a été fortement touchée par l'épidémie de sida au début des années 1990. Paris a même connu une hausse très sensible de son niveau de mortalité prématurée masculine qui a dépassé celui de la Seine-Saint-Denis plusieurs années de suite. Depuis le milieu des années 1990, la baisse de la mortalité par sida a permis au taux parisien masculin de rejoindre celui de la région (celui des femmes demeure légèrement supérieur à la moyenne régionale).



M. Lacombe / Jaurif

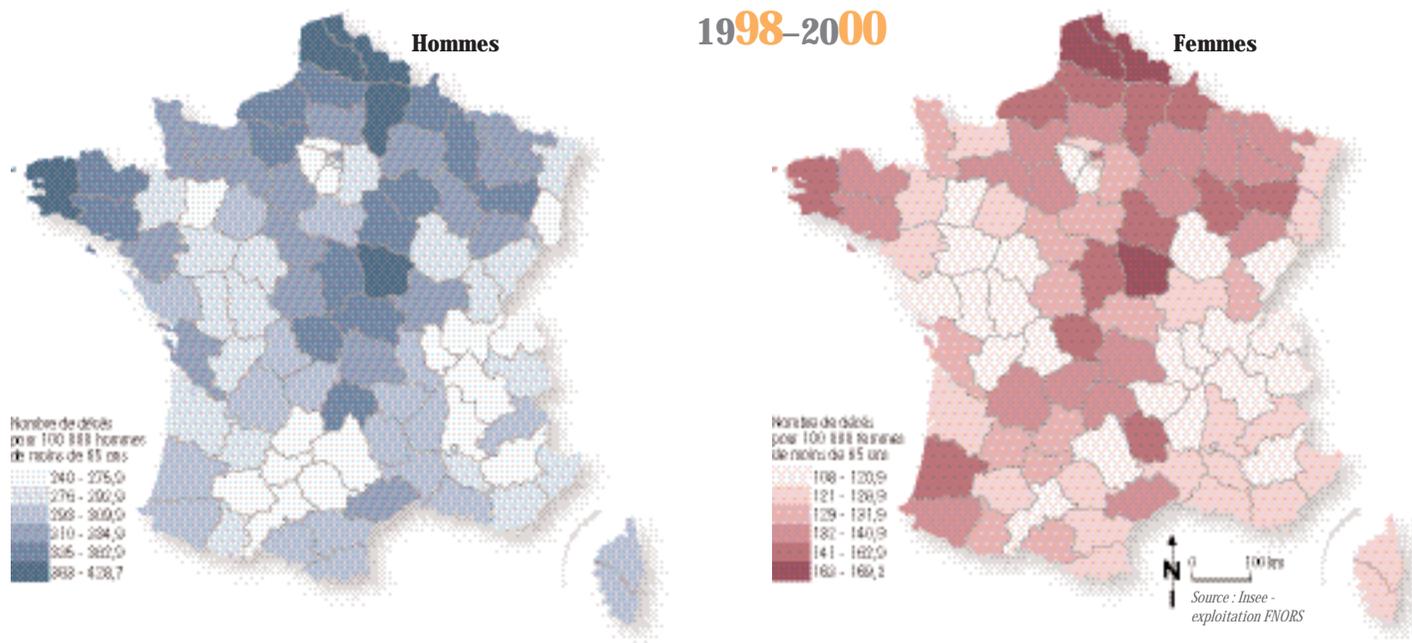
Évolution de la mortalité prématurée entre 1980 et 2000

Nombre de décès (pour 100 000)	Hommes			Femmes		
	1980-1982	1998-2000	Évolution (en %)	1980-1982	1998-2000	Évolution (en %)
Paris	417	269	- 35,5	202	135	- 33,1
Seine-et-Marne	416	292	- 29,8	188	132	- 29,9
Yvelines	365	241	- 33,9	163	119	- 27,1
Essonne	374	256	- 31,5	166	118	- 29,1
Hauts-de-Seine	386	266	- 31,1	182	125	- 31,4
Seine-Saint-Denis	453	324	- 28,3	197	143	- 27,2
Val-de-Marne	401	276	- 31	179	127	- 29,1
Val-d'Oise	402	271	- 32,5	180	123	- 32
Île-de-France	403	274	- 32,1	184	128	- 30,3
France métropolitaine	432	304	- 29,5	182	130	- 28,4

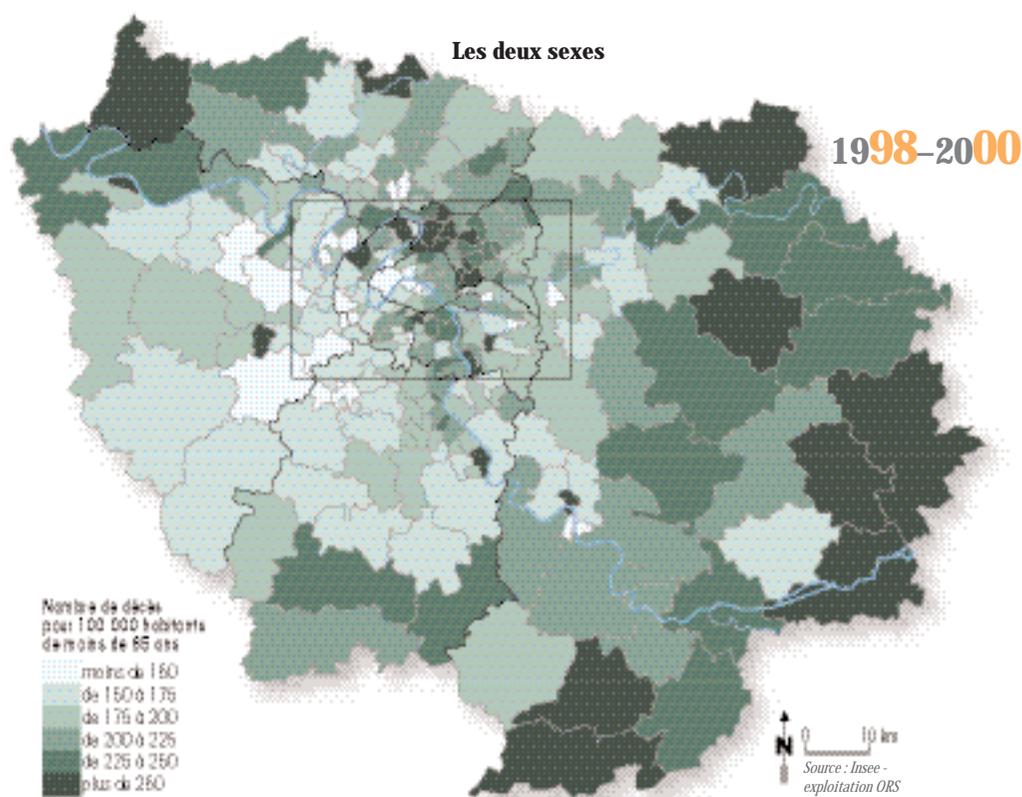
Source : Insee, exploitation INOS

LA MORTALITÉ PRÉMATURÉE

La mortalité prématurée en France par département



La mortalité prématurée en Île-de-France par canton



Les cancers, principale cause de mortalité prématurée

En Île-de-France comme en France, les principales causes de mortalité prématurée sont les cancers, les accidents et autres morts violentes ainsi que les affections cardio-vasculaires. L'Île-de-France se distingue cependant de la moyenne nationale par une moindre mortalité accidentelle, qui représente moins de 15 % de la mortalité prématurée masculine, contre un peu plus de 20 % en France (respectivement 11,8 % et 16,0 % de la mortalité prématurée féminine), et par une moindre importance de la mortalité cardio-vasculaire chez les moins de 65 ans des deux sexes. L'Île-de-France présente également une moindre mortalité prématurée par alcoolisme, notamment chez les hommes. En revanche, la mortalité par sida pèse deux fois plus dans la région qu'en France, aussi bien pour les hommes (2,5 % de la mortalité prématurée) que pour les femmes (1,3 %). La baisse de la mortalité par sida est très sensible depuis 1995 (jusqu'à 2 000 décès prématurés en Île-de-France en 1994 et en 1995, contre 366 en 2000). La surmortalité francilienne pour cette cause demeure toutefois importante. Les cancers responsables du plus grand nombre de décès avant 65 ans sont le cancer du poumon chez l'homme (10,5 % des décès prématurés masculins en France comme en Île-de-France) et le cancer du sein chez la femme, responsable de 13,4 % de la mortalité prématurée féminine dans la région (12,8 % en France). Chez les femmes, le cancer du poumon représente 4,1 % des décès prématurés en France, mais 4,9 % en Île-de-France, et la mortalité des femmes pour cette cause ne cesse de progresser. Il faut noter, enfin, l'importance des « autres causes » en Île-de-France, rubrique dans laquelle sont classés notamment les décès de « cause inconnue », plus nombreux en Île-de-France en raison d'un mauvais retour d'information de l'institut médico-légal de Paris. Certains de ces décès sont en réalité des décès accidentels, ce qui relative d'autant la sous-mortalité accidentelle en Île-de-France.

PLUS D'UN MILLION DE FRANCILIENS PRIS EN CHARGE AU TITRE D'UNE AFFECTION DE LONGUE DURÉE

Fiche 1

ATLAS DE LA SANTÉ EN ÎLE-DE-FRANCE

Les données sur les exonérations du ticket modérateur au titre d'une affection de longue durée (ALD) permettent aux organismes d'assurance maladie «médico-sociale» de certaines pathologies. Des résultats contrastés selon les départements et les pathologies, mais qui globalement illustrent les principaux problèmes de santé publique de la région Île-de-France.

Les affections de longue durée prises en charge à 100 % - Définition

Certaines affections de longue durée peuvent donner lieu à l'exonération du ticket modérateur, c'est-à-dire une prise en charge à 100 %.

Il en existe 3 catégories :

- les affections inscrites sur la liste des 30 affections de longue durée (ALD 30) comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse (liste fixée par l'article D 322-1 du code de la sécurité sociale) ;
- les affections hors liste : il s'agit de maladies graves, de forme évolutive ou invalidante, non inscrites sur la liste des ALD 30, et comportant un traitement prolongé d'une durée prévisible supérieure à 6 mois et une thérapeutique particulièrement coûteuse (exemples : malformation congénitale des membres, embolie pulmonaire à répétition, dégénérescence maculaire) ;
- les polyopathologies : lorsque le patient est atteint de plusieurs affections caractérisées entraînant un état pathologique invalidant et nécessitant des soins continus d'une durée prévisible supérieure à 6 mois (exemple : une personne de 90 ans atteinte de cécité et ayant des séquelles d'une fracture de hanche n'ayant pas permis la reprise de la marche).

Pour bénéficier d'une exonération du ticket modérateur au titre d'une affection de longue durée, le patient doit être reconnu atteint d'une de ces affections par le service médical de l'assurance maladie.

La demande d'exonération est établie par le médecin traitant qui l'adresse au service médical de la caisse d'assurance maladie de son patient.

En cas d'exonération du ticket modérateur au titre d'une affection de longue durée, seuls les soins et traitements médicaux en rapport avec cette affection sont exonérés du ticket modérateur et pris en charge à 100 %.

Source : CNAMTS - Ameli.fr

Au 31 décembre 2003, plus de 1 200 000 personnes sont prises en charge au titre d'une affection de longue durée (ALD) en Île-de-France (liste des 30, ALD hors liste ou poly-pathologie invalidante), soit environ 11 % de la population. Selon une enquête réalisée en 2002, les ALD les plus fréquentes en Île-de-France sont les suivantes : l'hypertension artérielle sévère (1 807 cas / 100 000 Franciliens), les cancers (1 683 / 100 000) et les artériopathies chroniques (1 519 / 100 000)⁽¹⁾.

Le classement des ALD en fonction des nouveaux cas déclarés (incidence) diffère un peu : en Île-de-France, se retrouvent, aux premiers rangs des incidences, les cancers (toutes localisations confondues), puis les «psychoses et troubles graves de la personnalité» et le «diabète de type 1 ou 2» dont les niveaux sont très proches, viennent ensuite l'hypertension artérielle sévère et les artériopathies chroniques et évolutives. Ces nouveaux cas, identifiés à partir des exonérations du ticket modérateur accordées pour une des 30 ALD par les services médicaux des trois principaux régimes d'assurance maladie (régime général, Mutualité sociale agricole, Assurance maladie des professions indépendantes) s'élevaient à 180 000 environ en 2002 en Île-de-France.

L'Île-de-France, plus touchée par les déficits immunitaires, la tuberculose et certains cancers

La comparaison avec les données françaises des incidences franciliennes, standardisée sur l'âge, met en évidence les points forts et les points faibles de la région en matière d'ALD. Parmi les points faibles, les déficits immunitaires graves (SIDA et séropositivité au VIH) et la tuberculose ont des incidences deux fois supérieures à celles de la France. La situation est également défavorable pour trois localisations de tumeurs chez les femmes : sein, poumons et VADS⁽²⁾. Enfin, dans une moindre mesure, les cas d'insuffisance respiratoire chronique et d'hypertension artérielle chez les hommes sont proportionnellement plus nombreux en Île-de-France.

A contrario, quelques affections présentent des incidences moindres en Île-de-France : artériopathies, infarctus du myocarde, polyarthrite rhumatoïde ainsi que le diabète pour les femmes et les tumeurs pour les hommes.

Des disparités importantes entre les départements franciliens...

Au sein de la région, des disparités importantes apparaissent selon les départements. Ainsi, la Seine-Saint-Denis présente, pour une majorité d'affections, des «incidences médico-sociales»⁽³⁾ supérieures à la moyenne régionale. Paris, la Seine-et-Marne et, dans une moindre mesure, le Val-d'Oise sont des départements qui se distinguent par de fortes incidences sur certaines pathologies. Pour les hommes, c'est en particulier le cas des déficits immunitaires (notamment VIH / SIDA), dont l'incidence à Paris est plus de deux fois supérieure à la moyenne régionale (73,4 pour 100 000 habitants contre 33,8). Chez les femmes, c'est en Seine-Saint-Denis que l'on observe les plus fortes incidences pour cette pathologie (36,2 pour 100 000 habitants contre 20,1 en Île-de-France et seulement 9 en France). Quant à la tuberculose, c'est un réel problème de santé publique dans le département de Seine-Saint-Denis, l'incidence standardisée étant deux fois supérieure à l'incidence régionale, quel que soit le sexe. À Paris, la tuberculose présente également une incidence plus forte, mais uniquement pour les hommes (36,3 contre 26,5 en moyenne régionale masculine).

Pour ces deux pathologies, les caractéristiques économiques et socio-démographiques de la population, la proportion de populations immigrées, la situation du logement... sont autant d'éléments explicatifs de la «sur-morbidité».

... reflets de la structure par sexe et âge de la population

L'analyse des incidences par tranche d'âge et par sexe montre des disparités selon les pathologies. Si de nombreuses pathologies progressent avec l'âge des individus (c'est notamment le cas de l'artériopathie chronique, de l'hypertension artérielle et des psychoses), d'autres pathologies présentent des incidences modales dans des tranches d'âge comprises entre 30 et 70 ans. L'évolution des incidences par âge pour 100 000 habitants décrit alors une forme de U inversé, les incidences progressant jusqu'à une tranche d'âge, puis diminuant dans les derniers âges de la vie.

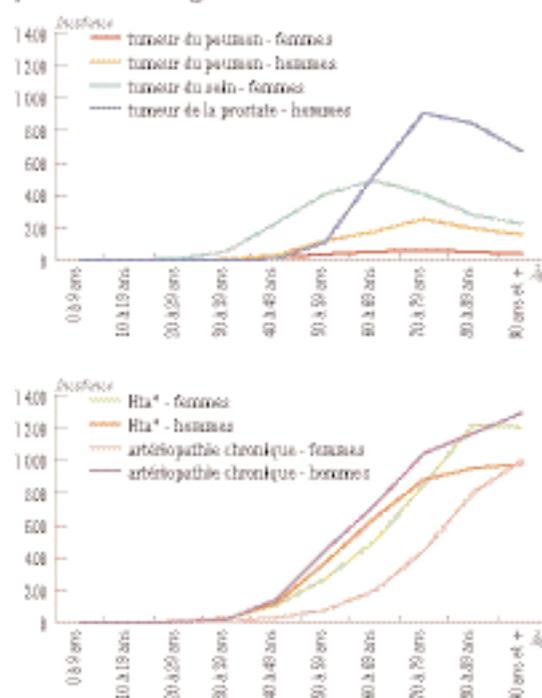
On retrouve ce schéma d'évolution dans le cas des déficits immunitaires graves (SIDA et séropositivité au VIH), avec un pic des incidences chez les 30-39 ans et, pour le diabète, chez les 60-69 ans. L'incidence des tumeurs suit également ce modèle, plus particulièrement pour le cancer du sein avec un maximum de nouveaux cas dans la tranche d'âge des 60-69 ans, le cancer de la thyroïde chez les femmes et le cancer des voies aérodigestives supérieures chez les hommes dans la tranche d'âge des 50-59 ans.

Les cancers du colon, de la prostate et des poumons progressent fortement à partir de 50 ans pour atteindre une incidence maximum entre 70 et 79 ans.

Enfin, les données médicales de l'assurance maladie confirment également les liens entre les pathologies et le sexe des individus : si les hommes et les femmes sont touchés de manière identique pour les accidents vasculaires cérébraux (ALD 1), l'hypertension artérielle sévère (ALD 12), l'insuffisance respiratoire (ALD 14) et la maladie de Parkinson (ALD 16), il existe une forte sur-représentation des hommes dans les cas, notamment, d'artériopathie chronique (ALD 3), de déficit immunitaire (ALD 7), d'infarctus (ALD 13) et de cancers de la vessie, des VADS et des poumons. *A contrario*, il existe une sur-représentation des femmes dans les cas de «psychoses, troubles graves de la personnalité et arriérations mentales» (ALD 23), de sclérose en plaques (ALD 25) et de cancer de la thyroïde.

(1) Enquête réalisée par les services médicaux d'Île-de-France en 2002 auprès d'un échantillon d'assurés des trois régimes (régime général, MSA, AMPI). Voir www.snamif.org
(2) Voies aérodigestives supérieures.
(3) Voir encadré sur la page de carte.

Incidences pour 100 000 habitants par tranche d'âge en Île-de-France en 2002

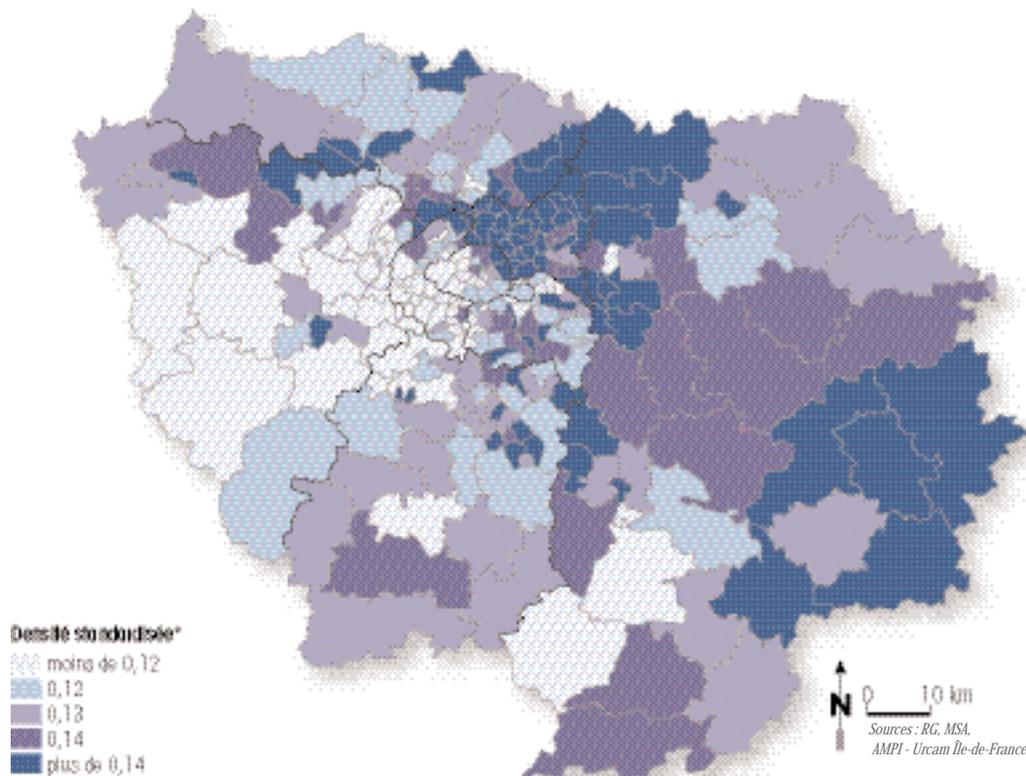


* H1a : l'opercule des aorte de l'aorte

Source : Observatoire de Santé Île-de-France, Dossiers : PC, MSA, AMPI

LES AFFECTIONS DE LONGUE DURÉE

Densité standardisée* par canton des bénéficiaires d'une exonération du ticket modérateur au titre d'une ALD au 31.12.2003



* Densité standardisée : Afin d'éliminer l'influence de la structure par âge de chaque territoire, une procédure statistique de standardisation selon l'âge a été effectuée pour chaque canton. Elle permet de calculer des «effectifs corrigés» de bénéficiaires dans chaque canton, en appliquant à une population de référence les taux spécifiques observés dans le canton pour chaque tranche d'âge. Ces effectifs corrigés sont ensuite rapportés à la population cantonale concernée (population nourrie par l'ensemble corrigé de la population protégée). Cette méthode permet d'obtenir des densités de bénéficiaires comparables d'un canton à l'autre, sans que les différences ne soient attribuables à la structure par âge. Il s'agit ici de la présence et donc de l'ensemble des bénéficiaires d'une ETM au titre d'une ALD.

Au 31 décembre 2003, environ 11 % de la population francilienne est prise en charge au titre des affections de longue durée. Les proportions extrêmes de la région se situent en Seine-Saint-Denis (13,2 %) et dans les Yvelines (9,2 %).

L'indice standardisé de bénéficiaires de l'ALD est important dans deux types de zones : les zones rurales et âgées de l'Île-de-France, soit le nord-ouest du Val-d'Oise (Vexin), l'est de la Seine-et-Marne et le sud de l'Essonne (plateau Briard et Gâtinais) d'une part, et, d'autre part, le nord-est de Paris et la Seine-Saint-Denis.

L'analyse de la distribution des ALD sur le territoire francilien souligne les forces et les faiblesses de la région. Si le centre semble privilégié par rapport à la périphérie, des clivages sociaux persistants opposent l'est et l'ouest de l'agglomération, notamment le nord-est et le sud-ouest.

Attributions d'ALD selon le type en 2002 en Île-de-France

	Île-de-France				Taux d'incidence standardisé*		France	
	Dénombrement des attributions d'ALD en 2002				pour 100 000 hab.		pour 100 000 hab.	
	Hommes	Femmes	Ensemble	Sexe ratio	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
ALD 30 Tumeur maligne	20 545	20 870	41 415	0,98	526,1	403,7	564,6	399,6
Cancer du sein	125	9 111	9 236	0,01	3,2	176,4	n.c.	168,1
Cancer du colon	2 000	2 020	4 020	0,99	53,1	39,8	58,9	40
Cancer de la prostate	5 820	-	5 820	-	163,5	-	169,3	-
Cancer des bronches et du poumon	2 489	914	3 403	2,72	61,5	17,9	65,3	14,4
Cancer des VADS	1 783	456	2 239	3,91	40,3	8,8	48,3	7,9
Cancer de la thyroïde	212	720	932	0,29	4,5	13,2	4,7	14,7
Cancer de la vessie	1 295	328	1 623	3,95	35,6	6,4	36,8	6,1
ALD 23 Psychose, trouble grave de la personnalité, arriération mentale	10 019	14 464	24 483	0,69	217	260,3	231,5	273
ALD 8 Diabète insulino-dépendant ou non	13 970	10 320	24 290	1,35	314,4	200,5	309,1	221,4
ALD 12 Hypertension artérielle sévère	9 129	10 878	20 007	0,84	229,9	211,5	202,1	206,2
ALD 3 Artériopathie chronique	10 693	5 202	15 895	2,06	270,8	99,9	293,7	108,4
ALD 14 Insuffisance respiratoire chronique grave	4 092	3 583	7 675	1,14	93,6	67,4	81,9	50,5
ALD 1 Accident vasculaire cérébral invalidant	3 089	2 837	5 926	1,09	81,6	53,2	82,9	55,6
ALD 7 Déficit immunitaire	1 879	1 178	3 057	1,60	33,8	20,1	16,1	9
Sérodiagnostic positif au VIH	1 038	637	1 675	1,63	18,7	10,8	8,9	5
SIDA	664	363	1 027	1,83	12,2	6,2	5,6	2,6
ALD 13 Infarctus du myocarde de moins de 6 mois	2 150	730	2 880	2,95	49,2	14,1	62,4	22
ALD 29 Tuberculose active	1 348	916	2 264	1,47	26,5	16,4	12,9	8,9
ALD 22 Polyarthrite rhumatoïde évolutive grave	582	1 406	1 988	0,41	13	26,5	15	31,1
ALD 16 Maladie de Parkinson	889	866	1 755	1,03	26,3	16,9	27,6	18,8
ALD 25 Sclérose en plaques	254	643	897	0,40	4,7	11,2	4,7	11,9

* Il s'agit du taux d'incidence (nouveaux cas) médico-sociale, standardisé selon l'âge.

Méthodologie : plusieurs types de données à disposition de l'assurance maladie

Les données administratives par canton
Ces données sont issues des trois principaux régimes d'assurance maladie (régime général *stricto sensu*⁽¹⁾, mutualité sociale agricole et assurance maladie des professions indépendantes). Le type de l'exonération du ticket modérateur (ETM) étant précisé au moment de la liquidation des feuilles de soins, les systèmes d'information permettent d'identifier les bénéficiaires de l'ETM au titre d'une ALD et leur commune de résidence, sans toutefois pouvoir préciser la pathologie à l'origine de l'affection.

La notion d'incidence «médico-sociale»
L'incidence des principales ALD est déterminée à partir des avis favorables rendus par les services médicaux des trois régimes d'assurance maladie, pour les demandes initiales d'exonération du ticket modérateur au titre des ALD. L'Union régionale des caisses d'assurance maladie d'Île-de-France publie chaque année, pour une sélection d'ALD et de pathologies, les dénombrements bruts des nouvelles attributions et les taux d'incidence pour 100 000 bénéficiaires⁽²⁾. Le taux d'incidence «médico-sociale», ainsi calculé, est égal au nombre d'exonérations au titre d'une ALD attribuées au cours d'une période donnée rapporté à la population susceptible d'en être bénéficiaire.

L'incidence médico-sociale d'une maladie ne doit donc pas être confondue avec son incidence réelle, habituellement calculée en épidémiologie, car :

- le patient peut être atteint d'une des 30 maladies de la liste des ALD, mais ne pas répondre aux critères médicaux de sévérité ou d'évolutivité exigés pour bénéficier d'une exonération (hypertension artérielle «sévère», scoliose «évolutive», néphropathie «grave», sclérose en plaques «invalidante»...);
- le patient peut ne pas demander à être exonéré pour des raisons personnelles (couverture maladie universelle, assurance complémentaire satisfaisante, souci de confidentialité);
- le patient peut déjà être exonéré du ticket modérateur à un autre titre (précédente affection exonérante, invalidité...), et donc ne pas faire l'objet d'une demande d'un médecin traitant pour une nouvelle ALD.

Ces écarts ne sont pas systématiques et homogènes pour chacune des 30 affections de la liste. Selon l'âge de survenue de la pathologie, selon la fréquence d'association de cette pathologie avec d'autres, le défaut d'enregistrement sera plus ou moins important. Malgré ces imperfections, dont il est nécessaire de tenir compte, les systèmes d'information médicaux de l'assurance maladie relatifs aux affections de longue durée constituent une source précieuse d'information sur la morbidité.

(1) Hors sections locales mutualistes, soit environ 14 % de la population francilienne.
(2) Urcam Île-de-France, Éléments de diagnostic sanitaire en Île-de-France, 5^e édition, septembre 2004.
www.armacif.assurance-maladie.fr



Source : RG, MSA, AMPI - URCAM Île-de-France

A. Charles / Anurif

DES CAS DE CANCER PLUS NOMBREUX MAIS UNE MORTALITÉ EN BAISSÉ

Fiche 2

ATLAS DE LA SANTÉ EN ÎLE-DE-FRANCE

Par rapport aux autres pays de l'Europe des quinze, la France occupe une place relativement défavorable en matière de morbidité et de mortalité cancéreuse, notamment chez les hommes et chez les moins de 65 ans. Aujourd'hui, près d'un décès sur trois survenant en France est dû à un cancer. Devant ces constats, le gouvernement a décidé, en 2003, un plan de mobilisation nationale qui porte principalement sur la prévention, le dépistage, la qualité des soins centrés sur le patient, l'accompagnement social, la formation et la recherche.

Augmentation de l'incidence des cancers...

Les tumeurs malignes, ou cancers, occupent une place de plus en plus importante dans la morbidité. Pour l'année 2000, le réseau français des registres des cancers (Francim) estime à environ 280 000 le nombre de nouveaux cas de cancers en France métropolitaine. Ce nombre a augmenté de 24 % entre 1980 et 1990, et de 32 % entre 1990 et 2000. Cette progression considérable est liée non seulement à l'accroissement et au vieillissement de la population, mais aussi à la plus grande fréquence des cancers, réelle ou liée à l'amélioration de leur dépistage. En Île-de-France, la progression des cancers est comparable à celle observée au niveau national, et plus de 40 000 Franciliens sont atteints chaque année d'un cancer⁽¹⁾.

Les localisations cancéreuses les plus fréquentes sont, chez l'homme, la prostate, le poumon et le côlon-rectum et, chez la femme, le sein, le côlon-rectum et l'utérus.

... mais baisse de la mortalité cancéreuse

Pendant la période 1998-2000, les cancers ont provoqué chaque année le décès de 21 360 Franciliens, dont 12 240 hommes et 9 120 femmes. Les cancers constituent la première cause de décès chez l'homme et la deuxième chez la femme, derrière les maladies de l'appareil circulatoire. Grâce au dépistage de plus en plus précoce de certaines tumeurs et aux progrès thérapeutiques, l'évolution de la mortalité par cancer n'est heureusement pas aussi défavorable que celle de la morbidité cancéreuse.

Au niveau national, la mortalité par cancer a baissé de 11 % au cours des vingt dernières années pour les deux sexes. Pendant la même période, en Île-de-France, la baisse a été particulièrement marquée chez les hommes (- 20 %), tandis que les femmes ont connu une baisse de 12 %, comparable à la moyenne nationale.

Conséquence de ces évolutions, les Franciliens qui avaient un niveau de mortalité par cancer légèrement supérieur à celui de leurs homologues de province jusqu'au début des années 1990 connaissent aujourd'hui une sous-mortalité, tandis que les Franciliennes conservent une légère surmortalité pendant toute la période.

À structure par âge comparable, sur la période 1998-2000, le taux comparatif de mortalité par cancer des hommes est de 322 décès annuels pour 100 000 personnes en Île-de-France, contre 342 au niveau national. Pour les femmes, ces taux sont respectivement de 161 et 154 décès annuels pour 100 000 personnes.

Des disparités considérables en France et en Île-de-France

Les disparités géographiques de la mortalité par cancer sont considérables en France. La situation apparaît beaucoup plus favorable dans le sud-ouest du pays que dans le nord : pour les hommes, les taux comparatifs départementaux varient de 271 décès pour 100 000 dans le Gers à 435 dans le Nord ou le Pas-de-Calais. Pour les femmes, la fourchette est moins large, mais les taux varient tout de même de 133 dans l'Aude à 176 dans le Nord.

Au sein de la région Île-de-France, les disparités départementales sont également considérables : pour les hommes, la situation est relativement favorable à Paris (286 décès pour 100 000) et dans les départements de l'ouest (Hauts-de-Seine, Yvelines, Essonne), tandis que les départements du nord et de l'est de la région (Seine-et-Marne, Val-d'Oise et surtout Seine-Saint-Denis) présentent une surmortalité cancéreuse (369 décès pour 100 000 dans ce dernier département). Pour les femmes, les disparités départementales sont plus faibles, mais la situation est globalement mauvaise, puisque tous les départements d'Île-de-France ont un niveau de mortalité

Taux comparatifs de mortalité par cancer dans les départements franciliens entre 1998 et 2000

	Hommes	Femmes
Paris	286	163
Hauts-de-Seine	305	159
Seine-Saint-Denis	369	167
Val-de-Marne	330	162
Seine-et-Marne	353	161
Yvelines	315	155
Essonne	315	158
Val-d'Oise	353	162
Île-de-France	322	161

Sources : Inserm-CepiDc, Insee - exploitation FNOIS

féminine par cancer supérieur à la moyenne nationale. Le taux comparatif atteint 167 décès pour 100 000 en Seine-Saint-Denis, ce qui place ce département parmi les huit départements de France métropolitaine ayant le plus haut niveau de mortalité par cancer chez les femmes.

Une analyse géographique fine, au niveau du canton, de la mortalité cancéreuse montre une situation encore plus contrastée en Île-de-France, avec des taux comparatifs pouvant varier du simple au double pour les hommes comme pour les femmes au sein de la région. La situation apparaît globalement plus favorable dans le sud-ouest de la région que dans le nord et l'est.

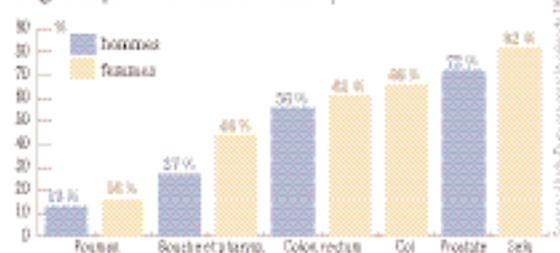
Les causes multifactorielles des cancers

Les résultats présentés ci-dessus concernent l'ensemble des cancers, mais certains cancers sont en forte diminution (œsophage, estomac), tandis que d'autres sont en progression (poumon, prostate, sein). Ces évolutions, distinctes selon les cancers comme les disparités géographiques observées, s'expliquent par les étiologies complexes de ces maladies. Les facteurs génétiques, environnementaux et surtout les comportements individuels (alimentaires, consommation d'alcool et de tabac), eux-mêmes souvent liés aux conditions socio-économiques, interviennent dans des proportions difficilement quantifiables en raison, d'une part, des délais plus ou moins longs entre exposition au facteur de risque et apparition du cancer et, d'autre part, des interactions possibles entre ces différents facteurs, qui peuvent se potentialiser entre eux.

(1) 45 240 (24 671 hommes et 20 569 femmes) en 2000 selon les estimations du réseau FRANCIM.

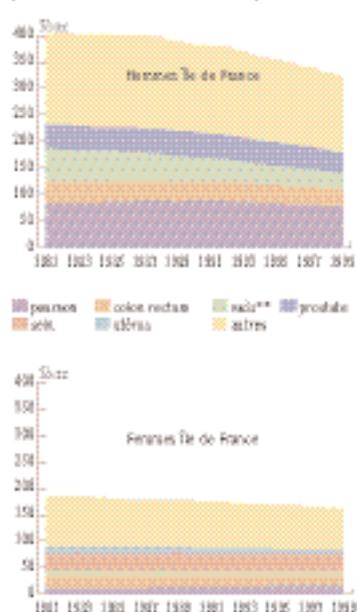
Les tumeurs sont la conséquence d'une prolifération anormale de cellules dans un tissu ou un organe. On distingue les tumeurs bénignes, qui restent localisées et sont en général peu graves, des tumeurs malignes ou cancers. La gravité de ces dernières est notamment liée à leur aptitude à se disséminer par voie lymphatique ou sanguine, créant ainsi des foyers secondaires (métastases) à distance du foyer primitif. Les tumeurs malignes représentent 97 % des tumeurs.

Taux de survie à 5 ans* des patients cancéreux en France (taux de survie des cancers diagnostiqués entre 1990 et 1994)



* 50 personnes. ** Taux : cancer des sites anatomiques supérieurs. Sites de la tête, nez, gorge, œsophage, trachée.

Évolution des taux comparatifs de mortalité* pour les principaux cancers (données lissées sur 3 ans)



* 50 personnes. ** Taux : cancer des sites anatomiques supérieurs. Sites de la tête, nez, gorge, œsophage, trachée.

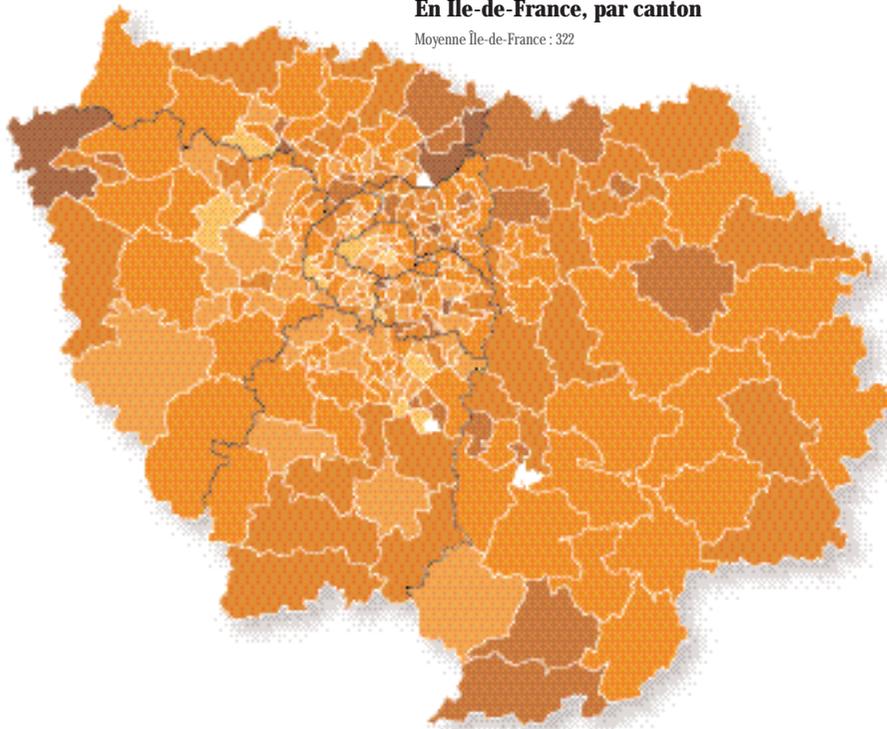
Source : Inserm-CepiDc, Insee - exploitation FNOIS

LA MORTALITÉ PAR CANCER

Les hommes : taux comparatif de mortalité par cancer

En Île-de-France, par canton

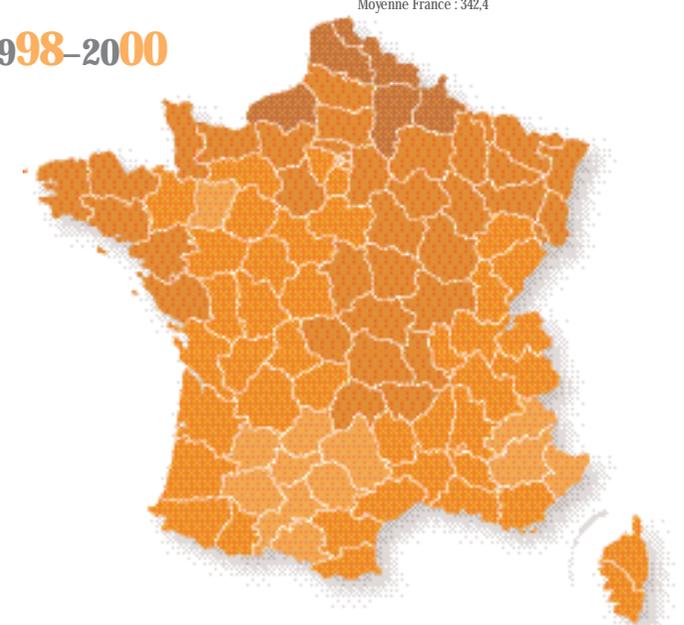
Moyenne Île-de-France : 322



En France, par département

Moyenne France : 342,4

1998-2000



Les niveaux de mortalité par cancer varient davantage entre les cantons d'Île-de-France qu'entre les départements français.

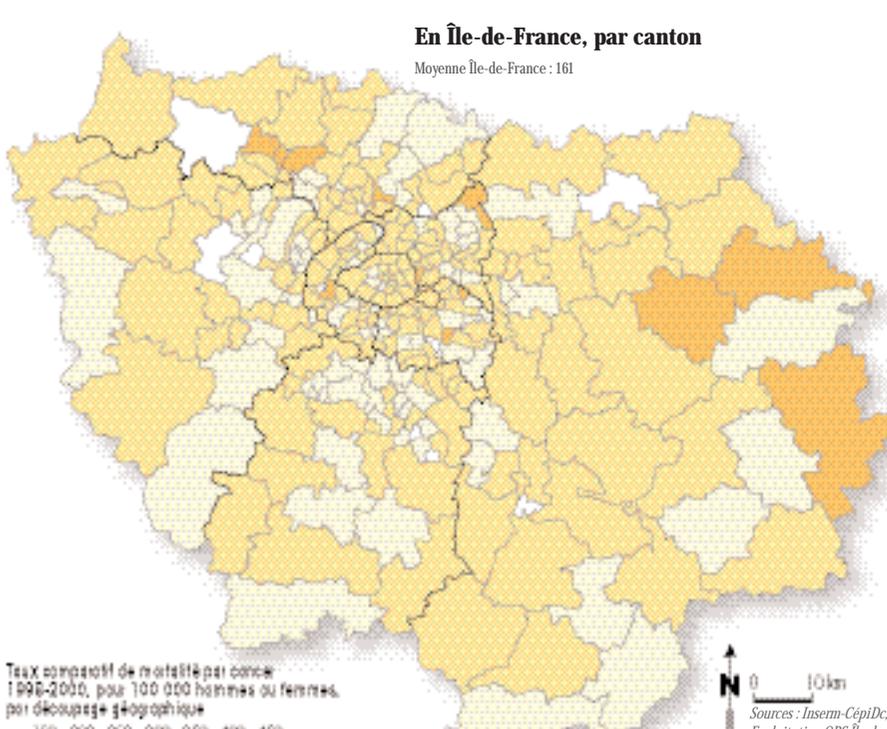
Chez les hommes, les taux comparatifs varient de 200 décès à près de 500 pour 100 000 entre les différents cantons franciliens. Ils oscillent entre 270 et 430 pour 100 000 entre les départements français. Chez les femmes, les taux varient de 100 à près de 250 décès pour 100 000 entre les cantons franciliens, tandis qu'ils varient de 130 à 180 entre les départements français.

Ces disparités considérables dessinent une situation nettement plus favorable dans le sud-ouest de la région que dans le nord et l'est.

Les femmes : taux comparatif de mortalité par cancer

En Île-de-France, par canton

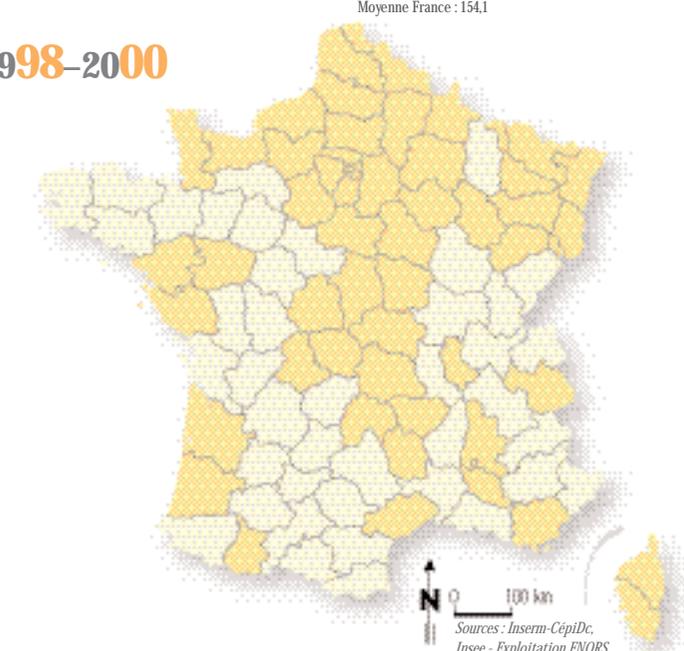
Moyenne Île-de-France : 161



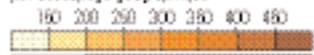
En France, par département

Moyenne France : 154,1

1998-2000



Taux comparatif de mortalité par cancer
1998-2000, pour 100 000 hommes ou femmes,
par découpage géographique



les zones les zones
canton ayant enregistré moins de 20 décès par cancer
entre 1998 et 2000 (pour l'Île-de-France)

0 10 km
Sources : Inseem-CépiDc, Insee -
Exploitation ORS Île-de-France

0 100 km
Sources : Inseem-CépiDc,
Insee - Exploitation FNORS

CANCERS DU SEIN ET DU POUMON : DEUX CANCERS MAJEURS EN ÎLE-DE-FRANCE

Fiche 3

ATLAS DE LA SANTÉ EN ÎLE-DE-FRANCE

En Île-de-France comme en France, le cancer du poumon est la première cause de décès par cancer chez l'homme, tandis que le cancer du sein constitue la première cause de décès par cancer chez la femme.

L'un et l'autre ont fortement progressé pendant la seconde moitié du vingtième siècle. La lutte contre ces cancers, qui touchent des personnes relativement jeunes⁽¹⁾, constitue donc un enjeu majeur de santé publique, notamment en Île-de-France, région qui présente une surmortalité pour ces deux pathologies chez les femmes.

Le cancer du poumon fléchit chez l'homme mais progresse chez la femme

Le cancer de la trachée, des bronches et du poumon, relativement rare au début du siècle, a vu sa fréquence augmenter de façon considérable au cours des dernières décennies dans la plupart des pays industrialisés, en raison de l'augmentation du tabagisme (responsable d'environ 80 % des cas). Les expositions professionnelles et le tabagisme passif constituent aussi des facteurs de risque connus.

Avec environ 28 000 nouveaux cas pour l'année 2000 en France métropolitaine⁽²⁾, dont 83 % chez l'homme, le cancer du poumon arrive au deuxième rang des cancers masculins les plus fréquents, après le cancer de la prostate. Mais en raison de la gravité de son pronostic (survie à 5 ans d'environ 10 %), il constitue la première cause de décès par cancer pour les hommes (plus de 20 500 décès en 2000). Pour les femmes, le cancer du poumon se situe au troisième rang des décès par cancer (4 200 décès annuels), après le cancer du sein et le cancer colo-rectal.

Le décalage entre exposition tabagique et décès par cancer du poumon est de 20 à 40 ans en moyenne. La surmortalité masculine observée aujourd'hui s'explique donc par une consommation tabagique plus importante chez l'homme que chez la femme dans les années 1970. Depuis, le tabagisme s'est stabilisé, puis a diminué chez l'homme, tandis qu'il s'est nettement accru chez la femme, ce qui fait craindre une forte augmentation des décès féminins par cancer du poumon dans les années à venir. En France, la mortalité par cancer du poumon a progressé de plus de 10 % dans les années 1980 chez les hommes, mais a baissé de 5 % dans les années 1990. Chez les femmes, la progression est de 29 % pendant la décennie 1980 et atteint 33 % pendant la décennie 1990. Dans un avenir proche, le cancer du poumon pourrait devenir en France la première cause de mortalité par cancer chez la femme, comme c'est le cas aux États-Unis, où le tabagisme féminin est plus ancien.

La mortalité féminine par cancer du poumon particulièrement élevée en Île-de-France

La mortalité par cancer du poumon varie de façon importante dans les régions et les départements français. Sur la période 1998-2000, elle dépasse la moyenne nationale de 33 % pour les femmes en Île-de-France. L'Île-de-France présente une évolution singulière de la mortalité par cancer du poumon : si, au début des années 1980, les Franciliens des deux sexes avaient une mortalité supérieure à la moyenne nationale pour cette pathologie, le niveau est passé au-dessous de la moyenne nationale au milieu des années 1990 pour les hommes, tandis que la surmortalité persiste chez les femmes, même si elle tend à se réduire légèrement, conséquence de la diffusion du tabagisme féminin à l'ensemble des régions depuis les années 1970.

Au sein même de la région, les disparités sont importantes : chez les hommes, les quatre départements du centre-ouest (Paris, les Hauts-de-Seine, les Yvelines et l'Essonne) présentent une sous-mortalité par cancer bronchique, tandis que les quatre départements du nord-est (Val-de-Marne, Seine-et-Marne, Val-d'Oise et surtout Seine-Saint-Denis) présentent une surmortalité. Chez les femmes, la surmortalité par cancer bronchique s'observe dans les huit départements franciliens, et notamment à Paris, département qui présente le niveau de mortalité par cancer du poumon le plus élevé de France chez la femme (+ 60 % par rapport à la moyenne nationale) et un des plus bas niveaux chez l'homme (- 14 % par rapport à la moyenne nationale).

En 2003, près de 11 000 hospitalisations pour cancer du poumon⁽³⁾ chez des hommes domiciliés en Île-de-France ont été

effectuées dans plus de 150 établissements franciliens (hors séances de chimiothérapie et de radiothérapie). Avec la prise en charge de plus de 7 % de ces hospitalisations, le Centre hospitalier intercommunal de Créteil (830 hospitalisations) occupe la première place devant l'hôpital Foch (680 hospitalisations). Viennent ensuite les établissements de l'AP-HP, qui accueillent au total 30 % des hospitalisations domiciliées dans la région. Les déplacements domicile-hôpital des hospitalisés organisent, autour des pôles hospitaliers franciliens, 36 «territoires sanitaires vécus» liés à l'hospitalisation pour cancer du poumon. Dans ces bassins d'hospitalisation, la morbidité hospitalière et la mortalité par cancer du poumon varient fortement.

Forte augmentation du cancer du sein mais mortalité stable

En France, le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme et son incidence a doublé au cours des vingt dernières années (42 000 nouveaux cas en 2000 en France métropolitaine⁽³⁾ contre 21 000 en 1980). Actuellement, toutes générations confondues, une Française sur dix risque d'être atteinte par cette maladie au cours de son existence, ce risque augmentant avec l'année de naissance. Cette augmentation de l'incidence du cancer du sein s'observe dans l'ensemble des pays à mode de vie occidental, du fait d'un diagnostic plus précoce et de l'élévation du risque pour les générations récentes.

L'évolution de la mortalité n'est pas aussi défavorable, car le cancer du sein fait partie des cancers pour lesquels la survie a augmenté au cours des dernières décennies. En France, la survie à 5 ans atteint 82 %, un des taux les plus élevés d'Europe. Le taux de survie étant principalement lié au stade de la maladie au moment du diagnostic, la généralisation du dépistage, qui se met en place sur l'ensemble du territoire français, apparaît comme le principal moyen d'améliorer encore ce taux (en dehors des avancées thérapeutiques).

En 2000, le cancer du sein a été responsable de près de 11 000 décès féminins, dont 38 % survenus avant 65 ans.

Surmortalité francilienne par cancer du sein

La mortalité féminine par cancer du sein varie de façon importante dans les régions françaises. L'Île-de-France apparaît particulièrement mal placée, avec une surmortalité de 9 % par rapport à la moyenne nationale. Cette surmortalité par cancer du sein est constante depuis plus de 20 ans et concerne les huit départements franciliens, à l'exception notable (et très récente) du Val-d'Oise, premier département francilien à avoir organisé une campagne de dépistage du cancer du sein au début des années 1990, et qui se situe aujourd'hui au niveau de la moyenne nationale. En 2003, 12 450 hospitalisations pour cancer du sein⁽⁴⁾ chez des Franciliennes ont été réalisées dans plus de 200 établissements franciliens. Le Centre régional de lutte contre le cancer René Huguenin, à Saint-Cloud, en a réalisé près de 10 %, tandis que la clinique Saint-Jean-de-Dieu (Paris 7^e), l'Institut Curie (Paris 5^e), et l'Institut Gustave-Roussy (Villejuif) en ont réalisé chacun un peu plus de 7 %. Pour le cancer du sein, l'Île-de-France peut être découpée en 29 «territoires sanitaires vécus», au sein desquels morbidité hospitalière comme mortalité par cancer du sein varient fortement, reflet de la morbidité dans la population, mais aussi des différences de prise en charge de cette pathologie cancéreuse dans les établissements de la région.

(1) En France, près de 40 % des décès par cancer du poumon et 38 % des décès par cancer du sein surviennent avant 65 ans.

(2) Estimation du réseau français des registres des cancers (Francim).

(3) Estimation Francim.

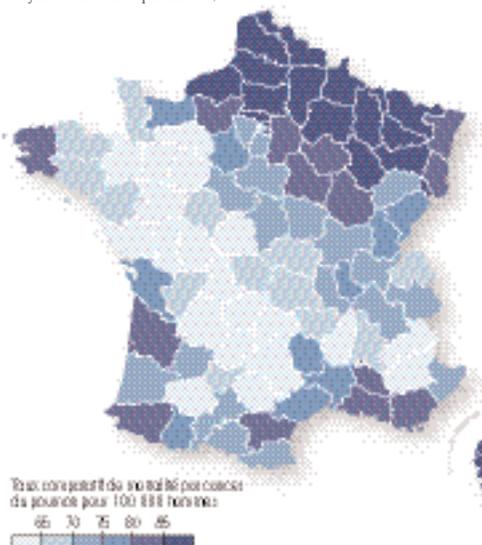
(4) Identifiées depuis le diagnostic principal de la base PMSI hors séances de chimiothérapie.

CANCERS DU SEIN ET DU POUMON

Taux comparatifs de mortalité par sexe et type de cancer en France, par département entre 1998 et 2002

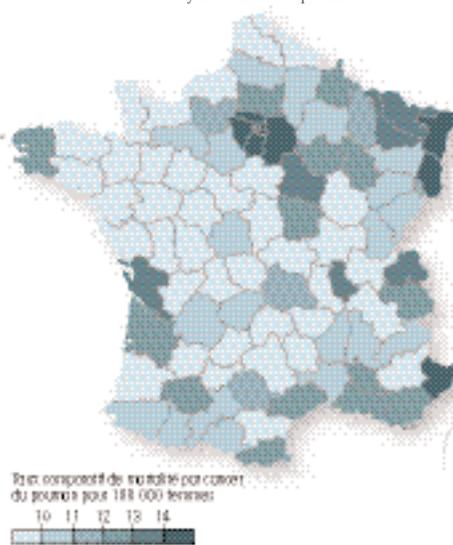
Hommes - Cancer du poumon

Moyenne France métropolitaine : 77,2



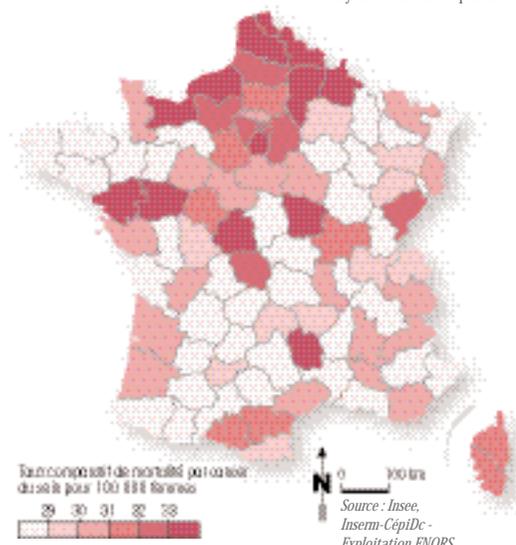
Femmes - Cancer du poumon

Moyenne France métropolitaine : 12



Femmes - Cancer du sein

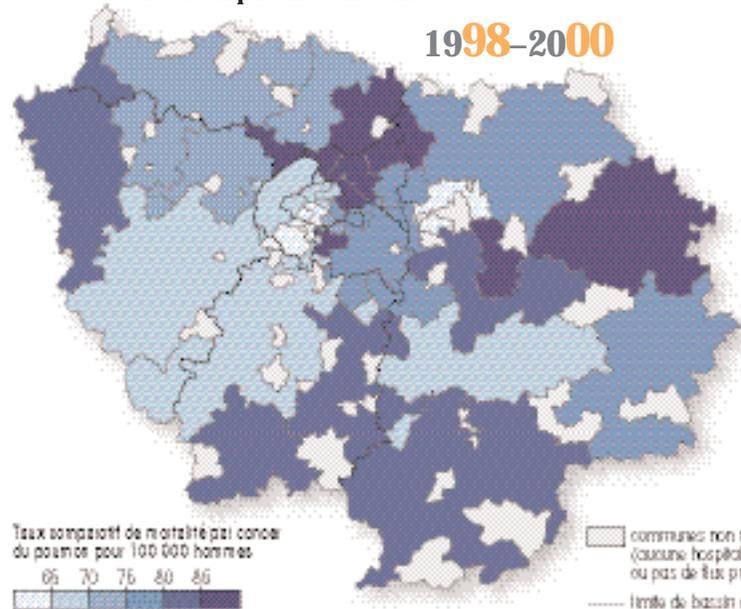
Moyenne France métropolitaine : 30,9



Le cancer du poumon chez les hommes en Île-de-France, par bassin d'hospitalisation*

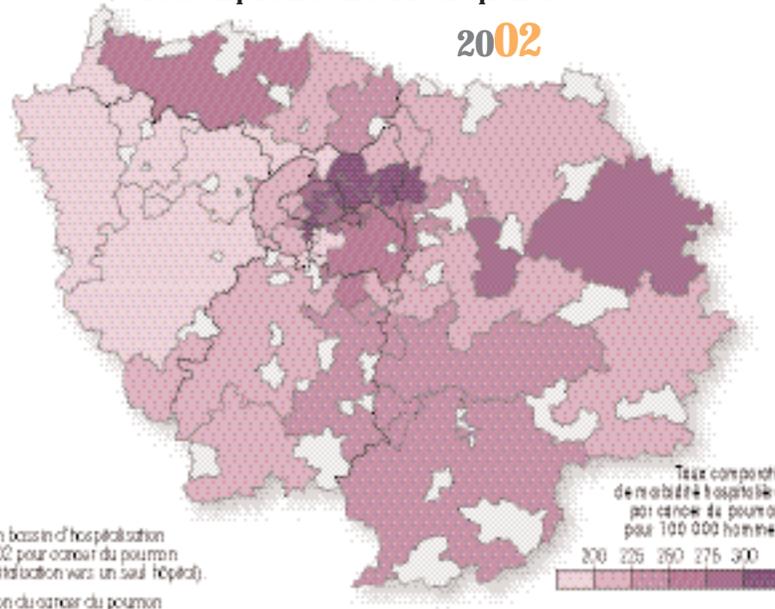
Taux comparatif de mortalité

1998-2000



Taux comparatif de morbidité hospitalière

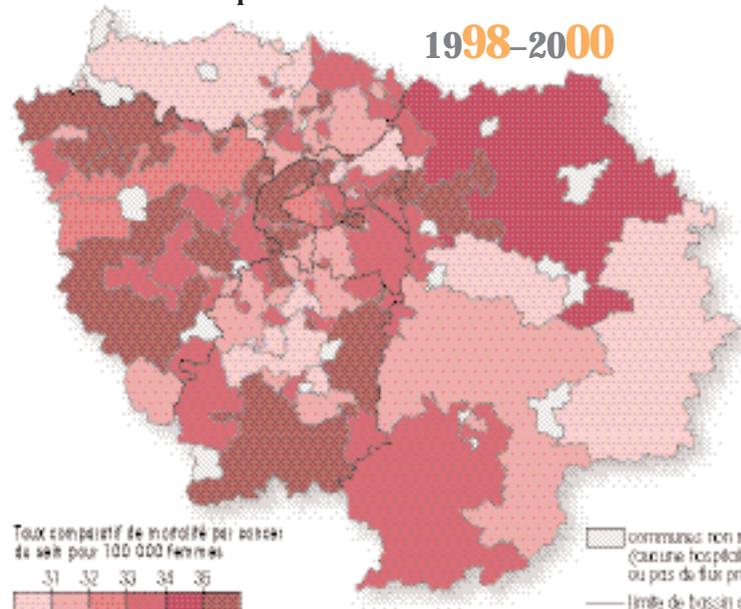
2002



Le cancer du sein chez les femmes en Île-de-France, par bassin d'hospitalisation*

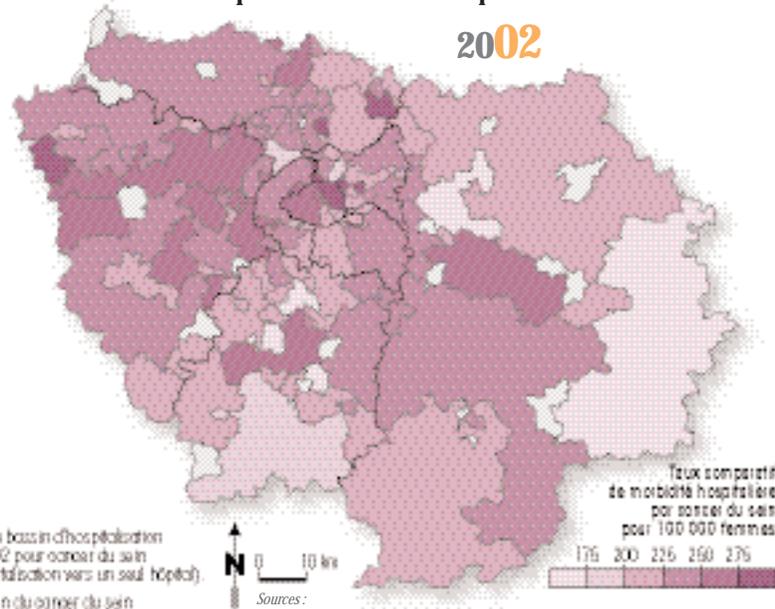
Taux comparatif de mortalité

1998-2000



Taux comparatif de morbidité hospitalière

2002



* Voir glossaire

Sources :
Mortalité : Insee, Inserm-CépiDc - Traitement ORS
Morbidité : ATIH PMSI 2002, Insee recensement général de la population 1999 - Exploitation Jean-Marc Macé

MALADIES CARDIO-VASCULAIRES : UNE MORTALITÉ INFÉRIEURE À LA MOYENNE NATIONALE

Fiche 4

En France, comme dans tous les pays industrialisés, les affections cardio-vasculaires occupent une place prépondérante dans la mortalité et la morbidité : elles constituent la première cause de décès, le premier motif d'admission en affection de longue durée et le troisième motif d'hospitalisation. En 2000, les affections cardio-vasculaires ont provoqué environ 161 000 décès en France, dont un peu plus de 15 000 sont survenus chez des personnes âgées de moins de 65 ans. Néanmoins, la France est le pays européen présentant le plus faible taux de mortalité cardio-vasculaire, et celui-ci a considérablement baissé depuis 20 ans. Dans ce contexte national favorable, la sous-mortalité francilienne apparaît d'autant plus remarquable.

Les maladies de l'appareil circulatoire ou maladies cardio-vasculaires regroupent un grand nombre de pathologies, mais les cardiopathies ischémiques⁽¹⁾ d'une part et les maladies vasculaires cérébrales⁽¹⁾ d'autre part sont à l'origine de plus de la moitié des décès cardio-vasculaires. Les autres pathologies entrant dans ce groupe sont principalement les troubles du rythme cardiaque et les affections touchant les artères autres que celles irriguant le cœur ou le cerveau. Plusieurs facteurs constitutionnels et comportementaux, souvent associés, influencent l'incidence des pathologies cardio-vasculaires : hypercholestérolémie, hypertension artérielle, diabète, tabagisme, alimentation, sédentarité, etc.

Sous-mortalité française et francilienne par maladies cardio-vasculaires

La mortalité par maladies cardio-vasculaires varie considérablement dans les pays d'Europe, selon un gradient décroissant nord-est/sud-ouest. Les données internationales les plus récentes placent la France au premier rang de ces pays pour son faible taux de mortalité cardio-vasculaire, tant pour les hommes que pour les femmes⁽²⁾. La sous-mortalité française est généralement attribuée à des comportements alimentaires globalement favorables, associés à une prise en charge médicale efficace.

Dans ce contexte national favorable, la sous-mortalité francilienne par maladies cardio-vasculaires apparaît d'autant plus remarquable : à structure par âge comparable, sur la période 1998-2000, le taux comparatif de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire des hommes est de 280 décès annuels pour 100 000 personnes en Île-de-France, contre 340 au niveau national (soit une sous-mortalité de 18 %). Pour les femmes, ces taux sont respectivement de 175 et 209 décès annuels pour 100 000 personnes (sous-mortalité de 16 %). Les faibles taux franciliens sont avant tout le fait d'un très bas niveau de mortalité par maladies vasculaires cérébrales, mais les autres affections cardio-vasculaires, notamment les cardiopathies ischémiques, sont également sous-représentées dans la région.

L'analyse départementale de la mortalité cardio-vasculaire dessine deux zones de surmortalité en France métropolitaine : un large croissant nord, allant de la Bretagne à l'Alsace et une bande qui traverse le pays de la Champagne au sud de l'Auvergne. Au sein de l'Île-de-France, si cinq départements (Paris, Hauts-de-Seine, Val-de-Marne, Yvelines et Essonne) figurent parmi les départements de France ayant la plus faible mortalité cardio-vasculaire, la situation est un peu moins favorable dans les départements de Seine-Saint-Denis et du Val-d'Oise, qui restent en légère sous-mortalité tout de même, et moins favorable encore en Seine-et-Marne, département qui se situe simplement dans la moyenne nationale.

Les maladies cardio-vasculaires, première cause de mortalité en France mais pas en Île-de-France

La mortalité cardio-vasculaire augmente avec l'âge et elle est, à chaque âge, plus élevée chez l'homme que chez la femme. Malgré cette surmortalité masculine, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à décéder de maladies cardio-vasculaires, tout simplement car elles sont sur-représentées dans la population âgée, la plus touchée par ces pathologies : en 2000, parmi les 19 900 personnes décédées par maladies cardio-vasculaires en Île-de-France, 55 % étaient des femmes. Seulement 5 % d'entre elles (contre 19 % des hommes) étaient âgées de moins de 65 ans.

Compte tenu de la sous-mortalité cardio-vasculaire et de la structure par âge de la population francilienne, ce ne sont pas les maladies cardio-vasculaires qui, comme en France, constituent la première cause de décès en Île-de-France, mais les

cancers. En 2000, ces derniers sont à l'origine de 28,6 % des décès en Île-de-France, contre 27 % pour les maladies cardio-vasculaires. Au niveau national, ces proportions sont respectivement de 27,1 % et 30,5 %.

Une forte diminution de la mortalité par maladies cardiaques depuis vingt ans

En France, la mortalité par maladies cardiaques a baissé de 43 % au cours des vingt dernières années (- 42 % chez les hommes et - 45 % chez les femmes). La baisse de 45 % observée dans la région n'a fait que conforter la sous-mortalité francilienne par rapport à la moyenne nationale. Au niveau national comme au niveau régional, la baisse la plus notable concerne les maladies vasculaires cérébrales.

Peu d'hospitalisations pour des pathologies cardio-vasculaires en Île-de-France

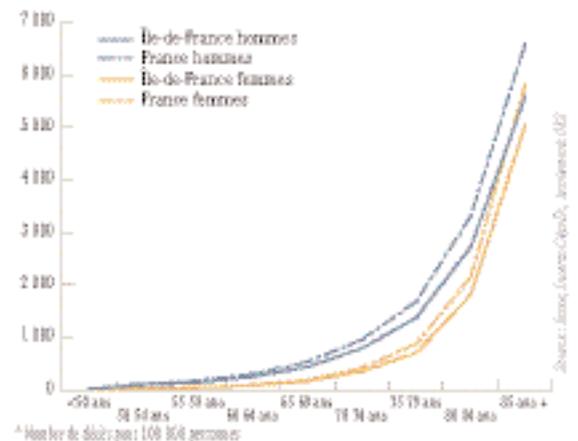
Au cours de l'année 2002, environ 46 000 Franciliennes et 64 000 Franciliens ont été hospitalisés pour une affection cardio-vasculaire dans plus de 200 établissements publics et privés de la région. Les déplacements « domicile-hôpital » de ces personnes organisent, autour des pôles hospitaliers franciliens, 63 « territoires sanitaires vécus » liés à l'hospitalisation en cardiologie. Ces bassins d'hospitalisation⁽¹⁾ couvrent une grande superficie en périphérie de la région (Provins, Meaux, Pontoise, Mantes, etc.) et diminuent en taille lorsque l'on se rapproche de Paris. Le volume de leur population varie en sens inverse, passant par exemple de 45 000 habitants dans le bassin de Nemours ou 54 000 habitants dans celui de Provins à 450 000 dans le bassin de Paris 14^e et 530 000 dans celui de Créteil.

Le taux comparatif d'hospitalisations liées à la cardiologie s'établit à 1 109 hospitalisations annuelles pour 100 000 personnes en Île-de-France, soit beaucoup moins qu'au niveau national (ce taux est de 1 398 en France). Toutefois, au niveau infra-régional, il existe des disparités importantes de la morbidité hospitalière de cardiologie. Par rapport à la moyenne régionale, la surmortalité hospitalière est notable en grande couronne, notamment dans les bassins de Provins, Coulommiers, Tournan-en-Brie en Seine-et-Marne, de Dourdan, Briis-sous-Forges, Arpajon, Étampes dans l'Essonne, de Rambouillet, Mantes-la-Jolie, Evrecquemont dans les Yvelines, et de Gonesse dans le Val-d'Oise. À l'inverse, les bassins de santé hospitaliers de cardiologie situés au cœur de la région enregistrent pour la plupart une sous-mortalité hospitalière : c'est notamment le cas des bassins hospitaliers de Paris 10^e, 12^e et 18^e, Antony, Boulogne-Billancourt, Neuilly-sur-Seine, Colombes et Clichy dans les Hauts-de-Seine, de Villeneuve-Saint-Georges dans le Val-de-Marne, et d'Argenteuil et Montmorency dans le Val-d'Oise.

(1) Voir glossaire.

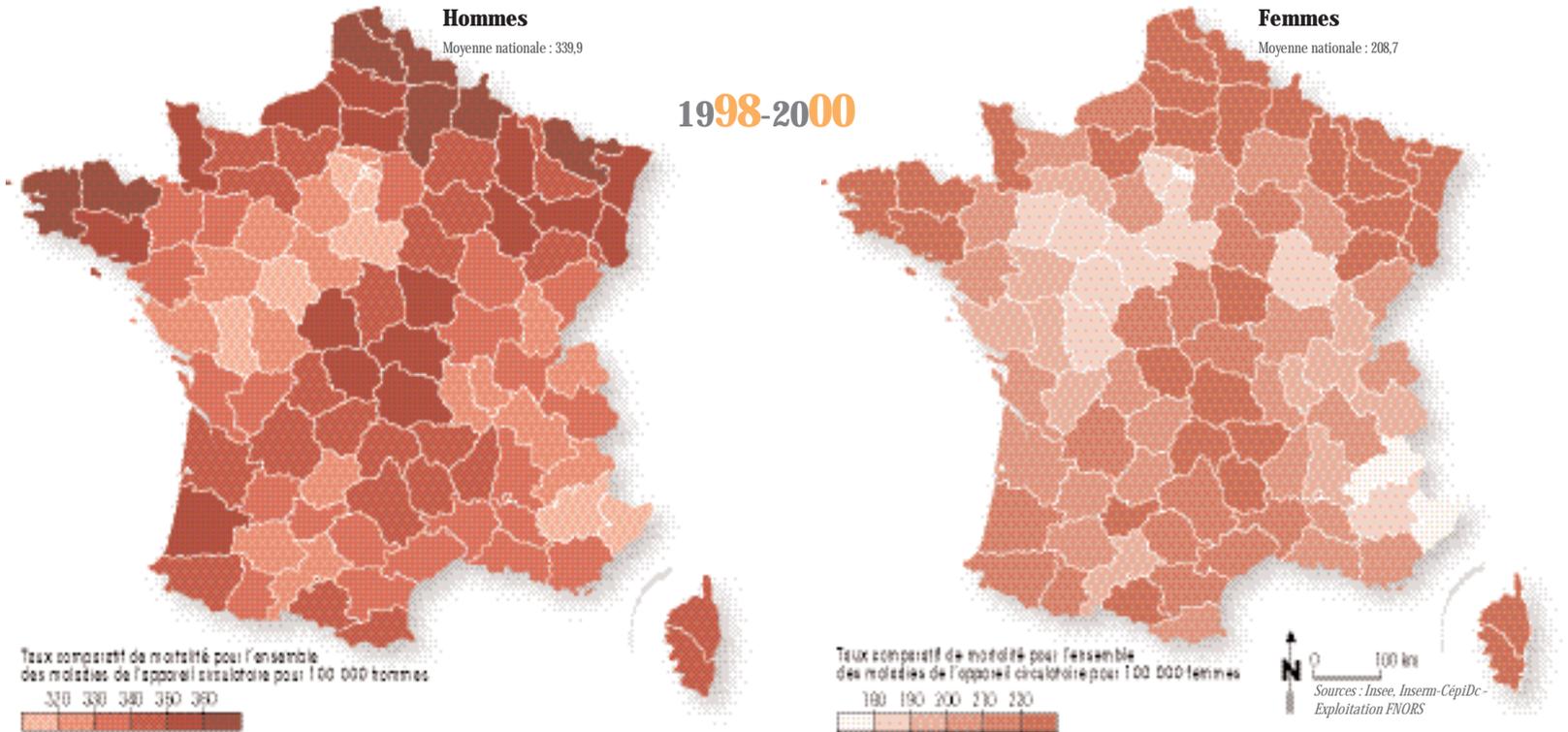
(2) Bases statistiques du bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2004.

Taux de mortalité* selon l'âge par pathologies cardio-vasculaires - Années 1998-2000

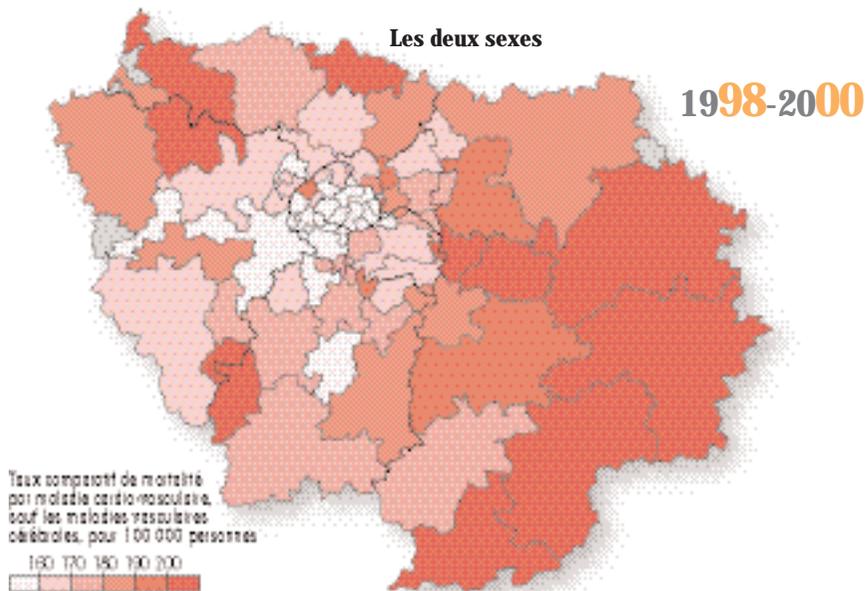


LES MALADIES CARDIO-VASCULAIRES

Taux comparatif de mortalité pour l'ensemble des maladies de l'appareil circulatoire par département en France



Taux comparatif de mortalité par maladie cardio-vasculaire, par bassin d'hospitalisation* en cardiologie en Île-de-France

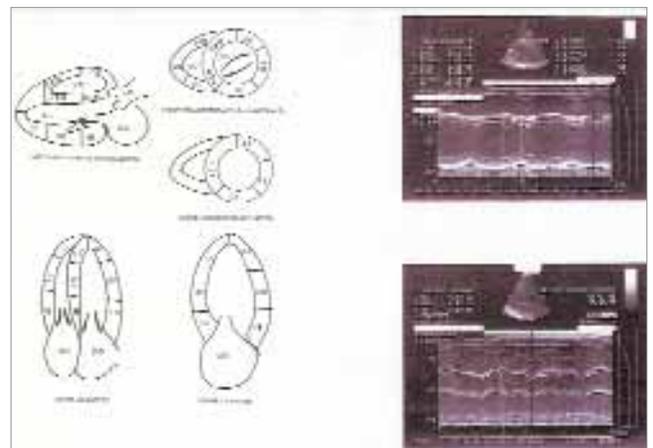
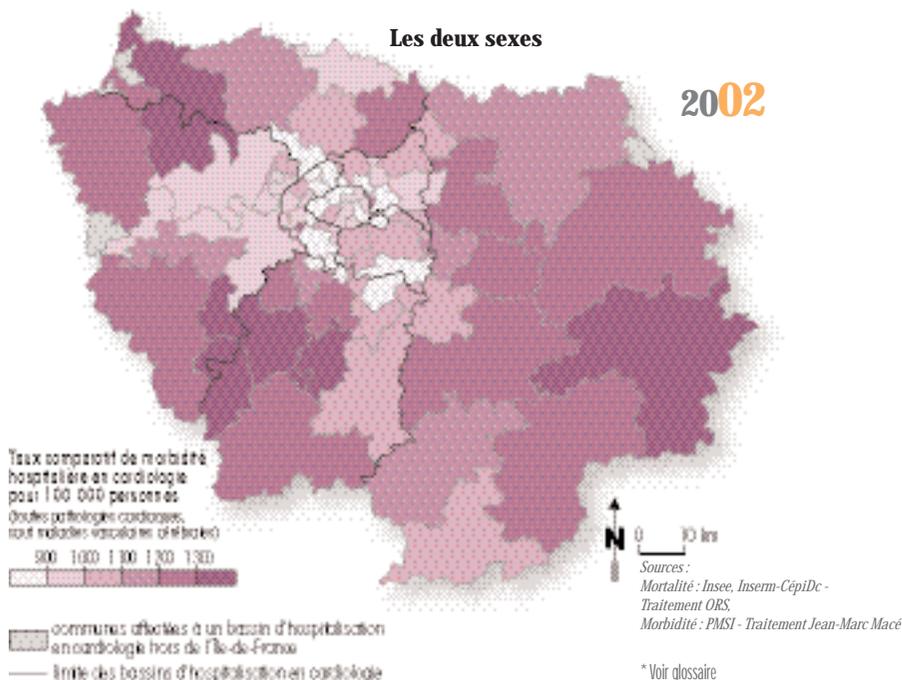


La mortalité cardiaque est relativement importante dans les départements du nord de la France, de la Bretagne à l'Alsace et dans le centre du pays. Elle est en revanche peu élevée dans l'ouest et le sud-est du pays ainsi qu'en Île-de-France. Les disparités géographiques sont sensiblement les mêmes pour les deux sexes, mais plus marquées chez les hommes.

En Île-de-France, la confrontation des taux comparatifs de mortalité cardio-vasculaire (toutes pathologies cardiaques sauf maladies vasculaires cérébrales) et des taux comparatifs de morbidité hospitalière dans 63 bassins de cardiologie révèle une relation forte entre ces variables : une faible morbidité hospitalière en cardiologie sur un territoire s'accompagne le plus souvent d'une faible mortalité cardiaque. Les secteurs qui conjuguent faible morbidité et faible mortalité cardio-vasculaires sont situés principalement dans le centre et l'ouest de l'Île-de-France et se caractérisent par ailleurs par une population majoritairement aisée et une offre en spécialistes libéraux importante.

Ces caractéristiques contribuent à des comportements de prévention et à une prise en charge précoce des pathologies cardio-vasculaires.

Taux comparatif de morbidité hospitalière en cardiologie, par bassin d'hospitalisation* en cardiologie en Île-de-France



LA RÉGION RESTE PARTICULIÈREMENT TOUCHÉE PAR L'INFECTION À VIH/SIDA

Fiche 5

ATLAS DE LA SANTÉ EN ÎLE-DE-FRANCE

Depuis le début de l'épidémie, l'Île-de-France est la région de métropole la plus touchée par le sida. Elle concentre 45 % des 57 583 cas diagnostiqués jusqu'en septembre 2003 sur l'ensemble du territoire. L'arrivée des multithérapies antirétrovirales en 1996 a fait très sensiblement diminuer le nombre annuel de nouveaux cas de sida ainsi que celui des décès. Depuis 1999, plusieurs indicateurs montrent que l'épidémie est toujours active, notamment parmi la population africaine vivant en France ainsi que parmi les homosexuels masculins.

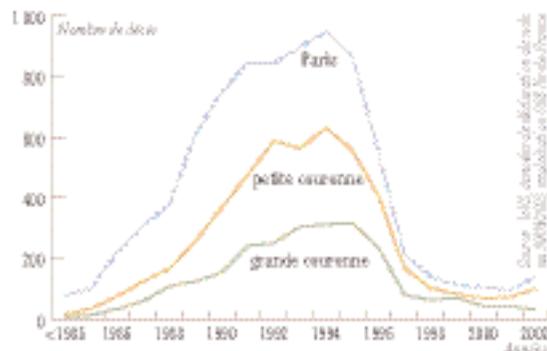
L'Île-de-France, la région de France métropolitaine la plus touchée par le sida

Depuis le début de l'épidémie de sida en 1978 jusqu'au 30 septembre 2003, 26 083 cas de sida chez des personnes domiciliées en Île-de-France ont été notifiés à l'Institut de veille sanitaire, soit 45 % de l'ensemble des cas enregistrés sur le territoire national. Rapporté à la population, ce nombre est de 245 cas pour 100 000 habitants en Île-de-France (contre 99 pour 100 000 en moyenne en France) et place l'Île-de-France au rang de région la plus touchée par le sida, juste après les Antilles et la Guyane (305 cas pour 100 000 habitants).

La diffusion des associations de traitements antirétroviraux à partir de 1996, qui retardent la progression de l'infection VIH vers le stade sida, a entraîné des changements majeurs dans l'épidémie de sida en France : diminution importante du nombre annuel de nouveaux cas de sida et surtout baisse du nombre de décès liés au sida (- 61 % en Île-de-France entre 1996 et 1997 contre - 8 % entre 1994 et 1995).

Les caractéristiques des personnes touchées par le sida ont également changé depuis le développement des traitements antirétroviraux : les cas de sida actuellement diagnostiqués correspondent principalement à des personnes qui n'ont pas pu bénéficier de ces traitements avant le sida, faute, le plus souvent, de connaître leur séropositivité au VIH.

Évolution par année du nombre de décès par sida pour Paris, la petite et la grande couronne



Le sida, stade le plus avancé de l'infection

à VIH, a été notifié en France à partir de 1982 et sa déclaration a été rendue obligatoire en 1986. Depuis la diffusion, en 1996, des traitements antirétroviraux qui retardent l'évolution de l'infection à VIH vers le stade sida, en stabilisant la situation immuno-virologique des personnes séropositives, les données des déclarations de sida ne permettent plus de fournir une image de la dynamique de l'épidémie. Les déclarations des cas de sida apparaissent ainsi davantage comme des données permettant d'approcher les caractéristiques des personnes séropositives qui actuellement échappent à un dépistage et à une prise en charge précoces de l'infection à VIH et qui, faute de traitements, développeront le sida. Les personnes diagnostiquées au stade sida présentent donc un profil particulier de plus grande vulnérabilité par rapport à l'ensemble des personnes vivant avec le VIH.

Depuis le 1^{er} janvier 2003, les nouveaux diagnostics d'infection à VIH chez l'adulte et l'adolescent de 13 ans et plus font également partie du dispositif de surveillance des maladies à déclaration obligatoire. Ils permettent de mieux mesurer l'évolution de l'épidémie.

Des départements franciliens diversement touchés par le sida

Avec environ 700 nouveaux cas de sida diagnostiqués chaque année depuis 2000, la région concentre encore 40 % des cas de sida en France. De plus, l'Île-de-France est marquée par de fortes disparités départementales, tant au niveau du nombre de cas rapportés à la population que des caractéristiques des personnes touchées par l'infection. Ainsi, le nombre de cas de sida diagnostiqués depuis 1997 rapporté à 100 000 habitants est près de sept fois plus élevé à Paris que dans les Yvelines (92 contre 14 pour 100 000) ou deux fois plus que dans les Hauts-de-Seine ou le Val-de-Marne.

De plus, si, depuis le début de l'épidémie, 66 % des cas de sida à Paris touchent des personnes contaminées lors de rapports homosexuels masculins, ce n'est le cas que de 30 % des cas enregistrés chez des personnes domiciliées dans les autres départements franciliens, 29 % des cas étant liés à une transmission par voie hétérosexuelle (15 % à Paris) et 27 % à un usage intraveineux de drogue (11 % à Paris).

Changements majeurs des caractéristiques des personnes touchées par le VIH/sida

Ces dernières années ont été marquées par des changements importants des caractéristiques des personnes touchées par le sida. Parmi les personnes dont le diagnostic sida a été établi, la proportion de celles contaminées par voie hétérosexuelle est en forte augmentation, cela dans tous les départements franciliens. Cette proportion est passée de 10 %

parmi les cas diagnostiqués dans les années quatre-vingts à 62 % parmi ceux diagnostiqués depuis 2002. La prépondérance du mode de contamination hétérosexuelle parmi les cas nouvellement diagnostiqués affecte nettement plus les femmes qu'auparavant : parmi l'ensemble des cas de sida, la proportion de femmes est passée de 11 % dans les années quatre-vingts à 33 % depuis 2002.

Par ailleurs, une part de plus en plus importante est constituée de personnes de nationalité étrangère, principalement d'Afrique sub-saharienne. En Île-de-France, cette proportion est passée de 17 % parmi les cas diagnostiqués dans les années quatre-vingts à 56 % parmi ceux diagnostiqués depuis 2002. L'Île-de-France se caractérise par la prépondérance des personnes de nationalité étrangère touchées par le sida : 65 % des personnes de nationalité étrangère diagnostiquées en France au stade sida en 2002 et 2003 vivent en Île-de-France, alors que 40 % des étrangers vivent dans la région. Les données au 30 septembre 2003, issues de la déclaration obligatoire des cas de séropositivité (mise en place en janvier 2003), permettent de confirmer ces tendances : 47 % des 624 cas de séropositivité diagnostiqués chez des personnes franciliennes sont des femmes, 58 % sont des personnes contaminées par voie hétérosexuelle, 54 % sont de nationalité étrangère (45 % d'Afrique sub-saharienne). Parmi les nouveaux diagnostics de séropositivité au VIH, la proportion d'infections récentes (contaminations datant de six mois ou moins) est moins élevée parmi les étrangers que parmi les Français (28 % contre 55 %), parmi les personnes contaminées par voie hétérosexuelle que parmi celles contaminées par voie homosexuelle (31 % contre 68 %). Ces écarts montrent que le dépistage est plus tardif chez les personnes étrangères et chez celles contaminées par voie hétérosexuelle, mais pourraient aussi indiquer une fréquence des contaminations plus élevée chez les personnes contaminées par voie homosexuelle. Cela concorderait avec différents indicateurs montrant un risque de reprise épidémique, en particulier parmi les homosexuels masculins.

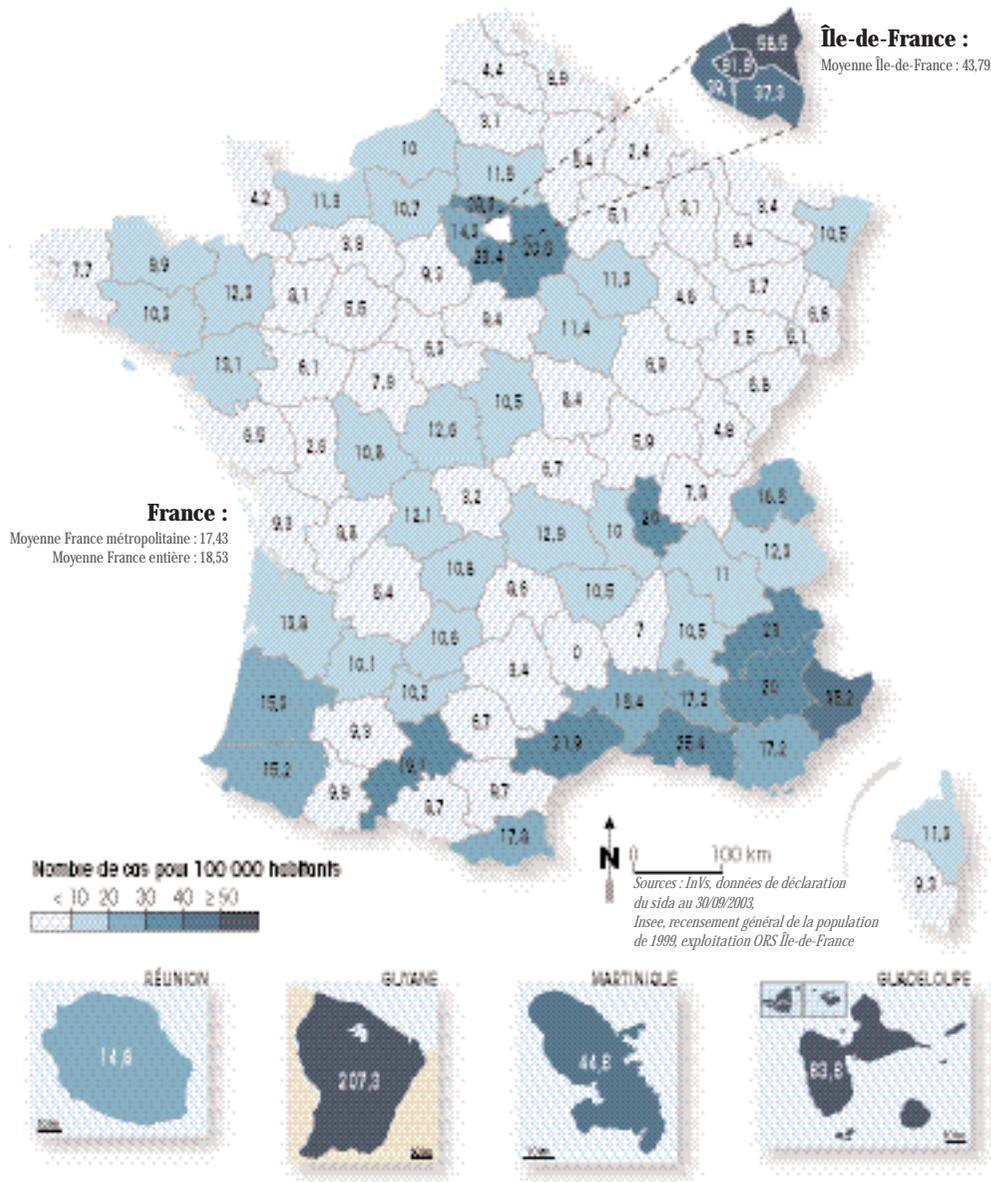
Vers une reprise de l'épidémie

Après la phase de diminution du nombre de nouveaux cas de sida au milieu des années quatre-vingt-dix, les indicateurs permettant la surveillance de l'infection convergent depuis 1999 pour montrer de réels risques d'une reprise épidémique qui touche en priorité la région Île-de-France :

- les enquêtes réalisées en population générale comme auprès des homosexuels masculins indiquent un relâchement des comportements de prévention, notamment chez les personnes les plus exposées au risque de contamination (personnes multipartenaires, personnes séropositives, etc.) ;
- cette baisse de la vigilance dans la population, plus marquée dans la région, a eu pour conséquence d'entraîner une recrudescence, particulièrement notable à Paris et parmi les homosexuels masculins, des infections sexuellement transmissibles, notamment de la syphilis, dont le nombre total de cas à Paris est passé de 9 en 1999 à 272 en 2003 ;
- depuis 1999, les consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) de la capitale enregistrent une augmentation de la proportion de diagnostics positifs parmi les tests VIH réalisés, inversant la tendance à la diminution observée jusqu'alors ;
- contrairement à ce qui était noté depuis 1995, le nombre de nouveaux cas de sida ne diminue plus en Île-de-France (il serait même à la hausse), alors que la diminution, bien que faible, se poursuit en province ;
- enfin, la proportion élevée de contaminations datant de moins de six mois parmi les homosexuels nouvellement diagnostiqués séropositifs (68 %) indique une dynamique épidémique élevée dans cette population.

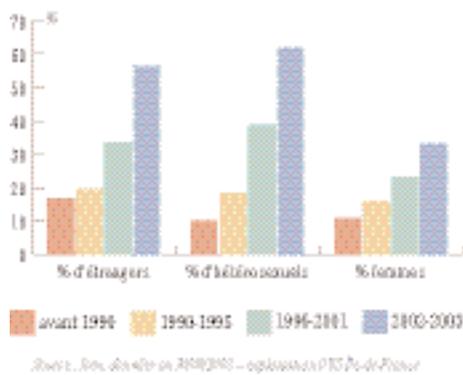
L'INFECTION À VIH/SIDA

Nombre de cas de sida diagnostiqués entre le 01.01.1997 et le 30.09.2003 pour 100 000 habitants en France, par département



L'Île-de-France est la région française la plus touchée par le sida, juste après les Antilles et la Guyane. Elle concentre 40 % des cas de sida en France, et est marquée par de fortes disparités départementales, tant au niveau du nombre de cas rapportés à la population que des caractéristiques des personnes touchées par l'infection.

Évolution des caractéristiques des personnes touchées par le sida par période de diagnostic en Île-de-France



Répartition des cas de sida par mode de contamination et par département de domicile (en %)

	Paris	Seine-et-Marne	Yvelines	Essonne	Hauts-de-Seine	Seine-Saint-Denis	Val-de-Marne	Val-d'Oise	Île-de-France
Hommes									
Homo/bisexuels	74,3	41	44,9	37,1	49,2	32	39,7	29,8	57,4
Usagers de drogues injecteurs (UDI)	8,5	22,6	23,2	29,2	24,2	30,4	30,2	32,6	17,9
1+2 (soit homosexuels et UDI)	1,4	0,9	1,4	0,3	1,2	1,2	1,6	1	1,3
Hétérosexuels	10,2	19,6	14,7	20,6	16,3	25,2	18,9	23,9	15
Autres	5,5	16	15,8	12,8	9,1	11,2	9,7	12,7	8,5
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Femmes	75	77	78	91	92	93	94	95	IDF
Usagers de drogues injecteurs (UDI)	29,8	16,9	23,6	21,5	26,9	25,8	31	18,9	26,4
Hétérosexuelles	55,1	65,4	54,7	52,4	59,1	59,8	52,1	65,2	57,3
Autres	15,1	17,7	21,8	26	14	14,4	16,9	15,9	16,3
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Source : InVS, données de déclaration de sida au 30/09/2003 - exploitation ORS Île-de-France

Caractéristiques des personnes nouvellement diagnostiquées séropositives au VIH entre le 1^{er} janvier et le 30 septembre 2003

	Île-de-France	Hors Île-de-France	France entière
% de femmes*	47,3	38,3	42,6
% d'homosexuels masculins	18,3	22,9	20,7
% d'UDI	1,9	3,7	2,8
% d'hétérosexuel(le)s	58	48,5	53
% d'étrangers	54,2	28,1	40,6
Nbre de cas de séropositivité	624	677	1 301

Source : InVS, données de déclaration du VIH au 30/09/2003, exploitation ORS Île-de-France

* Lecture : parmi les nouveaux diagnostics VIH, 47,3 % étaient enregistrés chez des femmes en Île-de-France contre 38,3 % hors d'Île-de-France.

Pourcentage de tests d'infection récente (contamination ≤ 6 mois) parmi les nouveaux diagnostics VIH enregistrés entre le 1^{er} janvier et le 30 septembre 2003

	Île-de-France	Hors Île-de-France	France entière
Hommes*	41,7	38,4	39,8
Femmes	33,5	39,5	36,4
Homosexuels masculins	67,9	50,5	58,1
Hétérosexuel(le)s	30,9	33,6	32,2
Hommes hétérosexuels	25,5	28,2	26,9
Femmes hétérosexuelles	34,2	37,8	35,9
Français	55,1	46,1	48,9
Étrangers	27,9	25,8	27,1
dont Afrique Sub-Saharienne	26,5	25,3	26,7
Ensemble des cas	37,9	38,8	38,4
Nombre de cas de séropositivité soumis au test d'infection récente	480	549	1 029

Source : InVS, données de déclaration du VIH au 30/09/2003, exploitation ORS Île-de-France

* Lecture : parmi les nouveaux diagnostics VIH enregistrés chez des hommes, 41,7 % étaient liés à une contamination récente, 6 mois ou moins, (soit 58 % liés à une contamination ancienne).

Nombre de cas de sida par département de domicile et par année de diagnostic

	Avant 1985	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002*	2003*	Total
Paris	181	244	457	724	874	1 023	1 041	1 061	1 110	1 118	1 151	959	724	417	326	283	285	278	275	90	12 621
Seine-et-Marne	4	7	24	32	42	62	87	76	89	99	117	112	77	59	36	33	44	28	30	15	1 073
Yvelines	4	8	28	53	63	76	87	92	108	114	149	126	83	58	40	33	20	17	16	10	1 185
Essonne	4	7	15	47	69	82	92	98	88	112	119	111	107	53	45	42	35	47	33	10	1 216
Hauts-de-Seine	23	34	64	107	175	210	239	255	249	270	279	265	177	116	89	102	69	88	73	21	2 905
Seine-Saint-Denis	16	20	58	110	135	206	254	268	285	329	326	272	247	140	124	118	121	111	125	70	3 335
Val-de-Marne	7	14	32	80	113	154	188	229	236	225	253	228	179	88	71	75	84	64	55	20	2 395
Val-d'Oise	9	11	23	39	74	72	90	100	135	137	124	147	79	55	45	58	25	56	68	6	1 353
Île-de-France	248	345	701	1 192	1 545	1 885	2 078	2 179	2 300	2 404	2 518	2 220	1 673	986	776	744	683	689	675	242	26 083
France entière	376	584	1 260	2 252	3 054	3 809	4 321	4 656	5 193	5 523	5 765	5 302	4 018	2 281	1 933	1 818	1 707	1 638	1 515	578	57 583

Source : InVS, données de déclaration du sida au 30/09/2003, exploitation ORS Île-de-France

* Données provisoires non redressées en fonction du délai de déclaration

MOINS D'ACCIDENTS DU TRAVAIL, MAIS DES MALADIES PROFESSIONNELLES EN AUGMENTATION

Fiche 6

ATLAS DE LA SANTÉ EN ÎLE-DE-FRANCE

En Île-de-France comme en France, les accidents du travail ne cessent de décroître depuis de nombreuses années, tandis que l'on constate une augmentation importante et inquiétante du nombre de maladies professionnelles, notamment depuis une dizaine d'années. Cette augmentation est due pour la plus grande part aux maladies périarticulaires. Une seconde source d'inquiétude concerne les maladies liées à l'amiante, dont le nombre de cas graves, selon les experts, ne va cesser d'augmenter jusqu'en 2020.

Les risques professionnels sont de deux types : les accidents du travail (AT) et les maladies professionnelles (MP). Si les accidents du travail ne cessent de décroître, une augmentation importante des maladies professionnelles reconnues est enregistrée. Il s'agit ici des données de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés. Elles ne concernent donc que les risques professionnels encourus par les salariés d'établissements privés, les entreprises publiques étant leurs propres assureurs et les indépendants cotisant à une autre assurance pour les risques professionnels.

Diminution du nombre d'accidents du travail

Les accidents de travail sont en baisse depuis de nombreuses années, sauf entre 1999 et 2000. Ainsi, 6 % des salariés étaient victimes d'un accident du travail en 1980 contre 3 % en 2002.

En 2002, 128 900 accidents du travail⁽¹⁾ avec arrêt ont été reconnus en Île-de-France, dont 9 927 ont entraîné une incapacité permanente (IP).

Du fait notamment de la typologie des entreprises et de la nature des activités développées, l'indice de fréquence des accidents du travail (nombre d'AT pour 1 000 salariés) est variable selon les départements : il est presque quatre fois supérieur en Seine-et-Marne (63,9) que dans les Hauts-de-Seine (16,8), département où la probabilité d'accident du travail est la plus faible de la région.

Nombre d'accidents du travail pour 1 000 salariés du secteur privé selon le département en Île-de-France en 2002

Département	Fréquence des AT
Paris	19,5
Hauts-de-Seine	16,8
Seine-Saint-Denis	44,5
Val-de-Marne	38,6
Seine-et-Marne	63,9
Yvelines	33
Essonne	42,8
Val-d'Oise	45,3
Île-de-France	29,8
France métropolitaine	43

Source : statistiques nationales des accidents de travail, de trajet et des maladies professionnelles de la CNAMTS

Les accidents mortels survenus lors du trajet ou en circulation pendant le travail (déplacement, mission) sont moins fréquents en Île-de-France qu'en moyenne en France (ils concernent 3,6 % des accidents du trajet avec incapacité permanente en Île-de-France contre 6,3 % au plan national) et leur nombre est en baisse depuis plusieurs années.

Augmentation du nombre de maladies professionnelles reconnues

Depuis une dizaine d'années, on constate une augmentation importante et inquiétante du nombre de maladies professionnelles reconnues. Cette augmentation est due en partie à la meilleure reconnaissance des maladies professionnelles (évolution des tableaux des maladies reconnues, ouverture de nouveaux droits, instauration d'un système complémentaire de reconnaissance des MP en 1993, développement du réseau de centres de consultations de pathologies professionnelles franciliens⁽²⁾, meilleure maîtrise du système de reconnaissance par les médecins du travail et les assurés, influence de plus en plus marquée des problèmes de santé publique sur la santé au travail).

(1) Source : statistiques technologiques et financières de la Caisse régionale d'assurance maladie d'Île de France (Cramif).
(2) Voir glossaire.

Les affections périarticulaires sont les plus fréquentes

En 2002, 3 217 maladies professionnelles ont été reconnues en Île-de-France. Les affections périarticulaires sont de loin les plus fréquentes. Appelées aussi troubles musculosquelettiques (TMS), elles résultent de gestes répétitifs ou forcés, de mauvaises postures ou de port de charges lourdes. Fréquentes dans les métiers où l'activité physique est importante (métiers du bâtiment), ces affections sont également nombreuses dans toutes les activités, notamment de bureau, et peuvent conduire à des arrêts de travail très longs (en moyenne 6 mois).

Ces pathologies représentent 71,3 % des maladies reconnues (77 % en France) et sont en constante augmentation.

Les maladies liées à l'amiante, autre source d'inquiétude

Les maladies liées à l'amiante (plaques pleurales, asbestose, cancer de la plèvre ou broncho-pulmonaire) ne vont cesser d'augmenter jusqu'en 2020 selon les experts, notamment le nombre de cas graves. Aujourd'hui, ces maladies représentent 15 % des maladies professionnelles reconnues (14,3 % en France). L'établissement d'un lien entre la maladie et l'activité professionnelle est souvent difficile en raison de l'ancienneté des expositions aux fibres d'amiante (jusqu'à 40 ans pour le cancer de la plèvre). Ce long délai d'apparition de la maladie est un élément contribuant à en limiter les déclarations, même si la médiatisation de cette substance et de ses effets sur la santé a permis de compenser en partie une sous-déclaration difficile à chiffrer. Des estimations récentes concernant les cancers d'origine professionnelle montrent que 1,4 à 2,6 millions de salariés sont exposés à des substances cancérigènes⁽³⁾ et que la part des cancers attribuables à des facteurs professionnels varie de 4 à 8,5 %, soit 7 000 à 20 000 nouveaux cas par an⁽⁴⁾ à comparer aux 1 365 cancers professionnels reconnus en 2001 en France. Les allergies respiratoires et cutanées sont, elles aussi, en constante augmentation et représentent 5,6 % des MP en Île-de-France (2,4 % en France). La première cause d'asthme professionnel chez les hommes est la farine⁽⁵⁾ et les produits poudreux de coloration des cheveux chez les femmes. Les maladies liées au bruit, en baisse depuis plusieurs années, ne représentent plus que 1,5 % des MP en Île-de-France (1,7 % en France), tandis que celles liées aux poussières de bois, à la silice, aux solvants, au ciment totalisent 2,6 % des cas (2,1 % en France).

(3) Source : base internationale Carex.

(4) Source : Institut national de veille sanitaire.

(5) Source : Observatoire national des asthmes professionnels.

(6) Commission d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail.

Accidents du travail et maladies professionnelles en France et en Île-de-France en 2002 (salariés privés)

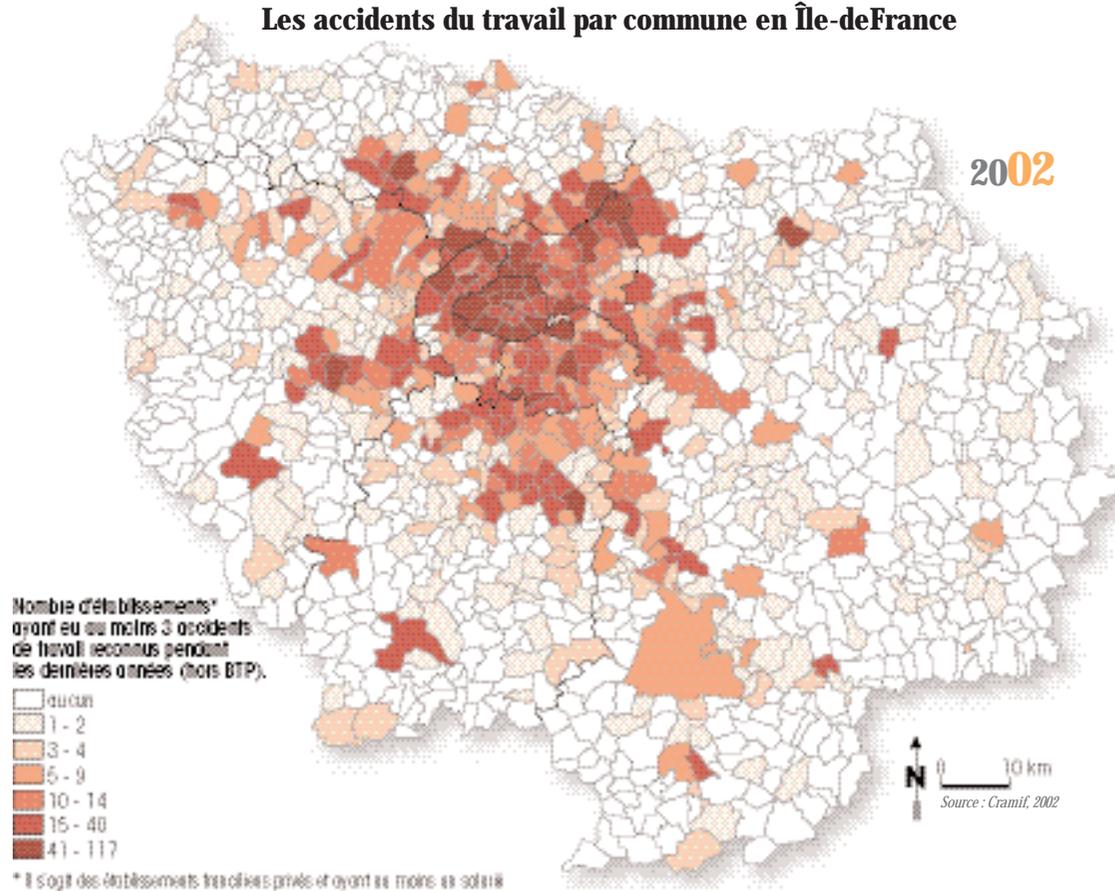
	Île-de-France	France
Nb. d'établissements	477 830	1 973 696
Effectifs salariés	4 334 346	17 673 670
Accidents du travail		
avec arrêt	128 969	759 980
avec incapacité permanente	9 927	47 009
Décès	124	686
Accidents de trajet		
avec arrêt	23 008	89 592
avec incapacité permanente	2 642	9 776
Décès	96	615
Maladies professionnelles		
Nb. de maladies reconnues	3 217	31 461
Nb. de décès	97	426

Source : statistiques nationales des accidents de travail, de trajet et des maladies professionnelles de la CNAMTS

Quatre axes de prévention des risques professionnels

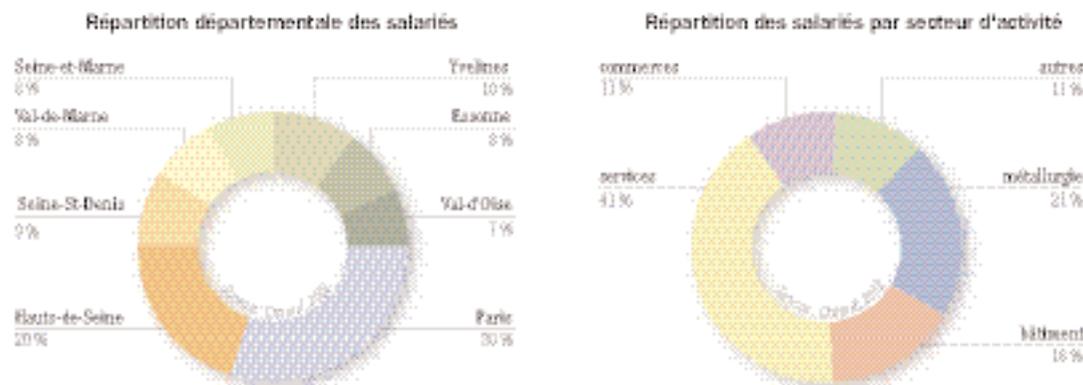
L'assurance maladie s'est fixée quatre priorités pour les années 2004-2007 : les cancers professionnels, les troubles musculosquelettiques (TMS), le risque routier et la formation. Au niveau de la région, la Cramif va poursuivre sa politique en développant une méthodologie et des outils de prévention des TMS dans le bâtiment et les travaux publics, en amplifiant les actions en direction de l'industrie et des services et en pérennisant le partenariat avec les cabinets d'ergonomie initié en 2003. Les démarches engagées depuis plusieurs années pour réduire, voire supprimer les risques liés à la présence d'amiante vont être poursuivies. D'autre part, dans le cadre de la lutte contre le cancer, de nouvelles activités seront visées : les menuiseries (poussières de bois), le traitement de surface (chrome dans les bains électrolytiques), les laboratoires d'anatomo-pathologie (formol), les personnels de santé (médicaments cytostatiques), etc. De plus, des actions pour améliorer la connaissance et la reconnaissance des cancers professionnels vont être conduites, notamment en direction des entreprises, des membres de CHSCT⁽⁶⁾, des services de santé au travail...

Les accidents du travail par commune en Île-de-France



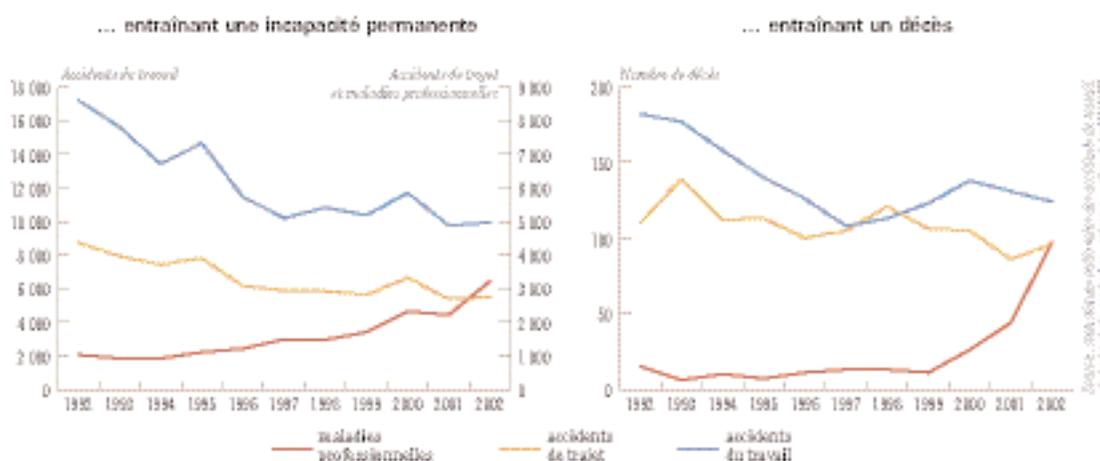
Du fait notamment de la typologie des entreprises et de la nature des activités développées, le nombre d'accidents du travail est variable d'une commune à l'autre. «Mécaniquement», il apparaît plus important dans les communes où le nombre d'actifs salariés est le plus conséquent.

Répartition des salariés des établissements privés franciliens* selon le département et le secteur d'activité, en 2002



* Il s'agit des établissements (une même entreprise pouvant disposer de plusieurs sites et établissements) privés employant au moins un salarié, et collectés par le DRIEAF pour les données professionnelles issues de la déclaration de l'établissement.

Évolution du nombre d'accidents du travail, de trajet et des maladies professionnelles en Île-de-France depuis 1992...



Les accidents du travail

«Est considéré comme accident de travail, quelle qu'en soit la cause, l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail à toute personne salariée ou travaillant à quelque titre ou en quelque lieu que ce soit pour un ou plusieurs employeurs ou chefs d'entreprise» (Art. L 411.1 du code de la Sécurité sociale).

Cette définition réglementaire trop large a dû être précisée par la jurisprudence, qui retient trois conditions cumulatives pour reconnaître le caractère professionnel d'un accident :

- fait accidentel (action violente et soudaine d'une cause extérieure provoquant, en cours de travail, une lésion de l'organisme humain) ;
- état de subordination du salarié vis-à-vis de son employeur ;
- relation établie entre les lésions corporelles et l'accident.

En outre, la jurisprudence a consacré un principe favorable pour la victime : une présomption légale d'imputation d'origine professionnelle.

Les accidents de trajet

«Est également considéré comme accident de travail, lorsque la victime ou ses ayants droit apportent la preuve que l'ensemble des conditions ci-après sont remplies ou lorsque l'enquête permet à la caisse de disposer sur ce point de présomptions suffisantes, l'accident survenu à un travailleur, pendant le trajet d'aller et de retour entre la résidence principale, une résidence secondaire présentant un caractère de stabilité ou tout autre lieu où le travailleur se rend de façon habituelle pour des motifs d'ordre familial et le lieu de travail, ou le lieu de travail et le restaurant, la cantine ou, d'une manière plus générale, le lieu où le travailleur prend habituellement ses repas, et dans la mesure où le parcours n'a pas été interrompu ou détourné pour un motif dicté par l'intérêt personnel et étranger aux nécessités essentielles de la vie courante ou indépendant de l'emploi» (Art. L 411.2 du code de la Sécurité sociale).

Il résulte de cette définition que le trajet protégé au sens de la législation est limité, d'une part, par le lieu de travail et, d'autre part, par la résidence et le lieu de restauration.

Les maladies professionnelles

Une maladie est «professionnelle» si elle est la conséquence directe de l'exposition d'un travailleur à un risque physique, chimique, biologique, ou résulte des conditions dans lesquelles il exerce son activité professionnelle. La maladie professionnelle se distingue donc de l'accident de travail, d'une part, par l'absence de fait soudain violent et brutal et, d'autre part, par la «lenteur» et la progressivité du fait générateur de la maladie.

Les maladies professionnelles se rattachent à trois catégories d'affections :

- une manifestation morbide d'intoxication aiguë ou chronique (pneumoconiose, silicose, asbestose...);
- une infection microbienne (hépatite virale...);
- une affection résultant d'une ambiance ou d'une attitude professionnelle particulière (surdité, hygroma du genou...).

Dans la législation française, il ne suffit pas qu'une maladie soit d'origine professionnelle pour qu'elle soit prise en charge à ce titre. Elle doit figurer dans un tableau et les critères qui y figurent doivent être respectés. Comme pour l'accident de travail, le salarié exposé au risque de maladie dans le cadre de son travail bénéficie également de la présomption d'origine professionnelle de l'affection diagnostiquée.

SATURNISME INFANTILE : UNE PATHOLOGIE LIÉE À L'HABITAT DÉGRADÉ

Fiche 7

ATLAS DE LA SANTÉ EN ÎLE-DE-FRANCE

Depuis la découverte en 1985 de cas de saturnisme chez de jeunes enfants à Paris et en Seine-Saint-Denis, une politique de lutte contre le saturnisme infantile s'est progressivement mise en place en Île-de-France.

Elle s'est traduite par la création en 1992 du système de surveillance du saturnisme infantile et en 1996 par l'inscription du saturnisme comme priorité régionale de santé publique. Première région en nombre de cas dépistés avec 80 % des cas nationaux, l'Île-de-France souffre d'un dépistage insuffisant puisqu'en 10 ans, 2 % seulement des enfants de moins de 6 ans de la région ont été dépistés.

La lutte contre le saturnisme compte un volet santé et un volet habitat indissociables

Les sources d'exposition au plomb sont multiples : les revêtements (peintures), l'eau, l'air, les aliments, les émissions de certaines industries, certaines activités (tir, céramique, poterie, imprimerie...), les vaisselles avec des émaux de mauvaise qualité, certains khôls artisanaux.

En Île-de-France, l'eau (plomb issu de la dissolution de canalisations en plomb) et l'air (plomb issu des rejets des automobiles) constituent des sources d'exposition minimales.

La principale cause des cas de saturnisme rencontrés est constituée par les écaillés et poussières issues de la détérioration de peintures contenant du plomb. Compte tenu de la forte densité des logements antérieurs à 1948 dans la région, nombre d'entre eux présentent un danger potentiel : la céruse, peinture contenant des sels de plomb, ayant été d'usage fréquent avant 1948.

La relation entre environnement et santé est difficile à établir, tant en ce qui concerne les indicateurs d'exposition aux risques environnementaux (pollution entre autres) qu'en ce qui concerne le lien précis entre expositions et pathologies. Le saturnisme est l'une des rares pathologies environnementales dont on connaît les sources, les modes de contamination ainsi que les effets sur la santé. Connue depuis plusieurs siècles, les formes graves de cette maladie avaient quasiment disparu en milieu professionnel du fait des mesures techniques et réglementaires prises pour limiter les usages des sels de plomb et en raison de l'amélioration des conditions de travail. Cependant, depuis le milieu des années quatre-vingts, des cas d'intoxication saturnine ont été diagnostiqués chez des jeunes enfants à Paris et en Seine-Saint-Denis.

Une maladie aux conséquences graves mais difficile à mettre en évidence

Le saturnisme désigne les conséquences pathologiques de l'intoxication par les sels de plomb. S'accumulant dans l'organisme, le plomb perturbe les fonctions neurologiques, rénales et hématologiques. À très forte dose, l'intoxication peut être fatale.

Les populations à risque sont les enfants et les femmes enceintes. Le plomb ingéré passe plus facilement dans le sang de l'enfant (50 % contre 10 % pour un adulte). De plus, la tendance des enfants en bas âge à tout porter à la bouche les expose plus que les adultes. Ainsi leur développement psychomoteur peut subir des dommages irréversibles, même pour de faibles niveaux d'exposition. Les femmes enceintes doivent, elles aussi, être surveillées : le passage du plomb à travers la barrière placentaire peut entraîner l'intoxication du fœtus.

Les symptômes sont peu spécifiques, ce qui rend les diagnostics clinique et biologique difficiles. Un dosage du plomb dans le sang, appelé plombémie, est indispensable pour établir l'existence d'une intoxication. Cette caractéristique rend les politiques de prévention tributaires de l'implication des équipes médicales dans des campagnes de dépistage.

Un cas de saturnisme se définit par une plombémie supérieure à 100 microgrammes par litre de sang (arrêté du 5 février 2004 relatif à la déclaration obligatoire du saturnisme de l'enfant mineur).

Une pathologie nécessitant une intervention en santé et sur l'habitat

La peinture au plomb est la première cause d'intoxication saturnine en France. La tendance nationale se confirme en Île-de-France. Les populations les plus exposées au risque de contamination sont celles qui résident dans des logements anciens (antérieurs à 1948), en travaux, mal rénovés ou dégradés.

Dans les actions de prévention, la plombémie est proposée en priorité aux enfants de moins de 6 ans et aux femmes enceintes lorsque des facteurs de risques existent (habitat dans des logements antérieurs à 1948 et dégradé, pica, c'est-à-dire ingestion de particules non alimentaires).

La prise en charge des enfants dépistés

Plombémie (µg/l)	Prise en charge médicale
> 450	Traitement (chélation*) nécessaire. Décision du suivi selon la plombémie mesurée 10 à 20 jours après la fin du traitement.
250 - 449	Contrôle de la plombémie tous les 1-3 mois. Un traitement (chélation) par voie orale (DMSA) est recommandé si la plombémie se maintient dans cette fourchette de concentration à 3 contrôles successifs ou pendant une période de 6 mois ou plus.
150 - 249	Contrôle de la plombémie dans un délai de 3-6 mois, puis tous les 6 mois tant que la plombémie est supérieure à 150 µg/l.
100 - 149	Contrôle de la plombémie dans un délai de 6 mois, puis tous les 6 mois jusqu'à l'âge de 6 ans ; si la plombémie reste inférieure à 150 µg/l à 3 contrôles successifs, la mesure de la plombémie peut devenir seulement annuelle.
< 100	Contrôle de la plombémie dans l'année, puis une fois/an jusqu'à l'âge de 6 ans, si l'enfant appartient à une population à risque.

Dès qu'un cas de saturnisme (plombémie >= 100 µg/l) est déclaré, une enquête environnementale est menée par la DDASS ou le SCHS* pour identifier la source d'intoxication.

Des «mesures d'urgence» (travaux de suppression d'accessibilité au plomb) doivent être mises en œuvre rapidement.

* Voir glossaire.

Source : recommandations du jury de la conférence de consensus «intoxication par le plomb de l'enfant et de la femme enceinte - prévention et prise en charge médico-sociale» des 5 et 6 novembre 2003, Lille

Le saturnisme infantile : une priorité de santé publique en Île-de-France

En 1992, un système de surveillance du saturnisme infantile a été mis en place en Île-de-France. Il a pour fonction de collecter et d'analyser les résultats de toutes les mesures de plombémie effectuées chez des enfants franciliens. Il fédère tous les partenaires impliqués dans les activités de dépistage, et/ou dans la prise en charge des enfants intoxiqués (hôpitaux, centres de protection maternelle et infantile (PMI), laboratoires, collectivités locales, État). Cet outil a servi de modèle au système national de surveillance mis en place en 1995. En 1996, la conférence régionale de santé reconnaissait le saturnisme comme priorité de santé publique régionale. Aujourd'hui, le saturnisme infantile fait l'objet d'un programme régional de santé (PRS). Il soutient les actions de dépistage, de recherche, notamment sur la transmission de la mère à l'enfant, et participe à la sensibilisation des acteurs.

En dix ans, en Île-de-France, 6 935 cas de saturnisme ont été mis en évidence (dont 6 453 concernant des enfants de moins de 6 ans) pour 24 526 enfants ayant fait l'objet d'un test. Si le nombre de dépistages annuels est relativement constant sur l'ensemble de la région et sur la période (entre 2 026 tests en 1992 et 2 743 en 1995), le nombre de nouveaux cas et le nombre d'intoxications graves diminuent en proportion : de 60 % de premières plombémies supérieures à 100 µg/l en 1992, on passe à 10,3 % en 2001.

Un dépistage insuffisant et trop localisé, une prise en charge à améliorer

Moins de 2 % des enfants de moins de 6 ans de la région ont fait l'objet d'un dépistage, taux pouvant atteindre 48 % à Aubervilliers par exemple.

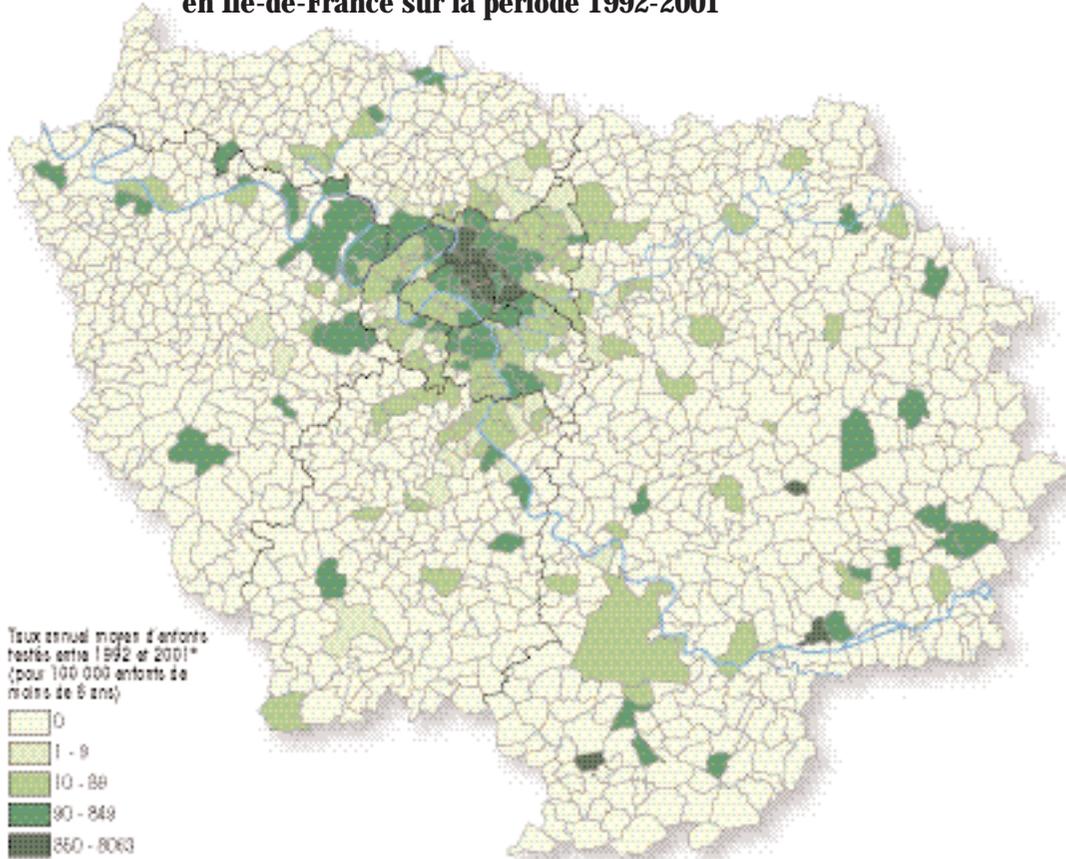
D'autre part, 84 % des dépistages régionaux résultent des seules activités de Paris (38 %) et de la Seine-Saint-Denis (46 %). Ces départements sont effectivement fortement exposés au risque d'intoxication du fait de leur parc de logements anciens ou de leur population plus exposée (pica, suroccupation), mais les autres départements sont aussi concernés. Une relance de l'activité de dépistage est nécessaire sur l'ensemble de la région, compte tenu du fait que l'application des critères de prescription d'une plombémie conduit encore à la mise en évidence de cas.

Les centres de PMI ainsi que certains services communaux d'hygiène et santé (le SCHS d'Aubervilliers notamment) sont les principaux prescripteurs de plombémie. Une meilleure communication de la part des pouvoirs publics et une plus grande mobilisation des médecins libéraux (pédiatres et généralistes) doivent contribuer à palier les manques et l'hétérogénéité du dépistage.

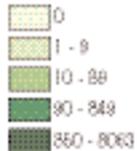
La prise en charge médico-sociale doit être améliorée. Efficace lorsqu'elle est mise en œuvre, elle reste trop souvent impossible ou difficile. Un nombre important d'enfants dont la prise en charge devrait être impérative sont perdus de vue (3 à 42 % selon le niveau de la plombémie initiale).

LE SATURNISME INFANTILE

Taux annuel moyen d'enfants de moins de 6 ans testés par commune en Île-de-France sur la période 1992-2001



Taux annuel moyen d'enfants testés entre 1992 et 2001* (pour 100 000 enfants de moins de 6 ans)



*[(Nombre total d'enfants testés entre 1992 et 2001)/10] / (nombre d'enfants de moins de 6 ans de la commune en 1999) x 100 000
Remarque : le nombre d'enfants de moins de 6 ans dans chaque commune est supposé stable sur l'ensemble de la période.

Source : Drassif, données sur le dépistage CAP

L'activité de dépistage du saturnisme infantile reste encore trop localisée dans quelques arrondissements parisiens et dans certaines communes de Seine-Saint-Denis, alors que l'habitat potentiellement à risque, lui, est plus largement réparti sur le territoire régional, comme le laisse supposer la cartographie des résidences principales construites avant 1948.

Résultats du dépistage

Parmi les 24 269 plombémies de dépistage réalisées entre mai 1992 et décembre 2001 du fait de la présence de facteurs de risque, 1 enfant sur 4 (6 194) présentait une plombémie de dépistage supérieure à 100 mg/l, et 1,3 % avaient un taux relevant de l'urgence médicale (plombémie ≥ 450 mg/l).

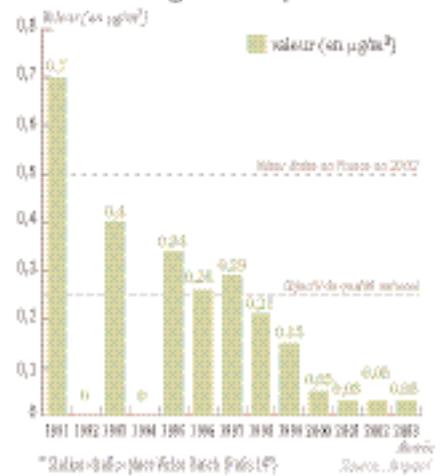
Un dispositif réglementaire récent et en évolution

La loi de lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998 prévoit dans son article 123 des mesures d'urgence (déclaration obligatoire des cas de saturnisme, réalisation d'un diagnostic dans le logement de l'enfant, travaux d'urgence). Les dispositions réglementaires vont évoluer avec la récente parution de la loi de santé publique n° 2004-806 du 9 août 2004.

Aujourd'hui, l'ensemble de la région Île-de-France est classé «zone à risque plomb» : la vente d'un logement antérieur à 1948 doit s'accompagner de la réalisation d'un état des risques d'accessibilité au plomb (ERAP).

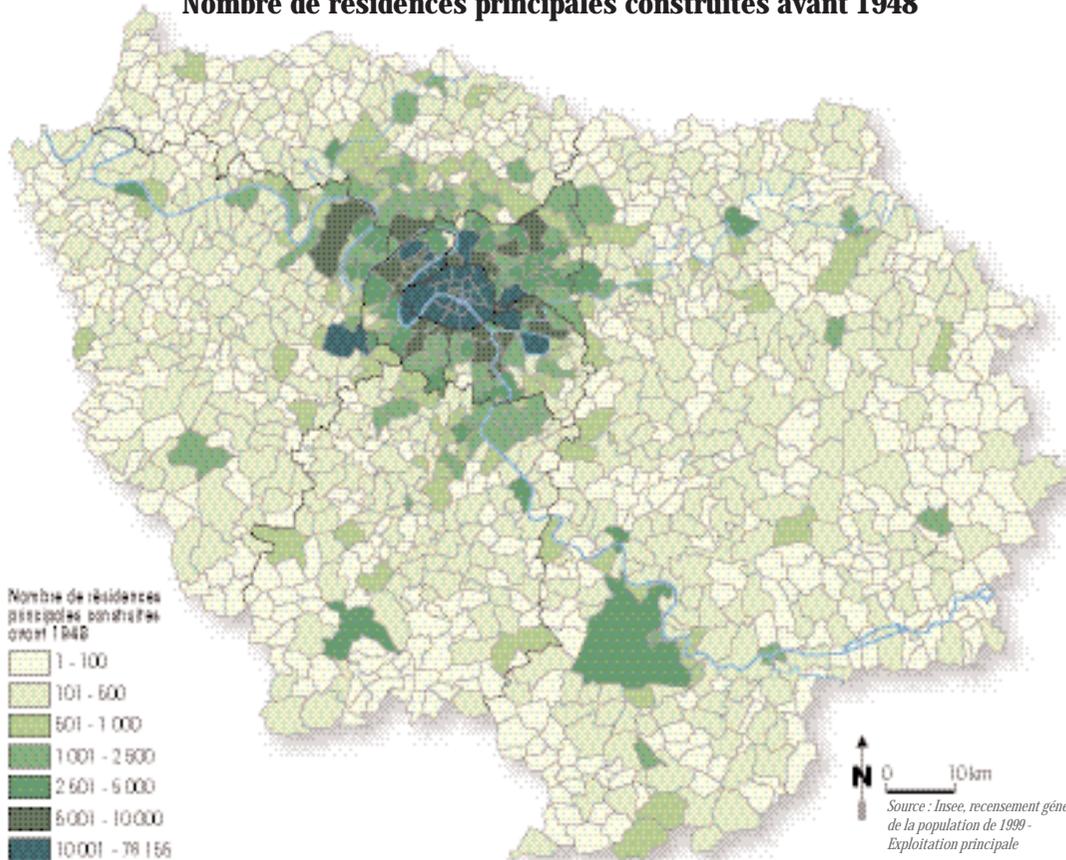
La loi de santé publique du 9 août 2004 prévoit, entre autres, une extension de cette disposition aux locations. De plus, la fiche de déclaration obligatoire du saturnisme est disponible depuis février 2004, et de nouvelles recommandations en termes préventif et curatif devraient prochainement paraître suite aux travaux de la conférence de consensus des 5 et 6 novembre 2003 à Lille intitulée «Intoxication par le plomb de l'enfant et de la femme enceinte – prévention et prise en charge médico-sociale».

Évolution des moyennes annuelles de plomb dans l'air à Paris*, une baisse régulière depuis 10 ans

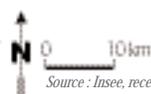
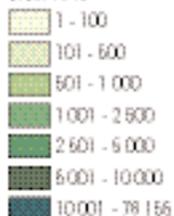


* Valeur de référence pour l'air ambiant (Source : Drassif)

Nombre de résidences principales construites avant 1948



Nombre de résidences principales construites avant 1948

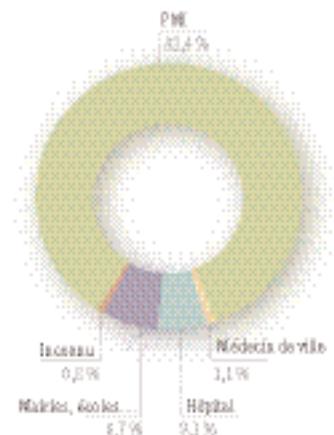


Source : Insee, recensement général de la population de 1999 - Exploitation principale

Principaux indicateurs du dépistage et du suivi médical et social

Qui dépiste ?

Les programmes de dépistage sont portés à 82 % par les équipes de PMI, devant les services communaux d'hygiène et de santé, les centres municipaux de santé, les écoles... (7 %), les hôpitaux (9 %) et les médecins libéraux (1 %).



POLLUTION ATMOSPHÉRIQUE : UNE LARGE POPULATION CONCERNÉE

Fiche 8

ATLAS DE LA SANTÉ EN ÎLE-DE-FRANCE

Du fait d'une forte densité de population et d'émissions de substances polluantes concentrées sur un territoire relativement restreint, la question de la pollution atmosphérique se pose avec acuité en Île-de-France. Un grand nombre de Franciliens sont exposés à des niveaux moyens annuels de dioxyde d'azote supérieurs aux valeurs limites définies par l'Union européenne. Or les effets sanitaires de la pollution atmosphérique sont avérés : à court terme, on observe par exemple une corrélation entre augmentation du niveau de pollution et décès ou hospitalisations pour causes respiratoires.

La méthode de l'étude Erpurs

Erpurs est une étude épidémiologique de type écologique, visant à mettre en relation les variations temporelles à court terme d'un indicateur de l'état de santé de la population avec celles d'un indicateur de l'exposition de cette même population à la pollution atmosphérique. Cette étude porte sur Paris, les Hauts-de-Seine, la Seine-Saint-Denis et le Val-de-Marne. À l'intérieur de la zone d'étude, l'exposition à la pollution atmosphérique, considérée comme homogène, est évaluée par les niveaux de fond de différents polluants. Les indicateurs de santé retenus sont les nombres quotidiens de décès à l'intérieur de la zone d'étude, ou d'hospitalisations dans les hôpitaux de l'AP-HP. Les facteurs de confusion (météorologie, pollens, grippe...) qui pourraient biaiser la relation entre pollution et santé sont pris en compte dans l'analyse. La modélisation statistique réalisée permet donc d'estimer un risque pour la santé à un niveau de polluant ambiant en tenant compte des cofacteurs connus. Les partenaires du programme Erpurs : ORS Île-de-France pour la coordination et la réalisation des études ; Centre épidémiologique d'étude des causes de décès (CépiDC-Inserm) ; Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) ; SOS-médecins Paris ; Météo France ; Groupes régionaux d'observation de la grippe (GROG) ; Open Rome ; Réseau national de surveillance aérobiologique (RNSA) ; Surveillance de la qualité de l'air en Île-de-France (Airparif) ; Association pour la prévention de la pollution atmosphérique (APPA) ; Laboratoire d'hygiène de la Ville de Paris (LHVP) ; conseil régional d'Île-de-France.

«Il y a pollution de l'air lorsque la présence d'une substance étrangère ou une variation importante de la proportion de ses constituants est susceptible de provoquer un effet nuisible [...], compte tenu des connaissances scientifiques du moment, ou de créer une gêne» (Communauté européenne, 1968). En France, la loi sur l'Air et l'utilisation rationnelle de l'énergie (Laure) de 1996 prévoit la mise en œuvre d'une politique dont l'objectif est de permettre à tous de «respirer un air qui ne nuise pas à sa santé».

En Île-de-France, les mesures d'Airparif (association chargée de surveiller la qualité de l'air sur l'ensemble de la région) permettent, entre autres, de comparer les niveaux de pollution observés dans toute la région aux valeurs réglementaires (objectifs de qualité, seuils d'information et d'alerte) et d'informer le public. Ces mesures sont également utilisées à des fins d'études épidémiologiques et d'évaluation de l'impact sanitaire de la pollution atmosphérique.

Les Franciliens exposés à la pollution atmosphérique

En Île-de-France, du fait d'une densité de population très importante et d'émissions de substances polluantes concentrées sur le seul territoire relativement restreint de l'agglomération parisienne, un grand nombre de personnes sont exposées à des niveaux moyens annuels supérieurs aux valeurs limites qu'il faudra respecter en 2010, selon les directives de l'Union européenne, pour le dioxyde d'azote, majoritairement émis par le trafic routier. Au-delà de ses effets propres, ce polluant peut être un indicateur de l'exposition aux autres formes de pollutions générées par le trafic.

Ainsi, pour la pollution de fond qui caractérise le niveau de pollution global auquel on est exposé, même loin des sources de pollution, 2,5 à 4 millions de personnes situées à Paris et dans la proche banlieue sont exposées à des niveaux supérieurs à la valeur-limite 2010 de 40 µg/m³ en moyenne annuelle. À proximité immédiate des grands axes de trafic, les niveaux de ce polluant peuvent atteindre le double des niveaux de fond. Ils conditionnent l'exposition des personnes le long de ces axes ou dans les véhicules qui les empruntent au cours de leur déplacement et s'ajoutent au niveau de pollution global subi en permanence.

Pour les particules en suspension, les niveaux observés restent proches, mais inférieurs, aux valeurs limites 2010 pour les niveaux moyens annuels. Ils peuvent toutefois dépasser ces seuils à proximité des grands axes de trafic.

Quant à l'ozone, il se forme par temps ensoleillé à partir des émissions d'oxydes d'azote et d'hydrocarbures. Les niveaux les plus importants sont observés l'été sous le vent de l'agglomération. C'est donc principalement les habitants des zones rurales et périurbaines de l'Île-de-France qui subissent une exposition à des concentrations pouvant dépasser les valeurs cibles de l'Union européenne. Selon les situations météorologiques moyennes des différents étés, l'ensemble des habitants ou une faible portion de la zone rurale peut être concerné par un nombre d'heures de dépassement supérieur à celui préconisé par la réglementation européenne.

Au-delà des expositions chroniques, l'occurrence de situations météorologiques défavorables peut induire temporairement des situations où des dépassements locaux, ou généralisés, des seuils de la procédure d'information et d'alerte sont constatés.

Ces dépassements concernent l'ensemble de l'Île-de-France pour l'ozone, l'été, et l'agglomération parisienne pour le dioxyde d'azote en toute saison. En fonction de leur intensité, ils affectent pour quelques heures une partie plus ou moins grande du territoire concerné. En termes d'exposition à la pollution de fond, ils peuvent concerner de quelques centaines de milliers à plus de 8 millions de personnes.

Des effets sanitaires faibles mais significatifs de la pollution atmosphérique

Deux types d'effets sanitaires de la pollution atmosphérique ont ainsi pu être mis en évidence par des études épidémiologiques : des effets à court terme, qui surviennent au plus quelques jours à quelques semaines après l'exposition ; des effets à long terme, qui surviennent après quelques mois ou quelques années d'une exposition chronique.

Ces effets sanitaires s'expriment principalement par des pathologies respiratoires et cardio-vasculaires.

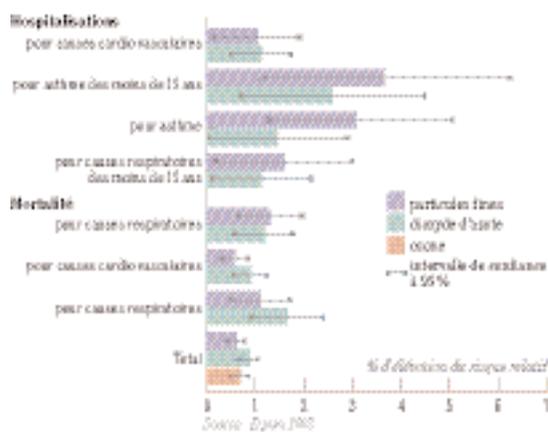
Depuis 1990, l'Observatoire régional de santé d'Île-de-France, dans le cadre du programme Erpurs (Évaluation des risques de la pollution urbaine sur la santé), étudie les relations à court terme existant entre les niveaux de pollution atmosphérique couramment rencontrés à Paris et en proche couronne et la santé. Ces études confirment les liens à court terme existant entre la pollution atmosphérique et les indicateurs sanitaires étudiés (mortalité et hospitalisations pour causes respiratoires et cardio-vasculaires). Ainsi, pour une augmentation du niveau de dioxyde d'azote de 10 µg/m³, on observe par exemple une augmentation du risque relatif de décès pour causes respiratoires de 1,7 %, une augmentation du risque relatif d'hospitalisation pour causes respiratoires de 1,2 %, et une augmentation du risque relatif d'hospitalisation pour asthme des enfants de moins de 15 ans de 2,6 %. Il en va de même pour la plupart des autres indicateurs de pollution étudiés. Les enfants, les personnes âgées et les personnes présentant une pathologie pré-existante étant plus sensibles à la pollution atmosphérique.

D'autres études nationales, européennes et internationales confirment ces liens à court terme, et ce, en dehors même de tout épisode exceptionnel de pollution.

En ce qui concerne les effets à long terme, les études épidémiologiques disponibles à ce jour montrent un accroissement du risque de décès par maladies respiratoires (cancer du poumon notamment), en rapport avec une exposition de longue durée à la pollution atmosphérique particulière. Ainsi, la cohérence des résultats obtenus dans les différentes études épidémiologiques, les données biologiques et toxicologiques permettant de proposer des mécanismes pour l'action des polluants sur la santé et les bénéfices sanitaires observés lors de certaines réductions des niveaux de pollution atmosphérique constituent aujourd'hui un faisceau de preuves en faveur de l'existence d'une relation causale entre l'exposition à ce facteur environnemental et la santé.

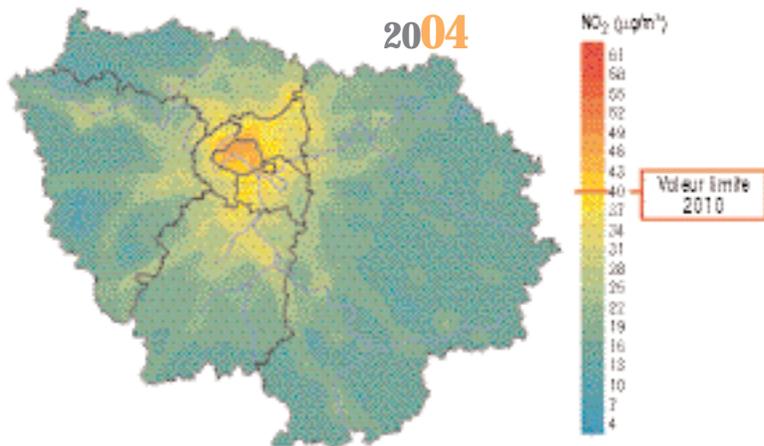
En conclusion, la pollution atmosphérique représente donc un facteur de risque non négligeable auquel il est difficile de se soustraire, mais son impact sanitaire reste faible par rapport à d'autres facteurs comme le tabac et l'alcool.

Pourcentage d'augmentation du risque pour une hausse de 10 µg/m³ du niveau de l'indicateur de pollution

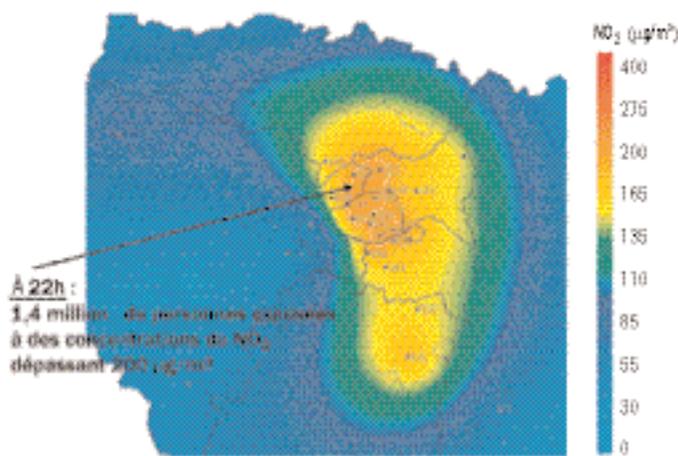


LA POLLUTION ATMOSPHÉRIQUE EN ÎLE-DE-FRANCE

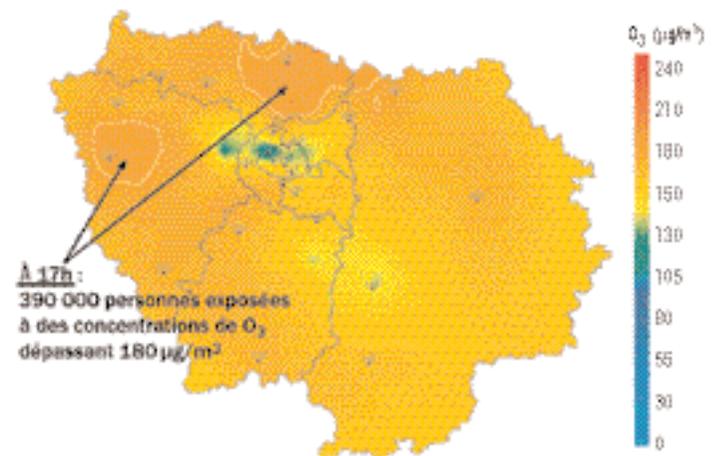
Moyenne annuelle de dioxyde d'azote (NO₂) en Île-de-France



Exposition de la population en cas d'épisode de pollution Exemple du 19 septembre 2003, marqué par un épisode de pollution au dioxyde d'azote et à l'ozone

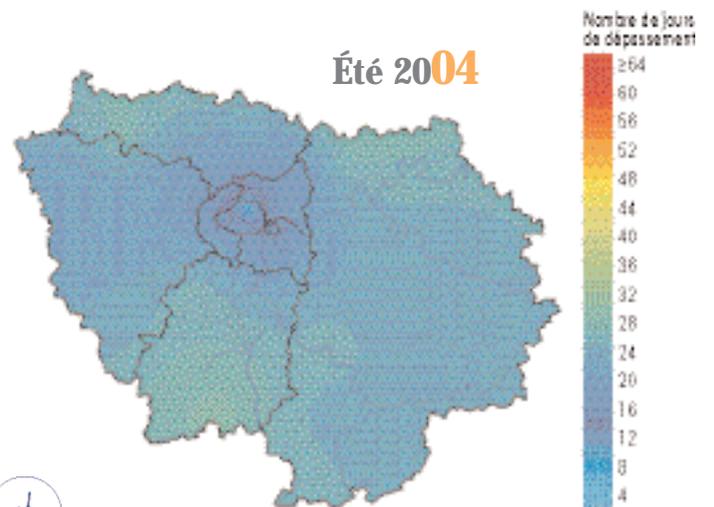
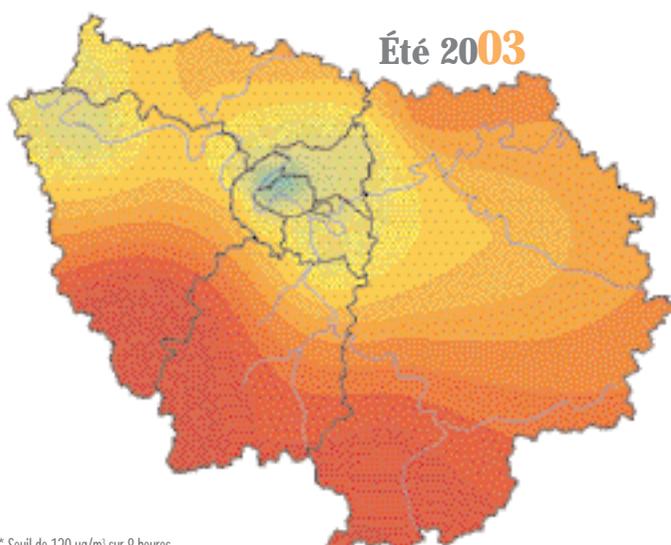


Seuil d'information et de recommandation pour le dioxyde d'azote : 200 µg/m³
Seuil d'alerte pour le dioxyde d'azote : 400 µg/m³



Seuil d'information et de recommandation pour l'ozone : 180 µg/m³
Seuil d'alerte pour l'ozone : 360 µg/m³

Variation du nombre de jours de dépassement des valeurs cibles européennes pour l'ozone* en Île-de-France, selon les étés



* Seuil de 120 µg/m³ sur 8 heures

LES NUISANCES SONORES, UNE GÊNE EXPRIMÉE PAR PRÈS DE 40 % DES FRANCILIENS

Fiche 9

ATLAS DE LA SANTÉ EN ÎLE-DE-FRANCE

En Île-de-France, la préoccupation au sujet du bruit et de son impact sanitaire est amplifiée par la présence d'importantes infrastructures de transport, d'une forte urbanisation – au moins en zone centrale – et donc d'une population exposée très importante : la journée, près de 40 % des ménages franciliens perçoivent le bruit comme une nuisance, 24 % la nuit. La circulation routière étant la nuisance la plus fréquemment ressentie par les ménages franciliens⁽¹⁾.

Les études «bruit et santé» en Île-de-France

Deux études épidémiologiques ont déjà été menées dans la région. La première est l'enquête ETADAM (2000) qui a mis en évidence l'existence de liens entre l'exposition au bruit des avions et certaines pathologies ou indicateurs de l'état de santé (manifestations d'angoisse, consommation de médicaments à visée neuropsychiatrique par exemple). Cette étude a aussi montré le rôle important de nombreux autres facteurs, socio-économiques notamment, susceptibles de modifier la relation entre l'exposition au bruit et l'état de santé. La seconde enquête, nommée INSOMNIA (2004), a permis l'étude des troubles du sommeil des riverains de l'aéroport de Roissy. Elle a montré notamment un nombre plus important de ces troubles et, dans une moindre mesure, un accroissement du stress et de l'angoisse parmi les populations surveillées par les avions.

Les sources de bruit sont très diverses : bruit de voisinage, bruit des transports, bruit lié à l'utilisation de différentes machines (engins de chantier, bricolage...), ou encore écoute de musique amplifiée (baladeurs, concerts, discothèques). Si ces sources de bruit se retrouvent sur l'ensemble du territoire national, la préoccupation au sujet du bruit et de son impact sanitaire est amplifiée en Île-de-France par la présence d'importantes infrastructures de transport, d'une forte urbanisation – au moins en zone centrale – et donc d'une population exposée très importante.

Les transports terrestres et aériens, sources majeures d'exposition au bruit en Île-de-France

Le réseau d'infrastructures de transports terrestres francilien présente un développement et une densité exceptionnels : c'est le premier réseau routier de France avec 40 000 km de routes (dont 1 010 km d'autoroutes et voies rapides), et un carrefour ferroviaire très important avec 1 800 km de voies ferrées (hors métro) en 2002.

Les transports terrestres, et en particulier les circulations routières, sont les principales sources de gêne sonore en Île-de-France, surpassant celle liée aux bruits de voisinage, sauf particularité locale. En Île-de-France, près de 10 % des habitants de la petite couronne subiraient, le jour, des nuisances sonores liées au réseau routier (situation 1994) d'une intensité supérieure à 70 dB(A)⁽²⁾ en façade d'habitation. La nuit, l'exposition au bruit des circulations ferroviaires s'avère importante (trains de marchandises), les tronçons classés dans la catégorie supérieure à 65 dB(A) représentant 22 % du linéaire. Ainsi, d'après une première évaluation régionale, plus de 55 000 Franciliens résideraient en zone «point noir bruit»⁽³⁾ dû aux circulations ferroviaires.

En ce qui concerne l'aérien, outre ses deux aéroports internationaux, Paris-Charles de Gaulle (CDG) et Paris-Orly, qui ont été à l'origine de près de 720 000 mouvements aériens en 2003, (515 025 pour CDG et 206 767 pour Orly), l'Île-de-France accueille également vingt-cinq aérodromes – civils, militaires ou privés –, dont l'aéroport du Bourget et l'héliport d'Issy-les-Moulineaux pour l'aviation d'affaires, ainsi qu'une quarantaine d'hélistations. Le bruit des avions est de plus en plus mal supporté en Île-de-France, notamment la nuit.

En 2003, 2 442 000 Franciliens ont été concernés par des survols inférieurs à 3 000 mètres d'avions à destination et/ou en provenance des aéroports de CDG et d'Orly. Près de 340 000 habitants l'ont été toute l'année, quelle que soit la configuration de vent. La réorganisation des couloirs aériens mise en place en 2002 a permis de réduire entre 2000 et 2003 la population surveillée de 67 % et 32 %, respectivement en configuration face à l'ouest et face à l'est. Cette évolution positive n'est cependant pas aussi marquée à basse altitude.

Des incertitudes demeurent quant aux effets sanitaires du bruit

Les effets auditifs du bruit sont ceux dont les mécanismes biologiques sont les mieux connus. Parmi ceux-ci, le traumatisme acoustique est causé par un bruit bref mais de très forte intensité : les structures de l'oreille sont alors endomma-

gées. L'exposition à un bruit intense (concert fortement sonorisé, par exemple) peut provoquer un bourdonnement des oreilles ou une surdité passagère, symptômes qui peuvent devenir irréversibles en cas d'expositions répétées à des niveaux élevés de bruit.

Les effets sur le système cardio-vasculaire associés à l'exposition au bruit sont, à court terme, une modification de la tension artérielle, une augmentation transitoire du rythme cardiaque (bruit intense) ainsi qu'une augmentation de la sécrétion des hormones de stress.

À long terme, certaines études montrent une augmentation des maladies cardio-vasculaires (angine de poitrine, hypertension, infarctus du myocarde).

Les effets du bruit sur le sommeil se manifestent, à court terme, par une difficulté d'endormissement, des éveils au cours de la nuit et des troubles du sommeil. À plus long terme, ces troubles du sommeil peuvent nuire à l'efficacité au travail et à l'apprentissage (surtout durant l'enfance).

La gêne est l'un des principaux effets psychologiques associés au bruit, dont les nombreuses conséquences peuvent être regroupées en deux grands types : les impacts sanitaires proprement dits (tels l'apparition de pathologies psychosomatiques) et les effets en termes de modification des comportements (fermeture des fenêtres, déménagement...). La relation entre niveau d'exposition et gêne ressentie varie largement d'un individu à l'autre.

Le bruit peut affecter la santé mentale de personnes très exposées en déclenchant chez elles des stress répétitifs. Ainsi, des études menées près de certains grands aéroports ont montré des liens entre les niveaux d'exposition au bruit et certaines affections neuro-psychiatriques. L'effet du bruit sur la santé mentale n'est cependant pas mis en évidence de façon systématique par les études épidémiologiques existantes.

Si les effets auditifs de l'exposition à des niveaux de bruit élevés et leurs mécanismes biologiques et physiologiques sont relativement bien connus, les liens entre exposition au bruit environnemental et effets extra-auditifs sont beaucoup moins bien connus et quantifiés : en effet, la relation causale entre le bruit et les affections cardio-vasculaires par exemple est très incertaine, car de nombreux facteurs individuels (âge, poids, hérédité, caractéristiques socio-économiques) et comportementaux (tabagisme, alimentation, alcool) ainsi que l'interaction du bruit avec d'autres éléments de l'environnement pourraient aussi intervenir dans l'explication des résultats observés. Il en est de même pour l'effet du bruit sur les pathologies mentales. De plus, dans le cadre des études épidémiologiques, la variabilité temporelle et spatiale des niveaux de bruit rend souvent difficile la mesure chiffrée de l'exposition et, pour certains indicateurs sanitaires (notamment les indicateurs de santé mentale ou la gêne), aucune méthode de mesure standardisée n'est disponible.

(1) Source : enquête Logement laurif-Insee 2002.

(2) Voir glossaire.

(3) Un point noir de bruit est une habitation, un bâtiment d'enseignement, de soins, de santé ou d'action sociale situé dans une zone de bruit engendré par une infrastructure routière ou ferroviaire, où le niveau d'exposition dépasse 70 dB(A) le jour et/ou 65 dB(A) la nuit. Outre ces critères acoustiques s'ajoutent des conditions d'antériorité.

Estimation des populations franciliennes concernées par des survols en 2003 (en nombre d'habitants)

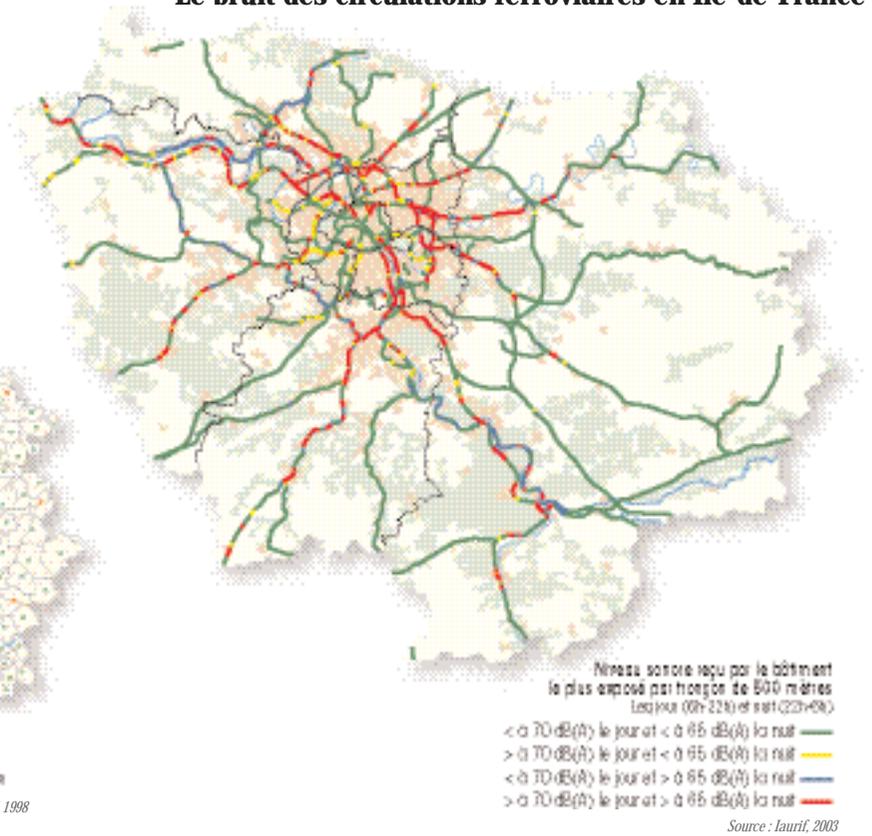
Population concernée par les survols	Zones surveillées toute l'année			Zones surveillées une partie de l'année				Total
	CDG	Orly	Total	en configuration «face à l'ouest»		en configuration «face à l'est»		
				CDG	Orly	CDG	Orly	
À moins de 1 000 m	83 537	5 005	88 542	23 371	26 377	244 861	36 265	419 416
Entre 1 000 et 2 000 m	198 440	14 816	213 256	57 975	92 304	581 459	111 252	1 056 245
Entre 2 000 et 3 000 m	16 279	20 208	36 487	404 666	82 219	364 318	76 687	966 377
Total	298 256	85 029	338 285	486 012	200 900	1 190 638	224 204	2 442 038

Source : Afnusa, laurif, 2004

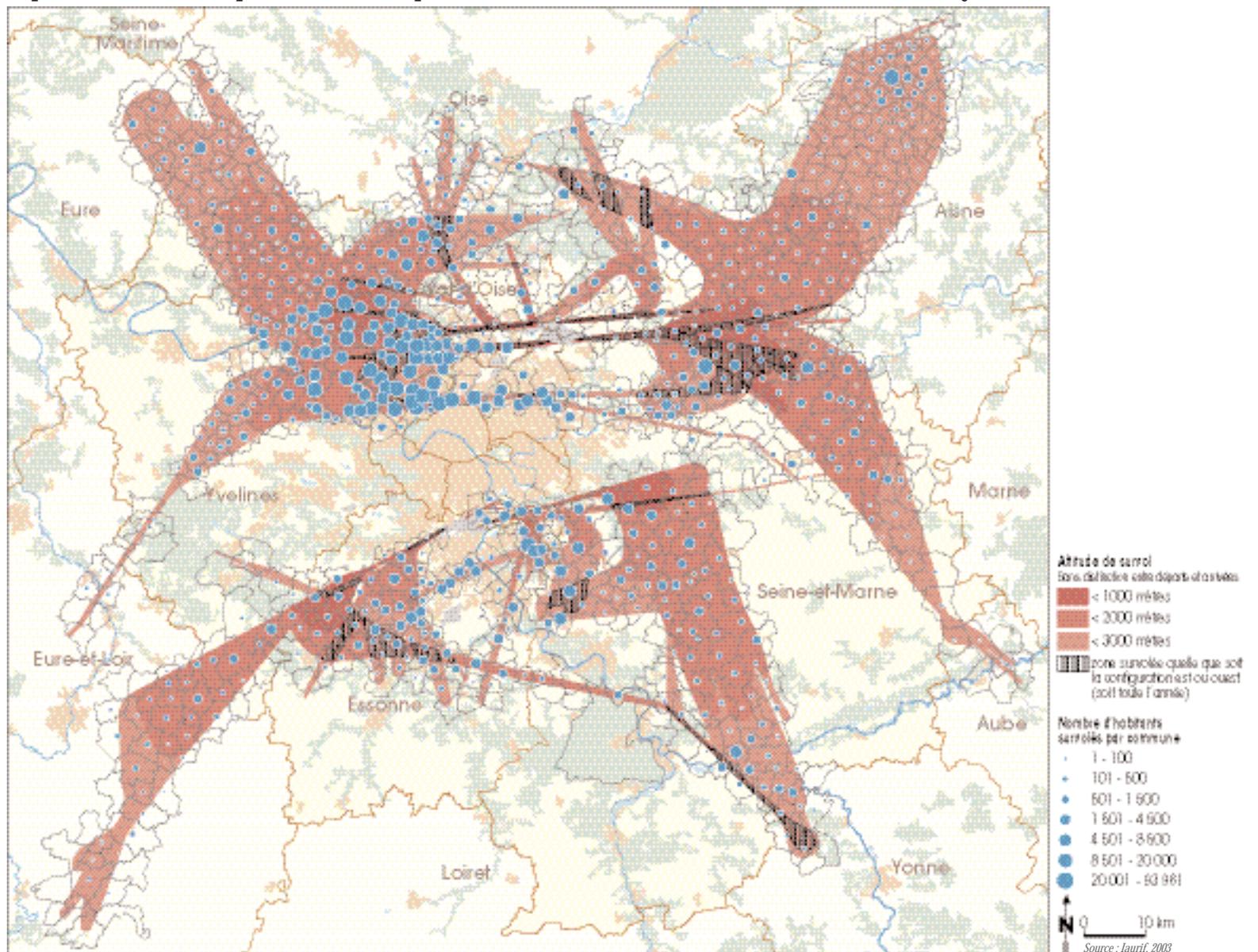
LES NUISANCES SONORES EN ÎLE-DE-FRANCE

Le bruit des circulations ferroviaires en Île-de-France

Le bruit routier en Île-de-France



Populations survolées par les avions en provenance et à destination de Paris-CDG et Paris-Orly



ALCOOL, TABAC, CANNABIS ET AUTRES DROGUES : UNE MEILLEURE SENSIBILISATION AUX RISQUES

Fiche 10

ATLAS DE LA SANTÉ EN ÎLE-DE-FRANCE

La politique de réduction des risques, initiée en 1987 avec la mise en vente libre des seringues et renforcée par l'accès aux produits de substitution aux opiacés, en 1995 pour la méthadone et en 1996 pour le Subutex®, a permis une nette baisse de la mortalité par surdose et du nombre de personnes toxicomanes touchées par le VIH. Elle a également favorisé une meilleure prise en charge médicale et sociale de ces personnes fortement dépendantes. En 1991, la promulgation de la loi Evin donne pour la première fois un signal fort d'une prise en compte des dommages de l'alcool et du tabac en matière de santé, confirmée par le plan cancer de 2003, puis par la loi de santé publique d'août 2004 qui cherche à rééquilibrer le dispositif sanitaire en faveur de la prévention, notamment celle de la consommation des produits psychoactifs.

Extrait de la charte de la Fédération européenne des intervenants en toxicomanie

«La Réduction des Risques est un modèle d'intervention en toxicomanie qui cherche à répondre aux besoins sanitaires et sociaux des usagers de drogues. Ce modèle s'adresse à tous les consommateurs et en particulier à ceux qui ne peuvent ou ne veulent, pour l'instant, arrêter leur consommation. Son but est non seulement de réduire les risques et dommages sanitaires et notamment infectieux liés à l'usage de drogues, mais aussi de contribuer au processus de soins de l'individu, d'œuvrer pour les acquisitions des droits civiques et sociaux en favorisant la réinsertion des usagers.»

Les produits psychoactifs entraînent des effets sur le système nerveux qui peuvent, lorsque la consommation est abusive, produire une véritable dépendance⁽¹⁾. Ces produits sont classés en plusieurs catégories selon leurs effets et leur classe moléculaire : alcool, tabac, hallucinogènes (cannabis, LSD...), opiacés (héroïne et dérivés), psychostimulants (cocaïne, crack, ecstasy, amphétamines...), hypnotiques (Rohypnol®...), anxiolytiques (Valium®...). Même lorsque les produits sont licites, leur consommation est de plus en plus encadrée (loi Evin, alcool et sécurité routière, etc.).

Au-delà de leur capacité d'entraîner une dépendance, ces produits peuvent être responsables d'une morbi-mortalité très importante qui, la plupart du temps, intervient à distance. Les risques sont d'autant plus élevés que la consommation a été prolongée dans le temps et intensive : maladies respiratoires, cancers du poumon, maladies cardio-vasculaires pour le tabac, cirrhoses, cancers des voies digestives supérieures (VADS) et psychoses alcooliques pour l'alcool. Tabac et alcool seraient respectivement responsables en France de 66 000 et 45 000 décès annuels. Il est également probable que la consommation de cannabis fumé entraîne les mêmes effets à long terme que la consommation de tabac. La dépendance, notamment aux opiacés ou à l'alcool, peut entraîner une profonde dégradation de la vie sociale et familiale. À cela peuvent s'ajouter des risques de décès par surdose ou des complications infectieuses dues aux modes d'administration par voie injectable (seringues réutilisées et partagées) de certains de ces produits psychoactifs. Les usagers de drogues par voie intraveineuse ont constitué, dans les années 1990, l'un des principaux groupes touchés par l'infection à VIH, mais aussi par d'autres maladies infectieuses, notamment l'hépatite B et surtout l'hépatite C.

Chez les jeunes, une consommation d'alcool, de tabac moindre en Île-de-France

Les principaux produits psychoactifs consommés chez les jeunes sont le tabac, l'alcool et le cannabis. La consommation des autres produits reste faible et, selon une enquête «ESCAPAD», les proportions de jeunes de 17 ans ayant essayé au moins une fois de l'ecstasy ne dépassent pas 5 % chez les filles comme chez les garçons, en Île-de-France comme dans le reste de la France. Les fréquences de consommation d'alcool, de tabac et de cannabis en Île-de-France chez les jeunes de 17 ans se situent à des niveaux moindres que celles observées dans le reste de la France hexagonale. Ces différences de niveaux de consommation semblent avoir existé au moins depuis le début des années 1990, où une première étude avait montré des niveaux de consommation régulière d'alcool et de tabac inférieurs dans la région. Si, à la fin des années 1990, les consommations de tabac progressaient encore chez les jeunes, notamment chez les jeunes filles, il semble que la proportion de fumeurs quotidiens comme le nombre moyen de cigarettes fumées fléchissent depuis 2000. La fréquence de la consommation d'alcool et notamment de la recherche d'ivresse n'ont pas significativement varié au cours de la précédente décennie, mais semble plutôt à la hausse depuis. En ce qui concerne le cannabis, la progression fulgurante de sa consommation, notamment de sa consommation régulière, voire quotidienne, observée partout en Europe dans les années 1990, aurait, comme dans d'autres pays, débuté d'abord dans les grandes zones urbaines telles que l'Île-de-France pour diffuser très rapidement sur l'ensemble du territoire. C'est ce que suggère une étude de 1998 de l'INPES/ORS qui montre une consommation plus importante de cannabis chez les jeunes Franciliens, notamment les garçons, tendance que l'on ne retrouve plus dans les enquêtes réalisées à partir de 2000, qui montrent dans toutes les régions des consommations particulièrement

élevées, plaçant la France dans le peloton de tête des consommateurs quotidiens de cannabis. Si les conduites d'expérimentation et les consommations régulières peuvent être caractéristiques de l'adolescence, ces dernières sont plus fréquentes chez les garçons que chez les filles.

Une consommation de produits psychoactifs n'est pas forcément problématique chez un jeune, ce sont les fréquences de ces consommations, leurs associations entre elles (polyconsommations) qui en font la gravité et qui sont souvent révélatrices d'un mal-être. De nombreuses études montrent en effet des liens étroits entre des consommations fréquentes et élevées chez les jeunes et des actes de violence (subie ou agie), de transgression et de prise de risques : dépression, tentatives de suicide, mauvaise estime de soi, maltraitance sexuelle ou physique apparaissent plus fréquemment parmi les jeunes ayant des consommations régulières. Au-delà de la dépendance et de son traitement, il est donc nécessaire de savoir rechercher, diagnostiquer et traiter cette souffrance.

La consommation d'alcool chez les adultes a fortement diminué depuis 40 ans en Île-de-France comme en France

Ces quarante dernières années ont vu une diminution importante à la fois des quantités d'alcool consommées et de la part des boissons contenant de l'alcool dans le budget des ménages en Île-de-France comme en France. De cette diminution a résulté une baisse des pathologies associées à la consommation d'alcool, notamment des cirrhoses alcooliques et cancers des voies aéro-digestives supérieures (VADS). De même, la diminution plus lente mais plus précoce dans la région de la consommation de tabac a commencé à entraîner chez les hommes franciliens une diminution de la mortalité par cancer du poumon, alors que cette pathologie augmente encore en province. Chez les femmes de la région comme de la France métropolitaine, la diminution de la consommation de tabac est très récente. Si elles se sont mises à fumer plus tardivement au cours du xx^e siècle, elles ont maintenant des consommations très comparables à celles des hommes. Chez elles, du fait du décalage entre consommation et apparition des conséquences, les taux d'incidence et de mortalité par cancer du poumon sont en pleine croissance tant en Île-de-France qu'en province.

La région Île-de-France a toujours été fortement touchée par les problèmes de toxicomanie

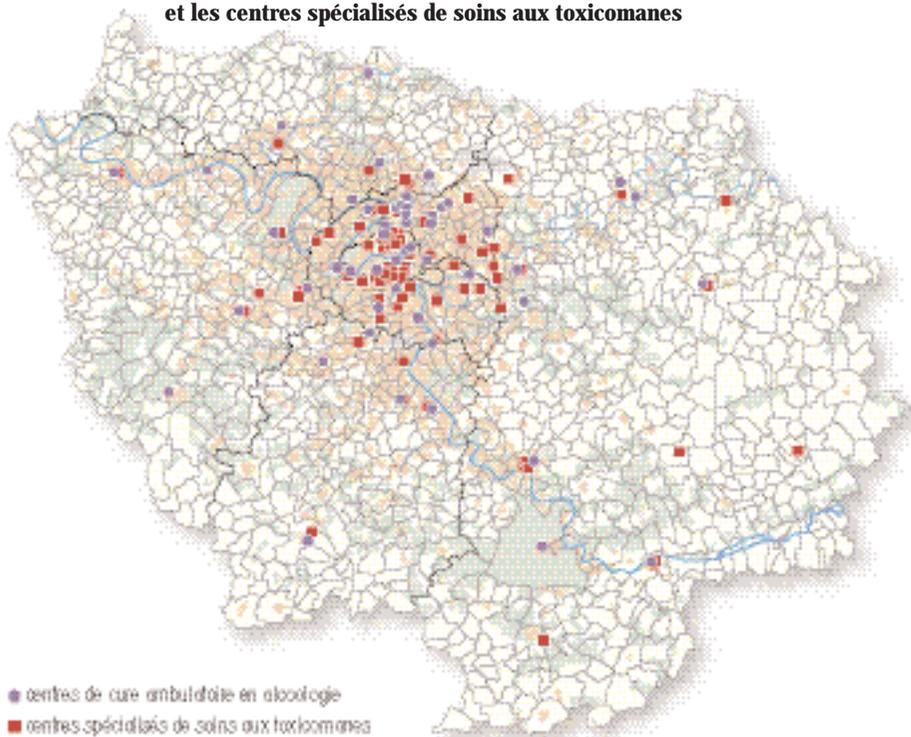
Si l'Île-de-France, et Paris notamment, a depuis toujours été et reste aujourd'hui très touchée par les problèmes de toxicomanie, ces dix dernières années ont vu des modifications profondes des caractéristiques des usagers de drogues, principalement en raison du développement de la politique de réduction des risques, initiée en 1987 avec la vente libre des seringues et poursuivie en 1995/1996 avec les traitements de substitution aux opiacés (méthadone et Subutex®). La mise en place de la politique de réduction des risques a entraîné une forte diminution de la mortalité par surdose, une baisse des risques infectieux et a permis une meilleure prise en charge des toxicomanes. La diffusion des traitements de substitution a conduit un nombre croissant d'usagers d'opiacés à s'engager dans une démarche de soins. Les ventes de Subutex® en pharmacies de ville ont ainsi fortement augmenté. Paris demeure le département d'Île-de-France où les ventes de produits de substitution sont les plus importantes : plus de 40 % des ventes de Subutex® en Île-de-France et près de 60 % de celles de méthadone délivrée en médecine de ville sont réalisées dans la seule capitale.

(1) Voir glossaire.

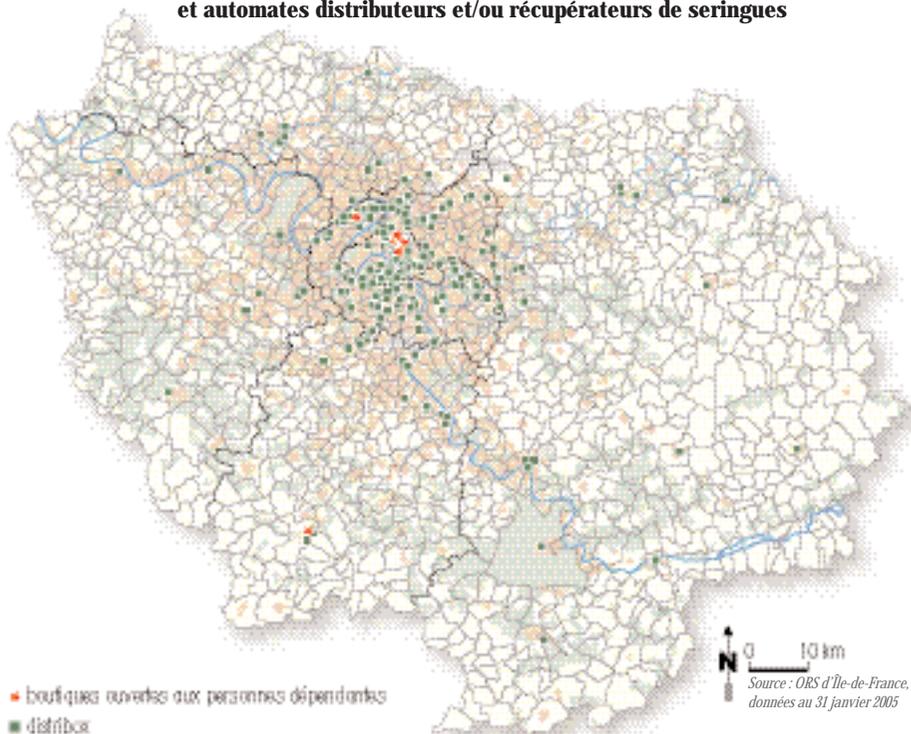
LES ADDICTIONS

Les structures franciliennes de prise en charge des addictions

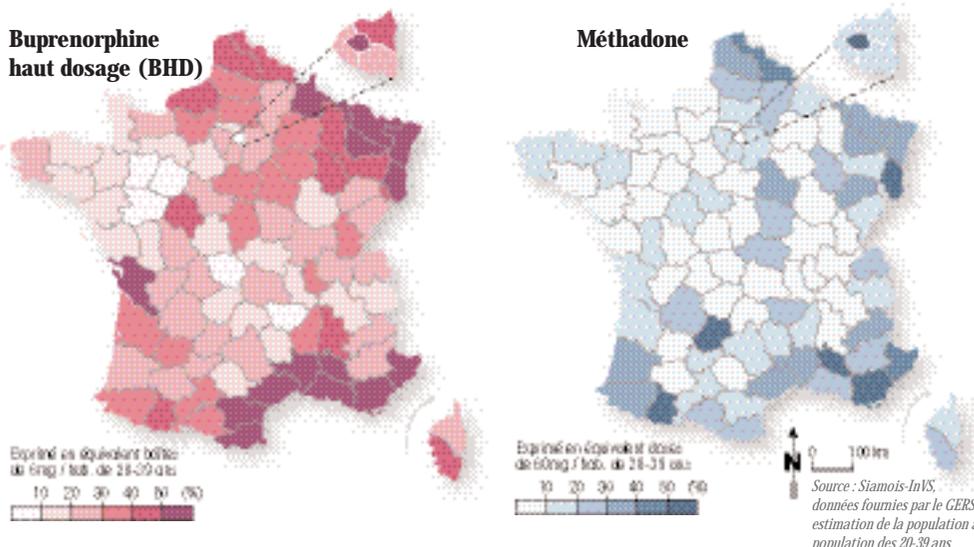
Les centres de cure ambulatoire en alcoologie et les centres spécialisés de soins aux toxicomanes



Structures de soins de première ligne ouvertes aux personnes dépendantes et automates distributeurs et/ou récupérateurs de seringues



Ventes en officine de buprénorphine haut dosage (BHD, commercialisé sous le nom de Subutex®) et de méthadone rapportées à la population des 20-39 ans, en 2003



Une importance croissante des médecins libéraux dans la prise en charge et le suivi des traitements de substitution des personnes dépendantes

La mise en place de la politique de réduction des risques a constitué un bouleversement dans la prise en charge des personnes très dépendantes aux drogues telles que les opiacés, l'héroïne essentiellement.

Avant la mise en œuvre de cette politique de réduction des risques et, notamment, avant que ne soient disponibles les traitements de substitution tels que la méthadone et surtout la buprénorphine haut dosage (BHD), les toxicomanes étaient presque exclusivement pris en charge dans des structures spécialisées.

La prise en charge était alors assurée en grande majorité par des professionnels de santé issus de la psychiatrie, dans des lieux de soins spécialisés et dans lesquels il n'y avait que peu ou pas de prise en charge des problèmes somatiques. La condition préalable à la prise en charge était le plus souvent que l'usager de drogue se soit engagé dans une démarche d'abstinence. Un sevrage aux opiacés était généralement réalisé en milieu hospitalier. Cette prise en charge pouvait être assurée de façon complètement anonyme, comme le prévoit la loi de 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et la répression du trafic.

Le lourd tribut payé par les usagers de drogues par voie intraveineuse à l'infection au VIH/sida a nécessité de «révolutionner» le principe de la prise en charge des personnes toxicomanes en favorisant une approche pragmatique.

Il s'agissait alors d'inciter les usagers de drogues à limiter les risques de transmission du VIH et de favoriser leur accès à la filière de soins.

En pratique, les orientations de cette politique ont été la mise à disposition de traitements de substitution, la poursuite de l'accès au sevrage et la diversification des prises en charge, pour ce qui relève des soins ; la promotion de l'usage unique et non-partagé de la seringue et du matériel servant à la préparation du produit injecté, pour ce qui relève de la réduction des risques infectieux. Les médecins généralistes libéraux, en assurant les soins et le suivi des personnes sous traitement de substitution, ont pris une part active dans la prise en charge des toxicomanes et complètent le dispositif spécialisé de prise en charge, dont les principaux centres franciliens sont indiqués sur les deux cartes ci-contre.

Consommation de produits psychoactifs chez les jeunes de 17 ans (en %)

	Paris		Petite couronne		Grande couronne		Autres régions françaises	
	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles
Tabac quotidien	42	40	28	35	35**	33*	41	41
Alcool régulier	20	10	10	6	15***	4***	20	7
Ivresses régulières	10	1	6	4	8*	1***	11	3
Cannabis régulier	20	10	15	7	21**	8	19	8
Ecstasy vie	3	3	4	3	6*	3	5	3
Poppers vie	12	4	6	5	6***	4	5	4

Source : François Beck, Stéphane Legleye, Stanilas Spilka et Isabelle Grémy. Alcool, tabac, cannabis et autres drogues à 17 ans, en Ile-de-France. Tendances n° 38, Juillet 2004, OFDT ESCAPAD 2002-2003

Sur l'ensemble de l'Ile-de-France, les consommations de tabac quotidien, alcool régulier et ivresse régulière sont pour les garçons respectivement de 34 %, 14 % et 8 % et pour les filles de 35 %, 5 % et 2 %.

Lecture :

- *, **, *** signalent des différences significatives respectivement au seuil de 0,05; 0,01; 0,001 entre Paris, la proche et la grande couronne, au sein des filles, d'une part, et des garçons, d'autre part, (test du Chi2) ;
- le gras indique que la prévalence est significativement plus élevée que dans le reste de la région ;
- tabac quotidien : au moins une cigarette par jour ;
- usage régulier d'alcool ou de cannabis : au moins dix épisodes de consommation au cours des 30 derniers jours ;
- ivresse régulière : au moins 10 épisodes au cours des 12 derniers mois ;
- produit vie : au moins un usage au cours de la vie.

24,2 MILLIARDS D'EUROS DE DÉPENSES DE SANTÉ EN ÎLE-DE-FRANCE EN 2003

Fiche 1

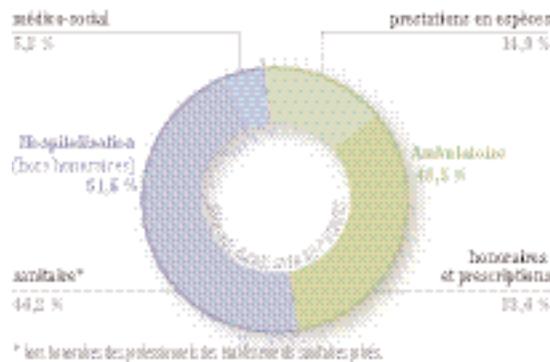
ATLAS DE LA SANTÉ EN ÎLE-DE-FRANCE

La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2003 a fixé un objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) à 123,5 milliards d'euros. Par rapport à cet objectif national, la région Île-de-France a dépensé, en 2003, 24,2 milliards d'euros pour sa santé, répartis de manière relativement égale entre les dépenses réalisées par les établissements de santé et les structures médico-sociales, d'une part, et les dépenses ambulatoires, d'autre part.

Les dépenses de l'assurance maladie en Île-de-France en 2003

Les dépenses de santé de la région Île-de-France se sont élevées, en 2003, à 24,2 milliards d'euros, répartis de manière relativement égale entre les dépenses réalisées par les établissements de santé et les structures médico-sociales, d'une part (respectivement 11,2 et 1,3 milliards d'euros), et les dépenses ambulatoires, d'autre part (11,7 milliards d'euros).

Structure des dépenses de l'assurance maladie en Île-de-France en 2003



Les dépenses hospitalières

Les dépenses des établissements sanitaires franciliens, tous statuts confondus et hors honoraires des professionnels des établissements sanitaires privés, sont en augmentation constante : + 4,9 % entre 2002 et 2003 (+ 3,9 % entre 2001 et 2002). Les crédits alloués aux unités de soins de longue durée sont ceux qui ont subi la plus forte progression (+ 39,1 %), ce qui provient des «provisions» accordées en vue de leur transformation en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). D'autre part, le vieillissement de la population est à l'origine de la hausse importante des dépenses de dialyse (+ 10,9 %).

Les dépenses médico-sociales

Les deux tiers des dépenses médico-sociales concernent le secteur du handicap, un peu moins d'un tiers les personnes âgées et près de 4 % les personnes confrontées à des difficultés spécifiques. Les dépenses médico-sociales ont enregistré, en Île-de-France, entre 2002 et 2003, une hausse globale de 8,9 %, essentiellement due à deux secteurs qui concentrent 79 % des dépenses supplémentaires, à savoir les personnes âgées et les personnes confrontées à des difficultés spécifiques. La hausse très importante des crédits alloués aux personnes confrontées à des difficultés spécifiques a pour origine principale l'intégration en 2003 des centres de soins spécialisés aux toxicomanes dans le champ de l'assurance maladie (55 centres en Île-de-France), tandis que l'évolution des dépenses afférentes à la prise en charge des personnes âgées provient de la transformation en EHPAD des structures dont les lits n'étaient pas jusqu'alors financés par l'assurance maladie ainsi que par le renforcement des crédits alloués aux services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) afin d'augmenter leur capacité d'accueil.

Les dépenses ambulatoires

En partie du fait de la relative jeunesse de la population francilienne, les dépenses ambulatoires, tous risques confondus (maladie, maternité, invalidité, décès, accident du travail), représentent, en Île-de-France, 17,9 % du total national (pour 18,9 % de la population). Et le poids des dépenses de la région par rapport à la France est à la baisse : 18,3 % en 2001, 18 % en 2002 et 17,9 % en 2003.

De manière générale, la progression des dépenses ambula-

toires en Île-de-France (+ 5,1 %) est moins rapide que la progression moyenne nationale (+ 6,2 %), comme c'est le cas depuis plusieurs années. Néanmoins, cette évolution régionale moyenne masque des différences selon les régimes. En effet, si le régime général (qui regroupe la quasi-totalité des assurés sociaux franciliens) enregistre un taux d'évolution équivalent à la région (+ 5,1 %), le taux d'évolution 2003 est supérieur pour le régime des professions indépendantes (+ 9,5 %), et inférieur pour le régime agricole (+ 2,5 %). Pour le régime général, 81,3 % des dépenses ambulatoires concernent les soins de ville (dépenses ambulatoires hors honoraires du secteur public, rentes accidents du travail, assurance invalidité et assurance décès). Si Paris (19,4 % de la population francilienne et 21,4 % des dépenses régionales en soins de ville) contribue aux dépenses pour une part plus importante que son poids de population, l'évolution des dépenses y est moins importante qu'ailleurs en Île-de-France (respectivement + 3,8 % à Paris contre + 5,3 % en moyenne au niveau régional entre 2002 et 2003). Ce sont la Seine-Saint-Denis, déjà fortement consommatrice, mais surtout les Hauts-de-Seine (+ 5,9 %) et le Val-de-Marne (+ 6,3 %) qui présentent les évolutions de dépenses les plus importantes.

Les dépenses d'hospitalisation sont les dépenses des établissements de santé franciliens quels que soient la caisse et le régime d'affiliation de l'assuré (y compris les établissements de l'AP-HP situés hors région Île-de-France). Elles regroupent les dotations globales versées aux établissements de santé publics et privés participant au service public hospitalier pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, soins de suite et réadaptation, ainsi que les dotations globales versées aux ex-établissements à prix de journée préfectoral, aux établissements et services de soins de longue durée et aux services d'hospitalisation à domicile hors secteur public hospitalier. Elles regroupent également les prestations hospitalières liées aux actes de chirurgie ou d'anesthésie ambulatoire et hors chirurgie ambulatoire dans les établissements de santé privés à tarification contractuelle et à tarif d'autorité (hors honoraires des professionnels de santé).

Les dépenses médico-sociales concernent les dépenses des structures médico-sociales financées soit par dotation globale, soit par prix de journée. Il s'agit des établissements de l'enfance inadaptée, des établissements pour adultes handicapés, des structures pour personnes âgées (établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et services de soins infirmiers à domicile), des établissements pour personnes confrontées à des difficultés spécifiques (centres de cure ambulatoire en alcoologie, centres spécialisés de soins aux toxicomanes, appartements de coordination thérapeutique prenant en charge, à titre temporaire, des personnes fragiles psychologiquement et socialement nécessitant des soins et un suivi médical).

Les dépenses ambulatoires couvrent les dépenses remboursées des soins ambulatoires. Elles excluent donc le ticket modérateur et les dépassements d'honoraires. Les soins communément appelés ambulatoires recouvrent les honoraires et prescriptions des médecins libéraux, des autres professionnels libéraux (dentistes, sages-femmes), des salariés des centres de santé et des praticiens temps plein hospitalier ayant une activité libérale. Ils recouvrent aussi les prescriptions hospitalières exécutées en ville ainsi que l'ensemble des prestations en espèces (indemnités journalières des risques maladie, maternité et accidents du travail, rentes accidents du travail, assurance invalidité, assurance décès).

Les actes exécutés par les médecins libéraux en cliniques privées sont compris dans les soins ambulatoires, ainsi que les scanners et IRMN réalisés dans les structures libérales. Par contre, ne sont pas compris dans les soins ambulatoires la dotation globale des hôpitaux publics et les frais de structures des cliniques (prix de journées, forfaits) qui relèvent des dépenses hospitalières. Les soins de ville recouvrent les dépenses ambulatoires hors honoraires du secteur public, rentes accidents du travail, assurance invalidité et assurance décès.

L'assurance maladie : le régime général couvre 92 % de la population francilienne affiliée

La population francilienne est couverte en grande majorité par les trois principaux régimes d'assurance maladie :

- 92 %⁽¹⁾ de la population protégée d'Île-de-France est affiliée au régime général. Celui-ci regroupe les huit caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) couvrant les travailleurs salariés du commerce, de l'industrie et assimilés, résidant en Île-de-France ainsi que les sections locales mutualistes (SLM) qui couvrent les étudiants et les fonctionnaires travaillant en Île-de-France (les SLM représentent 15,8 % de la population couverte par le régime général) ;

- 1,3 % de la population protégée francilienne est affiliée au régime agricole, qui regroupe les salariés et exploitants agricoles travaillant en Île-de-France. Il existe une caisse de mutualité sociale agricole (MSA) pour la région ;

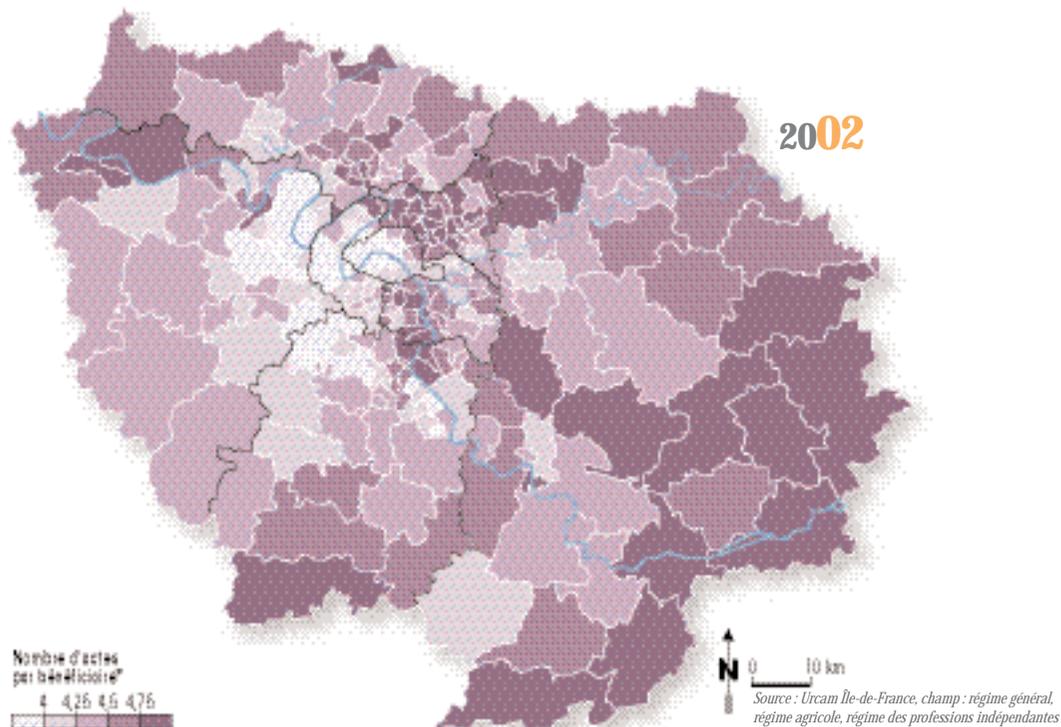
- 3,8 % est affiliée au régime des professions indépendantes regroupant les professions libérales, artisanales, commerciales et industrielles résidant en Île-de-France.

Il s'organise en trois caisses maladie régionales (CMR) pour la région ; - reste 2,9 % de la population protégée qui est affiliée aux autres régimes comme la RATP, la SNCF, la caisse de prévoyance maladie de la Banque de France, la Caisse des dépôts et consignations... (et dont les dépenses ne sont pas prises en compte dans les chiffres cités ci-après)

(1) Source : CNAMTS-DSE.

CONSOMMATION DE SOINS ET DÉPENSES DE SANTÉ EN 2003

Nombre d'actes par bénéficiaire auprès d'un médecin généraliste en Île-de-France, par canton



* Nombre d'actes en C (consultations) et V (visites) par bénéficiaire des principaux régimes, effectués auprès d'un médecin généraliste et remboursés au cours de l'année 2002.

Sur près de 7 millions de bénéficiaires qui ont eu au moins une consultation ou visite auprès d'un généraliste au cours de l'année 2002 en Île-de-France, les trois principaux régimes d'assurance maladie ont remboursé près de 30 millions d'actes (C et V)*, soit 4,4 actes en moyenne par bénéficiaire. Mais cette valeur moyenne varie de manière importante en fonction de l'âge des bénéficiaires, avec 8 actes par bénéficiaire chez les plus de 75 ans et seulement 3,7 chez les 15-44 ans. Elle varie également en fonction de la répartition géographique : le nombre d'actes par bénéficiaire est plus important dans le nord-est de Paris et la Seine-Saint-Denis ainsi que dans les zones rurales et âgées de l'Île-de-France, à savoir le nord-ouest du Val-d'Oise (Vexin), l'est de la Seine-et-Marne et le sud de l'Essonne.

* Voir glossaire

Les dépenses de prise en charge en établissement en Île-de-France en 2002 et 2003

Secteur sanitaire				
Les dépenses d'hospitalisation	Montant 2002	Montant 2003	Évolution 2002/2003 (%)	% par structure
Établissements sous dotation globale	9 111 547 338	9 555 379 429	4,9	85,6
Établissements publics	3 373 003 054	3 539 250 044	4,9	31,7
AP-HP	3 926 049 849	4 080 277 884	3,9	36,5
Établissements privés PSPH	1 473 402 109	1 526 533 080	3,6	13,7
Unités de soins de longue durée publiques et privées	161 648 253	224 776 340	39,1	2
Ex établissements à prix de journée préfectoral	114 039 770	118 754 935	4,1	1,1
Services d'hospitalisation à domicile (hors secteur public)	63 404 303	65 787 146	3,8	0,6
Établissements de santé privés	1 532 693 882	1 612 164 692	5,2	14,4
Étab. à tarification contractuelle (hors honoraires)	1 340 268 184	1 403 058 163	4,7	12,6
Alternatives médico-techniques (dialyse)	173 692 498	192 620 899	10,9	1,7
Établissements à tarif d'autorité	18 733 200	16 485 630	-12	0,1
Total des dépenses d'hospitalisation	10 644 241 220	11 167 544 121	4,9	100
Secteur médico-social				
Les dépenses médico-sociales	Montant 2002	Montant 2003	Évolution 2002/2003 (%)	% par structure
Handicap	815 668 582	838 344 392	2,8	65
Enfance inadaptée	620 205 353	633 124 404	2,1	49,1
Adultes handicapés	195 463 229	205 219 988	5	15,9
Personnes confrontées à des difficultés spécifiques	13 930 777	50 438 920	262,1	3,9
Centres de cure ambulatoire en alcoologie	6 686 667	7 437 550	11,2	0,6
Appartements de coordination thérapeutique	7 244 110	8 623 200	19	0,7
Centres spécialisés de soins aux toxicomanes	0	34 378 170	-	2,7
Personnes âgées	354 447 766	400 307 104	12,9	31,1
Forfaits de soins en étab. d'hébergement pour personnes âgées	265 032 384	299 695 887	13,1	23,2
Services de soins infirmiers à domicile	89 415 382	100 611 217	12,5	7,8
Total des dépenses médico-sociales	1 184 047 125	1 289 090 416	8,9	100

Source : base régionale des établissements sous Unix (BREX) SNIR EP, PRISMES

En 2002, les Franciliens ont consommé 2 700 000 séjours hospitaliers

En 2002, les habitants de l'Île-de-France ont consommé 2 678 000 séjours hospitaliers. Ce chiffre inclut les hospitalisations effectuées dans les établissements de santé franciliens et celles réalisées hors région, qui représentent 3,4 % du total. La répartition des séjours par sexe est sensiblement égale, si l'on exclut les séjours d'obstétrique.

En rapportant les séjours hospitaliers à la population de l'Île-de-France, on peut calculer un taux d'hospitalisation exprimé en nombre de séjours pour 1 000 habitants.

On note une légère baisse du taux d'hospitalisation global entre 1999 et 2002 (202,2 séjours pour 1 000 habitants en 2002 contre 203,6 en 1999).

Cet écart est toutefois trop faible pour être considéré comme significatif, compte tenu des différences pouvant exister dans l'exhaustivité des données d'une année sur l'autre. D'autre part, le taux d'hospitalisation des hommes (204,5) est un peu plus élevé que celui des femmes (200,0), en excluant l'obstétrique.

Afin d'éliminer les distorsions dues aux différences de pyramide des âges selon les départements, il est nécessaire de pondérer les taux bruts en fonction de la structure d'âge de la population de chaque département. Cette pondération a été effectuée par tranches d'âge quinquennales. Elle revient à calculer ce que serait le taux d'hospitalisation de chaque département si la structure d'âge de sa population était identique à celle de l'ensemble de l'Île-de-France.

L'analyse par département révèle ainsi des disparités assez importantes, tant en 1999 qu'en 2002.

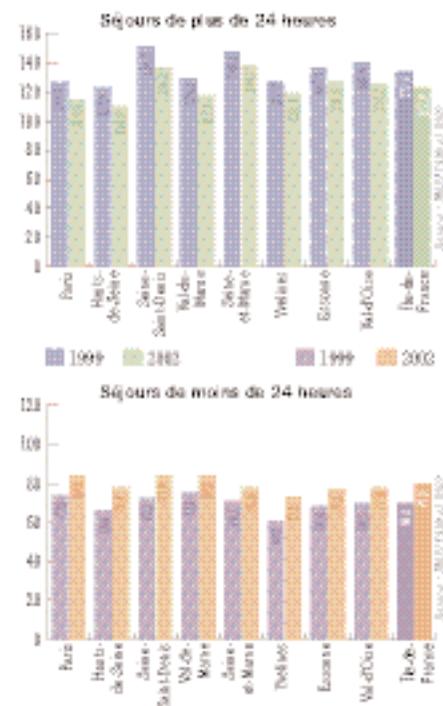
La Seine-Saint-Denis et la Seine-et-Marne présentent des taux d'hospitalisation nettement supérieurs à la moyenne régionale, et ce pour les deux sexes.

À l'inverse, les Hauts-de-Seine et les Yvelines ont des taux inférieurs d'environ 10 points à la moyenne, les autres départements étant proches de celle-ci.

Enfin, on remarque que la stabilité du taux global d'hospitalisation entre 1999 et 2002 recouvre une évolution dans les modes de prise en charge des patients. L'hospitalisation complète (séjours de plus de 24 heures) diminue de 10 points, alors que les alternatives à l'hospitalisation (hospitalisation de jour, chirurgie ambulatoire) progressent dans les mêmes proportions.

Cette tendance s'observe dans l'ensemble des départements.

Taux d'hospitalisation* pondéré, par département en 1999 et 2002



* Séjours de soins, les plus fréquents et les moins coûteux par 1 000 habitants.

LA CONSOMMATION PHARMACEUTIQUE EN NETTE AUGMENTATION EN ÎLE-DE-FRANCE

Fiche 2

ATLAS DE LA SANTÉ EN ÎLE-DE-FRANCE

Les dépenses pharmaceutiques se sont élevées en 2003 en Île-de-France et pour les trois principaux régimes à 3,1 milliards d'euros. Ce montant est supérieur de 7,2 % à celui de 2002, ce qui situe l'évolution régionale à un niveau supérieur à celui de la France entière. Cette croissance des dépenses est due principalement aux remboursements de médicaments délivrés par les établissements hospitaliers. Quant aux dépenses de médicaments délivrés par les officines de ville, elles sont fortement concentrées sur quelques produits.

Dans un contexte de déficit de la branche maladie de la Sécurité sociale, l'analyse des résultats franciliens est contrastée. En effet, au niveau ambulatoire, la part des dépenses régionales est relativement faible par rapport au niveau national et la progression des dépenses est inférieure en Île-de-France par rapport à la moyenne nationale. Mais ces résultats plutôt favorables masquent le fait que certains postes de dépenses, notamment celui du médicament, connaissent de fortes augmentations en Île-de-France.

La pharmacie en nette augmentation dans la région Île-de-France

Les dépenses totales de pharmacie remboursées en Île-de-France par les trois principaux régimes en 2003 ont représenté 3,1 milliards d'euros, soit une évolution de 7,2 % par rapport à 2002.

Cette évolution très soutenue est supérieure au rythme national (+ 6,1 %). Elle provient principalement de la croissance des remboursements des médicaments délivrés par les établissements hospitaliers (+ 34 % pour le régime général), alors que les remboursements des médicaments délivrés par les officines de ville augmentaient de 3,8 %.

Les établissements hospitaliers ne codant pas encore les médicaments qu'ils délivrent eux-mêmes, l'analyse ci-après de la consommation médicamenteuse remboursée par la Sécurité sociale ne peut être mesurée que sur les médicaments délivrés en officine de ville. Ceux-ci représentent environ 84 % des médicaments remboursés en Île-de-France.

Les dépenses de médicaments délivrés par les officines de villes : 2,35 milliards d'euros en 2003

Les dépenses de pharmacie délivrées par les officines de ville franciliennes ont représenté, en 2003, 2,35 milliards d'euros de montants remboursés (hors sections locales mutualistes). Elles correspondent à 3,1 milliards d'euros de dépenses présentées au remboursement, soit un taux moyen de remboursement de 74 %, niveau légèrement supérieur à celui observé au niveau national (73,4 %⁽¹⁾).

Une forte concentration des dépenses de médicaments sur quelques produits

Quatre classes pharmaco-thérapeutiques (EPHMRA) représentent près des deux tiers (65,5 %) des dépenses remboursables (c'est-à-dire présentées au remboursement). Il s'agit des médicaments :

- du «système cardio-vasculaire» (classe C) : 22,8 % ;
- du «système nerveux central» (classe N) : 16,3 % ;
- des «voies digestives et métabolisme» (classe A) : 14,9 % ;
- «anti-infectieux généraux systémiques» (classe J) : 11,5 %.

Les cinq médicaments dont le montant remboursable est le plus élevé pour l'année 2003 en Île-de-France sont le Mopral®, le Tahor®, le Seretide®, le Plavix® et le Zocor®.

Ces cinq produits, sur plus de 3 200, représentent 8,7 % des montants remboursables de l'ensemble des médicaments, tandis que les 100 premiers produits atteignent 47 % de ces montants. Ces chiffres mettent en évidence une forte concentration des dépenses de médicaments sur une très faible proportion de produits.

En volume de boîtes prescrites, les quatre premiers médicaments au classement sont des spécialités du paracétamol (ou associés), dont le Doliprane® qui conserve la première place. Si les principales classes thérapeutiques occupent les mêmes rangs dans la région et au niveau national, leurs parts respectives peuvent varier entre ces deux niveaux géographiques. Du fait notamment d'une population plus jeune, les médicaments du «système cardio-vasculaire» et du «système nerveux central» occupent un poids inférieur en Île-de-France. Tandis que, du fait de la prévalence élevée du VIH-sida, les médicaments «anti-infectieux systémiques» et notamment les anti-rétroviraux occupent une part plus élevée des montants remboursés en région.

(1) Les résultats concernant la France entière sont publiés par la CNAMTS dans MEDIC'AM (régime général uniquement).

Les 10 premiers médicaments dont le montant présenté au remboursement est le plus élevé, en Île-de-France, par département en 2003

(données régime général, hors sections locales mutualistes)

Rang	Paris	Seine-et-Marne	Yvelines	Essonne	Hauts-de-Seine	Seine-St-Denis	Val-de-Marne	Val-d'Oise	Île-de-France
1	Mopral®	Mopral®	Mopral®	Mopral®	Mopral®	Mopral®	Mopral®	Mopral®	Mopral®
2	Tahor®	Tahor®	Tahor®	Tahor®	Tahor®	Tahor®	Tahor®	Tahor®	Tahor®
3	Subutex®	Seretide®	Seretide®	Elisor®	Seretide®	Seretide®	Seretide®	Seretide®	Seretide®
4	Seretide®	Plavix®	Plavix®	Seretide®	Plavix®	Doliprane (non associé)®	Plavix®	Zocor®	Plavix®
5	Plavix®	Zocor®	Elisor®	Plavix®	Zocor®	Zocor®	Zocor®	Plavix®	Zocor®
6	Combivir®	Elisor®	Zocor®	Zocor®	Deroxat®	Plavix®	Elisor®	Vasten®	Elisor®
7	Zocor®	Vasten®	Deroxat®	Deroxat®	Elisor®	Subutex®	Doliprane (non associé)®	Elisor®	Deroxat®
8	Deroxat®	Deroxat®	Orelox®	Doliprane (non associé)®	Amlor®	Elisor®	Deroxat®	Doliprane (non associé)®	Doliprane (non associé)®
9	Amlor®	Doliprane (non associé)®	Vasten®	Amlor®	Orelox®	Ogast®	Amlor®	Orelox®	Amlor®
10	Doliprane (non associé)®	Amlor®	Amlor®	Vasten®	Doliprane (non associé)®	Amlor®	Orelox®	Deroxat®	Subutex®

En rouge : les médicaments ayant un rang supérieur au rang régional ;
En bleu : les médicaments ayant un rang inférieur au rang régional

Indications thérapeutiques de ces médicaments :

Mopral®: antirégurgitant / antiulcéreux ;
Seretide®: antiasthmatique ;
Zocor®: hypolipidémiant ;
Deroxat®: antidépresseur ;
Amlor®: antihypertenseur ;

Tahor®: hypolipidémiant ;
Plavix®: antiagrégant plaquettaire ;
Elisor®: hypolipidémiant ;
Doliprane (non associé)®: antalgique / analgésique ;
Subutex®: antalgique / analgésique.

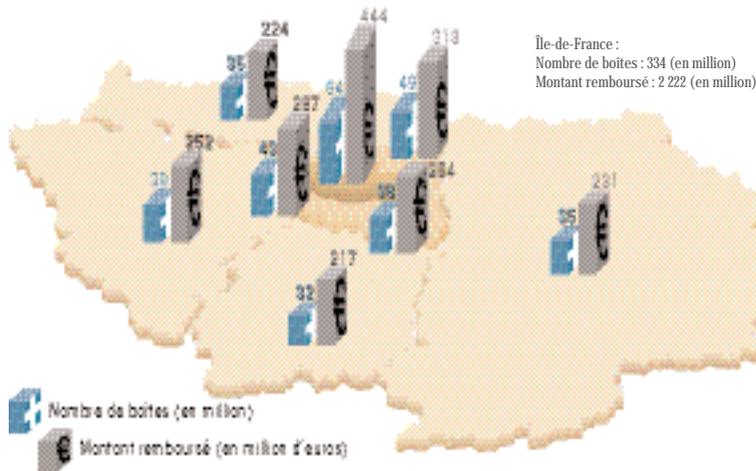


D. Reinartz / Sanofi-Aventis

Source : URCA/AM Île-de-France

LA CONSOMMATION PHARMACEUTIQUE

Nombre de boîtes de pharmacie délivrées par les officines de ville et montant remboursé, par département, pour l'année 2003 (données régime général, hors sections locales mutualistes)



Source : Urcam Île-de-France

Reflet de son poids de population, Paris, avec près de 64 millions de boîtes de pharmacie délivrées par les officines de ville pour l'année 2003, est le département ayant la part la plus importante des délivrances, soit 19,1 % de la part régionale.

De même, on observe, pour l'Essonne, la part régionale la plus faible 9,7 %, avec plus de 32 millions de boîtes délivrées (pour 10,4 % de la population régionale).

En termes de montant remboursé, Paris est également en tête des départements. En effet, le montant remboursé des boîtes délivrées représente plus de 444 millions d'euros en 2003, alors qu'en Essonne, ce montant est deux fois moins important (environ 217 millions d'euros).

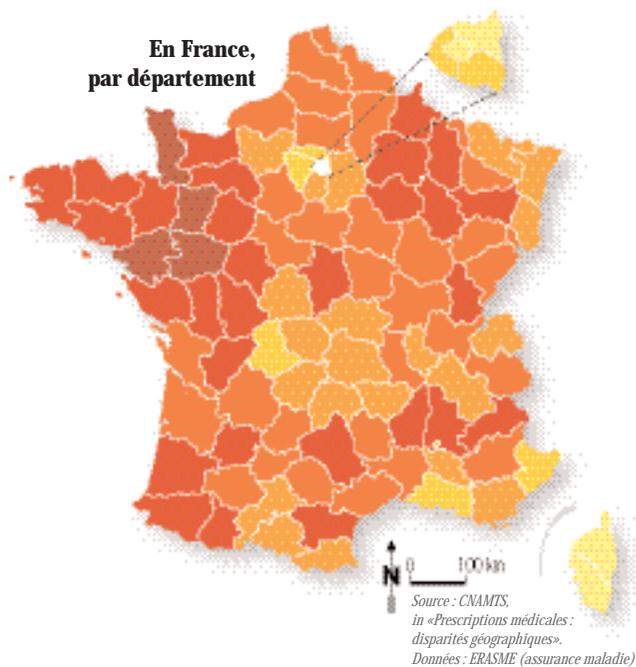
La promotion du médicament générique Taux de génériques standardisés** (en volume) en juin 2004

Dans le cadre de la maîtrise des dépenses de l'assurance maladie, une politique de promotion du médicament générique a été engagée. En effet, la France, avec 55 % de médicaments génériques délivrés dans la métropole en juin 2004, est en retard sur d'autres pays européens comme l'Allemagne ou l'Angleterre.

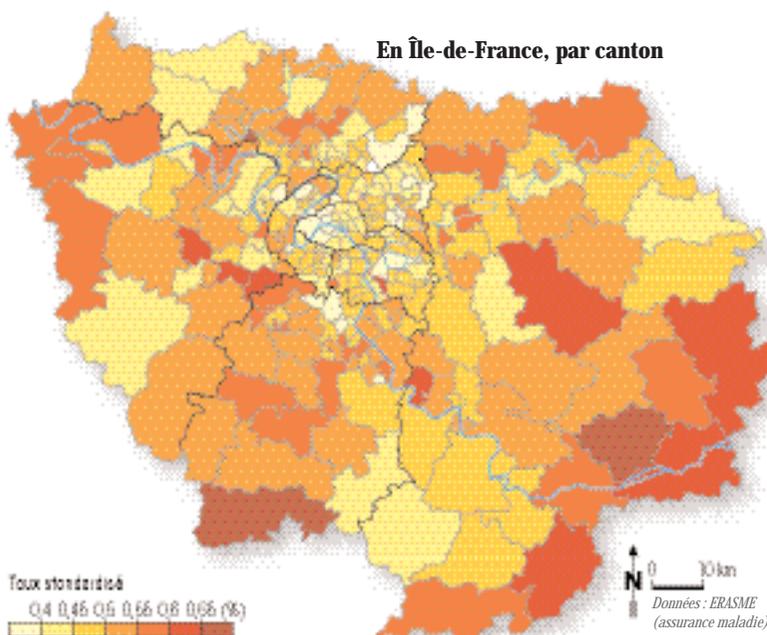
En France métropolitaine, les comportements de prescription de génériques sont dispersés d'un département à l'autre : on observe un rapport de 1,6 entre le taux de génériques le plus fort et le taux le plus faible (respectivement 67,9 % pour la Mayenne et 41,5 % à Paris).*

Cette dispersion départementale a peu évolué depuis septembre 2003, bien que le taux moyen de génériques ait augmenté.

En France, par département



En Île-de-France, par canton



Elle se retrouve en Île-de-France, où le taux moyen de génériques est plus faible qu'en France : à Paris, il est de 41,5 %, alors qu'il atteint 51,7 % en Seine-et-Marne.

Par canton, on observe une opposition entre deux zones : Paris et la petite couronne qui présentent des taux de génériques peu élevés, et la périphérie de l'Île-de-France avec des taux plus importants.

* Le taux de génériques (c'est-à-dire le nombre de boîtes de médicaments génériques délivrées rapporté au nombre de boîtes de médicaments génériques vendues) dépend à la fois des comportements de prescriptions des médecins et des comportements de substitution des pharmaciens.
** Le taux de génériques standardisé : les données sont calculées par officine, implantées en France métropolitaine en 2004 et ayant délivré au moins 100 boîtes de médicaments génériques en juin. Le pourcentage de génériques délivrés parmi les médicaments du répertoire a été standardisé, afin de tenir compte de la structure par âge, sexe et ALD de la clientèle de l'officine.
La population prise en compte est limitée aux personnes affiliées au régime général (incluant les sections locales mutualistes). Le poids de chaque catégorie de patient est calculé à partir du nombre de boîtes de médicaments du répertoire qui lui sont délivrées. Cependant, les redressements faits pour tenir compte de la structure de la clientèle des pharmacies modifient extrêmement peu le constat.

LA PRÉVENTION EN ÎLE-DE-FRANCE : DES EFFORTS IMPORTANTS ET UNE ARTICULATION À AMÉLIORER

Fiche 1

ATLAS DE LA SANTÉ EN ÎLE-DE-FRANCE

Depuis l'instauration des premiers programmes régionaux de santé (1996), la prévention en Île-de-France s'est organisée autour de la lutte contre les addictions, la lutte contre le saturnisme infantile, la contraception et la périnatalité, l'accès à la prévention et aux soins des populations en situation de précarité et la dépendance des personnes âgées. Malgré ces dispositifs, et d'autres plus récents (SREPS), l'articulation entre les différents acteurs de prévention, nombreux en Île-de-France, reste modérée. L'élaboration du premier plan régional de santé publique constitue la prochaine réponse à ce besoin de mise en cohérence.

Une forte diversité des intervenants :

Au niveau national, la prévention relève de différents ministères (Santé, Éducation nationale, Travail). Leur action est coordonnée au sein d'un comité national de santé publique. Les régimes d'assurance maladie interviennent aussi, ainsi que la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les toxicomanies (MILDT) et de grandes associations nationales comme la Ligue contre le cancer.

Un institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) exerce une fonction d'expertise, de conseil et de développement de l'éducation pour la santé. Il met en œuvre les programmes de santé publique nationaux et apporte son concours aux programmes régionaux.

Au niveau régional et départemental, interviennent :

- les directions régionales et départementales des Affaires sanitaires et sociale (DRASS et DDASS), les caisses d'assurance maladie et leur union régionale (URCAM), les services de santé scolaire ainsi que les enseignants dans le cadre des comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC), et les services universitaires de médecine préventive ;
- les collectivités territoriales ;
- des associations d'éducation à la santé à vocation généraliste [comités régional ou départemental d'éducation pour la santé (CRES et CODES) ...] ou spécialisée [Centre régional d'information et de prévention du sida (CRIPS), comité régional de lutte contre l'alcoolisme...]
- des acteurs regroupés sur certains quartiers en «politique de la ville» ;
- les professionnels de santé.

La prévention, plusieurs approches pour une notion complexe

La notion de prévention se rapporte à «l'ensemble des actions, des attitudes et des comportements qui tendent à éviter la survenue de maladies ou de traumatismes ou à maintenir et à améliorer l'état de santé». Il s'agit ainsi d'un concept très vaste, dont les limites ne font pas l'objet d'un consensus général.

Une première approche considère la prévention selon les circonstances de l'intervention préventive :

- avant l'apparition de la maladie, et pour éviter sa survenue, avec des actions de type vaccinations ou éducation à la santé (prévention primaire) ;
- lorsque la survenue de la maladie n'a pu être empêchée, avec des actions de type dépistage... (prévention secondaire) ;
- après la survenue de la maladie, avec des actions centrées notamment sur l'accès à des soins efficaces et l'éducation thérapeutique (prévention tertiaire).

Cette approche inscrit la prévention dans une vision strictement médicale. Or la réalité est plus complexe.

Ainsi, une autre approche – plus récente – fonde la prévention sur l'implication du sujet dans le maintien et la récupération de sa santé (prévention qui émane du sujet), via notamment la promotion de la santé (règles d'hygiène de vie, habitudes alimentaires, exercice physique régulier...) et l'éducation thérapeutique.

À l'inverse, les vaccinations obligatoires et les règles de circulation routière – par exemple – s'imposent au sujet de façon extérieure (prévention délivrée).

Des champs d'action multiples

La prévention s'intéresse non seulement à l'ensemble des domaines s'inscrivant dans le champ sanitaire, comme les addictions, les infections sexuellement transmissibles, le saturnisme infantile..., mais aussi à des domaines plus vastes, qui dépassent le strict cadre sanitaire (alimentation, environnement, potabilité de l'eau, sécurité routière...). Pour les définir, trois axes sont classiquement privilégiés : par thématique (nutrition, tabac, saturnisme...), par public concerné (jeunes, femmes enceintes, personnes âgées dépendantes, personnes en situation de précarité...) et/ou par territoire d'intervention (famille, école, quartier, entreprise, hôpital, prison...).

Des instruments de planification régionale

Depuis une dizaine d'années, plusieurs dispositifs contribuent à améliorer l'organisation de la prévention au niveau régional. Ainsi, depuis 1996, les textes ont défini un instrument de planification régionale stratégique en matière de santé : le programme régional de santé (PRS). Développé autour des priorités régionales de santé, il comporte en particulier «des actions de promotion de la santé, d'éducation pour la santé, de prévention, de soins, de rééducation et de réinsertion». Cinq PRS ont déjà été mis en place dans la région (lutte contre les addictions, saturnisme infantile, périnatalité et contraception, accès à la prévention et aux soins des personnes en situation de précarité et dépendance des personnes âgées).

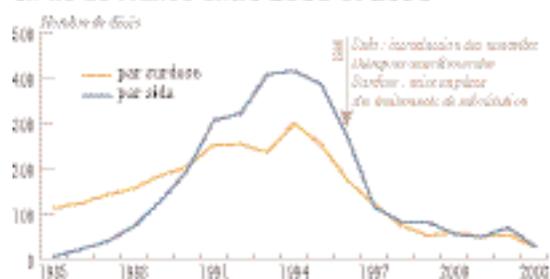
Un autre dispositif, plus récent (2001), le schéma régional d'éducation pour la santé (SREPS) vise à organiser un service public d'éducation pour la santé sur le territoire, à travers une meilleure articulation entre les intervenants de terrain et leurs interlocuteurs institutionnels. Il s'agit notamment de réduire les inégalités et les disparités importantes en matière de santé, en permettant l'accès des populations les plus vulnérables aux actions de prévention.

La prévention des comportements à risque : un axe fort de la politique régionale de santé

La politique de réduction des risques initiée en 1987 a permis, chez les usagers de drogue par voie intraveineuse, une baisse des problèmes infectieux, surtout des contaminations par le VIH (bien moindre pour l'hépatite C), mais aussi un meilleur accès aux soins et une meilleure socialisation des personnes dépendantes.

Autre effet bénéfique attribuable à cette politique, même si on n'en mesure les effets que quelques années plus tard : une réduction considérable de la morbidité-mortalité francilienne, en particulier des décès par surdose et par infection à VIH/sida.

Décès par surdose et sida chez les usagers de drogue par voie intraveineuse en Île-de-France entre 1985 et 2003



D'autre part, les enquêtes sur les comportements sexuels mettent en évidence, en France comme en Île-de-France, l'impact des actions de prévention et d'information à l'égard du sida et des préservatifs. En population générale, l'utilisation des préservatifs a fortement augmenté depuis le début de l'épidémie à VIH, puisqu'on observe avant 1985 moins de 10 % d'utilisateurs au premier rapport, et plus de 80 % à partir de 1996.

Utilisation du préservatif au premier rapport sexuel en France entre 1980 et 2000



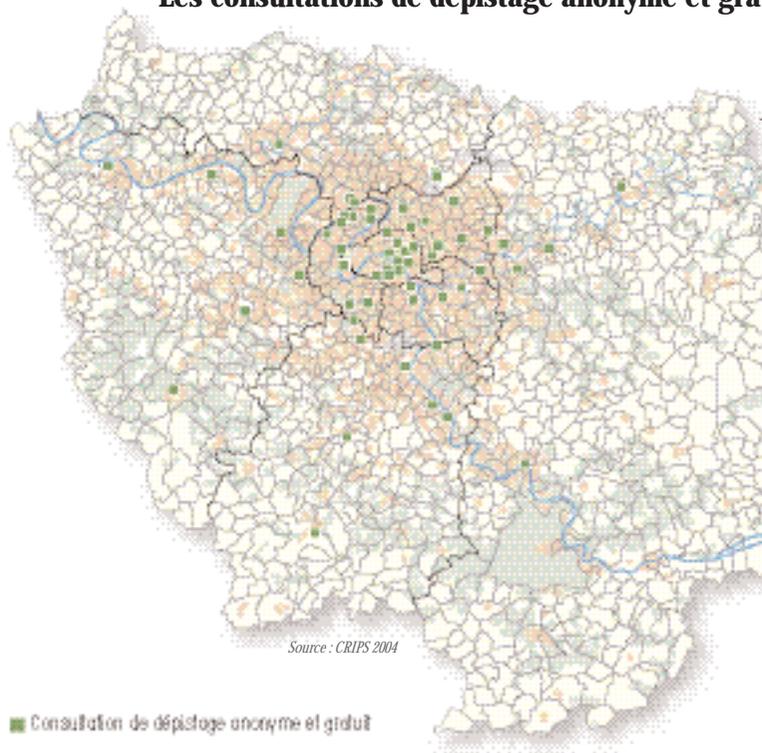
D'autres thématiques mobilisent aussi fortement les acteurs de prévention en Île-de-France, telles l'obésité juvénile, la souffrance psychique des jeunes – en particulier ceux en difficulté d'insertion sociale –, le cancer du sein au travers d'un dépistage organisé pour les Franciliennes de 50 à 74 ans, ou encore le sevrage tabagique des femmes enceintes et l'usage dommageable de la consommation de cannabis dans le cadre de la lutte contre les addictions.

Un contexte législatif favorable au développement de la prévention

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique crée les conditions du renforcement de la prévention : elle définit des objectifs de santé accessibles par une modification des comportements individuels ou collectifs. Sur cette base, le plan régional de santé publique, actuellement en cours d'élaboration en Île-de-France, détermine les programmes et actions prioritaires pour la région. Par la suite, les principaux financeurs en matière de prévention seront réunis au sein d'un groupement régional de santé publique (GRSP), afin de mettre en œuvre le PRSP de manière coordonnée.

QUELQUES DISPOSITIFS DE PRÉVENTION

Les consultations de dépistage anonyme et gratuit



Nombreux et complexes sont les dispositifs de prévention en Île-de-France.

Tous ne peuvent être cartographiés. Les dispositifs qui suivent ont en commun de proposer un accès facile et de représenter des relais ou «intermédiaires» pour orienter – le cas échéant – leur public vers une autre structure.

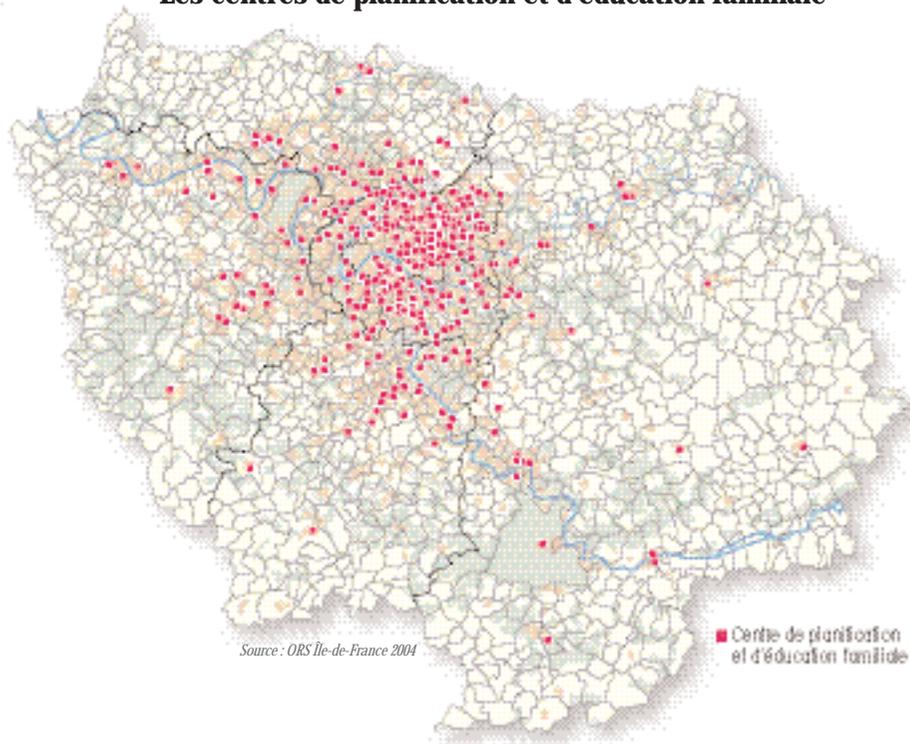
Les consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG)

Les CDAG ont été mises en place en 1988 par les pouvoirs publics. Elles sont destinées à faciliter l'accès au dépistage du virus du sida de façon anonyme, confidentielle et gratuite, dans le cadre d'une démarche volontaire. Depuis 1999, leurs missions ont été étendues au dépistage de l'infection au VHC (hépatite C). Il existe au moins une consultation dans chaque département. Située dans un service de médecine d'un centre hospitalier public ou dans une structure médico-sociale dépendant du conseil général, chaque consultation comprend une équipe pluridisciplinaire composée de personnels d'accueil, d'infirmiers, de médecins, et parfois de psychologues et de travailleurs sociaux.

Source : CRIPS 2004

■ Consultation de dépistage anonyme et gratuit

Les centres de planification et d'éducation familiale

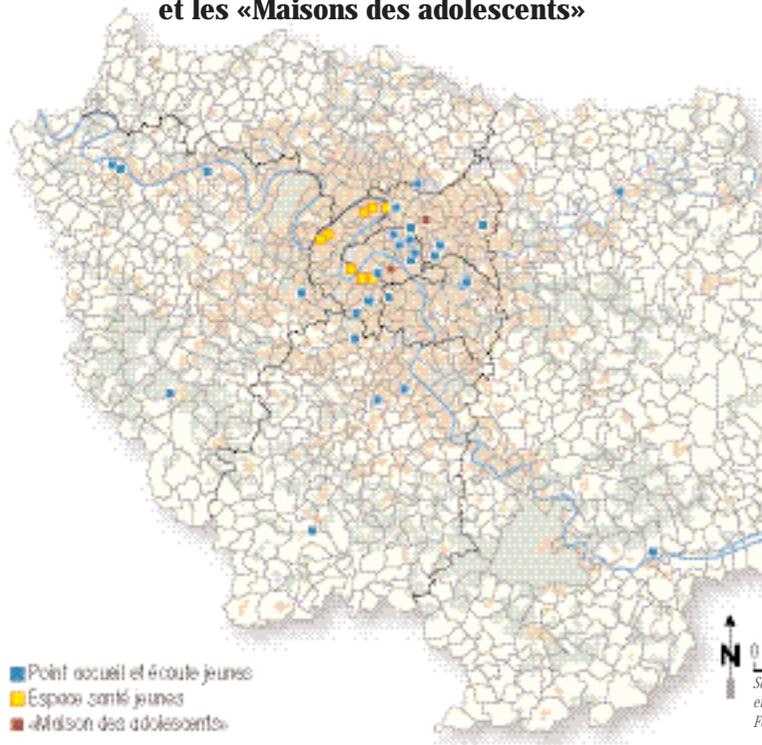


Créés en 1967, les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) sont des structures d'accueil, d'information et d'orientation relatives à la fécondité, la contraception, la sexualité, la prévention et le dépistage des infections sexuellement transmissibles. Ils sont destinés aux jeunes et aux adultes.

Source : OBS Île-de-France 2004

■ Centre de planification et d'éducation familiale

Les points accueil et écoute jeunes, les espaces santé jeunes et les «Maisons des adolescents»



Les trois dispositifs suivants ont la particularité de s'adresser principalement aux jeunes.

Les points accueil et écoute jeunes (PAEJ) sont non seulement des lieux d'accueil et d'écoute, mais aussi des structures d'information, de soutien et de prévention, notamment des conduites à risque et des pratiques addictives, destinées au public jeune, mais aussi, parfois, à leur famille. Ce ne sont pas des lieux de consultation médicale.

Les espaces santé jeunes (ESJ) sont des lieux d'accueil intermédiaires et transitoires destinés aux jeunes de 12 à 25 ans (et parfois aussi à leurs parents). Gérés et animés par des professionnels médicaux, sociaux et éducatifs, ces structures proposent aux jeunes – en amont des dispositifs de soins existants – des permanences et services d'écoute, d'information, d'évaluation et d'orientation. Certains ESJ proposent aussi des consultations médicales.

Dispositifs récents en Île-de-France (2004), deux «Maisons des adolescents» ont vu le jour au sein de centres hospitaliers. Ces structures, spécialisées dans la prise en charge des adolescents en souffrance psychique, proposent un espace information, des consultations, des hospitalisations et des prises en charge médicales spécifiques.

■ Point accueil et écoute jeunes
■ Espace santé jeunes
■ «Maison des adolescents»



Sources : DGAS 2004 (École des parents et des éducateurs d'Île-de-France), Fondation de France, 2005, DRASS Île-de-France 2005

Atlas
de la **Santé**



en

3

Île-de-France

Chapitre



Le contexte démographique et social



L'état de santé des Franciliens



L'offre de soins en Île-de-France



La prise en charge des populations vulnérables

M.Lacombe / Aurif

CHIFFRES CLÉS

L'OFFRE DE SOINS EN ÎLE-DE-FRANCE

Les médecins au 1^{er} janvier 2004 en île-de-france : effectifs et pourcentage selon le secteur d'activité

	Libéral		Hopital public		Étab. privés non lucratifs		Étab. privés lucratifs		Autres		Total	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
Total omnipraticiens	12 287	59	3 841	18	476	2	221	1	4 017	19	20 842	100
médecine générale	10 854	61	3 114	18	375	2	163	1	3 214	18	17 720	100
autres	1 433	46	727	23	101	3	58	2	803	26	3 122	100
Total spécialistes	12 950	48	9 230	34	1 155	4	734	3	2 752	10	26 821	100
Spécialités médicales	6 685	47	5 621	39	808	6	424	3	837	6	14 376	100
anatomie	107	28	211	55	37	10	1	0	26	7	383	100
anesthésie	520	24	1 281	59	167	8	165	8	26	1	2 160	100
cardiologie	928	62	417	28	57	4	53	4	48	3	1 501	100
dermatologie	948	81	136	12	12	1	14	1	56	5	1 166	100
endocrinologie	168	45	155	42	21	6	4	1	23	6	371	100
gastro-entérologie	440	54	294	36	36	4	16	2	34	4	819	100
génétique	0	0	40	87	2	4	0	0	4	9	46	100
gynécologie	543	89	18	3	6	1	2	0	39	6	608	100
hématologie	2	2	95	86	6	5	0	0	8	7	112	100
médecine interne	159	21	489	65	48	6	12	2	47	6	755	100
médecine nucléaire	20	23	53	62	8	10	2	2	2	2	85	100
médecine physique et de rééducation	71	24	100	34	57	19	25	8	42	14	295	100
néphrologie	59	23	137	53	24	9	20	8	16	6	256	100
neurologie	147	36	240	58	6	2	3	1	17	4	413	100
oncologie	30	21	71	50	34	24	3	2	5	4	143	100
pédiatrie	885	44	780	38	63	3	11	1	290	14	2 029	100
pneumologie	142	27	269	52	63	12	10	2	37	7	521	100
radiodiagnostic	1 019	55	615	33	100	5	54	3	76	4	1 864	100
radiothérapie	58	35	58	35	40	24	6	4	3	2	165	100
rhumatologie	440	64	163	24	20	3	22	3	38	6	683	100
Spécialités chirurgicales	3 993	65	1 552	25	184	3	254	4	185	3	6 168	100
chirurgie générale	471	43	458	42	57	5	100	9	9	1	1 094	100
chirurgie infantile	1	5	18	95	0	0	0	0	0	0	19	100
chirurgie maxillo-faciale	9	52	8	48	0	0	0	0	0	0	17	100
chirurgie orthopédique	228	53	143	33	10	2	42	10	5	1	428	100
chirurgie plastique	98	82	14	11	1	1	6	5	0	0	119	100
oto-rhino-laryngologie	606	71	160	19	29	3	25	3	30	4	851	100
gynécologie obstétrique	889	68	302	23	34	3	46	4	29	2	1 299	100
neurochirurgie	15	20	53	70	5	7	0	0	2	3	76	100
ophtalmologie	1 172	77	222	15	30	2	18	1	82	5	1 524	100
stomatologie	375	84	34	8	4	1	8	2	27	6	448	100
chirurgie thoracique	16	34	27	57	4	9	0	0	0	0	48	100
chirurgie urologique	44	50	36	41	5	6	2	2	0	0	88	100
chirurgie vasculaire	43	65	19	29	1	2	3	5	0	0	66	100
chirurgie viscérale	26	28	57	62	3	4	4	4	1	1	92	100
Biologie médicale	19	2	465	53	30	3	7	1	360	41	881	100
Psychiatrie	2 222	54	1 416	34	123	3	45	1	341	8	4 147	100
Médecine du travail	28	3	83	8	1	0	2	0	909	89	1 023	100
Santé publique	3	1	93	41	9	4	1	0	121	53	227	100
Total	25 237	53	13 071	27	1 631	4	955	2	6 769	14	47 663	100

Note : les établissements privés non lucratifs renvoient, sauf rares exceptions, à la catégorie des établissements participant au service public hospitalier (PSPH), de même que les établissements lucratifs renvoient aux établissements privés non PSPH.

Source : ADELI 2004 / traitement Drasil

L'OFFRE DE SOINS EN ÎLE-DE-FRANCE

1 • Le secteur hospitalier de court séjour et les équipements

L'Île-de-France dispose d'une offre hospitalière de court séjour en médecine, chirurgie et obstétrique légèrement supérieure en taux d'équipement à la moyenne nationale. Mais l'offre reste encore trop concentrée sur le centre de la région, en dépit des redéploiements opérés ces dernières années. Les alternatives à l'hospitalisation complète connaissent un développement important et il leur reste un potentiel d'évolution non négligeable.

2 • Psychiatrie, soins de suite et soins palliatifs

La situation est moins favorable pour les soins de suite et de réadaptation ainsi que pour la psychiatrie adulte, secteurs qui restent moins bien dotés que la moyenne nationale, bien que les capacités aient augmenté et que l'accessibilité géographique se soit améliorée. Les soins palliatifs, eux, se développent, mais sont inégalement répartis sur le territoire régional.

3 • Médecine de ville et soins ambulatoires

Les densités globales de médecins libéraux sont fortes dans notre région, mais l'offre ambulatoire présente de nombreux déséquilibres, entre spécialistes et omnipraticiens, entre Paris et le reste de la région et entre les secteurs 1 et 2. À côté de la médecine libérale, les centres de santé franciliens occupent une place originale au sein du système de soins de ville. Par ailleurs, la permanence des soins se met en place, avec comme objectif une meilleure coordination avec les services des urgences. Quant aux réseaux de soins dont le nombre est en pleine progression, ils présentent une offre de soins coordonnée et innovante, centrée sur le patient ; mais ils ne sont pas encore également répartis sur l'ensemble du territoire francilien.

4 • D'autres professions libérales de santé

Si, du fait d'une réglementation fixant leur installation, les pharmaciens sont géographiquement bien répartis, il n'en est pas de même pour les chirurgiens-dentistes qui se trouvent essentiellement dans Paris et à l'ouest de la région. À noter que l'Île-de-France connaît un déficit atypique et préoccupant d'infirmiers libéraux, avec seulement 9 % des effectifs nationaux. Les densités des autres professions libérales de santé sont fortes, mais avec, là encore, des disparités départementales importantes.

5 • Le système de formation des professionnels de santé et la démographie médicale

La baisse annoncée de la démographie des professions médicales et paramédicales ainsi que des effectifs d'ores et déjà insuffisants en Île-de-France, chez les infirmières notamment, ou pour certains modes d'exercice, obligent à penser de nouvelles coopérations et complémentarités entre les établissements de soins et avec les professionnels exerçant en ville. Ils incitent également à mieux faire connaître les débouchés, à proposer des dispositions incitatives à l'installation et aussi à optimiser les appareils de formation.

CHIFFRES CLÉS

L'OFFRE DE SOINS EN ÎLE-DE-FRANCE

Les autres professions de santé au 1^{er} janvier 2004 en Île-de-France : effectifs et pourcentage selon le secteur d'activité

	Pharmacies d'officine		Hôpitaux publics		Établissements privés non lucratifs		Établissements privés lucratifs		Laboratoires d'analyses médicales		Industrie pharmaceutique		Autres		Total	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
Pharmaciens	8 852	71	881	7	85	1	190	2	1 064	9	1 126	9	277	2	12 475	100

	Libéral		Hôpitaux publics		Établissements privés non lucratifs		Établissements privés lucratifs		Établissements médico-sociaux		Centres de santé		Autres		Total	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
Chirurgiens-dentistes	8 579	91	50	1	2	0	6	0	8	0	450	5	314	3	9 409	100
Infirmiers	7 545	11	38 633	56	4 685	7	9 346	14	1 923	3	1 604	2	4 880	7	68 616	100
Infirmiers psychiatriques	15	0	5 849	87	314	5	358	5	76	1	34	1	93	1	6 739	100
Sages-femmes	440	15	1 365	48	160	6	658	23	2	0	13	0	222	8	2 860	100
Masseurs-kinésithérapeutes	9 473	79	1 428	12	341	3	228	2	241	2	160	1	146	1	12 017	100
Pédicures-podologues	2 503	98	16	1	2	0	1	0	2	0	14	1	11	0	2 549	100
Orthophonistes	2 945	83	180	5	9	0	8	0	257	7	78	2	88	2	3 565	100
Orthoptistes	529	86	30	5	4	1	5	1	5	1	16	3	23	4	612	100
Ergothérapeutes	25	25	445	41	151	14	67	6	243	23	14	1	131 ⁽¹⁾	12	1 076	100
Psychomotriciens	143	10	373	26	33	2	38	3	542	38	35	2	248 ⁽²⁾	18	1 412	100
Manipulateurs ERM	723	14	2 852	54	502	10	570	11	5	0	121	2	476 ⁽³⁾	9	5 249	100
Audio-prothésistes	28	10	1	0	0	0	0	0	4	1	2	1	255 ⁽⁴⁾	88	290	100
Opticiens-lunetiers	152	4	1	0	1	0	0	0	0	0	2	0	3287 ⁽⁵⁾	95	3 443	100

Source: ADELI / exploitation Darsif

(1) dont 62 ergothérapeutes dans les établissements de soins et prévention.

(2) dont 51 psychomotriciens dans les établissements de soins et prévention.

(3) dont 253 manipulateurs ERM dans les établissements de soins et prévention.

(4) dont 153 audioprothésistes dans la fabrication, l'exploitation de dispositifs médicaux.

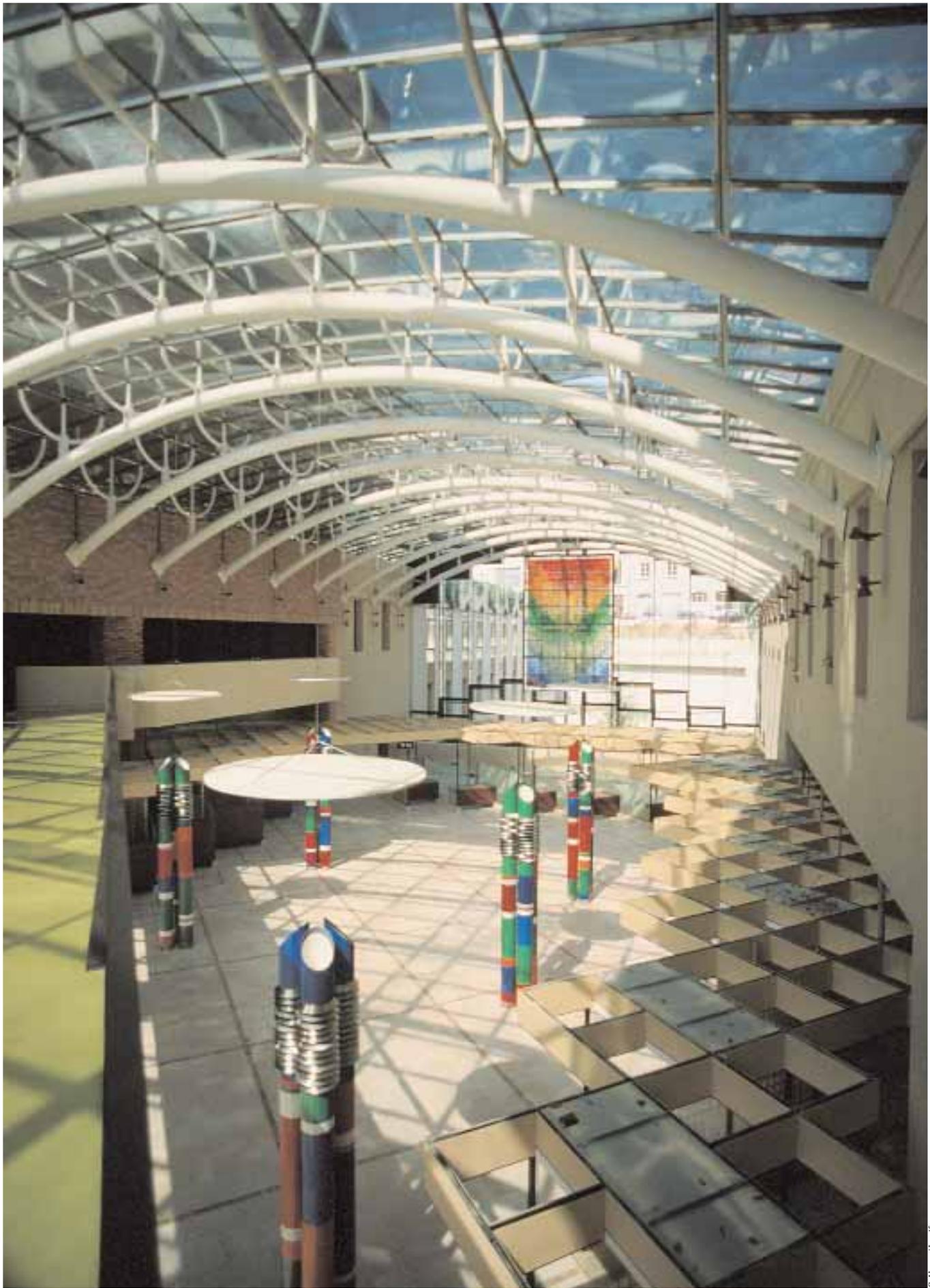
(5) dont 184 opticiens dans la réparation, la fabrication et l'exploitation de dispositifs médicaux.

Note

Concernant les médecins, les données issues du fichier ADELI sont, pour ce qui concerne les médecins salariés, redressées de façon à combler les écarts existant entre les différentes sources d'information.

Pour les autres professions de santé, les données recensent les professionnels de santé actifs occupés au 1^{er} janvier 2004.

Elles sont également issues du fichier ADELI, auquel sont apportées quelques corrections (par exemple suppression des doubles-comptes) ; leur fiabilité dépend de l'actualisation du fichier en cas de changement de situation des professionnels.



C. Abon / Laurif

HOSPITALISATION DE COURT SÉJOUR : UNE OFFRE EN RÉORGANISATION

Fiche 1

ATLAS DE LA SANTÉ EN ÎLE-DE-FRANCE

L'OFFRE DE SOINS EN ÎLE-DE-FRANCE
Le secteur hospitalier de court séjour et les équipements

Comparée à la moyenne nationale, l'offre de soins francilienne en lits hospitaliers de court séjour (médecine, chirurgie et gynécologie-obstétrique) est globalement satisfaisante en termes de capacités d'hospitalisation. Son redéploiement, engagé dans le cadre du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) de 1999-2004, en direction d'activités moins bien dotées comme les soins de suite ou de réadaptation est à poursuivre. Une approche territoriale plus marquée de la planification de l'offre dans le cadre du SROS 3 devrait permettre de mieux organiser les prises en charge et de réduire certaines inégalités d'accès qui persistent.

Vingt-deux bassins de santé en Île-de-France

Pour la période 2005-2009, le projet de SROS renforce l'approche territoriale dans la planification de l'offre de soins, et devrait permettre de progresser sur le plan du rééquilibrage territorial de l'offre.

Pour ce faire, il s'appuiera sur la définition de 22 bassins de santé qui constitueront le découpage territorial de base pour l'appréciation des principaux besoins en offre de soins de proximité pour les disciplines de court séjour. Leur découpage a été complexe, notamment en zone centrale, en raison des faibles distances et de la densité de moyens de communication qui rendent l'accès à l'offre de soins plus aisé qu'ailleurs. De plus, l'approche territoriale pour les soins de proximité est difficile à mener, sachant qu'elle doit être articulée avec la gradation des soins, l'organisation de coopérations et de réseaux entre établissements de santé ainsi qu'avec la médecine de ville et les structures sociales et médico-sociales.

Le niveau territorial de référence pourra varier selon les activités de soins (bassin, département ou région). Il conviendra aussi de prendre en compte les autres délimitations territoriales pouvant exister (sectorisation psychiatrique, permanence des soins, schéma de la transfusion sanguine...) et la contrainte de la démographie des professionnels de santé.

Le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) de 1999-2004 soulignait la persistance des déséquilibres géographiques d'offre de soins hospitaliers, avec la concentration de l'offre en médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) au centre de la région, et un manque de capacités en soins de suite et de réadaptation, le centre étant cette fois moins bien pourvu que la périphérie. En cinq ans, les capacités hospitalières en MCO, qui étaient excédentaires par rapport aux moyennes nationales, notamment en chirurgie, ont diminué de façon sensible, réduction qui s'est accompagnée d'un rééquilibrage limité entre le centre et la périphérie, et d'un développement des capacités autorisées en soins de suite ou de réadaptation, mais aussi en alternatives à l'hospitalisation complète.

Une réduction globale des capacités en médecine-chirurgie-obstétrique...

Les capacités autorisées en court séjour, hors hospitalisation à domicile (HAD), ont diminué de 6 300 lits et places entre novembre 1999 et mai 2004, soit une réduction de 12 % en cinq ans. C'est en chirurgie que la baisse a été la plus sensible (- 16 %) et en médecine qu'elle fut la moins marquée (- 7 %). En gynécologie-obstétrique, la réduction a été de 10 %. Cette réduction, qui touche l'hospitalisation complète, résulte de fermetures, regroupements et conversions de lits ou d'établissements. Plus de 50 établissements de santé, des cliniques privées en très grande majorité, ont ainsi cessé leur activité, surtout en chirurgie mais aussi en gynécologie-obstétrique.

Parallèlement à la réduction du nombre d'établissements, la taille moyenne des cliniques s'est accrue (passant de 99 lits en 1999 à 109 en 2003), traduisant le regroupement de plateaux techniques, évolution qui s'inscrit dans l'objectif de rationalisation de l'offre et d'amélioration des compétences.

... mais un développement des alternatives à l'hospitalisation complète

La part des solutions alternatives (chirurgie ambulatoire, chimiothérapie...) a progressé quant à elle de 16 %, passant de 3 700 places en 1999 à 4 260 en 2004 (hors HAD). En termes d'activité, on constate une diminution du nombre de séjours en hospitalisation complète, plus que compensée par la progression du nombre de séjours de moins de 24 heures.

C'est la chirurgie qui regroupe le plus grand nombre de places alternatives à l'hospitalisation, mais c'est en médecine que la progression a été la plus forte ces dernières années (+ 22 % entre novembre 1999 et décembre 2003). D'autre part, malgré un taux de progression plus important dans les établissements publics, la part des alternatives à l'hospitalisation complète reste plus développée dans le secteur privé. Ainsi, bien qu'elles se soient développées sensiblement ces dernières années et que 30 % des séjours chirurgicaux soient réalisés en ambulatoire, il reste encore un potentiel non négligeable de substitution entre hospitalisation complète et alternatives, notamment en chirurgie ambulatoire et surtout dans les établissements publics.

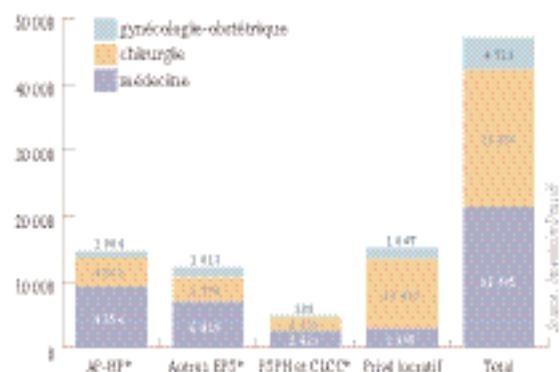
Un taux régional d'équipement comparable à la moyenne nationale en 2004

En 2004, l'Île-de-France compte 47 000 lits et places autorisés en soins de courte durée (hors HAD) : 21 400 en médecine, 20 850 en chirurgie et 4 700 en gynécologie-obstétrique. En taux d'équipement de lits et places installés pour 1 000 habitants, la région Île-de-France se situe désormais à un niveau comparable à la moyenne nationale pour les trois disciplines. Le léger surplus constaté pour la médecine et la chirurgie peut se justifier au moins en partie par la

présence d'établissements franciliens, et surtout parisiens, ayant un rôle de recours supra-régional, voire national, pour certaines activités et spécialités. En effet, près de 11 % des patients accueillis à Paris et près de 6 % de ceux accueillis en petite et grande couronnes sont domiciliés hors de la région.

Au total, pour l'ensemble du court séjour, l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) représente 31 % des capacités d'hospitalisation, les établissements publics de santé 26 %, les cliniques privées 32 % et les autres établissements privés (établissements PSPH⁽¹⁾, y compris les centres de lutte contre le cancer) 11 %. En médecine, les établissements publics de santé (EPS) sont dominants, avec 77 % du total des lits et places, dont 44 % pour la seule AP-HP. En chirurgie, les cliniques privées regroupent près de 50 % des capacités, devant l'AP-HP (22 %) et les autres EPS (19 %). En obstétrique, la répartition est plus égale : 24 % pour l'AP-HP, 36 % pour les autres EPS et 33 % pour les cliniques privées.

Capacités en lits et places en court séjour autorisées (hors HAD) en mai 2004 en Île-de-France, selon la catégorie d'établissement



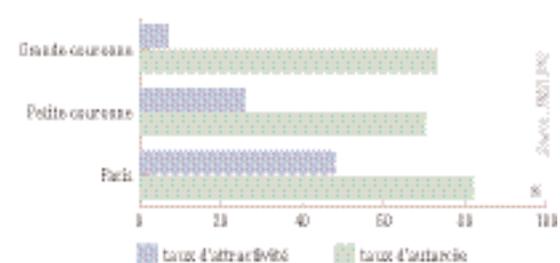
* AP-HP : Assistance publique-Hôpitaux de Paris
EPS : établissements publics de santé
EPSH : établissements publics hospitaliers
CICO : centres de soins de suite et de réadaptation

Un rééquilibrage entre territoires de faible ampleur

Malgré la redistribution engagée, surtout en chirurgie et dans le champ des alternatives, les équipements MCO restent largement concentrés au centre de la région. Ce que confirment tant les taux d'équipement (7 lits et places autorisés hors HAD pour 1 000 habitants à Paris, contre 4,09 en petite couronne et 3,25 en grande couronne) que les flux de patients, qui restent stables. Sur l'ensemble des patients domiciliés dans une zone, la part de ceux qui sont hospitalisés dans la même zone (taux d'autarcie) est de 82 % à Paris, 70 % en petite couronne et 73 % en grande couronne. Tandis que, sur l'ensemble des patients hospitalisés dans une zone, la part de ceux qui sont domiciliés hors de cette zone (taux d'attractivité) est de 48 % à Paris, 26 % en petite couronne et 7 % en grande couronne.

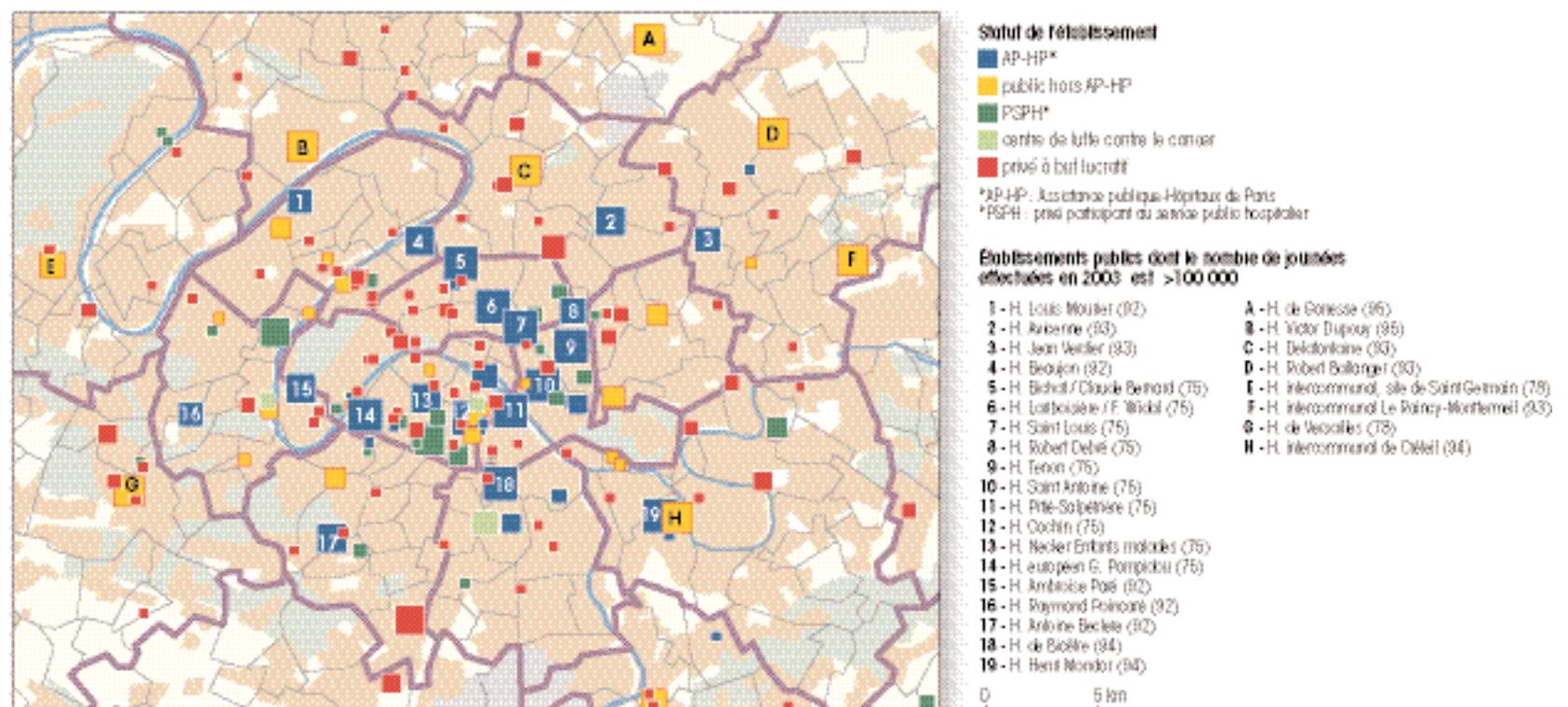
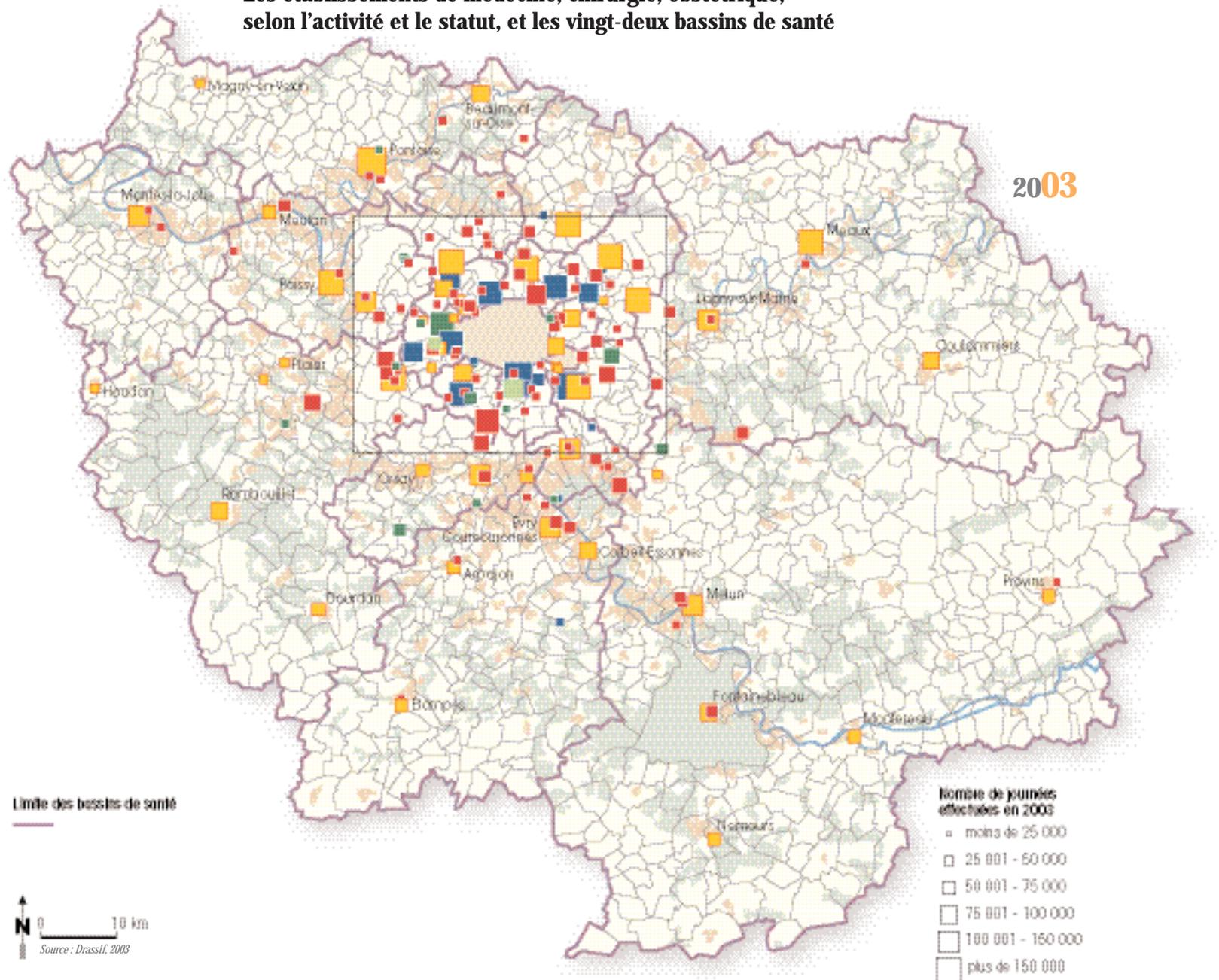
(1) Privé participant au service public hospitalier.

Taux d'autarcie et d'attractivité des établissements parisiens et des établissements de petite et grande couronnes



L'OFFRE DE SOINS HOSPITALIÈRE DE COURT SÉJOUR

Les établissements de médecine, chirurgie, obstétrique, selon l'activité et le statut, et les vingt-deux bassins de santé



L'ATTRACTIVITÉ DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ S'ACCROÎT AVEC LEUR NIVEAU DE SPÉCIALISATION

Fiche 2

ATLAS DE LA SANTÉ EN ÎLE-DE-FRANCE

L'OFFRE DE SOINS EN ÎLE-DE-FRANCE
Le secteur hospitalier de court séjour et les équipements

3.1

En croisant le lieu de résidence des patients hospitalisés avec les autres éléments médico-administratifs disponibles, on peut mesurer et caractériser l'attraction exercée par les établissements d'un département francilien sur les résidents d'autres départements d'Île-de-France (attractivité extra-départementale) ou d'autres régions (attractivité extra-régionale). Il ressort que les séjours chirurgicaux génèrent des flux plus importants que les séjours médicaux. De même, plus les établissements exercent des activités spécialisées et disposent de plateaux techniques lourds, plus ils accueillent un grand nombre de patients d'origine extra-départementale ou extra-régionale.

Les pôles d'activité - classification OAP (outil d'analyse du PMSI*)

Élaborée sous l'égide du Comité technique régional de l'information médicale (COTRIM) d'Île-de-France, la classification OAP a pour objectif de décrire avec pertinence les pôles d'activité des établissements hospitaliers de court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique).

Chaque groupe homogène de malades (GHM), défini par le PMSI, a été classé selon son type médical ou chirurgical et la lourdeur des prises en charge qui le caractérise. Un GHM a été considéré comme lourd si les prises en charge qu'il décrit nécessitent le recours soit à une expertise médicale et/ou chirurgicale spécifique, soit à un plateau technique particulier.

Les GHM ont ensuite été regroupés en lignes de produits. Les lignes de produits ont elles-mêmes été classées dans 26 pôles d'activité correspondant pour la plupart à des spécialités d'organe.

* Voir glossaire.

En 2002, les établissements de court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique) d'Île-de-France ont réalisé 1 783 000 séjours hospitaliers de plus de 24 heures, parmi lesquels 489 000 (27,4 %) concernaient des patients résidant dans un département de la région autre que celui d'implantation de l'établissement et 144 500 (8,1 %) des patients ne résidant pas en Île-de-France.

Une attractivité plus forte pour les séjours chirurgicaux et les prises en charge lourdes ou spécialisées

L'attractivité des établissements franciliens⁽¹⁾ est plus forte pour les séjours chirurgicaux que pour les séjours médicaux, et pour les séjours lourds que pour les séjours légers.

En effet, plus de 50 % de l'activité en chirurgie lourde des établissements franciliens est le fait de patients ne résidant pas dans le département d'implantation de l'établissement : 35,6 % sont le fait de Franciliens résidant dans un autre département de la région, 15,1 % le fait de provinciaux. En médecine légère, l'activité des établissements concerne à près de 70 % des Franciliens résidant dans le département d'implantation de l'établissement. L'attractivité extra-départementale et extra-régionale, en médecine légère, n'est que de 24,7 % et 6,4 %.

L'analyse par pôle d'activité permet de confirmer cette tendance. Les pôles attirant le plus grand nombre de patients venant d'autres départements ou d'autres régions françaises regroupent des pathologies lourdes (cancérologie) et faisant appel à un plateau technique lourd ou spécialisé (transplantations, traumatismes multiples, ophtalmologie).

À l'inverse, les taux d'attractivité les plus bas sont observés dans des activités moins spécifiques, pour lesquelles l'offre de soins est plus dispersée (digestif, obstétrique et périnatalité).

Une attractivité très variable selon les catégories d'établissements de santé

La part des séjours réalisés par des patients ne résidant pas dans le département d'implantation de l'établissement varie fortement selon les catégories d'établissements. Elle va de 79 % (dont 28 % d'attractivité extra-régionale) pour les centres de lutte contre le cancer (CLCC), à 17,4 % (dont 5,3 % d'attractivité extra-régionale) pour les établissements publics de santé hors Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP).

Ce constat est à mettre en relation avec les observations précédentes sur les différenciations par type de séjours. En raison de leur spécialisation et de la lourdeur des pathologies traitées, les centres de lutte contre le cancer ont un recrutement qui dépasse largement les frontières de leur département et de la région. Les établissements de l'AP-HP exercent à la fois un rôle d'hôpitaux de proximité pour la population francilienne et d'établissements de recours pour des prises en charges spécialisées ou complexes.

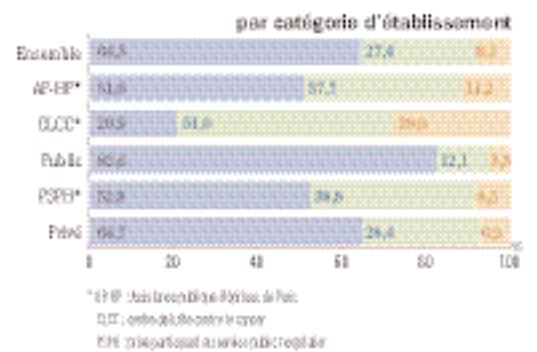
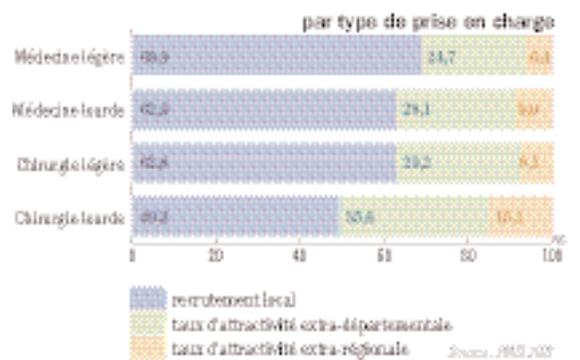
Les autres catégories d'établissements (établissements privés participant au service public hospitalier, établissements privés libéraux, établissements publics hors AP-HP) présentent des taux de recrutement hors Île-de-France plus proches de la moyenne régionale.

Les patients des départements limitrophes de l'Île-de-France attirés par les établissements franciliens

Le critère de proximité géographique apparaît *a priori* important dans l'étude des flux de patients. C'est pourquoi il est utile d'analyser séparément les séjours des patients résidant dans les huit départements limitrophes de l'Île-de-France.

Sur le total des séjours réalisés dans les établissements

Taux d'attractivité des établissements franciliens en 2002



d'Île-de-France par des résidents d'autres régions françaises, 51,7 % concernent des habitants des départements limitrophes.

L'analyse, en termes de type de séjour et de lourdeur, ne fait pas ressortir de différence significative entre les séjours des résidents des départements limitrophes et ceux des autres provinciaux : la part des séjours chirurgicaux et celle des séjours lourds sont quasiment identiques (respectivement 44,3 % et 44,6 % pour les séjours chirurgicaux des patients des départements limitrophes et des patients résidant ailleurs en France et 34,3 % et 36,9 % en ce qui concerne les séjours lourds).

En revanche, on constate une nette différenciation si l'on prend en compte la localisation géographique des établissements qui accueillent ces patients. Il apparaît alors que les établissements d'Île-de-France qui reçoivent une part importante de patients résidant hors région peuvent être classés en deux groupes :

- des établissements situés à la périphérie de l'Île-de-France, appartenant pour beaucoup à la catégorie des centres hospitaliers généraux, et dont le recrutement extra-régional concerne principalement les départements limitrophes ;
- des établissements situés principalement au centre de la région, exerçant des activités spécialisées (CLCC ou AP-HP), et accueillant une part élevée de patients provenant de régions éloignées.

Ces quelques éléments permettent de caractériser à grands traits l'attractivité des établissements hospitaliers franciliens. Une étude plus fine des données disponibles permettrait de mieux cerner les phénomènes de flux de patients. Il serait également intéressant, dans cette perspective, de posséder certaines données non disponibles actuellement dans le PMSI, comme par exemple la distinction entre les hospitalisations programmées et les hospitalisations faisant suite à une admission en urgence.

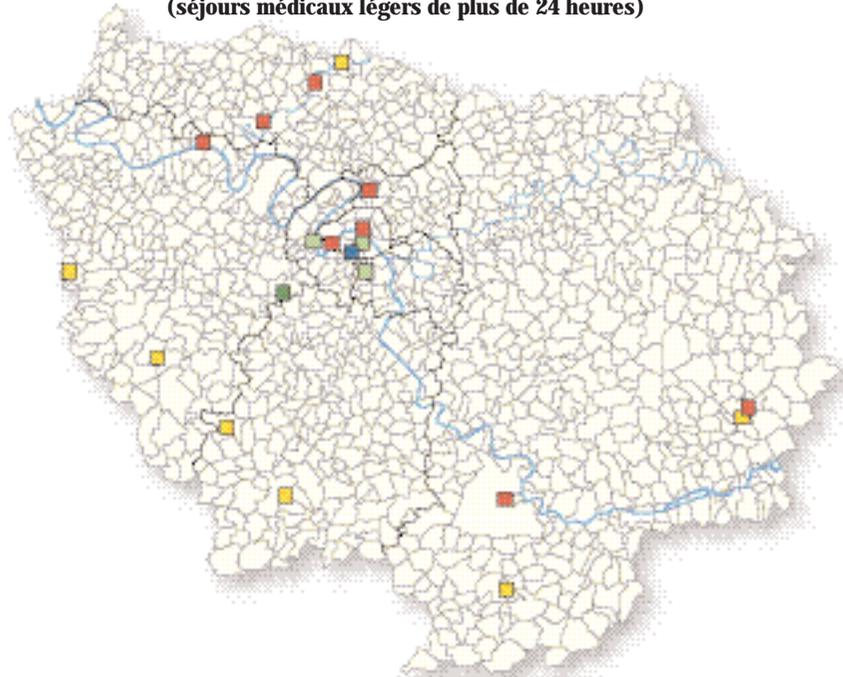
(1) Le taux d'attractivité extra-départementale est le rapport entre le nombre de séjours réalisés dans les établissements d'Île-de-France par des patients franciliens résidant dans un autre département que celui d'implantation de l'établissement et le total des séjours réalisés dans les établissements d'Île-de-France.

Le taux d'attractivité extra-régionale est le rapport entre le nombre de séjours réalisés par des patients ne résidant pas en Île-de-France et le total des séjours réalisés dans les établissements d'Île-de-France.

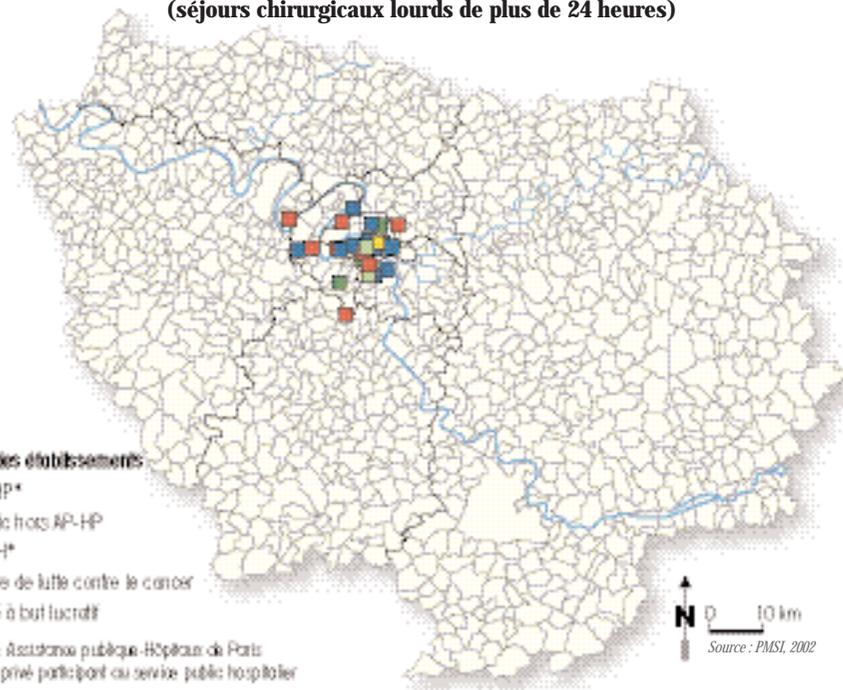
L'ATTRACTIVITÉ DES ÉTABLISSEMENTS FRANCILIENS DE COURT SÉJOUR

Établissements ayant plus de 10 % d'attractivité extra-régionale

... sur les départements limitrophes de l'Île-de-France
(séjours médicaux légers de plus de 24 heures)



... sur les départements de province non-limitrophes de l'Île-de-France
(séjours chirurgicaux lourds de plus de 24 heures)



Taux d'attractivité extra-régionale par pôle d'activité en Île-de-France en 2002
(séjours de plus de 24 h)

Pôle	%
AT - Transplantations d'organes, greffes de moelle	34,2
AN - Chimiothérapie, radiothérapie, transfusion	16,7
AZ - Vasculaire interventionnel	15,1
AI - Ophtalmologie	14,7
AQ - Brûlures	13,6
AU - Traumatismes multiples ou complexes graves	13,3
AE - Cardiologie	11,9
AM - Hématologie	11,6
AX - Autres prises en charge	11,1
AD - Système nerveux	10,8
AB - Orthopédie, rhumatologie	10,3
AP - Tissu cutané et tissu sous-cutané (dont chir. obésité)	10,1
AF - Vasculaire périphérique	9,6
AJ - Gynécologie	8,3
AO - Endocrinologie	8,3
AC - Uro-néphrologie	8,3
AH - ORL, stomatologie	8,1
AA - Digestif	7,3
AG - Pneumologie	7,2
AR - Maladies infectieuses (hors VIH)	6,7
AV - Psychiatrie, toxicologie, intoxications, alcool	4,7
AS - Maladie VIH	4,5
AK - Obstétrique	2,4
AL - Nouveau-nés	2,3

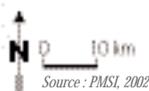
Source : PMSI 2002

Pour les établissements situés à la périphérie de l'Île-de-France, le recrutement extra-régional concerne principalement les départements limitrophes à la région, tandis que les établissements plus spécialisés du centre de l'agglomération parisienne accueillent une part élevée de patients provenant de régions françaises plus éloignées. Ce sont aussi les établissements du cœur de l'agglomération qui accueillent le plus de Franciliens résidant dans un autre département de la région.

Statut des établissements

- AP-HP*
- public hors AP-HP
- PSPH*
- centre de lutte contre le cancer
- privé à but lucratif

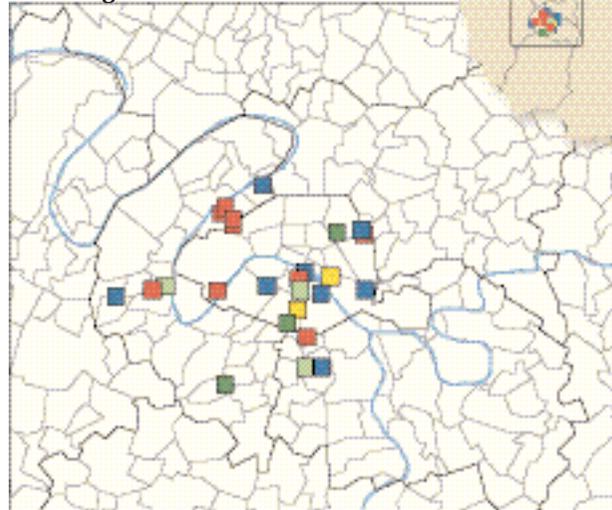
*AP-HP : Assistance publique - Hôpitaux de Paris
*PSPH : privé participant au service public hospitalier



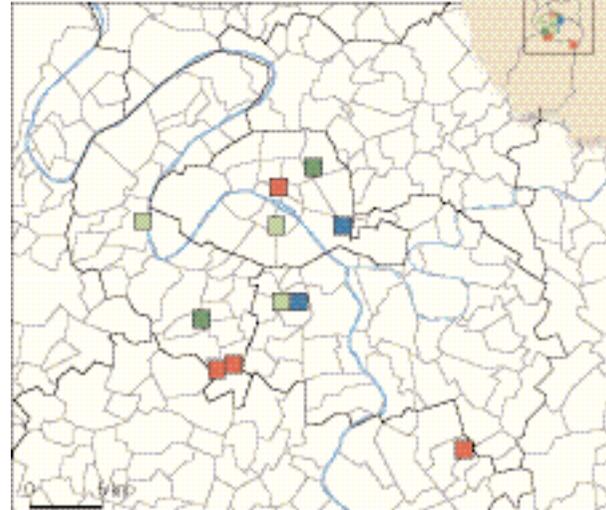
Source : PMSI, 2002

Attractivité extra-départementale supérieure ou égale à 70 %

En chirurgie lourde



En médecine lourde



HOSPITALISATION À DOMICILE, PLUS DE LA MOITIÉ DE L'OFFRE NATIONALE EN ÎLE-DE-FRANCE

Fiche 3

ATLAS DE LA SANTÉ EN ÎLE-DE-FRANCE

L'OFFRE DE SOINS EN ÎLE-DE-FRANCE
Le secteur hospitalier de court séjour et les équipements

L'hospitalisation à domicile (HAD), alternative intéressante à l'hospitalisation, reste pourtant peu développée en France. Plus de la moitié de l'offre d'HAD française est concentrée en Île-de-France. La région présente donc un niveau d'équipement largement supérieur à la moyenne nationale, même si certaines zones ou certains domaines mériteraient encore d'être mieux couverts.

Les structures d'hospitalisation à domicile (HAD) :

Il s'agit d'établissements de santé couvrant des champs d'activité très divers, en association avec des prestataires externes, en lien étroit avec la famille et l'entourage du patient.

Les structures d'HAD peuvent relever d'un établissement de santé public ou privé participant au service public hospitalier, au privé, ou à celui d'une association. Elles sont soumises à la démarche d'accréditation au même titre que l'ensemble des établissements.

La vocation de l'HAD est de proposer un système de soins gradués et coordonné entre l'hôpital et la ville, afin d'abrèger ou d'éviter un séjour hospitalier et de prolonger à domicile des soins déjà engagés.

L'HAD organise autour du patient, et dans son environnement familial, des acteurs diversifiés. Une équipe de professionnels (de l'infirmière au psychologue, en passant par le kinésithérapeute) se rend au domicile du patient pour lui prodiguer quotidiennement les soins nécessaires.

Le médecin traitant est le pivot de la prise en charge. Il est en relation avec le prescripteur de l'HAD.

Mais peut également être ce prescripteur. La coordination avec les acteurs du secteur social est aussi indispensable.

La présence d'un entourage familial ou à défaut d'une auxiliaire de vie ou garde-malade et son implication (surveillance du malade, préparation des repas...) est également nécessaire.

Une alternative à l'hospitalisation...

L'hospitalisation à domicile (HAD) constitue une alternative à l'hospitalisation qui permet d'assurer au domicile du malade, pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés. Substitution d'une hospitalisation, elle permet au malade d'être dans son environnement.

Les structures d'HAD interviennent sur une zone géographique définie et sont soumises à autorisation de l'Agence régionale d'hospitalisation. L'admission du patient dans le dispositif est faite sur prescription du médecin traitant ou du médecin hospitalier et après accord du médecin coordonnateur du service d'HAD.

Sur le plan médical, le médecin traitant, librement choisi par le malade, reste le pivot de la prise en charge du patient, qu'il soit ou non prescripteur. L'HAD ne peut se réaliser qu'avec son accord.

... qui se différencie des autres modes de prise en charge à domicile

Les soins réalisés se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes. Les patients peuvent bénéficier, comme s'ils étaient hospitalisés, de soins ponctuels, techniques et complexes (par exemple en chimiothérapie), de soins continus de durée non déterminée (pathologie évolutive) ou de réadaptation au domicile à durée déterminée.

Un projet thérapeutique définit la nature et la fréquence des interventions de l'équipe soignante, y compris les dimanches et jours fériés. Il prend en compte les besoins d'aide à domicile tels que l'aide ménagère, les repas et gardes à domicile...

Des conventions, passées avec les structures en amont et en aval de la prise en charge, doivent organiser la continuité des soins.

Une offre de soins nationale jugée insuffisante...

En dépit de son intérêt pour les patients (maintenir le patient dans son réseau social), ce type de prise en charge est encore peu répandu au niveau national. Cela a conduit les pouvoirs publics à modifier le cadre légal et réglementaire de l'HAD afin de le rendre plus incitatif. Deux circulaires du 30 mai et 11 décembre 2000 ont précisé le rôle et le fonctionnement des structures d'HAD, et donné des indications sur les patients pouvant relever de cette prise en charge. Bien que ces textes aient été déterminants, notamment en termes d'organisation de la prise en charge, le développement de l'HAD est resté relativement faible, les freins étant liés à la planification sanitaire, pour l'essentiel, et à une tarification hétérogène sur l'ensemble du territoire.

La suppression, depuis septembre 2003, de la carte sanitaire pour les alternatives à l'hospitalisation et la mise en œuvre, dès 2005, d'une tarification à l'activité qui permettra un régime de tarification gradué et adapté à l'activité réelle des structures d'HAD devraient débloquent la situation. En conséquence, ce mode de prise en charge devrait connaître un certain essor. En juin 2004, on comptait en France 121 structures d'HAD (68 en 1999) et 5 214 places autorisées (3 908 en 1999)⁽¹⁾. L'objectif est d'atteindre 8 000 places en 2005.

... constituée pour près de la moitié par l'offre francilienne

Au niveau national, la répartition des structures sur le territoire demeure encore très inégale : en juin 2004, 28 départements ne comptent encore aucune place, contre 52 en 1999.

Île-de-France, elle, compte, en juin 2004, 12 structures d'HAD hors psychiatrie et 2 337 places autorisées, soit envi-

ron 45 % des capacités métropolitaines pour 18,5 % de la population totale. Le taux d'équipement pour la région ressort à 21,3 places pour 100 000 habitants contre 8,9 en France métropolitaine.

Cette offre de soins relève essentiellement d'établissements publics ou privés à but non lucratif et est très concentrée : trois structures (Assistance publique-Hôpitaux de Paris, les œuvres de la Croix Saint-Simon et l'association Santé Service) représentent 96 % des capacités autorisées. Le secteur privé à but lucratif est quasi inexistant.

Sur l'ensemble des places autorisées, certaines ne sont pas installées, faute de moyens humains notamment (difficultés de recrutement). La différence entre places autorisées et places utilisées est passée de 13 % en 1999 à 9 % en 2002. Elle tend vers la baisse, mais demeure importante. Au niveau national, cet écart est de 13,5 % en 2004.

Une offre francilienne polyvalente et desservant la quasi-totalité de la région

Pour l'essentiel, les structures d'HAD franciliennes sont polyvalentes. Les principaux pôles d'activité sont les chimiothérapies, les soins palliatifs, l'obstétrique.

Elles couvrent la quasi-totalité de la région : les services de l'AP-HP et de la Croix Saint-Simon interviennent sur Paris et la petite couronne (hors les Hauts-de-Seine pour le second), tandis que Santé Service a une vocation régionale ; toutefois, l'essentiel de ses interventions se font sur les départements de l'Essonne, du Val-de-Marne et du Val-d'Oise.

Le recrutement pour les autres structures est limité aux communes environnant l'établissement gestionnaire.

Une problématique francilienne différente de celle des autres régions

Dans ce contexte, l'Île-de-France n'apparaît pas prioritaire, le niveau d'équipement incitant à penser qu'il n'y a pas nécessité de créer des places d'HAD dans la région, même s'il est très difficile d'évaluer les besoins intrinsèques en HAD au regard du maillage sanitaire de la région (professionnels de santé libéraux médicaux et para-médicaux, centres de santé, centres de soins de suite, réseaux formalisés ou non...).

Toutefois, il convient de compléter le diagnostic pour :

- des domaines spécifiques où des besoins pourraient exister, comme par exemple la périnatalité ou la réadaptation pour les patients atteints de pathologies neurologiques ;
- des zones éventuellement non couvertes par les HAD existantes.

Il conviendrait aussi de mettre en œuvre la coordination entre l'ensemble des acteurs du maintien à domicile intervenant sur une zone géographique.

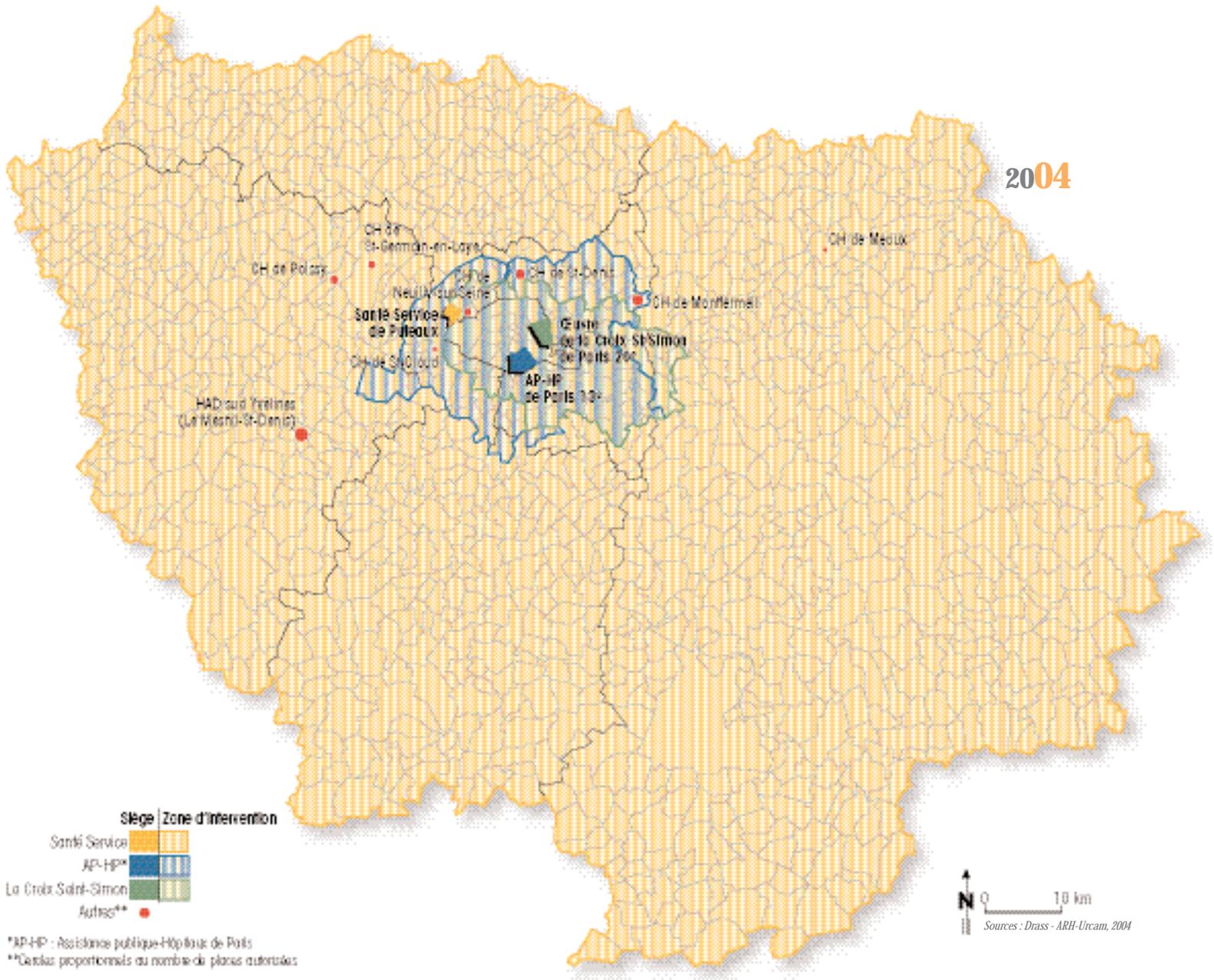
(1) Source : FNEHAD

Évolution des places autorisées en HAD en Île-de-France entre 1998 et 2004



L'HOSPITALISATION À DOMICILE EN ÎLE-DE-FRANCE

Les établissements d'hospitalisation à domicile, sièges et zones d'intervention

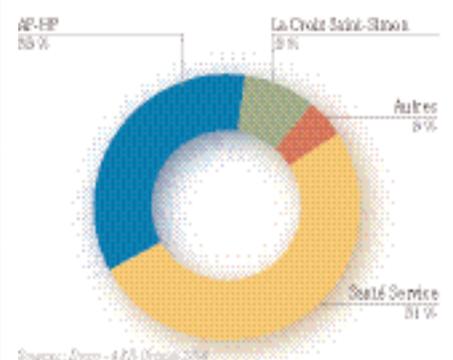


Trois des douze structures d'HAD d'Île-de-France représentent à elles seules 96 % des capacités autorisées : Santé Service intervient sur l'ensemble de la Région (en jaune), l'AP-HP (en bleu) et la Croix Saint-Simon (en vert) couvrent principalement Paris et la petite couronne. Les autres établissements d'HAD interviennent sur leur commune d'implantation uniquement.

Établissements et nombre de places en HAD en Île-de-France en 2004

Établissements	Commune	Département	Statut	Nombre de places autorisées	Discipline
Santé Service	Puteaux	Hauts-de-Seine	Privé à but non lucratif	1 200	Médecine
AP-HP	13 ^e arrondissement	Paris	AP-HP	820	Médecine
(Euvre de la Croix Saint-Simon	20 ^e arrondissement	Paris	PSPH	200	Médecine
HAD sud Yvelines	Le Mesnil-Saint-Denis	Yvelines	Privé à but lucratif	30	Médecine
Centre hospitalier	Montfermeil	Seine-Saint-Denis	Établissement public de santé	20	Médecine
Centre hospitalier	Saint-Denis	Seine-Saint-Denis	Établissement public de santé	15	Médecine
Centre hospitalier	Poissy	Yvelines	Établissement public de santé	12	Médecine
Centre hospitalier	Saint-Germain-en-Laye	Yvelines	Établissement public de santé	10	Médecine
Centre hospitalier	Puteaux	Hauts-de-Seine	Établissement public de santé	10	Médecine
Centre hospitalier	Meaux	Seine-et-Marne	Établissement public de santé	4	Médecine
Centre hospitalier	Neuilly-sur-Seine	Hauts-de-Seine	Établissement public de santé	10	Obstétrique
Centre hospitalier	Saint-Cloud	Hauts-de-Seine	Établissement public de santé	4	Obstétrique

Part des différents établissements dans l'offre francilienne d'HAD



AUGMENTATION DU RECOURS AUX SERVICES D'URGENCE

Fiche 4

L'accueil des urgences, qui constitue une priorité de santé publique, génère un volume d'activité toujours croissant. Il a atteint 2 979 195 passages en 2003 pour l'Île-de-France. Un suivi de l'activité des services et de leur organisation a été mis en place au niveau de la région. Il conduit, dans le cadre du troisième schéma régional d'organisation sanitaire (SROS 3), à chercher à optimiser en priorité l'accueil et l'orientation des patients.

L'accueil et l'orientation des urgences, une mission de service public

Les services d'urgence ont pour mission de prendre en charge en priorité les besoins de soins immédiats susceptibles d'engager le pronostic vital et ceux qui nécessitent l'intervention immédiate d'un médecin compétent dans un environnement optimal.

Un maillage gradué des services d'urgence...

Les décrets en vigueur organisent l'accueil et le traitement des urgences selon un maillage gradué impliquant des unités de proximité (UP), des services d'accueil et de traitement des urgences (SAU) et des pôles spécialisés d'accueil et de traitement des urgences (POSU) limités, en Île-de-France, à l'accueil pédiatrique.

L'offre régionale de soins est caractérisée par le grand nombre des structures autorisées et par la diversité de leurs statuts juridiques. En 2004, il existe en Île-de-France 83 autorisations (35 SAU, 45 UP et 3 POSU) qui correspondent à un accueil organisé sur 91 sites (43 SAU, 45 UP et 3 POSU). L'AP-HP à elle seule est impliquée dans 15 SAU, dont les principaux SAU parisiens et 3 UP de plus de 30 000 passages. De par leur attractivité et leur plateau technique, les SAU prennent en charge la majorité des passages (65 %) et notamment 70 % des personnes âgées et 60 % des enfants.

Les personnes âgées, les enfants et les patients posant un problème psychiatrique sont pris en charge principalement dans les établissements publics.

ainsi que 5 SMUR ou antennes pédiatriques.

À Paris et dans les départements de la petite couronne, la brigade des sapeurs pompiers de Paris intervient avec sept ambulances médicalisées.

En 2003, les SAMU d'Île-de-France (hors SMUR) sont intervenus à 1 123 624 reprises.

Un nombre de passages en augmentation

L'augmentation du nombre des passages aux urgences est importante (plus de 37 % depuis 1996) et continue (+ 6 % entre 2000 et 2003).

On peut penser que cette augmentation est le résultat, d'une part, de la montée en charge des nombreuses structures autorisées depuis 1997 et, d'autre part, de l'attractivité des services d'urgence, traduisant un phénomène de société soutenu par leur disponibilité, leur technicité et leur gratuité apparente. Mais le taux d'accroissement annuel du nombre de passages, dont le rythme se ralentit de façon régulière (7,5 % en 1997 et 2 % en 2002), fait espérer une stabilisation. Le taux d'accroissement 2003, proche de 3 %, n'exclut pas des facteurs conjoncturels (canicule, bronchiolite hivernale...).

Le nombre de passages rapporté à la population représente en moyenne 250 passages pour 1 000 habitants, ce qui revient à estimer que plus d'un Francilien sur quatre pourrait avoir recours aux urgences (dans l'hypothèse improbable d'un passage par patient).

Une demande pour partie inadaptée

Le taux d'hospitalisation après passage aux urgences est relativement bas (15 %) et a baissé depuis 1996. La classification des patients aux urgences révèle qu'une part notable d'entre eux, présentant des cas de gravité relative, pourrait bénéficier d'une consultation dans un autre cadre (permanence des soins de ville ou consultation hospitalière).

Une gestion d'aval à optimiser

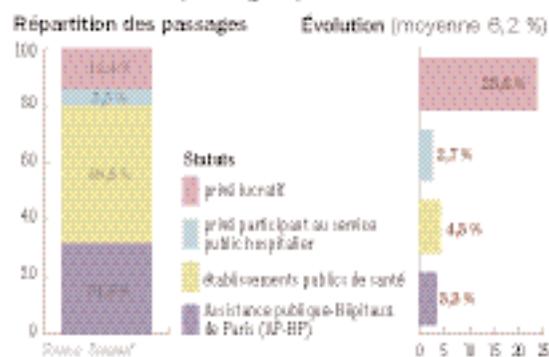
Des difficultés récurrentes concernent la gestion de l'aval des urgences et le fonctionnement des zones de surveillance de très courte durée⁽¹⁾ (ZSTCD). Une réflexion est en cours portant sur la disponibilité des lits d'aval, l'augmentation des capacités des ZSTCD et sur la possibilité d'organiser en réseau ces structures dans le cadre de projets de territoire avec des protocoles ou conventions de coopération.

Un système de surveillance a été mis en place en 2004

Un centre régional de veille et d'action sur les urgences a été mis en place grâce à la collaboration de l'ARHIF (agence régionale de l'hospitalisation d'Île-de-France) et de l'AP-HP. Il a pour objectif de réunir les indicateurs nécessaires pour suivre l'activité des urgences et prévenir les situations de crise et les dysfonctionnements.

(1) Voir glossaire.

Part (2003) et évolution sur 3 ans (2000-2003) du nombre de passages par statut

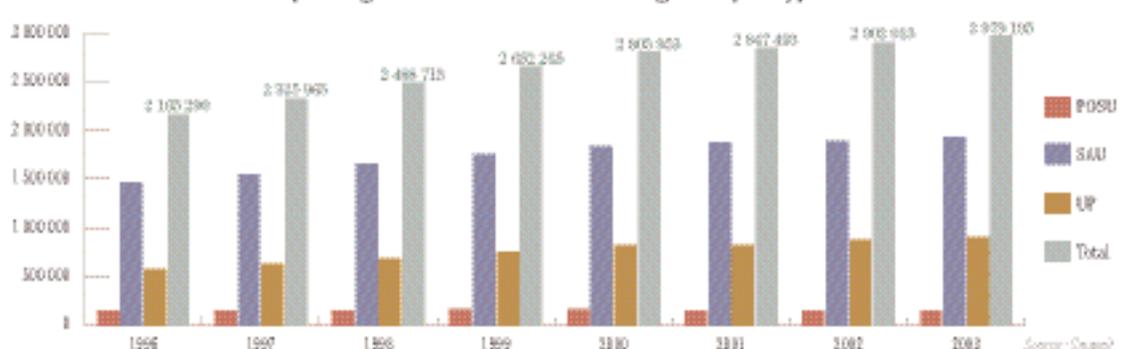


... complété par les SAMU et SMUR

L'aide médicale urgente mobilise un organe de régulation – le service d'aide médicale urgente (SAMU-centre 15) – et des effecteurs médicaux – à savoir les services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) et non médicaux, les services départementaux d'incendie et de secours (SDIS) et les transports ambulanciers.

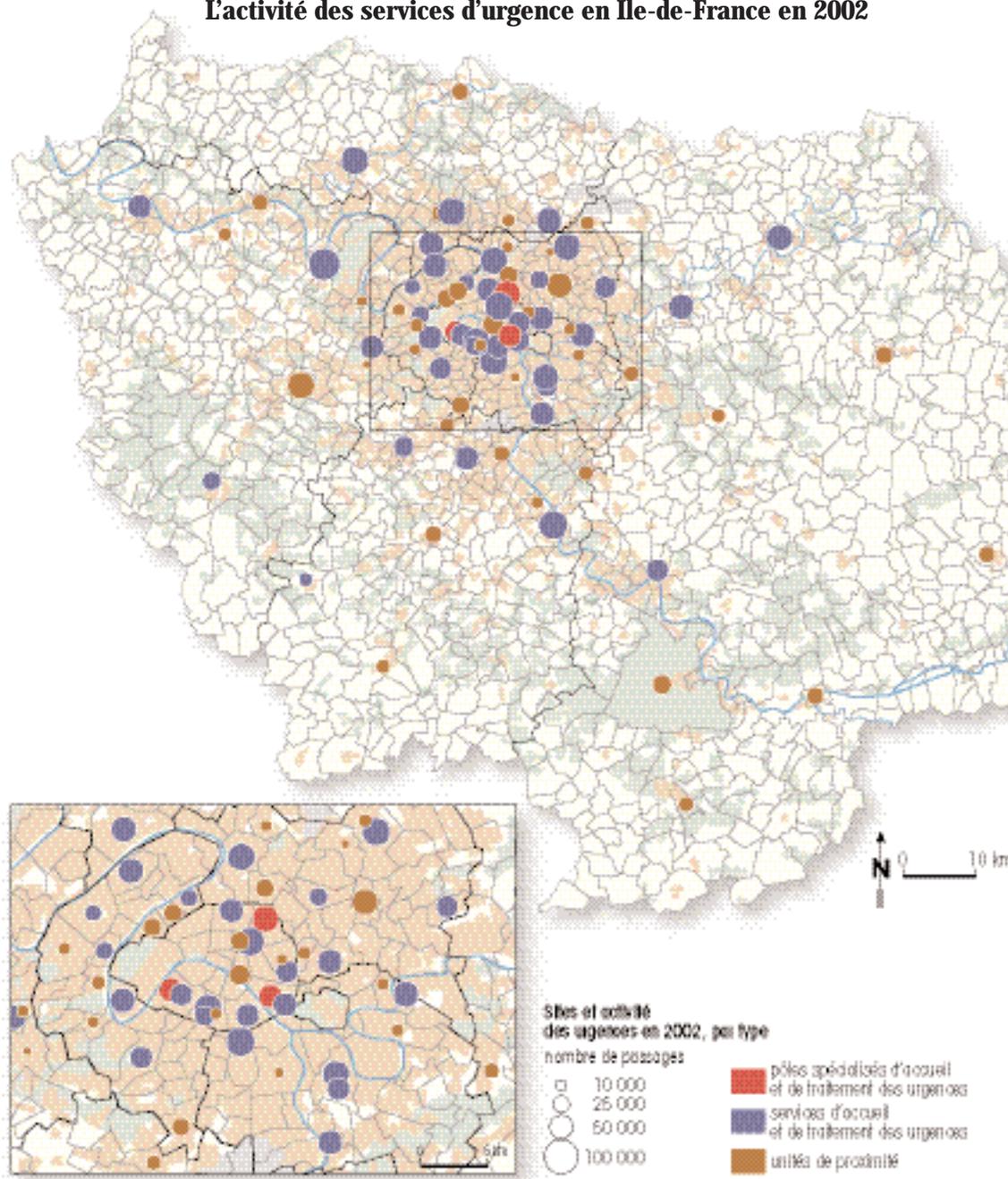
Il existe, rattachés à des établissements autorisés à l'accueil des urgences, un SAMU par département et 37 SMUR polyvalents qui couvrent l'ensemble des communes franciliennes

Évolution du nombre de passages dans les services d'urgence par type d'autorisation



LES SERVICES D'URGENCE ET LES SAMU ET SMUR EN ÎLE-DE-FRANCE

L'activité des services d'urgence en Île-de-France en 2002



Organisation des urgences spécifiques :

Les urgences pédiatriques :

Quatre structures spécialisées dans la prise en charge des enfants existent en Île-de-France, trois POSU (les hôpitaux Robert Debré, Necker et Trousseau) et l'hôpital Saint Vincent de Paul. Ces structures de l'AP-HP sont toutes situées à Paris *intra-muros*, elle prennent en charge 17% des enfants franciliens.

Compte tenu de la démographie des pédiatres, il y a lieu de favoriser une prise en charge généraliste de proximité (UP et établissements hors POSU), avec un recours gradué aux structures spécialisées reposant sur des critères médicaux.

Autres urgences spécifiques :

En dehors de l'activité propre des services d'urgence, d'autres activités non programmées sont prises en charge au niveau de différents services des établissements.

Spécialités chirurgicales :

Certains hôpitaux ont organisé un accueil spécifique des urgences pour quelques spécialités chirurgicales : ORL (Hôpitaux Lariboisière et Necker), ophtalmologie (Centre hospitalier national d'ophtalmologie des Quinze-Vingts, Hôtel Dieu, CHI de Villeneuve Saint-Georges) ou dentaires (Hôpital Pitié-Salpêtrière). Cette activité non programmée, non comptabilisée dans le nombre de passages mérite d'être rapportée, compte tenu des volumes et de la mobilisation des moyens.

Urgences « mains » :

Il existe en Île-de-France neuf services ou unités spécialisés agréés par la Fédération européenne des services urgences mains (FESUM) dans la prise en charge des lésions de la main. Parmi ceux-ci, trois établissements publics de santé et deux établissements privés sont autorisés à exercer l'activité d'accueil et de traitement des urgences.

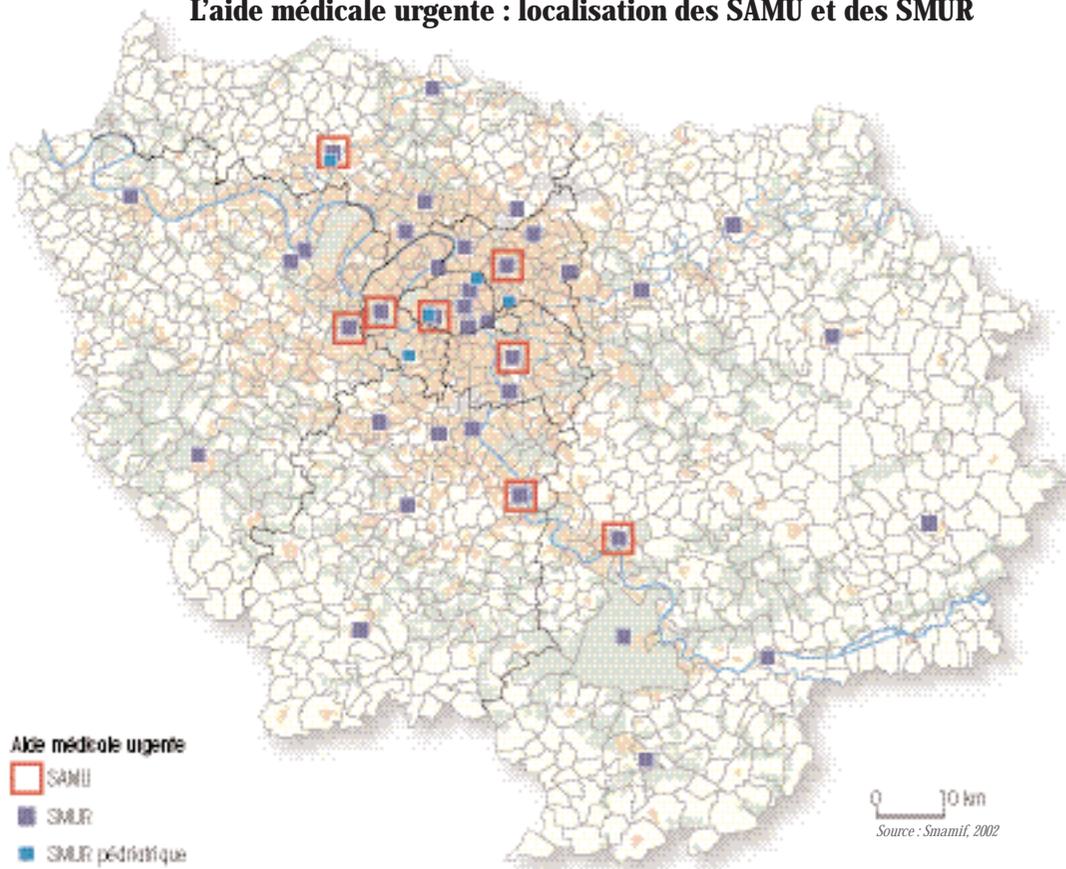
La FESUM a élaboré un cahier des charges pour la prise en charge des urgences de la main à disposition des services d'urgence.

Urgences médico-judiciaires :

Il existe une unité médico-judiciaire par département en Île-de-France, qui représente une activité supplémentaire importante pour certains établissements :

- Hôtel-Dieu (75)
- CH de Lagny Marne-la-Vallée (77)
- Hôpital André Mignot à Versailles (78)
- CH Sud Francilien - site d'Évry (91)
- Hôpital Raymond Poincaré à Garches (92)
- Hôpital Jean Verdier à Bondy (93)
- CHI de Créteil (94)
- CH René Dubos à Pontoise (95)

L'aide médicale urgente : localisation des SAMU et des SMUR



A. Lacouche / Aurif

Source : Smamif, 2002

PÉRINATALITÉ : RESTRUCTURATION DE L'OFFRE POUR UNE MEILLEURE SÉCURITÉ DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT

Fiche 5

ATLAS DE LA SANTÉ EN ÎLE-DE-FRANCE

L'OFFRE DE SOINS EN ÎLE-DE-FRANCE
Le secteur hospitalier de court séjour et les équipements

L'offre de soins en périnatalité⁽¹⁾ doit évoluer : faire «mieux et moins» pour les grossesses à bas risque, «plus et mieux» pour le haut risque. Il faut également améliorer le suivi et la qualité de la prise en charge, notamment par la mise en place de réseaux. Mais l'augmentation des besoins (augmentation du nombre des naissances, de la prématurité), la fermeture de nombreuses maternités due à des restructurations et le manque de personnel dans ce secteur entraînent des difficultés dans l'organisation de la prise en charge.

Des difficultés dans la prise en charge de l'IVG et pour l'accès à la contraception

Environ 58 000 Franciliennes ont eu recours à une interruption volontaire de grossesse (IVG) en 2002, chiffre en augmentation régulière. Le taux régional d'IVG pour 1 000 femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) est nettement supérieur à la moyenne nationale, soit 18,8 contre 14,3 en 2001 (source SAE).

La réponse du secteur public est relativement faible (en 2001, 58 % des IVG sont réalisées dans le privé dans la région, alors que ce taux est de 33 % pour la France entière). L'offre privée diminue à son tour depuis plusieurs années par fermeture d'établissements avec report sur les établissements publics sans transfert de moyens.

Cette offre est peu diversifiée : 25 % des sites ne proposent pas l'IVG médicamenteuse et l'anesthésie locale est peu répandue. Par ailleurs, il existe une disparité d'offre entre les départements, avec un accès plus difficile à Paris et dans les départements de grande couronne, notamment le Val-d'Oise et les Yvelines. Une réflexion est en cours au niveau régional pour permettre l'organisation d'une offre suffisante sur chaque territoire : développement des techniques médicamenteuses et par anesthésie locale, maintien d'une continuité en période estivale, réalisation des IVG médicamenteuses hors des établissements de santé, et articulation avec les professionnels pour l'amélioration des conditions d'accès à la contraception.

Des besoins en augmentation

L'Île-de-France est une région jeune et féconde. La part des femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) y est importante (26,8 % de la population féminine contre 24,7 % en moyenne en France) et le taux de fécondité francilien (nombre de naissances pour 1 000 femmes en âge de procréer) est supérieur à la moyenne nationale. Le nombre de naissances enregistrées est passé de 167 822 en 1999 à 174 122 en 2002, soit une augmentation de 3,7 %.

À cela s'ajoute le nombre de naissances prématurées (moins de 37 semaines) qui, comme au niveau national, augmente⁽²⁾. La grande prématurité (moins de 33 semaines) s'accroît également ainsi que les grossesses multiples⁽³⁾. Le taux de césarienne, lui aussi, s'est accru, passant de 14 % en 1991 à 18 % en 2001, sous l'effet de l'accroissement de la proportion d'accouchements chez des femmes de plus de 30 ans et d'une pratique plus fréquente des césariennes pour celles qui présentent un ou plusieurs facteurs de risque⁽⁴⁾.

D'autre part, la population francilienne présente plusieurs caractéristiques qui la rendent plus fragile : l'âge moyen des femmes à la naissance du premier enfant est plus élevé qu'au niveau national (respectivement 30,3 ans contre 29,3 en France), et la précarité se développe, augmentant les risques pour la mère et l'enfant. Or, du fait de l'augmentation des besoins et des caractéristiques de la population francilienne, l'accès aux soins est parfois difficile, surtout pour les personnes en situation de précarité.

Restructuration et concentration des maternités franciliennes

Le processus de restructuration et de concentration des maternités a été très net depuis 1998 en Île-de-France, comme dans le reste de la France : le nombre de maternités est passé de 145 en 1998 à 110 en 2003, avec essentiellement des fermetures ou des regroupements d'établissements privés de petite taille.

Fin 2003, 4 736 lits et places sont autorisés⁽⁵⁾, soit 10 % de moins qu'en septembre 1999. Si bien que le taux d'équipement autorisé en obstétrique (nombre de lits d'obstétrique rapporté à la population des femmes de 15 à 49 ans) est passé en moyenne en Île-de-France de 1,79 en 1999 à 1,62 fin 2003, avec, de plus, des écarts entre la capacité autorisée et la capacité réellement disponible.

Le déficit de l'offre, accentué par le manque de personnel, entraîne un engorgement des circuits de prise en charge du suivi des grossesses, des sorties plus précoces et parfois des difficultés de transfert des mères et des enfants. D'autre part, l'offre reste encore peu diversifiée (insuffisance des places en hospitalisation à domicile ainsi qu'en soins de suite d'obstétrique).

Une répartition géographique qui reste inégale

Le taux d'équipement autorisé en obstétrique pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans varie sensiblement d'un département à l'autre : il est de 1,95 à Paris contre 1,23 seulement en Seine-et-Marne. Les écarts entre secteurs sanitaires sont encore plus importants, avec des variations allant du simple au double : 2,59 pour Paris Est à 1,20 pour les bassins de Seine-et-Marne et 1 pour Ivry/Villejuif et Yerres/Villeneuve-Saint-Georges.

On note des évolutions différentes entre les départements : entre 1999 et 2003, la plus forte diminution concerne la Seine-Saint-Denis (- 16 %), puis Paris (- 14 %), la Seine-et-Marne (- 10 %), l'Essonne (- 9 %) et enfin le Val-d'Oise (- 7 %). Dans le Val-de-Marne, la situation est restée quasiment stable, tandis que les capacités autorisées augmentaient même légèrement dans les Hauts-de-Seine (+ 1,25 %).

Une amélioration de la structuration de l'offre pour les grossesses à risques

La prise en charge des grossesses à risques doit être assurée dans des maternités de type 3, c'est-à-dire dotées de services spécifiques, notamment de réanimation et de soins intensifs. Pourtant, tous les départements franciliens ne disposent pas encore de maternité de ce type (la Seine-et-Marne en est encore dépourvue), et tous les établissements autorisés ne sont pas encore installés.

En ce qui concerne l'offre de soins spécifique pour les nouveau-nés, 1 023 lits de néonatalogie⁽¹⁾ sont autorisés en 2004 dont 162 en réanimation et 278 en soins intensifs. Ce qui représente une augmentation de 24 % par rapport à octobre 2000, date de délivrance des premières autorisations d'activité de soins en néonatalogie, soins intensifs et réanimation néonatale en Île-de-France. Néanmoins, parmi ces lits, seuls 878 sont installés (151 en réanimation et 253 en soins intensifs) et les taux d'équipement autorisés en néonatalogie rapportés aux naissances enregistrées varient fortement entre les départements.

Le réseau : pour une meilleure adaptation de la prise en charge au risque

Les réseaux inter-hospitaliers se sont progressivement structurés depuis 1998, essentiellement autour de la gestion des transferts *in utero*. Ils sont centrés, en Île-de-France, autour des maternités de type 3. Cette adaptation du niveau au risque a progressé. Pourtant, des efforts restent à faire : en effet, la région Île-de-France ne diffère pas des autres régions de France, si l'on considère que, en 2000 dans notre région, 25 % des enfants de poids de naissance insuffisant et 28,5 % des enfants nés de naissances multiples le sont dans des maternités simples (de type 1)⁽⁶⁾.

Le développement des réseaux ville-hôpital en périnatalité est plus lent. Cependant, des collaborations se mettent en place entre les acteurs hospitaliers, les professionnels de protection médicale et infantile (PMI) et les professionnels libéraux pour permettre un meilleur suivi de la prise en charge. Ces réseaux ont également pour mission de suivre les populations en difficulté médico-psycho-sociale et les sorties précoces de maternité. L'action des organisations en réseau ville-hôpital doit être soutenue et structurée.

(1) Voir glossaire.

(2) Il est passé, en France, de 5,5 % en 1995 à 6,2 % en 1998 (DGS, Inserm, 1998) et à 7,2 % en 2001 (Audipog). Le taux de prématurité francilien se situe dans cette moyenne nationale.

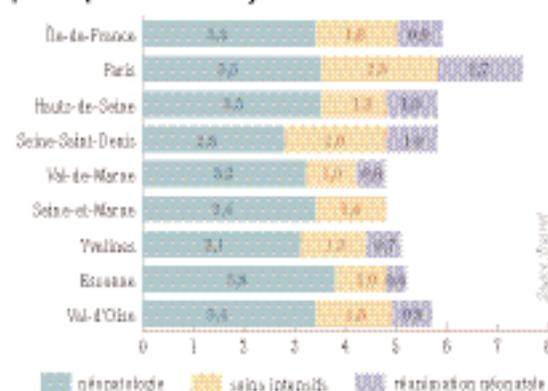
(3) Elles représentent 3,4 % des grossesses franciliennes en 2000 (SAE et PMSI 2000).

(4) Drees - Études et Résultats, décembre 2003, n° 275.

(5) Pour des raisons de fiabilité et d'accessibilité des données, il a été présenté, dans le texte ci-contre, des chiffres de places autorisées, et non de places installées.

(6) Sources : SAE, PMSI.

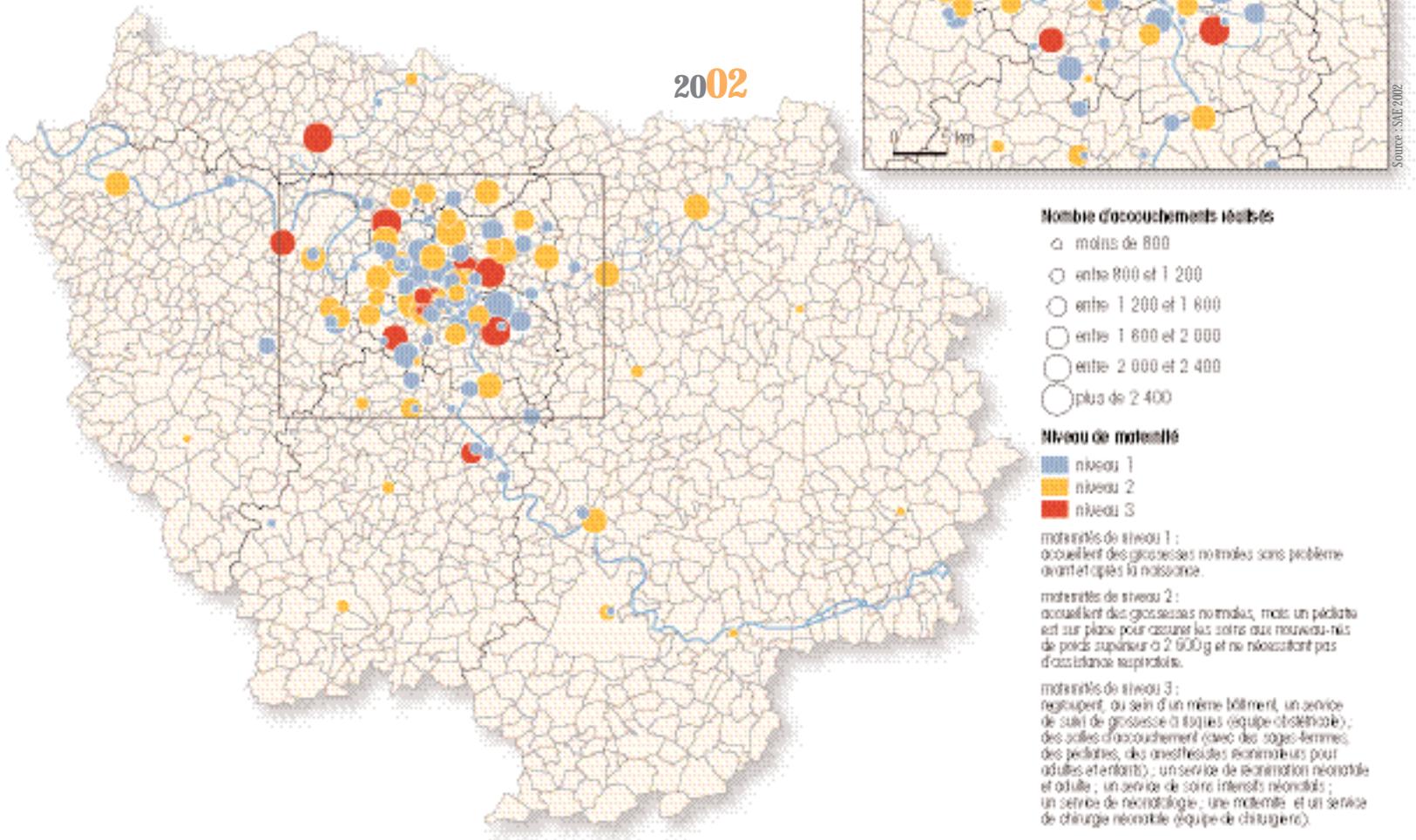
Taux d'équipement* autorisé en néonatalogie par département en janvier 2004



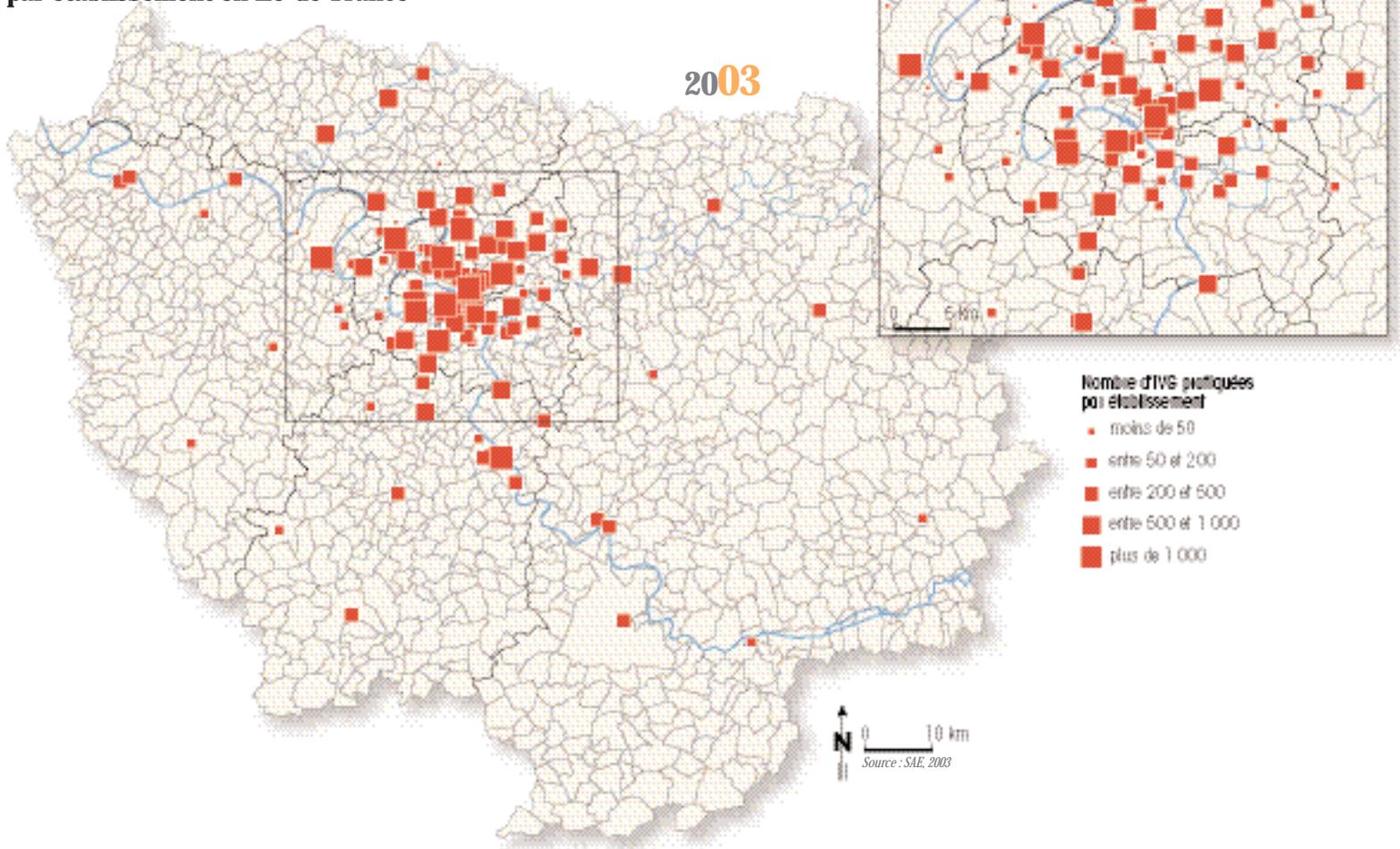
* Capacités autorisées pour 1 000 naissances enregistrées.

L'OFFRE DE SOINS EN PÉRINATALITÉ EN ÎLE-DE-FRANCE

Centres de périnatalité en Île-de-France, selon le niveau et le nombre d'accouchements réalisés



Nombre d'interruptions volontaires de grossesse pratiquées par établissement en Île-de-France



CANCÉROLOGIE : GARANTIR AUX FRANCILIENS UN ÉGAL ACCÈS À DES SOINS DE QUALITÉ

Fiche 6

ATLAS DE LA SANTÉ EN ÎLE-DE-FRANCE

L'OFFRE DE SOINS EN ÎLE-DE-FRANCE
Le secteur hospitalier de court séjour et les équipements

Comparativement au reste de la France, la région Île-de-France est relativement bien dotée en offre de soins en oncologie.

Elle dispose notamment de neuf sites hautement spécialisés et d'un pôle de recherche de premier ordre, mais cette offre spécialisée est largement concentrée au cœur de la région.

À partir de 1998, une réflexion a été engagée au niveau régional afin de promouvoir la pluridisciplinarité des traitements, garantir une égalité d'accès à des soins de qualité et assurer leur coordination et leur continuité par la constitution de réseaux de cancérologie.

Le plan national «cancer» lancé en 2003 poursuit par ailleurs plusieurs grands objectifs : le développement de la prévention ; l'optimisation du dépistage de la maladie ; l'amélioration des soins, de l'accompagnement des patients, et des prises en charge sociales ; le renforcement de la recherche et de la formation.

Les soins aux patients cancéreux nécessitent la mise en œuvre de stratégies diagnostiques et thérapeutiques faisant appel à l'imagerie, la chirurgie, la radiothérapie⁽¹⁾ et la chimiothérapie anticancéreuses. Ces soins doivent être offerts aux malades dans le cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire concertée.

Une organisation des soins en réseau

Les structures de soins en cancérologie regroupent les compétences humaines et techniques appartenant à un ou plusieurs établissements. Le site de cancérologie ainsi constitué doit répondre aux situations médicales des malades atteints d'un cancer. On distingue ainsi trois types de site : de proximité, spécialisé et hautement spécialisé.

Le site de proximité fait partie d'un réseau. Il est relié à un site spécialisé et respecte les procédures standardisées définies en réunion de concertation pluridisciplinaire.

Le site spécialisé est le pivot du réseau et organise une unité de concertation pluridisciplinaire dont il assure la traçabilité. Ce site comporte toutes les spécialités nécessaires à la cancérologie, dont la radiothérapie.

Les sites hautement spécialisés assurent, en sus de leurs activités cancérologiques, la prise en charge des tumeurs rares et des situations complexes, la formation, l'enseignement et la recherche. Ils jouent un rôle de recours pour l'ensemble de la région.

La région, globalement bien dotée, mais avec des disparités infra-régionales

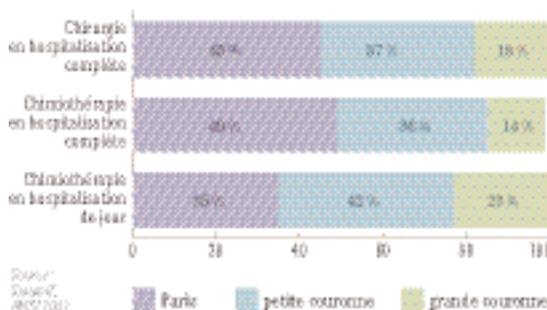
En Île-de-France, 101 sites de cancérologie sont impliqués dans la prise en charge des cancers. La région dispose parmi eux de 9 sites hautement spécialisés en cancérologie, composés des 3 centres de lutte contre le cancer, d'hôpitaux de l'Assistance publique⁽²⁾ et du centre de protonthérapie⁽¹⁾ d'Orsay.

D'autre part, la région apparaît quantitativement bien dotée en appareils de radiothérapie avec, au 31 octobre 2004, 29 centres et 70 appareils installés⁽³⁾ (75 autorisés), dont 60 accélérateurs et 10 télécobalts⁽¹⁾. La modernisation du parc, prévue par le plan cancer, est en cours afin de remplacer les télécobalts et les accélérateurs antérieurs à 1991 par des accélérateurs modernes.

Par ailleurs, treize réseaux de cancérologie, de taille et de couverture géographique variables, étaient reconnus en Île-de-France et bénéficiaient de financements fin 2003. D'autres réseaux ont été reconnus en 2004 et sont appelés à être financés sous peu ou sont en voie de création.

Ainsi, la région est globalement bien dotée en regard de la situation nationale, mais on note des disparités géographiques pour les sites de cancérologie et les réseaux au niveau régional : la petite couronne et Paris *intra-muros* disposent de l'ensemble des sites hautement spécialisés, tandis que le sud des Hauts-de-Seine, le centre de la Seine-Saint-Denis et le sud des Yvelines ne disposent pas encore de réseaux.

Répartition géographique des activités de cancérologie en 2003



Très nette augmentation des prises en charge en ambulatoire

L'activité de cancérologie en hospitalisation complète représentait, en 2003, 12 % de l'ensemble des séjours réalisés par les hôpitaux et cliniques de la région⁽⁴⁾. Elle est réalisée à plus de 80 % par les établissements publics ou participant au service public. Entre 2000 et 2003, on note une sensible diminution des prises en charge en hospitalisation complète et une très nette augmentation des prises en charge en ambu-

Activité de cancérologie dans les établissements franciliens en 2000 et 2003, selon le statut (nombre de séjours)

Hospitalisation complète (séjours chirurgicaux, médicaux et radio-chimiothérapeutiques)	2000	2003	Év. 00/03
AP-HP	85 270	82 462	- 3 %
EPS* et PSPH*	66 988	65 917	- 2 %
Centre de lutte contre le cancer	29 313	26 782	- 9 %
Privés	48 965	44 008	- 10 %
Total Île-de-France	230 536	219 169	- 5 %

Hospitalisation de jour (séances de chimiothérapies)	2000	2003	Év. 00/03
AP-HP	72 168	83 854	+ 8 %
EPS* et PSPH*	46 043	55 373	+ 19 %
Centre de lutte contre le cancer	30 495	33 610	+ 10 %
Privés	89 293	114 442	+ 28 %
Total Île-de-France	237 999	287 279	+ 21 %

* EPS : établissement public de santé ; PSPH : établissement privé participant au service public hospitalier.

latoire, en particulier pour les chimiothérapies.

Alors que la chimiothérapie en hospitalisation complète est réalisée pour l'essentiel par les établissements sous dotation globale, la chimiothérapie en ambulatoire (hospitalisation à temps partiel de jour) est réalisée à 40 % dans les cliniques privées. La radiothérapie, elle, était, en 1999, réalisée pour moitié par les cliniques.

La montée en charge du dépistage organisé

D'après le code de la sécurité sociale, l'assurance maladie ne couvre les actes de prévention que lorsqu'ils sont mentionnés par la loi. C'est le cas des actes de dépistage des cancers du sein, du col de l'utérus et du colon-rectum.

En plus des actes de dépistages individuels, se met en place un système de dépistage organisé, auquel participe tant la médecine de ville que les hôpitaux. Au début de l'année 2002, en Île-de-France, quatre départements sur huit étaient déjà engagés dans le dépistage organisé du cancer du sein : le Val-d'Oise depuis 1991, les Yvelines depuis 1997, la Seine-Saint-Denis depuis 1999 et l'Essonne depuis 2000. Les quatre autres départements ont débuté le dépistage organisé entre décembre 2002 et octobre 2003.

De même, le dépistage organisé du cancer colo-rectal est en cours d'expérimentation. Sur les douze sites pilotes retenus en France, deux sont situés en Île-de-France : la Seine-Saint-Denis et l'Essonne.

Un potentiel de recherche francilien de tout premier plan

La région dispose d'un pôle de recherche en cancérologie (cancéropôle) de tout premier plan. Il rassemble les Instituts Curie, Gustave Roussy, les instituts d'hématologie de Saint Louis et les instituts de recherche fondamentale Cochin et Pasteur. Le centre de recherche clinique René Huguenin et les services cliniques de l'AP-HP y participent également.

(1) Voir glossaire, terme «cancérologie».

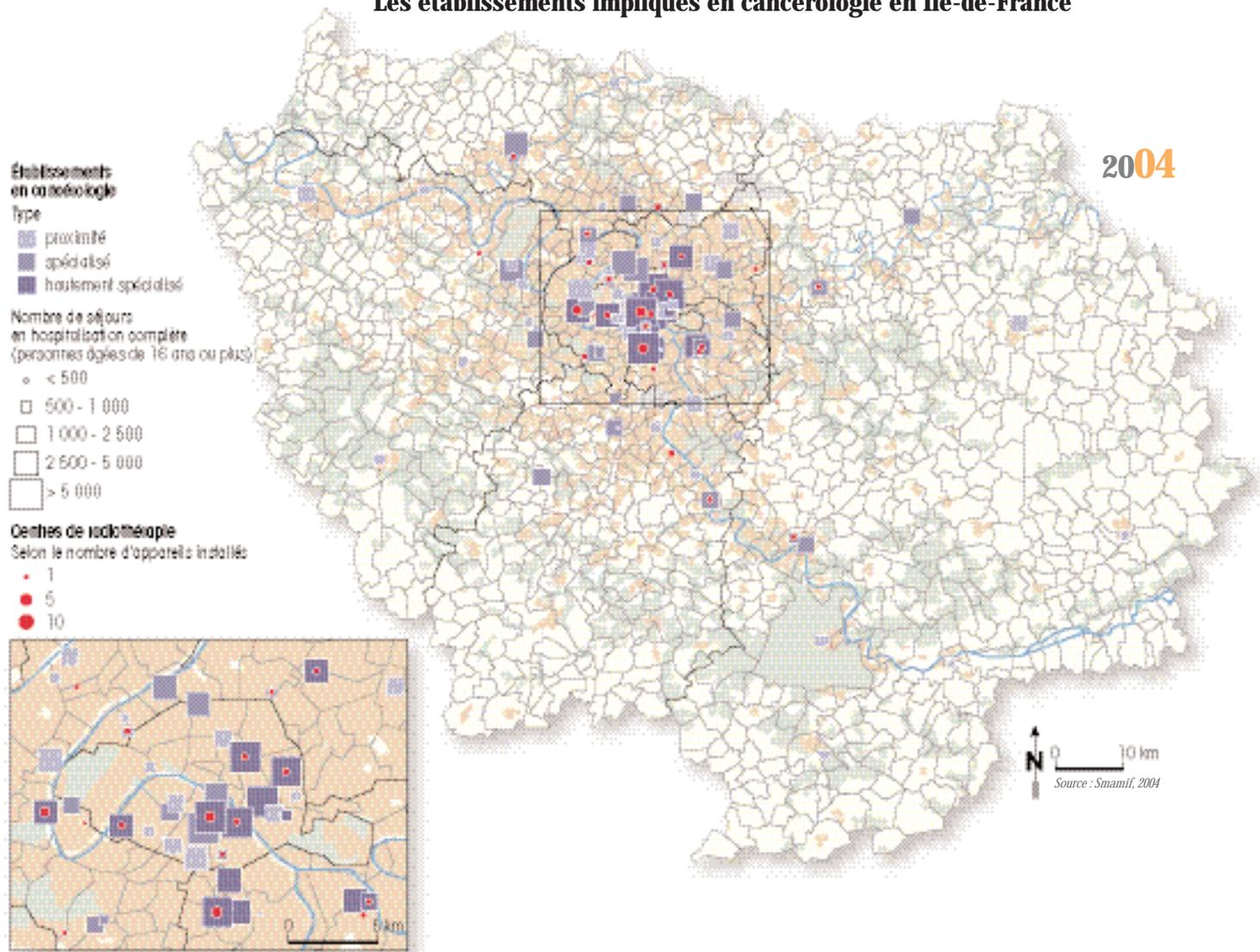
(2) Source : commission d'identification des sites de cancérologie, octobre 2003.

(3) Source : ARH - Drassif, novembre 2004.

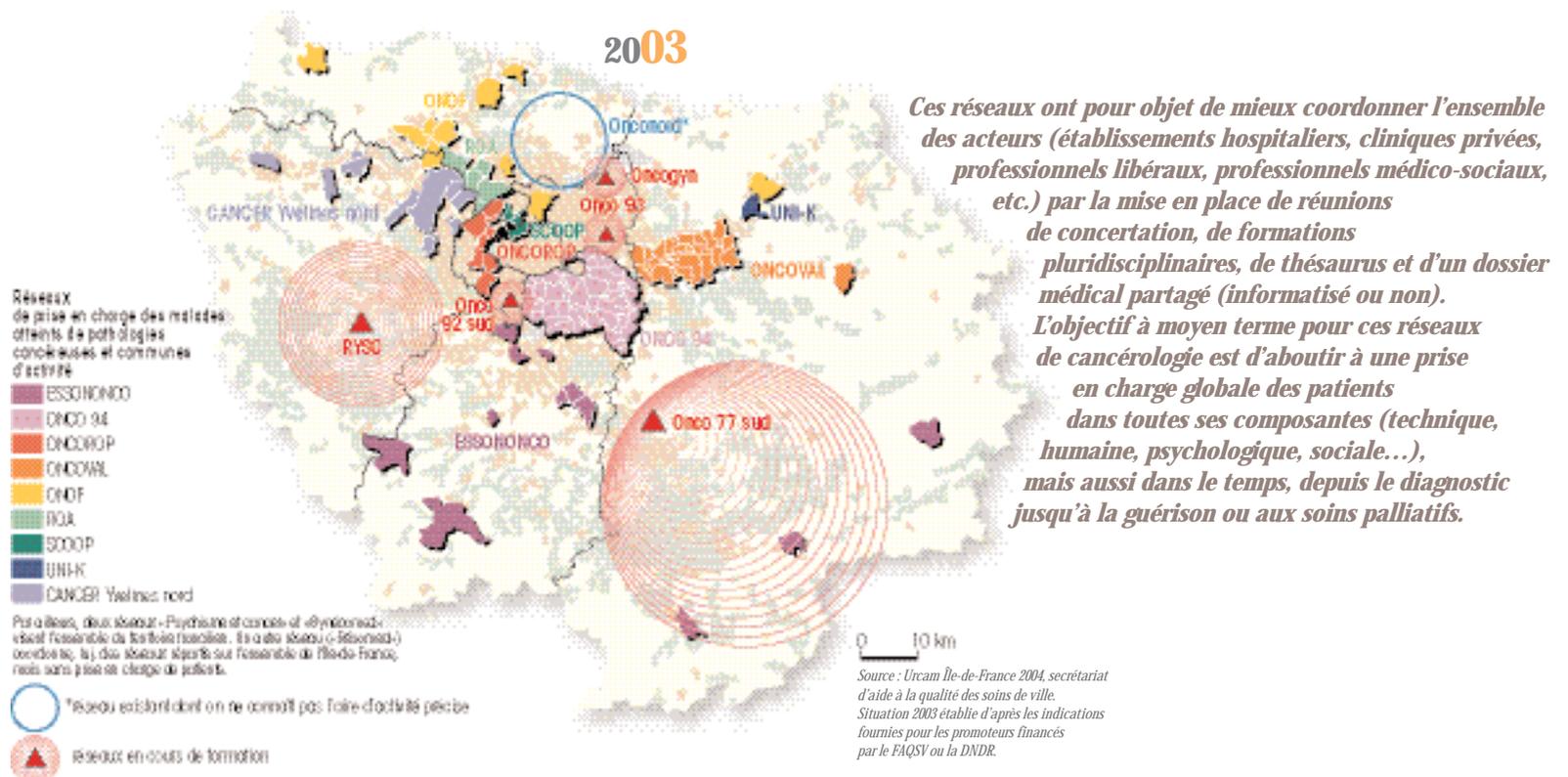
Source : Snamif, PARIS, 2003

L'OFFRE DE SOINS EN CANCÉROLOGIE EN ÎLE-DE-FRANCE

Les établissements impliqués en cancérologie en Île-de-France



Les réseaux de prise en charge des malades atteints de pathologies cancéreuses



Ces réseaux ont pour objet de mieux coordonner l'ensemble des acteurs (établissements hospitaliers, cliniques privées, professionnels libéraux, professionnels médico-sociaux, etc.) par la mise en place de réunions de concertation, de formations pluridisciplinaires, de thésaurus et d'un dossier médical partagé (informatisé ou non). L'objectif à moyen terme pour ces réseaux de cancérologie est d'aboutir à une prise en charge globale des patients dans toutes ses composantes (technique, humaine, psychologique, sociale...), mais aussi dans le temps, depuis le diagnostic jusqu'à la guérison ou aux soins palliatifs.

INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE : AMÉLIORER LE DÉPISTAGE ET DIVERSIFIER LES MODALITÉS DE DIALYSE

Fiche 7

ATLAS DE LA SANTÉ EN ÎLE-DE-FRANCE

L'OFFRE DE SOINS EN ÎLE-DE-FRANCE
Le secteur hospitalier de court séjour et les équipements

L'insuffisance rénale chronique (IRC) terminale est un problème majeur de santé publique.

En augmentation, elle est liée notamment au vieillissement de la population.

En Île-de-France, la prévalence de cette pathologie est supérieure à la moyenne nationale.

En France, au cours de l'année 2003, 29 157 patients ont été dialysés et 19 852 patients ont été recensés comme

porteurs d'un greffon rénal fonctionnel.

Ces traitements représentent 2 % des dépenses de l'assurance maladie.

Une enquête nationale DHOS-CNAMTS, réalisée en juin 2003,

a permis de recueillir des données destinées à la préparation du schéma régional d'organisation sanitaire IRC.

La greffe rénale

L'organisation de la greffe relève d'un schéma national de l'organisation sanitaire. La greffe constitue le traitement de choix, mais le nombre de greffes effectuées est limité par le nombre de greffons. L'établissement français des greffes, outre son rôle dans l'élaboration et l'évaluation de la politique de prévention de l'IRC, est chargé de gérer les listes de patients en attente de greffe et la répartition des greffons. En 2003, 503 greffes ont été réalisées, dont 24 chez des enfants, par des équipes franciliennes. Le taux de porteurs d'un greffon fonctionnel est de 348 par million d'habitants en Île-de-France, au-dessus de la moyenne française (339).

Quand l'insuffisance rénale arrive à sa phase terminale, il est nécessaire de pallier la défaillance de la fonction rénale, soit par la dialyse, soit par la réalisation d'une greffe.

La dialyse en centre, principale méthode de dialyse actuelle

Le traitement par dialyse peut être effectué par différentes méthodes : la dialyse en centre concerne 64 % des patients dialysés ; l'autodialyse 25 % ; la dialyse péritonéale 7 % et l'hémodialyse à domicile 2 %. Enfin, de façon expérimentale, une unité de dialyse médicalisée prend en charge 2 % des dialysés franciliens (ces méthodes sont décrites dans la page ci-contre).

La dialyse péritonéale est quotidienne et s'effectue au domicile du patient. Les autres modalités nécessitent en moyenne trois séances hebdomadaires de traitement dans des structures adaptées (dialyse en centre et autodialyse) ou à domicile (hémodialyse à domicile) et sont contraignantes pour le patient.

Vers une diversification des modalités de dialyse proposées par chaque centre

Suite à la constatation, relayée par les associations d'usagers, des effets pervers induits par la carte sanitaire (inadéquation du mode de dialyse aux besoins des malades), le ministère de la Santé a initié une réflexion sur la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique, en concertation avec les usagers et les néphrologues. Elle a abouti à la parution de deux décrets en septembre 2002, qui ont pour objet de diversifier le mode de prise en charge pour mieux l'adapter aux besoins des patients. La création de deux nouvelles modalités de dialyse (hémodialyse en unité de dialyse médicalisée et en unité d'autodialyse assistée) répond à ces objectifs. Chaque structure doit être en mesure de proposer toutes les modalités aux patients qu'elle prend en charge.

Une densité en néphrologues favorable, mais des inquiétudes sur son évolution

La densité francilienne en néphrologues (29 néphrologues par million d'habitants) est nettement supérieure à celle de la France entière (22). Mais ces données doivent être relativisées, en raison de la plus forte proportion d'universitaires (sans activité de dialyse) parmi les néphrologues franciliens et d'une pyramide des âges plus défavorable : 24,8 % des néphrologues franciliens ont plus de 55 ans contre 16,7 % en moyenne en France.

Une couverture géographique satisfaisante, mais des équipements et un fonctionnement perfectibles

Les 153 établissements pratiquant la dialyse rénale couvrent bien le territoire francilien, puisque 95,2 % des patients dialysés sont à moins d'une demi-heure d'une structure ayant cette activité et 99,8 % à moins d'une heure. Cependant, deux zones ont été identifiées comme moins bien couvertes : les zones de Magny-en-Vexin dans l'ouest du Val-d'Oise et de Houdan/Montfort-L'Amaury dans l'Ouest des Yvelines.

De plus, si le territoire régional est assez bien couvert, les structures de traitement de l'insuffisance rénale chronique pourraient être améliorées d'un point de vue qualitatif. En effet, les salles sont exiguës dans 7 % des centres de dialyse et 5 % des unités d'autodialyse. Par ailleurs, 13 % des unités d'autodialyse ne disposent pas d'un système de traitement de l'eau muni d'alarme. Dans certaines unités, un manque de matériel entraîne quotidiennement l'utilisation des générateurs de secours. D'autre part, un centre sur cinq et près d'un tiers des unités d'autodialyse n'ont pas accès à une réanimation.

Une augmentation importante du nombre de dialysés

La prévalence est de 501 patients dialysés par million d'habitants en Île-de-France, supérieure à celle de la France métropolitaine (498), alors même qu'il s'agit d'une région jeune. Si l'on gomme, par standardisation, les effets du sexe et de l'âge, la prévalence francilienne paraît encore plus élevée (573) et la région passe alors du 7^e au 3^e rang des régions françaises les plus touchées, sans que l'on puisse actuellement expliquer ces données.

Le nombre de dialysés en juin 2003 était de 5 534 patients en Île-de-France. Si l'augmentation de 4,7 % par an constatée ces dernières années persiste, c'est plus de 7 400 patients qui seront traités par dialyse à l'horizon 2010. Cette augmentation est liée notamment au vieillissement de la population, sachant que la prévalence du diabète et des maladies cardio-vasculaires est plus importante chez les personnes âgées.

Une prise en charge satisfaisante mais pouvant être améliorée

Tous les Franciliens présentant une insuffisance rénale chronique terminale ont accès à la dialyse. Le profil des populations dialysées correspond au mode de dialyse pratiqué, à savoir des patients âgés avec d'autres pathologies associées et handicaps importants en centre d'hémodialyse et une population plus jeune relevant plutôt de l'autodialyse. Cependant, 8,1 % des patients traités en centre sont atypiques, rentrant dans la catégorie des patients dits « légers », et 10,5 % des patients en autodialyse sont atypiques, rentrant dans la catégorie des patients dits « lourds ».

Cela est confirmé par les néphrologues qui estiment que les prises en charge sont inadéquates en centre pour 18,6 % des patients et pour 52,3 % des patients en autodialyse. Cette situation devrait s'améliorer par la mise en place de nouvelles modalités de dialyse prévues par les décrets.

La prise en charge en dialyse péritonéale est peu développée en France et notamment en Île-de-France (6,9 % des patients), alors qu'elle présente des indications larges et est effectuée au domicile du patient.

Une mobilité possible pour les dialysés

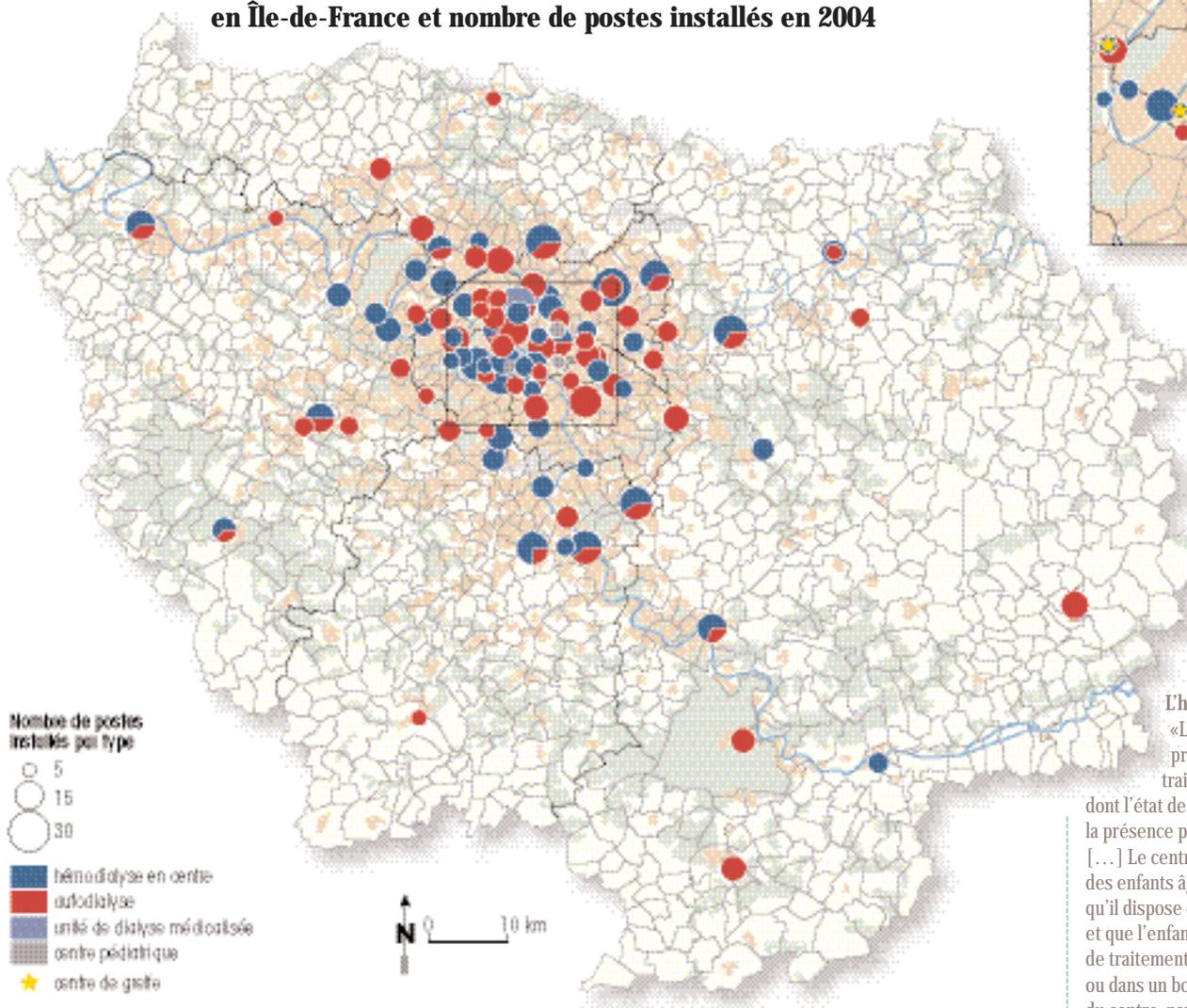
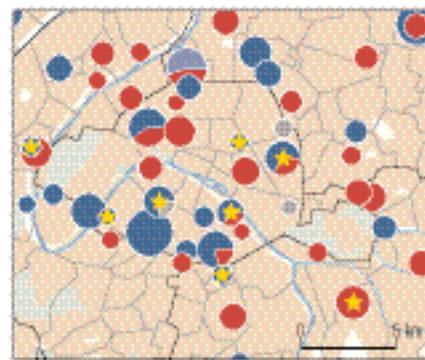
Lors d'une enquête en juin 2003, les structures parisiennes accueilleraient 228 patients provenant de la province et venant à Paris, soit pour le travail, soit pour les loisirs. *A contrario*, 131 patients franciliens étaient en déplacement et traités dans des unités provinciales ou à l'étranger. Ces échanges permettent aux dialysés de conserver une activité professionnelle ou de loisir proche de celle des personnes bien portantes, malgré le handicap d'un traitement pluri-hebdomadaire.

Une prévention à renforcer

Près de la moitié des patients dialysés ont leur première séance de dialyse en urgence. Les malades sont donc orientés tardivement vers les néphrologues. Le dépistage repose sur la prise de la tension artérielle, la recherche d'albuminurie par bandelette urinaire et le calcul de la formule de Cockcroft et Gault, lors du dosage de la créatinémie. Ce calcul, devenu obligatoire, a entraîné une augmentation importante des consultations de néphrologie et devrait faire diminuer le nombre de premières dialyses réalisées en urgence. La prévention repose également sur l'adéquation du suivi des malades : équilibre du diabète, prévention des complications cardio-vasculaires, précautions d'utilisation des traitements néphrotoxiques chez les personnes âgées. Cette prévention est facilitée par la formation médicale continue dispensée au sein des réseaux.

LES STRUCTURES DE PRISE EN CHARGE DE L'INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE

Lieux de prise en charge de l'insuffisance rénale chronique en Île-de-France et nombre de postes installés en 2004



Le traitement de l'insuffisance rénale chronique (décret n° 2002-1197 du 23 septembre 2002)

L'hémodialyse en centre :

«Le centre d'hémodialyse prend principalement en charge des patients traités par hémodialyse périodique,

dont l'état de santé nécessite au cours de la séance la présence permanente d'un médecin.

[...] Le centre d'hémodialyse ne peut accueillir des enfants âgés de plus de 8 ans que sous réserve qu'il dispose des moyens matériels adaptés et que l'enfant soit accueilli dans une salle de traitement distincte de celle des adultes ou dans un box isolé et qu'il demeure suivi, hors du centre, par un pédiatre ayant une compétence en néphrologie. [...]

Le centre d'hémodialyse pour enfants accueille des patients de la naissance à l'âge de dix-huit ans.»

L'unité de dialyse médicalisée :

«L'unité de dialyse médicalisée accueille des patients qui nécessitent une présence médicale non continue pendant la séance de traitement ou qui ne peuvent ou ne souhaitent pas être pris en charge à domicile ou en unité d'autodialyse.»

L'unité d'autodialyse :

«L'hémodialyse en unité d'autodialyse s'exerce en autodialyse dite simple ou en autodialyse dite assistée. L'autodialyse dite simple est offerte à des patients formés à l'hémodialyse, en mesure d'assurer eux-mêmes tous les gestes nécessaires à leur traitement. L'autodialyse dite assistée est offerte à des patients formés à l'hémodialyse, mais qui requièrent l'assistance d'un infirmier ou d'une infirmière pour certains gestes.»

L'hémodialyse à domicile :

«L'hémodialyse à domicile est offerte à un patient, formé à l'hémodialyse, en mesure d'assurer couramment tous les gestes nécessaires à son traitement, en présence d'une personne de son entourage, qui peut lui prêter assistance.»

La dialyse péritonéale :

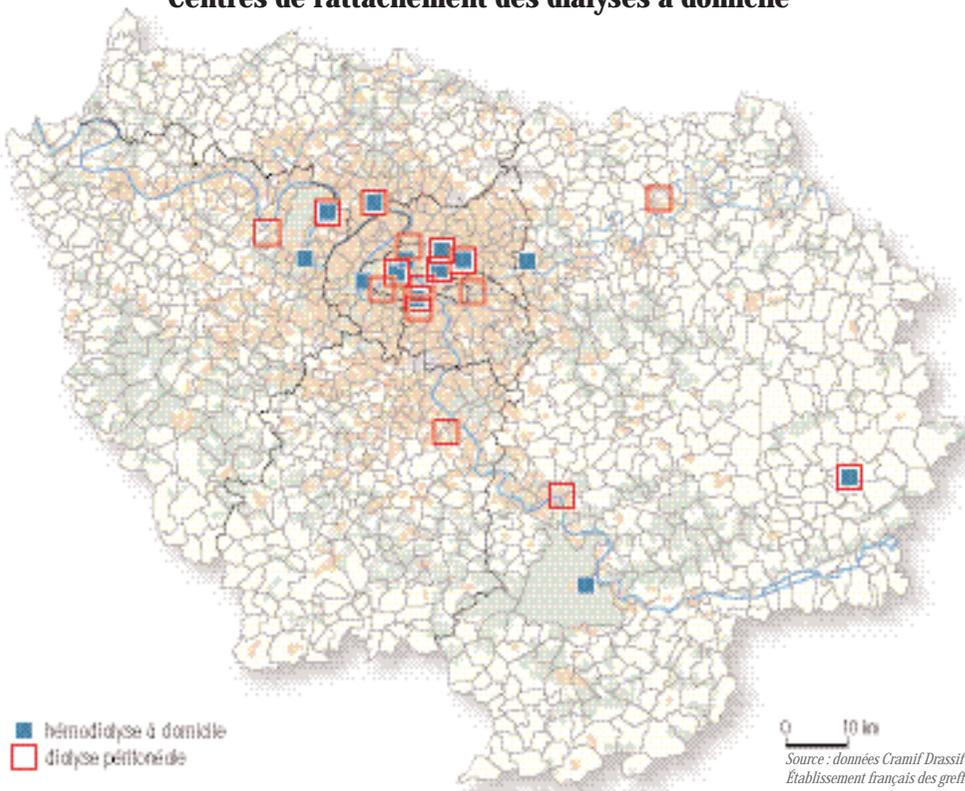
«La dialyse péritonéale est réalisée à domicile [...]. Cette technique est pratiquée par le patient lui-même avec ou sans l'aide d'une tierce personne.»

L'unité saisonnière d'hémodialyse :

«Une unité saisonnière d'hémodialyse accueille des adultes et des enfants de plus de 8 ans, lors de leurs déplacements ou séjours de vacances. Elle ne prend pas en charge des patients résidant à proximité.»

Les établissements pratiquant la dialyse rénale couvrent assez bien le territoire francilien au regard des densités de population. Cependant, deux zones sont moins bien couvertes : l'ouest du Val-d'Oise (Magny-en-Vexin) et l'ouest des Yvelines (Houdan / Monfort l'Amaury). Le nord-est et le centre de la Seine-et-Marne sont également dépourvus de structures de dialyse, mais ces zones présentent une densité de population faible et sont localisées dans un département bien pourvu en postes d'autodialyse.

Centres de rattachement des dialyses à domicile



■ hémodialyse à domicile
■ dialyse péritonéale

0 10 km

Source : données Cramif Drassif - 2004.
Établissement français des greffes

IMAGERIE MÉDICALE : DES PROGRÈS VISANT À SE RAPPROCHER DES STANDARDS EUROPÉENS

Fiche 8

ATLAS DE LA SANTÉ EN ÎLE-DE-FRANCE

L'OFFRE DE SOINS EN ÎLE-DE-FRANCE
Le secteur hospitalier de court séjour et les équipements

La politique menée par l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) depuis 2001 a permis à l'Île-de-France d'augmenter très sensiblement son parc de scanners et d'IRM. Durant cette même période ont été installés les premiers tomographes à émission de positons. Ces efforts seront poursuivis dans le cadre du nouveau schéma régional d'organisation sanitaire afin d'amener, dans les cinq ans à venir, l'équipement de la région au niveau des principaux pays européens.

L'imagerie médicale

La radiographie, première technique d'imagerie médicale, utilise les rayons X qui impressionnent un film radiographique plus ou moins noirci en fonction de l'organe traversé. Grâce à l'informatique et au traitement numérisé des images, le scanner, qui utilise également des rayons X, permet, à la différence de la radiographie traditionnelle, de réaliser des images en coupe du corps humain.

À côté des rayons X, d'autres principes physiques ont été découverts, inspirant de nouvelles techniques d'imagerie médicale.

Ainsi, l'échographie exploite la propagation des ultrasons, l'imagerie par résonance magnétique (IRM) et la spectroscopie par résonance magnétique (SRM), la résonance magnétique nucléaire.

L'obligation réglementaire d'une réduction de la délivrance des rayonnements irradiants et les développements technologiques rapides devraient entraîner, à terme, une augmentation du nombre d'examen d'IRM (non irradiants) et une diminution de l'importance de l'imagerie conventionnelle.

À la différence de l'IRM et de la radiologie RX, qui donnent des informations principalement morphologiques, l'imagerie nucléaire (scintigraphie et tomographie par émission de positons - TEP) se fonde sur les propriétés radioactives de molécules chimiques, naturelles ou artificielles, et explore principalement les fonctions des organes.

Elle consiste à administrer au patient un produit radioactif dont le rayonnement est ensuite détecté par des gamma-caméras ou par des caméras à positons (tomographie par émission de positons). Cette dernière technique a profondément modifié la stratégie diagnostique et thérapeutique en cancérologie. Elle est utilisée pour le bilan d'extension initial, l'évaluation thérapeutique et la recherche de récidives. D'autres applications pourraient se développer, notamment en cardiologie, pour l'analyse de la viabilité du myocarde et en neurologie pour l'étude des maladies dégénératives.

Une augmentation sensible du nombre de scanners et d'IRM

Avec 141 scanners et 60 IRM, installés majoritairement dans le secteur public (60 à 70 %), l'Île-de-France dispose d'un parc d'appareils sensiblement plus important que le reste de la métropole. Bien qu'en augmentation régulière depuis 2001 (+ 33 % pour les scanners et + 60 % pour les IRM), le niveau d'équipement est plus faible que dans les principaux pays européens (il existe deux fois plus d'appareils en Allemagne, en Belgique ou en Italie). Si des efforts significatifs pour la réduction des inégalités ont été faits, notamment en grande couronne, de fortes disparités subsistent, puisque seuls Paris, les Hauts-de-Seine et le Val-de-Marne disposent d'un niveau d'équipement supérieur à la moyenne régionale. L'éventail des équipements est peu différencié et plutôt « haut de gamme » (scanners multi-barrettes, IRM haut champ), en raison de la volonté des radiologues de privilégier les appareils les plus performants leur permettant de réaliser l'ensemble des examens demandés.

L'imagerie en urgence : une situation en amélioration

Tous les établissements qui comportent un service d'accueil et de traitement des urgences (SAU) ou un pôle spécialisé d'accueil des urgences (POSU) possèdent un ou plusieurs scanners et une ou plusieurs IRM. Près de 90 % des structures sanitaires dotées d'une unité de proximité d'accueil des urgences disposent d'un scanner et près de la moitié, tout à la fois, d'un scanner et d'une IRM.

La médecine nucléaire : le développement de la tomographie à émission de positons

Avec 79 gamma-caméras et 5 tomographes à émission de positons (TEP) majoritairement installés dans le secteur public (75 %), l'Île-de-France possède un niveau d'équipement supérieur à celui des autres régions françaises, mais bien plus faible que celui des principaux pays européens (l'Allemagne et l'Autriche ont un niveau deux fois plus élevé). La distribution géographique est encore très hétérogène, puisque Paris dispose du tiers des gamma-caméras et de la moitié des TEP, alors que certains départements comme l'Essonne, les Yvelines et le Val-d'Oise sont fortement déficitaires.

La démographie des professionnels : une situation précaire et des difficultés prévisibles à moyen terme

La densité des médecins radiologues est plus élevée en Île-de-France que dans le reste de la métropole, mais il existe encore de fortes disparités départementales : ainsi, la densité des radiologues est trois fois plus élevée à Paris qu'en grande couronne ou qu'en Seine-Saint-Denis. La profession est majoritairement positionnée en secteur libéral (73 %) et conventionnée en secteur 1 (67 %). L'accès des radiologues libé-

raux à l'imagerie en coupe rencontre encore certaines difficultés, puisque deux tiers seulement d'entre eux peuvent travailler sur un scanner et un tiers sur une IRM.

Si la densité de manipulateurs d'électro-radiologie est plus forte que dans les autres régions, ce constat masque une grande hétérogénéité : en effet, seuls Paris, les Hauts-de-Seine et le Val-de-Marne ont une densité de manipulateurs plus élevée que la moyenne régionale.

À moyen terme, des difficultés démographiques sont à prévoir, aussi bien chez les radiologues et les manipulateurs que chez les physiciens et les radiophysiciens. L'instauration, en imagerie, de la permanence des soins, l'augmentation des besoins par l'attribution d'appareils supplémentaires, notamment aux urgences, la nécessité du renouvellement des générations et l'absence d'attractivité de certains départements pourraient être à l'origine d'une pénurie de professionnels dans le secteur public.

Des délais de prise en charge encore trop longs

L'augmentation du parc de scanners et d'IRM s'est accompagnée d'une diminution générale des délais d'attente, mais l'accès aux examens de résonance magnétique et de médecine nucléaire reste, hors situation d'urgence, encore beaucoup trop long (de un à trois mois selon les établissements), en raison du petit nombre d'appareils installés. Ces difficultés sont à l'origine de flux de malades vers des structures éloignées de leur domicile, d'examen et d'hospitalisations inutiles.

Des objectifs ciblés pour les cinq ans à venir

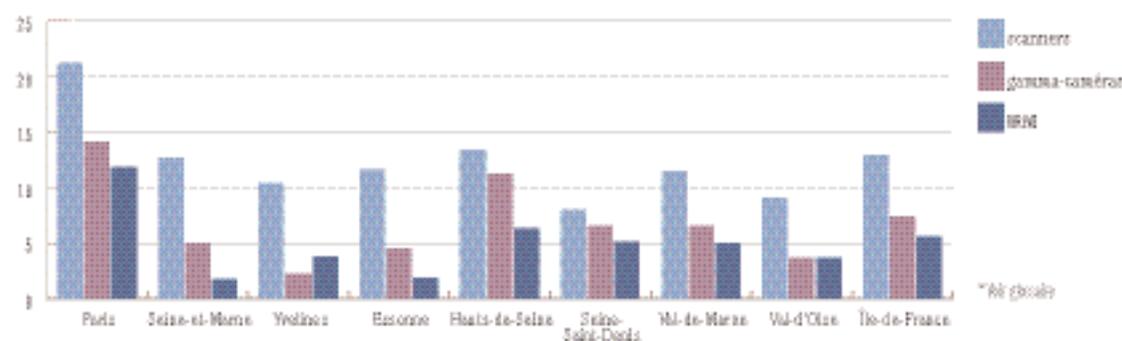
Réduire les délais d'attente, améliorer l'accès des radiologues aux techniques modernes de scanographie et de résonance magnétique et favoriser l'évolution des pratiques médicales seront, pour les années à venir, les objectifs principaux de la politique menée au plan régional.

Lors des cinq prochaines années, l'ARH s'attachera à renforcer le niveau d'équipement au regard des écarts relevés avec les autres situations européennes, des délais d'attente, des contraintes démographiques et des perspectives de développement des indications.

Les priorités concerneront en premier lieu les départements périphériques historiquement les moins bien dotés, mais aussi les projets instituant une véritable collaboration entre les différents acteurs de santé.

Pour la médecine nucléaire, la priorité ira à la création de centres nouveaux dans des zones totalement dépourvues, puis au renforcement des centres existants. Ainsi, l'installation de TEP sera favorisée dans les structures disposant d'un service de médecine nucléaire et possédant une forte activité en cancérologie.

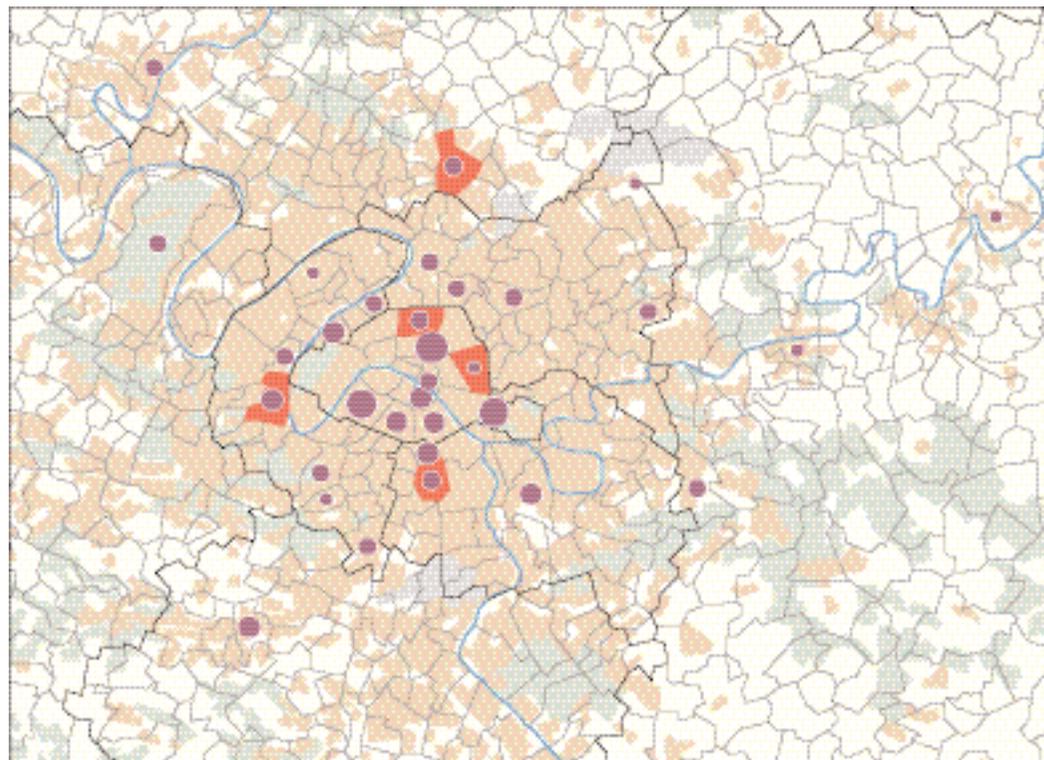
Taux d'équipement en scanners, IRM et gamma-caméras* (nombre d'appareils installés par million d'habitants en Île-de-France en 2004)



Source : données ARH, DRE, DREZ, DREZ, DREZ et bases de données de l'Agence régionale de l'hospitalisation, Atlas de la Santé en Île-de-France

L'IMAGERIE MÉDICALE EN ÎLE-DE-FRANCE EN 2004

Les gamma-caméras installées par commune en juin 2004



La situation des départements de la grande couronne a été sensiblement améliorée ces dernières années, mais la grande majorité des appareils installés (de 60 à 75 % selon le type d'équipements) est encore concentrée sur Paris et en petite couronne. L'insuffisance globale du niveau d'équipement et le déficit notable de certaines zones géographiques génèrent des délais de prise en charge trop longs, des examens inappropriés et des hospitalisations inutiles.

Nombre d'appareils installés

Gamma-caméras

1

5

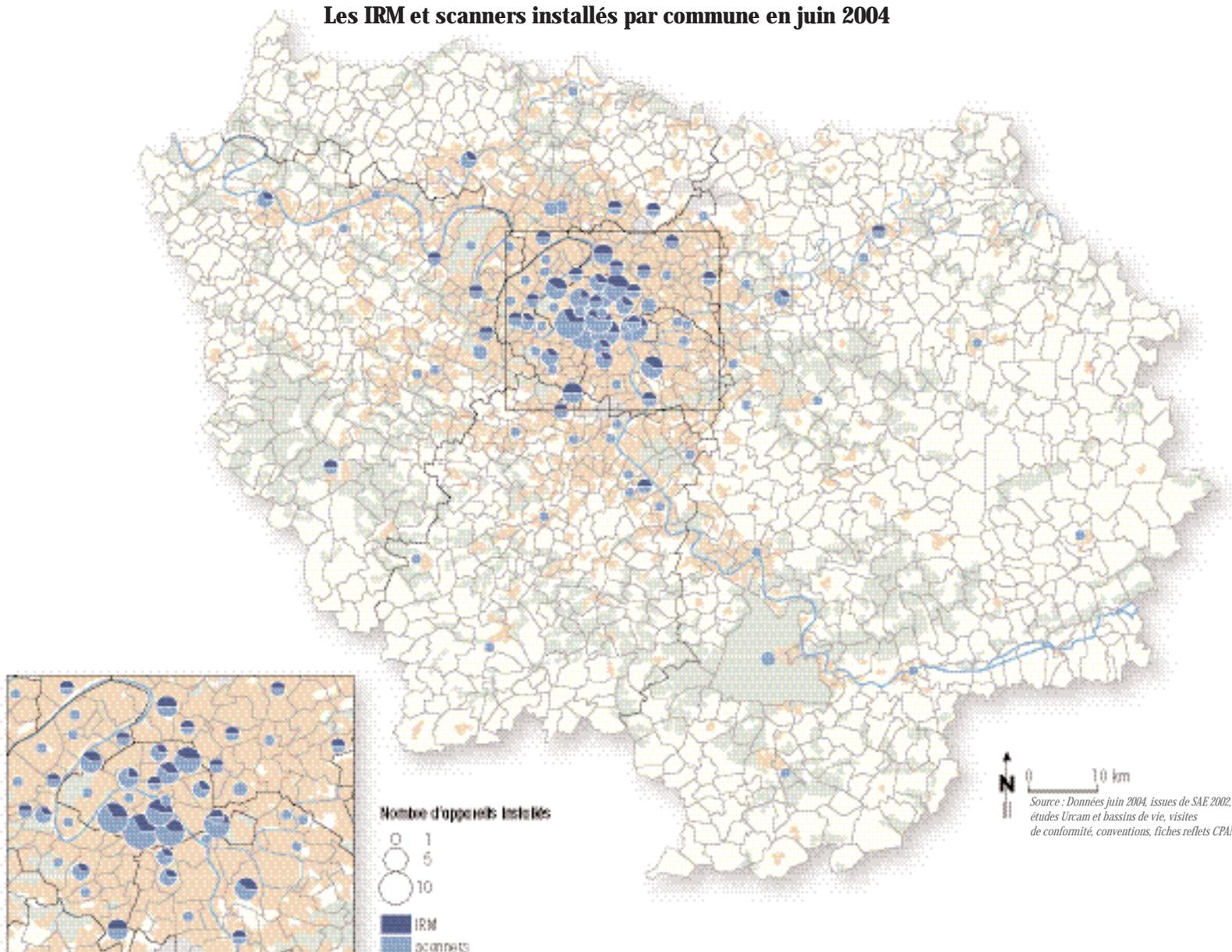
10

TEP

TEP : tomographie à émission de positons

0 5 km

Les IRM et scanners installés par commune en juin 2004



Nombre d'appareils installés

1

5

10

IRM

scanners

0 10 km

Source : Données juin 2004, issues de SAE 2002, études Urcam et bassins de vie, visites de conformité, conventions, fiches reflets CPAM

PATHOLOGIES CARDIO ET NEURO-VASCULAIRES : DES DÉLAIS DE PRISE EN CHARGE TROP LONGS

Fiche 9

ATLAS DE LA SANTÉ EN ÎLE-DE-FRANCE

L'OFFRE DE SOINS EN ÎLE-DE-FRANCE
Le secteur hospitalier de court séjour et les équipements

Les pathologies cardio-vasculaires représentent la deuxième cause de mortalité en Île-de-France, l'accident vasculaire cérébral la troisième. Il est aussi la première cause de handicap acquis de l'adulte et la deuxième cause de démence. Aujourd'hui, les délais de prise en charge des patients sont trop longs, d'autant qu'il s'agit de pathologies pour lesquelles la rapidité d'intervention peut être vitale. La généralisation des unités de soins intensifs en cardiologie au sein des services d'urgence et le développement des unités neuro-vasculaires doivent s'accompagner d'une coordination des différents acteurs de santé, d'un développement des réseaux, mais aussi d'un effort de promotion de la prévention.

Les urgences cardio-vasculaires, des délais de prise en charge trop longs

L'urgence cardio-vasculaire est une urgence vitale qui nécessite une prise en charge rapide et donc une organisation territoriale de la permanence des cardiologues au sein des unités de soins intensifs. À titre d'exemple, l'infarctus du myocarde doit être traité dans les douze premières heures. Pourtant, en Île-de-France, cinq sites d'accueil des urgences sur 35 ne disposent pas d'une unité de soins intensifs de cardiologie (USIC). De plus, sur les 56 unités de soins intensifs de cardiologie que compte la région, seules 39 sont adossées à un plateau d'angioplasties coronariennes⁽¹⁾ pour le traitement des infarctus du myocarde.

Les données PMSI renseignent 4 900 séjours hospitaliers en 2003 pour infarctus du myocarde de moins de vingt-quatre heures, dont la moitié seulement avaient été pris en charge initialement par le SAMU/SMUR ; l'autre moitié des patients s'étant *a priori* présentés eux-mêmes aux urgences avec des délais d'attente, voire de transfert, possibles.

Ces constats confirment la pertinence des objectifs du schéma régional d'organisation sanitaire 2005-2009 dans l'amélioration de la qualité, de l'accessibilité et de l'efficacité de l'organisation sanitaire.

L'insuffisance cardiaque, un développement des réseaux à promouvoir

L'insuffisance cardiaque, pathologie qui est l'aboutissement de presque toutes les pathologies cardiaques (HTA, insuffisance coronarienne, etc.), est responsable de plus de 37 000 séjours hospitaliers par an. Pourtant, un seul réseau a été financé par la dotation régionale des réseaux en 2003 : RESICARD, qui a pour objectif d'optimiser le traitement des patients insuffisants cardiaques graves en favorisant le maintien à domicile. Mais ce réseau ne couvre qu'une zone d'intervention limitée au nord des Hauts-de-Seine et à l'est parisien. Le développement des réseaux de santé dans ce domaine est certainement à promouvoir.

La cardiologie interventionnelle, vers une meilleure coordination

L'angioplastie est un des traitements de l'insuffisance coronarienne dont l'efficacité n'est plus à prouver. Les données du registre cardio-ARHIF permettent d'évaluer à 192 pour 100 000 habitants le nombre d'angioplasties franciliennes en 2003, pour une moyenne nationale à 184.

Les plateaux d'angioplasties coronariennes doivent être adossés à une unité de soins intensifs qui exigent une permanence médicale 24h/24. En Île-de-France, l'offre de soins est développée par 40 centres dans des volumes divers, avec une forte concentration au centre de la région. Actuellement, c'est la qualité de leur organisation, leur mise en réseau avec les sites d'accueil des urgences et la connaissance opérationnelle de leur disponibilité par les SAMU/SMUR qui sont à inscrire dans les projets médicaux de territoire.

Les accidents vasculaires cérébraux : une prise en charge à améliorer

Encore trop peu d'unités neuro-vasculaires

L'accident vasculaire cérébral (AVC), pathologie fréquente (20 000 nouveaux cas par an en Île-de-France), grave (15 % à 25 % de patients décèdent durant les 30 premiers jours et 75 % des survivants gardent des séquelles), complexe (associant infarctus et hémorragie), est devenue ces dernières années, avec les progrès thérapeutiques, une grande urgence médicale.

Presque toutes les personnes victimes d'un tel accident sont hospitalisées (98 % dans le service public). En 2002, en Île-de-France, 58 % des AVC étaient pris en charge dans des éta-

blissements disposant d'un service de neurologie et seulement 25 % dans ceux ayant une unité vasculaire (UNV). Or, l'efficacité des unités spécialisées dans la prise en charge de ces accidents est bien établie, permettant une réduction de 30 % de la mortalité et de la dépendance. En 2004, on dénombre encore trop peu d'unités neuro-vasculaires en Île-de-France (8 pour 25 environ sur la France entière).

Des délais de prise en charge trop longs à toutes les étapes

Dans l'infarctus cérébral, le traitement thrombolytique⁽¹⁾, à effectuer dans les trois heures suivant le début des symptômes (après scanner ou, mieux, IRM et dans une UNV), permet d'augmenter d'un tiers le pourcentage de patients qui guérissent sans séquelles. Or, le délai médian en Île-de-France entre les premiers symptômes et l'arrivée à l'hôpital est de quatre heures et le délai moyen de vingt-huit heures... Le délai d'attente pour les 4 000 patients justifiant d'une prise en charge en soins de suite ou de réadaptation (SSR) est également important (supérieur à dix jours). L'Île-de-France est la région de France où les délais d'attente pour le transfert des AVC en SSR sont les plus longs. Environ 500 patients AVC chaque année ne pourront pas regagner leur domicile. Les structures prenant en charge ces patients dépendants, âgés ou jeunes, sont trop peu nombreuses, ce qui entraîne des délais d'admission extrêmement longs et un blocage de la filière.

Inégale répartition géographique

L'offre de soins est inégalement répartie sur le territoire francilien, aussi bien en ce qui concerne la prise en charge à phase aiguë que les structures de soins de suite ou de réadaptation. Cette disparité est illustrée par la situation de Paris *intra-muros*, dont la population représente 22 % des AVC franciliens et qui accueille 38 % des AVC en aigu, et seulement 14,6 % des AVC en phase de réadaptation.

Inégalité de prise en charge selon l'âge

L'âge moyen des patients concernés par des AVC en Île-de-France est de 73 ans. Les personnes âgées sont plus souvent hospitalisées en médecine qu'en neurologie, et en soins de suite polyvalents qu'en réadaptation, alors que l'âge n'intervient que très peu dans l'amélioration des mesures d'indépendance fonctionnelle lors des programmes de rééducation.

L'organisation des filières pour une meilleure prise en charge des patients

L'amélioration de la prise en charge des AVC nécessite la mise en place progressive d'un dispositif régional, permettant à un maximum de patients d'être pris en charge rapidement dans une filière structurée : SAMU, UNV, services de médecine physique et de réadaptation à orientation neurologique ou soins de suite puis retour au domicile ou institutionnalisation avec un suivi adapté, médical et de réadaptation. Cette organisation fait l'objet d'un volet spécifique dans le cadre du schéma régional d'organisation sanitaire de troisième génération.

La prévention à promouvoir

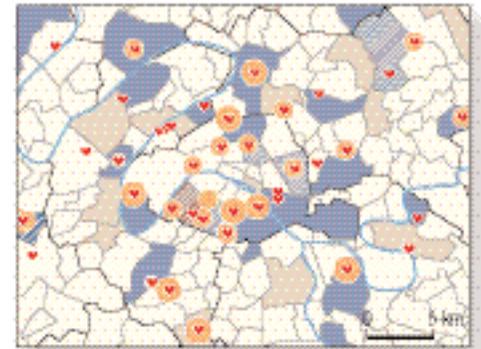
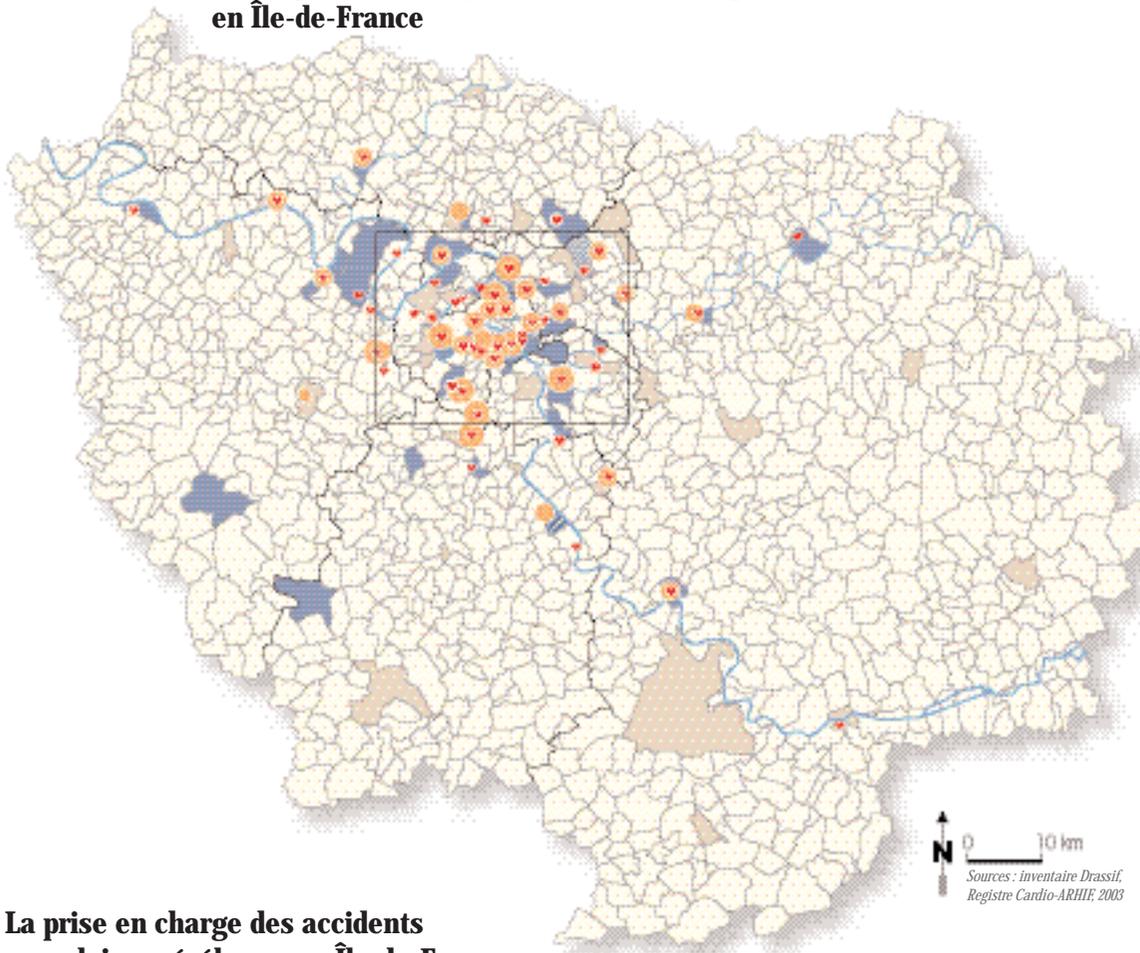
L'offre de soins ne permet pas d'expliquer les inégalités observées en matière de mortalité cardio-vasculaire, si on considère la situation de la Seine-Saint-Denis (8 USIC) et de la Seine-et-Marne (4 USIC) ; ces deux départements affichent les plus mauvais résultats de la région. Une politique d'éducation et de prévention du risque vasculaire doit être promue, le modèle des réseaux de santé qui permet de coordonner différents acteurs doit être développé.

(1) Voir glossaire.

Le schéma régional d'organisation sanitaire 1999-2004 avait retenu l'évaluation des pratiques comme priorité dans le domaine de la cardiologie et des pathologies vasculaires. Plusieurs registres ont été mis en place : celui des coronarographies-angioplasties (cardio-ARHIF), celui des infarctus du myocarde mené par les SAMU/SMUR (registre e-MUST), le registre carotide-ARHIF et le registre des accidents vasculaires cérébraux.

LA CARDIOLOGIE ET LES ACCIDENTS VASCULAIRES CÉRÉBRAUX

Les urgences et les plateaux de cardiologie interventionnelle en Île-de-France



Les quarante plateaux franciliens de cardiologie interventionnelle sont très fortement concentrés au cœur de l'agglomération.

Les plateaux de cardiologie interventionnelle (activité d'angioplastie coronarienne en nombre de journées en 2002)

- moins de 200
- entre 200 et 600
- plus de 600

Les unités de soins intensifs de cardiologie

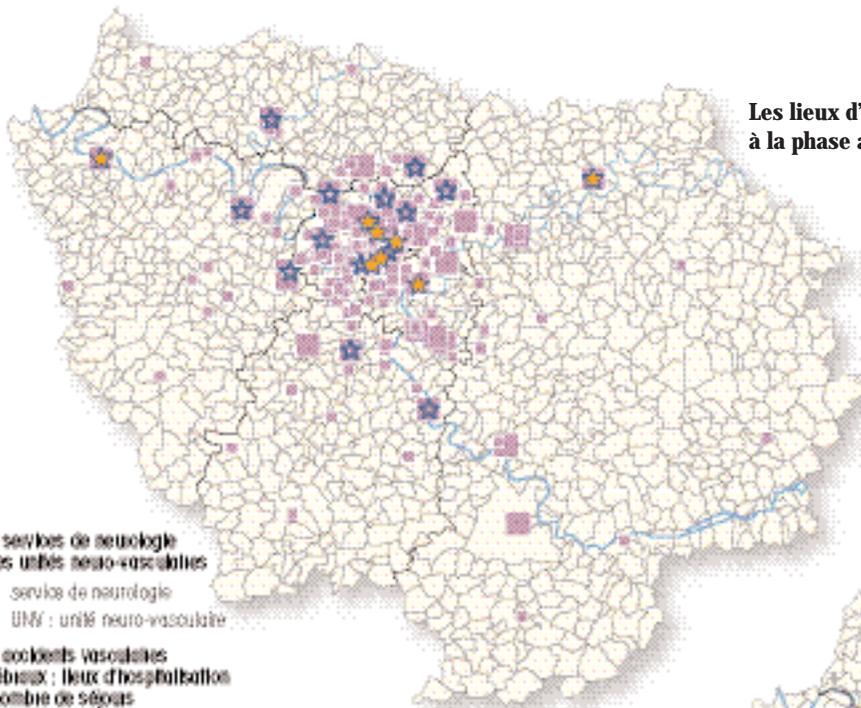
- ♥ USIC

Commune d'implantation d'un service d'urgence, par type

- POSU : pôle spécialisé d'accueil et de traitement des urgences pédiatriques
- SAI : service d'accueil d'urgence
- UP : unité de proximité

0 10 km
Sources : inventaire Drassif, Registre Cardio-ARHIF, 2003

La prise en charge des accidents vasculaires cérébraux en Île-de-France



Les lieux d'hospitalisation à la phase aiguë

Les lieux d'hospitalisation à la phase aiguë des AVC sont assez largement disséminés sur le territoire francilien, souvent loin des services de neurologie et surtout des unités neuro-vasculaires (UNV), qui sont très fortement concentrées au cœur de l'agglomération.

Les lieux de prise en charge d'un AVC, que ce soit en soins de suite ou de réadaptation, eux, sont plus souvent excentrés.

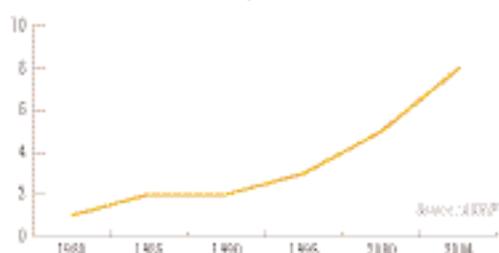
Les services de neurologie et les unités neuro-vasculaires

- ★ service de neurologie
- ★ UNV : unité neuro-vasculaire

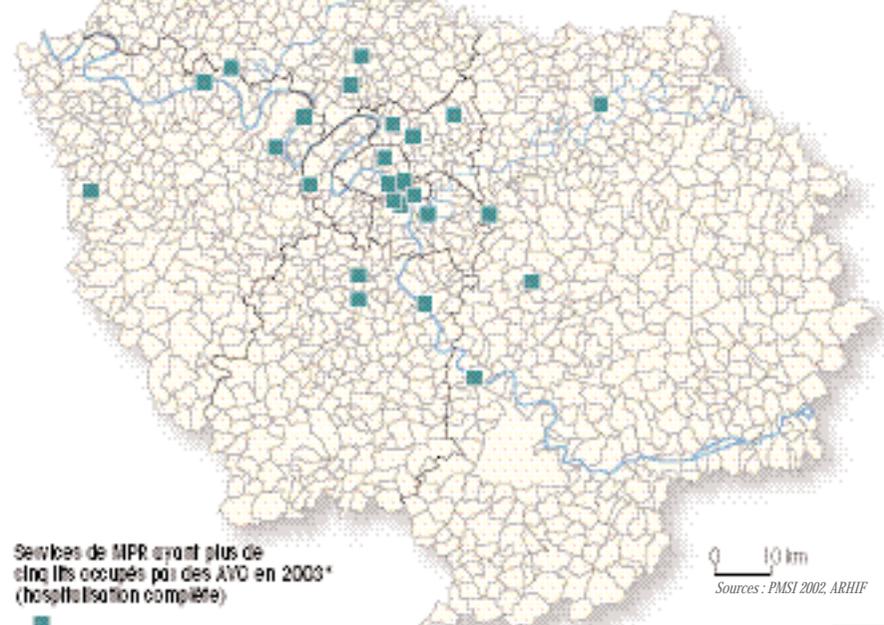
Les accidents vasculaires cérébraux : lieux d'hospitalisation et nombre de séjours

- moins de 100
- entre 100 et 500
- plus de 500

Évolution du nombre d'unités neuro-vasculaires (UNV) en Île-de-France depuis 1979, date d'ouverture de la première UNV



Les services de médecine physique de réadaptation



Services de MPR ayant plus de cinq lits occupés par des AVC en 2003* (hospitalisation complète)

* sous l'hypothèse d'un taux d'occupation à 90 %

0 10 km
Sources : PMSI 2002, ARHIF

POUR SUIVRE L'AMÉLIORATION ET LA DIVERSIFICATION DE L'OFFRE EN SANTÉ MENTALE EN ÎLE-DE-FRANCE

Fiche 1

ATLAS DE LA SANTÉ EN ÎLE-DE-FRANCE

Le schéma régional d'organisation sanitaire de psychiatrie, arrêté en 1998, faisait état d'une offre de soins insuffisante, de structures parfois vétustes et mal réparties sur le territoire régional. Depuis, la psychiatrie a bénéficié d'un soutien budgétaire prioritaire et des progrès significatifs ont été réalisés. Ceux-ci ont porté sur le rééquilibrage géographique, le rapprochement des lieux d'hospitalisation du domicile des patients, le développement des prises en charge ambulatoires, particulièrement en faveur de la psychiatrie infanto-juvénile.

Les populations prioritaires

- les personnes âgées : l'accroissement du nombre de personnes âgées a fortement augmenté la fréquence des affections neuro-psychiatriques.

Leur prise en charge requiert une expertise psychiatrique spécifique encore insuffisamment développée dans la région. La structuration de dispositifs de soins adaptés doit reposer sur la collaboration entre les domaines de compétences somatiques et psychiatriques, en articulation avec l'ensemble des acteurs intervenant en gérontologie.

- les patients au long cours : il s'agit de patients suivis en psychiatrie de façon étroite et avec une forte dépendance institutionnelle depuis une période égale ou supérieure à neuf mois.

Un projet de sortie personnalisé doit leur être proposé, permettant la poursuite des soins spécialisés, et doit être complété par un accompagnement social et médico-social ainsi que par une aide à la vie quotidienne. Ces orientations devraient faire l'objet d'un axe prioritaire du futur SROS.

- les personnes en situation de précarité, y compris les enfants et les adolescents, souffrant de troubles psychiques n'accèdent pas ou trop difficilement au droit commun des soins spécialisés en psychiatrie. Plusieurs initiatives à l'échelle de la région ont permis l'organisation d'un travail de collaboration entre le champ sanitaire et le champ social pour offrir un accompagnement global à ces personnes.

Il conviendra de veiller à généraliser ces actions et à en garantir la pérennité au-delà de leur période d'expérimentation et d'évaluation.

Une inégalité entre départements de l'offre de soins en santé mentale

La psychiatrie en Île-de-France se caractérise par une répartition des moyens très inégale entre les départements, une vétusté de certains locaux et un trop fort éloignement des services d'hospitalisation à temps plein du domicile des patients. L'offre reste par ailleurs insuffisante pour la prise en charge des enfants et adolescents. Une organisation plus cohérente et plus adaptée des soins à travers plusieurs axes de modernisation se met en place. La psychiatrie, considérée comme prioritaire par l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH), a bénéficié d'un soutien budgétaire et des progrès significatifs ont été réalisés. La démarche actuelle vise à optimiser la prise en charge des patients en renforçant les modes de coopération entre les secteurs, les hôpitaux et les différents acteurs de la santé mentale dans les domaines sanitaire, social, médico-social, éducatif et judiciaire.

Rapprocher les lieux d'hospitalisation du domicile des patients

Les soins franciliens de psychiatrie reposent très majoritairement (70 %) sur un découpage géographique en «secteurs psychiatriques» : les patients qui résident dans chaque secteur sont rattachés à un établissement psychiatrique, qui peut être localisé hors de l'aire géographique du secteur.

Répartition selon l'activité et le statut des établissements de psychiatrie en Île-de-France en 2003

Statut	Établissements de psychiatrie	Nombre de lits et places				
		Activité	Adultes		Enfants	
Public et PSPH	sectorisée		9 618	71 %	1 921	74 %
	non sectorisée		1 695	12 %	115	5 %
Privé	sectorisée		0	0 %	0	0 %
	non sectorisée		2 337	17 %	550	21 %
Total des lits et places			13 650	100 %	2 586	100 %

Source : inventaire Drassif / ARHIF, 2004

Cet éloignement entre les lieux d'hospitalisation et le domicile des patients représente une lourde contrainte pour les patients franciliens, particulièrement pour les personnes résidant à Paris et dans les Hauts-de-Seine. En effet, en 1998, quatre des dix établissements de rattachement pour les Parisiens étaient implantés hors du département (deux en Essonne, un en Seine-Saint-Denis et un autre dans le Val-de-Marne). Pour les Hauts-de-Seine, quatre établissements de rattachement sur neuf étaient situés hors du département, dont un hors région. 900 lits ont déjà été relocalisés ou sont en voie de l'être (soit 10 % du parc de lits de psychiatrie adulte).

La plupart des patients suivis en ambulatoire

Chaque secteur psychiatrique constitue l'aire fonctionnelle de base du service public de psychiatrie et est placé sous la responsabilité d'un psychiatre hospitalier, qui coordonne une équipe pluridisciplinaire prenant en charge les patients selon une palette de moyens thérapeutiques et dans des lieux variés. Selon l'analyse des rapports d'activité des secteurs, la part du suivi en ambulatoire est largement dominante en psychiatrie. En 2000, seuls 22 % des patients adultes et 2 % des enfants étaient pris en charge à temps complet de façon permanente ou pour une période donnée, pour l'essentiel à l'hôpital. D'autres l'étaient à temps partiel, principalement dans des centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel, mais aussi dans des hôpitaux de jour, des ateliers thérapeutiques ou des hôpitaux de nuit (9,6 % des adultes et 6,5 % des enfants). Mais la grande majorité des patients (88 % des adultes et la même proportion des enfants) était prise en charge en ambulatoire dans les centres médico-psychologiques (CMP).

Depuis 1998, l'évolution des capacités hospitalières en Île-de-France, notamment infanto-juvéniles, s'est faite au bénéfice des prises en charge ambulatoires avec le développement des alternatives à l'hospitalisation et en particulier l'ouverture de services destinés aux adolescents et jeunes adultes.

Nombre de professionnels pour 100 000 habitants, en Île-de-France, en 2000

Départements	Personnel médical		Personnel non médical		Psychologues	
	Adultes	Enfants	Adultes	Enfants	Adultes	Enfants
Paris	17	26	185	150	7,5	26,5
Seine-et-Marne	9	11	69	58	3,4	19,6
Yvelines	13	12	88	89	5,4	12,7
Essonne	14	12	109	74	5,9	11,5
Hauts-de-Seine	15	15	142	92	6,6	18,6
Seine-Saint-Denis	17	16	126	99	8,3	19,5
Val-de-Marne	14	20	137	153	6	16,9
Val-d'Oise	11	12	89	64	5,7	13
Moyenne Île-de-France	14	14	126	98	6,3	17,5
Moyenne nationale	10	10	147	100	4,7	12,8

Source : rapports de secteurs 2000, Drees / ARHIF

Un rééquilibrage de l'offre sur le territoire francilien à poursuivre

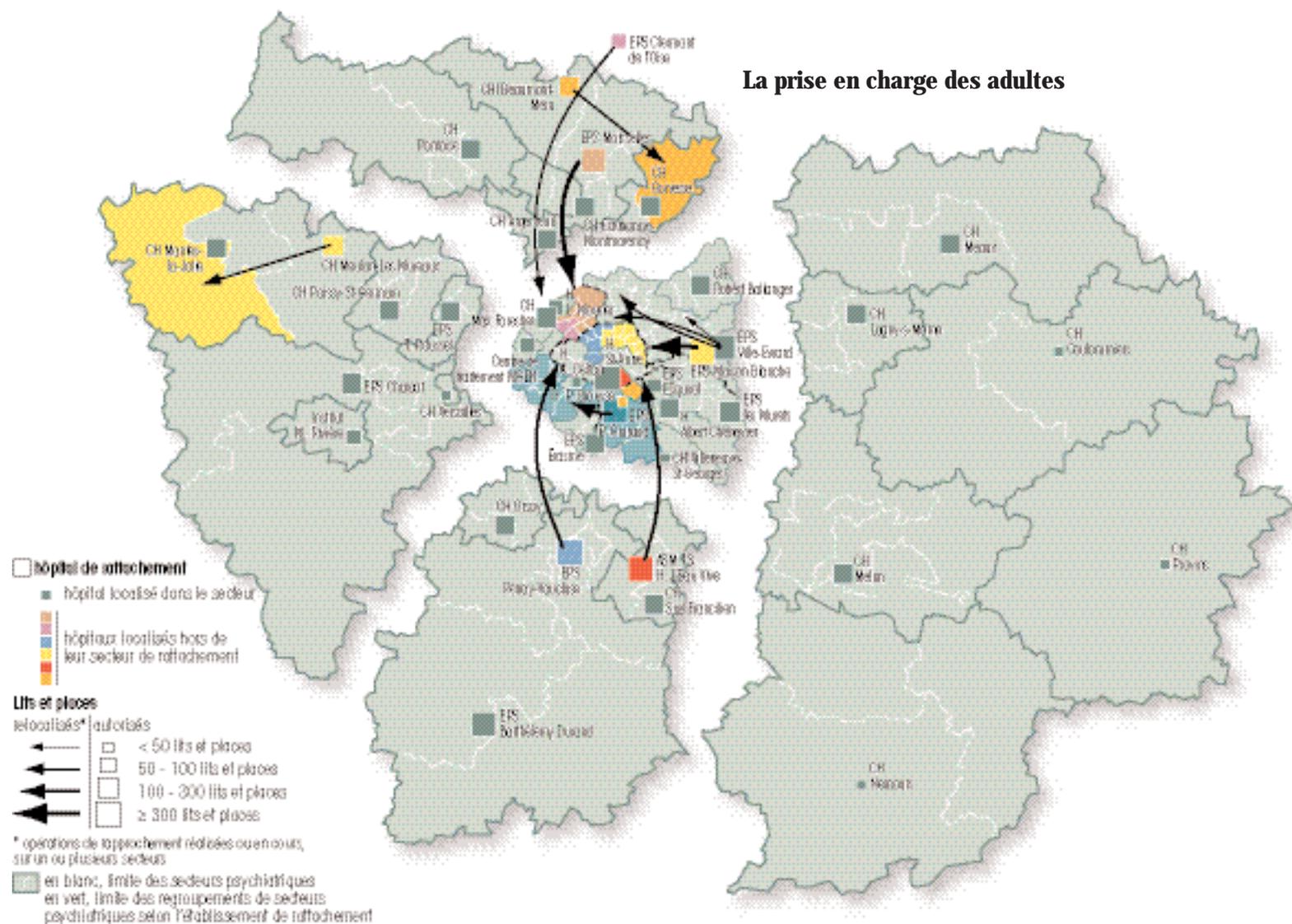
En 2003, l'Île-de-France était moins équipée en psychiatrie adulte que la moyenne des régions françaises (1,13 lit et place installé pour 1 000 habitants contre 1,35 en moyenne en France). Même si les écarts entre départements se sont, depuis quelques années, globalement réduits au bénéfice de la Seine-et-Marne et du Val-d'Oise, ils restent encore très importants. Selon l'inventaire Drassif 2003, sont encore mal dotés les départements de Seine-et-Marne et de Seine-Saint-Denis avec chacun 0,72 lit et place pour 1 000 habitants, suivis du Val-d'Oise (0,92) et des Yvelines (0,93), tandis que Paris, les Hauts-de-Seine et le Val-de-Marne présentent des taux plus favorables, respectivement de 1,80, 1,32 et 1,15. En psychiatrie infanto-juvénile, la région bénéficie, en 2003, d'un taux d'équipement de 0,99 lit et place pour 1 000 enfants de 0 à 16 ans, supérieur au taux national de 0,91. Paris apparaît bien doté, avec 2,35 lits et places, suivi du Val-de-Marne (1,10) et des Yvelines (0,99), tandis que le Val-d'Oise (0,53), la Seine-et-Marne (0,57) et la Seine-Saint-Denis (0,58) sont sous-équipés.

Améliorer la prise en charge des urgences psychiatriques

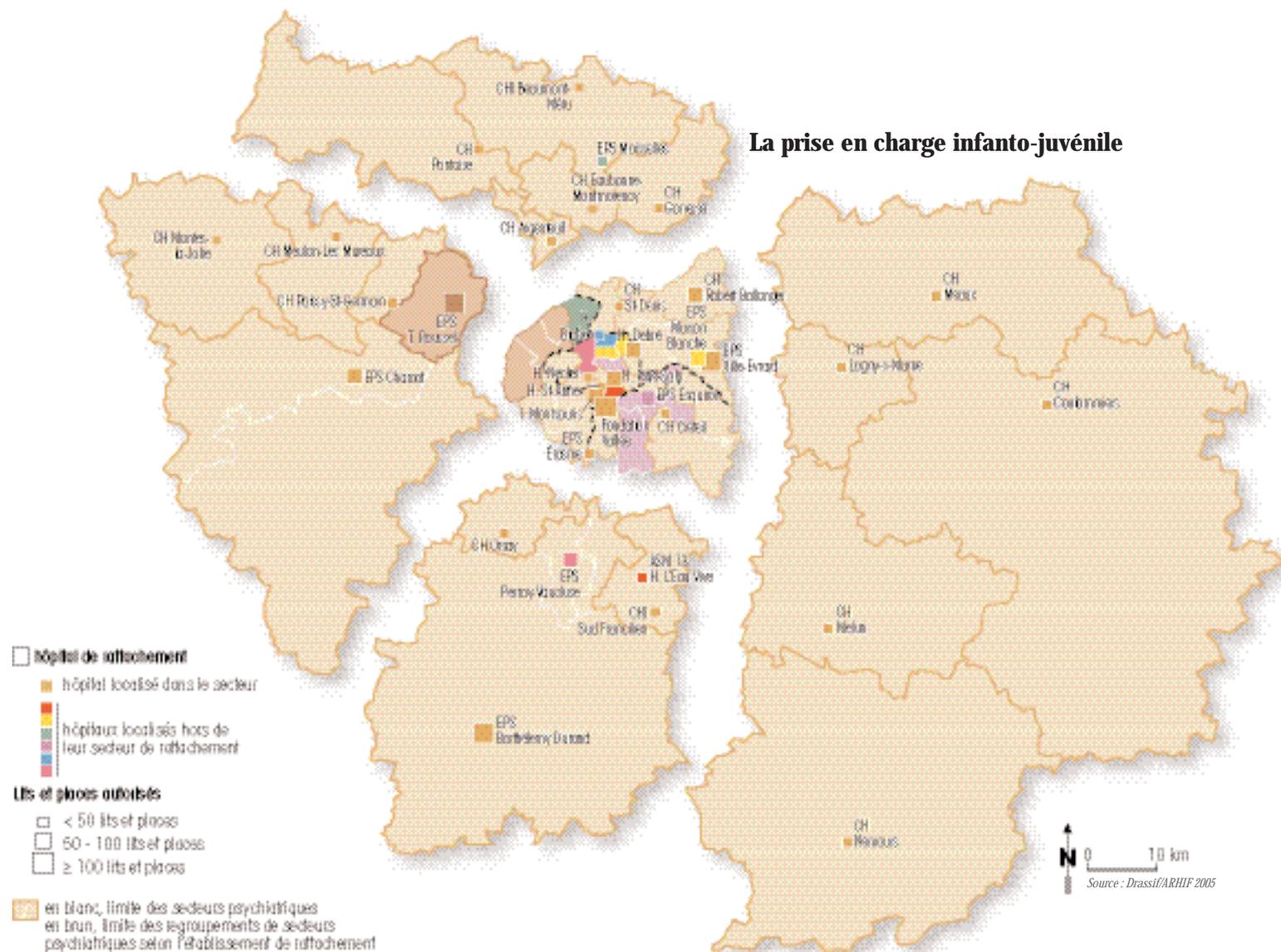
Face au constat selon lequel les urgences psychiatriques sont adressées pour l'essentiel aux services d'accueil des urgences des hôpitaux généraux, le renforcement des liens entre les secteurs psychiatriques et ces hôpitaux demeure un objectif majeur d'amélioration de la prise en charge des patients. De nets progrès ont été enregistrés depuis cinq ans, avec une présence continue d'un personnel médical et paramédical spécialisé en santé mentale dans plus de la moitié des services d'accueil des urgences. Le renforcement de ces actions doit permettre aux patients, accueillis aux urgences pour un motif psychiatrique, d'être hospitalisés dans le service des lits-portes (lits d'accueil aux urgences, avant orientation dans un service hospitalier) et, en cas de nécessité, dans des lits spécifiques post-urgences adaptés pour permettre la meilleure orientation et la mise en place du suivi nécessaire, notamment pour les personnes ayant fait des tentatives de suicide. Enfin, il convient de diversifier les modalités d'intervention en ambulatoire en amont et en aval des situations de crise.

L'OFFRE EN SANTÉ MENTALE EN ÎLE-DE-FRANCE

La prise en charge des adultes



La prise en charge infanto-juvénile



SOINS DE SUITE OU DE RÉADAPTATION : UN DÉFICIT FRANCILIEN EN VOIE DE CORRECTION

Fiche 2

ATLAS DE LA SANTÉ EN ÎLE-DE-FRANCE

En 1997, le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS)⁽¹⁾ des soins de suite et de réadaptation constatait que l'Île-de-France était la région la moins bien dotée en soins de suite ou de réadaptation (SSR), après la région Champagne-Ardenne. Un quart des Franciliens étaient pris en charge en dehors de la région. De plus, il insistait sur la priorité à donner aux soins de suite indifférenciés ou polyvalents, tout en soulignant également le besoin en structures spécifiques. Depuis, les soins de suite ou de réadaptation font partie des priorités de l'agence régionale de l'hospitalisation, afin de développer cette prise en charge et de répondre au mieux aux besoins de la population francilienne.

Les caractéristiques de l'activité médicale des soins de suite ou de réadaptation

La durée moyenne de séjour en SSR est de 39 jours (source : SAE 2002), avec un âge moyen de 62,5 ans. Selon le PMSI⁽²⁾ 2002, l'hospitalisation complète représente 83 % des séjours, dont 27 % concernent des patients de plus de 80 ans et 10,5 % de moins de 16 ans. Les patients viennent à hauteur de 67 % du court séjour et retournent à domicile (y compris en établissements pour personnes âgées) pour 63 %. L'Île-de-France est attractive pour des patients de province pour des prises en charge neurologiques, de santé mentale et viscérales. En revanche, on note une fuite de patients pour les pathologies cardio-vasculaires. Pour les établissements SSR adultes, les patients sont hospitalisés en soins de suite, principalement pour fractures du col du fémur, démences, et pathologies cérébrales. Ils sont hospitalisés en réadaptation-rééducation, pour arthroses des membres inférieurs, pathologies vasculaires cérébrales et atteintes médullaires. Pour les établissements SSR enfants, les principales pathologies relevées sont la rhumato-orthopédie, suivie des troubles nutritionnels et des pathologies congénitales neurologiques.

Les structures de soins de suite interviennent, en hospitalisation complète, de jour ou à domicile, après une pathologie médicale ou chirurgicale aiguë, ayant entraîné ou non une hospitalisation. Elles coordonnent les soins, la surveillance, l'adaptation du traitement et traitent les pathologies intercurrentes⁽²⁾. En ce qui concerne la réadaptation fonctionnelle, on distingue la médecine physique et de réadaptation (qui met en œuvre et coordonne toutes les mesures visant à prévenir ou à réduire les conséquences physiques d'une maladie ou d'un accident) et les autres réadaptations (évaluation fonctionnelle, réentraînement à l'effort, prévention secondaire et aide à la réinsertion professionnelle).

Un effort de rattrapage

Avec 15 141 lits et places installés en soins de suite ou de réadaptation (SSR) en mars 2004 (10 287 en soins de suite et 4 923 en réadaptation fonctionnelle), le déficit régional est en voie de diminution. La période 1997-2004 s'est caractérisée par une augmentation de l'offre de + 32 %, représentant 4 403 lits et places.

Suivant les principes du SROS II, cette politique de développement s'est opérée grâce à :

- une reconversion de 3 905 lits de court séjour ;
- une mise en adéquation des autorisations avec l'activité réelle des établissements de santé ;
- un développement de 47 % des capacités en hospitalisations de jour.

Durant cette période, le secteur privé s'est fortement impliqué dans le développement de l'offre de soins. Il représente aujourd'hui 26 % de l'offre en SSR contre 5 % en 1997.

Les déséquilibres départementaux se sont également atténués : dans un effort de rééquilibrage géographique, deux lits autorisés sur trois l'ont été dans Paris, en Seine-Saint-Denis et dans les Hauts-de-Seine. Néanmoins, avec 1,16 lit et place autorisé pour 1 000 habitants, Paris demeure le département le moins bien doté.

Autre point fort de l'évolution de l'offre en SSR ces dernières années : le développement de structures spécialisées répondant à des besoins mal couverts. À partir d'un cahier des charges élaboré avec des experts, l'agence régionale de l'hospitalisation d'Île-de-France (ARHIF) a autorisé la création de capacités pour la prise en charge de malades atteints d'affections spécifiques ; elle a notamment lancé un appel d'offre régional pour la création de petites unités de six à huit lits pour la prise en charge de patients en état végétal chronique ou état pauci-relationnels⁽¹⁾. Dans ce cadre, 104 lits ont été autorisés et sont en cours d'ouverture. Des autorisations de lits ont également été données pour une prise en charge dédiée à la réadaptation cardiaque, à la réadaptation neurologique, aux soins de suite hémato-cancérologiques, et aux soins de suite à orientation gériatrique.

Enfin, des réseaux se sont développés entre différents professionnels intervenant dans la filière de prise en charge, partant des structures de soins aigus, en passant par des unités de SSR et en finissant par des prises en charge médico-sociales. Ainsi existent ou sont en cours de développement des réseaux pour les traumatisés crâniens, les blessés médullaires, les accidents vasculaires cérébraux.

Un écart qui subsiste entre capacités autorisées et installées

Le premier point faible de l'offre, aujourd'hui, réside dans l'écart important entre les capacités autorisées et installées : sur les 18 174 lits et places autorisés, seuls 15 141 sont d'ores et déjà installés. 2 251 restent donc encore à installer en soins de suite et 782 en réadaptation fonctionnelle. Toutefois, il faut noter que ces capacités sont à 98 % d'autorisation récente.

Un manque de structures ambulatoires, de professionnels et de coordination

Malgré le développement, depuis 1997, de l'hospitalisation de jour, l'offre de soins en structures ambulatoires (hôpital de jour et hospitalisation à domicile), notamment pour la réadaptation fonctionnelle, demeure insuffisante en Île-de-France. Un des enjeux du SROS III⁽¹⁾ sera d'assurer le développement de l'hospitalisation de jour, notamment en réadaptation fonctionnelle ou en soins de suite pour les personnes âgées, ainsi que le développement de l'hospitalisation à domicile pour la réadaptation fonctionnelle.

Par ailleurs, comme en court séjour, les structures de SSR, compte tenu de leur développement important en Île-de-France, risquent d'être confrontées, à moyen et long terme, à une pénurie de professionnels et plus particulièrement en médecine physique et de réadaptation. Il convient donc d'ores et déjà d'anticiper les besoins en ressources humaines liés à la mise en œuvre du SROS.

Enfin, il faut noter un déficit de coordination des filières court séjour/SSR/médico-social, majoré par l'insuffisance des dispositifs médico-sociaux. Améliorer l'organisation de la prise en charge des patients par le développement de coordinations et de réseaux de soins avec l'amont et l'aval sera un des enjeux majeurs du SROS III.

Poursuivre le développement d'une offre adaptée aux besoins de la population

Un autre enjeu du SROS III sera de quantifier l'offre susceptible d'être autorisée par territoire de santé au regard des territoires non couverts, dès lors que toutes les capacités autorisées seront installées et fonctionnelles.

Il devra mettre l'accent sur des domaines prioritaires suivants :

- les alternatives à l'hospitalisation et plus particulièrement la réadaptation cardiaque,
- la médecine physique de réadaptation neurologique, dont, essentiellement, la prise en charge lors des accidents vasculaires cérébraux (AVC),
- l'accueil de patients de tout âge polypathologiques et lourdement dépendants (dont ceux atteints de troubles cognitifs sévères).

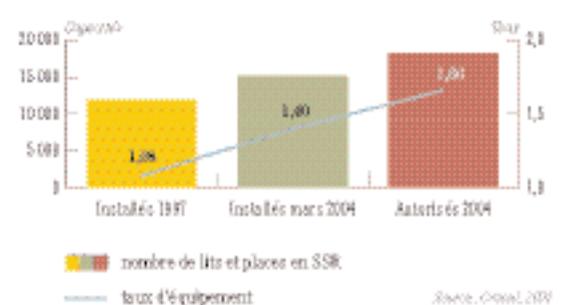
Vers une meilleure lisibilité de l'offre et une évaluation des modes de prise en charge

Autre axe de travail : assurer une meilleure lisibilité de l'offre par le développement d'outils de connaissance partagés, par le biais d'internet, permettant par exemple d'accéder aux données du PMSI ou à des bases de données comme le répertoire des établissements SSR d'Île-de-France qui recense les fiches d'identité de chacun des établissements concernés. Il faudrait également développer un système d'évaluation des différents modes de prise en charge, afin de définir des critères de qualité, par grands types de pathologies.

(1) Voir glossaire.

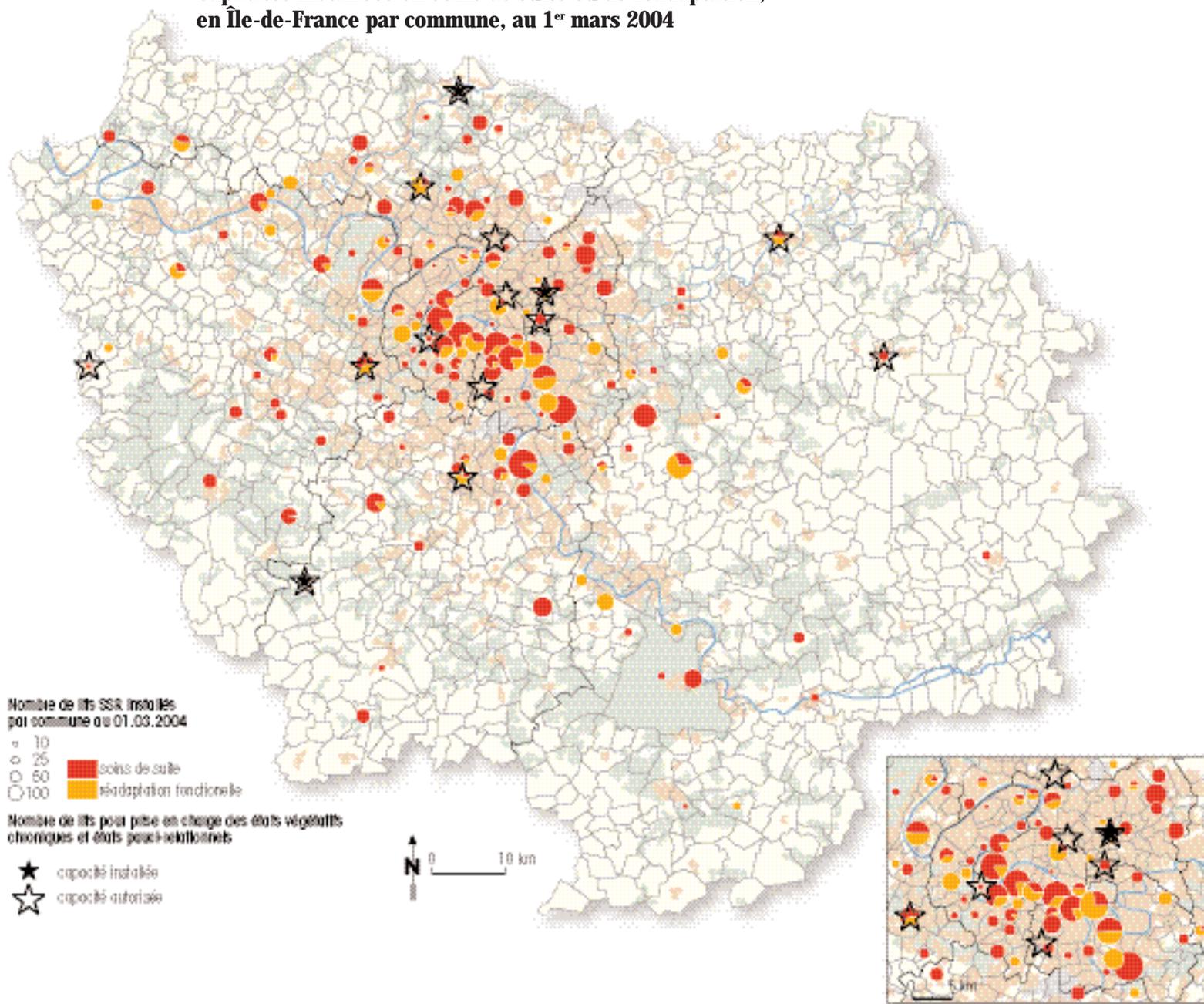
(2) Maladies venant se surajouter à une maladie existante.

Les SSR en Île-de-France : évolution 1997-2004



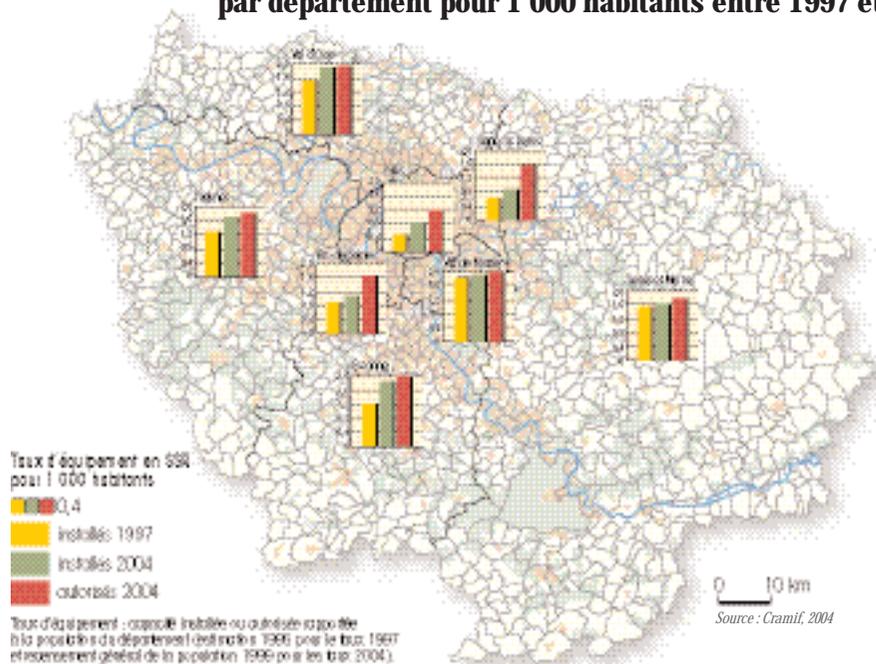
CAPACITÉS EN SOINS DE SUITE OU DE RÉADAPTATION EN ÎLE-DE-FRANCE

Capacités installées en soins de suite ou de réadaptation, en Île-de-France par commune, au 1^{er} mars 2004



Dans un souci de rééquilibrage géographique, les deux tiers des lits SSR autorisés depuis 1997 l'ont été dans Paris, en Seine-Saint-Denis et dans les Hauts-de-Seine. Néanmoins, Paris reste le département francilien le moins bien doté en SSR.

Taux d'équipement en soins de suite ou de réadaptation par département pour 1 000 habitants entre 1997 et 2004



Nombre de lits et places installés et autorisés en SSR en 1997 et 2004 par département en Île-de-France

Départements	Nombre de lits et places en SSR		
	Installés 1997	Installés mars 2004	Autorisés 2004
Paris	991	1 748	2 455
Hauts-de-Seine	1 201	1 525	2 324
Seine-Saint-Denis	832	1 201	2 140
Val-de-Marne	2 183	2 306	2 412
Seine-et-Marne	1 849	1 897	2 064
Yvelines	1 758	2 301	2 436
Essonne	1 360	2 087	2 244
Val-d'Oise	1 683	2 076	2 099
Île-de-France	11 857	15 141	18 174

Source : Cramif, 2004

SOINS PALLIATIFS : UNE OFFRE EN AUGMENTATION, MAIS UN BESOIN DE FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Fiche 3

ATLAS DE LA SANTÉ EN ÎLE-DE-FRANCE

Inscrits dans la loi du 9 juin 1999, repris dans le plan cancer, les soins palliatifs pourraient concerner autour de 24 000 personnes chaque année en Île-de-France⁽¹⁾. L'organisation de la prise en charge des patients en situation palliative repose sur des structures de soins adaptées à l'état du malade et coordonnées entre elles par les équipes mobiles et les réseaux de santé palliatifs.

Les soins palliatifs visent à soulager la douleur, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage. Ce sont des soins actifs et continus pratiqués par une équipe interdisciplinaire en établissement ou à domicile.

Différentes structures de prise en charge des soins palliatifs

Il existe différentes structures de prise en charge des soins palliatifs :

- les unités de soins palliatifs (USP) sont des structures de cinq à dix lits spécialisées et destinées à prendre en charge les fins de vie complexes, les symptômes graves à distance de la fin de vie, et impossibles à assumer hors de ces unités ;
- les équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) sont des équipes spécialisées, comportant médecin, infirmière et psychologue ayant pour mission de conseiller, soutenir et former les équipes médicales non spécialisées en soins palliatifs ;
- à ces deux types de structures connues s'est ajouté le concept de lits identifiés en soins palliatifs. Il s'agit d'un secteur de soins en court séjour ou soins de suite, engagé dans une démarche palliative, disposant de moyens supplémentaires, notamment en infirmières et aides soignantes ;
- de plus, des réseaux de santé en soins palliatifs regroupent des professionnels de ville et d'établissements hospitaliers coordonnés par une équipe pluridisciplinaire apportant expertise et formation.

Entre 1999 et 2004, l'offre en soins palliatifs s'est accrue en Île-de-France : la région disposait, en 1999, de 23 unités de soins palliatifs (272 lits) et de 38 équipes mobiles. En 2004, elle compte 25 unités (312 lits) et 59 équipes mobiles. 16 des 25 unités de soins palliatifs (144 lits) sont installées en secteur de court séjour (MCO), tandis que les 9 restantes (soit 168 lits) sont en soins de suite.

Par ailleurs, hors USP, une quinzaine de cliniques privées et une dizaine de centres hospitaliers publics exercent une activité de soins palliatifs dans des lits dédiés à la prise en charge de patients en situation palliative (environ 130 lits). Enfin, le dispositif régional compte dix réseaux de santé en soins palliatifs et environ 15 % de l'activité propre des services d'hospitalisation à domicile concernent les soins palliatifs.

L'exploitation régionale des fichiers du PMSI⁽²⁾ 2002 des établissements publics et privés de court séjour et publics de soins de suite met en évidence des séjours en soins palliatifs dans tous les territoires de santé. Près de 240 000 journées en court séjour et 89 000 en soins de suite ont ainsi été déclarées, aussi bien par des structures disposant d'unités de soins palliatifs que par des établissements polyvalents.

Des secteurs moins bien dotés que d'autres en Île-de-France

L'augmentation des capacités de prise en charge a facilité l'accès aux soins palliatifs pour les Franciliens. Mais, cette offre est répartie de façon inégale sur le territoire régional. Ainsi, la Seine-et-Marne, une partie des Yvelines et la Seine-Saint-Denis apparaissent moins dotées, tandis que 47 % des capacités en unités de soins palliatifs sont installées à Paris. Par ailleurs, les Hauts-de-Seine, le sud de la Seine-et-Marne et le Val-de-Marne ne disposent pas de réseaux.

De même, en ce qui concerne les équipes mobiles, on compte en moyenne en Île-de-France 0,6 équipe pour 1 000 décès, mais ce taux varie de 0,3 en Seine-et-Marne Nord à 1,8 à Paris-ouest.

La comparaison des besoins (selon des critères liés à la structure de la population), des activités et des installations (USP, EMSP et réseaux) permet d'identifier les territoires de santé

les moins bien équipés. Viennent tout d'abord les Hauts-de-Seine sud et nord et les territoires de Seine-Saint-Denis jouxtant Paris, puis la Seine-et-Marne dans son ensemble, ainsi que les secteurs de Mantes-la-Jolie dans les Yvelines et de Gonesse dans le Val-d'Oise.

Des moyens hétérogènes selon les structures

Les différentes structures de prise en charge des soins palliatifs – les équipes mobiles notamment – disposent de moyens variables ne répondant pas toujours aux recommandations de la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs. Quatre équipes mobiles ne disposent pas, par exemple, de médecin réellement affecté et 19 EMSP disposent au maximum de 0,5 médecin en équivalent temps plein. De la même façon, la disponibilité de psychologues n'est pas généralisée.

Une région relativement bien dotée, mais une offre encore inférieure aux besoins

Le Conseil économique et social estime⁽³⁾ que 2,9 habitants sur 1 000 peuvent avoir besoin de prise en charge palliative (en milieu hospitalier ou en ville). Et l'on considère que 10 % des patients décédant à l'hôpital nécessitent une prise en charge en lits spécialisés en soins palliatifs de 21 jours en moyenne. Ce seraient donc environ 443 lits spécialisés qui seraient alors nécessaires à la région.

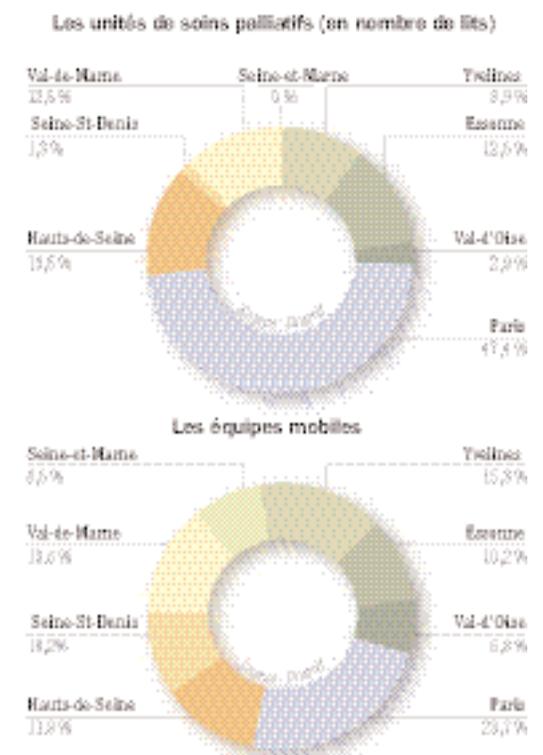
Ainsi, bien que l'Île-de-France compte environ un tiers des 900 lits nationaux spécialisés en soins palliatifs, c'est un peu plus de 100 lits qu'il conviendrait de reconnaître et de répartir dans les zones les moins bien pourvues. La coordination entre les professionnels pourrait également être améliorée, de même que le décloisonnement entre la ville et l'hôpital et la formation des professionnels impliqués.

(1) P. ABALLEA, «Le développement des soins palliatifs en Île-de-France. Une dynamique en quête de plan», Santé publique, 1993, n° 4-5 : 48-63

(2) Voir glossaire.

(3) Source : plan de développement des soins palliatifs 2002-2005.

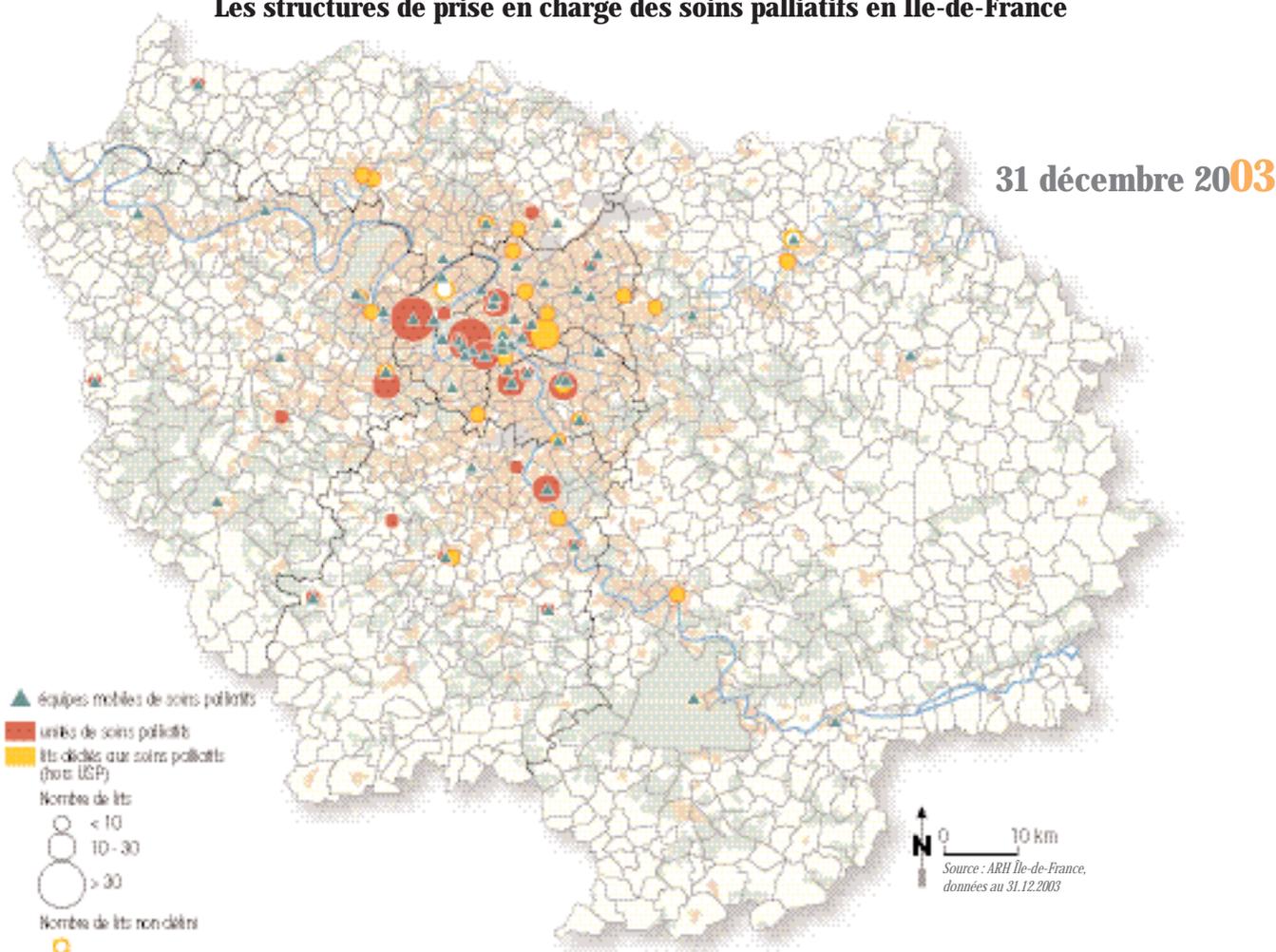
Les soins palliatifs en Île-de-France au 31 décembre 2003, par département



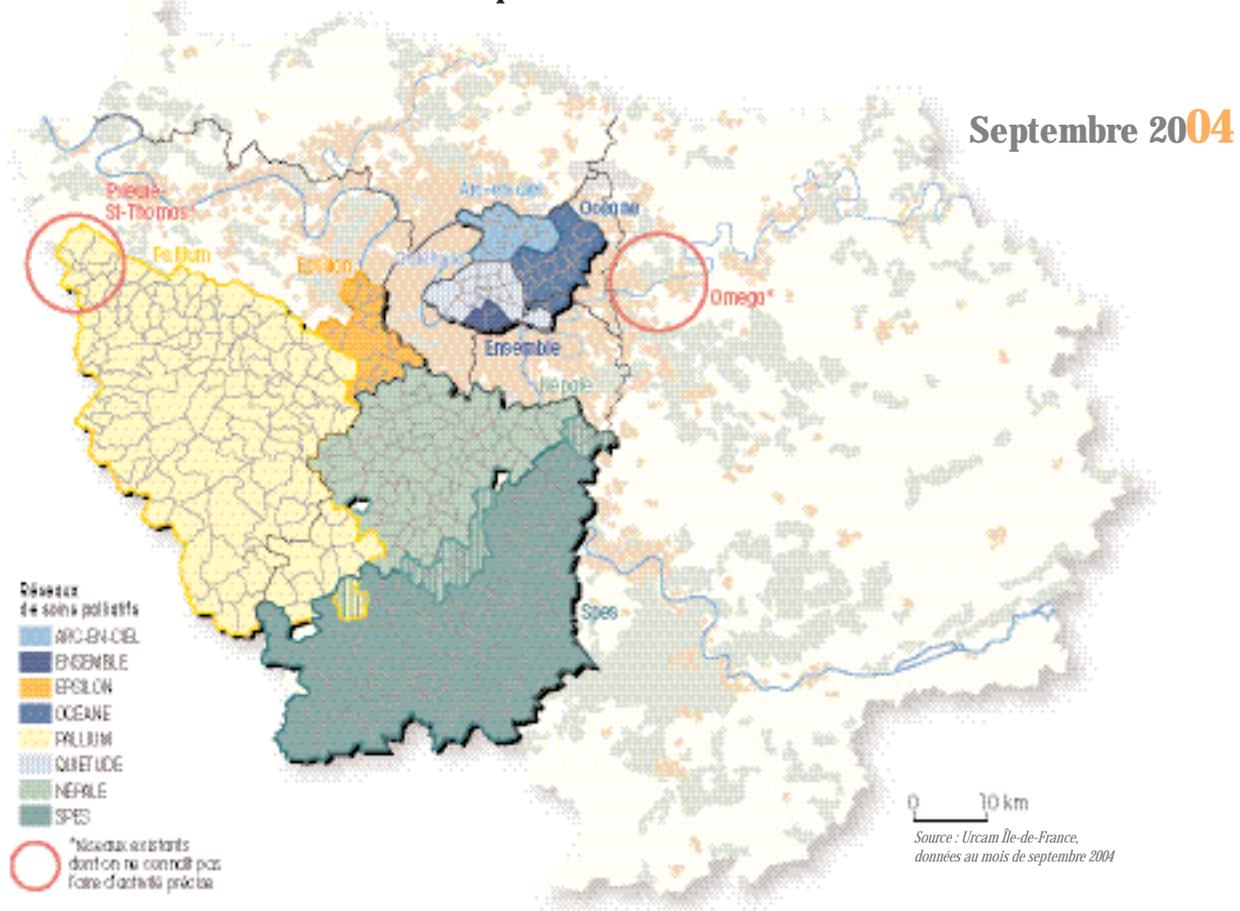
M. Lacombe / laurif

LES SOINS PALLIATIFS EN ÎLE-DE-FRANCE

Les structures de prise en charge des soins palliatifs en Île-de-France



Les réseaux de soins palliatifs en Île-de-France



Les réseaux de soins palliatifs ont pour objectif commun de proposer à chaque patient en phase palliative une prise en charge à domicile coordonnée par des acteurs de santé formés, afin de rompre l'isolement actuel du patient en fin de vie ainsi que celui de son entourage et de lutter activement contre sa douleur physique, sa souffrance psychologique et sociale.

UNE DENSITÉ DE GÉNÉRALISTES ET D'OMNIPRATICIENS LIBÉRAUX PLUS FAIBLE QUE LA MOYENNE NATIONALE

Fiche 1

ATLAS DE LA SANTÉ EN ÎLE-DE-FRANCE

Sur les 23 496 médecins libéraux exerçant en Île-de-France en 2001, seulement 10 247 sont des «omnipraticiens», c'est-à-dire ayant une qualification en médecine générale. La densité d'omnipraticiens libéraux franciliens est plus faible que la moyenne nationale. Par ailleurs, de fortes oppositions existent entre Paris et sa périphérie, moins dotée. Néanmoins, ces disparités spatiales doivent être nuancées, compte tenu du recours aux soins à proximité du lieu de travail, phénomène propre à l'Île-de-France du fait des importantes migrations alternantes quotidiennes domicile/travail des actifs.

Omnipraticiens et modes d'exercice particuliers

Parmi les 10 247 omnipraticiens libéraux en activité au 31 décembre 2001, 18 % ont des modes d'exercice particulier comme l'homéopathie ou l'acupuncture, ou des orientations complémentaires, autrement dit un diplôme ou une qualification leur permettant d'exercer des disciplines particulières. Elles peuvent concerner la médecine du sport ou la gériatrie, mais peuvent aussi être orientées vers des exercices plus spécifiques comme l'allergologie, la médecine du travail, voire la chirurgie orthopédique. Paris est le département qui compte la plus forte proportion de médecins à exercice particulier (MEP) : 27,2 % contre 8,1 % en Seine-et-Marne, 17,9 % dans les Yvelines, 17 % dans l'Essonne et les Hauts-de-Seine, 15,8 % en Seine-Saint-Denis, 13,1 % dans le Val-de-Marne et 12,6 % dans le Val-d'Oise. À titre de comparaison, la proportion de MEP sur la France entière est de 10,7 %.

L'Île-de-France compte moins de médecins omnipraticiens libéraux que de spécialistes (ces derniers représentaient environ 56,4 % des médecins libéraux exerçant en Île-de-France en 2001). Cette situation s'explique à la fois par une densité d'omnipraticiens plus faible que la moyenne nationale, mais surtout par une présence importante de spécialistes libéraux en région Île-de-France, en corrélation avec la place qu'occupe la région, sur les plans urbain, démographique, économique et particulièrement sanitaire, avec la présence de nombreux centres hospitaliers.

Une densité et une activité médicales des omnipraticiens plus faibles que la moyenne nationale

Si la densité d'omnipraticiens franciliens (92,5 omnipraticiens pour 100 000 habitants) est plus faible que la moyenne nationale (102,7), la part du secteur II (regroupant les médecins conventionnés à honoraires libres) est quant à elle plus élevée en Île-de-France (31 % contre 14 % en France). Les omnipraticiens franciliens sont, en moyenne, légèrement plus âgés (48 ans en Île-de-France et 47 ans pour la France) et les femmes sont plus représentées (29 % en Île-de-France et 24 % en France). L'activité des omnipraticiens franciliens est :

- inférieure en volume à ceux de la France entière (- 10,2 % de consultations et - 31 % de visites),
- supérieure en nombre de coefficients d'actes en K⁽¹⁾ (+ 17,8 %), qui représente toutefois une faible part de l'activité des omnipraticiens franciliens.

Le montant de leurs honoraires moyens est inférieur de 4 % à la moyenne nationale, malgré une part des dépassements qui représente 14 % des actes en Île-de-France contre 5 % en France.

Des professionnels de santé «de proximité», mais inégalement répartis sur le territoire

Sur les 1 300 communes franciliennes, 667 bénéficient de la présence d'au moins un omnipraticien. Cette répartition suit globalement celle de la population francilienne, puisque les 633 communes dépourvues d'omnipraticiens ne comptent que pour environ 3 % de la population de la région. Paris concentre de fortes densités de médecins omnipraticiens, particulièrement dans les arrondissements aisés du sud-ouest de la capitale, tandis que l'offre en généralistes est moindre dans les quartiers moins favorisés du Nord-Est parisien. Cette ligne de rupture se prolonge, dans une certaine mesure, en petite couronne avec des densités systématiquement inférieures à la moyenne régionale en Seine-Saint-Denis (à l'exception des cantons de Bondy, Rosny-sous-Bois, Le Bourget, Saint-Denis-sud et Pavillons-sous-Bois), contrastant avec des densités plus fortes à l'ouest et dans le sud, notamment dans le Val-de-Marne et dans certains cantons des Hauts-de-Seine prolongeant l'axe ouest de Paris.

D'autre part, la concentration médicale décroît au fur et à mesure que l'on s'éloigne de Paris. Toutefois, dans les cantons les plus densément peuplés et les plus fortement urbanisés de la grande couronne existent des densités d'omnipraticiens élevées, notamment dans des villes structurant l'espace périphérique francilien (Fontainebleau, Provins, Pontoise, Meaux, etc.).

En dehors de ces pôles urbains, les autres communes de la grande couronne apparaissent peu dotées en offre de soins de premier recours (moins encore pour ce qui concerne les spécialistes). Une étude de l'ORS d'Île-de-France souligne que la densité des omnipraticiens n'est que de 76 pour 100 000 habitants en zone périurbaine⁽²⁾. Leur activité est en revanche de 15 % plus élevée que la moyenne nationale.

Ce surcroît d'activité se traduit pourtant par des honoraires à peine plus élevés que la moyenne nationale (en raison d'une moindre pratique du dépassement d'honoraires, même si elle reste plus importante en zone périurbaine francilienne que pour des territoires similaires en province).

Enfin, notons que, au sein des zones périurbaines, ce sont celles où l'empreinte rurale reste la plus marquée qui sont le plus faiblement dotées en offre de soins. L'activité des omnipraticiens libéraux y est par ailleurs faible, ce qui peut s'expliquer par un recours préférentiel aux médecins établis dans les pôles urbains structurant l'espace alentour ou par un moindre recours aux soins.

Un recours aux omnipraticiens aussi sur le lieu de travail

Même si le maillage des omnipraticiens constitue une image de l'offre de soins de proximité, le recours à celle-ci ne se fait pas toujours sur le lieu de résidence. De fait, en 1999, seuls 22,5 % des actifs occupés de la région travaillent et habitent dans la même commune, contre 42 % en province. De nombreux Franciliens sont donc contraints d'effectuer des trajets quotidiens importants, ce qui conduit une partie d'entre eux à consulter un médecin omnipraticien sur le lieu de travail. À titre d'illustration, en septembre 2002, un tiers des habitants de Seine-Saint-Denis n'a pas consulté d'omnipraticien dans sa commune de résidence. Les médecins parisiens doivent répondre à une partie de cette demande de patients résidant en périphérie et travaillant dans la ville-capitale, encore que cette pratique pourrait évoluer avec l'instauration du «médecin traitant».

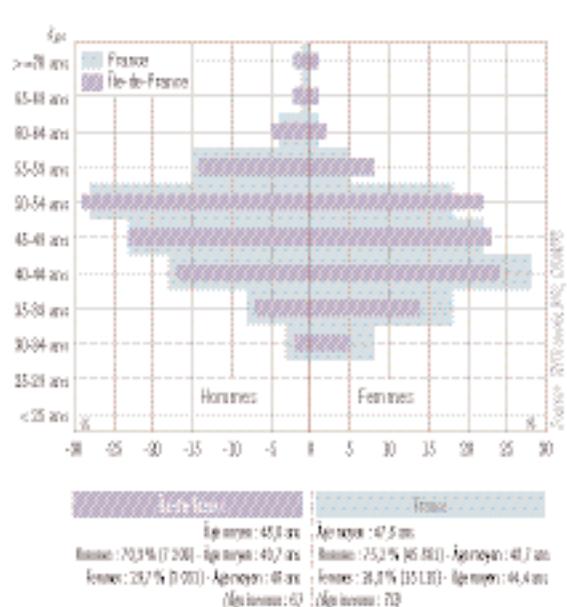
L'observation de la démographie médicale francilienne doit prendre en compte ces flux de patients propres à la région, de même que la moyenne d'âge sensiblement plus élevée des omnipraticiens de la capitale, et leur proportion plus importante à avoir des modes d'exercice particuliers.

Par ailleurs, ces constats doivent être nuancés au regard de l'offre des consultations hospitalières externes, mais également des nombreux centres de santé implantés notamment sur Paris et la petite couronne. L'analyse fine de tous ces éléments constitue un préalable indispensable pour avoir une vision équilibrée de l'adéquation ou de l'inadéquation de l'offre de soins de premier recours aux besoins de la population.

(1) Voir glossaire.

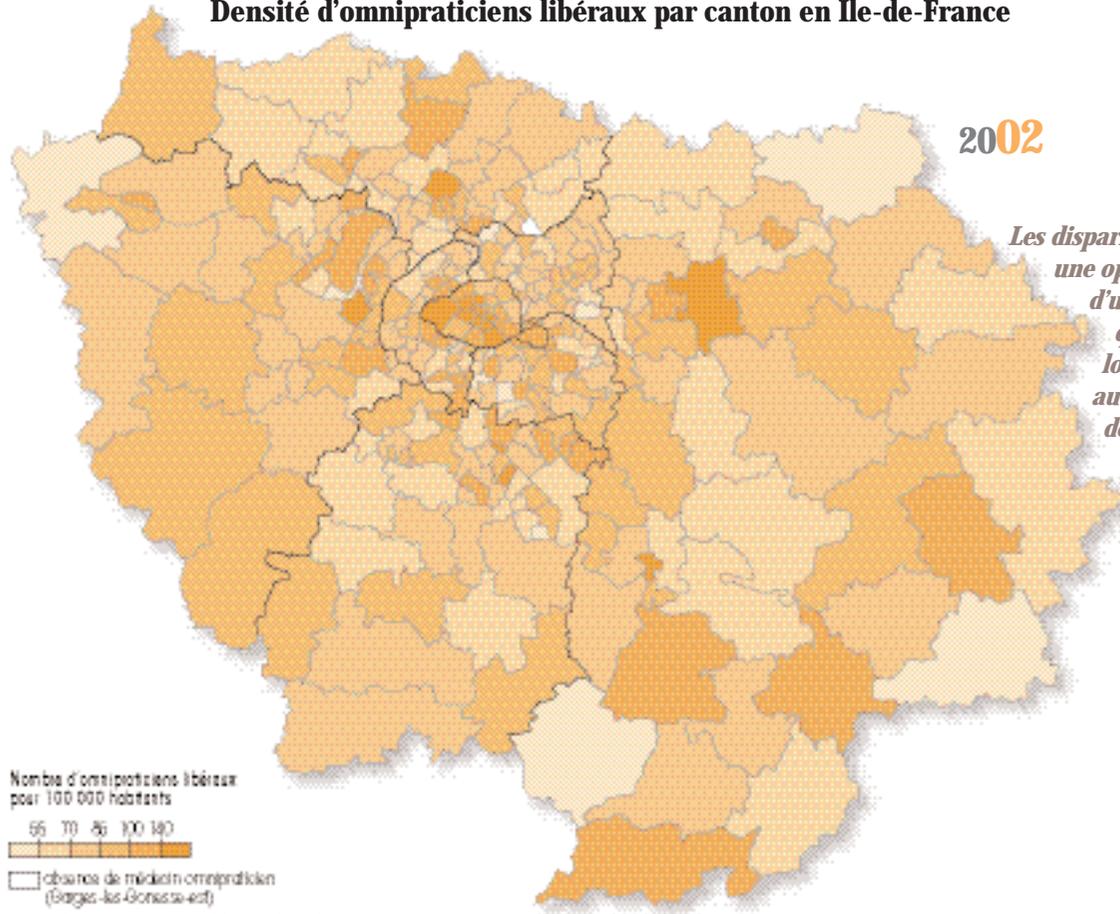
(2) La zone périurbaine est ici définie à partir du découpage Insee en aire urbaine (voir glossaire). Selon cette définition, l'Île-de-France ne compte que sept communes rurales, l'ensemble des autres communes hors pôles urbains constituant le périurbain francilien.

Pyramides des âges des omnipraticiens en France et en Île-de-France en 2002



LES OMNIPRATICIENS LIBÉRAUX

Densité d'omnipraticiens libéraux par canton en Île-de-France



2002

Les disparités infra-régionales soulignent une opposition centre/périphérie, sous la forme d'un gradient déclinant au fur et à mesure que l'on s'éloigne de Paris, avec, localement, des densités plus élevées au niveau des villes les plus importantes de la grande périphérie.

Nombre d'omnipraticiens libéraux pour 100 000 habitants
55 70 85 100 120

□ absence de médecin omnipraticien (Garges-lès-Gonesse-est)

Sources : Insee (recensement général de la population de 1999), assurance maladie (SNIR* 2002), URCAM Île-de-France

* Voir glossaire.

Honoraires et activité des omnipraticiens franciliens et de leurs homologues provinciaux

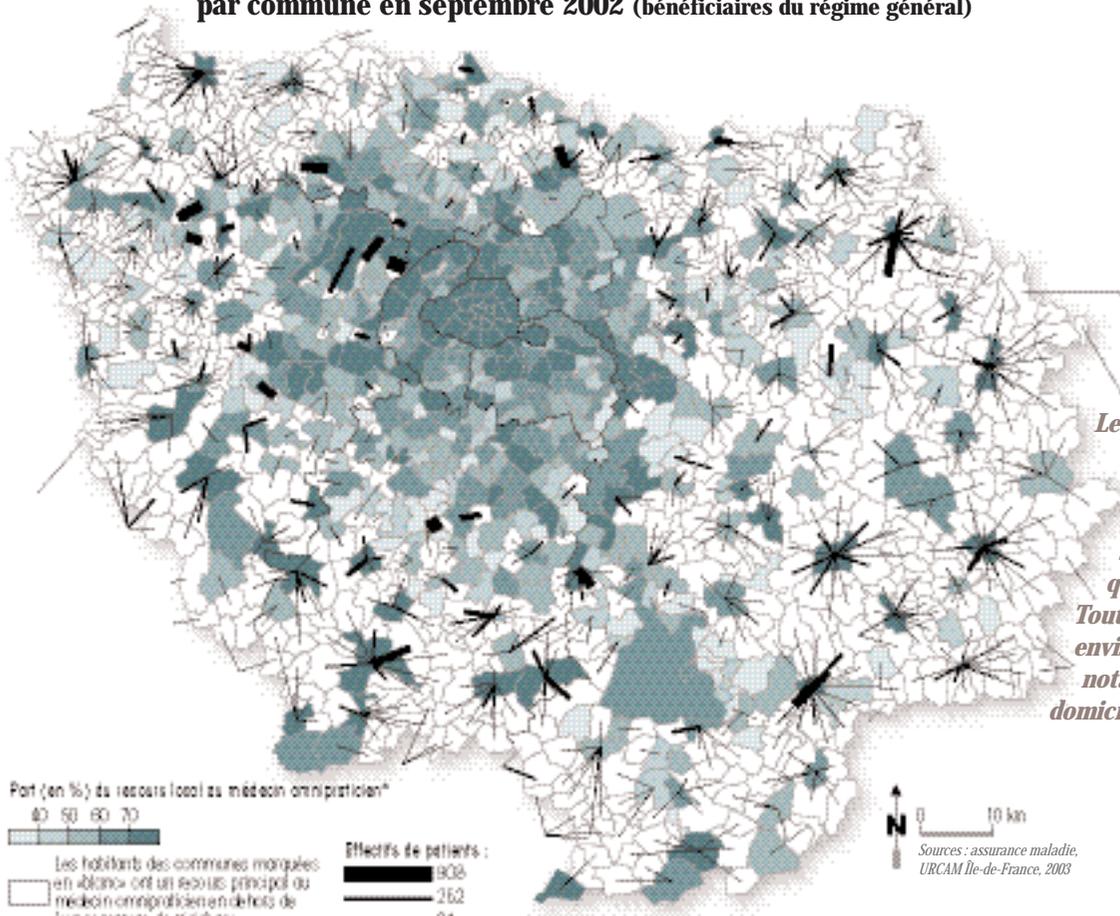
Les omnipraticiens franciliens ont une activité inférieure en volume à celle de leurs homologues provinciaux : 93,1 % des omnipraticiens libéraux travaillent à part entière en Île-de-France, contre 95,5 % en moyenne en France. De plus, même lorsqu'ils sont actifs à part entière, les omnipraticiens franciliens choisissent, pour un certain nombre d'entre eux, d'avoir une activité moindre que celle observée en moyenne en France, notamment en ce qui concerne les visites. Ce qui fait que, malgré des dépassements d'honoraires et des actes techniques plus fréquents, ils ont des honoraires inférieurs en moyenne aux professionnels de province.

Activité 2002 des omnipraticiens actifs à part entière (APE)

	Île-de-France	France
Nombre d'actes par omnipraticien APE		
Consultations (C)	3 546	3 952
Visites (V)	667	949
Actes techniques (K)	171	159
Actes chirurgicaux (KCC)	19	19
Actes de radiologie (Z)	1	4
Montant moyen des honoraires par omnipraticien APE		
	109 571 €	115 203 €
Répartition des omnipraticiens APE par tranche d'honoraires (en %)		
< 30 000 €	10 %	7 %
30 000 - 75 000 €	17 %	15 %
75 000 - 105 000 €	25 %	24 %
105 000 - 135 000 €	22 %	24 %
135 000 - 165 000 €	13 %	16 %
> 165 000 €	13 %	15 %
Ensemble	100 %	100 %

Source : Éléments de diagnostic sanitaire en Île-de-France, édition 2004, Urcam Île-de-France

Recours au médecin omnipraticien libéral en Île-de-France, par commune en septembre 2002 (bénéficiaires du régime général)



Part (en %) du recours local au médecin omnipraticien*

40 50 60 70

Les habitants des communes marquées en blanc ont un recours principal au médecin omnipraticien en dehors de leur commune de résidence.

Effectifs de patients :

● 908

● 262

● 24

0 10 km

Sources : assurance maladie, URCAM Île-de-France, 2003

* rapport entre le nombre de consultations effectuées chez un omnipraticien de la commune de résidence du patient sur l'ensemble des consultations effectuées pour les motifs de la consultation par le tiers résident en septembre 2002

Le recours au médecin omnipraticien est local : sur la commune de résidence des patients, lorsque celle-ci compte au moins un omnipraticien sur place, sur des communes limitrophes quand ce n'est pas le cas. Toutefois, la part du recours local laisse envisager des recours plus lointains, notamment sur Paris, liés aux migrations domicile/travail quotidiennes.

DES SPÉCIALISTES LIBÉRAUX NOMBREUX MAIS INÉGALEMENT RÉPARTIS DANS LA RÉGION

Fiche 2

ATLAS DE LA SANTÉ EN ÎLE-DE-FRANCE

En Île-de-France, les médecins spécialistes représentent 56 % de l'ensemble des médecins libéraux contre 47 % en France métropolitaine. Cette proportion atteint 67 % à Paris, mais seulement 45 % dans le département de Seine-et-Marne. Les disparités géographiques en matière de densités médicales varient en fonction de la spécialité. Les psychiatres sont ainsi fortement représentés sur Paris. De manière générale, l'implantation des médecins spécialistes est fortement corrélée à l'armature urbaine, ainsi qu'aux composantes socio-économiques des territoires.

Au 31 décembre 2002, 13 204 médecins spécialistes libéraux étaient en activité en Île-de-France (soit 25 % de l'ensemble des spécialistes de France métropolitaine).

Fait unique en France, la région francilienne compte plus de médecins spécialistes que d'omnipraticiens libéraux : les spécialistes représentent 56 % des médecins libéraux exerçant dans la région (contre 47 % en France métropolitaine). Cela s'explique à la fois par une densité d'omnipraticiens plus faible que la moyenne nationale, mais aussi par l'attrait de la région, compte tenu d'une forte concentration de pôles hospitaliers. L'implantation des médecins – notamment spécialistes – près du lieu de formation est un phénomène connu.

Une densité forte, mais une activité médicale plus faible que la moyenne nationale

À une densité de spécialistes franciliens (119,2 spécialistes pour 100 000 habitants) sensiblement plus forte que la moyenne nationale (89,7) s'ajoute une proportion importante de spécialistes exerçant en secteur II, dit à honoraires libres (57 % en Île-de-France, contre 36 % en France). L'Île-de-France compte ainsi six fois plus de spécialistes à honoraires libres que la Bretagne.

Les spécialistes franciliens sont, en moyenne, plus âgés (51 ans contre 49,6 ans pour la France) et les femmes sont plus représentées (36 % contre 30 % en France). L'activité des spécialistes franciliens est inférieure en volume d'actes à ceux de la France entière (- 11,2 % de consultations et - 24 % de coefficients en actes K⁽¹⁾).

Le montant de leurs honoraires moyens est inférieur de 7,7 % à la moyenne nationale, malgré une part des dépassements qui représente 25 % en Île-de-France contre 13 % en France.

L'implantation des spécialistes, corrélée à la concentration urbaine...

La densité régionale en spécialistes cache de fortes disparités géographiques, notamment entre Paris, où les deux tiers (67 %) des médecins libéraux sont des spécialistes, et la Seine-et-Marne, où moins de la moitié (45 %) des médecins libéraux sont des spécialistes. La répartition des spécialistes est fortement corrélée non seulement avec la géographie des établissements hospitaliers, mais aussi avec la structure urbaine : plus de 72 % des communes franciliennes (941) ne recensent aucun médecin spécialiste en 2001. Une grande majorité d'entre elles sont des communes de moins de 1 000 habitants et rares sont celles qui dépassent 5 000 habitants. Il existe toutefois certaines exceptions lorsqu'une petite commune est le siège d'un centre médical ou d'une clinique. C'est le cas de Goussonville dans les Yvelines, commune de 557 habitants, qui compte deux spécialistes libéraux... et une clinique spécialisée dans les soins de suite et la réadaptation cardiaque notamment.

À l'inverse, seules deux communes de plus de 10 000 habi-

tants ne recensent aucun médecin spécialiste installé en leur sein : Morangis dans l'Essonne et Villetaneuse en Seine-Saint-Denis qui enregistre par ailleurs une très faible densité de médecins généralistes.

Finalement, un peu plus de 11 % de la population francilienne habitent dans une commune dépourvue de spécialiste. De manière générale, on peut dire que plus la spécialité est rare, plus elle a tendance à se trouver dans des villes « importantes », tant en termes de population qu'en matière de services offerts à celle-ci.

Dans certaines parties du territoire, notamment dans l'ouest des Yvelines et du Val-d'Oise, ainsi que dans l'est de la Seine-et-Marne et le sud de l'Essonne, il est probable que ce soit les omnipraticiens qui aient à faire face à la faiblesse de l'offre de spécialistes, notamment en ce qui concerne la gynécologie et la pédiatrie.

... et au profil social des territoires

La répartition des médecins spécialistes est également corrélée avec le profil social des territoires. En effet, à côté de la dichotomie centre/périphérie existe une opposition est/ouest : les disparités sont marquées entre les Hauts-de-Seine et les Yvelines d'un côté et la Seine-Saint-Denis de l'autre. Sevran compte, par exemple, onze fois moins de médecins spécialistes par habitant que Neuilly-sur-Seine. Ces disparités « sociales » se retrouvent au sein même du département des Hauts-de-Seine, où les communes du nord du département sont moins bien pourvues en médecins spécialistes que les autres communes alto-séquanaises.

Une analyse multivariée réalisée au niveau cantonal a, par ailleurs, pu mettre en évidence le poids important des variables sociales, les densités de spécialistes apparaissant corrélées positivement avec des variables comme la proportion de cadres ou bien encore le revenu par foyer fiscal. À l'inverse, une commune comme Villetaneuse, avec un taux de chômage élevé et la présence de deux zones urbaines sensibles, ne compte aucun « spécialiste courant » (gynécologue, pédiatre) et ne recense que deux dentistes.

Par ailleurs, la répartition de spécialistes comme les pédiatres et les gynécologues n'est pas directement corrélée à la valeur des indices de fécondité. Ainsi, en Seine-Saint-Denis et surtout dans les villes nouvelles (celle de Marne-la-Vallée notamment), les densités de pédiatres et de gynécologues apparaissent relativement faibles en comparaison des taux d'accroissement naturel élevés.

En outre, on observe une présence accrue de spécialistes libéraux exerçant en secteur à honoraires libres dans les zones économiquement et socialement plus favorisées. Inversement, la Seine-Saint-Denis est le département francilien avec la plus faible proportion de spécialistes libéraux exerçant en secteur II. Toutefois, tous les départements franciliens présentent une part du secteur II plus élevée qu'ailleurs en moyenne en France.



A. Lacourche / laurif

Caractéristiques des spécialistes franciliens par département au 31 décembre 2002

Départements	Effectifs	Ensemble des spécialistes			
		% des femmes	Âge moyen	% de libéraux exclusifs*	% secteur II
75 - Paris	5 372	37	52,1	28	65
77 - Seine-et-Marne	822	30	49,9	48	53
78 - Yvelines	1 370	40	50,4	38	58
91 - Essonne	927	36	49,5	55	47
92 - Hauts-de-Seine	1 718	38	50,4	29	59
93 - Seine-Saint-Denis	1 002	31	50,1	39	40
94 - Val-de-Marne	1 152	36	50,5	34	47
95 - Val-d'Oise	841	33	50,4	39	50
Région Île-de-France	13 204	36	51	34	57
France métropolitaine	53 251	30	49,6 %	62	36

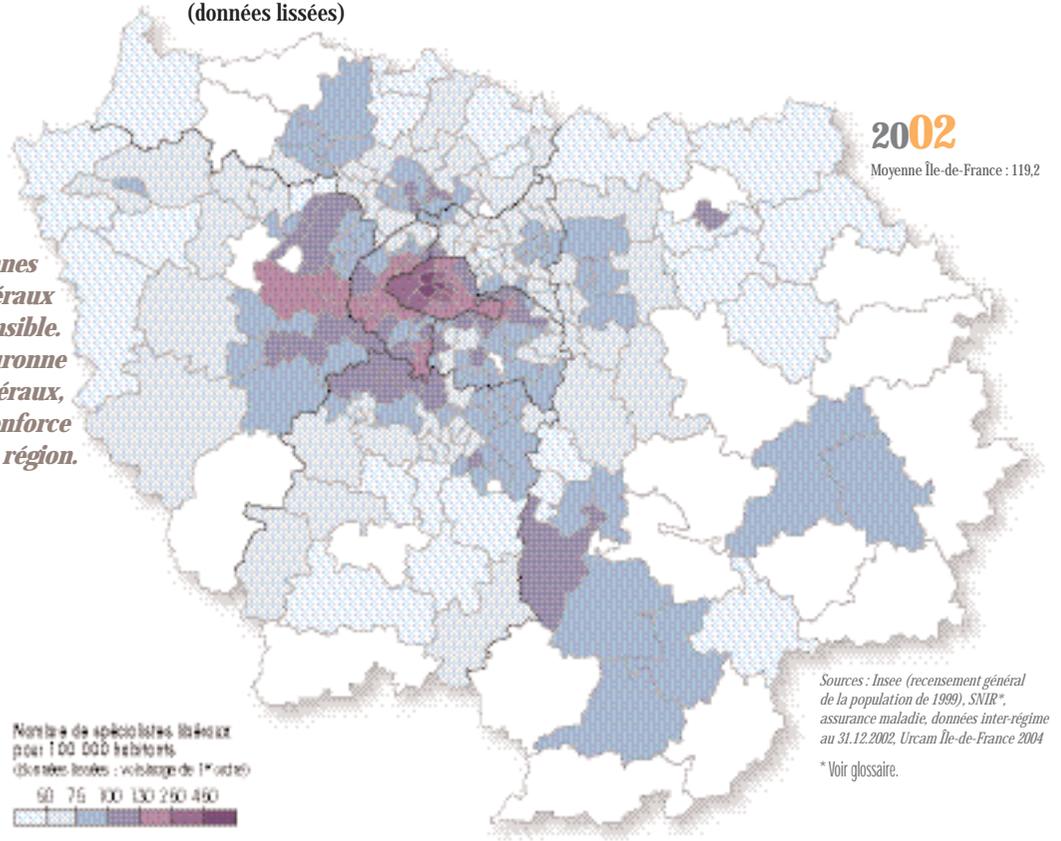
* Ceux qui ne travaillent pas aussi en partie à l'hôpital...

(1) Voir glossaire.

LES SPÉCIALISTES LIBÉRAUX EN ÎLE-DE-FRANCE

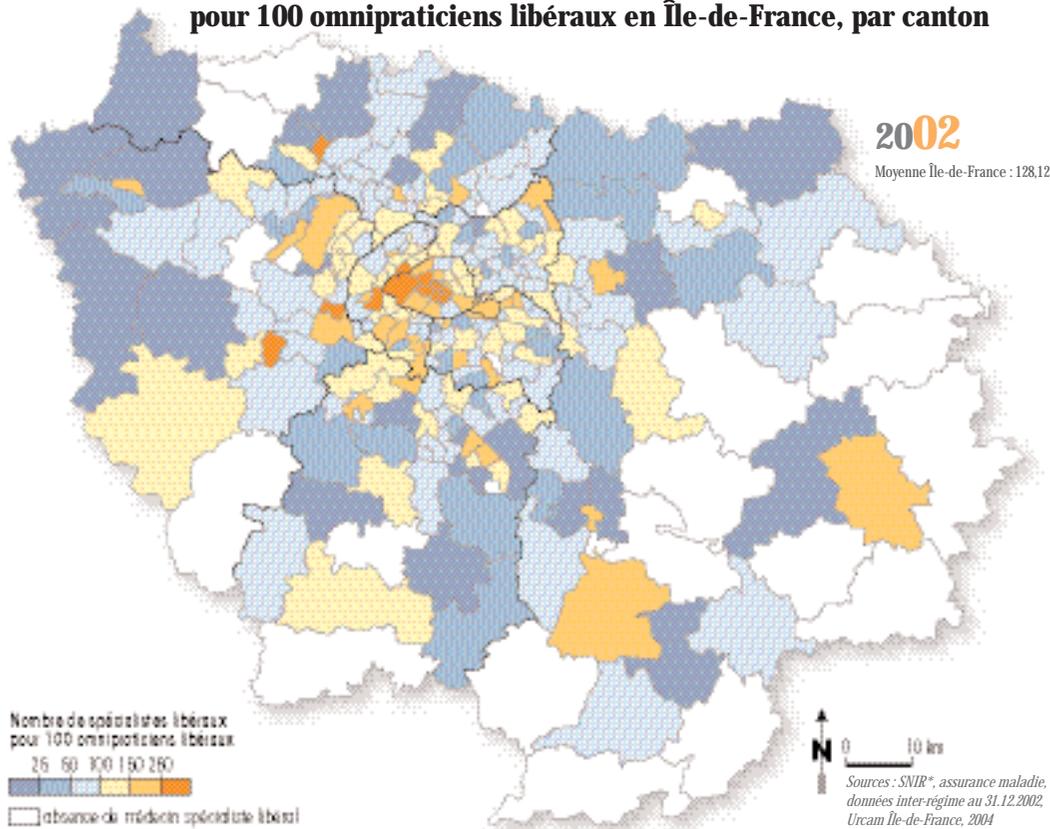
Densités de médecins spécialistes libéraux par canton (données lissées)

L'opposition entre les fortes densités parisiennes de spécialistes libéraux et la périphérie est très sensible. De nombreux cantons de la grande couronne ne comptent pas de médecins spécialistes libéraux, notamment en Seine-et-Marne, ce qui renforce une ligne de fracture entre l'est et l'ouest de la région.



Sources : Insee (recensement général de la population de 1999), SNIR*, assurance maladie, données inter-régime au 31.12.2002, Urcam Île-de-France 2004
* Voir glossaire.

Nombre de médecins spécialistes libéraux pour 100 omnipraticiens libéraux en Île-de-France, par canton



Sources : SNIR*, assurance maladie, données inter-régime au 31.12.2002, Urcam Île-de-France, 2004
* Voir glossaire.

Honoraires et activité des spécialistes libéraux franciliens et de leurs homologues provinciaux

Comme les omnipraticiens, un certain nombre de spécialistes libéraux franciliens choisissent d'avoir une activité inférieure en volume à celle de leurs homologues provinciaux. Ainsi, malgré des dépassements d'honoraires plus fréquents, leurs honoraires sont inférieurs en moyenne à ceux des spécialistes libéraux de province. Il convient toutefois de nuancer ce propos, car les spécialistes libéraux franciliens sont plus nombreux à travailler également à l'hôpital (près de 40 % contre moins de 30 % en moyenne en France), touchant ainsi des revenus également de leurs activités hospitalières.

Honoraires 2002 des spécialistes libéraux actifs à part entière (APE)

	Île-de-France	France
Montant moyen	188 302 €	204 103 €
Répartition par tranche		
< 75 000 €	19 %	15 %
75 000 - 105 000 €	15 %	13 %
105 000 - 135 000 €	14 %	13 %
135 000 - 180 000 €	15 %	16 %
180 000 - 225 000 €	11 %	12 %
> 225 000 €	26 %	31 %
Ensemble	100 %	100 %

Source : Éléments de diagnostic sanitaire en Île-de-France, édition 2004, Urcam Île-de-France

Ventilation départementale de quelques spécialistes libéraux, en Île-de-France Situation au 31 décembre 2002

	Psychiatres			Cardiologues			Gynécologues-obstétriciens			Ophtalmologues			Pédiatres			Chirurgie générale		
	Effectifs	Âge moyen	% secteur II	Effectifs	Âge moyen	% secteur II	Effectifs	Âge moyen	% secteur II	Effectifs	Âge moyen	% secteur II	Effectifs	Âge moyen	% secteur II	Effectifs	Âge moyen	% secteur II
Paris	1 266	51,8	52	300	52,9	48	377	52,5	86	398	51,2	81	231	54,1	62	297	53,8	74
Seine-et-Marne	60	52	25	63	48,9	40	94	50,9	76	81	49	70	57	51,1	53	37	50,3	73
Yvelines	135	50,8	44	107	50,6	36	105	50,5	83	136	49,4	67	107	52,6	54	62	53,6	74
Essonne	84	50,4	38	80	48,4	19	74	50	69	99	49,7	62	65	50,8	40	36	51,1	69
Hauts-de-Seine	170	50,7	45	126	49	46	118	50,9	67	141	49,9	67	146	51,6	65	81	54,3	70
Seine-Saint-Denis	79	49,7	25	113	49,1	13	67	50,9	52	94	49,6	60	69	52,2	57	55	52,9	64
Val-de-Marne	114	52	33	102	49,7	14	82	52	71	109	49,7	65	89	51,4	40	41	55,6	73
Val-d'Oise	79	51,1	49	66	49,7	39	83	50,1	69	81	49,3	67	58	51,7	40	44	53,5	77
Île-de-France	1 987	51,5	47	957	50,4	35	1 000	51,4	76	1 139	50,1	71	822	52,4	55	653	53,5	73
France	5 984	50,3	24	4 009	49	17	4 783	50,5	48	4 574	49,4	49	2 812	51,2	32	2 881	51,4	63

Sources : assurance maladie, Urcam Île-de-France

SPÉCIALISTES LIBÉRAUX : UNE MOINDRE ACCESSIBILITÉ POUR LES HABITANTS DE GRANDE COURONNE

Fiche 3

ATLAS DE LA SANTÉ EN ÎLE-DE-FRANCE

L'existence d'une assurance maladie obligatoire protégeant l'essentiel de la population et le fait que le patient puisse choisir librement son prestataire de soins représentent des indicateurs d'une bonne accessibilité aux médecins et aux établissements hospitaliers en France.

Néanmoins, l'accès aux soins est-il équivalent pour tous les citoyens, quel que soit leur lieu de résidence ? De fait, en Île-de-France, la répartition hétérogène de l'offre de soins conditionne des aires de recours à géométrie variable, favorisant les consultations de proximité essentiellement au centre de la région. En périphérie, le recours au spécialiste se caractérise souvent par des déplacements longs.

En fonction de son lieu de résidence, un patient bénéficie d'une offre de proximité en spécialistes libéraux plus ou moins importante. L'analyse des flux de patients, de leur domicile vers le spécialiste qu'ils ont choisi de visiter, est un bon indicateur du niveau d'adéquation entre l'offre et la demande de soins, adéquation qui est fonction de multiples facteurs : répartition géographique de la population d'une part, des producteurs de soins d'autre part et de leur activité, connaissance qu'en ont les utilisateurs, recherche de proximité dans le recours aux soins, mais aussi déplacements domicile-travail (importants en Île-de-France), hyperspécialisation de certains professionnels...

La répartition hétérogène de l'offre de soins conditionne en partie les recours aux soins

Les flux de patients, plus ou moins longs selon le lieu et la spécialité médicale, sont nettement polarisés en direction d'unités urbaines importantes où sont installés de nombreux médecins. Ce phénomène est notamment visible dans les départements de la grande couronne, où Étampes, Provins ou bien encore Mantes et Cergy-Pontoise captent les flux principaux de patients des communes alentour, mais également de celles plus lointaines, compte tenu des faibles densités locales de spécialistes. *A contrario*, mais logiquement, au centre de la région, où la densité de spécialistes est plus forte, le recours est davantage d'immédiate proximité.

Paris : pôle de soins par excellence

Parallèlement aux flux principaux de patients (plus grand nombre d'actes), des flux secondaires dessinent des aires de recours souvent plus étendues au bénéfice, notamment, des spécialistes libéraux du centre de la région, surtout parisiens. Ces flux peuvent avoir pour origine la réputation d'un praticien, l'hyperspécialisation, la nécessité de recourir à des soins plus complexes, etc. Pour certaines spécialités, même les flux principaux de patients sont plus étendus que ne l'exigerait la seule répartition des professionnels : les habitants de certaines communes de périphérie éviteraient parfois les hôpitaux et autres professionnels de santé proches de chez eux pour se rendre directement à Paris. Ainsi, l'aire d'attraction de l'offre de soins en zone périurbaine francilienne n'est pas celle que l'on pourrait imaginer *a priori*, en tenant compte du seul facteur de «proximité géographique». Les déplacements domicile-travail, mais aussi d'autres facteurs socioculturels s'ajoutent à la concentration de l'offre pour expliquer des déplacements de patients plus ou moins longs. Les infrastructures de transports en Île-de-France favorisent également les déplacements en direction de la capitale au détriment des relations de banlieue à banlieue. Et tous ces déplacements se calquent en partie sur ce que l'on connaît en matière d'aires d'attractivité pour d'autres services spécialisés non sanitaires.

Illustrations du recours aux soins pour quatre spécialités libérales

Les ophtalmologues

La répartition de l'offre de soins en ophtalmologie libérale privilégie Paris et l'ouest de la région : Paris, les Hauts-de-Seine et les Yvelines concentrent 60 % de l'offre francilienne. La petite couronne est aussi assez bien pourvue : rares sont les communes de petite couronne qui ne comptent pas d'ophtalmologue. En grande couronne, ces spécialistes sont principalement installés dans les unités urbaines les plus importantes, tandis que de nombreuses communes moins peuplées en sont dépourvues. Ce qui explique que les flux de recours aux soins pour cette spécialité soient, en grande couronne, fortement polarisés vers les plus grandes villes, ou

même qu'ils soient dirigés vers des villes de régions périphériques (Vernon, Château-Thierry, Dreux, etc.).

Gynécologues et pédiatres

Ces observations concernant le recours aux ophtalmologues libéraux sont valables également en grande partie pour le recours aux soins en gynécologie de ville et pédiatrie libérale. Néanmoins, dans ces deux cas, la faiblesse du recours aux spécialistes concernés dans certaines zones périurbaines peut s'expliquer par le fait qu'une partie des femmes et des enfants sont suivis par un omnipraticien plutôt que par un spécialiste, eu égard aux déplacements lointains à consentir. De fait, des vastes parties des Yvelines, de la Seine-et-Marne et du sud de l'Essonne sont totalement dépourvues d'un accès proche à un gynécologue libéral, par exemple. Dès lors, le suivi devient plus difficile pour les femmes résidant dans ces zones, notamment au cours de la grossesse et en période post-natale. Une des raisons du développement de réseaux périnatalité ville/hôpital, dans les Yvelines notamment, réside dans ces constats et vise ainsi à pallier ces difficultés par endroits.

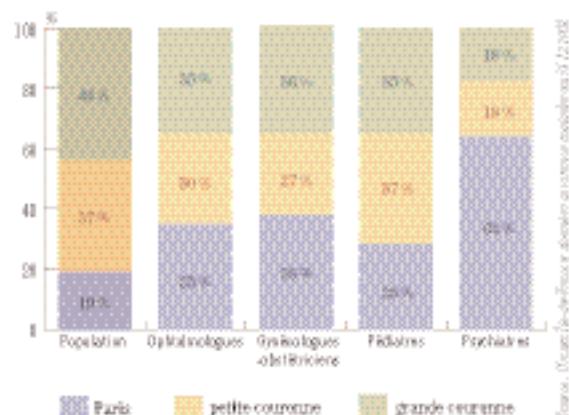
Psychiatres

Il suffit de dire que plus des deux tiers des psychiatres libéraux exercent sur Paris pour comprendre la convergence exceptionnelle de flux de patients sur Paris. Les déplacements ainsi consentis sont parfois très importants. Néanmoins, une fois encore, dans les communes disposant d'un psychiatre, le recours préférentiel des habitants a lieu sur ladite commune. Par ailleurs, le recours de proximité reste important, puisque les assurés sociaux d'un département ont tendance à consulter préférentiellement les psychiatres de leur département. Les psychiatres des départements hors Paris ont d'ailleurs une activité en moyenne sensiblement plus élevée que celle de leurs confrères parisiens.

Vers une organisation en réseau

À côté de ce recours à l'offre libérale existent des accès aux soins en centres de santé et à l'hôpital (consultations externes). La connaissance approfondie et complète du système de soins doit permettre de réfléchir à l'articulation entre les territoires de l'hôpital et ceux du champ ambulatoire au travers d'un emboîtement logique et pertinent d'aires de recours, dans une perspective de graduation des prises en charge, de coopération et de complémentarité. La connaissance chaînée des trajectoires de patients devrait permettre de mieux composer en réseau l'offre de soins dans sa globalité (hospitalière, ambulatoire et médico-sociale) pour la rendre plus pertinente et efficiente, en tenant compte des différentes catégories de la population.

Répartition géographique de quelques spécialistes libéraux en Île-de-France en 2002

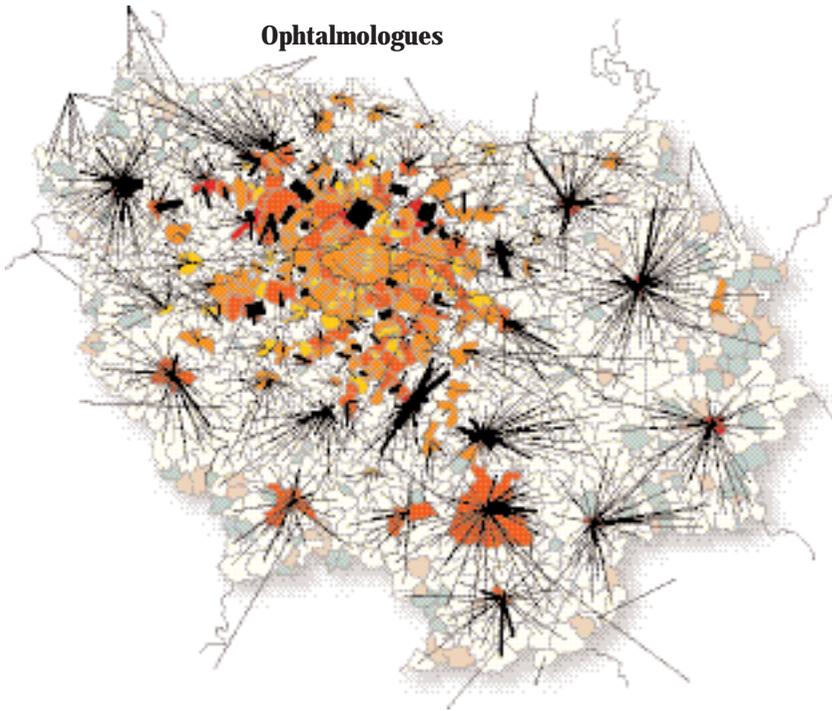


Source : C. Guéhenneux et al., *Atlas de la santé en Île-de-France*, 2003, p. 122.

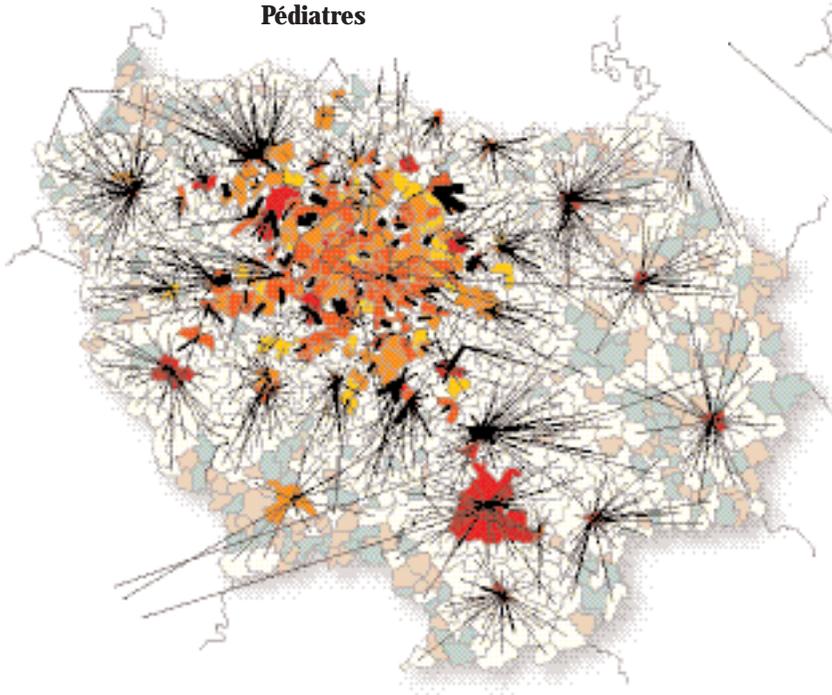
PRINCIPAUX TYPES DE RECOURS AUX MÉDECINS LIBÉRAUX

Flux de patients intra et extra-communaux toutes classes d'âge confondues

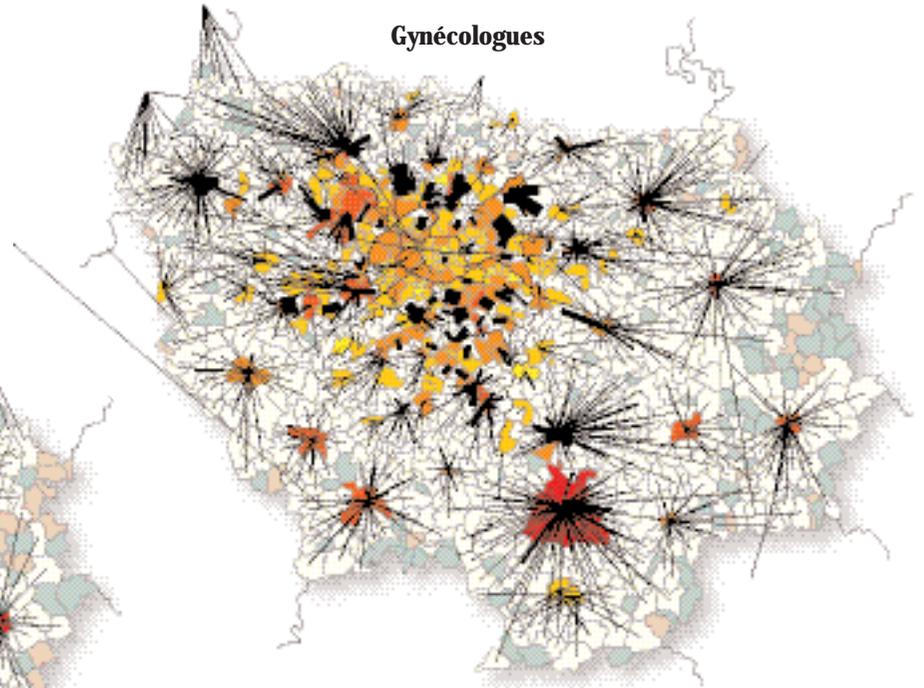
Ophthalmologues



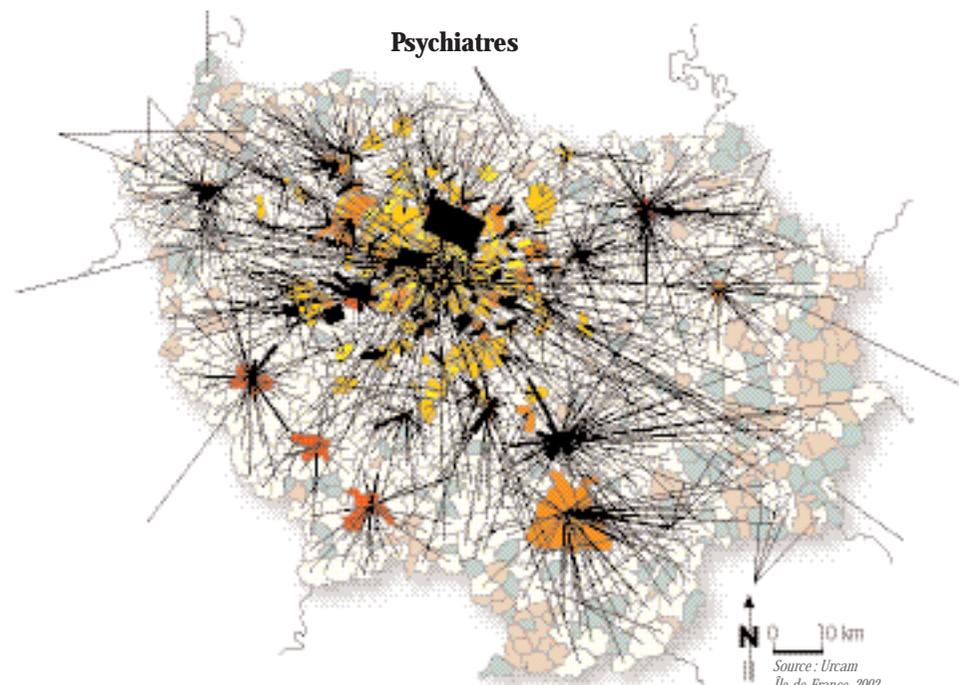
Pédiatres



Gynécologues



Psychiatres



Précisions méthodologiques

Les cartes de flux

À partir d'une requête portant sur les actes remboursés, au cours du mois de septembre 2002, aux assurés du régime général d'Île-de-France, il a pu être établi des cartes de recours aux soins pour quelques spécialistes de recours direct (pédiatres, ophtalmologues, gynécologues et psychiatres).

Pour toutes ces spécialités, l'Urcam Île-de-France avait à sa disposition la commune de résidence de l'assuré et la commune du médecin où l'assuré a consulté au cours du mois de septembre 2002.

Les cartes présentent les flux de consommations de soins principaux. Dans une grande partie des cas, il s'agit de flux internes à la commune de résidence des assurés ; autrement dit, le plus grand nombre d'actes a lieu là où habitent les assurés (aucune information n'est alors donnée sur les flux secondaires, c'est-à-dire ceux qui ont lieu sur d'autres communes que le lieu d'habitation des assurés). Dans d'autres cas, notamment dans les départements de la grande couronne, le plus grand nombre d'actes consommés par les assurés sociaux d'une commune est matérialisé par un trait représentant le déplacement consenti par les patients du domicile au cabinet du médecin.

Les cartes de flux soulignent la polarisation de l'espace régional, en fonction de la concentration des spécialistes dans les unités urbaines les plus importantes.

La concentration de ces professionnels de santé atteint son paroxysme avec les psychiatres libéraux : plus de 66 % d'entre eux exercent sur Paris, ce qui entraîne parfois pour les patients de longs trajets.

Flux intra-communaux

Part du recours principal sur le nombre total de consultations comptabilisées dans la commune :

20 40 60 80 (%)



aucun recours à un médecin libéral résoré

flux mais portant sur une personne

Flux extra-communaux

Effectif de patients compris dans le flux :

10

50

100

500

Note : le flux important sur la carte des psychiatres s'explique par la présence d'un centre spécialisé en psychiatrie sur la commune d'Epinay-sur-Seine.

Source : Urcam
Île-de-France, 2002

LES CENTRES DE SANTÉ : UNE PLACE ORIGINALE AU SEIN DU SYSTÈME DE SOINS DE VILLE FRANCIEN

Fiche 4

ATLAS DE LA SANTÉ EN ÎLE-DE-FRANCE

À l'instar des régions industrialisées ou urbanisées comme Rhône-Alpes, Nord-Pas de Calais, Provence-Alpes-Côte d'Azur, les centres de santé anciennement appelés «dispensaires» sont fortement implantés en Île-de-France, qui compte 309 centres actifs au 1^{er} janvier 2004 soit un pour 36 000 habitants. Ces centres restent fidèles à leur vocation sociale initiale et accueillent aux côtés d'une patientèle sans problèmes particuliers des populations modestes ou défavorisées.

Une médecine de proximité communautaire, sociale, diversifiée et spécialisée

La deuxième moitié du XIX^e et la première du XX^e siècle voient l'éclosion de nombreux «dispensaires» destinés à répondre aux besoins d'une population laborieuse croissante à Paris et dans les communes limitrophes en voie d'industrialisation. Palliant l'absence de couverture sociale et le nombre insuffisant de médecins, surtout de spécialistes, les dispensaires permettaient aux pauvres d'accéder à l'ensemble des soins de ville et aux progrès de la médecine. Ces centres acquièrent une nouvelle image en 1991, lorsque l'appellation «centre de santé» remplace celle de «dispensaire». La loi du 29 décembre 1999 précise qu'ils «assurent des activités de soins sans hébergement et participent à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales».

Les centres de santé franciliens sont gérés par les municipalités (quatre sur dix), par des associations ou des congrégations (trois sur dix) et par l'État ou les établissements publics (un sur dix).

De taille variable, ils peuvent être «polyvalents» (43 %), médicaux «exclusifs» dont certains très spécialisés (31 %), spécialisés dans les soins dentaires (15 %) ou infirmiers (11 %). Le panel de leurs activités est très large, comme le montrent ces quelques exemples : l'Institut Pasteur est spécialisé en médecine exotique, un centre est spécialisé dans la médecine du sport, l'Institut Alfred Fournier est spécialisé dans les infections sexuellement transmissibles, tandis que d'autres s'adressent aux victimes de sévices et de tortures, deux centres s'occupent des dialysés, un centre traite des affections respiratoires et cardiaques... Le terme «centres de santé» regroupe donc un ensemble très hétérogène de structures dont les orientations peuvent être très diverses, mais qui présentent certains points communs, à savoir qu'elles sont ouvertes à toute personne venant consulter, qu'elles sont à gestion désintéressée et salarient leurs praticiens et qu'elles pratiquent la dispense d'avance des frais en accord avec l'assurance maladie, sur la base des tarifs de ville les plus bas.

La diminution du nombre de centres touche principalement les zones rurales

Le nombre de centres de santé franciliens a diminué en dix ans, passant de 340 centres en activité au 1^{er} janvier 1993 à 309 au 1^{er} janvier 2004, la baisse affectant particulièrement les centres de soins infirmiers dont le nombre est passé de 60 à 28.

La diminution du nombre de centres a touché l'ensemble de la région, mais a entraîné leur quasi-disparition dans les zones rurales (Seine-et-Marne, Yvelines, sud de l'Essonne, ouest du Val-d'Oise), alors que l'activité qu'ils développaient, essentiellement sur les soins infirmiers, correspondait à des besoins avérés. Par ailleurs, il n'y a pas eu de créations dans les secteurs en forte augmentation démographique de la grande couronne. Jusqu'en 2002, seules les mutuelles et l'Établissement français du sang ont procédé à des créations dans les villes nouvelles ou les pôles anciens en expansion (Clamart, Argenteuil, Créteil, Melun, Torcy, Meaux, Évry, Cergy-Pontoise...). Aussi les centres restent-ils majoritairement concentrés à Paris et dans les communes populaires et les premières urbanisées de la petite couronne : la capitale et la Seine-Saint-Denis rassemblent un tiers de la population francilienne, mais comptent respectivement 101 et 70 centres, soit plus de la moitié du total, tandis que la Seine-et-Marne n'en a que 7 et les Yvelines 15. Il faut noter toutefois que 66 centres de santé sont implantés à l'intérieur ou à proximité de 45 zones urbaines sensibles sur les 157 que compte l'Île-de-France et contribuent à l'accès aux soins de leurs populations.

Une place non négligeable dans l'offre de soins de ville, mais une situation fragile

D'après une enquête menée par la Drassif en 2003 sur les activités médicales et dentaires de 229 centres de santé franciliens, près de 8 millions de personnes (en nombre de passages) sont venues consulter dans un des 229 centres étudiés, ce qui donne une idée de la place non négligeable tenue par ces établissements dans les soins de ville.

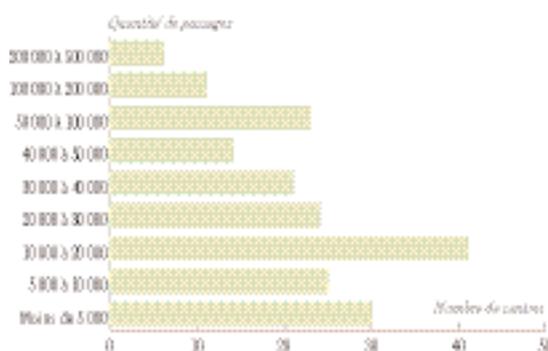
5 843 praticiens y travaillent : 1 057 généralistes, 4 014 spécialistes de toutes catégories et généralistes à exercice particulier et 772 dentistes (à temps plein ou partiel).

Le temps de consultation cumulé a été évalué dans 198 centres à 65 900 heures par semaine (73 % pour la médecine, et près de 27 % pour le dentaire).

Le médical est partagé entre la médecine générale (30 % du temps) et la médecine spécialisée (70 %) avec 55 spécialités, parmi lesquelles les plus représentées sont l'imagerie médicale, la gynécologie, la rhumatologie, l'ophtalmologie et la dermatologie.

Le mode de financement à l'acte des centres de santé par l'assurance maladie génère des difficultés de gestion et constitue un frein à leur modernisation, car il ne tient pas suffisamment compte des charges inhérentes à ce type de structure. Un «accord national» conclu le 19 novembre 2002 entre les représentants des centres et l'assurance maladie vient apporter une amélioration, dans la mesure où il permet, par des conventions, le financement d'actions de prévention et autorise la pratique d'actes «hors nomenclature», notamment dans le secteur dentaire, tarifés librement.

Répartition des centres de santé franciliens par nombre annuel de consultations en 2003



Source : Drassif Île-de-France, 2003, enquête sur les activités médicales et dentaires

Une place indispensable pour l'accès aux soins des populations défavorisées

Il est incontestable qu'aujourd'hui les centres de santé restent fidèles à la vocation initiale des dispensaires en accueillant, à côté d'une patientèle sans problèmes particuliers au plan social, une population plus précarisée.

Rapproché du taux de 9 % environ des bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU) ou de l'aide médicale d'État (AME) en Île-de-France, le taux de 15 % enregistré en centres de santé met en évidence leur place indispensable dans l'accès aux soins des populations défavorisées.

Si le recours aux centres de santé reste majoritairement le fait des catégories sociales modestes, ils correspondent à une demande de plus en plus forte d'un large public en raison de la facilité d'accès à la consultation, parfois sans rendez-vous, de l'éventail des spécialités offertes, d'un plateau technique étendu et surtout de la pratique du tiers-payant de «secteur 1» dans une région où l'adoption des honoraires libres par de très nombreux praticiens est importante et dissuasive pour un certain nombre de patients.

Élargissement du champ d'activité des centres de santé

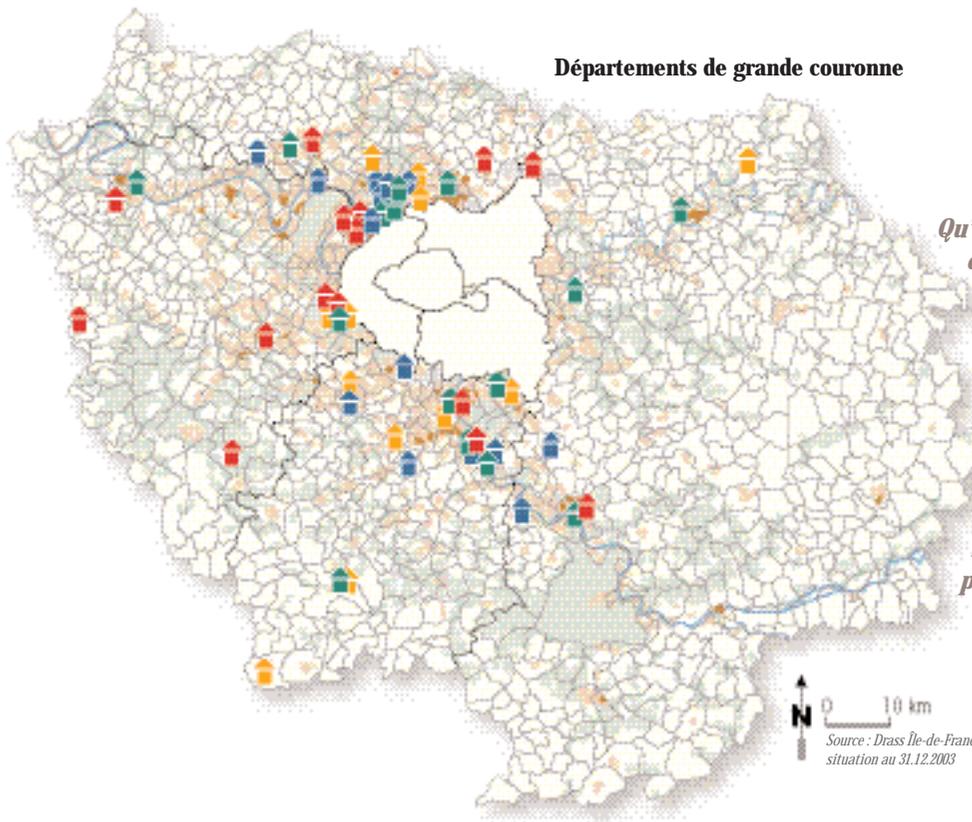
L'«accord national» de 2002 définit la place des centres de santé dans le système de soins entre la médecine de ville et la médecine hospitalière. Il devrait donner à tous les centres de santé adhérents, au moyen d'aides financières, la possibilité de participer à des programmes spécifiques locaux ou nationaux de prévention, et à l'amélioration de la qualité des soins.

Outre l'obligation de contribuer à la permanence des soins, ils peuvent également participer aux réseaux de santé. Le travail en partenariat avec les hôpitaux – comme le montrent quelques expérimentations récentes – ouvre une voie nouvelle d'articulation ville-hôpital.

LES CENTRES DE SANTÉ

Les centres de santé par type d'activité, en Île-de-France

Départements de grande couronne

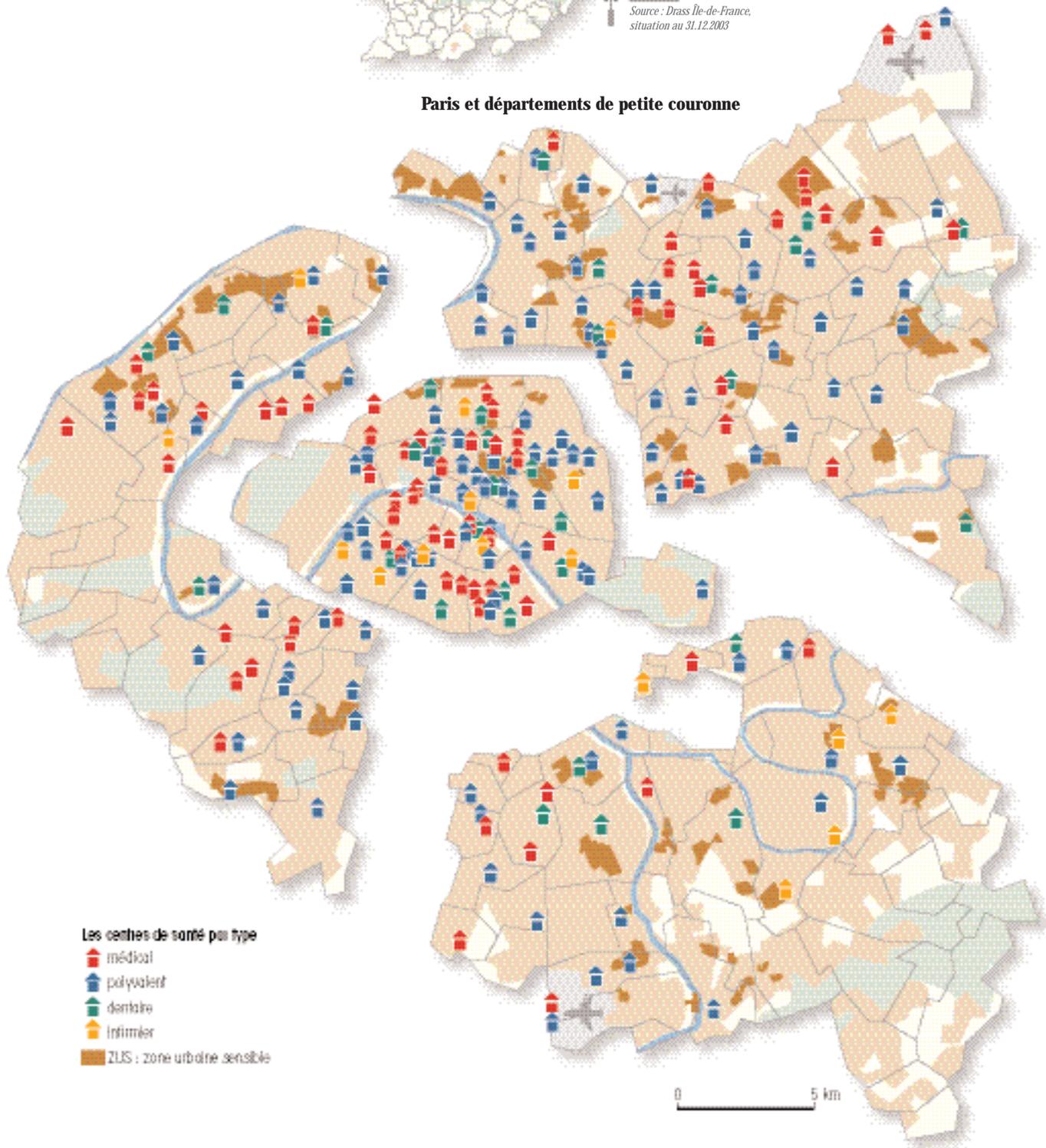


Qu'ils soient médicaux, polyvalents, dentaires ou infirmiers, les centres de santé franciliens jouent un rôle non négligeable dans le domaine des soins de ville et notamment dans l'accès aux soins des populations défavorisées, restant en cela fidèles à la vocation initiale des dispensaires.

Ils restent majoritairement concentrés à Paris et dans les communes populaires et anciennement urbanisées de la petite couronne.

Ainsi, Paris et la Seine-Saint-Denis rassemblent plus de la moitié des centres de santé franciliens.

Paris et départements de petite couronne



MÉDECINS DE GARDE ET PERMANENCE DES SOINS : DE NOUVEAUX MODES D'ORGANISATION

Fiche 5

ATLAS DE LA SANTÉ EN ÎLE-DE-FRANCE

Les modalités de la permanence des soins, longtemps organisée en dehors de tout cadre réglementaire, ont évolué et s'inscrivent désormais dans des décrets visant à structurer la réponse de la médecine de ville aux demandes de prise en charge en dehors des heures d'ouverture des cabinets libéraux. Ces évolutions visent une remobilisation des professionnels de santé, mais se veulent également une réponse à l'engorgement des urgences hospitalières. Par ailleurs, à côté des tours de garde traditionnels et des structures spécialisées dans la prise en charge de l'urgence et des soins non programmés, se développent également des solutions alternatives.

La déontologie médicale affirme l'obligation de soins, y compris en dehors des heures habituelles d'ouverture des cabinets médicaux. Les professionnels de santé s'organisent donc pour y répondre. Néanmoins, des évolutions sociales et professionnelles ont mis à mal le système traditionnel de la permanence des soins ambulatoires.

Un contexte difficile

De récentes études mettent en exergue une évolution des comportements de la population caractérisée par un accroissement de la demande de soins non programmés et la recherche de plateaux techniques spécialisés et facilement accessibles. Une des conséquences est l'engorgement des services d'urgence hospitaliers, alors même que 85 % des passages aux urgences ne donnent pas lieu à hospitalisation en Île-de-France.

Parallèlement, on observe un désengagement variable des médecins libéraux des systèmes traditionnels de permanence des soins. Si quelques-uns continuent à assurer des gardes par éthique personnelle et par obligation légale (cf. art. 77 du code de déontologie), d'autres expliquent leur refus de s'impliquer par la fatigue induite, la vie familiale perturbée, le manque de disponibilité ou l'insécurité.

Une réglementation qui évolue

Face à ces difficultés, la réglementation s'est précisée ces dernières années, depuis le décret du 15 septembre 2003 jusqu'à celui du 7 avril 2005. Dans le cadre du comité départemental de l'aide médicale urgente, des transports sanitaires et de la permanence des soins, sous l'égide du préfet, les professionnels de santé s'organisent sur la base du volontariat au sein de chaque secteur de garde (dont le nombre a sensiblement diminué dans chaque département) pour établir des listes de médecins de garde qui sont validées par le conseil de l'ordre afin que l'assurance maladie puisse procéder au paiement du forfait d'astreinte.

L'absence de volontaires peut entraîner des réquisitions sur ordre du préfet.

Une mobilisation hétérogène en fonction des départements

La mise en place de la permanence des soins semble souffrir, en Île-de-France, d'un contexte difficile et multifactoriel. Une étude de l'URCAM d'Île-de-France, réalisée sur deux périodes (en saison estivale sans contexte particulier, du vendredi 20 juin au lundi 23 juin 2003, et en saison hivernale en période épidémique, du vendredi 5 décembre au lundi 8 décembre 2003), portant sur l'activité réelle des médecins libéraux la nuit et les fins de semaine, a permis de connaître plus précisément la mobilisation des médecins omnipraticiens au niveau de leur commune d'implantation.

Il apparaît pour tous les départements que l'activité des médecins libéraux est croissante du vendredi au dimanche, puis retrouve le lundi un niveau plus comparable à celui du vendredi. Le nombre de médecins ayant réalisé au moins un acte majoré se situe entre 3 et 5 % selon le département pour le vendredi de juin et atteint 12,1 à 21,5 % le dimanche épidémique de décembre.

La répartition des médecins ayant effectué un ou plusieurs actes majorés pour les quatre jours des deux périodes observées est hétérogène et oppose centre et périphérie, avec une absence totale d'activité pour de grandes zones géographiques : l'ouest du Val-d'Oise, l'ouest et le sud des Yvelines, le centre et le sud de l'Essonne, et une grande partie de la Seine-et-Marne. L'activité est en revanche notable pour les médecins de Paris et de la petite couronne, y compris dans des communes où se trouvent des quartiers sensibles. Des médecins continuent donc de travailler en dehors du cadre réglementaire de la

permanence des soins et sans demander le paiement du forfait d'astreinte. Par ailleurs, dans les communes d'implantation de structures spécialisées dans l'urgence médicale en ville (SOS-Médecins, service d'urgence 93, UMP⁽¹⁾, GMP⁽¹⁾), les effectifs de médecins et le nombre d'actes réalisés sont très importants, constituant ainsi une part sensible des médecins mobilisés et des actes effectués dans chaque département. Pour des structures de ce type, l'aire d'activité est très certainement étendue et ne se limite pas, de toute façon, à la seule commune d'implantation des médecins y adhérant. À la différence, un médecin exerçant une activité de nuit et de jours fériés de manière isolée aura sans doute une aire d'activité beaucoup plus réduite, voire en direction de sa seule patientèle si le nombre d'actes réalisés est très faible.

Des expériences alternatives au tour de garde traditionnel en cours d'évaluation

Avant même l'évolution réglementaire évoquée plus haut, des expériences innovantes en matière de permanence des soins ambulatoires ont pu se mettre en place. Dans la plupart des cas, l'idée était d'inciter les patients à se diriger vers un lieu d'accueil fixe, libérant ainsi le médecin de garde d'une visite au domicile du patient.

En Île-de-France, les maisons de garde libérale peuvent être installées au sein d'un établissement hospitalier (Argenteuil, Gonesse) ou bien en être complètement déconnectées (Montigny-le-Bretonneux). Leur couverture spatiale est très hétérogène. De fait, une expérience de ce type dépend de la mobilisation locale de professionnels de santé volontaires et entrepreneurs. Le Fonds d'aide à la qualité des soins de ville francilien a souhaité promouvoir le développement de maisons de garde par une aide financière destinée à couvrir une partie des frais de fonctionnement. Il a voulu aussi motiver l'engagement des professionnels par la garantie d'un forfait de 240 € par permanence si les honoraires perçus n'atteignent pas ce montant. Ces dispositifs seront évalués en 2005, afin de dégager les principes d'une consolidation de l'offre libérale de consultations non programmées dans la diversité des pratiques et des zones géographiques considérées. En dehors de ces possibilités de financement, d'autres projets voient actuellement le jour. Néanmoins, la question se pose de la pérennité de ces projets dans un contexte purement libéral, viable du seul fait de leur activité, ou bien grâce à des aides pérennes, dans le cadre d'une mission d'intérêt général.

En tout état de cause, une des clés du succès de la permanence des soins réside dans la régulation et la bonne articulation entre les services hospitaliers et ambulatoires, afin de graduer efficacement la réponse à apporter en fonction de l'état de santé du patient.

La mise en œuvre des récents décrets devrait faire évoluer le contexte dans cette perspective. Il reste que la réussite du système réside dans la mobilisation des médecins. Localement, la pénurie peut rendre difficile l'application des mesures réglementaires.

(1) Voir glossaire.

Permanence des soins, accessibilité et obligation de porter assistance à personne en danger

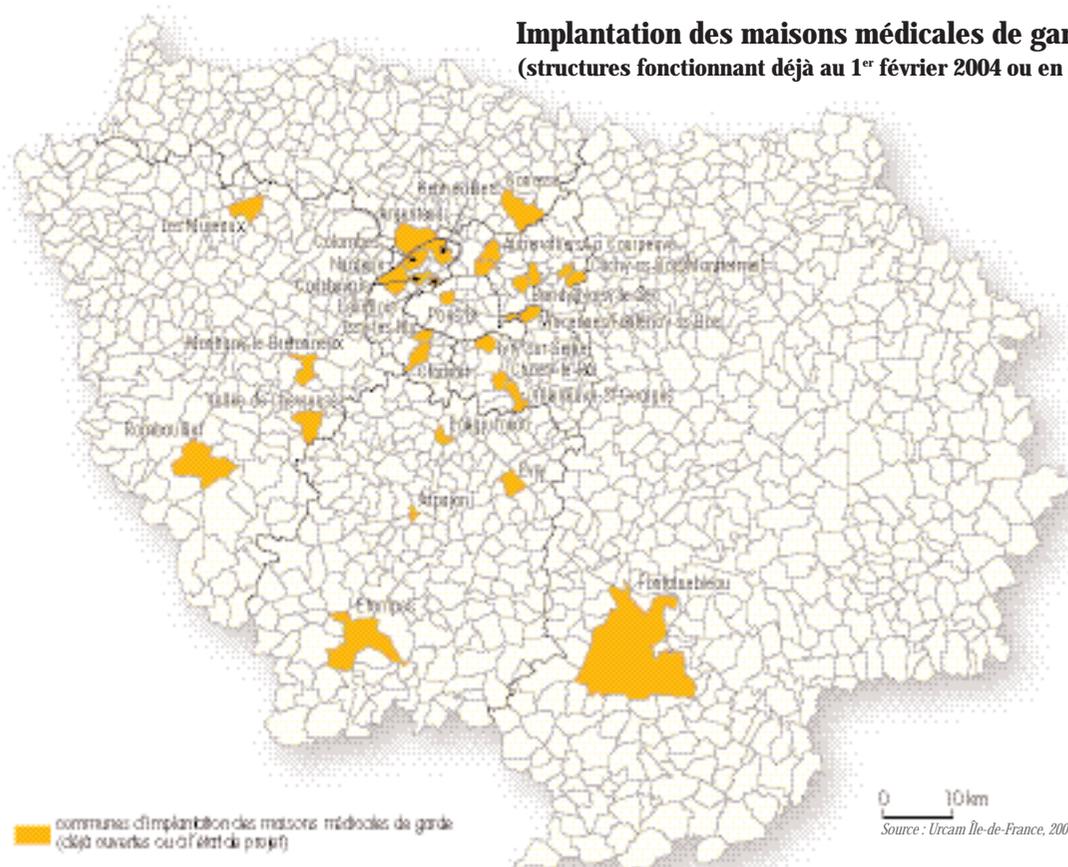
À l'instar des systèmes de soins des autres pays européens, le système français se fonde sur des notions de solidarité, d'équité, d'accessibilité et de qualité, en accord avec les objectifs définis dans la recommandation 92/442/CEE du Conseil européen du 27 juillet 1992. À cela s'ajoutent le devoir individuel de porter assistance à une personne en péril, dont l'abstention est sanctionnée selon l'article 223-6 du code pénal, et l'obligation médicale éthique. La permanence des soins ambulatoires participe de la mise en œuvre de ces principes et vise à apporter une réponse par des moyens structurés, adaptés et régulés, aux demandes de soins non programmés exprimées par un patient en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux de ville.



A. Charlier / Laurif

LA PERMANENCE DES SOINS LIBÉRALE

Implantation des maisons médicales de garde libérale en Île-de-France (structures fonctionnant déjà au 1^{er} février 2004 ou en projet)

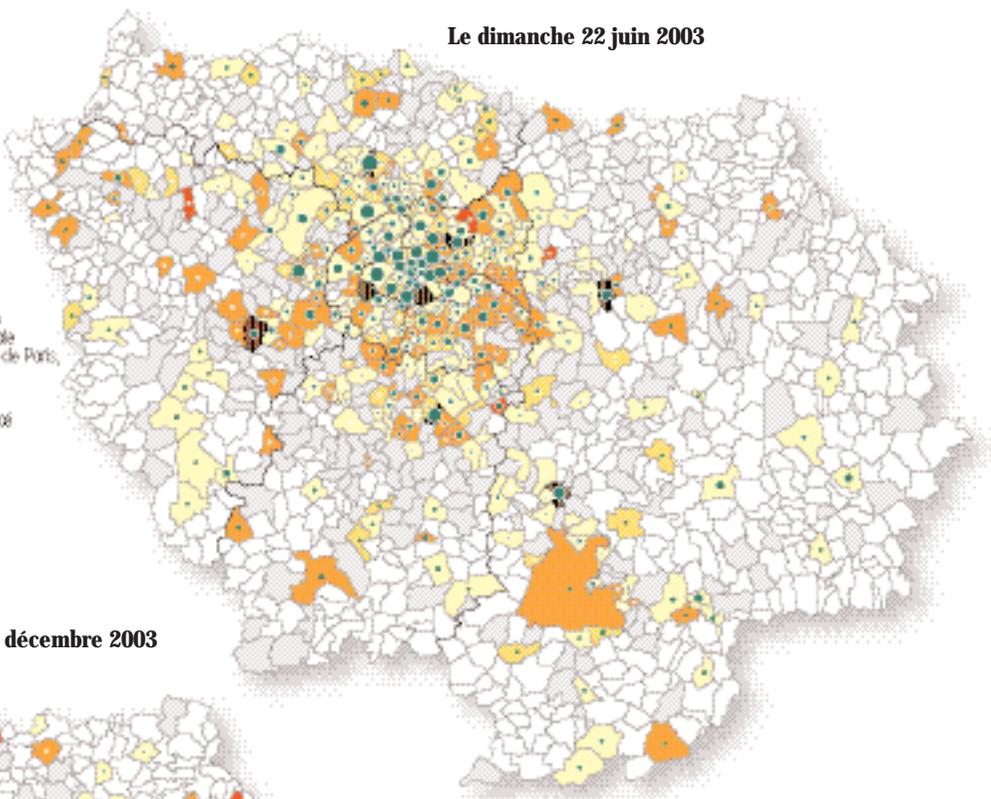


Les maisons de garde libérale

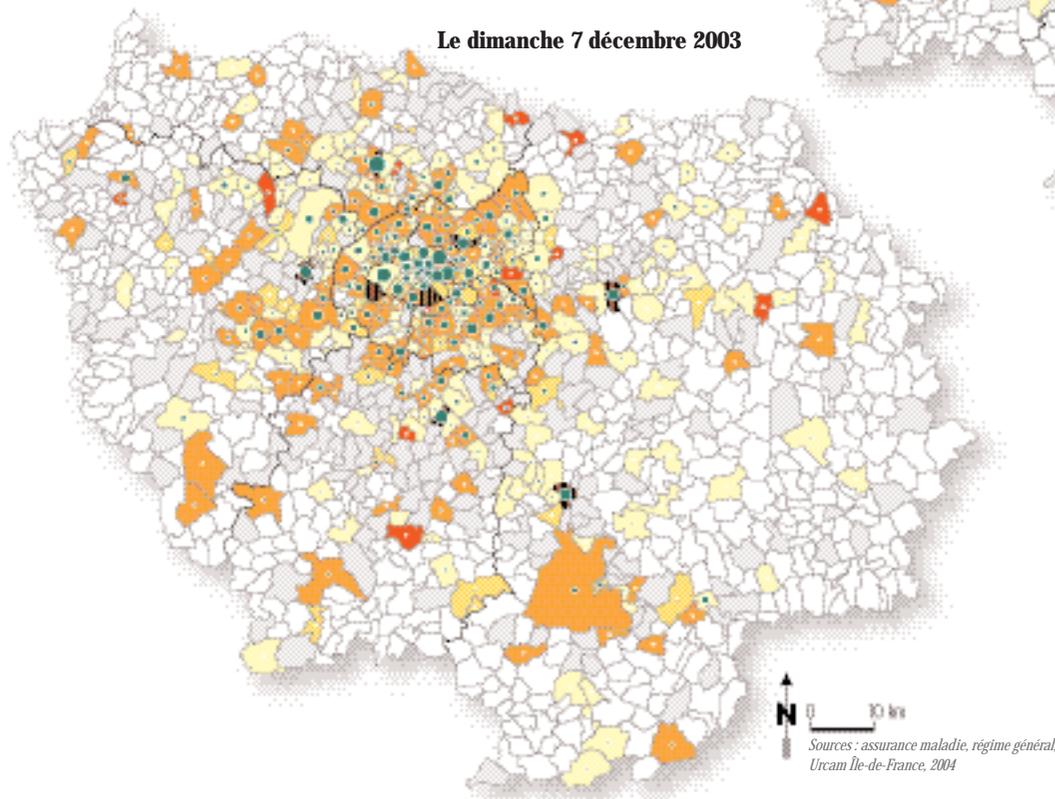
Dans le cadre d'une action issue du programme régional de l'assurance maladie de l'URCAM d'Île-de-France (état des lieux de la permanence des soins en Île-de-France), un recensement a été effectué des projets émergents ou fonctionnant déjà visant à proposer des solutions alternatives au système traditionnel de la permanence des soins. Le recensement n'est pas exhaustif. De fait, de nombreux projets voient le jour sans que les services de l'État ou de l'assurance maladie notamment en aient connaissance. Ainsi, aux maisons médicales de garde financées par le Fonds d'aide à la qualité des soins de ville francilien s'ajoute une multitude d'autres structures, aux modalités de développement et de financement (notamment municipaux) variables.

Activité des médecins libéraux les dimanches 22 juin et 7 décembre 2003 en Île-de-France

Le dimanche 22 juin 2003



Le dimanche 7 décembre 2003



Précisions méthodologiques

Activité de nuit et de jour férié des médecins libéraux franciliens

Les données utilisées sont issues du système d'informations du régime général de l'assurance maladie. Ont été retenus, en date de soins, tous les actes donnant lieu à un remboursement d'une majoration de nuit ou de jour férié remboursés aux assurés sociaux affiliés en Île-de-France, effectués par un médecin omnipraticien libéral dans les périodes du vendredi 20 juin au lundi 23 juin 2003 et du vendredi 5 décembre 2003 au lundi 8 décembre 2003.

N'ont été cartographiées que les activités des dimanches 22 juin et 7 décembre. L'analyse de ces actes prend en compte le jour de réalisation de l'acte, le numéro d'identification du médecin effecteur, son département et sa commune d'installation.

LES RÉSEAUX DE SANTÉ : UNE PUISSANTE DYNAMIQUE RÉGIONALE

Fiche 6

ATLAS DE LA SANTÉ EN ÎLE-DE-FRANCE

Face à un système de soins trop souvent cloisonné, les réseaux de santé visent une prise en charge globale du patient, via une forme organisée d'action collective apportée par des professionnels de santé volontaires en réponse à un besoin de santé de la population sur un territoire donné.

Nombreux et variés dans les pathologies et/ou populations prises en charge, les réseaux de santé franciliens ont bénéficié de l'accompagnement des institutions de la région, grâce à des fonds alloués de manière spécifique au développement de ces nouveaux modes d'organisation sanitaires et sociaux.

Les réseaux de santé : une définition unique

«Les réseaux de santé ont pour objectif de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins.»

Telle est, depuis la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des patients et à la qualité du système de santé, la définition légale des réseaux de santé.

Autour de la prise en charge globale du patient, une reconfiguration du système de soins

Les objectifs fixés dans la définition unique d'un réseau de santé correspondent à des besoins du système de santé et plus particulièrement à ceux des patients difficiles à couvrir car nécessitant notamment des interventions pluridisciplinaires. Le réseau doit viser la prise en charge globale du patient. Cette perspective commence avant le soin ou l'épisode aigu proprement dit et s'achève après le soin, par un suivi sanitaire et social. Le patient est maintenu dans son environnement personnel, familial, professionnel et social.

On parle de meilleur «aiguillage» possible du patient. Pour ce faire, le réseau organise les ressources sanitaires (ambulatoires et hospitalières) et sociales, notamment dans l'espace et dans le temps, et leur donne un sens tant par rapport à l'individu pris en charge, qui circule logiquement au sein de la toile, que par rapport aux ressources elles-mêmes, re-connectées en fonction de leur utilité sociale, retrouvant ainsi leur identité propre au sein de l'ensemble organisé, en fonction des pathologies ou des populations prises en charge et selon les territoires d'intervention, ce qui implique des organisations propres à chaque réseau.

Des expériences régionales diverses

Au premier semestre 2005, plus de soixante-dix réseaux de santé étaient financés soit au titre de la dotation régionale de développement des réseaux (DRDR), soit via le Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV).

Ces réseaux, dont les thématiques correspondent à des priorités de santé publique, restent très variés et sont inégalement répartis sur le territoire.

Paris et la petite couronne concentrent différents types de réseaux : palliatifs, gérontologiques, cancérologiques, diabète de type II, accès aux soins, etc.

Ailleurs, les réseaux sont plus épars, même si, dans les Yvelines et l'Essonne, les promoteurs de ce nouveau mode d'organisation des soins sont très actifs. L'engagement est pour l'instant moindre dans ce domaine en Seine-et-Marne et dans le Val-d'Oise.

Une base structurelle commune

Le plus souvent constitués en association de type loi 1901 et organisés autour d'une équipe de coordination, les réseaux de santé, issus d'initiatives personnelles et locales, connaissent en général trois phases de développement qui se recoupent ou non :

- la mise en place des pôles de coordination territoriaux (professionnels de santé/institutions ; identification et individualisation du parcours du patient ; études/recherche/communication) ;
- l'expérimentation du projet ;
- le déploiement du projet.

Les réseaux financés recrutent souvent un coordinateur ayant des compétences médicales ou administratives ou, souvent,

les deux. Cet interlocuteur privilégié doit coordonner l'ensemble des acteurs du réseau, apporter une expertise technique et jouer un rôle d'animateur.

Le Fonds d'aide à la qualité des soins de ville : un fonds au service de l'innovation

Créé en 1999, le FAQSV concourt «à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville», ainsi qu'au «développement de nouveaux modes d'exercice et de réseaux liant des professionnels de santé exerçant en ville à des établissements de santé». Prolongé jusqu'au 31 décembre 2007 par la loi de financement pour la sécurité sociale de 2005, ce fonds, placé auprès de l'URCAM et cogéré par l'assurance maladie et les professionnels libéraux, a gagné la confiance des promoteurs de projets ; les sommes engagées et la consommation croissante des enveloppes (jusqu'à 98 % pour ces dernières années) attestent du nombre accru de projets financés. Ce fonds permet le financement des frais d'investissement, de fonctionnement et d'étude.

Occupant une place importante dans le paysage régional en matière de coordination des soins de ville, il sera évalué en 2005 par un organisme indépendant.

La dotation régionale de développement des réseaux, une enveloppe dédiée

Un décret du 25 octobre 2002 relatif au financement des réseaux prévoit que «les réseaux de santé peuvent bénéficier des financements au titre de la dotation nationale de développement des réseaux». Ce fonds, géré en commun par l'agence régionale de l'hospitalisation et l'URCAM, peut financer des réseaux de santé qui s'inscrivent dans le cadre des priorités de santé publique et des orientations régionales en matière sanitaire, médico-sociale et sociale. Pour en bénéficier, les réseaux de santé doivent répondre à un besoin de santé identifié, dans une aire géographique définie, pour des pathologies et/ou des populations déterminées. Aux termes du décret du 17 décembre 2002, chaque réseau doit produire :

- un document d'information aux usagers ;
- une charte du réseau ;
- une convention constitutive du réseau.

La dotation en Île-de-France est en pleine croissance (14 173 448 euros en 2004), son montant a doublé en une année (de 2002 à 2003) et elle assure déjà le financement de plus de 35 projets.

Cette enveloppe a pour intérêt de financer, outre les mêmes frais que ceux pris en charge par le FAQSV :

- les frais de structure qui comprennent la rémunération des professionnels hors champ conventionnel ;
- les dérogations aux prestations légales en faveur des patients.

L'évaluation des réseaux de santé

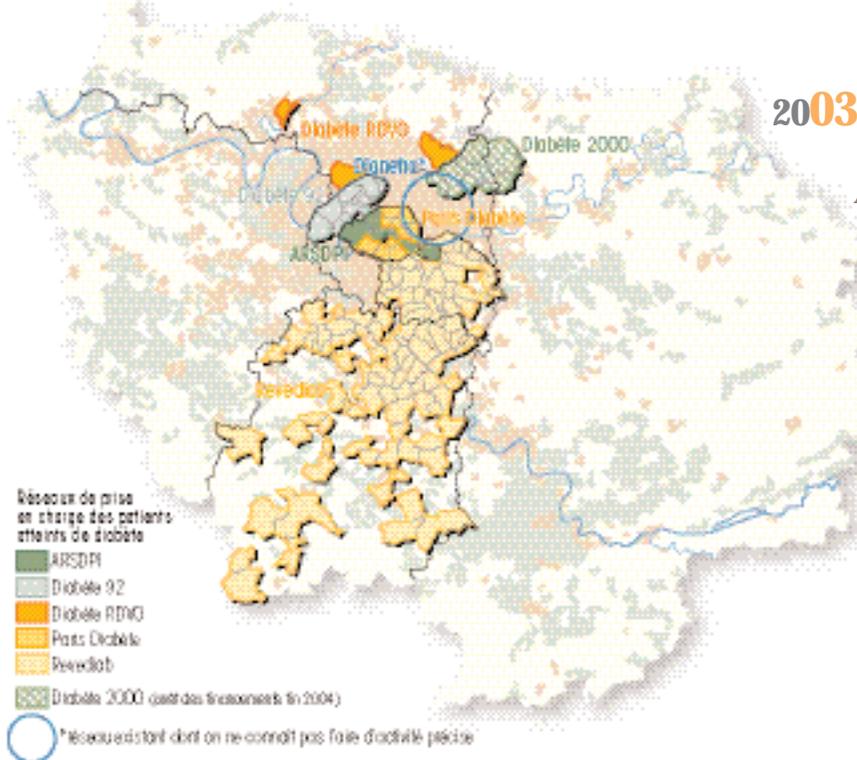
FAQSV et DRDR nécessitent la réalisation d'une évaluation externe. Obligatoire dans le cadre du FAQSV et souhaitée par les financeurs pour la DRDR, cette démarche doit être menée par une personne physique ou morale indépendante du réseau de santé.

Pour guider l'évaluation externe, c'est-à-dire aussi bien l'évaluateur que le réseau évalué, un guide d'évaluation des réseaux de santé a été publié par l'ANAES en 2004. Il s'agit avant tout d'un outil pratique d'aide à la démarche d'auto-évaluation. Il est constitué :

- d'une grille qualitative d'auto-évaluation à destination des promoteurs du réseau ;
- d'un corps de données quantitatives, permettant d'agréger pour l'ensemble des réseaux de santé une quarantaine de données et une vingtaine d'indicateurs ;
- d'un cahier des charges pour l'évaluateur externe.

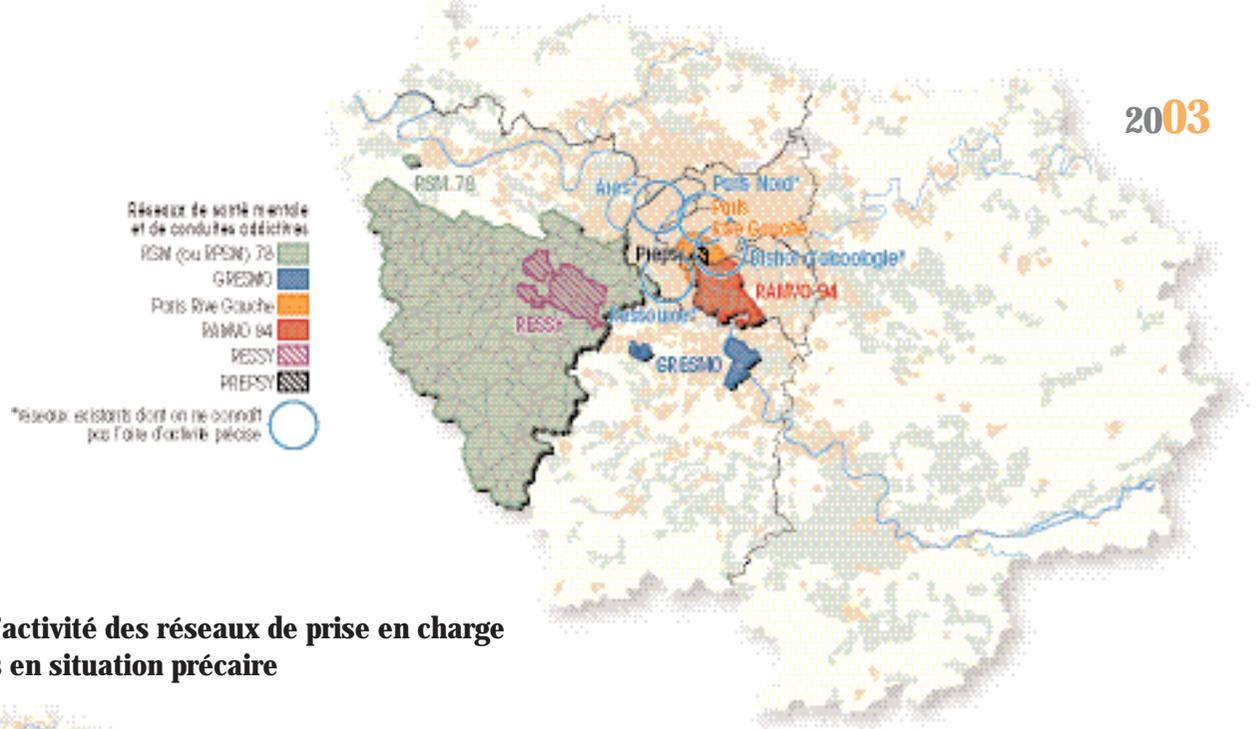
LES RÉSEAUX DE SANTÉ EN ÎLE-DE-FRANCE EN 2003

Communes d'activité des réseaux de prise en charge des patients atteints de diabète

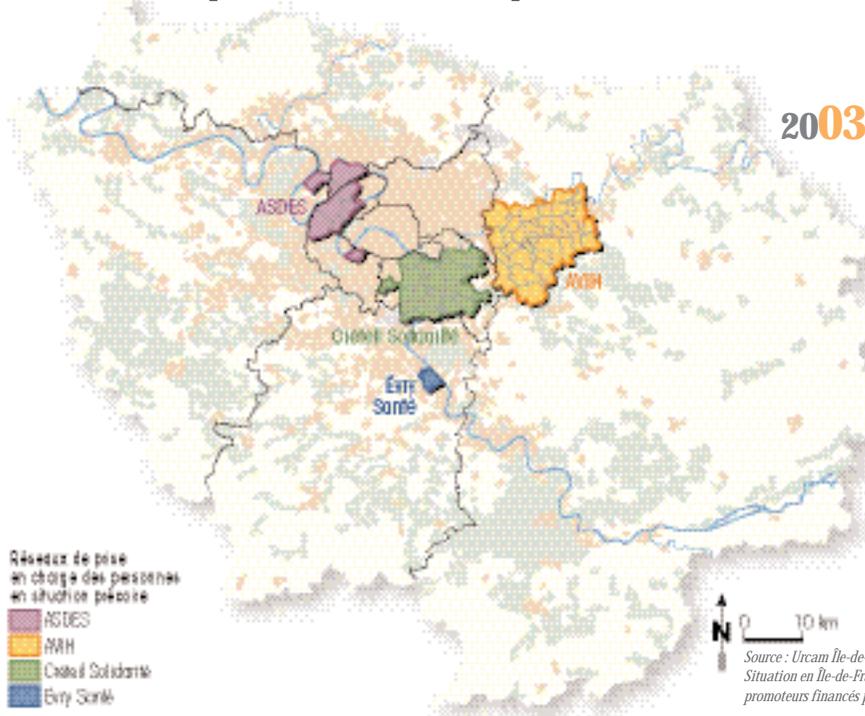


Autour des patients, les promoteurs de ces divers réseaux ont su développer un grand nombre de services qui sont aujourd'hui reconnus comme indispensables. L'amélioration de la prise en charge des patients diabétiques a été rendue possible par l'enrichissement de la coordination des professionnels de santé libéraux et hospitaliers, à travers l'organisation de réunions pluridisciplinaires (formations, études de cas cliniques, etc.) et le développement d'actions de prévention, d'éducation thérapeutique, de surveillance et de traitement.

Communes d'activité des réseaux de santé mentale et de conduites addictives



Communes d'activité des réseaux de prise en charge de personnes en situation précaire



Sans pour autant confondre ces deux problématiques, les réseaux de santé prenant en charge des populations précaires (personnes qui ne bénéficient pas de l'offre de soin traditionnelle et ayant des difficultés à faire valoir leurs droits sociaux) et les réseaux de santé mentale et de prise en charge des conduites addictives ont des points communs : coordination d'actions multiples sur des thématiques touchant à la santé et à ses facteurs de risque ainsi qu'au social, difficultés à faire adhérer ces populations et à mailler les territoires et réticences des professionnels de santé à participer à la prise en charge globale de ces populations.

Source : Urcam Île-de-France 2004, secrétariat d'aide à la qualité des soins de ville. Situation en Île-de-France, en 2003, établie d'après les indications fournies par les promoteurs financés par le FAQSV ou la DNDP.

RÉPARTITION TRÈS INÉGALE DES CHIRURGIENS-DENTISTES, MAIS HOMOGENÈME POUR LES PHARMACIENS D'OFFICINE

Fiche 1

ATLAS DE LA SANTÉ EN ÎLE-DE-FRANCE

Les chirurgiens-dentistes exercent presque exclusivement leur profession sur le mode libéral. En Île-de-France, leur densité est parmi les plus fortes de France, mais on observe un fort déséquilibre géographique dans leur choix d'installation et l'offre est très différente d'un département à l'autre. À l'inverse, les pharmaciens, essentiellement du fait d'une réglementation fixant la création des officines sur le territoire national, sont bien répartis sur l'espace régional. Le réseau francilien des officines est comparable au réseau national qui se situe, pour sa densité, au 1^{er} rang européen. L'exercice de la profession se partage entre les titulaires de leur officine et les adjoints qui sont leurs salariés.

Une répartition très inégale des chirurgiens-dentistes

Un exercice presque exclusivement libéral

Au 1^{er} janvier 2004, on recense 8 991 chirurgiens-dentistes en Île-de-France. La profession compte 40 % de femmes. L'exercice de la profession se fait essentiellement sur le mode libéral : 90 % des professionnels sont des libéraux qui exercent quasiment tous en cabinet (individuel, groupe ou société). Les salariés représentent les 10 % restants et travaillent dans les centres de santé, les organismes publics ou dans un cabinet comme salarié d'un dentiste libéral. À noter que les femmes sont plus souvent salariées que les hommes, respectivement 17,5 % contre 5 %. L'exercice à l'hôpital, très minoritaire, est le fait de libéraux, qui y interviennent dans le cadre d'une seconde activité.

La profession accuse, dans la région, une moyenne d'âge supérieure à la moyenne nationale : 41,7 % des chirurgiens-dentistes ont entre 50 et 69 ans en Île-de-France, contre 38,7 % en moyenne en France⁽¹⁾.

La répartition des chirurgiens-dentistes révèle un profond déséquilibre géographique

L'Île-de-France présente une densité de chirurgiens-dentistes parmi les plus fortes de France. L'activité en termes de somme des coefficients des actes y est moyenne, voire légèrement inférieure au reste de la France.

La répartition des chirurgiens-dentistes révèle un profond déséquilibre entre les départements : Paris et les Hauts-de-Seine concentrent près de 50 % des chirurgiens-dentistes de la région. Il y a ainsi quatre fois plus de chirurgiens-dentistes à Paris qu'en Seine-Saint-Denis, pour une population à peine deux fois supérieure. Il y a un dentiste pour 865 habitants à Paris, 1 341 dans les Hauts-de-Seine, contre respectivement 2 098 et 2 478 en Seine-et-Marne et en Seine-Saint-Denis. Les écarts sont également énormes entre cantons d'un même département, l'écart extrême étant dans l'Essonne entre Palaiseau qui compte un dentiste pour 891 habitants et Corbeil-Essonnes qui ne compte qu'un dentiste pour 14 737 habitants (soit seize fois moins) ; les autres départements présentent généralement des écarts extrêmes entre cantons de 1 à 3 ou 4 pour la densité⁽²⁾.

Pharmaciens d'officine, un territoire régional bien desservi

Un exercice de la profession diversifié, avec une forte proportion du mode libéral

Au 1^{er} janvier 2004, on recense 12 176 pharmaciens. 71 % exercent en officines, dont 40 % sont des titulaires d'officine (libéraux) et 31 % sont des adjoints (salariés). 9,5 % des pharmaciens travaillent à l'hôpital et tout particulièrement dans le secteur public. 8,5 % sont des pharmaciens-biologistes qui exercent en laboratoire d'analyses médicales (deux tiers de libéraux). Enfin, 11 % sont salariés d'autres secteurs (entreprises du médicament ou fonction publique...).

Les pharmaciens d'officine sont majoritairement des femmes

En officine, la profession est très féminisée (67,8 % des 8 646 professionnels qui y travaillent sont des femmes). L'examen des fonctions dans l'officine montre cependant une répartition asymétrique entre hommes et femmes. Ainsi, ces dernières représentent 84 % des adjoints et seulement 56 % des titulaires.

Une répartition départementale homogène des professionnels

Les densités de pharmaciens des départements franciliens, à l'exception notable de Paris, n'accusent qu'une faible dis-

person. Leur nombre dépend naturellement de la densité d'officines, mais aussi de leur chiffre d'affaire, ce qui explique les quelques variations constatées. Le conseil régional de l'ordre signale en outre certaines difficultés dans le recrutement des adjoints, du fait de la baisse sensible du *numerus clausus* ces dernières années et en raison du manque d'attractivité de certains quartiers sensibles ou de communes rurales très éloignées.

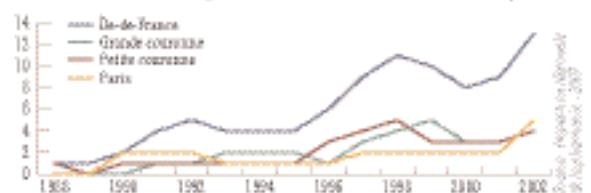
Une densité francilienne d'officines dans la moyenne nationale

L'Île-de-France, avec une officine pour 2 637 habitants, est proche de la densité nationale (une officine pour 2 589 habitants). À noter que la France est le pays européen qui dispose du réseau d'officines le plus important.

Paris, avec ses 1 094 officines, enregistre par contre des valeurs nettement supérieures, avec une densité moyenne d'une officine pour 1 963 habitants. L'excédent de la capitale, si l'on se réfère à la réglementation des villes de plus de 30 000 habitants, est de 384 officines. En cause, la forte baisse du nombre d'habitants intervenue depuis la création de nombreuses officines. Néanmoins, ces chiffres masquent d'énormes disparités, puisque deux arrondissements, le 13^e et le 19^e, sont nettement en dessous de la moyenne régionale, avec respectivement une officine pour 3 169 et 3 589 habitants.

Pour la petite couronne, une analyse par cantons ne montre que peu d'écarts de densité. Mais, en grande couronne, on constate des densités nettement plus faibles dans les cantons les plus ruraux, particulièrement dans ceux situés aux confins de la région.

Fermures définitives d'officines en Île-de-France (données lissées sur 3 ans)



Des revenus nettement inférieurs pour les titulaires d'officine franciliens

Une étude nationale conjointe de la Drees et de l'Insee, menée en avril 2004 et portant sur 2001, souligne que les pharmaciens titulaires d'Île-de-France ont un revenu brut moyen en deçà de la moyenne nationale. Il est de 104 000 euros contre une moyenne nationale de 120 000 euros. On observe des disparités importantes de revenus entre les départements, entre 92 000 et 100 000 euros pour Paris, les Hauts-de-Seine et le Val-de-Marne contre 112 000 à 118 000 euros dans le Val-d'Oise, la Seine-Saint-Denis et la Seine-et-Marne. L'étude montre que, dans les agglomérations françaises les plus importantes, les effets cumulés d'une densité plus forte et d'un niveau de dépense par habitant plus faible aboutissent à des revenus par titulaire de 8 % inférieurs à la moyenne nationale (- 17 % pour l'agglomération parisienne).

Des données Drassif-Inspection régionale de la pharmacie (IRP), confirmées par une étude du tribunal de commerce de Paris menée en 2002, montrent une accélération des fermetures d'officines ces dernières années pour raisons économiques (vingt-et-une en 2003, autour d'une trentaine probablement à la fin 2004), alors qu'elles étaient quasi inexistantes jusqu'en 1996. Le total cumulé de 110 fermetures entre 1996 et 2004 a touché dans les mêmes proportions Paris, la petite et la grande couronne, soit 2 à 3 % des officines.

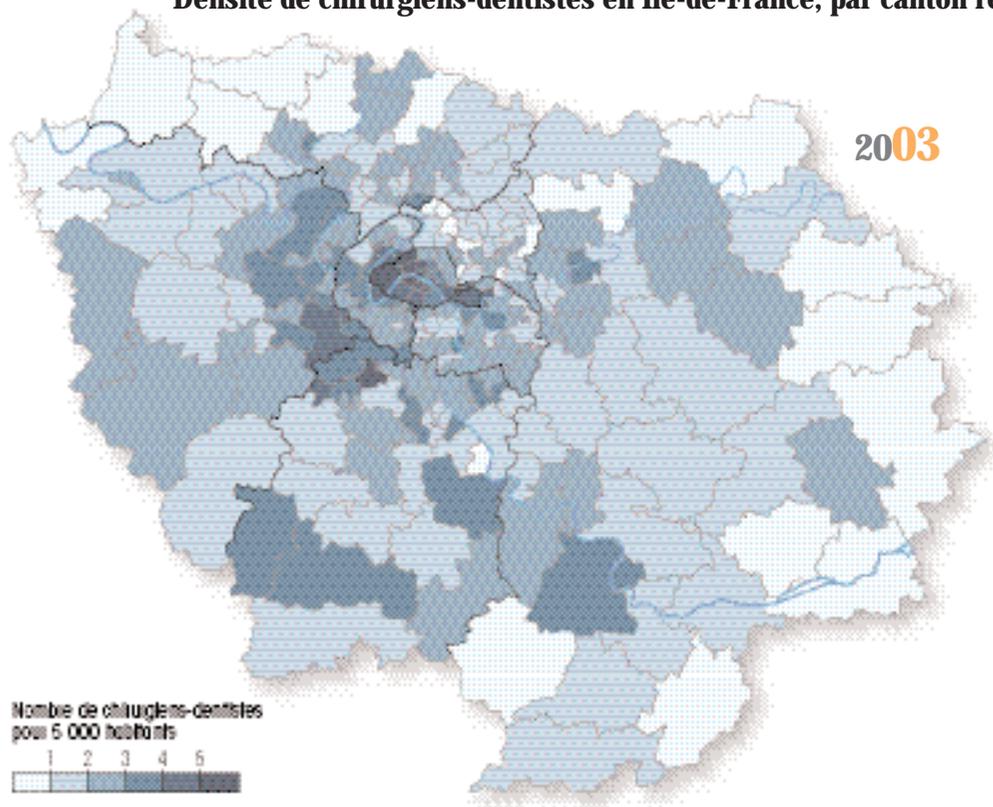
(1) Source : Drees- ADELI.
(2) Source : Urcam 2003.



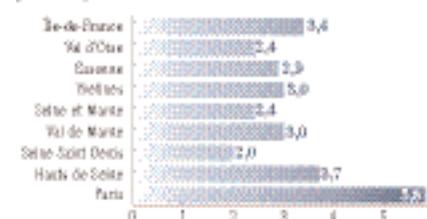
A. Lacroche / Janif

CHIRURGIENS-DENTISTES ET PHARMACIENS

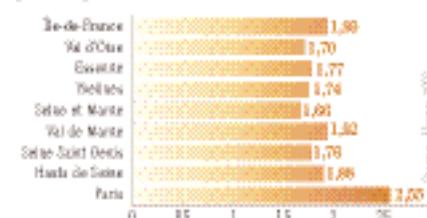
Densité de chirurgiens-dentistes en Île-de-France, par canton regroupé*



Nombre de chirurgiens-dentistes pour 5 000 habitants, par département en 2003



Nombre d'officines de pharmacie pour 5 000 habitants, par département en 2003



Des conditions nouvelles pour les créations d'officine de pharmacie

La nouvelle réglementation issue de l'ordonnance n° 2000-548 du 15 juin 2000 instaure trois régimes différents pour la création d'officines de pharmacie, en distinguant les communes de moins de 2 500 habitants, les communes de 2 500 à 30 000 habitants et celles de 30 000 habitants et plus.

Elle ne prévoit plus de dérogation à la règle, contrairement à la législation antérieure qui pouvait prendre en compte la population saisonnière ou de passage. Les quotas de population ne s'appliquent plus qu'à la population résidente officiellement recensée dans les limites de la commune.

Cas des communes de 30 000 habitants et plus :
Dans les communes d'une population égale ou supérieure à 30 000 habitants, une création d'officine ne peut être accordée que lorsque le nombre d'habitants par pharmacie est supérieur à 3 000. Dans ce cas, il ne peut être attribué qu'une licence par tranche entière de 3 000 habitants recensés dans les limites de la commune.

Cas des communes de 2 500 habitants à 30 000 habitants :

Dans les communes d'une population comprise entre 2 500 et 30 000 habitants, une création d'officine ne peut être accordée que lorsque le nombre d'habitants par pharmacie est supérieur à 2 500.

Dans ce cas, il ne peut être attribué qu'une licence par tranche entière de 2 500 habitants recensés dans les limites de la commune.

Cas des communes de moins de 2 500 habitants :
Dans les communes de moins de 2 500 habitants, une création est possible à l'intérieur d'un ensemble de communes contiguës, dépourvues d'officines, à condition que la population totale de cet ensemble soit d'au moins 2 500 habitants et que la population de ces communes n'ait pas été déjà comptabilisée pour d'autres créations.

Les pharmaciens adjoints d'officine

Arrêté du 5 juillet 2004 :

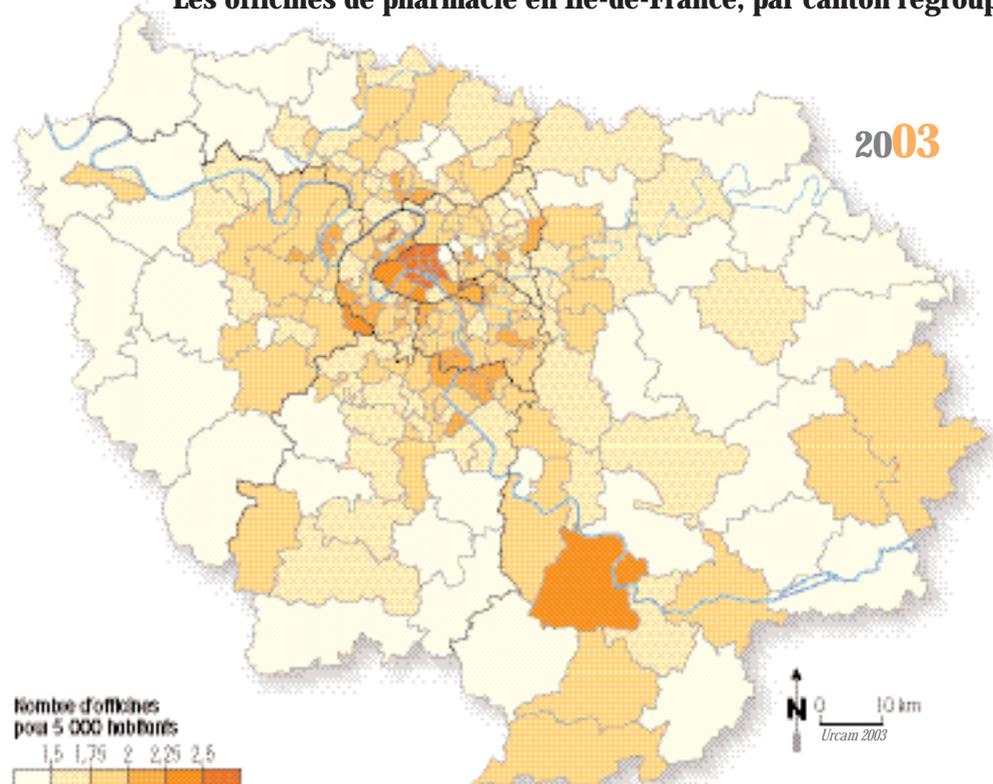
- « un pharmacien adjoint est requis pour un chiffre d'affaires annuel, hors taxe à la valeur ajoutée, compris entre 980 000 euros et 1 960 000 euros ;
- un deuxième adjoint pour un chiffre d'affaires annuel, hors taxe à la valeur ajoutée, compris entre 1 960 000 euros et 2 940 000 euros ;
- au-delà de ce chiffre, un adjoint supplémentaire est obligatoire par tranche de 980 000 euros supplémentaires.

Le chiffre d'affaires à prendre en compte est le chiffre d'affaires total réalisé par l'officine, sans qu'il y ait lieu de distinguer entre les activités strictement pharmaceutiques et les activités commerciales.»

Texte de référence : article L.5125-20 du code de la santé publique.

En Île-de-France, la densité de chirurgiens-dentistes est parmi les plus élevées de France, mais elle varie fortement d'un canton à un autre. La répartition des pharmacies d'officine est, elle, plus homogène, même si certains arrondissements parisiens paraissent particulièrement bien pourvus, tandis que les cantons périphériques ruraux de la région le sont nettement moins.

Les officines de pharmacie en Île-de-France, par canton regroupé*



* Découpage en 258 entités géographiques, au lieu des 286 cantons franciliens définis par l'Insee (pseudos-cantons). Ce découpage agrège les pseudos-cantons de l'Insee formés de communes jouxtant une ville importante et faisant partie du même canton électoral, au pseudo-canton Insee de cette ville voisine.

INFIRMIERS LIBÉRAUX : UNE DENSITÉ FRANCILIENNE TRÈS INFÉRIEURE À LA MOYENNE NATIONALE

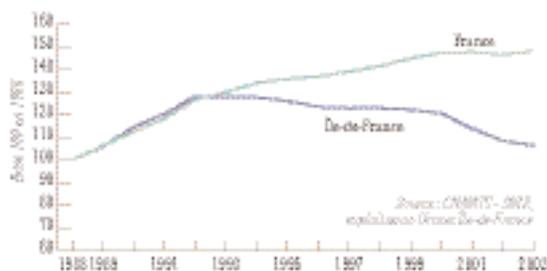
Fiche 2

ATLAS DE LA SANTÉ EN ÎLE-DE-FRANCE

Le nombre d'infirmières libérales a fortement diminué en Île-de-France ces dernières années, contrairement aux effectifs nationaux. Des oppositions fortes se dégagent entre Paris et sa première couronne, peu dotées, et la grande couronne.

En France, les effectifs infirmiers croissent de manière quasi continue depuis 1970, même si le rythme de cette progression s'est ralenti ces dernières années. L'hôpital public reste le principal employeur de la profession (69 % des effectifs en 2003), mais la part des infirmiers travaillant en secteur libéral a légèrement progressé au niveau national au cours des dix dernières années (de 10 % en 1988 à 12 % au 1^{er} janvier 2003). Dans ce contexte national, l'Île-de-France se caractérise, au contraire, par une diminution du nombre d'infirmiers dans le secteur libéral.

Évolution des effectifs des infirmiers libéraux entre 1988 et 2003



Une forte diminution du nombre d'infirmiers libéraux depuis 1998 en Île-de-France

Au 31 décembre 2002, la région compte 4 494 infirmiers libéraux⁽¹⁾, soit 9,3 % des effectifs nationaux, alors que la population francilienne représente 18,7 % de la population métropolitaine.

Le nombre d'infirmiers libéraux de la région n'a cessé de décroître entre 1998 et 2002, avec une baisse de 11,9 % entre ces deux dates. Sur la même période, les effectifs au niveau national ont progressé de 3,6 %.

La diminution des effectifs en Île-de-France n'a pas été homogène selon les départements : les Hauts-de-Seine, les plus touchés, ont perdu 18,4 % de leurs infirmiers libéraux entre 1998 et 2002, tandis que le Val-d'Oise n'en perdait que 4,8 %.

Cette évolution contraste avec celle observée pour d'autres catégories de professionnels de santé. Ainsi, par exemple, les effectifs de masseurs-kinésithérapeutes exerçant en Île-de-France affichent entre 1998 et 2002 une légère progression (+ 1,1 %).

Les recrutements hospitaliers liés au passage aux 35 heures dans les hôpitaux, la moyenne d'âge élevée impliquant des cessations d'activité en nombre, les conditions d'exercice en libéral spécifiques à l'Île-de-France, avec les problèmes de circulation, le coût des loyers et la montée du sentiment d'insécurité dans certaines zones... sont autant d'éléments à prendre en compte pour expliquer les diminutions d'effectifs observées. Dans les structures hospitalières, le recrutement

d'infirmiers est également problématique. Les épisodes récents d'appel à une main-d'œuvre étrangère, le manque de candidats dans les instituts de formation et le développement d'une pratique de l'intérim illustrent au plan national comme au plan régional les difficultés à venir, qui risquent d'être encore plus aiguës dans le contexte francilien décrit.

Une densité francilienne très inférieure à la moyenne nationale

La densité d'infirmiers libéraux en Île-de-France est nettement inférieure à la moyenne nationale : 40,6 pour 100 000 habitants dans la région contre 81,3 au niveau national. Cette faible densité régionale s'accompagne de disparités importantes entre les départements : autour de 30 infirmiers libéraux pour 100 000 habitants en Seine-Saint-Denis et dans les Hauts-de-Seine, près de 50 dans le Val-d'Oise et en Seine-et-Marne. En Île-de-France, cette profession est la seule à connaître de si faibles densités par rapport à la moyenne nationale ; plusieurs éléments explicatifs peuvent être apportés à ce phénomène, sans toutefois être définitifs. Le premier élément évoqué est la forte concentration sur le territoire régional de structures de soins hospitalières, de centres de santé et de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD). Cette offre alternative au secteur libéral doit être prise en compte, mais recouvre néanmoins un ensemble très divers de profils d'activité qui ne peut pas être substitué en totalité à l'activité d'infirmiers libéraux. Le deuxième élément d'explication qui pourrait être avancé est que de la jeunesse de la population francilienne résulterait un appel aux soins infirmiers moins important que dans d'autres régions françaises plus âgées. Notons cependant que les plus fortes densités en Île-de-France se retrouvent dans les départements les plus jeunes en moyenne (Val-d'Oise et Seine-et-Marne), alors que les départements les plus âgés, Paris par exemple, comptabilisent le moins d'infirmiers libéraux par habitant.

Une profession de moyenne d'âge élevée et très féminisée

Autre caractéristique francilienne : l'âge moyen des infirmiers en secteur libéral exerçant en Île-de-France est supérieur de près de deux ans à la moyenne nationale (45 ans contre 43 ans). En revanche, la population infirmière libérale a vieilli à un rythme similaire en Île-de-France et en France, gagnant trois ans entre 1997 et 2001, conséquence directe du moindre nombre de diplômés attribués au cours des années quatre-vingts.

D'autre part, comme au niveau national, la profession demeure très féminisée, avec seulement 16 % d'infirmiers de sexe masculin (14,4 % sur la France entière).

(1) Source : système national inter régime.

Une majorité de soins de nursing

L'activité des infirmiers libéraux à part entière (APE) est composée de deux types d'actes :

Les actes infirmiers de soins (AIS) sont des soins d'hygiène et de nursing et constituent la majeure partie de l'activité des infirmiers exerçant en libéral : 55,6 % en 2002 en Île-de-France, 60,8 % au niveau national.

Cette proportion des soins de nursing s'explique en grande partie par la part importante des personnes âgées de 70 ans et plus dans la patientèle des infirmiers libéraux. S'ajoute à cela le recours aux infirmiers libéraux par certaines maisons de retraites et services de soins à domicile.

À noter qu'un tiers des infirmiers libéraux franciliens réalisaient en 2001 plus de 75 % de leurs actes en AIS et 9 % s'y employaient presque exclusivement⁽¹⁾.

Ce qui pose la question de l'articulation de l'activité infirmière avec d'autres professions paramédicales, aides-soignantes notamment.

Les actes médico-infirmiers (AMI) sont constitués de gestes techniques (injections, chimiothérapie...) et représentent, en 2002, 44,4 % de l'activité totale des infirmiers libéraux franciliens.

Un tiers des infirmiers environ ont une activité où prédominent ces actes médico-infirmiers et 5 % d'entre eux s'y consacrent en quasi-totalité.

(1) Urcam Île-de-France - «Activité des infirmiers libéraux en Île-de-France - premiers résultats» - janvier 2003.

Nombre et densité d'infirmiers libéraux en Île-de-France au 31 décembre 2002

Départements	Nombre d'infirmiers libéraux			Densité pour 100 000 habitants * 2002	Densité pour 1 000 habitants de 65 ans et plus* 2002
	1998	2002	Évolution (en %)		
Paris	1 068	924	- 13,5	43,1	2,9
Seine-et-Marne	677	607	- 10,3	49,8	4,7
Yvelines	630	564	- 10,5	41,3	3,6
Essonne	582	497	- 14,6	43,4	3,9
Hauts-de-Seine	554	452	- 18,4	30,9	2,3
Seine-Saint-Denis	501	448	- 10,6	32,2	2,9
Val-de-Marne	524	464	- 11,5	37,5	2,9
Val-d'Oise	565	538	- 4,8	48,3	4,7
Île-de-France	5 101	4 494	- 11,9	40,6	3,3
France métropolitaine	46 570	48 254	3,6	81,3	5

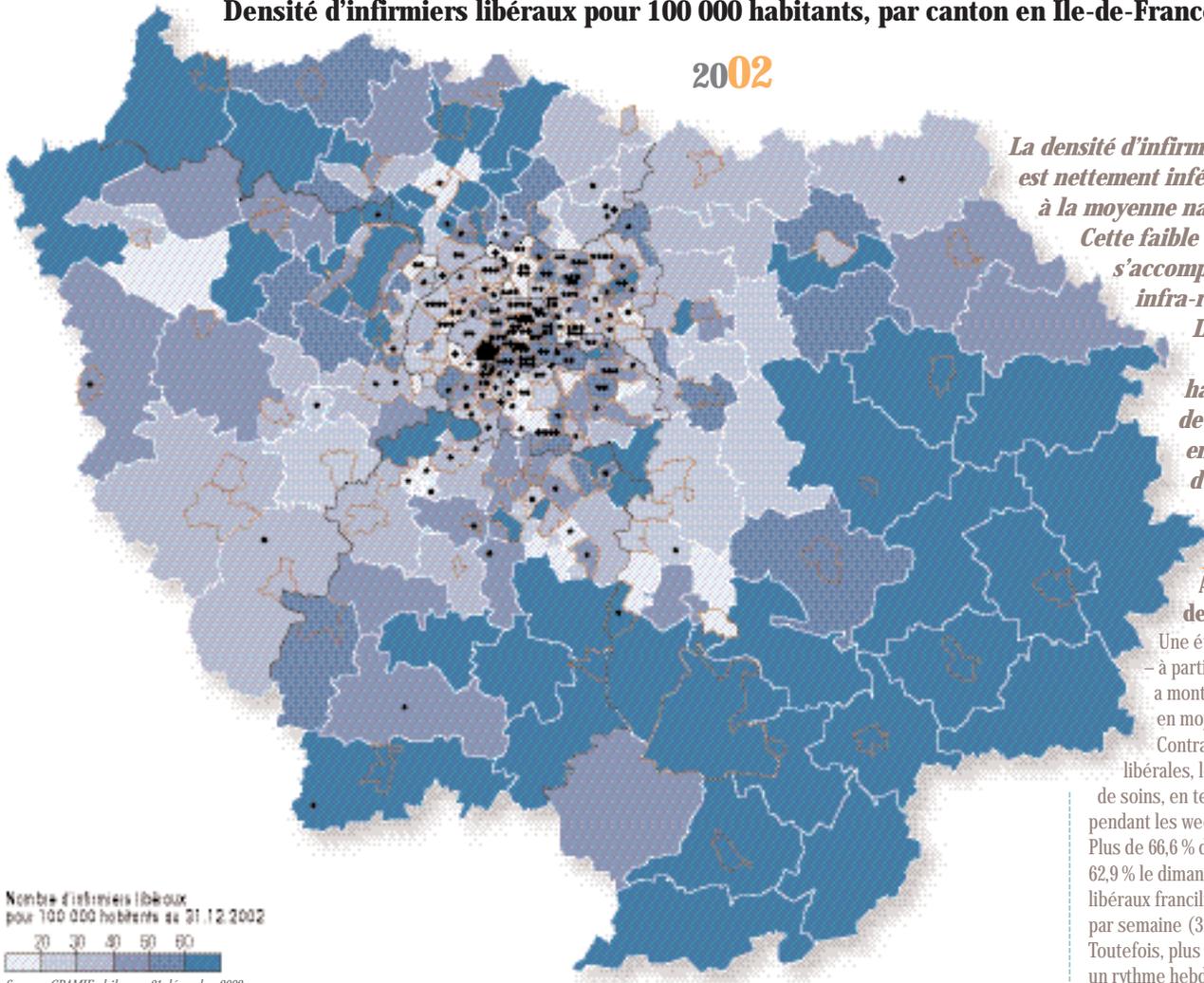
* Données provisoires

Source : SNIIR (CHAMITS)

LES INFIRMIERS LIBÉRAUX

Densité d'infirmiers libéraux pour 100 000 habitants, par canton en Île-de-France

2002



La densité d'infirmiers libéraux est nettement inférieure en Île-de-France à la moyenne nationale.

Cette faible densité régionale s'accompagne de disparités infra-régionales importantes.

Le nombre d'infirmiers libéraux pour 100 000 habitants varie par exemple de moins de 10 à plus de 120 entre les différents cantons d'Île-de-France.

Nombre d'infirmiers libéraux pour 100 000 habitants au 31.12.2002



Source : CRAMIF - bilan au 31 décembre 2002

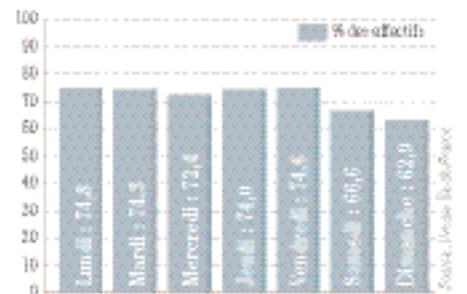
Activité journalière des infirmiers libéraux

Une étude menée sur le mois de mars 2002 – à partir des remboursements d'actes – a montré que, en semaine, on compte en moyenne 75 % d'infirmiers actifs.

Contrairement aux autres professions libérales, les infirmiers assurent une offre de soins, en termes d'effectifs, assez soutenue pendant les week-ends.

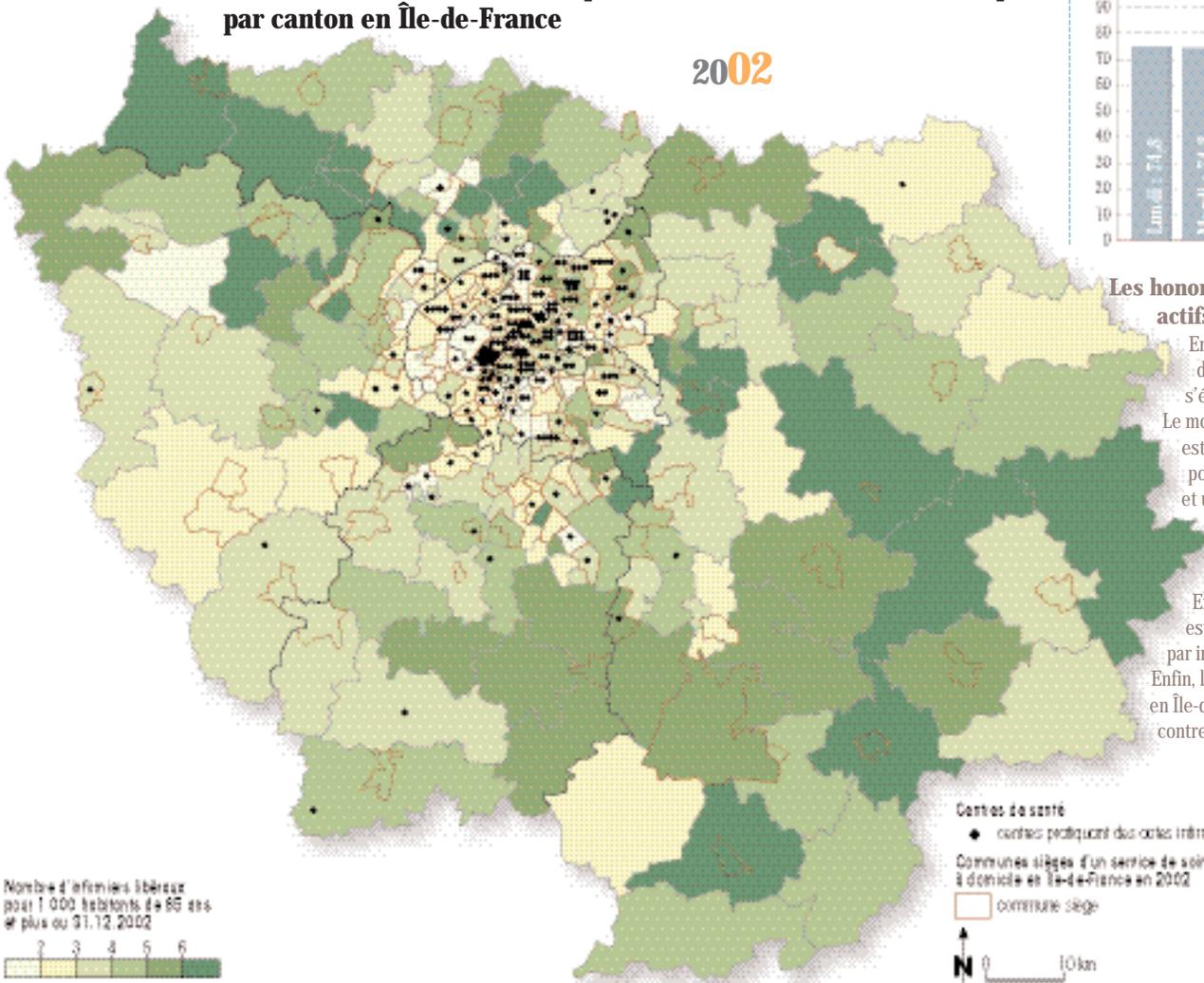
Plus de 66,6 % des infirmiers sont actifs le samedi et 62,9 % le dimanche. Près de la moitié des infirmiers libéraux franciliens travaillent plus de cinq jours par semaine (32 % travaillant sept jours sur sept). Toutefois, plus d'un tiers des infirmiers adoptent un rythme hebdomadaire moins soutenu (36 % ont travaillé en moyenne moins de cinq jours par semaine).

Part des infirmiers libéraux actifs jour par jour (en moyenne sur le mois de mars 2002)



Densité d'infirmiers libéraux pour 1 000 habitants de 65 ans et plus, par canton en Île-de-France

2002



Nombre d'infirmiers libéraux pour 1 000 habitants de 65 ans et plus au 31.12.2002



Source : CRAMIF - bilan au 31 décembre 2002

Les honoraires des infirmiers libéraux actifs à part entière (APE)

En moyenne, les honoraires des infirmiers libéraux franciliens s'élèvent en 2002 à 59 807 euros par an. Le montant annuel des honoraires est compris entre 45 000 et 60 000 euros pour 29 % des infirmiers libéraux et un quart d'entre eux ont eu des honoraires compris entre 60 000 et 75 000 euros sur l'année considérée.

En comparaison, la moyenne nationale est plus faible avec 58 440 euros par infirmier APE en 2002.

Enfin, les frais de déplacements représentent en Île-de-France 7 569 euros par infirmier, contre 10 527 euros en France.

Centres de santé
● centres pratiquant des actes infirmiers

Communes sièges d'un service de soins infirmiers à domicile en Île-de-France en 2002

□ commune siège



Sources : Urcam Île-de-France - SNIR, Insee - recensement général de la population de 1999, Drass Île-de-France

PROFESSIONS PARAMÉDICALES DE RÉÉDUCATION : VERS UN ÉLARGISSEMENT DE LEUR CHAMP D'INTERVENTION ?

Fiche 3

ATLAS DE LA SANTÉ EN ÎLE-DE-FRANCE

En Île-de-France, les professionnels libéraux paramédicaux de rééducation représentent environ 25 % des effectifs nationaux.

Cette proportion est proche de celle des médecins spécialistes libéraux franciliens, fortement représentés en Île-de-France.

Néanmoins, les moyennes régionales cachent de fortes disparités géographiques. De fait, la répartition de ces professionnels de santé est fortement polarisée et privilégie les centres urbains les plus importants de la région, et en premier lieu Paris.

Par endroits, se posent ainsi des problèmes d'accès à certains auxiliaires médicaux de rééducation.

Principales caractéristiques des professions paramédicales

Il existe quatorze métiers paramédicaux inscrits officiellement dans le Livre IV du code de la santé publique.

D'autres métiers existent à côté des professions reconnues sur un plan réglementaire.

Au total, en France, plus de 720 000 professionnels se partagent entre quatre groupes distincts : les professions de soins (groupe le plus connu et le plus important en termes d'effectifs, qui comprend les infirmiers et les puéricultrices) ; les métiers de l'appareillage (dont les manipulateurs en électroradiologie médicale) ; les professions d'assistance technique (dont les ambulanciers, les préparateurs en pharmacie) et les professions de rééducation.

Si ces professionnels de rééducation ont des activités disparates, tous soignent, appareillent, réhabilitent et rééduquent les patients, le plus souvent après le diagnostic et l'ordonnance du médecin. Les compétences de chacun sont fixées réglementairement.

Certains professionnels peuvent intervenir de leur propre chef, dans le cadre des compétences qui leur sont ainsi reconnues, telles que la rééducation du langage chez l'enfant ou bien encore les interventions d'urgence des ambulanciers.

Masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes et podologues forment le corps des auxiliaires médicaux de rééducation libéraux signataires d'une convention avec les caisses nationales d'assurance maladie⁽¹⁾. Toutes ces professions sont marquées par une forte empreinte du secteur libéral exclusif (de 93,7 %, par exemple, pour les pédicures-podologues à 75,7 % pour les orthophonistes).

Au 31 décembre 2001, 12 258 de ces professionnels libéraux exerçaient en Île-de-France, soit 25 % environ des effectifs nationaux. Avec 7 992 professionnels⁽²⁾, les masseurs-kinésithérapeutes représentent à eux seuls 65,2 % du groupe, suivis par les orthophonistes (au nombre de 2 457), les pédicures (1 436) et les orthoptistes (373).

Des densités paramédicales plus fortes en Île-de-France qu'ailleurs en France...

Les densités paramédicales franciliennes sont plus élevées que les moyennes nationales. Toutefois, ces chiffres recèlent des disparités spatiales fortes. Dans tous les cas, la répartition de ces professionnels de santé privilégie Paris (en fonction de la profession considérée, les effectifs parisiens représentent, par exemple, 21 % des orthophonistes de la région et 29,6 % pour les masseurs-kinésithérapeutes), puis les départements de l'ouest de la région (Hauts-de-Seine et Yvelines).

Par ailleurs, l'activité des auxiliaires médicaux franciliens est plus faible que celle de leurs confrères des autres régions et, hormis les pédicures-podologues, ils pratiquent des dépassements d'honoraires moins importants.



A. Lacourche / laurif

... mais des disparités infra-régionales qui accentuent les déséquilibres médicaux connus

Les disparités de densités paramédicales entre les départements sont sensibles et reproduisent celles observées pour les médecins. Il existe une ligne de rupture importante entre l'est et l'ouest de la région. Les départements de Paris, des Yvelines et des Hauts-de-Seine concentrent, à eux trois, plus de la moitié de ces professionnels de santé, quelle que soit la profession considérée.

On observe aussi une présence accrue de ces professions paramédicales dans les pôles urbains les plus importants. Cette polarisation est très nette pour des professions comme les orthoptistes, concentrés dans les villes les plus importantes de chaque département, et notamment celles qui comptent en leur sein un établissement hospitalier et une forte présence d'ophtalmologues. Elle l'est toutefois moins pour les masseurs-kinésithérapeutes, compte tenu d'une offre plus importante et plus diluée dans l'espace régional. Des communes d'à peine plus de 1 000 habitants (comme Vigny et Valmondois dans le Val-d'Oise ou Villiers-le-Bâcle dans l'Essonne) peuvent compter un masseur-kinésithérapeute sur leur territoire. Toutefois, les densités de masseurs-kinésithérapeutes demeurent

plus faibles en grande couronne, notamment en Seine-et-Marne où se concentrent également localement une part importante de professionnels de santé âgés de plus de 55 ans. Cette situation peut conduire, à terme, à des difficultés si le renouvellement générationnel n'est pas assuré. En petite couronne, la dichotomie est/ouest défavorise de nombreuses communes de Seine-Saint-Denis et du Val-de-Marne, ainsi que la partie nord des Hauts-de-Seine (Gennevilliers/Villeneuve-la-Garenne notamment), reproduisant et/ou renforçant ainsi les disparités sanitaires et sociales connues. Dans ces communes de faibles densités, l'activité des professionnels de santé est relativement forte. Cette forte activité par rapport à la moyenne régionale se retrouve également dans de nombreux cantons seine-et-marnais (Bray-sur-Seine, Mitry-Mory, Le Châtelet-en-Brie, etc.), mais également du Val-d'Oise et de la partie sud de l'Essonne. Dans ces zones, les masseurs-kinésithérapeutes doivent faire face à un recours aux soins important de la part d'une population âgée et ayant peu d'alternatives à l'offre libérale.

Pour les autres professions, le recours aux soins est fonction de la répartition et de la concentration dans certaines zones des professionnels, ce qui entraîne parfois, pour certaines populations de Seine-et-Marne notamment, des déplacements importants.

Un transfert de tâches et de compétences difficile à mettre en place par endroits

Face à la diminution constatée du nombre de médecins généralistes et spécialistes, les autorités publiques⁽³⁾ ont souhaité réfléchir à une possible redéfinition des missions des médecins et au redéploiement des compétences des autres professions de santé.

En Île-de-France, des expériences de ce type pourraient tout à fait être envisagées, pour les orthoptistes par exemple. Compte tenu de la démographie décroissante des ophtalmologistes, certaines propositions (cf. Académie de médecine) vont dans le sens d'un transfert d'une partie des actes techniques, effectués jusque-là par les ophtalmologistes, vers les orthoptistes, sous la responsabilité des ophtalmologistes. Ces suggestions visent à tenir compte de la décroissance des effectifs des spécialistes des problèmes oculaires, mais également de besoins de soins importants, augmentant avec l'âge (glaucome, diabète, dégénérescence maculaire) et de l'accroissement des mesures de prévention, telles que le dépistage des troubles visuels de l'enfant, déjà difficiles à assurer. La démographie des orthoptistes est marquée en Île-de-France par une stabilisation des effectifs entre 1998 et 2001. Néanmoins, la relative faiblesse des effectifs rend difficile, par endroits, la collaboration naturelle avec les ophtalmologistes, notamment dans les départements de la grande couronne.

Les professions paramédicales de rééducation libérales jouent un rôle important dans le système de soins français et les évolutions proposées vont dans le sens d'un accroissement des tâches et compétences dévolues. Néanmoins, la répartition des professionnels de santé franciliens rend cette perspective ambitieuse dans certains départements. D'ores et déjà, certains réseaux de santé éprouvent des difficultés à recruter des auxiliaires médicaux en leur sein, rendant ainsi plus problématique le développement de ces structures, pourtant de nature à optimiser les performances du système de soins.

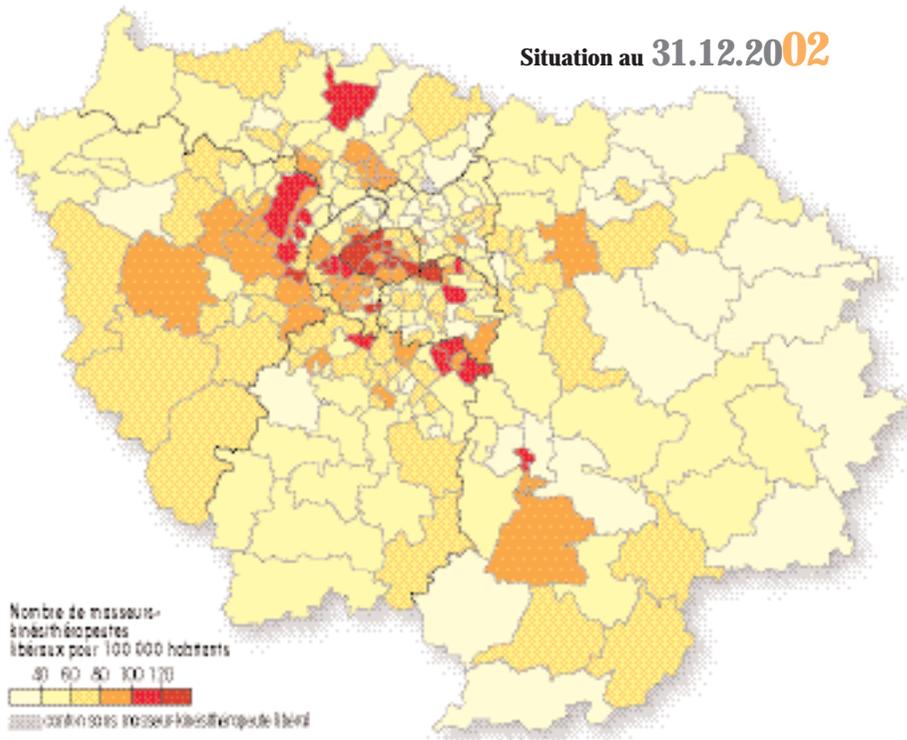
(1) A côté de ces professionnels conventionnés existent d'autres professions paramédicales de rééducation qui ne sont pas liées à l'assurance maladie par une convention (actes paramédicaux hors nomenclature) : diététiciens, prothésistes, ergothérapeutes, psychomotriciens et opticiens-lunetiers.

(2) Source : SNIR, assurance maladie.

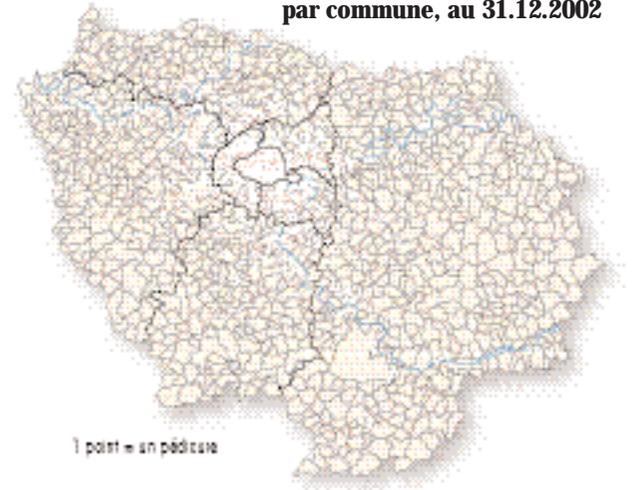
(3) Cf. notamment le rapport Berland : lettre de mission du 25 avril 2003, «Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences».

LES PROFESSIONS PARAMÉDICALES LIBÉRALES DE RÉÉDUCATION

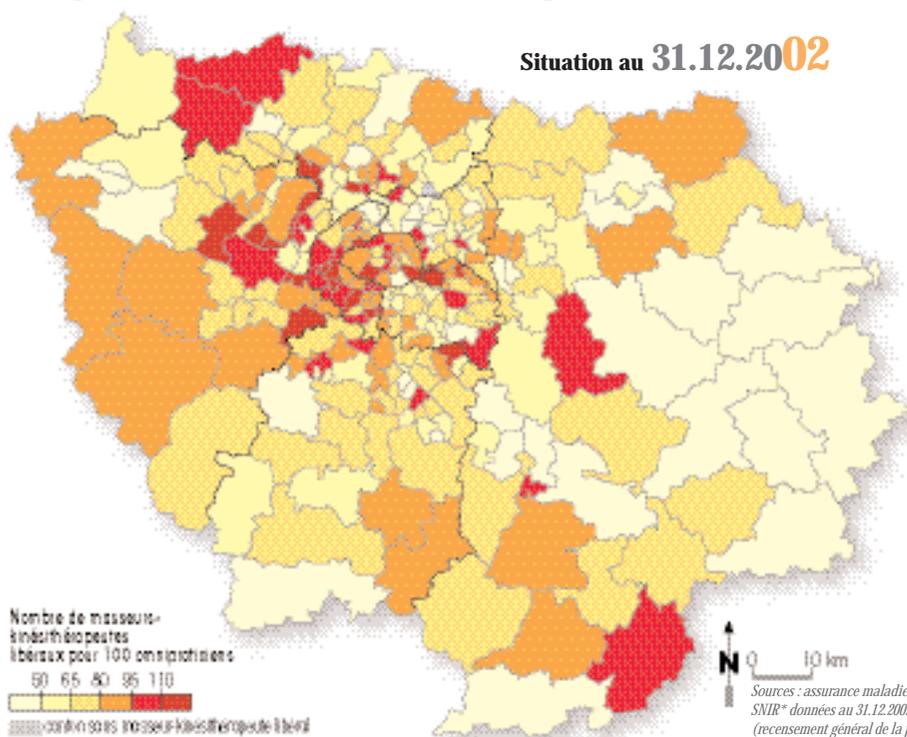
Densité de masseurs-kinésithérapeutes libéraux en Île-de-France par canton



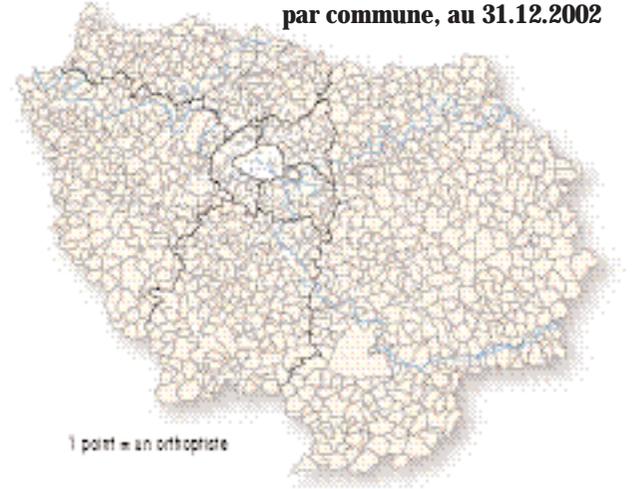
Les pédicures-podologues libéraux en Île-de-France, par commune, au 31.12.2002



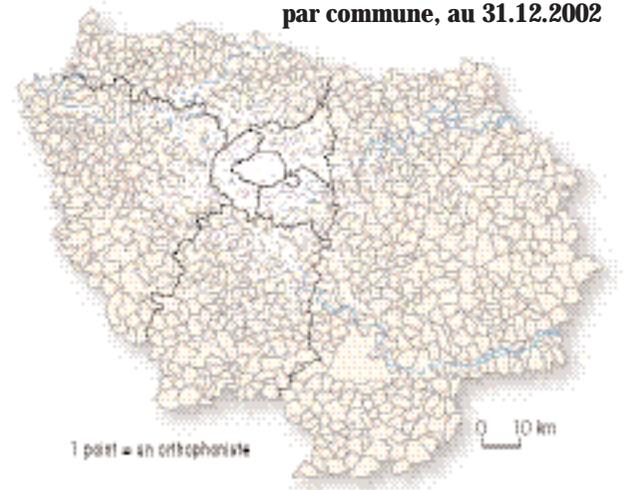
Nombre de masseurs-kinésithérapeutes libéraux pour 100 médecins omnipraticiens libéraux en Île-de-France par canton



Les orthoptistes libéraux en Île-de-France, par commune, au 31.12.2002



Les orthophonistes libéraux en Île-de-France, par commune, au 31.12.2002



Ventilation départementale des professions paramédicales libérales de rééducation

Départements	Masseurs-kinésithérapeutes		Orthophonistes		Orthoptistes		Pédicures-podologues	
	Effectif	Densité*	Effectif	Densité*	Effectif	Densité*	Effectif	Densité*
Paris	2 325	108,3	528	24,6	95	4,4	403	18,8
Hauts-de-Seine	1 128	77,1	350	23,9	34	2,4	214	14,6
Seine-Saint-Denis	679	48,9	232	16,7	31	2,5	125	9
Val-de-Marne	934	67,5	286	23,1	35	3,1	155	12,5
Seine-et-Marne	655	53,7	236	19,4	33	2,7	135	11,1
Yvelines	953	69,8	338	24,8	54	4	200	14,7
Essonne	742	64,8	254	22,2	42	3,7	149	13
Val-d'Oise	633	56,8	235	21,1	35	3,1	123	11
Île-de-France	7 949	71,8	2 459	22,2	375	3,4	1 504	13,6
France métropolitaine	40 434	68,1	10 834	18,3	1 447	2,4	6 511	11

Source : Urcam, effectifs au 31.12.2002, (données SNIR / CHAMIS)

* densité pour 100 000 habitants

UN POTENTIEL DE FORMATION DES INTERNES EN MÉDECINE SOUS-UTILISÉ

Fiche 1

ATLAS DE LA SANTÉ EN ÎLE-DE-FRANCE

L'OFFRE DE SOINS EN ÎLE-DE-FRANCE
Le système de formation des professionnels de santé

La place du service public dans l'offre hospitalière francilienne, et en particulier le poids de son CHU, «l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris», constituent un potentiel de formation des futurs médecins de tout premier plan. Mais la baisse du numerus clausus associée à une diminution des affectations en Île-de-France à l'issue du concours de l'internat ont pour conséquence une sous-utilisation de l'appareil de formation francilien.

Les études de médecine

Les études médicales comprennent trois cycles universitaires. Au terme de la première année du premier cycle (PCEM1) un *numerus clausus* détermine le nombre d'étudiants autorisés à poursuivre leurs études en deuxième année de médecine (PCEM2). À l'issue du 2^e cycle (DCEM), de quatre ans, les étudiants qui voulaient devenir spécialistes se présentaient, jusqu'à la récente réforme, au concours de l'internat et ceux qui ne réussissaient pas ou ne passaient pas le concours devenaient des généralistes.

La réforme du troisième cycle a mis en place, à partir de l'année universitaire 2004/2005, l'examen national classant. Tous les étudiants ayant validé le second cycle passent l'examen, y compris ceux qui souhaitent se diriger vers la médecine générale, qui bénéficie ainsi d'une revalorisation puisqu'elle devient une spécialité à part entière.

Le choix de la spécialité et de la région de formation se fait selon le rang de classement obtenu sur le plan national.

Le cursus du 3^e cycle qui se déroule pour l'essentiel à l'hôpital est de trois ans pour les futurs généralistes, de quatre à cinq ans pour les internes de spécialité.

Un potentiel de formation important

Avec plus de 2 500 services hospitaliers agréés pour la formation des internes en 3^e cycle des études médicales, l'Île-de-France possède des capacités de formation des médecins nettement supérieures à celles des autres régions.

Ce potentiel s'explique par le poids des secteurs public et privé participant au service public hospitalier (PSPH) auxquels la loi confère la mission de formation des futurs médecins. Au sein de cet équipement public, la place du centre hospitalier universitaire (CHU) francilien, l'«Assistance publique-Hôpitaux de Paris» (AP-HP), est prépondérante et représente près de 46 % des lits publics et PSPH contre un poids national moyen des CHU de 33 %. La région offre ainsi avec l'ensemble de ses hôpitaux de service public un appareil de formation de tout premier plan.

Une offre de services formateurs répartie sur tout le territoire régional

La quasi-totalité des hôpitaux publics ou PSPH de la région participent à la formation des internes en 3^e cycle des études médicales. Si plus de la moitié (53 %) des services agréés pour les spécialités médicales sont localisés dans Paris *intra-muros*, reflétant le poids du CHU dans ce domaine, 55 % des services formateurs en chirurgie se trouvent en petite (34,7 %) et grande (20 %) couronnes. Quant aux services agréés pour l'accueil des internes en médecine générale, 70 % sont en périphérie, en petite couronne (43 %) et grande couronne (27 %). Enfin, la psychiatrie adulte et infanto-juvénile offre 35 % des stages à Paris, 34 % sur la petite couronne et 31 % sur la grande couronne francilienne.

De bons résultats à l'internat

La taille atypique en France du CHU francilien, sa trentaine d'établissements hospitaliers de court séjour dotés de services de toutes spécialités et dirigés pour la quasi-totalité par des médecins hospitalo-universitaires permet aux étudiants en médecine puis aux internes d'avoir accès à un enseignement théorique et pratique de haut niveau. Selon les chiffres du ministère de la Santé pour l'année 2004, 30,8 % des praticiens hospitalo-universitaires français, dont 29,6 % de professeurs d'université-praticiens hospitaliers (PU-PH), enseignent et exercent en Île-de-France.

Les effets de cet encadrement sont probants. Alors qu'en 2004 les étudiants en médecine des huit facultés de médecine franciliennes constituaient 24,6 % des reçus et affectés après le nouvel examen national classant (pourcentage concordant avec le *numerus clausus* francilien de cette promotion), 6 sont classés dans les 10 premiers, 49 dans les 100 premiers. Ils représentent encore 37 % des 500 premiers et 33,9 % des 1 000 premiers.

Le nombre d'étudiants a diminué plus fortement en Île-de-France qu'en France...

La progression continue du nombre de généralistes et de spécialistes depuis 1960 a conduit à l'instauration, dès 1971, d'un *numerus clausus* à la fin de la première année de médecine. Conçu comme un outil de régulation et d'homogénéisation de la densité médicale sur le territoire français, ce quota fixé par arrêté ministériel détermine chaque année le nombre d'étudiants de première année de médecine pouvant accéder en deuxième année.

Le *numerus clausus* en Île-de-France a subi entre 1971 et 1992, année de son niveau le plus bas, une baisse de 64 % contre 59 % sur la France entière. Alors que sa remontée nationale depuis cette date est de 30 %, elle n'est que de 16 % pour la région. De plus, le nombre de postes mis au concours de l'internat pour la région ne représente plus, en 2004, que 16,8 % du total national, contre 22,5 % en 1985, année de

la première réforme de l'internat. Alors que le nombre total de postes mis au concours en 2004 au niveau national a presque rejoint son niveau de 1985 (97,5 %), ce n'est pas le cas dans la région (73 % seulement).

... entraînant des difficultés accrues pour les hôpitaux et une désaffection pour certaines spécialités

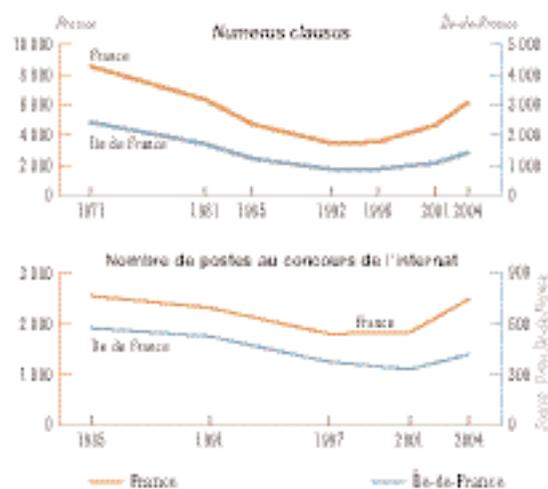
En raison de la raréfaction des internes, les hôpitaux franciliens, particulièrement ceux situés hors Paris, ont été confrontés à un déficit de temps médical, puisque les internes, en même temps qu'ils se forment, jouent un rôle essentiel dans les services hospitaliers. Pour nombre d'établissements, le recours au recrutement de médecins formés à l'étranger a constitué une solution palliative.

Par ailleurs, dans ce contexte contraint, certaines spécialités, comme l'anesthésie, la gynécologie-obstétrique et la pédiatrie, jugées peu attractives car à fortes contraintes professionnelles, ont été peu à peu délaissées par les internes. Pour inverser cette tendance, les pouvoirs publics ont fixé depuis 1999, pour le concours de l'internat, des quotas pour ces spécialités, afin d'en améliorer la démographie. Si le résultat est indéniable pour ces disciplines (160 internes sont, par exemple, en formation en anesthésiologie en novembre 2004, contre une centaine en novembre 1999), la répercussion à la baisse sur les autres spécialités médicales et chirurgicales, cumulée avec la baisse des effectifs globaux, s'est fait immédiatement sentir. Ainsi, 608 internes sont dans un cursus de spécialités médicales en novembre 2004, contre 840 environ en 1999, soit une baisse de près de 28 % en cinq ans, et 326 internes sont actuellement en spécialités chirurgicales, contre 420 environ en novembre 1999 (- 22 %).

Un appareil de formation sous-utilisé

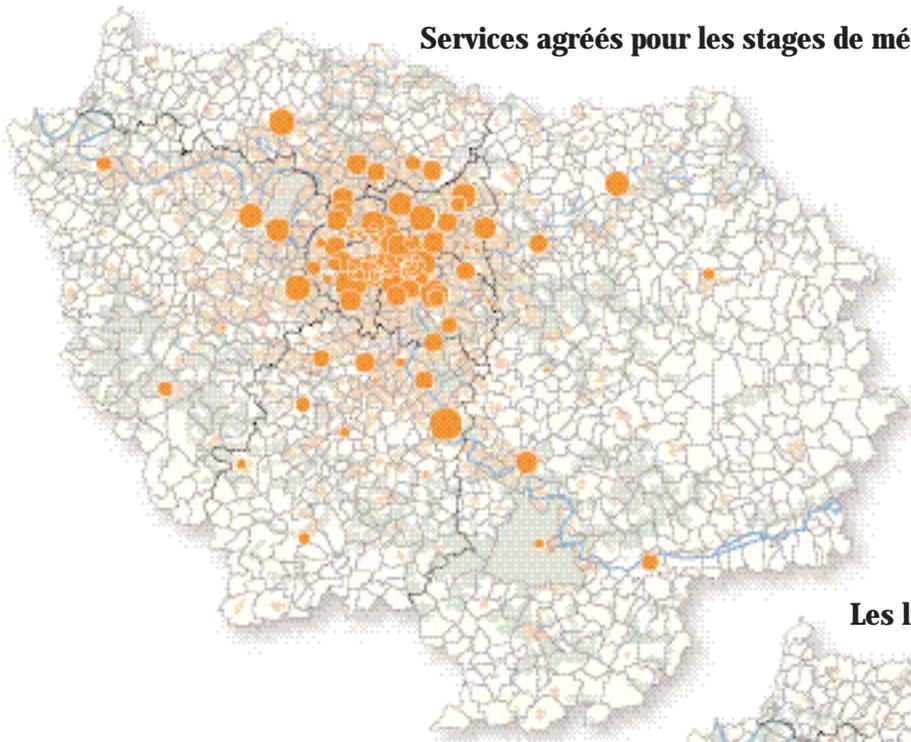
La conséquence de cette diminution est la sous-utilisation d'un appareil de formation de grande qualité, servant également à la formation de diplômés dont l'installation se fait en province. La direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (Drees) montre dans une étude sur les médecins, au 1^{er} janvier 2003, que 32 % des spécialistes (toutes générations confondues) ayant obtenu leur diplôme en Île-de-France exercent dans une autre région. Enfin, les projections en matière de démographie médicale militent en faveur d'une remontée plus significative du nombre d'internes sur la région, puisqu'elles montrent que la baisse attendue du nombre de médecins dans les vingt ans à venir sera particulièrement sensible en Île-de-France, du fait de la moyenne d'âge plus élevée des médecins franciliens.

Évolution du *numerus clausus* et du nombre de postes au concours de l'internat en France et en Île-de-France



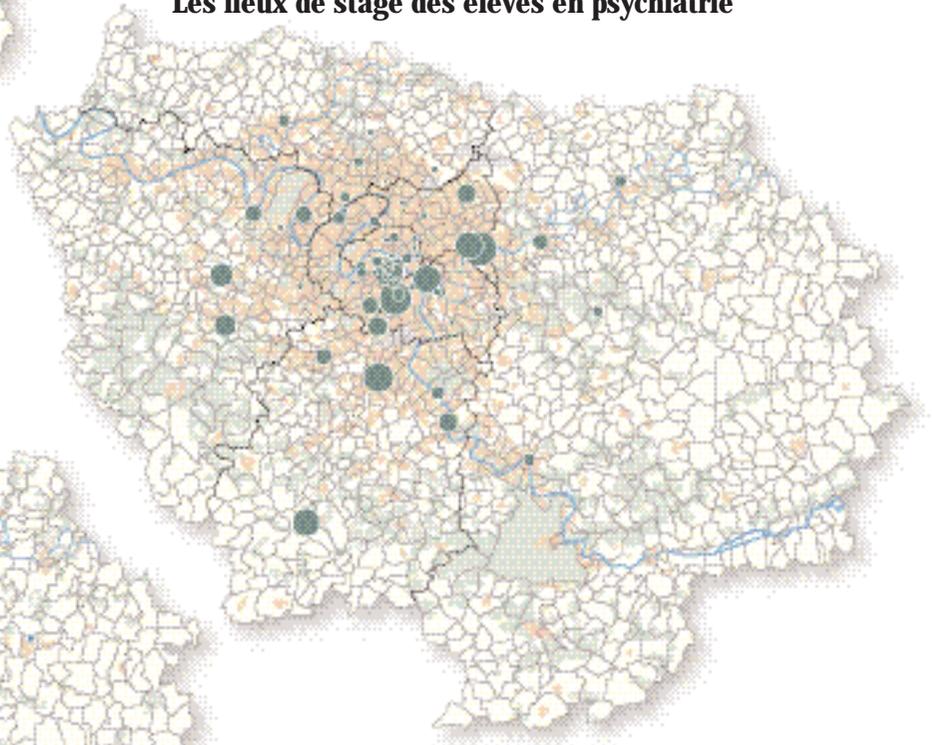
LA FORMATION DES MÉDECINS EN ÎLE-DE-FRANCE

Services agréés pour les stages de médecine générale

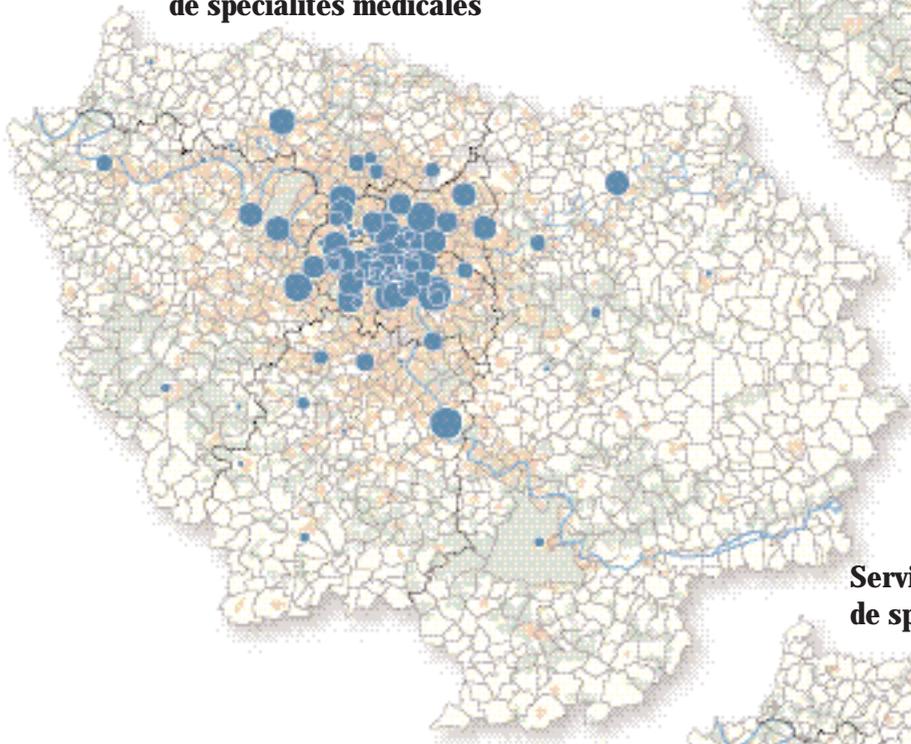


La quasi-totalité des hôpitaux publics ou PSPH de la région participent à la formation des internes en 3^e cycle des études médicales. En médecine générale, les services agréés sont localisés pour un peu moins d'un tiers à Paris, 43 % en petite couronne et 27 % en grande couronne. Pour la psychiatrie, Paris, petite couronne et grande couronne regroupent chacune environ un tiers du potentiel de stages agréés.

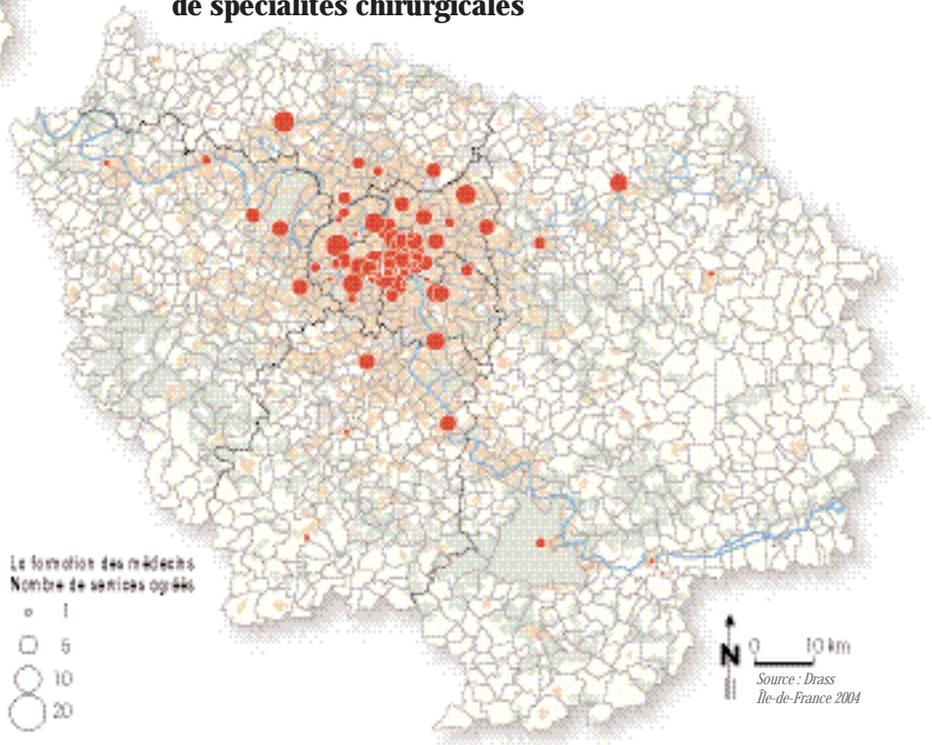
Les lieux de stage des élèves en psychiatrie



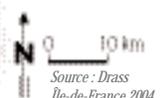
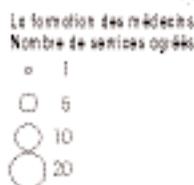
Services agréés pour les stages de spécialités médicales



Services agréés pour les stages de spécialités chirurgicales



En ce qui concerne les spécialités médicales, les services agréés pour former des stagiaires sont largement concentrés dans Paris (53 %), ce qui est un peu moins vrai pour les spécialités chirurgicales : 45 % des services agréés sont parisiens, mais 35 % se situent en petite couronne.



UN APPAREIL DE FORMATION DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES EN PLEIN ESSOR

Fiche 2

ATLAS DE LA SANTÉ EN ÎLE-DE-FRANCE

L'OFFRE DE SOINS EN ÎLE-DE-FRANCE
Le système de formation des professionnels de santé

La plupart des professions paramédicales connaissent des difficultés de recrutement, mais les difficultés diffèrent de l'une à l'autre. Pour les infirmiers et les manipulateurs d'électroradiologie médicale, il faudra remédier aux vacances de postes et à la difficulté d'attirer les jeunes franciliens vers ces formations. Pour les masseurs-kinésithérapeutes, il s'agit de trouver une solution à la difficulté de fidélisation des professionnels dans les établissements hospitaliers et à la seule attractivité du secteur libéral pour les jeunes diplômés.

L'appareil de formation des professions paramédicales en Île-de-France à la rentrée 2003-2004

	Instituts de formation	Nombre de places agréées*
Filière soin	207	11 552
Infirmier	66	6 197
Puéricultrice	6	260
Infirmier-anesthésiste	3	140
Infirmier de bloc opératoire	4	226
Aide-soignant	85	2 872
Auxiliaire de puériculture	37	1 280
Cadre de santé	6	577
Filière rééducation	30	2 000
Masseur-kinésithérapeute	10	450
Pédicure-podologue	5	490
Ergothérapeute	2	110
Psychomotricien	2	208
Dietéticien	3	300
Opticien-lunetier	5	-
Orthophoniste	1	-
Orthoptiste	1	-
Audioprothésiste	1	-
Filière médico-technique	15	500
Manipulateur en électroradiologie	5	250
Technicien en analyse biomédicale	5	260
Ambulancier	4	-
Préparateur en pharmacie	-	-
Préparateur en pharmacie hospitalière	1	-

* Nombre de places agréées effectives en 1^{re} année

(1) Voir glossaire.

Les professions paramédicales comprennent les professions de soins, les professions de rééducation et les professions médico-techniques.

Ce sont des professions réglementées : pour les exercer, il faut avoir suivi une formation spécifique et être titulaire du diplôme d'État correspondant. Au-delà de cet aspect réglementé de la profession, les professions paramédicales sont difficilement assimilables les unes aux autres (quotas ou accès en fonction des capacités d'accueil des établissements de formation, formations universitaires ou dispensées dans des instituts de formation, formations allant de un à trois ans...). La plupart, néanmoins, ont en commun une pénurie plus ou moins forte de professionnels.

En effet, l'Île-de-France se caractérise par une offre de soins importante, en particulier dans le domaine hospitalier. Pour être pleinement opérationnelle, cette offre nécessite des personnels qualifiés en nombre suffisant. L'appareil de formation doit donc s'adapter aux besoins. Or, d'une profession à l'autre, ces besoins diffèrent et les réponses à trouver changent de registre, comme l'illustrent les problématiques propres à la formation des infirmiers, des manipulateurs d'électroradiologie médicale et des masseurs-kinésithérapeutes.

La filière des soins infirmiers, une situation du recrutement préoccupante

Les recrutements nécessaires d'infirmiers en Île-de-France ont été évalués à 6 000 entre 2000 et 2004. Pour y parvenir, les capacités de formation ont été successivement portées de 3 900 places en 1^{re} année en 1999 à 5 800 places en 2000 puis à 6 540 places en 2003 (soit + 2 640 places en 5 ans). Malgré cela, les rentrées effectives ne totalisent que 86 % de ce quota. Cela s'explique par une baisse du nombre de candidats et par les doublons enregistrés (certains étudiants passent plusieurs concours d'entrée, en Île-de-France ou dans d'autres régions françaises, et peuvent en réussir plusieurs).

Un plan de formation mis en place pour y répondre

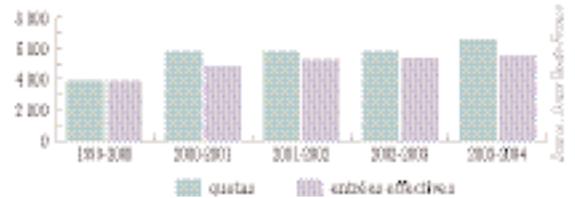
Afin de tenter de remédier à cette situation, un plan régional de formation et de recrutement des infirmiers a été conçu par l'ARH d'Île-de-France en collaboration avec la DRASS. Les grands points de ce plan sont les suivants :

- augmentation des quotas d'entrée ;
- harmonisation des concours d'entrée, avec pour objectif général de faciliter l'accès et de rétablir une équité de chances entre les Franciliens intéressés par la formation infirmière. Jusqu'alors, il y avait autant de concours d'entrée que de départements franciliens, auxquels s'ajoutaient les concours de la Croix-Rouge française et de l'AP-HP. Cette organisation a été repensée, en limitant le nombre de concours d'entrée à trois (AP-HP, Croix-Rouge, autres IFSI⁽¹⁾) au lieu de dix, avec une date commune de publication des résultats ; en créant un fichier commun pour gérer les inscriptions, les admissions et les listes complémentaires afin de détecter les doublons ; en harmonisant les épreuves de sélection, en instaurant des grilles communes de correction, etc. ;
- faciliter l'accès par la formation initiale, en organisant le partenariat avec l'Éducation nationale pour articuler l'enseignement des bacs SMS (sciences médico-sociales) avec le niveau des épreuves d'accès aux formations ;
- faciliter l'accès par la formation continue, en mettant en place des formations de mise à niveau destinées aux aides-soignants, en mutualisant des fonds de crédits de promotion professionnelle au niveau régional ;
- permettre l'accès aux diplômes par la validation des acquis de l'expérience ;
- ouvrir la formation à d'autres publics, médecins ou infirmiers

étrangers, notamment dans le cadre de l'élargissement de l'Union européenne, en créant des modules spécifiques, comme une formation en langues ;

- aménager l'organisation pédagogique et optimiser les moyens pour dégager des ressources destinées à de nouveaux outils pédagogiques ;
- développer une politique de communication régionale sur les métiers de la santé pour une meilleure information et orientation professionnelle, en mettant notamment en place un centre d'information et de ressource sur les professions paramédicales.

Évolution des quotas d'entrée pour la formation des infirmiers



Mais le plan de formation ne résoud pas toutes les difficultés

La fidélisation, tant des professionnels que des étudiants dans la région, est problématique. L'Île-de-France perd, chaque année, 12 % des infirmiers d'État nouvellement diplômés avant la prise du 1^{er} poste et 1 % des infirmiers en poste (solde entre les départs hors Île-de-France et les arrivées de province).

De plus, le taux d'échec en cours d'études est important (de l'ordre de 15 %). Il s'agit d'abandons liés à une erreur d'orientation ou au niveau insuffisant à l'entrée, mais aussi et de plus en plus à des difficultés d'ordre matériel (suppression des bourses d'études en 3^e année, difficultés de logement, impossibilité de cumuler un emploi et la formation).

Manipulateurs d'électroradiologie médicale, une profession méconnue

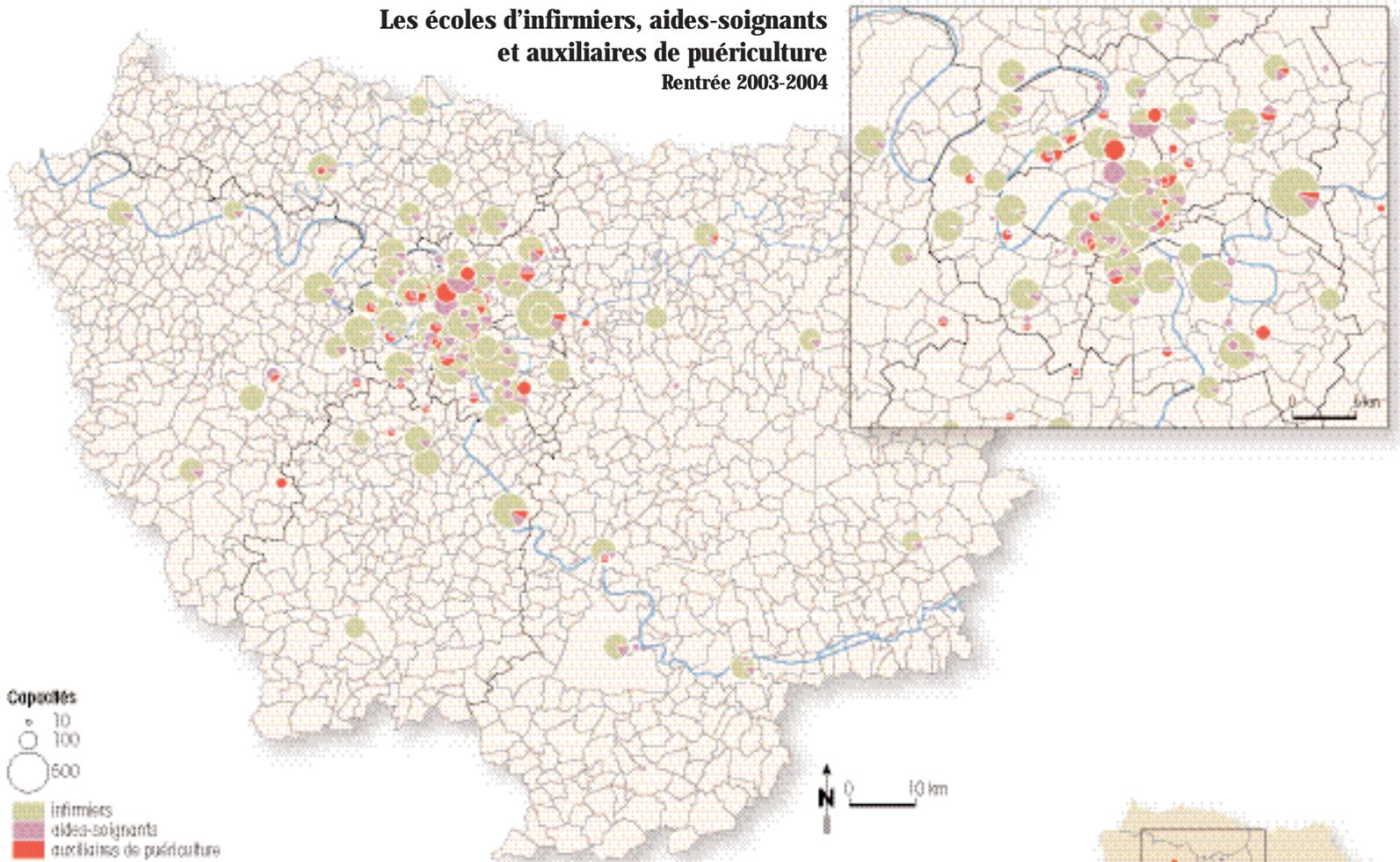
Alors que les besoins de professionnels ne cessent d'augmenter (accroissement et diversification des appareils d'imagerie médicale du fait des besoins diagnostiques et thérapeutiques en hausse constante), les centres de formation constatent entre 2000 et 2003 une chute de 50 % des candidats. Ce manque d'attractivité s'explique notamment par une méconnaissance de la profession ainsi que par un déroulement de carrière relativement limité. Une campagne d'information est renforcée au niveau régional, parallèlement à celle de la filière infirmière.

Les masseurs-kinésithérapeutes : faible attractivité de l'exercice hospitalier

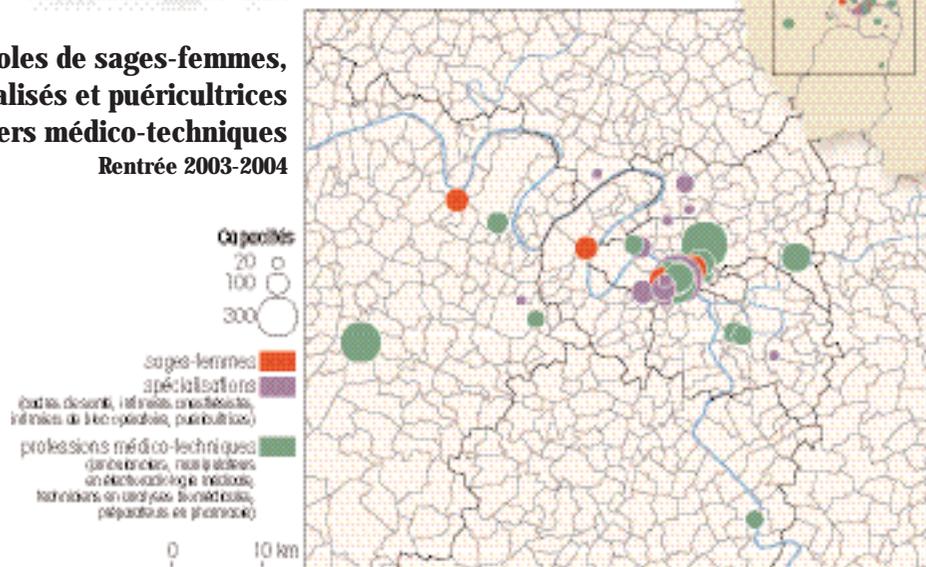
Pour la formation des masseurs-kinésithérapeutes, il existe également des quotas d'entrée en 1^{re} année. Les instituts remplissant leurs effectifs pour cette profession, les quotas correspondent aux entrées effectives. À ces quotas s'ajoutent les étudiants des instituts de formation pour personnes malvoyantes, et les athlètes de haut niveau qui ont un temps d'étude adapté en fonction de leur entraînement sportif. Sur les 11 761 masseurs-kinésithérapeutes exerçant en Île-de-France, 80 % travaillent en libéral, 15 % en secteur hospitalier et 5 % dans d'autres domaines (structures d'accueil d'handicapés notamment). Les besoins en secteur hospitalier sont très importants, puisque 12 % des postes budgétés sont vacants. Dans le même temps, 90 % des nouveaux diplômés s'installent en libéral, seul ou en cabinet. Actuellement, le nombre de personnes ayant obtenu leur diplôme en Belgique et venant exercer en France est à peu près équivalent au nombre de diplômés français.

LES ÉCOLES DE FORMATION PARAMÉDICALES EN ÎLE-DE-FRANCE

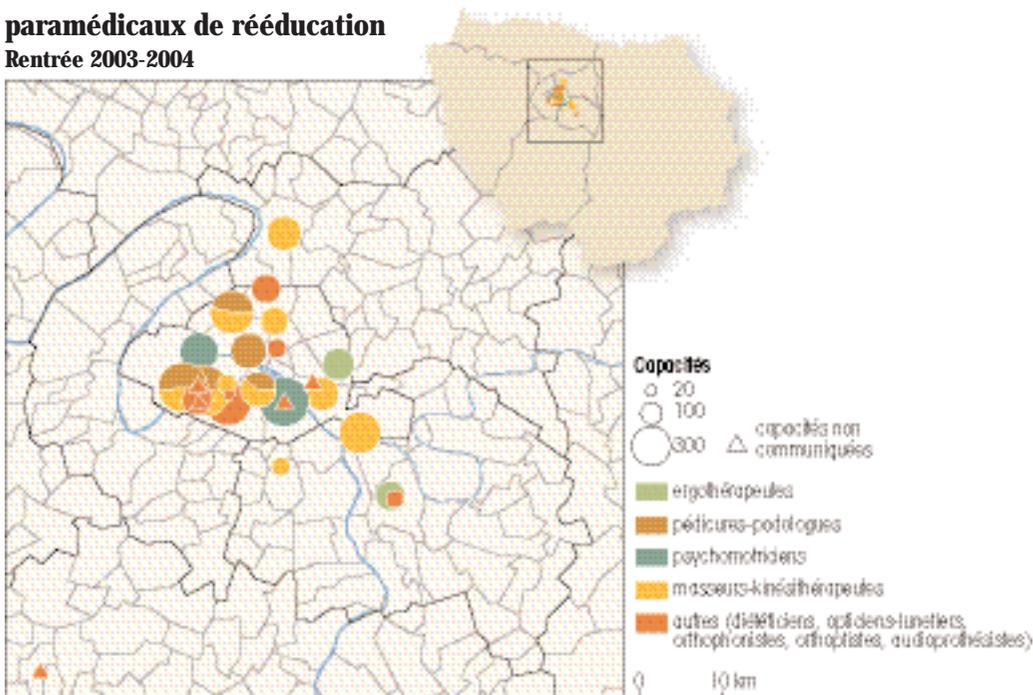
**Les écoles d'infirmiers, aides-soignants
et auxiliaires de puériculture**
Rentrée 2003-2004



**Les écoles de sages-femmes,
infirmiers spécialisés et puéricultrices
et les écoles des métiers médico-techniques**
Rentrée 2003-2004



**Les écoles des métiers
paramédicaux de rééducation**
Rentrée 2003-2004



Sources : Drassif, Laurif - Rentrée 2003-2004

UNE BAISSÉ ANNONCÉE DU NOMBRE DE MÉDECINS TOUCHANT PARTICULIÈREMENT L'ÎLE-DE-FRANCE

Fiche 3

ATLAS DE LA SANTÉ EN ÎLE-DE-FRANCE

L'OFFRE DE SOINS EN ÎLE-DE-FRANCE
Le système de formation des professionnels de santé

Alors que le nombre de médecins a fortement augmenté ces dernières décennies, les projections de la direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (Drees) prévoient une forte diminution du nombre de médecins d'ici 2025. Cette baisse est prévisible du fait du vieillissement de la profession et des effets du numerus clausus instauré en 1971, qui a limité de façon importante l'entrée dans les études de médecine. Pour plusieurs régions, dont l'Île-de-France, la Drees envisage une baisse plus accentuée encore de la démographie médicale, du fait de la pyramide des âges des médecins y exerçant et de l'accroissement des populations régionales.

Précision méthodologique : le modèle de projection de la Drees

La Drees, en collaboration avec l'Institut national des études démographiques (Ined), a mis en place un modèle, actualisé en 2004, de projection des effectifs de médecins à l'horizon 2025.

Ce modèle s'appuie sur les hypothèses suivantes :

- le *numerus clausus* (NC) est porté à 7 000 en deux ans (puis est supposé constant), la répartition régionale se faisant selon la répartition observée en 2004 ;
- pour les disciplines hors médecine générale, le nombre total de places à l'examen national classant (ENC) est fixé, à partir de 2005, à 50 % du *numerus clausus* fixé cinq ans auparavant, avec une répartition par discipline et région identique à celle de l'ENC de 2004 ;
- pour la médecine générale, le nombre de places a été fixé en référence au *numerus clausus* de la région cinq ans plus tôt et après déduction des autres disciplines ;
- les comportements de mobilité entre région de formation et région d'exercice (ainsi que ceux relatifs aux redoublements, choix de spécialité, cessation d'activité) sont supposés constants et correspondants à ceux observés ces dernières années.

Pour des compléments d'informations, se reporter à Études et Résultats, n° 352 et 353, Drees, novembre 2004.

Baisse prévisible du nombre de médecins de 10 % en France à l'horizon 2025

La progression du nombre de médecins a été continue en France ces dernières décennies et se poursuit encore actuellement avec une croissance moyenne de 1,3 % selon la direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (Drees). Mais cette croissance ne devrait pas être durable. De façon générale, le corps médical va être confronté dans les années à venir à des transformations importantes :

- un vieillissement du corps médical et une diminution générale des effectifs (plus particulièrement pour certaines spécialités), en relation avec les départs massifs des générations rentrées dans les années 1970, non remplacées par les générations plus faibles entrées dans les années 1980. Au plan national, le nombre total de médecins en activité devrait diminuer de près de 10 % à l'horizon 2025 ;
- une féminisation du corps médical et une activité des femmes actuellement inférieure de 30 % à celle des hommes⁽¹⁾.

Une tendance accentuée pour l'Île-de-France

En Île-de-France, les effectifs médicaux ont également augmenté entre 1984 et 2002, passant de 36 483 (généralistes et spécialistes) en 1984 à 47 127 en 2002. La densité médicale francilienne, de 359 médecins pour 100 000 habitants en 1984, est passée à 425 en 2002 (pour une densité nationale de 335 médecins). Mais, en 2025, le nombre de médecins pourrait redescendre au niveau de 1984.

Si ces évolutions s'inscrivent dans des tendances qui concernent la France entière, l'Île-de-France présente néanmoins quelques particularités. D'après les projections réalisées par la Drees pour l'Observatoire national de la démographie des professions de santé, le nombre de médecins franciliens devrait baisser de 23 % entre 2002 et 2025, cette diminution risquant d'être plus marquée pour les spécialistes (- 35 %) que pour les généralistes (- 7 %). Ces baisses sont beaucoup plus importantes que celles projetées pour l'échelon national (- 9 % pour l'ensemble des médecins, - 3 % pour les généralistes et - 15 % pour les spécialistes). Ces diminutions particulièrement fortes en Île-de-France sont notamment corrélées au fait que les médecins franciliens sont plus âgés que leurs homologues nationaux. Au 1^{er} janvier 2003, l'âge moyen des médecins franciliens était de 48,9 ans contre 47,5 pour ceux de la France entière, de 48 ans pour les généralistes franciliens contre 46,7 sur la France entière et de 49,7 ans pour les spécialistes franciliens contre 48,3 en moyenne en France.

Et l'âge moyen des médecins franciliens devrait encore augmenter régulièrement jusqu'en 2015, atteignant 50,1 ans pour les généralistes et 52,3 ans pour les spécialistes. Ensuite, sous l'effet des départs massifs des médecins âgés à la retraite, l'âge moyen diminuera jusqu'en 2025.

Des diminutions encore plus importantes en termes de densité médicale

Si on s'intéresse aux densités médicales, les diminutions sont encore plus importantes, car l'accroissement de la population générale vient s'ajouter à la baisse du nombre de médecins. Ainsi, selon les projections de population réalisées par l'Insee en 2000, la population francilienne devrait augmenter de 10 % entre 2000 et 2030, ce qui ferait passer la densité médicale de 425 en 2002 à 311 en 2025 (soit une diminution de 27 % pour une baisse prévue sur la France entière de 16 %). La densité francilienne resterait néanmoins encore supérieure à la moyenne nationale, mais s'en rapprocherait, les écarts de densité entre régions se réduiraient donc. Celles entre départements franciliens pas forcément.

Des évolutions plus inquiétantes pour certaines spécialités

Il faut également prêter attention aux évolutions particulièrement préoccupantes de certaines spécialités de proximité et de la psychiatrie en Île-de-France. Ainsi, les projections réalisées par la Drees laissent apparaître des diminutions de plus de 50 % pour les ophtalmologues et les psychiatres franciliens, d'un quart pour les pédiatres et de 15 % pour les gynécologues obstétriciens. Pour ces spécialités, l'Île-de-France se caractérise par l'ampleur des baisses projetées par rapport à l'ensemble de la France.

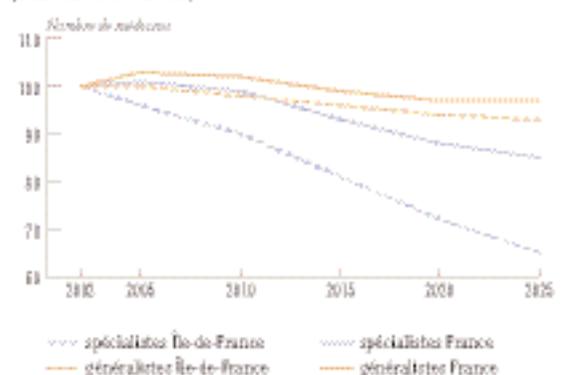
Des réponses déjà mises en œuvre ou envisagées

Des changements dans les comportements (diminution du temps de travail individuel moyen, mobilité entre les régions en fonction de leur attractivité au cours des études ou au moment de l'installation, impact du nouvel examen national classant) pourront également fortement influencer l'offre médicale.

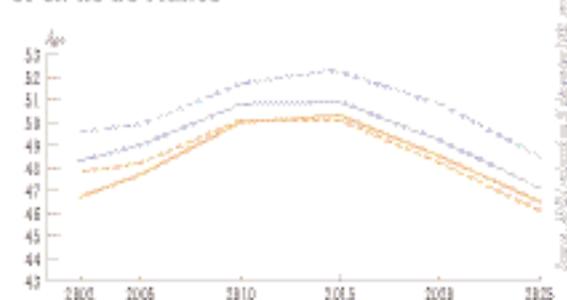
D'ores et déjà, les tensions existantes quant à l'offre médicale, les aspirations à travailler différemment ainsi que les évolutions prévisibles de la densité médicale ont conduit les professionnels à envisager des modifications de leur exercice. Ainsi, des regroupements de ressources et de compétences comme l'exercice en groupe sont en développement. Une réflexion est engagée sur des coopérations entre secteurs public et privé ou sur des partages de compétences entre les professions, par exemple par des transferts de tâches médicales à d'autres métiers sous contrôle et responsabilité du médecin ou par des redéfinitions de métiers. Par ailleurs, les acteurs locaux initient des dispositifs visant à améliorer les conditions d'exercice, à mieux répartir et fixer les jeunes médecins à l'issue de leur formation dans des secteurs déficitaires ou pour des spécialités prioritaires.

(1) Rapport sur la démographie des professions de santé présenté par le Pr. Y. Berland, novembre 2002.

Projection du nombre de médecins en France et en Île-de-France à l'horizon 2025 (base 100 en 2002)

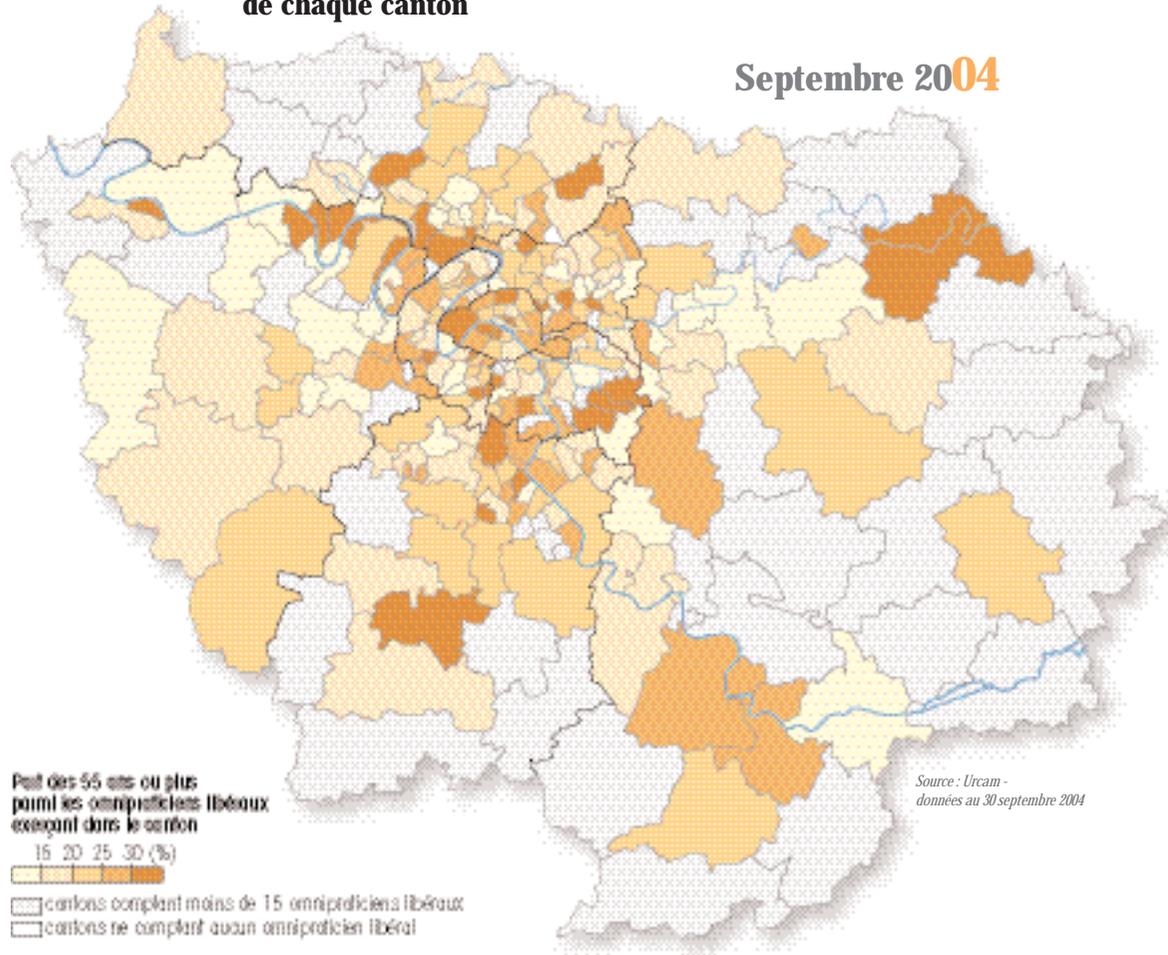


Âge moyen projeté des médecins en France et en Île-de-France



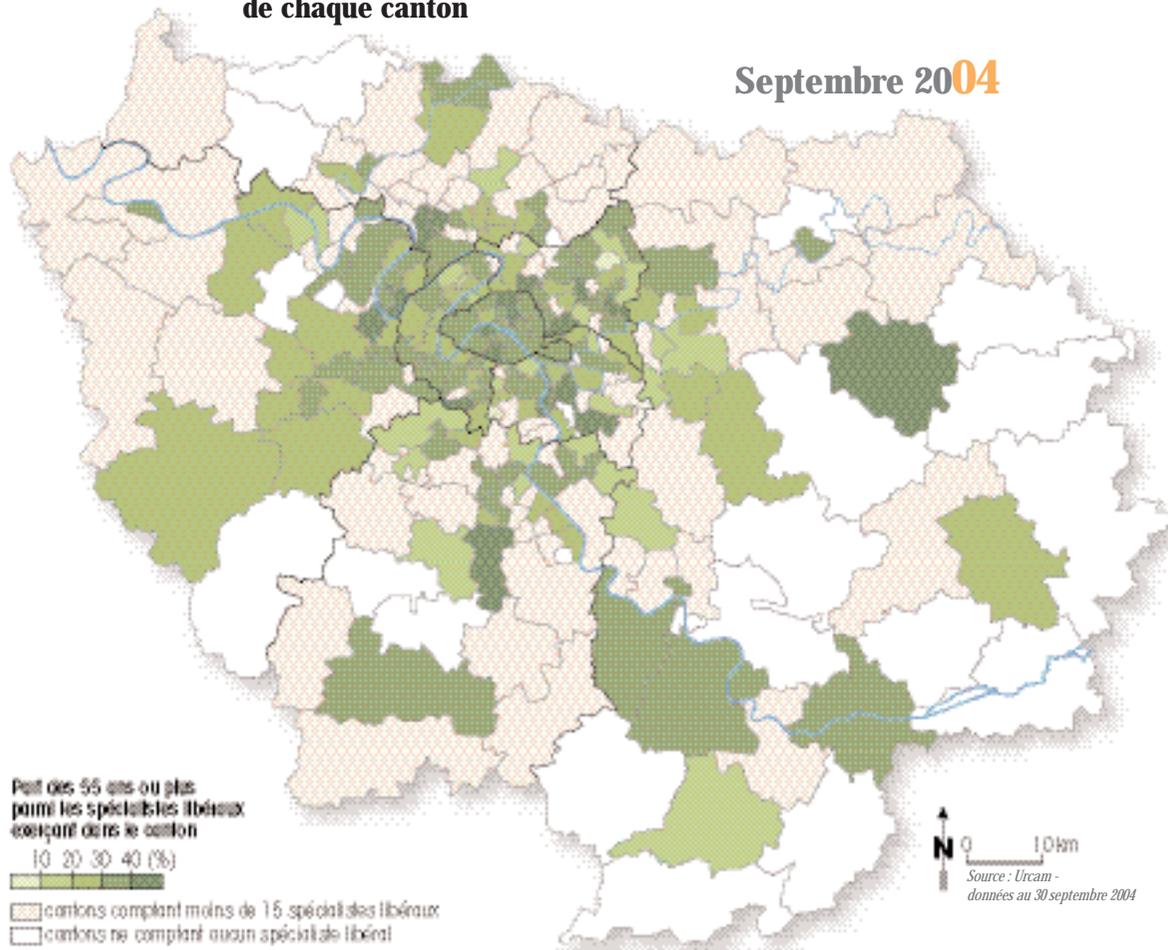
LES MÉDECINS FRANCILIENS SELON L'ÂGE

Part des 55 ans ou plus parmi les omnipraticiens libéraux de chaque canton

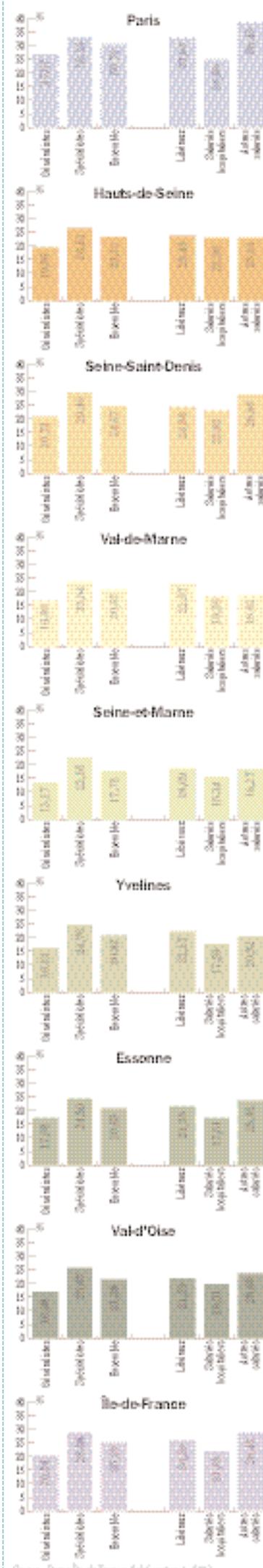


La baisse prévisible du nombre des médecins dans les années à venir touchera l'ensemble de la France, mais plus particulièrement l'Île-de-France et certains cantons, du fait notamment que les médecins franciliens sont en moyenne plus âgés que leurs homologues nationaux.

Part des 55 ans ou plus parmi les spécialistes libéraux de chaque canton



Ensemble des médecins : part des praticiens de plus de 55 ans, selon le type d'activité



Atlas
de la **Santé**



en

4

Île-de-France

Chapitre



Le contexte démographique et social



L'état de santé des Franciliens



L'offre de soins en Île-de-France



La prise en charge des populations vulnérables

M. Lacombe / Iaurif

CHIFFRES CLÉS

LA PRISE EN CHARGE DES POPULATIONS VULNÉRABLES

Les modalités de logement des personnes âgées en Île-de-France en 1999

Départements	Part des personnes âgées vivant en logement ordinaire ou en institution, selon l'âge et la situation familiale													
	75-84 ans							85 ans et plus						
	En logement ordinaire				En institution	Ensemble		En logement ordinaire				En institution	Ensemble	
	Seul	En couple	Autre	Ensemble		Total	Effectif	Seul	En couple	Autre	Ensemble		Total	Effectif
Paris	48,3	40,6	8,7	97,6	2,4	100	109 923	59,6	20,7	11,4	91,7	8,3	100	58 449
Hauts-de-Seine	41	47,6	8,4	97	3	100	64 178	49,5	22	11	82,5	17,5	100	31 614
Seine-Saint-Denis	40,1	45,9	11,6	97,6	2,4	100	46 192	51,6	20,1	16	87,7	12,3	100	19 194
Val-de-Marne	39	47,3	9,6	95,9	4,1	100	51 619	45,7	21,2	12,3	79,2	20,8	100	25 122
Petite couronne	40,1	46,9	9,8	96,8	3,2	100	161 989	48,8	21,3	12,6	82,7	17,3	100	75 930
Seine-et-Marne	34,6	50,3	10	94,9	5,1	100	39 411	42,2	20,2	14,1	76,5	23,5	100	19 909
Yvelines	34,7	51,6	9,1	95,4	4,6	100	44 939	40,5	20,8	13,2	74,5	25,5	100	22 354
Essonne	34,9	49,9	10,1	94,9	5,1	100	35 776	41,4	20,5	13,2	75,1	24,9	100	18 152
Val-d'Oise	35,7	48,8	10,6	95,1	4,9	100	34 445	41,9	19,5	15,1	76,5	23,5	100	15 629
Grande couronne	35	50,2	9,9	95,1	4,9	100	154 571	41,5	20,3	13,8	75,6	24,4	100	76 044
Total Île-de-France	40,4	46,5	9,5	96,4	3,6	100	426 483	49,2	20,8	12,6	82,6	17,4	100	210 423
France métropolitaine	36,3	49,8	9,2	95,3	4,7	100	3 080 794	42,4	21	15,4	78,8	21,2	100	1 421 010

Source : Insee, recensement général de la population de 1999, exploitation complémentaire

Les bénéficiaires des aides pour personnes handicapées, en Île-de-France en 2003

Départements	Les bénéficiaires des aides pour personnes handicapées, selon l'aide et les caractéristiques des bénéficiaires ou de leur famille													
	Les adultes franciliens bénéficiaires de l'AAH ⁽¹⁾							Les bénéficiaires de l'AES ⁽²⁾			Les bénéficiaires de l'APP ⁽³⁾			
	Sexe		Âge		Taux d'incapacité		Ensemble	Nombre de familles concernées	Nombre d'enfants concernés	Part des < 20 ans concernés (‰)	Nombre de familles concernées	% de femmes	% cessation totale activité	% familles mono-parentales
hommes (%)	femmes (%)	20-29 ans (%)	30-59 ans (%)	< 80 % (%)	≥ 80 % (%)	Effectif								
Paris	58	42,2	14	81	31	68,8	19 112	3 075	3 201	7,7	84	94	85	23,8
Hauts-de-Seine	55	44,7	17	79,1	30	69,6	11 602	2 710	2 797	7,6	71	93	82	14,1
Seine-Saint-Denis	54	46,5	18	76,3	30	70	13 828	3 514	3 683	9,1	87	95,4	86	28,7
Val-de-Marne	54	45,9	17	77,6	16	83,7	11 315	2 443	2 534	7,9	61	96,7	87	29,5
Petite couronne	54	45,8	17	77,6	26	74,1	36 745	8 667	9 014	8,2	219	95	85	24,2
Seine-et-Marne	51	48,6	21	74,6	6	93,8	9 097	2 188	2 269	6,3	85	92,9	71	18,8
Yvelines	55	45	23	73,6	40	59,6	8 151	2 720	2 839	7,4	82	96,3	81	8,5
Essonne	54	46	23	73,5	28	72,1	7 446	2 371	2 475	7,7	55	96,4	78	12,7
Val-d'Oise	54	46,2	20	75,2	11	89,4	8 764	2 612	2 732	8,2	52	96,2	81	23,1
Grande couronne	54	46,5	22	74,3	21	79,5	33 458	9 891	10 315	7,4	274	95,3	77	15,3
Total Île-de-France	55	45,3	18	77,1	25	75	89 315	21 633	22 530	7,7	577	95	81	19,9
France métropolitaine	50	49,9	16	78,4	29	71,1	707 615	109 591	114 470	7,6	2 616	94,6	85	19

* Le total des deux colonnes n'est pas égal à 100 % car l'AAH peut être également perçue après 60 ans dans certaines conditions.

- (1) allocation aux adultes handicapés.
 (2) allocation d'éducation spéciale.
 (3) allocation de présence parentale.

Sources : classes d'allocations familiales ; Insee, estimations de population 2003

Les bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU) et de l'aide médicale de l'État (AME) en Île-de-France en 2000 et 2003

Départements	Les bénéficiaires franciliens de la CMU et de l'AME											
	CMU de base		CMU complémentaire				AME		Part de la population couverte en 2003 (en %)			
	2000 ensemble	2003 ensemble	2000 ensemble	2003 ensemble	dont % d'hommes	dont % moins de 30 ans	2003	dont % d'entrants au cours du dernier trimestre	CMU de base	CMU compl.	AME	Ensemble*
Paris	60 976	114 964	194 354	187 921	51,6	48	69 661	12,5	5,4	8,8	3,2	14,1
Hauts-de-Seine	25 480	43 609	92 862	73 891	47,6	52,9	10 832	11,1	3	5	0,7	7,1
Seine-Saint-Denis	45 333	77 935	161 106	169 078	47,6	59,4	26 329	9,7	5,6	12,1	1,9	15,9
Val-de-Marne	19 886	28 974	91 213	78 033	48	55,7	6 923	8,5	2,3	6,3	0,6	7,8
Petite couronne	90 699	150 518	345 181	321 002	47,7	57	44 084	10,3	3,7	7,8	1,1	10,3
Seine-et-Marne	10 177	21 061	53 936	50 458	45,9	61,4	2 399	10,4	1,7	4,1	0,2	4,9
Yvelines	18 789	24 649	52 026	51 835	49,5	58,8	3 488	10,5	1,8	3,8	0,3	4,7
Essonne	17 615	31 417	69 138	65 120	47,2	59,7	3 897	23	2,7	5,7	0,3	6,8
Val-d'Oise	21 075	34 172	81 603	71 687	47,4	59,9	4 064	12,5	3,1	6,4	0,4	7,9
Grande couronne	67 656	111 299	256 703	239 100	47,5	59,8	13 848	14,6	2,3	4,9	0,3	6
Total Île-de-France	219 331	376 781	796 238	748 023	48,6	55,7	127 593	11,8	3,4	6,7	1,2	9,1
France métropolitaine	890 923	1 266 168	5 000 000	4 190 856	-	-	162 989	14,1	2,1	7	0,3	8

* La colonne «Ensemble» n'est pas égale à la somme des trois autres colonnes car la CMU de base est cumulée avec la CMU complémentaire.

Sources : CNAHMS, Urcaim, Île-de-France, Insee, estimations de population 2003

LA PRISE EN CHARGE

DES POPULATIONS VULNÉRABLES

1 • Les personnes âgées

Grâce à l'allongement de l'espérance de vie, le nombre de personnes âgées augmente. Ce gain d'espérance de vie s'accompagne d'une amélioration de leur état de santé. Ainsi, l'entrée en institution est de plus en plus tardive, d'autant que se développent les politiques d'aide au maintien à domicile. Néanmoins, avec les années, les pathologies sont de plus en plus fréquentes. L'accueil des personnes âgées, notamment des personnes dépendantes, dans des établissements adaptés à leurs besoins est un aspect important de leur prise en charge à côté des aides au maintien à domicile. Or, si depuis 1980, l'offre d'hébergement pour personnes âgées a progressé de plus de 30 % en Île-de-France, le taux global d'équipement francilien reste encore en deçà du niveau national moyen.

2 . Les personnes souffrant de handicap

En 2003, 90 000 adultes et 23 000 enfants franciliens touchent respectivement l'allocation aux adultes handicapés (AAH) et l'allocation d'éducation spéciale (AES). Face au constat partagé par l'ensemble des acteurs d'un déficit important de l'ensemble des structures franciliennes accueillant des adultes handicapés, une démarche de programmation d'équipements et de services est mise en œuvre en Île-de-France. Pour les enfants handicapés, des efforts sont engagés pour développer leur scolarisation et pour apporter des réponses personnalisées aux cas les plus lourds. Mais l'offre francilienne reste encore déficitaire.

3 . Les personnes en situation de vulnérabilité sociale

L'instauration en janvier 2000 de la couverture maladie universelle (CMU) et de l'aide médicale de l'état (AME) a permis d'améliorer sensiblement l'accès au droit aux soins des personnes les plus défavorisées. Cependant, ces populations sont souvent éloignées d'une démarche de soins et les territoires franciliens les plus en difficulté socialement présentent souvent une situation sanitaire dégradée. Un dispositif comme les permanences d'accès aux soins (PASS) vise à améliorer la prise en charge hospitalière des patients démunis, tandis que des actions prioritaires ont été définies dans le cadre du programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS).

ACCROISSEMENT ET VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION ÂGÉE DÉPENDANTE D'ICI 2030

Fiche 1

Parmi les 1 700 000 Franciliens âgés de 60 ans ou plus, 119 000 sont dépendants⁽¹⁾. L'arrivée à des âges élevés de la génération du baby-boom, ainsi que l'allongement de l'espérance de vie vont conduire à une hausse de cet effectif et à son vieillissement : les personnes âgées dépendantes seraient 150 000 en 2030 et près de 70 % auraient plus de 80 ans (contre 60 % aujourd'hui). Dès lors, la mise en place d'une prestation visant à mieux prendre en charge le coût de la perte d'autonomie répond à des besoins croissants.

L'enquête Handicaps-incapacités-dépendance (HID), réalisée par l'Insee, vise à établir, pour la première fois en France, une estimation du nombre de personnes touchées par les divers types de handicaps – y compris ceux liés aux atteintes de l'âge –, à décrire leur situation sociale, relever l'aide dont elles bénéficient et à permettre une évaluation de celle qui leur serait nécessaire. Elle comporte quatre vagues de collecte : la première et la troisième vague (fin 1998 et fin 2000) concernent les personnes résidant en institutions socio-sanitaires ou psychiatriques, la deuxième et la dernière vague (fin 1999 et fin 2001) concernent les personnes vivant à domicile. L'enquête a été menée auprès d'un échantillon représentatif de la population, ce qui lui permet d'apporter des informations sur l'ensemble de la population française. Elle n'a pas privilégié un indicateur de dépendance parmi tous ceux qui existent. Les nombreuses questions se rapportant à tous les actes de la vie quotidienne (toilette, habillage, alimentation, hygiène de l'élimination, déplacements, etc.) permettent de reconstruire la plupart des indicateurs «standards» et notamment des équivalents des groupes iso-ressources (GIR) de l'outil AGGIR.

Depuis 1997, la grille AGGIR (autonomie gérontologique groupe iso-ressources) est la grille nationale d'évaluation de la dépendance. Les personnes sont classées selon six groupes d'incapacité croissante (de GIR 6 : personnes autonomes, à GIR 1 : personnes lourdement dépendantes). Elle est notamment utilisée dans le cadre des attributions de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)⁽²⁾ aux personnes âgées de 60 ans ou plus, dès lors que le demandeur relève d'un des quatre premiers groupes.

Selon les estimations les plus récentes⁽²⁾, la région Île-de-France compte 1 772 165 personnes âgées de 60 ans ou plus dans sa population.

La très grande majorité de ces personnes demeure à domicile⁽³⁾ (95,7 %) – la plupart en bonne santé et autonomes. Près d'un tiers y vit seul : il s'agit majoritairement de femmes.

Mode de cohabitation des Franciliens âgés de 60 ans ou plus (en %)

Sexe	Hommes				Femmes			
	60-74	75-84	85-89	90+	60-74	75-84	85-89	90+
Âge								
Hors ménage	3	3	8	15	1	4	14	30
en institution	1	2	7	15	1	4	14	29
autres	2	1	1	0	0	0	0	0
Dans un ménage ordinaire	97	97	92	85	99	96	86	70
en couple	77	72	56	39	55	31	13	5
seul	15	20	30	35	33	52	60	50
avec un parent, un ami	5	5	6	11	11	12	13	16

Source : Insee - recensement général de la population de 1999 (exploitation complémentaire)

L'entrée en établissement collectif s'effectue à des âges de plus en plus tardifs : 80,5 ans en moyenne pour les hommes et 86,4 ans pour les femmes en 1999. Ces âges élevés sont à rapprocher des résultats de plusieurs enquêtes situant l'âge à partir duquel la fréquence des handicaps devient importante aux alentours des 80-85 ans.

Un autre facteur concourant à l'entrée en institution est la rareté du réseau familial. En effet, les personnes vivant en établissement collectif ont, à âge égal, un réseau familial proche qui est près de deux fois plus réduit que celui des personnes demeurant à domicile⁽⁴⁾.

119 000 personnes âgées dépendantes en Île-de-France

Parmi les personnes âgées de 60 ans ou plus, une faible proportion – le plus souvent très âgée – vivant à domicile ou en établissement collectif a besoin d'aide pour effectuer certains actes de la vie quotidienne (manger, se laver, s'habiller, etc.). Selon une extrapolation des résultats de l'enquête HID de l'Insee, cette proportion serait de l'ordre de 6,7 % en Île-de-France. Autrement dit, environ 119 000 Franciliens de 60 ans ou plus seraient dépendants – les trois quarts (92 000) étant âgés de 75 ans ou plus.

En outre, cet effectif devrait s'accroître de 26 % d'ici 2030, avec environ 30 000 personnes dépendantes de 60 ans ou plus supplémentaires (cf. les trois scénarios de baisse plus ou moins marquée de la dépendance retenus pour l'avenir par l'Insee⁽⁵⁾).

Une hausse concentrée sur les 80 ans ou plus

Ce sont les personnes de 80 ans ou plus qui devraient contribuer majoritairement – voire quasi exclusivement – à la hausse du nombre de personnes âgées dépendantes d'ici 2030, reflétant ainsi deux phénomènes démographiques :

- le remplacement des générations creuses, nées pendant la Première Guerre mondiale, par des générations beaucoup plus nombreuses (dont celles du baby-boom à partir de 2025) ;
- l'augmentation de l'espérance de vie.

L'augmentation de la population âgée dépendante associée à son vieillissement (les 80 ans ou plus représentent 61 % de la population âgée dépendante en 2005, et cette proportion pourrait atteindre 68 % en 2030) sont des caractéristiques essentielles qu'il convient d'anticiper dans le cadre d'une stratégie globale de développement des dispositifs de prise en charge des personnes âgées.

Forte hausse en périphérie, baisse à Paris

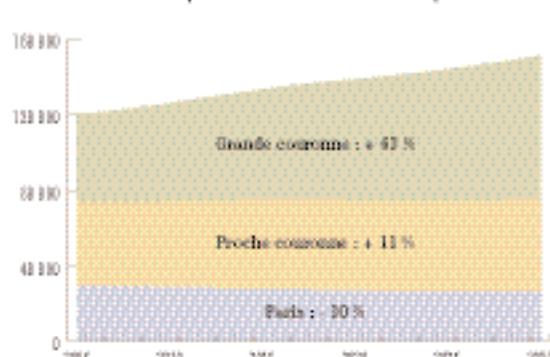
L'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes ne sera sans doute pas homogène au sein de la région.

La progression de 26 % du nombre de personnes âgées dépendantes d'ici 2030 pourrait recouvrir de fortes disparités :

- une baisse de 10 % à Paris, où le nombre de personnes âgées pourrait passer au-dessous des 26 000 un peu avant 2020 (pour probablement remonter ensuite très légèrement) ;
- une hausse de 11 % en proche couronne, régulière, avec près de 5 000 personnes dépendantes supplémentaires en vingt-cinq ans ;
- une hausse de 63 % en grande couronne, avec près de 30 000 personnes en vingt-cinq ans.

Ainsi, les départements de grande couronne qui rassemblent actuellement 39 % des personnes dépendantes âgées de 60 ans ou plus regrouperaient plus de la moitié d'entre elles (51 %) en 2030⁽⁶⁾.

Projections* 2005-2030 du nombre de Franciliens dépendants de 60 ans ou plus



* Ces projections sont réalisées à partir d'un scénario tendanciel d'évolution de la population régionale établi par l'Insee et d'un scénario tendanciel d'évolution de la dépendance des personnes âgées construit par le Drees.

Source : Insee, enquête HID, projections démographiques 2005-2030, Drees, Chèques et résidences, n° 145, février 2007, exploitation Île-de-France.

La prise en charge de la dépendance des personnes âgées de 60 ans ou plus au cœur de multiples réformes

Afin d'anticiper les besoins de prise en charge, accrus par le contexte démographique, le législateur tente, depuis 1997, de doter la prise en charge de la dépendance des 60 ans ou plus d'un cadre spécifique, notamment au travers de :

- la reconnaissance d'une grille nationale d'évaluation de la dépendance – la grille AGGIR (cf. encadré) ;
- l'instauration d'une prestation unique (prestation spécifique dépendance remplacée par l'APA – allocation personnalisée d'autonomie – en 2002) destinée aux personnes âgées qui «ont besoin d'aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou nécessitent une surveillance régulière», qu'elles demeurent à domicile ou en établissement collectif ;
- l'instauration d'un tarif spécifique pour les prestations relevant de la dépendance dans les établissements accueillant des personnes âgées dépendantes.

(1) Voir glossaire.

(2) Insee - estimations localisées de population au 1^{er} janvier 2001.

(3) Y compris en logements-foyers.

(4) DESEQUELLES A., BROUARD N., «Le réseau familial des personnes âgées de 60 ans ou plus vivant à domicile ou en institutions», Population, n° 2, 2003.

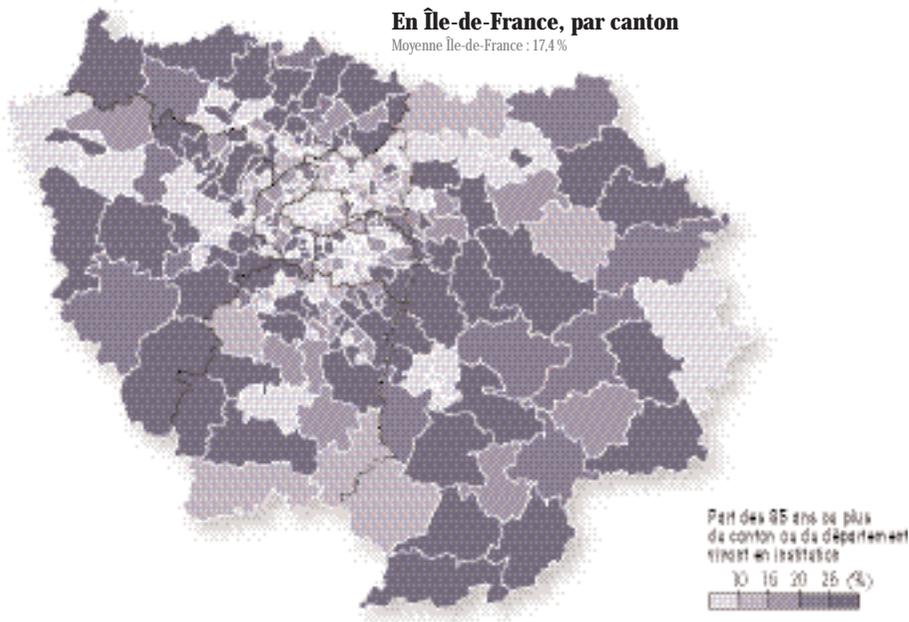
(5) BONTOUT O., COLIN C., KERJOSSE R., «Personnes âgées et aidants potentiels : une projection à l'horizon 2040» in Etudes et résultats, n° 160, Drees, 2002.

(6) MARIA (de) F., PEPIN P., Les personnes âgées en Île-de-France - Evolutions et perspectives de la prise en charge de la dépendance, ORS Île-de-France, 2003.

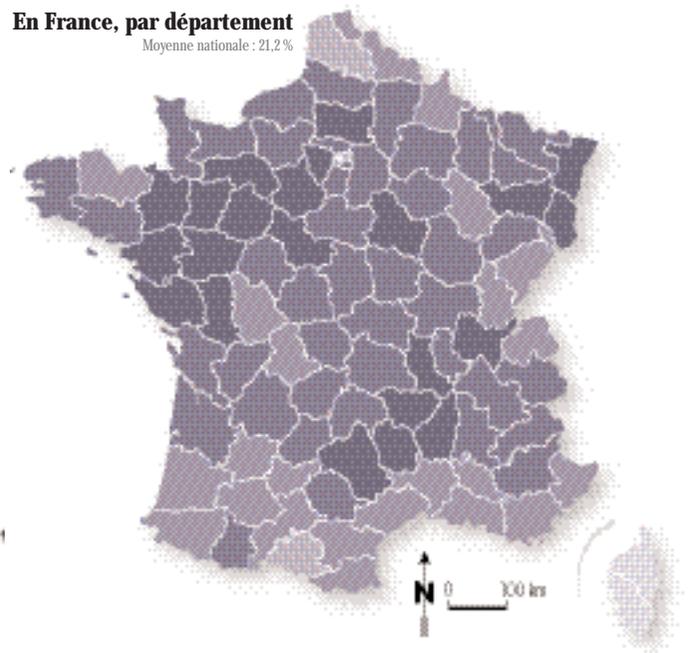
LE MODE DE VIE DES PERSONNES ÂGÉES EN 1999

Part des personnes âgées de 85 ans et plus vivant en institution

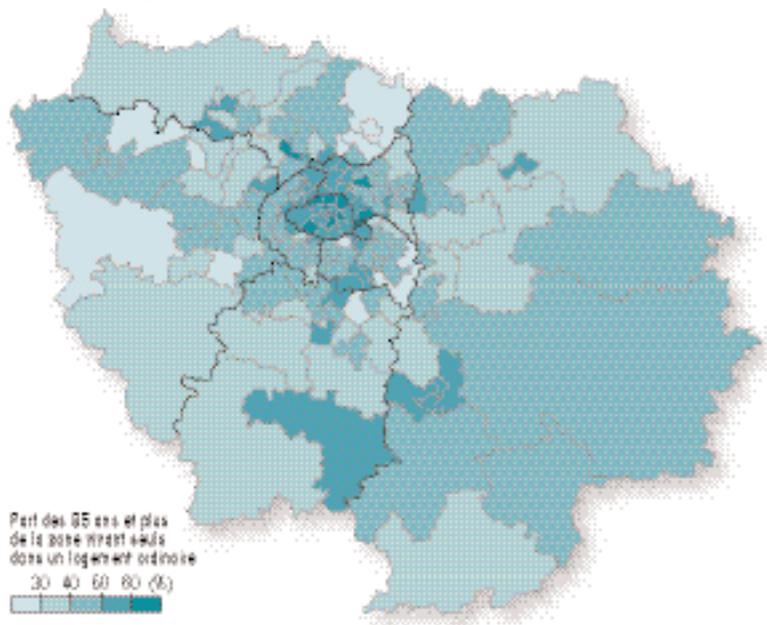
En Île-de-France, par canton
Moyenne Île-de-France : 17,4 %



En France, par département
Moyenne nationale : 21,2 %

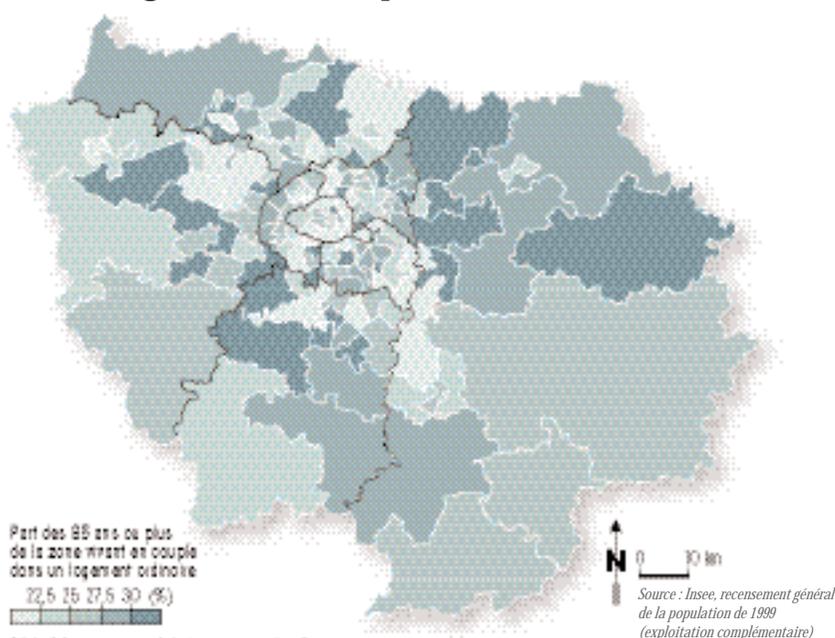


Part des Franciliens de 85 ans ou plus vivant seuls dans un logement ordinaire, par zone de 50 000 habitants*

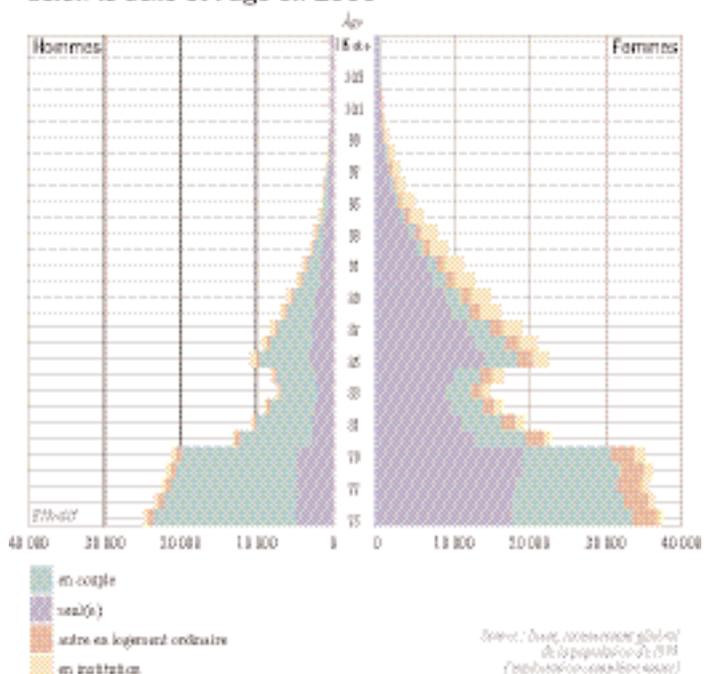


La part des personnes âgées en maison de retraite est beaucoup plus élevée en province qu'en Île-de-France, traduisant avant tout une différence dans le niveau d'équipement. L'Île-de-France, et surtout Paris et la proche couronne, figure parmi les territoires les moins bien équipés. Une partie des Franciliens âgés devenus dépendants doivent quitter leur domicile pour un hébergement collectif situé en province.

Part des Franciliens de 85 ans ou plus vivant en couple dans un logement ordinaire, par zone de 50 000 habitants*



Mode de vie des Franciliens de 75 ans et plus, selon le sexe et l'âge en 1999



* à l'égard de zones regroupant plusieurs communes franciliennes, et si la population de chaque zone est égale à 50 000 habitants ou plus

DES PERSONNES ÂGÉES PLUS NOMBREUSES MAIS EN MEILLEURE SANTÉ

Fiche 2

ATLAS DE LA SANTÉ EN ÎLE-DE-FRANCE

LA PRISE EN CHARGE DES POPULATIONS VULNÉRABLES
Les personnes âgées

4.1

Grâce à l'augmentation de l'espérance de vie, le nombre de personnes âgées augmente et cette évolution devrait se poursuivre dans les prochaines décennies.

Leur état de santé s'améliore également.

Ce vieillissement de la population représente donc une évolution positive de la société, mais il soulève d'importantes questions d'ordre économique et social, car les personnes âgées consomment davantage de soins et de services à la personne, notamment lorsque, pour des raisons physiques ou mentales, elles sont confrontées à une perte de leur autonomie.



L. Reynier / laurif

La maladie d'Alzheimer

La maladie d'Alzheimer est l'une des pathologies neurodégénératives associées au vieillissement, dont la fréquence augmente considérablement avec l'âge. Avec une prévalence moyenne estimée à 14 % chez les 75 ans ou plus, elle aurait concerné environ 85 000 Franciliens de 75 ans ou plus en 2001. Compte tenu de l'augmentation attendue du nombre de personnes âgées dans la région, et en l'absence de progrès thérapeutique à court terme, l'amélioration du diagnostic précoce de la maladie d'Alzheimer ainsi que l'amélioration de la prise en charge médico-sociale du malade et de sa famille constituent les deux axes stratégiques de santé publique à privilégier pour les années à venir.

L'espérance de vie à 60 ans plus élevée en Île-de-France qu'en France

En France, un homme de 60 ans peut espérer vivre encore en moyenne 20,2 ans, une femme 25,3 ans. En Île-de-France, les espérances de vie à 60 ans sont respectivement de 21 ans pour les hommes et de 25,7 ans pour les femmes, ce qui situe l'Île-de-France parmi les régions françaises les mieux placées pour cet indicateur.

Au sein de la région, les départements de Paris et des Hauts-de-Seine apparaissent particulièrement favorisés (Paris présente d'ailleurs l'espérance de vie à 60 ans la plus élevée de tous les départements français pour les deux sexes), tandis que la Seine-et-Marne se situe en deçà de la moyenne nationale pour les deux sexes.

Au niveau du canton, on note également des disparités considérables, parfois plus importantes entre cantons voisins (ou entre arrondissements parisiens) que celles observées entre départements français.

Comme pour l'espérance de vie à la naissance, la relation entre situation socio-économique et espérance de vie à 60 ans apparaît forte en Île-de-France, tandis que cette relation est moins évidente au niveau des autres départements français.

Les années de vie gagnées au grand âge sont des années en bonne santé

On assiste, depuis le début des années 1970, à un recul sans précédent de la mortalité aux âges élevés, qui se traduit par un gain d'espérance de vie à 60 ans d'une année environ tous les dix ans. Cette évolution favorable contribue largement à l'augmentation du nombre de personnes âgées observée aujourd'hui et pressentie pour demain. Mais elle amène à s'interroger sur la qualité des années gagnées : s'agit-il d'années en bonne santé ? Des théories contradictoires s'opposent en la matière, illustrant bien la difficulté à mesurer l'évolution de l'état de santé des personnes âgées.

Néanmoins, l'indicateur d'espérance de vie sans incapacité, fourni depuis les années 1980 au niveau national par les enquêtes décennales sur la santé⁽¹⁾, semble indiquer que l'espérance de vie sans incapacité a progressé, entre 1980 et 1990, plus vite que l'espérance de vie⁽²⁾. Autrement dit, toutes les années gagnées pendant cette période seraient des années de vie en bonne santé, ce qui plaide plutôt en faveur de la thèse d'une diminution de la morbidité.

Des pathologies de plus en plus fréquentes avec l'âge

Même si leur état de santé s'améliore, l'une des caractéristiques de la santé des personnes âgées est la grande fréquence des situations de polypathologies, la quasi-totalité d'entre elles souffrant simultanément de plusieurs problèmes de santé chroniques. Avec les années, les altérations physiques ou psychiques qui résultent de ces pathologies vont s'ajouter à celles directement liées à la sénescence, favorisant la survenue de déficiences de différentes natures. Si, en France, 30 % des personnes adultes déclarent être atteintes d'une maladie ou d'un problème de santé chronique, cette proportion passe à 49 % chez les personnes âgées de 65 ans ou plus. De même, si un peu moins de 7 % des adultes se déclarent en mauvais ou en très mauvais état de santé, la proportion passe à près de 12 % chez les personnes de 65 ans ou plus⁽³⁾. Outre les affections de la bouche et des dents, déclarées par 95 % des personnes âgées de 65 ans ou plus et les atteintes sensorielles, notamment de la vue (presbytie, myopie, hypermétropie), extrêmement fréquentes, trois groupes d'affection sont largement déclarés par les personnes âgées de 65 ans ou plus :

- les maladies de l'appareil circulatoire, dont les trois quarts des personnes âgées déclarent souffrir ;

- les maladies endocriniennes, de la nutrition et du métabolisme (diabète notamment), citées par 72 % des personnes âgées de 65 ans ou plus ;

- les affections ostéo-articulaires (atteintes arthrosiques des articulations et affections du dos) arrivent en troisième position et concernent un peu plus de la moitié des personnes de 65 ans ou plus.

Les Franciliens de 75 ans ou plus représentent 24 % des séjours hospitaliers pour 5,5 % de la population

Les Franciliens âgés de 75 ans ou plus sont à l'origine d'environ 310 000 séjours et 2 600 000 journées d'hospitalisation par an dans les établissements publics et privés de court séjour de la région. Leur durée de séjour est de neuf jours en moyenne, soit le double de celle observée chez les jeunes adultes. Ainsi, cette tranche d'âge, qui pèse pour 5,5 % dans la population régionale, a représenté 16 % des hospitalisations et 23 % des journées d'hospitalisation en 2002⁽⁴⁾.

Les pathologies cardiaques représentent la première cause d'hospitalisation des personnes âgées de 75 ans ou plus (16 % contre 5,4 % chez les moins de 75 ans). Elles sont suivies des pathologies digestives (13,4 % chez les 75 ans ou plus et 12,5 % chez les moins de 75 ans), puis des pathologies rhumato-orthopédiques (respectivement 13 % et 11,1 %). L'ophtalmologie (intervention sur le cristallin, notamment) représente également un motif d'hospitalisation beaucoup plus fréquent chez les 75 ans ou plus (9,5 %) que chez les moins de 75 ans (2,4 %).

Les maladies cardio-vasculaires, principales causes de décès des personnes âgées

L'augmentation de l'espérance de vie des personnes âgées depuis une trentaine d'années est due principalement à la réduction de la mortalité par maladies cardio-vasculaires. Ces pathologies demeurent la première cause de mortalité des personnes âgées, mais elles surviennent (en moyenne) à des âges de plus en plus élevés. En Île-de-France, elles sont à l'origine de 17 600 décès de personnes âgées de 65 ans ou plus en 2000, soit le tiers des décès survenus dans cette tranche d'âges. Viennent ensuite les cancers, à l'origine de 14 500 décès (soit 26 % des décès de la classe d'âge).

Les pathologies mentales sous-estimées

La mortalité par suicide, souvent évoquée dans la mortalité des jeunes en raison du poids qu'elle représente à des âges où les autres causes de décès sont rares, est pourtant beaucoup plus fréquente chez les personnes âgées, notamment chez les hommes : en 2000, plus de 170 hommes et 50 femmes âgés de 65 ans ou plus se sont donnés la mort en Île-de-France et ces chiffres sous-estiment le phénomène. D'une manière générale, ni les statistiques de décès ni même celles de morbidité ne traduisent le poids élevé et croissant des pathologies mentales chez les personnes âgées. Une part considérable des maladies de type Alzheimer ne sont pas prises en charge ni même diagnostiquées. Elles constituent pourtant une cause majeure de dépendance chez les personnes âgées, avec des conséquences désastreuses en termes de qualité de vie aussi bien pour la personne atteinte que pour son entourage proche.

(1) En attendant l'exploitation de l'enquête 2003, les informations sont issues des précédentes enquêtes portant sur la période 1981-1991.

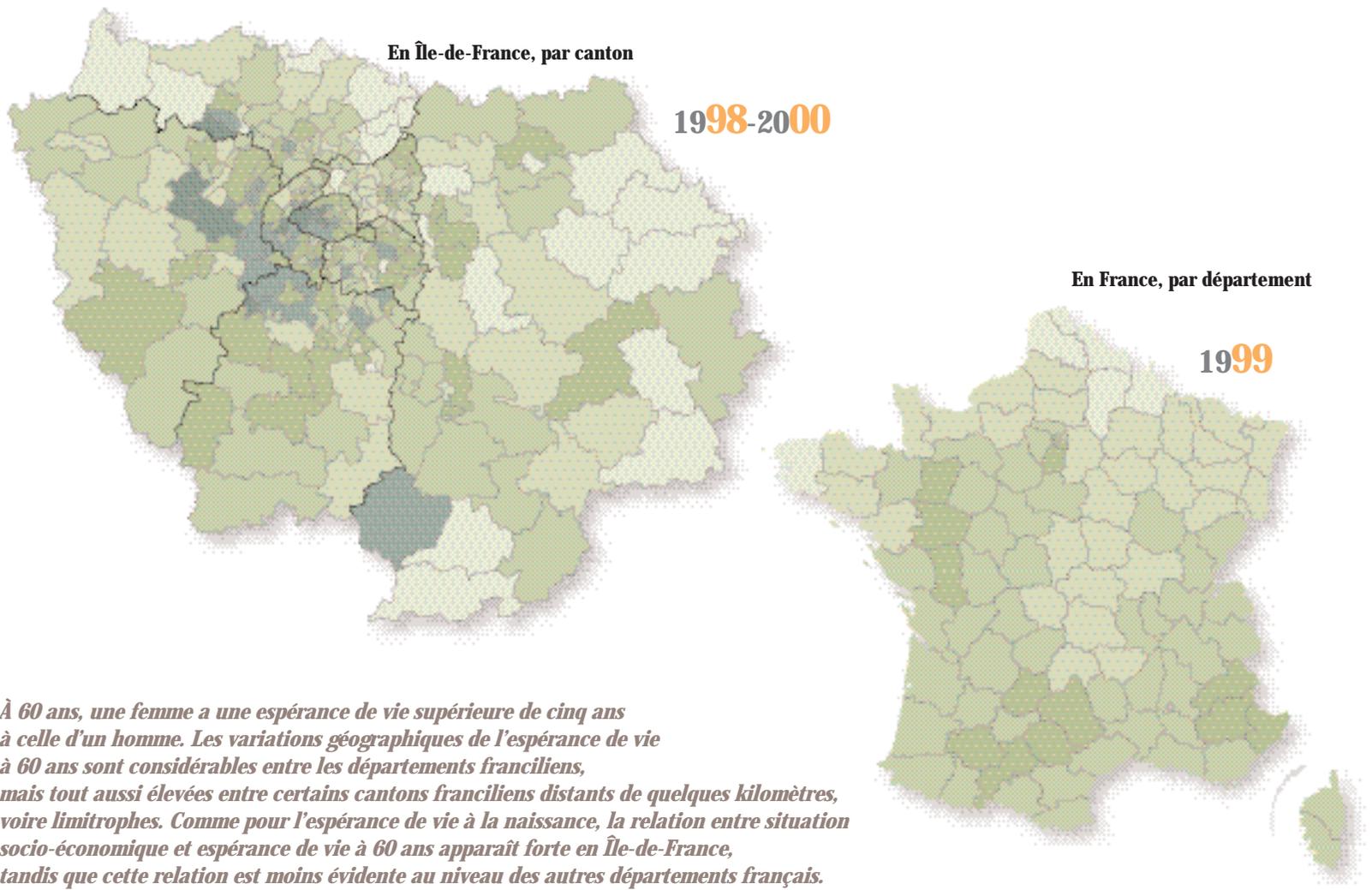
(2) ROBINE J. M., MORMICHE P., Estimation de la valeur de l'espérance de vie sans incapacité en France en 1991, *Solidarité Santé*, n° 1, 1994.

(3) Source : enquête Santé et protection sociale 2002 - IRDES. Seules les personnes vivant à domicile (généralement en meilleure santé que celles vivant en institution) sont interrogées dans cette enquête.

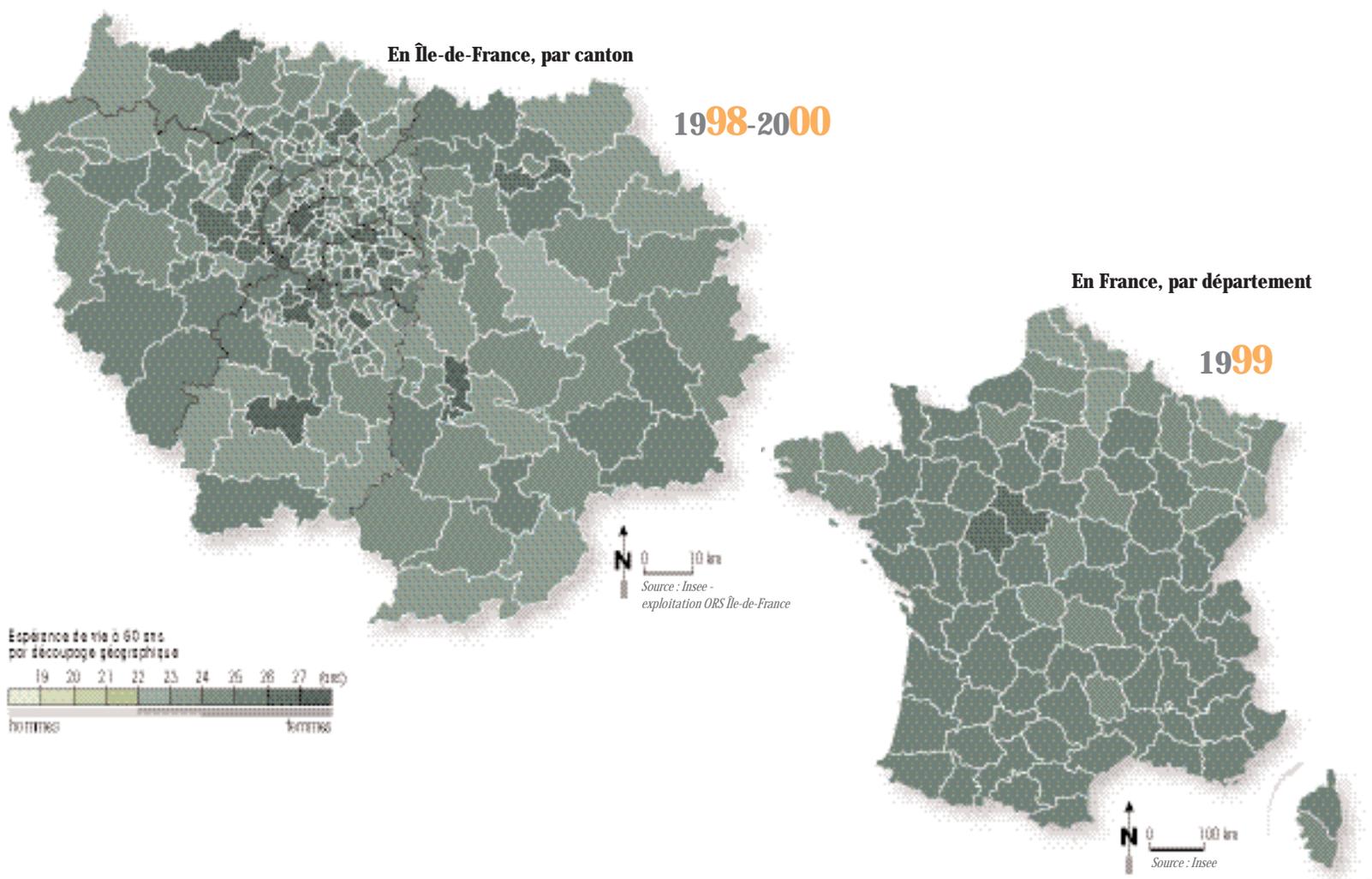
(4) Source : Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), 2002.

L'ESPÉRANCE DE VIE À 60 ANS

L'espérance de vie des hommes à 60 ans



L'espérance de vie des femmes à 60 ans



LA PRISE EN CHARGE À DOMICILE : UNE OFFRE INSUFFISANTE, DES BESOINS CROISSANTS

Fiche 3

ATLAS DE LA SANTÉ EN ÎLE-DE-FRANCE

LA PRISE EN CHARGE DES POPULATIONS VULNÉRABLES
Les personnes âgées

Face à une population de personnes âgées qui souhaitent en grande majorité demeurer à domicile le plus longtemps possible, de nombreux dispositifs concourant à leur prise en charge se sont développés depuis le rapport Laroque⁽¹⁾ en 1962, avec un effort particulier de rationalisation depuis le milieu des années 1990. Le vieillissement attendu de la population francilienne dans les trente prochaines années accentuera encore l'importance de la prise en charge de la dépendance des personnes âgées – et surtout de la prise en charge de cette dépendance à domicile.

En France, les personnes de 60 ans ou plus représentent plus de 80 % des bénéficiaires des services d'aide à domicile. Les aides à domicile (longtemps appelées aides ménagères) et les auxiliaires de vie constituent les principaux pivots du secteur de l'aide à domicile. Leur tâche ne se limite pas à la seule activité de ménage, elle comporte aussi une importante dimension relationnelle. L'aide à domicile est chargée d'aider les personnes en difficulté – malades ou dépendantes – à accomplir les gestes de la vie quotidienne, comme l'entretien du logement, les courses, la préparation des repas, les démarches administratives simples, mais aussi les soins sommaires d'hygiène et de toilette courante. Complémentaire de l'aide à domicile, les soins à domicile jouent un rôle essentiel dans la prise en charge des personnes âgées à domicile. Ils peuvent être réalisés par des infirmiers libéraux ou des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD). Ces derniers délivrent – sur prescription médicale – aux personnes âgées malades ou dépendantes, les soins infirmiers médico-techniques ou d'hygiène assurés par des professionnels infirmiers et aides-soignants, ou d'autres soins relevant d'auxiliaires médicaux (pédicure par exemple). En Île-de-France, près de 80 % des demandeurs de places en SSIAD ont plus de 75 ans et un tiers sont très dépendants.

En Île-de-France, 92 % des personnes de 75 ans ou plus vivent à domicile. Une grande partie est en bonne santé et parfaitement autonome. Néanmoins, une part non négligeable – et croissante avec l'âge – souffre d'incapacités physiques et/ou psychiques les empêchant de réaliser certains actes de la vie quotidienne. Pour ceux-là, demeurer dans leur cadre de vie n'est rendu possible que par l'intervention de concours extérieurs. Les services d'aide et de soins à domicile, de natures, statuts et modes de financement très divers, viennent compléter une prise en charge familiale, voire s'y substituer. Depuis le milieu des années 1990, d'importantes réformes politiques ont été entreprises pour tenter de rationaliser la prise en charge des personnes âgées et de l'améliorer à domicile. Au niveau régional, elles ont été traduites en 2001 dans un programme régional de santé (PRS) spécifique aux personnes âgées.

Des aides à domicile peu formées

En France, le recrutement d'une aide à domicile peut se faire selon trois cadres juridiques distincts :

- prestataire – où la personne bénéficie d'une aide à domicile employée par le service auquel elle s'est adressée ;
- mandataire – où la personne demande à un service de recruter à sa place l'aide à domicile ; le demandeur est l'employeur de l'aide à domicile ;
- «gré à gré» – où la personne recrute et emploie directement l'aide à domicile sans recourir à un intermédiaire.

Seuls les services prestataires ont fait l'objet d'une enquête⁽²⁾ récente en Île-de-France, qui a montré que le manque de personnel réduisait considérablement leur champ d'action.

Une autre difficulté est l'insuffisance de qualification du personnel employé. Afin d'y remédier, un dispositif de formation (DEAVS⁽³⁾) pouvant se combiner avec l'expérience déjà acquise (VAE⁽⁴⁾) a été instauré en 2002. En 2003, cette mesure a permis à 159 personnes, soit un tiers des candidats, d'obtenir un diplôme de cette façon en Île-de-France. En outre, depuis 2001, le Fonds de modernisation de l'aide à domicile soutient financièrement les salariés dans leurs démarches de formation.

Trop peu de services de soins à domicile

L'Île-de-France se caractérise par un nombre d'infirmiers libéraux très inférieur à la moyenne nationale (42,9 pour 100 000 habitants contre 82,3 en France) et en forte diminution (- 7,3 % entre 1997 et 2001 contre + 6,2 % au niveau national). Or, 60 % de leur activité est de type nursing (hygiène), c'est-à-dire réalisée surtout auprès d'un public âgé.

Les soins à domicile sont aussi réalisés par des services sectorisés. Si la plupart des Franciliens de 75 ans ou plus (96 %) ont la possibilité de faire appel à un tel service – dès lors qu'ils résident dans une commune desservie –, seul un quart des demandes sont satisfaites, compte tenu de l'offre régionale et de la durée moyenne de prise en charge. De plus, avec près de 15 places pour 1 000 personnes de 75 ans ou plus en 2002, l'Île-de-France se situe légèrement en retrait du niveau national (15,42 places) et du taux de référence régional cible (18,48 places) à échéance 2005.

Peu de réseaux de santé gériatriques

Parmi les réseaux de santé franciliens subventionnés par le FAQSV⁽⁵⁾ ou la DRDR⁽⁶⁾ début 2004, trois seulement sont dédiés à la prise en charge des personnes âgées et un autre à celle des personnes dépendantes.

Si on ne peut que déplorer le faible nombre d'initiatives franciliennes formalisées à ce jour, et ce malgré l'inscription du développement des réseaux comme l'un des axes prioritaires du PRAM⁽⁷⁾ (1999) et du PRS personnes âgées (2001), il

convient de souligner la présence en Île-de-France d'un certain nombre de réseaux informels amenés à se formaliser via le FAQSV⁽⁵⁾ ou la DRDR⁽⁶⁾ (trois dossiers en cours début 2004).

Les CLIC, des guichets de proximité

«Organiser un maillage cohérent du territoire national» est l'objectif poursuivi à travers la mise en place des centres locaux d'information et de coordination (CLIC), et ce à échéance 2005. Cet objectif est loin d'être atteint : avec 44 CLIC début 2004, seulement 538 communes franciliennes (et 21 communes d'Eure-et-Loir) sont desservies. Des disparités départementales existent toutefois et sont à l'origine d'inégalités d'accès. De fait, 90 % des habitants de Seine-Saint-Denis de 60 ans ou plus n'ont pas encore accès à un CLIC, contre 51 % en moyenne en Île-de-France.

L'APA, une seule prestation pour prendre en charge les conséquences de la dépendance

Spécialement destinée à la prise en charge financière de la dépendance des 60 ans ou plus, la prestation spécifique dépendance (PSD), instaurée en 1997, a été remplacée par l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) en 2002. Au 31 décembre 2003, 75 000 Franciliens bénéficient de l'APA, soit dix fois plus de personnes que lors de la PSD (7 300 bénéficiaires en 1999) – d'où des besoins accrus.

Bénéficiaires de l'APA en Île-de-France au 31 décembre 2003

	À domicile	En établissement	Ensemble
Paris	8 345	10 735	19 080
Seine-et-Marne	2 977	3 528	6 505
Yvelines	2 875	3 959	6 834
Essonne	3 055	3 200	6 255
Hauts-de-Seine	3 510	6 712	10 222
Seine-Saint-Denis	6 397	3 691	10 088
Val-de-Marne	3 664	4 951	8 615
Val-d'Oise	3 643	3 310	6 953
Île-de-France	34 466	40 086	74 552

Sources : enquête trimestrielle APA de la Drees, Drasil.

En France, dans quatre cas sur dix, l'aide à domicile n'est apportée que par la famille, dont les besoins concernent à la fois l'information, la formation et les formules qui leur procurent un peu de répit. Les CLIC mais aussi les associations jouent un rôle important dans la mise en place de ces aides. Depuis le 1^{er} janvier 2002, le recours à un dispositif de répit peut être financé par l'APA. En effet, octroyée à domicile, l'APA ne se limite pas à la rémunération d'heures d'aide à domicile. Sa vocation est aussi de prendre en charge les frais d'accueil de jour, d'accueil temporaire (mais aussi d'aides techniques, d'adaptation du logement, les services rendus par les accueillants familiaux agréés ainsi que les prestations propres à enrayer l'enfermement dans la dépendance).

Depuis 2001, le développement des dispositifs de répit est inscrit dans le cadre de la prise en charge nationale de la maladie d'Alzheimer, mais aussi dans l'actuelle loi de santé publique, et s'est traduit en Île-de-France par le conventionnement de certains accueils de jour.

(1) Voir bibliographie.

(2) MARIA (de) F., PEPIN P., «Les personnes âgées en Île-de-France - Évolutions et perspectives de la prise en charge de la dépendance», ORSIF, 2003.

(3) Diplôme d'état d'auxiliaire de vie sociale.

(4) Procédure de validation des acquis de l'expérience.

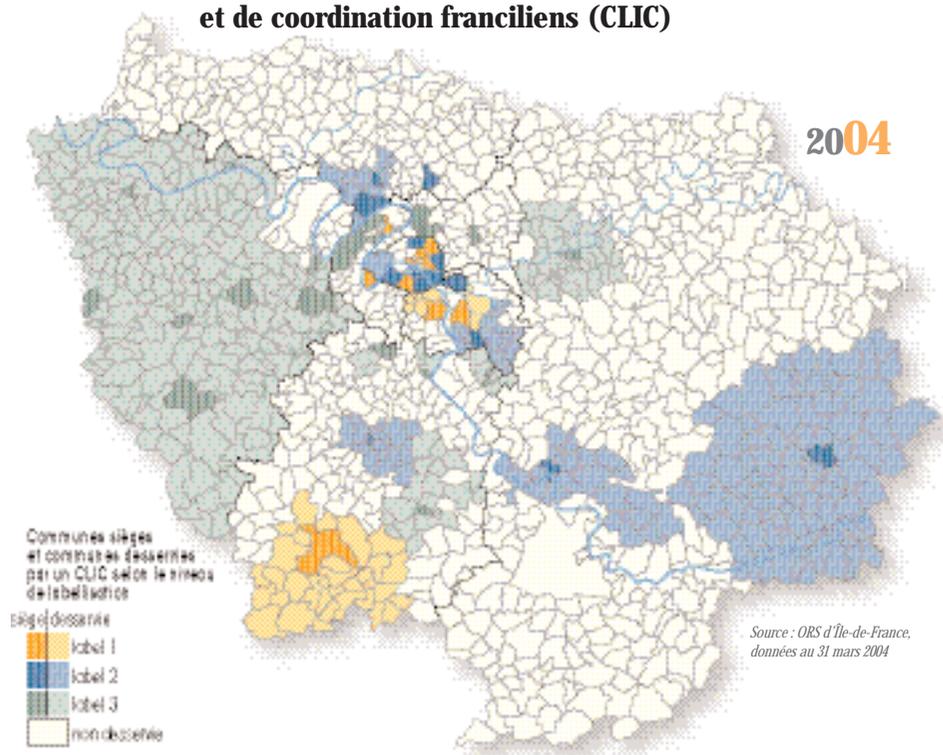
(5) Fonds d'aide à la qualité des soins de ville.

(6) Dotation régionale de développement des réseaux.

(7) Plan régional d'assurance maladie.

LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ÂGÉES À DOMICILE

Bassin de vie des centres locaux d'information et de coordination franciliens (CLIC)



Les 44 CLIC franciliens interviennent sur 538 communes dans la région. Début 2004, 762 communes ne sont pas encore desservies par ce type de dispositif. Néanmoins, dans ces communes, d'autres lieux – d'information et/ou de coordination – peuvent proposer des services comparables.

Les réseaux de santé et les CLIC, des dispositifs de proximité

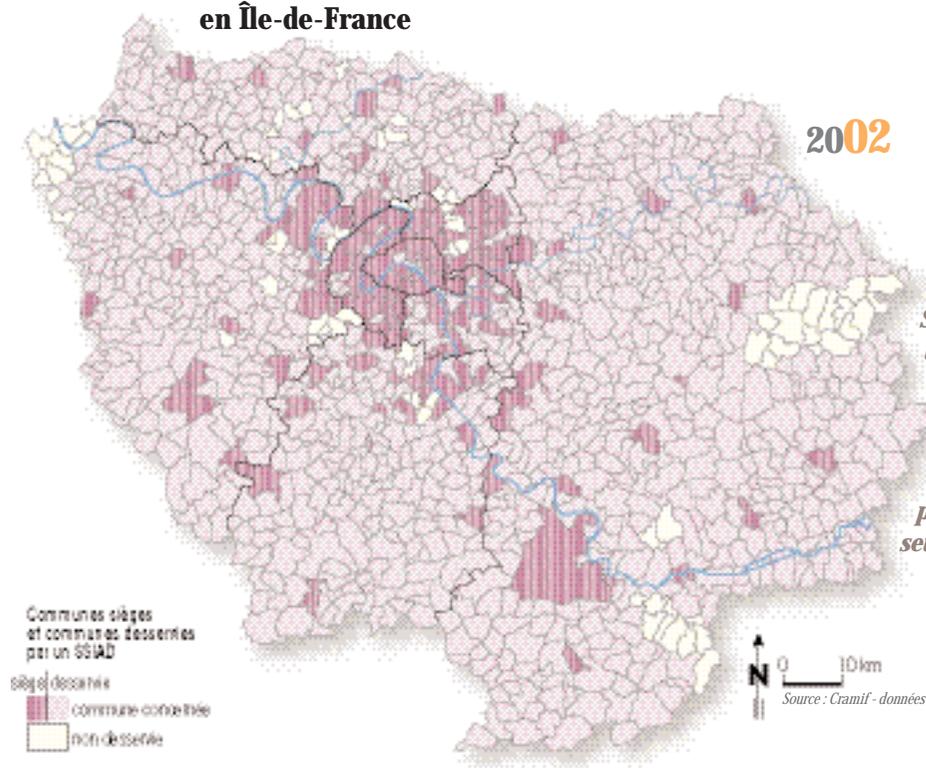
Parmi l'ensemble des dispositifs intervenant dans la prise en charge des personnes âgées, deux se distinguent par leur caractère résolument de proximité :

- les réseaux de santé «assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins» (loi du 4 mars 2002) ;
- les centres locaux d'information et de coordination (CLIC, circulaire du 6 juin 2000) constituent des dispositifs spécifiquement destinés aux personnes âgées et à leur entourage. Ils sont caractérisés par un niveau de labellisation auquel correspondent des missions plus ou moins étendues d'accueil, d'écoute, d'information, de conseil et de soutien aux familles pour le niveau 1, d'évaluation des besoins et d'élaboration d'un plan d'aide personnalisé pour le niveau 2, de mise en œuvre, de suivi et d'adaptation du plan d'aide personnalisé pour le niveau 3. À terme, c'est à ce niveau-là que doivent accéder tous les CLIC.

La définition d'un territoire d'intervention est une autre spécificité du CLIC, qui en milieu urbain doit concerner une population de l'ordre de 15 000 personnes de 60 ans ou plus. Or, sur le terrain, cet effectif est souvent largement dépassé, notamment au niveau des CLIC parisiens, dont huit parmi les onze sont en charge de plus de 25 000 personnes âgées.

Diverses formes de collaboration ont été développées en Île-de-France entre ces deux dispositifs, de l'intégration complète du CLIC dans le réseau au simple adressage de personnes âgées de l'un vers l'autre.

Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) en Île-de-France



Les 172 services franciliens interviennent sur 1 216 communes. Si certaines communes sont desservies par plusieurs SSIAD, une commune sur cinq de Seine-Saint-Denis et 76 communes de grande couronne, notamment dans l'est de la Seine-et-Marne, ne bénéficient pas encore de l'intervention d'un tel service. Cependant, le fait d'habiter une commune desservie ne signifie pas pour autant une prise en charge, puisque les moyens de ces services sont nettement insuffisants : seul un demandeur sur quatre en moyenne en bénéficie.

L'équipement en services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) en Île-de-France en 2002

	Taux* d'équipement en 2002	Nombre de places supplémentaires à financer pour atteindre le taux de cible régional : 18,48
Paris	14,61	696
Seine-et-Marne	15,84	666
Yvelines	15,91	730
Essonne	15,07	692
Hauts-de-Seine	14,19	829
Seine-Saint-Denis	14,76	662
Val-de-Marne	14,69	687
Val-d'Oise	14,95	486
Île-de-France	14,89	5 448

* Nombre de places en SSIAD pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus.

Sources : Insee - ERP 2001 et projections de population entre 2000 et 2030, Cramif - données au 31 décembre 2002.

L'offre en SSIAD est bien répartie dans la région, puisque les taux varient de 14,2 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus (Hauts-de-Seine) à 15,9 (Yvelines). Pour atteindre le taux de référence régional cible déterminé par la caisse régionale d'assurance maladie d'Île-de-France (Cramif) à partir du plan de médicalisation pluriannuel 2001-2005 lancé par le gouvernement, environ 5 000 places supplémentaires devraient être financées dans la région.

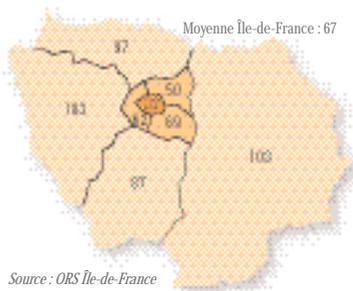
LA MÉDICALISATION DES ÉTABLISSEMENTS POUR PERSONNES ÂGÉES : UNE PRIORITÉ À POURSUIVRE

Fiche 4

Confrontés au vieillissement de la population et à l'augmentation de la dépendance, les établissements sanitaires et médico-sociaux hébergeant des personnes âgées se transforment peu à peu en établissements spécialisés dans la prise en charge de la dépendance (EHPAD) – ce qui pose avec acuité la question du devenir de certains services de soins de longue durée dépendant de groupements hospitaliers. Sur les 1 136 établissements franciliens, 215 sont ainsi devenus des EHPAD depuis 2001.

Taux d'équipement en lits médicalisés (EHPAD + USLD + SCM) au 31 décembre 2003

Nombre de places ou de lits pour 1000 personnes dépendantes de 75 ans ou plus



Source : ORS Île-de-France



M. Lacombe / laurif

Jusqu'à ces dernières années, l'hébergement des personnes âgées relevait de deux types de structure : les établissements sanitaires de type unité de soins de longue durée (USLD) pour les personnes âgées nécessitant «une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien» et les établissements sociaux ou médico-sociaux (logement-foyer, maison de retraite) pour les autres.

Dans les faits, la distinction d'état de santé entre les personnes âgées résidant en USLD ou en maison de retraite était toute relative – en particulier en termes de niveau de dépendance. Ainsi, deux études franciliennes – utilisant les mêmes outils d'évaluation de la dépendance – ont montré que 81,6 % des personnes hébergées en maisons de retraite et 94,5 % de celles résidant en USLD étaient dépendantes⁽¹⁾.

Ce constat n'est cependant pas récent : plusieurs rapports ont déjà souligné la nécessité d'harmoniser le fonctionnement des établissements hébergeant des personnes âgées – qu'ils soient sanitaires ou médico-sociaux –, dès lors que la population accueillie y est semblable en termes de dépendance. En Île-de-France, ces préconisations semblent particulièrement justifiées dans le contexte actuel d'augmentation et de vieillissement de la population âgée dépendante.

Un seul type d'établissement pour héberger les personnes âgées dépendantes

En 1997, le législateur a souhaité que la prise en charge de la dépendance des personnes âgées hébergées en établissement relève d'un seul type de structure : l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

C'est la perte d'autonomie de la population des résidents et non le statut de l'établissement qui fonde la réforme. Elle s'impose à tous les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, et ce quel que soit le statut juridique de l'établissement (sanitaire ou médico-social).

La réforme s'articule autour de trois mesures :

- jusqu'alors, la tarification en vigueur dans les structures hébergeant des personnes âgées comportait une ou deux composantes (un tarif hébergement à la charge de la personne âgée et éventuellement un tarif soins à la charge de l'assurance maladie), suivant le degré de médicalisation de l'établissement. Depuis 1997, les établissements sanitaires et médico-sociaux accueillant des personnes âgées dépendantes – dans une proportion importante – sont tenus de conclure une convention pluriannuelle avec le président du conseil général et l'autorité compétente de l'État en matière de tarification des soins, et ce avant le 31 mai 2005⁽²⁾.

Ce conventionnement permet à l'établissement d'isoler les charges spécifiques relatives à la prise en charge de la dépendance de ses résidents à travers l'instauration d'un tarif supplémentaire (tarif dépendance à la charge de la personne âgée dépendante). Pour aider les personnes âgées dépendantes à acquitter ce tarif supplémentaire, celles-ci peuvent bénéficier de l'APA en établissement. Fin 2003, 40 000 Franciliens la percevaient ;

- appliquée aux établissements sanitaires, la réforme veut redéfinir le champ d'intervention des soins de longue durée. L'objectif est de distinguer les structures relevant d'une véritable prise en charge sanitaire de celles accueillant des personnes âgées dépendantes, et s'apparentant alors à une prise

Le critère retenu pour devenir «établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes» (EHPAD) fait référence à la grille AGGIR qui permet d'évaluer le niveau de perte d'autonomie d'une personne («GIR») ou d'un ensemble de personnes («GIR moyen pondéré», ou «GMP»). C'est à partir d'un niveau de perte d'autonomie moyen élevé chez ses résidents (GMP égal ou supérieur à 300) que l'établissement doit signer une convention tripartite, et ce quelle que soit sa capacité (décret n° 2001-1086 du 20 novembre 2001).

en charge médico-sociale. Pour ces dernières, la difficulté qui se pose est leur pérennisation, en particulier lorsqu'elles dépendent de groupements hospitaliers (dont la mission est le soin). L'Île-de-France étant fortement marquée par la présence des centres hospitaliers de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (18 USLD franciliens), la question du devenir des services de soins de longue durée «médico-sociaux» doit être très sérieusement considérée ;

- appliquée aux établissements médico-sociaux, la réforme améliore la prise en charge sanitaire des personnes hébergées (la capacité de dispenser des soins est étendue à la totalité de la capacité d'hébergement autorisée) et organise la suppression progressive des places médicalisées (sections de cure médicale : SCM).

215 établissements pour personnes âgées dépendantes franciliens

Fin 2003, l'Île-de-France regroupait 1136 établissements pour personnes âgées⁽³⁾ : 473 logements-foyers, 593 maisons de retraite et 70 unités de soins de longue durée.

Parmi eux, 215 structures sont devenues des EHPAD : 5 logements-foyers, 204 maisons de retraite et seulement 6 unités de soins de longue durée – alors que la population accueillie y est fortement dépendante.

Si l'on s'intéresse à la répartition de la capacité d'accueil dédiée aux personnes âgées dépendantes⁽⁴⁾, on observe d'importantes disparités entre le centre et la périphérie francilienne.

Quatorze dispositifs spécifiques pour le répit

Les dispositifs de répit sont définis comme «une aide en terme de soulagement des familles ayant en charge à domicile des personnes dépendantes, sur une base horaire, journalière ou hebdomadaire». En Île-de-France, dix établissements sont spécialisés dans l'accueil temporaire des personnes âgées et quatre autres dans l'accueil à la journée des personnes âgées atteintes d'une maladie de type Alzheimer. En outre, certains établissements d'hébergement définitif offrent aussi la possibilité d'accueil temporaire et/ou de jour. Au total, l'Île-de-France compte, fin 2003, 973 places d'accueil temporaire (dont 109 en structures indépendantes) et 799 places d'accueil de jour (dont 70 en structures indépendantes).

Des taux d'équipement élevés en grande couronne

Toutes structures confondues, l'offre régionale se situe en retrait de la moyenne nationale (145 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus en Île-de-France contre 153 places pour 1 000 au niveau national⁽⁵⁾) et se caractérise par des disparités départementales importantes :

- avec 85 places pour 1 000, Paris reste très en retrait de la moyenne régionale ;
- les départements de proche couronne se situent en deçà du niveau régional (de 136 à 143 places pour 1 000) ;
- quant aux départements de grande couronne, ils se situent bien au-dessus de la moyenne nationale, offrant de 192 à 215 places pour 1 000 personnes de 75 ans ou plus.

(1) Drass Île-de-France, service Etudes et Statistiques - Enquêtes franciliennes AGGIR-Morbidité-Soins (AMS), exhaustives en unités de soins de longue durée (2001), sur échantillon en maisons de retraite (2002).

(2) Ou le 31 décembre 2006 pour les logements-foyers.

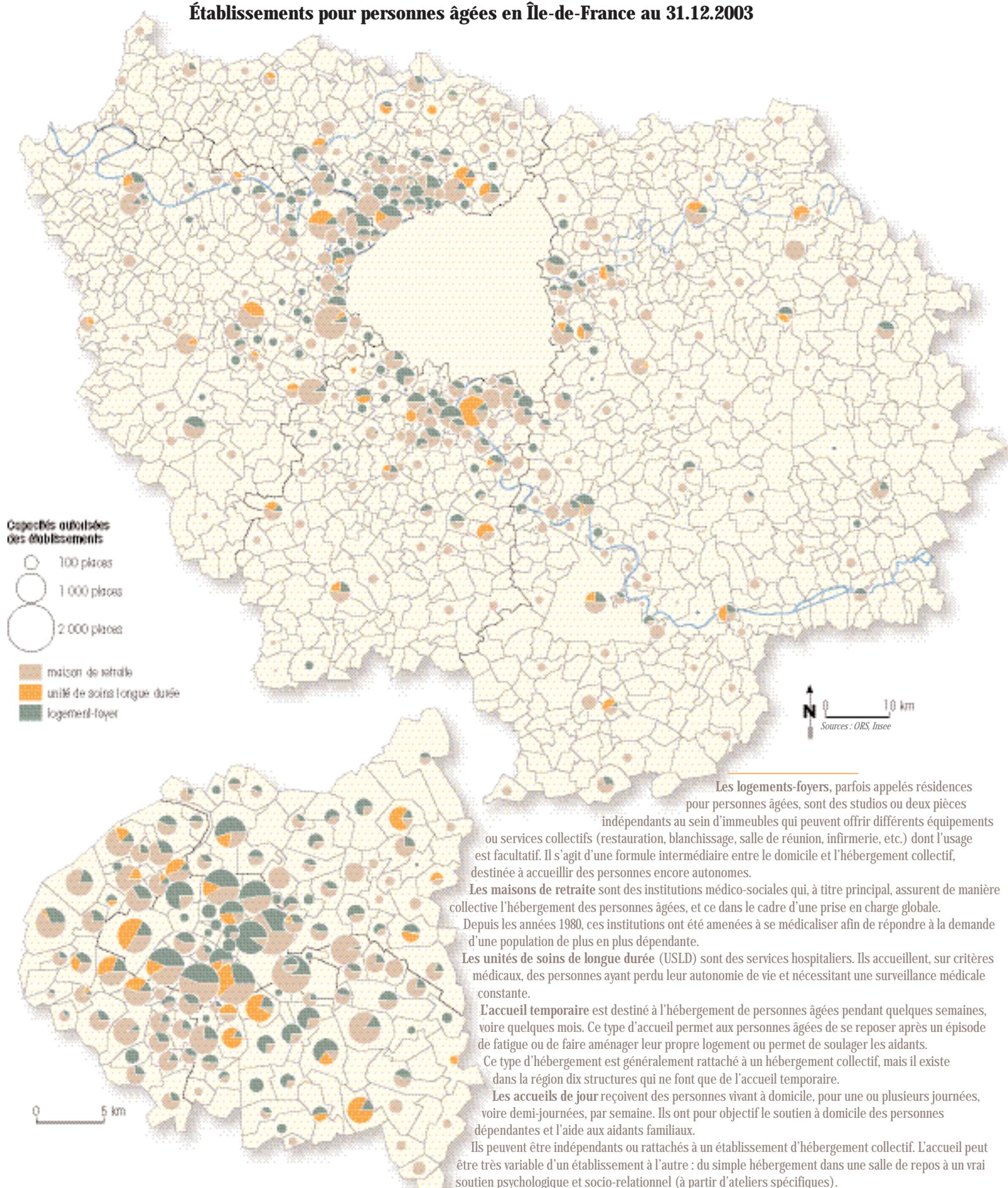
(3) DALBARADE MORVAN M., Mini-fichier des établissements pour personnes âgées en Île-de-France. Données au 31 décembre 2003, ORS Île-de-France, 2004.

(4) Il s'agit des places des établissements qui sont devenus EHPAD, des lits des USLD et des sections de cure médicale qui existent encore en logements-foyers et en maisons de retraite.

(5) Drass/Drees : STATISS 2003 et Drees : Etudes et résultats, n° 263, 2003.

L'OFFRE DE SOINS POUR LES PERSONNES ÂGÉES

Établissements pour personnes âgées en Île-de-France au 31.12.2003



Les logements-foyers, parfois appelés résidences pour personnes âgées, sont des studios ou deux pièces indépendants au sein d'immeubles qui peuvent offrir différents équipements ou services collectifs (restauration, blanchissage, salle de réunion, infirmerie, etc.) dont l'usage est facultatif. Il s'agit d'une formule intermédiaire entre le domicile et l'hébergement collectif, destinée à accueillir des personnes encore autonomes.

Les maisons de retraite sont des institutions médico-sociales qui, à titre principal, assurent de manière collective l'hébergement des personnes âgées, et ce dans le cadre d'une prise en charge globale. Depuis les années 1980, ces institutions ont été amenées à se médicaliser afin de répondre à la demande d'une population de plus en plus dépendante.

Les unités de soins de longue durée (USLD) sont des services hospitaliers. Ils accueillent, sur critères médicaux, des personnes ayant perdu leur autonomie de vie et nécessitant une surveillance médicale constante.

L'accueil temporaire est destiné à l'hébergement de personnes âgées pendant quelques semaines, voire quelques mois. Ce type d'accueil permet aux personnes âgées de se reposer après un épisode de fatigue ou de faire aménager leur propre logement ou permet de soulager les aidants.

Ce type d'hébergement est généralement rattaché à un hébergement collectif, mais il existe dans la région dix structures qui ne font que de l'accueil temporaire.

Les accueils de jour reçoivent des personnes vivant à domicile, pour une ou plusieurs journées, voire demi-journées, par semaine. Ils ont pour objectif le soutien à domicile des personnes dépendantes et l'aide aux aidants familiaux.

Ils peuvent être indépendants ou rattachés à un établissement d'hébergement collectif. L'accueil peut être très variable d'un établissement à l'autre : du simple hébergement dans une salle de repos à un vrai soutien psychologique et socio-relatif (à partir d'ateliers spécifiques).

Taux d'équipement par département au 31.12.2003

Taux calculés sur les capacités autorisées

Départements	Taux d'équipement global	Taux d'équipement en logements-foyers	Taux d'équipement en maisons de retraite	Taux d'équipement en soins de longue durée
Paris	85	39	36	10
Seine-et-Marne	215	44	152	19
Yvelines	194	49	129	16
Essonne	207	60	124	23
Hauts-de-Seine	136	34	89	13
Seine-Saint-Denis	117	45	60	12
Val-de-Marne	143	49	70	23
Val-d'Oise	192	61	113	18
Île-de-France	145	45	85	15

Sources : ORS, Insee



M. Lacombe / Jauffr

AUGMENTATION SENSIBLE DU NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES DES AIDES POUR PERSONNES HANDICAPÉES

Fiche 1

ATLAS DE LA SANTÉ EN ÎLE-DE-FRANCE

LA PRISE EN CHARGE DES POPULATIONS VULNÉRABLES
Les personnes souffrant de handicap

4.2

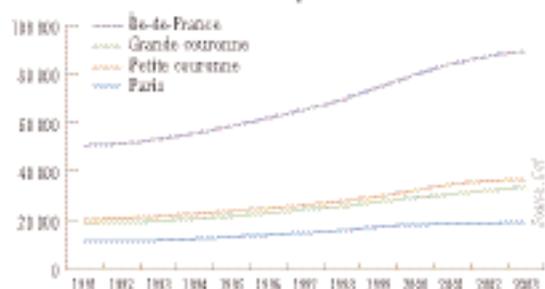
Les données des caisses d'allocations familiales (CAF) permettent d'apporter un éclairage sur la population handicapée : tout d'abord, les adultes de 20 ans ou plus qui, combinant handicap et faibles ressources, bénéficient de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) ; d'autre part, les enfants de moins de 20 ans bénéficiant de l'allocation d'éducation spéciale (AES) versée aux familles sans conditions de ressources.

L'AAH : un nombre de bénéficiaires en constante progression

L'AAH a été créée en juin 1975 pour assurer un minimum de ressources aux personnes handicapées dont l'incapacité est d'au moins 80 %. Elle peut également être versée à des personnes dont l'incapacité est comprise entre 50 et 80 % et qui sont dans l'incapacité, reconnue par la commission technique d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP), de travailler. L'AAH a été perçue, en 2003, par près de 90 000 handicapés de plus de 20 ans en Île-de-France, soit 1 % de la population de cet âge. Ce sont environ 36 000 personnes de plus qu'il y a dix ans. Ce résultat est dû à la progression du nombre de bénéficiaires avec une incapacité de 50 à 80 % reconnus dans l'impossibilité de travailler. L'augmentation du nombre de bénéficiaires résulterait donc non pas d'une prévalence accrue du handicap, mais de la reconnaissance par les COTOREP de l'incapacité de travailler, ces dernières prenant en compte dans leurs décisions la situation économique locale.

Tous les départements suivent cette progression, mais les bénéficiaires de l'AAH sont davantage présents au sein de la petite couronne. L'implantation d'établissements d'accueil spécialisés explique la situation de certaines communes.

Évolution du nombre de bénéficiaires de l'AAH au 31 décembre de chaque année



Des bénéficiaires de l'AAH souvent sans conjoint ni enfant à charge

Un peu plus de la moitié des Franciliens percevant l'AAH sont des hommes, près de 20 % ont moins de 30 ans. Plus des trois quarts de ces personnes vivent sans conjoint ni enfant à charge (mais ils peuvent être hébergés, chez leurs parents notamment). Cette proportion est plus importante à Paris et dans les Yvelines où plus de huit bénéficiaires sur dix sont concernés par cette situation. Les familles avec enfants, quant à elles, représentent 15 % des allocataires franciliens de cette prestation, proportion similaire à celle observée au niveau national.

Un taux d'incapacité d'au moins 80 % pour les trois quarts des handicapés aidés

En Île-de-France, trois bénéficiaires de l'AAH sur quatre ont un taux d'incapacité égal ou supérieur à 80 %. Cette proportion est nettement supérieure en Seine-et-Marne (94 %) et moindre dans les Yvelines (six sur dix seulement).

Lorsque le foyer du bénéficiaire dispose d'autres revenus (activité professionnelle de l'allocataire en milieu protégé ou du conjoint, pension...), l'allocation peut être réduite. C'est le cas pour près d'un tiers des handicapés aidés de la région.

Un handicapé aidé sur dix travaille en milieu protégé

Seul un handicapé bénéficiaire de l'AAH sur dix travaille dans un milieu protégé (11 %), presque toujours en centre d'aide par le travail (CAT). La situation est variable selon les départements : c'est à Paris que la proportion est la plus faible (6 %) et dans les Yvelines qu'elle est la plus élevée (18 %). Là encore, la distinction est très nette entre les départements limitrophes de Paris et ceux de la grande couronne. Toutefois, cette moyenne régionale reflète assez bien la situation de la métropole, où la proportion est quasiment identique (+ 1 point).

Moins d'un bénéficiaire de l'AAH sur deux perçoit une aide au logement

Très peu de handicapés sont hospitalisés ou hébergés en maison d'accueil spécialisée (ou incarcérés) : en Île-de-France, ils sont respectivement 2 et 1 %. Les aides au logement, accessibles aussi pour un accueil en établissement, sont perçues par 44 % des handicapés aidés de la région (un sur deux au niveau national). Un complément de l'allocation peut être versé quand le taux d'incapacité est d'au moins 80 % et que la personne habite un logement indépendant donnant droit à une aide au logement. En Île-de-France, près de 20 000 allocataires perçoivent ce complément.

En dix ans, 46 % d'augmentation du nombre de bénéficiaires de l'AES

L'AES, créée en 1975, bénéficie mensuellement à près de 22 000 familles franciliennes pour un enfant handicapé ou parfois plusieurs⁽¹⁾, soit 46 % de plus qu'il y a dix ans. Cet accroissement est plus important que celui observé en métropole (+ 31 %). D'après une enquête de la Drees, cette augmentation est essentiellement due aux renouvellements des demandes auprès des commissions départementales de l'éducation spéciale (CDES), induits par une diminution de l'âge moyen d'entrée dans le dispositif, entraînant une hausse de la durée moyenne de perception de l'AES.

Avec la réforme d'avril 2002, ce ne sont plus trois mais six compléments qui peuvent s'ajouter à l'allocation d'éducation spéciale de base (111 € en 2003). En Île-de-France, plus de la moitié des familles bénéficiaires de l'AES perçoivent un complément, soit dix points de plus qu'en métropole. Toutefois, cette proportion est en diminution depuis plusieurs années, quel que soit le niveau géographique observé.

Les trois derniers compléments de la nouvelle législation, qui requièrent le plus souvent l'emploi d'une personne à temps plein ou l'inactivité professionnelle de l'un des deux parents, concernent 16 % des bénéficiaires franciliens de l'AES en 2003. Ce taux varie fortement selon les départements : de 11 % en Seine-Saint-Denis à 32 % dans l'Essonne. Le caractère départemental de la CDES, qui apprécie l'état de l'enfant et décide de l'attribution de cette allocation et de ses éventuels compléments, peut, en grande partie, expliquer ces variations.

L'APP : une nouvelle prestation utilisée par environ 600 familles franciliennes

Créée en janvier 2001, l'allocation de présence parentale, dont le montant a fortement augmenté en avril 2002, a concerné quasiment 600 familles en Île-de-France en 2003. Dans 95 % des cas, ce sont des femmes qui la perçoivent et plus des trois quarts d'entre elles ont cessé totalement leur activité professionnelle. Les familles monoparentales constituent 20 % des bénéficiaires de l'APP, tandis que les familles nombreuses représentent un quart de ces bénéficiaires.

(1) Dans la région, environ huit enfants de moins de 20 ans sur mille sont considérés comme étant handicapés, proportion quasiment identique en métropole. La Seine-et-Marne se distingue avec un taux plus faible : six sur mille.

La loi «pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées» a été adoptée le 3 février 2005 et doit entrer en application au 1^{er} janvier 2006.

Le texte crée une prestation de compensation du handicap pour améliorer la vie quotidienne, distribuée au plan départemental.

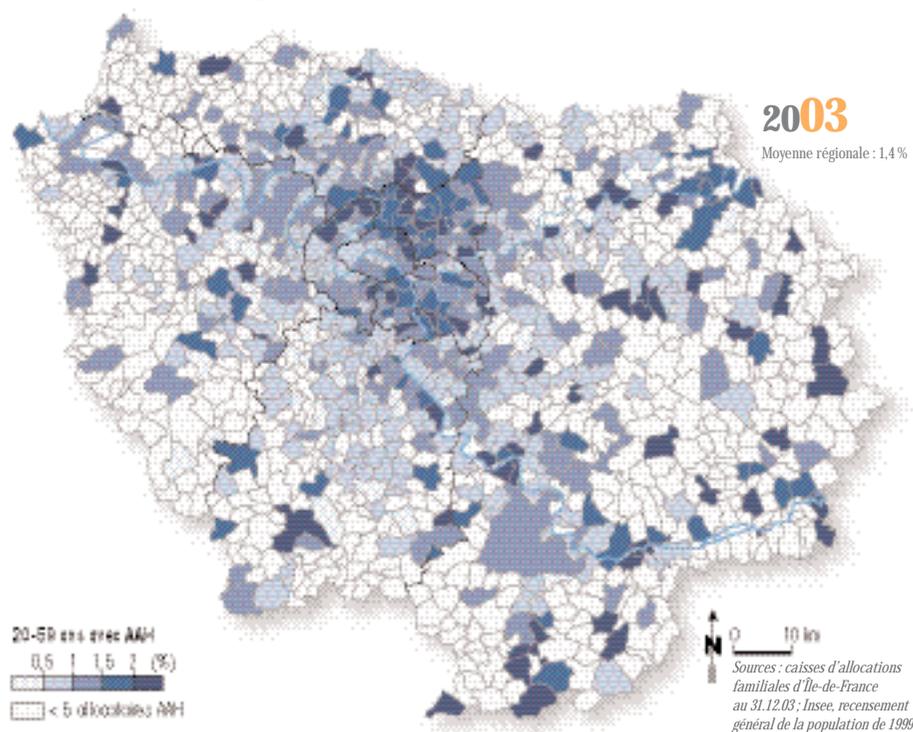
Une garantie de ressources destinée aux handicapés dans l'impossibilité de travailler, cumulée à l'AAH, doit permettre de leur assurer 80 % du SMIC net mensuel dès le 1^{er} juillet 2005.

L'intégration scolaire des enfants handicapés en milieu ordinaire est favorisée par la loi.

Les bâtiments publics et les transports doivent être accessibles dans un délai de dix ans.

LES BÉNÉFICIAIRES DES AIDES POUR PERSONNES HANDICAPÉES

Part des 20-59 ans percevant l'AAH dans les communes d'Île-de-France



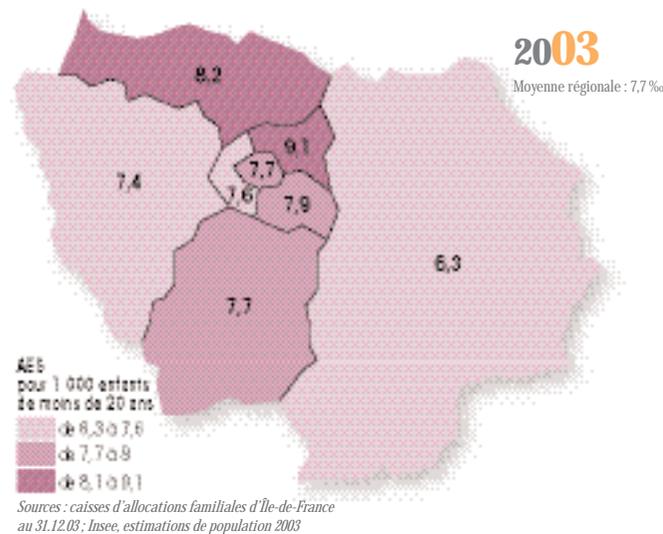
L'allocation aux adultes handicapés (AAH) s'adresse aux personnes de 20 ans ou plus handicapées sans ressources ou aux ressources modestes, dont le handicap, apprécié par la commission technique d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP), entraîne l'impossibilité de travailler, ou qui ont un taux d'incapacité d'au moins 80%. L'AAH complète les autres ressources pour atteindre le revenu minimal (578 € en 2003) et ne donne pas droit à la CMU complémentaire.

L'allocation d'éducation spéciale (AES) est destinée aux moins de 20 ans dont l'incapacité permanente est d'au moins 80%, ou entre 50 et 80% s'ils fréquentent un établissement spécialisé (sauf en cas d'internat avec prise en charge intégrale des frais de séjour) ou si son état exige des soins à domicile. La commission départementale de l'éducation spéciale (CDES) décide de l'attribution de l'AES pour une durée renouvelable de un à cinq ans au plus. Un complément de 1^{re}, 2^e ou 3^e catégorie peut majorer l'aide selon la nature et la gravité du handicap ou au cas où l'un des parents cesse de travailler ou prend un temps partiel. Ces compléments ont fait l'objet d'une réforme depuis 2002 : les six nouveaux compléments sont dépendants du coût induit par le handicap et devraient réduire les inégalités de traitement selon le lieu de résidence.

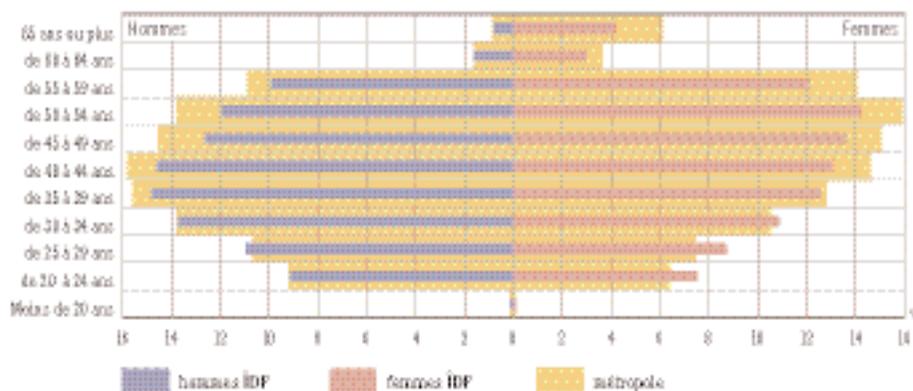
L'allocation de présence parentale (APP) permet, pour un an maximum, de s'occuper d'un enfant de moins de 20 ans lorsqu'il est atteint d'une maladie, d'un handicap grave ou s'il est victime d'un accident grave nécessitant la présence d'une personne à ses côtés. Son montant varie selon la situation familiale et la cessation totale ou partielle de l'activité professionnelle.



Part des Franciliens de moins de 20 ans bénéficiaires de l'AES



Répartition par âges des bénéficiaires de l'AAH au 31 décembre 2003 (en %)



Part de l'allocation d'éducation spéciale versée avec complément en Île-de-France en 2003

	Paris	Hauts-de-Seine	Seine-Saint-Denis	Val-de-Marne	Seine-et-Marne	Yvelines	Essonne	Val-d'Oise	Île-de-France
Sans complément (en %)	42	52,7	50,3	36,5	46,9	53,7	26,9	44,3	44,7
Avec complément nouvelle législation (en %)	54	37,4	41,1	57,9	45,8	43,1	63,6	46,2	48,1
dont 1 ^{re} catégorie	13,4	2,2	4,8	14,3	8,2	3,2	8,2	12,9	8,2
dont 2 ^e catégorie	12,1	15,6	16,2	15,8	14,6	7,9	12,6	14,5	13,7
dont 3 ^e catégorie	11	7,4	8,7	12,5	9,7	13,8	9,6	5,1	9,7
dont 4 ^e catégorie	11,6	8,8	7,7	11,2	7,5	13,7	21,4	6,7	10,9
dont 5 ^e catégorie	2,6	0,4	0,7	0,9	0,5	1,9	2,4	1,1	1,3
dont 6 ^e catégorie	3,3	3	3	3,2	5,3	2,6	9,4	5,9	4,3
Avec complément ancienne législation (en %)	4	9,9	8,6	5,6	7,3	3,2	9,5	9,5	7,2
Ensemble	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Source : caisses d'allocations familiales d'Île-de-France

ADULTES HANDICAPÉS : UN RETARD D'ÉQUIPEMENT IMPORTANT ET DES SERVICES INSUFFISAMMENT DIVERSIFIÉS

Fiche 2

ATLAS DE LA SANTÉ EN ÎLE-DE-FRANCE

Face au constat, partagé par l'ensemble des acteurs, d'un déficit important de l'ensemble des structures accueillant des adultes handicapés, une démarche de programmation des équipements et des services est mise en œuvre en Île-de-France. Elle vise à diversifier l'offre pour permettre un plus grand choix de vie aux personnes handicapées, à mieux répartir les équipements et les services sur le territoire régional et à améliorer le travail en réseau entre les acteurs sanitaires et médico-sociaux.

Le rôle des COTOREP

La reconnaissance du handicap, l'orientation des adultes handicapés (à partir de 20 ans) ainsi que l'accès aux aides relèvent des commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP).

Elles fixent le taux d'incapacité permettant l'attribution de prestations financières : l'allocation aux adultes handicapés (AAH)* ou l'allocation compensatrice pour l'aide d'une tierce personne (ACTP)**. Ces prestations sont versées sous conditions, de ressources notamment.

Par ailleurs, la COTOREP reconnaît la qualité de travailleur handicapé (RQTH), qui permet d'avoir accès aux dispositifs spécialisés d'aide à l'insertion professionnelle

et à la formation, et ouvre aux entreprises le bénéfice des aides liées à l'emploi de travailleurs handicapés.

Elle oriente également les intéressés soit vers la formation, soit vers l'emploi, en milieu ordinaire ou en milieu protégé de travail.

Enfin, la COTOREP oriente vers des établissements médico-sociaux, en fonction de la gravité de leur handicap, les personnes qui ne peuvent pas être intégrées en milieu ordinaire de travail ou de vie.

* Voir page précédente
** Voir glossaire

Augmenter le nombre des structures d'insertion professionnelle

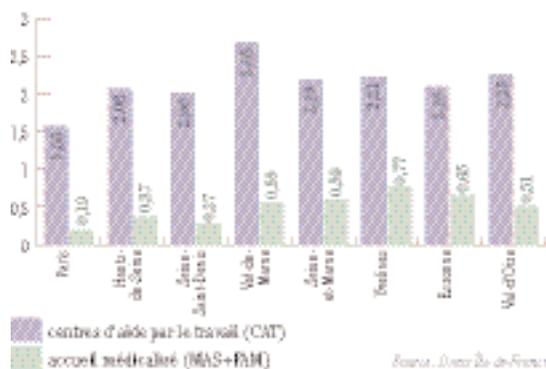
Il existe différents dispositifs d'insertion professionnelle pour les adultes handicapés :

- les centres de réadaptation professionnelle (CRP) dispensent une formation qualifiante aux personnes handicapées en vue de leur insertion ou réinsertion professionnelle, vers le milieu de travail ordinaire ou vers le milieu protégé ;
- les ateliers protégés et les centres de distribution de travail à domicile embauchent des travailleurs reconnus handicapés, mais ayant une capacité de travail au moins égale au tiers de celle d'un salarié valide effectuant les mêmes tâches ;
- les centres d'aide par le travail (CAT) permettent d'aider à l'insertion sociale et professionnelle des personnes qui ne peuvent, momentanément ou durablement, travailler ni en milieu ordinaire ni en atelier protégé. Ces établissements (publics ou privés) offrent des activités productives et un soutien médico-social à des adultes dont la capacité de travail est inférieure à un tiers de celle d'un travailleur valide.

Avec 2 627 places disponibles en CRP, l'Île-de-France totalise un quart des places de réadaptation professionnelle offertes au niveau national, et accueille des personnes originaires de toute la France. Un seul département de la région, les Yvelines, ne dispose pas d'un CRP.

En ce qui concerne les centres d'aide par le travail, et bien que l'offre de places ait augmenté de 35 % depuis 1996, la région reste insuffisamment équipée. En 2003, elle ne dispose que de 13 250 places de CAT, soit seulement 14 % de l'offre nationale. En termes de taux d'équipement, tous les départements franciliens sont en dessous de la moyenne nationale (2,95 places pour 1 000 habitants), la moyenne régionale étant de 2,07 %. Améliorer le dispositif de travail protégé en développant les parcours d'insertion et l'accompagnement individuel des personnes handicapées est un objectif prioritaire de la région. En effet, on constate que le taux de sortie du milieu protégé vers le milieu ordinaire ou vers une formation qualifiante est particulièrement faible en Île-de-France.

Taux d'équipement départementaux en CAT et accueil médicalisé en Île-de-France en 2003 (pour 1 000 personnes de 20 à 59 ans)



Développer et mieux répartir les structures médicalisées

Les structures médicalisées : les maisons d'accueil spécialisé (MAS) et les foyers d'accueil médicalisé (FAM) à temps complet ou partiel reçoivent des adultes qui ne peuvent effectuer seuls les actes essentiels de la vie et dont l'état de santé nécessite des soins constants et un suivi médical.

Si les places pour l'accueil médicalisé ont doublé depuis 1996 en Île-de-France et qu'une partie du retard régional a ainsi été comblé, les 1 852 places en maison d'accueil spécialisé et les 1 061 places en foyer d'accueil médicalisé dont dispose la région ne représentent que 13 % de l'offre nationale, alors que l'Île-de-France accueille 20 % des adultes âgés de 20 à 59 ans.

Malgré les efforts récents de création de places, la région reste donc sous-dotée et les disparités infra-régionales persistent. En effet, le taux d'équipement régional en accueil médicalisé (MAS et FAM) est de 0,46 place pour 1 000 personnes âgées de 20 à 59 ans, alors qu'il est de 0,71 au niveau national. Hormis les Yvelines (0,77 %), les taux d'équipement départementaux en accueil médicalisé sont, en Île-de-France, toujours inférieurs à la moyenne nationale.

L'hébergement non médicalisé

Pour les personnes disposant d'une certaine autonomie, il existe des structures d'hébergement non médicalisées :

- les foyers occupationnels ou foyers de vie accueillent des personnes qui ne sont pas en mesure de travailler, mais qui disposent d'une certaine autonomie physique ou intellectuelle ;
- les foyers d'hébergement (collectifs ou éclatés) assurent l'hébergement des travailleurs handicapés qui exercent une activité pendant la journée en centres d'aide par le travail (CAT), en ateliers protégés ou en milieu ordinaire.

La préservation de la vie autonome

Le maintien ou la recherche de l'autonomie s'appuie sur différents dispositifs :

- les services d'accueil médicalisé et de soins pour adultes handicapés (SAMSAH) ont pour vocation, dans le cadre d'un accompagnement médico-social adapté comportant des prestations de soins, de réaliser les missions d'intégration sociale et professionnelle ;
- les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) sont une alternative à l'hospitalisation ou à l'hébergement en institution ;
- les services d'aide à la vie sociale (SAVS) assurent un suivi éducatif et social pour les personnes handicapées ayant un niveau d'autonomie leur permettant de vivre à domicile ;
- les «sites pour la vie autonome» (SVA), mis en place de manière progressive par les pouvoirs publics, mobilisent les différents dispositifs existants au service du projet de vie de la personne handicapée. Dans chaque département est institué un lieu unique de traitement des demandes, notamment en aides techniques des personnes handicapées.

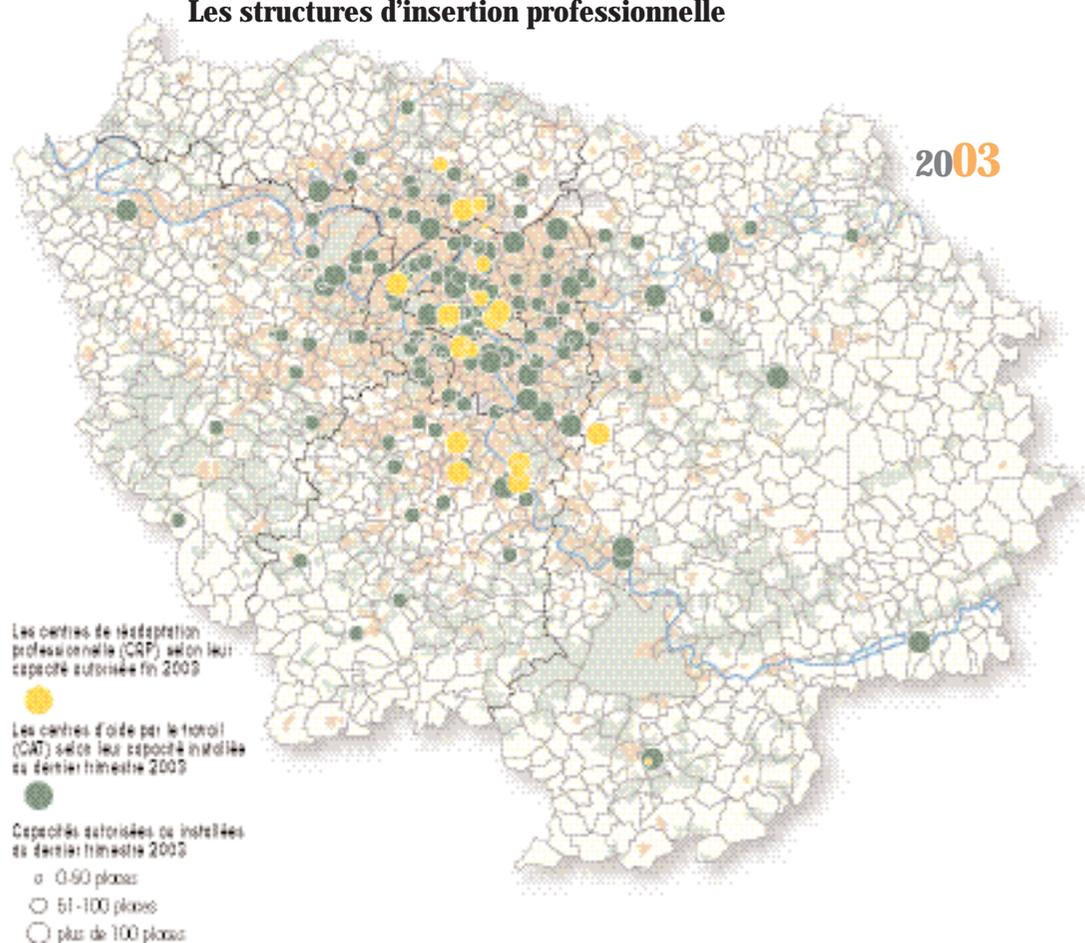
Un triple objectif pour la région

La démarche régionale en direction des personnes handicapées adultes vise un triple objectif : l'amélioration quantitative et qualitative de l'offre, la prise en charge mieux coordonnée et adaptée aux besoins individuels et générationnels et le développement de la prévention et de la préservation de la santé. Il faudra, entre autres :

- diversifier l'offre, en développant notamment les prises en charge alternatives aux placements institutionnels traditionnels, en établissement ou au domicile, en accueil de jour ou en hébergement temporaire..., afin de permettre le respect du choix de vie de la personne handicapée et de son entourage ;
- prendre en compte le vieillissement des personnes handicapées consécutif à l'allongement considérable de leur espérance de vie permis par les progrès de la médecine et l'amélioration de la prise en charge médico-sociale. Ce phénomène implique des prises en charge globales et une adaptabilité des structures et des services médico-sociaux, d'autant que les parents, eux-mêmes devenus très âgés, assument plus difficilement la charge de leur enfant ;
- améliorer le travail en réseau : la prise en charge dans tous ses aspects de la personne handicapée, au domicile ou en institution, et quel que soit le handicap présenté, requiert une collaboration étroite entre les secteurs sanitaire et médico-social, encore trop rarement mise en œuvre.

LES STRUCTURES POUR ADULTES HANDICAPÉS EN ÎLE-DE-FRANCE

Les structures d'insertion professionnelle

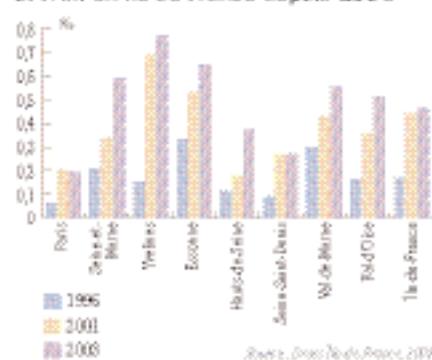


Malgré les efforts récents de création de places, la région reste insuffisamment équipée aussi bien en structures d'insertion professionnelle pour adultes handicapés qu'en structures médicalisées : les taux d'équipement régionaux sont inférieurs aux taux nationaux moyens. D'autre part, les disparités départementales au sein de la région demeurent.

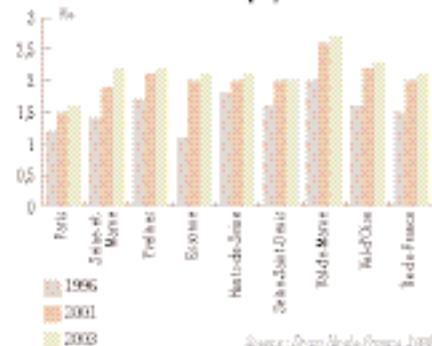
Des modes de financement divers

L'assurance maladie finance les centres de réadaptation professionnelle (CRP) et les maisons d'accueil spécialisé (MAS), tandis que les centres d'aide par le travail (CAT) fonctionnent grâce à une dotation globale annuelle financée par l'aide sociale de l'État. Les foyers d'accueil médicalisé (FAM) bénéficient d'un double financement par des crédits de l'assurance maladie et des crédits des aides sociales départementales. Les structures d'hébergement non médicalisées, quant à elles, sont financées par des crédits des aides sociales départementales et grâce à la participation financière des résidents. Les dispositifs d'aide à la vie autonome, eux, s'appuient sur le financement de l'assurance maladie et des collectivités territoriales.

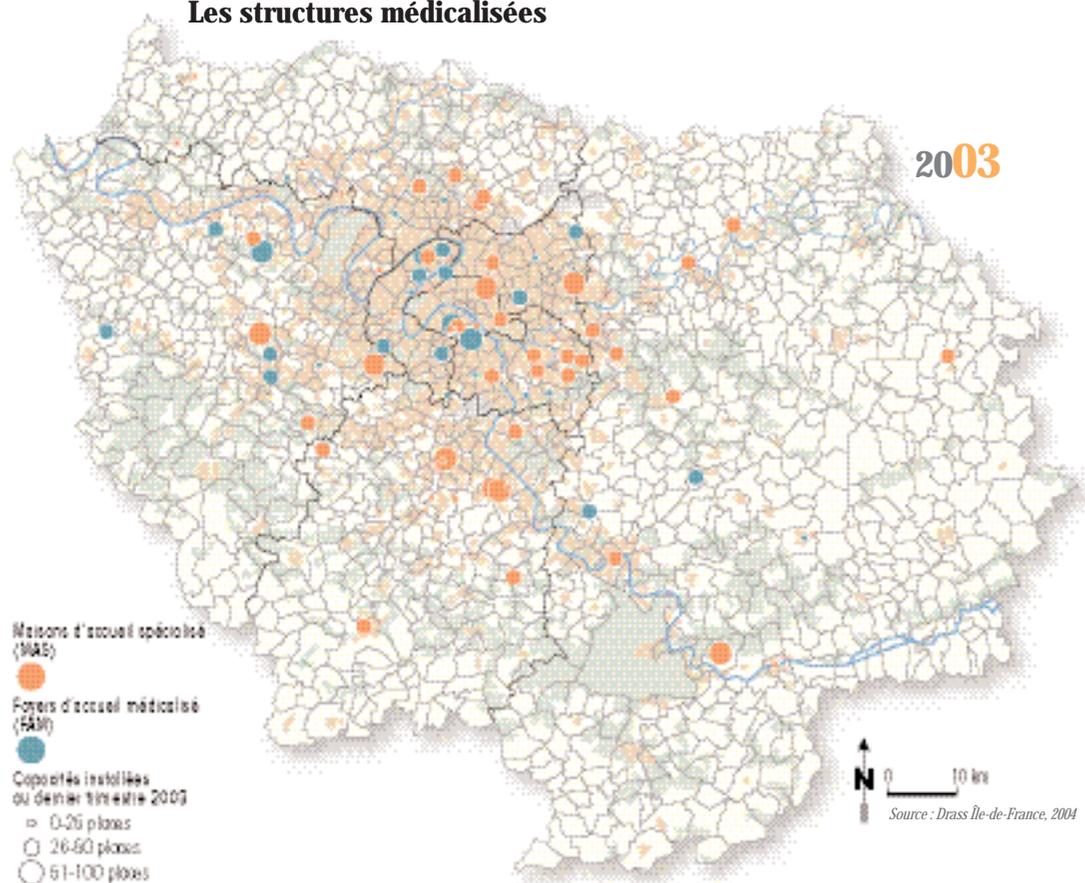
Évolution des taux d'équipement en MAS et FAM en Île-de-France depuis 1996



Évolution des taux d'équipement en CAT



Les structures médicalisées



Trois centres de ressources, pour enfants et adultes, à vocation régionale

De création récente, ces centres ont pour objectifs d'informer, d'orienter et d'aider les personnes handicapées, leur entourage ainsi que les professionnels.

- Le centre d'information sur la surdité (CIS), dont la démarche est multipartenariale.

Les contributions de chaque organisme lui permettent de diffuser de l'information en s'appuyant sur des outils et méthodes reconnus. Les promoteurs du CIS Île-de-France souhaitent mutualiser leurs actions avec les sept autres CIS créés en France.

- Le centre de ressources autisme d'Île-de-France (CRAIF) s'efforce de développer des réponses coordonnées aux besoins et de favoriser la prise en charge précoce, l'information et la formation de tous les intervenants, leur mise en réseaux, ainsi que le développement de la recherche.

- Le centre régional francilien du traumatisme crânien (CRFTC) favorise la coordination et la continuité de la prise en charge. Référent régional, il se partage entre des missions de veille et d'étude, d'information et de communication, de soutien à la formation ou encore de prévention. Il promeut des projets de vie individualisés en favorisant les liens entre les établissements sanitaires et les structures d'accueil et d'aide.

ENFANCE HANDICAPÉE : UN DÉFICIT D'ÉQUIPEMENT TRÈS MARQUÉ POUR LES HANDICAPS LES PLUS LOURDS

Fiche 3

ATLAS DE LA SANTÉ EN ÎLE-DE-FRANCE

LA PRISE EN CHARGE DES POPULATIONS VULNÉRABLES
Les personnes souffrant de handicap

4.2

Depuis plusieurs années, pour mieux adapter l'offre aux besoins, le secteur des personnes handicapées connaît des mouvements de réorientation concertés entre l'État et le milieu associatif qui gère à plus de 90 % les établissements et services. Il s'agit de développer la scolarisation des enfants handicapés avec un accompagnement adapté et d'apporter des réponses personnalisées à ceux qui présentent les cas les plus lourds. La région Île-de-France a largement participé à ces évolutions, mais ses capacités restent déficitaires.

Taux de prévalence* du handicap pour mille enfants d'âge scolaire

Quelles que soient les définitions considérées et les méthodes appliquées, la plupart des études épidémiologiques concluent à une prévalence des handicaps chez l'enfant proche de 20‰.

Premier groupe : déficiences sévères	
Trisomies 21	0,98
Retards mentaux importants (trisomies 21 exclus)	2,58
Déficiences motrices	4,02
Dont paralysies cérébrales	1,84
Cécités ou amblyopies bilatérales	0,68
Surdités sévères ou profondes bilatérales	0,69
Autisme	0,53
Autres psychoses	1,42
Deuxième groupe : autres anomalies	
Malformations	0,74
Maladies somatiques	1,6
Autres troubles mentaux (maladies somatiques exclues)	6,72
Autres déficiences (à l'exclusion des précédentes)	1,37

Source : Rumeau-Rouquette C., Cans C., Grandjean H. et al., « Résultats d'une enquête épidémiologique sur les déficiences sévères à l'âge scolaire », Handicaps et Inadaptations, Les cahiers de CTNERHI, n° 79-80, 1998.

* Voir glossaire

Le rôle central des CDES

Les commissions départementales de l'éducation spéciale (CDES) ont pour missions la reconnaissance du handicap, l'accès aux aides financières et sont au cœur du dispositif d'orientation des enfants et adolescents handicapés de 0 à 20 ans. Elles sont associées directement à la mise en œuvre des mesures concrètes en faveur de l'intégration scolaire, et doivent aussi apporter une réponse rapide et adaptée aux situations les plus douloureuses, notamment celles des jeunes les plus lourdement handicapés. Les orientations de la CDES s'appuient sur la diversité des structures, classées selon la nature du handicap, mais aussi selon le mode d'accompagnement, soit en établissement soit en ambulatoire.

Une prise en charge multiforme

La prise en charge en établissements se fait au sein :

- d'instituts médico-éducatifs (IME) pour enfants et adolescents déficients intellectuels, instituts médico-pédagogiques (IMP) pour la tranche d'âge de 3 à 14 ans et instituts médico-professionnels (IMPro) pour les jeunes de 14 à 20 ans ;
- d'instituts de rééducation (IR) pour enfants et adolescents avec troubles du comportement sans déficience intellectuelle ;
- d'instituts d'éducation motrice ;
- d'instituts d'éducation sensorielle.

Il existe aussi des centres d'accueil familiaux spécialisés (CAFS) pour enfants ou adolescents handicapés qui ne peuvent rester dans leur famille.

La prise en charge en ambulatoire est assurée par :

- les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD), qui interviennent au domicile, dans les crèches, les établissements scolaires ordinaires, et les placements familiaux ;
- les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), spécialisés ou polyvalents, qui assurent dépistage et traitement en ambulatoire des enfants de moins de 6 ans ;
- les centres médico-psychopédagogiques (CMPP), spécialisés dans les troubles psychomoteurs, les troubles du comportement ou les difficultés scolaires.

De nombreuses places créées, mais qui s'avèrent insuffisantes

En 2003, on dénombre, en Île-de-France, 13 556 places en établissements, 425 en centres d'accueil familial spécialisé (CAFS), 4 438 en SESSAD et 2 358 en CAMSP. Par ailleurs, la région compte 104 CMPP.

Mais cela ne représente que 15 % de l'offre nationale, alors que 19 % des jeunes âgés de 0 à 19 ans sont Franciliens. Le taux d'équipement régional en 2003 est de 6,35 places pour 1 000 enfants de moins de 20 ans, contre 8,24 ‰ en moyenne en France métropolitaine. En 1995, les CDES étaient contraintes d'orienter près de 10 % des enfants et adolescents hors de l'Île-de-France, dans des régions limitrophes pour l'essentiel, mais aussi dans des régions beaucoup plus éloignées (Midi-Pyrénées, Lozère), ou à l'étranger (Belgique).

L'offre en établissements, CAFS et SESSAD pour les enfants handicapés en 1997 et 2003

Départements	1997				2003			
	Population 0-19 ans	Places installées	Taux d'équipement*	Rang	Population 0-19 ans	Places installées	Taux d'équipement*	Rang
Paris	403 361	2 115	5,24	5	413 511	2 514	6,08	5
Seine-et-Marne	375 757	2 085	5,55	4	358 218	2 533	7,07	2
Yvelines	403 520	1 980	4,91	6	386 506	2 311	5,98	6
Essonne	329 043	2 277	6,92	1	321 819	2 452	7,62	1
Hauts-de-Seine	342 399	2 301	6,72	2	363 906	2 490	6,84	3
Seine-Saint-Denis	407 367	1 982	4,86	8	404 489	2 086	5,16	8
Val-de-Marne	316 252	1 988	6,28	3	319 828	2 157	6,74	4
Val-d'Oise	347 758	1 696	4,87	7	332 944	1 871	5,63	7
Île-de-France	2 925 457	16 424	5,61	-	2 901 221	18 419	6,35	-

* Pour mille enfants de 0 à 19 ans.

Si un effort particulier a été fait pour accueillir les enfants autistes et polyhandicapés et pour renforcer la prise en charge ambulatoire et la scolarisation, les 1 995 places supplémentaires créées dans la région depuis 1997 se révèlent encore insuffisantes au regard des besoins.

Nombre de CAMSP et de CMPP installés en Île-de-France en 2003, par département

	Nombre de CAMSP	Places de CAMSP	Nombre de CMPP
Paris	3	690	17
Seine-et-Marne	2	116	3
Yvelines	2	320	11
Essonne	2	120	18
Hauts-de-Seine	2	252	14
Seine-Saint-Denis	3	340	11
Val-de-Marne	4	250	19
Val-d'Oise	2	270	11
Île-de-France	20*	2 358	104**

* 14 en 1997

** 103 en 1997

Source : Drass Île-de-France

Des disparités infra-régionales persistantes

Tous les départements de la région sont en mesure d'accueillir en établissement ou de proposer des services d'accompagnement pour tous les types de déficience. Mais les capacités pour couvrir les besoins sont très variables d'un département à l'autre. La région présente notamment des points forts dans la prise en charge des enfants porteurs d'une déficience sensorielle ou motrice. Mais l'offre, qui est globalement suffisante pour ces deux types de déficience au niveau régional, est très concentrée sur Paris et la petite couronne.

Des manques restent à combler, notamment pour les handicaps les plus lourds

Des manques importants persistent, lors de l'orientation des jeunes handicapés dans le secteur « adultes », mais aussi dans la prise en charge des cas les plus lourds : autistes et polyhandicapés en particulier.

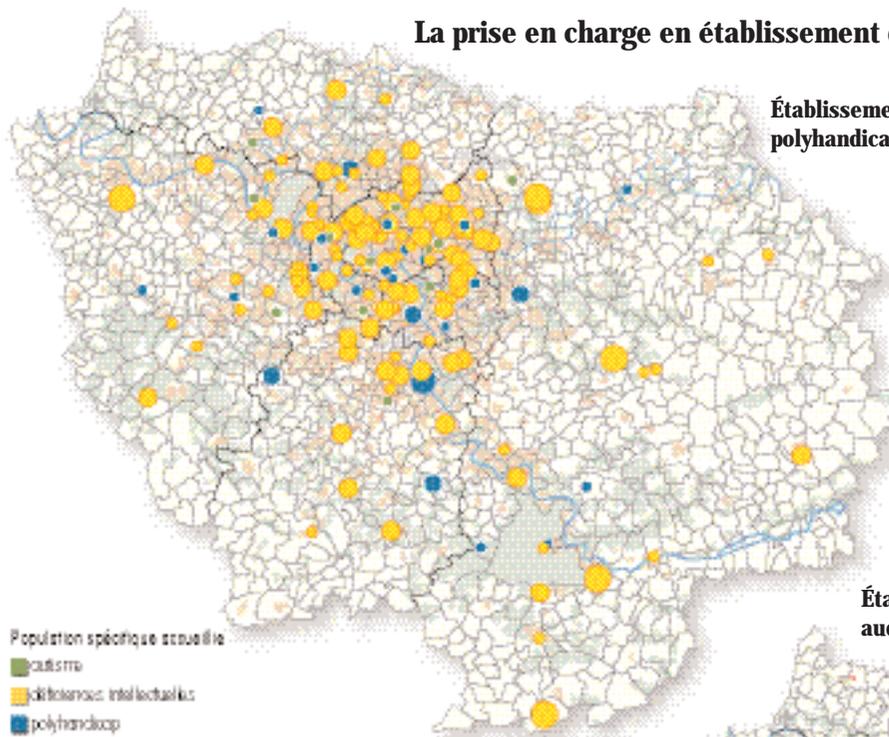
En amont, le dépistage précoce des nouveau-nés, leur prise en charge et l'accompagnement restent largement à développer. L'Île-de-France dispose actuellement de vingt centres d'action médicale précoce (CAMPS), ce qui représente une progression de 40 % depuis 1997, mais l'effort devra être poursuivi, car la population francilienne présente des facteurs de risques spécifiques, du fait de l'âge moyen plus élevé des grossesses et de l'accroissement de la précarité sur certains territoires. La formalisation d'un projet individualisé pour chaque enfant, qui donnerait aux parents toute leur place dans les choix éducatifs, reste largement à promouvoir.

De sérieux progrès sont ainsi à accomplir pour la scolarisation des enfants et adolescents handicapés qui pourraient tirer bénéfice d'une intégration en milieu ordinaire.

Sources : Insee, schéma régional enfance handicapée (données 1997) et Drass Île-de-France (données 2003)

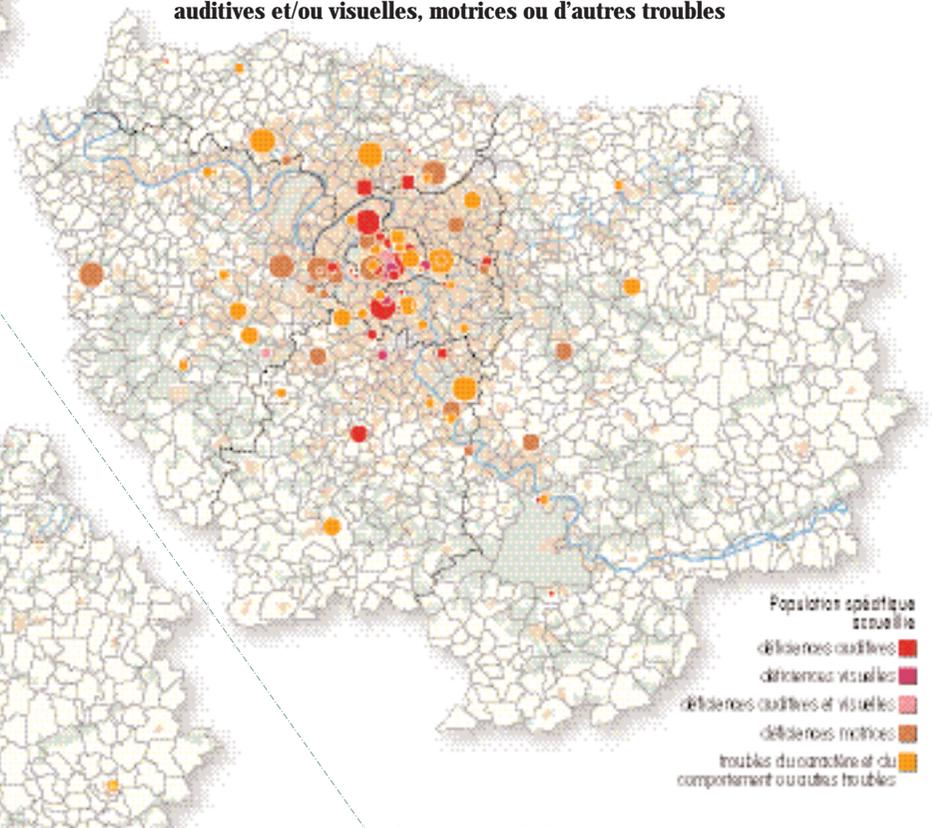
LES STRUCTURES POUR ENFANTS HANDICAPÉS EN ÎLE-DE-FRANCE

La prise en charge en établissement ou en accueil familial



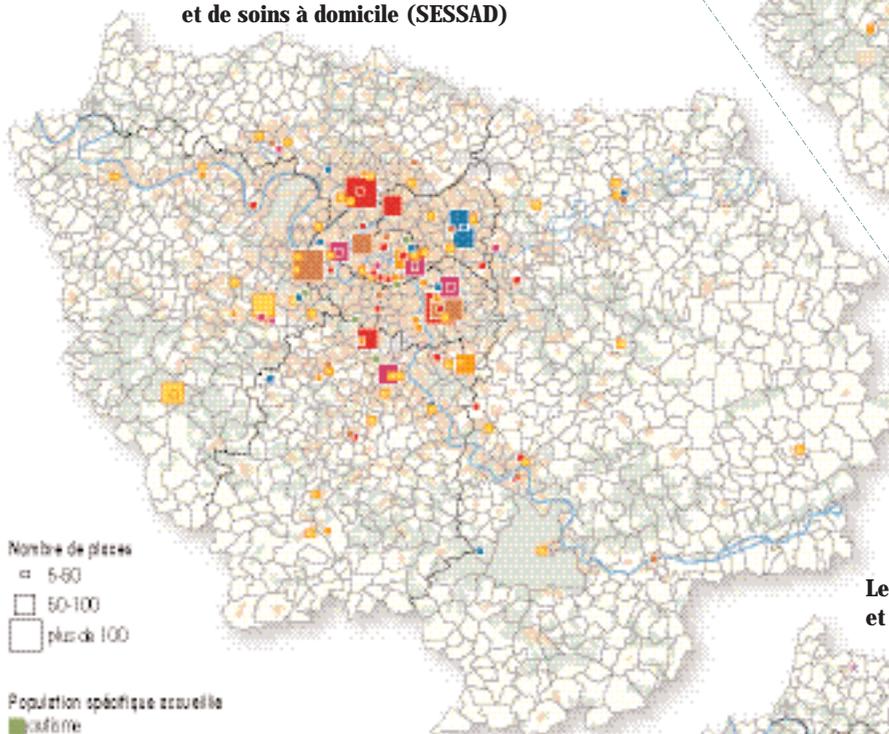
Population spécifique accueillie
 ■ autisme
 ■ déficiences intellectuelles
 ■ polyhandicap

Établissements accueillant des enfants souffrant de déficiences auditives et/ou visuelles, motrices ou d'autres troubles

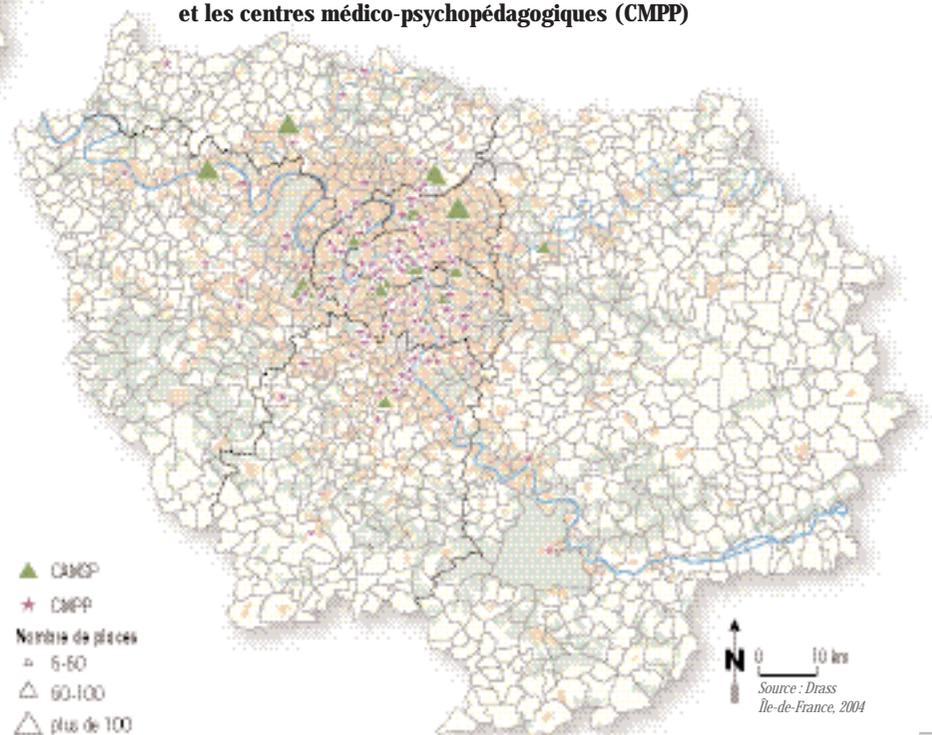


La prise en charge en ambulatoire

Les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD)



Les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) et les centres médico-psychopédagogiques (CMPP)



L'ACCÈS AUX SOINS DES POPULATIONS DÉFAVORISÉES, AMÉLIORÉ PAR LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE

Fiche 1

ATLAS DE LA SANTÉ EN ÎLE-DE-FRANCE

Depuis janvier 2000, trois dispositifs ont été mis en place pour améliorer l'accès aux soins des personnes les plus défavorisées : la couverture maladie universelle (CMU) de base, la CMU complémentaire, et l'aide médicale de l'État (AME), qui prend en charge les dépenses de soins des personnes qui ne remplissent pas les conditions de stabilité et de régularité de résidence s'appliquant à la CMU.

Au 31 décembre 2003, près de 380 000 Franciliens bénéficient de la CMU de base, près de 750 000 de la CMU complémentaire.

D'autre part, en Île-de-France résident les trois quarts des bénéficiaires de l'aide médicale de l'État.

La couverture maladie universelle, un dispositif en deux volets...

La couverture maladie universelle de base Depuis janvier 2000, la couverture maladie universelle (CMU) de base permet d'affilier automatiquement à l'assurance maladie, sur critère de résidence, toute personne résidant en France de façon régulière et stable, si elle n'a pas de droits ouverts à un régime obligatoire d'assurance (à titre professionnel, d'allocataire ou d'ayant droit d'un assuré). Les personnes relevant antérieurement de l'assurance personnelle ont été transférées automatiquement à la CMU de base. Les bénéficiaires ayant des ressources supérieures à un plafond acquittent une cotisation proportionnelle à leurs revenus.

La couverture maladie universelle complémentaire La CMU complémentaire offre une protection complémentaire gratuite en matière de santé aux personnes dont les revenus sont les plus faibles. Elle est accordée à toute personne résidant en France de façon stable et régulière, sous conditions de ressources, le plafond de ressources mensuelles évoluant selon la composition du foyer. Pour une personne seule, il est en janvier 2003 de 562 €, les critères étant les mêmes sur tout le territoire. Ce dispositif s'est substitué à l'aide médicale départementale attribuée avec des disparités territoriales.

... amélioré depuis sa création

En 2002, le dispositif a évolué pour atténuer les effets de seuil. Tout d'abord, depuis janvier 2002, les bénéficiaires de la CMU complémentaire dont la situation s'est améliorée et qui sortent du dispositif gardent pour un an le droit au tiers payant. Ensuite, depuis mars 2002, une aide au paiement de la cotisation à une couverture maladie complémentaire est créée pour les personnes dont les ressources dépassent légèrement le plafond. Cette mesure s'adresse tant aux personnes qui quittent le dispositif qu'aux personnes à faibles revenus. Le montant de l'aide est de 115 € pour une personne seule, il varie en fonction de la composition familiale.

La CMU de base permet à 3,4 % des Franciliens d'accéder à l'assurance maladie

La montée en charge de la CMU de base a été rapide, en partie à cause du transfert automatique des adhérents à l'assurance personnelle et des bénéficiaires de l'aide médicale départementale. Fin 2000, plus de 200 000 personnes sont affiliées à la CMU de base et, fin 2003, près de 377 000 bénéficiaires, assurés et ayants droit, sont recensés en Île-de-France.

Du fait des conditions d'attribution, les bénéficiaires de la CMU de base constituent une population assez diversifiée : jeunes n'ayant jamais travaillé, nouveaux arrivants..., mais aussi rentiers. Cependant, la majorité d'entre eux (63 %) disposent de faibles ressources et bénéficient aussi de la CMU complémentaire. En métropole, où plus d'un million de personnes accèdent à l'assurance maladie par ce dispositif, 69 % d'entre elles ont aussi la CMU complémentaire.

Près de 750 000 Franciliens, soit 7 % de la population régionale, bénéficient de la CMU complémentaire

Fin 2003, environ 750 000 personnes, assurées et ayants droit, bénéficient du dispositif de la CMU complémentaire, soit 6,8 % de la population francilienne. Il y a de grandes disparités entre les départements : le taux de population couverte par le dispositif varie de 3,8 % dans les Yvelines à 12,2 % en Seine-Saint-Denis, soit un écart de 1 à 3. La Seine-et-Marne a une situation très proche de celle des Yvelines dans ce domaine. À Paris, près de 9 % de la population est concernée par la CMU complémentaire. Autrement dit, un bénéficiaire francilien de la CMU complémentaire sur deux habite Paris ou la Seine-Saint-Denis. La carte régionale montre cette concentration, mais des territoires plus excentrés accueillent aussi de fortes densités de bénéficiaires. En métropole, près de 4 millions de personnes sont dans le dispositif CMU complémentaire en 2003. Il s'agit, comme en Île-de-France, des allocataires du revenu minimum d'insertion (RMI), de salariés ayant de faibles ressources (à temps partiel ou en contrat à durée déterminée), de chômeurs, de jeunes de 16 ans en rupture familiale...

Le rôle joué par les caisses primaires d'assurance maladie

La CMU de base est gérée par l'assurance maladie du régime général, mais financée par l'État. Les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) du lieu de résidence reçoivent les demandes et affilient les bénéficiaires.

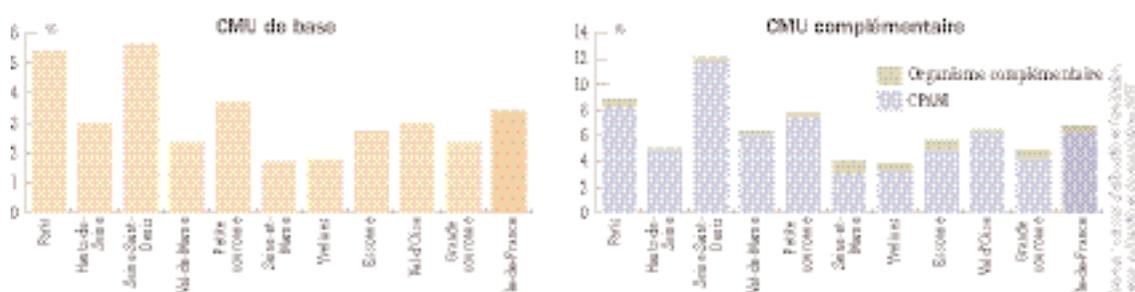
La CMU complémentaire, elle, est financée par l'État et les organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM). Plus de neuf bénéficiaires franciliens de la CMU complémentaire sur dix (92 %) ont choisi les CPAM pour gérer leur prestation. Les OCAM, que ce soient les mutuelles, les assurances commerciales ou les institutions de prévoyance, n'assurent le service que pour moins d'un bénéficiaire sur dix. Mais, depuis 2001, le nombre d'OCAM intervenant dans la CMU-C s'est notablement réduit.

La situation spécifique de l'aide médicale en Île-de-France

L'aide médicale de l'État (AME) est réservée aux personnes qui ne peuvent prétendre à la CMU de base, essentiellement les étrangers en situation irrégulière (ou qui ont perdu la condition de régularité de leur séjour), et, à titre exceptionnel les personnes de passage sur le territoire français (AME à titre humanitaire). Les conditions de ressources sont identiques à celles qui ouvrent droit à la CMU complémentaire.

La région Île-de-France recense, fin 2002, près de 80 % des bénéficiaires de l'AME de la métropole, soit 110 500 personnes, dont une sur deux réside à Paris et une sur cinq en Seine-Saint-Denis. L'implantation des grandes associations humanitaires, par les domiciliations, joue sans doute un rôle dans cette situation, comme l'attractivité de la capitale et peut-être le potentiel hospitalier.

Part de la population couverte par la CMU en 2003

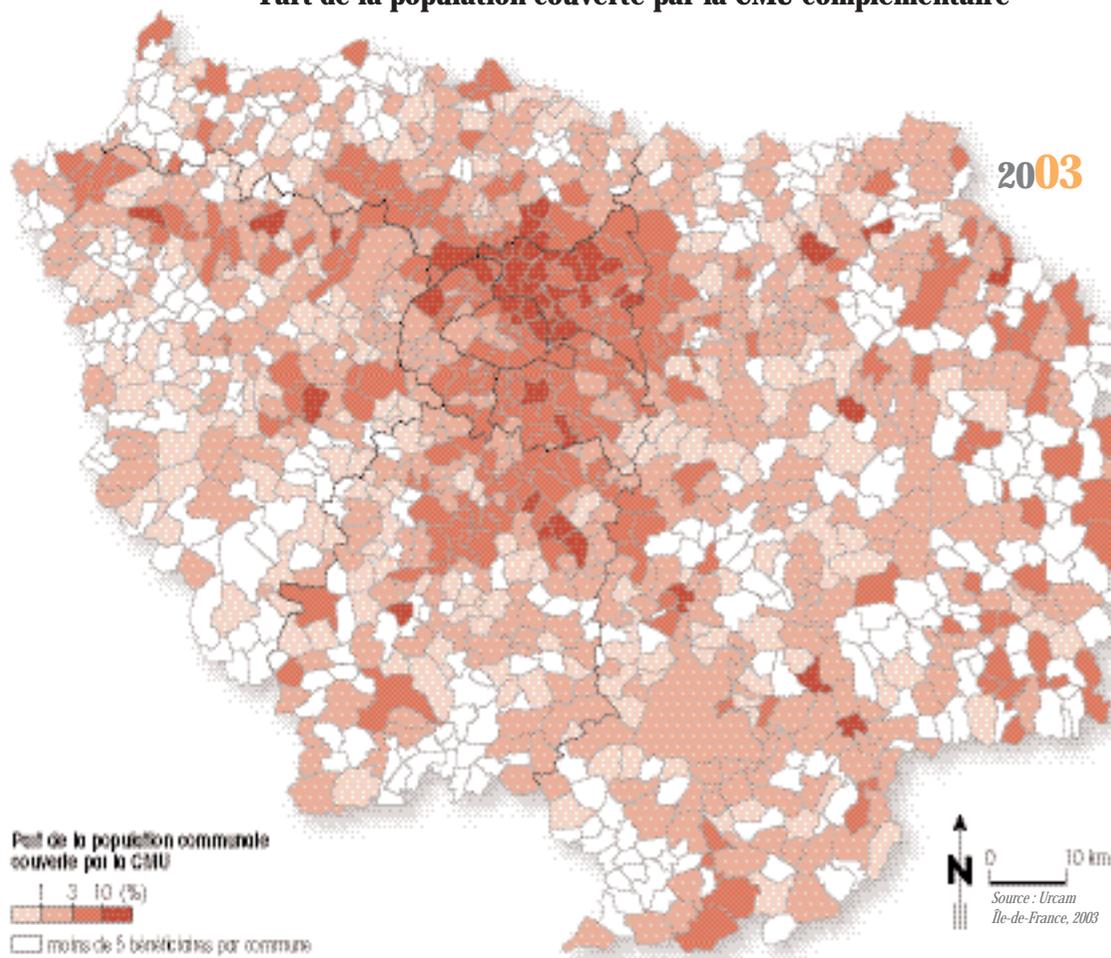


LA PRISE EN CHARGE DES POPULATIONS VULNÉRABLES
Les personnes en situation de vulnérabilité sociale

4.3

LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE

Part de la population couverte par la CMU complémentaire



Accès aux soins et CMU

La CMU de base donne droit, pour les assurés et les ayants droit, aux mêmes prestations en nature des assurances maladie et maternité et aux mêmes taux de remboursement que le régime général des salariés.

La CMU complémentaire ouvre droit à une prise en charge à 100 % de l'ensemble des actes médicaux remboursables, y compris du forfait hospitalier. En outre, elle dispense de faire l'avance des dépenses de santé, puisque le tiers payant est la règle.

Enfin, des tarifs «opposables» aux professionnels dispensant des soins traditionnellement mal pris en compte par l'assurance maladie (prothèse dentaire et auditive, frais d'optique) ont été institués pour les bénéficiaires de la CMU, afin de leur garantir une réelle accessibilité.

CMU et ressources

Les ressources pour déterminer le droit à la CMU complémentaire sont examinées sur les douze mois précédant la demande. Elles sont constituées de tous les revenus, quelle que soit leur nature, y compris les prestations familiales perçues par le foyer. La moyenne mensuelle ne doit pas dépasser 562 € pour une personne, 843 € pour deux, 1 011 € pour trois, 1 180 € pour quatre ; ensuite, il est ajouté 224 € par personne supplémentaire. De la fixation des plafonds d'attribution dépend le nombre de bénéficiaires de la CMU complémentaire. Ainsi, les bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés en sont exclus, comme ceux du minimum vieillesse.

Dépenses engagées pour la CMU-C

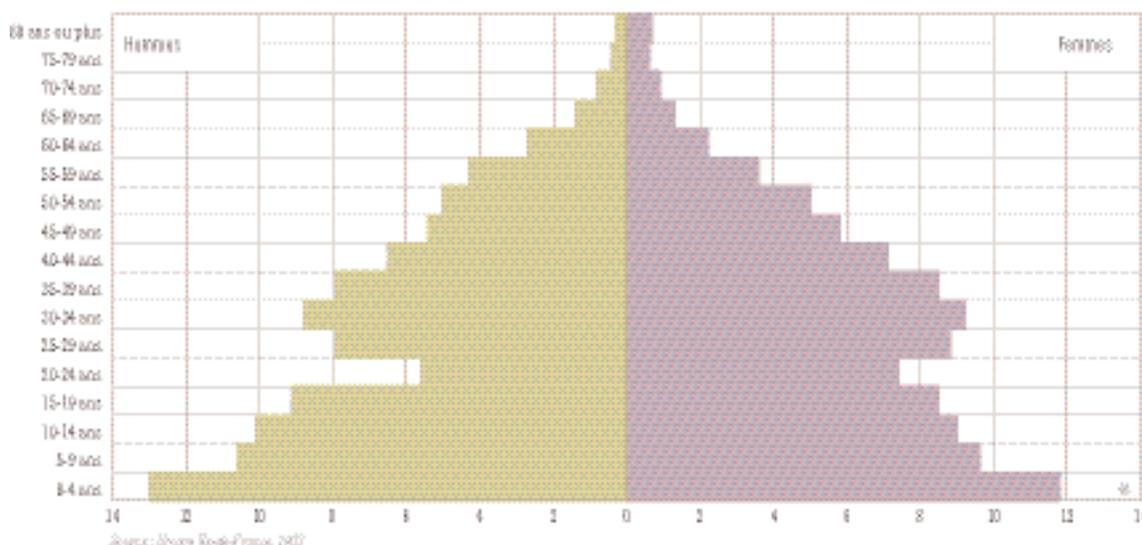
De janvier à décembre 2003, plus de 222,65 millions d'euros ont été remboursés en Île-de-France aux bénéficiaires de la CMU complémentaire gérée par un organisme d'assurance maladie. Ces dépenses représentent 22 % des dépenses comparables engagées pour la France métropolitaine.

Les remboursements pour des soins de ville constituent la plus grande part de ces dépenses : 70 % contre 30 % pour des dépenses d'hospitalisation en Île-de-France. En métropole, la part des soins de ville est un peu plus forte : 75 %. Dans l'ensemble des soins de ville, tant en Île-de-France qu'en métropole, la pharmacie est le poste qui pèse le plus, puis les honoraires médicaux, avant les actes dentaires et les remboursements d'analyse médicale. Près d'un bénéficiaire sur deux de la CMU complémentaire réside fin 2003 à Paris ou en Seine-Saint-Denis. Du point de vue des dépenses cumulées sur 2003, ces deux départements en ont absorbé ensemble un peu plus de la moitié.



C. Ahron / Iamif

Répartition par âge des bénéficiaires de la CMU complémentaire au 31 décembre 2003 (en %)



LES POPULATIONS DÉFAVORISÉES : DES PROBLÈMES SPÉCIFIQUES D'ACCÈS À LA PRÉVENTION ET AUX SOINS

Fiche 2

ATLAS DE LA SANTÉ EN ÎLE-DE-FRANCE

LA PRISE EN CHARGE DES POPULATIONS VULNÉRABLES
Les personnes en situation de vulnérabilité sociale

L'Île-de-France est une région riche, mais qui se caractérise aussi par l'importance grandissante des disparités économiques et sociales, dont les liens avec l'état de santé sont très largement démontrés et touchent tous les domaines de la santé. Les plans régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) ont pour objectif de favoriser la prise en charge sanitaire des plus démunis. Ils fixent des objectifs régionaux de santé spécifiques, car les actions mises en œuvre en direction de l'ensemble de la population ne permettent pas toujours de toucher ces publics.

La précarité a fait l'objet de maintes tentatives de définition. Elles en reviennent, pour l'essentiel, à la définition du père Joseph WRESINSKI (fondateur de l'association ATD Quart-Monde), adoptée par le Conseil économique et social français : «La précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins grave et définitive. Elle conduit le plus souvent à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle tend à se prolonger dans le temps et devient persistante et compromet gravement les chances de reconquérir ses droits et de ré-assumer ses responsabilités par soi-même dans un avenir prévisible.»

- Les neuf priorités régionales de santé en direction des personnes en situation de vulnérabilité sociale
- La souffrance psychique
 - Le repérage des conduites addictives
 - Les infections sexuellement transmissibles
 - Le dépistage et le suivi du cancer
 - La périnatalité
 - La prévention et l'information en matière de nutrition
 - La tuberculose
 - L'accès à la prévention et aux soins des personnes sans logement ou en habitat précaire
 - L'ouverture et l'effectivité des droits à la CMU et à l'AME

Un lien démontré entre activité socio-économique et santé

L'Île-de-France, région la plus riche de France, se caractérise aussi par l'importance grandissante de ses disparités économiques et sociales. Leurs liens avec les disparités sociales de santé sont bien connus et mis en évidence par de nombreux indicateurs, en particulier ceux de la mortalité et de la morbidité. Un état de santé dégradé peut contribuer à l'accentuation de la vulnérabilité sociale et celle-ci a tendance à éloigner davantage de la prévention et du recours aux soins. De même, les disparités en termes de revenus, d'éducation, de logement, de loisirs agissent sur les modes de vie, notamment sur les comportements alimentaires, les pratiques à risque, l'exposition aux maladies et aux accidents.

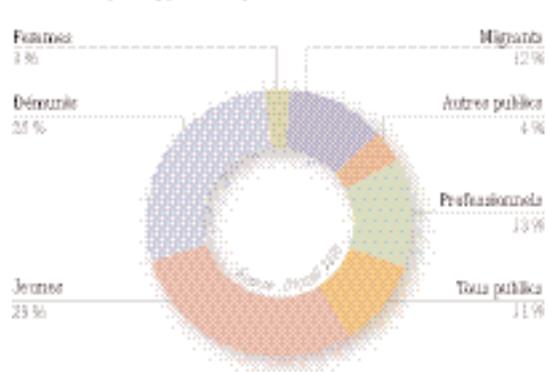
Atteindre les populations les plus vulnérables

Souvent très éloignées d'une démarche de soins, il est nécessaire de repérer et d'atteindre les personnes en situation de vulnérabilité sociale. La multiplicité du vocabulaire utilisé – précarité, exclusion sociale, pauvreté, démunis... – montre à l'évidence la pluralité des situations qui, la plupart du temps, se cumulent. Les contours de la précarité ne sont pas aisés à cerner. La perte d'emploi, les ruptures familiales, une enfance difficile, un accident de la vie sont autant de facteurs susceptibles de faire basculer dans des situations de vie instables, propices au cumul des difficultés : mauvais logement, dégradation de l'état de santé, isolement, perte de repères sociaux, non activation des droits sociaux...

Vers un maillage partenarial des actions

L'objectif est de renforcer le travail en partenariat entre les professionnels du sanitaire et du social, afin d'assurer l'efficacité et la cohérence des actions mises en œuvre. La coordination de ces actions, conduites par les différents acteurs de terrain (collectivités locales, associations humanitaires, missions locales, hôpitaux, etc.), favorise une prise en compte globale et adaptée des difficultés d'accès aux droits et aux soins rencontrées par les plus démunis. Elle vise aussi à assurer la continuité des soins par un relais efficace vers les dispositifs de droit commun.

Répartition des crédits d'État du PRAPS en 2002 par types de public



Des territoires d'intervention prioritaires

Les zones dans lesquelles vivent un grand nombre de personnes défavorisées se concentrent au nord-est de Paris et dans la petite couronne, en particulier dans la Seine-Saint-Denis, le sud du Val-d'Oise, le nord des Hauts-de-Seine et du Val-de-Marne. Dans ces départements, où les logements HLM sont les plus nombreux, les proportions de personnes défavorisées, notamment les familles monoparentales et les personnes d'origine migrante sont plus importantes qu'ailleurs. Ces territoires franciliens, les plus en difficulté socialement et économiquement, présentent souvent une situation sanitaire

dégradée. Les zones urbaines sensibles (ZUS) sont retenues comme territoires de référence. Ce sont des territoires infra-communaux ciblés par la politique de la ville. Elles sont marquées par des indicateurs sociaux particulièrement négatifs, avec un taux de chômage (au recensement 1999) presque deux fois plus élevé (19,6 % contre 11,5 %), un nombre important de bénéficiaires de minima sociaux et de familles monoparentales.

Un programme spécifique pour favoriser l'accès à la prévention et aux soins

Le constat selon lequel les personnes en situation de précarité sont plus exposées que la population générale aux risques liés à la santé a conduit à l'élaboration de programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS). Ces programmes visent à ce que, dans le cadre de la politique régionale de santé publique, la vulnérabilité sanitaire des plus démunis soit prise en compte. Or, on constate que les actions mises en œuvre en faveur de la population générale ne permettent pas toujours de toucher ces publics. Le PRAPS cible donc sur le territoire francilien des thématiques de santé prioritaires pour ces populations. Dans le cadre du PRAPS, neuf thèmes ont été retenus. Parmi ceux-ci, on peut citer :

- la prise en compte de la souffrance psychique. Le Haut comité de la santé publique (HCSP) constate par exemple que, parmi les suicidants, beaucoup sont des jeunes au chômage, issus fréquemment de familles monoparentales. Il note, en outre, que la prégnance de troubles mentaux est particulièrement visible chez les jeunes précaires ;
- le dépistage et la prise en compte de la tuberculose. Chaque année, l'incidence de la tuberculose décroît dans notre pays (elle est parmi les plus basses d'Europe). Mais, en Île-de-France, le taux de prévalence est plus de deux fois supérieur à la moyenne nationale. Paris et la Seine-Saint-Denis sont les départements les plus touchés. La maladie s'observe essentiellement chez les étrangers et les personnes en situation de grande précarité, et le risque est lié aux flux de population, aux conditions d'habitat, à la promiscuité (prisons, foyers de migrants, centres pour SDF...) ;
- l'accès à la prévention et aux soins des personnes sans logement et/ou en habitat précaire.

On dénombre en Île-de-France plus de 20 000 personnes séjournant dans des structures d'accueil et d'hébergement social saturées en dépit d'une augmentation constante des capacités. Les données épidémiologiques sont éparpillées concernant les pathologies de ces personnes, mais les gestionnaires des structures d'accueil et d'hébergement signalent l'émergence de pathologies lourdes (cancer, conduites addictives, problèmes ophtalmologiques, diabète...) et alertent sur le recours tardif aux soins. Le phénomène d'allers et retours entre les établissements de soins et les structures d'hébergement ne facilite pas la continuité du suivi de la personne, tant sur le plan médical que social.

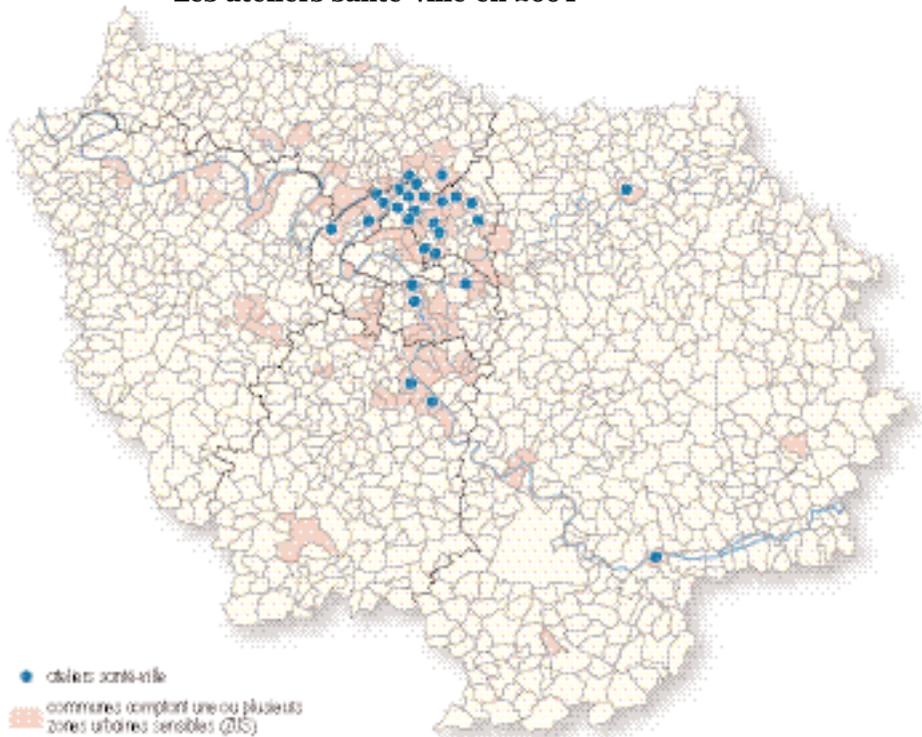
Actions santé financées par le PRAPS 2004 par types d'action (crédits État)

	Nombre d'actions	Financement État	%
Consultations humanitaires	37	505 202	14
Permanences santé	19	267 159	7
Lieux d'accueil et d'écoute	71	956 944	27
Formations et informations professionnelles	14	173 307	5
Médiation santé	14	271 661	8
Réseaux, ateliers santé-ville	24	321 350	9
Sensibilisation, information et éducation à la santé	111	920 136	26
Diagnostics, études, outils	15	145 050	4
Total	305	3 560 809	100

Source : DASSIF

STRUCTURES D'AIDE POUR LES POPULATIONS DÉFAVORISÉES

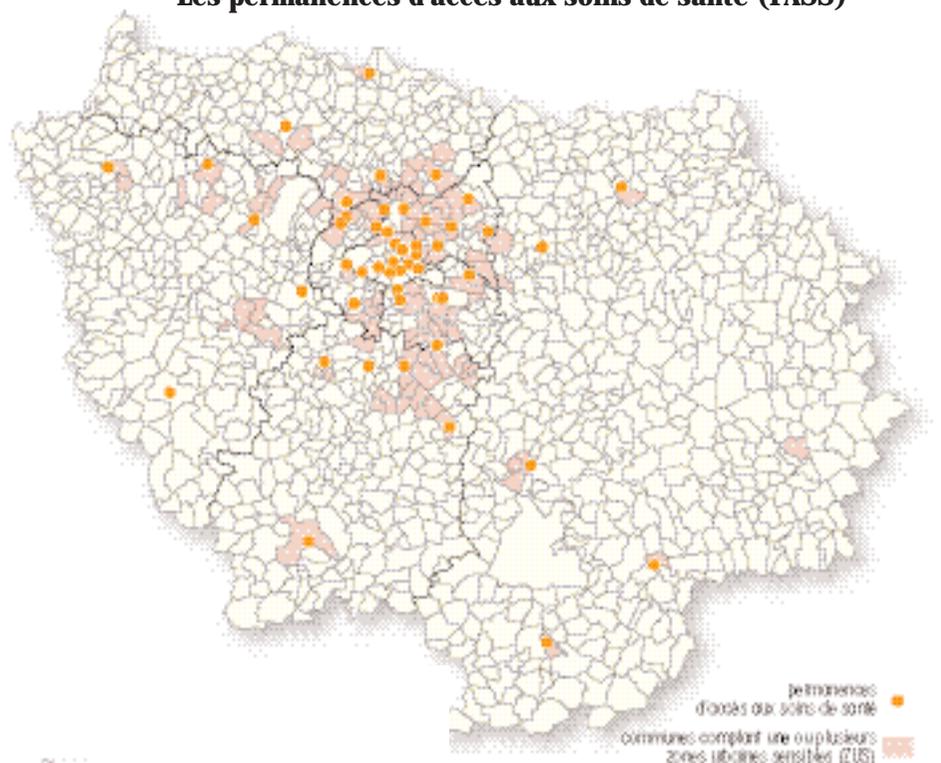
Les ateliers santé-ville en 2004



Les ateliers santé ville ont été mis en place à la suite du comité interministériel des villes de décembre 1999. Ils peuvent être définis comme des outils de diagnostic et de coordination des acteurs des secteurs sanitaire et social. Ils sont développés sur des territoires de la politique de la ville, marqués par d'importantes difficultés économiques et sociales (fort taux de demandeurs d'emploi, de bénéficiaires de minima sociaux, de familles monoparentales...).

Ils constituent le volet «santé» des contrats de ville et s'inscrivent également au sein des priorités déclinées dans le programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS). Ceci permet de favoriser la mise en cohérence des démarches locales de promotion de la santé avec la politique régionale de santé publique.

Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS)

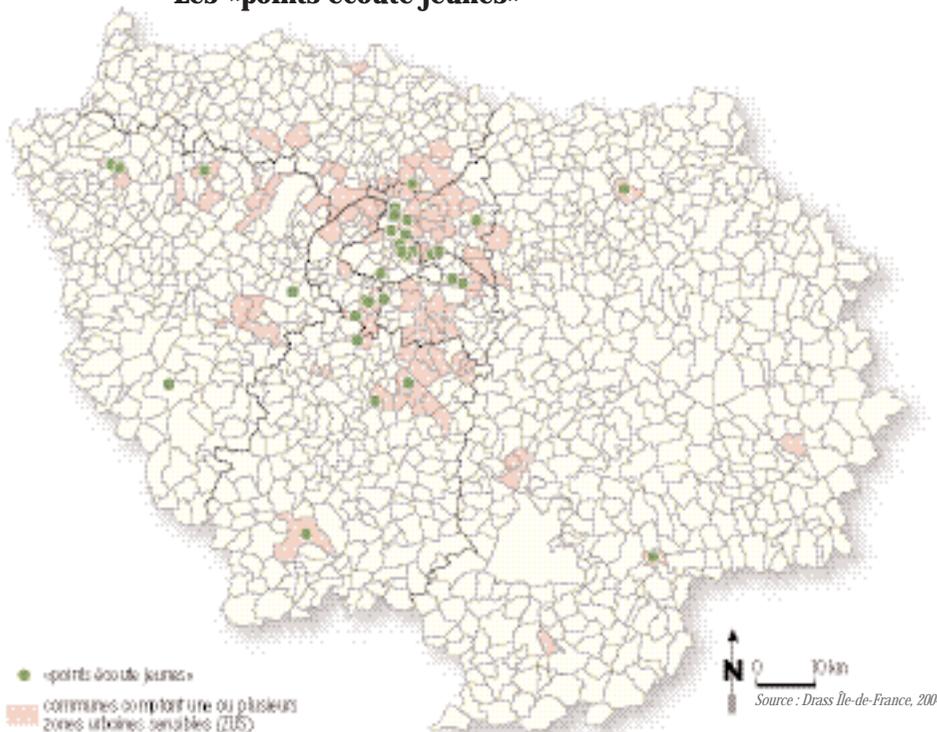


Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS), mises en place dans le cadre de la loi de lutte contre les exclusions (juillet 1998), sont des dispositifs hospitaliers visant à faciliter l'accès des personnes démunies à l'ensemble du plateau technique de l'hôpital (y compris les consultations de médecine générale) et aux médicaments délivrés par la pharmacie de l'hôpital.

Ces permanences médico-sociales sont des dispositifs d'accueil, d'information, de prévention, d'orientation et de soins. Elles doivent non seulement faciliter l'accès aux soins des personnes en difficulté, mais aussi apporter une aide pour la constitution de dossiers de couverture maladie universelle ou d'aide médicale de l'État.

Au 31 décembre 2003, l'Île-de-France en comptait 53 : 13 à Paris, 7 dans les Hauts-de-Seine, 6 en Seine-Saint-Denis, 6 dans le Val-de-Marne, 5 en Seine-et-Marne, 5 dans les Yvelines, 6 en Essonne et 5 dans le Val-d'Oise. Leur financement provient de crédits de l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) et de crédits de la direction de l'hospitalisation et de l'Offre sanitaire (DHOS) du ministère de la Santé.

Les «points écoute jeunes»



Les «points écoute jeunes» interviennent auprès des jeunes en difficulté, notamment pour la prévention de la toxicomanie. Il s'agit de permanences d'accueil, d'écoute et d'accompagnement éducatif organisées à des horaires adaptés. Ce sont des structures généralistes qui favorisent l'articulation médico-sociale et qui ont pour objectifs de prévenir l'inadaptation de jeunes en difficulté, d'aider au rétablissement de leur équilibre psychologique et social, de répondre à des situations d'urgence liées à des détresses affectives, familiales et sociales et de favoriser l'accès à un service social.

Atlas de la Santé

Île-de-France
en

Île-de-France



ABRÉVIATIONS

AAH	: Allocation adulte handicapé	DHOS	: Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (Ministère chargé Santé-Solidarité)	OAP	: Outil d'analyse PMSI
ACNUSA	: Autorité de contrôle des nuisances sonores aéroportuaires	DMSA	: Acide dimercaptosuccinique	OCAM	: Organisme complémentaire d'assurance maladie
ACTP	: Allocation compensatrice pour l'aide d'une tierce personne	DNDR	: Dotation nationale de développement des réseaux	OFDT	: Observatoire français des drogues et des toxicomanies
AES	: Allocation d'éducation spéciale	DRASS	: Direction régionale des affaires sanitaires et sociales	OMS	: Organisation mondiale de la santé
AIS	: Acte infirmier de soins (soins d'hygiène et de nursing)	DRDR	: Dotation régionale de développement des réseaux	ONDAM	: Objectif national des dépenses d'assurance maladie
ALD	: Affection de longue durée	DREES	: Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Ministère chargé Santé -Solidarité)	ORL	: Oto rhino laryngologie
AME	: Aide médicale d'Etat	EHPAD	: Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes	ORS	: Observatoire régional de la santé
AMI	: Acte médico-infirmier (gestes techniques - injections...)	ELP	: Estimations localisées de population	PAEJ	: Point accueil et écoute jeunes
AMPI	: Assurance maladie des professions indépendantes	EMSP	: Équipe mobile de soins palliatifs	PASS	: Permanence d'accès aux soins de santé
ANAES	: Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé	ENC	: Examen national classant	PIS	: Profession intellectuelle supérieure
APE	: Actif à part entière	EPHMRA	: European pharmaceutical market research association	PMI	: Protection maternelle et infantile
AP-HP	: Assistance publique - hôpitaux de Paris	EPS	: Établissement public de santé	PMSI	: Programme de médicalisation des systèmes d'information
API	: Allocation de parent isolé	ERAP	: État des risques d'accessibilité au plomb	POSU	: Pôle spécialisé d'accueil et de traitement des urgences
APP	: Allocation de présence parentale	ERASME	: Extraction, recherches et analyses pour un suivi médico-économique	PRAM	: Plan régional d'assurance maladie
APPA	: Association pour la prévention de la pollution atmosphérique	ERM	: Électroradiologie médicale	PRAPS	: Programme régional d'accès à la prévention et aux soins
ARH	: Agence régionale de l'hospitalisation	ERP	: Établissement recevant du public	PRISMES	: Production d'informations synthétisées médico-sociales
ASS	: Allocation spécifique de solidarité	ERPURS	: Évaluation des risques de la pollution urbaine sur la santé	PRS	: Programme régional de santé
AT	: Accident du travail	ESCAPAD	: Enquête santé et consommation au cours de l'appel de préparation à la défense	PSD	: Prestation spécifique dépendance
ATH	: Agence technique de l'information sur l'hospitalisation	ESJ	: Espace santé jeunes	PSPH	: Établissement privé participant au service public hospitalier
AVC	: Accident vasculaire cérébral	ESMS	: Établissement social et médico-social	RATP	: Régie autonome des transports parisiens
BHD	: Buprénorphine haut dosage	ETM	: Exonération du ticket modérateur	RG	: Régime général
BREX	: Base régionale des établissements sous unix	FAM	: Foyer d'accueil médicalisé	RGP	: Recensement général de la population
BTP	: Batiment et travaux publics	FAOSV	: Fonds d'aide à la qualité des soins de ville	RMI	: Revenu minimum d'insertion
CAF	: Caisse d'allocations familiales	FESUM	: Fédération européenne des services urgences mains	RNSA	: Réseau national de surveillance aérobiologique
CAFS	: Centre d'accueil familial spécialisé	FNEHAD	: Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile	ROTH	: Reconnaissance de qualité de travailleur handicapé
CAMSP	: Centre d'action médico-social précoce	FNORS	: Fédération nationale des observatoires régionaux de santé	RUC	: Revenu par unité de consommation
CAP	: Centre anti-poison de Paris	GHM	: Groupe homogène de malades	SAE	: Statistique annuelle des établissements de santé
CAT	: Centre d'aide par le travail	GIR	: Groupe iso-ressources	SAMSAH	: Service d'accueil médicalisé et de soins pour adultes handicapés
CATTP	: Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel	GMP	: GIR moyen pondéré	SAMU	: Service d'aide médicale urgente
CDAG	: Consultation de dépistage anonyme et gratuit	GROG	: Groupe régional d'observation de la grippe	SAU	: Service d'accueil et de traitement des urgences
CDC	: Caisse des dépôts et consignations	GRSP	: Groupement régional de santé publique	SAVS	: Service d'aide à la vie sociale
CDES	: Commission départementale de l'éducation spéciale	H	: Hôpital	SCHS	: Service communal d'hygiène et de santé
CE	: Communauté européenne	HAD	: Hospitalisation à domicile	SCM	: Section de cure médicale
CEPIDC	: Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (INSERM)	HCS	: Haut comité de la santé publique	SDF	: Sans domicile fixe
CESC	: Comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté	HID	: Handicaps-incapacités-dépendance	SDIS	: Service départemental d'incendie et de secours
CHI	: Centre hospitalier intercommunal	HTA	: Hypertension artérielle	SESSAD	: Service d'éducation spécialisée et de soins à domicile
CHSCT	: Commission d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail	IAURIF	: Institut d'aménagement et d'urbanisme de la région d'Île-de-France	SIAMOUS	: Système d'information sur l'accessibilité au matériel officinal d'injection et de substitution
CHU	: Centre hospitalier universitaire	ICF	: Indicateur conjoncturel de fécondité	SIDA	: Syndrome d'immunodéficience acquise
CIS	: Centre d'information sur la surdité	IDF	: Île-de-France	SLM	: Section locale mutualiste
CLCC	: Centre de lutte contre le cancer	IFSI	: Institut de formation en soins infirmiers	SMAMIF	: Service médical de l'assurance maladie d'Île-de-France
CMP	: Centre médico-psychologique	IME	: Institut médico-éducatif	SMUR	: Service mobile d'urgence et de réanimation
CMPP	: Centre médico-psycho-pédagogique	IMP	: Institut médico-pédagogique	SNCF	: Société nationale des chemins de fer
CMR	: Caisses maladie régionales (3 caisses des professions indépendantes : libérales, commerçants et artisans)	IMPRO	: Institut médico-professionnel	SNIR	: Système national inter-régime
CMU	: Couverture maladie universelle	INPES	: Institut national de prévention et d'éducation pour la santé	SNIR EP	: Système national inter-régime relatif aux établissements de santé privé
CMU-C	: Couverture maladie universelle complémentaire	INSEE	: Institut national de la statistique et des études économiques	SREPS	: Schéma régional d'éducation pour la santé
CNAMTS	: Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés	INSERM	: Institut national de la santé et de la recherche médicale	SRM	: Spectroscopie par résonance magnétique
CNAV	: Caisse nationale d'assurance vieillesse	INVS	: Institut national de veille sanitaire	SROS	: Schéma régional d'organisation sanitaire
CODES	: Comité départemental d'éducation pour la santé	IP	: Incapacité permanente	SSIAD	: Service de soins infirmiers à domicile
COTOREP	: Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel	IR	: Institut de rééducation	SSR	: Soins de suite ou de réadaptation
COTRIM	: Comité technique régional de l'information médicale	IRC	: Insuffisance rénale chronique	SVA	: Site pour la vie autonome
CPAM	: Caisse primaire d'assurance maladie	IRDES	: Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (ex-CREDES)	TEP	: Tomographie par émission de positons
CPEF	: Centre de planification et d'éducation familiale	IRM	: Imagerie par résonance magnétique	TMS	: Trouble musculo-squelettique
CRAIF	: Centre de ressources autisme d'Île-de-France	IVG	: Interruption volontaire de grossesse	UC	: Unité de consommation
CRAMIF	: Caisse régionale d'assurance maladie d'Île-de-France	LHVP	: Laboratoire d'hygiène de la ville de Paris	UDI	: Usager de drogues par injection
CREDES	: Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé (devenu IRDES)	LSA	: Diéthylamide de l'acide lysérgique	UE	: Union européenne
CRES	: Comité régional d'éducation pour la santé	MAS	: Maison d'accueil spécialisé	UNV	: Unité vasculaire
CRFIC	: Centre régional francilien du traumatisme crânien	MCO	: Médecine-chirurgie-obstétrique	UP	: Unité de proximité
CRIPS	: Centre régional d'information et de prévention du sida	MEP	: Médecin à exercice particulier	URCAM	: Union régionale des caisses d'assurance maladie
CRP	: Centre de réadaptation professionnelle	MILDT	: Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les toxicomanies	USIC	: Unité de soins intensifs de cardiologie
CTNERHI	: Centre technique national d'études et de recherches sur les handicaps et les inadaptations	MOS	: Mode d'occupation du sol	USLD	: Unité de soins de longue durée
DDASS	: Direction départementale des affaires sanitaires et sociales	MP	: Maladie professionnelle	USP	: Unité de soins palliatifs
DEAVS	: Diplôme d'état d'auxiliaire de vie sociale	MPR	: Médecine physique de réadaptation	VADS	: Voies aérodigestives supérieures
DES	: Direction des statistiques et des études (de la CNAMTS)	MSA	: Mutualité sociale agricole	VAE	: Validation des acquis de l'expérience
DGAS	: Direction générale de l'action sociale (Ministère chargé Santé -Solidarité)	NC	: Numerus clausus	VHC	: Virus hépatite C
DGI	: Direction générale des impôts			VIH	: Virus d'immunodéficience humaine
				ZSTCD	: Zone de surveillance de très courte durée
				ZUS	: Zone urbaine sensible

GLOSSAIRE

CHAPITRE 1 :

LE CONTEXTE DÉMOGRAPHIQUE ET SOCIAL

Allocation de solidarité spécifique (ASS) : instaurée en 1984, elle est destinée aux chômeurs qui ont épuisé leurs droits à l'assurance chômage. L'allocataire doit justifier d'au moins cinq années d'activité salariée au cours des dix dernières années précédant la rupture du contrat.

Allocation parent isolé (API) : allocation attribuée aux personnes vivant seules, après un décès, une séparation, un divorce, une incarcération ou encore une hospitalisation, et sans aucune ressource de leur conjoint, concubin ou pacsé.

Commune rurale : une commune est dite rurale si elle n'appartient pas à une unité urbaine.

Commune urbaine : une commune urbaine est une commune appartenant à une unité urbaine.

Famille : une famille est définie comme un ensemble d'au moins deux personnes du même ménage, constitué soit d'un couple avec ou sans enfants, soit d'un adulte sans conjoint et de son ou ses enfants. Dans ce dernier cas, on parle de famille monoparentale.

Indicateur conjoncturel de fécondité (ICF) : c'est la somme des taux de fécondité par âge observés pendant la période considérée. Il indique le nombre moyen d'enfants que mettrait au monde une femme si elle avait, à chaque âge, le comportement de fécondité observé pendant cette période. Les taux de fécondité étant définis comme les rapports du nombre de naissances des mères d'un âge donné à l'effectif des femmes de cet âge.

Naissances domiciliées : les statistiques annuelles, concernant les naissances, sont dressées à partir des bulletins statistiques de l'état civil, établis par les maires, au moment et dans la commune où ont lieu les naissances. Elles portent sur les événements survenus en France pour toutes les communes de métropole et des départements d'outre-mer. Ces statistiques n'incluent que les enfants nés vivants. Pour les naissances domiciliées, le lieu de l'événement est celui du domicile de la mère.

Nombre moyen d'enfants par femme : voir indicateur conjoncturel de fécondité.

Ménage : on appelle ménage l'ensemble des occupants d'un même logement (occupé comme résidence principale), quels que soient les liens qui les unissent.

Minima sociaux : ils offrent un minimum de ressources aux personnes qui sont insuffisamment couvertes par le volet assurance du système de protection sociale français. Il existe huit allocations. Le RMI, créé en 1988, assure à toute personne âgée de plus de 25 ans (ou moins si elle a des enfants à charge) un revenu minimum. Il sert à lutter contre l'ensemble des exclusions. Les autres allocations visent des publics spécifiques confrontés à un

risque particulier de pauvreté : l'éloignement du marché du travail (allocation de solidarité spécifique et allocation d'insertion), un mauvais état de santé (allocation adultes handicapés et allocation supplémentaire d'invalidité), la monoparentalité (allocation de parent isolé), le veuvage (Allocation de veuvage) ou l'âge (minimum vieillesse). Les minima sociaux sont des allocations différentielles dont les montants et les conditions peuvent varier selon de nombreux critères (âge, nationalité, situation familiale, etc.). Le montant de l'allocation versée est déterminé en fonction des autres ressources de l'allocataire, de sorte que la somme des deux ne dépasse pas le plafond fixé.

Pôle urbain : unité urbaine (agglomération) comportant 5 000 emplois ou plus.

Population sans double compte : dans la population totale des communes, certaines personnes hébergées en collectivité sont comptées deux fois : dans la commune de l'établissement qui les héberge et dans leur commune de résidence personnelle (élèves internes, militaires logés en caserne, travailleurs logés en foyer, étudiants logés en cité universitaire ou en foyer...). Lorsque les statistiques dépassent le cadre communal, on utilise la notion de population sans double compte, où chaque personne est rattachée à une seule commune.

Revenu minimum d'insertion (RMI) : cette allocation, constituant un minimum social, s'adresse aux personnes sans ressource en âge de travailler mais n'ayant pas droit aux allocations chômage. Les bénéficiaires (+ 25 ans) doivent s'engager à suivre des actions d'insertion.

Revenu moyen après impôt des foyers fiscaux : le foyer fiscal correspond à un ensemble de personnes identifiées par un contribuable imposable à l'impôt sur le revenu pour ses propres revenus, ceux de son conjoint et des personnes à sa charge. Un ménage peut être composé de plusieurs foyers fiscaux, dès lors que les conjoints ou un enfant majeur se déclarent séparément aux impôts. Le revenu déclaré à la direction générale des Impôts (DGI) comprend les revenus du travail, les retraites et les indemnités chômage, mais pas les revenus sociaux non imposables (allocations logement, allocations familiales, RMI...). Il appréhende mal les revenus des non-salariés et les revenus du patrimoine. Le revenu moyen net des foyers fiscaux après impôt est fourni annuellement à la commune par la direction générale des Impôts.

Structure urbaine de l'Île-de-France : le découpage de la région Île-de-France en huit secteurs morphologiques, créé par l'aurif, isole Paris, d'une part, et les villes nouvelles, d'autre part. Les six secteurs restants sont définis selon des critères croisant la notion d'agglomération, l'importance relative des surfaces urbanisées dans chaque commune et l'accessibilité à Paris par les transports en commun.

Taux de natalité : rapport du nombre de naissances au cours d'une période (en général une année) à la population en milieu de période.

Unité urbaine : ensemble des communes dont le territoire

est partiellement ou totalement couvert par une zone bâtie et qui compte au moins 2 000 habitants. La moitié au moins de la population de chaque commune doit, de plus, résider en zone bâtie. Une unité urbaine qui comprend plusieurs communes est dite agglomération multi-communale.

Zone bâtie : ensemble d'habitations dont aucune n'est distante de la plus proche de plus de 200 mètres et qui comprend au moins 50 habitants. La continuité du bâti est vérifiée à l'aide de cartes et de photographies aériennes.

Zone urbaine sensible (ZUS) : la politique de la ville s'est construite autour de l'identification de «quartiers en difficultés», prioritaires pour l'action publique. Le pacte de relance pour la ville voté en 1996 a délimité de manière précise les territoires prioritaires auxquels s'attachent les mesures de la politique de la ville. Cette géographie prioritaire est constituée par les zones urbaines sensibles.

CHAPITRE 2 :

L'ÉTAT DE SANTÉ DES FRANCILIENS

Actes en C : actes médicaux réalisés par un médecin lors de la consultation d'un patient à son cabinet médical.

Actes en K : actes pratiqués par le masseur-kinésithérapeute au cabinet ou au domicile du malade.

Actes en V : actes médicaux réalisés par un médecin à l'occasion d'une visite au domicile d'un patient.

Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) : c'est le centre hospitalier régional et universitaire (CHU) d'Île-de-France, il regroupe 39 hôpitaux ou groupements hospitaliers publics.

Assurance maladie : régimes obligatoires de protection sociale couvrant tout ou une partie des risques liés à la maladie, à la maternité et aux accidents.

Bassins hospitaliers (méthode Mirabel) : la technique Mirabel (méthode informatique de recherche et d'analyse des bassins par étude des liaisons) a été développée en 1978 par l'Insee pour constituer des bassins d'emploi à partir des déplacements domicile-travail. Son application pour définir des bassins d'hospitalisation est possible depuis 1999. Depuis cette date, en effet, le programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI) fournit les flux «domicile-hôpital» des patients hospitalisés de manière exhaustive. Le bassin hospitalier est construit pour être un ensemble de communes orienté, à la majorité relative, vers un même pôle hospitalier. Le pôle hospitalier peut être composé de plusieurs établissements concurrents ou complémentaires. À partir des flux «domicile-hôpital» des hospitalisés, le logiciel calcule un lien entre chaque unité spatiale ; les unités géogra-

phiques ayant les liens les plus forts sont ensuite agrégées et viennent constituer un bassin hospitalier.

Caisses d'assurance maladie : l'assurance maladie n'est pas une administration de l'État, mais un ensemble d'organismes décentralisés et autonomes qui assurent une mission de service public en termes de gestion de la couverture sociale liée aux remboursements des soins et à une partie de la gestion du système de soins ambulatoire. Chaque organisme est doté de financements et de structures de fonctionnement propres.

L'assurance maladie est constituée d'une structure administrative et d'une structure médicale. Si ces deux structures peuvent avoir des directions distinctes (régime général des travailleurs salariés), elles travaillent de concert. Le service médical apporte une expertise sanitaire indispensable.

À titre d'exemple, voici pour le régime général (travailleurs salariés) l'organigramme qui régit le fonctionnement des caisses et l'articulation entre les différents niveaux :

Le niveau national, la CNAMTS : caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés.

Définition des grandes orientations politiques de l'assurance maladie. Avis sur les projets de loi et de règlement pouvant avoir un impact sur la protection sociale.

Le niveau local et départemental, les CPAM : caisses primaires d'assurance maladie au nombre de 128.

Immatriculation des assurés, traitement des feuilles de soins, remboursements et versements des prestations en espèces. Mise en œuvre des accords conventionnels passés entre l'assurance maladie et les syndicats des professionnels de santé. Prévention et éducation sanitaire. Détermination et mise en œuvre de la politique d'action sanitaire et sociale.

Le niveau régional, les CRAM : caisses régionales d'assurance maladie au nombre de 16.

Pas de lien hiérarchique avec les CPAM. Prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles. Participation à la planification hospitalière. Organisation du service social pour l'ensemble des caisses primaires de leur circonscription.

Les URCAM : unions régionales des caisses d'assurance maladie mises en place fin 1997, au nombre de 22.

Groupement des caisses d'assurance maladie, de la mutualité sociale agricole et de l'assurance maladie des travailleurs indépendants: impulsion et coordination, à travers le plan régional d'assurance maladie (PRAM), des politiques régionales et locales de gestion du risque de l'assurance maladie et régulation du système de santé.

Cardiopathie ischémique : le rétrécissement des artères coronaires (artères qui apportent le sang au muscle cardiaque), dû au développement de l'athérosclérose, entraîne une souffrance du muscle cardiaque plus ou moins grave par privation d'oxygène. Lorsque la privation d'oxygène est subite, majeure et prolongée, un infarctus du myocarde se constitue par destruction de la partie du muscle cardiaque située en aval du territoire de l'artère obstruée. Lorsque le rétrécissement de l'artère n'est pas complet et la privation en oxygène partielle, la souffrance du cœur se traduit pas des douleurs dans la poitrine (angine de poitrine) sans destruction d'une partie du muscle cardiaque. L'ensemble des manifestations cliniques engendrées par cette souffrance cardiaque sont regroupées

sous le terme de cardiopathies ischémiques.

Centres de consultations de pathologie professionnelle (CCPP) : ces centres sont implantés dans plusieurs établissements hospitaliers d'Île-de-France. Ce sont des centres experts qui apportent une aide au diagnostic des maladies liées au travail. Les patients sont pour 90 % adressés par les médecins du travail. La caisse régionale d'assurance maladie d'Île-de-France (Cramif) qui a signé des conventions avec six centres franciliens, prend en charge, sous conditions, les frais induits par ces consultations et les éventuels examens prescrits.

Centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) : sont chargés du soin et de l'accompagnement social de tout public présentant une consommation à risques ou une dépendance à l'alcool ; cette action devant s'effectuer en liaison avec les autres intervenants sanitaires et sociaux situés en amont et en aval.

Centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) : sont chargés du soin et de l'accompagnement social de tout usager de drogues.

Chélation : administration par voie orale ou par perfusion d'un agent chélateur, substance destinée à provoquer l'élimination du plomb sanguin par voie urinaire. Une cure de chélation dure habituellement cinq jours.

Coefficient d'actes en K : actes pratiqués par le masseur-kinésithérapeute au cabinet ou au domicile du malade et affectés d'un coefficient en fonction de la difficulté estimée de l'acte paramédical à réaliser par le professionnel de santé. Le prix de l'acte varie en fonction de son coefficient.

Décibel pondéré A (dB(A)) : les niveaux sonores sont généralement mesurés en décibels (dB). Il s'agit d'une échelle logarithmique. Le niveau de référence (0 dB) représente le seuil de perception. Le seuil de douleur se situe aux environs de 120 dB. Du fait de l'échelle logarithmique, une faible augmentation du niveau, en décibels, correspond à une augmentation bien plus importante de la pression correspondante : ainsi, lorsque l'on passe de 0 dB à 120 dB, la pression est un million de fois plus importante. Pour la mesure des effets sur la santé, les niveaux sonores sont pondérés selon leur fréquence (pondération A), afin de rendre compte de la sensibilité de l'oreille humaine, qui diffère selon la gamme de fréquences considérée.

Dépassements d'honoraires : c'est la somme qu'un praticien peut demander au patient de payer au-delà du tarif de convention (tarif de référence résultant de conventions entre les syndicats professionnels et l'assurance maladie à partir duquel est calculé le remboursement des soins) ou du tarif de responsabilité (tarif de référence à partir duquel l'assurance maladie calcule son remboursement en l'absence de convention entre les syndicats professionnels et les régimes d'Assurance Maladie).

Dépendance (champ des addictions) : consommation compulsive non contrôlée qui a tendance à augmenter et

qui est motivée par la recherche des effets psychoactifs (par exemple l'ivresse).

À ne pas confondre avec la dépendance [chapitre 4].

Espérance de vie : ou durée moyenne de vie, est le nombre moyen d'années vécues dans une génération. Généralement calculé à partir des données d'une seule année, ou d'une période donnée, c'est le nombre moyen d'années que vivrait une personne si elle connaissait, tout au long de sa vie, les conditions de mortalité observées au cours de cette période.

Cet indicateur résume le calendrier de la mortalité au cours de l'année ou de la période considérée. L'espérance de vie à l'âge X mesure le nombre moyen d'années que peut espérer vivre une personne atteignant l'âge X, dans les conditions de mortalité de la génération ou de la période considérée.

Incidence : l'incidence d'une maladie désigne le nombre de nouveaux cas apparus pendant une année au sein d'une population.

Maladie vasculaire cérébrale : les maladies vasculaires cérébrales regroupent l'ensemble des pathologies qui entraînent une altération de la circulation cérébrale. Environ 80 % de ces maladies sont de nature ischémique, c'est-à-dire dues à l'obstruction ou au rétrécissement d'un vaisseau, ce qui entraîne une souffrance du tissu cérébral situé en aval ; les autres maladies vasculaires cérébrales étant la conséquence d'hémorragies cérébrales. Toutes ces maladies sont responsables d'une part importante de la mortalité et de handicaps moteurs, elles peuvent être à l'origine des démences vasculaires qui représentent une part non négligeable de l'ensemble des démences.

Médicaments génériques du répertoire : lorsqu'un laboratoire pharmaceutique découvre un médicament (molécule), il garde l'exclusivité de sa commercialisation jusqu'à l'expiration du brevet. À cette date, une copie du produit peut alors être développée et commercialisée, notamment sous la forme de médicament générique. Celui-ci a la même composition qualitative et quantitative en principes actifs, la même forme pharmaceutique, et sa bioéquivalence avec la spécialité de référence a été démontrée par des études appropriées de biodisponibilité. Le développement des médicaments génériques est encadré légalement. Parmi les textes officiels, certains prévoient leur inscription à un répertoire rédigé et publié par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. La première liste des génériques inscrite à ce répertoire est parue au Journal officiel du 13 mai 1997 et est remise à jour régulièrement.

Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) : la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) fixe chaque année des valeurs indicatives d'évolution macro-économique pour chaque grand secteur de soins (hospitalisation sanitaire et médico-sociale, ambulatoire avec les dépenses en prestations, les honoraires et prescriptions).

Prévalence : désigne la proportion de personnes malades à un moment donné.

PSPH : établissements de santé privés participant au service public hospitalier (à but non lucratif).

Régime d'affiliation : le système de Sécurité sociale couvre aujourd'hui presque toute la population. Cependant, cette généralisation de la Sécurité sociale s'est faite en juxtaposant de multiples régimes d'affiliation distincts, et non par la mise en place d'un régime unique, pourtant souhaité et annoncé en 1945.

En fonction du secteur d'activité professionnel des assurés sociaux, ces derniers relèvent d'un régime particulier qui leur assure la couverture sociale obligatoire. Le système actuel de Sécurité sociale est constitué de quatre grands pôles :

- le régime général, qui couvre les salariés de l'industrie, du commerce et des services, ainsi que certaines catégories de travailleurs assimilés à des salariés. Il est aujourd'hui la pièce maîtresse de la protection sociale en France puisqu'il protège plus de 80 % de la population française ;
- le régime agricole, qui couvre les exploitants et les salariés agricoles, géré par la mutualité sociale agricole (MSA) ;
- le régime des travailleurs non salariés non agricoles, qui couvre les artisans, commerçants, industriels et professions libérales, et qui est géré par différents organismes, notamment la caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes (CANAM) ;
- de nombreux autres régimes spéciaux : régime des marins et inscrits maritimes (ENIM), des mines, de la SNCF, de la RATP, d'EDF-GDF, de la Banque de France, de l'Assemblée nationale, du Sénat, des clercs et employés de notaire, des ministres du culte, etc.

Sections locales mutualistes : structures locales de gestion des «régimes spéciaux» (cf. régime d'affiliation) couvrant les assurés sociaux rattachés à une classe professionnelle particulière (ex. : les personnels d'EDF (CMCAS), de la police nationale (MMI), des travaux publics (MBTPSE), des collectivités territoriales (MNT), de l'enseignement (MGEN), des postes et télécommunications (MG-PTT), de la fonction publique (MFP), des hôpitaux, mais aussi les étudiants, les militaires (CNMSS), le personnel de la SNCF, les clercs de notaires, etc.). Les sections locales mutualistes ont une délégation de gestion (sous le contrôle des caisses primaires) de la partie obligatoire de l'assurance maladie. Elles offrent à leurs adhérents, en complément de la partie obligatoire de protection sociale, des prestations de remboursements complémentaires.

Sécurité sociale : le terme de Sécurité sociale recouvre l'ensemble des régimes légaux obligatoires de protection sociale, qui assurent à leurs bénéficiaires une protection pour la quasi-totalité des risques de la vie : maladie, maternité, invalidité, accidents du travail et maladies professionnelles, vieillesse, décès, veuvage et charges familiales. Le système actuel de Sécurité sociale a été créé par les ordonnances du 4 et du 19 octobre 1945. Le droit à la Sécurité sociale figure dans le préambule de la Constitution de 1946 et celle de 1958.

Service communal d'hygiène et de santé (SCHS) : il exerce au nom de l'État des missions en matière d'hy-

giène et il suit les dossiers relevant de la police sanitaire du maire (3° de l'article L. 1422-1 du code de la santé publique, et article L. 2212-2 du code général des collectivités territoriales).

Les SCHS traitent principalement des nuisances ayant un impact sur la santé – habitat insalubre, sécurité, hygiène alimentaire, animaux dangereux, problèmes de pollution industrielle ou domestique, nuisances sonores, qualité de l'eau, dératisation, désinsectisation.

Taux comparatif de morbidité hospitalière : nombre de patients qui fréquentent un établissement sanitaire pour la pathologie considérée (par sexe et âge) rapporté à la population correspondante. Il s'agit du taux que l'on observerait dans la population étudiée si elle avait la même structure d'âge qu'une population de référence : ici, la population de la France métropolitaine au recensement de 1990.

Taux comparatif de mortalité : ou taux standardisé direct de mortalité, c'est le taux que l'on observerait dans la population étudiée si elle avait la même structure d'âge qu'une population de référence. Dans ce document, il s'agit de la population de la France métropolitaine au recensement de 1990.

Taux de mortalité : rapport entre le nombre de décès survenus dans une population durant une année et l'effectif de la population au milieu de l'année.

Taux de survie à 5 ans : pourcentage de survivants à 5 ans dans une population spécifique (personnes atteintes d'un cancer du sein, par exemple).

Ticket modérateur : c'est la part de soins qui reste à la charge de l'assuré (ou de sa complémentaire «santé») et qui n'est donc pas remboursé par l'assurance maladie. Par exemple, pour une consultation chez un médecin généraliste, le ticket modérateur équivaut à 30 % du tarif de la consultation, le reste étant pris en charge par l'assurance maladie.

CHAPITRE 3 :

L'OFFRE DE SOINS EN ÎLE-DE-FRANCE

Accélérateurs : voir cancérologie.

Angioplastie coronarienne : technique qui consiste à élargir le diamètre des artères coronaires obstruées en y introduisant un ballonnet puis en le gonflant. Un petit ressort ou «stent» sera ensuite laissé en place.

Bassin hospitaliers : voir bassins hospitaliers [chapitre 2].

Bassins de santé (organisation sanitaire) : dans le cadre de l'élaboration du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) de 3° génération, la délimitation des bassins de santé s'appuie sur divers indicateurs en matière de

démographie, d'offre de soins, d'aménagement du territoire, mais aussi sur l'étude – permise par les systèmes d'information hospitaliers – des comportements des Français concernant la fréquentation des établissements de santé. Vingt-deux bassins de santé (contre vingt-cinq précédemment) ont d'ores et déjà été définis. Ils constitueront le découpage territorial de base pour l'appréciation des principaux besoins en offre de soins de proximité pour les disciplines de court séjour, et ils regrouperont des populations comprises entre 173 000 et 782 000 habitants. Les deux premiers SROS s'appuyaient sur des outils traditionnels de planification sanitaire, dont le principal était la carte sanitaire. Celle-ci définissait des indices de besoins, calculés dans le cadre d'un découpage géographique basé sur le secteur sanitaire et strictement encadrés par des indices nationaux. Les SROS de 3° génération (2005-2010) s'inscrivent dans un dispositif juridique nouveau qui voit disparaître la carte sanitaire et les indices de besoins. L'accent est désormais mis sur la définition, par chaque région, d'objectifs quantifiés par domaine d'activité, exprimés dans le cadre de territoires de santé, dont le périmètre pourra varier selon la nature des activités prises en compte.

Cancérologie : la radiothérapie consiste à utiliser des radiations ionisantes pour détruire les cellules cancéreuses. Ces radiations ionisantes peuvent être produites par des appareils (on parle de radiothérapie externe) ou par des aiguilles de substances radioactives implantées dans la tumeur (curiethérapie). Les cyclotrons pour la protonthérapie sont utilisés de façon plus marginale pour certains types de tumeurs. En Île-de-France, le site est celui du centre de protonthérapie d'Orsay. En matière de radiothérapie externe, deux types d'appareils sont utilisés, essentiellement, à l'heure actuelle :

- les accélérateurs de particules qui permettent, sur une même machine, d'utiliser plusieurs types de rayonnement (photons et électrons), plusieurs gammes d'énergie, ainsi que des débits de dose importants et constants. Le «plan cancer» prévoit de renouveler les accélérateurs les plus anciens et d'en augmenter le nombre total ;
- les télécobalts : ils n'utilisent en revanche qu'une seule énergie de photons insuffisante pour traiter correctement de nombreux types de cancer. Ces photons sont produits par une source radioactive dont l'activité décroît avec le temps (ce qui augmente la durée du traitement) et qui doit donc être changée tous les cinq ans. Le «plan cancer» prévoit le remplacement des télécobalts d'ici fin 2005 par des accélérateurs.

Source : Drees, Études et résultats, n° 387, mars 2005

Gamma-caméras : technique de la scintigraphie, c'est l'obtention de l'image d'un organe après injection au patient d'une solution radioactive. On visualise la répartition d'atomes radioactifs émetteurs gamma, éventuellement couplés à une molécule spécifique. Cette technologie permet de visualiser de façon simple et sous plusieurs incidences des organes non accessibles à la radiologie conventionnelle (foie, thyroïde, cerveau...).

État pauci-relationnel : patients en état neurovégétatif persistant.

Examen national classant : examen désormais imposé, depuis 2004, à tous les étudiants arrivés à la fin de leur 2^e cycle des études médicales. Il remplace le concours de l'internat qui était la seule porte d'entrée pour devenir médecin spécialiste. La médecine générale est donc devenue une spécialité à part entière. L'affectation des «internes» dans les différentes disciplines et dans les régions est déterminée par le rang de classement à l'examen.

GMP : garde médicale de Paris.

Imagerie médicale (voir encadré p. 80) : domaine de la médecine qui a beaucoup progressé et qui s'est diversifié en de nombreuses techniques ces dernières décennies : ces techniques permettent le diagnostic mais aussi désormais, pour certaines, le traitement.

Infarctus du myocarde : voir cardiopathies ischémiques [chapitre 2].

Internes en médecine : étudiants en médecine arrivés en 3^e cycle de leur études. L'essentiel de leur formation est pratique et se déroule dans les services hospitaliers agréés pour la formation, où ils ont un statut de «praticiens en formation». Les internes en médecine générale font également des stages auprès de médecins généralistes agréés.

Imagerie par résonance magnétique (IRM) : analyse à distance des organes de manière très précise, tels que le cerveau, la colonne vertébrale, les articulations et les tissus mous.

Lits de néonatalogie : lits pour la surveillance et les soins spécialisés des nouveau-nés à risque et de ceux dont l'état s'est dégradé après la naissance, que ceux-ci soient nés ou non dans l'établissement.

Lits de réanimation néonatale : lits où sont admis les nouveau-nés exigeant une surveillance et des soins spécialisés et présentant des détresses graves ou des risques vitaux, qu'ils soient nés ou non dans l'unité d'obstétrique de l'établissement.

Lits de soins intensifs : lits où sont admis les nouveau-nés présentant une ou plusieurs pathologies aiguës ou sortant d'une unité de réanimation néonatale.

Mortalité infantile: la mortalité infantile désigne les décès d'enfants âgés de moins d'un an. Elle comprend la mortalité néonatale, c'est-à-dire des nouveau-nés de la naissance à l'âge d'un mois et la mortalité post-natale des nourrissons âgés de 29 jours jusqu'à l'âge de un an.

Néonatalogie : période qui suit la naissance – étude du nouveau-né normal ou pathologique.

Numerus clausus : quotas déterminés chaque année depuis 1971 par le gouvernement, afin de fixer le nombre d'étudiants en médecine (ou pharmacie ou odontologie) autorisés chaque année à entrer en 2^e année du 1^{er} cycle des études : la sélection se fait lors d'un examen

à la fin de la 1^{re} année.

Périnatalité : période située entre la vingt-huitième semaine de grossesse (environ 6 mois) et le septième jour de vie après la naissance.

Ensemble des conditions et des soins qui entourent la naissance de l'enfant avant, pendant et après l'accouchement.

Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) : il permet la description de l'activité médicale des établissements de santé et repose sur le recueil systématique de données médico-administratives minimales et normalisées contenues dans un résumé de sortie (RSS dans le champ MCO, RHS dans le champ SSR ou RIS en psychiatrie), et sur le traitement automatisé de ces données. Les données du PMSI permettent d'étudier les séjours hospitaliers, en prenant notamment en compte le type et la lourdeur des prises en charge, la situation géographique du lieu de résidence des patients et des établissements ainsi que la plus ou moins grande spécialisation de ceux-ci.

Scanners : technique de la tomodensitométrie, examen qui utilise les rayons X, met en évidence des infections, des hémorragies, des kystes, des tumeurs, des ganglions.

Système national inter-régime (SNIR) : système d'information mis en place par les caisses nationales d'assurance maladie. Il permet de recueillir et d'agrèger au plan national l'activité libérale des professions de santé ayant donné lieu à remboursement par les organismes de base gérant l'assurance maladie. Le système recueille, pour chaque professionnel, des données administratives (lieu d'implantation, sexe, âge, mode d'exercice, secteur conventionnel) et des données d'activité (dénombrements d'actes ou coefficients effectués, prescriptions et honoraires).

Schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) : établi dans chaque région par le directeur de l'ARH, pour cinq ans, après concertation avec les acteurs locaux, il organise la répartition géographique des équipements ou activités. Il doit prendre en compte les priorités régionales, en s'appuyant sur une appréciation fine des besoins.

Télécobalts : voir cancérologie.

Tomographie par émissions de positons (TEP) : fournit une image qui témoigne de l'activité de la cellule. Grâce à un traitement informatique, l'activité est retranscrite en trois dimensions. Les anomalies métaboliques sont ainsi visibles, parfois, avant l'apparition d'anomalies anatomiques.

Traitement thrombolytique : traitement visant à dissoudre un caillot qui s'est formé dans une veine ou une artère.

UMP : Urgences médicales de Paris.

Zones de surveillance de très courte durée (ZSTCD) : concernent les services d'urgence, c'est une hospitalisation très courte avant orientation des malades (ancienne

appellation «lit-porte»).

CHAPITRE 4 :

LA PRISE EN CHARGE DES POPULATIONS VULNÉRABLES

Allocation compensatrice pour l'aide d'une tierce personne (ACTP) : elle a pour objet d'accorder une compensation aux personnes, reconnues handicapées par la commission technique d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP), dont l'état nécessite le recours à une tierce personne pour effectuer les actes essentiels de l'existence.

Allocation personnalisée d'autonomie (APA) : elle remplace la prestation spécifique dépendance (PSD) – loi du 20 juillet 2001 – depuis le 1^{er} janvier 2002 et a pour objectif d'améliorer la prise en charge des personnes de plus de 60 ans confrontées à une perte d'autonomie. Elle s'adresse aux personnes résidant à domicile ou en établissement et ayant un niveau de dépendance de 1 à 4 sur la grille AGGIR. Elle n'est pas soumise à conditions de ressources, mais son calcul prend en compte les revenus du bénéficiaire. L'APA est gérée par les départements.

Dépendance (champ de la vieillesse) : état de la personne qui, nonobstant les soins qu'elle est susceptible de recevoir, a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie, ou requiert une surveillance régulière (1^{er} alinéa, art. 2 de la loi du 24 janvier 1997). Pour évaluer cette dépendance, on utilise un instrument : la grille AGGIR qui classe les personnes âgées en six niveaux de perte d'autonomie.

À ne pas confondre avec la définition dépendance [chapitre 2].

Grille AGGIR (voir encadré p. 118) : autonomie gérontologique groupe iso-ressources

Prévalence : en épidémiologie, la prévalence est le nombre de maladies ou de malades présents à un moment donné dans une population, que le diagnostic ait été porté anciennement ou récemment. Elle se distingue de l'incidence, qui comptabilise les nouveaux cas enregistrés pendant une période donnée.

BIBLIOGRAPHIE

Sélection d'ouvrages réalisée par la Drassif et par l'Aurif. Les références sont issues du Cindoc, du site de la Drassif, de la BDSP, du site parthage, du site de l'ORS, de la base de données Urbamet ; elles sont présentées par ordre chronologique décroissant, puis par ordre alphabétique d'auteurs.

OUVRAGES GÉNÉRAUX

Traité de santé publique, BOURDILLON (Gilles), BRÜCKER (Didier), Tabuteau (Didier), Flammarion, 2004, 536 p.

Santé et territoire : carnet de santé de la France 2004, KERVASDOUÉ (Jean de), PICHÉRAL (Henri), Dunod, 2004, 211 p.

Carnet de santé de la France 2003, KERVASDOUÉ, (Jean de), Dunod, 2003, 180 p.

Territoires et accès aux soins : rapport du groupe de travail, MAUSS (Huguette), POLTON (Dominique) BAUDEAU (Dominique), ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées ; CREDES, 2003, 89 p.

Quel système de santé à l'horizon 2020 : rapport préparatoire au schéma national des services collectifs sanitaires, DATAR ; CREDES ; ministère de l'Emploi et de la Solidarité, La documentation française, 2000, 358 p.

Atlas de la santé en France : volume 1, les causes de décès, SALEM (Gérard), RICAN (Stéphane), JOUGLA (Eric), John Libbey Eurotext, 2000, 189 p.

100 mots-clés de planification sanitaire, Jourdain (Alain), TURENNE (Isabelle de), éditions ENSP, 1999, 143 p.

Géographie de la santé en France, TONNELIER (François), VIGNERON (Emmanuel), 1999, PUF, Que sais-je ?, 127 p.

Planification sanitaire : méthodes et enjeux, BASSET (Bernard), LOPEZ (Alain), éditions ENSP, 1997, 183 p.

Santé publique, Brückner (Gilles) dir., FASSIN (Didier) dir., GENTILINI (Marc) préf., Ellipses, 1989, 848 p.

CHAPITRE 1 :

LE CONTEXTE DÉMOGRAPHIQUE ET SOCIAL

Atlas des franciliens : tome 2, Population et modes de vie, IAURIF ; INSEE, 2002, 113 p.

Atlas des franciliens : tome 1, Territoires et population, IAURIF ; INSEE, 2000, 81 p.

Population, ménage, famille, fécondité, natalité

Les jeunes et la santé en Île-de-France : indicateurs départementaux de santé, ORS, 2001, 160 p.

La santé de l'enfant en Île-de-France, ORS, 1998, 4 p.

Pauvreté, CSP, revenus

Recueil statistique relatif à la pauvreté et la précarité en Île-de-France au 31 décembre 2003, MIPES, 2004, 85 p.

La connaissance de la pauvreté et de la précarité en Île-de-France, in : INSEE Île-de-France regards, juillet 2003, pp. 5-9.

Géographie sociale et pauvreté : 2. L'évolution des disparités sociales entre les communes de l'Île-de-France, IAURIF, 2001, 70 p.

Population active, emploi et chômage en Île-de-France, INSEE Île-de-France, 2001, 79 p.

CHAPITRE 2 :

L'ÉTAT DE SANTÉ DES FRANCILIENS

La santé observée en Seine-saint-Denis, ORS, 2005, 4 p.

Éléments de diagnostic sanitaire en Île-de-France, CHÉRASSE (Dominique), préf. (URCAMIF/DRASSIF/ORSIF) et al., 2004, non paginé.

L'Atelier santé ville, une démarche territoriale de santé publique, Profession Banlieue, 2004, 89 p.

Politique de la ville, territoire et santé. Réflexions autour des ateliers santé ville et de leurs enjeux en Seine-Saint-Denis, Profession Banlieue, 2004, 111 p.

Éducation pour la santé : une politique de prévention en Île-de-France, CESRIF, 2003, 112 p.

La santé des Franciliens. Panorama de la santé en Île-de-France, ORS, 2003, 202 p.

La santé observée dans les Hauts-de-Seine, ORS, 2001, non paginé.

Mortalité, morbidité

Rapport sur la santé en France, ministère de la Santé, Haut comité de la santé publique, 2002, 412 p.

La mortalité en Île-de-France en 1995-97 : principales caractéristiques de la mortalité des Franciliens, ORS, 2001, 49 p.

La mortalité des jeunes entre 10 et 29 ans en Île-de-France, ORS, 2000, 69 p.

Pathologies

Intoxication par le plomb de l'enfant et de la femme enceinte - prévention et prise en charge médico-sociale. Actes de la conférence de consensus, Lille, 5 et 6 novembre 2003, Santé publique, octobre 2004, 252 p.

Alcool, tabac, cannabis et autres drogues à 17 ans en Île-de-France. Exploitation régionale de l'enquête ESCAPAD 2002-2003, Beck (François), LEGLEYE (Stéphane), SPILKA (Stanislas), GREMY (Isabelle), Tendances, n° 38, Juillet 2004, 4 p.

Consommation, dépenses

La filière santé en Île-de-France : les enjeux économiques d'un pôle cancer, Enjeux Île-de-France, 2005, n° 80, avril 2005, 5 p.

Rapport sur les dépenses 2003 de l'assurance maladie en Île-de-France, ARHIF, URCAMIF, DRASSIF, CRAMIF, 2005, 71 p.

Industries et marchés des nouvelles technologies de la santé en Île-de-France, Enjeux Île-de-France, n° 65, mars 2004, 4 p.

CHAPITRE 3 :

L'OFFRE DE SOINS EN ÎLE-DE-FRANCE

L'hôpital public en France : bilan et perspectives, Conseil économique et social, MOLINIÉ (Eric), juin 2005, 263 p.

Les services de soins infirmiers en Île-de-France en 2002, DRASSIF, Études statistiques, n° 7, mars 2005, 29 p.

L'allaitement maternel en Île-de-France : expériences, ressources, DRASSIF - Commission Régionale de Naissance, janvier 2005, 92 p.

Santé mentale : bilan et perspectives, COUYBES (Michaël), COLDEFY (Cécile), DOREY (Hélène) In : Etre, n° 76, 2005, p. 6-29.

Plan régional cancer Île-de-France, DRASSIF, décembre 2004, 46 p.

Enquête régionale sur le fonctionnement des sites réalisant des interruptions volontaires de grossesses 2002, CRN-DRASSIF, novembre 2004, 24 p.

Bilan de l'activité des services d'urgence en Île-de-France en 2003 : suivi du SROS urgence, ARHIF, octobre 2004, 46 p.

Les secteurs de psychiatrie générale en 2000 : évolutions et disparités, COLDEFY (Magali), SALINES (Emmanuelle), Études et résultats, n° 342, DREES, octobre 2004, 12 p.

Les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile en 2000 : évolutions et disparités, COLDEFY (Magali), SALINES (Emmanuelle), DRESS, Études et résultats, n° 341, septembre 2004, 12 p.

Industries et marchés des nouvelles technologies de la santé en Île-de-France, Enjeux Île-de-France, 2004, n° 65, mars 2004, 4 p.

Schéma régional d'organisation sanitaire relatif à l'insuffisance rénale chronique, ARHIF, 2004, 112 p.

Diagnostic partagé sur l'organisation du système de santé en Île-de-France, ARHIF, URCAMIF, 2004, 36 p. + cédérom.

Territoires de l'hôpital et territoire de projets de santé, DATAR, VIGNERON (Emmanuel), dir., DATAR, 2004, 93 p.

Statistiques et indicateurs de la santé et du social : STATISS 2004 Île-de-France, DRASSIF, DREES, 2004, 29 p.

Schéma régional d'organisation sanitaire d'Île-de-France relatif à l'imagerie. Arrêté du 30 juillet 2004. ARHIF, 66 p.

Permanence des soins en Île-de-France, URCAMIF, MSA, 2004, 100 p.

Aménagement du territoire et établissements de santé, Picard (Michel), Journal Officiel. Avis et rapports du Conseil économique et social, n° 4, 3 juin 2004, VII-62-172 p.

L'hôpital réinventé, Institut Montaigne, 2004, 87 p.

Les capacités d'accueil et l'activité des établissements de santé de l'Île-de-France en 2001, DRASSIF, Stat'if, n° 10, décembre 2003, 6 p.

La pratique des césariennes : évolution et variabilité entre 1998 et 2001, BAUBEAU (Dominique), BUISSON (Guillemette), DRESS, Études et Résultats, n° 275, décembre 2003, 12 p.

Éléments de diagnostic sanitaire en Île-de-France, CHÉRASSE (Dominique), préf. URCAMIF (URCAMIF/DRASSIF/ORS)/ et al., septembre 2003.

Recomposer l'offre hospitalière, MOSSE (Philippe), LECLERC (Françoise), Revue française des affaires sociales, n° 3, juillet-septembre 2003.

Évolution de la statistique annuelle des établissements en 1994-1999, DRASSIF, Stat'if, n° 5, janvier 2003, 6 p.

Maisons de naissance en Île-de-France : réflexions et propositions du groupe de travail CRN Île-de-France 2002-2003, CRN-DRASSIF, 2003, 88 p.

Disparités d'accès aux soins en Île-de-France. Convention URCAMIF -Espace santé et territoire. Rapport final, RICAN (Stéphane), SALEM (Gérard), KURZINGER (Marie-Laure), BOUTRON (Carole), URCAMIF, 2003, 46 p.

L'interruption volontaire de grossesse en Île-de-France : programme régional de santé : périnatalité, rapport auprès du groupe national d'appui, DRASSIF, 2002, 83 p.

Les équipements hospitaliers en Île-de-France, ORS, 1998, 4 p.

Le développement des soins palliatifs en Île-de-France : une dynamique en quête de plan, Aballea (Pierre), In : Santé publique, 1993, pp.48-63.

Professions de santé

Plus de recours aux médecins spécialistes en Île-de-France, INSEE Île-de-France à la page, n° 245, février 2005, 4 p.

Démographie des professions de santé, rapport, BERLAND (Yvon) 2005, 62 p.

Prospective des métiers de la santé. Journée d'étude du 18 novembre 2004, Commissariat général au Plan, 2005, 49 p.

La démographie médicale à l'horizon 2025 : une actualisation des projections au niveau national, BESSIERE (Sabine), BREUIL-GENIER (Pascale), DARRINÉ (Serge), DRESS, Études et résultats, n° 352, novembre 2004, 12 p.

La démographie médicale à l'horizon 2025 : une régionalisation des projections, BESSIERE (Sabine), BREUIL-GENIER (Pascale), DARRINÉ (Serge), DRESS, Études et résultats, n° 353, novembre 2004, 12 p.

Les instituts de formation à la profession d'aide soignant, DRASSIF, Stat'if, n° 11, août 2004, 4 p.

Les instituts de formation à la profession d'auxiliaire de puériculture, DRASSIF, Stat'if, n° 12, août 2004, 4 p.

Rapport 2004 de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé, Synthèse générale + 4 tomes, ONDPS, 2004, 596 p.

Les travaux entrepris par sept URCAM dans le cadre du programme «l'adéquation entre l'offre et le recours aux soins», Cahiers de sociologie et de démographie médicales, n° 2, juin 2003, pp. 259-278.

Démographie médicale ressources disponibles et offre de soins en Île-de-France, BARSACQ (Gérard), URHIF, 2003, 34 p.

Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences, BERLAND (Yvon), 2003, 58 p.

Démographie médicale en Île-de-France : état des lieux et devenir de la profession, DRASSIF, 2003, 44 p.

Étude démographique des internes et résidents d'Île-de-France, DRASSIF, 2003, 32 p.

Démographie médicale ressources disponibles et offre de soins en Île-de-France (colloque), UHRIF, 2003, non paginé.

Activité des infirmiers libéraux en Île-de-France - Premiers résultats, URCAMIF, 2003, 53 p.

Les effectifs infirmiers dans les établissements hospitaliers de la région Île-de-France, ARHIF, 2002.

Analyse du turn-over des infirmier(e)s en Île-de-France : rapport d'étude, ODIS, 2002.

Recensement des offres de places de stages étudiants infirmiers : année 2000, DRASSIF, Études statistiques, n° 3, décembre 2001

Les médecins libéraux en Île-de-France, répartition géographique, ORS, 2000, 4 p.

CHAPITRE 4 :

LA PRISE EN CHARGE DES POPULATIONS VULNÉRABLES

Santé, soins et protection sociale en 2002. Enquête sur la santé et la protection sociale (ESPS) France 2002, AUVRAY (Laurence), DOUSSIN (Anne), LE FUR (Philippe), CREDES, 2003, 190 p.

Personnes âgées

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2003 : locaux et équipements, DUTHEIL (Nathalie), DRESS, Études et Résultats, n° 380, mars 2005, 8 p.

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2003 : activité et personnel - Premiers résultats de l'enquête EHPA 2003, TUGORES (François), DRESS, Études et Résultats, n° 379, février 2005, 8 p.

Schéma régional d'organisation sanitaire relatif à la prise en charge des personnes âgées à l'hôpital en Île-de-France : annexes : arrêté du 30 juillet 2004, ARHIF, 2004, 76 p.

L'aide à domicile auprès des personnes âgées en Île-de-France, DRASSIF, 2004, 64 p.

La prise en charge médicalisée des personnes âgées en Île-de-France, DRASSIF, 2004, 8 p.

Les places dans les établissements pour personnes âgées en 2001-2002, MESRINE (Annie), DRESS, Études et Résultats, n° 263, octobre 2003, 8 p.

Le réseau familial des personnes âgées de 60 ans ou plus vivant à domicile ou en institution, DESEQUELLES (Aline) BROUARD (Nicolas), In : Population, n° 2, 2003, pp. 201-228.

Les personnes âgées en Île de France. Évolutions et perspectives de prise en charge de la dépendance, MARIA (Florence de), PEPIN (Philippe), ORS, 2003, 168 p.

Enquête AMS - AGGIR- Morbidité-Soins en maisons de retraite. Description épidémiologique des résidents. Résultats analytiques. Typologie de résidents. Enquête effectuée du 27 novembre au 3 décembre 2000, DRASSIF, Études et statistiques, n° 4, novembre 2002, 201 p.

Les maisons de retraite franciliennes en 2000, enquête spécifique Île-de-France, DRASSIF, Stat'if, n° 3, novembre 2002, 6 p.

BIBLIOGRAPHIE

Programme régional de santé : «personnes âgées» : phase I : état des lieux, DRASSIF, mars 2002, 173 p.

Personnes âgées et aidants potentiels : une projection à l'horizon 2040, Bontout (Olivier), COLIN (Christelle), KER-JOSSE (Roselyne), DRESS, Études et résultats, n° 160, février 2002, 12 p.

Le Mini-Fichier des établissements pour personnes âgées en Île-de-France. DALBARADE MORVAN (Myriam), 2002, 102 p.

Les unités de soins de longue durée franciliennes en 2000, DRASSIF, Stat'if, n° 1, juin 2001, 4 p.

L'espérance de vie sans incapacité augmente, ROBINE (Jean-Marie), MORMICHE (Pierre), INSEE Première, n° 281, octobre 1993, 4 p.

Politique de la Vieillesse, Rapport de la commission d'études des problèmes de la vieillesse présidée par Pierre Laroque, La documentation française, 1962, 438 p.

Personnes souffrant de handicaps

Les jeunes adultes relevant de l'amendement Creton, BARREYRE (Jean-Yves), PEINTRE (Carole), DRESS, Études et Résultats, n° 390, avril 2005, 8 p.

Les enfants et adolescents pris en charge dans les Centres médico-psycho-pédagogiques, COLDEFY (Magali), FAURE (Patricia), PRIETO (Nathalie), DRESS, Études et Résultats, n° 392, avril 2005, 8 p.

Les personnes polyhandicapées prises en charge par les établissements et services médico-sociaux, DUTHEIL (Nathalie), DRESS, Études et Résultats, n° 391, avril 2005, 8 p.

Adultes handicapés : établissements médico-sociaux en Île-de-France, DRASSIF, février 2004, 6 p.

Enfants et adolescents handicapés : établissements et services médico-sociaux en Île-de-France, DRASSIF, 2004, 8 p.

Bilan des plans de financement sur le handicap en Île-de-France, DRASSIF, novembre 2003, 4 p.

L'évaluation du besoin de places en CAT, MAS et FAM, BAS-THÉRON (Françoise), DUPONT (Marc), La documentation française, 2003, 231 p.

Schéma régional en faveur des personnes adultes handicapées, DRASSIF, 2002, 125 p.

Résultats d'une enquête épidémiologique sur les déficiences sévères à l'âge scolaire. RUMEAU-ROUQUETTE (Claude), CAN S (Christine), GRANDJEAN (Hélène), In : Les cahiers de CTNERHI, n° 79-80, juillet-décembre 1988.

Populations en situation de vulnérabilité sociale

Les familles monoparentales et leurs conditions de vie, ALGAVA (Élisabeth), LE MINEZ (Sylvie), BRESSÉ (Sophie), PLA (Anne), DRESS, Études et Résultats, n° 389, avril 2005, 12 p.

Les bénéficiaires de la CMU au 31 décembre 2003, BOISGUÉRIN (Bénédicte), DRESS, Études et Résultats, n° 381, mars 2005, 8 p.

La santé des personnes entrées en prison en 2003, MOUQUET (Marie-Claude), DREES, Études et Résultats, n° 386, mars 2005, 12 p.

Les déterminants individuels des dépenses de santé : l'influence de la catégorie sociale et de l'assurance maladie complémentaire, RAYNAUD (Denis), DRESS, Études et Résultats, n° 378, février 2005, 12 p.

État de santé et recours aux soins des bénéficiaires de la CMU - Un impact qui se consolide entre 2000 et 2003, BOISGUÉRIN (Bénédicte), DRESS, Études et Résultats, n° 294, mars 2004, 8 p.

L'impact de la CMU sur la consommation individuelle de soins, RAYNAUD (Denis), DRESS, Études et Résultats, n° 229, mars 2003, 8 p.

Degré d'implication des Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) dans la Couverture maladie universelle (CMU) et l'Aide médicale d'État (AME), DRASSIF, Études Statistiques, n° 2, octobre 2001, 31 p.

LES NOTES RAPIDES DE L'IAURIF

Pollution particulaire en Île-de-France : éléments pour un bilan, FRANCONI (Antoine), Note rapide sur l'environnement et la santé, n° 380, avril 2005, 6 p.

La maîtrise des apports de nitrates en Île-de-France : un enjeu environnemental et de santé publique, FRANCONI (Antoine), CAMARD (Jean-Philippe), Note rapide sur l'environnement et la santé, n° 353, avril 2004, 6 p.

Environnement et santé : concepts, outils juridiques, organisation. Les actions en Île-de-France, FRANCONI (Antoine), CAMARD (Jean-Philippe), ALGAND (G) Note rapide sur l'environnement et la santé, n° 4, avril 2003, 6 p.

Les boues d'épuration d'Île-de-France : enjeux sanitaires et environnementaux, FRANCONI (Antoine), CAMARD (Jean-Philippe), Note rapide sur l'environnement et la santé, n° 3, février 2003, 6 p.

L'eau en Île-de-France : aspects sanitaires et environnementaux, FRANCONI (Antoine), CAMARD (Jean-Philippe), POITEVIN (Jackie), Note rapide sur l'environnement et la santé, n° 2, décembre 2002, 6 p.

La pollution des sols : impact sur l'environnement et la santé, FRANCONI (Antoine), CAMARD (Jean-Philippe), POITEVIN (Jackie), FAYTRE (Ludovic), Note rapide sur l'en-



vironnement et la santé, n° 1, novembre 2001, 6 p.

SITES INTERNET (JUIN 2005)

SITES NATIONAUX

Administrations

Ministère de la solidarité, de la santé et de la famille, rubriques «recherches et statistiques»
<http://www.sante.gouv.fr/>

Statistiques nationales sanitaires et sociales
<http://www.sante.gouv.fr/drees/statiss/default.htm>

Portail des agences sanitaires
<http://www.sante.fr/>
Institut de veille sanitaire (InVS)
<http://www.invs.sante.fr/>
Institut national de prévention et d'éducation à la santé (INPES)
<http://www.inpes.sante.fr/>

Mission interministérielle pour la lutte contre le cancer
<http://www.plancancer.fr/>

Autres acteurs de la santé

Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)
<http://www.atih.sante.fr/>

Annuaire critique de la Banque de données de santé publique
<http://www.bdsp.tm.fr/Webs/Default.asp>

Haut comité de santé publique (HCSP)
<http://hcsp.ensp.fr/>

Institut de recherches et documentation en économie de la santé (IRDES)
<http://www.irdes.fr/>

Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM)
<http://www.inserm.fr/>

Score santé, le site commun d'observation en santé
<http://www.fnors.org/Score/accueil.htm>

Société française de santé publique
<http://www.sfsp.info/>

SITES RÉGIONAUX

Administrations

Portail des agences régionales d'hospitalisation
<http://www.parhtage.sante.fr>

La Préfecture de la région d'Île-de-France, dont rubrique «données sur la santé et l'action sociale»
<http://www.idf.pref.gouv.fr/donnees/sante.htm>

La Mission d'information sur la pauvreté et l'exclusion sociale en Île-de-France (MIPES)
<http://www.ile-de-france.pref.gouv.fr/mipes/presentation.htm>

Les Directions départementales, la direction régionale des affaires sanitaires et sociales d'Île-de-France (DDASS et DRASS), rubrique Santé publique
<http://ile-de-france.sante.gouv.fr/>

INSEE Île-de-France
http://www.insee.fr/fr/insee_regions/idf/

Collectivités territoriales

Conseil régional d'Île-de-France, rubrique solidarités/santé
<http://www.iledefrance.fr/>

Conseil économique et social d'Île-de-France
<http://www.cesr-ile-de-france.fr/>

Institut d'aménagement et d'urbanisme de la région d'Île-de-France (IAURIF)
<http://www.iaurif.org/>

Observatoire régional de la santé d'Île-de-France
<http://www.ors-idf.org/>

Organismes de sécurité sociale

Caisse régionale d'assurance maladie d'Île-de-France
<http://www.cramif.fr/>

Service médical de l'assurance maladie d'Île-de-France
<http://www.smamif.org/>

Union régionale des caisses d'assurance maladie
<http://www.urcamif.assurance-maladie.fr/>

Autres acteurs en Île-de-France

Assistance publique des hôpitaux de Paris :
<http://www.aphp.fr/>

Canceropôle Ile-de-France :
<http://www.canceropole-iledefrance.com/>

Schéma régional d'éducation et de prévention en santé (SREPS)
<http://www.sreps-idf.fr>

Union hospitalière de la région Île-de-France (URHIF)
<http://perso.wanadoo.fr/uhrif/>

Union régionale interfédérale des œuvres et des organismes privés sanitaires et sociaux d'Île-de-France (URIOPSS)
<http://www.uriopss-idf.asso.fr/>

Union régionale des médecins libéraux (URML)

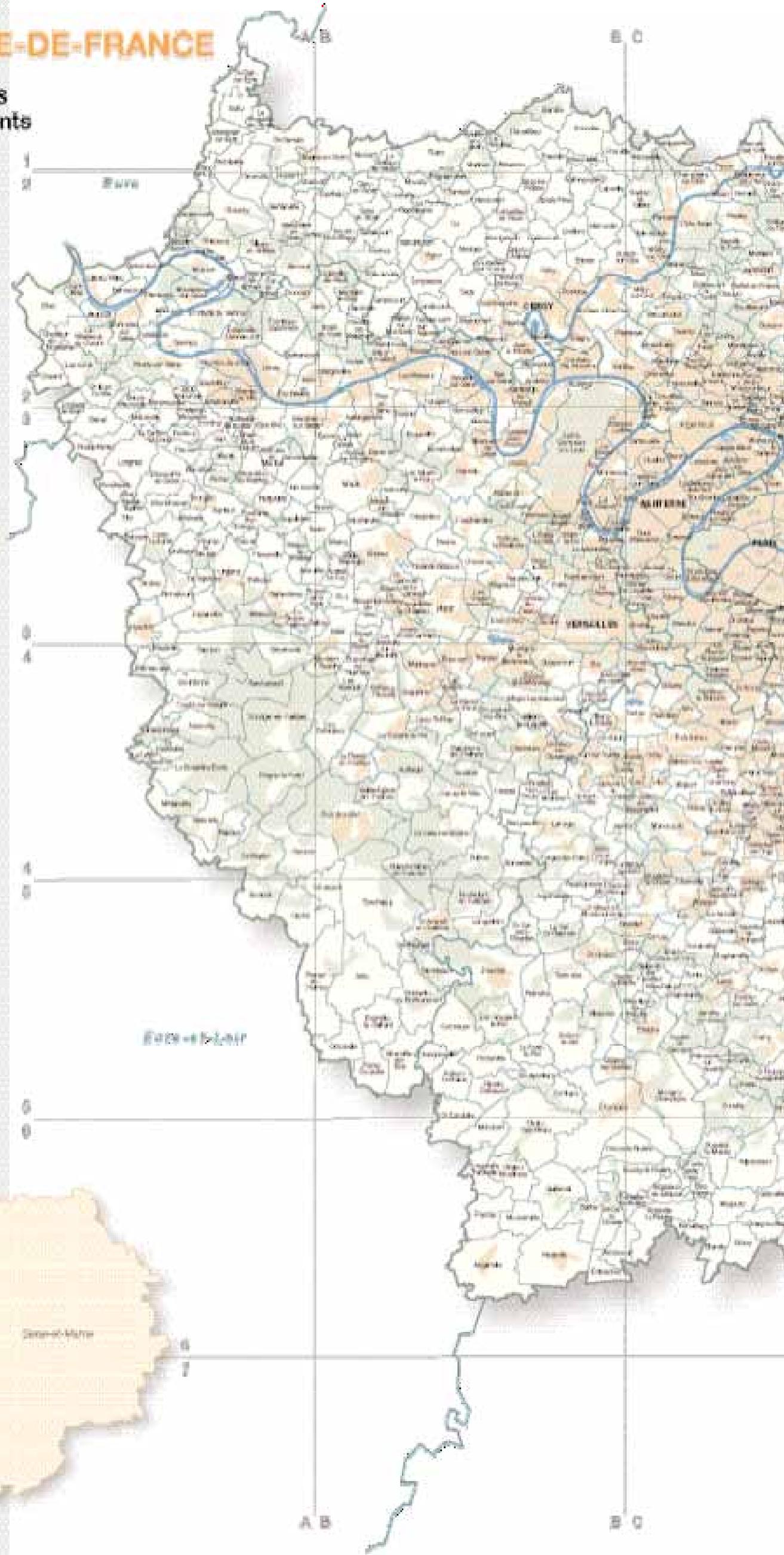
LA RÉGION D'ÎLE-DE-FRANCE

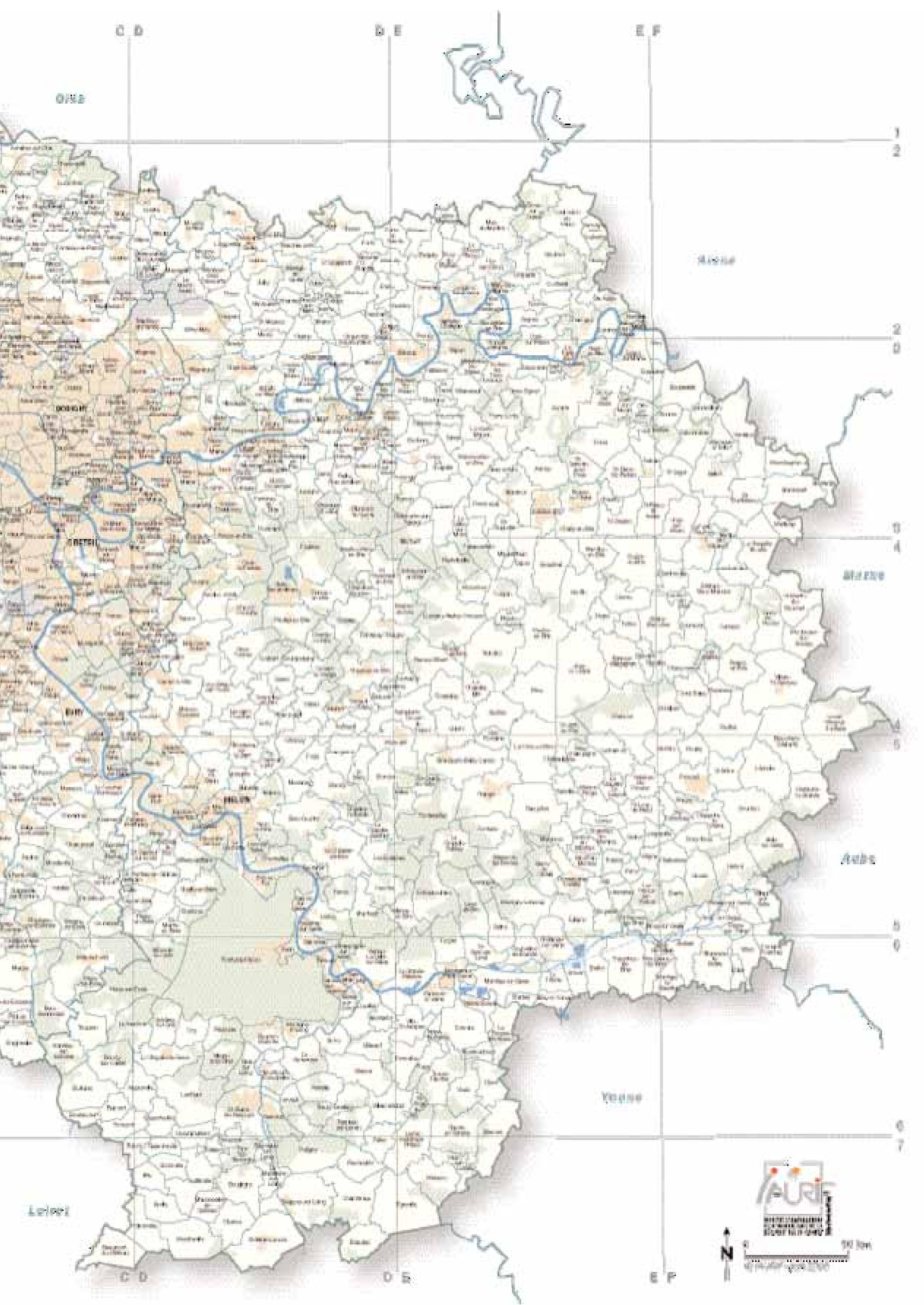
Limites administratives Communes et départements

- limite de la région Île-de-France
- limite de département
- limite de commune

- VERSAILLES** préfecture
- Paris Île-de-France
- espace central
 - espace bord
 - sauf espace
 - espace commercial
 - principaux cours d'eau

	département	communes	surface (km ²)
partie centrale	75 - Paris	20 communes	105,3
	92 - Hauts-de-Seine	36	175,6
	93 - Seine-Saint-Denis	40	254,8
	94 - Val-de-Seine	47	244,9
partie bord	77 - Seine-et-Marne	314	2 728,0
	78 - Yvelines	242	2 364,1
	91 - Essonne	176	1 832,4
	95 - Val-d'Oise	145	1 325,1
total Île-de-France		1 340	12 072,4





Liste alphabétique des communes d'Île-de-France et leur localisation

EXEMPLE
78 B5 Allainville-aux-Bois
78 B3 Alluets-le-Roi (Les)
département ↑
localisation ↑
nom de la commune ↑

A

91 C6 Abbéville-la-Rivière
95 B2 Ableiges
78 B5 Ablis
94 C4 Ablon-sur-Seine
78 B2 Achères
77 D6 Achères-la-Forêt
78 A4 Adainville
78 B3 Aigremont
95 A2 Aincourt
94 C3 Alfortville
78 B5 Allainville-aux-Bois
78 B3 Alluets-le-Roi (Les)
95 A1 Ambleville
95 A2 Amencourt
77 E4 Amillis
77 D6 Amponville
78 B3 Andelu
95 C2 Andilly
78 B2 Andrésy
77 D4 Andrezel
91 B6 Angerville
91 B5 Angervilliers
77 D3 Annet-sur-Marne
92 C4 Antony
77 D6 Arbonne-la-Forêt
94 C3 Arcueil
95 C3 Argenteuil
77 D4 Argentières
77 E2 Armentières-en-Brie
95 C2 Arnouville-lès-Gonesse
78 A3 Arnouville-lès-Mantes
91 C5 Arpajon
91 B6 Arrancourt
95 B1 Arronville
95 A2 Arthies
77 D7 Arville
95 C1 Asnières-sur-Oise
92 C3 Asnières-sur-Seine
91 C4 Athis-Mons
95 C2 Attainville
77 E4 Aubepierre-Ozouer-le-Repos
78 B3 Aubergenville
93 C3 Aubervilliers
78 B4 Auffargis
77 D7 Aufferville
78 A3 Aufferville-Brasseuil
77 F4 Augers-en-Brie
93 C3 Aulnay-sous-Bois
78 B3 Aulnay-sur-Mauldre
77 E3 Aulnoy
78 B3 Auteuil-le-Roi
91 B5 Authon-la-Plaine
78 B3 Autouillet
91 C5 Auvers-sur-Oise
91 C5 Auvers-Saint-Georges
95 B2 Auvers-sur-Oise
77 D6 Avon
91 C5 Avrainville

B

77 F6 Baby
77 D7 Bagneaux-sur-Loing
92 C3 Bagneux
93 C3 Bagnollet
95 C2 Baillet-en-France
78 B3 Bailly
77 D3 Bailly-Romainvilliers
91 C4 Ballainvilliers
91 C5 Ballancourt-sur-Essonne
77 E6 Balloy
77 E4 Bannost-Villegagnon
95 B2 Banthelu
77 E5 Barbey
77 D5 Barbizon
77 E2 Barcy
77 F3 Bassevelles
91 C5 Baulne
78 A3 Bazainville
78 B3 Bazemont
77 E6 Bazoches-lès-Bray
78 B4 Bazoches-sur-Guyonne
95 C2 Beauchamp
77 F5 Beauchery-Saint-Martin
77 C7 Beaumont-du-Gâtinais
95 C2 Beaumont-sur-Oise
77 E4 Beauthel
77 D4 Beauvoir
78 A3 Behout
95 B1 Bellay-en-Vexin (Le)
95 C2 Bellefontaine
77 F3 Bellot
95 C2 Bellot-en-France
78 A2 Bennecourt
77 E4 Bernay-Vilbert
95 C1 Bernes-sur-Oise
95 B1 Berville
95 C2 Bessancourt
95 C2 Béthémont-la-Forêt
77 F4 Béton-Bazoches
78 B3 Beynes
77 E4 Bezalles
95 C3 Bezons
91 C4 Bièvres
93 C3 Blanc-Mesnil (Le)
77 D5 Blandy
78 A2 Blaru
77 E6 Blennes
93 C3 Bobigny
91 C6 Boigneville
78 A3 Boiville-en-Mantois
78 B5 Boiville-le-Gaillard
78 A3 Boivilliers
92 C3 Bois-Colombes

C

94 C3 Cachan
77 E6 Cannes-Écluse
77 D3 Carnetin
78 B3 Carrières-sous-Poissy
78 C3 Carrières-sur-Seine
78 B4 Celle-les-Bordes (La)
78 B3 Celle-Saint-Cloud (La)
77 E3 Celle-sur-Morin (La)
77 D5 Cely-en-Bière
95 B2 Cergy
78 B4 Cernay-la-Ville
77 F4 Cerneux
91 C5 Cerny
77 D5 Cesson
77 F4 Cessoy-en-Montois
77 D5 Chailly-en-Bière
77 E3 Chailly-en-Brie
77 D7 Chaintreaux
77 F5 Chalaud-la-Grande
77 F5 Chalaud-la-Petite
77 D3 Chalifert
77 F5 Chalmaison
91 B6 Chalo-Saint-Mars
91 B6 Chalou-Moulineux
91 C5 Chamard
78 B3 Chambourcy
77 E2 Chambray
77 E2 Chamigny
95 C1 Champagne-sur-Oise

77 D6 Champagne-sur-Seine
77 F4 Champcenest
91 C5 Champceuil
77 D4 Champdeuil
77 D5 Champeaux
94 C3 Champigny-sur-Marne
91 C4 Champian
91 C6 Champmotteux
77 D3 Champs-sur-Marne
77 D5 Changis-sur-Marne
77 D3 Chanteloup-en-Brie
78 B2 Chanteloup-les-Vignes
95 A1 Chapelle-en-Vexin (La)
77 D5 Chapelle-Gauthier (La)
77 E4 Chapelle-Iger (La)
77 D6 Chapelle-la-Reine (La)
77 F4 Chapelle-Moutils (La)
77 E5 Chapelle-Rablais (La)
77 E5 Chapelle-Saint-Sulpice (La)
77 D4 Chapelles-Bourbon (Les)
78 B2 Chapet
94 C3 Charenton-le-Pont
77 D3 Charmentray
95 A2 Charmont
77 D2 Charny
95 B1 Chars
77 D5 Chartrettes
77 F4 Chartranges
77 D7 Château-Landon
77 E5 Châteaubleau
78 B4 Châteaufort
77 D5 Châtelet-en-Brie (Le)
95 C2 Châtenay-en-France
92 C4 Châtenay-Malabry
77 E3 Châtenay-sur-Seine
77 D7 Châtenoy
91 B5 Châtignonville
92 C3 Châtillon
77 D5 Châtillon-la-Borde
78 B3 Chatou
77 D4 Châtres
77 D2 Chauconin-Neufmontiers
78 A2 Chauffour-lès-Bonnières
91 C5 Chauffour-lès-Etréchy
77 E3 Chauffry
77 D4 Chaumes-en-Brie
95 C2 Chaumontel
95 A2 Chaussy
95 C2 Chauvry
95 A1 Bray-et-Lu
92 C3 Chaville
77 D3 Chelles
95 D2 Chennevières-lès-Louvres
94 D3 Chennevières-sur-Marne
77 E4 Chenoise
77 D7 Chenou
91 C5 Cheptainville
95 A2 Chérence
78 B3 Chesnay (Le)
77 D3 Chessy
91 C5 Chevaresses
94 C4 Chevilly-la-Rue
77 D6 Chevrainvilliers
78 B4 Chevreuse
77 E4 Chevru
77 D4 Chevry-Cossigny
77 E6 Chevry-en-Sereine
91 C4 Chilly-Mazarin
78 B4 Choisel
77 E4 Choisy-en-Brie
94 C4 Choisy-le-Roi
77 F3 City
78 A3 Civry-la-Forêt
78 B4 Clairefontaine-en-Yvelines
92 C3 Clamart
77 D3 Claye-Souilly
78 B3 Clays-sous-Bois (Les)
95 B2 Cléry-en-Vexin
92 C3 Clichy
93 D3 Clichy-sous-Bois
77 E5 Clos-Fontaine
77 E2 Cocherel
78 B4 Coignières
92 C3 Colombes
77 D3 Collégien
77 D4 Combs-la-Ville
95 B2 Commeny
77 D2 Compans
77 D3 Conches-sur-Gondoire
77 D3 Condé-Sainte-Libiaire
78 A4 Condé-sur-Vesgre
95 B2 Condécourt
78 B2 Conflans-Sainte-Honorine
91 B6 Congerville-Thionville
77 E2 Congis-sur-Therouanne
91 C5 Corbeil-Essonnes
91 B5 Combreuse
95 C2 Cormeilles-en-Parisis
95 B2 Cormeilles-en-Vexin
77 D4 Coubert
93 D3 Coubron
91 C5 Coudray-Montceau (Le)
77 D3 Couilly-Pont-aux-Dames
77 E2 Coulombs-en-Valois
77 E3 Coulommiers
77 D3 Coupvray
91 C5 Courances
92 C3 Courbevoie
77 E6 Courcelles-en-Bassée
95 B2 Courcelles-sur-Viosne
77 F4 Courchamp
91 C4 Courcouronnes
95 B2 Courdimanche

91 C5 Courdimanche-sur-Essonne
78 A3 Courgent
93 C3 Courneuve (La)
77 E4 Courpalay
77 D4 Courquetaine
91 B5 Courson-Monteloup
77 F4 Courtacon
77 E4 Courtomer
77 D3 Courtry
77 E5 Coutecon
77 D3 Coutevroult
78 A2 Cravent
77 E3 Crécy-la-Chapelle
77 E2 Crégy-lès-Meaux
78 B3 Crespières
94 C3 Créteil
77 E4 Crèvecœur-en-Brie
77 D5 Crisenoy
77 D3 Croissy-Beaubourg
78 B3 Croissy-sur-Seine
77 E5 Croix-en-Brie (La)
91 C4 Crosnes
77 E2 Crouy-sur-Ourq
77 E5 Cucharmoy
77 D2 Cuisy

D

77 E4 Dagny
77 D5 Dammarie-les-Lys
77 D2 Dammartin-en-Goële
78 A3 Dammartin-en-Serve
77 E3 Dammartin-sur-Tigeaux
78 B4 Dampierre-en-Yvelines
77 D3 Dampmart
78 A4 DanneMarie
91 C5 Dannemois
77 D6 Darvault
78 B3 Davron
95 C2 Deuil-la-Barre
91 C5 D'huison-Longueville
77 E2 D'huysy
77 E6 Diant
95 C2 Domont
77 E5 Donnemarie-Dontilly
77 E6 Dormelles
77 E3 Doue
91 B5 Dourdan
77 E2 Douy-la-Ramée
93 C3 Drancy
91 C4 Draveil
78 A2 Drocourt
93 C3 Dugny

E

95 C2 Eaubonne
91 C5 Echarcon
77 E5 Echourboulains
95 C2 Ecouen
78 B3 Ecquevilly
77 D5 Ecrennes (Les)
77 D6 Ecuelles
77 E5 Egligny
91 C5 Egly
77 E7 Egreville
78 B4 Elancourt
78 A5 Emancé
77 D3 Emerainville
95 C2 Enghien-les-Bains
95 B2 Ennery
95 D2 Epiais-lès-Louvres
95 B2 Epiais-Rhus
95 C2 Epinay-Champlatreux
91 D4 Epinay-sous-Sénart
91 C4 Epinay-sur-Orge
93 C3 Epinay-sur-Seine
77 D6 Episy
78 B3 Epône
95 B2 Eragny
95 C2 Ermont
77 D3 Esbly
77 E6 Esmans
78 B4 Essarts-le-Roi (Les)
91 B6 Estouches
91 B6 Etampes
78 B3 Etang-la-Ville (L')
91 C4 Etiolles
91 C5 Etréchy
77 E2 Etrépy
78 B2 Evequemont
77 F5 Everly
77 D4 Evry-Gregy-sur-Yerres
91 C4 Evry
95 C2 Ezanville

F

78 B3 Falaise (La)
77 E4 Faremoutiers
77 D4 Favières
78 A3 Favriex
77 D7 Fay-lès-Nemours
77 D5 Féricy
77 D4 Férolles-Attilly
77 D3 Ferrières-en-Brie
91 C5 Ferté-Alais (La)
77 F3 Ferté-Gauchier (La)
77 E3 Ferté-sous-Jouarre (La)
78 B3 Feucherolles
78 A3 Flacourt
77 E6 Flagy
77 D5 Fleury-en-Bière
91 C4 Fleury-Mérogis
78 A3 Flexanville
78 A4 Hauteville (La)
94 C4 Hay-les-Roses (L')

78 B2 Flins-sur-Seine
78 A2 Follainville-Dennemont
77 F6 Fontaine-Fourches
91 C6 Fontaine-la-Rivière
77 D5 Fontaine-le-Port
77 D6 Fontainebleau
77 E5 Fontaines
77 E5 Fontenailles
92 C3 Fontenay-aux-Roses
95 C2 Fontenay-en-Parisis
78 B3 Fontenay-le-Fleury
91 C5 Fontenay-le-Vicomte
91 C4 Fontenay-lès-Briis
78 A3 Fontenay-Mauvoisin
78 A2 Fontenay-Saint-Père
94 C3 Fontenay-sous-Bois
77 D4 Fontenay-Trésigny
91 B5 Forêt-le-Roi (La)
91 C6 Forêt-Sainte-Croix (La)
77 D2 Forfy
77 E6 Forges
91 B4 Forges-les-Bains
95 C2 Fosses
77 D5 Fouju
78 B3 Fourqueux
95 C2 Franconville
95 B2 Fremainville
95 B2 Frémécourt
78 A2 Freneuse
95 C2 Frépillon
94 C4 Fresnes
77 D3 Fresnes-sur-Marne
77 E4 Frétoy
95 C2 Frette-sur-Seine (La)
77 C6 Fromont
95 B1 Frouville
77 E3 Fublaines

G

95 B2 Gadancourt
93 D3 Gagny
78 B2 Gaillon-sur-Montcient
78 B3 Galluis
78 A4 Gambais
78 A4 Gambaiseuil
78 A3 Garancières
92 C3 Garches
92 C3 Garenne-Colombes (La)
77 D7 Garentreville
78 B2 Gargenville
95 C2 Garges-lès-Gonesse
77 E4 Gastins
78 A4 Gazeran
95 A2 Génainville
77 D6 Genevraye (La)
95 B2 Génicourt
92 C3 Gennevilliers
94 C3 Gentilly
77 E2 Germigny-l'Évêque
77 E2 Germigny-sous-Colombs
95 C2 Lassy
77 E4 Gif-sur-Yvette
91 B3 Giremoutiers
77 D7 Gironville
91 C6 Gironville-sur-Essonne
91 B4 Gometz-la-Ville
91 B4 Gometz-le-Châtel
78 A2 Gommecourt
95 C2 Gonesse
77 F5 Gouaix
78 A3 Goupillières
93 D3 Gournay-sur-Marne
95 C2 Goussainville
78 A3 Goussonville
77 D3 Gouvernes
95 B2 Gouzangrez
78 A4 Grandchamp
77 E6 Grande-Paroisse (La)
77 E5 Grandpuits-Bailly-Carrois
91 B5 Granges-le-Roi (Les)
77 E6 Graven
78 A3 Gresséy
77 D2 Gressy
77 D4 Gretz-Armainvilliers
77 D6 Grez-sur-Loing
91 C4 Grigny
95 B2 Grisy-les-Plâtres
77 D4 Grisy-Suisnes
77 F5 Grisy-sur-Seine
95 C2 Groslay
78 A4 Grosrouvre
77 E3 Guérard
77 D6 Guercyville
77 D3 Guermantes
78 A2 Guernes
78 A3 Guerville
91 C5 Guiberville
77 D4 Guignes
91 C5 Guigneville-sur-Essonne
91 B6 Guillerval
95 B2 Guiry-en-Vexin
78 A2 Guitrancourt
77 E5 Gurcy-le-Châtel
78 B4 Guyancourt

H

95 B1 Haravilliers
78 B2 Hadricourt
78 A3 Hargeville
95 A2 Haute-Isle
77 E3 Haute-Maison (La)
77 E4 Hautefeuille
78 A4 Hauteville (La)
94 C4 Hay-les-Roses (L')

95 B1 Heaulme (Le)
95 C1 Hédouville
78 B2 Herbeville
95 B2 Herblay
77 D5 Héricy
77 F5 Hermé
78 A4 Hermeray
95 B2 Hérouville
95 A2 Hodent
77 F3 Houdevilliers
78 A3 Houdan
78 C3 Houilles
77 D4 Houssaye-en-Brie (La)

I

77 D7 Ichy
91 C4 Igny
93 C3 Ile-Saint-Denis
95 C2 Isle-Adam (L')
77 D2 Isles-les-Meldeuses
77 D3 Isles-lès-Villenoy
78 A2 Issou
92 C3 Issy-lès-Moulineaux
91 C5 Itteville
77 D2 Ivry
94 C3 Ivry-sur-Seine

J

77 D3 Jablines
95 C2 Jagny-sous-Bois
92 E2 Jaignes
78 B2 Jambville
91 C5 Janville-sur-Juine
91 B4 Janvry
77 F6 Jaulnes
78 A2 Jeufosse
94 C3 Joinville-le-Pont
77 D3 Jossigny
77 E3 Jouarre
78 B3 Jours-Pontchartrain
78 C4 Jouvencourt
77 E4 Jouvencourt
95 B2 Jouvencourt
78 A2 Jouvencourt
77 F3 Jouvencourt
77 D2 Juilly
78 A3 Jumeauville
77 E5 Jutigny
91 C4 Juvisy-sur-Orge
78 B2 Juziers

K

94 C3 Kremlin-Bicêtre (Le)

L

95 B2 Labbeville
77 D3 Lagny-sur-Marne
78 B2 Lainville-en-Vexin
77 D6 Larchant
91 C5 Lardy
95 C2 Lassy
77 E5 Laval-en-Brie
77 F5 Léchelle
77 F4 Lescherolles
77 D3 Lesches
77 D4 Lésigny
91 C5 Leudeville
77 F4 Leudon-en-Brie
91 C4 Leuville-sur-Orge
92 C3 Levallois-Perret
78 B4 Lévis-Saint-Nom
77 D4 Lieusaint
93 C3 Lilas (Les)
78 A2 Limay
94 C4 Limeil-Brévannes
78 A2 Limetz-Villez
77 D4 Limoges-Fourches
91 B4 Limours
91 C5 Lisses
77 D4 Lissy
77 D4 Livierdy-en-Brie
95 B2 Livilliers
93 D3 Livry-Gargan
77 D6 Livry-sur-Seine
77 E5 Lizines
77 E2 Lizy-sur-Ourcq
78 B4 Loges-en-Josas (Les)
77 D3 Lognes
92 C2 Lomoye
91 C4 Longjumeau
91 C3 Longnes
77 D3 Longperrier
91 C4 Longpont-sur-Orge
95 B2 Longuesse
77 E5 Longueville
78 B5 Longvilliers
77 E7 Lorrez-le-Bocage-Préaux
77 F4 Louan-Villegruis-Fontaine
78 B3 Louveciennes
95 C2 Louvres
77 E5 Luisetaines
77 E4 Lumigny-Nesles-Ormeaux
77 E2 Luzancy
95 C2 Luzarches

M

77 D5 Marchault
77 D7 Madeleine-sur-Loing (La)
95 C2 Maffliers
78 A2 Magnanville
95 B1 Magny-en-Vexin
77 D3 Magny-le-Hongre
78 B4 Magny-les-Hameaux

77 D5 Maincy
77 E5 Maison-Rouge
77 E3 Maisonnelles-en-Brie
77 D7 Maisonnelles-en-Gâtinais
94 C3 Maisons-Alfort
78 B3 Maisons-Laffitte
91 C6 Maisse
92 C3 Malakoff
94 D4 Mandres-les-Roses
78 A2 Mantes-la-Ville
77 D2 Marchémoret
77 E2 Marcilly
91 C4 Marcoussis
78 B3 Marcq
95 C2 Mareil-en-France
78 B3 Mareil-le-Guyon
78 B3 Mareil-Marly
78 B3 Mareil-sur-Mauldre
77 F4 Maretz (Les)
77 D3 Mareuil-lès-Meaux
95 C2 Margency
95 B1 Marines
77 E4 Marles-en-Brie
95 C2 Marly-la-Ville
78 B3 Marly-le-Roi
92 C3 Marnes-la-Coquette
91 C6 Marolles-en-Beauce
77 E4 Marolles-en-Brie
94 D4 Marolles-en-Brie
91 C5 Marolles-en-Hurepoix
77 E6 Marolles-sur-Seine
77 E2 Mary-sur-Marne
91 C4 Massy
91 C5 Mauchamps
95 A2 Maudétour-en-Vexin
78 B3 Maule
78 A4 Maulette
77 E4 Mauperthuis
78 B2 Maurecourt
77 D2 Mauregard
78 B4 Maurepas
77 E2 May-en-Multien
77 E3 Meaux
78 B3 Médan
77 D5 Mée-sur-Seine (Le)
77 E5 Meigneux
77 F3 Meilleray
77 D5 Melun
77 F5 Melz-sur-Seine
78 A3 Ménéville
91 C5 Mennecy
95 B1 Ménuville
95 B2 Menucourt
78 B3 Méré
91 B6 Méréville
78 A2 Méricourt
95 C2 Mériel
91 B6 Mérobert
77 E2 Méry-sur-Marne
95 C2 Méry-sur-Oise
77 D2 Messnil-Amelot (Le)
95 C2 Messnil-Aubry (Le)
78 B3 Messnil-le-Roi (Le)
78 B4 Messnil-Saint-Denis (Le)
78 B4 Mesnuls (Les)
91 C6 Mespuits
77 D2 Messy
92 C3 Meudon
78 B2 Meulan

95 C2 Montlignon
77 E7 Montmachoux
95 C2 Montmagny
95 C2 Montmorency
77 F3 Montolivet
93 C3 Montreuil
95 A1 Montreuil-sur-Epte
92 C3 Montrouge
77 D3 Montry
95 C2 Montsoult
78 B3 Morainvilliers
91 C4 Morangis
77 D6 Moret-sur-Loing
91 C5 Morigny-Champigny
77 E5 Mormant
91 C4 Morsang-sur-Orge
91 C5 Morsang-sur-Seine
77 E4 Mortcerf
77 F5 Mortery
77 E3 Mouroux
95 C2 Mours
77 E6 Mousseux-lès-Bray
78 A2 Mousseux-sur-Seine
95 B2 Moussy
77 D2 Moussy-le-Neuf
77 D2 Moussy-le-Vieux
77 F5 Mouy-sur-Seine
78 A3 Mulcent
78 B2 Mureaux (Les)

N

91 C5 Nainville-les-Roches
77 D5 Nandy
77 E5 Nangis
77 C6 Nanteau-sur-Essonnes
77 D6 Nanteau-sur-Lunain
92 C3 Nanterre
77 E3 Nanteuil-lès-Meaux
77 E2 Nanteuil-sur-Marne
77 D2 Nantouillet
78 B3 Neauphle-le-Château
78 B3 Neauphle-le-Vieux
78 A3 Neauphlette
77 D6 Nemours
95 C2 Nerville-la-Forêt
95 C2 Nesles-la-Vallée
77 D4 Neufmoutiers-en-Brie
95 B1 Neuilly-en-Vexin
93 C3 Neuilly-Plaisance
93 D3 Neuilly-sur-Marne
92 C3 Neuilly-sur-Seine
95 B2 Neuville-sur-Oise
78 B3 Nezel
94 C3 Nogent-sur-Marne
95 C2 Nointel
94 D4 Noisseau
77 D3 Noisiel
93 D3 Noisy-le-Grand
78 B3 Noisy-le-Roi
93 C3 Noisy-le-Sec
77 E5 Noisy-Rudignon
77 C6 Noisy-sur-Ecole
95 C2 Noisy-sur-Oise
77 D6 Nonville
91 C5 Norville (La)
77 F5 Noyen-sur-Seine
91 C4 Nozay
95 B1 Nucourt

O

77 D7 Obsonville
77 E2 Ocquerre
78 B2 Oinville-sur-Montcient
91 C6 Oissy
78 B4 Ollainville
77 E6 Osmoy
77 D2 Oncy-sur-École
78 B5 Orcemont
78 A3 Orgerus
78 B3 Orgeval
94 C4 Orly
77 E3 Orly-sur-Morin
77 E5 Ormes-sur-Voulzie (Les)
77 D7 Ormesson
94 D3 Ormesson-sur-Marne
91 C5 Ormoy
91 C6 Ormoy-la-Rivière
78 A5 Orphin
91 C4 Orsay
78 B3 Orsonville
91 C5 Orveau
78 A3 Orvilliers
78 A3 Osmoy
77 D5 Osny
77 D2 Othis
77 D4 Ozoir-la-Ferrière
77 D4 Ozouer-le-Voulgis

P

91 C4 Palaiseau
77 D7 Paley
77 D5 Pamfou
93 C3 Pantin
78 B5 Paray-Douville
91 C4 Paray-Vieille-Poste
75 C3 Paris
95 C2 Parmain
77 E5 Paroy
77 F5 Passy-sur-Seine
93 C3 Pavillons-sous-Bois (Les)
78 B3 Pecq (Le)
91 B4 Pecqueuse
77 E4 Pécy
77 D2 Penchard

95 B2 Perchay (Le)
78 A2 Perdreauville
94 D4 Périgny-sur-Yerres
78 B4 Perray-en-Yvelines (Le)
94 C3 Perreux-sur-Marne (Le)
95 C1 Persan
77 D5 Perthes-en-Gâtinais
77 E4 Pezarches
77 E3 Pierre-Levée
93 C3 Pierrefitte-sur-Seine
95 B2 Pierrelaye
77 D3 Pin (Le)
95 C2 Piscop
78 B3 Plaisir
77 D2 Plessis-aux-Bois (Le)
95 C2 Plessis-Bouchard (Le)
77 E4 Plessis-Feu-Aussoux (Le)
95 C2 Plessis-Gassot (Le)
77 D2 Plessis-l'Évêque (Le)
95 C2 Plessis-Luzarches (Le)
91 C4 Plessis-Pâté (Le)
77 E2 Plessis-Placy (Le)
92 C4 Plessis-Robinson (Le)
91 B5 Plessis-Saint-Benoît
94 D3 Plessis-Trévisé (Le)
77 F5 Poigny
78 A4 Poigny-la-Forêt
77 E2 Poincy
78 B3 Poissy
77 D7 Poligny
77 E3 Pommeuse
77 D3 Pomponne
77 D4 Pontault-Combault
77 D3 Pontcarré
78 B5 Ponthévrard
95 B2 Pontoise
78 A2 Porcheville
78 B3 Port-Marly (Le)
78 A2 Port-Villez
93 C3 Pré-Saint-Gervais (Le)
77 D3 Précy-sur-Marne
95 C2 Presles
77 D4 Presles-en-Brie
77 D5 Pringy
77 F5 Provins
78 B5 Prunay-en-Yvelines
78 A3 Prunay-le-Temple
91 C6 Prunay-sur-Essonnes
91 C6 Puiset-le-Marais
95 C2 Puisieux-en-France
95 B2 Puisieux-Pontoise
77 E2 Puisieux
91 B6 Pussay
92 C3 Puteaux

Q

94 D3 Queue-en-Brie (La)
78 A3 Queue-les-Yvelines (La)
77 E4 Quiers
91 D4 Quincy-sous-Sénart
77 D3 Quincy-Voisins

R

93 D3 Raincy (Le)
78 A4 Raizeux
78 A4 Rambouillet
77 E5 Rampillon
77 D5 Réau
77 E3 Rebais
77 D6 Recloses
77 D7 Remauville
78 B3 Rennemoulin
77 E3 Reuil-en-Brie
91 B5 Richarville
78 A3 Richebourg
91 C4 Ris-Orangis
95 A2 Roche-Guyon (La)
78 B5 Rochefort-en-Yvelines
77 D5 Rochette (La)
78 B3 Rocquencourt
91 B5 Roinville
91 C6 Roinvilliers
77 D3 Roissy-en-Brie
95 C2 Roissy-en-France
78 A2 Rolleboise
93 C3 Romainville
95 C1 Ronquerolles
78 A3 Rosay
93 C3 Rosny-sous-Bois
78 A2 Rosny-sur-Seine
77 F5 Rouilly
77 D2 Rouvres
77 E4 Rozay-en-Brie
77 D5 Rubelles
92 C3 Rueil-Malmaison
77 C6 Rumont
94 C4 Rungis
77 F4 Rupereux

S

77 E3 Saâcy-sur-Marne
77 F3 Sablonnières
91 B6 Saclas
91 C4 Saclay
95 B2 Sagy
78 A2 Saily
77 E6 Saint-Ange-le-Viel
78 B5 Saint-Arnoult-en-Yvelines
91 B4 Saint-Aubin
77 E3 Saint-Augustin
77 F3 Saint-Barthélemy
77 C5 Saint-Brice
95 C2 Saint-Brice-sous-Forêt
91 B5 Saint-Chéron

95 A1 Saint-Clair-sur-Epte
92 C3 Saint-Cloud
95 A2 Saint-Cyr-en-Arthies
78 B3 Saint-Cyr-l'École
91 B6 Saint-Cyr-la-Rivière
91 B5 Saint-Cyr-sous-Dourdan
77 E3 Saint-Cyr-sur-Morin
93 C3 Saint-Denis
77 E3 Saint-Denis-lès-Rebais
91 B5 Saint-Escobille
77 D5 Saint-Fargeau-Ponthierry
77 E3 Saint-Fiacre
78 B4 Saint-Forget
78 B3 Saint-Germain-de-la-Grange
78 B3 Saint-Germain-en-Laye
77 E6 Saint-Germain-Laval
77 D5 Saint-Germain-Laxis
91 C5 Saint-Germain-lès-Arpaçon
91 C4 Saint-Germain-lès-Corbeil
77 E3 Saint-Germain-sous-Doué
77 C5 Saint-Germain-sur-École
77 D3 Saint-Germain-sur-Morin
95 A1 Saint-Gervais
95 C2 Saint-Gratien
91 B5 Saint-Hilaire
78 A4 Saint-Hilarion
77 F4 Saint-Hilliers
78 A2 Saint-Illiers-la-Ville
78 A2 Saint-Illiers-le-Bois
91 C4 Saint-Jean-de-Beauregard
77 E3 Saint-Jean-les-deux-Jumeaux
77 E4 Saint-Just-en-Brie
78 B4 Saint-Lambert-des-Bois
77 F3 Saint-Léger
78 A4 Saint-Léger-en-Yvelines
95 C2 Saint-Leu-la-Forêt
77 E5 Saint-Loup-de-Naud
77 D6 Saint-Mammès
94 C3 Saint-Mandé
77 D2 Saint-Mard
77 F4 Saint-Mard-Vieux-Maisons
78 B5 Saint-Martin-de-Bréthencourt
77 F3 Saint-Martin-des-Champs
78 A3 Saint-Martin-des-Champs
77 F4 Saint-Martin-du-Boschet
95 C2 Saint-Martin-du-Tertre
77 D5 Saint-Martin-en-Bière
78 A2 Saint-Martin-la-Garenne
94 C3 Saint-Maur-des-Fossés
94 C3 Saint-Maurice
91 B5 Saint-Maurice-Montcouronne
77 D5 Saint-Méry
77 D2 Saint-Mesmes
91 C4 Saint-Michel-sur-Orge
78 B3 Saint-Nom-la-Bretèche
93 C3 Saint-Ouen
77 E5 Saint-Ouen-en-Brie
95 B2 Saint-Ouen-l'Aumône
77 E3 Saint-Ouen-sur-Morin
77 D2 Saint-Pathus
91 D5 Saint-Pierre-du-Perray
77 D6 Saint-Pierre-lès-Nemours
95 C2 Saint-Prix
78 B4 Saint-Rémy-l'Honoré
77 F3 Saint-Rémy-la-Vanne
78 B4 Saint-Rémy-lès-Chevreuse
77 E5 Saint-Sauveur-lès-Bray
77 D5 Saint-Sauveur-sur-École
77 E3 Saint-Siméon
77 D2 Saint-Soupplets
91 C5 Saint-Sulpice-de-Favières
77 D3 Saint-Thibault-des-Vignes
91 C5 Saint-Vrain
95 D2 Saint-Witz
91 C5 Saint-Yon
77 E2 Sainte-Aulde
77 F5 Sainte-Colombe
91 C4 Sainte-Geneviève-des-Bois
78 B5 Sainte-Mesme
91 C5 Saintry-sur-Seine
77 E4 Saints
77 E5 Salins
77 E3 Sammeron
77 D5 Sammois-sur-Seine
77 D6 Samoreau
77 E3 Sancy-lès-Meaux
95 F4 Sancy-lès-Provins
95 C2 Sannois
94 D4 Santeny
95 B2 Santeuil
95 C2 Sarcelles
78 C3 Sartrouville
91 C4 Saulx-lès-Chartreux
78 B3 Saulx-Marchais
77 D5 Savigny-le-Temple
91 C4 Savigny-sur-Orge
77 E5 Savins
92 C4 Sceaux
77 D5 Seine-Port
78 B4 Senlis
77 E3 Sept-Sorts
78 A3 Septeuil
95 B2 Seraincourt
91 B5 Sermaise
77 D3 Serris
77 D4 Servon
95 C2 Seugy
93 D3 Sevran
92 C3 Sevres
77 E3 Signy-Signets
77 E5 Sigy
77 D5 Sivry-Courtry
77 E5 Soignolles-en-Montois
77 D4 Soignolles-en-Brie

77 A3 Soindres
77 F5 Soisy-Bouy
95 C2 Soisy-sous-Montmorency
91 C5 Soisy-sur-Ecole
91 C4 Soisy-sur-Seine
77 D4 Solers
78 B5 Sonchamp
77 D7 Souppes-sur-Loing
77 F5 Sourduin
91 B5 Souzy-la-Briche
93 C3 Stains
94 D4 Sucy-en-Brie
92 C3 Suresnes
95 D2 Survilliers

T

78 A3 Tacoignières
77 E2 Tancrou
78 A4 Tartre-Gaudran (Le)
95 C2 Taverny
78 A3 Tertre-Saint-Denis (Le)
78 B2 Tessancourt-sur-Aubette
95 B2 Théméricourt
77 E5 Thénisy
95 B1 Theuville
94 C4 Thiais
77 D2 Thieux
95 C2 Tillay (Le)
78 B3 Thiverval-Grignon
78 B3 Thoiry
77 D6 Thomery
77 D3 Thorigny-sur-Marne
77 E6 Thoury-Férottes
77 E3 Tigeaux
91 D4 Tigery
78 A3 Tilly
77 E6 Tombe (La)
77 D3 Torcy
91 C5 Torfou
77 E4 Touquin
77 D4 Tournan-en-Brie
77 C6 Tousson
78 B4 Toussus-le-Noble
78 B4 Trappes
93 D2 Tremblay-en-France
78 B3 Tremblay-sur-Mauldre
77 F3 Trétoire (La)
77 D6 Treuzy-levelay
78 B2 Triel-sur-Seine
77 D3 Tribardou
77 E3 Triport
77 E2 Trocy-en-Multien

U

91 C4 Ulis (Les)
77 D6 Ury
95 B2 Us
77 E3 Ussy-sur-Marne

V

77 D3 Vaires-sur-Marne
91 B5 Val-Saint-Germain (Le)
77 E5 Valence-en-Brie
94 C4 Valenton
95 B2 Vallangouard
95 C2 Valmondois
91 C6 Valpuiseaux
92 C3 Vanves
77 E5 Vanvillé
91 D4 Varennes-Jarcy
77 E6 Varennes-sur-Seine
77 E2 Varredes
77 E3 Vaucourtois
92 C3 Vaucresson
95 C2 Vaudherland
77 D6 Vaudoué (Le)
77 E4 Vaudouy-en-Brie
91 B4 Vaugrignouse
91 C4 Vauhallan
93 D3 Vaujours
95 B2 Vauréal
77 D5 Vaux-le-Pénil
78 B2 Vaux-sur-Seine
77 E7 Vaux-sur-Lunain
91 C5 Vayres-sur-Essonnes
78 C3 Vélizy-Villacoublay
95 D2 Vémars
77 E2 Vendrest
77 D6 Veneux-les-Sablons
77 F3 Verdolot
77 D4 Verneuil-l'Étang
78 B2 Verneuil-sur-Seine
77 D6 Vernou-la-Celle-sur-Seine
78 B2 Vernouillet
78 B4 Verrière (La)
91 C4 Verrières-le-Buisson
78 B3 Versailles
78 A3 Vert
91 C5 Vert-le-Grand
91 C5 Vert-le-Petit
77 D5 Vert-Saint-Denis
78 B3 Vésinet (Le)
95 A2 Vétheuil
95 C2 Viarmes
78 B3 Vicq
91 C5 Videlles
78 B4 Vieille-Eglise-en-Yvelines
95 A2 Vienne-en-Arthies
77 E5 Vieux-Champagne
77 D3 Vignely
91 C4 Vigneux-sur-Seine
95 B2 Vigny
91 C5 Villabé
95 C2 Villaines-sous-Bois

77 E5 Ville-Saint-Jacques
77 E7 Villebéon
91 C4 Villebon-sur-Yvette
77 D6 Villecerf
91 B5 Villeconin
94 D4 Villemecresnes
92 C3 Ville-d'Avray
91 C4 Ville-du-Bois (La)
94 C3 Villejuif
91 C4 Villejust
77 D6 Villamaréchal
77 E3 Villamareuil
77 D6 Villemer
91 C4 Villemoisson-sur-Orge
93 C3 Villemomble
77 F6 Villenauxe-la-Petite
78 A2 Villeneuve-en-Chevrie (La)
92 C3 Villeneuve-la-Garenne
77 D3 Villeneuve-le-Comte
94 C4 Villeneuve-le-Roi
77 E5 Villeneuve-les-Bordes
77 D3 Villeneuve-Saint-Denis
94 C4 Villeneuve-Saint-Georges
77 D2 Villeneuve-sous-Dammartin
91 C5 Villeneuve-sur-Auvers
77 C4 Villiers-sur-Bellot
78 B3 Villennes-sur-Seine
77 D3 Villenoy
77 D3 Villiparis
93 D3 Villepinte
78 B3 Villieux
95 D2 Villeron
77 D2 Villery
95 A2 Villers-en-Arthies
93 C3 Villetaneuse
78 A3 Villette
77 D3 Villevaudé
95 C2 Villiers-Adam
77 D5 Villiers-en-Bière
91 B4 Villiers-le-Bâcle
95 C2 Villiers-le-Bel
78 A3 Villiers-le-Mathieu
95 C2 Villiers-le-Sec
78 B3 Villiers-Saint-Frédéric
77 F4 Villiers-Saint-Georges
77 D6 Villiers-sous-Grez
94 D3 Villiers-sur-Marne
77 E3 Villiers-sur-Morin
91 C4 Villiers-sur-Orge
77 F5 Villiers-sur-Seine
77 F6 Villuis
77 E5 Vimpelles
77 D2 Vinantes
94 C3 Vincennes
77 E2 Vincy-Manoeuvre
78 C3 Viroflay
91 C4 Viry-Châtillon
94 C3 Viry-sur-Seine
77 E4 Voinsles
77 D5 Voisenon
78 B4 Voisins-le-Bretonneux
77 E3 Voulangis
77 F4 Voulton
77 E6 Voulx
77 E5 Vulaines-lès-Provins
77 D5 Vulaines-sur-Seine

W

91 C4 Wissous
95 B2 Wy-dit-Joli-Village

Y

77 D4 Yèbles
91 C4 Yerres

Agence régionale hospitalière
d'Île-de-France



Caisses d'allocation familiale
d'Île-de-France



Caisse régionale d'assurance maladie
d'Île-de-France



Institut national de la statistique et des études économiques
d'Île-de-France



Union régionale des caisses d'assurance maladie
d'Île-de-France



IAURIF

Institut d'aménagement et d'urbanisme
de la région d'Île-de-France

Service Diffusion Vente : 15 rue Falguière – 75740 Paris CEDEX 15

Tél. : 01 53 85 77 40 – Fax : 01 53 85 76 27

<http://www.iaurif.org>

ISBN : 2 7371 1531 0

Prix de vente : 40 €