



SOMMAIRE

- 2 Introduction
- 4 Des besoins en augmentation
- 8 Des besoins spécifiques
- 10 Les besoins des Franciliens au nom du droit à la santé
- 14 Conclusion et perspectives
- 15 Références
- 15 Annexe

LES BESOINS DE SANTÉ DES FRANCILIENS

ÉTAT DES LIEUX ET PERSPECTIVES

Les besoins de santé de la population sont fréquemment invoqués comme devant éclairer les politiques de santé et d'organisation des soins. Pour autant, de nombreux experts du sujet s'accordent à considérer qu'il est très difficile d'identifier et de quantifier les besoins de santé de la population et les moyens à mettre en œuvre pour les satisfaire. Ces difficultés révèlent le caractère éminemment politique, éthique et philosophique de la définition des besoins de santé, qui ne renvoie pas à une simple question technique, scientifique ou médicale mais participe d'une construction conceptuelle à des fins politiques. Notre conception de la santé et de la justice en santé, notre modèle de société, ses valeurs et ses rapports de force définissent la manière de construire les besoins de santé. Bien que l'évaluation des besoins soit complexe, l'exercice est nécessaire pour fournir des constats partagés devant servir la réflexion pour construire des politiques de santé répondant aux besoins de la population.

En soutien aux politiques régionales de santé et d'organisation des soins, l'ORS Île-de-France propose d'apporter un éclairage sur les problématiques de santé des Franciliens - les problèmes majeurs, les tendances en cours, les inégalités sociales et territoriales à l'œuvre, les difficultés d'accès aux soins - comme une étape clé à l'énonciation des besoins de santé en Île-de-France et à la planification de l'offre de soins sur le territoire.

Auteur : Julia Bardes

Directrice de publication : Nathalie Beltzer

Introduction

Comment définir les besoins de santé ?

De nombreux auteurs définissent les besoins de santé comme l'écart entre un état de santé constaté et un état de santé souhaité [1-3]. Si l'état de santé constaté peut être approché par des indicateurs épidémiologiques, l'état de santé souhaité est plus difficile à appréhender et demande en tout état de cause d'établir des références. Celles-ci peuvent être définies de manière absolue, selon des normes fixées par des experts, ou de manière relative, par comparaison à d'autres espaces géographiques comparables. La moyenne nationale, par exemple, peut servir de point de comparaison à l'analyse de la situation régionale. S'agit-il pour autant d'un état de santé souhaité, d'un optimum ? Le taux moyen en France de mortalité infantile ou encore de mortalité provoquée par l'alcool peut-il servir de référence lorsque l'on connaît la position de la France par rapport aux autres pays européens sur ces deux indicateurs ? La donnée européenne serait-elle elle-même un optimum ? Aussi insatisfaisante soit-elle, la méthode comparative peut néanmoins servir la réflexion sur les inégalités territoriales de santé, en souligner les causes et, de ces constats, alimenter des politiques correctrices ou de prévention. La définition de normes théoriques par des experts est également problématique, avec le risque de fixer des objectifs très ambitieux ou encore d'aboutir à des préconisations en décalage avec les choix et préférences des populations.

La mesure de l'état de santé constaté n'est pas non plus sans poser des difficultés. L'approche dominante en France repose essentiellement sur des indicateurs épidémiologiques, tels que la mortalité ou la morbidité. Bien qu'incontournable, elle nous renvoie aussi à un modèle très biomédical de représentation de la santé, comme l'absence de maladie, par opposition à la vision élargie et positive de la santé promue par l'OMS, qualifiant l'état de santé comme un état complet de bien-être physique, mental et social. De nombreux pays utilisent ainsi des indicateurs de qualité de vie, de santé « perçue » et de bien-être pour mesurer l'état de santé de la population, voire pour moduler l'allocation des ressources territoriales destinée à des programmes de santé publique (de santé mentale, de lutte contre les drogues). Des travaux de recherche ont démontré l'apport de ces instruments de mesure, en révélant des dimensions de la santé échappant aux mesures biomédicales conventionnelles et prédictives du recours et de la consommation de soins. En France, des recommandations plaident en faveur de l'inclusion de ces indicateurs dans la surveillance de l'état de santé des populations et dans la conduite des plans nationaux et territoriaux de santé publique [4].

Une autre possibilité d'évaluer les besoins de santé est d'interroger directement les populations. Cette appréciation des besoins, nécessairement « subjective », ancrée dans une histoire de vie personnelle et sociale, tout comme l'est le point de vue des professionnels de santé, est essentielle à la construction des connaissances. L'histoire du sida ou de l'endométriose a démontré l'importance de la parole des patients dans la reconnaissance et la compréhension de la maladie. Néanmoins, on sait aussi que cette approche par le ressenti des populations occulte certains besoins, notamment les besoins de prévention qui résultent d'une approche collective de la santé publique et sont rarement éprouvés par les individus. Les besoins exprimés peuvent, par ailleurs, faire ressortir des problèmes sans réponse à apporter (comme pour certaines maladies rares) ou encore jugés non prioritaires (entre besoins vitaux ou de confort). De fait, un arbitrage entre l'écoute de la demande et l'évaluation clinique, éthique et collective des besoins de santé est nécessaire.

Une troisième approche fréquemment utilisée, notamment dans la planification de l'offre hospitalière, consiste à évaluer les besoins à partir de la consommation de soins. Cette approche a l'avantage de pouvoir s'appuyer sur des données disponibles en routine mais reste contestable en procédant à une double réduction : celle des besoins de santé aux besoins de soins et celle des besoins de soins aux recours effectifs aux soins. Cela conduirait à estimer qu'il n'y a pas de besoin de soins là où il n'y a pas d'offre et qu'il n'y a que des besoins exprimés et satisfaits. Elle occulte par-là les

besoins ressentis par les populations mais qui, pour des raisons de difficultés d'accès aux soins ou autres motifs de renoncement, n'atteignent jamais le système de santé. Elle occulte également les besoins non exprimés car non identifiés par les individus eux-mêmes et pourtant justifiés médicalement : cette part « silencieuse » des besoins, qui s'observe notamment dans le champ de la santé mentale et de la prévention (en addictologie, pour le dépistage des cancers ou des IST). Cette estimation des besoins de soins par les niveaux de recours reste néanmoins pertinente dans les domaines où les besoins réels sont proches des besoins exprimés, comme dans le cas de la périnatalité par exemple.

Enfin, une dernière approche consiste à définir les besoins sanitaires à partir de l'accessibilité aux soins, en fonction de certaines règles telles que la proximité des soins primaires, la prise en charge rapide des situations d'urgence ou encore un accès aux soins égal à tous, quel que soit le lieu de résidence et les conditions socioéconomiques des populations. Ce droit à un même accès aux soins pour tous, érigé comme une priorité de notre système de santé, suffit-il à répondre aux besoins de santé de la population ? Bien qu'indispensable, on sait aussi que le soin n'est qu'un levier marginal dans la production des états de santé des populations, au regard de l'importance des déterminants sociaux et environnementaux de la santé. Plutôt qu'un accès équitable aux soins, on peut aussi penser la justice en santé ou le droit à la santé, tel qu'inscrit dans la constitution française, comme un droit à être, autant que possible, en bonne santé.

Si aucune définition ne semble faire consensus et qu'aucune approche ne paraît satisfaisante, c'est que la notion de besoins de santé ne va pas de soi [5]. Comme on en retrouve l'idée dans différents rapports institutionnels ou publications, il n'existe pas « de besoins absolus, universels s'imposant au décideur » [1] ni encore « de situation d'absolue référence qui permettrait d'asseoir une définition du concept de besoins » [6]. Tout au plus, il faut y voir un cheminement, l'analyse de l'état de santé pouvant aboutir à la formulation de problèmes de santé puis à l'affirmation de priorités collectives, mais à travers un processus démocratique mettant en jeu des valeurs, des rapports de force, un modèle de société et de représentations de la santé. Finalement, « définir les besoins de santé de la population équivaut à construire une politique de santé » [6].

Nous conviendrons donc qu'il n'est pas possible de déterminer objectivement les besoins de santé de la population et que la vision politique précède la notion de besoins de santé, plutôt que l'inverse. Si la science et la recherche peuvent fournir des constats objectifs, mettre en évidence certains problèmes de santé, proposer des recommandations basées sur des preuves, la hiérarchisation de ces problèmes, leur priorisation, l'arbitrage des besoins qu'ils suscitent (curatifs, éducatifs ou préventifs) et des ressources à déployer, relèvent en tout état de cause de choix sociaux et politiques.

Les contours de l'étude ainsi posés, l'objectif de ce travail est d'apporter un éclairage sur les problématiques de santé rencontrées en Île-de-France à la lueur de ces différents référentiels et méthodes d'analyse évoqués. Il ne s'agit pas de dresser un état des lieux complet de l'état de santé des Franciliens, celui-ci a déjà été réalisé en 2023, dans un rapport de l'ORS IDF accessible à tous [7], mais davantage de mettre l'accent sur les problèmes rencontrés, au regard des évolutions démographiques et épidémiologiques, de la comparaison nationale, des tensions existantes entre l'offre et la demande de soins, des inégalités de santé observées entre territoires franciliens. La démarche adoptée vise à montrer comment la combinaison voire la confrontation de différentes approches (épidémiologiques, sociodémographiques, territoriales) et jeux de données (mortalité, morbidité, enquête de santé, recours et offre de soins) peut aboutir à une vision plus compréhensive, et peut-être plus proche de la réalité, des problèmes ou besoins de santé de la population. Des résultats qui demandent à être partagés et discutés avec l'ensemble des acteurs du territoire (décideurs, professionnels et usagers) pour que les besoins de santé des Franciliens soient énoncés et s'ancrent dans une démarche d'aide à la décision.

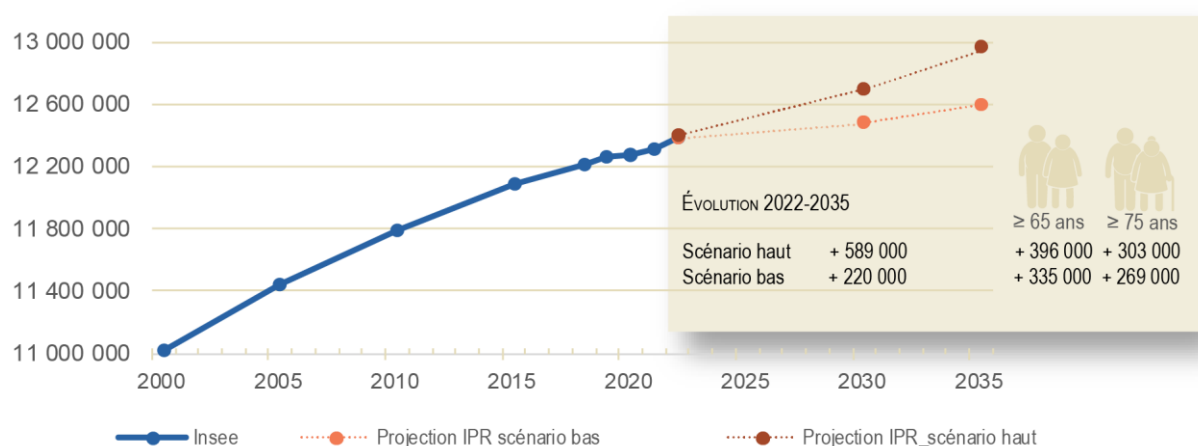
Des besoins en augmentation

Accroissement et vieillissement de la population

Depuis les années 2000, la population francilienne croît à un rythme annuel de l'ordre de 0,5 % (proche du rythme national), avec un léger infléchissement en 2020 consécutif à la crise Covid-19 (Figure 1). Le modèle de projections démographiques de L'Institut Paris Region (IPR) propose une version adaptée à l'Île-de-France des projections nationales de l'Insee, en tenant compte notamment de la dynamique immobilière francilienne [8]. D'après ces projections, l'Île-de-France gagnerait entre 220 000 (scénario bas) et 589 000 (scénario haut) habitants entre 2022 et 2035. Cette croissance démographique à venir est essentiellement portée par celle de la population âgée.

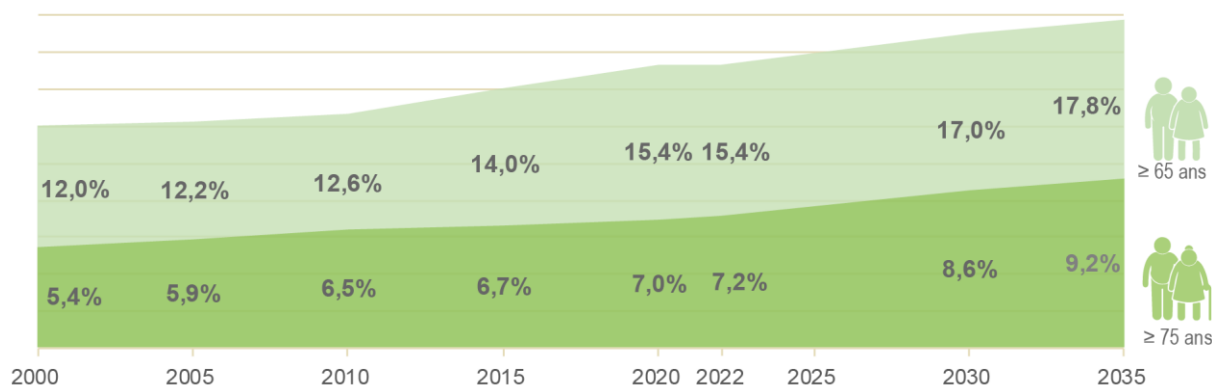
En effet, bien qu'étant une région encore jeune en regard de la moyenne nationale, l'Île-de-France n'échappe pas au phénomène de vieillissement de sa population. Ainsi la part de la population de plus de 65 ans est passée de 12% en 2000 à 15,4% en 2020 et pourrait approcher les 18% en 2035 (Figure 2). De même que la population de plus de 75 ans, qui représentait 5,4% de la population francilienne au début des années 2000, atteindrait 9,2% en 2035.

Figure 1. Evolution de la population francilienne et projection à l'horizon 2035 (Scénario tendanciel de L'Institut Paris Region)



Source : Insee, projections de population Insee/institut Paris Région. Exploitation ORS Île-de-France

Figure 2. Part de la population âgée dans la population totale francilienne (2000-2035)



Source : Insee, projections de population Insee/institut Paris Région. Exploitation ORS Île-de-France

Quel impact sur la demande de soins ?

De ces tendances démographiques découle une croissance des besoins de soins, d'autant plus importante que la part de la population âgée augmente.

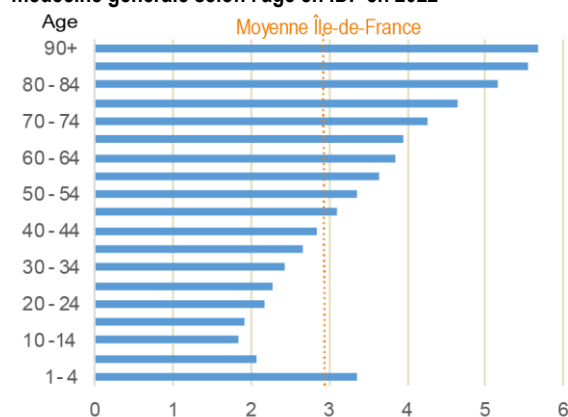
En effet, le recours aux soins varie fortement en fonction de l'âge des individus. Si on prend l'exemple de la médecine générale en Île-de-France, à l'exception d'une consommation plus importante au très jeune âge, le recours croît significativement avec l'avancée en âge, passant de près de deux consultations annuelles chez les 5-25 ans à plus de quatre voire cinq chez les plus de 65 ans (Figure 3). Cette croissance des besoins avec l'âge dépend toutefois du type de soins considérés, le recours aux pédiatres ou à la gynécologie s'articulant différemment aux cycles de la vie, même si, au global, le volume de soins consommés est le plus élevé chez les personnes âgées.

À partir de ces niveaux de consommations de soins stratifiés par âge et des modèles de projections démographiques, il est dès lors possible de produire des estimations sur la demande de soins à venir. En médecine générale, on peut ainsi prévoir un volume

annuel de consultations à pourvoir sur le territoire francilien qui passerait de 37 millions en 2022 à 38,3 millions (scénario bas) voire 39,4 millions (scénario haut) en 2035, soit + 1,3 à +2,4 millions de consultations annuelles supplémentaires (Figure 4). Cette croissance des besoins de soins est largement portée par le vieillissement de la population. Dans le scénario bas de projections démographiques (scénario le plus probable), le nombre de consultations annuelles supplémentaires passe du simple au double (de +0,6 à +1,3 million) dès lors que l'on pondère l'évolution démographique par les niveaux moyens de consommation en soins de médecine générale en fonction de chaque tranche d'âge.

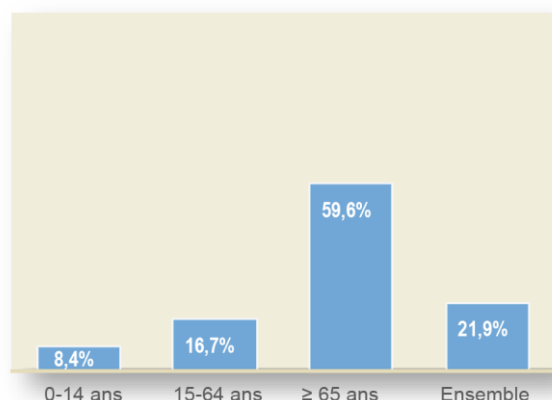
Cette croissance des besoins avec l'âge s'explique notamment par la prévalence des maladies chroniques dans la population âgée. En effet, 60 % des Franciliens de plus de 65 ans sont pris en charge en 2022 pour une maladie chronique, contre 22 % en moyenne pour les habitants de la région, d'après l'outil de repérage des pathologies chroniques de l'assurance maladie (Figure 5).

Figure 3. Nombre moyen annuel de consultations de médecine générale selon l'âge en IDF en 2022



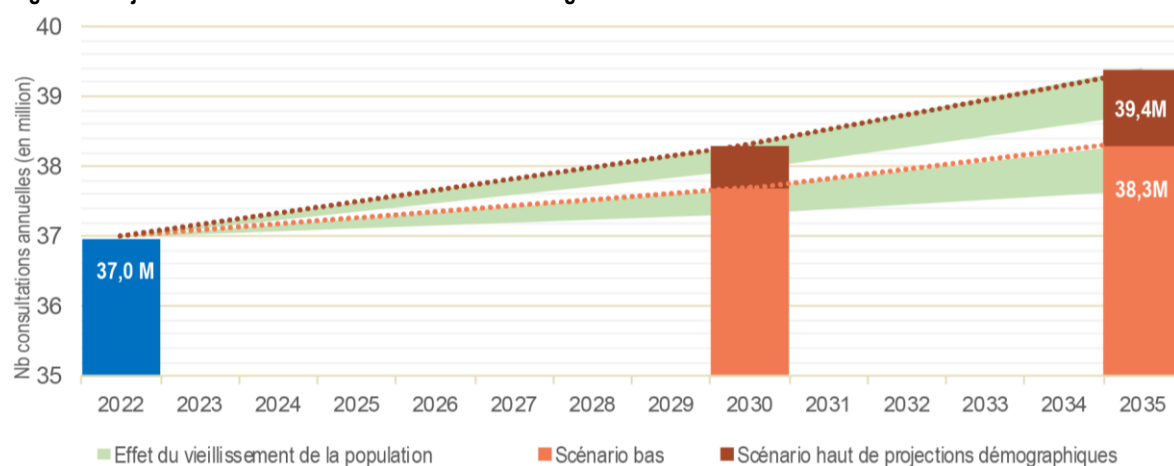
Source : SNDS 2022. Exploitation ORS Île-de-France

Figure 5. Part de la population francilienne prise en charge pour au moins une pathologie en 2022



Source : SNDS, Cartographie des pathologies, Assurance maladie 2022 - Exploitation ORS Île-de-France.

Figure 4. Projections de la demande de soins en médecine générale en IDF à l'horizon 2030-2035



Source : Insee 2022, Projections de population Insee/Institut Paris Région, SNDS 2022. Exploitation ORS Île-de-France

Le poids croissant des maladies chroniques

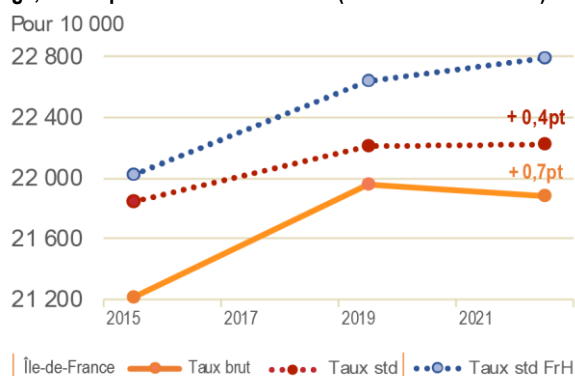
Indépendamment de l'accroissement et du vieillissement de la population, la prévalence des maladies chroniques tend également à augmenter en Île-de-France. Entre 2015 et 2022, l'évolution brute de la prévalence est de 0,7 point et de 0,4 point après standardisation sur la structure par âge de la population (Figure 6). On remarque un net infléchissement de la courbe en 2020, probablement sous l'effet de la crise Covid-19 qui a plus sévèrement touché les personnes âgées mais aussi celles atteintes de maladies chroniques. Ce qui laisse à penser qu'une évolution plus défavorable de la morbidité aurait été observée en l'absence de la pandémie. La prévalence en Île-de-France reste en dessous de la moyenne nationale sur toute la période 2015-2022. En 2022, on dénombre 22 224 Franciliens (tout âge confondu) pris en charge pour une maladie chronique.

Si on regarde dans le détail des maladies chroniques (Figure 7), trois types de pathologie voient leur prévalence augmenter sur la période 2015-2022, et ce indépendamment d'un effet âge ou taille de la population : le diabète, qui enregistre la plus forte augmentation (brute et standardisée), le VIH et les maladies psychiatriques, également en hausse malgré un infléchissement de la courbe avec la crise covid.

La prévalence des maladies cardio-neurovasculaires et respiratoires reste plutôt stable sur la période.

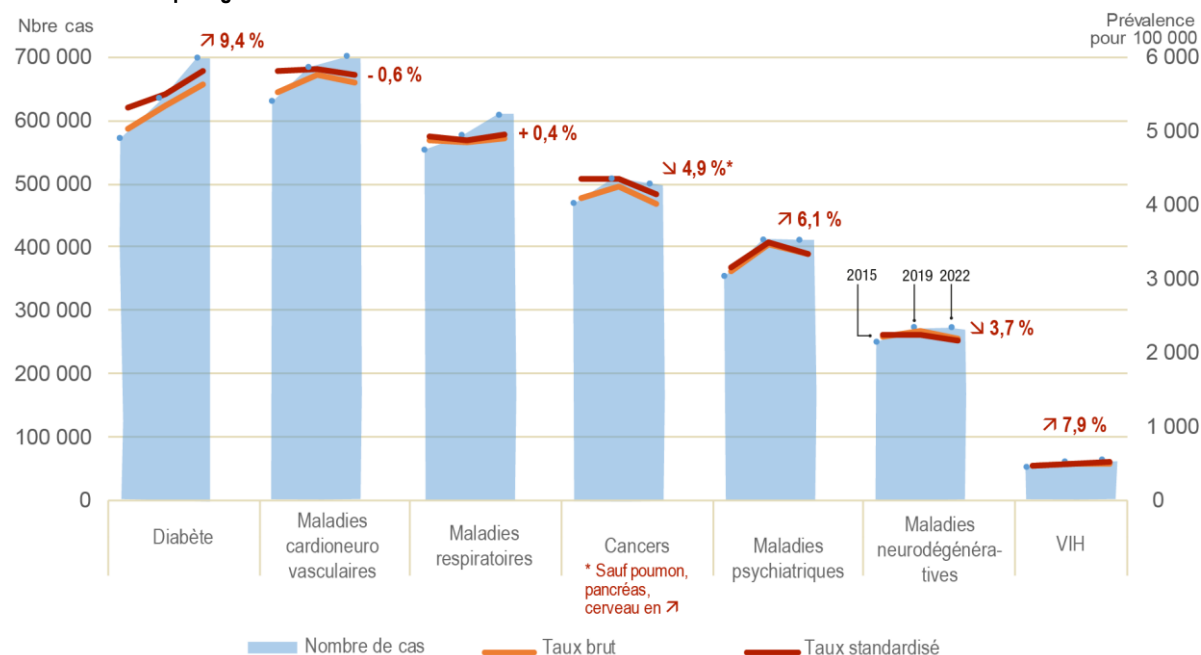
Deux pathologies voient en revanche leur prévalence diminuer, les maladies neurodégénératives et les cancers, mais à travers une baisse qui s'amorce à partir de 2020, traduisant potentiellement l'impact de la crise covid sur la diminution de la morbidité pour ces pathologies. Pour le cancer, trois localisations doivent alerter (poumon, pancréas et cerveau) au regard de l'évolution défavorable de leur niveau de prévalence dans la région (une fois prise en compte la structure par âge).

Figure 6. Évolution de la prévalence des maladies chroniques en IDF entre 2015 et 2022 : taux brut et taux standardisé par âge, et comparaison avec la France (FrH taux standardisé)



Source : SNDS, Cartographie des pathologies, Assurance maladie - Exploitation ORS Île-de-France.

Figure 7. Évolution de la prévalence des principales pathologies chroniques en Île-de-France entre 2015 et 2022: taux brut et taux standardisé par âge



Source : SNDS, Cartographie des pathologies, Assurance maladie - Exploitation ORS Île-de-France.

Quelle perspective à l'horizon 2030 ?

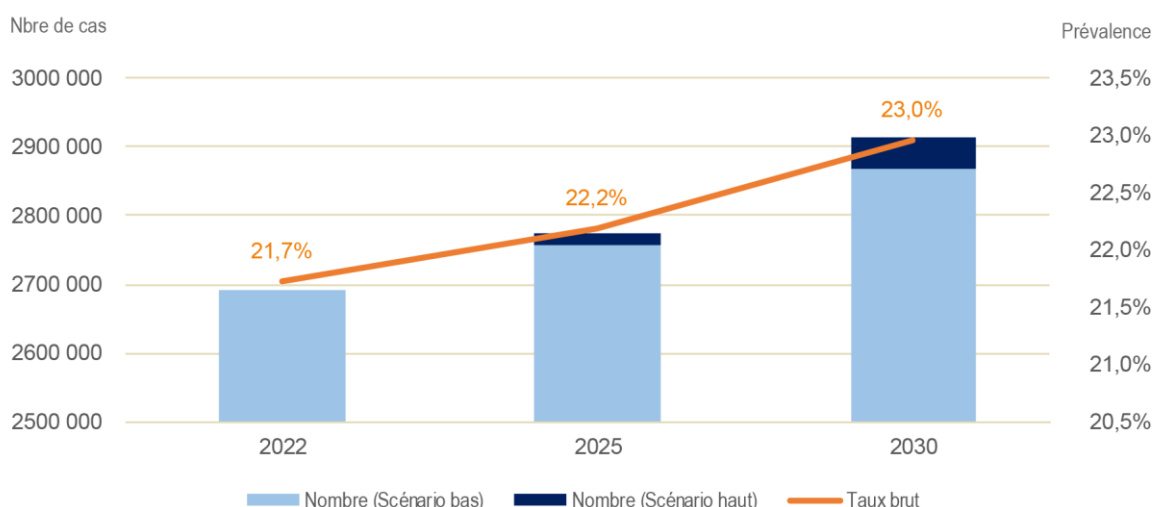
À partir de ces tendances d'évolution des pathologies chroniques en Île-de-France (observées sur la période 2015-2022), de leur prévalence en fonction des catégories d'âge (en 2022) et des projections démographiques faites par l'Institut Paris Région, il est possible d'estimer le nombre de patients franciliens pris en charge pour une maladie chronique à l'horizon 2030.

Selon ces projections (Figure 8), on passerait d'un taux (brut) de prévalence des maladies chroniques

de 21,7 % en 2022 à 22,2 % en 2025 et 23 % en 2030. C'est entre +111 000 (scénario bas) et +141 000 (scénario haut) patients franciliens supplémentaires à prendre en charge dans les cinq prochaines années à venir (de 2025 à 2030).

L'augmentation la plus importante attendue est pour le diabète (entre +75 000 et +84 000 patients supplémentaires), suivi des maladies neuro-cardiovasculaires puis psychiatriques (Tableau 1). Ces projections laissent également entrevoir l'augmentation de la multimorbidité sur le territoire francilien.

Figure 8. Projection du nombre de Franciliens pris en charge pour au moins une pathologie à l'horizon 2030



Source : Insee, projections de population Insee/institut Paris Région, SNDS, Cartographie des pathologies, Exploitation ORS Île-de-France

Tableau 1. Projection de la prévalence des pathologies chroniques et du nombre de patients franciliens supplémentaires pris en charge entre 2025 et 2030

	Taux de prévalence		Nombre cas supplémentaires	
	2025	2030	scénario bas	scénario haut
Au moins une pathologie chronique	22,2%	23,0%	110 919	140 504
Diabète	5,9%	6,5%	75 451	83 840
Maladies cardio-neurovasculaires	5,7%	5,9%	31 283	38 613
Maladies respiratoires	4,9%	5,0%	12 636	19 247
Cancers	4,0%	4,0%	3 345	19 247
Maladies psychiatriques	3,4%	3,6%	24 885	29 665
Maladies neuro-dégénératives	2,2%	2,2%	3 256	5 952
VIH	0,5%	0,6%	4 004	4 743

Source : Insee, projections de population Insee/institut Paris Région, SNDS, Cartographie des pathologies, Exploitation ORS Île-de-France

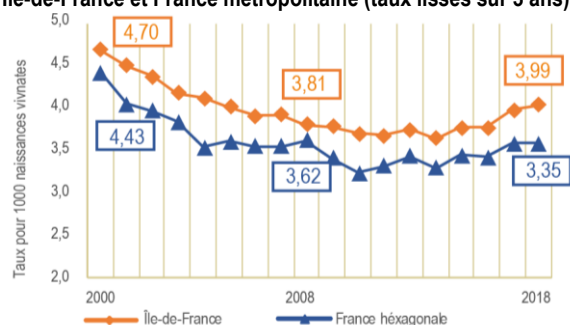
Des besoins spécifiques : l'état de santé des Franciliens par comparaison à la France

Outre les tendances évolutives, les besoins de santé peuvent être appréciés à l'aune des écarts de santé constatés entre les Franciliens et la moyenne nationale. Si les Franciliens sont globalement en bonne santé, avec certains indicateurs épidémiologiques parmi les meilleurs de toutes les régions françaises (espérance de vie, mortalité toute cause, mortalité prématurée), certaines situations se révèlent moins satisfaisantes.

Des tendances préoccupantes en santé périnatale et infantile

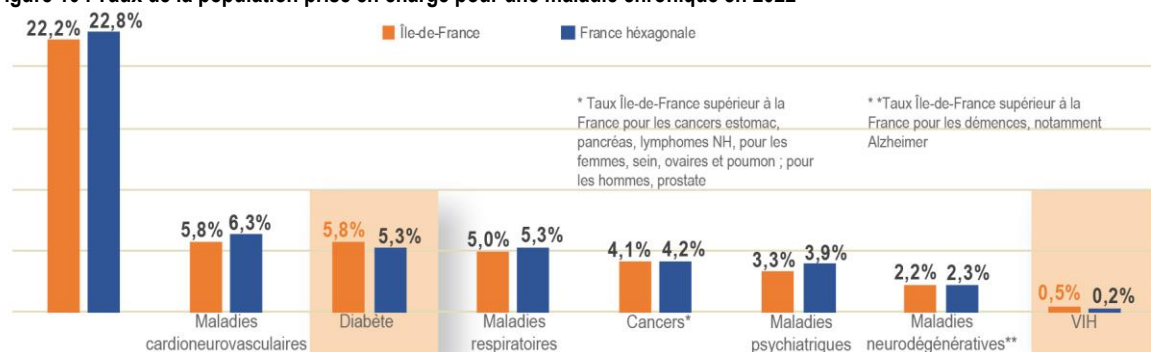
Un signal fort de la santé des populations est la mortalité infantile. Après une baisse séculaire, celle-ci tend à augmenter depuis 2011 en France et plus encore en Île-de-France (une hausse liée à celle des décès dans la première semaine de vie). Depuis les années 2000, la région francilienne présente des taux de mortalité infantile supérieurs à la moyenne nationale (Figure 9). Sur la période 2001-2019, elle concentre plus d'un quart des décès des moins d'un an de la France hexagonale, avec un taux moyen de 4 décès pour 1000 naissances (allant jusqu'à 5 % en Seine-Saint-Denis), contre 3,63 % en France hexagonale. Cette surmortalité infantile en Île-de-France s'explique principalement par la présence de populations en forte précarité sur le territoire.

Figure 9. Évolution 2000-2020 du taux de mortalité infantile en Île-de-France et France métropolitaine (taux lissés sur 3 ans)



Source : Insee (données de l'état civil), exploitation ORS-IDF

Figure 10. Taux de la population prise en charge pour une maladie chronique en 2022



Source : SNDS 2022, Cartographie des pathologies, Assurance maladie - Exploitation ORS Île-de-France.

En dépit d'une offre de soins importante, la morbi-mortalité maternelle est également plus élevée en Île-de-France que dans le reste de la France. Les indicateurs de morbidité gravidique (diabète gestationnel, prééclampsie, obésité, ...) montrent une accentuation des problèmes et des disparités marquantes entre territoires franciliens, avec une plus forte prévalence dans les départements les moins favorisés (Val-d'Oise et Seine-Saint-Denis notamment). En dépit de l'augmentation de ces facteurs de risque maternels, la santé des nouveaux nés présente des indicateurs stables dans le temps.

La prévalence de certaines pathologies chroniques sur le territoire

Dans l'ensemble, les Franciliens sont un peu moins touchés par les maladies chroniques qu'en France (Figure 10), à l'exception de certaines pathologies : le diabète et le VIH notamment, deux maladies en excès et en augmentation en Île-de-France, avec pour le VIH une prévalence deux fois plus élevée qu'en France. Une sur-morbidité francilienne est également observée pour certaines pathologies neurodégénératives, comme les démences (la maladie d'Alzheimer en particulier) et pour certains cancers : le cancer du sein notamment, avec un taux standardisé de prévalence de 2 % contre 1,8 % en moyenne nationale, mais aussi les cancers des ovaires et du poumon chez les Franciliennes, de la prostate chez les Franciliens, ou encore de l'estomac, du pancréas et les lymphomes non hodgkiniens pour les deux sexes.

Des données complémentaires issues du réseau OSCOUR (Organisation de la surveillance coordonnée des urgences) alertent par ailleurs d'une prise en charge pour épisodes asthmatiques en urgence plus élevée chez les jeunes franciliens qu'en moyenne en France.

La part silencieuse des besoins

Les indicateurs de morbidité précédemment présentés reposent sur un système d'information basé sur la consommation de soins (hospitalisation, urgence, déclaration de situation d'ALD, consommation de médicaments traceurs...). Or tous les besoins ne s'expriment pas par une demande, ni atteignent le système de soins. C'est ce que l'on appelle la « part silencieuse » des besoins, particulièrement saillante dans le champ de la prévention et de la santé mentale, avec un décalage attesté par la littérature entre les besoins ressentis, diagnostiqués par les experts et pris en charge par le corps médical.

Décalage entre les besoins ressentis/pris en charge = l'apport des enquêtes déclaratives

La mesure de la santé perçue recueillie par les enquêtes en population générale apporte des informations complémentaires aux approches classiques de morbidité, reconnues comme prédictives du besoin de soins des populations [4].

Selon le baromètre Santé publique France (SPF) de 2021, 37,1 % de Franciliens âgés entre 18 et 75 ans déclarent une maladie chronique (ou un problème de santé durable) là où seulement 21,5 % de cette même population adulte a été repérée comme prise en charge pour une pathologie chronique via les données du SNDS. Ces enquêtes soulignent également des maladies chroniques auto-déclarées en augmentation (+4 points par rapport à 2017), très fortement liées à l'avancée en âge mais aussi au statut socioéconomique des populations (en 2021, 33,7 % des diplômés du supérieur déclarent une maladie chronique contre 43,5 % des non-bacheliers). Aussi, la moindre prévalence des maladies chroniques auto-déclarées en Île-de-France par rapport à la France s'estompe après ajustement sur les déterminants sociodémographiques.

Ce baromètre santé révèle également la prévalence des épisodes dépressifs caractérisés en Île-de-France (14 %), plus élevée que dans le reste de la France (12 %) et en forte augmentation (+6 points entre 2017 et 2021, soit une hausse de 67 % contre 30 % dans le reste de la France). Cette augmentation a été particulièrement importante chez les jeunes de 18-24 ans, en doublant sur la période pour toucher 23,4 % des jeunes franciliens en 2021. Les jeunes adultes, mais aussi les femmes, les personnes isolées (vivant seules) et à faible revenu sont

les plus à risque de développer des épisodes dépressifs. À titre de comparaison, moins de 1 % des Franciliens a été repéré comme pris en charge pour dépression (8,5 % avec traitements antidépresseurs) à partir des données de consommations de soins du SNDS [cartographie des pathologies, 2022]. Une littérature importante a depuis longtemps mis en évidence la faiblesse du taux de prise en charge et de consultation chez les personnes ayant un diagnostic psychiatrique, et ce, dans différents pays occidentaux. Dans le domaine de la santé mentale, plus que dans les autres disciplines médicales, la demande de soin se révèle ainsi très différente du besoin de soins [9].

Par ailleurs, la santé ne se résume pas à l'absence de maladie, mais inclut un état de bien-être global, à la fois physique, social et mental. Les données du baromètre santé de SPF de 2021 montrent à cet égard qu'un tiers des Franciliens ne se considèrent pas en bonne ou très bonne santé, un état de santé en dégradation par rapport à 2017 et moins bon en Île-de-France qu'en France après ajustement sur les variables sociodémographiques.

Décalage entre les besoins objectivés/satisfaits= le « non-recours »

Une autre manière d'évaluer les besoins non satisfaits est de considérer le décalage entre les pratiques actuelles de recours aux soins et certaines recommandations cliniques ou de santé publique. Deux exemples illustratifs du « non-recours » s'expriment dans le champ de la prévention et des soins palliatifs. En matière de dépistage des cancers, l'Île-de-France se caractérise par une faible adhésion de sa population aux programmes mis en place, avec une participation très inférieure à la moyenne nationale et plus encore aux objectifs nationaux ou européens de santé publique (Tableau 2).

Une étude sur les soins palliatifs en Île-de-France a permis de rendre compte d'une qualité de soins prodigués en fin de vie encore insuffisante : entre 61 % et 79 % des Franciliens décédés auraient eu besoin de soins palliatifs pour soulager leur souffrance, parmi eux, 43 % ont bénéficié de soins palliatifs hospitaliers et 75 % sont décédés à l'hôpital. Si l'absence de données disponibles sur les soins palliatifs dispensés en milieu libéral ne permet pas un diagnostic complet, la prise en charge hospitalière semble néanmoins très largement insuffisante [10].

Tableau 2. Les taux de participation aux dépistages organisés des cancers en 2023

	Taux Île-de-France	Taux national	Recommandations
Sein	36,3%	46,5%	70%
Colorectal	31,6%	34,2%	45%
Col de l'utérus	53,1%	59,5%	80%

Source : Odissé SPF

Les besoins des Franciliens au nom du droit à la santé : un accès aux soins pour tous

Une autre manière d'appréhender les besoins de santé peut se faire en référence à certains principes de justice sociale ou encore en vertu du droit à la protection de la santé tel qu'inscrit dans la constitution française, garantissant un égal accès à des soins de qualité pour tous. Toute demande de soins doit pouvoir rencontrer une offre. Sur ce point, plusieurs indicateurs alertent des difficultés d'accès aux soins rencontrées par les Franciliens.

L'absence de médecin traitant (MT)

Le médecin traitant joue en France un rôle pivot dans le parcours de soins des populations, renforcé par le virage ambulatoire en cours. En 2022, près de trois millions de Franciliens (2 932 878) sont sans médecin traitant (ne sont considérés ici que les médecins toujours en activité), soit 22,1 % de la population assurée contre 15,9 % en moyenne en France hexagonale. En se limitant à la population adulte (17 ans et plus), ce sont encore près de deux millions de Franciliens sans médecin traitant, soit 18,9 % des assurés contre 13,2 % en moyenne nationale. Les habitants de Seine-Saint-Denis et de Paris sont les plus concernés par cette absence de médecin traitant (Tableau 3). Plus alertant encore, 8 % de la population en affection longue durée (ALD) est sans médecin traitant (5,8 % en France hexagonale), soit 173 884 Franciliens (Figure 11).

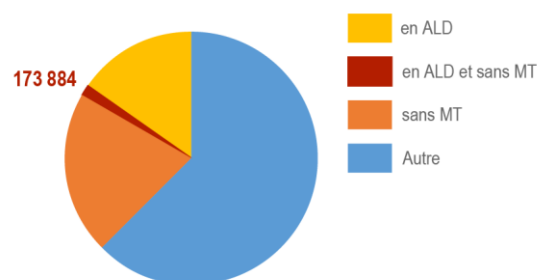
Ces données entrent en concordance avec le ressenti des populations et leurs difficultés d'accès à la médecine générale. En effet, 54 % des Franciliens déclarent rencontrer des difficultés pour consulter un médecin généraliste, contre 43 % des Français (Baromètre ARS IDF, 2024).

Les difficultés d'accès au médecin généraliste s'illustrent également par les problématiques de démographie médicale dans la région. Si l'Île-de-France reste une région attractive, très bien dotée en médecins spécialistes, elle souffre d'un manque de médecins

généralistes. Elle est la 2^e région de France hexagonale la moins bien pourvue en médecins généralistes et celle qui enregistre la perte la plus importante de ces deux dernières décennies. Facteurs aggravants, le vieillissement des médecins en exercice, l'attrait pour les modes d'exercice particulier (12 % des omnipraticiens libéraux de la région) et la désaffection des nouvelles générations pour la médecine générale et l'exercice libéral, pesant ainsi sur le volume de l'offre disponible et à venir. D'après les projections de la Drees, il faudra attendre 2034 pour entrevoir une amélioration de la couverture du territoire francilien en médecins généralistes.

Outre un déficit de médecins généralistes, l'Île-de-France est confrontée à une répartition très inégale de son offre de soins sur le territoire, avec une concentration de médecins dans le cœur d'agglomération parisienne et une tendance préoccupante à la désertification médicale dans les territoires plus périphériques de la grande couronne (Carte APL en annexe p.15).

Figure 11. Population francilienne en affection longue durée (ALD) et sans médecin traitant (MT) en 2022



Source : SNDS 2022 - Exploitation ORS Île-de-France

Tableau 3. Population adulte (17 ans et plus) sans médecin traitant par département en Île-de-France

Dpt	75	77	78	91	92	93	94	95	IDF
Taux (%)	22	18,4	15,5	18,6	18,1	21,3	17,6	18,3	18,9

Source : SNDS 2022 - Exploitation ORS Île-de-France

Le renoncement aux soins

À la croisée des thématiques de l'accessibilité et du non-recours, le renoncement aux soins est un indicateur fort des difficultés de mise en œuvre du droit fondamental à un égal accès aux soins pour tous. Comme les besoins de santé, le renoncement est une notion complexe, multidimensionnelle, délicate à définir et à mesurer [11]. La mesure déclarative du renoncement implique d'avoir identifié un besoin de soins puis déclarer un renoncement. Elle comporte une forte dimension subjective tout en étant étroitement déterminée par le contexte social et des normes de socialisation marquées par le genre. Cette mesure est également très sensible à la formulation de la question et aux protocoles d'enquête [12]. En revanche, les caractéristiques sociodémographiques associées au renoncement demeurent identiques entre enquêtes. Cette variabilité des réponses selon la formulation adoptée invite à une grande prudence dans l'utilisation de ces chiffres et à une interprétation des taux de renoncement non pas en niveau mais en comparaison, entre sous-populations ou dans le temps (si la formulation reste stable).

L'enquête nationale de Santé publique France de 2017 révèle, à cet égard, un peu plus de renoncements pour motifs financiers en Île-de France que dans le reste de la France : 8,4 % des Franciliens de 18-75 ans déclarent avoir renoncé à une consultation de médecin pour raisons financières au cours des 12 mois, contre 6,1 % en moyenne en France.

Deux baromètres franciliens (ARS et IPR) indiquent une proportion de près d'un tiers des Franciliens ayant renoncé à des soins, mais selon des formulations très différentes n'autorisant pas la comparaison. Dans le baromètre de l'Institut Paris Région, la question est posée de prime abord tous types de soins et motifs confondus : 30 % des Franciliens déclarent avoir renoncé, retardé ou annulé des soins, examens médicaux ou appareillages dont ils avaient besoin au cours des 12 derniers mois. Pour la moitié d'entre eux, ces soins n'ont finalement pas eu lieu ni été reprogrammés. Les problématiques d'accessibilité financière et de délais de rdv reviennent comme

les premiers motifs de renoncement et de report des soins pour les différentes catégories de soins évoquées (tableau 4), suivis des contraintes temps, là où l'éloignement géographique et les barrières psychosociales (appréhension, attente d'amélioration) interviennent très peu.

Tensions entre l'offre et la demande de soins= les besoins mal satisfaits

Autres indicateurs révélateurs des tensions existantes entre l'offre et la demande de soins sont les besoins non plus insatisfaits mais mal satisfaits : les taux de fuite ou d'attractivité, les temps d'attente aux urgences ou encore les délais d'obtention de rendez-vous en consultation en sont des exemples pertinents.

L'analyse des flux inter-régionaux dans le recours aux services hospitaliers alerte de difficultés particulières en Île-de-France dans le domaine de la psychiatrie. Si, en médecine, chirurgie et obstétrique, la région présente les plus forts taux d'attractivité et les plus faibles taux de fuite de France, elle est pour la psychiatrie la quatrième région avec les plus forts taux de fuite, et ce, notamment pour la prise en charge des retards mentaux (taux d'hospitalisation hors Île-de-France de près de 40 %) [scanSanté, ATIH, PMSI, 2018]. Outre une offre hospitalière déficitaire, les Franciliens sont confrontés à une offre libérale en psychiatrie très concentrée dans l'hypercentre de la Métropole, avec deux tiers des psychiatres libéraux exerçant à Paris.

Les délais d'obtention d'un RDV apportent aux mesures classiques de l'offre de soins une dimension concrète, plus simple pour les Français et les décideurs politiques que ne le sont les indicateurs composites complexes comme l'APL, servant en France au zonage médecins. Cette donnée reste cependant difficile à recueillir, avec des protocoles encore à améliorer (biais de restitution dans les enquêtes en population, biais méthodologiques des statistiques récemment publiées par Doctolib). Ces études viennent souligner des délais particulièrement longs pour certaines spécialités (dermatologie, cardiologie), révélant pour l'Île-de-France un contraste marqué entre sa petite et sa grande couronne [13].

Tableau 4 : Part des franciliens ayant renoncé, annulé ou reporté des soins médicaux au cours des 12 derniers mois

Catégories de soins	Taux	Motif principal
Soins dentaires	12,6%	Coût financier
Médecin généraliste	9,1%	Délais de rendez-vous
Gynécologue	8,1%	Délais de rendez-vous
Ophtalmologiste	4,6%	Coût/délais
Psychiatre, psychologue	2,7%	Coût financier
Autres spécialistes	5,4%	Délais de rendez-vous
Imagerie médicale	2,7%	Délais/coût

Source : Le Baromètre des Franciliens 2023, L'Institut Paris Région, Ipsos.

Un égal accès aux soins ou un droit à être en bonne santé ?

Le droit constitutionnel à la protection de la santé peut être entendu non plus seulement en référence à un droit inconditionnel à accéder aux soins mais comme un droit à être, autant que possible, en bonne santé.

Sur ce point, plusieurs indicateurs de santé alertent de disparités fortes entre territoires franciliens. La mortalité infantile affiche des écarts entre départements allant de 3,5 décès pour 1 000 naissances vivantes dans les Hauts-de-Seine ou les Yvelines à 5 ‰ en Seine-Saint-Denis. De même, la distribution spatiale des taux de mortalité prématurée ou de prévalence des maladies chroniques montre des écarts très significatifs entre cantons franciliens, avec, pour la mortalité prématurée, des taux pouvant varier du simple au double (Cartes 3 et 4). Ces cartographies dessinent des mêmes zones géographiques de vulnérabilité (en foncé sur la carte).

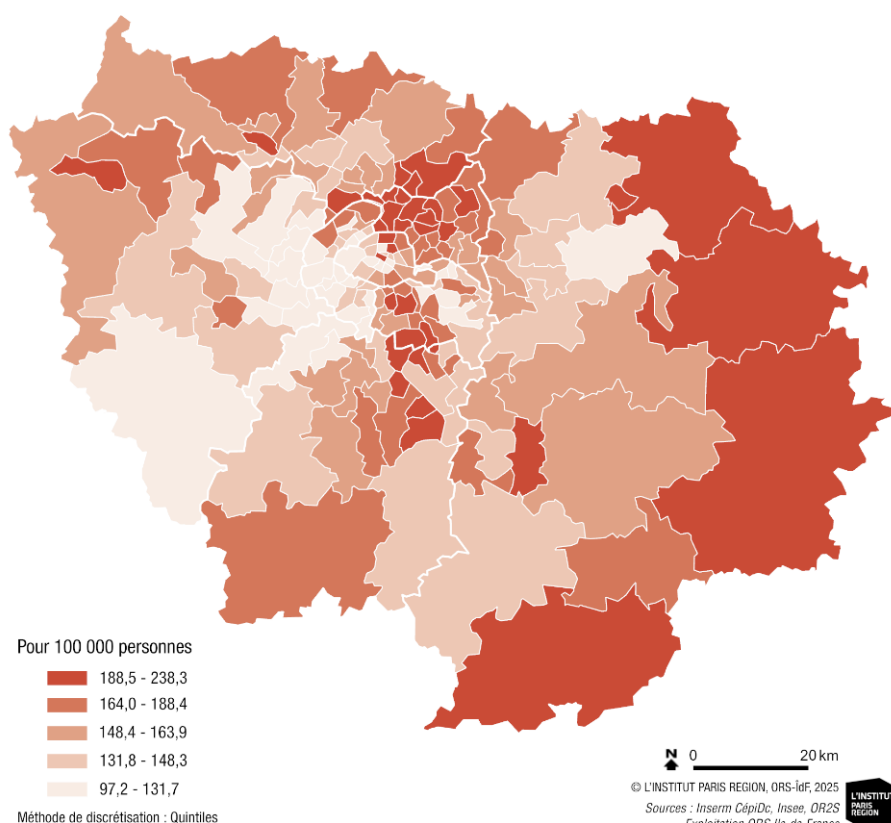
Si on peut considérer certains écarts de santé entre population comme inévitables, du fait de prédispositions génétiques particulières, la mise en parallèle de ces cartographies avec celle de la défavorisation sociale (Carte 5) rend compte de disparités de santé

fortement corrélées au statut socioéconomique des populations. On peut dès lors parler d'inégalités sociales de santé et de différences injustes et évitables.

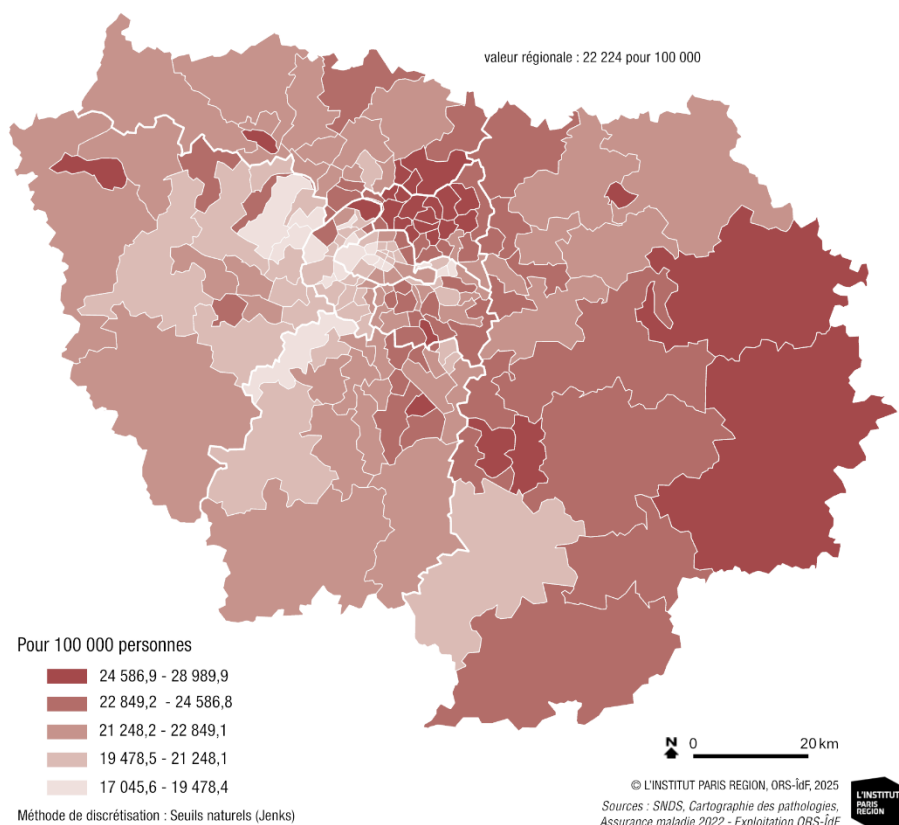
On retrouve en effet les indicateurs de santé les moins bons dans les zones socialement plus défavorisées, notamment la Seine-Saint-Denis, la périphérie de la Seine-et-Marne, l'est du Val-d'Oise. À l'inverse, les territoires plus riches de l'ouest parisien, centre et sud des Hauts-de-Seine ou centre des Yvelines présentent les indicateurs de santé les plus favorables.

L'Île-de-France est une région particulièrement exposée aux inégalités sociales et territoriales de santé. La comparaison avec la distribution spatiale de l'offre de soins (cf. carte APL en annexe) montre des indicateurs de santé bien plus soumis à un gradient social qu'à une problématique d'offre ou d'accès aux soins. Cela souligne la nécessité de prendre en compte les déterminants éminemment sociaux de la santé dans l'évaluation des besoins collectifs et d'apporter des réponses adaptées, graduées en fonction des besoins spécifiques à chacun des territoires.

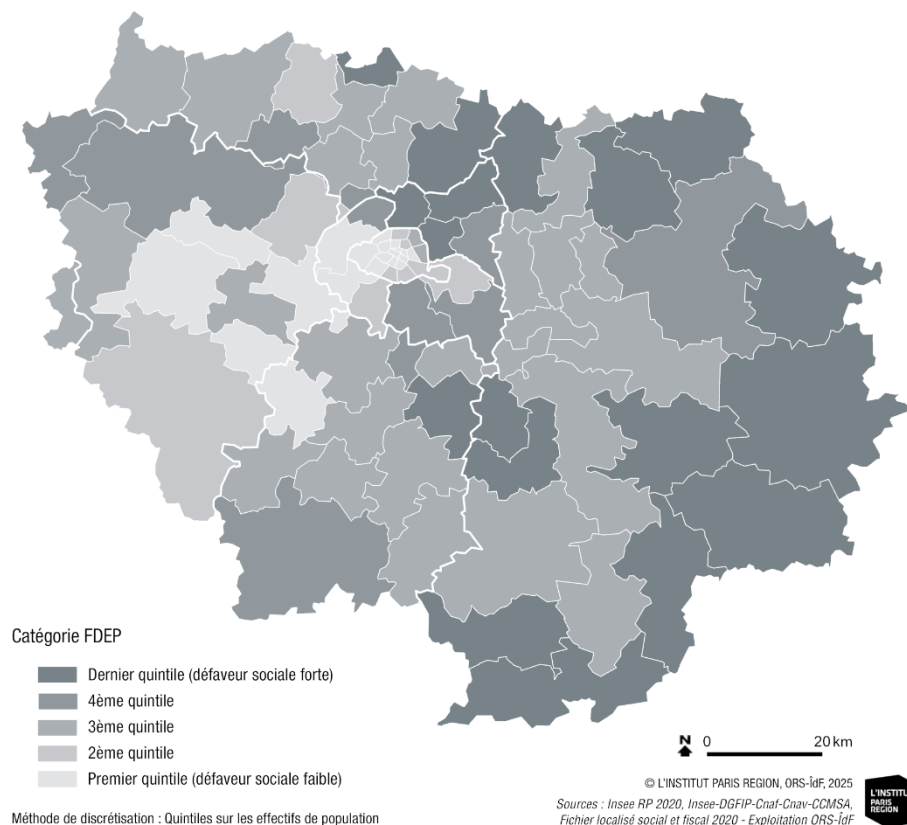
Carte 3. Taux standardisés de mortalité prématurée par canton ville (période 2018-2022)



Carte 4. Taux standardisés de prévalence des personnes prises en charge pour au moins une pathologie par canton ville 2022



Carte 5. Indice de défaveur sociale en 2020 par intercommunalités et arrondissements parisiens



Conclusion et perspectives

Cette étude souligne la difficulté à définir les besoins de santé. Entre besoins de soins ou de santé, besoins ressentis, diagnostiqués ou pris en charge, besoins normatifs ou comparatifs, besoins essentiels, fondamentaux ou non prioritaires, la démarche est complexe et demande une approche large des besoins de santé, sollicitant différents référentiels d'analyse, des croisements entre disciplines et sources de données.

En mobilisant différentes approches (épidémiologiques, sociologiques, territoriales) et jeux de données (mortalité, morbidité, enquêtes populationnelles, recours et offre de soins), cette étude a permis de mettre en avant un certain nombre de problématiques auxquelles étaient confrontés les Franciliens : en santé maternelle et infantile, avec des taux préoccupants de mortalité infantile, en santé mentale, avec des maladies psychiatriques en hausse (la dépression chez les jeunes) et des besoins largement sous-estimés, en prévention avec des pathologies en excès comme le diabète et le VIH. Plus globalement, se dessinent des besoins de soins en augmentation, sous l'effet de l'accroissement et du vieillissement de la population et du poids croissant des maladies chroniques, mettant en exergue des tensions particulières entre l'offre et la demande de soins sur le territoire francilien : en termes de coordination médicale notamment, avec une démographie de médecins généralistes en baisse, générant des difficultés d'accès à un médecin traitant ou à une consultation en médecine générale, ou encore en psychiatrie, avec une offre hospitalière et une prise en charge de la maladie insuffisantes. La distribution spatiale des états de santé montre par ailleurs d'importantes inégalités sociales de santé dans la région, exigeant une réponse adaptée aux besoins propres à chacun des territoires.

Ces constats énoncés, se pose alors la question de leur traduction en besoins de santé. Si on prend l'exemple du diabète, pathologie en excès et en augmentation en Île-de-France, avec des complications fréquentes, quels besoins de santé suscite-t-il ? faut-il renforcer le suivi médical ? l'éducation thérapeutique des patients ? la prévention alimentaire ou encore les politiques de lutte contre la sédentarité ? Plus généralement, ces constats appellent à des arbitrages, des priorisations entre besoins préventifs, éducatifs ou curatifs, entre une prise en charge médicale de coordination et/ou de suivi spécialisé, entre des politiques sociales de réduction des inégalités ou encore des politiques médico-sociales en faveur de l'autonomie des personnes âgées.

C'est là que le processus démocratique et la décision politique entrent en jeu pour convenir des problèmes et des besoins prioritaires, des actions à mettre en œuvre, des budgets à allouer et permettre de construire une politique de santé répondant aux besoins de la population. La confrontation des avis et des points de vue entre les différents acteurs de la région, professionnels de santé, décideurs et usagers, est essentielle à la production d'un diagnostic partagé et à une définition des besoins ancrée dans une démarche d'aide à la décision.

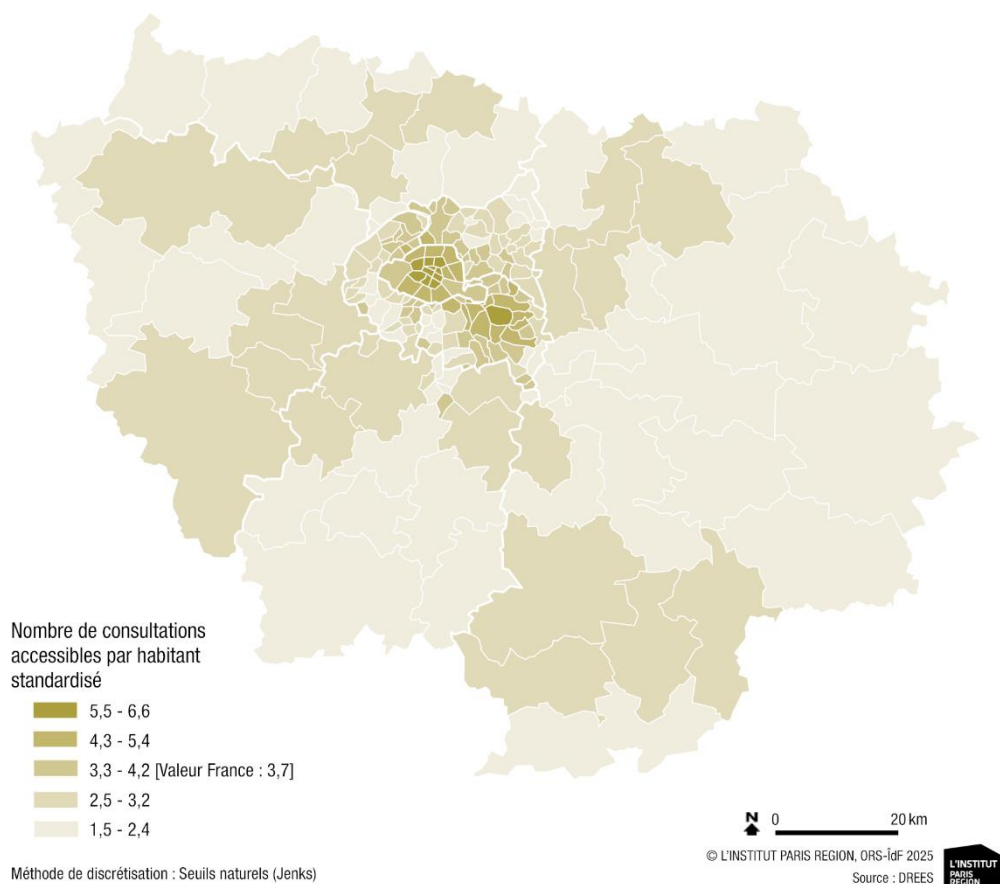
Cette étude appelle également à poursuivre le travail de connaissance sur les besoins de santé en Île-de-France, en affinant notamment la question de la dimension sociale des besoins (en quantifiant, par exemple, la demande de soins selon le statut socioéconomique des populations et leur état de santé). La mise en regard des besoins sociaux avec l'offre de soins localement existante apportera une meilleure compréhension des problématiques d'accès aux soins en Île-de-France et de la nature plurielle des freins rencontrés (géographiques, socio-culturels, financiers, etc.).

Références

- [1] Salomez JL, Lacoste O. Du besoin de santé au besoin de soins - La prise en compte des besoins en planification sanitaire. Hérodote. 1999 ; 92 : 101-20
- [2] Cases C, Baubeau D. Peut-on quantifier les besoins de santé ? Drees. Solidarités et santé. 2004 ; 1 : 17-22
- [3] Estellat C, Lebrun L. Revue des méthodes d'évaluation des besoins de santé. Ministère de la santé et de la protection sociale-direction de l'hospitalisation, 2004-05, 25 p.
- [4] Haut Conseil de la santé publique. Usages et bon usage de la mesure de la santé perçue et de la qualité de vie en France. Rapport du Haut Conseil de la santé publique. Coll Avis et rapports. Janvier 2022.
- [5] Deplaud MO. Une fiction d'institution : les besoins de santé de la population, in : Gilbert C, et Henry E. (dir.). Comment se construisent les problèmes de santé publique. Paris: La Découverte; 2009 : 255-72 (coll. « Recherches »)
- [6] Haut Comité de la santé publique. La Santé en France, 1994-1998. Paris : La Documentation française, 1998.
- [7] ORS Île-de-France. La santé des Franciliens. Diagnostic pour le projet régional de santé 2023-2027. Février 2023
- [8] Chometon E, Wittmann AL, Dupoizat J, Louchart P, Brajon D, Roger. Les projections de population et d'emploi en Île-de-France, un outil d'aide à la décision. Note rapide Société – habitat. Institut Paris Region. 2020 ; n°861.
- [9] Lamboy B. La santé mentale : état des lieux et problématique. Santé Publique. 2005 ; 17 (4) : 583-96. [doi.org/10.3917/spub.054.0583.]
- [10] Maurice AC, Féron V, Laborde C. Soins palliatifs en Île-de-France. Observatoire régional de santé Île-de-France; 2022.
- [11] Legendre B. Le renoncement aux soins : un phénomène aux ressorts économiques mais aussi sociaux. Revue française des affaires sociales. 2021, 179-204 [doi.org/10.3917/rfas.213.0179.]
- [12] Lapinte A. La mesure du renoncement aux soins est très sensible à la formulation des questions : Suivi dans le temps et impact de la formulation des questions sur la mesure du renoncement aux soins. Drees Méthodes. 2023 ; 10 : 34 p.
- [13] Fondation Jean Jaures. Cartes de France de l'accès aux soins, Avril 2024.

Annexe

Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes en 2023



LES BESOINS DE SANTÉ DES FRANCILIENS

ÉTAT DES LIEUX ET PERSPECTIVES

L'essentiel de l'étude

- Les besoins de santé sont complexes à définir et à mesurer : ils procèdent d'une construction politique, passant par l'identification préalable des problématiques sanitaires sur le territoire ;
- L'accroissement et le vieillissement de la population francilienne laissent entrevoir une augmentation exponentielle de la demande de soins dans les années à venir (entre +1,3 et +2,4 millions de consultations annuelles supplémentaires à prévoir en médecine générale en 2035 par rapport à 2022), et ce, sans tenir compte du poids croissant des maladies chroniques ;
- De nombreux indicateurs épidémiologiques attestent d'un bon état de santé de la population francilienne mais des tendances préoccupantes sont observées en santé maternelle et infantile, chez les jeunes (asthme, dépression), pour certaines pathologies (diabète, VIH, certains cancers comme le pancréas ou le poumon chez les Franciliennes) ... ;
- À cela, s'ajoute la part silencieuse des besoins, celle du renoncement aux soins (un tiers des Franciliens potentiellement concernés) et du non-recours, particulièrement saillant dans le domaine de la prévention et de la santé mentale (50 % à 70 % des Franciliens ne participent pas aux programmes de dépistage organisé des cancers) ;
- Des difficultés spécifiques d'accès aux soins sont constatées en Île-de-France, pour motifs financiers, dans la prise en charge hospitalière des maladies mentales et plus encore dans l'accès à un médecin traitant (19 % de la population adulte est sans médecin traitant, contre 13 % en moyenne nationale), en lien avec la pénurie de médecins généralistes observée dans la région ;
- L'Île-de-France est une région particulièrement exposée aux inégalités sociales de santé (mortalité infantile, mortalité prématurée, prévalence des maladies chroniques, ...), ancrées spatialement, et qui appellent à une réponse graduée, adaptée aux besoins propres à chacun des territoires ;
- Ces constats demandent à être partagés et discutés collectivement pour arbitrer des priorités collectives et construire une politique de santé répondant aux besoins des populations.