GLOSSAIRE

FICHE 1
Présentation et contexte morphologique

• **Atelier santé ville (ASV)** • *à la fois démarche locale et dispositif public, l'atelier santé ville se situe à la croisée de la politique de la ville et des politiques de santé. Son objectif est de contribuer à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Il s'insère dans le dispositif contractuel de la politique de la ville entre la collectivité territoriale (commune, EPCI) et l'État. L'ASV anime, renforce et adapte les différents axes de la politique de santé publique au niveau local.*

Pour en savoir plus : *voir notamment https://www.fabrique-territoires-sante.org/tout-savoir-sur-les-asv/latelier-sante-ville-cest-quoi.*

• **Conseil local de santé mentale (CLSM)** • *un Conseil local de santé mentale est un lieu de concertation et de coordination entre les élus locaux d'un territoire, les services de psychiatrie publics, les usagers et les aidants. Il définit et met en œuvre les politiques locales et les actions pour améliorer la prévention et le parcours de soins en santé mentale. Ils développent des actions de promotion de l'accès des usagers en santé mentale à la citoyenneté, d'aide à l'accès au logement et à l'hébergement, d'amélioration de l'accès et de la continuité des soins, d'accès aux loisirs et à la culture, de déstigmatisation et de sensibilisation de la population à la santé mentale. Un CLSM est généralement composé d'un comité de pilotage, d'un comité technique, d'une assemblée plénière et des groupes de travail par projet ou par axe de travail. Le fonctionnement est optimisé lorsque le Conseil dispose d'un poste de coordinateur. Après avoir élaboré un diagnostic permettant de repérer les points de rupture des parcours de soin des personnes atteintes de troubles en santé mentale, il définit un plan d'action visant à corriger les dysfonctionnements repérés.*
Les actions sont ensuite mises en œuvre par les acteurs concernés, avec l'appui d'un chef de projet et du coordonnateur du Conseil local.

Pour en savoir plus : *Site internet du centre national de ressources et d'appui aux CLSM et CCOMS ; article de Pauline Guézennec et Jean-Luc Roelandt, « Les conseils locaux de santé mentale en France : état des lieux en 2015 », in L'information psychiatrique, vol. 91, no. 7, 2015, pp. 549-556 (en libre accès sur internet : https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2015-7-page-549.html#);*

rapport CCOMS et CGET, « Les conseils locaux de santé mental, état des lieux », juin 2015, http://www.ccomssantementalelillefrance.org/sites/ccoms.org/files/Etat%20des%20lieux%20des%20CLSM-05-2015.pdf.

• **Contrat local de santé (CLS)** • *le contrat local de santé a été introduit par la loi HPST de 2009 et réaffirmé par la loi de Modernisation du Système de Santé de 2016 pour mettre en œuvre une politique régionale de santé au plus près des besoins des territoires. C'est un outil porté conjointement par l'agence régionale de santé (ARS) et une collectivité territoriale pour réduire les inégalités territoriales et sociales de santé et proposer des parcours de santé plus cohérents et adaptés à l'échelon local. Il est l'expression des dynamiques locales partagées entre acteurs et partenaires sur le terrain pour mettre en œuvre des actions, au plus près des populations. Il est signé par la collectivité territoriale, l'ARS, la Préfecture de département et éventuellement par d'autres partenaires.*
Il est mis en œuvre sur un territoire de proximité identifié comme prioritaire à partir d'un diagnostic de santé partagé. Il permet de mobiliser des leviers du champ sanitaire (prévention, soins, médico-social) mais également d'autres politiques publiques (déterminants socio-environnementaux) et s'appuie sur des démarches participatives (démocratie sanitaire et locale).

Pour en savoir plus : *Pour accompagner cette démarche, l'ARS Île-de-France notamment propose, sur son site internet, plusieurs supports méthodologiques (référentiels CLS et rapports d'évaluation) et informatifs (CLS franciliens signés présentant les priorités d'intervention retenues et les actions prévues, rapports « diagnostic » portant sur l'analyse des besoins locaux, élaborés avec l'appui financier de l'Agence…).*

• **Densité d'activité humaine** • *somme de la population et des emplois de la commune rapportée à la surface de la commune. Cet indicateur prend en compte le nombre potentiel de personnes fréquentant le site et permet de mesurer en partie la densité d'usage d'un espace.*

• **Déterminants de la santé** • *L'Organisation Mondiale de la santé (OMS) définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Selon la charte d'Ottawa, pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu ou le groupe doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques. La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé : elle ne se borne pas seulement à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé ; son ambition est le bien-être complet de l'individu. La santé exige ainsi un certain nombre de conditions et de ressources préalables, l'individu devant pouvoir notamment : se loger, accéder à l'éducation, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, bénéficier d'un écosystème stable ; compter sur un apport durable de ressources ; avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable. Tels sont les préalables indispensables à toute amélioration de la santé. Différentes études établissent que l'état de santé des individus serait déterminé environ à 20 % par la génétique, à 70 % par les modes de vie et les paramètres socio-économiques et environnementaux qui les conditionnent et à 10 % seulement par les soins médicaux (ces proportions pouvant osciller sensiblement d'une étude à l'autre, mais toutes s'accordent sur le fait que le système de soins ne fait pas tout). Pour appréhender l'influence de ces « paramètres extérieurs » sur l'état de santé d'une personne, des travaux de recherche emblématiques (Lalonde, 1974 ; Whitehead & Dahlgren, 1991) ont permis d'établir de premières définitions et typologies de « déterminants de santé » sur lesquels il est possible d'agir, qu'ils relèvent des comportements individuels (alimentation, activité physique, conduites addictives…), mais également d'autres facteurs tels que le revenu et le statut social, l'instruction, l'emploi et les conditions de travail, l'accès aux services, l'environnement physique... « Les déterminants de la santé interagissent entre eux et engendrent des conditions de vie qui influent sur la santé » (Agence de la santé publique du Canada, 2007), l'état de santé pouvant lui-même intervenir sur les conditions d'emploi, de logement, d'insertion sociale... autant de facteurs qui relèvent directement des compétences des collectivités locales, des aménagements et des conditions de vie en milieu urbain (voir le guide ISadOrA en libre accès sur le site de l'EHESP). C'est la raison pour laquelle de nombreuses initiatives se développent localement pour développer les démarches d'urbanisme favorable à la santé (UFS), d'évaluation des impacts sanitaires des projets urbains (EIS) et que 86 villes et 6 intercommunalités françaises ont d'ores-et-déjà choisi d'adhérer au réseau Ville-Santé de l'OMS afin d'intégrer la santé dans toutes les politiques locales comme l'habitat, les transports, la cohésion sociale, la petite enfance ou l'urbanisme (http://www.villes-sante.com).*

• **Indice d'urbanisation** • *rapport (en %) entre la surface communale des espaces urbains construits (hors espaces ouverts artificialisés tels que les parcs et jardins, les terrains de sport en plein air…) rapportée à la surface totale de la commune (hors eau et forêts).*

• **Mode d'occupation du sol (MOS)** • *inventaire numérique de l'occupation du sol de l'Île-de-France. Réalisé à partir de photos aériennes qui couvrent l'ensemble du territoire régional, le Mos distingue les espaces agricoles, naturels, forestiers et urbains (habitat, infrastructures, équipements, activités économiques, etc.) selon une classification allant jusqu'à 81 postes de légende.*

Pour en savoir plus : *site internet de l'Institut Paris Région.*

• **Territoires de coordination** • *les territoires de coordination des prises en charge constituent une maille territoriale d'analyse et d'action issue du projet régional de santé (PRS2) 2018-2022. Identifiés par l'Agence régionale de santé (ARS) à partir de l'expérience et des propositions des acteurs et porteurs de projets de terrain, ces territoires infra-départementaux ont vocation à structurer l'observation et l'action à une échelle intermédiaire et cohérente avec les usages dans le but d'améliorer et de faciliter la structuration de la réponse aux besoins de proximité en santé.*

• **Les territoires de coordination** • *Voir carte p. 16*

Pour en savoir plus *: Site internet de l'ORS Île-de-France / Institut Paris Région (Profil des 22 territoires de coordination du projet régional de santé d'Île-de-France).*

Les déterminants de la santé

LES MOINS "Santé"

- Particules émises par les véhicules, émissions du chauffage et des industries...
- Plantes allergisantes, moustiques, chenilles urticantes…
- Qualité des eaux dégradées…
- Bruits de la circulation, des travaux…
- Présence de friches industrielles et de sites et sols pollués…

LES PLUS "Santé"

- Zones piétonnières, pistes cyclables, transports en commun, déviation des voies à fort trafic...
- Réhabilitation urbaine, construction et rénovation de bâtiments économes en énergie, réduction des émissions de gaz à effet de serre, maîtrise de l'énergie...
- Gestion des eaux respectueuse des ressources et garante de la qualité de l'eau distribuée…
- Espaces verts, lieux conviviaux, végétalisation des surfaces…
- Actions de lutte contre le bruit…

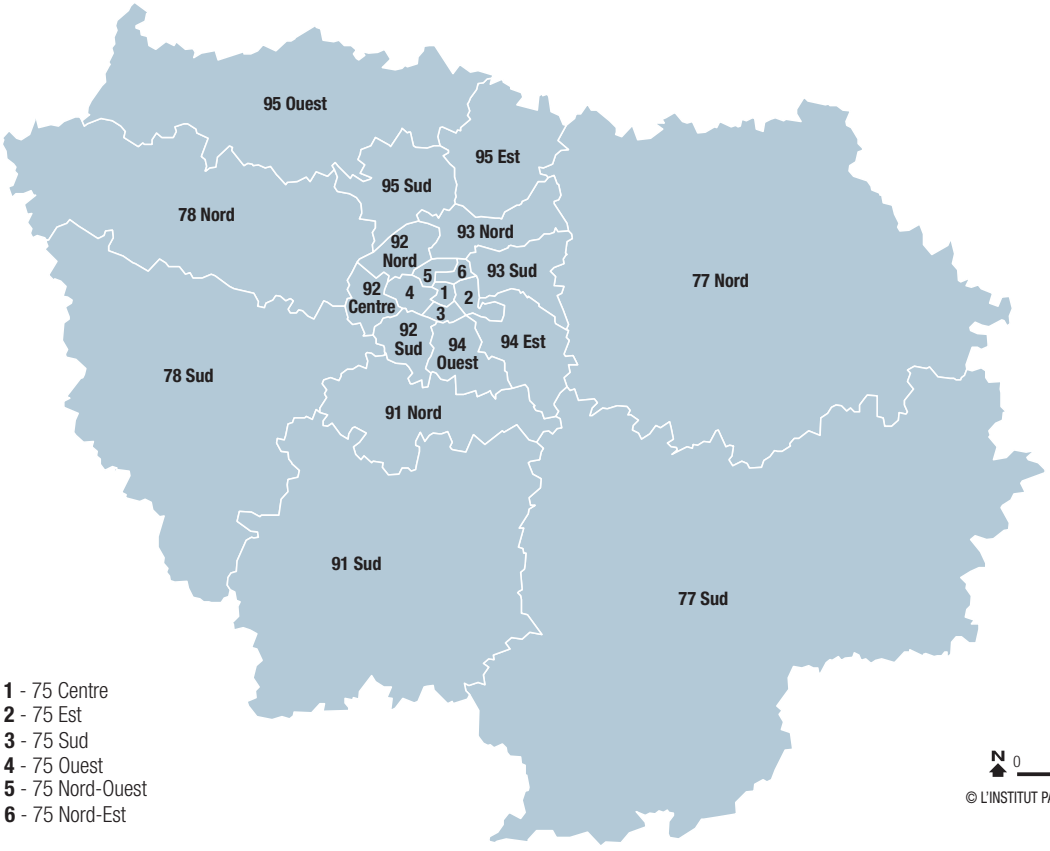
Les **3 arcs de cercle bleus** de la figure représentent les déterminants de santé sur lesquels la planification urbaine agira de manière directe.
Les **3 arcs de cercle verts** représentent les déterminants de santé influencés de manière directe par les choix urbanistiques.

Chaque échelon territorial peut agir à son niveau
Quartier/commune/EPCI/Parc naturel/Département/région.

Les territoires limitrophes et le contexte politique et macro-économique national et international interagissent avec les déterminants présentés ci-dessus.

Source : Plaquette Urbanisme Favorable à la santé - ARS Centre Val de Loire, 2017

Territoires de coordination



1 - 75 Centre
2 - 75 Est
3 - 75 Sud
4 - 75 Ouest
5 - 75 Nord-Ouest
6 - 75 Nord-Est

N 0 20 km

© L'INSTITUT PARIS REGION, ORS-ÎdF 2020
Source : ARS

• **Typologie (morphologique) des communes** • *le découpage morphologique des communes franciliennes est réalisé par l'Institut Paris Région selon une méthodologie qui permet de rendre compte de la diversité des profils urbains des communes au sein des espaces agglomérés franciliens définis par l'INSEE. Le découpage est constitué de 7 secteurs morphologiques :*

- *le centre de l'agglomération de Paris : communes ou arrondissements de l'agglomération de Paris (agglomération principale de la région Île-de-France) très urbanisées et très denses, répondant aux deux critères morphologiques (un taux d'espaces urbanisés supérieur ou égal à 95 % et une densité humaine sur les espaces urbains construits supérieure ou égale à 300 individus à l'hectare (ind/ha) ;*
- *les communes denses de l'agglomération de Paris : communes de l'agglomération de Paris urbanisées et denses, avec un taux d'espaces urbanisés supérieur ou égal à 80 % et une densité humaine supérieure ou égale à 100 individus à l'hectare ;*
- *les autres communes majoritairement urbanisées de l'agglomération de Paris : communes de l'agglomération centrale moyennement urbanisées et moyennement denses, avec un taux d'espaces urbanisés supérieur ou égal à 65 % et une densité humaine supérieure ou égale à 30 individus à l'hectare ;*
- *les autres communes peu urbanisées ou peu denses qui ne font pas partie des secteurs précédents mais qui sont inclus dans l'agglomération de Paris ;*
- *les principales communes des agglomérations secondaires : communes agglomérées moyennement denses qui n'appartiennent pas à l'unité urbaine de Paris avec une densité humaine au moins égale à 30 individus à l'hectare et une activité humaine (population + emploi en 2016) supérieure ou égale à 5 000 individus ;*
- *les autres communes des agglomérations secondaires qui n'appartiennent pas à l'unité urbaine de Paris ;*
- *les communes rurales : l'ensemble des communes restantes constitue l'espace rural. Ce sont les communes rurales qui, selon la définition INSEE, n'appartiennent pas à une unité urbaine.*

FICHE 2
Contexte démographique

• **Famille** • *Une famille est la partie d'un ménage comprenant au moins deux personnes et constituée :*

- *soit d'un couple vivant au sein du ménage, avec le cas échéant son ou ses enfant(s) appartenant au même ménage ;*
- *soit d'un adulte avec son ou ses enfant(s) appartenant au même ménage (famille monoparentale).*

Pour qu'une personne soit enfant d'une famille, elle doit être célibataire et ne pas avoir de conjoint ou d'enfant faisant partie du même ménage.

Un ménage peut comprendre zéro, une ou plusieurs familles.

• **Ménage** • *Un ménage, au sens du recensement de la population, désigne l'ensemble des personnes qui partagent la même résidence principale, sans que ces personnes soient nécessairement unies par des liens de parenté. Un ménage peut être constitué d'une seule personne. Il y a égalité entre le nombre de ménages et le nombre de résidences principales.*

Les personnes vivant dans des habitations mobiles, les bateliers, les sans-abris, et les personnes vivant en communauté (foyers de travailleurs, maisons de retraite, résidences universitaires, maisons de détention…) sont considérées comme vivant hors ménage.

• **Recensement de la population** • *Le recensement de la population a pour objectifs le dénombrement des logements et de la population résidant en France et la connaissance de leurs principales caractéristiques : sexe, âge, activité, professions exercées, caractéristiques des ménages, taille et type de logement, modes de transport, déplacements quotidiens. Les informations recueillies intéressent les collectivités territoriales, les services de l'État mais aussi les entreprises, sociologues, urbanistes,… Elles sont une aide pour définir :*

- *au niveau national les politiques sociales et les infrastructures à mettre en place ;*
- *au niveau local les politiques urbaines, de transport, de logement, d'équipements culturels et sportifs, les infrastructures scolaires et la mise en place de structures d'accueil pour les jeunes enfants et les personnes âgées.*

Pour les acteurs privés, le recensement sert aux projets d'implantation d'entreprises ou de commerces et services.

Depuis janvier 2004, le comptage traditionnel est remplacé par des enquêtes de recensement annuelles.

Les communes de moins de 10 000 habitants continuent d'être recensées exhaustivement, comme lors des précédents recensements mais une fois tous les 5 ans au lieu de tous les 8 ou 9 ans.

Les communes de 10 000 habitants ou plus font désormais l'objet d'une enquête annuelle auprès d'un échantillon de 8 % de la population, dispersé sur l'ensemble de leur territoire. Au bout de 5 ans, tout le territoire de ces communes est pris en compte et les résultats du recensement sont calculés à partir de l'échantillon de 40 % de leur population ainsi constitué.

A la fin de l'année 2008, à l'issue des cinq premières enquêtes de recensement, l'Insee publie, pour la première fois selon la nouvelle méthode, la population légale de chaque commune, puis à partir de 2009, les résultats statistiques complets sur les habitants et leurs logements.

Structure par âge de la population en 2017 par département

	75 Paris	92 Hauts-de-Seine	93 Seine-St-Denis	94 Val-de-Marne	77 Seine-et-Marne	78 Yvelines	91 Essonne	95 Val-d'Oise	Île-de-France
HOMMES									
moins de 3 ans	*33 574*	*32 848*	*39 730*	*28 824*	*27 908*	*28 084*	*27 146*	*27 386*	*245 500*
de 3 à 5 ans	*30 103*	*32 242*	*39 685*	*28 970*	*30 606*	*30 353*	*27 677*	*28 256*	*247 892*
de 6 à 10 ans	*50 752*	*52 063*	*62 184*	*45 773*	*52 615*	*51 822*	*46 497*	*46 292*	*407 998*
de 11 à 14 ans	*39 327*	*39 326*	*44 701*	*35 156*	*40 712*	*40 431*	*35 809*	*34 850*	*310 312*
de 15 à 17 ans	*30 215*	*28 524*	*32 390*	*25 659*	*30 293*	*30 133*	*26 813*	*25 606*	*229 633*
de 18 à 24 ans	*103 010*	*67 201*	*73 126*	*63 436*	*58 365*	*58 187*	*59 654*	*54 250*	*537 229*
de 25 à 39 ans	*273 590*	*175 391*	*177 391*	*142 553*	*132 230*	*130 075*	*123 401*	*120 115*	*1 274 746*
de 40 à 64 ans	*318 682*	*238 532*	*245 704*	*212 097*	*224 434*	*229 719*	*204 645*	*188 174*	*1 861 987*
de 65 à 74 ans	*86 312*	*56 012*	*51 538*	*48 733*	*52 958*	*57 855*	*47 485*	*43 194*	*444 087*
de 75 à 84 ans	*44 748*	*30 835*	*24 630*	*25 832*	*24 835*	*31 528*	*26 137*	*20 569*	*229 114*
de 85 et +	*18 587*	*13 204*	*8 067*	*10 533*	*8 549*	*11 450*	*9 119*	*7 270*	*86 779*
Total Hommes	***1 028 902***	***766 171***	***799 146***	***667 559***	***683 526***	***699 636***	***634 413***	***595 968***	***5 875 321***
FEMMES									
moins de 3 ans	*31 733*	*31 676*	*38 411*	*27 709*	*26 829*	*26 593*	*25 764*	*26 486*	*235 201*
de 3 à 5 ans	*29 723*	*31 133*	*38 042*	*27 540*	*29 330*	*28 796*	*27 278*	*27 084*	*238 926*
de 6 à 10 ans	*48 983*	*49 866*	*60 487*	*44 327*	*49 760*	*49 011*	*45 245*	*44 887*	*392 566*
de 11 à 14 ans	*38 811*	*37 899*	*43 407*	*33 821*	*39 533*	*39 130*	*34 591*	*33 775*	*300 967*
de 15 à 17 ans	*29 899*	*27 590*	*30 755*	*24 635*	*28 919*	*29 047*	*25 083*	*24 471*	*220 399*
de 18 à 24 ans	*126 728*	*68 560*	*72 895*	*62 285*	*57 766*	*55 374*	*54 737*	*53 684*	*552 029*
de 25 à 39 ans	*289 923*	*188 217*	*188 594*	*155 030*	*143 111*	*137 402*	*131 452*	*131 206*	*1 364 935*
de 40 à 64 ans	*347 038*	*265 597*	*246 251*	*226 083*	*234 151*	*241 834*	*209 309*	*199 146*	*1 969 409*
de 65 à 74 ans	*108 783*	*67 931*	*54 064*	*57 298*	*57 665*	*65 126*	*54 492*	*47 160*	*512 519*
de 75 à 84 ans	*65 292*	*45 151*	*32 980*	*38 320*	*33 754*	*42 311*	*34 555*	*27 950*	*320 313*
de 85 et +	*41 705*	*29 523*	*18 083*	*23 302*	*19 641*	*23 986*	*19 196*	*16 797*	*192 233*
Total Femmes	***1 158 624***	***843 136***	***823 965***	***720 363***	***720 475***	***738 633***	***661 714***	***632 651***	***6 299 561***
HOMMES + FEMMES									
moins de 3 ans	*65 307*	*64 524*	*78 141*	*56 533*	*54 737*	*54 677*	*52 910*	*53 872*	*480 701*
de 3 à 5 ans	*59 827*	*63 378*	*77 726*	*56 514*	*59 923*	*59 152*	*54 965*	*55 350*	*486 835*
de 6 à 10 ans	*99 736*	*101 927*	*122 666*	*90 100*	*102 359*	*100 820*	*91 751*	*91 172*	*800 531*
de 11 à 14 ans	*78 138*	*77 224*	*88 105*	*68 978*	*80 237*	*79 564*	*70 410*	*68 626*	*611 282*
de 15 à 17 ans	*60 115*	*56 113*	*63 144*	*50 292*	*59 212*	*59 184*	*51 898*	*50 084*	*450 042*
de 18 à 24 ans	*229 742*	*135 766*	*146 023*	*125 722*	*116 137*	*113 559*	*114 400*	*107 931*	*1 089 280*
de 25 à 39 ans	*563 512*	*363 606*	*365 987*	*297 584*	*275 349*	*267 476*	*254 854*	*251 313*	*2 639 681*
de 40 à 64 ans	*665 723*	*504 123*	*491 955*	*438 179*	*458 581*	*471 551*	*413 953*	*387 332*	*3 831 397*
de 65 à 74 ans	*195 095*	*123 941*	*105 600*	*106 032*	*110 641*	*122 974*	*101 977*	*90 356*	*956 616*
de 75 à 84 ans	*110 039*	*75 982*	*57 606*	*64 153*	*58 605*	*73 856*	*60 692*	*48 529*	*549 462*
de 85 et +	*60 293*	*42 728*	*26 152*	*33 841*	*28 208*	*35 442*	*28 331*	*24 068*	*279 063*
Total Île-de-France	***2 187 526***	***1 609 306***	***1 623 111***	***1 387 926***	***1 403 997***	***1 438 266***	***1 296 130***	***1 228 618***	***12 174 880***

Source : Insee, RP 2017, populations municipales

FICHE 3
Contexte social

• **Artisans, commerçants*** • *artisans, commerçants, chefs d'entreprise.*

• **Cadres et PIS** • *cadres et professions intellectuelles supérieures.*

• **Immigrés au sens de l'Insee** • *au sens de l'Insee, les immigrées sont les personnes nées de nationalité étrangère à l'étranger. Parmi eux, certains ont pu acquérir la nationalité française et sont donc français.*

• **Iris** • *les Iris (« Ilots Regroupés pour l'Information Statistique ») constituent une maille statistique élaborée par l'Insee afin de permettre la diffusion des données du recensement de la population à un niveau infra-communal. Pour ce faire, l'Insee a procédé à un découpage du territoire en mailles de taille homogène. Les communes d'au moins 10 000 habitants et une forte proportion des communes de 5 000 à 10 000 habitants sont découpées en IRIS. Par extension, afin de couvrir l'ensemble du territoire, on assimile à un IRIS chacune des communes non découpées en IRIS.*

L'Insee distingue trois types d'IRIS : les IRIS d'habitat (leur population se situe en général entre 1 800 et 5 000 habitants. Ils sont homogènes quant au type d'habitat et leurs limites s'appuient sur les grandes coupures du tissu urbain (voies principales, voies ferrées, cours d'eau...)) ; les IRIS d'activité (ils regroupent plus de 1 000 salariés et comptent au moins deux fois plus d'emplois salariés que de population résidente) ; les IRIS divers (grandes zones spécifiques peu habitées et ayant une superficie importante (parcs de loisirs, zones portuaires, forêts...)).

• **Niveau de vie médian par UC** • *le niveau de vie par unité de consommation indique le revenu disponible d'un ménage pondéré par sa composition (nombre d'adultes et d'enfants). L'Insee utilise la méthode des unités de consommation (UC) afin de rendre compte de la composition familiale. En effet, payer un loyer seul ou à deux a un impact sur la quantité totale de biens et services qu'il est possible d'acheter. De même, les dépenses consacrées aux enfants sont différentes s'ils sont jeunes ou adolescents. Chaque ménage est ainsi composé d'un certain nombre d'unités de consommation (UC) : le premier adulte compte pour 1 UC, chaque personne de plus de 14 ans supplémentaire compte pour 0,5 UC, chaque enfant de moins de 14 ans compte pour 0,3 UC.*

Pour calculer niveau de vie des ménages, sont pris en compte les revenus d'activité (revenus du travail et allocations chômage, pensions de retraite, revenus de propriété (loyer, intérêts...)), augmentés des prestations sociales reçues (RSA, prime d'activité, prestations familiales, liées au handicap, allocations logement...) et diminués des impôts versés (dont taxe d'habitation et taxe foncière). Sont également pris en compte les crédits ou réductions d'impôts pour la garde de jeunes enfants par exemple ou pour des investissements de défiscalisation (niches fiscales).

Le niveau de vie médian par UC des communes franciliennes est un indicateur révélateur des inégalités sociales qui marquent le territoire régional.

• **PCS** • *Professions et catégories socioprofessionnelles. La nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles dite PCS a remplacé, en 1982, la CSP (catégories socio-professionnelles). Elle classe la population selon une synthèse de la profession (ou de l'ancienne profession), de la position hiérarchique et du statut (salarié ou non).*

• **Sans diplôme** • *le niveau de diplôme fait référence au diplôme le plus élevé déclaré par l'individu. Les populations « sans diplôme » sont celles qui n'ont pas suivi de scolarité, celles ayant eu une scolarité achevée avant la fin de l'école primaire ou avant la fin du collège et celles ayant poursuivi leur scolarité au-delà mais sans valider de diplôme au jour du recensement.*

• **Taux de chômage** • *le taux de chômage est le pourcentage de chômeurs dans la population active (actifs occupés + chômeurs).*

• **Taux de pauvreté** • *le taux de pauvreté correspond à la proportion d'individus (ou de ménages) dont le niveau de vie est inférieur pour une année donnée à un seuil (60 % du niveau de vie médian national), dénommé seuil de pauvreté (exprimé en euros).*

FICHE 4
Naissances et fécondité

• **Niveau de fécondité** • *il s'agit de l'écart entre le nombre de naissances observées en 2016 sur la commune et le nombre de naissances attendues si les femmes de la commune avaient, à chaque âge, les même taux de fécondité que la moyenne des Franciliennes. En rapportant le nombre de naissances observées au nombre de naissances ainsi attendues, on obtient un indicateur qui témoigne d'un niveau de fécondité de la commune supérieur ou inférieur au niveau de fécondité régional moyen.*

Par rapport aux naissances attendues, le nombre de naissances observées en 2016 est :

- *Très supérieur (20 % ou plus)*
- *Supérieur (de 10 à 20 %)*
- *Légèrement supérieur (de 5 à 10 %)*
- *Proche (de - 5 à 5 %)*
- *Légèrement inférieur (de - 5 à - 10 %)*
- *Inférieur (de - 10 à - 20 %)*
- *Très inférieur (au moins - 20 %)*

• **SNDS** • *Le Système National des Données de Santé (SNDS), géré par la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS), héberge : les données de l'Assurance Maladie (base SNIIRAM) ; les données des hôpitaux (base PMSI) ; les causes médicales de décès (base du CépiDC de l'Inserm) ; les données relatives au handicap (en provenance des MDPH - données de la CNSA) ; un échantillon de données en provenance des organismes d'Assurance Maladie complémentaire ; les causes médicales de décès.*

Le SNDS a pour finalité la mise disposition de ces données afin de favoriser les études, recherches ou évaluation présentant un caractère d'intérêt public et contribuant à l'une des finalités suivantes : information sur la santé ; mise en œuvre des politiques de santé ; connaissance des dépenses de santé ; information des professionnels et des établissements sur leurs activités ; innovation dans les domaines de la santé et de la prise en charge médico-sociale ; surveillance, veille et sécurité sanitaire.

• **Taux de prématurité** • *Le taux de prématurité est calculé en rapportant le nombre d'enfants nés avant 8 mois et demi de grossesse (37 semaines d'aménorrhée) à l'ensemble des naissances de la commune. S'il nait avant 8 mois et demi de grossesse, les organes du bébé ne sont pas tous prêts à affronter la vie extra-utérine. Des progrès médicaux récemment accomplis permettent aujourd'hui de pallier cette immaturité, au moins en partie, et d'en réduire les conséquences. Les recherches se poursuivent pour améliorer encore la prise en charge de ces enfants, de plus en plus nombreux, qui arrivent au monde un peu trop tôt.*

Pour en savoir plus :
https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/prematurite

• **Types de maternités** • *Il existe différents types de maternité en France, correspondant au niveau de risque des grossesses.*

Les maternités de type 1 assurent la prise en charge des grossesses sans risque identifié et des soins courants aux nouveau-nés. Elles peuvent cependant prendre en charge immédiatement une détresse néonatale avant le transfert du nouveau-né.

Les maternités de type 2 assurent la prise en charge des grossesses à risque fœtal identifié ou suspecté. Elles sont associées à une unité ou un service de néonatalogie situé sur le même site ou à proximité immédiate (2A et 2B) et d'un service de soins intensifs (2B).

Les maternités de type 3 assurent la prise en charge des grossesses à haut risque materno-fœtal. Elles disposent, outre de l'unité de néonatalogie et de soins intensifs, d'une unité de réanimation néonatales.

• **PMI** • *Les centres de Protection maternelle et infantile (PMI), sont des organismes de service public. Ils se chargent principalement d'informer et de dispenser des soins médicaux et un suivi de santé aux femmes enceintes et aux enfants âgés de 0 à 6 ans. La PMI joue ainsi à la fois un rôle de protection et de prévention. Ses prestations sont gratuites pour tous les bénéficiaires.*

FICHE 5
Situation des jeunes

• **Baromètre santé** • *Les Baromètres santé, menés par Santé publique France, sont des enquêtes téléphoniques sur les comportements, attitudes et perceptions, liées aux prises de risque et à l'état de santé de la population de France métropolitaine. Différentes thématiques, parmi lesquelles le tabagisme, les consommations de drogues illicites, les comportements sexuels, la consommation de soins, la santé mentale, les pratiques vaccinales… sont abordées. Pour la 8e édition du Baromètre santé de 2016, l'échantillon francilien comptait 4 253 personnes, dont 800 jeunes âgés entre 15 et 25 ans.*

• **Consommation occasionnelle** • *expérimentation au moins une fois dans sa vie.*

• **Consommation régulière** •

- *Consommer quotidiennement du tabac.*
- *Consommer de manière régulière de l'alcool : consommer un alcool 4 fois par semaine ou deux types d'alcool 2 à 3 fois par semaine.*
- *L'usage régulier de cannabis correspond à au moins 10 usages au cours des 30 jours précédant l'enquête.*

• **Contraception** • *Utilisation d'une méthode contraceptive efficace chez les jeunes femmes sexuellement actives dans les 12 mois précédant l'enquête (ayant des rapports hétérosexuels, non enceintes et ne souhaitant pas concevoir, sans problème de stérilité avéré dans le couple). Il s'agit de l'ensemble des méthodes contraceptives pour lesquelles le taux de grossesses non désirées pour 100 femmes pendant la première année d'utilisation, telle qu'utilisée couramment, est inférieur à 25 % : implant, vasectomie, ligature des trompes, DIU (dispositif intra-utérin), injections hormonales, anneau vaginal, patch contraceptif, diaphragme, cape cervical, préservatif masculin, préservatif féminin.*

• **Détresse psychologique ressentie** • *L'étude de la détresse psychologique consiste à évaluer les sensations de tristesse, d'énervement ou d'abattement à partir du score Mental Health 5 (MH5) qui permet de déterminer un score de gravité de la détresse psychologique (0 à 100).*

Le MH5 est issu de l'échelle SF-36 (questionnaire évaluant la santé physique et mentale d'un individu à partir de 8 dimensions de la santé). Une personne présentant un état de détresse psychologique est identifiée lorsque ce score est inférieur à 56. Et plus le score est faible, plus le niveau de détresse psychologique est élevé. Le MH5 a été déterminé pour chaque individu en leur soumettant la question suivante : « Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti… » :

a. *« Très nerveux »*

b. *« Si découragé que rien ne pouvait vous remonter le moral »*

c. *« Calme et détendu »*

d. *« Triste et abattu »*

e. *« Heureux ».*

Pour chacun de ces états, les personnes devaient indiquer la fréquence des sensations (en permanence, souvent, quelquefois, rarement, jamais). A chaque fréquence est attribué un nombre de points pour ainsi calculer le score sur la base de la somme des réponses aux cinq items.

• **IVG** • *Interruption volontaire de grossesse.*

• **Jeunes « pauvres »** • *Il s'agit ici des jeunes de moins de 18 ans vivant dans un ménage à bas revenu, c'est-à-dire un ménage dont les revenus par unité de consommation sont inférieurs à 60 % du niveau médian régional. L'indicateur est fourni par la CAF d'Île-de-France. Il n'est donc calculé que sur les bénéficiaires des caisses d'allocation familiale (qui couvrent l'essentiel des jeunes de cette tranche d'âge).*

• **Obésité** • *L'indice de Masse Corporelle (IMC = poids (kg) / taille^2 (m)) permet de définir en particulier le surpoids et l'obésité. Chez l'adulte (âgé de 18 à 75 ans), l'obésité est définie par un IMC supérieur ou égal à 30.*

• **Revenu faible/médian/élevé** • *Les revenus « faibles » correspondent au premier tercile de la distribution (33 % des foyers des enquêtés gagnent moins, 66 % gagnent plus).*
Les revenus médians correspondent au tiers suivant. Les revenus élevés correspondent au tiers supérieur.

• **Surpoids** • *Chez l'adulte (âgé de 18 à 75 ans), le surpoids est défini par un IMC compris entre 25 et 29.*

• **Taux de scolarisation** • *Le taux de scolarisation présente, par groupe d'âges (6-10 ans, 11-14 ans, 15-17 ans, 18-24 ans), la proportion de jeunes de la commune inscrits dans un établissement scolaire (quelle que soit sa localisation).*

FICHE 7
Situation des personnes handicapées

• **AAH** • *L'allocation aux adultes handicapés, créée par la loi n° 75-534 du 30 juin 1975, vise à garantir un minimum de ressources aux personnes en situation de handicap pour qu'elles puissent faire face aux dépenses de la vie courante. Elle est attribuée, sous conditions de ressources, aux personnes dont le taux d'incapacité est au moins égal à 80 % et à celles dont le taux est compris entre 50 et 79 %.*

L'AAH concerne les personnes de 20 à 59 ans avec deux cas particuliers (moins de 16 ans si la personne n'est plus considérée à la charge de ses parents au sens des prestations familiales et de 60 ans et plus si le taux d'incapacité est au moins égal à 80 %). Son versement prend fin à partir de l'âge minimum de départ à la retraite en cas d'incapacité de 50 % à 79 % (l'allocataire bascule dans le régime de retraite pour inaptitude). En cas d'incapacité d'au moins 80 %, la personne peut la percevoir au-delà de l'âge minimum de départ à la retraite en complément d'une retraite inférieure au minimum vieillesse. L'allocation aux adultes handicapés est attribuée sous condition de ressources et mesure ainsi également la précarité.

• **AEEH** • *l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé, créée par la loi n°2005-102 du 11 février 2005, est une aide destinée à compenser les frais et l'aide spécifique apportée à un enfant en lien avec son handicap. Elle est attribuée, sans condition de ressources, sur décision de la commission des droits et de l'autonomie (CDAPH) à tout jeune de moins de 20 ans dont le taux d'incapacité permanente est supérieur ou égal à 80 %, ou compris entre 50 % et 79 % :*

- *s'il fréquente un établissement ou service médico-social ou un dispositif d'enseignement collectif dédié à la scolarisation des élèves en situation de handicap ;*
- *s'il recourt à des mesures d'accompagnement ou à des soins dans le cadre de mesures préconisées par la CDAPH.*

L'AEEH n'est pas due lorsque l'enfant est placé en internat avec prise en charge intégrale des frais de séjour par l'assurance maladie, l'État ou l'aide sociale (sauf pour les périodes de congés ou de suspension de la prise en charge).

• **MAS** • *Les maisons d'accueil spécialisées (MAS) reçoivent des personnes adultes atteintes d'un handicap intellectuel, moteur ou somatique grave, ou gravement polyhandicapées, n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie. Leur état nécessite le recours à une tierce personne pour les actes de la vie courante, une surveillance médicale et des soins constants.*

• **FAM et EAM** • *Les foyers d'accueil médicalisé (FAM) accueillent des adultes gravement handicapés, mentalement ou physiquement, que leur dépendance rend inaptes à toute activité à caractère professionnel, et rend nécessaire l'assistance d'une tierce personne pour les actes essentiels de l'existence ainsi qu'une surveillance médicale et des soins constants, ou qui, en dehors du besoin de recourir à l'assistance d'une tierce personne pour les actes essentiels, ont besoin d'un soutien et d'une stimulation constante, ainsi que d'un suivi médical et paramédical régulier. Les établissements d'accueil médicalisé (EAM) correspondent à la nouvelle dénomination des foyers d'accueil médicalisés.*

• **Foyers de vie** • *Les foyers d'hébergement assurent l'hébergement et l'entretien des travailleurs handicapés qui exercent une activité pendant la journée en milieu ordinaire (de droit commun), dans un établissement ou un service d'aide par le travail (ESAT, ex CAT : centre d'aide par le travail), ou dans une entreprise adaptée c'est-à-dire une structure spécialisée (ex atelier protégé).*

Les foyers de vie accueillent des personnes adultes dont le handicap ne permet pas ou plus d'exercer une activité professionnelle, y compris en milieu protégé. Ces personnes bénéficient cependant d'une autonomie

physique ou intellectuelle suffisante pour se livrer à des occupations quotidiennes : activités ludiques, éducatives ainsi qu'une capacité à participer à une animation sociale.

Les foyers d'accueil polyvalent sont des foyers d'hébergement qui ont simultanément de l'hébergement ouvert, de l'accueil foyer de vie et de l'accueil médicalisé.

Les établissements d'accueil non médicalisés (EANM) correspondent à la nouvelle dénomination commune des foyers d'hébergement, foyers de vie et foyers d'accueil polyvalent.

• **ESAT** • *Les établissements et services d'aide par le travail (ESAT) permettent aux travailleurs handicapés d'exercer une activité professionnelle adaptée à leurs capacités personnelles et de développer ainsi leur potentiel. Ils proposent à la fois une mise au travail et un soutien social, médical, éducatif et psychologique.*

• **SAVS et SAMSAH** • *Les services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) et les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH), ont pour objectif principal d'assurer le maintien des personnes handicapées dans le milieu ordinaire, par un soutien à la restauration des liens sociaux (familiaux, scolaires, professionnels, etc.) et en favorisant l'accès aux services offerts par la collectivité. Les SAMSAH offrent, en plus de ces prestations, un accompagnement médical. Les professionnels travaillant dans les SAVS sont en majorité des travailleurs sociaux, des psychologues et des chargés d'insertion. Dans les SAMSAH, l'équipe pluridisciplinaire comprend toujours un médecin. Dans tous les cas, selon les besoins de la personne, l'accompagnement peut être permanent, temporaire ou séquentiel, conformément à la décision prise par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).*

• **IME** • *Les instituts médico-éducatifs (IME) accueillent et accompagnent des enfants ou des adolescents présentant un déficit intellectuel.*

• **Les établissements pour enfants et adolescents polyhandicapés** • *accueillent et accompagnent, conformément à leur plan personnalisé de compensation comprenant le projet de scolarisation, des enfants ou adolescents présentant un handicap grave à expression multiple associant déficience motrice et déficience mentale sévère ou profonde.*

• **ITEP** • *Les instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP) accueillent des enfants, adolescents ou jeunes adultes qui présentent des difficultés psychologiques dont l'expression, notamment l'intensité des troubles du comportement, perturbe gravement la socialisation et l'accès aux apprentissages.*

• **Les établissements d'éducation spéciale pour enfants déficients moteurs** • *accueillent et accompagnent des enfants ou des adolescents présentant une déficience motrice, conformément à leur plan personnalisé de compensation comprenant le projet de scolarisation et prenant en compte le recours à des moyens spécifiques pour le suivi médical, la scolarisation, la formation générale et professionnelle, afin de réaliser leur intégration familiale, sociale et professionnelle.*

• **Les établissements pour déficients sensoriels** • *accueillent et accompagnent des enfants ou adolescents présentant une déficience auditive ou visuelle, conformément à leur plan personnalisé de compensation comprenant le projet personnalisé de scolarisation et prenant en compte le recours à des moyens spécifiques pour le suivi médical, la compensation du handicap, l'acquisition de connaissances scolaires et d'une formation professionnelle, afin de réaliser leur intégration familiale, sociale et professionnelle.*

• **SESSAD** • *Service d'éducation spéciale et de soins à domicile. Il apporte, en lien avec la famille et les partenaires concernés, un soutien et un accompagnement personnalisé à l'intégration scolaire et à l'acquisition de l'autonomie des jeunes handicapés.*

FICHE 8

Exposition aux pollutions et nuisances environnementales

• **Maille « air »** • *maille pour laquelle a été calculé, par AirParif, un indicateur synthétique de dépassement des valeurs réglementaires pour 5 polluants (PM_{10}; $PM_{2.5}$; Ozone; NO_2; benzène) pour au moins une année (sur la période 2010-2012). Les valeurs limites annuelles sont retenues pour le NO2 (40 µg/m³), les PM_{10} (40 µg/m³) et le benzène (5 µg/m³) alors que pour l'ozone et les $PM_{2.5}$, des valeurs cibles sont utilisées (Ozone : ne pas dépasser une concentration de 120 µg/m³ pendant plus de 8 heures par jour plus de 25 jours par an sur une moyenne de 3 années - $PM_{2.5}$: moyenne annuelle de 20 µg/m³.*

• **Maille « bruit »** • *maille sur laquelle a été mesuré, par BruitParif, un indicateur synthétique de dépassement des valeurs limites en Lden, pour les quatre sources de bruit (routes, voies ferrées, aéronefs et installations classées pour la Protection de l'Environnement (ICPE)).*

L'indicateur Lden (Level day evening night) est un indicateur d'exposition au bruit pondéré sur 24h. A même niveau de bruit, la gêne y est considérée comme trois fois plus importante en soirée (18h-22h) et dix fois plus importante durant la nuit (22h-6h) qu'en journée (6h-18).

Les valeurs limites Lden retenues pour les quatre sources sont celles définies en application de la Directive Européenne 2002/49/CE : 68 dB(A) pour le bruit routier, 73 dB(A) pour le bruit ferré, 55 dB(A) pour le bruit des aéronefs et 71 dB(A) pour le bruit industriel.

• **Maille « eau »** • *maille située sur une commune présentant un indicateur synthétique de non-conformité physicochimique de l'eau distribuée au robinet du consommateur pour l'année 2012 pour au moins l'un des quatre critères : nitrates, fluorures, pesticides et les bactéries. L'indicateur global de qualité de l'eau est construit au niveau national à partir de 31 paramètres disposant de limites de qualité (pour lesquels des effets sur la santé sont connus ou suspectés lorsque ces limites ne sont pas respectées).*

Pour chacun des 31 paramètres sont définies des classes de qualité de A à D : eau de bonne qualité (A), eau pouvant être consommée sans risque pour la santé (B), eau de qualité insuffisante ayant pu ou faisant l'objet de recommandations d'usage (C), eau de mauvaise qualité ayant pu ou faisant l'objet de restrictions d'usage (D). L'indice global de qualité correspond à la note la plus défavorable des 31 paramètres (ARS Île-de-France).

• **Maille « IED »** • *maille située sur une zone où a été identifiée une présence d'installations (zones tampon de 500 m de rayon) concernées par la directive IED12, relative aux émissions industrielles (DRIEE Ile-de-France). La directive IED est une refonte de la directive 2008/1/CE relative à la prévention et à la réduction intégrées de la pollution, dite « directive IPPC » et de 6 autres directives sectorielles. On retrouve, par exemple : les installations de combustion d'une puissance supérieure à 50 MW, les installations d'incinération de déchets non dangereux d'une capacité de plus de 3 tonnes par heure (t/h), ou de déchets dangereux d'une capacité de plus de 10 tonnes par jour (t/j), les décharges recevant plus de 10 tonnes de déchets par jour ou d'une capacité totale supérieure à 25 000 tonnes, à l'exclusion des décharges de déchets inertes, les élevages intensifs de volailles ou de porcs avec plus de 40 000 emplacements pour les volailles ou avec plus de 2 000 emplacements pour les porcs de production de plus de 30 kg ou avec plus de 750 emplacements pour les truies.*

• **Maille « sols »** • *maille située sur une zone à risque de pollution des sols, tel qu'identifié par la DRIEE. Le recensement des sites et sols potentiellement pollués est centré sur les activités économiques existantes ou historiques de type industriel. Compte-tenu de la relative jeunesse de ce recensement (établi à partir de 2012), certains sites industriels historiques peuvent ne pas être référencés. Cette base de données vient en complément de la base de données nationale BASOL (www.basol. developpement-durable.gouv.fr) qui recense, depuis 1984, les sites et sols pollués ou potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics. Différents cas de figure sont à l'origine de la suspicion de pollution d'un site et de son inscription dans Basol. Elle peut être fortuite, à l'occasion de travaux sur un terrain ayant accueilli anciennement des activités industrielles, ou intervenir suite à une action des pouvoirs publics dans le cadre de leur mission de suivi et de contrôle des sites industriels. Les différentes modalités d'inscription dans la base sont : la recherche historique, les travaux, les transactions ou changements d'usage du site ou projet d'aménagement, les dépôts de bilan, les cessations d'activité (partielles ou totales), l'information spontanée, la demande de l'administration, l'analyse de la qualité des eaux (captages d'alimentation en eau potable, puits, eaux superficielles) et enfin les pollutions accidentelles. L'ensemble des sites BASOL est repris dans la base de données sur les zones à risque de pollution des sols. Sont également systématiquement enregistrées, depuis sa création,*

toutes les situations de cessation d'activité libérant des terrains. Il existe ainsi 2 types de zones : les zones où la pollution est avérée et les zones où la pollution est non exclue. La géolocalisation des zones à risque de pollution correspond au périmètre du site industriel. Cela ne préjuge pas du fait que la pollution puisse s'étendre hors de ce périmètre ou, qu'à l'inverse, un périmètre réduit du site présente un impact. Cette base de données fait l'objet d'une mise à jour semestrielle.

• **Maille « multiexposée »** • *Sont définies comme mailles multi-exposées l'ensemble des mailles qui sont exposées et soumises à au moins deux nuisances et pollutions. Elles se distinguent des points noirs environnementaux qui, eux, cumulent une exposition à au moins 3 nuisances et pollutions environnementales.*

• **Ménages à bas revenus** • *Les ménages à bas revenus, selon la définition de l'Insee, sont les ménages dont le revenu fiscal par unité de consommation se situe en dessous du seuil de bas revenu, soit 60 % de la médiane de la distribution. Le seuil choisi pour désigner une surreprésentation de ces ménages au sein d'une maille correspond ici 20 %.*

• **PRSE** • *Le Plan régional santé environnement est une déclinaison à l'échelle régionale du Plan national santé environnement (PNSE). En raison de l'impact de l'environnement sur la santé et sur la base du diagnostic des experts, le plan national santé environnement, décliné au niveau régional par les ARS, identifie les actions à mettre en œuvre afin d'améliorer la santé des Français en lien avec la qualité de leur environnement, dans une perspective de développement durable.*

FICHE 9
Espérance de vie et mortalité

• **Espérance de vie** • *L'espérance de vie à la naissance représente la durée de vie moyenne des populations, une fois annulé l'effet de la structure par âge de cette population. Elle caractérise la mortalité indépendamment de la structure par âge. Elle représente la durée moyenne de vie d'une génération fictive soumise, à chaque âge, aux taux de mortalité observés dans la commune au cours de la période considérée.*

L'espérance de vie à l'âge « x » (35 ou 60 ans par exemple) représente le nombre moyen d'années restant à vivre au-delà de cet âge « x » (dans les conditions de mortalité par âge de la période considérée et une fois annulée l'effet structure par âge comme pour l'espérance de vie à la naissance).

• **Mortalité prématurée** • *Le taux de mortalité prématurée est le nombre de décès, au cours de l'année, d'individus âgés de moins de 65 ans, rapporté à la population totale des moins de 65 ans, de la même année. Avant 65 ans, le poids des comportements à risque (alcoolisme, tabagisme, conduites dangereuses…) ou des expositions défavorables à la santé (expositions professionnelles, etc.) sur la mortalité est particulièrement important. Cet indicateur est donc utilisé pour mesurer les décès qui pourraient être évités par une amélioration des pratiques de prévention, par une amélioration des conditions de vie, etc. Il est par ailleurs un marqueur des inégalités socio-spatiales de mortalité.*

• **Niveaux de mortalité** • *Le niveau de mortalité, ou indice comparatif de mortalité, est le rapport du nombre de décès observés sur le territoire et du nombre de décès qui seraient survenus si les taux de mortalité par âge dans le territoire étaient identiques aux taux régionaux d'Île-de-France. Les décès sont classés en âge révolu.*

L'indicateur est calculé sur cinq années. Des tests de comparaison sont établis entre les différents niveaux géographiques étudiés : les indices comparatifs des territoires sont comparés à ceux de la région Île-de-France. Une statistique de test a été calculée pour savoir s'il y a une différence significative entre le niveau de mortalité du territoire étudié et celui de l'entité géographique de référence (ici celle de la région Île-de-France).

• **Taux de mortalité infantile** • *Le taux de mortalité infantile est un indicateur calculé en rapportant le nombre d'enfants morts avant l'âge de 1 an au nombre total d'enfants nés vivants. Cette statistique est exprimée pour 1 000 naissances (‰).*

FICHE 10
Pathologies et causes de décès (1)

• **Cancer** • *Personnes, affiliées au régime général de la sécurité sociale ou aux sections locales mutualistes, prises en charge pour cancer (actif ou sous surveillance). Le terme actif désigne ici un cancer qui a nécessité dans les 2 ans une prise en charge autre que pour bilan.*

Cancer du sein : *Femmes, du régime général et des sections locales mutualistes, prises en charge pour cancer un cancer du sein (actif ou sous surveillance).*

Cancer du poumon : *Personnes, du régime général et des sections locales mutualistes, prises en charge pour cancer du poumon (actif ou sous surveillance).*

Cancer colo-rectal : *Personnes, du régime général et des sections locales mutualistes, prises en charge pour cancer colo-rectal (actif ou sous surveillance).*

Cancer de la prostate : *Hommes, du régime général et des sections locales mutualistes, prises en charge pour cancer un cancer de la prostate (actif ou sous surveillance).*

• **Décès dus aux cancers** • *Les cancers correspondent aux codes CIM10 = C00-D48 (cause initiale).*

Le cancer de la trachée, des bronches et du poumon *correspond aux codes CIM10 = C33-C34 (cause initiale).*

Le cancer du côlon-rectum *correspond aux codes CIM10 = C18-C21 (cause initiale).*

Le cancer du sein *correspond aux codes CIM10 = C50 (cause initiale). Les indicateurs sont présentés pour le cancer du sein chez la femme.*

Le cancer de la prostate *correspond aux codes CIM10 = C61 (cause initiale).*

• **Décès dus aux maladies cardio-vasculaires** • *Les décès par maladie cardiovasculaire ou de l'appareil circulatoire correspondent aux codes CIM10 = I00-I99 (cause initiale).*

• **Morbidité** • *Il s'agit ici du nombre de personnes atteintes d'une maladie donnée ou de tout autre évènement morbide (accidents ou suicides par exemple), existant dans une population déterminée à un moment donné, sans distinction entre les cas nouveaux et les anciens.*

• **Niveaux de mortalité** • *Voir fiche 9*

FICHE 11
Pathologies et causes de décès (2)

• **Accidents de la vie courante** • *Les décès par accident de la vie courante regroupent les causes suivantes (cause initiale) :*

- *Accidents de transport autres (CIM10 = V90-V94, V96, V98, V99) ;*
- *Chutes accidentelles (CIM10 = W00-W19 en cause initiale ou X59 en cause initiale avec S72 en cause associée) ;*
- *Suffocations et autres accidents affectant la respiration (CIM10 = W75-W84) ;*
- *Intoxications accidentelles par des substances nocives et exposition à ces substances (CIM10 = X40-X49) ;*
- *Noyades et submersions accidentelles (CIM10 = W65-W74) ;*
- *Exposition à la fumée, au feu et aux flammes (CIM10 = X00-X09) ;*
- *Autres accidents de la vie courante (CIM10 = X10-X19, X20-X29, X50, W20-W23, W25-W29, W32-W41, W44-W45, W49-W64, W85-W87, Y86) ;*
- *Exposition accidentelle à des facteurs autres et sans précision (CIM10 = X58, X59) ;*
- *Séquelles d'accidents (CIM10 = Y86).*

• **Accidents de la circulation** • *Les décès par accident de la circulation correspondent aux codes de la classification internationale des maladies 10e révision (CIM10) = V011-V99 (cause initiale).*

• **CIM-10** • *Classification internationale des maladies et recours aux services de santé n° 10, éditée par l'OMS et faisant l'objet d'extensions régulières par le ministère de la santé français.*

• **Diabète** • *Personnes, du régime général et des sections locales mutualistes, ayant reçu au moins 3 délivrances (à différentes dates) d'antidiabétiques oraux ou injectables (insuline ou autre) (ou au moins 2 en cas d'au moins 1 grand conditionnement) au cours de l'année n, et/ou personnes ayant reçu au moins 3 délivrances (à différentes dates) d'antidiabétiques oraux ou injectables (insuline ou autre) (ou au moins 2 en cas d'au moins 1 grand conditionnement) au cours de l'année n-1, et/ou personnes ayant une Affection de Longue Durée au cours de l'année n avec codes CIM-10 de diabète et/ou personnes hospitalisées en MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) au cours des années n à n-1 avec codes CIM-10 de diabète (diagnostic principal ou relié), et/ou personnes hospitalisées en MCO au cours des années n à n-1 pour une complication du diabète (diagnostic principal ou relié) avec un code CIM-10 de diabète en diagnostic associé, ou en diagnostic principal ou relié d'un des Résumés d'Unité Médicale.*

• **Démences** • *Personnes, du régime général et des sections locales mutualistes, ayant une Affection de Longue Durée au cours de l'année n avec codes CIM-10 de démences, et/ou personnes ayant reçu au moins 3 délivrances de médicaments de la maladie d'Alzheimer au cours de l'année n (à différentes dates), et/ou personnes ayant reçu au moins 3 délivrances de médicaments de la maladie d'Alzheimer au cours de l'année n-1 (à différentes dates), et/ou personnes hospitalisées en MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) pour maladie d'Alzheimer ou autres démences au cours des années n à n-4 (diagnostic principal ou relié), et/ou personnes hospitalisées en MCO l'année n pour tout autre motif avec une démence comme complication ou morbidité associée (diagnostic associé, ou diagnostic principal ou relié d'un des Résumés d'Unité Médicale), et/ou personnes hospitalisées en psychiatrie pour maladie d'Alzheimer ou autres démences au cours des années n à n-4 (diagnostic principal ou associé) et/ou personnes hospitalisées en Soins de Suite et de Réadaptation pour maladie d'Alzheimer ou autres démences au cours des années n à n-4 (manifestation morbide principale, affection étiologique, diagnostic associé) (à l'exclusion de la démence en lien avec l'infection par le VIH et la maladie de Parkinson).*

• **Echelle logarithmique** • *Une échelle logarithmique est un système de graduation particulièrement adapté pour représenter, sur un même graphique, des indicateurs présentant une gamme de valeurs très large. Si l'on se déplace d'une certaine distance le long de l'axe logarithmique, la valeur lue est multipliée par un certain facteur qui est le même quel que soit l'endroit de l'axe d'où on est parti.*

On voit effet sur les graduations de l'échelle que l'on passe de 1 à 10, puis de 10 à 100 (multiplication par 10)… en se déplaçant toujours de la même distance verticale.

• **Incidence** • *L'incidence d'une maladie est le dénombrement des personnes nouvellement atteintes par la maladie (nouveaux cas). Le taux d'incidence est calculé en rapportant le nombre de nouveaux cas à la population totale.*

• **Mortalité prématurée évitable** • *Mortalité avant 65 ans qu'on estime que l'on aurait pu « éviter » par des actions de prévention.*

Il s'agit de toutes les causes de décès qui, compte-tenu des connaissances sur les déterminants de la santé à la date du décès, auraient pu être en grande partie évitées grâce à des actions de prévention dans un sens très large (en considérant, si justifié, certaines limites d'âge).

Des formules spécifiques ont été déployées pour le calcul de la mortalité évitable (ONS 2011) tel que défini dans le rapport du Haut Conseil de la sante publique intitulé « Indicateurs de mortalité prématurée et évitable » publié en avril 2013.

• **Pathologies liées à la consommation d'alcool** • *Les décès liés à l'alcool regroupent les causes suivantes (cause initiale) : cirrhose du foie (CIM-10 = K70 et K74.6), psychose alcoolique et alcoolisme (CIM-10 = F10), cancer des VADS comprenant les tumeurs malignes des lèvres, de la cavité buccale et du pharynx (CIM-10 = C00-C14), de l'œsophage (CIM-10 = C15) et du larynx (CIM-10 = C32).*

• **Pathologies liées à la consommation de tabac** • *Les décès liés au tabac regroupent les causes suivantes : cancer de la trachée, des bronches et du poumon (CIM-10 = C33-34, cause initiale), - bronchite chronique et maladies pulmonaires obstructives (CIM-10 = J40-J44 en cause initiale, associée ou de comorbidité), cardiopathie ischémique (CIM-10 = I20-I25).*

• **Prévalence** • *La prévalence d'une maladie mesure la part de la population atteinte par la maladie à un moment donné. Le taux de prévalence d'une pathologie est le rapport entre le nombre de personnes souffrant de la pathologie rapporté à la population totale.*

• **Traitements psychotropes hors pathologie** • *Personnes, du régime général et des sections locales mutualistes, ayant reçu au moins 3 délivrances d'antidépresseurs, de neuroleptiques, d'anxiolytiques ou encore d'hypnotiques au cours de l'année n (à différentes dates), et qui n'ont pas de diagnostic de pathologie psychiatrique retrouvé dans les 5 ans.*

• **VIH/SIDA** • *Personnes, du régime général et des sections locales mutualistes, ayant une Affection de Longue Durée au cours de l'année n, avec codes CIM-10 de maladie due au virus de l'immunodéficience humaine (VIH), et/ou personnes hospitalisées en MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) (diagnostic principal ou relié) ou en psychiatrie (diagnostic principal ou associé) pour ces mêmes motifs au cours des années n à n-4, et/ou personnes hospitalisées en MCO l'année n pour tout autre motif avec une infection par le VIH comme complication ou morbidité associée (diagnostic associé, ou diagnostic principal ou relié d'un des Résumés d'Unité Médicale), et/ou personnes ayant eu une délivrance à 3 dates différentes d'au moins un médicament spécifique au traitement du VIH/SIDA dans l'année n), et/ou personnes ayant eu un acte de biologie médicale spécifique au traitement du VIH/SIDA dans l'année n.*

• **Maladies psychiatriques** • *Personnes, du régime général et des sections locales mutualistes, prises en charge pour troubles psychotiques, troubles névrotiques et de l'humeur, déficience mentale, troubles addictifs, troubles psychiatriques débutant dans l'enfance ou autres troubles psychiatriques.*

FICHE 12
Prévention

• **Bénéficiaires** • *Il s'agit des assurés tous régimes ayant eu au moins une consommation de soin remboursée sur une période de 3 années consécutives.*

• **Médecin traitant** • *Dans le cadre du parcours de soins coordonnés, tout assuré social doit déclarer un médecin référent, appelé « médecin traitant », en charge de son suivi médical. Depuis 2017, la désignation d'un médecin traitant a été étendue aux enfants de moins de 16 ans. L'un au moins des deux parents ou le titulaire de l'autorité parentale choisit le médecin traitant et le déclare à la caisse d'Assurance maladie de l'enfant. Même si l'enfant a deux lieux de résidence, un seul médecin traitant par personne peut être désigné.*

• **Part des femmes de 25-64 ans ayant bénéficié d'un frottis au cours des 36 derniers mois** • *Nombre de femmes ayant effectué un frottis durant les 36 mois avant décembre 2018 sur le nombre de femmes ayant consommé au moins un soin entre 2016-2018. Les frottis cervico-utérin sont identifiés par l'examen du prélèvement, réalisés dans un laboratoire d'analyses biologiques ou d'anatomie et de cytologie pathologique (y compris laboratoire hospitalier), quelle que soit la spécialité du professionnel de santé ayant réalisé le prélèvement, entre le 01/01/2016 et le 31/12/2018.*

• **Part des 65 ans et plus ayant eu une délivrance d'un vaccin contre la grippe** • *Personnes de 65 ans et plus ayant eu un remboursement de vaccin contre la grippe entre le 1er octobre 2018 et le 28 février 2019, tous régimes.*

• **Taux de recours au dentiste** • *il s'agit de la part des bénéficiaires âgés de 6 à 18 ans ayant eu au moins une prestation dentaire exécutée en ville par un praticien libéral, un salarié d'un établissement privé ou en consultation externe à l'hôpital, prise en charge au cours de l'année, toutes spécialités confondues.*

• **Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein** • *Le taux de participation est le rapport entre le nombre de femmes dépistées et la population éligible. Le programme de dépistage organisé cible les femmes âgées de 50 à 74 ans. Elles sont invitées tous les deux ans à réaliser une mammographie et un examen clinique des seins auprès d'un radiologue agréé.*
Par ailleurs comme de nombreuses mammographies se font encore en dehors du programme organisé, il est nécessaire de disposer d'outils

permettant de mesurer précisément le recours au dépistage individuel afin de décrire d'éventuels phénomènes de transfert entre dépistage organisé et individuel, et de suivre les tendances globales de recours au dépistage du cancer du sein.

Des travaux en cours de finalisation pour estimer le dépistage individuel à partir du SNDS (Système National des Données de Santé) devraient permettre de documenter ces aspects à court-terme mais un codage spécifique de l'acte de dépistage individuel est nécessaire pour en faciliter le repérage.

• **Taux de participation au dépistage organisé du cancer colo-rectal** • *Le taux de participation est le rapport entre le nombre de personnes dépistées et la population éligible, soit la population cible du programme (hommes et femmes de 50 à 74 ans). Le test utilisé pour le dépistage est le test immunologique (OC Sensor®) depuis avril 2015. Le taux de participation est peut-être, comparativement aux autres années, un peu sous-évalué en 2019, année ayant connu une pénurie de tests.*

FICHE 13
Offre et accès aux soins hospitaliers

• **ATIH** • *L'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation(ATIH) est un établissement public de l'État à caractère administratif placé sous la tutelle des ministres chargés de la santé, des affaires sociales et de la sécurité sociale, créé en 2000 pour collecter des données du PMSI, gérer les classifications médico-économiques, les études de coûts, la restitution des informations, et participer à l'élaboration des nomenclatures de santé.*

L'ATIH est née de la fusion de trois structures : le pôle d'expertise et de référence nationale des nomenclatures de santé (Pernns), chargé de la maintenance des nomenclatures de santé et de la réalisation de la classification médico-économique en MCO ; le centre de traitement des informations du PMSI (CTIP), chargé du traitement des données nationales du PMSI et de la diffusion des logiciels de recueil et de production des données ; et la mission PMSI du ministère chargée de la santé.

• **FINESS** • *Le Fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS) est un répertoire national géré par le Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Il constitue un inventaire des structures et équipements des domaines sanitaire, médico-social, social et de formation aux professions de ces secteurs. Il est mis en œuvre et maintenu par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES). Il est accessible en ligne (http://finess.sante.gouv.fr/)*

• **Établissements hospitaliers de court séjour** • *Les établissements hospitaliers peuvent disposer de différents services. On appelle établissements hospitaliers de court séjour ou ayant du court séjour, les établissements qui disposent de services de médecine, chirurgie et/ou d'obstétrique. Ils peuvent proposer ces services exclusivement ou bien disposer également de services de soins de suite et de réadaptation (SSR), de long séjour (SLD) ou de psychiatrie par exemple.*

• **MCO** • *Médecine – Chirurgie – Obstétrique (correspond au court séjour hospitalier.*

• **PMSI** • *Le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) est un dispositif permettant de mesurer l'activité et les ressources des établissements hospitaliers. Pour chaque séjour d'un patient hospitalisé il est réalisé un résumé de sortie standardisé (RSS). Ce RSS contient obligatoirement un diagnostic principal, qui est le problème de santé qui a motivé l'admission du patient dans l'unité médicale (UM). Le RSS peut aussi contenir un « diagnostic relié » et des « diagnostics associés ». Si le séjour dans l'établissement s'est traduit par le passage du patient dans plusieurs unités de soins, chaque unité fournit à la sortie du patient un « RUM » (résumé d'unité médicale). Le RUM contient des données concernant le séjour du patient dans une UM donnée : date de naissance du patient, sexe, code postal, date d'entrée dans l'UM, date de sortie… et ses données médicales telles que le diagnostic principal, les diagnostics associés, les actes réalisés… La synthèse des RUM successifs permettra de faire le RSS (résumé standardisé de sortie) pour l'ensemble du séjour, selon un algorithme précis. Les RSS sont anonymisés.*
Ils deviennent alors des « RSA » (résumés de sortie anonymes) pour transmission à l'agence régionale de la santé (ARS). Pour un patient donné, le même numéro anonyme est toujours attribué. Ainsi, cette anonymisation permet à la fois d'assurer l'anonymat du patient et d'effectuer un suivi épidémiologique des populations.
La base de données du PMSI renseigne ainsi sur les consommations hospitalières. Elle est accessible, en accès plus ou moins restreint, à des personnes et institutions dûment habilitées. L'ATIH en fournit cependant des extractions préformatées (voir scansante.fr).

• **SAE** • *La Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) est une enquête administrative, réalisée chaque année par la Drees (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, direction du ministère des solidarités et de la santé) auprès de tous les établissements de santé de France, pour recueillir des informations sur leur activité, leurs capacités, leurs équipements, et leurs personnel médicaux et non-médicaux.*

• **Taux standardisé** • *Un taux standardisé par sexe et âge est un taux que l'on observerait sur le territoire étudié s'il avait la même structure par sexe et âge que la population de référence. Dit autrement, les taux de recours aux soins standardisés permettent de rendre comparables les taux de recours entre territoires, puisqu'ont été « gommés » les écarts de structure par sexe et âge des populations. Par exemple, si la population d'un territoire X est plus âgée que celle d'un territoire Y, son taux de recours brut sera vraisemblablement plus important que celui du territoire Y. Pour autant, à âge égal, le recours des habitants de X ne sera pas forcément plus important que celui des habitants de Y.*
La comparaison des taux standardisés permettra de le savoir.

• **Territoires de coordination** • *voir glossaire Fiche 1.*

FICHE 14
Offre et accès aux soins primaires

• **APL** • *L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) a été développé par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) et l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes) pour améliorer les indicateurs usuels de mesure des niveaux d'accessibilité aux soins (distance d'accès au plus proche, densité par entité géographique). L'indicateur APL tient compte de l'offre et de la demande issue de la commune mais aussi des communes environnantes. Il tient également compte du niveau d'activité des professionnels en exercice ainsi que de la structure par âge de la population qui influence les besoins de soins. La méthodologie est plus précisément décrite dans les publications suivantes :*

- *Barlet, Coldefy, Collin, Lucas-Gabrielli, 2012, « L'accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux », DREES, Études et Résultats, n° 795, mars.*
- *Barlet, Coldefy, Collin, Lucas-Gabrielli, 2012, « L'accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux », DREES, Document de travail série Études et Recherches, n° 124, décembre.*
- *Vergier, Chaput (DREES), en collaboration avec Ingrid Lefebvre-Hoang (DREES), 2017, « Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ? », Les Dossiers de la Drees n° 17, Mai.*

• **Cabinet principal** • *Les médecins libéraux peuvent en principe, et à certaines conditions, disposer de plusieurs lieux d'exercice professionnel. On ne parle plus aujourd'hui de « cabinet principal » et de « cabinet secondaire », mais d'« activité multisite ». Le Code de déontologie médicale prévoit en effet que, après autorisation demandée au conseil de l'Ordre, les médecins puissent avoir, en complément de leur lieu habituel d'exercice, plusieurs autres sites d'exercice, à condition qu'il en ait démontré l'intérêt pour la population (secteur considéré comme carencé en offre de soins notamment).*

• **CdS ou centre de santé** • *médical, polyvalent, dentaire ou infirmier, les centres de santé sont des structures municipales, mutualistes ou associatives regroupant plusieurs professionnels de santé (médecine de ville) le plus souvent salariés de la structure.*
Suivant l''article L6323-1 du code de santé publique, les centres de santé sont ainsi des structures sanitaires de proximité qui pratiquent à la fois des activités de prévention, de diagnostic et de soins. Ils assurent

une prise en charge pluriprofessionnelle, associant des professionnels médicaux et des auxiliaires médicaux. Ils respectent des missions et des obligations définies dans le code de la santé publique, au premier rang desquelles figurent l'application des tarifs conventionnés secteur 1 et le tiers payant. C'est notamment ce qui les distingue des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), autre forme d'exercice regroupé de professionnels de santé qui exercent, eux, en libéral.

• **Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS)** • *nouvel outil des politiques publiques en vue de faciliter le parcours de soin des patients tout en contribuant à améliorer les conditions d'exercice des praticiens, les CPTS sont un mode d'organisation qui permet aux professionnels de santé de se regrouper sur un même territoire, autour d'un projet médical et médico-social commun.*
Peuvent s'y rassembler les acteurs qui assurent des soins de premiers et seconds recours (médecins généralistes et spécialistes, infirmiers, pharmaciens…) exerçant seuls, en cabinet de groupe, en maisons de santé pluriprofessionnelles ou en équipes de soins primaires ; des établissements hospitaliers (publics et privés) ou du secteur médico-social et social (EHPAD…).

• **Communes voisines de rang 1 et 2** • *Les communes voisines de rang 1 sont les communes immédiatement adjacentes à la commune considérée (au moins une frontière commune).*
Les communes voisines de rang 2 sont celles qui sont elles-mêmes adjacentes aux communes de rang 1.

• **Densité lissée** • *Pour recourir à l'offre de soins, les Franciliens ne sont pas restreints par l'offre proposée au sein de leur commune. Ils peuvent recourir aux professionnels de santé des communes voisines. Ainsi, pour dépasser la limite des densités communales qui considèrent les frontières administratives comme étanches, ont été calculées des densités lissées. Pour ce faire, l'ensemble de l'offre sanitaire proposée sur le territoire communal mais également dans les communes voisines a été additionnée. Cette offre globale est ensuite rapportée à la population de la commune et des communes voisines.*

• **ETP** • *Équivalent temps plein.*

• **FNPS** • *Fichier National des Professionnels de Santé (CNAM).*

• **Généralistes libéraux et CdS (ETP)** • *A partir des données médico-administratives du SNDS (Système national des données de santé), il est possible de comptabiliser le volume annuel d'actes de médecine générale réalisés par les médecins libéraux ou exerçant en centres de santé. Considérant, à la suite de la DREES (Vergier et Chaput 2017) qu'un équivalent temps plein médical (ETP) de généraliste s'établit autour de 5 400 consultations et visites annuelles et que le niveau d'activité des professionnels de santé est très variée (pratiques mixtes, temps partiels…), la densité médicale a été calculée en rapportant un nombre d'équivalent-temps-plein médicaux (nombre d'actes annuels/5 400) à la population.*

• **Infirmiers libéraux et CdS (ETP)** • *La densité infirmière a été calculée en rapportant le nombre d'infirmiers libéraux et de nombre d'ETP infirmier des centres de santé (activité infirmière / activité moyenne annuelle d'une infirmière en Ile-de-France hors pratique hospitalière) à la population.*

• **Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP)** • *Les MSP sont composées de plusieurs professionnels de santé libéraux, a minima deux médecins généralistes et un infirmier. Elles se différencient des cabinets de groupe par un exercice pluriprofessionnel et coordonné, dont la collaboration est formalisée par un projet de santé validé par l'Agence régionale de santé (ARS). Elles sont avant tout, des initiatives locales menées par des professionnels de santé et des élus locaux.*

• **Médecins libéraux exerçant en secteur 1** • *Les médecins libéraux peuvent choisir d'exercer en étant conventionnés ou non. En secteur 1, les tarifs sont fixés par la convention médicale. Les médecins, en contre partie du respect de ces tarifs (pas de dépassement d'honoraires), bénéficient d'une prise en charge partielle de leurs cotisations sociales et de retraite. En secteur 2, les tarifs sont fixés librement par le médecin, avec « tact et mesure ». Le patient est remboursé sur la base du tarif fixé par la convention médicale (tarifs applicables aux médecins de secteur 1, et plus selon sa mutuelle. Pour améliorer l'accès aux soins de tous, les options de pratique tarifaire maîtrisée (Optam et Optam-CO) ont été introduites dans la convention médicale 2016.*
Les médecins en secteur 2 ayant adhéré à ces options ont accès à des majorations et actes spécifiques ainsi qu'à une prime calculée au prorata de l'activité réalisée à tarif opposable ou avec modulation des dépassements. En contrepartie, les patients bénéficient d'un meilleur niveau de remboursement.

• **Médiane des densités lissées** • *les communes d'Île-de-France ou de l'EPT/EPCI sont classées selon leur densité lissée. La médiane des densités lissées indique le niveau de densité lissée qui sépare en deux groupes égaux ces ensembles de communes : 50 % ont une densité lissée inférieure, 50 % ont une densité lissée supérieure à ce seuil.*

• **Mode d'exercice particulier (MEP)** • *Les médecins à exercice particulier (MEP) sont des médecins qui utilisent une méthode thérapeutique spécifique (homéopathie, phytothérapie, acupuncture, ostéopathie, nutrithérapie…).*

• **Pharmacie (densité lissée)** • *nombre de pharmacies présentes dans la commune et les communes voisine rapporté à la population.*

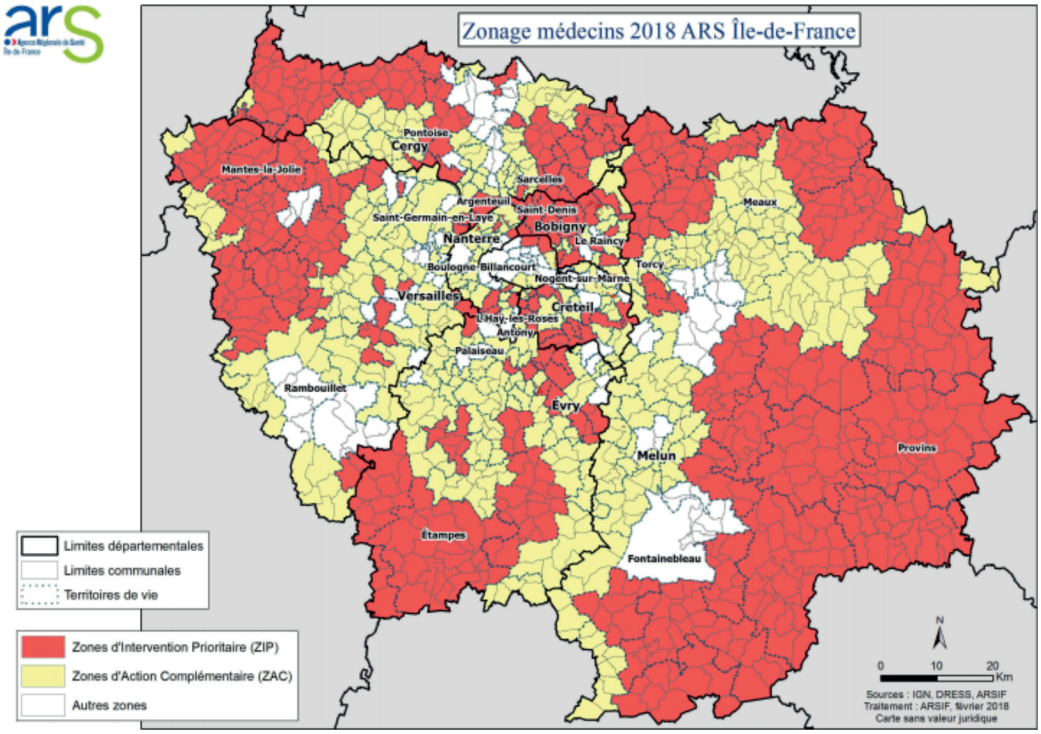
• **Professionnels de santé libéraux et mixtes** • *Les professionnels de santé ayant une activité libérale peuvent travailler exclusivement en libéral ou faire le choix d'un exercice « mixte » : ils cumulent des activités libérales et des activités salariées (à l'hôpital, dans un établissement médico-social…).*

• **SNDS** • *Système National des Données de Santé (voir glossaire fiche 4)*

• **Taux de recours intra-communal** • *Part du recours aux soins qui se fait sur le territoire communal.*

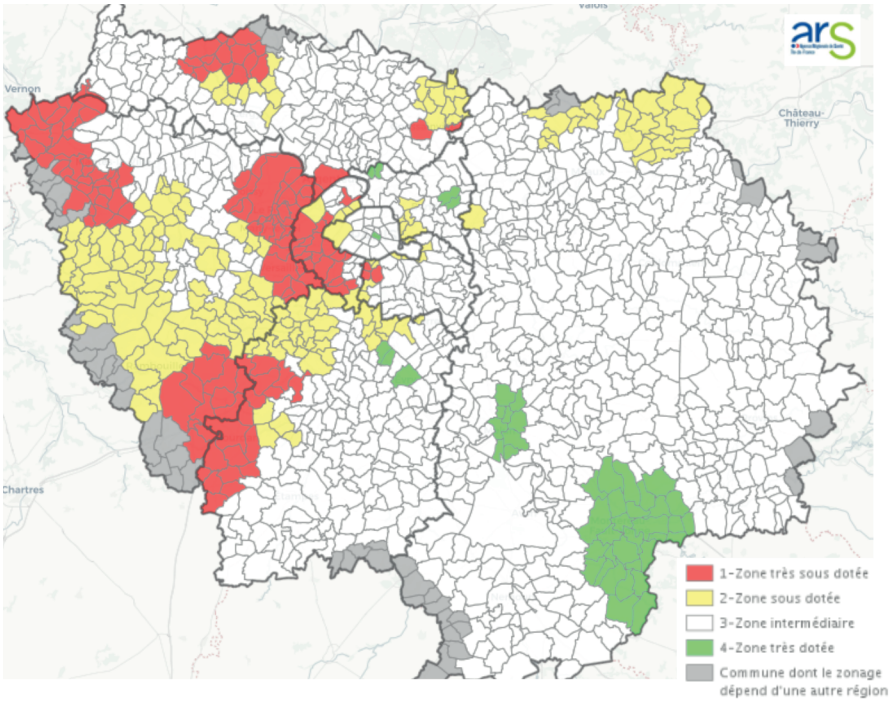
• **Zonage réglementaire ou conventionnel** • *Depuis le milieu des années 2000, dans un contexte de fort recul démographique des professionnels de santé libéraux et d'accroissement des besoins de la population, les pouvoirs publics établissent des zonages ambulatoires visant à déterminer les territoires les plus en difficulté en termes d'offre ou d'accès aux soins de ville en vue d'y attirer les professionnels en leur permettant de bénéficier d'aides conventionnelles de l'Assurance Maladie, de l'État ou de collectivités territoriales lors de leur installation ou pour leur exercice dans ces zones. Pour les zonages paramédicaux, ces incitations à l'installation s'accompagnent également de restriction à l'installation dans les zones les plus surdotées.*
Ces zonages sont revus régulièrement, profession par profession, et sont construits sur des méthodologies évolutives dans le temps.
Ils déterminent différentes catégories de zones (zones très sous-dotées, zones sous-dotées, zones intermédiaires, zones sur-dotées, zones très sur-dotées pour les paramédicaux ; zones d'intervention prioritaire, zones d'action complémentaire, zones de vigilance pour les médecins généralistes).

Zonage médecins (2018) ARS Île-de-France



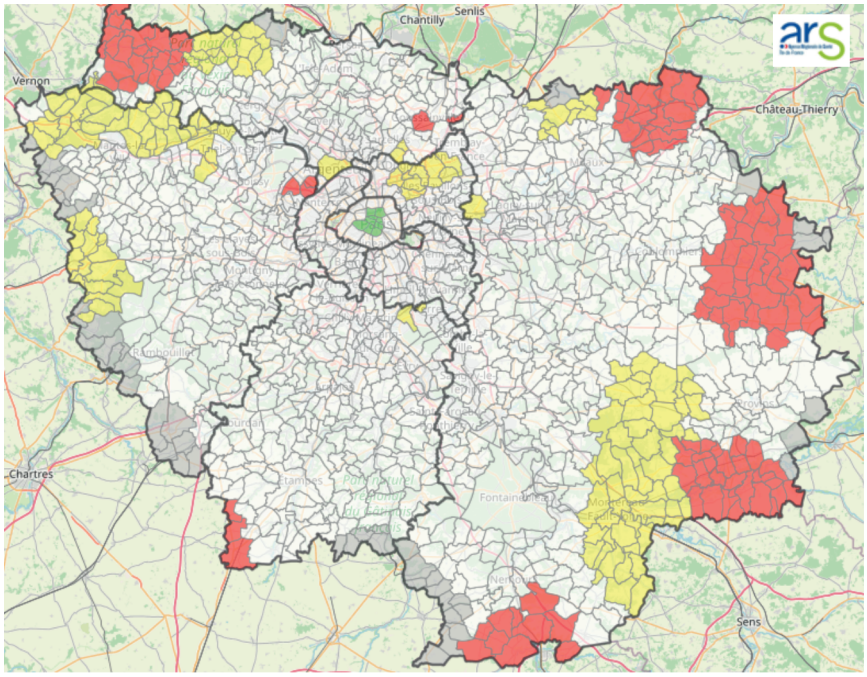
Lien : www.iledefrance.paps.sante.fr

Zonage infirmier (2020)



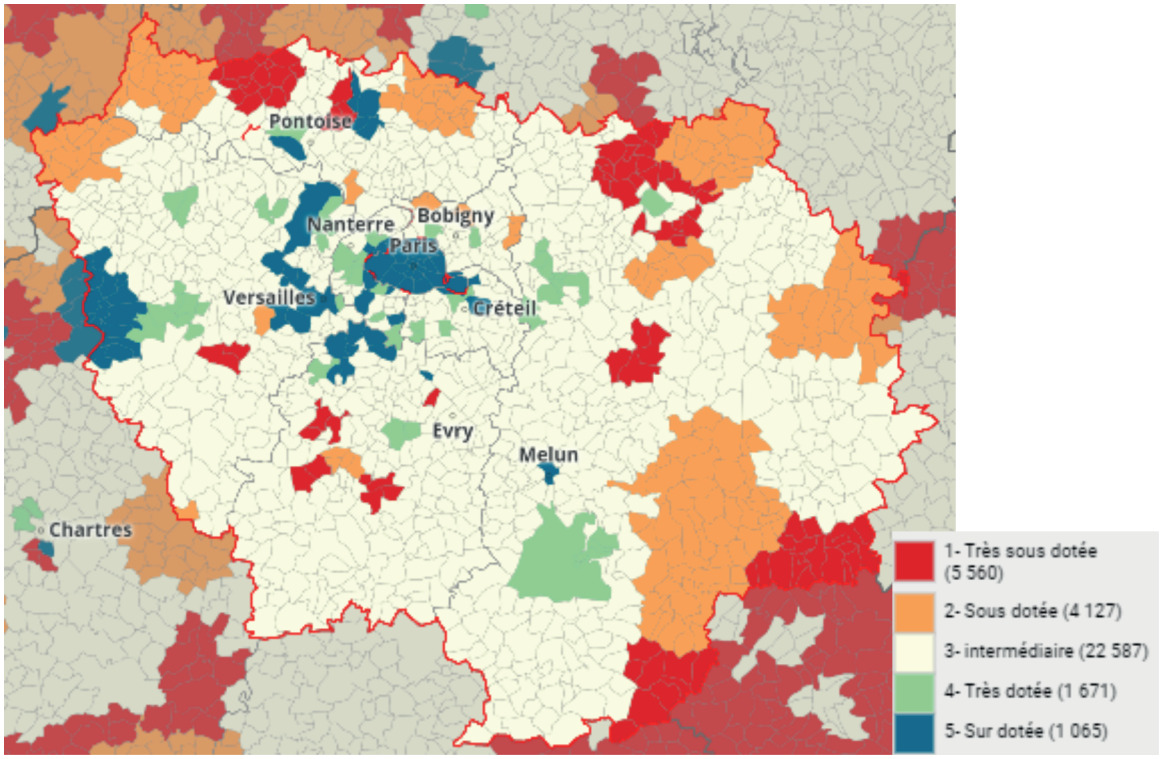
Lien : www.iledefrance.paps.sante.fr

Zonage masseur-kinésithérapeutes (2019)



Lien : www.iledefrance.paps.sante.fr

Zonage chirurgiens-dentistes



Sources : CNAM-TS – ARS 2014
Lien : www.iledefrance.paps.sante.fr