

Février 2023

LA SANTÉ DES FRANCILIENS

Diagnostic pour le projet régional de santé 2023-2027



LA SANTE DES FRANCILIENS

Diagnostic pour le projet régional de santé 2023-2027

Février 2023

Auteurs

Isabelle GRÉMY (sous la direction)

Mélanie CAISSE

Jean-Philippe CAMARD

Muriel DUBREUIL

Catherine EMBERSIN-KYPRIANOU

Valérie FÉRON

Laetitia FIRDION

Sabine HOST

Caroline LABORDE

Yaovi LAKOUSSAN

Catherine MANGENEY

Bobette MATULONGA

Khadim NDIAYE

Maylis TELLE-LAMBERTON

Adrien SAUNAL

Maquettage et infographie

Christine CANET

Cartographie

Adrien SAUNAL

Relecture interne

Isabelle DUBOIS

Muriel DUBREUIL

Isabelle GRÉMY

Catherine MANGENEY

Remerciements

Ce diagnostic de la santé des Franciliens, élaboré en quelques mois, n'aurait pas pu être réalisé sans l'aide précieuse et l'appui multiforme de nombreux partenaires que nous remercions chaleureusement pour leur réactivité, la multitude des données fournies et leurs relectures rapides et toujours constructives et bienveillantes des fiches thématiques.

Laurence DESPLANQUES
Luc GINOT
Claire MORGAND
Pierre OUANHNON
de l'ARS Île-de-France

Arnaud GAUTIER
Jean Baptiste RICHARD
Noémie SOULLIER
Christophe LEON
Charlotte VERDOT
de Santé Publique France

Marion CARAYOL (DPMI Paris)
Maud HARANG (DPMI Seine-et-Marne)
Amélie MARIER (DPMI Yvelines)
Isabelle LENFANT (DPMI Yvelines)
Marie MORON (DPMIS Essonne)
Elise PEILLEX (DPMIS Essonne)
Sophie DEHE (DPMI Hauts-de-Seine)
Pedoute SENANEDJ (DPMI Seine-Saint-Denis)
Isabelle BURESI (DPMI-PS du 94 – Val de Marne)
Marie-Laure BARANNE (DPMI-PS du 94 – Val de Marne)
Florence FORTIER (DPMI Val d'Oise)
Jennifer ZEITLIN (Inserm)
Catherine CRENN-HEBERT (ARS Île-de-France)
Claudie MENGUY (Perinat-ARS-IDF)
du Groupe de travail sur les Premiers certificats de santé

Jacqueline CLAVEL
Stéphanie GOUJON
Jennifer ZEITLIN
de l'Inserm

Brigitte LACOUR
de l'université de Lorraine

Sophie VISME
Lea FERRAND
Karine LEVIEUX
**de l'Observatoire national des morts inattendues du
nourrisson**

Nathalie Guignon
de la Drees
et
le réseau Quetelet-Progedo Diffusion pour la mise à
disposition des Enquêtes nationales de santé 2012-2013
auprès des élèves scolarisés en grande section maternelle et
enquête 2014-2015 auprès des élèves de CM2

Suggestion de citation

ORS Île-de-France. La santé des Franciliens : diagnostic pour le projet régional de santé 2023-2027. Paris : ORS Île-de-France ;2023.

Couverture, crédits photos : Gerd Altmann, Dmitry – Pixabay

Il peut être reproduit ou diffusé librement pour un usage personnel et non destiné à des fins commerciales ou pour des courtes citations.

Pour toute autre usage, il convient de demander l'autorisation auprès de l'ORS

Mesurer la santé des Franciliens et suivre son évolution dans tous ses aspects au plus proche des territoires, que cela soit dans les domaines de la promotion de la santé, de la prévention, des déterminants sociaux et environnementaux, des modes de vie et de comportements individuels, des pathologies et de leurs complications, de l'accès aux soins... est le cœur de métier de l'Observatoire régional de santé d'Île-de-France. Porté par l'Agence régionale de santé et par le Conseil régional, ce diagnostic présente un panorama territorialisé et évolutif de la santé des Franciliens et conjugue une approche transversale de la santé, par population, par déterminants et pathologies. Il propose une mise à jour la précédente édition publiée en 2017, intitulée « Questions de santé : appui au projet régional de santé 2018-2022 ». La santé des populations, et notamment celle des personnes en grande précarité, les tendances moyennes relatives aux pathologies les plus fréquentes et à la mortalité, les caractéristiques particulières de notre région, les conséquences sur la santé des environnements y sont abordées avec l'objectif de mettre en lumière les points positifs de la santé et les principaux enjeux. Une attention constante est apportée à la description des inégalités sociales et territoriales, aggravées par la crise de la Covid-19. Cette édition est l'occasion d'aborder de nouvelles thématiques comme la santé au travail, l'offre de soin et les impacts de l'épidémie de Covid-19 qui font l'objet d'un chapitre particulier.

Ce document a pour ambition d'être un outil de référence partagé, il est appropriable par l'ensemble des décideurs de la Région, par l'ARS au moment où elle construit le projet régional de santé d'Île-de-France pour les cinq années à venir mais aussi par l'ensemble des acteurs territoriaux et professionnels de santé. La santé est un bien commun. Agir sur les déterminants sociétaux et environnementaux pour l'améliorer nous concerne tous.



Dr Ludovic Toro

Président de l'Observatoire régional de santé

Dr Isabelle Grémy

Directrice de l'Observatoire régional de santé

SOMMAIRE

INTRODUCTION	6
SYNTHESE	7
1. LE TERRITOIRE FRANCILIEN	14
Une région aux problématiques aussi bien urbaines que rurales	16
Une population qui s'accroît notamment dans certains grands pôles urbains	18
Une région jeune mais vieillissante	20
Une région très contrastée socialement	22
Population immigrée et catégorie professionnelle modeste, facteurs cumulatifs de relégation sociale	24
Une présence de populations pauvres et précaires	26
2. LA SANTÉ DES FRANCILIENS : VUE D'ENSEMBLE	30
Espérance de vie	32
Espérance de vie sans incapacité	36
Santé perçue	38
Mortalité générale, prématurée et causes médicales de décès	40
Grande précarité et santé	44
3. MODE DE VIE ET PRÉVENTION	46
Sexualité et contraception	48
Interruptions volontaires de grossesse (IVG)	50
Activité physique et sédentarité	52
Alimentation - Nutrition	56
Surpoids et obésité	60
Sommeil et usage des écrans	64
Consommation de tabac	68
Consommation d'alcool	72
Consommation de cannabis	76
Dépistage des cancers	80
Vaccinations	82

4. SANTÉ ET ENVIRONNEMENT	86
Habitat dégradé et santé	88
Pollution atmosphérique et santé	92
Bruit	94
Enjeux sanitaires liés au cadre de vie, focus sur les espaces végétalisés et la marchabilité	96
Inégalités d'expositions environnementales	100
Enjeux sanitaires liés au changement climatique	104
 5. LA SANTÉ AU TRAVAIL	 108
La santé au travail en Île-de-France	109
 6. LA SANTÉ À TOUS LES ÂGES DE LA VIE	 116
La santé périnatale	117
Natalité, fécondité et profil socioéconomique des mères	118
Suivi de la grossesse et accouchement	120
Morbidité et mortalité maternelle	124
Santé du nouveau-né à la naissance	126
Mortalité périnatale et infantile	128
Mort inattendue du nourrisson	130
La santé des enfants et des adolescents	133
Morbidité et mortalité chez les 1-14 ans	134
Cancers de l'enfant	138
Santé des adolescents	140
La santé des personnes âgées	149
Démographie et conditions de vie	150
Perte d'autonomie fonctionnelle	152
Chutes et maladies neuro-dégénératives	154
Soins palliatifs	156
 7. LES PATHOLOGIES ET ACCIDENTS	 158
Les cancers	159
Cancers	160
Cancer du sein et cancer du col de l'utérus	162
Cancer colorectal	164
Cancer du poumon	166
Hémopathies malignes	168

Les autres pathologies chroniques	171
Maladies cardiovasculaires	172
Maladies respiratoires	178
Diabète	182
Santé mentale	188
Les maladies infectieuses	193
VIH	194
Infections sexuellement transmissibles	198
Variole du singe (Mpox)	202
Tuberculose	204
Les accidents et traumatismes	208
8. COVID-19	212
La COVID-19	214
Les travailleurs-clés	218
Une pandémie aux effets sanitaires indirects qui restent encore à évaluer	220
9. OFFRE DE SOINS, ACCESSIBILITÉ ET DÉMOGRAPHIE MÉDICALE	224
Hôpitaux : attractivité et recours infra-régional	226
Hôpitaux : des recours de proximité ?	228
La consommation de soins de médecine de ville	230
La démographie des médecins généralistes	232
Accessibilité à la médecine générale de ville	234
Accessibilité aux autres professionnels de santé	236
Vers plus de coopération à tous les niveaux	238

INTRODUCTION

Dans le cadre de la préparation à l'élaboration du projet régional de santé 3 (PRS3 : 2023-2027), un état des lieux de la santé des Franciliens est réalisé.

Au cours de neuf chapitres, il propose tout d'abord de présenter le contexte territorial et socio-démographique francilien. Il s'attache ensuite à décrire les principaux indicateurs d'espérance de vie et de mortalité dans une approche évolutive et comparative entre l'Île-de-France et la France, mais également entre territoires franciliens. Est ensuite abordée, dans une même perspective, la situation francilienne face à la prévention, aux principaux modes de vie et déterminants de la santé. Dans une approche populationnelle, la description et la mise en exergue des principaux enjeux de la santé périnatale, de la santé des enfants et des adolescents ainsi que de la santé des personnes âgées font l'objet d'éclairages spécifiques. Sont ensuite explorés les impacts sanitaires des nuisances et pollutions environnementales, des conditions de logements et de travail des Franciliens. Viennent ensuite l'analyse de la situation des territoires franciliens face aux principales causes de morbidité et de mortalité (pathologies, accidents, santé mentale), avec un focus spécifique sur les impacts directs et indirects de la pandémie de Covid-19. Enfin, le dernier chapitre explore les volets de l'offre et de l'accessibilité aux soins.

Sauf en ce qui concerne les enjeux et les perspectives mises en exergue dans de nombreuses fiches de ce diagnostic, les volets du handicap et des prises en charge sociale et médico-sociale ne sont pas traités.

Ce diagnostic, en rassemblant, confrontant et croisant les résultats d'une diversité de bases de données et d'études disponibles brosse un portrait de la santé des populations franciliennes, inscrites dans leurs territoires.

En filigrane, il rend compte du gradient social de santé aujourd'hui largement documenté et qui s'illustre tout particulièrement dans la région Île-de-France, fortement marquée par les contrastes socio-spatiaux. De fait, les inégalités sociales de santé recouvrent les différences d'état de santé qui s'expriment selon un gradient social et qui, par construction, sont inéquitables - donc injustes - et a priori évitables. On constate en effet, en France comme ailleurs dans le monde, que plus les individus occupent une position élevée dans l'échelle sociale (mesurée le plus souvent en termes d'éducation, de niveau de vie, de catégorie socio-professionnelle et de situation sur le marché du travail), plus leur état de santé est favorable : ces écarts sociaux sont particulièrement forts en Île-de-France comme en témoignent l'importance des écarts de mortalité, d'espérance de vie, d'espérance de vie sans incapacité, de mortalité par maladies chroniques.... Si ces inégalités courent tout au long de l'échelle sociale, les personnes au chômage ou en grande précarité sont particulièrement touchées par ce « déclassement » en santé. De plus, les inégalités sociales se cumulent bien souvent avec d'autres facteurs porteurs de stigmatisation et/ou de détérioration de la santé physique et mentale que la statistique publique française ne relève que de façon très partielle (ségrégation résidentielle, conditions de travail indignes, exposition aux nuisances et pollutions environnementales, origine ethnique, contexte culturel, processus de relégation ou de discrimination...).

Compte tenu des données disponibles, ce portrait est en grande partie celui d'un monde pré-pandémique. Il permet d'appréhender également les premiers effets de la crise sanitaire et d'envisager de potentiels effets indirects de cette pandémie.

SYNTHESE

LA RÉGION ÎLE-DE-FRANCE : PRINCIPAUX ÉLÉMENTS DE CONTEXTE

Une région densément peuplée mais très hétérogène

- 12 millions d'habitants ;
- 18 % de la population française sur 2 % du territoire national ;
- Des espaces très denses et très urbanisés mais aussi des territoires ruraux ;
- 20 720 habitants au km² à Paris ; entre 240 et 990 habitants au km² en grande couronne.

Une croissance démographique ralentie ces dernières années et différenciée selon les départements

- Une croissance de + 5 000 habitants par an en moyenne depuis 2013, soit une croissance annuelle moyenne de + 0,4 % ;
- Un taux de croissance qui devrait se maintenir entre + 0,3 et +0,5 % en moyenne annuelle à l'horizon 2030 ;
- Une diminution de la population à Paris ;
- La moitié de la croissance démographique récente concentrée sur seulement 32 communes dont 12 (un tiers) en Seine-Saint-Denis.

Une région globalement jeune... mais concernée comme partout par le vieillissement

- La population francilienne est, en structure, relativement jeune ;
- Un quart de la population a moins de 20 ans (26 % contre 24 % en moyenne en France métropolitaine) ;
- Une augmentation substantielle du nombre de personnes âgées à attendre dans tous les territoires dans les prochaines années (notamment en grande couronne) : augmentation estimée à + 18 à + 21 % du nombre de Franciliens âgés de 65 ans et plus à l'horizon 2030.

Une région très contrastée socialement

- C'est une région où l'on trouve les départements les plus riches de France métropolitaine mais aussi le département le plus pauvre ;
- C'est également la région où l'on trouve les taux de mal logement, de population en grande précarité et d'immigrés les plus élevés.

Une région particulièrement concernée par les nuisances environnementales

- L'Île-de-France est particulièrement touchée par les nuisances environnementales, principalement la pollution de l'air et le bruit.

Une région violemment impactée par la pandémie de Covid-19

- L'Île-de-France a été très impactée par la crise sanitaire notamment lors la première vague au printemps 2020.

Un diagnostic sanitaire à date des données disponibles

2017 : dernière année des données de mortalité par cause disponibles lors de l'analyse

Dernière année disponible pour les données, première année du PRS2 2017-2022

2019-2021 : données de morbidité issues du SNDS

Couvrent partiellement la période du PRS2

Attestent des premiers impacts directs et indirects de la pandémie de Covid-19

2021 : données de mortalité toutes causes de l'état civil

Permet de calculer les indicateurs d'espérance de vie et les taux de mortalité générale ou prématurée

2021 : baromètre santé de Santé Publique France

Permet des comparaisons, notamment avec le précédent baromètre de 2017

Des données à géographie variable

Des thématiques sanitaires pour lesquelles seules des données françaises sont disponibles

Des thématiques sanitaires pour lesquelles seules des données d'enquêtes ponctuelles et hétérogènes sont disponibles

Des thématiques pour lesquelles les données permettent de comparer la situation francilienne à la moyenne française mais sans possibilité de traitements infra-régionaux

Des thématiques pour lesquelles les données permettent des analyses infra-régionales

Des données qui présentent en partie l'état de santé des populations franciliennes avant la crise sanitaire

Et demain ?

De potentielles évolutions qu'il est encore trop tôt pour décrire mais des impacts de la crise sanitaire à moyen et long termes à prévoir dans un contexte de mise en surtension d'un système de santé déjà en grande difficulté

UNE POPULATION FRANCILIENNE EN BONNE SANTÉ D'UN POINT DE VUE GLOBAL

Jusqu'en 2019 : des indicateurs d'espérance de vie et de mortalité toutes causes, les meilleurs de toutes les régions françaises

- 81,4 années d'espérance de vie chez les hommes et 86,1 chez les femmes en Île-de-France (contre respectivement 79,7 et 85,6 en moyenne en France métropolitaine) ;
- Une espérance de vie sans incapacité également plus élevée globalement ;
- Une sous mortalité générale en Île-de-France en 2017 chez les hommes (-13 %) comme chez les femmes (-9 %) ;
- Les taux de mortalité prématurée les plus faibles de France métropolitaine ;
- Des niveaux de mortalité franciliens inférieurs aux moyennes nationales pour les principales causes de décès que ce soient les cancers (sauf sein et poumon chez la femme), les maladies neuro cardiovasculaires (hors insuffisance cardiaque), les maladies respiratoires...

Une croissance de l'espérance de vie continue, mais dont le rythme ralentit actuellement

- Une espérance de vie à 60 ans qui a progressé entre 2016 et 2019 : + 0,3 an chez les femmes et + 0,4 an chez les hommes (contre respectivement + 0,2 et + 0,3 an en moyenne en France).

Des taux de mortalité en baisse régulière

- Des taux de mortalité en baisse régulière pour les principales maladies chroniques notamment pour les maladies respiratoires ou neuro cardiovasculaires.

UNE SITUATION MOINS VOIRE BEAUCOUP MOINS SATISFAISANTE POUR CERTAINES PATHOLOGIES OU SITUATIONS

Des taux de mortalité comparables au niveau national pour certains cancers chez la femme

- Des taux de mortalité par cancers du poumon, du sein, des VADS chez les Franciliennes comparables aux niveaux nationaux (alors qu'ils sont moins élevés chez les hommes).

L'Île-de-France particulièrement touchée par la tuberculose, les IST, le VIH/Sida et le saturnisme infantile

- L'Île-de-France, région du territoire métropolitain avec la plus forte incidence de tuberculose (14,3 cas pour 100 000 habitants ; 38 % des cas identifiés en France métropolitaine) ;
- L'Île-de-France, région de France métropolitaine la plus impactée par le VIH/Sida (60 000 personnes prises en charge soit 40 % des personnes prises en charge sur toute la France) ;
- Incidence des infections sexuellement transmissibles (IST) plus élevée en Île-de-France (en augmentation constante au cours de la dernière décennie en Île-de-France comme ailleurs en France métropolitaine, en particulier chez les jeunes, mais mesurée pour certaines infections par des taux de positivité au dépistage) ;
- L'Île-de-France particulièrement touchée par le saturnisme infantile en raison de l'importance de l'habitat ancien et dégradé en Île-de-France (38 % des cas de saturnisme de France sont Franciliens).

Des indicateurs de prévention et de santé de la mère et de l'enfant qui se dégradent en moyenne en France et notamment en Île-de-France

- Un accroissement de l'âge des femmes au premier accouchement : 30,8 ans en 2008 et 31,6 ans en 2020 (niveau bien supérieur à celui observé en moyenne en France métropolitaine : 30,6 ans en 2020) ;
- Un point positif toutefois : nette diminution des taux de grossesses chez les femmes mineures ;
- Une morbidité gravidique (diabète gestationnel, prééclampsie et hémorragies du post-partum) qui s'accroît ;
- Deux pistes explicatives : la précarité, l'augmentation de l'âge des mères à la naissance et donc des grossesses à risque, l'augmentation d'autres facteurs de risques comme le surpoids ou l'obésité ; l'abaissement du seuil de dépistage de la glycémie pathologique et un dépistage plus systématique de l'hypertension gravidique ;
- Un taux de déclaration tardive de grossesse qui ne diminue pas et des taux d'entretien prénatal précoce très inférieurs en Île-de-France aux moyennes nationales ;
- Une mortalité et mortalité infantile notamment néonatale précoce en hausse qui, bien que ténue, interroge sur leurs causes, notamment sur la part due à l'augmentation de certains facteurs de risques (âge maternel, précarité, surpoids, obésité et diabète) et éventuellement à celle due à la qualité de la prise en charge durant la grossesse, à l'accouchement et en post-partum ;

- Des taux de prématurité et de nouveaux nés aux poids extrêmes qui restent supérieurs aux moyennes de France métropolitaine, malgré une légère tendance à la baisse.

Etat de santé et modes de vie préoccupants chez les jeunes

- En dépit d'une bonne santé perçue, un niveau élevé de plaintes somatiques et surtout psychiques chez les collégiens et les lycéens : stress lié au travail scolaire (30 %), cyberharcèlement (6 %) ou harcèlement scolaire (5 %) ;
- Une santé mentale préoccupante : déjà avant la crise sanitaire, un risque de dépression pour un quart des Franciliens de 17 ans, en augmentation et plus élevé en Île-de-France qu'ailleurs en France métropolitaine ; une augmentation des pensées suicidaires (davantage exprimées par les filles) ;
- Des usages problématiques d'alcool et de cannabis qui restent encore trop fréquents chez les jeunes et notamment chez les garçons ; un point de vigilance pour les jeunes apprentis et les jeunes sortis du système scolaire plus souvent consommateurs réguliers ou problématiques d'alcool et de cannabis ;
- Des habitudes de sommeil inadéquates et des troubles du sommeil beaucoup plus fréquents chez les jeunes d'Île-de-France : 17,8 % des adolescents sont insomniaques, 40 % en restriction de sommeil, 20 % en privation de sommeil ; un temps de sommeil moyen réduit de 25 minutes entre 2010 et 2017 notamment en raison d'activités nocturnes sur écrans ;
- Des troubles du sommeil aux conséquences importantes (somnolence diurne, fatigue, troubles de l'humeur, troubles hormonaux et de l'appétit...) qui impactent la santé physique et mentale, la socialisation et la performance scolaire ;
- Des comportements défavorables (mauvaise alimentation, manque d'activité physique, sédentarité, surpoids et obésité) qui augmentent en France et certainement aussi en Île-de-France (bien que l'on manque de données pour l'objectiver) et qui ont été exacerbés lors des confinements avec des conséquences sanitaires à attendre à court, moyen et long terme ;
- Une proportion qui reste non négligeable (10 %) de jeunes qui n'ont eu recours à aucun moyen de protection lors de leur premier rapport sexuel, malgré une amélioration générale de la protection contraceptive lors des premiers rapports sexuels et un recul des IVG chez les jeunes filles mineures.

Des enjeux majeurs pour les personnes âgées

- En 2021, 43 % des Franciliens de plus de 60 ans se perçoivent en mauvais état de santé, 60 % ont des pathologies chroniques, 37 % rapportent des difficultés dans les activités du quotidien et pour 13 % ces difficultés sont sévères ;
- En raison du vieillissement général de la population, un accroissement attendu du nombre de personnes âgées dépendantes (jusqu'à + 123 % en Seine-et-Marne en 2040) ; une prévalence augmentée des maladies neuro-dégénératives (Alzheimer par exemple touchait en 2019 13 % des plus de 85 ans) ; des risques de chutes accrues (en 2019, les chutes représentaient 12 % des hospitalisations des plus de 80 ans en Île-de-France et jusqu'à 19,2 % en Seine-et-Marne) ;
- Une qualité des soins prodigués en fin de vie encore insuffisante : six Franciliens décédés sur dix auraient eu besoin de soins palliatifs afin de soulager leurs souffrances ;
- L'état de santé, la qualité de vie, l'autonomie et les conditions de fin de vie de personnes très âgées de plus en plus nombreuses, dans un contexte de précarisation de leur situation économique et d'inégalités territoriales marquées constituent l'un des défis majeurs des décennies à venir.

La situation sanitaire très dégradée des plus précaires : une vigilance nécessaire malgré leur invisibilité statistique

- Des populations qui échappent trop souvent aux statistiques publiques ;
- Des situations préoccupantes dont témoignent notamment l'accroissement régulier de la proportion de femmes ayant accouché couvertes par l'AME ou la C2S entre 2018 et 2020, et le fait que 2 % des accouchées franciliennes rencontrent des difficultés de logement après leur sortie de la maternité ;
- Plus globalement, les conditions de vie (dures et violentes) ainsi que les conditions de logement (mal logement ou sans-abrisme) des personnes en grande précarité pèsent lourdement sur leur santé physique (perte d'espérance de vie et surmortalité prématurée considérables) et mentale (surmorbidity psychiatrique : dépressions, stress post traumatiques et addictions dus à des parcours de vie complexes et chaotiques).

La santé mentale : un défi majeur aujourd'hui

- Très forte augmentation de la prévalence des épisodes dépressifs caractérisés entre 2017 et 2021 en Île-de-France probablement en lien avec la crise sanitaire et notamment chez les jeunes, les personnes vivant seules ou ayant des revenus plus faibles notamment ;
- Pour la première fois, les troubles de santé mentale identifiés comme première cause de mortalité maternelle ;
- Une offre de soins particulièrement en difficulté avec des taux d'hospitalisation extrarégionaux importants, une démographie de psychiatres libéraux particulièrement concentrée dans l'hyper centre de la région, un manque d'attractivité de la filière...

ET DE FORTES DISPARITÉS INFRARÉGIONALES

Des écarts d'espérance de vie entre les territoires

- Écarts d'espérance de vie de 2 ans chez les hommes et de 2,2 ans chez les femmes entre Paris et la Seine-Saint-Denis ;
- Des différences qui s'accroissent à mesure que l'on descend à des niveaux géographiques plus fins (intercommunalités ou cantons) : écarts respectivement de sept et de quatre années d'espérance de vie chez les hommes et les femmes entre les cantons franciliens ;
- Une espérance de vie sans incapacité supérieure à la moyenne de France métropolitaine dans tous les départements franciliens sauf en Seine-Saint-Denis pour les hommes et dans les départements du Val-d'Oise, de Seine-et-Marne et de Seine-Saint-Denis pour les femmes ;
- Des inégalités d'espérance de vie mais aussi d'espérance de vie sans incapacité : à 60 ans, un homme de Seine-Saint-Denis a une espérance de vie inférieure d'1,8 an à celle d'un Parisien au même âge, tandis que son espérance de vie sans incapacité est inférieure de 2,6 ans en moyenne.

De forts écarts de mortalité prématurée entre territoires également

- Forte sous-mortalité prématurée par rapport à la moyenne régionale dans les départements socialement aisés des Hauts-de-Seine et des Yvelines (- 9 %) ;
- Surmortalité prématurée dans les départements socialement défavorisés ou moins favorisés de Seine-Saint-Denis, de Seine-et-Marne et du Val-d'Oise (respectivement + 14, + 5 et + 4 %) ;
- Au niveau cantonal, variations des taux de mortalité prématurée de - 50 % à + 34 % par rapport au niveau régional entre les arrondissements de l'Ouest parisien et les cantons plus périphériques ou plus défavorisés de Bobigny, Meaux, Sarcelles, Saint-Denis 2 ou Villeneuve-Saint-Georges.

Des disparités infrarégionales que mettent en lumière la plupart des indicateurs sanitaires

- Par exemple, chez les hommes, à Paris, dans les Yvelines et dans les Hauts-de-Seine, l'incidence et la mortalité par cancer sont plus faibles qu'en moyenne en Île-de-France. Les hommes de Seine-et-Marne, de Seine-Saint-Denis et du Val-d'Oise présentent, eux, une surmortalité par cancer comparativement à la situation francilienne moyenne ;
- Les niveaux de mortalité liée aux maladies respiratoires (BPCO, pneumonie et bronchopneumonie) et de personnes traitées pour asthme plus importants en Seine-et-Marne, Seine-Saint-Denis et/ou dans le Val-de-Marne et le Val-d'Oise ;
- Des taux standardisés d'années potentielles de vie perdues pour maladies cardio-neuro-vasculaires plus importants dans le Val-d'Oise, la Seine-Saint-Denis, l'Essonne et dans une moindre mesure la Seine-et-Marne ;
- De même, la prévalence du diabète est plus élevée en Seine-Saint-Denis (8,1 % de diabétiques en 2021) et dans le Val-d'Oise (6,7 %) par exemple qu'à Paris (4,4 %) : le diabète est la maladie chronique la plus socialement marquée.

Des disparités infrarégionales également dans la répartition de l'offre de soins

- Des taux d'équipements hospitaliers en médecine, chirurgie et psychiatrie infanto-juvénile très largement supérieurs aux moyennes nationales et régionales à Paris ;
- Une offre hospitalière parisienne qui dessert les populations des autres départements franciliens notamment de petite couronne (moins bien dotés ?) mais qui est également attractive pour les provinciaux, tandis que les établissements hospitaliers de grande couronne desservent principalement la population de leur département d'implantation ;
- Des densités de médecins généralistes plus importantes que la moyenne régionale à Paris, dans le Val-de-Marne et en Seine-Saint-Denis en 2021 mais une répartition différente des autres médecins spécialistes de ville (densités médicales plus importantes à Paris, dans les Hauts-de-Seine, le Val-de-Marne et les Yvelines, plus faibles en Seine-Saint-Denis et Seine-et-Marne) ;
- Des niveaux d'accessibilité potentielle aux médecins généralistes qui se sont le plus dégradés entre 2015 et 2021 en Seine-Saint-Denis et en Seine-et-Marne mais aussi dans l'Essonne et dans le Val-d'Oise.

QUI FONT ECHO AUX DISPARITÉS SOCIALES ET ENVIRONNEMENTALES INFRARÉGIONALES

Les inégalités socio-spatiales de santé et de recours aux soins : très fortes en Île-de-France

- Certains déterminants de la santé (mauvaises conditions de logement et/ou d'emploi, sédentarité, manque d'activité physique, mauvaise alimentation, surpoids et obésité, consommation régulière d'alcool et de tabac, consommations problématiques de produits psychoactifs...) sont fortement marqués socialement ;
- Les disparités sociales qui caractérisent les espaces franciliens conduisent à des disparités d'état de santé des populations : niveaux de mortalité et de morbidité - notamment pour la majorité des maladies chroniques - qui s'accroissent lorsque le niveau de vie baisse (gradient social de santé) ;
- Des recours différenciés à la prévention et aux soins (moindre littératie en santé, recours tardif, renoncement ou non recours aux soins, recours moindre aux médecins spécialistes...) expliquent peut-être aussi en partie ces inégalités socio-spatiales de santé. Par exemple, pour les cancers féminins, la Seine-Saint-Denis présente un taux d'incidence plutôt favorable par rapport à la situation moyenne francilienne. Toutefois, le niveau de mortalité pour cette cause y est plutôt défavorable, ce qui renvoie à la question du retard au diagnostic ou aux difficultés d'accès au système de soins.

La crise de la Covid-19 a exacerbé les fortes inégalités socio-spatiales de santé en Île-de-France

- Une surmortalité en période de Covid-19 particulièrement marquée pour les populations des territoires d'habitat collectif denses, socialement défavorisés et dans lesquels réside une proportion importante de travailleurs clés ;
- Très forte surmortalité lors de la première vague de Covid-19 chez les immigrés et notamment chez les femmes d'origine subsaharienne ;
- Des inégalités en termes de taux de vaccination complète en novembre 2021 également importantes (80 % de la population à Paris vs 63 % en Seine-Saint-Denis), bien que les écarts entre les territoires se réduisent avec le temps.

Des expositions aux nuisances et pollutions environnementales différenciées selon les espaces franciliens

- Une répartition inégale des logements dégradés sur le territoire régional. Par exemple, la part du parc privé potentiellement indigne s'élève à 7,5 % en Seine-Saint-Denis, vs 6,5 % à Paris et seulement 1 % dans le Val-d'Oise. De mauvaises conditions de logements ou des logements situés près des sources de nuisances et pollutions environnementales exposent les populations à des risques sanitaires spécifiques (liés à la suroccupation, la présence d'humidité et de moisissures, une qualité de l'air intérieur dégradée, précarité énergétique, une exposition au bruit intérieur et extérieur accentuée...) ;
- Des différences d'exposition à la pollution de l'air entre la zone agglomérée et les espaces ruraux qui se maintiennent. A l'heure actuelle, la part de décès attribuables à l'exposition chronique aux PM_{2,5} au-dessus de la valeur recommandée par l'OMS (soit 5 µg/m³) s'élève à 11,4 % à Paris, 9,7 % dans le reste de la Métropole du Grand Paris, 7,8 % pour le reste de l'agglomération et 6,1 % pour le rural (période 2017-2019). Pour autant, les politiques publiques mises en œuvre ces dernières décennies ont conduit à une baisse de 40 % des décès franciliens attribuables à l'exposition prolongée aux PM_{2,5} entre 2008 et 2019. Cela représente un gain net d'espérance de vie de près de 8 mois en moyenne régionale, jusqu'à 9,6 mois à Paris ;
- Une exposition au bruit des Franciliens très différenciée selon les territoires et les sources de bruit : une exposition au bruit routier centrée sur l'hypercentre métropolitain ; une exposition au bruit aérien en proximité des aéroports ; et une exposition au bruit ferré disséminée le long des voies ferroviaires principales et impactant plus particulièrement des territoires de grande couronne ;
- Les territoires les plus urbanisés de l'agglomération parisienne particulièrement impactés par le phénomène des îlots de chaleur urbains, qui accroît les températures pendant les périodes de canicule et fragilise les populations les plus vulnérables (jeunes enfants, personnes âgées, personnes atteintes de pathologies chroniques, populations précaires vivant dans des logements mal isolés...).

Des situations de cumul des vulnérabilités sociales et des expositions aux nuisances et pollutions environnementales

- Les scores de cumul d'expositions aux nuisances et pollutions environnementales montrent que les communes socio-économiquement les moins favorisées sont plus impactées que les communes les plus favorisées ;
- De plus, les communes socio-économiquement les moins favorisées sont celles qui présentent des parts les plus importantes de populations fragiles et les moins en capacité à faire face.

Ce diagnostic met également en exergue certains enjeux de santé publique ainsi que des domaines d'incertitudes qui pourraient impacter la santé des Franciliens.

LES PRINCIPAUX ENJEUX MIS EN EXERGUE PAR LE DIAGNOSTIC :

Lutter contre les principaux facteurs de risque

- En agissant notamment sur la consommation de tabac et d'alcool, sur la sédentarité, l'inactivité physique et la mauvaise nutrition, facteurs de risque communs à de nombreuses pathologies chroniques et résultant des comportements certes individuels mais surtout socialement déterminés. Des politiques publiques coordonnées et diversifiées en direction des individus mais aussi des groupes sociaux sont des leviers pour réduire considérablement l'incidence des maladies chroniques, leur taux de complications et leur mortalité. Elles permettent aussi de prévenir la dépendance des personnes âgées ;
- En promouvant une action articulée avec les autres politiques publiques locales, régionales ou nationales (relatives au logement, à l'environnement, à l'aménagement du territoire, à la rénovation urbaine, aux dessertes et à la mobilité, aux conditions de travail, à l'éducation, aux cantines scolaires, à la sécurité, aux champs du social, de l'accompagnement des plus précaires...) ;
- En privilégiant une approche globale de la santé et du bien-être, des environnements de vie apaisés et favorables à la santé physique et mentale, et également des territoires favorables au vieillissement.

Renforcer la promotion de la santé et la prévention

- En mobilisant l'ensemble des acteurs (institutions, professionnels de la santé et du social, associations mais aussi populations) pour développer la promotion et l'éducation à la santé, la littératie en santé mais aussi la littératie numérique en santé (y compris la capacité à faire face aux campagnes de désinformation numérique telles qu'elles se sont manifestées notamment lors de la crise sanitaire) ... ;
- En promouvant des actions de prévention et de promotion de la santé, universelles mais aussi différenciées selon les besoins et plus adaptées aux populations cibles prioritaires (enfants, adolescents, futurs parents, personnes âgées...) et en gardant toujours un point de vigilance sur la nécessité de construire ces actions pour qu'elles atteignent prioritairement les personnes les plus fragiles, les plus exposées, et les plus vulnérables ;
- En insistant sur l'importance de l'accompagnement des « mille premiers jours » et du soutien à la parentalité ;
- En enravant la dégradation des services de PMI, de la médecine scolaire, de la médecine du travail... ;
- En donnant aux professionnels de santé de ville (notamment médecins généralistes et infirmiers) les moyens d'avoir une action non uniquement curative mais également de prévention et d'éducation à la santé.

Adapter notre système de santé aux défis actuels

- Envisager la santé dans une approche globale comme définie par le concept de « One Health » qui invite à penser la santé des hommes à l'interface avec celle des animaux et de l'environnement, à l'échelle locale, nationale et mondiale. Cette manière d'aborder la santé permet d'envisager des actions qui influent sur l'ensemble du système et répondent à la fois aux enjeux sanitaires, environnementaux et d'adaptation au changement climatique ;
- Développer les approches globales et coordonnées de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes tout en répondant aux enjeux d'articulation, de coordination, de coopération, de partage des tâches et des compétences... et d'accessibilité qui pourraient constituer une partie de la réponse organisationnelle au contexte de pénurie médicale actuel ;
- Accompagner les évolutions organisationnelles afin d'en limiter les effets potentiellement délétères sur les inégalités sociales de santé. Par exemple, les risques d'aggravation des inégalités sociales et territoriales de santé que porte le virage ambulatoire nécessitent que soient mis en place des leviers spécifiques, centrés sur la personne et sur son contexte de vie, évaluant le ressenti, la compréhension et la disponibilité du patient et de son entourage, l'accompagnant pour la gestion des périodes critiques, et proposant des dispositifs adaptés. Ils supposent également un renforcement du dialogue, de la littératie en santé et de l'éducation thérapeutique ;
- Accompagner également les évolutions technologiques en évaluant leurs modalités d'application pour optimiser leurs potentialités (renouvellement d'ordonnance, téléconsultation ou télésurveillance complémentaires aux visites physiques pour les personnes souffrant de maladies chroniques par exemple) tout en limitant les expérimentations qui pourraient avoir un impact moins favorable sur la qualité des prises en charge sanitaires des populations (cabines de téléconsultations sans professionnel de santé et sans suivi du patient sur le long terme notamment, fractures numériques notamment concernant les populations âgées ou socialement défavorisées...) ;
- Poursuivre les démarches de médiation en santé, d'« Aller-vers », de santé communautaire, d'accompagnement vers le soin et la santé des populations qui en sont les plus éloignées ainsi que de toutes autres expérimentations qui visent à améliorer l'accessibilité de tous à un meilleur état de santé ;
- Développer, dans cette optique, les espaces de démocratie sanitaire et de participation citoyenne pour recueillir les enjeux, les contraintes, les besoins et/ou les propositions de solution des différentes catégories de population, solutions qui peuvent mobiliser un panel très large d'acteurs, du champ sanitaire et social mais également plus largement des autres institutions et de la société civile ;

- Accompagner le vieillissement de la population (prévention de la perte d'autonomie, organisation d'une prise en charge globale aussi bien au domicile qu'en institution, et ce, jusqu'à la fin de vie, développement de réseaux afin de faire face à l'isolement des personnes âgées et accompagnement des aidants, augmentation des besoins en services hospitaliers) et la prise en charge de la fin de vie (notamment en mobilisant tous les acteurs, y compris au-delà du secteur sanitaire et médico-social) ;
- Répondre aux enjeux cruciaux des ressources humaines en santé et rendre plus attractifs les métiers de la santé et du social tout en renforçant l'attractivité de tous les territoires franciliens pour ces professionnels.

LES INCERTITUDES ET ENJEUX D'ANTICIPATION :

Des incertitudes sur la santé des Franciliens en raison des impacts indirects de la crise de la Covid-19

- La Covid-19 (et notamment les Covid longs), les confinements et restrictions de déplacements ont eu de fortes conséquences sur la santé physique et mentale, sur la santé perçue, sur le sommeil, les consommations de tabac et d'alcool, la nutrition, l'activité physique et la sédentarité, l'usage des écrans... dont on ne sait pas si elles vont perdurer durablement ;
- La crise sanitaire a conduit à la baisse voire à l'arrêt des activités de prévention et de dépistage notamment en 2020, à des renoncements aux soins, à des reports ou retards de prise en charge ainsi qu'à des modifications de protocoles de soins ou de chirurgie, notamment chez les personnes atteintes de maladies chroniques. Les conséquences de ces retards de diagnostic et de prise en charge se mesureront à moyen et long termes, notamment en termes de létalité ;
- La crise sanitaire a aussi conduit à l'épuisement des professionnels de santé et à l'accroissement de postes vacants à l'hôpital, réduisant la performance des établissements de soins dans un contexte où la médecine ambulatoire est également à la peine ;
- Inversement, la crise sanitaire a également conduit, chez certains, à une modification plutôt positive des modes de vie et des pratiques (meilleure hygiène de vie, développement des infrastructures privilégiant et sécurisant les mobilités actives, développement du télétravail, de la télémedecine...) dont les bénéfices sur la santé globale des populations restent à mesurer.

Quelle résilience des populations franciliennes face au changement climatique ?

- Les bouleversements liés au changement climatique et notamment l'accroissement du rythme et de l'intensité des vagues de chaleur (pics à 50 °C d'ici 20 ans à Paris selon les experts du GIEC) et des événements climatiques extrêmes (inondations en particulier) auront des conséquences sur la santé des populations et notamment des publics les plus fragiles. Les capacités des populations et des politiques publiques à s'adapter restent encore incertaines. De forts enjeux de mesure, de suivi, d'évaluation et d'anticipation se posent ;
- La modification des écosystèmes est porteuse d'un risque d'apparition de nouvelles pathologies peu prévalentes actuellement (émergence et sévérité de certaines maladies infectieuses notamment) qu'il faut se préparer à pouvoir freiner et traiter ;

Quel impact de l'évolution des modes de vie sur la santé des populations ?

- Les évolutions technologiques et sociétales impactent les modes de vie (télétravail, e-services, mobilités actives, recherche de nature, sobriété énergétique, responsabilité écologique... mais aussi croissance des usages des écrans...) et auront des conséquences sur la santé des populations qu'il conviendrait d'anticiper afin d'essayer d'en maximiser les aspects positifs et d'en minimiser les impacts négatifs à la manière des études d'impacts sur la santé (EIS) ;

Des incertitudes sur l'évolution du contexte global

- L'instabilité géopolitique internationale et européenne, l'augmentation potentielle des migrants climatiques, des coûts de l'énergie et des denrées alimentaires... sont porteuses de potentiels accroissements de la fragilité, vulnérabilité voire précarité (précarité sociale, énergétique, alimentaire...) de franges de plus en plus importantes de la population. Elles pourraient par ailleurs conduire à un renforcement des inégalités sociales et territoriales en Île-de-France qui pourrait avoir une incidence sur la santé et les besoins territorialisés des populations ;
- L'évolution du contexte national pourrait conduire également à un accroissement des enjeux sanitaires lié à l'emploi des seniors notamment sans que l'on soit en mesure aujourd'hui d'en déterminer précisément la nature et l'ampleur ;
- De fortes incertitudes pèsent aussi sur la santé du système sanitaire français et francilien de demain qui doit aujourd'hui faire face à une situation de crise préoccupante. L'évolution et l'organisation du système de santé (y compris dans ses dimensions sociales et médico-sociales mais également de prévention et d'éducation à la santé) seront déterminantes de même que la prise en compte des questions de santé dans toutes les politiques.

Des enjeux de connaissance à ne pas négliger :

- Des systèmes d'informations plus réactifs et étendus permettraient de mieux suivre les évolutions et fluctuations de la mortalité et de la morbidité par causes et par catégories sociales, de mieux coordonner les données en matière de santé périnatale, de connaître l'évolution des principaux facteurs de risque à des échelles territoriales et populationnelles fines, d'avoir une approche de l'état de santé des populations plus corrélée aux caractéristiques sociales... L'enjeu d'une amélioration de la connaissance de l'état de santé et des besoins des populations en situation de précarité est également tout à fait fondamental.

1. LE TERRITOIRE FRANCILIEN

Une région aux problématiques aussi bien urbaines que rurales	16
Une population qui s'accroît notamment dans certains grands pôles urbains	18
Une région jeune mais vieillissante	20
Une région très contrastée socialement	22
Population immigrée et catégorie professionnelle modeste, facteurs cumulatifs de relégation sociale	24
Une présence de populations pauvres et précaires	26

Une région aux problématiques aussi bien urbaines que rurales

LES POINTS ESSENTIELS

- ▶ Une région très contrastée avec des secteurs urbains très denses et d'autres, périurbains et ruraux, aux faibles densités de population,
- ▶ Des atouts mais aussi des défis sanitaires et environnementaux différents selon les types d'espace,
- ▶ Un développement à prévoir par densification et renouvellement urbain plus que par extension.

ENJEUX

Des atouts et enjeux différenciés selon les territoires

En Île-de-France, les modes d'occupation du sol sont très contrastés (carte 1 et figure 2). Son centre doit faire face aux défis sanitaires et environnementaux spécifiques aux espaces urbains denses : nuisances et pollutions environnementales (atmosphérique, sonore et lumineuse), artificialisation des sols, chaleur en ville, carence en espaces verts et autres terrains sportifs de grands jeux, congestion des transports, propagation épidémique facilitée par la densité de population, cherté et rareté du foncier... Elle tire cependant profit des atouts métropolitains : maillage dense en emplois, en équipements et en services qu'ils soient de transport, sanitaires ou autre, d'autant que les infrastructures permettant les déplacements en modes doux favorables à la santé se développent.

Parallèlement, l'Île-de-France compte également une part importante de territoires ruraux ou périurbains au sein desquels les enjeux sont tout autres : s'y posent d'autres problématiques d'exposition aux pollutions chimiques notamment liées aux pratiques agricoles (eau de consommation de mauvaise qualité dans certains secteurs), d'isolement, d'éloignement et d'accessibilité physique aux équipements et services à chaque échelle de besoins (de la proximité au niveau régional pour les services de pointe).

SITUATION ACTUELLE ET EVOLUTION

Une région aux densités urbaines très contrastées

Abritant 18 % de la population française et 23 % des emplois sur 12 065 km² (2 % du territoire national), la région Île-de-France est la région française la plus dense. La densité urbaine y est cependant très variable selon les territoires : elle atteint 20 720 habitants au km² à Paris, varie entre 5 700 et 9 200 habitants au km² dans les départements de petite couronne, et entre 240 et 990 habitants au km² dans les départements de grande couronne.

Assez stables dans le temps depuis 2012, les modes d'occupation des sols varient également fortement entre les territoires : si 40 % environ de la superficie des départements de la métropole est consacrée au logement, il s'agit en quasi-totalité d'habitat collectif à Paris, et en majorité d'habitat individuel en petite couronne. Dans ces départements, les milieux naturels sont très peu présents tandis qu'ils sont prédominants dans tous les départements de grande couronne.

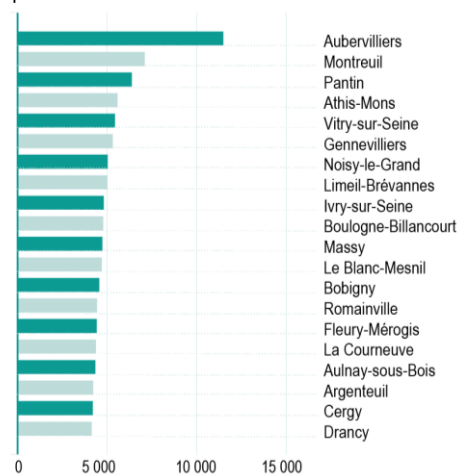
PERSPECTIVES

Une dynamique de sobriété foncière

Aujourd'hui, l'Île-de-France se distingue par une relative sobriété foncière liée à l'ancienneté de la planification régionale et aux enjeux réaffirmés de maîtrise de la consommation d'espace portés notamment par le Schéma directeur d'aménagement du territoire (Sdrif-E). Cependant, près de 1 000 ha d'espaces naturels, agricoles et forestiers disparaissent chaque année pour les besoins de l'urbanisation (fonctions résidentielles et économiques). De même, entre 2012 et 2021, près de 3 300 ha d'espaces ouverts urbains (parcs et espaces verts, jardins, terrains de sport, etc.) ont disparu (soit 4 % du total) sous l'effet du renouvellement urbain.

C'est, de fait, de plus en plus en densification, notamment autour des gares du Grand Paris Express, en renouvellement urbain ou au sein de polarités urbaines déjà existantes que s'opère la croissance démographique francilienne. En effet, par le passé (1970-1990), les départements de la grande couronne, et notamment les villes nouvelles, ont constitué le moteur principal de la croissance démographique régionale. Depuis la fin des années 90, un processus de recentrage est à l'œuvre (figure 1) : la croissance démographique régionale se concentre sur un nombre toujours plus restreint de communes du cœur de l'agglomération (Aubervilliers, Saint-Denis, Vitry-sur-Seine, Boulogne-Billancourt...) ou au sein de grands pôles urbains de grande couronne (Massy, Corbeil-Essonnes, Cergy, Meaux...).

Figure 1. Communes ayant connu la plus forte croissance de leur population entre 2013 et 2019



Source : Insee, recensement 2013 et 2019

Carte 1. Mode d'occupation du sol 2021

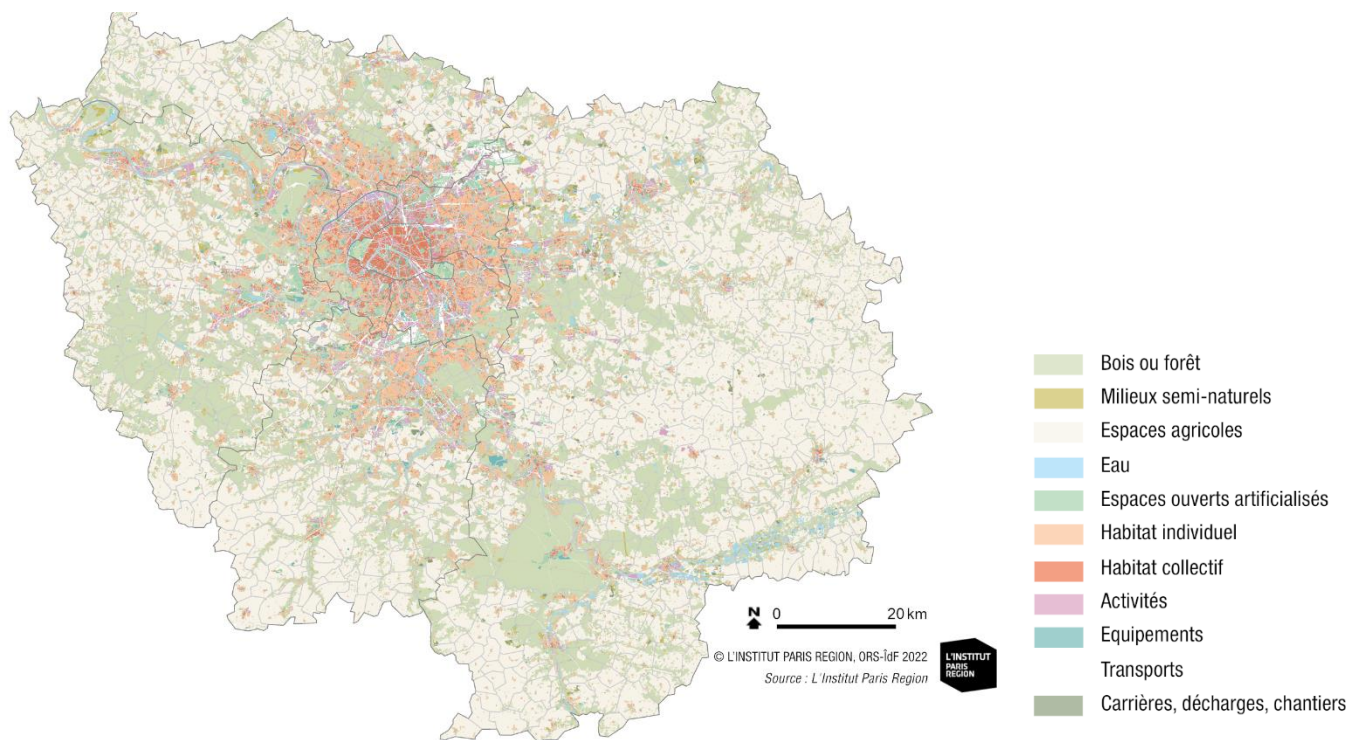
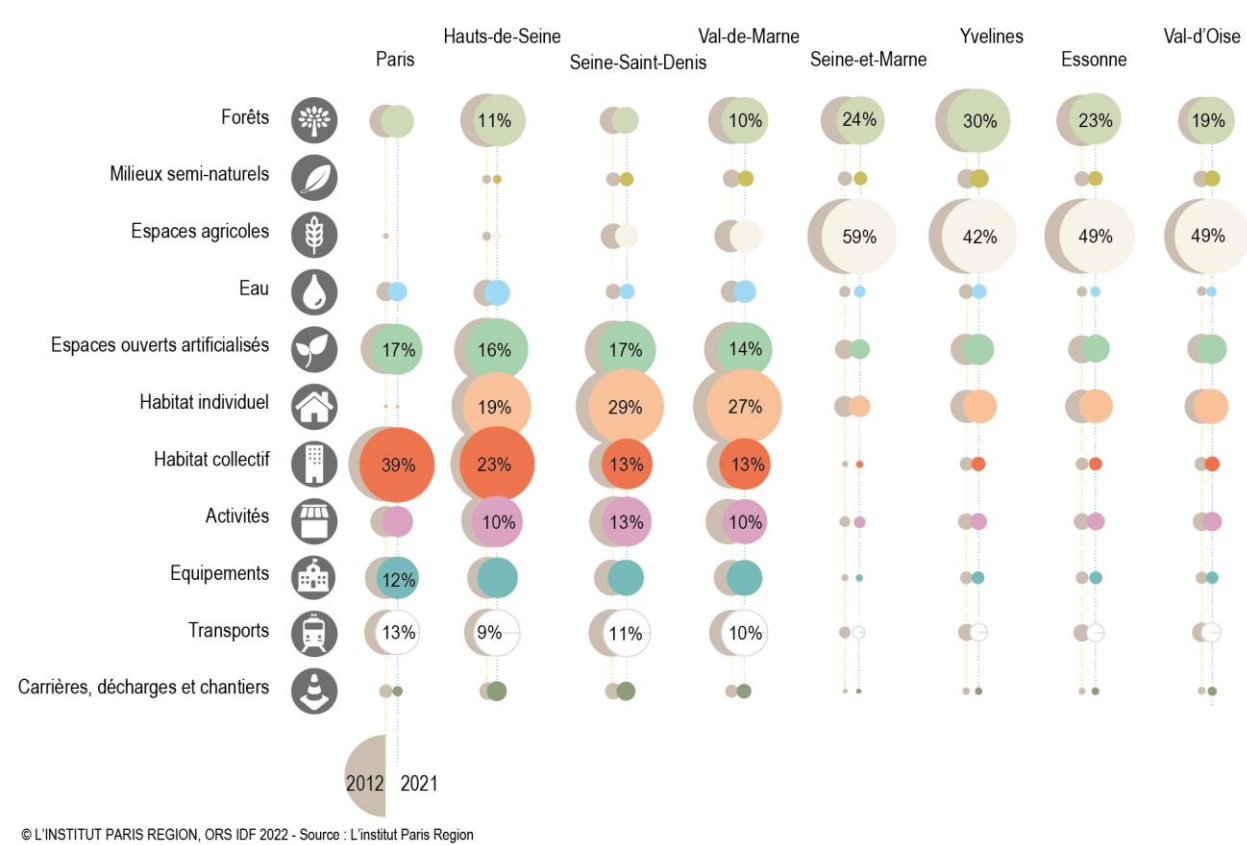


Figure 2. Répartition de l'occupation du sol selon les départements 2012-2021



Une population qui s'accroît notamment dans certains grands pôles urbains

LES POINTS ESSENTIELS

- ▶ Une population de plus de 12 millions d'habitants,
- ▶ Une population en croissance régulière du fait d'un solde naturel excédentaire,
- ▶ La moitié de la croissance démographique francilienne concentrée dans 32 communes seulement.

ENJEUX

Répondre aux besoins d'une population en croissance

Selon l'Insee, la région Île-de-France comptait 12 271 794 habitants en 2020 (carte 1). Depuis les années 90, elle gagne entre 55 et 58 000 habitants par an, soit le nombre d'habitants d'une ville comme Pantin (29^e commune la plus peuplée de la région). La croissance se ralentit sur la période récente (2013-2019) où le gain n'est plus que de 50 000 habitants par an, soit une ville comme Saint-Ouen ou Massy (43^e ou 44^e communes les plus peuplées de la région).

SITUATION ACTUELLE ET EVOLUTION

Un recentrage des territoires en croissance démographique

La croissance francilienne, similaire au rythme national (+ 0,4 % par an), résulte d'un solde naturel largement excédentaire, grevé en partie par un solde migratoire négatif.

Cette croissance démographique se décline différemment selon les territoires (tableau 1) : si Paris voit sa population diminuer, trois départements (Seine-Saint-Denis, Seine-et-Marne et Essonne) - et notamment leurs principaux pôles urbains - concentrent à eux seuls deux-tiers de la croissance démographique francilienne. La Seine-Saint-Denis compte désormais plus d'habitants que les Hauts-de-Seine et devient le deuxième département le plus peuplé de la région. La Seine-et-Marne, quant à elle, devient le cinquième département francilien le plus peuplé, sa population dépassant désormais celle du Val-de-Marne.

De fait, si la croissance démographique régionale est restée stable depuis quarante ans, la géographie des dynamiques démographiques a considérablement évolué au fil du temps, en

écho aux politiques d'aménagement et de l'habitat poursuivies. Ainsi, la période 1970-1990 s'est caractérisée par une dé-densification du cœur de l'agglomération parisienne au profit notamment du développement des villes nouvelles. Ces dernières canalisaient alors la moitié de la croissance démographique francilienne. Elles n'en absorbaient plus qu'un sixième entre 1990 et 2007, puis un huitième entre 2007 et 2019. Depuis 1990, un phénomène de recentrage se produit : la moitié des habitants supplémentaires s'installe dans un rayon de 20 km autour de Notre-Dame, notamment dans des villes de grande couronne proches du centre comme Chelles en Seine-et-Marne, Athis-Mons, Massy, Palaiseau, Vigneux-sur-Seine dans l'Essonne, Argenteuil, Franconville, Garges-lès-Gonesse, et Montigny-lès-Cormeilles dans le Val-d'Oise.

La croissance se concentre aujourd'hui sur un nombre toujours plus restreint de communes (carte 2). Entre 1990 et 2007, 63 communes accueillaient la moitié des nouveaux Franciliens, contre 32 sur la période récente (2013-2019). 20 sont situées en petite couronne (12 en Seine-Saint-Denis, 4 dans les Hauts-de-Seine, 4 dans le Val-de-Marne) et 12 en grande couronne (5 dans l'Essonne, 5 dans le Val-d'Oise et 2 en Seine-et-Marne).

PERSPECTIVES

Une poursuite attendue des tendances

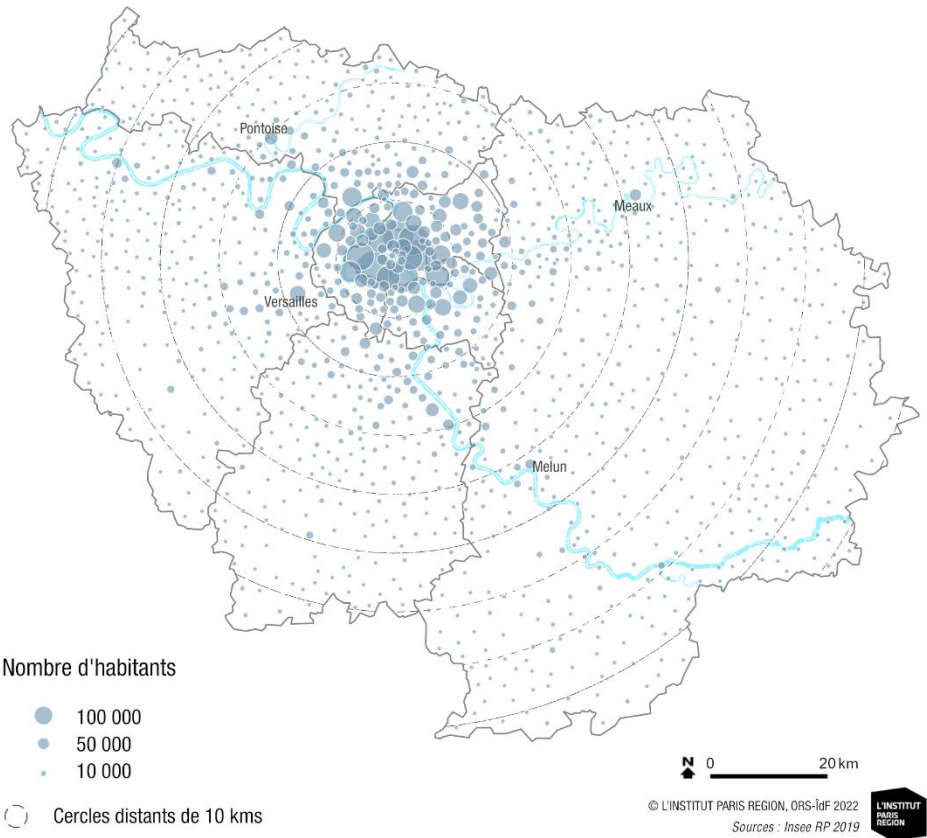
A l'horizon 2030, ces tendances devraient se poursuivre avec une baisse de la croissance cependant dans le Val-de-Marne, le Val-d'Oise et, selon le scénario bas de l'Insee/IPR, dans les Yvelines. Par ailleurs, compte tenu des enjeux de transition écologique, le développement régional devrait se faire en grande majorité par densification, notamment dans les polarités urbaines déjà existantes.

Tableau 1. Population 2019 et projections à l'horizon 2030 dans les départements franciliens

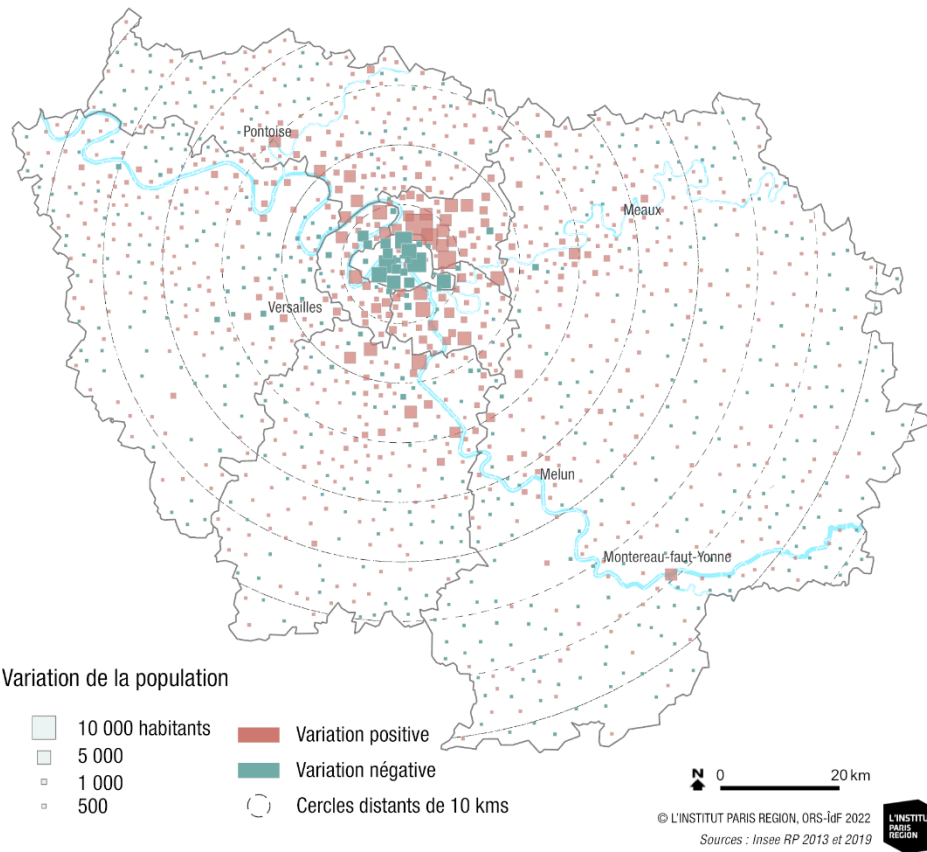
	Population 2019	Évolution annuelle moyenne (2013-2019)		Part dans la croissance démographique	Population 2030 selon scénario		TCAM 2019-2030 (en %) selon scénario	
		Effectifs	TCAM (%)		Bas	Haut	Bas	Haut
Paris	2 165 423	10 700	-0.5 %	-21.2 %	2 145 265	2 128 371	-0,1 %	-0,2 %
Hauts-de-Seine	1 624 357	5 492	0.3 %	10.9 %	1 678 255	1 726 932	0,3 %	0,6 %
Seine-Saint-Denis	1 644 903	15 404	1.0 %	30.5 %	1 754 148	1 808 934	0,6 %	0,9 %
Val-de-Marne	1 407 124	8 853	0.6 %	17.5 %	1 497 205	1 544 655	-0,9 %	-0,6 %
Total petite couronne	4 676 384	29 749	0.7 %	59.0 %	4 929 609	5 080 520	0,5 %	0,8 %
Seine-et-Marne	1 421 197	9 333	0.7 %	18.5 %	1 506 339	1 551 858	0,5 %	0,8 %
Yvelines	1 448 207	4 954	0.3 %	9.8 %	1 441 732	1 502 019	-0,04 %	0,3 %
Essonne	1 301 659	7 955	0.6 %	15.8 %	1 357 355	1 416 308	0,4 %	0,8 %
Val-d'Oise	1 249 674	9 166	0.8 %	18.2 %	1 278 569	1 313 363	0,2 %	0,5 %
Total grande couronne	5 420 737	31 407	0.6 %	62.2 %	5 583 995	5 783 547	0,3 %	0,6 %
Île-de-France	12 262 544	50 456	0.4 %	100.0 %	12 658 868	12 992 438	0,3 %	0,5 %

TCAM : taux de croissance annuelle moyen - Source : Insee, recensements 2013 et 2019 - Projections de population Insee/IPR (Pour explications, voir Chometon et al., 2020)

Carte 1. Populations des communes en 2019



Carte 2. Variations de la population des communes entre 2013 et 2019



Une région jeune mais vieillissante

LES POINTS ESSENTIELS

- ▶ Une région à la population plus jeune que la moyenne des autres régions de France,
- ▶ Une tendance au vieillissement et à l'augmentation substantielle du nombre de personnes âgées,
- ▶ Des structures par âge et des dynamiques d'évolution variables selon les départements mais une augmentation du nombre de personnes âgées à attendre dans tous les territoires.

ENJEUX

L'âge : un déterminant clé de la santé

Avec l'avancée en âge, la situation de santé évolue ainsi que les besoins de soins. Par ailleurs, les aménités nécessaires au maintien en bonne santé (aménagement urbains, espaces verts, équipements et services sportifs, de formation, de mobilité, culturels, sanitaires, sociaux...) et l'appréhension des distances et des temporalités varient fortement selon les âges de la vie et les états de santé et d'autonomie.

SITUATION ACTUELLE ET EVOLUTION

Une région jeune mais qui vieillit

Comparativement aux autres régions métropolitaines françaises, l'Île-de-France est une région plutôt jeune (figure 1), du fait du dynamisme de son solde naturel et de la structure de ses échanges migratoires avec l'étranger et les autres régions de France. L'Île-de-France est en effet particulièrement attractive pour les jeunes provinciaux étudiants ou en début de vie professionnelle. Inversement, les départs en province à l'âge de la retraite ou lors de la constitution des familles sont relativement nombreux. Pour autant, la population francilienne vieillit et le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus évolue à la hausse.

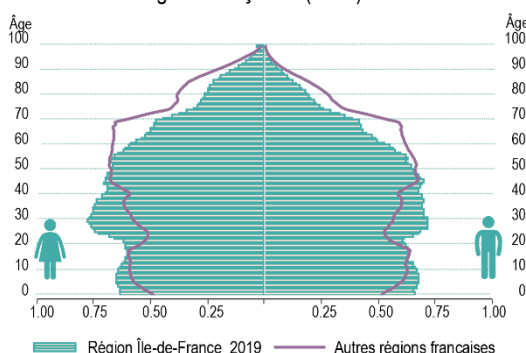
PERSPECTIVES

Une augmentation des 60 ans et plus à prévoir dans tous les départements

L'Institut Paris Région décline les projections de population de l'Insee à l'échelle départementale en tenant compte de la dynamique immobilière francilienne. Il propose un scénario haut et un scénario bas [1]. Ces projections prévoient (figure 2) une augmentation du nombre de Franciliens de 65 ans et plus dans tous les départements franciliens à l'horizon 2030 et ce, quel que soit le scénario retenu (dynamique immobilière, niveaux de fécondité...).

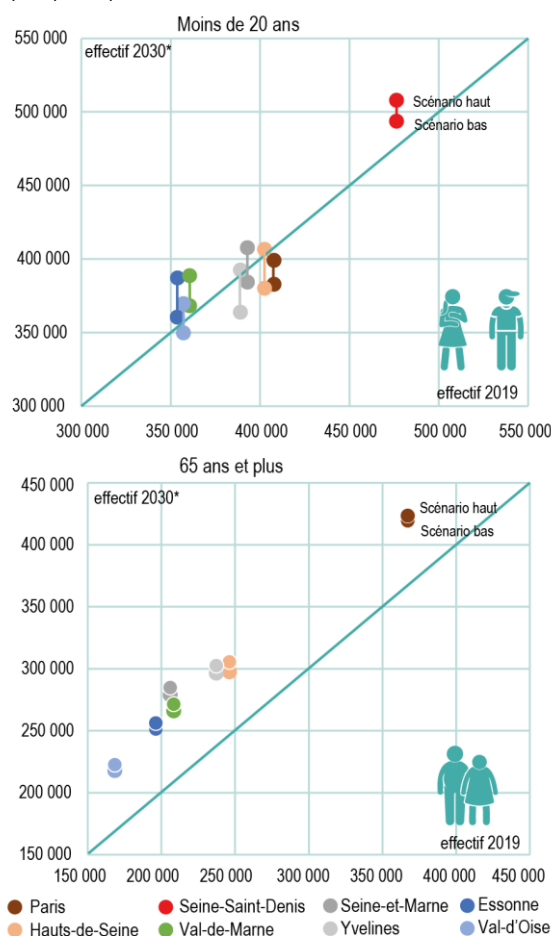
Dans le même temps, certains départements devraient également voir leur population de moins de 20 ans augmenter sensiblement : c'est notamment le cas pour la Seine-Saint-Denis, département comptant déjà un nombre important de jeunes. Dans les autres départements, l'augmentation du nombre de jeunes de moins de 20 ans devrait être plus tributaire de l'évolution des comportements résidentiels et de fécondité, et du dynamisme du rythme de construction de logements. A Paris, les différents scénarios prévoient une baisse du nombre de jeunes de moins de 20 ans.

Figure 1. Structure par âge de la population en 2019 en Île-de-France et dans les autres régions françaises (en %)



Source : Insee, recensement de la population 2019

Figure 2. Perspectives d'évolution des moins de 20 ans et des 65 ans et plus par département à l'horizon 2030



Sources : Insee 2019, projections de population Insee/Institut Paris Region

Figure 3. Structure par âge des départements franciliens en 2019 et projections à l'horizon 2030

Références

[1] 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.

Une région très contrastée socialement

LES POINTS ESSENTIELS

- ▶ Une région aux territoires très contrastés d'un point de vue socio-économique,
- ▶ Des contrastes socio-économiques entre les territoires franciliens de plus en plus marqués,
- ▶ Des états et des besoins de santé socialement différenciés qui s'ancrent sur les territoires.

ENJEUX

Lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé

Les conditions de vie, d'éducation et d'emploi conditionnent fortement l'état de santé des populations. En France métropolitaine, sept ans d'espérance de vie à la naissance et dix ans d'espérance de vie en bonne santé séparent les travailleurs cadres des ouvriers. Les enfants d'ouvriers ont une probabilité plus importante d'être en surpoids, d'avoir une moins bonne santé bucco-dentaire... Le gradient social de santé est aujourd'hui largement connu et documenté, si bien que la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé est une des priorités récurrentes de l'action publique, à laquelle peuvent contribuer aussi bien les politiques de santé publique que l'ensemble des autres politiques publiques.

SITUATION ACTUELLE ET EVOLUTION

Une région très contrastée socialement

La région Île-de-France est une région très contrastée socio-économiquement : on y trouve le département aux revenus les plus faibles de France (Seine-Saint-Denis) et les deux départements les plus aisés (Paris et les Hauts-de-Seine). Les contrastes sont également marqués entre communes d'un même département (carte 1) et entre quartiers d'une même commune. De fait, en Île-de-France, les territoires très aisés et les territoires très pauvres peuvent être très proches géographiquement. On observe par exemple une forte hétérogénéité sociale dans les quartiers au sein de communes situées à l'interface des secteurs aisés et des secteurs pauvres franciliens (couronne de l'habitat bon marché de Paris, Colombes, Asnières, Nanterre, Fontenay-sous-Bois...). Par ailleurs, la présence d'un parc social important dans certains quartiers de communes ou arrondissements où les propriétaires sont plutôt aisés, contribue aussi à la « mixité » globale de la population de ces territoires (Clamart, Malakoff, Montrouge, Cachan...). Le périurbain se caractérise quant à lui par une forte mixité sociale mais avec une sous-représentation des ménages situés aux extrêmes de la distribution des revenus (hors le périurbain yvelinois, nettement plus aisé). Dans ces territoires marqués par un fort vieillissement, les profils se « moyennisent ». Les cadres sont un peu moins nombreux à s'y installer, témoignant à la fois d'un recentrage de la construction en Île-de-France depuis 2000, et d'une diversification de l'offre vers un peu plus de locatif en grande couronne, pour répondre aux trajectoires résidentielles des ménages.

La dynamique en cours est plutôt au renforcement des contrastes sociaux entre territoires (carte 2), que ce soit à l'échelle des communes ou à celle des quartiers. Les espaces

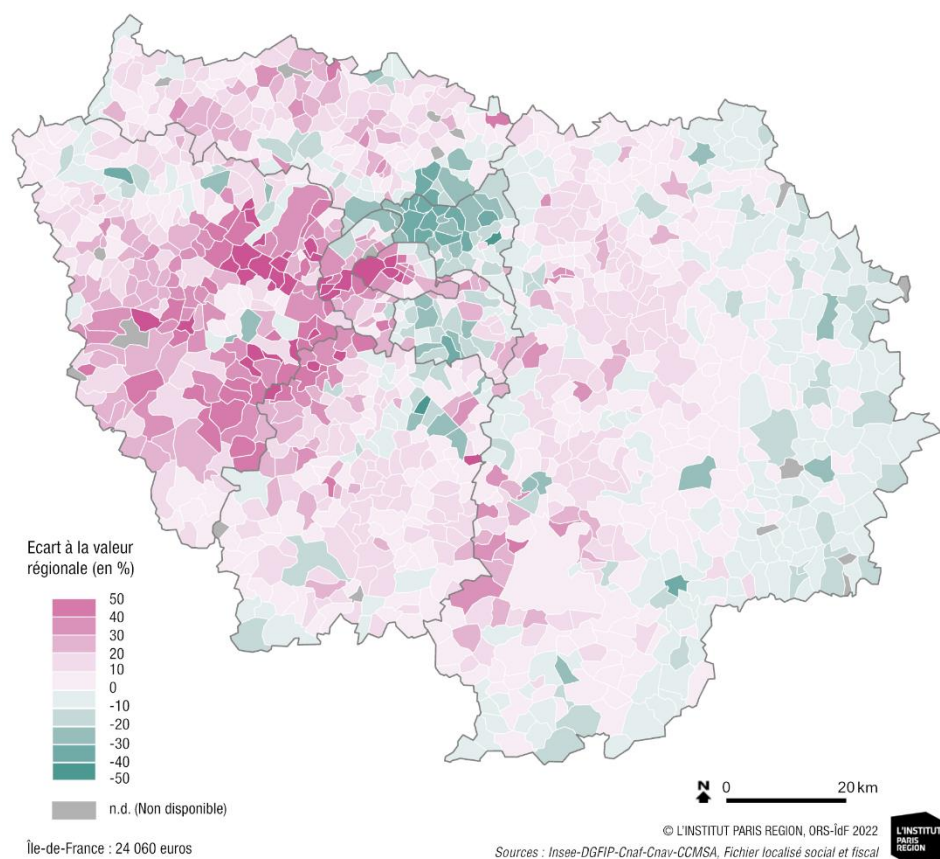
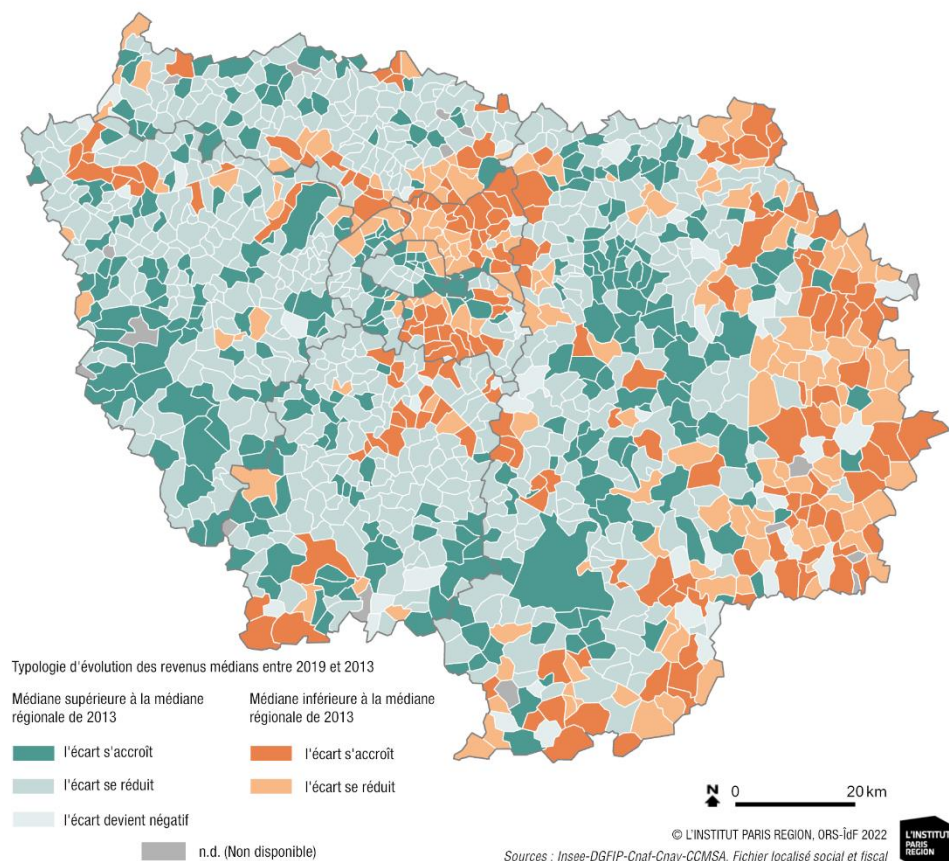
aisés se consolident par enrichissement et diffusion de la richesse dans les territoires limitrophes un peu moins aisés. La tendance est à une forte valorisation de la centralité parisienne par les cadres, qui s'implantent de plus en plus dans les arrondissements mixtes de l'est et du nord-est de la capitale et dans certains quartiers de communes pauvres qui jouxtent Paris au nord ou au sud. Ces évolutions s'accompagnent d'une accentuation des contrastes entre les quartiers qui rassemblent de plus en plus des cadres supérieurs et ceux qui concentrent des logements sociaux ou de faible qualité. À Saint-Ouen, Clichy-la-Garenne, Nanterre et Alfortville, la pauvreté recule sensiblement. Le phénomène d'embourgeoisement touche aussi des communes au profil plus mixte comme le nord-est de Paris (surtout le 18^e), Colombes, Malakoff, Maisons-Alfort ou Les Lilas. Dans certains cas, la pauvreté s'aggrave à l'échelle communale, mais des quartiers commencent à voir arriver des cadres, comme à Pantin, Bagnolet, Romainville, Le Pré-Saint-Gervais, Bagneux, Ivry ou encore Villejuif.

Inversement, des pans urbains entiers se paupérisent : dans 44 des communes parmi les plus pauvres de la région, où vivent 15 % des Franciliens, le revenu médian est en baisse. L'évolution des configurations familiales, et notamment l'augmentation des familles monoparentales, plus forte qu'ailleurs en raison d'un parc social plus important, contribue, pour partie et mécaniquement, à la baisse du niveau de vie des résidents. Dans huit de ces communes, la pauvreté s'accroît sensiblement : Grigny, Villiers-le-Bel, Pierrefitte-sur-Seine, La Courneuve, Clichy-sous-Bois, Stains, Aubervilliers, Bobigny. Il faut noter toutefois que près d'une commune pauvre sur trois s'est inscrite sur une trajectoire de rattrapage socio-économique modéré.

PERSPECTIVES

Une dynamique de renforcement des contrastes sociaux entre les territoires franciliens

Cet ancrage territorial des inégalités socio-économiques conduit à ce que les besoins de soins et plus globalement de santé soient sensiblement différenciés selon les territoires franciliens. Dans les contextes socio-économiquement les moins favorisés peuvent se poser des problématiques liées au cadre de vie (exposition aux nuisances et pollutions environnementales). Les potentiels manques d'accessibilité physique, financière, temporelle ou culturelle aux soins se conjuguent avec des comportements peu favorables à la santé liés aux conditions de vie ou à une plus faible littératie en santé, et parfois à des compétences moindres à la mobilité, à l'éducation...

Carte 1. Le niveau de vie moyen des communes d'Île-de-France en 2019 (écart par rapport au niveau régional)**Carte 2.** Evolution des niveaux de vie des communes franciliennes - 2013-2019

Population immigrée et catégorie professionnelle modeste, facteurs cumulatifs de relégation sociale

LES POINTS ESSENTIELS

- ▶ Une dynamique de concentration des ménages immigrés qui s'est accentuée en Île-de-France entre 1999 et 2006 et s'est stabilisée depuis,
- ▶ Une plus forte concentration de ménages immigrés ouvriers ou employés en Seine-Saint-Denis,
- ▶ L'origine étrangère et la catégorie modeste, facteurs cumulatifs de relégation sociale.

Cette fiche est issue de l'article de M. Sagot [1] publié dans l'Atlas des Franciliens, L'Institut Paris Region.

ENJEUX

En Île-de-France, 24 % des ménages ont une personne de référence immigrée. 19,8 % de la population est immigrée (voir encadré), contre 9,8 % en France métropolitaine (données 2019). Il est souvent souligné que les territoires les plus défavorisés sont aussi ceux qui concentrent beaucoup de population immigrée. De fait, en 2017, en reclassant les retraités selon leur ancienne catégorie professionnelle, 54 % des ménages immigrés ont une personne de référence « ouvriers » ou « employés » (contre 34 % pour les Français de naissance, les « natifs »). Inversement, 31 % sont cadres ou professions intermédiaires, contre 55 % pour les natifs (figure 1). Pour autant, le croisement de ces deux dimensions – position socio-professionnelle et origine immigrée – permet d'éclairer sous un angle nouveau les logiques qui président à l'organisation socio-spatiale du territoire francilien.

SITUATION ACTUELLE ET EVOLUTION

Une forte concentration relative des ménages immigrés

La segmentation sociale du territoire francilien s'appréhende généralement via les positions sociales ou le revenu des populations résidentes. Ces deux modalités conditionnent l'accessibilité des différents territoires, compte tenu de la forte hiérarchisation des marchés immobiliers (locatifs et de l'accession). Traitée séparément, la question de l'origine (via la nationalité et le pays de naissance) est le plus souvent abordée sous le prisme de la ségrégation des immigrés et des regroupements plus ou moins accentués de ces populations selon leurs origines nationales. De fait, la concentration des ménages immigrés s'est accentuée en Île-de-France entre 1999 et 2006, mais se stabilise depuis, avec des indices de ségrégation (voir encadré) respectivement de 20,0 % en 1999, 22,0 % en 2006 et 21,8 % en 2017.

Une comparaison des catégories de ménages croisant position sociale et origine, montre que les territoires qui s'excluent le plus sont ceux des cadres et ceux des ouvriers, et plus encore des cadres natifs et des ouvriers immigrés. Les cadres sont fortement surreprésentés à Paris et dans les Hauts-de-Seine. À l'inverse, les ouvriers d'origine étrangère sont fortement présents en Seine-Saint-Denis, quand les ouvriers natifs résident davantage en grande couronne et notamment en Seine-et-Marne (carte 1). Pour les premiers, la présence de logements locatifs bon marché, et pour les seconds la possibilité d'accéder à la propriété au prix d'un éloignement du centre sous-tendent des logiques résidentielles différentes. Les cadres natifs quant à eux sont plus proches des cadres immigrés que

de n'importe quelle autre catégorie sociale de ménages natifs ou non, ce qui atteste du rôle moteur que jouent les prix immobiliers dans l'organisation sociale du territoire et de la recherche d'un entre-soi parmi les plus aisés, comme plusieurs recherches sociologiques l'ont montré.

Différents facteurs explicatifs s'entremêlent

La structure socioprofessionnelle très modeste des ménages immigrés n'explique pourtant que faiblement la spécificité de la géographie résidentielle des ménages d'immigrés et leur concentration relative par rapport à l'ensemble des natifs. La littérature scientifique souligne l'intrication de nombreux facteurs conduisant à la concentration des populations d'origine étrangère [2], où s'entremêlent : les traces de l'industrie passée forte demandeuse de travailleurs étrangers logeant à proximité ; les effets des politiques urbaines et de logement – avec notamment la construction des ZUP dans les années 1960, puis les politiques d'aide à l'accession qui ont permis à nombre de classes moyennes du parc social de le quitter quand le regroupement familial rendait accessible le parc social aux ménages immigrés ; les préférences individuelles comme la recherche de l'entre-soi et de la solidarité des uns, renforcées par les logiques d'évitement des autres, notamment des quartiers où la part des enfants immigrés dans les établissements scolaires est très élevée ; le jeu du marché de l'immobilier, qui rend une partie croissante du territoire inaccessible aux plus modestes et aux classes moyennes ; les discriminations à l'entrée dans des logements selon l'origine ou les politiques d'attribution différenciées dans les logements HLM selon leur localisation.

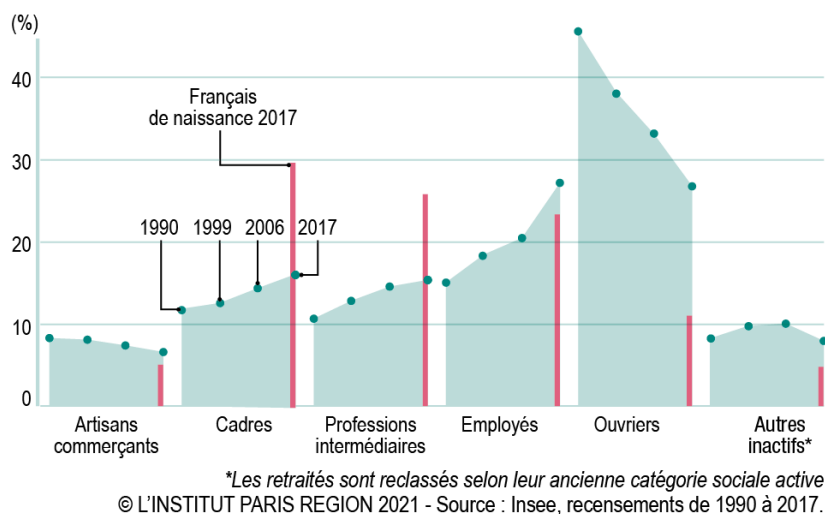
La recherche de solidarité communautaire, souvent dénoncée, doit être relativisée. Si des logiques de rapprochement avec des personnes dont on partage les pratiques et les modes de vie, dont on recherche l'appui pour s'insérer sur le marché du travail ou pour développer des activités économiques sont à l'œuvre, elles n'expliquent ni l'extrême variété des origines dans les secteurs dévalorisés de la région, qui renvoie d'ailleurs à la conséquence de mécanismes d'évitement et d'exclusion du reste du territoire, ni l'éventail des degrés de regroupement selon l'origine nationale.

PERSPECTIVES

L'origine géographique des populations peut avoir des implications en termes de santé publique (facteurs génétiques, culturels, habitudes de vie, maîtrise de la langue et capacités d'échanges avec le système de soins, discriminations...).

Différentes fiches du présent document mettront cela en évidence.

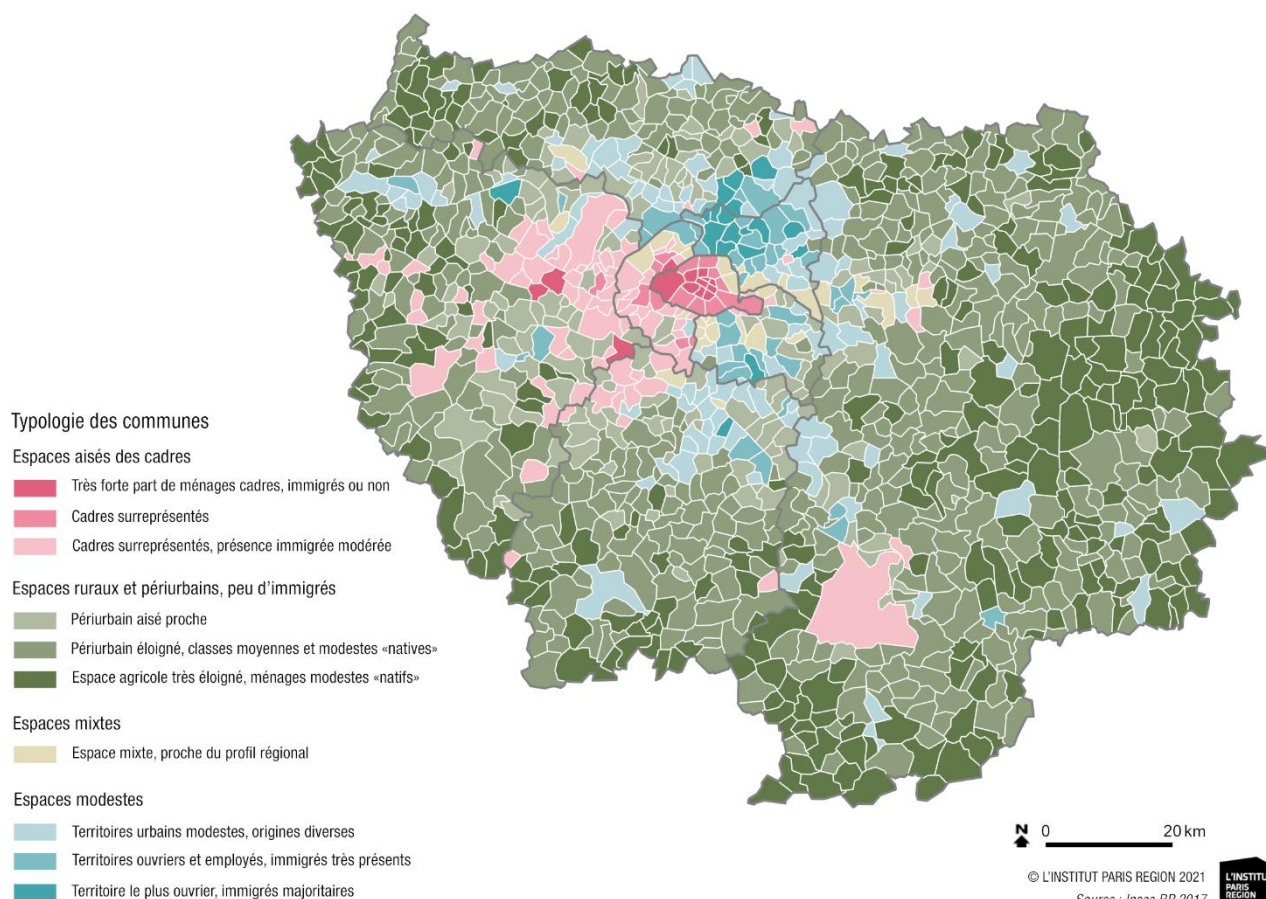
Figure 1. Répartition des ménages immigrés selon la catégorie sociale de la personne de référence*, de 1990 à 2017 en Île-de-France



Selon la définition adoptée par le Haut Conseil à l'Intégration, un **immigré** est une personne née étrangère à l'étranger et résidant en France. Certains immigrés ont pu devenir français, les autres restant étrangers. Un immigré n'est donc pas nécessairement étranger et certains étrangers sont nés en France (essentiellement des mineurs) et ne sont pas immigrés. La qualité d'immigré est permanente : un individu continue à appartenir à la population immigrée même s'il devient français par acquisition.

L'indice de ségrégation est la part de ménages qui devraient déménager pour se répartir comme l'ensemble des ménages franciliens [2].

Carte 1. Géographie sociale des Franciliens croisant la catégorie sociale et l'origine de la personne de référence des ménages, 2017



Références

[1] Sagot M. L'espace social francilien à la croisée des origines et positions professionnelles. In : Institut Paris Region. Les Franciliens : Territoires et modes de vie. 2021

[2] Botton H, Cusset PY, Dherbécourt C, George A. Quelle évolution de la ségrégation résidentielle en France ? France Stratégie, Note d'analyse. 2020 ; n°92.

Une présence de populations pauvres et précaires

LES POINTS ESSENTIELS

- ▶ Une région qui abrite une part importante de la population française en situation de pauvreté ou de précarité,
- ▶ Une spécificité des grandes unités urbaines dynamiques et attractives,
- ▶ Des enjeux de prise en charge sanitaire et sociale appelés à perdurer.

ENJEUX

Le paradoxe de la pauvreté urbaine

L'Île-de-France est à la fois une région riche et une région qui abrite une part importante de la population française en situation de pauvreté et de précarité. De fait, les grandes unités urbaines sont aussi des territoires de concentration de la pauvreté et de la précarité. En effet, la présence de populations pauvres ou précaires semble aller de pair avec le dynamisme et l'attractivité des territoires : « une ville qui fonctionne efficacement est séduisante, pour les pauvres également » [1].

Les personnes les plus démunies, en situation de pauvreté monétaire ou de précarité font face à des difficultés spécifiques et diverses telles que des privations alimentaires et matérielles, le mal-logement, l'exclusion sociale... qui dégradent leur santé, leur capacité à adopter des comportements favorables à la santé (alimentation, sommeil, activité physique, hygiène...) et peuvent les conduire à reléguer les enjeux de leur propre santé au second plan de leurs préoccupations immédiates.

Cependant, plus que pour d'autres types de population, il existe un véritable enjeu d'identification et de localisation des populations concernées.

SITUATION ACTUELLE ET EVOLUTION

La pauvreté plus ancrée en Seine-Saint-Denis mais également forte à Paris notamment

En 2018, en Île-de-France, l'Insee évalue à 1,8 million la population des ménages vivant en situation de pauvreté monétaire au regard du seuil national¹. Pour tenir compte du coût de la vie plus élevé en Île-de-France, l'Insee ajoute un « halo » d'environ 470 000 personnes (population des ménages) dont le niveau de vie est inférieur à ce que serait le seuil de pauvreté s'il était calculé au niveau régional. Ainsi, en 2018, 19,5 % de la population des ménages franciliens est en situation de pauvreté monétaire ou dans ce qui est appelé son halo. Cette proportion est plus importante chez les moins de 20 ans (25,4 %) et diminue avec l'avancée en âge (14 % chez les 60-69 ans) [2]. Avec cette approche, l'Île-de-France devient la région où la part des personnes considérées comme pauvres est la plus élevée de France métropolitaine (Insee, 2021). Par ailleurs, le taux de pauvreté monétaire varie du simple au triple selon les départements : 28 % en Seine-Saint-Denis contre 10 % dans les Yvelines par exemple. Il atteint son plus haut niveau dans l'établissement public territorial (EPT) Plaine Commune (37 %). Au-delà de la part de la population des ménages vivant

sous le seuil de pauvreté, l'Insee mesure également l'intensité de la pauvreté² parmi cette population des ménages dite en situation de pauvreté monétaire. Il en ressort que la population pauvre de Paris présente l'intensité de pauvreté la plus élevée d'Île-de-France (même si la part des personnes concernées est plus faible que celle observée en Seine-Saint-Denis).

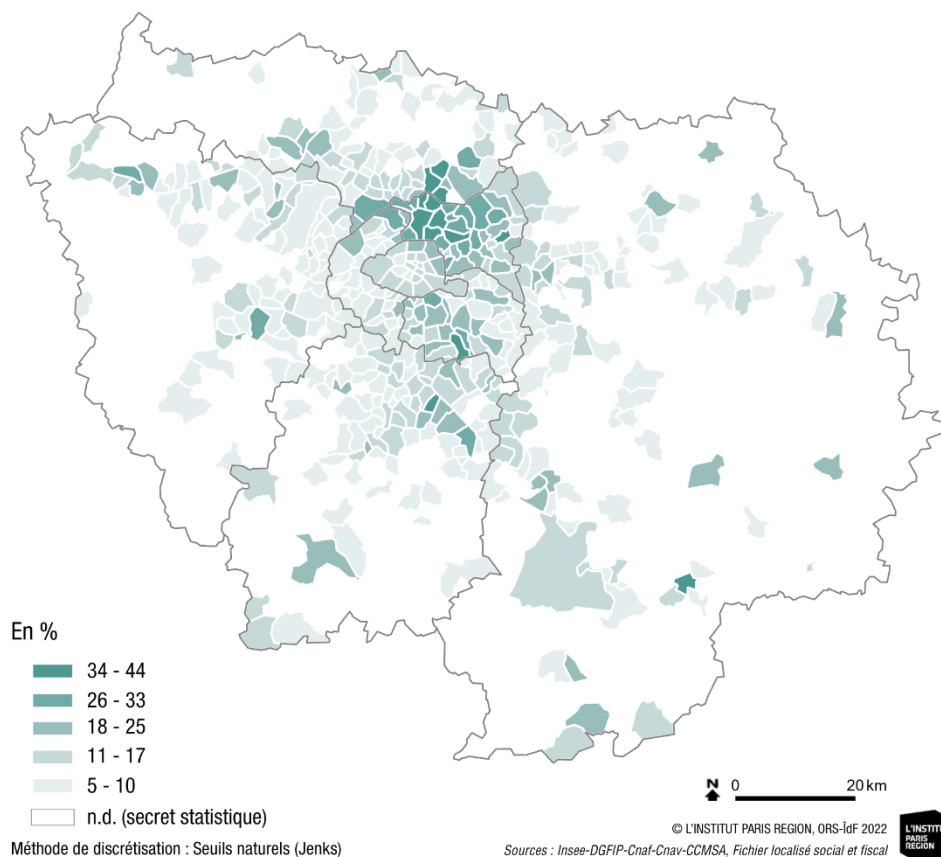
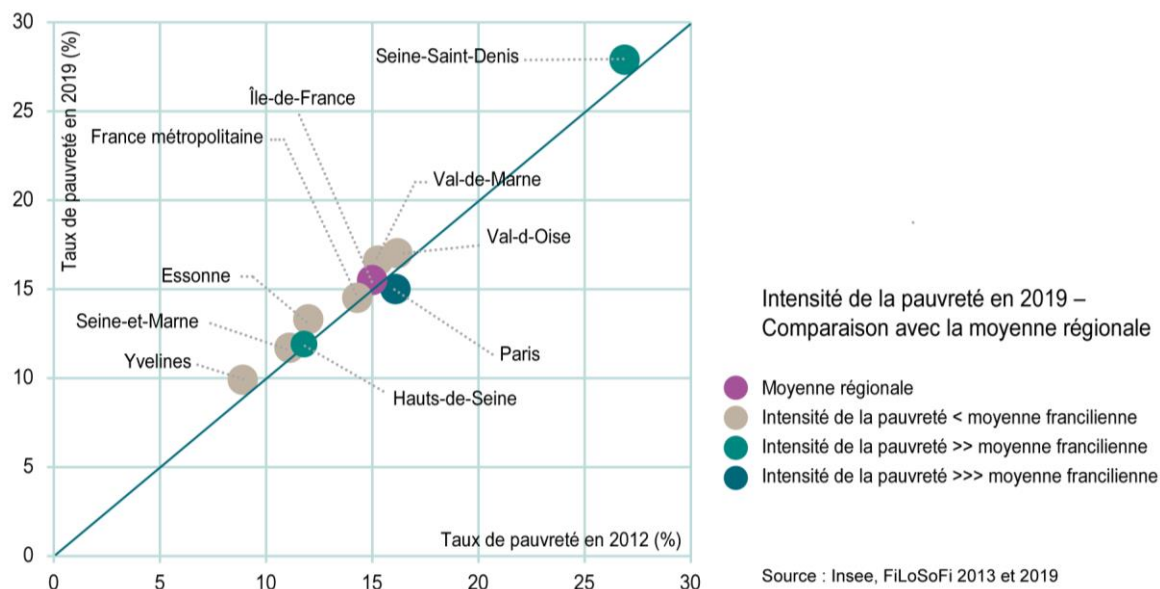
Une augmentation probable de la population en grande précarité

La relative stabilité dans le temps des taux de pauvreté semble devoir être considérée avec précaution au regard de l'augmentation très sensible des populations en grande précarité que d'autres sources tendent à démontrer. Ainsi, par exemple, le recours à l'aide alimentaire, que l'on peut considérer comme un marqueur de la grande précarité, est en progression selon les retours des associations disposant d'une habilitation à l'aide alimentaire au niveau national et plus particulièrement en Île-de-France et dans les grandes unités urbaines [3]. Un rapport du Samu social de Paris de 2020 indique par ailleurs que le nombre de demandes d'hébergement qui ne peuvent être pourvues augmente d'année en année [4]. De fait, à la population des ménages vivant sous le seuil de pauvreté, il convient d'ajouter la population en grande précarité vivant hors ménage et sans domicile fixe (sans abri ou hébergés dans des centres d'hébergement et d'insertion, à l'hôtel, chez des tiers, dans un habitat de fortune (cabane, construction provisoire), dans des campings à l'année, occupant des logements sans droit...). Cette population, précaire, mobile et parfois invisible, très diversifiée (individus ou familles précarisés, jeunes marginalisés, personnes souffrant d'addiction, migrants, demandeurs d'asile ou sans papiers...) est bien plus difficile à comptabiliser que la population des ménages. La santé des populations incarcérées ou des gens du voyage est également une préoccupation.

L'Île-de-France est le territoire métropolitain le plus concerné par la présence de logements de fortune ou bidonvilles, particulièrement présents à la périphérie des centres urbains, sur des terrains vagues, des friches industrielles, sous des échangeurs autoroutiers, etc. La Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement (DIHAL) recensait, en juillet 2018 en Île-de-France, 93 installations et 5 357 personnes vivant dans des bidonvilles, c'est-à-dire environ 33 % des personnes au niveau national [5].

¹ Un individu est considéré comme pauvre lorsqu'il vit dans un ménage dont le niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté fixé à 60 % du niveau de vie médian. Insee Analyses Île-de-France, n° 145, Déc 2021.

² L'intensité de la pauvreté permet d'apprécier à quel point le niveau de vie de la population pauvre est éloigné du seuil de pauvreté. Cet indicateur mesure l'écart relatif entre le niveau de vie médian de la population pauvre et le seuil de pauvreté.

Carte 1. Taux de pauvreté (seuil de 60 %) en Île-de-France en 2019**Figure 1.** Taux et intensité de la pauvreté des ménages en 2012 et 2019 dans les départements franciliens

Note de lecture : Le taux de pauvreté en Seine-Saint-Denis est important en 2012 comme en 2019 comparativement aux autres départements franciliens. Le taux de pauvreté a augmenté dans ce département entre 2012 et 2019 (point au-dessus de la diagonale). Par ailleurs, l'intensité de la pauvreté (cf. définition en note de bas de page précédente) y est supérieure à la moyenne régionale. A Paris, le taux de pauvreté est moindre et a eu plutôt tendance à diminuer entre 2012 et 2019. Par contre, l'intensité de la pauvreté y est encore plus marquée qu'en Seine-Saint-Denis.

En ce qui concerne les sans-abris, les dernières données statistiques datent de 2013 où l'enquête dite « Sans-domicile », réalisée par l'Insee et l'Ined auprès des personnes fréquentant les services d'hébergement ou de distribution de repas, recensait 12 015 personnes sans-abri, en habitation mobiles ou marinières en Île-de-France. Depuis ce recensement, seules des enquêtes menées régulièrement lors de maraudes permettent de disposer d'informations. L'enquête régionale, coordonnée par l'Observatoire francilien des personnes à la rue et hébergées (OFPRUH), menée auprès de personnes en situation de rue, réalisée dans la nuit du 29 au 30 juin 2021 dans 433 communes des sept départements franciliens hors Paris, a par exemple permis de rencontrer 767 personnes. Parmi celles-ci, 531 personnes ont été rencontrées seules, soit 69 %. Les groupes rencontrés étaient majoritairement localisés en Seine-Saint-Denis (15 sur 27 groupes) [6].

Par ailleurs, un Baromètre « enfants à la rue » mis en œuvre par la Fédération des acteurs de la solidarité en partenariat avec l'UNICEF France, recense le nombre de familles qui n'ont pas pu être accueillies dans des structures d'hébergement adaptées malgré leur demande auprès du 115, le numéro d'appel d'urgence pour les sans-abris [7]. Ainsi, en France, dans la nuit du 22 au 23 août 2022, 3 133 personnes en famille qui avaient sollicité le 115 n'ont pas pu être hébergées faute de places dans les structures d'hébergement pouvant les accueillir. Parmi elles, 1 658 étaient des enfants de moins de 18 ans dont 368 avaient moins de trois ans. D'après cette étude, Paris reste le département comptabilisant le plus grand nombre de demandes non pourvues (DNP) de personnes en famille (733), suivi du Nord (239), de la Seine-Saint-Denis (231) et du Bas-Rhin (212).

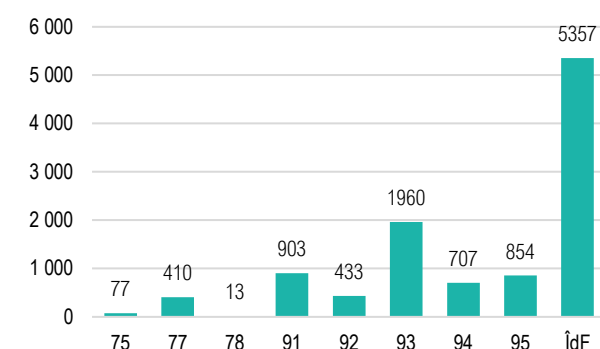
PERSPECTIVES

Une situation qui devrait perdurer

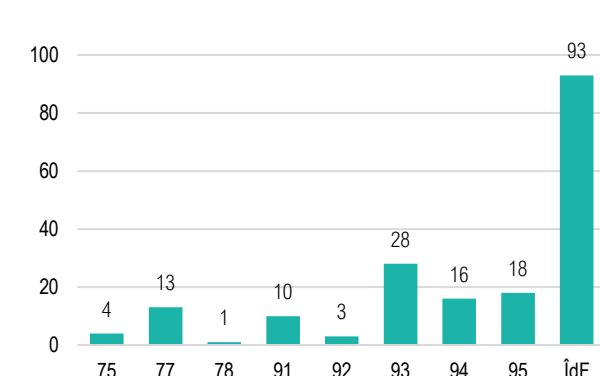
Les populations en situation de pauvreté ou de précarité – qu'il conviendrait d'arriver à mieux identifier et quantifier y compris localement – sont présentes en Île-de-France et le seront durablement. Leur accès aux soins, mais au-delà à la prévention, aux droits, à l'accompagnement vers le soin (démarches d'aller-vers notamment), à l'éducation thérapeutique, devrait rester un enjeu de long terme, d'autant que les conséquences de la crise sanitaire qui a maintenu ou fait basculer dans la précarité un certain nombre de personnes fragiles et notamment des jeunes, semblent encore loin d'être closes [8]. Le récent contexte d'inflation et de crise énergétique ne semble pas non plus propice au recul de la pauvreté et de la précarité.

Références

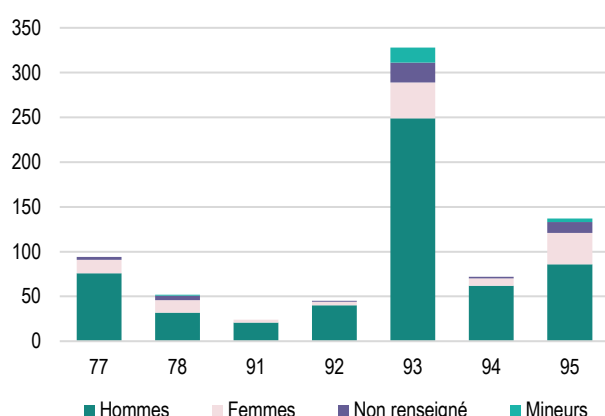
- [1] Damon J. Chiffres, approches et paradoxes de la pauvreté urbaine. Questions de communication. 2014 ; 25, 143-160.
- [2] Acs M, Bertaux F, Laurent P, Aucouturier A., Chamboredon H, Magalhaes D, 2021. Près de 2,3 millions de Franciliens exposés à la pauvreté ou à son halo. Insee Analyses Île-de-France. 2021; n°145
- [3] Radé E, Léon O. Aide alimentaire : une fréquentation accrue des centres de distribution dans les grandes villes les plus exposées à la pauvreté début 2021. Études et Résultats, Drees. 2022 ; n° 1218.
- [4] Macchi O. A la recherche des familles sans abri. L'extension du domaine de la survie (Paris, hiver 2019-2020). Samu social. 2020
- [5] État des lieux des bidonvilles en France métropolitaine au 1er juillet 2018. Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement, 2018.
- [6] La « Nuit des Maraudeurs » Enquête régionale sur les personnes en situation de rue en Île-de-France la nuit du 29 au 30 juin 2021. Observatoire francilien des Personnes à la Rue et Hébergées, 2022.
- [7] Fédération des acteurs de la solidarité, Unicef. Baromètre 2022 Enfants à la rue. 2022.
- [8] Duvoux N, Lelièvre M. La pauvreté démultipliée, Dimensions, processus et réponses. Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, Rapport au premier ministre. 2021

Figure 1. Nombre de personnes vivant dans un habitat de fortune en 2018

Source : Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement

Figure 2. Nombre de bidonvilles en 2018

Source : Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement

Figure 3. Répartition des personnes rencontrées dans la nuit du 29 au 30 juin 2021 (hors Paris)

Source : Observatoire francilien des personnes à la rue et hébergées

Les centres d'hébergements**Les centres d'hébergement d'urgence (CHU)**

Ils permettent la mise à l'abri de toute personne, quel que soit son profil ou son statut administratif, selon le principe d'inconditionnalité de l'accueil.

L'hébergement d'urgence avec accompagnement social (HUAS)

Les places d'hébergement d'urgence répondent aux besoins des personnes isolées ou des familles sollicitant le 115, en situation de détresse médicale, psychique ou sociale, quelle que soit leur situation administrative.

Les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS)

Ils accueillent des personnes ou des familles qui connaissent de graves difficultés, notamment économiques, familiales, mais aussi des difficultés de logement, de santé ou d'insertion. Certains sont spécialisés dans l'accueil d'un type de public (femmes enceintes, personnes sortant de prison...), d'autres sont des établissements de droit commun dits « tout public ».

Les centres d'accueil pour demandeurs d'asile (CADA)

Ils accueillent des demandeurs d'asile avec pour missions l'hébergement, l'accompagnement administratif, social et médical, des personnes, pendant toute la durée de la procédure.

L'hébergement d'urgence des demandeurs d'asile (HUDA)

Destiné à accueillir, à titre provisoire, des demandeurs d'asile préalablement à leur admission éventuelle en CADA.

Centres d'Aide au Retour Accompagné (CARA) / Dispositif de Préparation Au Retour (DPAR)

Surveillance et expulsion des personnes assignées à résidence sous OQTF ou décision de transfert Dublin.

Le programme d'accueil et d'hébergement des demandeurs d'asile (PRAHDA)

Il assure l'accueil des demandeurs d'asile en vue d'une orientation vers les structures relevant du dispositif national d'accueil adaptées à leur situation. Il offre également un hébergement et un accompagnement aux personnes s'orientant vers la procédure d'asile.

Les centres provisoires d'hébergement (CPH)

Ils sont destinés aux demandeurs d'asile ayant obtenu le statut de réfugiés et nécessitant un accompagnement pour préparer leur insertion.

Les dispositifs assimilés à un CPH :

- le dispositif provisoire d'hébergement des réfugiés statutaires (DPHRS) ;
- les dispositifs d'accueil, d'hébergement et d'accompagnement des réfugiés (DAHAR) ;
- le centre d'accueil et d'insertion des réfugiés (CAIR).

Les centres d'accueil et d'examen des situations administratives (CAES)

Ils permettent d'héberger des personnes migrantes, d'évaluer leur situation et de faciliter l'accès des personnes à un guichet unique pour demandeur d'asile (GUDA) afin d'orienter les personnes vers une solution d'hébergement adaptée à leur situation.

FJT : Foyer de jeunes travailleurs

FTM : Foyer de travailleurs migrants

PF : Places en pension de familles (dont résidences accueil)

RS : Places en résidence sociale (hors RS-FJT)

Places d'intermédiation locative (Solibail + Louez Solidaire)

2. LA SANTÉ DES FRANCILIENS : VUE D'ENSEMBLE

Espérance de vie	32
Espérance de vie sans incapacité	36
Santé perçue	38
Mortalité générale, prématurée et causes médicales de décès	40
Grande précarité et santé	44

Espérance de vie

LES POINTS ESSENTIELS

- ▶ Jusqu'en 2019, l'Île-de-France était la région française où l'on vivait le plus longtemps mais ce n'est plus le cas depuis la crise de la Covid-19,
- ▶ En 2020, l'espérance de vie à la naissance des Franciliens a baissé de - 1,4 an chez les femmes et - 1,8 an chez les hommes,
- ▶ Des écarts d'espérance de vie qui s'accroissent : les hommes de Seine-Saint-Denis vivent en moyenne 3,9 années de moins que les hommes des Hauts-de-Seine. L'écart était de 2,6 années en 2019.

ENJEUX

L'évolution de l'espérance de vie est une mesure utile pour qualifier l'état de santé des Franciliens

Jusqu'à récemment, l'espérance de vie n'a cessé d'augmenter en France et en Île-de-France grâce à l'amélioration des conditions de vie, aux avancées dans le domaine de la médecine, à la diminution de la mortalité infantile et à la baisse des quotients de mortalité aux âges élevés. Récemment, des aléas épidémiques ou caniculaires ont ponctuellement fait fléchir la progression de l'espérance de vie : la canicule en 2003, l'épisode grippal sévère en 2015 et la crise de la Covid-19 qui dure depuis 2020.

Jusqu'à présent, après chacune de ces périodes de crise, l'espérance de vie est repartie à la hausse, avec un pic de croissance une fois l'épisode passé. Ce pic de progression peut s'expliquer par « l'effet moisson » : les conditions sanitaires ou climatiques, comme la canicule, la grippe, ou la Covid-19, entraînent la mort, par anticipation, de personnes fragiles qui seraient décédées dans les semaines ou les mois suivants. Ces décès anticipés diminuent donc d'autant ceux qui surviennent l'année suivante, quelle qu'en soit la cause. Il faut donc se garder de surinterpréter les fluctuations conjoncturelles de l'espérance de vie, et s'intéresser également aux évolutions sur longue période.

SITUATION ACTUELLE ET EVOLUTION

Les Franciliens vivent-ils encore plus longtemps en moyenne que les Français ?

Jusqu'en 2019, l'Île-de-France était la région française où l'on vivait le plus longtemps. L'espérance de vie à la naissance, en 2019, était respectivement de 86,1 et de 81,3 ans chez les femmes et les hommes en Île-de-France (contre 85,6 et 79,7 ans en France) (carte 1).

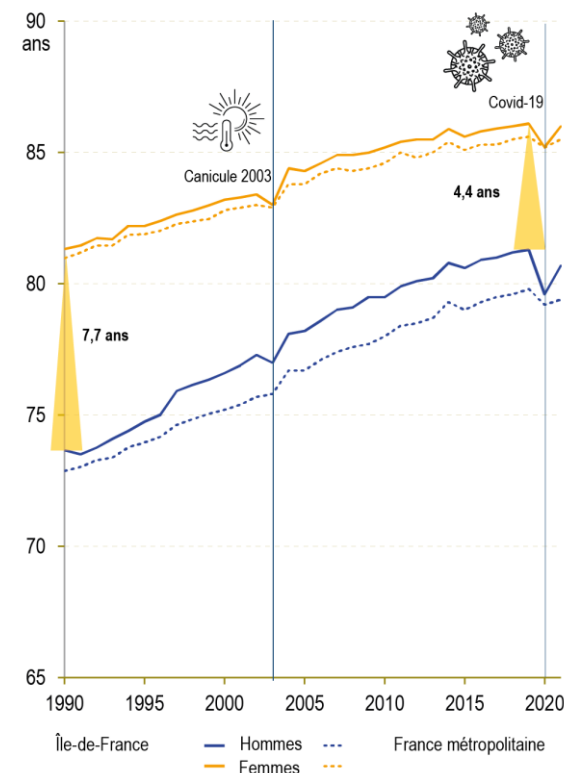
La crise de la Covid-19, qui a particulièrement touché l'Île-de-France, a conduit à une baisse de l'espérance de vie à la naissance particulièrement marquée en Île-de-France en 2020 : - 1,4 et -1,8 an chez les femmes et les hommes de la région contre respectivement -0,5 et -0,6 an en France entière. Malgré la hausse observée en 2021, l'espérance de vie régionale ne retrouve pas encore tout à fait son niveau d'avant la pandémie. En 2021, l'espérance de vie à la naissance de la région est estimée à 86,0 ans pour les femmes et à 80,7 ans pour les hommes (tableau 1), plaçant l'Île-de-France en 2^e place (après l'Auvergne-Rhône-Alpes et ex aequo avec la Corse) des

régions françaises où l'on vit le plus longtemps chez les hommes, et à la 4^e chez les femmes (après la Corse, l'Auvergne-Rhône-Alpes et les Pays-de-la-Loire).

Les écarts entre les hommes et les femmes se réduisent

En Île-de-France, comme en France, les femmes vivent plus longtemps que les hommes. Toutefois, l'espérance de vie des femmes augmentant moins vite que celle des hommes, cet écart se réduit année après année (figure 1), passant progressivement de 7,7 ans en 1990 à 4,4 ans en 2019 en Île-de-France (8,1 à 5,9 ans en France métropolitaine)¹. La réduction de cet écart hommes/femmes s'explique en partie la baisse de la mortalité par maladies cardio-vasculaires qui profite davantage aux hommes, mais aussi par une augmentation du niveau de la consommation de tabac chez certaines générations de femmes (notamment cadres) alors que le tabagisme a baissé plus précocement chez hommes.

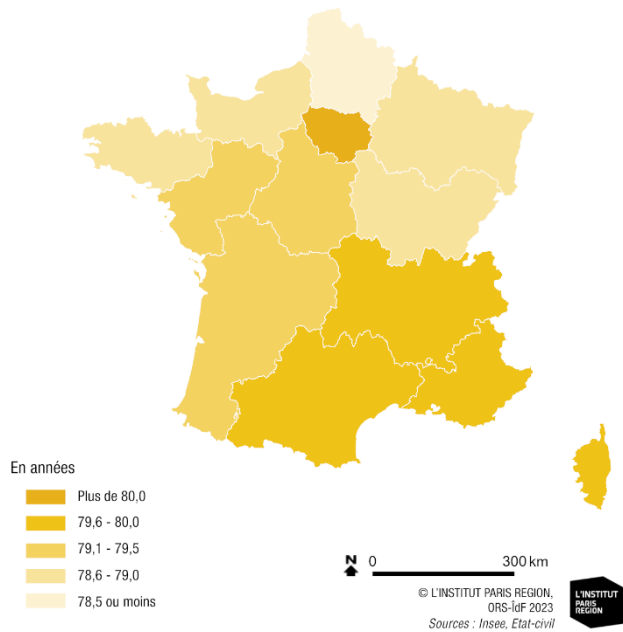
Figure 1. Evolution de l'espérance de vie à la naissance entre 1990 et 2021



Source : Insee, état civil

¹ Cet écart a réaugmenté en Île-de-France en 2021 pour atteindre 5,3 ans, marquant la différenciation genrée de la vulnérabilité à la Covid-19 notamment. Un recul temporel est donc nécessaire pour savoir s'il s'agit d'un renversement de tendance structurelle ou d'un épisode tout à fait conjoncturel.

Carte 1. Espérance de vie à la naissance en 2019 par région
Hommes



Femmes

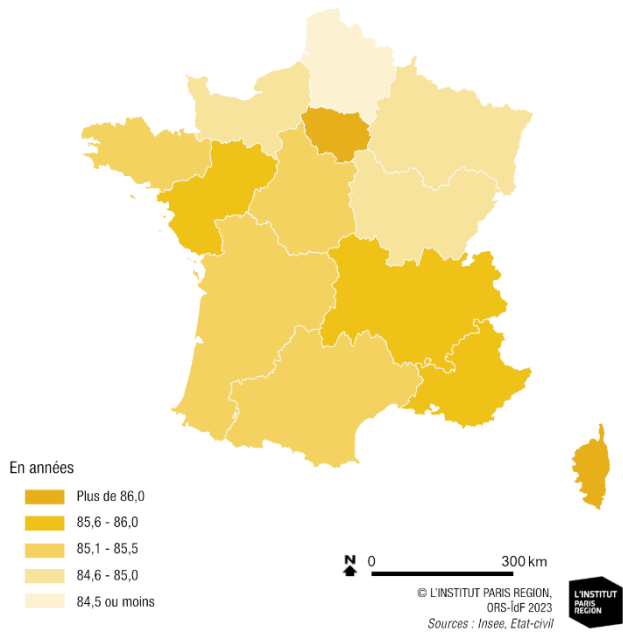
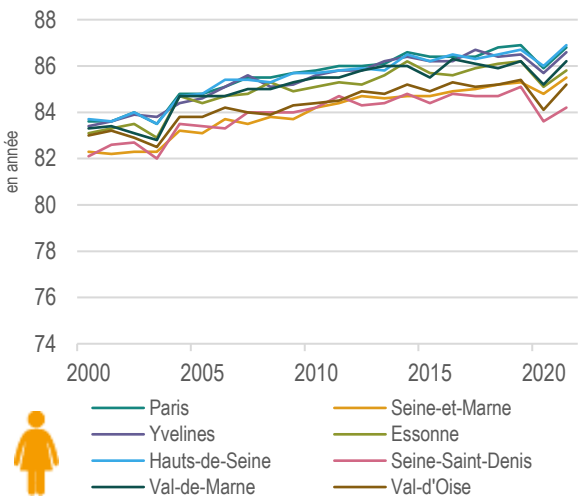
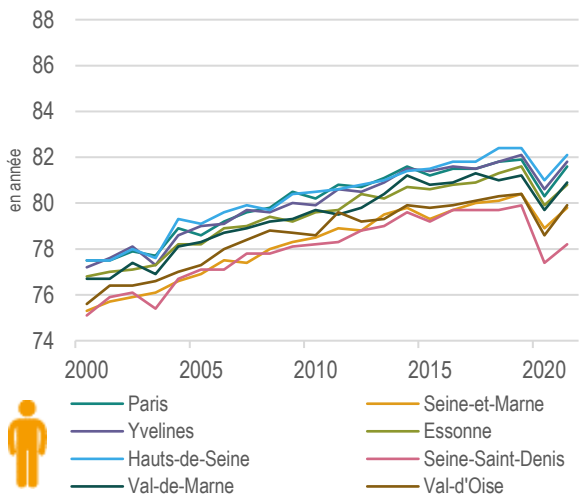


Figure 2. Evolution de l'espérance de vie à la naissance 2000 -2021 par département



Source : Insee statistique de l'état civil , exploitation ORS île-de-France

Tableau 1. Espérance de vie à la naissance dans les départements franciliens et en France métropolitaine en 2019, 2020 et 2021 (en année)

Départements	2019		Evolution 1990-2019		2020		2021		Evolution 2019-2021	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Paris	82,0	86,9	+ 8,5	+ 5,4	80,3	85,9	81,6	86,8	- 0,4	- 0,1
Seine-et-Marne	80,4	85,5	+ 7,4	+ 5,2	78,9	84,8	79,8	85,5	- 0,6	0
Yvelines	81,9	86,6	+ 7,4	+ 4,4	80,6	85,7	81,8	86,6	- 0,1	0
Essonne	81,5	86,2	+ 7,3	+ 4,5	79,9	85,1	80,8	85,8	- 0,7	- 0,4
Hauts-de-Seine	82,6	86,5	+ 8,4	+ 5,0	81	86	82,1	86,9	- 0,5	- 0,4
Seine-Saint-Denis	80,0	84,7	+ 7,7	+ 4,4	77,4	83,6	78,2	84,2	- 1,8	- 0,5
Val-de-Marne	81,4	86,2	+ 7,6	+ 5,0	79,7	85,2	80,9	86,2	- 0,5	0
Val-d'Oise	80,5	85,4	+ 7,5	+ 4,4	78,6	84,1	79,9	85,2	- 0,6	- 0,2
Île-de-France	81,4	86,1	+ 7,7	+ 4,8	79,6	85,2	80,7	86	- 0,7	- 0,1
France métropolitaine	79,7	85,6	+ 6,8	+ 4,6	79,2	85,2	79,4	85,5	- 0,3	- 0,1

Source : Insee, état civil

2. LA SANTÉ DES FRANCILIENS : VUE D'ENSEMBLE

L'écart d'espérance de vie entre hommes et femmes est moindre en Île-de-France. Cela s'explique en partie par la structure socialement favorisée de l'Île-de-France. En effet, l'écart d'espérance de vie entre les sexes est plus important chez les moins aisés : 8,3 ans parmi les 5 % les plus pauvres contre 3,9 ans chez les 5 % les plus riches.

Des écarts d'espérance de vie infrarégionaux qui reflètent les inégalités socio-spatiales de la région

Si l'espérance de vie en Île-de-France est globalement plus élevée, cette moyenne masque de fortes disparités au sein de la région, largement associées au « gradient social de santé »¹.

Entre les départements franciliens, on observe en 2019 un écart de 2,6 ans d'espérance de vie chez les hommes et de 2,2 ans chez les femmes (tableau 1). Les trois départements présentant la plus faible espérance de vie chez les hommes comme chez les femmes sont la Seine-et-Marne, la Seine-Saint-Denis et le Val-d'Oise. À l'échelle des cantons, ces écarts sont encore plus importants : sur la période 2013-2017 (carte 2), les écarts maximums entre les cantons sont de 7 ans pour les hommes (84,9 ans dans le 16^e arrondissement et 77,8 ans à Provins) et de plus de 6 ans pour les femmes (89,4 ans dans le 16^e arrondissement et 83,2 dans le canton de Saint-Denis 2/Stains).

Ces écarts territoriaux se sont accrus à la suite de la crise de la Covid-19. En effet, si la baisse de l'espérance de vie en 2020 a été observée dans tous les départements français, elle a été particulièrement marquée en Seine-Saint-Denis (-1,5 an pour les femmes et -2,5 ans pour les hommes). Et la reprise observée en 2021 (carte 3) a été plus faible en Seine-Saint-Denis (figure 2).

PERSPECTIVES

Ces écarts d'espérance de vie reflètent les inégalités socio-spatiales de la région

Si l'espérance de vie ne cesse d'augmenter, le rythme de sa progression s'est ralenti au cours de ces dernières années : le nombre de personnes très âgées et fragiles augmente. Or, elles sont plus sensibles aux événements météorologiques extrêmes comme les canicules, ou aux épidémies comme la Covid-19 ou la grippe. Des raisons plus conjoncturelles à ce ralentissement de la progression de l'espérance de vie sont aussi à rechercher dans la persistance ou l'augmentation de comportements à risque : la diminution tendancielle de la consommation de tabac marque le pas, l'obésité est stabilisée à un niveau élevé et la sédentarité progresse...

Par ailleurs, les écarts d'espérance de vie entre les territoires selon les caractéristiques sociales des populations qui y résident, et la plus forte vulnérabilité des populations socialement défavorisées mise une nouvelle fois en lumière par la crise de la Covid-19, plaident pour une augmentation des actions de santé publique auprès des populations les plus fragiles identifiées par des analyses à des niveaux géographiques fins.

L'espérance de vie à la naissance

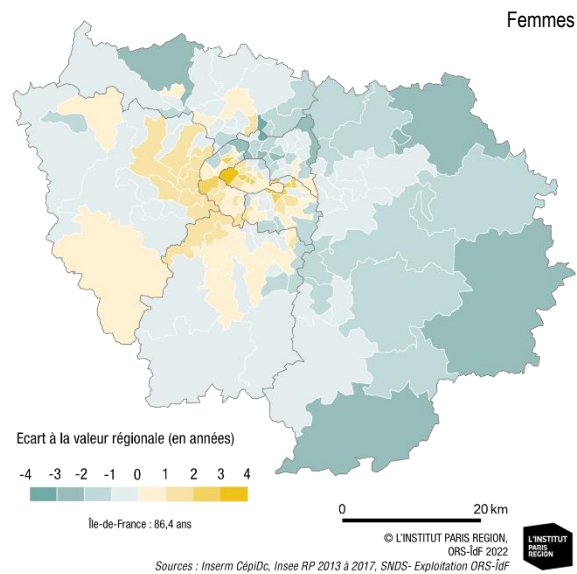
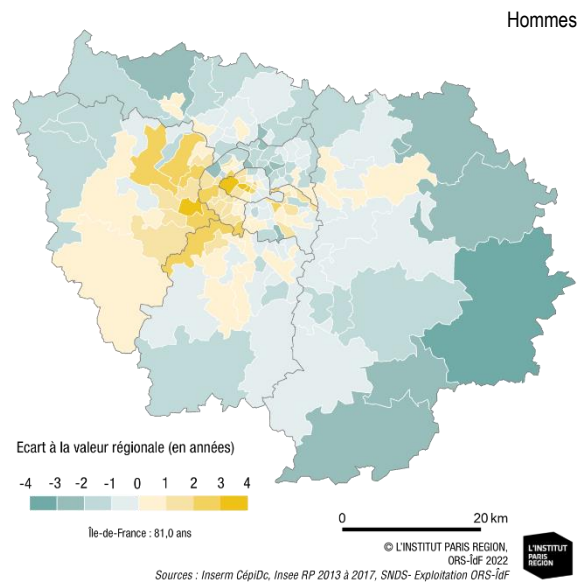
L'espérance de vie à la naissance représente la durée de vie moyenne d'une génération fictive soumise aux conditions de mortalité de la période et de la région considérées. Calculée à partir des quotients de mortalité par âge, l'espérance de vie est indépendante de la structure par âge de la population. C'est donc un bon indicateur pour comparer les conditions de mortalité dans le temps [1], mais également dans l'espace.

Références

- [1] Blanpain N. L'espérance de vie par niveau de vie : chez les hommes, 13 ans d'écart entre les plus aisés et les plus modestes. Insee première. 2018 février ; n° 1687
- [2] Papon S. Les gains d'espérance de vie se concentrent désormais aux âges élevés. Insee Focus ; 2009 juin. n°157
- [3] Pison G. Pourquoi l'espérance de vie augmente-t-elle moins vite en France. INED. Population et société. 2019 mars ; n°564
- [4] Blanpain N. L'espérance de vie par catégorie sociale et par diplôme - Méthode et principaux résultats. Insee. , Documents de travail ; 2016 février, n° F1602
- [5] Insee. Esperance de vie 2021 [internet]. Disponible sur https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012749#tableau-TCRD_050_tab1_regions2016
- [6] Insee. Statistiques locales [internet]. Disponible sur https://statistiques-locales.insee.fr/#c=indicateur&i=tcrd050.esperance_vie_femmes_naissance&s=2021&t=A01&view=map2
- [7] France, portrait social. Édition Insee (Insee Références) ; 2021

¹. Plus on descend le long de l'échelle sociale, plus les indicateurs de santé sont défavorables. En France, par exemple, les hommes les plus aisés (les 5 % les plus aisés) ont une espérance de vie supérieure de 12,7 ans à l'espérance de vie des 5 % les plus pauvres. Par ailleurs, à 35 ans, les hommes cadres peuvent espérer vivre 6 ans de plus que les hommes ouvriers.

Carte 2. Espérance de vie à la naissance dans les cantons villes, écart à la valeur régionale (période 2015-2017)



Carte 3. Espérance de vie à la naissance par sexe et par départements franciliens en 2021

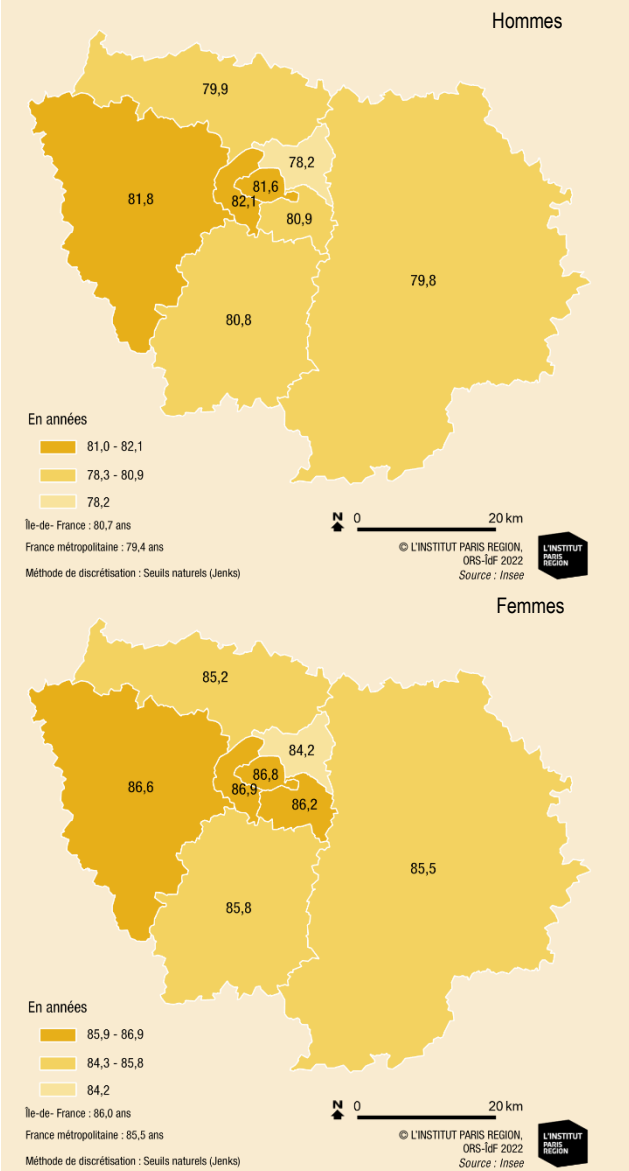
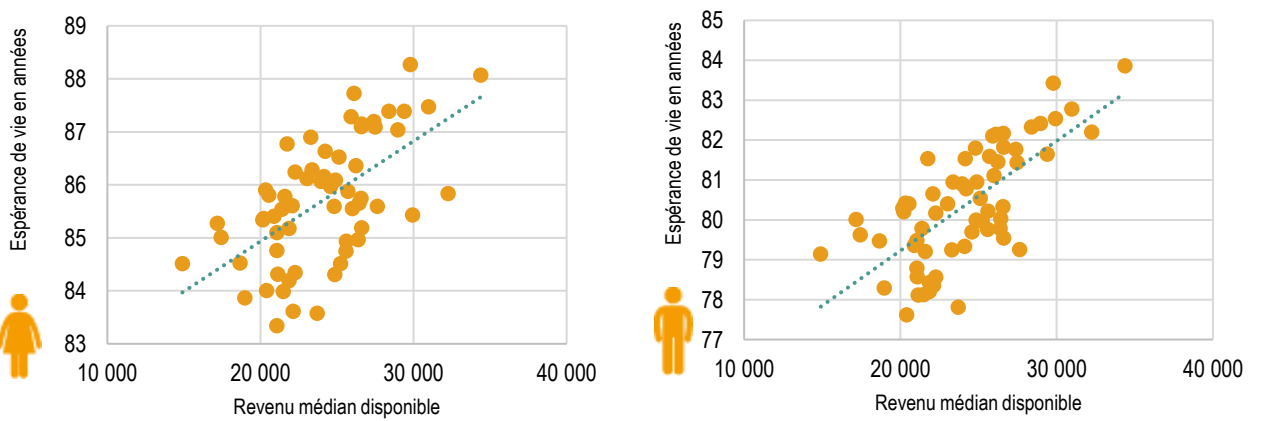


Figure 3. Espérance de vie à la naissance dans les EPCI/EPT de la région Île-de-France par sexe selon le revenu médian disponible, en euro par unité de consommation (période 2015-2017)



Sources : Inserm CépiDc, Insee Filosofi et Insee RP – Exploitation ORS IDF

Espérance de vie sans incapacité

LES POINTS ESSENTIELS

- ▶ A 65 ans, on peut espérer vivre la moitié des années restant à vivre sans incapacité,
- ▶ A Paris, moins d'années d'incapacité au sein d'une vie plus longue qu'en Seine-Saint-Denis,
- ▶ Ces inégalités départementales reflètent des différences socio-économiques mais aussi d'accès aux professionnels de santé,
- ▶ L'absence de données antérieures à l'échelle des départements rend difficile de se prononcer sur des tendances futures.

ENJEUX

L'espérance de vie (EV) augmente, mais les années de vie supplémentaires seront-elles vécues en bonne santé ? Les maladies chroniques, les limitations cognitives et physiques, plus fréquentes avec l'avancée en âge, peuvent engendrer des restrictions dans les activités du quotidien et nécessiter l'aide d'une tierce personne pour les réaliser. Les indicateurs d'espérance de vie en santé ou sans incapacité (EVSI) permettent d'introduire le concept de la qualité de vie, en estimant le nombre d'années qui peuvent être vécues sans être restreint dans ses activités. Dans un contexte de vieillissement, ces indicateurs sont utiles pour organiser le système de soins et planifier la réponse aux futurs besoins.

SITUATION ACTUELLE ET EVOLUTION

A 65 ans, près de 50 % de la vie restant à vivre serait sans incapacité

En France, en 2019, l'EVSI à 65 ans est de 11,5 ans pour une femme (soit 49 % des années lui restant à vivre) et de 10,4 ans pour un homme (soit 53 %) (Drees). Ces proportions sont semblables à la moyenne européenne (UE-27) pour les femmes (48 %) et pour les hommes (55 %) (Eurostat). Elles sont ainsi nettement inférieures à ce que l'on peut observer dans d'autres pays. En Suède par exemple, à 65 ans, les hommes peuvent espérer vivre en bonne santé 81 % des années qu'il leur reste à vivre (75 % pour les femmes).

En 10 ans, le nombre d'années vécues en bonne santé a augmenté (1,4 an pour les femmes et 1,7 an pour les hommes). Ces augmentations, plus soutenues que celles observées pour l'espérance de vie, ont eu pour effet mécanique d'augmenter la part des années sans incapacité au sein de l'espérance de vie (EV). Ainsi, en 2008, une femme de 65 ans pouvait espérer vivre 45 % de son EV sans incapacité (EVSI). Ce chiffre s'élève à 49 % en 2019. Les gains en EVSI ont été particulièrement marqués après 85 ans : à partir de cet âge, la part de vie sans incapacité est passée de 21 % à 35 % entre 2008 et 2019.

Plus d'années en incapacité pour les femmes

A 65 ans, les femmes peuvent espérer vivre plus longtemps que les hommes (+4 ans), mais passent davantage de temps de vie avec des incapacités (51 % contre 47 %). Pour les deux sexes, les incapacités sévères, qui correspondent à davantage d'aides et de services, se concentrent dans les dernières années de vie (20 % de l'EV à 65 ans). Les femmes seraient plus touchées que les hommes par des maladies non létales mais fortement invalidantes (comme les troubles musculosquelettiques, en particulier l'arthrose, l'hypertension et les troubles

mentaux) et auraient également plus de risque de développer une incapacité pour toutes les maladies que les hommes, excepté les cancers et limitations cognitives [1].

La double peine des plus défavorisés

Les catégories sociales les plus défavorisées (ouvriers, peu diplômés, revenus faibles) ont une EV plus courte mais passent également plus de temps en incapacité. A 35 ans, les ouvriers peuvent espérer vivre 58 % des années restantes sans problèmes fonctionnels (difficultés pour se déplacer, voir...) contre 72 % pour les cadres [2]. De nombreux facteurs sociaux et environnementaux, comme les conditions de vie, de travail, les comportements en santé, les différences d'accès et de recours au système de santé, expliquent ces différences sociales face au risque d'être en incapacité et de décéder.

Des fortes inégalités entre les départements franciliens

Les variations d'EVSI à 60 ans entre les départements franciliens sont importantes et dépassent celles observées pour l'EV (figures 1-4). En 2014, on observe un écart entre départements de 3,5 ans pour les EVSI et de 1,8 an pour les EV chez les hommes. Les écarts en part de vie vécue sans incapacité sont également importants : à 60 ans, les femmes vivant à Paris peuvent espérer vivre 62 % de leur EV sans incapacité contre 56 % pour les femmes de Seine-Saint-Denis. Globalement, les départements avec une EV plus longue présentent également des EVSI plus élevées. Les différences d'EVSI entre départements sont très liées aux différences de structures socio-économiques (taux d'emploi, majorité de cadres ou d'ouvriers...) et également à l'accès aux professionnels de santé [3]. Chez les femmes, la densité de kinésithérapeutes est positivement associée aux EVSI (après ajustement sur les conditions socioéconomiques des départements), questionnant la possibilité que ce soin joue un rôle préventif dans la réduction du nombre d'années avec incapacité. À l'inverse, pour les deux sexes, l'offre en infirmiers libéraux tend à augmenter avec les années vécues en incapacité et les besoins en soins associés.

PERSPECTIVES

Les progrès en EVSI réalisés au cours de la dernière décennie ne doivent pas masquer les importantes inégalités spatiales internes à la région. La part des années de vie sans incapacité pourrait continuer à suivre la tendance à l'augmentation observée sur plus d'une décennie en France. Cela dépendra bien évidemment de l'évolution des conditions et des modes de vie des personnes âgées (notamment activité physique) ainsi que des interventions pour proposer des lieux de vie adaptés au vieillissement et aux changements climatiques.

Carte 1. Espérance de vie sans incapacité à 60 ans (EVS 60) : Femmes, France entière = 15,6 ans ; Hommes, France entière = 14,6 ans

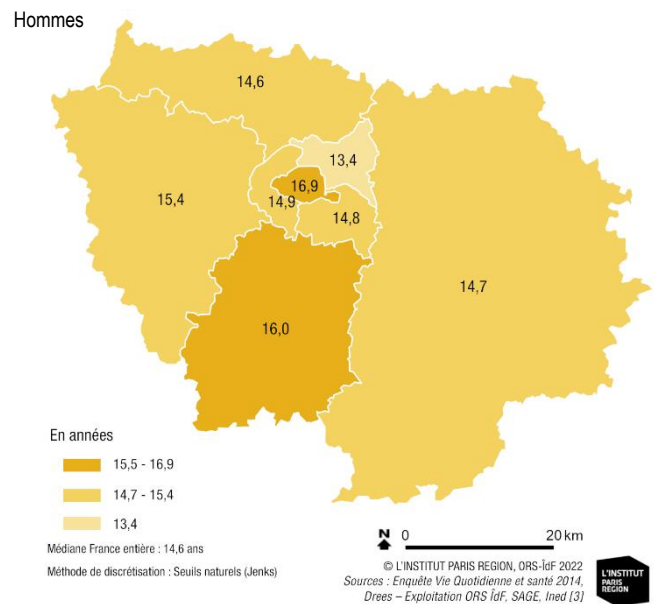
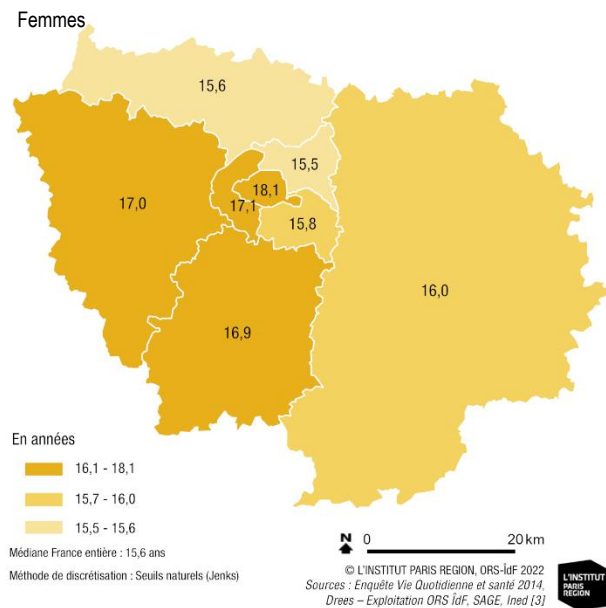
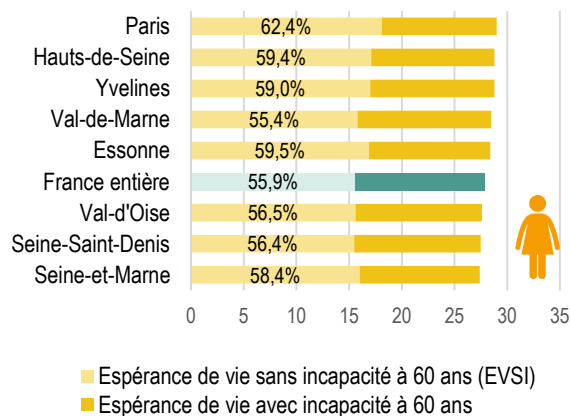
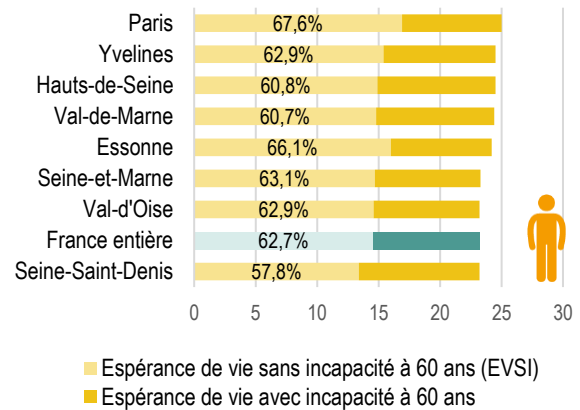


Figure 1. Part des années vécues sans incapacité à 60 ans (EVS 60/EV 60) – Femmes (En %)



Sources : Enquête Vie Quotidienne et Santé 2014, Drees. Exploitation ORS IdF, SAGE, Ined.[2]

Figure 2. Part des années vécues sans incapacité à 60 ans (EVS 60/EV 60) - Hommes (En %)



Sources : Enquête Vie Quotidienne et Santé 2014, Drees. Exploitation ORS IdF, SAGE, Ined [2]

Situation en 2020 (Epidémie Covid-19)

En 2020, la part de vie vécue sans incapacité a augmenté par rapport à 2019 : elle est passée de 49 % à 53 % pour les femmes et de 53 % à 56 % chez les hommes. Cette hausse s'accompagne d'une baisse de l'espérance de vie et du nombre d'années vécues sans incapacité sévère.

Ces augmentations des EVS peuvent donc davantage refléter les décès considérables des personnes âgées les plus dépendantes liés l'épidémie de la Covid-19, plutôt qu'une réelle amélioration de l'état de santé des personnes âgées.

L'analyse des données des prochaines années nous permettra de mieux comprendre la situation en 2020.

Références

- [1] Kingston A, Davies K, Collerton J, Robinson L, Duncan R, Bond J, et al. The contribution of diseases to the male-female disability-survival paradox in the very old: results from the Newcastle 85+ study. PloS One. 2014;9(2):e88016.
- [2] Cambois E, Laborde C, Robine JM. La « double peine » des ouvriers : plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte. 2008;4.
- [3] Laborde C, Crouzet M, Carrère A, Cambois E. Contextual factors underpinning geographical inequalities in disability-free life expectancy in 100 French départements. Eur J Ageing 2020.

Données :

EVS France - Drees : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/en-2020-lesperance-de-vie-sans-incapacite-65-ans-est-de-121-ans>

EVS Europe - Eurostat : <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00150/default/table?lang=en>

Santé perçue

LES POINTS ESSENTIELS

- ▶ De façon constante en Île-de-France ou hors Île-de-France, les femmes se perçoivent en moins bonne santé que les hommes, ont plus souvent déclaré un problème de santé ou une maladie chronique ainsi que des limitations dans les activités habituelles,
- ▶ Entre 2017 et 2021, les trois indicateurs du mini-module européen sur la santé se sont dégradés, en Île-de-France ou hors Île-de-France,
- ▶ La perception de sa santé est moins bonne en Île-de-France que dans le reste de la France.

ENJEUX

L'auto-évaluation de sa santé, complémentaire des approches classiques de la morbidité, est prédictive du besoin de soins

La mesure de la santé perçue, des maladies chroniques et limitations déclarées, repose sur le ressenti des individus et permet de refléter des dimensions comme la gravité des maladies, les composantes physiologiques, psychologiques, mentales, culturelles et sociales de la santé [1]. Elle est complémentaire des mesures issues des sources médicalisées ou médico-économiques (mortalité, hospitalisations, consommation de soins, etc.) et se révèle prédictive de consommations médicales, de maladies et d'incapacités diagnostiquées ainsi que de mortalité [1]. Développée dans les enquêtes en France et à l'international, elle permet de suivre l'évolution de ces indicateurs et de situer la France par rapport aux autres pays.

SITUATION ACTUELLE ET EVOLUTION

Une moins bonne perception de sa santé en Île-de-France, chez les femmes et les personnes défavorisées

Dans l'enquête européenne Silc 2019, la perception de la santé est moins bonne en France qu'en moyenne dans l'Union européenne [2]. Si la perception de la santé ne semble pas plus mauvaise en Île-de-France que dans le reste de la France (figure 1), à âge, sexe, niveaux de diplôme et de revenu et situation professionnelle comparables, le risque de déclarer un mauvais état de santé est plus élevé en Île-de-France. Cet indicateur est en effet très lié aux déterminants sociaux : la perception d'une mauvaise santé augmente avec l'âge, les femmes se perçoivent en plus mauvaise santé que les hommes et une situation sociale favorisée est plus souvent associée à une meilleure perception de sa santé (figure 2).

Une dégradation de la perception de sa santé

Fait notable, la perception de sa santé s'est nettement dégradée entre 2017 et 2021, que ce soit chez les hommes ou chez les femmes et plus encore en Île-de-France (figure 1) : la proportion de personnes se déclarant en assez bonne/mauvaise/très mauvaise santé a augmenté de 37 % en Île-de-France et de 25 % dans le reste de la France.

Des maladies chroniques en augmentation

La déclaration d'un problème de santé ou d'une maladie chronique ou de caractère durable est élevée et concerne, en 2021, environ quatre personnes de 18-75 ans sur dix, en Île-de-France ou en France, les femmes plus que les hommes (figure 3). La déclaration moindre en Île-de-France que dans le reste de la France ne persiste pas à âge, sexe, niveau de

diplôme, revenu et situation professionnelle comparables. Avec l'avancée en âge, la déclaration de problème de santé ou maladie chronique augmente, 22,7 % à 18-34 ans à 56,4 % à 55 ans et plus en Île-de-France, lié à la fois au vieillissement mais probablement aussi à une dégradation de la santé mentale (à rapprocher de l'augmentation de la prise de médicaments psychotropes et des taux de suicide avec l'âge). Ici aussi, les diplômés du supérieur déclarent moins souvent une maladie chronique que ceux ayant un niveau inférieur au Bac, respectivement 33,7 % et 43,5 %.

L'évolution de cet indicateur montre que la déclaration d'une maladie chronique a augmenté entre 2017 et 2021 en Île-de-France ou ailleurs en France, chez les femmes, tandis qu'elle est restée stable chez les hommes (figure 3).

Des limitations dans les activités plus souvent déclarées par les femmes, les moins favorisés et en augmentation

En Île-de-France, deux personnes sur dix déclarent une limitation d'activité (figure 4), proportion inférieure à celle du reste de la France, mais qui s'estompe après ajustement sur les déterminants sociaux. Les femmes, les plus âgés, les personnes moins favorisées (figure 5) vont déclarer plus souvent une limitation. Lorsque la limitation est forte, elle représente une situation de handicap [3] et concerne en Île-de-France, 5 % des hommes et 8 % des femmes (figure 4).

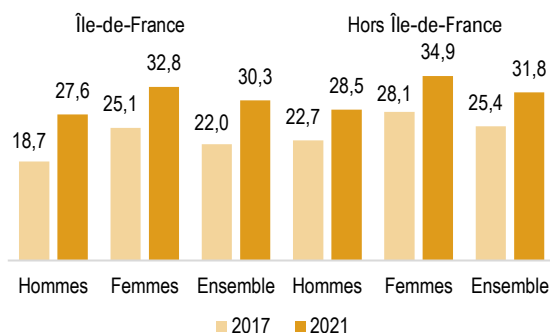
L'évolution entre 2017 et 2021 montre une augmentation dans la déclaration de limitation dans les activités, en Île-de-France et hors Île-de-France, sauf chez les hommes franciliens, chez qui elle est restée stable.

PERSPECTIVES

La dégradation des indicateurs à surveiller

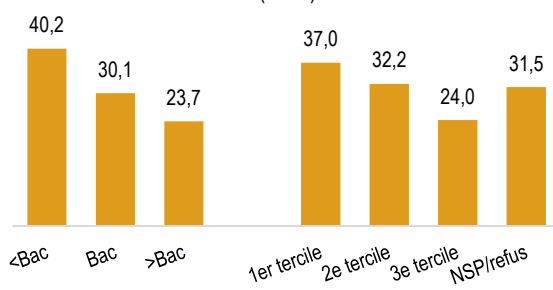
L'auto-évaluation de sa santé, dans les trois dimensions du mini-module européen, est toujours moins favorable chez les femmes. Une explication est la plus grande attention qu'elles portent à leur santé. Elles déclareraient ainsi plus leurs problèmes de santé. Par ailleurs, la dégradation de ces trois indicateurs est préoccupante : dégradation de la santé mentale (en lien avec la crise sanitaire ?), difficultés sociales accrues, dégradation de la santé globale aux multiples causes (Covid-19, report de soins). Autant d'hypothèses nécessitant une vigilance particulière pour améliorer la santé de la population. Par ailleurs, la moins bonne perception de sa santé en Île-de-France, au-delà des indicateurs objectivés favorables, requiert une attention particulière en termes de bien-être de la population et d'une éventuelle demande de soins future, notamment des populations moins favorisées.

Figure 1. Proportion de personnes de 18-75 ans déclarant un état de santé assez bon, mauvais et très mauvais en 2017 et 2021 (en %)



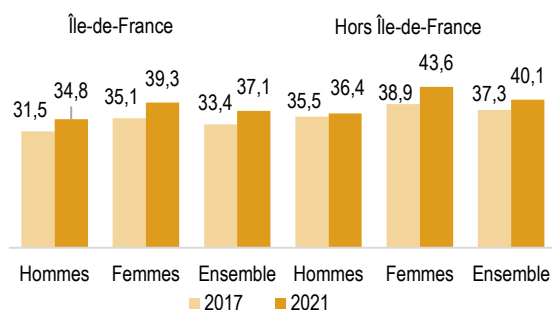
Source : Baromètre Santé publique France 2017 et 2021, exploitation ORS Île-de-France

Figure 2. Proportion de personnes de 18-75 ans déclarant un état de santé assez bon, mauvais ou très mauvais selon le niveau de diplôme et de revenus en Île-de-France (en %)



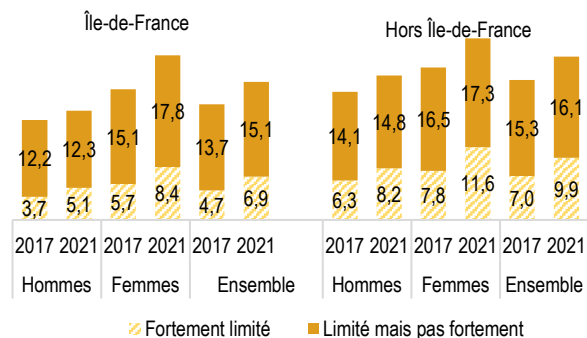
Source : Baromètre Santé publique France 2021, exploitation ORS Île-de-France

Figure 3. Proportion de personnes de 18-75 ans déclarant une maladie chronique selon le sexe en 2017 et 2021 (en %)



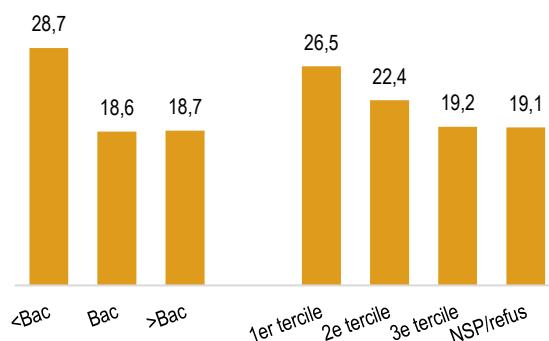
Source : Baromètre Santé publique France 2017 et 2021, exploitation ORS Île-de-France

Figure 4. Limitation dans les activités déclarée par les personnes de 18-75 ans en 2017 et 2021 en Île-de-France (en %)



Sources : Baromètre Santé publique France 2017 et 2021, exploitation ORS Île-de-France

Figure 5. Limitation dans les activités déclarée par les personnes de 18-75 ans selon le niveau de diplôme et de revenus en Île-de-France en 2021 (en %)



Source : Baromètre santé 2021, exploitation ORS Île-de-France

Le mini-module européen sur la santé

Le mini-module européen sur la santé, utilisé dans un grand nombre d'enquêtes en santé depuis les années 80, est composé des trois questions suivantes :

- (1). Comment est votre état de santé en général ? Très bon, bon, assez bon, mauvais, très mauvais.
- (2). Avez-vous une maladie ou un problème de santé qui soit chronique ou de caractère durable ? Oui, non.
- (3). Êtes-vous limité(e), depuis au moins 6 mois, à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement ? Oui, fortement limité, Oui, limité(e) mais pas fortement, Non, pas limité(e) du tout.

Ces trois indicateurs, santé perçue, déclaration de maladies chroniques, déclaration de limitations fonctionnelles, sont complémentaires aux approches classiques de mortalité et de morbidité et permettent d'apporter des informations sur d'autres dimensions sur la santé, santé entendue dans son acception large, au sens de l'OMS. Ces indicateurs sont notamment utilisés dans le calcul des espérances de vie en bonne santé [4].

L'indicateur de santé perçue (1) est fortement corrélé au risque de mortalité et à la consommation de soins. La déclaration de maladies chroniques (2) reflète le ressenti de troubles plus ou moins graves, diagnostiqués ou non, et un besoin de soins. La question a été développée par l'OMS Europe dans les années 2000. La question sur les limitations d'activité (3) est un indicateur qui va au-delà des situations de dépendance et d'incapacité sévère et permet de mettre en évidence des difficultés touchant davantage de personnes et à des âges plus jeunes. En considérant uniquement les personnes ayant répondu être fortement limitées, cet indicateur permet de mesurer de manière assez fiable la proportion de personnes en situation de handicap [3].

Références

- [1] Danet S. (dir). L'état de santé de la population en France. Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique. Rapport 2009-2010. Drees.
- [2] 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.
- [3] Dauphin L, Eidelman S. Elargir les sources d'étude quantitative de la population handicapée : que vaut l'indicateur « GALI » ? Les dossiers de la Drees, n°74, février 2021.
- [4] Robine JM, Cambois E, pour l'action conjointe EHLEIS. Les espérances de vie en bonne santé des Européens. Ined, Population et sociétés, n°499, avril 2013.

Mortalité générale, prématurée et causes médicales de décès

LES POINTS ESSENTIELS

- ▶ Une sous-mortalité générale francilienne par rapport à la France métropolitaine : - 13 % chez les hommes et - 9 % chez les femmes,
- ▶ Un niveau de mortalité prématurée francilien le plus faible de toutes les régions métropolitaines,
- ▶ Des inégalités sociales et territoriales de santé très importantes avec les niveaux de mortalité prématurée cantonaux qui varient de -50 % à +34 % selon les territoires par rapport au niveau régional.

ENJEUX

Avec l'allongement de la durée de vie et le vieillissement de la population, l'âge moyen au décès augmente. En 2017, près de la moitié (48 %) des 603 500 personnes décédées en France avaient 85 ans ou plus. Par conséquent, les statistiques des causes médicales de décès sont de plus en plus le reflet de la mortalité aux très grands âges, ce qui limite leur utilisation dans une perspective de prévention. Dans ce contexte, les décès survenant avant 65 ans peuvent être considérés comme prématurés et constituent un véritable sujet de santé publique : la plupart sont considérés comme évitables par la mise en œuvre de stratégies de prévention et de promotion de la santé.

SITUATION ACTUELLE ET EVOLUTION

Une sous-mortalité en Île-de-France et des causes de mortalité un peu différentes chez les femmes

En 2017, on compte plus de 75 600 décès en Île-de-France, ce qui place la région en situation de sous-mortalité générale par rapport à la France : - 13 % chez les hommes et - 9 % chez les femmes.

Chez les hommes, les tumeurs sont la première cause de décès en Île-de-France comme en France métropolitaine (environ 34 % des décès), suivis par les maladies de l'appareil circulatoire (environ 20 %). Chez les femmes, les tumeurs (28 % des décès) sont également la première cause de décès en Île-de-France, suivies des maladies de l'appareil circulatoire (23 %), alors qu'en France métropolitaine les maladies de l'appareil circulatoire (27 % des décès féminins) devancent les tumeurs (25 %) (figure 1). Ces différences de hiérarchie des causes de mortalité est en partie due à la structure des populations. Pour comparer les niveaux de mortalité par cause, il convient de standardiser les taux de mortalité par âge.

Une situation moins favorable face à certaines pathologies comme les cancers du poumon, du sein, des VADS chez la femme et le VIH/Sida

Bien que l'Île-de-France affiche une mortalité inférieure au niveau national pour les principales causes de décès, la mortalité par tumeurs chez les femmes est comparable au niveau observé en moyenne en France métropolitaine, alors qu'elle est inférieure de - 11 % chez les hommes (figure 2). Cette

différence s'explique par une mortalité comparable au niveau régional par cancer du sein (+ 3 %), par cancer du poumon (- 1 %) et par cancer des voies aérodigestives supérieures (VADS) (- 3 %). On observe - au niveau infrarégional - une forte surmortalité chez les femmes : à Paris par cancer du poumon (+ 11 %) et par cancer des VADS (+ 14 %) ; dans les Yvelines, par cancer des VADS (+ 21 %) ; et dans le Val-d'Oise par cancer du sein (+ 12 %).

La mortalité prématurée francilienne sur la période 2015-2017 la plus faible de la France métropolitaine

En 2017, parmi les 75 600 décès franciliens, près de 20 % sont survenus avant 65 ans. Ces décès, dits prématurés, concernent plus fréquemment les hommes (65 %) chez qui ils sont principalement dus à des cancers (36 %), à des maladies de l'appareil circulatoire (13 %) ou à des traumatismes et empoisonnements comme les accidents ou les suicides (12 %). Chez les femmes, les décès dus à des tumeurs représentent près de la moitié des décès prématurés (figure 3).

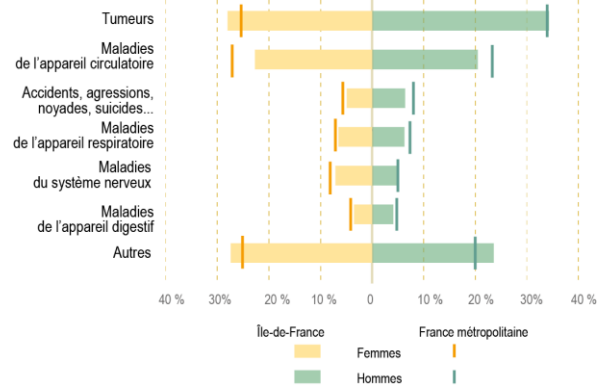
Depuis 1990, la mortalité prématurée a diminué de - 52 % en Île-de-France, - 60 % en France métropolitaine (figure 4). L'Île-de-France est depuis quelques années la région hexagonale qui affiche les taux de mortalité prématurée les plus faibles : 148 décès pour 100 000 habitants chez les hommes, contre 174 en France métropolitaine (- 17 %). La différence est un peu moins nette chez les femmes (- 9 %).

La baisse, plus importante chez les hommes, est en partie due à la diminution de la mortalité par VIH/Sida depuis le milieu des années 1990 (voir fiche VIH/Sida).

Classification des causes de décès

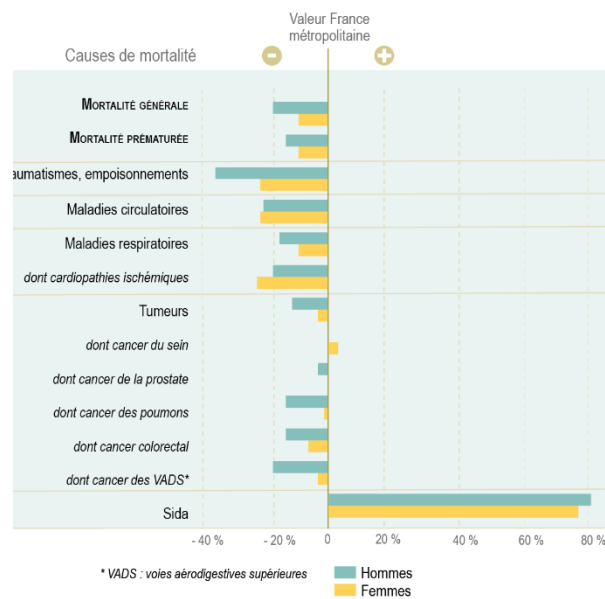
Pour chacun des décès qui surviennent en France, un certificat indiquant la ou les causes de la mort est établi par un médecin. Ces informations, codées selon la classification internationale des maladies (CIM-10) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), permettent de faire des analyses sur les causes médicales de décès par sexe et par âge.

Figure 1. Répartition des décès par cause (période 2015-2017)



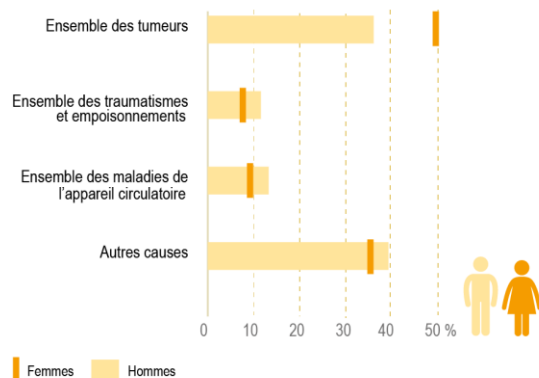
Source : Inserm CépiDc – Exploitation ORS IDF

Figure 2. Niveau comparatif de mortalité par cause par rapport à la France métropolitaine (période 2015-2017)



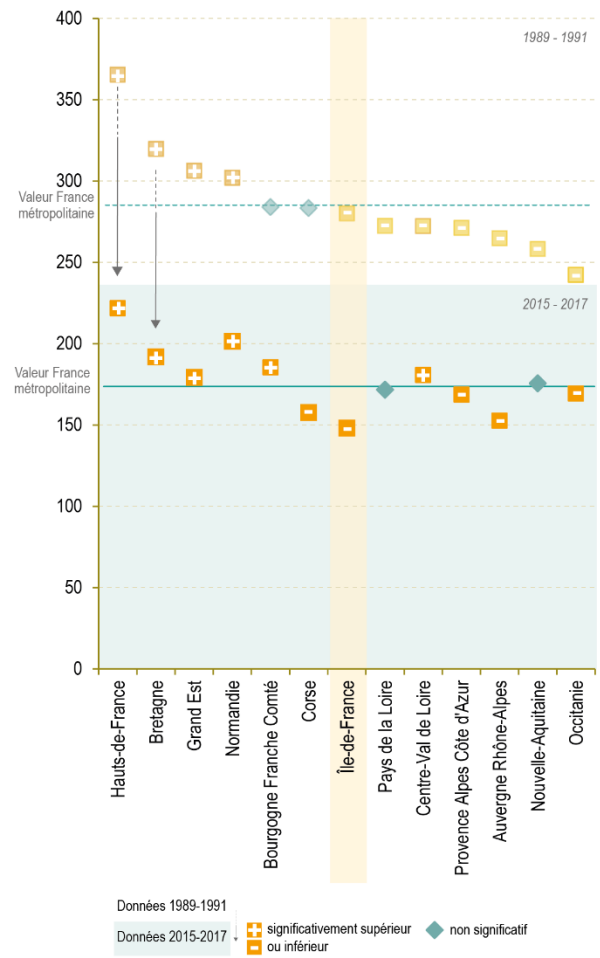
Source : Inserm CépiDc – Exploitation ORS IDF

Figure 3. Répartition des décès prématurés par cause en Île-de-France (période 2015-2017)



Source : Inserm CépiDc – Exploitation ORS IDF

Figure 4. Evolution du taux standardisé mortalité prématurée par région (taux pour 100 000 habitants)



Source : Inserm CépiDc, Insee RP – Exploitation ORS IDF

2. LA SANTÉ DES FRANCILIENS : VUE D'ENSEMBLE

Les Franciliens globalement en bonne santé mais des inégalités très importantes et qui se creusent

Depuis quelques années jusqu'à la crise de la Covid-19, on observait en Île-de-France une bonne progression des indicateurs de santé de ses habitants. Néanmoins, au niveau infra-régional, force est de constater que les progrès ne sont pas répartis de façon uniforme sur le territoire. Les importantes inégalités sociales conduisent à de fortes différences de mortalité.

Ainsi, au niveau départemental, on observe une forte sous-mortalité prématurée par rapport au niveau régional : dans les Hauts-de-Seine et dans les Yvelines (- 9 %). Inversement, la Seine-Saint-Denis, la Seine-et-Marne et le Val-d'Oise, des territoires socialement défavorisés, une surmortalité prématurée de respectivement + 14 %, + 5 % et + 4 % (carte 1).

Au niveau des cantons, les niveaux de mortalité prématurée varient de - 50 % à + 34 % par rapport au niveau régional. Les plus faibles niveaux s'observent dans les VI^e, VII^e et XVI^e arrondissements parisiens, dans les cantons de Gif-sur-Yvette et Saint-Cloud. À l'opposé, on retrouve les cantons de Bobigny, Meaux, Sarcelles, Saint-Denis 2 (Stains) et Villeneuve-Saint-Georges (carte 2).

PERSPECTIVES

La mortalité par maladies circulatoires et par tumeurs a diminué au cours des trois dernières décennies (respectivement - 3,6 % et - 1,5 % en moyenne par an). Ces diminutions sont dues à l'amélioration des traitements mais aussi à des progrès importants de prévention de ces deux pathologies et aux progrès dans la réduction des comportements à risques comme le tabagisme.

Près de la moitié des décès prématurés pourrait être « évitée », ou du moins réduite par deux catégories d'actions. La première est la mise en œuvre de stratégies de prévention et d'éducation à la santé afin de susciter une modification des comportements vis-à-vis des consommations d'alcool, de tabac, des habitudes alimentaires ou encore des conduites à risque (drogues, sédentarité...) en ciblant au mieux les populations à risque. La seconde concerne l'accès au système de soins. L'amélioration de la prise en charge précoce de pathologies et le renforcement du dépistage réduiraient la mortalité « évitable ».

De plus, l'observation des fortes inégalités socio-spatiales de mortalité au sein de la région comme en France, de plus en plus mises en évidence par des crises sanitaires (Sida, rougeole, tuberculose...), des crises « environnementales » (canicules, pollution...) ou encore avec la pandémie de la Covid-

19, plaide pour des analyses réalisées à des niveaux géographiques fins et pour la prise en compte des enjeux de santé dans toutes les politiques publiques.

Les causes des décès

Le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) de l'Inserm est reconnu par l'Autorité de la statistique publique comme participant au système statistique français et européen, au même titre que l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) et les services statistiques ministériels. Il traite et codifie les données enregistrées dans les certificats de décès remplis par les médecins. La codification des causes de décès s'appuie sur la classification internationale des maladies (CIM) de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

Décès dus aux cancers

Les cancers correspondent aux codes CIM10 : C00-D48 (cause initiale) :

- le cancer de la trachée, des bronches et du poumon : CIM10 = C33-C34 (cause initiale).
- le cancer du côlon-rectum, CIM10 = C18-C21 (cause initiale).
- le cancer du sein, CIM10 = C50 (cause initiale). Les indicateurs sont présentés pour le cancer du sein chez la femme.
- le cancer de la prostate, CIM10 = C61 (cause initiale).

Décès dus aux maladies cardiovasculaires

Les décès par maladie cardiovasculaire ou de l'appareil circulatoire correspondent aux codes CIM10 = I00-I99 (cause initiale).

Décès par traumatisme et empoisonnement

Ils regroupent les causes suivantes (cause initiale) :

- accidents, CIM10 = V01-X59 ;
- lésions auto-infligées, CIM10 = X60-X84 ;
- agressions, CIM10 = X85-Y09 ;
- événements dont l'intention n'est pas déterminée, CIM10 = Y10-Y34 ;
- interventions de la force publique et faits de guerre (CIM10 = Y35-Y36) ;
- complications de soins médicaux et chirurgicaux, CIM10 = Y40-Y84 ;
- séquelles de causes externes de morbidité et de mortalité, CIM10 = Y85-Y89 ;
- facteurs supplémentaires se rapportant aux causes externes de morbidité et de mortalité classées ailleurs, CIM10 = Y90-Y98

Source : Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes. Dixième révision (CIM-10). Volume 2. Manuel d'utilisation, OMS, 1995.

Références

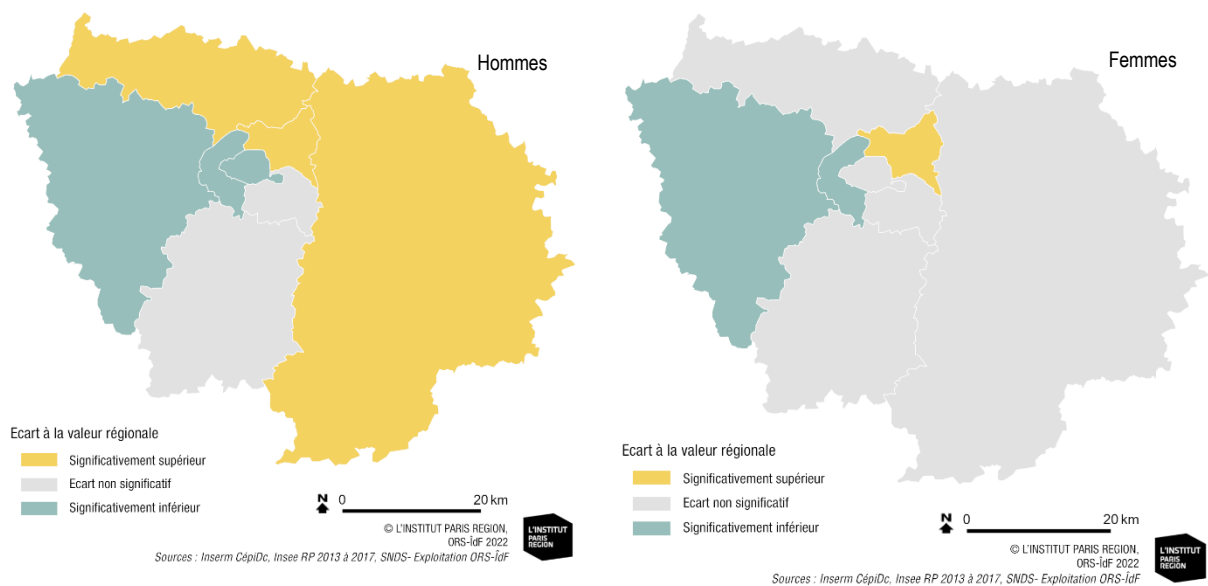
☞ Pour en savoir plus sur la mortalité par Covid-19, voir le chapitre 8 avec des données de mortalité mais aussi d'hospitalisation et de dépistage.

[1] Lang T. Les inégalités sociales de santé. Les Tribunes de la santé, n°43, 2014/2.

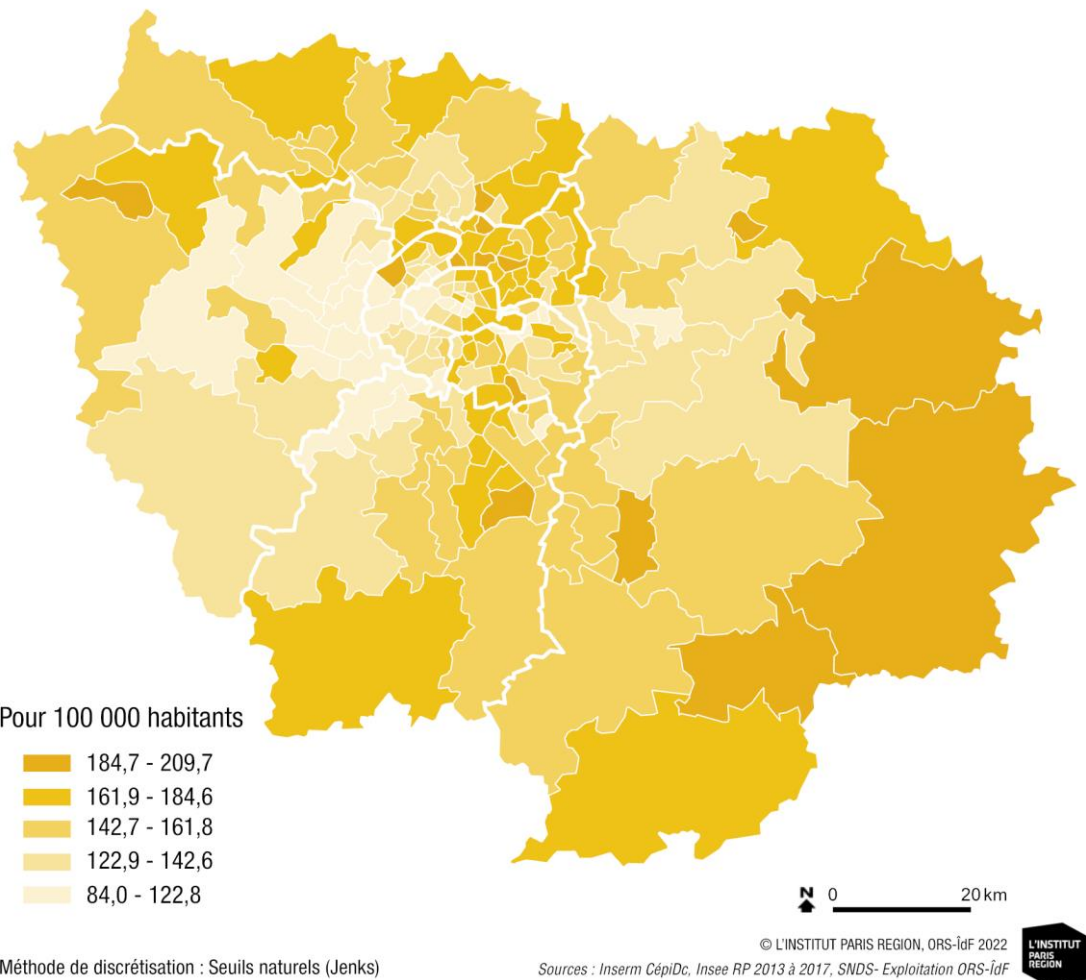
[2] Host S, Legout C. Impact de l'exposition chronique à la pollution de l'air sur la mortalité en France : point sur la région Île-de-France. ORS Île-de-France, cellule d'intervention en région (Cire) Île-de-France, Agence régionale de Santé/Santé publique France, juin 2016.

[3] Conséquences sanitaires de la canicule d'août 2003 en Île-de-France, ORS Île-de-France, octobre 2003

Carte 1. Niveaux de mortalité prématurée par département francilien par rapport à la valeur régionale (période 2015-2017)



Carte 2. Taux standardisés de mortalité prématurée par canton ville (période 2015-2017)



Grande précarité et santé

LES POINTS ESSENTIELS

- ▶ Des situations de grande précarité très hétérogènes et en augmentation,
- ▶ Aggravation des pathologies chroniques, prévalence des maladies infectieuses, santé mentale fragilisée, mortalité prématurée élevée,
- ▶ Des perspectives d'insertion en lien avec les enjeux de santé de publics pluri-vulnérables comme les femmes, les enfants, les personnes exilées sans chez soi.

ENJEUX

Des populations en dehors des statistiques avec des situations hétérogènes

Une tentative de définition de la grande précarité serait de l'entendre comme une convergence de toutes les précarités : emploi, famille, santé, relations affectives et sociales altérées [1]. L'absence de logement étant un marqueur pertinent nous retiendrons le « sans abrisme »¹ pour l'observation des enjeux de santé. Il y a des raisons structurelles au « sans abrisme »² (accès au logement, emplois précaires, etc.), des raisons institutionnelles (inadéquation, capacité limitée des services d'hébergement, de réinsertion), des raisons personnelles (ruptures biographiques, perte de réseau social, etc.). Au sens de la statistique publique, il y a différentes catégories de « sans domicile fixe » (figure 1). L'enquête Sans-Domicile (2001 puis 2012), conduite par l'Insee et l'Ined, montre qu'en France, en 11 ans, cette population a augmenté de 50 %, s'est féminisée, a vieilli, comprend plus d'enfants et comprend une proportion plus élevée de personnes nées à l'étranger. Les associations notent que l'errance des personnes exilées gagne du terrain.

Les processus de précarisation s'accompagnent d'une souffrance psychique alliant mauvaise image de soi et sentiment d'inutilité sociale conduisant à une dégradation de la santé, au point que l'expression des besoins peut ne plus être possible.

SITUATION ACTUELLE ET EVOLUTION

Des enjeux de santé documentés malgré des études épidémiologiques éparpillées en France

On ne dispose en France que de données assez parcellaires sur la santé de ces populations, même si au cours des années 2010, quelques recherches quantitatives ont pu être menées [2-3]. Toutes les dimensions de la santé sont affectées et les pathologies contractées découlent des conditions de vie : manque d'hygiène, marche prolongée, contacts infectieux dans les foyers, conduites ou situations à risques et violence quotidienne vécue dans la rue. L'insécurité alimentaire, voire la malnutrition, les problèmes dermatologiques ou les symptômes anxiodépressifs sont fréquents. La littérature scientifique anglosaxonne indique un risque de mortalité prématurée (âge moyen de décès de 30 à 35 ans inférieure à l'espérance de vie de la population générale) [4]. Elle montre également que les principales causes de décès sont les maladies cardiovasculaires, les accidents, les intoxications et les suicides.

Pour les personnes sans chez soi, la nécessité de trouver un hébergement ou des ressources financières fait souvent passer au second plan les priorités influant sur l'état de santé. La vie dans la rue aggrave les maladies chroniques (diabète, hypertension artérielle, maladies cardiovasculaires, cancers ou infections au VIH, aux hépatites), comme cela a été mis en évidence en Île-de-France, en 2009 dans le cadre de l'enquête Samenta (figure 2). La surmorbidity psychiatrique et les addictions varient selon les conditions d'hébergement (figure 3). Chez les enfants il a pu être constaté des retards de développement et des couvertures vaccinales très insuffisantes (figure 4).

Les **personnes exilées** cumulent les facteurs de vulnérabilité : faibles ressources financières, absence de logement, précarité de séjour, défaut de protection maladie, obstacles linguistiques, difficultés d'accès à l'alimentation, isolement et détresse sociale. Selon le bilan réalisé par le COMEDE [5], les personnes exilées ont connu des antécédents de violence pour 62 % d'entre eux, de tortures (14 %) et de violences de genre (13 %). Dans ce contexte, on observe des troubles psychiques graves (17 %) : syndrome post-traumatique, trauma complexe ou dépression (figure 5).

Les **femmes sans-abri** sont victimes de tous types de violences (viols, violences physiques ou verbales). Par ailleurs, selon la dernière enquête périnatalité de Santé publique France, le taux de femmes à la rue ayant accouché est passé de 0,58 % en 2015 à 2,28 % en 2019 (à Paris l'augmentation est de plus de 4 points passant de 1,13 % à 5,28 %).

PERSPECTIVES

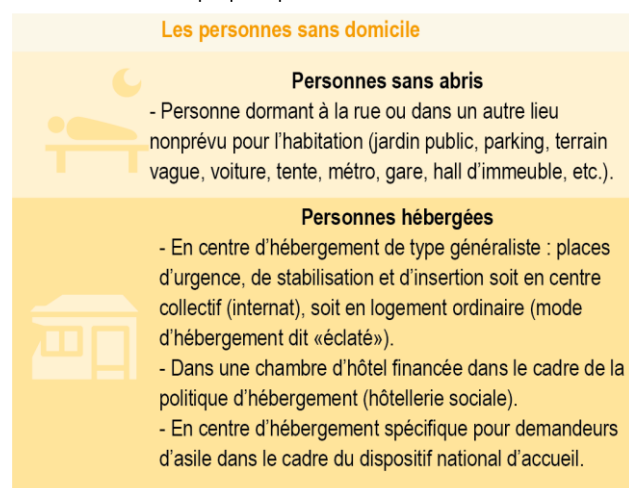
La nécessité de meilleures connaissances pour des actions ciblées

L'hétérogénéité de ces populations s'est accentuée ces dernières années (femmes, familles et étrangers sont davantage représentés), ce qui entraîne de nouveaux enjeux en termes de prévention, de prise en charge et de couverture santé. Les actions doivent associer les aspects sanitaires et sociaux des prises en charge, notamment pour des solutions de logement ou d'hébergement plus stables. Les dernières grandes enquêtes exhaustives en Île-de-France ont une dizaine d'années ; elles n'éclairent que partiellement la situation actuelle. De nouvelles observations en contexte seraient à mettre en œuvre.

¹ Selon la conférence de consensus de 2007 « les personnes sans domicile forment une population hétérogène aux contours extrêmement variés, faiblement définis juridiquement et difficilement quantifiables »

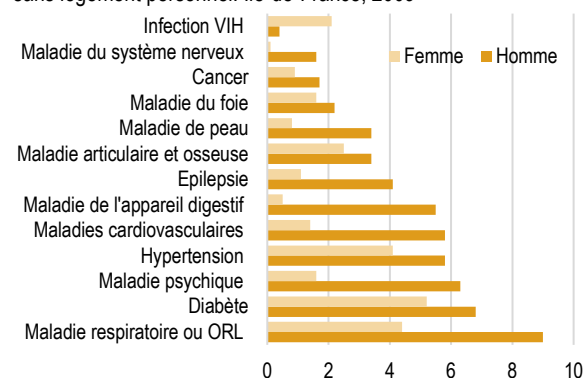
² Ce qui pose problème, c'est l'absence d'un lieu à soi, où l'intimité et la sécurité soient garanties et qui s'inscrive dans un espace urbain délimité et privé : c'est-à-dire un « chez soi ». Le « sans abrisme » n'est pas un état stable, mais s'inscrit dans des parcours familiaux, des histoires migratoires, des trajectoires professionnelles.

Figure 1. Différentes catégories de « personnes sans domicile » au sens de la statistique publique



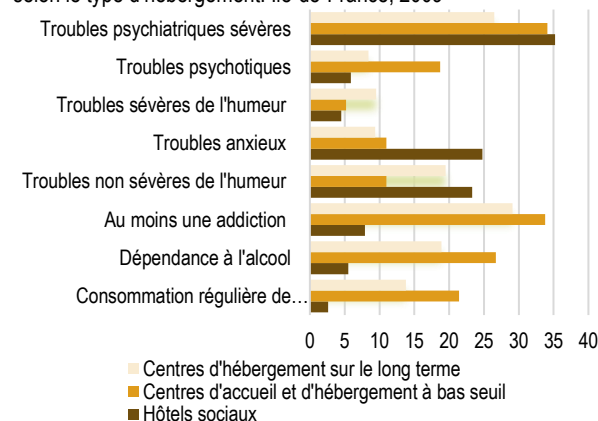
Source INSEE, pictos noun project

Figure 2. Principales maladies chroniques chez les personnes sans logement personnel. Île-de-France, 2009



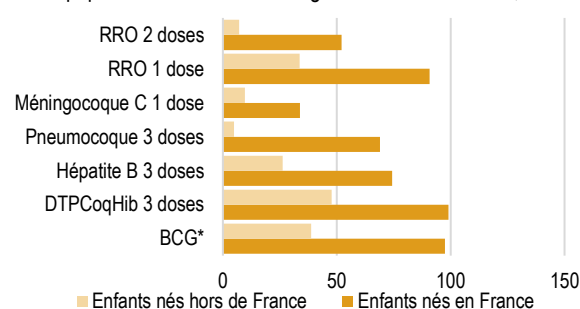
Source : Enquête Samenta, 2009

Figure 3. Prévalence des troubles psychiatriques et des addictions selon le type d'hébergement. Île-de-France, 2009



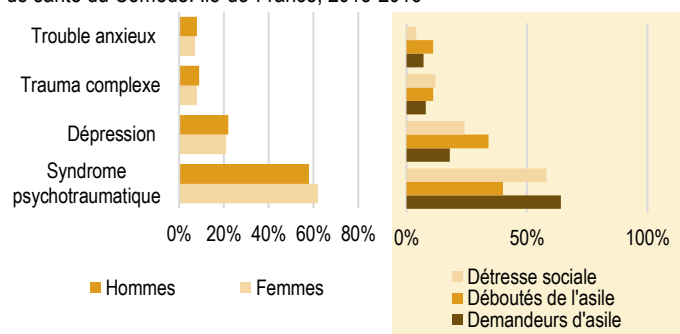
Source : Enquête Samenta, 2009

Figure 4. Couvertures vaccinales (CV) estimées à 24 mois dans la population d'enfants sans logement d'Île-de-France, 2013



Source : Etude Enfams, 2013

Figure 5. Principaux syndromes parmi les consultants du centre de santé du Comede. Île-de-France, 2013-2016



Source : Comede entre 2007 et 2016

Références

- [1] Oliver A. Permanence d'accès aux soins de santé : l'évolution de la grande précarité. 2013. Rapport de la Conférence de consensus. "Sortir de la rue". Paris. 29-30 Novembre 2007.
- [2] ENFAMS : Enfants et familles sans logement personnel en Île-de-France. Observatoire du Samu Social. 2014.
- [3] Laporte A, Chauvin P. Samenta : rapport sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Île-de-France. Observatoire du Samu social. 2004.
- [4] Girard V, Estecahandy P, Chauvin P. La santé des personnes sans chez soi. La Documentation française, pp.231, 2010.
- [5] Veisse A, Wolmark L, Revault P, Giacomelli M, Bamberger M, Zlatanova Z. Violence, vulnérabilité sociale et troubles psychiques chez les migrants/exilés. Bull Epidemiol Hebd. 2017;(19-20):405-14.
- [6] Halfen S. Situation sanitaire et sociale des « Roms migrants » en Île-de-France. ORS Île-de-France, 2012.

Situation spécifique des populations Roms [6]

Une large majorité des Roms en Île-de-France vit sur des terrains dans des conditions de vie sont extrêmement insalubres : absence d'eau ou d'eau potable, d'électricité, de sanitaires, etc. Des processus cumulés d'exclusion sont défavorables à leur santé : mobilité subie, faibles possibilités d'insertion, conditions de vies insalubres, accès limité au droit à la santé.

Les pathologies rencontrées sont celles fréquemment observées parmi les différentes populations en situation de grande précarité, notamment : santé mentale fragilisée, prévalence élevée de maladies infectieuses (tuberculose, rougeole, coqueluche, etc.), chronicisation de certaines pathologies (diabète, hypertension artérielle, maladies cardio-vasculaires, maladies respiratoires, obésité, etc.). On observe également un recours limité à la planification familiale ainsi qu'une faible couverture vaccinale parmi les enfants.

3. MODE DE VIE ET PRÉVENTION

Sexualité et contraception	48
Interruptions volontaires de grossesse (IVG)	50
Activité physique et sédentarité	52
Alimentation - Nutrition	56
Surpoids et obésité	60
Sommeil et usage des écrans	64
Consommation de tabac	68
Consommation d'alcool	72
Consommation de cannabis	76
Dépistage des cancers	80
Vaccinations	82

Sexualité et contraception

LES POINTS ESSENTIELS

- ▶ Le modèle contraceptif français est caractérisé par un recours important au préservatif en début de vie sexuelle, à la pilule dès que la vie sexuelle se régularise et au dispositif intrautérin (DIU) quand les couples ont eu les enfants qu'ils désirent,
- ▶ Une baisse de l'usage de la pilule dans la région peu ou pas totalement compensée par l'augmentation du recours à d'autres méthodes,
- ▶ 21 % des jeunes Franciliennes à risque de grossesse non prévue sans méthode contraceptive.

ENJEUX

Plus de cinquante ans après la loi Neuwirth autorisant l'accès à la contraception sur ordonnance médicale, environ deux tiers des grossesses non prévues surviennent encore sous contraceptif. Le modèle contraceptif français paraît peu flexible, caractérisé par un recours important au préservatif en début de vie sexuelle, l'utilisation de la pilule dès que la vie sexuelle se régularise et le recours au stérilet quand les couples ont commencé à avoir des enfants ou ont eu les enfants qu'ils désirent. Un des enjeux de santé publique est donc de permettre à chaque femme/couple d'accéder à une contraception adaptée à sa situation, avec une meilleure adéquation entre le type de vie socio-affective et le mode de contraception, afin de réduire davantage le nombre de grossesses non prévues.

Les prises de risques (tels que des rapports sexuels multi partenaires ou non protégés) sont autant d'enjeux complémentaires autour de la sexualité. Les changements législatifs de ces dernières années ont porté notamment sur l'accès sans ordonnance et gratuite à la pilule du lendemain pour les mineures depuis 2000, la fin du remboursement des pilules de 3^e et 4^e génération après la controverse de 2013/2014, le remboursement intégral des contraceptifs pour les mineures, et la gratuité des préservatifs en pharmacie pour les moins de 25 ans depuis le 1^{er} janvier 2023.

SITUATION ACTUELLE ET EVOLUTION

L'âge au premier rapport sexuel entre 16 et 17 ans

Les Franciliens de 15-29 ans rapportent un âge médian au premier rapport sexuel à 16,4 ans chez les hommes et 17 ans chez les femmes. Les enquêtes montrent que l'âge au premier rapport sexuel est resté stable depuis les années 90.

Une meilleure protection contraceptive des premiers rapports sexuels

Avant les années 90, seuls 59,5 % d'hommes et 62 % de femmes rapportaient utiliser une méthode contraceptive lors de l'entrée dans la sexualité. Ce pourcentage est passé respectivement à 84,5 % et 81,0 % entre 2005-2010 (enquête KAPB) et 90 % en 2016 (selon le Baromètre Santé publique France). Le préservatif est de loin la méthode la plus plébiscitée par les Franciliens lors du premier rapport sexuel (figure 1).

Un multi-partenariat sexuel plus fréquent en Île-de-France et chez les jeunes

Parmi les Franciliens et Franciliennes ayant eu des rapports

sexuels au cours des douze derniers mois, 23,3 % d'hommes et 12,2 % de femmes déclarent avoir eu plusieurs partenaires sexuels (figure 2), proportions supérieures à celles observées en moyenne en France (respectivement 17,7 % et 9,3 % chez les hommes et les femmes) et qui se réduit avec l'âge. Par ailleurs, le nombre de personnes ayant des partenaires de même sexe augmente entre 2010 et 2016 (figure 3).

21 % de femmes à risque de grossesse non prévue n'utilisent aucune méthode contraceptive

Selon le Baromètre santé 2016, 78,9 % des Franciliennes de 15-54 ans à risque de grossesse non prévue¹ déclaraient avoir eu recours à une méthode contraceptive, le plus souvent médicale (tableau 1). Les femmes jeunes utilisent plus souvent la pilule alors que les femmes plus âgées et celles ayant déjà eu des enfants se tournent plus souvent vers les DIU. 21 % de femmes à risque de grossesse non prévue ne déclarent aucune méthode contraceptive lors de l'enquête 2016. Par ailleurs, 19 % des Franciliennes de 15-54 ans ont déclaré avoir utilisé la contraception d'urgence au moins une fois au cours de leur vie, et 21 % rapportent un recours multiple à cette méthode de rattrapage (tableau 2).

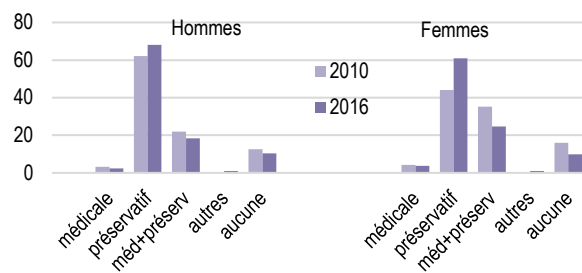
Une Francilienne sur trois utilise un moyen de contraception remboursable

En 2021, plus de 1 200 000 Franciliennes de 15-54 ans ont bénéficié d'au moins un remboursement pour contraceptif (contraception hormonale - hors contraception d'urgence - implants ou DIU), ce qui représente 31,6 % des bénéficiaires. Par ailleurs, les remboursements de contraceptifs hormonaux semblent reculer chez les 18-34 ans avec des disparités territoriales (figures 4 et 5).

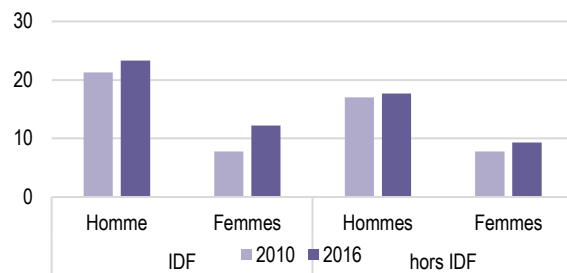
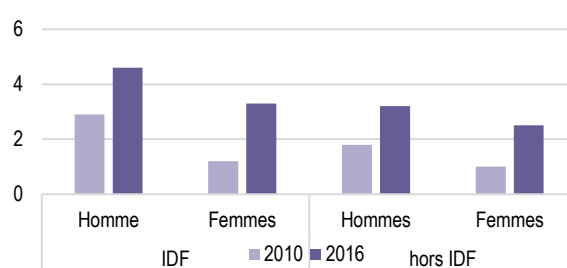
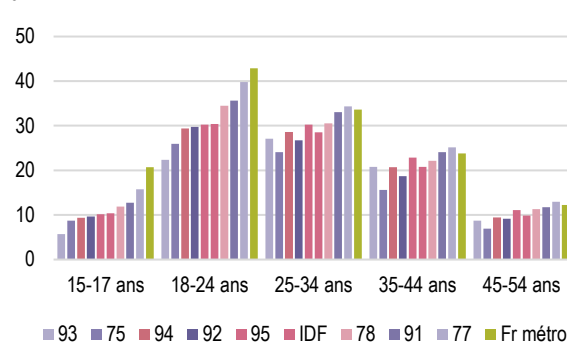
PERSPECTIVES

Si l'usage de la contraception est très répandu, près d'une Francilienne à risque de grossesse non prévue sur cinq n'utilise encore aucune contraception, surtout chez les populations socialement les moins favorisées. L'accès facilité et l'éducation à la contraception sont des enjeux de santé publique, de même que l'est la connaissance de l'évolution des pratiques sexuelles, qu'il est difficile de suivre autrement que par enquêtes spécifiques. Une nouvelle vague d'enquêtes est aujourd'hui très attendue pour actualiser l'état de nos connaissances.

¹ Femmes sexuellement actives et non exclusivement homosexuelles au cours des douze derniers mois, ne déclarant pas de problème de fertilité personnelle ou de leur partenaire, non enceintes et ne cherchant pas à avoir un enfant.

Figure 1. Méthodes contraceptives utilisées lors du 1er rapport sexuel : évolution 2010-2016

Source : Baromètres de Santé publique France 2010 et 2016

Figure 2. Multi partenariat sexuel* : évolution 2010-2016* % des personnes ayant plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois.
Source : Baromètres de Santé publique France 2010 et 2016**Figure 3.** Orientation sexuelle* partenaire de même sexe : évolution 2010-2016* % des personnes ayant eu au moins un partenaire de même sexe dans les 12 derniers mois.
Source : Baromètres de Santé publique France 2010 et 2016**Figure 4.** Proportion de femmes ayant eu au moins un remboursement de contraceptifs hormonaux à usage systémique en 2021

Source : SNDS

Références

[1] Lekeufack J, Embersin-Kyprianou C. Sexualité et contraception en Île-de-France : analyse du Baromètre de Santé publique France 2016. ORS-Île-de-France, 2022 (Focus santé)

Tableau 1. Contraception chez les femmes de 15-54 ans à risque de grossesse non prévue en 2016

	Île-de-France	Hors IDF
15-24 ans	85,8	88,8
25-34 ans	87,9	91,9
35-44 ans	88,2	86,8
45-54 ans	55,1	55,2
Méthodes utilisées au moment de l'enquête		
Médicales seules	53,1	58,6
Dont :		
Pilule	26,7	30,0
DIU (stérilet)	20,9	24,6
Implant	4,0	3,6
Autres	1,5	0,4
Médicale + préservatif	3,8	3,0
Préservatifs seuls	13,6	9,2
Contraception définitive	2,5	4,5
Autres	5,9	3,7
Aucune	21,1	21,0

Source : Baromètre de Santé publique France 2016

Tableau 2. Recours à la contraception d'urgence (au moins une fois au cours de la vie) en fonction de l'âge. Île-de-France, 2016

	Jamais	Une fois	>1 fois
15-24 ans	48,4	18,2	33,5
25-34 ans	39,7	27,3	33,1
35-44 ans	62,4	19,5	18,1
45-54 ans	85,1	10,3	4,6
Ensemble	59,9	19,1	21,0

Source : Baromètre de Santé publique France 2016

Tableau 3. Méthodes contraceptives remboursées chez les femmes de 15-54 ans. France métropolitaine, Île-de-France, 2021

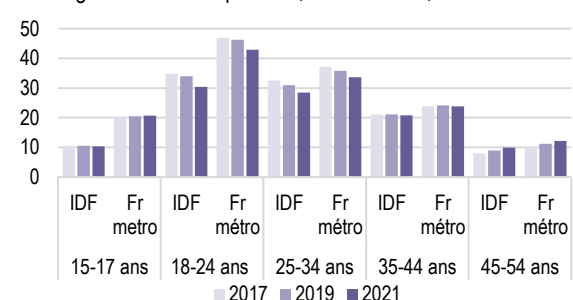
	Île-de-France	Fr. métro
15-24 ans	28,5	42,9
25-34 ans	35,8	48,8
35-44 ans	38,7	48,8
45-54 ans	25,9	32,9
Méthodes remboursées :		
Contraception d'urgence (CU)*	1,1	1,3
Hormonale à usage systémique hors CU dont :	21,2	26,2
- Contraception hormonale*	18,5	22,9
- Implant*	2,7	3,3
DIU§	9,5	13,8

* au moins un remboursement pour contraceptifs dans l'année,

¥ au moins un remboursement au cours des 3 dernières années,

§ au moins un remboursement au cours des 9 dernières années ;

Source : SNDS

Figure 5. Évolution des remboursements de contraceptifs hormonaux* selon l'âge. France métropolitaine, Île-de-France, 2017-2021

*contraceptifs hormonaux à usage systémique, - Source : SNDS

Interruptions volontaires de grossesse (IVG)

LES POINTS ESSENTIELS

- ▶ Un peu plus de 50 000 IVG sont réalisées par des Franciliennes tous les ans,
- ▶ La tendance globale est une baisse progressive du recours à l'IVG au cours de la dernière décennie, même si une petite remontée a été observée entre 2016 et 2019. Ce recul est très marqué chez les mineures,
- ▶ On assiste à une augmentation du recours à la médecine de ville et à la méthode médicamenteuse pour les IVG des Franciliennes avec une forte montée en charge des sages-femmes dans la pratique d'orthogénie.

ENJEUX

Malgré un usage de la contraception bien ancré dans les mœurs françaises, le nombre de grossesses non prévues (parfois sous contraceptif) reste non négligeable. Le défi majeur de santé publique est de garantir une prise en charge adéquate de ces grossesses accidentelles, quelle que soit la décision de la femme. Et face à la remise en question du droit à l'IVG, notamment dans un pays tel que les Etats-Unis, la préservation de ce droit fondamental de la femme est revenue au cœur des débats publics. En France, les évolutions législatives des dernières décennies permettent de renforcer ce droit avec des mesures comme le remboursement intégral des frais d'IVG, l'accès à l'IVG pour les mineures sans autorisation parentale, l'élargissement des compétences de certains professionnels et structures de santé, la prise en charge jusqu'à 16 semaines d'aménorrhée etc. L'enjeu est de faciliter le parcours de soins en permettant à chaque femme d'accéder à l'IVG au plus près de son lieu de domicile, tout en utilisant la méthode de son choix et de réduire les inégalités sociales d'accès.

SITUATION ACTUELLE ET EVOLUTION

Une femme sur dix a déjà été confrontée à une grossesse non prévue

En 2016, une Francilienne de 15-54 ans sur dix déclarait avoir eu une grossesse non prévue au cours des cinq dernières années. La moitié de ces grossesses se terminaient par une IVG. Ces grossesses accidentelles concernaient plus souvent les femmes les moins favorisées. A noter également que le taux de grossesses non prévues a augmenté entre 2010 et 2016, en lien certainement avec la hausse de la proportion de femmes à risque de grossesse qui rapportent n'utiliser aucune méthode contraceptive (8 % en 2010 contre 21 % en 2016).

Environ 50 000 IVG annuelles en Île-de-France

Chaque année, plus de 50 000 IVG sont réalisées en Île-de-France. En 2016, 27,4 % des Franciliennes déclaraient avoir déjà eu recours à une IVG au cours de leur vie, et 9,3 % rapportaient plusieurs IVG, avec des fortes disparités sociales [1].

La tendance globale montre une baisse progressive du recours à l'IVG au cours de la dernière décennie. Après une baisse entre 2010 et 2016 (où le taux de recours est passé de 18,6 IVG pour 1 000 femmes en âge de procréer (15-49 ans) à 15,8 ‰ en 2016 (figure 1)), on a assisté entre 2016 et 2019 à une légère augmentation de ce taux. Mais une nouvelle baisse a été enregistrée en 2020 et 2021, probablement liée à la crise sanitaire.

Un recul du recours à l'IVG chez les mineures

Chez les femmes de 15-17 ans, le taux de recours à l'IVG ne

cesse de reculer passant de 12,7 ‰ en 2010 à 4,9 ‰ en 2020 (figure 3). Le nombre d'accouchements baisse également à ces âges très précoces.

Plus d'IVG en médecine de ville, par voie médicamenteuse et moins d'IVG tardives

En Île-de-France, la proportion d'IVG réalisées en médecine de ville est passée d'environ 20 % au début des années 2010 à près de 40 % en 2020. La part des IVG réalisées après douze semaines d'aménorrhée a par ailleurs baissé de moitié entre 2013 et 2020 (figure 4). Cette évolution s'est accompagnée d'une augmentation continue du recours à la méthode médicamenteuse (figure 5) et d'une montée en charge des professionnels pratiquant des IVG dans la région, particulièrement des sages-femmes depuis l'extension de leur compétence en orthogénie en 2016 (figure 6). En outre, les établissements de santé ayant une grosse activité d'orthogénie restent concentrés dans Paris et sa proche couronne (carte 1).

IVG en période de crise sanitaire

L'année de la pandémie a été marquée par une baisse du nombre d'IVG (- 5,6 %), particulièrement dans les quatre semaines suivant le premier confinement. Cette baisse concernait davantage les IVG pratiquées en milieu hospitalier, les IVG de jeunes femmes (<25 ans) et les IVG tardives (plus de douze semaines d'aménorrhée). Le taux d'IVG médicamenteuses avait augmenté ainsi que le recours à l'anesthésie locale pour les IVG chirurgicales [2].

PERSPECTIVES

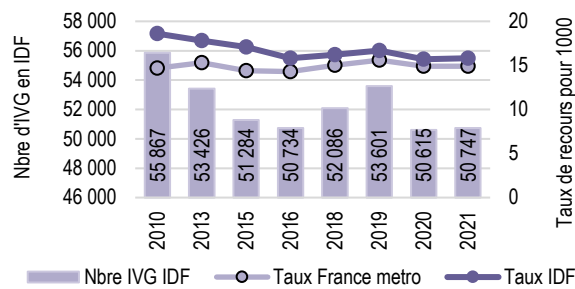
L'accès à l'IVG reste un enjeu majeur de santé des femmes. Plusieurs programmes franciliens et nationaux visent à améliorer cet accès et à réduire les inégalités sociales et territoriales ; ils devraient être poursuivis. Le système d'information est aujourd'hui assez bien outillé pour donner des alertes et suivre les indicateurs. Toutefois certains aspects tels que le non-recours ou le recours à l'IVG à l'étranger devraient être explorés davantage.

Références

[1] Matulonga B. Les interruptions volontaires de grossesse en Île-de-France : données 2015-2017. ORS Île-de-France, 2019 (Rapport & Enquête)

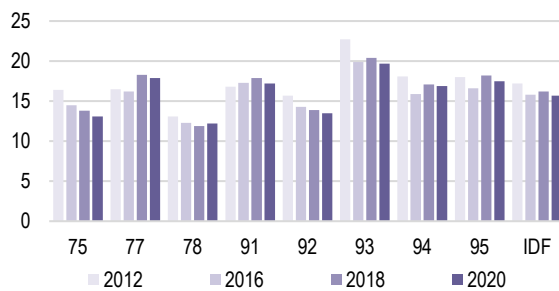
[2] Matulonga Diakiese B, Féron V. Interruption volontaire de grossesse et Covid-19 : ce que la pandémie a modifié en 2020. Revue d'épidémiologie et de santé publique. 2022 ;70(6)

Figure 1. Nombre d'IVG en Île-de-France et taux brut de recours. Île-de-France et France métropolitaine : entre 2011 et 2020



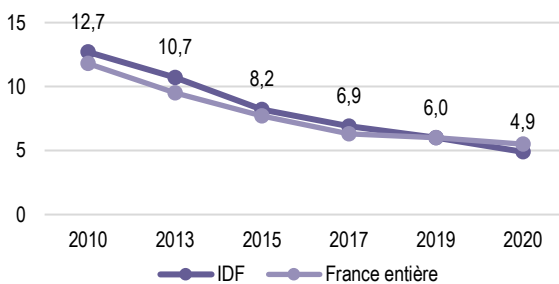
Source : SNDS

Figure 2. Évolution du taux de recours à l'IVG (‰) entre 2012 et 2020



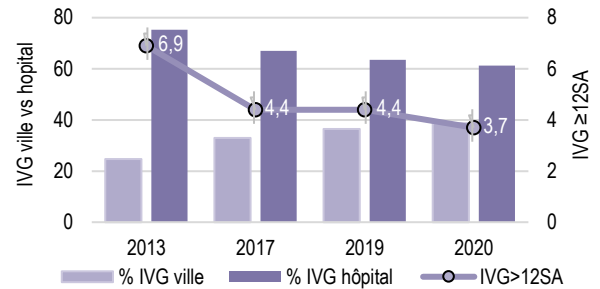
Source : SNDS

Figure 3. Évolution du taux de recours à l'IVG chez les 15-17 ans (‰) en Île-de-France et France entière



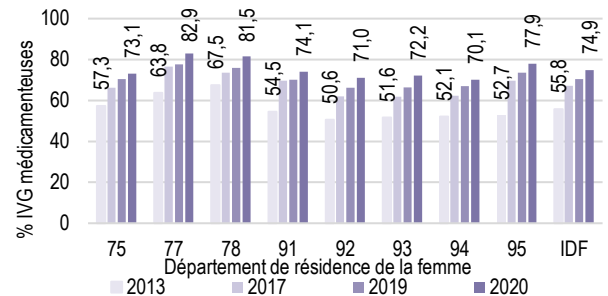
Source : SNDS

Figure 4. Evolution (%) des IVG réalisées en médecine de ville vs à l'hôpital et IVG tardives Île-de-France entre 2012-2020



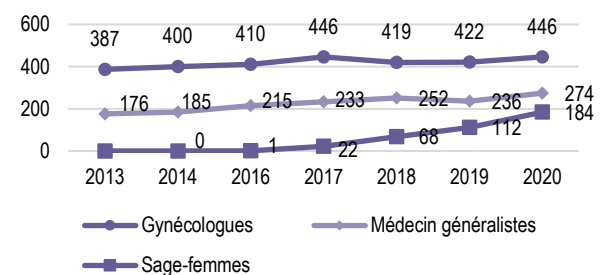
Source : SNDS

Figure 5. Évolution des IVG médicamenteuses entre 2012 et 2020



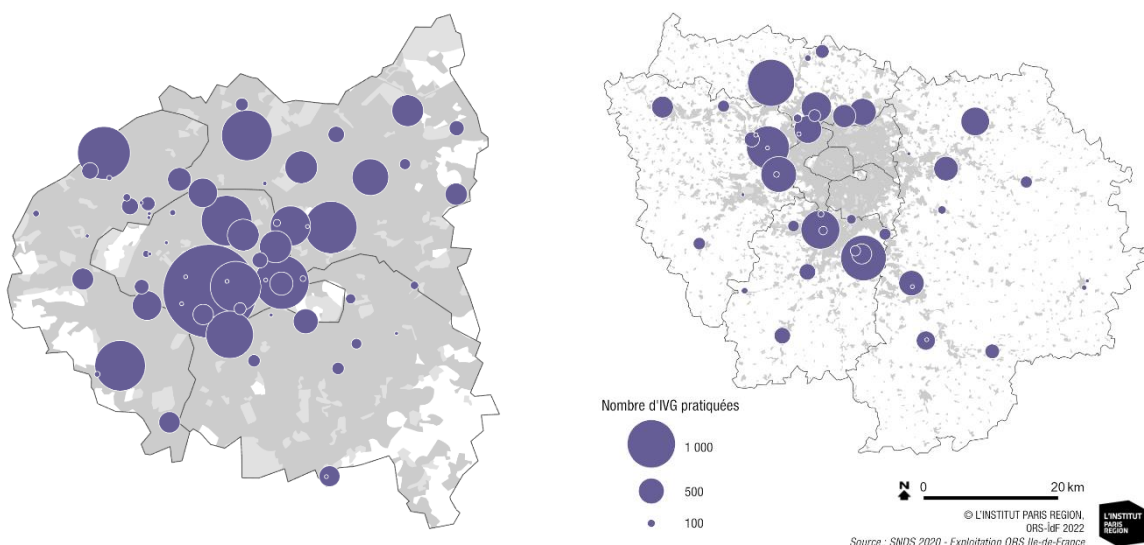
Source : SNDS

Figure 6. Nombre des spécialistes ayant effectué les IVG franciliennes (quel que soit le lieu d'installation du professionnel)



Source : SNDS

Carte 1. Cartographie des hôpitaux ayant réalisé des IVG en 2020 en fonction du nombre d'IVG effectuées



Activité physique et sédentarité

LES POINTS ESSENTIELS

- ▶ Activité physique et limitation de la sédentarité ont des bénéfices considérables en termes de réduction de la morbi-mortalité, de bien-être psychique et d'intégration sociale, bénéfices particulièrement importants pour les enfants,
- ▶ Constat d'une augmentation très importante de la sédentarité depuis deux décennies, qui s'est renforcée durant les périodes de crise sanitaire et de confinement,
- ▶ Inactivité physique et sédentarité sont d'autant plus fréquentes que le niveau socio-économique est défavorisé, Davantage d'inactivité physique chez les femmes.

ENJEUX

Activité physique et limitation de la sédentarité, des bénéfices à tous les âges

Une activité physique régulière si possible quotidienne et la limitation de la sédentarité sont des déterminants indépendants, essentiels et le plus souvent sous-estimés d'une bonne santé physique, mentale et sociale. L'activité physique est bénéfique pour tous (figure 1) [1] et particulièrement pour les enfants car elle participe à l'acquisition du capital osseux indispensable à la croissance, améliore la concentration, contribue à la réussite scolaire et est un formidable facteur d'intégration sociale. De plus, les niveaux d'activité physique durant l'enfance sont corrélés à ceux que les enfants auront à l'adolescence ou à l'âge adulte. L'activité physique est tout aussi bénéfique pour les personnes âgées, dans la réduction des risques de morbidité et de mortalité liés aux maladies chroniques, qu'à la prévention des chutes et de la dépendance. Les niveaux d'activité physique sont définis au regard des recommandations OMS (atteinte ou non des seuils hebdomadaires recommandés sans tenir compte de la fréquence quotidienne de pratique).

SITUATION ACTUELLE ET EVOLUTION

Des enfants bien en dessous des recommandations OMS et des dynamiques défavorables

En France, seulement la moitié des garçons (50,7 %) et un tiers des filles (33,3 %) âgés de 6 à 17 ans atteignent les recommandations de soixante minutes d'activité physique d'intensité modérée à vigoureuse par jour [2]. La proportion de jeunes atteignant les recommandations OMS, plus importante pour les 6-10 ans, chute drastiquement chez les adolescents, notamment chez les filles (figure 2). Cela est d'autant plus préoccupant que le temps passé à des activités sédentaires a également fortement augmenté au cours des deux précédentes décennies (figure 3) notamment avec la multiplication des écrans. Ces comportements sédentaires se sont, de plus, aggravés avec la crise sanitaire et les confinements [3,4].

La crise sanitaire a accru l'inactivité physique et fait exploser la sédentarité des jeunes

Durant l'année 2020, une enquête spécifique a été réalisée par l'Onaps pour essayer d'appréhender, durant les différentes

périodes de confinement, l'évolution des comportements d'activité physique et de sédentarité. Elle montre une diminution du niveau d'activité physique durant le confinement pour 42 % des enfants âgés de 6 à 10 ans et pour 59 % des adolescents (10-17 ans). De même, durant le confinement, les comportements sédentaires, notamment le temps passé devant un écran, ont augmenté pour 62 % des enfants et 69 % des adolescents [5].

Les adultes franciliens plus inactifs physiquement que les non franciliens

Les Francilien.ne.s sont moins nombreux à déclarer atteindre les recommandations de l'OMS que le reste de la France (figures 4 et 7). On observe par ailleurs des temps de sédentarité plus importants en Île-de-France qu'ailleurs : 36,6 % des Francilien.ne.s déclarent rester en position assise ou allongée au moins huit heures par jour, un jour de semaine hors week-end contre 24,6 % dans le reste de la France métropolitaine (figures 6 et 9).

Définitions

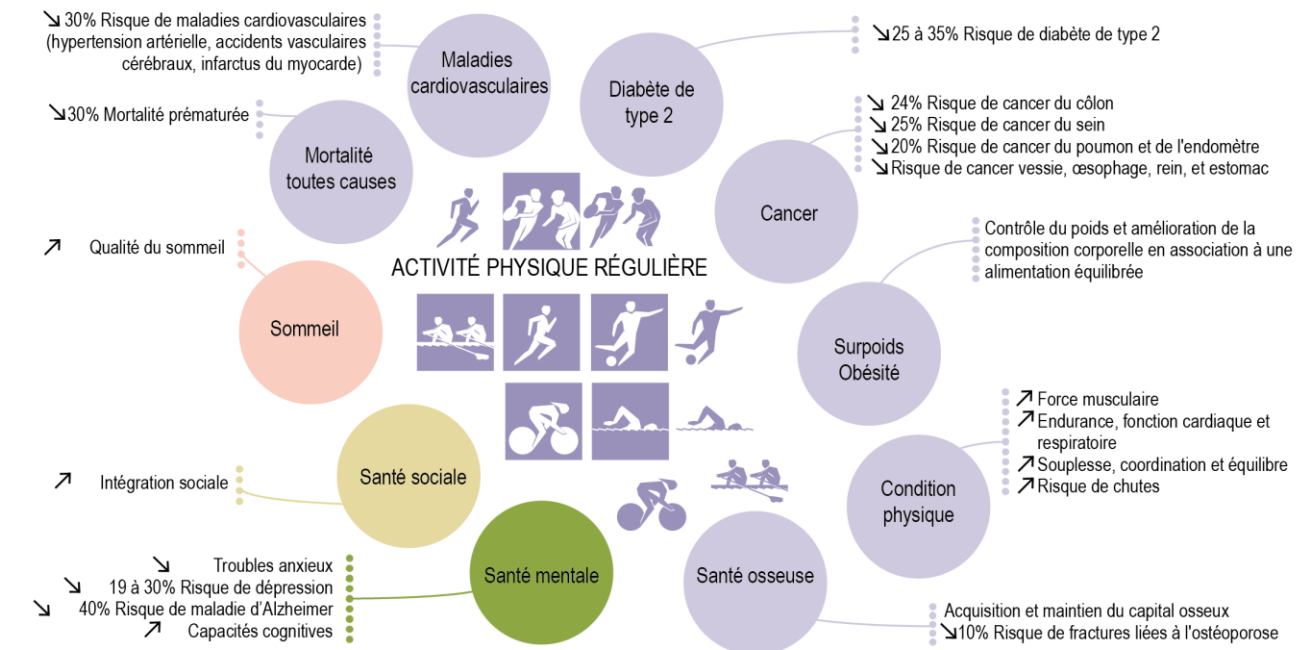
L'activité physique englobe le sport bien sûr, mais aussi des activités telles que la marche, le vélo, le jeu actif, le ménage, le jardinage, le bricolage etc... Si l'OMS a établi des recommandations de pratique pour chaque classe d'âge (voir encadré) en deçà desquelles les personnes sont dites inactives, elle précise bien qu'il y a toujours des bénéfices à bouger davantage quel que soit le degré faible ou très faible d'activité initiale.

La sédentarité est définie comme le temps passé assis ou couché en dehors du sommeil. Pour la sédentarité, il n'existe pas de seuil défini, il est toutefois recommandé de la limiter au maximum et/ou de l'interrompre par une activité physique de 3 à 5 minutes toutes les 90 minutes à 2 heures [6].

Si ce déterminant de la santé est essentiel, les sources de données pour le documenter sont fragmentées et disparates.

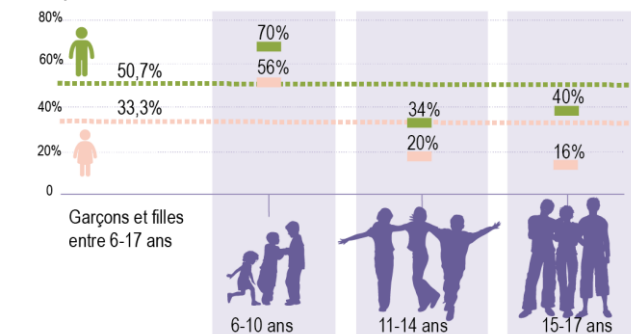
Par exemple, il n'existe pas, à notre connaissance, d'étude régulière sur l'activité physique des enfants et des adolescents sur le territoire francilien. Seules sont disponibles des données nationales fournies notamment par l'ONAPS, Santé publique France (enquête Esteban), l'Anses (enquête INCA3) ou l'I4OMS (HBSC). Pour les 16 ans et plus, les données utilisées ici sont issues du Baromètre 2021 de Santé publique France et sont comparées à celles du Baromètre de 2017. Elles permettent de qualifier la situation francilienne par rapport à celle observée ailleurs en France.

Figure 1. Les bénéfices de l'activité physique



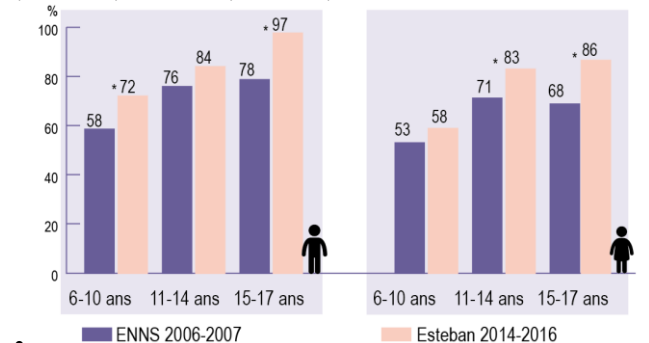
Source : d'après ONAPS [internet]. Disponible : <https://onaps.fr/les-impacts-sanitaires/> Se référer à l'ONAPS pour les sources bibliographiques de chaque bénéfice [7]

Figure 2. Evolution de la proportion d'enfants et d'adolescents atteignant le niveau d'activité recommandé par l'OMS en fonction de leur âge et sexe



Source : Enquête Esteban, Santé publique France, 2014-2016

Figure 3. Evolution du pourcentage de garçons et de filles de 6-17 ans passant deux heures et plus devant un écran^a chaque jour entre ENNS (2006-2007) et Esteban (2014-2016)



^a Le temps d'écran cumule les temps de télévision, écran et console de jeux.
*Évolution significative ($p < 0,05$)

Source : Verdout C, Salanave B, Deschamps V. Activité physique et sédentarité dans la population française. Situation en 2014-2016 et évolution depuis 2006-2007. Bull Epidemiol Hebd. 2020;(15):296-304.[8]

Recommandations de l'OMS 2020 sur l'activité physique et la sédentarité

Enfants et adolescents (âgés de 5 à 17 ans)

- Pratiquer au moins 60 minutes par jour en moyenne d'activité physique, tout au long de la semaine.
- Des activités aérobiques d'intensité soutenue, des activités qui renforcent le système musculaire et l'état osseux trois fois par semaine.
- Limiter le temps de sédentarité, et en particulier le temps de loisir passé devant un écran.

Adultes (âgés de 18 à 64 ans) et personnes âgées (65 ans et plus)

- Pratiquer une activité physique régulière et limiter le temps de sédentarité.
- Pratiquer au moins 150 à 300 minutes d'activité physique aérobique d'intensité modérée, ou au moins 75 à 150 minutes d'activité d'intensité soutenue, ou une combinaison équivalente d'activité physique d'intensité modérée et soutenue par semaine pour en retirer des bénéfices substantiels sur le plan de la santé.
- L'activité physique de tous niveaux d'intensité (y compris faible intensité) apporte des bénéfices pour la santé.

Inactivité physique et sédentarité varient selon le sexe et l'âge

Comme en France, les femmes franciliennes de 18 à 64 ans déclarent plus souvent que les hommes une activité physique en deçà des recommandations de l'OMS. Cette différence n'apparaît plus en Île-de-France au-delà de 65 ans, alors que dans le reste de la France, les femmes de 65 ans et plus déclarent plus souvent que les hommes être inactives physiquement. Inversement, si l'on considère la sédentarité, la différence homme/femme est faible pour les 18-64 ans aussi bien en France qu'en Île-de-France (figure 6). Après 65 ans, les hommes sont plus nombreux que les femmes du même âge à déclarer une sédentarité élevée (8h/jour ou plus). La part des hommes de 65 ans et plus déclarant une sédentarité élevée est d'ailleurs deux fois plus importante en Île-de-France qu'ailleurs en France (figure 9).

Des comportements différenciés au sein de l'Île-de-France

Au sein de l'Île-de-France, les comportements face à l'activité physique et à la sédentarité sont hétérogènes : entre 18 et 64 ans, les Parisiens (hommes et femmes) sont, en proportion, moins nombreux que les habitants de la proche et grande couronne à déclarer ne pas être actifs du tout (figure 5). Au-delà de 65 ans, ce n'est plus le cas, au contraire (figure 8).

Des inégalités sociales d'activité physique et de sédentarité

Chez l'enfant, la durée quotidienne passée devant un écran dans le cadre de ses loisirs, le temps total passé assis ou allongé chaque jour et la non-atteinte des recommandations en matière d'activité physique sont globalement plus élevés lorsque le niveau socio-économique de ses parents ou représentants est plus faible. Ces différences s'observent dès l'entrée dans la vie scolaire de manière plus marquée chez les filles pour l'activité physique et chez les garçons pour la sédentarité.

Chez les jeunes adultes (18-64 ans), l'étude de l'association entre l'inactivité physique et les facteurs socio-économiques et professionnels (sexe, âge, niveau de diplôme, de revenu et la situation professionnelle) montre qu'en Île-de-France tout comme dans le reste de la France, le fait d'être une femme ou avec un revenu inférieur à 1 170 euros (1^{er} tercile) est associé au fait d'être inactif physiquement. Dans le reste de la France, on retrouve également une association avec le fait d'être au chômage ou d'avoir un diplôme inférieur au baccalauréat.

A partir de 65 ans et plus, l'inactivité physique est, en Île-de-France, uniquement associée au fait d'avoir un niveau de diplôme inférieur au Bac alors que dans le reste de la France, les femmes sont davantage inactives physiquement, ainsi que les personnes ayant un niveau inférieur au baccalauréat et/ou un revenu inférieur à 1 170 euros (1^{er} tercile).

Quant à la sédentarité, en Île-de-France comme dans le reste de la France, les jeunes de 18 à 24 ans, les personnes déclarant un niveau de diplôme supérieur au baccalauréat, un revenu supérieur à 1 170 euros et les travailleurs sont davantage associés à une sédentarité élevée.

PERSPECTIVES

Limiter la sédentarité et favoriser l'activité physique sont des enjeux cruciaux de santé publique. La mobilisation de tous aux niveaux national, régional et territorial est nécessaire pour mettre en œuvre une stratégie concertée.

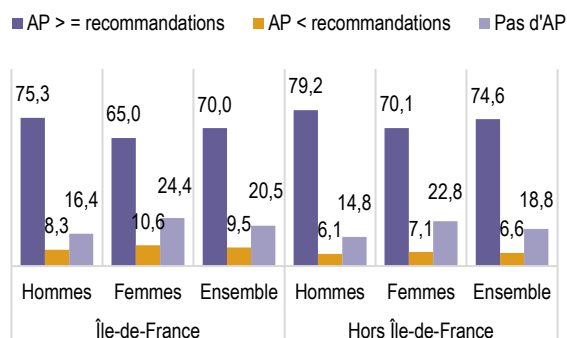
Elle doit concerner tous les âges de la vie, des plus jeunes (dans une approche globale de promotion de la santé qui tient compte simultanément des différents enjeux de santé tels que le sommeil, la santé mentale, la nutrition et l'intégration sociale) aux plus âgés (prévention des chutes, de l'aggravation de nombreuses maladies chroniques et de la dépendance).

Elle doit concerner tous les acteurs : les professionnels de santé, de l'éducation nationale et de l'activité physique. L'environnement scolaire et les cours d'Education Physique et Sportive (EPS) représentent par exemple une opportunité importante pour encourager la pratique d'activité physique chez les enfants. Mais également, les acteurs territoriaux qui sont en position de développer et rendre accessible les lieux et infrastructures favorisant les comportements actifs.

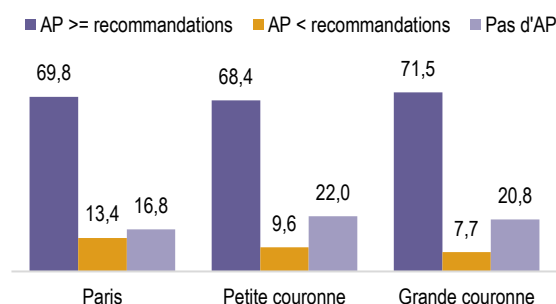
Cette mobilisation doit être ciblée pour aller vers les populations socialement défavorisées et les femmes qui demeurent les plus éloignées de l'activité physique et les plus sujettes à la sédentarité.

Références

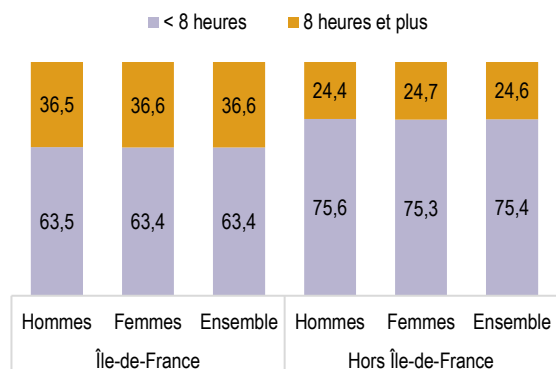
- [1] Onaps. Les impacts sanitaires. L'activité physique et la sédentarité : deux déterminants majeurs de la santé [internet]. Disp. : <https://onaps.fr/les-impacts-sanitaires/>
- [2] Les résultats de l'étude ESTEBAN 2014-2015 (santepubliquefrance.fr)
- [3] Escalon H, Deschamps V, Verdot C. Activité physique et sédentarité des adultes pendant la période de confinement lié à l'épidémie de Covid-19 : état des lieux et évolutions perçues (CoviPrev, 2020). Bull Epidemiol Hebd. 2021;(Cov_3):2-13. Disponible : http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2021/Cov_3/2021_Cov_3_1.html
- [4] Chambonnière C, Lambert C, Fearnbach N, Tardieu M, Fillon A, Genin P, Larras B, Melsens P, Bois J, Pereira B, Tremblay A, Thivel D, Duclos M. Effect of the COVID-19 lockdown on physical activity and sedentary behaviors in French children and adolescents: New results from the ONAPS national survey. Eur J Integr Med. 2021 Apr;43:101308.
- [5] Anses. Actualisation des repères du PNNS relatifs à l'activité physique et à la sédentarité. Rapport d'expertise collective, 2016
- [6] Onaps. Activité physique et sédentarité de l'enfant et de l'adolescent : nouvel état des lieux en France. Edition 2020 [internet]. Disponible : https://onaps.fr/wp-content/uploads/2021/04/report_card_2020.pdf
- [7] Verdot C, Salanave B, Deschamps V. Activité physique et sédentarité dans la population française. Situation en 2014-2016 et évolution depuis 2006-2007. Bull Epidemiol Hebd. 2020;(15):296-4.

Adultes (âgés de 18 à 64 ans)**Figure 4.** Pratique d'activité physique régulière en Île-de-France et hors Île-de-France selon les recommandations de l'OMS

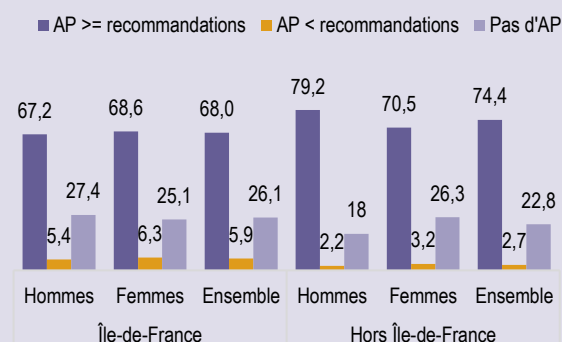
Source : Baromètre Santé publique France 2021

Figure 5. Pratique d'activité physique régulière dans les départements de la région Île-de-France

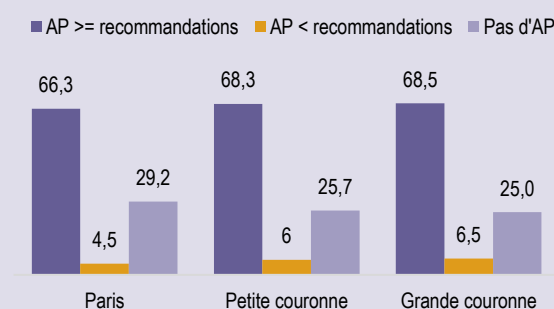
Source : Baromètre Santé publique France 2021

Figure 6. Proportion de personnes déclarant 8h/j ou plus dans une situation sédentaire en Île-de-France et hors Île-de-France

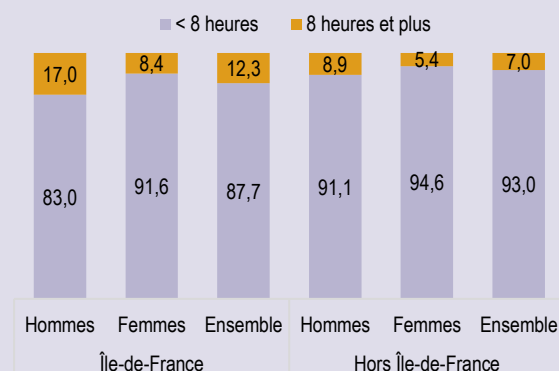
Source : Baromètre Santé publique France 2021

Personnes âgées (de plus de 65 ans)**Figure 7.** Pratique d'activité physique régulière en Île-de-France et hors Île-de-France selon les recommandations de l'OMS

Source : Baromètre Santé publique France 2021

Figure 8. Pratique d'activité physique régulière dans les départements de la région Île-de-France

Source : Baromètre Santé publique France 2021

Figure 9. Proportion de personnes déclarant 8h/j ou plus dans une situation sédentaire en Île-de-France et hors Île-de-France

Source : Baromètre Santé publique France 2021

Alimentation - nutrition

LES POINTS ESSENTIELS

- ▶ Une modification drastique des habitudes alimentaires au cours des dernières décennies loin des recommandations nutritionnelles,
- ▶ Entre dégradations et points positifs, les habitudes alimentaires modifiées durant la crise sanitaire durablement ?
- ▶ Une région marquée par la précarité alimentaire dans de nombreux territoires,
- ▶ Des politiques publiques sur les problèmes nutritionnels de plus en plus globales visant simultanément exercice physique, sédentarité, habitudes alimentaires, surpoids et obésité mais aussi une consommation de produits bio, de saison, produits localement.

ENJEUX

Une modification des habitudes alimentaires au cours des dernières décennies et une augmentation de la précarité alimentaire

L'adoption d'un régime alimentaire sain tout au long de la vie contribue à prévenir toutes les formes de malnutrition, ainsi qu'un grand nombre de maladies et pathologies non transmissibles telles que le diabète, les cardiopathies, les accidents vasculaires cérébraux et certains types de cancer (cancer du sein). Pourtant, la production croissante d'aliments transformés, l'urbanisation rapide et l'évolution des modes de vie ont provoqué un changement des habitudes alimentaires. Les gens consomment désormais davantage d'aliments très caloriques, riches en graisses, en sucres libres ou en sel/sodium, et beaucoup ne mangent pas suffisamment de fruits, de légumes et de fibres alimentaires, comme celles apportées par les céréales complètes [1]. Devant ces constats, (infographie ci-contre) [2], le plan national nutrition santé 2019-2023 a mis à jour ses recommandations afin de les rendre plus explicites et précises pour une meilleure appropriation du grand public (encadré ci-contre).

Face à la proportion croissante de populations en situation de précarité alimentaire¹, le législateur incite, depuis octobre 2018 et la loi « Egalim », au développement d'approches territorialisées. La précarité alimentaire comprend, en effet, plusieurs dimensions liées aux territoires (présence d'offre alimentaire) et aux populations (situation socio-démographique, précarité économique) (figure 1).

SITUATION ACTUELLE ET EVOLUTION

Une consommation alimentaire loin des recommandations nutritionnelles

En France, l'étude ESTEBAN 2015-2016 de Santé publique France [3], portant sur un échantillon de la population (adultes et enfants), a analysé la consommation alimentaire et a montré l'ampleur du déséquilibre alimentaire au regard des recommandations de l'époque. Elle a mis en évidence :

- la part trop élevée des acides gras saturés dans la ration alimentaire : seulement 17 % des adultes avaient des apports en acides gras saturés inférieurs à 36 % des apports en lipides totaux (recommandation PNNS), et 16 % des enfants

inférieurs à 37 % (recommandation PNNS) ;

- la faible consommation de poisson et produits de la pêche : un quart seulement des personnes interrogées en consommait deux fois par semaine, avec une forte diminution depuis dix ans de cette proportion chez les enfants (enquête ENNS de 2005) ;
- une faible consommation de fibres : seuls 13 % des adultes et 2 % des enfants en consommaient au moins 25 g par jour, ceci étant l'une des conséquences d'une consommation insuffisante de fruits et légumes (seulement 28 % des adultes et 13 % des enfants en consommaient au moins 5 par jour) et de produits céréaliers complets et légumes secs (60 % des adultes et 71 % des enfants n'en avaient pas consommés sur les trois jours d'enquête alimentaire) ;
- la consommation de sel trop importante qui s'est amplifiée en dix ans : seulement 22 % des adultes et 40 % des enfants en consommaient moins de 6 g par jour en 2015 ;
- la consommation de boissons sucrées chez les enfants qui reste élevée : plus d'un tiers en consomme au-delà de la recommandation d'un demi-verre par jour.

Une alimentation dont la qualité reste socialement inégale

Toujours selon l'enquête Esteban, les personnes les plus diplômées auraient une alimentation plus conforme aux recommandations. Toutefois, entre 2006 et 2015, la qualité de leur alimentation de dégrade. Les inégalités sociales s'estompent ainsi mais vers le bas.

Entre dégradations et points positifs, les us alimentaires modifiés durant la crise sanitaire

Selon CoviPrev [4,5], certaines personnes ont redécouvert le plaisir du « fait-maison » durant le confinement. Cependant, cet élément positif ne concerne pas tout le monde : « 17 % des personnes interrogées considèrent que leur alimentation est moins équilibrée qu'avant le confinement (contre 13 % déclarant une alimentation plus équilibrée que d'habitude) ; 22 % déclarent grignoter entre les repas plus que d'habitude (contre 17 % moins que d'habitude) ; 37 % des personnes déclarent cuisiner plus que d'habitude (contre 4 % moins que d'habitude) ; 27 % déclarent avoir pris du poids (contre 11 % en avoir perdu) ». Ces modifications s'inscrivent-elles dans la durée ? Il est encore trop tôt pour l'affirmer.

¹. La notion de précarité alimentaire a émergé en France à la fin des années 1980 dans la lignée des travaux du sociologue Serge Paugam. La précarité alimentaire est définie comme une situation dans laquelle une personne ne dispose pas d'un accès garanti à une alimentation suffisante et de qualité, durable, dans le respect de ses préférences alimentaires et de ses besoins nutritionnels, pouvant entraîner ou découler de l'exclusion et de la disqualification sociale ou d'un environnement appauvri.

Principales recommandations pour une alimentation saine chez l'adulte

Manger :

- Au moins cinq fruits et légumes par jour,
- Au moins deux fois par semaine des légumes secs car ils sont naturellement riches en fibre (haricots, lentille, etc.),
- Au moins un féculent complet par jour car ils sont naturellement riches en fibres (riz, pâtes...),
- Deux fois par semaine du poisson, dont un poisson gras (sardines, maquereau, hareng, saumon),
- Les matières grasses ajoutées - huile, beurre et margarine - peuvent être consommées tous les jours en petites quantités ; privilégier l'huile de colza, de noix et d'olive,
- Deux produits laitiers par jour,
- Les fruits à coques (noix, noisettes, pistaches... non salées).

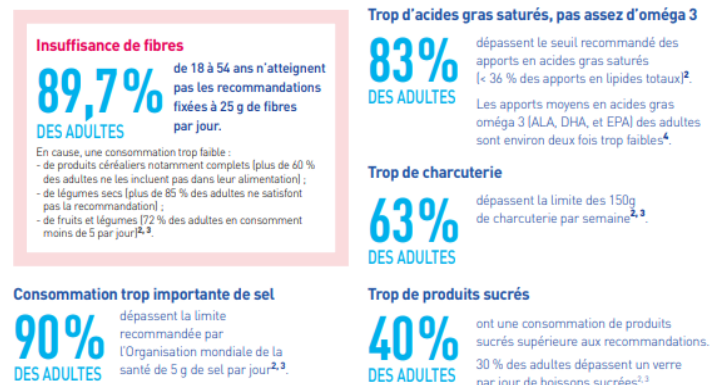
Réduire :

- L'alcool. *Recommandation principale* : pour réduire les risques, il est recommandé de limiter sa consommation à deux verres par jour maximum, et de ne pas consommer d'alcool tous les jours (maximum deux verres par jour et pas tous les jours),
- Les boissons sucrées, les aliments gras, sucrés, salés et ultra-transformés,
- La charcuterie. *Recommandation principale* : limiter la charcuterie à 150 g par semaine,
- La viande. *Recommandation principale* : privilégier la volaille et limiter les autres viandes (porc, bœuf, veau, mouton, agneau, abats) à 500 g par semaine,

A ces recommandations sur l'alimentation s'ajoutent, dans le cadre du Plan national nutrition santé 2019-2023 (PNNS), les recommandations sur l'activité physique et la sédentarité (voir la fiche sédentarité et activité physique), mais aussi des recommandations qui proposent de privilégier le « fait-maison », l'alimentation bio, les légumes et fruits de saison et produits localement.

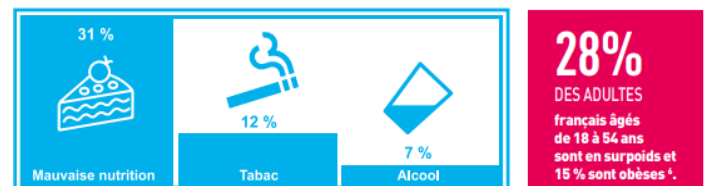
Source : Santé publique France. Santé publique France présente les nouvelles recommandations sur l'alimentation, l'activité physique et la sédentarité [internet]. 2019. Disponible : <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2019/sante-publique-france-presente-les-nouvelles-recommandations-sur-l-alimentation-l-activite-physique-et-la-sedentarite>

Quelques chiffres sur l'alimentation en France



L'alimentation est un facteur de risque et de protection de nombreuses maladies

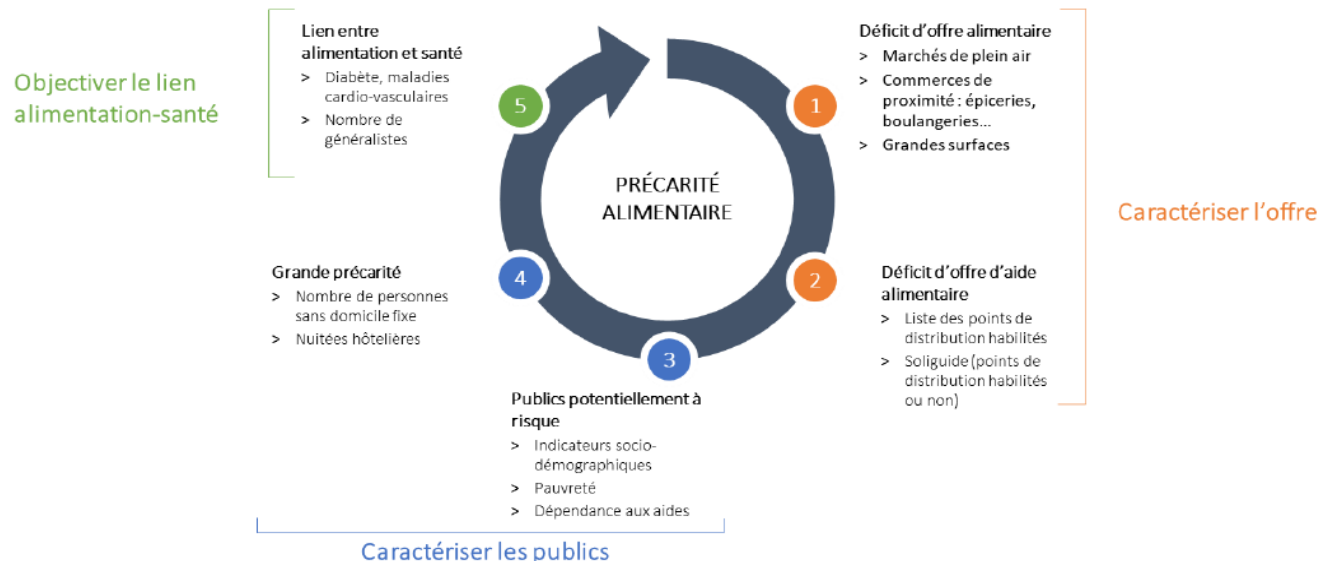
La nutrition représente le premier facteur de risque de perte d'années de vie en bonne santé, devant le tabac (12 %) et l'alcool (7 %)⁵.



MANGERBOUGER.FR



Figure 1 : Description de la précarité alimentaire en cinq axes



Source : Diagnostic quantitatif de la précarité alimentaire en Île-de-France Notice méthodologique. CREDOC. Septembre 2022. 26 p.

Des enjeux de précarité alimentaire qui s'accroissent

L'Île-de-France est très inégalitaire et y cohabitent une population à fort pouvoir d'achat, intéressée par les produits locaux, bio ou de qualité, et une population qui n'a pas les moyens d'avoir une alimentation équilibrée et de qualité. La précarité alimentaire ne renvoie pas à une situation unique et fixe dans le temps mais à une situation évolutive selon les trajectoires de vie.

Plusieurs études tentent de qualifier la précarité alimentaire et d'en quantifier l'importance en Île-de-France. Il existe des approches par public ou par l'offre alimentaire (encadré). Lors d'une étude menée dans l'agglomération parisienne (SIRS 2010), plusieurs caractéristiques des ménages ayant connu une situation d'insécurité alimentaire (IA) dans les douze derniers mois ont été identifiées [6]. L'insécurité alimentaire a été mesurée à l'aide du Household Food Security Survey Module (HFSSM) créé par le United States Department of Agriculture (USDA) en 1996. Cette échelle permet de distinguer les ménages en sécurité alimentaire, en insécurité alimentaire modérée et sévère. Dans sa version complète, le questionnaire comporte dix-huit questions ; elles ont été réduites à dix questions dans cette étude et portaient de façon factuelle sur la situation des ménages concernant la suffisance et la disponibilité alimentaire pour des raisons financières. Un score unique a permis de créer une variable à trois catégories (sécurité alimentaire, IA modérée et IA sévère). La prévalence la plus élevée d'IA était observée chez les ménages dont les revenus étaient issus des minima sociaux et chez les ménages les plus pauvres. Le fait d'avoir un enfant de moins de trois ans était péjorativement associé à l'IA chez les ménages les plus pauvres. La prévalence d'IA était particulièrement faible parmi les ménages dont le chef était un cadre ou une personne de plus de 60 ans.

Afin d'identifier la précarité alimentaire en Île-de-France, un diagnostic a été mené en 2021-2022 par le Crédoc et l'Ansa, avec le soutien de la DRHIL. L'indicateur de déficit d'offre alimentaire (carte 1) a été défini par la distance au marché de plein air le plus proche ; la distance au commerce de proximité le plus proche ; la distance à l'hypermarché le plus proche ; la distance au restaurant universitaire le plus proche. L'indicateur qualifiant la potentielle précarité alimentaire (carte 2) comporte huit variables basés sur les diplômes, les ressources, la composition des ménages, la situation vis-à-vis de l'emploi. Certains des territoires les plus marqués par le risque de précarité alimentaire présentent également des déficits d'offre alimentaire. Ces cartographies montrent cependant que l'étendue du phénomène de la précarité alimentaire n'est pas uniquement corrélée à l'insuffisance ou à l'inadaptation de l'offre alimentaire. De nombreuses communes du Val-d'Oise ou de Seine-et-Marne en particulier présentent des populations potentiellement en précarité alimentaire alors même que l'offre alimentaire n'y est pas déficitaire.

Diagnostiquer la précarité alimentaire à une échelle locale

Il existe deux grandes approches possibles pour qualifier la précarité alimentaire sur un territoire :

■ **L'approche par « public »** : caractériser la précarité économique et sociale permet de distinguer la précarité monétaire des ménages et les catégories de ménages les plus vulnérables.

■ **L'approche par « l'offre »** : s'intéresser au « paysage alimentaire » est une autre façon de mesurer les inégalités d'accès à l'alimentation. Cela inclut la restauration scolaire, l'offre d'aide alimentaire, l'offre de restauration rapide ou les marchés.

La restauration scolaire est un enjeu clé au diagnostic complexe (hétérogénéité des situations). Par ailleurs, il est aussi important de mettre en relation l'offre alimentaire sur un territoire et les capacités de mobilité des ménages.

Source : Dominique Paturel, Christophe-Toussaint Soulard, Simon Vonthron. Diagnostiquer la précarité alimentaire à une échelle locale. 2019, 4 p. ffhal-0279168

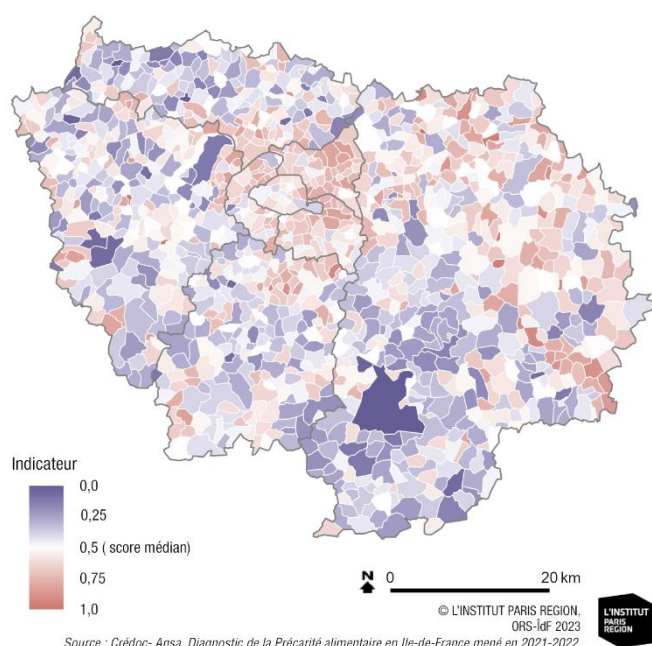
PERSPECTIVES

Compte tenu de la quasi-absence de données sur le sujet en Île-de-France et de l'hétérogénéité des populations, une meilleure connaissance des habitudes alimentaires et de leur diversité serait nécessaire.

Par ailleurs, les interactions étroites entre l'alimentation, la santé, les industries agroalimentaires, l'agriculture et l'élevage placent les questions alimentaires au cœur des politiques publiques intersectorielles et leur imposent de se coordonner et de viser des actions en direction de tous ces secteurs d'activité (voir également les perspectives des fiches « Surpoids et obésité » ainsi qu' « Activité physique et sédentarité »).

L'alimentation est l'une des sources d'inégalités les plus invisibles car elle reste majoritairement perçue à travers sa fonction biologique et nutritionnelle, ce qui conduit à répondre au problème de la précarité alimentaire essentiellement par la distribution de produits alimentaires aux populations concernées (aide alimentaire). Les produits distribués via l'aide alimentaire ne couvrent souvent pas l'ensemble des besoins nutritionnels des bénéficiaires (aux niveaux quantitatifs et qualitatifs), et les politiques publiques centrées sur l'aide alimentaire ne permettent pas de répondre à tous les enjeux. Le Conseil national de l'alimentation rappelle par exemple le rôle essentiel de la restauration collective, et notamment de la restauration scolaire dans la lutte contre la précarité alimentaire.

Si des travaux sur les inégalités sociales autour de l'alimentation sont aujourd'hui conduits pour comprendre les comportements alimentaires, il n'y pas suffisamment d'études transversales qui pourraient donner des pistes d'action articulant les approches épidémiologiques et sociales.

Carte 1. Indicateur synthétique du déficit de l'offre alimentaire classique par communes. Île-de-France. 2021-2022**Notes de lecture pour les cartes 1 et 2**

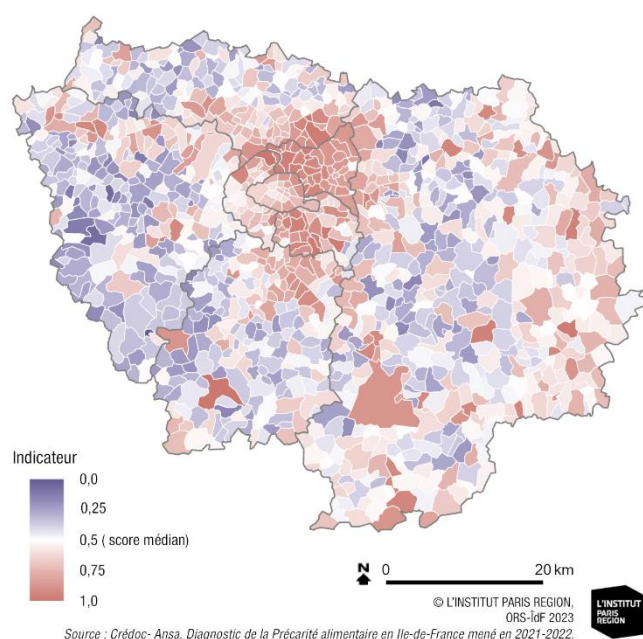
Pour chaque composante de l'axe, une note de 0 à 1 est obtenue en classant les communes de « la moins en difficulté » à « la plus en difficulté ». La note vaut 0 pour les 10 % des communes les moins en difficulté, et 1 pour les 10 % les plus en difficulté.

blanc correspond au score médian (score pour lequel la moitié des communes est au-dessus),
rouge correspond aux communes qui cumulent le plus de difficultés sur l'axe,
bleu aux communes qui cumulent le plus d'avantages sur l'axe.

Pour plus d'informations méthodologiques, consulter le site internet dédié.

Sources mobilisées pour cet indicateur :

Base Permanente des Equipements 2020, INSEE
Sites internet des CROUS (Créteil, Versailles, Paris, Normandie, Orléans-Tours, Amiens - Picardie, Reims, Bourgogne-France Comté), dernier trimestre 2021
Sites internet des marchés
(75,77,78,91,92,93,94,95,27,28,45,60,02,51,10,89), dernier trimestre 2021
Recensement 2018, base mobilités scolaires, INSEE

Carte 2. Indicateur synthétique des publics potentiellement en précarité alimentaire par commune. Île-de-France. 2021-2022**Sources mobilisées pour cet indicateur :**

Insee, RP2018, géographie au 01/01/2021
CAF, Observatoire des territoires - ANCT, 2019
Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-Ccmsa, Fichier localisé social et fiscal (FiLoSoFi) en géographie au 01/01/2021
CAF, au 31 décembre 2018

Références

- [1] OMS. Alimentation saine [internet]. Disponible : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>
- [2] Santé publique France. L'essentiel des recommandations [internet]. Disponible : <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/nutrition-et-activite-physique/documents/depliant-flyer/l-essentiel-des-recommandations-sur-l-alimentation>
- [3] Santé publique France. Les résultats de l'étude ESTEBAN 2014-2015
- [4] Santé publique France. CoviPrev : une enquête pour suivre l'évolution des comportements et de la santé mentale pendant l'épidémie de Covid-19
- [5] Delamaire C, Sarda B, Ducrot P, Verdot C, Deschamps V, Serry AJ. Comportements alimentaires et déterminants de la prise de poids des adultes en France pendant le confinement lié à la Covid-19 : évolutions perçues (CoviPrev, 2020). Bull Epidemiol Hebd. 2021;(Cov_7):2-11.
- [6] Martin-Fernandez J, Caillavet F, Chauvin P. L'insécurité alimentaire dans l'agglomération parisienne : prévalence et inégalités socio-territoriales. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire - Bull Epidemiol Hebd. 2011 :49-50, 515-521.

Surpoids et obésité

LES POINTS ESSENTIELS

- ▶ Une proportion stable d'adultes est en surcharge pondérale (obésité incluse) entre 2017 et 2021 en Île-de-France comme en France métropolitaine, mais il y a une tendance à l'augmentation de l'obésité massive (IMC ≥ 40) qui semblerait persister,
- ▶ De multiples facteurs agissent sur le surpoids et l'obésité, parmi eux le gradient social de santé reste très marqué tant chez les enfants que chez les adultes,
- ▶ Les Parisiens sont moins en surcharge pondérale que les habitants de la proche et grande couronne,
- ▶ Les hommes sont plus souvent en surpoids que les femmes, les femmes davantage en situation d'obésité que les hommes.

A l'exception des données en provenance des enquêtes Esteban 2015 et ENNS 2006 dans lesquelles le poids et la taille ont été mesurés de façon standardisée, toutes les données de poids et de taille présentées dans cette fiche sont des données issues d'enquêtes déclaratives. Dans les enquêtes déclaratives, les personnes ont tendance à sous-estimer leur poids et sur-estimer leur taille, induisant une sous-estimation de l'IMC.

ENJEUX

Surpoids et obésité : des enjeux de santé publique considérables

Au cours des dernières décennies, la baisse de l'activité physique, l'accroissement des modes de vie sédentaires ainsi que le développement d'une alimentation ultra transformée (trop riche en aliments gras et/ou sucrés et/ou salés, de bas coût et réduisant le temps de préparation des repas) ont favorisé le développement du surpoids et de l'obésité (voir encadré de définitions ci-contre), tant chez les enfants que chez les adultes, initialement dans les pays à forts revenus, mais également aujourd'hui dans les pays de plus faibles revenus, notamment en milieu urbain [1]. Ainsi, selon l'OMS, la prévalence de l'obésité au niveau mondial aurait triplé entre 1975 et 2016, date à laquelle 39 % des adultes âgés de 18 ans et plus étaient en surpoids et 13 % souffraient d'obésité [1]. Aujourd'hui, l'obésité peut être qualifiée de pandémie mondiale non infectieuse et est un enjeu très important de santé publique.

Chez les enfants, les conséquences du surpoids et surtout de l'obésité sont multiples et de long terme. Des effets sanitaires tels que les pathologies ostéoarticulaires, dermatologiques, endocriniennes sont décrits. Mais c'est aussi la présence d'impacts psychologiques, tels qu'une faible image de soi, des troubles anxieux et dépressifs aggravés par la stigmatisation de l'obésité, une moindre réussite scolaire, qui peuvent grever le futur développement social et professionnel de l'enfant. Enfin, l'obésité de l'enfant accroît le risque d'obésité à l'âge adulte, facteur de risque de nombreuses maladies chroniques : diabète, maladies cardiovasculaires, certains types de cancer dont le cancer du sein, arthrose, problèmes respiratoires et hormonaux. L'obésité et le surpoids même légers se sont avérés être des facteurs de risque de développer des formes graves de la Covid-19 et d'en mourir...

SITUATION ACTUELLE ET EVOLUTION

Peu de données existent à l'échelle régionale pour les moins de 18 ans. Quand elles existent, elles sont présentées dans les fiches sur la santé des enfants et des adolescents du chapitre 6.

Une prévalence stable du surpoids et de l'obésité en France mais plus élevée que la moyenne des pays européens

Selon l'enquête Esteban de Santé publique France de 2015, 17 % de la population adulte française, soit plus de

huit millions de personnes, souffrirait d'obésité, proportion comparable à celle observée en 2006 (figure 1) [2].

Chez les enfants de 6-17 ans (figure 2), la prévalence respectivement du surpoids (obésité incluse) et de l'obésité s'élevait à 17,0 % (IC : 14,0-20,4) et 3,9 % (2,5-6,0), sans différence significative entre les garçons et les filles [2].

Moins de surpoids et d'obésité déclarés en Île-de-France qu'ailleurs en France

Dans cette partie, les données sont issues du Baromètre 2021 de Santé publique France et sont comparées à celles du Baromètre de 2017 chez les adultes de 18 à 75 ans. Ce sont des données déclaratives de poids et de taille, donc probablement biaisées (sous-estimation du poids et surestimation de la taille), biais que l'on suppose constant d'une enquête à l'autre.

Les fréquences de surpoids et d'obésité observées en Île-de-France, en 2021, diffèrent du reste de la France : respectivement 29,3 % et 13,3 % en Île-de-France contre 32,2 % et 14,8 % dans le reste de la France. De plus, la proportion de Franciliens en surcharge pondérale n'a pas évolué en Île-de-France entre 2017 et 2021, tandis qu'elle a augmenté dans le reste de la France (figure 3).

L'obésité plus fréquente chez les femmes, une surcharge pondérale qui augmente avec l'âge

En Île-de-France comme ailleurs en France, les hommes sont plus souvent en surpoids que les femmes. En revanche, davantage de femmes sont en situation d'obésité (figure 3). De plus, la surcharge pondérale (obésité incluse) déclarée augmente avec l'âge : les adultes les plus jeunes présentent moins souvent de surcharge pondérale que les plus âgés (figure 4).

Des contrastes sociaux très importants

L'enquête nationale de santé mise en œuvre par la DREES auprès des élèves de CM2 au cours de l'année scolaire 2014-2015 indique, qu'en France, 18 % des enfants sont en surcharge pondérale (surpoids et obésité) et près de 4 % sont en situation d'obésité, proportion stable depuis 2008. La classe sociale d'appartenance des parents est largement associée à des situations de surcharge pondérale : les proportions d'enfants en surcharge pondérale ou en situation d'obésité sont plus élevées pour les enfants d'ouvriers (respectivement 22 % et 6 %) que pour les enfants de cadres (respectivement 13 % et 1 %) (tableau 1) [3].

Définitions

Surpoids et obésité sont des problèmes de santé complexes multifactoriels impactant de nombreux aspects présents et futurs de la santé physique, de la santé mentale et du développement psychosocial des personnes. Si le déséquilibre entre un apport alimentaire excessif et une dépense d'énergie insuffisante avec un bilan énergétique positif, entraîne une augmentation mécanique de la masse grasseuse et du poids, de nombreux autres facteurs rentrent en jeu dans la genèse du surpoids et de l'obésité.

Une insuffisance de sommeil, le stress, une histoire personnelle et/ou familiale de surpoids pour laquelle facteurs d'origine génétiques et culturels s'entremêlent, une prise de poids excessive durant la grossesse, le fait d'avoir souffert d'un diabète gestationnel, un poids de naissance élevé... sont des facteurs de risque d'obésité pour l'enfant à venir. Certains facteurs environnementaux sont également évoqués tels que l'exposition à des perturbateurs endocriniens ou pesticides

Définitions et mesures du surpoids et de l'obésité (OMS)

Le surpoids et l'obésité se définissent comme une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui peut nuire à la santé.

L'indice de masse corporelle (IMC) est une mesure simple du poids par rapport à la taille couramment utilisée pour estimer le surpoids et l'obésité chez l'adulte. Il correspond au poids divisé par le carré de la taille, exprimé en kg/m².

Chez les adultes, l'OMS définit le surpoids et l'obésité comme suit :

- il y a surpoids quand l'IMC est égal ou supérieur à 25 et < 30
- il y a obésité quand l'IMC est égal ou supérieur à 30.
- on parle d'obésité massive lorsque l'IMC $\geq$ 40

L'IMC est la mesure la plus utile du surpoids et de l'obésité dans une population car chez l'adulte l'échelle est la même quels que soient le sexe ou l'âge du sujet. Il donne toutefois une indication approximative car il ne correspond pas forcément au même degré d'adiposité d'un individu à l'autre.

Pour les enfants, il faut tenir compte de l'âge pour définir le surpoids et l'obésité.

Enfants de moins de 5 ans

Le surpoids est un poids par rapport à la taille debout supérieur à deux écarts-types au-dessus de la médiane des normes OMS de croissance de l'enfant et l'obésité est un poids par rapport à la taille debout supérieur à trois écarts-types au-dessus de la médiane des normes OMS de croissance de l'enfant.

Enfants de 5 à 19 ans

Pour les enfants âgés de 5 à 19 ans, le surpoids et l'obésité se définissent comme suit :

- le surpoids est un IMC pour l'âge supérieur à un écart-type au-dessus de la médiane de la croissance de référence de l'OMS,
- l'obésité est un IMC pour l'âge supérieur à deux écarts-types au-dessus de la médiane de la croissance de référence de l'OMS [1].

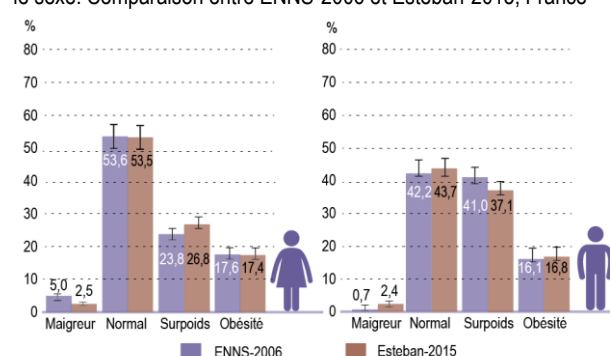
Tableau 1. Prévalences de la surcharge pondérale et de l'obésité selon le groupe socioprofessionnel des parents (%)

Groupe socioprofessionnel des parents	Surcharge pondérale	Obésité
Cadres	12,7	1,4
Professions intermédiaires	16,2	3,1
Agriculteurs, commerçants, chefs d'entreprise	19,1	3,6
Employés	20,2	4,0
Ouvriers	21,5	5,5
Ensemble	18,1	3,6

Champ : France entière (y compris Mayotte), élèves scolarisés en classe de CM2, année scolaire 2014-2015

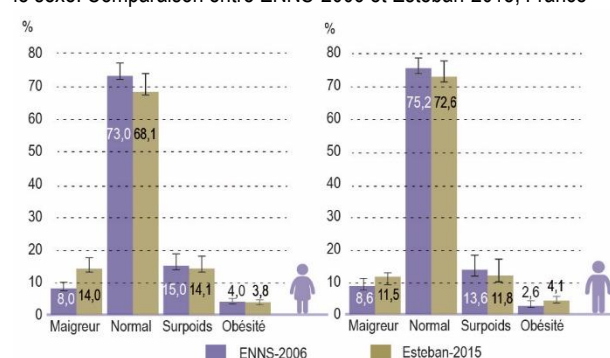
Source : Drees-Dgesco, Enquête nationale de santé auprès des élèves de CM2

Figure 1. Distribution de la corpulence des adultes de 18-74 ans selon le sexe. Comparaison entre ENNS-2006 et Esteban-2015, France



Source : Corpulence des enfants et des adultes en France métropolitaine en 2015. Résultats de l'étude Esteban et évolution depuis 2006. BEH N° 13 - 13 juin 2017

Figure 2. Distribution de la corpulence des enfants de 6-17 ans selon le sexe. Comparaison entre ENNS-2006 et Esteban-2015, France



Source : Corpulence des enfants et des adultes en France métropolitaine en 2015. Résultats de l'étude Esteban et évolution depuis 2006. BEH N° 13 - 13 juin 2017

De même, chez les adultes, la surcharge pondérale est associée aux facteurs socio-économiques et professionnels : les personnes dont le niveau de diplôme est inférieur au Bac et dont le revenu est inférieur à 1 170 euros (premier tercile) sont davantage en surcharge pondérale que les autres (tableau 2).

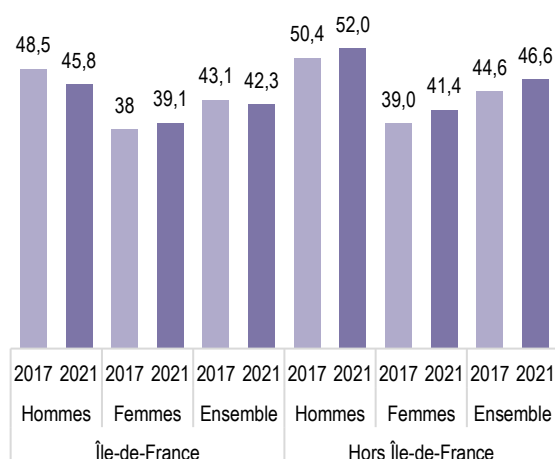
C'est peut-être ce qui explique en partie que les Parisiens (28,9 %) sont moins souvent en surcharge pondérale par rapport au reste de la région (petite couronne 45,6 % et grande couronne 42,6 %), reflet sans doute des inégalités socio-territoriales.

PERSPECTIVES

L'impact de l'obésité sur la santé mentale et physique est considérable tant chez les enfants que chez les adultes. Et si la récente stabilisation des courbes de surpoids et d'obésité en Île-de-France semble une bonne nouvelle, leurs prévalences sont trop élevées au regard des complications et des conséquences qu'ils entraînent. Une approche globale de prévention et de promotion de la santé globale est nécessaire. Prévenir l'apparition du surpoids et de l'obésité passe :

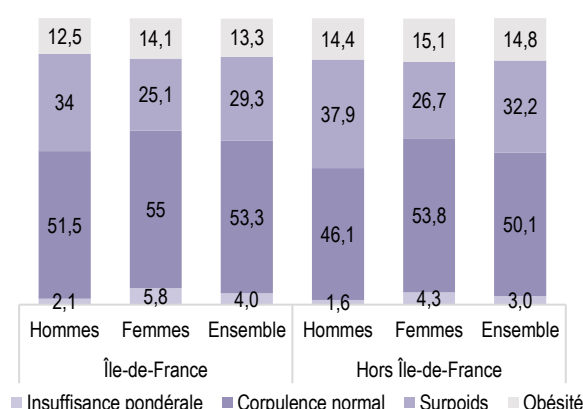
- par la promotion dès le plus jeune âge chez les enfants d'un mode de vie sain : incitation à l'activité physique (jeux actifs notamment, éducation physique et sportive), alimentation saine et équilibrée, temps et qualité de sommeil, limitation de la sédentarité et des temps d'écran ;
- par la lutte contre la stigmatisation à l'égard du surpoids et de l'obésité (à tous les âges et dans tous les milieux notamment scolaire et professionnel) et la déculpabilisation des personnes qui en souffrent ;
- par un suivi régulier de la santé et le repérage précoce des déviations de courbes de poids pour détecter aussi rapidement que possible les personnes en surcharge pondérale ou à risque, par le calcul régulier de l'IMC ;
- par la prise en charge graduée de l'obésité selon trois niveaux (fig. 6), par la structuration et l'organisation de la filière de soins, par la gradation des soins apportés selon le stade de sévérité et ou de complexité de l'obésité ;
- par le déploiement d'expérimentations innovantes en direction des personnes à risque de surcharge pondérale (telles que « Mission Retrouve ton cap ») ;
- par l'adaptation de l'environnement pour le rendre favorable à la marche, à la pratique des mobilités actives et par le développement ou le renforcement de l'accessibilité à des infrastructures sportives ;
- par la taxation par exemple des boissons sucrées (niveau législatif) ;
- par l'implication de l'industrie agroalimentaire, notamment par un étiquetage clair de la qualité nutritionnelle de produits tels que le « Nutriscore » et par l'incitation à proposer une alimentation saine, en réduisant la teneur en sel, en sucre et en graisse des aliments ;
- Par l'incitation des milieux professionnels à proposer à leur employés une alimentation saine et à favoriser la pratique d'une activité physique sur le lieu de travail.

Figure 3. Evolution 2017 2021 de la surcharge pondérale en Île-de-France et hors Île-de-France chez les personnes de 18-75 ans



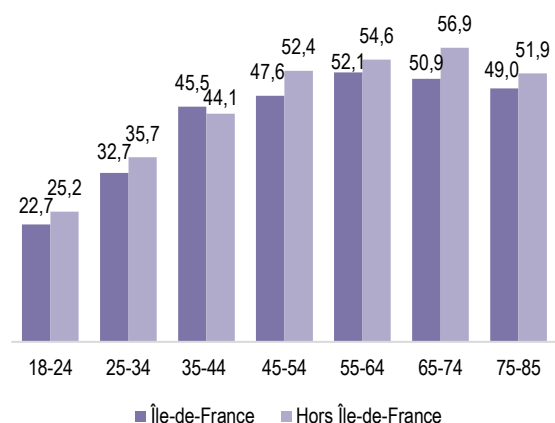
Source : Baromètres Santé publique France 2017 et 2021

Figure 4. Proportion d'insuffisance pondérale, de corpulence normale, de surpoids et d'obésité en Île-de-France et hors Île-de-France chez les personnes de 18-85 ans, en 2021



Source : Baromètre Santé publique France 2021

Figure 5. Proportion de surcharge pondérale selon l'âge en Île-de-France et hors Île-de-France chez les personnes de 18-85 ans



Source : Baromètre Santé publique France 2021

Tableau 2. Facteurs associés à la surcharge pondérale en Île-de-France

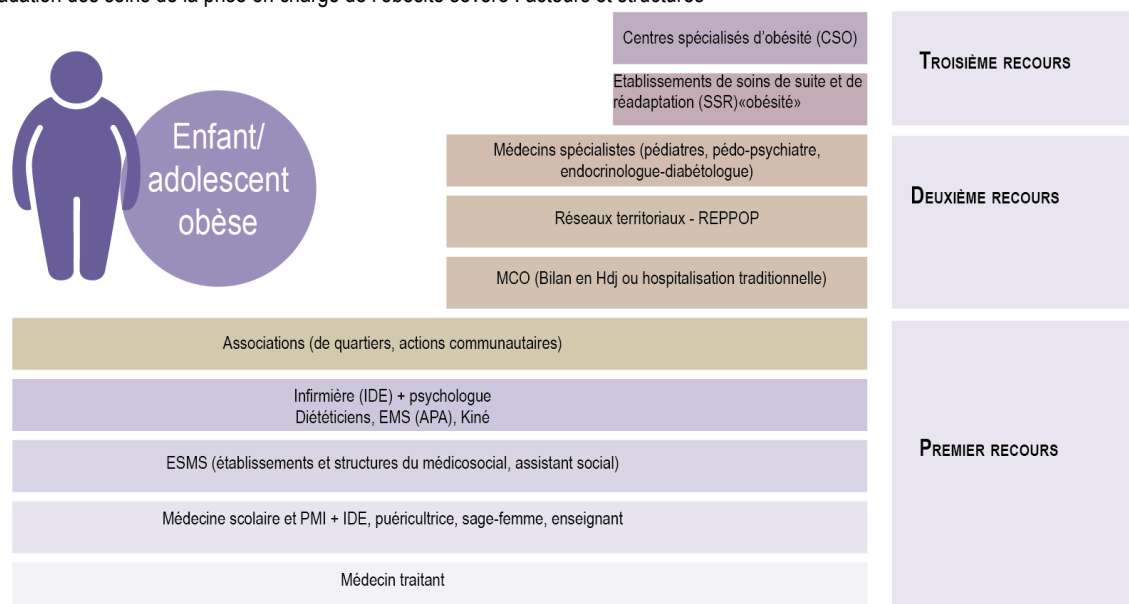
Caractéristiques	Surcharge pondérale	ORa	IC à 95 %
Sexe			
Hommes	46,5	1,0	1
Femmes	39,2	0,70***	[0,6 - 0,8]
Age			
18-24 ans	22,7	1,0	1
25-34 ans	32,7	1,69*	[1,1-2,6]
35-44 ans	45,5	2,71***	[1,7 - 4,3]
45-54 ans	47,6	2,91***	[1,8 - 4,6]
55-64 ans	52,1	3,23***	[2,0 - 5,2]
65-74 ans	50,9	2,53**	[1,4 - 4,5]
75-85 ans	49,0	2,22*	[1,2 - 4,1]
Niveau du diplôme			
< baccalauréat	54,6	1,0	1
Baccalauréat	41,0	0,86	[0,7 - 1,1]
> baccalauréat	35,1	0,6***	[0,5 - 0,7]
Niveau de revenu			
1 ^{er} tercile	49,2	1,0	1
2 ^e tercile	45,5	0,84	[0,7-1,1]
3 ^e tercile	36,9	0,63***	[0,5 - 0,8]
NSP/Refus	38,2	0,71	[0,5 - 1,0]

ORa =odds ratio ajusté sur le sexe, l'âge, le niveau de diplôme et de revenu et la situation professionnelle ; degré de signification (* <0,5, ** <0,01, ***<0,001)

Source : Baromètre Santé publique France 2021. Exploitation ORS Île-de-France

Références

- [1] OMS. Obésité et surpoids [internet]. Disponible : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- [2] Santé publique France. Etude Esteban2014-2016 – Chapitre corpulence : stabilisation du surpoids et de l'obésité chez l'enfant et l'adulte [internet]. Disponible : <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2017/etude-esteban-2014-2016-chapitre-corpulence-stabilisation-du-surpoids-et-de-l-obesite-chez-l-enfant-et-l-adulte>
- [3] Guignon N. La santé des élèves de CM2 en 2015 : un bilan contrasté selon l'origine sociale. Drees. Études et résultats, 2017 ; 993
- [4] Inserm. Obésité : une maladie des tissus adipeux [internet]. Disponible : <https://www.inserm.fr/dossier/obesite>
- [5] Van Baak MA, Pramono A, Battista F et al. Effect of different types of regular exercise on physical fitness in adults with overweight or obesity: Systematic review and meta-analyses. Obes Rev. 2021 Jul;22 Suppl 4(Suppl 4):e13239.
- [6] Inca. Surcharge pondérale et cancers [internet]. Disponible : <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Facteurs-de-risque-et-de-protection/Surcharge-ponderale>
- [7] HAS. Surpoids et obésité chez l'enfant : vers une prise en charge globale et multidimensionnelle [internet]. Disponible : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3320587/fr/surpoids-et-obesite-chez-l-enfant-vers-une-prise-en-charge-globale-et-multidimensionnelle
- [8] Ministère de la santé et de la prévention. Prise en charge graduée de l'obésité [internet]. Disponible : <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/obesite/article/la-prise-en-charge-graduee-de-l-obesite-430295>

Figure 6. Gradation des soins de la prise en charge de l'obésité sévère : acteurs et structures

Source : Ministère de la Santé et de la Prévention. La prise en charge graduée de l'obésité [internet]. Disponible : <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/obesite/article/la-prise-en-charge-graduee-de-l-obesite-430295>

Sommeil et usage des écrans

LES POINTS ESSENTIELS

- ▶ Mal dormir est connu depuis des siècles comme facteur aggravant de certaines pathologies, et le sommeil apparaît actuellement comme un véritable « déterminant de santé » en soi,
- ▶ Les données françaises indiquent une forte prévalence des troubles du sommeil chez les jeunes, et la région Île-de-France paraît particulièrement touchée mais avec des disparités sociales,
- ▶ Les analyses montrent qu'un usage excessif / abusif des écrans est associé à des troubles du sommeil et d'humeur chez les adolescents.

ENJEUX

La privation de sommeil a depuis des siècles été suspectée comme facteur aggravant de certaines pathologies et le sommeil est aujourd'hui considéré comme un véritable « déterminant de la santé » en soi. Cependant, cet enjeu de santé publique est souvent méconnu.

Les habitudes de sommeil dépendent de l'individu lui-même mais s'accommodent aussi à la société, à l'environnement dans lequel on évolue et aux politiques qui régissent le lieu de vie. Notre société vit depuis les deux dernières décennies la période de transformation technologique la plus rapide en ce qui concerne l'information et la communication. L'utilisation des écrans mobiles, des plateformes numériques, des réseaux sociaux, des logiciels intrusifs, a modifié rapidement les comportements des populations, notamment les habitudes de sommeil, entraînant parfois des comportements addictifs particulièrement chez les jeunes. La lutte contre les addictions sans substance (dont l'addiction aux écrans) est considérée aujourd'hui comme une priorité de santé publique ; notamment à cause des effets de l'usage abusif des écrans sur la santé mentale, l'obésité, les résultats scolaires chez les plus jeunes, etc.

SITUATION ACTUELLE ET EVOLUTION

Une prévalence élevée des troubles du sommeil chez les jeunes

Les données françaises indiquent une forte prévalence des troubles du sommeil chez les jeunes : plus d'un jeune Français sur deux présente au moins un trouble du sommeil et la prévalence de l'insomnie, définie par des critères internationaux, est autour de 15 %. Les données de l'enquête du Réseau Morphée chez les adolescents franciliens montrent que c'est à l'adolescence que la prévalence des troubles du sommeil augmente sensiblement. Les étudiants constituent également une population particulièrement à risque et près de la moitié d'entre eux expérimente des difficultés pour dormir.

La région Île-de-France particulièrement concernée par les troubles de sommeil

La région francilienne est particulièrement touchée par la privation de sommeil en raison de sa démographie et de sa position de grande métropole (intrication de plusieurs types de pollution). Les Franciliens ont le plus souvent des sommeils inadéquats quand on considère l'ensemble des indicateurs (figures 1, 2 et 3), et l'on a observé une baisse de la durée de

sommeil chez les jeunes au cours des dernières années (figure 2). L'insomnie chronique touche 13 % des jeunes franciliens et davantage les femmes, les personnes en détresse psychologique et celles ayant des difficultés financières (figures 1 et 4).

Seuls 17 % des Franciliens sont considérés comme bons dormeurs. Les enquêtes nationales caractérisent la population en dette de sommeil comme étant une population jeune et habitant le plus souvent la région parisienne. Chez les plus jeunes, les analyses montrent que près d'un adolescent francilien sur quatre est en privation de sommeil ou présente une somnolence diurne.

Chez les adolescents franciliens, les habitudes de sommeil sont particulièrement inappropriées les jours de repos : 75 % des adolescents se lèvent entre 9 heures et 13 heures, 62 % se couchent après minuit, 17,8 % des adolescents franciliens sont insomniaques, 40 % sont en restriction de sommeil, 20 % en privation de sommeil et près de la moitié d'entre eux rapporte un sommeil non reposant.

Rôle des écrans dans le déclin du temps de sommeil au cours des deux dernières décennies

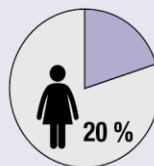
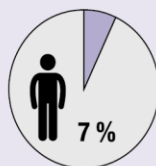
Les causes de l'augmentation de la prévalence des troubles du sommeil chez les jeunes ces dernières années ne sont pas formellement établies. L'existence de « l'effet générationnel » dans ce changement a fait suggérer, entre autres, le lien avec l'avènement du numérique et de l'usage des écrans. En France, alors que la prévalence des troubles semble se stabiliser chez les personnes plus âgées, elle augmente chez les jeunes depuis le début des années 2000. Et c'est également depuis les années 2000 que le réseau internet connaît un grand essor. La technologie actuelle propose des outils de connexion de plus en plus petits qui, grâce à leur portabilité, leur performance, à des prix d'abonnements plus abordables, sont accessibles partout, en tout temps, au détriment des médias classiques comme les livres. Et les jeunes se privent de sommeil pour rester connectés. Cependant, hormis la lecture (livres), tous les autres médias sont associés à une réduction du temps de sommeil (figure 5), à un allongement de la durée d'endormissement, à des troubles du rythme circadien et à des sommeils non réparateurs. Pourtant, le manque de sommeil expose les jeunes à une vulnérabilité générale, notamment à la dépression, à des troubles de relations sociales, à des mauvaises performances scolaires, à des maladies chroniques dont l'obésité.

Figure 1. Une durée de sommeil moins importante pour les jeunes Franciliens

Temps de sommeil nocturne déclaré par les 18-24 ans en semaine ou les jours de travail

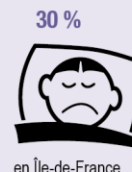


L'insomnie chronique touche presque trois fois plus les femmes



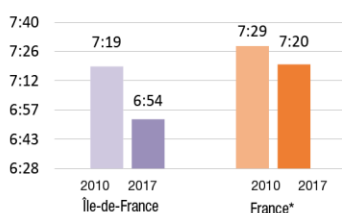
en Île-de-France

L'insomnie chronique chez les 18-30 ans en détresse psychologique



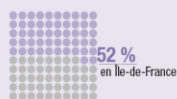
en Île-de-France

Figure 2. Une baisse de la durée du sommeil entre 2010 et 2017 plus marquée chez les jeunes Franciliens



Le temps de sommeil moyen des Franciliens âgés de 18 à 24 ans a diminué de 25 minutes entre 2010 et 2017

Figure 3. Plus de la moitié de jeunes franciliens déclarent des problèmes de sommeil récent (dans les 8 derniers jours)



% des 18-30 ans déclarant avoir eu des problèmes de sommeil dans les huit derniers jours



Figure 4. L'insomnie chronique touche plus d'un jeune francilien sur dix, concerne d'avantage les femmes, les personnes en situation financière difficile ou en détresse psychologique

L'insomnie chronique chez les 18-30 ans

13 % en Île-de-France



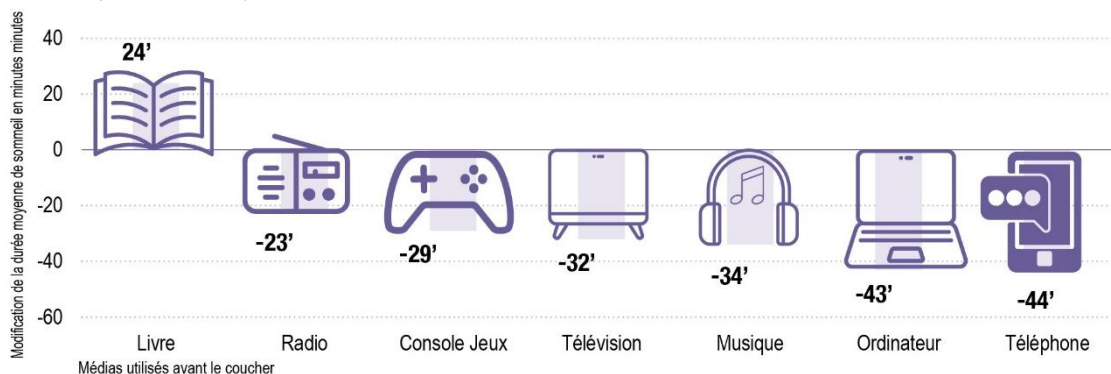
L'insomnie chronique touche deux fois plus les jeunes percevant leur situation financière comme juste ou difficile



20 %

en Île-de-France

Figure 5. L'usage de médias avant le coucher entraine une réduction de la durée du sommeil sauf la lecture (résultats de l'enquête HBSC 2010)



Sources : Baromètre Santé publique France, 2017, enquête HBSC - Exploitation ORS Île-de-France - Pictos : Noun project

Un adolescent sur quatre a des activités nocturnes sur les écrans

Tous les chiffres qui suivent sont issus de l'enquête du Réseau Morphée (auprès de plus de 2 513 collégiens et lycéens franciliens entre 2015 et 2019). Les analyses ont été réalisées par l'ORS-Île-de-France.

En Île-de-France, plus de neuf adolescents sur dix possèdent des smartphones, 65 % possèdent une télévision ou un ordinateur dans l'espace nuit. Les activités avant le coucher se répartissent essentiellement entre l'usage de smartphones (22,3 %) et l'utilisation d'autres types d'écrans (39,7 %). Seuls 8,9 % des adolescents lisent avant le coucher. Plus d'un adolescent sur quatre (26,7 %) a des activités nocturnes sur écran (envois de SMS, échanges sur les réseaux sociaux, jeux en ligne etc.) et 33,6 % de ceux qui ont ce type d'activités nocturnes sont réveillés par des notifications de leurs téléphones, et 26 % programment leur réveil pour se connecter en cours de nuit. Par ailleurs, 50 % des adolescents qui regardent les écrans plus de deux heures dans la soirée, dorment moins de sept heures par nuit.

L'usage des petits écrans plus d'une heure dans la soirée (après le dîner) perturbe le sommeil des adolescents

Le risque de privation de sommeil (< 7 heures de sommeil par nuit), d'insomnie, de sommeil non réparateur est plus important chez les adolescents qui utilisent des écrans plus d'une heure dans la soirée avec une relation de type dose-réponse (c'est-à-dire plus la durée d'usage des écrans est élevée, plus important est le risque de trouble) (figures 7 et 8).

L'usage des écrans plus d'une heure en soirée perturbe le fonctionnement diurne des adolescents

Chez l'adolescent, le sommeil participe à la consolidation de la mémoire et à l'équilibre psychologique. Le risque d'irritabilité d'angoisse, de frustration, de manque d'énergie dans la journée est proportionnel à la durée d'utilisation d'écrans en soirée chez les adolescents ayant répondu à l'enquête Morphée (figure 9).

Une utilisation d'écrans en cours de nuit, même brève, occasionne des troubles du sommeil et d'humeur chez les adolescents

On observe deux à dix fois plus de risque de troubles du sommeil chez les adolescents qui envoient des SMS, se connectent sur les réseaux sociaux ou jouent sur internet en cours de nuit. Alors que l'usage d'écran en soirée n'est associé à des troubles de sommeil qu'au-delà d'une heure d'utilisation, les

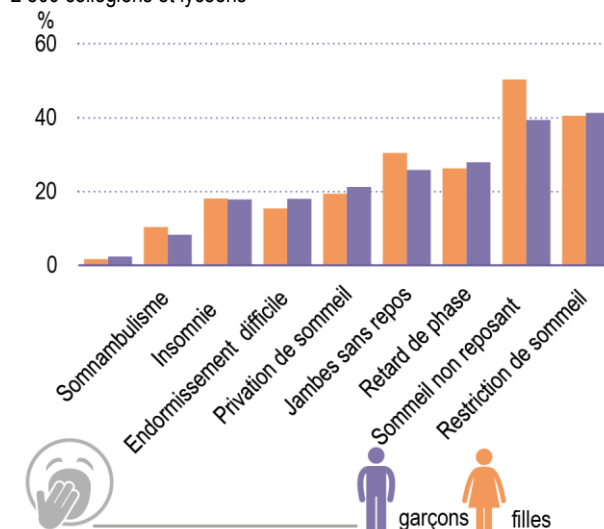
écrans utilisés lors des réveils nocturnes occasionnent des troubles de sommeil même pour des usages brefs (figures 10-11). De plus, les adolescents qui utilisent leurs écrans en cours de nuit rapportent plus de fatigue, sont moins en formes et plus irritables dans la journée (figure 12).

PERSPECTIVES

Garantir un bon sommeil est un véritable enjeu de santé publique qui ne devrait pas être réduit à la sphère individuelle. Cependant, le sommeil ne bénéficie pas encore de campagnes d'éducation populaire au même titre que les autres déterminants de la santé comme la nutrition, l'activité physique et certains autres comportements à risque (consommation de substances illicites, de tabac, d'alcool etc.).

Pour améliorer le sommeil, face à l'émergence des nouvelles technologies de l'information et de communication, des propositions telles que « une semaine sans écran » (à l'instar du mois sans tabac), des avertissements de danger lié à un usage abusif des écrans (à l'instar de ce qui est fait pour les publicités des aliments trop gras /trop sucrés), sont autant de pistes à explorer pour limiter les usages excessifs des écrans et leurs conséquences, particulièrement chez les plus jeunes.

Figure 6. Prévalence de troubles de sommeil chez les filles et garçons franciliens (10-17 ans) : résultats d'une enquête auprès de plus de 2 500 collégiens et lycéens

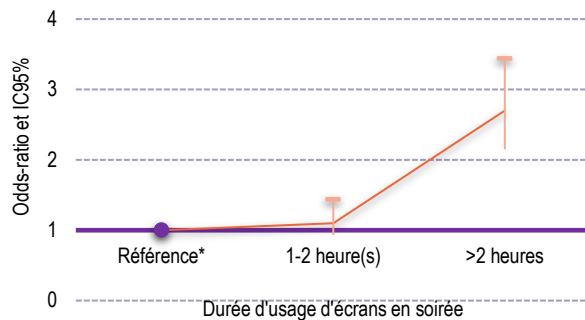


Source : Enquête Réseau Morphée, collégiens et lycéens d'Île-de-France
Exploitation : Observatoire régional de santé Île-de-France

Références

- [1] Matulonga B. Le sommeil des jeunes franciliens à l'ère du numérique ; un enjeu de santé publique largement sous-estimé [internet]. ORS Île-de-France, 2019. Disponible : <https://www.ors-idf.org/nos-travaux/publications/le-sommeil-des-jeunes-franciliens-a-ler-ere-du-numerique/>
- [2] Zayoud A, Matulonga B. Effets des écrans sur le sommeil des adolescents [internet]. ORS Île-de-France, 2020. Disponible : <https://www.ors-idf.org/nos-travaux/publications/effets-des-ecrans-sur-le-sommeil-des-adolescents/>
- [3] Hartley S. et al. Do both timing and duration of screen use affect sleep patterns in adolescents? PLoS One. 2022; 17(10)

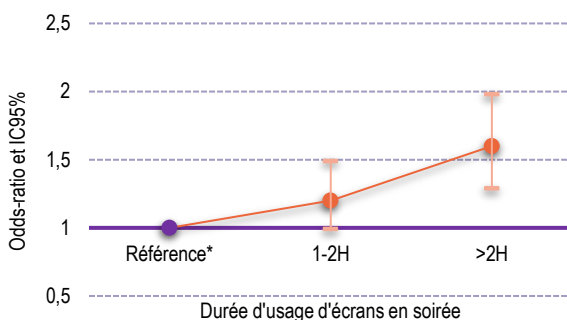
Figure 7. Risque^s de privation de sommeil en fonction de la durée d'usage des écrans en soirée (après le dîner) chez les adolescents franciliens



Privation de sommeil = durée de sommeil < 7h/nuite

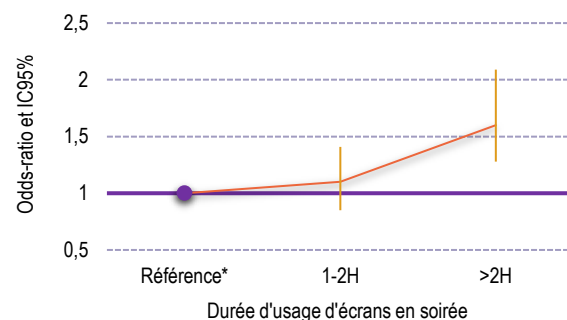
Source : Enquête Réseau Morphée auprès de collégiens et lycéens franciliens 2016-2018, exploitation ORS Île-de-France

Figure 8. Risque^s d'insomnie en fonction de la durée d'usage des écrans en soirée (après le dîner) chez les adolescents franciliens



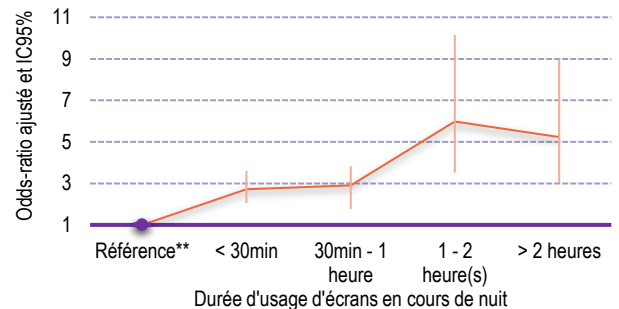
Source : Enquête Réseau Morphée auprès de collégiens et lycéens franciliens 2016-2018, exploitation ORS Île-de-France

Figure 9. Risque^s d'irritabilité des adolescents franciliens en fonction de la durée d'usage des écrans en soirée (après le dîner)



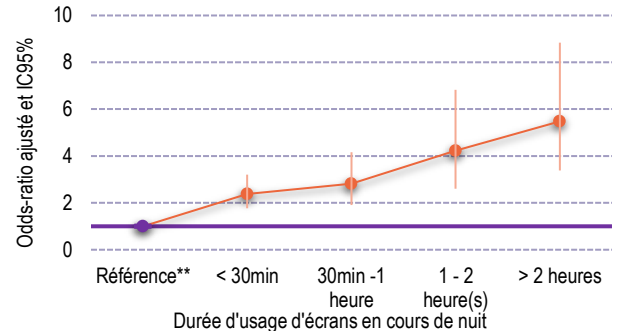
Source : Enquête Réseau Morphée auprès de collégiens et lycéens franciliens 2016-2018, exploitation ORS Île-de-France

Figure 10. Risque^s de privation de sommeil en fonction de la durée d'usage des écrans au cours des réveils nocturnes chez les adolescents franciliens



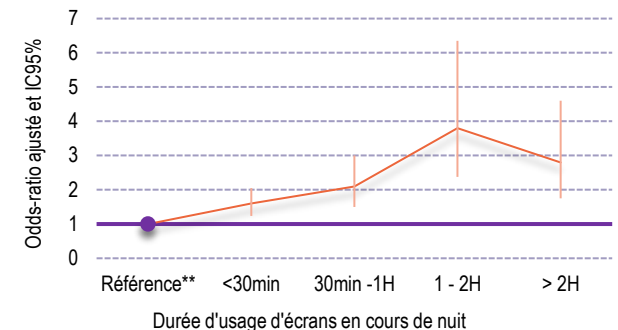
Source : Enquête Réseau Morphée auprès de collégiens et lycéens franciliens 2016-2018, exploitation ORS Île-de-France

Figure 11. Risque^s d'insomnie en fonction de la durée d'usage des écrans au cours des réveils nocturnes chez les adolescents franciliens



Source : Enquête Réseau Morphée auprès de collégiens et lycéens franciliens 2016-2018, exploitation ORS Île-de-France

Figure 12. Risque^s d'irritabilité des adolescents franciliens en fonction de la durée d'usage des écrans au cours des réveils nocturnes



Source : Enquête Réseau Morphée auprès de collégiens et lycéens franciliens 2016-2018, exploitation ORS Île-de-France

^s Le terme risque : correspond ici aux odds-ratio calculés par un modèle de régression logistique, après prise en compte de l'âge, du genre, du niveau scolaire et du niveau social

* Pour l'étude de l'usage des écrans en soirée (après le dîner), nous comparons le risque de chaque trouble chez les adolescents utilisant les écrans une à deux heures ou plus de deux heures en soirée aux adolescents qui utilisent leurs écrans moins d'une heure en soirée (après le dîner).

** Pour l'étude de l'usage des écrans en cours de nuit (réveil nocturne), nous comparons le risque de chaque trouble chez les adolescents qui utilisent les écrans (quelle que soit la durée) aux adolescents qui n'utilisent jamais leurs écrans en cours de nuit

Consommation de tabac

LES POINTS ESSENTIELS

- ▶ 28,5 % des Franciliens de 18-85 ans fument, y compris occasionnellement, et 21 % quotidiennement, moins que dans le reste de la France,
- ▶ Le tabagisme quotidien est plus élevé chez les personnes moins favorisées (moins diplômées, faibles revenus, chômeurs) et s'est accru chez elles depuis 2017, tandis qu'il a diminué chez les personnes les plus favorisées,
- ▶ Six fumeurs sur dix souhaitent arrêter de fumer, avec un projet d'arrêter dans les six prochains mois pour la moitié de ceux qui ont envie d'arrêter.

ENJEUX

Le tabac, première cause de mortalité évitable

Première cause de mortalité évitable, de mortalité par cancer et de mortalité prématurée (avant 65 ans), l'usage du tabac est responsable de 75 000 décès en France en 2015, soit 13 % de l'ensemble des décès. Les conséquences sanitaires et sociales très importantes du tabagisme en France et les efforts de prévention déployés pour le contraindre ont fait de son suivi un axe indispensable des politiques de santé publique.

Le tabagisme frappe plus lourdement les personnes moins favorisées

La littérature a largement étayé les inégalités sociales en matière de tabagisme, montrant que les personnes moins favorisées sont plus souvent fumeuses quotidiennes que les autres, suivant un gradient social selon le niveau de diplôme et de revenu, ainsi que selon la situation vis-à-vis de l'emploi : 46 % des personnes au chômage déclarent fumer quotidiennement [1]. Le statut socio-professionnel entre en jeu également : être cadre ou avoir une profession intellectuelle supérieure est associé à une moindre probabilité de fumer quotidiennement que les ouvriers. Le suivi des indicateurs de tabagisme selon les déterminants sociaux est indispensable dans l'élaboration des politiques de prévention.

SITUATION ACTUELLE ET ÉVOLUTION

Plus d'un francilien sur cinq fume quotidiennement, un peu moins que dans le reste de la France

En Île-de-France, près de trois personnes sur dix déclarent fumer, ne serait-ce que de temps en temps, proportion inférieure à celle observée dans le reste de la France. Parmi elles, deux sur dix fument quotidiennement en Île-de-France, moins que dans le reste de la France (figure 1). Les fumeurs occasionnels sont en revanche un peu plus nombreux en Île-de-France, surtout chez les hommes. Les Franciliens, hommes ou femmes, sont par ailleurs plus nombreux que les non Franciliens à n'avoir jamais fumé au cours de leur vie.

Les données montrent des variations selon le sexe et l'âge. Ainsi, les femmes sont moins nombreuses que les hommes à fumer, que ce soit en Île-de-France ou dans le reste de la France (figure 1), mais l'écart tend à diminuer au fil du temps en Île-de-France (figure 2). Selon l'âge, la proportion de fumeurs quotidiens tend à diminuer à partir de 45 ans, mais toutes choses égales par ailleurs (tableau 1), la probabilité de fumer quotidiennement est significativement inférieure à partir de 55 ans (par rapport aux 18-24 ans).

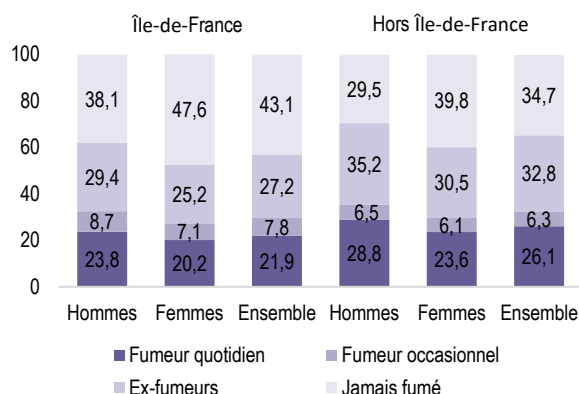
Vers un ralentissement de la baisse du tabagisme ?

En France, les évolutions montrent qu'après une relative période de stabilité entre 2010 et 2016 (autour de 30 %), le tabagisme quotidien a baissé de manière inédite jusqu'en 2019 pour se stabiliser entre 2019 et 2020 (25,5 %), recul qui s'inscrit dans une tendance mondiale [2]. La prévalence a même augmenté chez les femmes entre 2019 et 2021 [1]. Les différents plans nationaux de lutte contre le tabagisme [3], avec notamment l'augmentation du prix des paquets de tabac, la prise en charge des traitements nicotiniques de substitution, la mise en place du mois sans tabac, ont permis ces baisses. Les données récentes indiquent cependant une reprise de la consommation chez les femmes et les personnes les moins diplômées [1]. En Île-de-France, la baisse de la proportion de fumeurs quotidiens constatée depuis 2010 pour les hommes et depuis 2016 pour les femmes [4] ne se poursuit pas en 2021. La proportion de fumeurs quotidiens est en effet stable depuis 2017, chez les hommes ou les femmes. En revanche dans le reste de la France, la baisse constatée chez les hommes depuis 2016 [4] se poursuit en 2021, et chez les femmes, la prévalence diminue pour la première fois depuis 2005.

Les personnes les plus favorisées déclarent moins souvent fumer quotidiennement

Les prévalences du tabagisme quotidien selon les déterminants sociaux sont plus faibles chez les personnes les plus favorisées (tableau 1). Ces résultats sont confirmés dans les analyses multivariées où, toutes choses égales par ailleurs (âge, sexe, niveau de diplôme, de revenus et situation professionnelle), les probabilités de fumer quotidiennement sont plus faibles chez les personnes ayant le Bac ou un niveau de diplôme supérieur au Bac, ainsi que chez celles ayant un niveau de revenus par unité de consommation supérieur à 1 800 € (3^e tercile) (tableau 1). Les personnes au chômage ont au contraire un risque de tabagisme plus élevé que les actifs occupés.

Les évolutions entre 2017 et 2021 selon ces déterminants montrent que, en Île-de-France, les écarts selon le niveau de diplôme ont augmenté en défaveur des moins diplômés (figure 3a), ce qui n'est pas le cas hors Île-de-France, où les prévalences ont diminué pour tous les niveaux de diplôme. Les écarts ont également augmenté entre les niveaux de revenus les plus élevés et les moins élevés en défaveur des personnes moins favorisées (figure 3b), ce qui n'est pas non plus le cas hors Île-de-France où les prévalences ont diminué pour tous les niveaux de revenus.

Figure 1. Statut tabagique chez les hommes et les femmes de 18-75 ans en 2021 en Île-de-France et hors Île-de-France (en %)

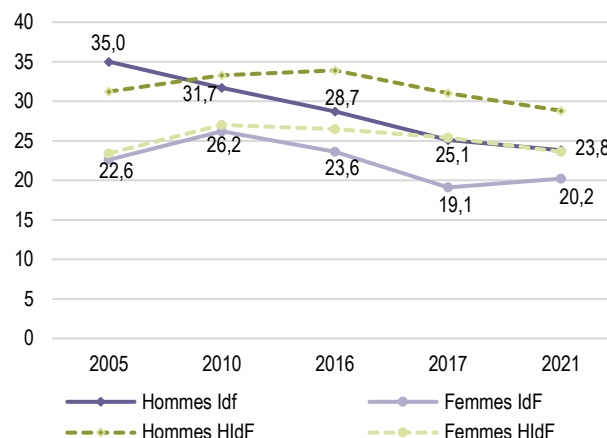
Source : Baromètre Santé publique France 2021, exploitation ORS Île-de-France

Tableau 1. Facteurs associés au tabagisme quotidien chez les personnes de 18-75 ans en 2021 en Île-de-France

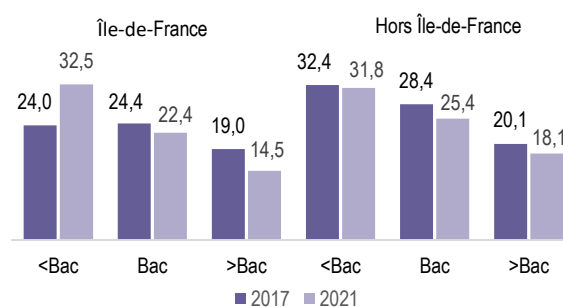
Modèle de régression logistique	%	ORa (IC – 95%)
Sexe		
Hommes	23,8	1
Femmes	20,2	0,86 (0,69-1,06)
Age		
18 - 24 ans	21,6	1
25 - 34 ans	24,1	0,91 (0,55-1,48)
35 - 44 ans	25,6	0,85 (0,51-1,43)
45 - 54 ans	22,0	0,68 (0,41-1,15)
55 - 64 ans	20,7	0,55 (0,32-0,96)
65 - 75 ans	15,4	0,35 (0,17-0,71)
Niveau de diplôme		
< baccalauréat	32,5	1
Baccalauréat	22,4	0,61 (0,45-0,83)
> baccalauréat	14,5	0,35 (0,27-0,46)
Niveau de revenus		
1 ^{er} tercile	29,0	1
2 ^e tercile	25,0	1,05 (0,78-1,41)
3 ^e tercile	15,6	0,77 (0,58-1,03)
NSP/Refus	16,4	0,56 (0,35-0,90)
Situation professionnelle		
Travail	21,6	1
Etudes	16,2	0,55 (0,32-0,96)
Chômage	36,3	1,56 (1,07-2,27)
Inactifs	19,4	1,09 (0,71-1,67)

Source : Baromètre Santé publique France 2021, exploitation ORS Île-de-France

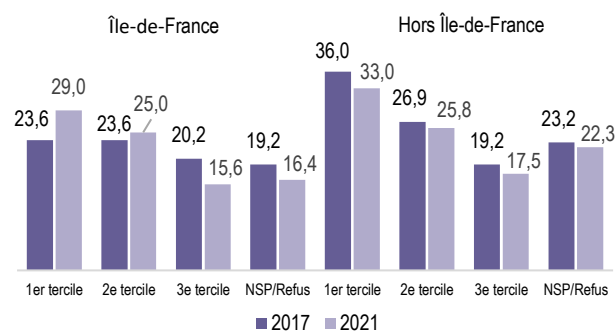
ORa = odds ratio ajustés sur le sexe, l'âge, le niveau de diplôme, de revenus et la situation professionnelle ; intervalle de confiance à 95 %.

Figure 2. Evolution de la prévalence du tabagisme quotidien entre 2017 et 2021 chez les personnes de 18-75 ans en Île-de-France et hors Île-de-France (en %)

Sources : Baromètres Santé publique France 2017 et 2021, exploitation ORS Île-de-France

Figure 3. Evolution de la prévalence du tabagisme quotidien entre 2017 et 2021 chez les personnes 18-75 ans selon :**3a. Le niveau de diplôme (en %)**

Sources : Baromètres Santé publique France 2017 et 2021, exploitation ORS Île-de-France

3b. Le niveau de revenus

Sources : Baromètres Santé publique France 2017 et 2021, exploitation ORS Île-de-France

La majorité des fumeurs souhaite arrêter de fumer à plus ou moins court terme

Bien que les Franciliens soient moins nombreux que les non Franciliens à fumer quotidiennement, ils aspirent plus souvent à arrêter de fumer : parmi les Franciliens, hommes et femmes, de 18-75 ans ayant déclaré fumer, quotidiennement ou occasionnellement, 61 % disent avoir envie d'arrêter de fumer (figure 4). Il n'est, par ailleurs, pas observé de différence entre les hommes et les femmes, que ce soit en Île-de-France ou hors Île-de-France. Cette envie d'arrêter peut faire l'objet d'un projet à relativement court terme ou rester plus vague. Ainsi, parmi les fumeurs franciliens ayant répondu avoir envie d'arrêter de fumer, 47 % ont un projet d'arrêt dans les six prochains mois dont 22 % dans le mois à venir.

La cigarette électronique plus souvent utilisée par les fumeurs que par les non-fumeurs ou les ex-fumeurs

Environ 36 % des Franciliens de 18-75 ans déclarent avoir déjà expérimenté la cigarette électronique, un peu moins que dans le reste de la France, et les hommes plus que les femmes. Une utilisation actuelle de la cigarette électronique concerne 6 % des Franciliens, moins que dans le reste de la France. Son usage est générationnel : 55 % des jeunes franciliens de 18-24 ans l'ont expérimentée, ce chiffre chute à 28 % des 55-64 ans et 16,2 % des 65-75 ans.

Ce sont les fumeurs qui ont le plus souvent expérimenté la cigarette électronique : en Île-de-France, huit fumeurs quotidiens sur dix et sept fumeurs occasionnels sur dix l'ont expérimentée contre trois ex-fumeurs sur dix et moins d'une personne n'ayant jamais fumé sur dix (figure 5). Un tel constat peut être fait pour son utilisation actuelle : en Île-de-France, 13 % des fumeurs quotidiens ou occasionnels en sont utilisateurs actuels contre 8 % des ex-fumeurs et 0,2 % des non-fumeurs.

L'expérimentation de la cigarette électronique a augmenté au cours des dernières années, avec une proportion de personnes l'ayant déjà essayée au cours de la vie qui est passée de 31 % à 36 % des Franciliens de 18-75 ans entre 2017 et 2021. En Île-de-France, cette expérimentation a augmenté chez les fumeurs quotidiens ou occasionnels, tandis qu'elle est restée stable chez les ex-fumeurs ou les non-fumeurs (figure 5).

Si une étude a montré que l'usage régulier de la cigarette électronique était lié à une réduction de la consommation de tabac et à des tentatives d'arrêt plus fréquentes, elle n'apportait en revanche pas de preuve sur l'aide à l'arrêt du tabac [5]. Par ailleurs, le Haut Conseil de la Santé publique (HCSP) estime que les connaissances fondées sur les preuves sont insuffisantes pour proposer la cigarette électronique comme aide au sevrage tabagique dans la prise en charge des fumeurs par les professionnels de santé, et qu'il est préférable d'utiliser des traitements ayant prouvé leur efficacité [6].

Un peu plus d'une Francilienne sur dix fumait lors de la découverte de sa grossesse

Si les femmes sont moins nombreuses que les hommes à fumer, la consommation de tabac présente un risque spécifique pour celles-ci : en Île-de-France, parmi les femmes actuellement enceintes ou ayant eu un enfant au cours des cinq dernières années, 12 % ont déclaré fumer lors de la découverte

de leur grossesse, proportion très inférieure à celle observée dans le reste de la France (fig. 6). Par rapport à 2017, ces proportions n'ont pas diminué, que ce soit en Île-de-France ou dans le reste de la France. Et parmi les femmes qui fumaient lors de la découverte de la grossesse, 57 % en Île-de-France (54 % hors Île-de-France) ont déclaré avoir continué à fumer pendant leur grossesse. Ces résultats, certes meilleurs en Île-de-France que dans le reste de la France, sont à replacer dans un contexte international où la France continue d'afficher une prévalence tabagique quotidienne parmi les plus élevées d'Europe occidentale, notamment chez les femmes enceintes : avec 25 % d'usage quotidien, elle se situe au 7^e rang des pays les plus touchés par le tabagisme actif pendant la grossesse [5].

PERSPECTIVES

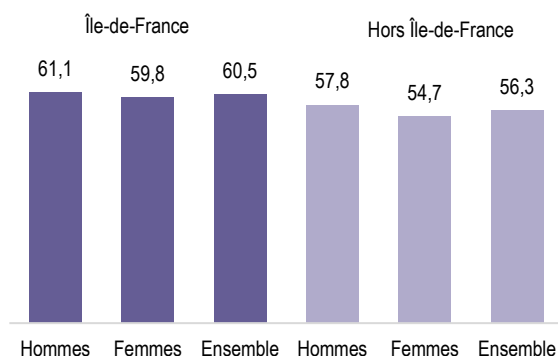
La lutte contre le tabagisme doit s'intensifier auprès des populations moins favorisées

L'arrêt du recul du tabagisme constaté en Île-de-France sur la période récente, marquée par la crise de la Covid-19 et des crises économiques, remet la lutte contre le tabagisme aux premiers plans des enjeux de santé publique en Île-de-France. Ceci d'autant plus que la hausse du tabagisme est principalement constatée parmi les personnes les moins favorisées socialement, risquant ainsi d'accroître les inégalités sociales de santé qui marquent déjà fortement la population française et francilienne. La lutte contre le tabagisme doit ainsi mettre l'accent sur les populations les moins favorisées sans négliger les femmes en âge de procréer.

Une articulation nécessaire avec la promotion de la santé mentale

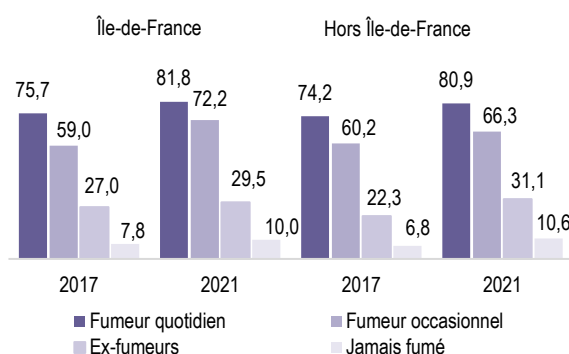
Des enquêtes récentes ayant mis en avant le lien entre l'augmentation du tabagisme et la gestion du stress pendant la crise de la Covid-19 [1] interrogent sur l'articulation de la prévention du tabagisme avec la promotion de la santé mentale. La crise sanitaire ayant mis à rude épreuve la santé mentale des populations moins favorisées [7], la lutte contre le tabagisme et l'amélioration de la santé mentale doivent être réalisées en synergie. Des pistes d'action existent et celles ayant fait preuve de leur efficacité auprès des populations précaires sont à privilégier [8]. Si dans la littérature, certaines interventions, comme l'augmentation du prix du tabac ou la promotion de médicaments d'aide à l'arrêt gratuits, semblent bénéficier davantage aux personnes ayant un niveau socio-économique plus faible, certaines études menées en France contredisent ces résultats et indiquent des mesures complémentaires pour les populations moins favorisées. Les interventions individuelles sont notamment à utiliser pour réduire la prévalence du tabagisme dans toutes les classes sociales, mais d'autant plus parmi les populations moins favorisées. Par exemple, le soutien comportemental en face-à-face, l'aide par téléphone utilisant les techniques de l'entretien motivationnel, la sensibilisation au tabagisme passif des enfants, pourraient constituer un levier pour l'arrêt du tabac des parents [8].

Figure 4. Envie d'arrêter de fumer parmi les fumeurs (quotidiens et occasionnels) de 18-75 ans en Île-de-France et hors Île-de-France en 2021 (en %)



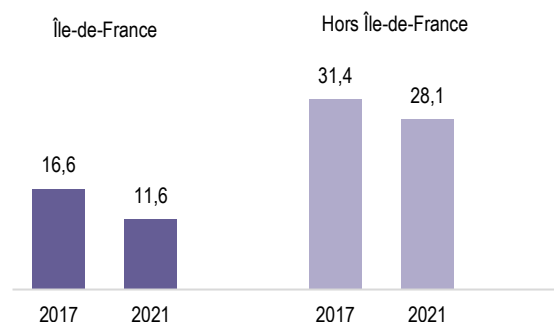
Source : Baromètre santé 2021, Santé publique France, exploitation ORS Île-de-France

Figure 5. Expérimentation de la cigarette électronique selon le statut tabagique chez les personnes de 18-75 ans en Île-de-France et hors Île-de-France en 2021 et évolution depuis 2017 (en %)



Sources : Baromètres santé 2017 et 2021, Santé publique France, exploitation ORS Île-de-France

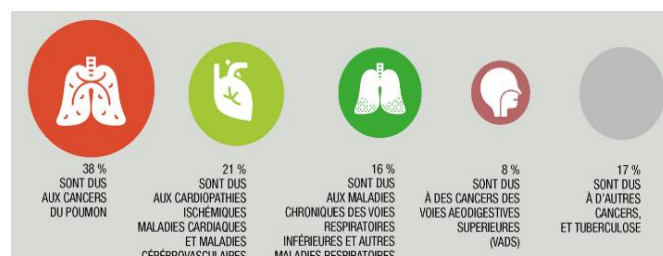
Figure 6. Prévalence du tabagisme lors de la découverte de la grossesse* chez les femmes de 18-50 ans en Île-de-France et hors Île-de-France en 2021 et évolution depuis 2017 (en %)



Sources : Baromètres santé 2017 et 2021, Santé publique France, exploitation ORS Île-de-France

* Grossesse actuelle pour les femmes enceintes ou dernière grossesse pour les mères d'enfants de moins de 5 ans.

Figure 7. Répartition des causes de décès attribuables au tabagisme en Île-de-France



Sources : Inserm CépiDC 2017, Insee 2021, exploitation ORS Île-de-France

Références

- [1] Pasquereau A, Andler R, Guignard R, Gautier A, Soullier N, Richard JB, Beck F, Nguyen-Thanh V. Prévalence nationale et régionale du tabagisme en France en 2021 parmi les 18-75 ans, d'après le Baromètre de Santé publique France. Bull Epidemiol Hebd. 2022 ; (26) :470-480.
- [2] Pasquereau A, Andler R, Guignard R, Gautier A, Richard JB, Nguyen-Thanh V. Consommation de tabac parmi les adultes en 2020 : résultats du Baromètre de Santé publique France. Bull Epidemiol Hebd. 2021 ; (8) :132-139.
- [3] Programme national de lutte contre le tabac 2018-2022 [internet]. Disponible : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180702-pnlt_def.pdf
- [4] Lesage A, Embersin-Kyprianou C. Tabagisme et inégalités sociales en Île-de-France. Résultats du Baromètre de Santé publique France 2017. ORS Île-de-France, Focus santé en Île-de-France, Avril 2020.
- [5] Pasquereau A, Guignard R, Andler R, Nguyen-Thanh V. Electronic cigarettes, quit attempts and smoking cessation: a 6-month follow-up, Addiction, vol.112, n°9, sept 2017, pp.1620-1628.
- [6] Douchet MA. Tabagisme et arrêt du tabac en 2021 [internet]. Observatoire français des drogues et des toxicomanies, notes. Avril 2022. Disponible : https://www.ofdt.fr/ofdt/fr/tt_21bil.pdf
- [7] Hazo JB, Boulch A. Santé mentale : une amélioration chez les jeunes en juillet 2021 par rapport à 2020 mais des inégalités sociales persistantes ; Etudes et résultats. 2022(1233) : 1-8.
- [8] Guignard R, Nguyen-Thanh V, Delmer O, Lenormand MC, Blanchoz JM, Arwidson P. Interventions pour l'arrêt du tabac chez les fumeurs de faible niveau socio-économique : synthèse de la littérature. Santé publique. 2018 ; 30(1) : 45-60.

Consommation d'alcool

LES POINTS ESSENTIELS

- ▶ La consommation quotidienne d'alcool est en baisse entre 2017 et 2021 en Île-de-France et dans le reste de la France,
- ▶ La consommation hebdomadaire est restée stable en Île-de-France mais a diminué chez les hommes non Franciliens,
- ▶ Les alcoolisations ponctuelles importantes (API) sont surtout le fait des plus jeunes, tandis que les personnes plus âgées ont plutôt une consommation régulière. Les API ont augmenté chez les Franciliennes et les non Franciliennes.

ENJEUX

La consommation d'alcool est la deuxième cause de mortalité évitable en France

Deuxième cause de mortalité évitable en France après le tabac, la consommation d'alcool était, en 2015, responsable de 41 000 décès par an (30 000 chez les hommes et 11 000 chez les femmes), soit 7 % de l'ensemble des décès parmi les plus de 15 ans [1].

L'alcool a des effets immédiats qui dépendent surtout de la quantité d'alcool consommée : de la sensation de détente, d'euphorie pour une dose faible au coma éthylique pour des doses fortes [2]. Des effets à long terme, même en cas de faible consommation, sont constatés, ainsi le risque accru de développer certains cancers (bouche, larynx, œsophage, foie, côlon-rectum et sein) à partir d'un verre par jour. Un usage régulier élève la pression artérielle, augmente le risque d'hypertension et, lorsque l'usage est excessif, peut provoquer des cirrhoses (effet dose-dépendant).

La consommation d'alcool en France parmi les plus élevées d'Europe

La consommation d'alcool diminue de manière régulière en France depuis plusieurs décennies et la France n'est plus en tête du classement européen comme cela a été longtemps le cas. Elle reste néanmoins parmi les pays les plus consommateurs en Europe, derrière certains pays d'Europe de l'Est, l'Allemagne, l'Irlande ou le Luxembourg [3]. En France, en 2020 comme en 2017, 24 % des personnes de 18-75 ans dépassaient les repères de consommation préconisés en France depuis 2017 (voir encadré) [4], et chez les plus jeunes, des consommations massives étaient observées, 13 % des 18-24 ans déclarant au moins dix ivresses par an [5].

SITUATION REGIONALE ET EVOLUTION

Une consommation d'alcool plus faible en Île-de-France qu'ailleurs en France

En Île-de-France, 34 % des personnes de 18-75 ans ont déclaré consommer de l'alcool au moins une fois par semaine au cours des douze derniers mois, proportion inférieure à celle observée dans le reste de la France (figure 1a). En Île-de-France, les hommes sont plus nombreux que les femmes à avoir déclaré une consommation hebdomadaire. La consommation quotidienne est également moins fréquente en Île-de-France que dans le reste de la France (5 % contre 9 %), et toujours plus masculine (figure 1b).

Une consommation hebdomadaire stable mais une baisse de la consommation quotidienne

En Île-de-France, la consommation hebdomadaire d'alcool est restée stable entre 2017 et 2021, que ce soit chez les hommes ou chez les femmes (figure 1a) et il en va de même hors Île-de-France chez les femmes. Pour les hommes non franciliens, la consommation hebdomadaire d'alcool a légèrement diminué entre 2017 et 2021 mais reste à un niveau élevé en 2021 (52 %).

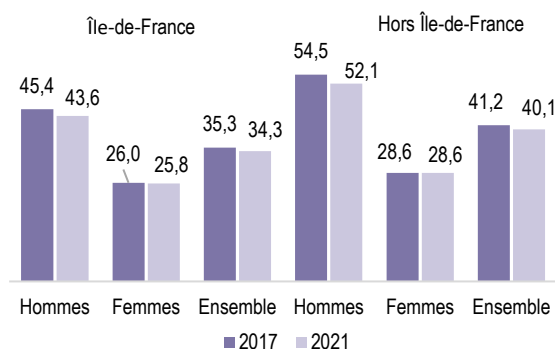
Quant à la consommation quotidienne, elle a diminué entre 2017 et 2021 en Île-de-France et hors Île-de-France, et ce, pour les deux sexes (figure 1b). L'évolution n'est pas significative par sexe en Île-de-France, mais hors Île-de-France, la baisse est constatée chez les hommes et encore plus chez les femmes où la proportion de consommateurs quotidiens a diminué de 30 %.

Des modèles multivariés étudiant l'association entre la consommation d'alcool et les déterminants socio-démographiques (tableau 1) montrent que, toutes choses égales par ailleurs, les risques de consommations hebdomadaire et quotidienne sont plus élevés chez les personnes les plus âgées (55 ans ou plus pour la consommation hebdomadaire, 65 ans et plus pour la consommation quotidienne), traduisant à la fois un effet de génération, l'alcool étant beaucoup plus souvent consommé auparavant, et un effet d'âge, les générations les plus jeunes ayant plus souvent une consommation plus intense mais moins régulière [5].

En outre, ces modèles mettent également en évidence un gradient social dans la probabilité de consommer de l'alcool de manière hebdomadaire ou quotidienne (tableau 1). Ainsi, si les personnes les plus favorisées (personnes aux revenus les plus élevés, 2^e et 3^e terciles) ont une probabilité plus élevée de boire de l'alcool au moins une fois par semaine que les personnes moins favorisées, elles ont en revanche une probabilité moindre de consommer quotidiennement de l'alcool (risque moins élevé chez les personnes disposant d'un diplôme supérieur au baccalauréat par rapport aux personnes sans diplôme ou ayant un diplôme inférieur au baccalauréat). L'alcool a un usage social et une étude récente [4] montre que le risque de dépassement des repères de consommation était plus élevé chez les femmes ayant un diplôme élevé, chez les personnes ayant des revenus élevés, mais aussi chez les personnes au chômage.

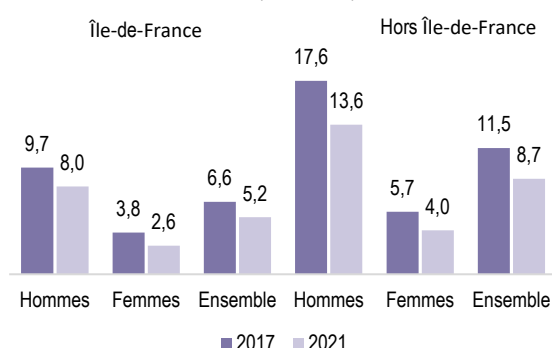
Figure 1. Consommation d'alcool au cours des douze derniers mois en Île-de-France et hors Île-de-France en 2017 et 2021 (en %)

1a. Consommation hebdomadaire (18-75 ans)



Source : Baromètres santé 2017 et 2021, Santé publique France, exploitation ORS Île-de-France

1b. Consommation quotidienne (18-75 ans)



Source : Baromètres santé 2017 et 2021, Santé publique France, exploitation ORS Île-de-France

Les repères de consommation d'alcool

Préconisés en France en 2017, des nouveaux repères de consommation d'alcool ont été élaborés par un groupe d'experts mandatés par Santé publique France et l'Institut national du cancer. Le groupe stipule que « le compromis qui avait été trouvé autour de la notion de seuils de consommation sans risque ne peut perdurer au vu de la littérature scientifique. Il faut maintenant parler de repères de consommation à faible risque ». Ces repères prennent ainsi en compte les risques de cancer imputables à l'alcool, mieux étudiés au cours des dernières années.

Les repères sont les suivants :

« Si vous consommez de l'alcool, il est recommandé pour limiter les risques pour votre santé au cours de votre vie de :

- Ne pas consommer plus de dix verres standard par semaine ;
- Ne pas consommer plus de deux verres standard par jour ;
- Avoir des jours dans la semaine sans consommation. »

Pour rendre ces repères plus compréhensibles et mémorisables, la formulation a été retravaillée, évaluée via une étude qualitative et une étude quantitative, et énoncée ainsi :

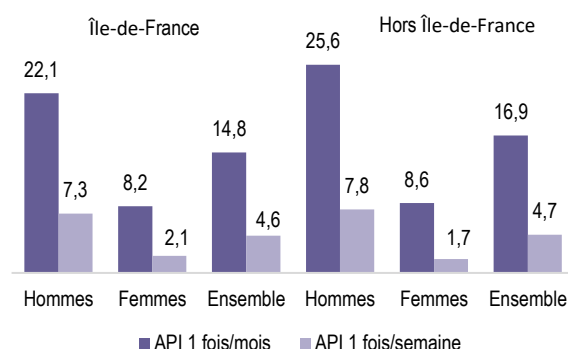
« Pour votre santé, l'alcool c'est maximum deux verres par jour et pas tous les jours ».

Tableau 1. Facteurs associés à la consommation hebdomadaire d'alcool en Île-de-France (% et ORa)

	%	ORa	IC – 95%
Sexe			
Hommes	43,6	1	
Femmes	25,8	0,46	0,39-0,55
Age			
18-24 ans	24,5	1	
25-34 ans	34,7	1,18	0,79-1,77
35-44 ans	32,6	1,13	0,74-1,73
45-54 ans	32,8	1,10	0,72-1,68
55-64 ans	38,5	1,57	1,02-2,43
65-75 ans	42,5	2,42	1,44-4,07
Niveau du diplôme			
< baccalauréat	31,5	1	
Baccalauréat	26,6	0,86	0,65-1,13
> baccalauréat	39,5	1,18	0,93-1,49
Niveau de revenus			
1 ^{er} tercile	24,3	1	
2 ^e tercile	32,0	1,35	1,03-1,76
3 ^e tercile	46,5	2,29	1,78-2,93
NSP/Refus	25,1	1,09	0,74-1,61
Situation professionnelle			
En emploi	36,0	1	
Etudes	23,0	0,84	0,55-1,28
Chômage	33,0	1,19	0,83-1,72
Autres inactifs	35,0	0,69	0,50-0,96

Source : Baromètre santé 2021, Santé publique France, exploitation ORS Île-de-France
En gras : ORa significatif au seuil de 5%.

Figure 2. Alcoolisation ponctuelle importante (API) mensuelle et hebdomadaire au cours des 12 derniers mois en Île-de-France et hors Île-de-France, personnes de 18-75 ans, 2021 (en %)



Source : Baromètre santé 2021, Santé publique France, exploitation ORS Île-de-France

Les alcoolisations ponctuelles importantes (API), un comportement très nettement masculin et moins fréquent en Île-de-France

Une consommation excessive d'alcool en une même occasion, dite alcoolisation ponctuelle importante (API), mesurée dans les enquêtes auprès des adultes par une consommation de six verres standards d'alcool ou plus, altère les facultés et le comportement, diminue les réflexes, la vigilance et la résistance à la fatigue. Il y a ainsi un risque majoré d'accident de la voie publique. Selon la sécurité routière, l'alcool est en cause dans près d'un tiers des accidents mortels. D'autres risques existent, tels que les violences envers soi-même, envers autrui, notamment des violences conjugales, des risques de rapports sexuels non protégés ou non désirés.

En Île-de-France, on estime à 15 % la proportion de personnes de 18-75 ans ayant eu une API au moins une fois par mois au cours des douze derniers mois (figure 2). Cette proportion est plus faible que dans le reste de la France. Les hommes sont près de trois fois plus nombreux que les femmes à avoir déclaré une API. Une fréquence hebdomadaire d'API est déclarée par 5 % des personnes de 18-75 ans, en Île-de-France comme dans le reste de la France, les hommes plus que les femmes.

Les plus jeunes déclarent plus souvent des alcoolisations ponctuelles importantes

L'alcoolisation ponctuelle importante est plus particulièrement un comportement observé chez les jeunes, notamment lorsque les API sont plus fréquentes. Ainsi, en Île-de-France les personnes de moins de 35 ans sont 20 % à déclarer au moins une API par mois contre 10 % des personnes de 64-75 ans (figure 3) ; hors Île-de-France, les écarts sont encore plus marqués (29 % des 18-24 ans contre 9 % des 64-75 ans). Les jeunes de 18-24 ans sont les plus nombreux à déclarer des API hebdomadaires, 8 % en Île-de-France, proportion qui décroît pour atteindre 3 % des 64-75 ans. Hors Île-de-France, les écarts sont encore plus marqués.

Une augmentation des alcoolisations ponctuelles importantes chez les femmes

Les évolutions entre 2017 et 2021 mettent en évidence une augmentation des API hebdomadaires chez les Franciliennes entre 2017 et 2021 (figure 4b) tandis que les proportions d'API mensuelles y sont restées stables (figure 4a). Hors Île-de-France, les API mensuelles ont augmenté chez les femmes (figure 4a) et les API hebdomadaires sont restées stables, chez les hommes comme chez les femmes (figure 4b).

Un niveau de revenus élevé plus souvent associé aux alcoolisations importantes ponctuelles

Toutes choses égales par ailleurs, les personnes dont les revenus par unité de consommation sont supérieurs à 1800 € par mois (3^e tercile) ont plus souvent déclaré avoir eu une alcoolisation ponctuelle au moins une fois par mois que les personnes dont le revenu par unité de consommation est inférieur à 1 170 € (1^{er} tercile) (tableau 2).

Une consommation beaucoup plus masculine

Au total, la consommation d'alcool reste profondément masculine. Ce résultat, déjà montré dans de nombreuses études [6,7], tient au fait que la consommation d'alcool est constitutive de l'identité masculine traditionnelle. Toutefois, les femmes les plus diplômées peuvent faire preuve de plus d'émancipation que les autres vis-à-vis des comportements traditionnellement considérés comme masculins. Ainsi, comme l'ont montré certaines études, les écarts de consommation entre hommes et femmes, notamment en ce qui concerne les ivresses et les API, apparaissent plus faibles parmi les personnes les plus diplômées.

PERSPECTIVES

L'augmentation observée des alcoolisations ponctuelles importantes nécessite une sensibilisation au risque de l'alcoolisation massive.

Sensibiliser aux risques des usages intenses d'alcool, en particulier les plus jeunes

Aussi, dans l'ensemble de la population, et surtout chez les plus jeunes, doivent être poursuivies l'information et la communication autour des risques liés aux usages excessifs d'alcool, notamment en termes d'accidents de la circulation ou d'autres types d'accidents, de violences, de comportements sexuels à risque, de coma éthylique, etc.

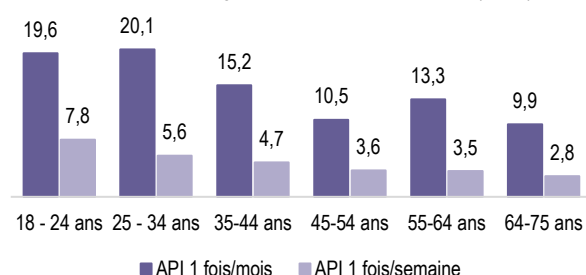
Poursuivre les actions de prévention reconnues comme efficaces

Parmi les actions ayant démontré leur efficacité, pour les jeunes en milieu scolaire notamment, mais aussi en entreprise, les interventions psychosociales basées sur le développement des compétences psychosociales, sur la gestion du stress, notamment en entreprise, sur les activités de *team building*, ont prouvé leur efficacité. En population adulte, les actions efficaces sont celles qui permettent de réduire l'accessibilité de l'alcool, notamment via la fiscalité, le prix de l'alcool ou la disponibilité des alcools. Ces actions peinent toutefois à avoir des effets du fait d'un ancrage culturel fort autour de la consommation d'alcool, mais aussi par le marketing puissant autour de l'alcool.

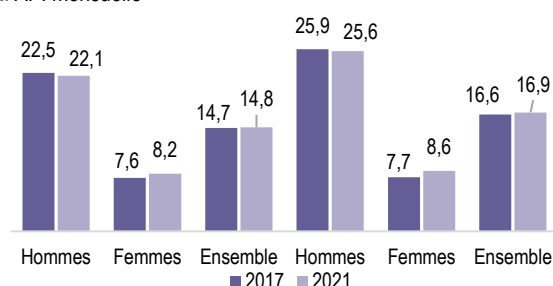
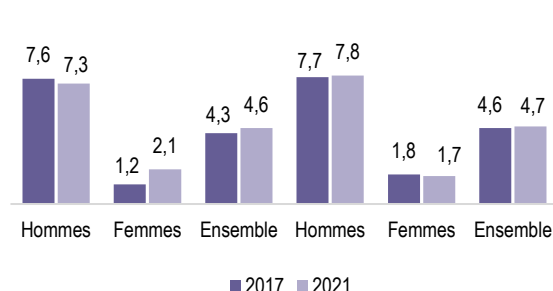
La poursuite de l'information sur les risques liés à la consommation d'alcool est primordiale, que ce soit pour les usages importants d'alcool, mais aussi pour les usages plus modérés lorsqu'ils sont fréquents.

Développer la recherche interventionnelle

Les évaluations des programmes ayant montré leur efficacité sont surtout réalisées à l'international. En France, il y a peu d'évaluations des dispositifs de prévention mis en place. Aussi, la récente expertise collective de l'Inserm sur les dommages liés à l'alcool [8] recommande-t-elle de développer la recherche interventionnelle afin d'accompagner l'implantation de programmes efficaces.

Figure 3. Alcoolisation ponctuelle importante (API) au cours des douze derniers mois par âge en Île-de-France en 2021 (en %)

Source : Baromètre santé 2021, Santé publique France, exploitation ORS Île-de-France

Figure 4. API en Île-de-France et hors Île-de-France chez les hommes et les femmes de 18-75 ans en 2017 et 2021 (en %)**4a. API mensuelle****4b. API hebdomadaire**

Source : Baromètres santé 2017 et 2021, Santé publique France, exploitation ORS Île-de-France

Tableau 2. Facteurs associés aux alcoolisations ponctuelles importantes (API) mensuelles au cours des douze derniers mois en Île-de-France

	%	ORa	IC – 95%
Sexe			
Hommes	22,1	1	
Femmes	8,2	0,32	0,25-0,41
Age			
18-24 ans	19,6	1	
25-34 ans	20,1	0,87	0,53-1,44
35-44 ans	15,2	0,61	0,35-1,07
45-54 ans	10,5	0,38	0,22-0,67
55-64 ans	13,3	0,52	0,28-0,96
65-75 ans	9,9	0,38	0,17-0,87
Niveau du diplôme			
< baccalauréat	13,9	1	
Baccalauréat	14,9	0,91	0,61-1,35
> baccalauréat	15,4	0,95	0,69-1,32
Niveau de revenus			
1 ^{er} tercile	13,5	1	
2 ^e tercile	13,6	1,08	0,74-1,55
3 ^e tercile	17,2	1,44	1,04-1,99
NSP/Refus	12,9	1,02	0,60-1,73
Situation professionnelle			
En emploi	15,2	1	
Etudes	17,8	0,87	0,51-1,48
Chômage	19,3	1,36	0,86-2,17
Autres inactifs	10,3	0,98	0,58-1,66

Source : Baromètre santé 2021, Santé publique France, exploitation ORS Île-de-France
En gras : ORa significatif au seuil de 5%.**Références**

- [1] Bonaldi C, Hill C. La mortalité attribuable à l'alcool en France en 2015. Bull Epidemiol Hebd. 2019 ; (5-6) :97-108.
- [2] Santé publique France. Quels sont les risques de la consommation d'alcool pour la santé ? publié le 10 juin 2019. <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/alcool/articles/quels-sont-les-risques-de-la-consommation-d-alcool-pour-la-sante>.
- [3] Bagein G, Costemalle V, Deroyon T, Hazo JB, Naouri D, Pesonel E, Vilain A. L'état de santé de la population en France. Les dossiers de la Drees, n°102, septembre 2022.
- [4] Andler R, Quatremère G, Gautier A, Soullier N, Iahaie E, Richard JB, Nguyen-Thanh V. Dépassement des repères de consommation d'alcool à moindre risque en 2020 : résultats du Baromètre santé de Santé publique France. Bull. Epidemiol Hebd. 2021;(17) :304-12.
- [5] Richard JB, Andler R, Cogordan C, Spilka S, Nguyen-Thanh V et le groupe Baromètre de Santé publique France 2017. La consommation d'alcool chez les adultes en France en 2017. Bull. Epidemiol Hebd. 2019 ;(5-6) :89-97.
- [6] Beck F, Legleye S, De Peretti G. L'alcool donne-t-il un genre ? Travail, genre et sociétés, 15(1), 141-160, 2006.
- [7] Beck F, Legleye S, Maillochon F, De Peretti G. Femmes influents sous influence ? Genre, milieu social et usages de substances psychoactives. Med Sci(Paris) 26(1) 95-97 (2010).
- [8] Inserm (dir.). Réduction des dommages associés à la consommation d'alcool. Collection Expertise collective. Montrouge : EDP Sciences, 2021. XII-723 p.

Consommation de cannabis

LES POINTS ESSENTIELS

- ▶ L'expérimentation et les différents niveaux d'usage de cannabis sont comparables entre l'Île-de-France et le reste de la France,
- ▶ L'usage de cannabis est plus masculin, que ce soit pour l'expérimentation ou les autres usages, et toujours plus élevé chez les plus jeunes (moins de 35 ans),
- ▶ Les proportions de consommateurs sont stables entre 2017 et 2021,
- ▶ L'expérimentation de cannabis est plus élevée chez les plus favorisés mais les usages récent et régulier ainsi que l'usage à risque de dépendance sont plus importants chez les personnes les moins favorisées.

ENJEUX

Le cannabis est la drogue illicite la plus diffusée en France, 18 millions de personnes de 11-75 ans et près de la moitié de la population adulte de 18-64 ans l'ayant déjà expérimenté [1]. Une personne sur dix en a consommé au cours des douze derniers mois [2,3]. La France se situe au deuxième rang européen pour l'usage de cannabis dans le mois (dit « usage récent ») en 2019.

Les risques délétères de sa consommation sur la santé en font un enjeu de santé publique, qu'il s'agisse d'effets à court terme (altération de la perception, de l'attention et de la mémoire, risques de malaise, d'intoxication aiguë et risques conséquents en cas de travaux manuels ou de conduite automobile) ; d'effets à long terme (altération des performances cognitives, des apprentissages, indifférence affective, désinvestissement des relations sociales) ; d'effets sur le plan psychique (troubles anxieux, dépression, précipitation de l'entrée dans la schizophrénie) ; d'effets sur le plan somatique (risque accru de cancers buccaux, laryngés, pharyngés, etc., d'infarctus du myocarde et accidents vasculaires cérébraux).

Ces effets sont dus à l'un des principaux ingrédients actifs du cannabis (cf. encadré), le tétrahydrocannabinol (Δ^9 -THC). Or, une augmentation de la concentration du cannabis en THC constatée en France et à l'international accroît le risque d'addiction et de troubles mentaux. A cela s'ajoutent les risques liés aux contacts avec des circuits illicites pour se procurer le produit [4].

L'usage de cannabis masque d'importantes disparités sociales en termes de risques d'addiction, et la réduction des inégalités sociales de consommation constitue un enjeu majeur [5]. Les discussions autour des réponses politiques à apporter à la banalisation de la consommation de cannabis et les débats autour de sa légalisation témoignent de la complexité du sujet.

SITUATION ACTUELLE ET ÉVOLUTION

L'expérimentation du cannabis comparable entre l'Île-de-France et le reste de la France, des taux plus élevés chez les hommes

En Île-de-France, 46 % des personnes de 18-64 ans ont déjà consommé du cannabis au cours de leur vie, ne serait-ce que pour goûter, proportion qui ne diffère pas de celle observée dans le reste de la France (figure 1) et qui est plus importante chez les hommes (53 %) que chez les femmes (39 %).

Stabilité de l'expérimentation du cannabis en Île-de-France, augmentation hors Île-de-France

L'augmentation de l'expérimentation en Île-de-France, constatée depuis 2005 [5] et traduisant une diffusion massive du cannabis, ne se poursuit pas en 2021 dans la région francilienne, la proportion d'expérimentateurs étant stable entre 2017 et 2021 (figure 1). La diffusion se poursuit cependant dans le reste de la France.

Des usages de cannabis plus masculins et plus fréquents chez les jeunes

Les usages de cannabis (cf. encadré) sont toujours plus masculins que féminins, que ce soit pour l'usage actuel, l'usage récent ou l'usage régulier. L'écart entre les hommes et les femmes s'accroît avec l'intensification de l'usage : en Île-de-France, les hommes ont deux fois plus souvent déclaré une consommation actuelle et quatre fois plus souvent déclaré une consommation régulière que les femmes (figure 2).

Par ailleurs, les usages de cannabis sont toujours plus élevés chez les moins de 35 ans, puis diminuent avec l'âge. Ainsi, deux personnes de moins de 35 ans sur dix ont consommé du cannabis au moins une fois au cours des douze derniers mois, contre moins de 2 % à 55-64 ans (figure 3). Une consommation régulière (c'est-à-dire au moins dix usages au cours du mois) concerne 6 % des jeunes de 18-24 ans et diminue progressivement avec l'âge.

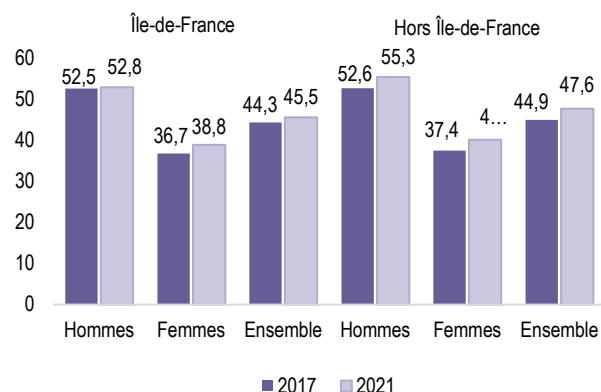
Des niveaux de consommation comparables entre l'Île-de-France et le reste de la France

Comme déjà observé en 2017, les prévalences des consommations déclarées en Île-de-France chez les personnes de 18-64 ans ne diffèrent pas de celles observées dans le reste de la France en 2021, que ce soit pour l'usage actuel, l'usage récent ou l'usage régulier (figure 2). Cette tendance rompt avec celle des années antérieures (2005, 2010) pour lesquelles les prévalences franciliennes s'avéraient supérieures à celles observées dans le reste de la France.

La consommation de cannabis ne diminue pas en Île-de-France

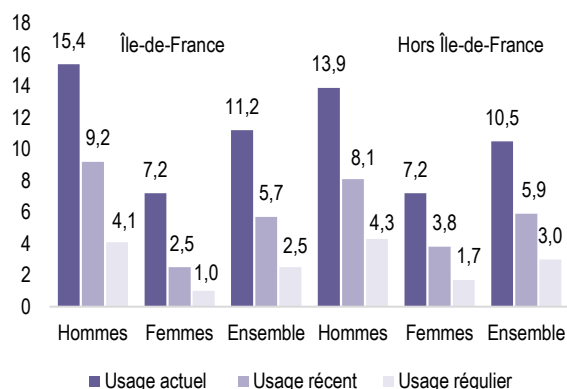
Les niveaux de consommation sont restés stables en Île-de-France entre 2017 et 2021, que ce soit pour l'usage actuel, l'usage récent ou l'usage régulier (figure 4). Dans le reste de la France, les mêmes constats sont faits sauf pour l'usage régulier qui a diminué chez les hommes, passant de 5,4 % à 4,3 % entre 2017 et 2021. À préciser que cet usage n'a cependant pas diminué chez les femmes.

Figure 1. Expérimentation du cannabis chez les personnes de 18-64 ans en Île-de-France et hors Île-de-France en 2021 et évolution depuis 2017 (en %)



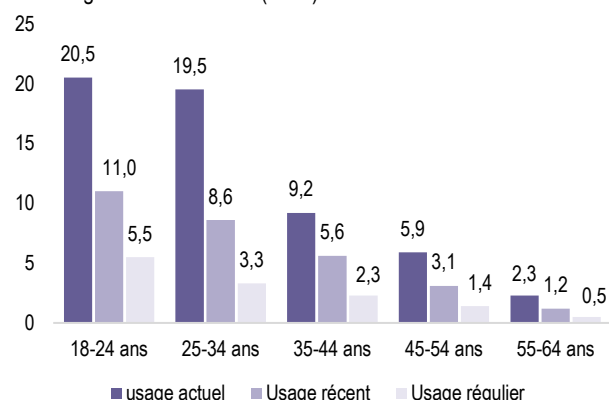
Source : Baromètres santé 2017 et 2021, Santé publique France, exploitation ORS Île-de-France

Figure 2. Prévalence de l'usage actuel, récent et régulier de cannabis chez les hommes et les femmes de 18-64 ans, en Île-de-France et hors Île-de-France en 2021 (en %)



Source : Baromètre santé 2021, Santé publique France, exploitation ORS Île-de-France

Figure 3. Prévalence de l'usage actuel, récent et régulier de cannabis selon l'âge en Île-de-France (en %)

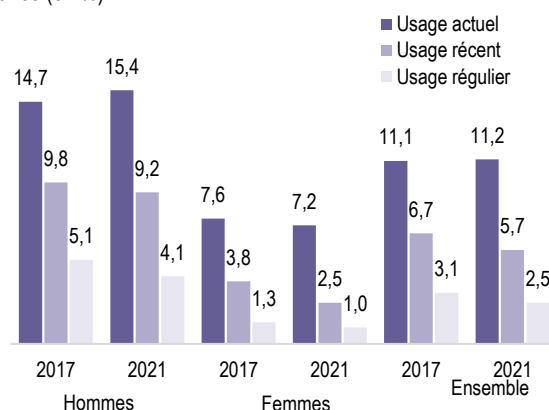


Source : Baromètre santé 2021, Santé publique France, exploitation ORS Île-de-France

Usages de cannabis (nomenclature OFDT)

- **Expérimentation** : avoir consommé du cannabis au moins une fois au cours de la vie
- **Usage actuel** : avoir consommé du cannabis au moins une fois au cours des 12 derniers mois
- **Usage récent** : avoir consommé du cannabis au moins une fois au cours des 30 derniers jours
- **Usage régulier** : avoir consommé du cannabis au moins 10 fois au cours des 30 derniers jours

Figure 4. Evolution 2017-2021 de l'usage actuel, récent et régulier de cannabis chez les hommes et les femmes de 18-64 ans en Île-de-France (en %)



Sources : Baromètres santé 2017 et 2021, Santé publique France, exploitation ORS Île-de-France

Les principaux ingrédients actifs du cannabis

Le **cannabis** est composé de plus de 500 substances différentes, dont les deux principaux ingrédients actifs sont le tétrahydrocannabinol (Δ^9 -THC) et le cannabidiol (CBD).

Plus un produit est concentré en THC, plus il produit des effets importants. Au cours des dernières décennies, la concentration moyenne en THC a continuellement augmenté (1 % en 1960 à au moins 12 % en 2014). Cette augmentation est principalement due à une meilleure sélection des plants et des souches de cannabis, aux nouveaux procédés de culture et aux croisements génétiques.

Le **cannabidiol** (CBD) n'est pas réglementairement classé comme psychotrope et n'a pas les propriétés perturbatrices caractéristiques du THC mais a certains effets psychoactifs, notamment antiépileptiques ou anxiolytiques.

Si l'usage thérapeutique est déjà autorisé dans certains pays (Etats-Unis notamment), en France, son usage est à titre expérimental (décret relatif à l'expérimentation de cannabis thérapeutique à usage médical par les pharmaciens paru au journal officiel du 9 octobre 2020).

Les cinq indications thérapeutiques retenues sont : certaines formes d'épilepsie sévères et pharmaco-résistantes, certains symptômes rebelles en oncologie, les douleurs neuropathiques réfractaires aux thérapeutiques accessibles, les situations palliatives, la spasticité douloureuse des pathologies du système nerveux central.

Paris est le département francilien où l'expérimentation et l'usage actuel de cannabis sont les plus élevés

Au sein de la région francilienne, les niveaux d'expérimentation du cannabis varient selon les départements (figure 5). Paris est le département où la proportion d'expérimentateurs est la plus élevée, puis par ordre décroissant, le Val-de-Marne (94), l'Essonne (91) et les Hauts-de-Seine (92).

Les niveaux d'usage de cannabis au cours des douze derniers mois varient aussi selon les départements (figure 6), avec des taux d'usage actuel encore une fois plus importants à Paris, puis dans le Val-de-Marne (94), les Hauts-de-Seine (92), l'Essonne (91) et la Seine-et-Marne (77). Pour les autres niveaux d'usage (récent et régulier), il n'y a pas de différence significative entre les départements.

Une expérimentation plus élevée chez les personnes les plus favorisées...

L'expérimentation de cannabis s'avère plus fréquente chez les personnes présentant des caractéristiques socio-économiques favorables (diplôme supérieur au baccalauréat ou revenus élevés). En Île-de-France, 50 % des personnes ayant un niveau de diplôme supérieur au baccalauréat ont déclaré avoir déjà consommé du cannabis au cours de leur vie contre 41 % de celles ayant un niveau de diplôme inférieur au baccalauréat. L'expérimentation étant fortement corrélées à l'âge, après ajustement sur le sexe, l'âge, le diplôme et le revenu, le risque reste toujours plus élevé pour les personnes ayant les revenus les plus hauts.

...mais un risque d'abus et de dépendance plus élevés chez les personnes les plus défavorisées

Les personnes moins favorisées ont par contre un risque plus élevé d'abus ou de dépendance au cannabis, mesuré par le test CAST (*Cannabis Abuse Screening Test*), développé par l'OFDT (Observatoire français des drogues et des tendances addictives), dont les qualités métrologiques et de repérage ont été évaluées pour les adolescents dans le contexte français [4,8]. En moyenne en Île-de-France, si 24 % des usagers actuels de 18-64 ans ont un risque élevé d'un usage problématique ou de dépendance (figure 7), ce risque est 2,3 fois plus élevé pour les personnes ayant les revenus les plus faibles (par rapport au 3^e tercile), presque trois fois plus élevé pour les moins diplômés (par rapport aux diplômés du supérieur), et deux fois plus élevé chez les personnes au chômage.

PERSPECTIVES

Agir en amont en retardant l'âge des expérimentations et en évitant l'installation dans un usage régulier

Les programmes de développement des compétences psycho-sociales ont montré leur efficacité dans la prévention des conduites addictives [6]. Ces programmes s'adressent aux enfants, aux jeunes (en milieu scolaire surtout), mais aussi aux parents ou aux familles, en particulier lorsqu'ils sont en difficulté dans leur parentalité. Ces interventions visent le développement de différentes compétences (cognitives, sociales, émotionnelles) et le renforcement de l'estime de soi afin d'aider les jeunes ou leurs parents, lorsqu'ils se retrouvent dans des situations problématiques, à adopter des comportements favorables à leur santé et à celle de leur entourage [6].

Informier sur les risques et les dommages liés à la consommation de cannabis

L'information de la population lui permet de mieux saisir les risques d'une consommation de cannabis, de modifier les représentations notamment en luttant contre les idées reçues, d'interroger les motivations. Pour les jeunes, moins sensibles aux risques sanitaires à long terme, les messages doivent être adaptés. Une expertise collective de l'Inserm recommande d'informer le grand public et les acteurs concernés (jeunes, parents, intervenants du secteur scolaire, parascolaire et médical...) sur la vulnérabilité particulière du cerveau de l'adolescent et sur les dangers d'une initiation précoce [7,8].

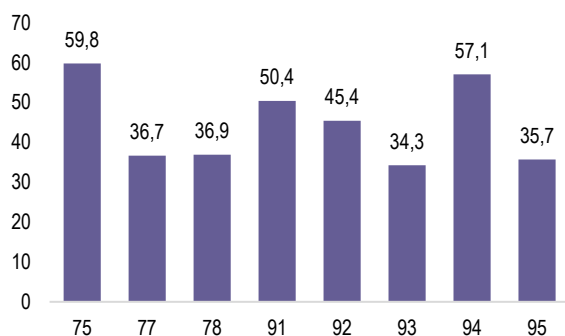
Repérer précocement les usages et promouvoir une prise en charge adaptée

Afin de repérer précocement les usages, notamment réguliers ou nocifs, certains outils peuvent être utilisés, comme le CAST. L'intervention brève est aussi à promouvoir dès le seuil d'un « joint » par semaine [4]. Elle consiste à proposer un échange sur les effets ressentis lors de la consommation, sur les bénéfices que pourrait obtenir l'usager à diminuer ou arrêter sa consommation, sur des propositions de repères pour la réduire, sur la proposition d'un suivi, des recours à des professionnels ou des sites qui pourraient être consultés [4]. Le groupe d'experts de l'Inserm recommande de former au repérage précoce et à l'intervention brève les médecins généralistes, les urgentistes, les pédiatres, les médecins et infirmières scolaires et les services de médecine préventive dans les universités [8]. La formation à la prévention de l'ensemble des professionnels en contact avec les jeunes est encouragée : professeurs, professionnels de la santé, de l'animation, de la protection infantile [4]. Le recours aux « Consultations jeunes consommateurs », le renforcement de celles-ci et l'accroissement de leur visibilité ne peuvent être qu'encouragés, dans la mesure où elles proposent une approche globale : prévention, éducation à la santé, réduction des dommages, soins, rappel à la loi.

Accorder une attention particulière aux publics vulnérables

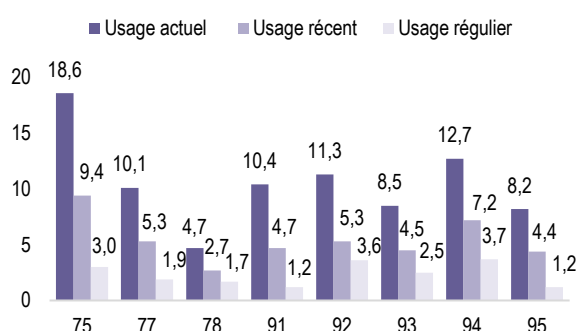
Les conduites addictives touchent différemment les groupes sociaux. Les personnes en situation de vulnérabilité sociale, scolaire ou professionnelle ont des risques accrus d'usages problématiques. Aussi, pour les jeunes, développer des partenariats avec des structures chargées de l'accueil et de l'accompagnement du public concerné doit permettre de renforcer la capacité des intervenants à offrir des environnements plus favorables, intervenir précocement et à orienter les jeunes de façon adaptée [7].

Figure 5. Prévalence de l'expérimentation du cannabis en 2021 dans les départements en Île-de-France (en %)



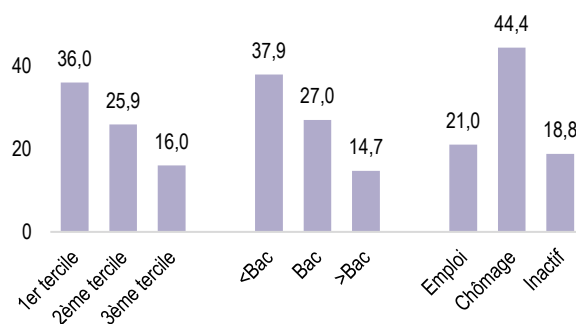
Source : Baromètre santé 2021, Santé publique France, exploitation ORS Île-de-France

Figure 6. Prévalence de l'usage actuel, récent et régulier en 2021 dans les départements en Île-de-France (en %)



Source : Baromètre santé 2021, Santé publique France, exploitation ORS Île-de-France

Figure 7. Risque élevé d'abus ou de dépendance au cannabis (CAST) parmi les usagers actuels de 18-64 ans en Île-de-France, 2017 (en %)



Source : Baromètre santé 2017, Santé publique France, exploitation ORS Île-de-France

Cannabis Abuse screening test (Cast)

Le Cast est un outil de repérage de l'abus et de la dépendance au cannabis développé par l'OFDT.

Le CAST permet de mesurer le risque d'usage problématique de cannabis et de dépendance, parmi les usagers des douze derniers mois, au travers de six questions portant sur l'usage le matin ou seul (donc hors contexte festif), d'éventuels troubles de la mémoire, le fait d'être encouragé à réduire ou arrêter sa consommation, des échecs dans les tentatives d'arrêt, des problèmes comme les bagarres, les accidents à la suite d'une consommation de cannabis.

Références

- [1] Drogues et addictions. Chiffres-clés. Observatoire français des drogues et des tendances addictives. 2022.
- [2] Le Nézet O, Spilka S, Lahaie E, Andler R. Les usages de cannabis en population adulte en 2021, Tendances, OFDT, Santé publique France, 2022, n°153, 6p.
- [3] Le Nézet O, Philippon A, Lahaie E, Andler R. Les niveaux d'usage de cannabis en France en 2020. Premiers résultats du Baromètre santé de Santé publique France 2020 relatifs à l'usage de cannabis en population adulte. Note de synthèse n°2021-06, Paris, Novembre 2021.
- [4] Haute Autorité de santé, Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte, rapport d'élaboration, novembre 2014, mise à jour janvier 2021.
- [5] Brudon A., Lesage A, Embersin C, Grémy I. Consommation de cannabis en Île-de-France. Résultats du Baromètre de Santé publique France 2017. Observatoire régional de santé Île-de-France, 2022.
- [6] Du Roscoät E, Spilka S, Lecrique JM, Gillaizeau I, Quatremère G, Nguyen-Thanh V, Arwidson P. Addictions : prévention et comportements de consommation, La santé en Action, n°449, Santé publique France, septembre 2019
- [7] Mildeca. L'essentiel sur...les jeunes et le cannabis [internet]. Disponible : <https://www.drogues.gouv.fr/l'essentiel-sur-les-jeunes-et-le-cannabis> (consulté le 20 janvier 2023)
- [8] Inserm (dir). Conduites addictives chez les adolescents : Usages, prévention et accompagnement. Rapport. Paris : les éditions Inserm, 2014 (Expertise collective) – Disponible : <http://hdl.handle.net/10608/5966>.

Dépistage des cancers

LES POINTS ESSENTIELS

- ▶ Des taux de recours aux dépistages organisés encore faibles en Île-de-France et très en deçà des cibles recommandées,
- ▶ Des déterminants complexes et liés aux caractéristiques sociales des populations,
- ▶ Des progrès réalisés pour le dépistage organisé du cancer colorectal.

ENJEUX

Le dépistage précoce des tumeurs cancéreuses permet une prise en charge à un stade moins grave de la pathologie et améliore donc considérablement les chances de guérison. Pour certains types de cancer, il est également possible de dépister les antécédents de la pathologie : c'est le cas de la contamination au papillomavirus pour le cancer du col de l'utérus et de la détection de polypes pour le cancer colorectal. Les avantages du dépistage ne doivent toutefois pas être inférieurs aux inconvénients de ceux-ci : certaines tumeurs sont peu évolutives, notamment à un âge avancé et certains examens peuvent s'avérer invasifs.

Face à ces bilans « bénéfices-risques », les autorités de santé publique ont mis en place des dépistages organisés nationaux pour les trois types de cancers suivants, par ordre de déploiement : cancer du sein (femmes de 50 à 74 ans tous les 2 ans, 2004), cancer colorectal (individus de 50 à 74 ans tous les 2 ans, 2008) et cancer du col de l'utérus (femmes de 25 à 29 ans tous les 3 ans, de 30 à 65 ans tous les 5 ans, 2020) [1, 2, 3].

SITUATION ACTUELLE ET EVOLUTION

Des taux de recours plus faibles en Île-de-France et en deçà des seuils recommandés

Les cibles contractualisées en 2022 dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens Etat-ARS pour infléchir l'incidence et la mortalité des cancers disposant d'un programme de dépistage organisé sont de 52,6 % pour le cancer du sein, de 42 % pour le cancer colorectal et de 67,9 % pour le cancer du col de l'utérus [4]. Or, en 2020-2021, 38 % seulement des Franciliennes de 50 à 74 ans ont eu recours au dépistage organisé du cancer du sein (49 % des Françaises). Pour le cancer colorectal, le taux de dépistage francilien (hommes et femmes) n'est que de 24 % (29 % pour les Français). Enfin, le taux de couverture du dépistage triennal du cancer du col de l'utérus est de 51 % pour les Franciliennes (campagne 2018-2020, données nationales non disponibles) (figures 1 à 3).

Un taux de recours inégal selon les départements

Pour le cancer du sein, les recours les plus faibles sont observés à Paris (29 %) et dans les Hauts-de-Seine (33 %), et les plus élevés dans le Val-d'Oise (42 %) et en Seine-et-Marne (48 %). Notons qu'une partie des femmes a recours à un dépistage d'initiative individuelle, et ceci d'autant plus qu'elles résident dans des départements favorisés et urbains (figure 1).

Paris, les Hauts-de-Seine et la Seine-Saint-Denis présentent les taux de recours au dépistage organisé du cancer colorectal les plus faibles (respectivement 26 %, 29 % et 29 %). Le taux le plus élevé est observé dans l'Essonne (38 %) (figure 2).

Pour le dépistage du cancer du col de l'utérus, tous les départements présentent des taux de couverture de plus de 50 %, à l'exception de la Seine-Saint-Denis, du Val-de-Marne et du Val-d'Oise (respectivement 43, 49 et 47 %). Et ce, alors que la Seine-Saint-Denis est le département francilien où l'incidence de ce cancer est la plus élevée (figure 3).

Une forte progression du recours au dépistage organisé du cancer colorectal

Si le recours au dépistage organisé n'a progressé que d'un point pour le cancer du sein, il a progressé de six à huit points selon les départements pour le cancer colorectal. Le nouveau protocole de recueil des échantillons, moins contraignant pour les patients, a certainement contribué à ce résultat. Les données d'évolution portent sur les années 2017-2019 et 2018-2020 ; la diminution observée du taux de couverture peut être liée à la crise sanitaire.

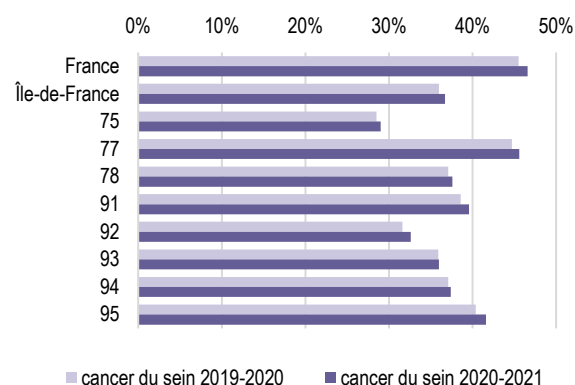
PERSPECTIVES

La réorganisation régionale

Des facteurs complexes sous-tendent les différences interdépartementales des taux de recours aux dépistages organisés des cancers : facteurs sociaux mais également déploiement du dépistage lui-même. La coordination du dépistage, passée des départements à la région, devrait permettre de faciliter une homogénéité du déploiement entre les départements. Par ailleurs, après un recul du recours associé à la pandémie (voir fiche « Effets indirects de la Covid-19 »), on peut espérer, dans les prochaines années, une amélioration des taux de participation aux dépistages organisés.

Vers une extension des dépistages organisés

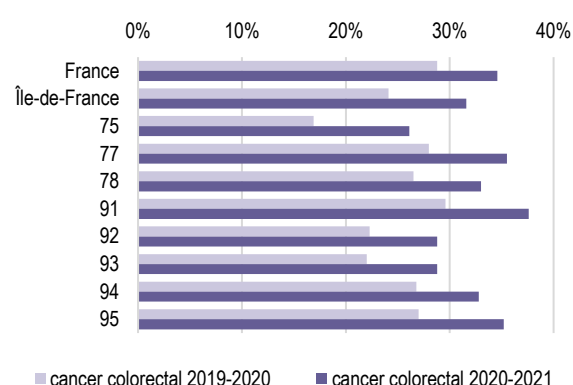
Si jusqu'à présent le dépistage du cancer du poumon n'était pas recommandé (les bénéfices étaient inférieurs aux risques), une évolution pourrait avoir lieu, les progrès diagnostiques et thérapeutiques rendant plus avantageux le déploiement d'un dépistage systématique, au moins vers les populations les plus à risque.

Figure 1. Taux de recours au dépistage organisé du cancer du sein

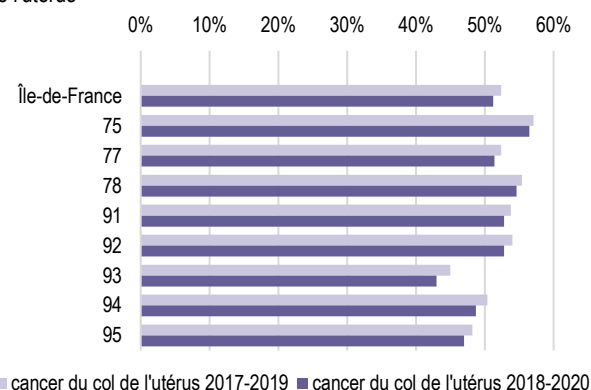
Source : Santé publique France, Géodes.

Dépistages

- Cancer du sein : mammographie tous les deux ans, complétée si nécessaire par une échographie ;
- Cancer colorectal : test immunologique rapide recherchant la présence de sang dans les selles ;
- Cancer du col de l'utérus : femmes de 25 à 29 ans, frottis cervico-vaginal pour un examen cytologique tous les trois ans ; femmes de 30 à 65 ans, frottis cervico-vaginal pour un test HPV.

Figure 2. Taux de recours au dépistage organisé du cancer colorectal

Source : Santé publique France, Géodes.

Figure 3. Taux de couverture triennal du dépistage du cancer du col de l'utérus

Source : Santé publique France, Géodes.

Vaccinations

LES POINTS ESSENTIELS

- ▶ Une couverture vaccinale satisfaisante chez les nourrissons grâce à une obligation élargie,
- ▶ Des réticences encore présentes pour certains vaccins : HPV et grippe saisonnière, et forte réticence à l'égard du vaccin contre la Covid-19 en 2021,
- ▶ Nécessité d'améliorer les connaissances sur sa situation vaccinale et d'accroître la communication des professionnels de santé auprès du public sur les bénéfices/risques de la vaccination.

ENJEUX

La vaccination représente un enjeu majeur de santé publique et demeure le moyen de prévention le plus efficace pour se protéger individuellement (immunité) contre certaines infections graves. Par ailleurs, plus une population est vaccinée, plus on réduit la circulation de la bactérie ou du virus concerné et plus on augmente l'immunité collective. Pour une protection collective efficace, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime que la couverture vaccinale doit être de 95 % dans la population. La Loi de santé publique de 2004 fixe des objectifs à atteindre de 95 % de couverture vaccinale, à l'exception de la grippe (75 %). Afin de renforcer la couverture vaccinale de la population, le ministère de la Santé et des Solidarités a rendu obligatoire, pour les enfants nés à partir du 1^{er} janvier 2018, la vaccination pour onze maladies : diphtérie, tétanos, poliomyélite (déjà obligatoires), *Haemophilus influenzae* B (HIB), coqueluche, hépatite B, rougeole, oreillons, rubéole, méningocoque et pneumocoque.

SITUATION ACTUELLE ET EVOLUTION

Une couverture vaccinale des nourrissons satisfaisante

Dès 2019, le taux de vaccination était supérieur à 90 % chez les nourrissons pour les vaccins déjà bien acceptés par la population avant l'obligation vaccinale pour les onze pathologies. C'est le cas notamment du vaccin trivalent contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR), du vaccin hexavalent contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite (DTP) et des vaccins contre la coqueluche, l'hépatite B et l'HIB (figure 1). L'extension de l'obligation vaccinale permet d'avoir en 2021 une couverture vaccinale des nourrissons satisfaisante. Notons cependant une couverture des moins de un an encore en deçà des 95 % dans l'ensemble des départements franciliens pour méningocoque C (figure 2).

Mais qui diminue aux âges supérieurs

Si la couverture vaccinale est relativement complète à 24 mois, elle peut être très insuffisante chez les adolescents et les jeunes adultes, en particulier pour les vaccins qui n'étaient auparavant que recommandés. Pour méningocoque C par exemple, la couverture vaccinale chez les enfants âgés de deux à quatre ans est de 79 % en 2021 et seulement de 39,7 % chez les 15-19 ans, bien insuffisant pour une immunité collective. Un rattrapage de ce vaccin étant possible jusqu'à 24 ans.

Une vaccination contre les infections aux papillomavirus et contre la grippe saisonnière qui reste faible

Chaque année en France, environ 6 300 nouveaux cas de cancers sont attribuables aux infections liées aux papillomavirus humains (HPV), dont près d'un tiers concernent des hommes [2]. L'infection à HPV est l'une des trois infections sexuellement transmissibles (IST) les plus fréquentes dans la population générale : une grande majorité des personnes ayant des relations sexuelles seront infectées par ces virus.

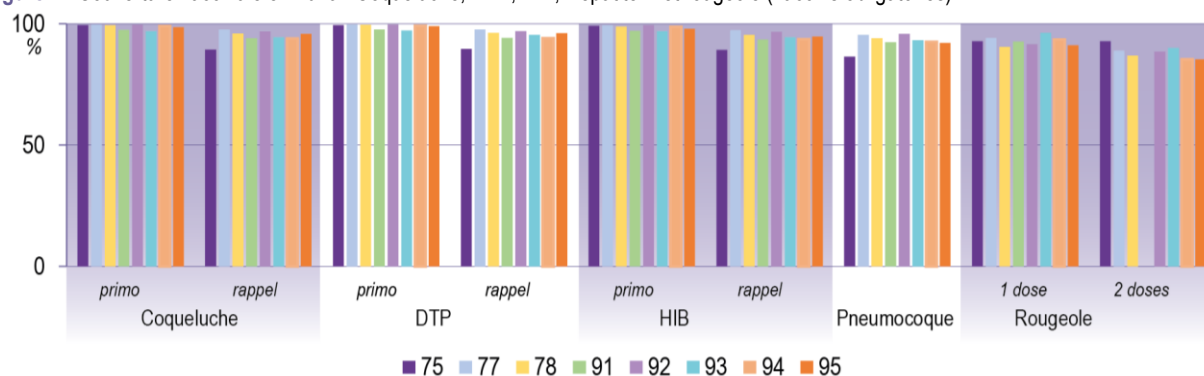
La vaccination contre les infections à papillomavirus humains (HPV) est recommandée en France pour toutes les jeunes filles depuis 2014 (rapport du Haut conseil de la santé publique) et les garçons âgés de 11 à 14 ans avec un schéma à deux doses. Par ailleurs, dans le cadre du rattrapage vaccinal, la vaccination est recommandée pour les jeunes femmes et les jeunes hommes entre 15 et 19 ans révolus selon un schéma à trois doses. Le recours au vaccin contre le papillomavirus est très faible (manque d'information du public et des professionnels de santé...). Le taux de couverture de deux doses était en 2021 de 30,2 % dans la région (figure 3). Notons cependant une augmentation de la couverture par rapport à l'année précédente, le taux était en effet de 26,3 % chez les filles de seize ans, nées en 2004. La recommandation vaccinale pour les garçons étant très récente, on ne dispose pas encore de données.

D'après Santé publique France, la grippe saisonnière est responsable d'environ 10 000 décès par an, 90 % de ces décès surviennent chez les 65 ans et plus. La couverture vaccinale contre la grippe saisonnière chez les personnes à risque¹ est également très faible allant de 38,6 % en Seine-Saint-Denis à 48 % en Essonne (la couverture recommandée est de 75 %) (figure 4).

BCG pour les enfants à risque

La lutte contre la tuberculose est notamment fondée sur la vaccination par le BCG. Celle-ci a pour but principal de protéger les jeunes enfants des formes graves de tuberculose, méningites et miliaires tuberculeuses en particulier. En 2007, l'obligation vaccinale par le BCG a été remplacée par une recommandation de vaccination des enfants les plus exposés à la tuberculose. Pour l'Île-de-France au regard d'une incidence de la tuberculose très élevée dans la région, la recommandation vaccinale concerne tous les enfants. (figure 5).

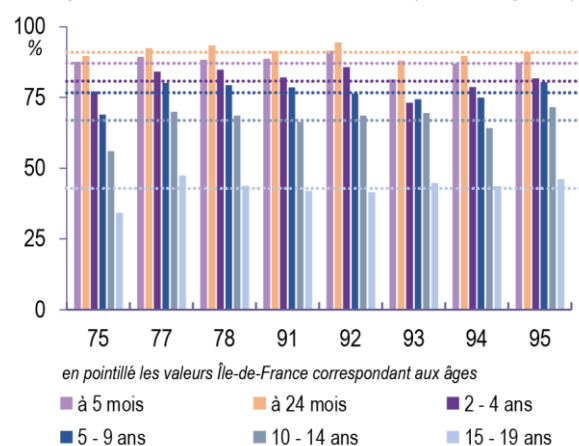
¹ Les personnes à risque de faire une forme grave de grippe sont principalement les personnes de plus de 65 ans, celles souffrant de certaines maladies chroniques, les femmes enceintes, les personnes souffrant d'obésité, les personnes en établissement médico-social.

Figure 1. Couverture vaccinale en 2019 : Coqueluche, DTP, HIB, Hépatite B et rougeole (vaccins obligatoires)

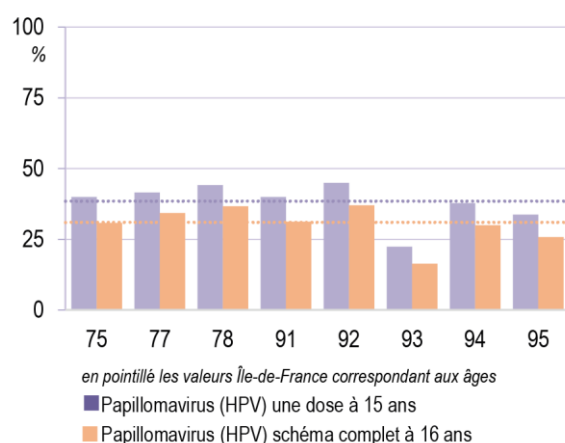
* Rougeole = Rougeole-Oreillons-Rubéole

Les certificats de santé de l'enfant des 9e et 24e mois, bien que constituant la première source d'information sur la vaccination, sont une source fragilisée par des taux d'exhaustivité peu satisfaisants et dépendants du type de suivi (PMI ou médecine libérale)

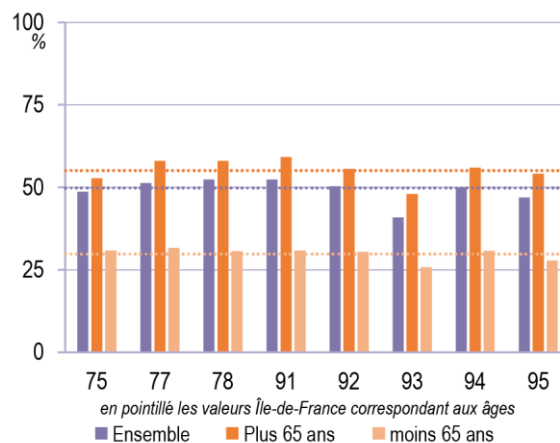
Sources : Drees, Remontées des services de PMI – Certificat de santé du 24e mois, exploitation Santé publique France

Figure 2. Couverture vaccinale pour le vaccin contre le méningocoque C – 1 dose de vaccin en 2021 (vaccin obligatoire)

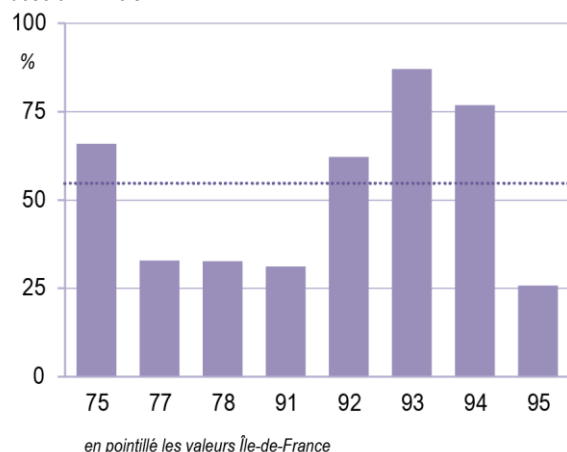
Source : Santé publique France - SNDS (DCIR)

Figure 3. Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) en 2021

Source : Santé publique France - SNDS (DCIR)

Figure 4. Couverture vaccinale pour le vaccin contre la grippe chez les personnes à risques, 2021-2022

Source : Santé publique France - SNDS (DCIR)

Figure 5. Couverture vaccinale du vaccin BCG en 2019 - 1 dose à 24 mois

Sources : Drees, Remontées des services de PMI – Certificat de santé du 24e mois, exploitation Santé publique France

Les certificats de santé de l'enfant des 9e et 24e mois, bien que constituant la première source d'information sur la vaccination, sont une source fragilisée par des taux d'exhaustivité peu satisfaisants et dépendants du type de suivi (PMI ou médecine libérale).

Les réticences vis-à-vis de la vaccination diminuent y compris pour HPV et la grippe saisonnière

Les opinions et attitudes vis-à-vis de la vaccination peuvent être renseignées à partir d'enquêtes réalisées en population générale tels que les Baromètres de Santé publique France.

Il en ressort qu'en 2021, 84,4 % des personnes âgées de 18 à 75 ans interrogées en Île-de-France déclaraient être favorables à la vaccination (41,1 % « très favorables » et 43,3 % « plutôt favorables »). Cette adhésion est significativement plus importante que pour le reste de la France : 82,1 % (figure 6) [3]. Par ailleurs, que ce soit en Île-de-France ou dans les autres régions, l'adhésion à la vaccination (très et plutôt favorable) s'est accrue puisqu'elle était, en 2017, de 79,2 % en Île-de-France, et de 77,4 % hors Île-de-France (figure 7).

En 2021, la réticence envers les vaccins non obligatoires n'était pas très élevée avec un avis défavorable pour le vaccin contre la grippe saisonnière chez 14,0 % des Franciliens interrogés, et de 8,4 % pour le vaccin contre le HPV. Ces avis défavorables étaient beaucoup moins élevés que ceux exprimés en 2017 avec respectivement 37,6 % et 14,6 % (figure 9).

Notons également des disparités d'adhésion entre départements et entre sexes : en Île-de-France, c'est à Paris que l'adhésion est la plus forte avec 86,8 % des personnes interrogées très ou plutôt favorables contre 83 % en grande couronne et 81,9 % en petite couronne (figure 8). Et, globalement, en Île-de-France comme en France, les femmes sont plus réticentes (pas ou pas du tout favorables) à la vaccination que les hommes (figure 6).

En 2021, 56,7 % des Franciliens interrogés étaient défavorables au vaccin contre la Covid-19 (incertitudes face à un vaccin utilisant une nouvelle technologie, vaccination administrée massivement et controverses, réticences y compris de certains personnels soignants). Dans les autres régions, cet avis défavorable s'exprimait chez 64,3 % des personnes interrogées. Comme pour la vaccination en général, les femmes ont le plus souvent déclaré un avis défavorable à certaines vaccinations contrairement aux hommes. Le même constat est observé dans le reste de la France, en outre, les Franciliens ont moins souvent déclaré un avis défavorable à certaines vaccinations par rapport au reste de la France (figure 10). Dans la région, les Parisiens sont les moins défavorables à certaines vaccinations (figure 11).

PERSPECTIVES

Renforcer l'adhésion à la vaccination

Si les taux de couverture des vaccinations obligatoires chez les nourrissons sont satisfaisants, ceux des vaccins contre le HPV et la grippe saisonnière, fortement recommandés mais non obligatoires, sont insuffisants. L'analyse des Baromètres de Santé publique France 2017 et 2021 montre des réticences encore présentes pour ces vaccins. Cependant, elles ont fortement diminué depuis 2017, c'est particulièrement notable pour la vaccination antigrippale. En 2021, début de son déploiement, la vaccination contre la Covid-19 faisait encore l'objet de fortes réticences.

Pour renforcer l'adhésion à la vaccination, la crise de la Covid-19 a montré le rôle essentiel des médecins, notamment dans la communication auprès des patients [4]. De même, cette crise a mis en avant la nécessité de délivrer une information transparente et scientifiquement fiable sur la balance bénéfices/risques et l'efficacité de chaque vaccin.

Sur ce sujet, Santé publique France mène des campagnes de communication pour promouvoir la vaccination et le calendrier vaccinal auprès de la population et des professionnels de santé. En 2019, a ainsi été lancée la première campagne nationale de promotion de la vaccination, pour renforcer la confiance des Français et contribuer à l'augmentation de la couverture vaccinale. Ce dispositif, centré autour du message « La meilleure protection, c'est la vaccination », a été diffusé au lancement de la Semaine européenne de la vaccination 2019 et était présente :

- dans les médias nationaux, régionaux et sur le web ;
- dans les lieux de santé via une affichette et dans la presse professionnelle ;
- en région, avec des stands d'information et de prévention, dits « Village info vaccination », animés par les équipes des ARS et leurs partenaires.

La fréquence des rappels à l'âge adulte doit faire l'objet d'un suivi régulier. Pour favoriser la vaccination des adolescents et des adultes, des leviers d'actions peuvent être mis en œuvre, comme la possibilité de se faire vacciner sur d'autres lieux que le cabinet médical (pharmacie en particulier ou en entreprise), ou encore dans le cadre des consultations de prévention ou celles envisagées par l'assurance maladie à 25, 45 et 65 ans.

Références

[1] Santé publique France. Géode [internet] Disponible : <https://geodes.santepubliquefrance.fr/>

[2] Etude sur les leviers et les freins à la vaccination contre les papillomavirus humains (HPV).

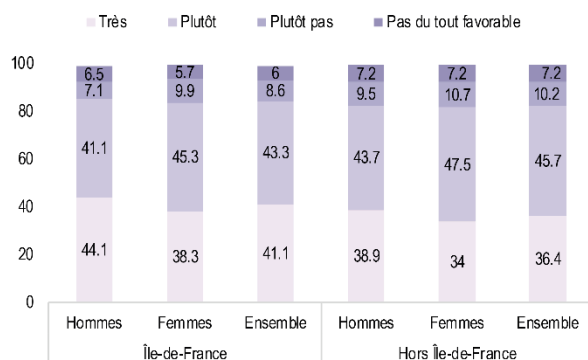
[3] Baromètre de Santé publique France. 2021.

[4] Verger P, Scronias D. (ORS Provence-Alpes-Côte d'Azur), Bergeat, M, Chaput H, (DREES) et al. (2021, mars). Pour huit médecins généralistes sur dix, la vaccination contre la Covid-19 est le meilleur moyen d'éviter de nouvelles vagues épidémiques DREES. Études et Résultats. 2021 ; 1187.

☞ Site de référence sur la vaccination : <https://vaccination-info-service.fr/>

☞ Calendrier vaccinal 2022 : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/calendrier_vaccinal_2022_mis_a_jour_juin_2022_v2.pdf

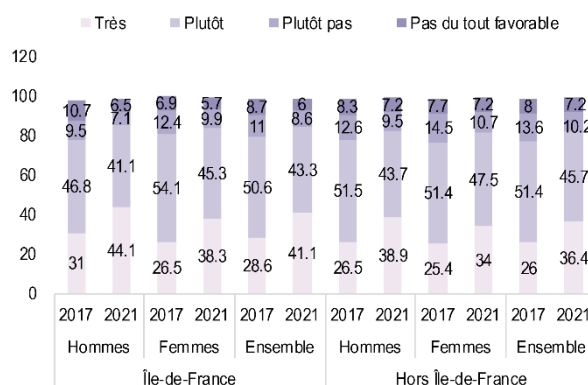
Figure 6. Adhésion à la vaccination en Île-de-France et hors Île-de-France chez les personnes de 18-75 ans (en %)*



* Etes-vous très, plutôt, plutôt pas ou pas du tout favorable aux vaccinations EN GENERAL ?

Source : Baromètre santé 2021, Santé publique France, exploitation ORS Île-de-France

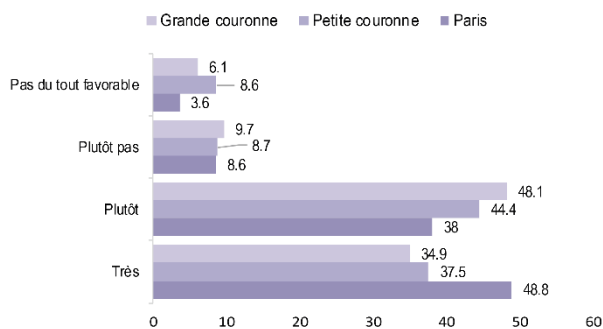
Figure 7. Evolution de l'adhésion à la vaccination entre 2017 et 2021 en Île-de-France et hors Île-de-France chez les personnes de 18-75 ans (en %)*



* Etes-vous très, plutôt, plutôt pas ou pas du tout favorable aux vaccinations EN GENERAL ?

Source : Baromètre santé 2021, Santé publique France, exploitation ORS Île-de-France

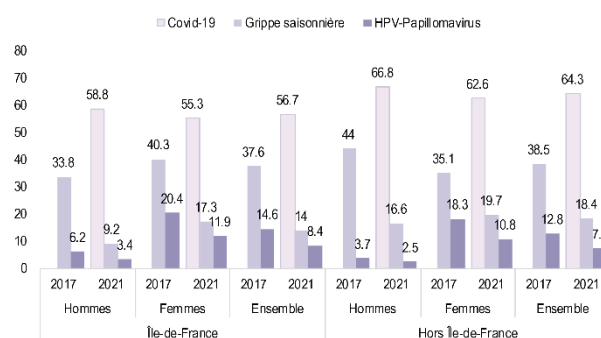
Figure 8. Adhésion à la vaccination en Île-de-France, chez les personnes de 18-75 ans selon la zone géographique (en %)*



* Etes-vous très, plutôt, plutôt pas ou pas du tout favorable aux vaccinations EN GENERAL ?

Source : Baromètre santé 2021, Santé publique France, exploitation ORS Île-de-France

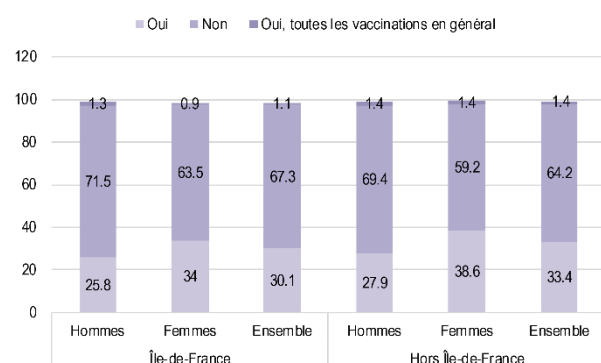
Figure 9. Proportion de personnes interrogées déclarant être défavorables à des vaccinations en particulier en % en Île-de-France et hors Île-de-France*



*Si défavorable à certaines vaccinations, lesquelles ?

Source : Baromètre santé 2021, Santé publique France, exploitation ORS Île-de-France

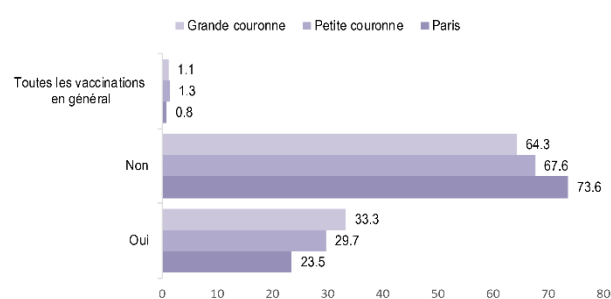
Figure 10. Proportion de personnes de 15-75 ans déclarant être défavorables à certaines vaccinations (en %)*



*Etes-vous défavorable à certaines vaccinations EN PARTICULIER ?

Source : Baromètre santé 2021, Santé publique France, exploitation ORS Île-de-France

Figure 11. Proportion de personnes de 18-75 ans déclarant être défavorables à certaines vaccinations selon la zone géographique (en %)*



*Etes-vous défavorable à certaines vaccinations EN PARTICULIER ?

Source : Baromètre santé 2021, Santé publique France, exploitation ORS Île-de-France

4. SANTÉ ET ENVIRONNEMENT

Habitat dégradé et santé	88
Pollution atmosphérique et santé	92
Bruit	94
Enjeux sanitaires liés au cadre de vie, focus sur les espaces végétalisés et la marchabilité	96
Inégalités d'expositions environnementales	100
Enjeux sanitaires liés au changement climatique	104

Habitat dégradé et santé

LES POINTS ESSENTIELS

- ▶ La qualité du logement, un déterminant essentiel de l'état de santé,
- ▶ Des tensions sur le marché locatif qui maintiennent un parc de logements dégradés, occupés par des populations souvent socialement et économiquement défavorisées particulièrement nombreuses en Île-de-France,
- ▶ La région la plus touchée par les intoxications au plomb et au monoxyde de carbone,
- ▶ Une précarité énergétique qui accentue les inégalités sociales et territoriales.

ENJEUX

Un parc dégradé diffus et difficile à repérer

Le parc de l'habitat en Île-de-France est ancien et connaît une tension importante sur le marché du logement, en particulier chez les ménages les plus fragiles.

La lutte contre l'habitat dégradé est à la fois un enjeu de santé publique – protéger la santé et la sécurité des occupants de ce parc – et de développement urbain et économique – stopper la dégradation de quartiers et assurer le renouvellement urbain des territoires. L'habitat dégradé prend différentes formes : logements insalubres, de fortune, suroccupés, chauffage défectueux, présentant un risque d'exposition au plomb, un risque de péril, des situations de précarité énergétique, etc.

Des effets directs et indirects sur la santé

Les conséquences sanitaires sont multiples. Certains facteurs peuvent directement causer des pathologies chez les occupants.

Une mauvaise évacuation des fumées de combustion (conduit obstrué, en particulier l'hiver), l'absence ou l'insuffisance de ventilation, les défauts d'entretien des appareils de chauffage et de production d'eau chaude, la vétusté des appareils, etc. peuvent provoquer des intoxications au monoxyde de carbone pouvant aller jusqu'au décès. Ces facteurs étant plus présents lorsque les logements sont mal isolés et lorsque les revenus des ménages sont faibles.

Avant 1949, les peintures au plomb contenant de la céruse étaient largement utilisées dans l'habitat. La céruse peut être à l'origine d'une intoxication au plomb : le saturnisme. Ces peintures anciennes s'écailent avec le temps et la présence de revêtements dégradés au sein d'un logement peut le rendre insalubre. Lorsque ce dernier est occupé par un jeune enfant et/ou une femme enceinte, cela constitue une situation d'urgence qui doit être traitée rapidement.

Certaines maladies respiratoires comme l'asthme peuvent aussi être la conséquence d'une pollution de l'air intérieur. Celle-ci peut être d'origine chimique (composés organiques volatils) ou biologique (acariens, moisissures).

Enfin, la présence de nuisibles (cafards, punaises de lits) peut aussi influencer directement sur la santé physique et mentale des individus.

L'insalubrité et la suroccupation des logements favorisent la propagation de pathologies : tuberculose, Covid-19 par exemple. Elles sont aussi des facteurs favorables au développement des moisissures elles-mêmes à l'origine du développement d'allergies ou de maladies respiratoires.

La précarité énergétique qui entraîne des températures froides l'hiver dans les logements peut causer des problèmes de santé

respiratoires, ostéo-articulaires, neurologiques ou mentaux (dépression).

Depuis le 1^{er} janvier 2023, les logements les plus énergivores (consommation d'énergie supérieure à 450 kWh/m²) ne peuvent plus être proposés à la location [1,2].

SITUATION ACTUELLE ET EVOLUTION

L'habitat indigne revêt de multiples dimensions

En Île-de-France, 4 % des logements sont recensés dans le parc privé potentiellement indigne (PPPI), soit près de 160 000 logements (carte 1).

Il existe des disparités dans les départements avec par exemple 7,5 % en Seine-Saint-Denis et 6,5 % à Paris contre 1 % dans le Val-d'Oise.

Selon l'Insee, 5 % de la population des ménages franciliens vit dans un habitat de fortune (le plus souvent une construction précaire faite de bois et de tôles, mais ce peut aussi être une maison en ruine ou un bâtiment non destiné à l'habitation, mais qui sont habités), ou dans un logement où la salle de bain et les WC ne sont pas dans l'habitation.

La part des logements construits avant 1949 (risque d'exposition au plomb) est de 30 %.

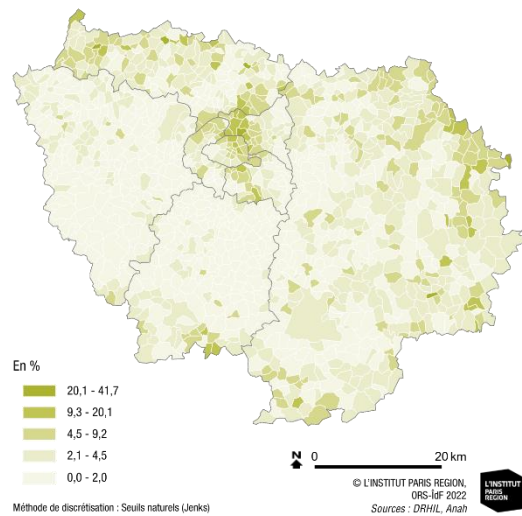
Enfin 8 % des ménages sont en situation de précarité énergétique (carte 2).

Certains départements cumulent des facteurs de risque importants. Par exemple en Seine-Saint-Denis, un logement sur quatre du PPPI est suroccupé ou a été construit avant 1949. De plus la proportion d'enfants qui y vivent est plus importante (cartes 3,4 et figure 1) [3,4].

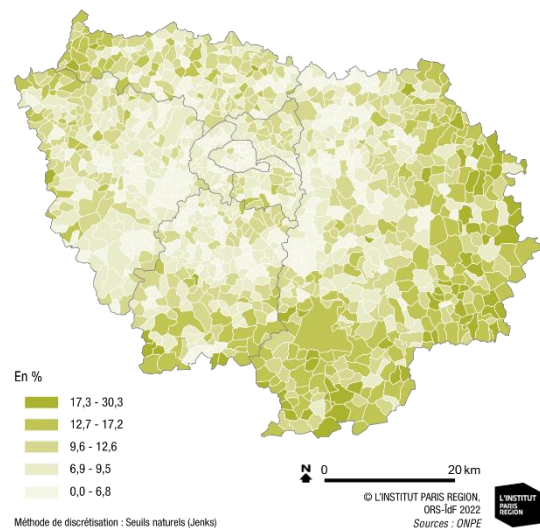
L'Île-de-France, région la plus touchée par le saturnisme très inégalement dépisté sur le territoire

En 2020, la région comptait 203 cas prévalents de saturnisme chez les 0-17 ans, soit 38 % des cas de la France entière. La prévalence du saturnisme a fortement diminué (1 516 cas en 1995 dans la région). Cependant, durant cette même période, les primo dépistages et les dépistages ont également diminué, passant respectivement de 2 713 à 1 421 et de 5 285 à 2 134 en Île-de-France, sachant que le dépistage ciblé est un enjeu clé dans la lutte contre cette maladie [5].

Carte 1. Part des logements du parc privé potentiellement indignes en 2013



Carte 2. Part des ménages en précarité énergétique logement en 2019



Carte 3. Part des résidences principales construites avant 1949

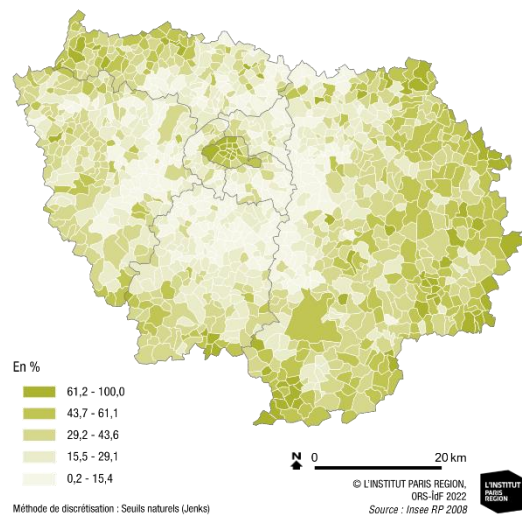
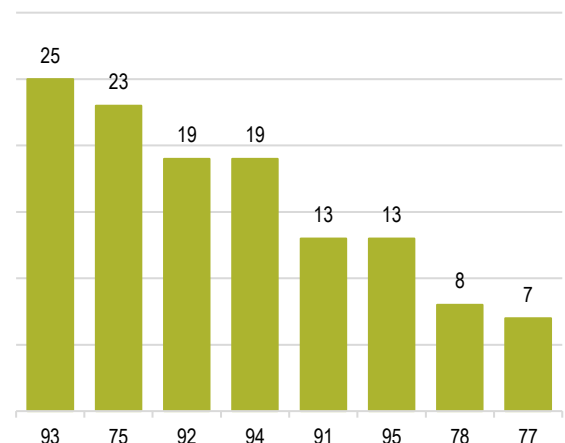


Figure 1. Part du parc privé potentiellement indigne suroccupé dans les départements franciliens (en %)



Sources : Insee RP 2019, DRHIL, Anah

Carte 4. Part des résidences principales hors studio potentiellement sur-occupées en 2019

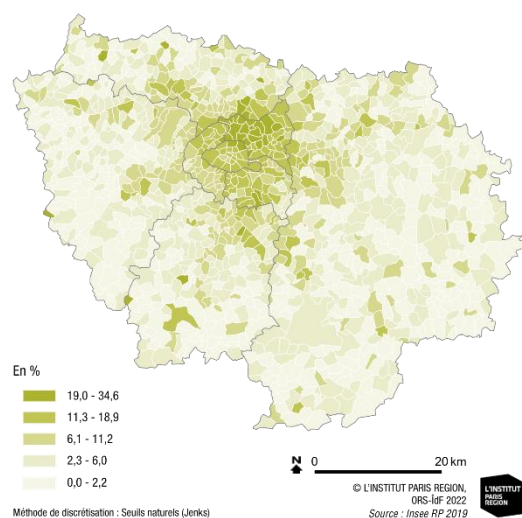
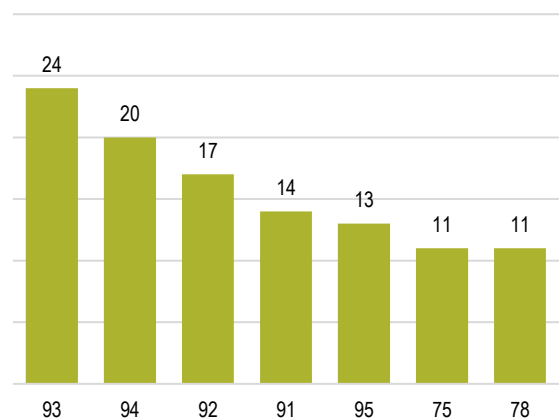


Figure 2. Risque de saturnisme dans le parc privé potentiellement indigne (part du PPPI construit avant 1949 où vivent des enfants de moins de 6 ans) (en %)



Sources : Insee RP 2008, DRHIL, Anah

Le nombre de nouveaux cas (incidence) en 2020 était de 146 soit 35 % de l'ensemble des nouveaux cas de la France entière.

Alors que les départements de Seine-Saint-Denis, du Val-d'Oise et Paris concentrent la grande majorité des cas de saturnisme dans la région (respectivement 56, 37 et 32 cas diagnostiqués en 2020), seuls 21 cas ont été détectés dans le reste de l'Île-de-France (figures 5 à 8).

L'Île-de-France, région la plus touchée par les intoxications au monoxyde de carbone

L'Île-de-France est également très touchée par les intoxications au monoxyde de carbone. En 2016, Santé publique France relevait 775 cas d'intoxication au monoxyde de carbone dans la région soit 23,4 % des intoxications en France métropolitaine (figures 3 et 4).

On observe une forte disparité départementale avec des intoxications allant de 139 en Essonne à 40 dans le Val-de-Marne, soit respectivement 18 % et 5 % des intoxications de la région [6].

La précarité énergétique, un enjeu particulièrement prégnant dans cette période de hausse majeure des prix de l'énergie

Depuis maintenant plusieurs années, la lutte contre la précarité énergétique fait l'objet de nombreuses actions nationales. Par exemple, l'État a engagé des fonds importants pour la rénovation des logements des propriétaires en difficulté via le programme « Habiter Mieux », géré par l'Agence nationale de l'habitat (Anah). Ces fonds sont mobilisés via les contrats locaux d'engagement (CLE) signés au niveau du département ou des collectivités locales définis dans le cadre des Plans départementaux d'action pour le logement des personnes défavorisées (PDALPD).

La lutte contre la précarité énergétique s'inscrit dans la lutte contre le changement climatique. En effet, l'amélioration thermique des logements permet non seulement de réduire les émissions de gaz à effet de serre mais également la facture énergétique des ménages. Il faut veiller toutefois à ce que cette politique ne soit pas menée au détriment de la qualité de l'air intérieur [7].

Précarité énergétique

Est en situation de précarité énergétique toute personne qui éprouve, dans son logement, des difficultés particulières à disposer de la fourniture d'énergie nécessaire à la satisfaction de ses besoins élémentaires, en raison de l'inadaptation de ses ressources ou de ses conditions d'habitat. Il existe trois principaux profils de précaires énergétiques, selon l'Observatoire national de la précarité énergétique (ONPE)

- les personnes âgées propriétaires de grandes maisons en milieu rural,
- les travailleurs pauvres habitant des logements mal isolés,
- les locataires inactifs, en détresse et dépendants des propriétaires.

PERSPECTIVES

L'insalubrité d'un logement génère des risques sur la santé de nombreux Franciliens, en particulier ceux en situation de vulnérabilité sociale. Les risques sont nombreux : intoxication au plomb et au monoxyde de carbone, exacerbation de pathologies notamment respiratoires.

L'augmentation du prix de l'énergie risque encore d'aggraver la situation, menaçant directement les plus vulnérables. Certains médecins alertent déjà sur le risque d'augmentation des intoxications au monoxyde de carbone à cause de chauffages d'appoint et de brasero utilisés à l'intérieur des logements.

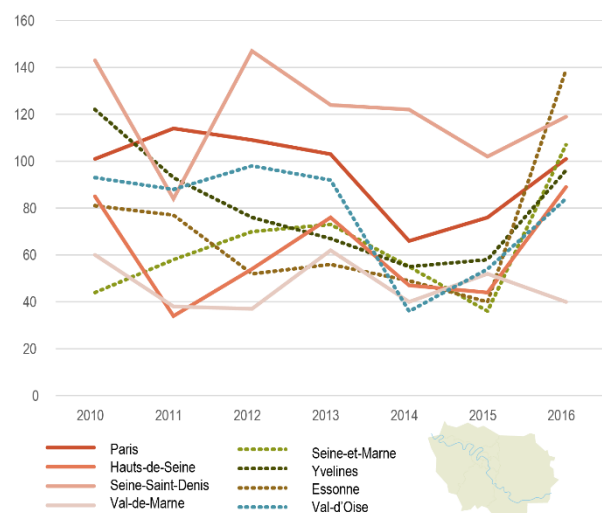
Dans le Plan de protection, de résistance et d'adaptation de la Région Île-de-France face au changement climatique de 2022, une action cible la lutte contre la précarité énergétique. La Région souhaite en effet « accompagner 50 000 rénovations pour faire disparaître d'ici 2028 les passoires thermiques (classées F et G) du parc du logement social ».

La pandémie de Covid-19 a mis en évidence les problèmes liés à l'habitat et à la suroccupation lors des épidémies de maladies infectieuses.

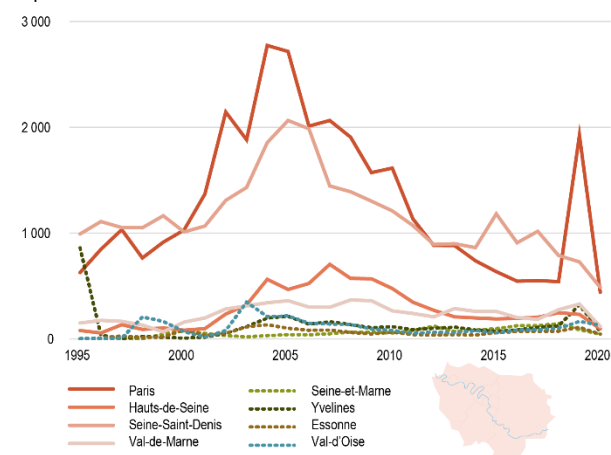
Par son ampleur et sa concentration sur certains territoires déjà fragilisés, la problématique de l'habitat indigne constitue une réelle priorité urbaine, sociale et sanitaire en Île-de-France. Le droit à un logement digne est une valeur fondamentale de notre démocratie.

Références

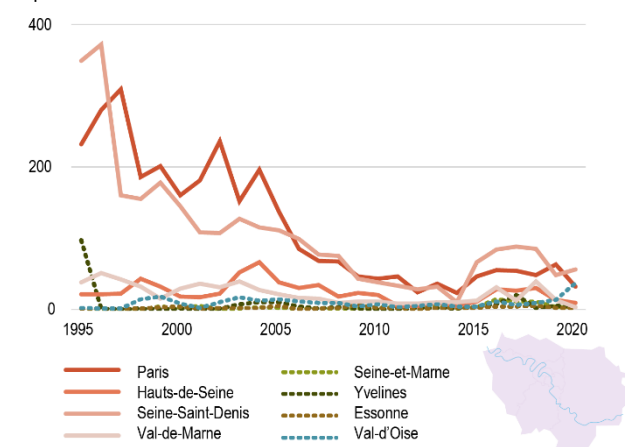
- [1] Brown T, Dassonville C, Derbez M, Ramalho O, Severine K, Kirchner S, Crump D, Mandin C. Relationships between Socioeconomic and Lifestyle Factors and Indoor Air Quality in French Dwellings. *Environmental Research*. 2015 ;140 (1): 385-96
- [2] Ginot L. Qualité de l'habitat et santé. *Les Cahiers*. 2014 ; 170/171 :43-45.
- [3] Beaufils S, Pauquet P. Vivre à l'étroit en Île-de-France : Situation en 2018 et évolution 2008-2018. *L'Institut Paris Region*, 2022
- [4] L'habitat dégradé et indigne en Île-de-France. Enjeux et politiques en 2018. *L'Institut Paris Region*, 2018
- [5] Le saturnisme infantile : un problème majeur en Île-de-France [internet]. PromoSanté Île-de-France. Disponible : <https://www.promosante-idf.fr/nos-publications/focus-thematiques/focus-9-le-saturnisme-infantile-un-probleme-majeur-en-ile-de-france>
- [6] Santé publique France. Géodes - Indicateurs : cartes, données et graphiques [internet]. Disponible : <https://geodes.santepubliquefrance.fr>
- [7] Ministère de la transition énergétique. Théma: rénovation énergétique des logements [internet]. 2022. Disponible : https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/thema_-_renovation_energetique_des_logements.pdf

Figure 3. Evolution du nombre d'intoxications au monoxyde de carbone dans les départements franciliens

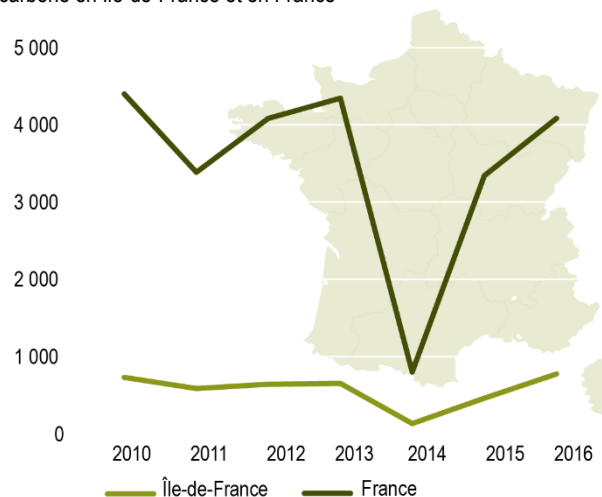
Source : Santé publique France, système de surveillance SIROCO

Figure 5. Evolution du nombre de primo dépistages dans les départements franciliens

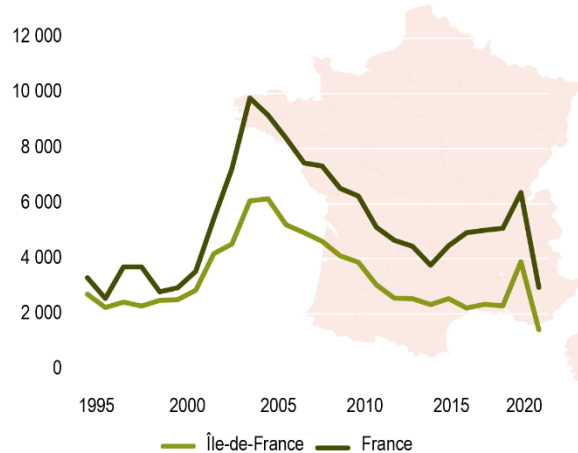
Source : Système national de surveillance des plombémies de l'enfant (SNSPE)

Figure 7. Evolution des cas incidents de saturnisme dans les départements franciliens

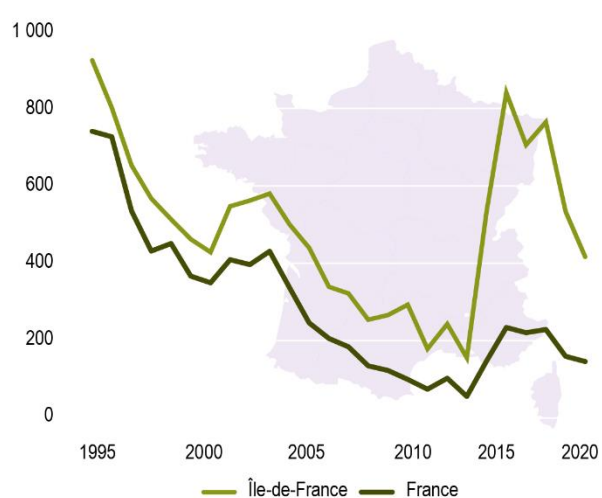
Source : Système national de surveillance des plombémies de l'enfant (SNSPE)

Figure 4. Evolution du nombre d'intoxications au monoxyde de carbone en Île-de-France et en France

Source : Santé publique France, système de surveillance SIROCO

Figure 6. Evolution du nombre de primo dépistages en Île-de-France et en France

Source : Système national de surveillance des plombémies de l'enfant (SNSPE)

Figure 8. Evolution des cas incidents de saturnisme en Île-de-France et en France

Source : Système national de surveillance des plombémies de l'enfant (SNSPE)

Pollution atmosphérique et santé

LES POINTS ESSENTIELS

- ▶ Les actions d'amélioration durable de la qualité de l'air sont des mesures de santé publique particulièrement pertinentes et efficaces qui réduisent significativement la morbidité et la mortalité,
- ▶ Si entre 2010 et 2019, la mortalité attribuable à l'exposition aux PM_{2,5} est passée de 10 350 à 6 220 décès annuels, la pollution de l'air contribue encore à près d'un décès sur dix en Île-de-France.

ENJEUX

La pollution atmosphérique induit notamment des effets aux niveaux respiratoire et cardiovasculaire pouvant conduire à des décès prématurés. Elle contribue également au développement de maladies telles que le diabète et les maladies neurodégénératives, et elle affecte la santé de l'enfant depuis son plus jeune âge, y compris pendant la gestation. En 2013, la pollution de l'air extérieur a été classée cancérigène par le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC).

Les effets sur la santé se produisent dès les plus faibles niveaux de pollution, comme le montrent pour l'Europe les travaux publiés dans le cadre du projet ELAPSE. La revue des connaissances les plus récentes a ainsi conduit l'OMS à publier de nouvelles lignes directrices pour la qualité de l'air ambiant bien plus basses et plus exigeantes que celles publiées en 2005. L'impact de la pollution de l'air sur la santé des populations est considérable, notamment en Île-de-France.

SITUATION ACTUELLE ET EVOLUTION

La qualité de l'air s'améliore en Île-de-France, avec une baisse tendancielle des niveaux de pollution chronique pour le dioxyde d'azote (NO₂) et les particules fines (PM_{2,5}), mais les concentrations de ces polluants restent encore problématiques, avec des dépassements récurrents des valeurs limites réglementaires ainsi que des recommandations de l'OMS. Les principales sources d'émissions sont le trafic routier, pour le NO₂, et le chauffage au bois, pour les PM_{2,5}, parmi les divers secteurs qui contribuent à l'ensemble des émissions.

Une forte baisse de la mortalité annuelle liée à la pollution atmosphérique entre 2010 et 2019

Entre 2008 et 2019, le nombre annuel de décès attribuables à l'exposition prolongée aux PM_{2,5} est passé de 10 350 à 6 220 dans la région, soit une baisse de 40 %. Cela représente un gain brut moyen d'espérance de vie de près de huit mois. La part de décès attribuables est passée de 16,5 % à 9 %. Par ailleurs, le nombre annuel de décès en lien avec l'exposition prolongée au NO₂ est passé de 4 520 (7,2 %) à 3 680 (5,3 %), soit une baisse de près de 19 %. Tous les territoires ont profité de cette amélioration avec des bénéfices particulièrement marqués à Paris où le gain brut d'espérance de vie s'élève à près de dix mois (figure 1).

Tendre vers les recommandations OMS pour mieux protéger la santé des populations

Si les niveaux moyens annuels de PM_{2,5} (2017-2019) étaient ramenés au niveau recommandé par l'OMS (5 µg/m³), 6 200 décès annuels pourraient être évités en Île-de-France, soit près d'un décès sur dix, ce qui représenterait un gain moyen d'espérance de vie de 8 mois. Les bénéfices seraient

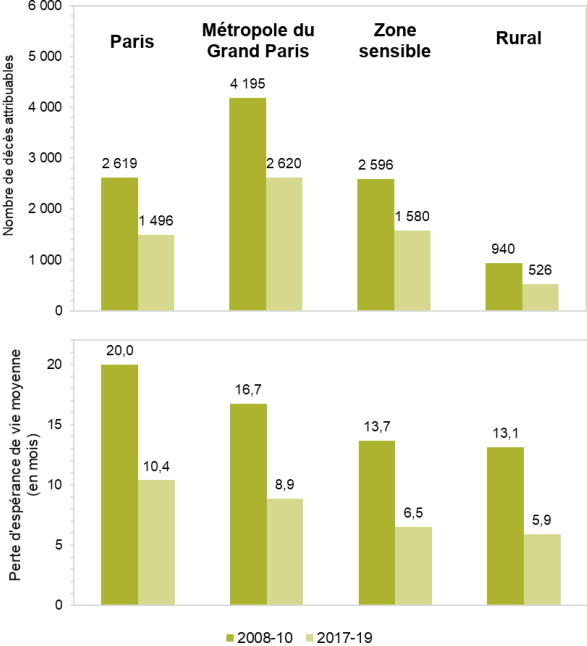
particulièrement importants pour Paris et sa métropole qui regroupent les 2/3 des décès évitables du fait de niveaux plus élevés dans ces territoires conjugués à une densité importante de population (carte 1). Une baisse de l'ordre de 530 décès serait tout de même attendue en zone rurale (zone périphérique). Pour le NO₂, l'impact serait particulièrement prégnant pour la zone dense (carte 2), avec près de 80 % des bénéfices attendus à Paris et dans la métropole si les niveaux moyens annuels de NO₂ observés actuellement étaient ramenés à 10 µg/m³, soit 1 850 décès évitables (4,6 % de la mortalité) et 4,3 mois de gain moyen d'espérance de vie. Les impacts en lien avec ce polluant, traceur du trafic routier, rappellent l'importance d'agir sur cette source dans la zone agglomérée, avec une réduction de la mortalité attendue mais également de la morbidité, en particulier chez les enfants. Ainsi il a été estimé que la mise en œuvre d'une zone à faible émission dans l'agglomération parisienne permettrait de réduire le nombre de cas annuel de naissances de faibles poids (jusqu'à 170 cas) et d'asthme (jusqu'à 2 930 cas).

En ce qui concerne l'ozone, il n'est pas observé de baisse tendancielle. Par ailleurs, en proportion, l'impact est plus marqué en zones périphériques (carte 3). La part de décès évitables s'élève à 2,8 % en zone rurale contre 2,1 % à Paris pour un objectif à 60 µg/m³ (OMS).

PERSPECTIVES

Selon Airparif, les mesures déjà initiées et évaluées aux niveaux national et régional devraient permettre de poursuivre la diminution globale des émissions de polluants de l'air engagée en Île-de-France. Toutefois, ces baisses seront encore insuffisantes pour respecter la valeur réglementaire en NO₂ de 40 µg/m³ en moyenne annuelle. Ainsi, au sein de la Métropole du Grand Paris, où la densité d'émissions est la plus importante, respecter en tout lieu la valeur réglementaire pour le NO₂ nécessiterait une baisse des émissions liées aux activités de transport de plus de 60 % par rapport à 2018. Un autre scénario serait de diminuer dans le même temps de 50 % les émissions liées aux transports et de 30 % celles des activités liées au bâti. Cette analyse illustre l'ampleur des efforts à fournir pour améliorer durablement la qualité de l'air, qui constitue un puissant levier de réduction de la mortalité et de la morbidité, et la nécessité d'agir sur toutes les sources (figure 2). Si l'atteinte des recommandations de l'OMS peut paraître lointaine, les gains mis en avant sur la dernière décennie ne peuvent qu'encourager la poursuite de l'action qui a permis une amélioration continue de la qualité de l'air.

Figure 1. Evolution de l'impact des PM_{2,5} sur la mortalité et l'espérance de vie en Île-de-France entre 2008 et 2019 selon le territoire [2]



Carte 1. Part et nombre de décès évitables grâce à une amélioration de la qualité de l'air (respect de la recommandation OMS pour les PM_{2,5})

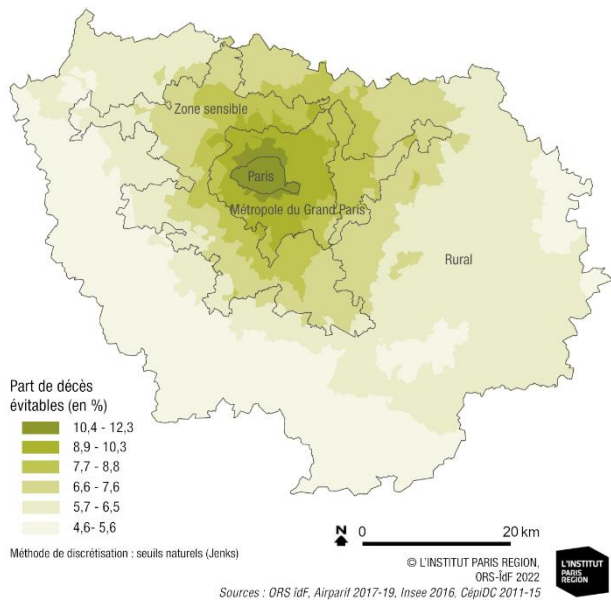
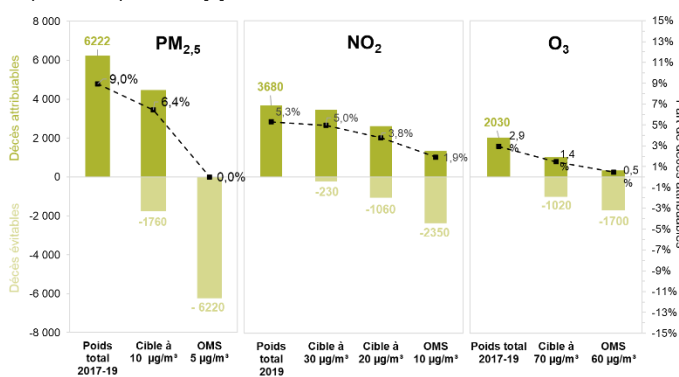
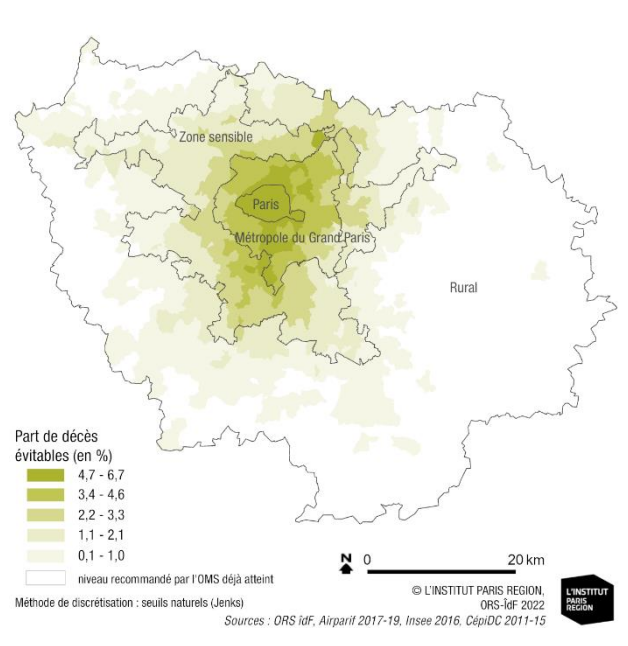


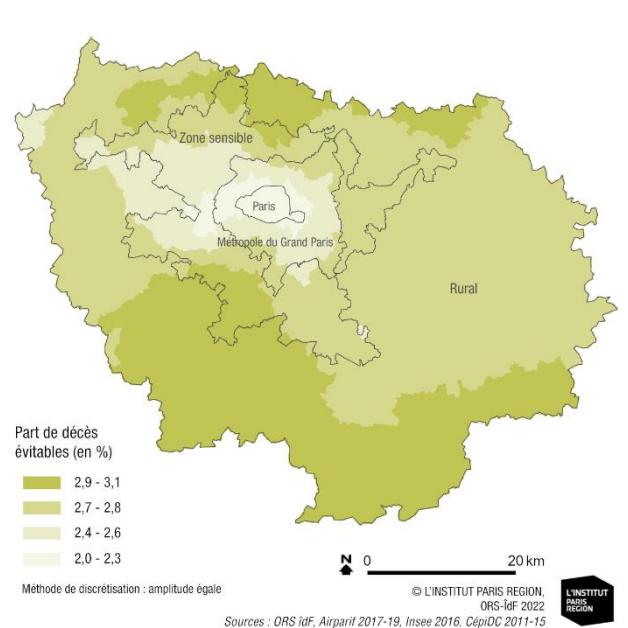
Figure 2. Baisses attendues de mortalité et parts attribuables de décès selon différents objectifs d'atteinte des recommandations OMS pour trois polluants [2]



Carte 2. Part des décès évitables grâce à une amélioration de la qualité de l'air (respect de la recommandation OMS pour le NO₂)



Carte 3. Part de décès évitables grâce à une amélioration de la qualité de l'air (respect de la recommandation OMS pour l'O₃)



Références

- [1] Airparif. Trajectoires pour respecter les seuils réglementaires : gains d'émissions de polluants atmosphériques et scénarisation. Paris : 2022.
- [2] Host S, Saunal A, Cardot T, Gheris V, Joly F. Mortalité attribuable à la pollution atmosphérique en Île-de-France. Quelle évolution depuis 10 ans et quels bénéfices d'une amélioration de la qualité de l'air dans les territoires ? Paris: ORS Île-de-France; 2022.
- [3] World Health Organization. WHO global air quality guidelines: particulate matter (PM_{2,5} and PM₁₀), ozone, nitrogen dioxide, sulfur dioxide and carbon monoxide. Genève : World Health Organization; 2021

► Note de lecture : en positif (vert foncé) les décès attribuables au dépassement de la recommandation OMS (et part de la mortalité totale en %), en négatif (vert clair) les décès évitables du fait de la réduction des niveaux

Bruit

LES POINTS ESSENTIELS

- ▶ Le bruit des transports : un enjeu de santé publique dans la région,
- ▶ Le bruit renforce les inégalités sociales et territoriales,
- ▶ 1,5 million de Franciliens exposés à des valeurs supérieures aux limites réglementaires.

ENJEUX

De nombreux effets indirects sur la santé

Avec la pollution atmosphérique, le bruit constitue une des nuisances principales en Île-de-France. Avec trois aéroports dont deux d'envergure internationale, un réseau routier dense et surchargé et un réseau de voies ferrées centralisé sur Paris, l'exposition au bruit des Franciliens y est en grande partie induite par les infrastructures de transport.

Les principaux effets du bruit sur la santé induisent :

- Des perturbations du sommeil. Elles engendrent une fatigue notable et renforcent des effets directement attribuables au bruit comme la diminution de la vigilance, de l'efficacité au travail ou de l'apprentissage durant l'enfance.
- De la gêne qui peut se définir d'après l'OMS comme « une sensation de désagrément, de déplaisir, provoquée par un facteur de l'environnement (ici le bruit) dont l'individu ou le groupe connaît ou imagine le pouvoir d'affecter sa santé ». Le trouble dû au bruit est une sensation qui vient perturber les activités de tous les jours et entraîne rapidement irritation, fatigue puis souffrances psychophysiologiques.
- La survenue d'un stress qui entraîne des réponses diverses de l'organisme, végétatives (notamment sur le système cardio-vasculaire) et endocriniennes (élévation des sécrétions de catécholamines, de cortisol).
- De nombreux effets psychosociaux, avec en premier lieu une dégradation de la qualité de vie, mais aussi une modification des attitudes et du comportement social (agressivité et troubles du comportement, diminution de la sensibilité et de l'intérêt à l'égard d'autrui) [1,2].

Le bruit, une nuisance qui renforce les inégalités sociales de santé

Le bruit est une nuisance qui renforce les inégalités sociales car les personnes qui ont les revenus les plus faibles sont davantage gênées par le bruit à leur domicile du fait de leurs conditions de logements (petits logements ou immeubles collectifs urbains mal isolés des bruits extérieurs et de voisinage, proximité d'infrastructures ou d'installations bruyantes). Ces personnes sont aussi souvent celles qui ont des conditions de travail les plus bruyantes (ateliers, usines) et logées dans des zones où le foncier est plus accessible du fait d'un cumul de nuisances extérieures dont le bruit. On assiste ainsi à un cumul d'exposition au bruit au domicile et sur le lieu de travail. Le bruit a tendance également à générer un phénomène de paupérisation de certains quartiers, les populations les plus aisées ayant plus de facilités à se soustraire au bruit en déménageant.

SITUATION ACTUELLE ET EVOLUTION

1,5 million de Franciliens exposés à des niveaux de bruit élevés

En 2019, environ 1,5 million d'habitants, soit près de 15 % de la population de la zone dense francilienne seraient potentiellement exposés à des niveaux de bruit en façade de leur habitation qui dépassent les valeurs limites réglementaires, toutes sources de bruit des transports confondues [3]. En 2015, c'était 2,2 millions d'habitants, soit 22 % de la population de la zone dense qui étaient exposés [4].

Cette diminution s'observe pour toutes les sources de bruit : en 2019, environ 3 % de la population francilienne était exposée à un niveau de bruit aérien supérieur à la valeur limite réglementaire contre 3,5 % en 2015. La part de population exposée au bruit ferré est passée de 1 % en 2015 à 0,5 % en 2019. 0,5 % (1 % en 2015) de la population pour le bruit ferré. Quant au bruit routier, la part de la population exposée à un niveau de bruit supérieur aux valeurs réglementaire est passée de 17,1 % en 2015 à 10 % en 2019 - voir encadré (cartes 1 à 3, figure 1).

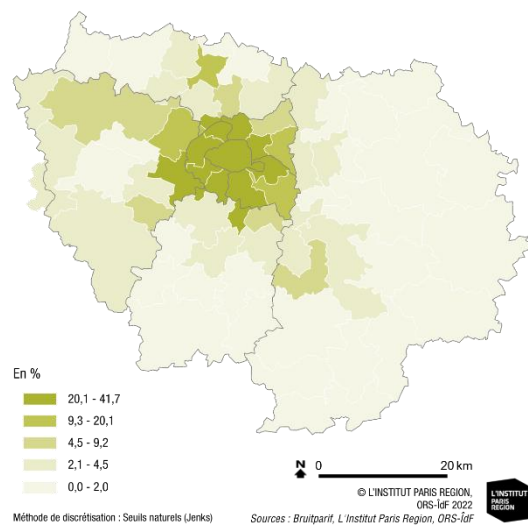
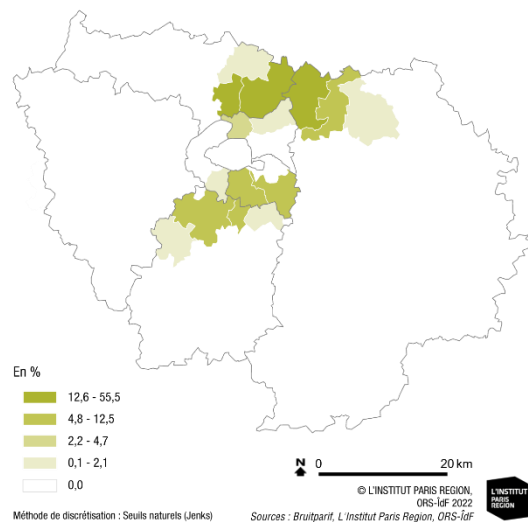
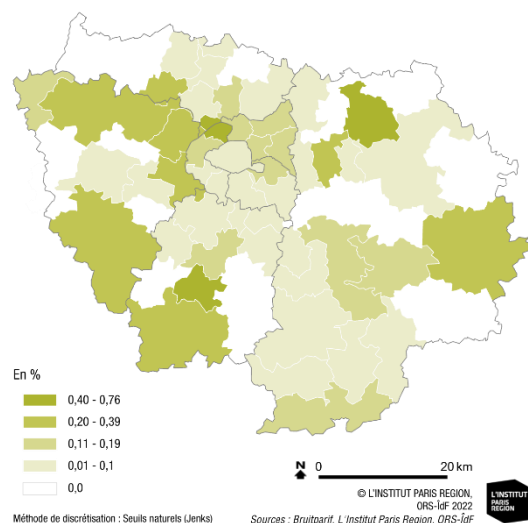
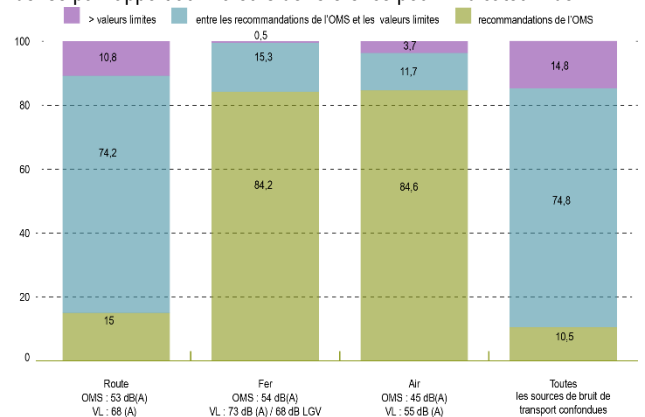
Près d'une année de vie en bonne santé perdue liée au bruit

En 2019, Bruitparif a calculé que le bruit des transports dans la zone dense de l'Île-de-France était responsable de l'ordre de 108 000 années de vie en bonne santé perdues (DALY – Disability adjusted life years) chaque année (75 000 en 2015), ce qui représente une perte de 10,7 mois par habitant en moyenne au cours d'une vie entière (7,3 en 2015). Les troubles du sommeil sont la principale cause observée de cette perte de vie en bonne santé. Le bruit des transports routiers est la première source identifiée.

PERSPECTIVES

Une nuisance à prendre en compte en amont de l'aménagement des territoires

Les sources de bruit sont nombreuses et concernent tous les milieux : lieux de résidence, de travail, dans les transports ou les loisirs, etc. En Île-de-France, le bruit généré par le transport routier constitue un enjeu de santé publique. Afin de diminuer cette nuisance, elle doit être prise en considération très en amont dans l'aménagement du territoire et dans les choix d'urbanisme. La connaissance sur les émissions sonores et sur l'exposition des populations doit être accrue (en particulier chez les personnes subissant une multi-exposition). Enfin, les modes de transport doux (marche, vélo par exemple) doivent être encouragés.

Carte 1. Part de la population exposée au bruit routier**Carte 2.** Part de la population exposée au bruit aérien**Carte 3.** Part de la population exposée au bruit ferré**Figure 1.** Statistiques d'exposition au bruit de la population de la zone dense par rapport aux valeurs de référence pour l'indicateur Lden

Source : BruitParis, 2019 [3]

Définitions

Indicateurs Lden : 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-18h).

Valeurs limites Lden : bruit aérien : 55dB(A) / bruit ferré 73 dB(A) pour les voies conventionnelles et 68 dB(A) pour les lignes à grande vitesse) / bruit routier 68 dB(A).

DALYs (années de vie en bonne santé perdues) :

À partir des données issues des cartes stratégiques de bruit exprimées selon les indicateurs Lden et Ln, Bruitparif a estimé, en tout point de l'agglomération parisienne (données d'exposition hors agglomération non disponibles), les nombres de personnes gênées et de personnes perturbées dans leur sommeil en fonction de leur niveau d'exposition au bruit des transports, en utilisant les relations dose-effet proposées par l'OMS. La gêne et les perturbations du sommeil sont ensuite traduites en années de vie en bonne santé perdues (DALY pour Disability Adjusted Life Years) en appliquant un coefficient d'incapacité. Cet indicateur synthétique quantifie la dégradation de l'état de santé des populations du fait d'un effet sanitaire induit par une maladie ou par une exposition à un facteur environnemental.

Références

- [1] Conseil national du bruit. Les effets sanitaires du bruit. 2018.
- [2] Anses. Évaluation des impacts sanitaires extra-auditifs du bruit environnemental. 2013 ; Rapport d'expertise collective. 2013
- [3] Bruitparif. Impacts sanitaires du bruit des transports dans la zone dense de la région Île-de-France. 2019.
- [4] Bruitparif. ORS Île-de-France. Impact sanitaire du bruit des transports dans l'agglomération parisienne : quantification des années de vie en bonne santé perdues Application à l'agglomération parisienne de la méthode de l'OMS pour la détermination de la morbidité liée au bruit [internet]. ORS 2015. Disp : <https://www.ors-idf.org/nos-travaux/publications/impacts-sanitaires-du-bruit-des-transports-au-sein-de-lagglomeration-parisienne/>

Enjeux sanitaires liés au cadre de vie, focus sur les espaces végétalisés et la marchabilité

LES POINTS ESSENTIELS

- ▶ Les caractéristiques urbaines et la qualité du cadre de vie constituent un déterminant de santé important,
- ▶ L'urbanisme favorable à la santé est un levier d'action fondamental pour accroître la qualité de vie, le bien-être et les mobilités actives,
- ▶ Très variés, les espaces verts et de nature en ville assurent nombre de services urbains : santé, création de lien social, adaptation au changement climatique, lutte contre l'érosion de la biodiversité...

ENJEUX

Le champ de la santé publique en France a récemment réinvesti le concept d'urbanisme favorable à la santé. Ainsi, à côté de l'enjeu de réduction des expositions aux polluants et nuisances, d'autres enjeux liés à l'aménagement déterminent la santé en influençant les comportements et les relations entre les habitants. Par exemple, l'installation d'équipements ou d'infrastructures adaptés et accessibles à tous permettent de favoriser l'activité physique et la non-sédentarité ou encore d'inciter à une alimentation saine. Des espaces de vie agréables, sécurisés favorisent le bien-être des habitants et la cohésion sociale. La caractérisation de la qualité du cadre de vie et de ses impacts demeure un domaine en pleine exploration qui suscite de nombreux travaux de recherche. Des indicateurs ont été développés pour approcher certains déterminants tels que la marchabilité des territoires, la carence et l'accessibilité aux espaces verts et de nature, les besoins et potentiels de renaturation à des fins de diagnostics territoriaux.

Marchabilité des territoires

Le lien entre le niveau d'activité physique et l'environnement urbain a fait l'objet de nombreux travaux, dont la plupart montre une relation entre certaines caractéristiques de l'environnement bâti et le niveau d'activité physique de la population (notamment avec la marche). Il est ainsi question de la capacité d'un territoire à susciter la pratique de la marche. Les qualités fondamentales d'une ville marchable, résumées sous le vocable de « marchabilité », représentent le potentiel piétonnier d'un territoire, c'est-à-dire, sa capacité à susciter les déplacements à pied et sont déterminées par les caractéristiques suivantes :

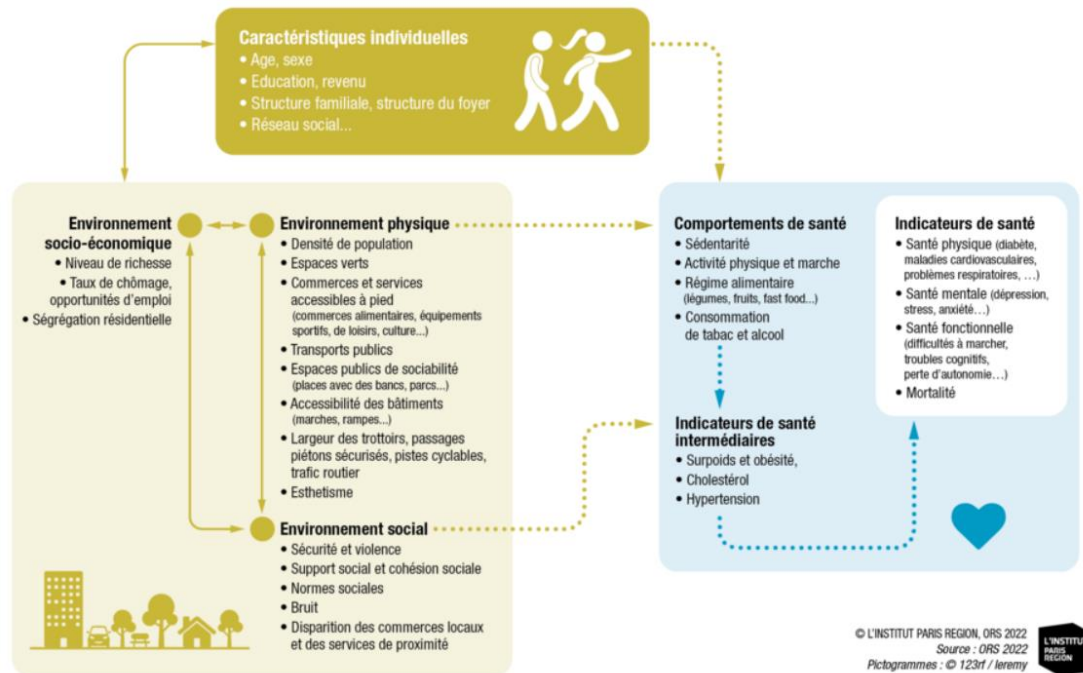
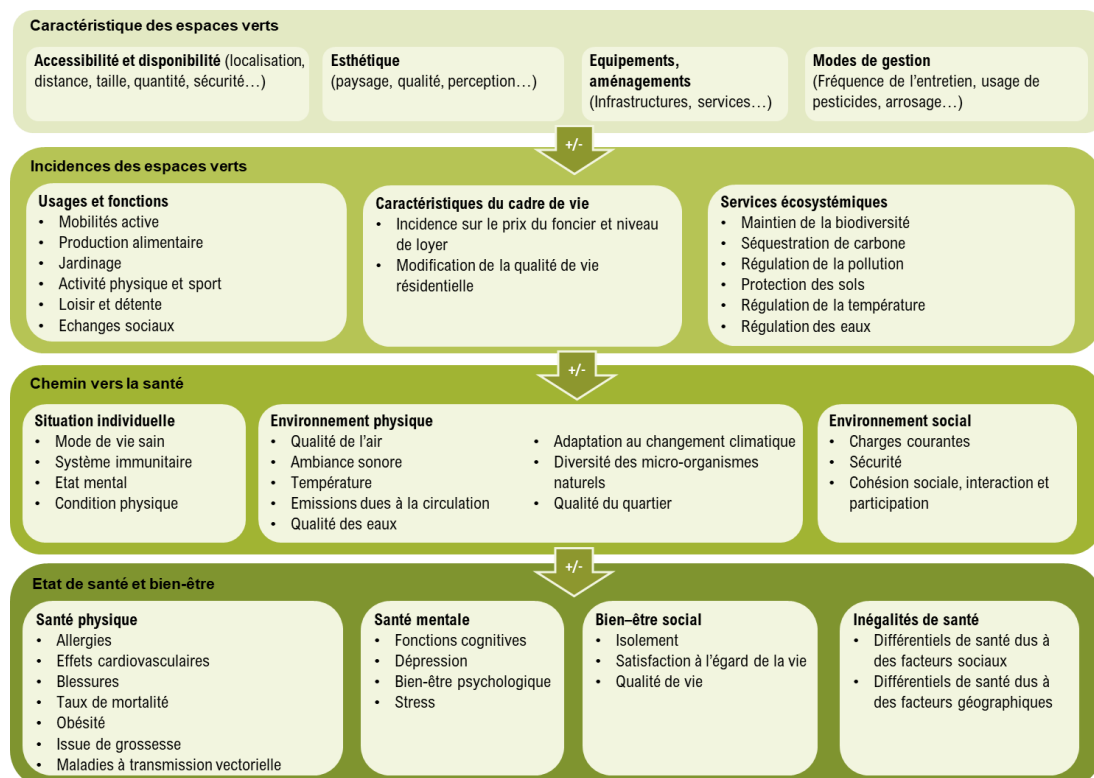
- La connectivité et la perméabilité des voies ;
- La compacité d'une zone urbaine (îlots urbains d'une longueur optimale comprise entre 60 et 120 m.), ainsi que des rues quadrillées à intervalle régulier ;
- Les aménagements piétons reliés aux principales destinations de la ville et combinant plusieurs destinations à la fois (gares, commerces de proximité, bâtiments administratifs, équipements scolaires et sportifs...) ;
- La densité d'habitations, la mixité de l'occupation des sols et l'accessibilité aux transports en commun ;
- L'insertion des bâtiments d'intérêt dans leur environnement, interface avec la rue et le quartier ;
- L'ambiance urbaine de l'espace favorisée par la présence de végétation, d'espaces verts et de rives de fleuve ;

- Les aspects perceptuels dont la sécurité, la violence routière et l'esthétique, ou encore les nuisances telles que la pollution, le bruit constituent des déterminants négatifs.

Ce concept de « marchabilité » a été repris dans de multiples travaux épidémiologiques visant à examiner les liens entre marchabilité des territoires et divers indicateurs de santé. Dans ces études, la marchabilité est présentée comme une variable quantifiable (indice). Plusieurs outils synthétiques ont été développés pour les professionnels ou le grand public, ainsi il n'existe pas d'indicateur standardisé, ce qui entraîne un manque de comparabilité des résultats et ne permet pas de conclure de manière univoque. Toutefois, les résultats de ces travaux montrent que quand l'indice de marchabilité augmente, la pratique de la marche est plus importante et les paramètres d'état de santé (surpoids, obésité, pression artérielle (hypertension) ou encore prévalence du diabète de type 2) sont plus favorables (figure 1).

Espaces verts, biodiversité et santé

De nombreuses recherches montrent des associations positives entre l'accès à différents types d'espaces végétalisés et l'état de santé, mesurées à travers différents indicateurs - l'état de santé globale, la santé mentale, l'obésité, le poids à la naissance, le développement de l'enfant et la mortalité. Une méta-analyse révèle qu'une « exposition » plus importante aux espaces végétalisés est associée à une diminution de la fréquence cardiaque, du risque de diabète de type 2 et de la mortalité toutes causes. Une revue des études d'intervention permet de plaider en faveur des bénéfices physiques, psychologiques, sociaux, économiques et environnementaux des espaces verts. Ces bénéfices sont souvent indirects et résultent de la combinaison de plusieurs déterminants d'ordre environnemental, social et comportemental impactant positivement ou négativement l'état de santé des populations. Si des liens entre espaces verts et santé sont établis, les mécanismes d'action doivent encore être explicités d'autant plus que ces espaces sont considérés comme des environnements homogènes alors que les différents types d'espaces végétalisés ne répondent pas tous aux besoins variés des individus et ne procurent pas tous les mêmes effets. L'analyse de différents cadres conceptuels illustrant la façon dont ces espaces peuvent contribuer à la santé permet de dégager une série de mécanismes environnementaux, biologiques, psychologiques et sociaux des effets de l'exposition à différents types d'espaces verts sur des déterminants variés de santé (figure 2).

Figure 1. Analyse des mécanismes causaux entre l'environnement et la santé, le rôle de la marche**Figure 2.** Analyse des mécanismes causaux des impacts des espaces verts urbains sur la santé et le bien-être

Source : d'après un schéma de A. Roué- Le Gall dans Milvays et Roué-LeGall (2015)

Références

- [1] OMS Europe. Urban green spaces and health. A review of evidence. Organisation mondiale de la santé Europe; 2016
- [2] Hunter RF, Cleland C, Cleary A, Droomers M, Wheeler BW, Sinnett D, et al. Environmental, health, wellbeing, social and equity effects of urban green space interventions: A meta-narrative evidence synthesis. Environ Int. 2019;130:104923.
- [3] Bouleau M. La marche à pied en Île-de-France. Paris (France): L'Institut Paris Region; 2016
- [4] Deboeuf De Los Rios G, Barra M, Grandin G. Renaturer les villes. Méthode, exemples et préconisations. ARB Île-de-France, REGREEN. France (Paris): 2022. 148 p.
- [5] L'Institut Paris Region. Où renaturer en Île-de-France? [internet]Cartoviz :https://cartoviz2.institutparisregion.fr/?id_appli=regreen

Ainsi, les principaux effets sont notamment liés à la pratique d'activité physique, à la réduction du stress, à la cohésion sociale, à la qualité de l'air, au bruit, à la température, au risque inondation et à la biodiversité. En ce qui concerne cette dernière, associée à des écosystèmes fonctionnels, et par les « services écologiques » qu'elle rend, elle participe d'une démarche de prévention et de promotion de la santé. De nombreuses études attestent des bénéfices apportés par les écosystèmes sur la santé mentale et physique, notamment en matière de "nature en ville". Cependant, verdir n'est pas synonyme de renaturer. Ainsi, les bénéfices des espaces à caractères naturels ne peuvent être associés uniquement au développement de l'offre quantifiée en surface. Les bienfaits des espaces végétalisés sur la biodiversité et la santé dépendent également de la qualité écologique des milieux.

SITUATION ACTUELLE ET EVOLUTION

Des territoires inégalement marchables

Grâce à un maillage de polarités structuré et un réseau de transport en commun efficace, l'Île-de-France est l'une des régions les plus marchées au monde, même en lui excluant Paris, ville atypique de par son exceptionnelle densité. Néanmoins, 30,5 % des Franciliens de 18 à 75 ans présentent un niveau d'activité physique limité, considéré par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme entraînant des conséquences néfastes sur la santé. La marche à pied est pratiquée en moyenne partout en Île-de-France bien que beaucoup moins représentée dans les espaces ruraux en matière de déplacements quotidiens (19 % contre 39 % en moyenne régionale). Par ailleurs, il existe une assez grande hétérogénéité de comportements entre des secteurs de même morphologie. À l'intérieur même de Paris, ou au sein de la petite couronne, on observe des mobilités piétonnes moyennes allant du simple au double. Si la densité du tissu urbain impacte fortement la marchabilité du territoire, de nombreux autres facteurs influent également (carte 1). De plus, certains secteurs, bien équipés et bien aménagés (sentiment de sécurité, espaces publics avec des bancs...) permettent une pratique importante de la marche à tout âge mais d'autres territoires marquent un net déséquilibre entre la pratique des jeunes et celle des seniors. Il se dégage ainsi des territoires très favorables à la marche des jeunes, mais très peu à celle des personnes âgées.

Une création insuffisante d'espaces verts

L'accès aux aménités vertes se pose notamment en milieu urbain plus souvent carencé et soumis à de nombreuses pressions environnementales. Plusieurs termes peuvent être utilisés pour désigner les espaces verts : parc, jardin public, square, espace vert public, espace vert urbain, etc. D'autres espaces pourraient être considérés : jardins privés, berges, plages, bas-côtés des routes, infrastructure de loisir (type golf), toitures végétalisées, agriculture urbaine, espaces ouverts résidentiels mais aussi linéaires d'arbre. Les espaces agricoles ne sont pas forcément ouverts au public, mais ils constituent un contexte favorable à la promenade et à la détente, notamment grâce aux échappées visuelles qu'ils offrent et aux chemins ruraux ou de randonnée qui les traversent. Près de 4 % des Franciliens résident dans ces espaces.

L'influence de la qualité de ces espaces ruraux sur la santé n'est pas documentée dans la littérature.

Ainsi l'Île-de-France présente des caractéristiques très contrastées en matière d'espaces verts. À la suite d'ambitieuses politiques menées dans les années 1970, l'offre en parcs et jardins s'est relativement accrue et diversifiée. Mais, depuis le début des années 2000, l'accroissement de leur nombre s'est fortement ralenti. Les forêts, les espaces naturels et les espaces verts urbains constituent un tiers de la surface du territoire régional. Mais leur répartition est très inégale, avec pour corollaire la persistance de secteurs carencés, réduisant la qualité du cadre de vie de leurs habitants. En effet, si certains territoires sont bien dotés en jardins, parcs ou forêts accessibles quotidiennement ou en fin de semaine, d'autres manquent de ces espaces et se trouvent en situation de carence. Certains Franciliens disposent dans ces secteurs de moins de 10 m² d'espaces verts ouverts au public par habitant¹ : c'est le cas de 85 % des arrondissements de Paris, 53 % des communes de petite couronne et 42 % des communes de grande couronne, insuffisamment pourvus en espaces verts de proximité. Dans le cœur de métropole, l'augmentation de la population est devenue plus rapide que celle de l'offre en espaces verts ou boisés, malgré quelques réalisations emblématiques (grand parc de Saint-Ouen, parc de Billancourt...), entraînant mécaniquement une baisse de la superficie d'espaces verts ou boisés par habitant.

PERSPECTIVES

Les mobilités actives à encourager

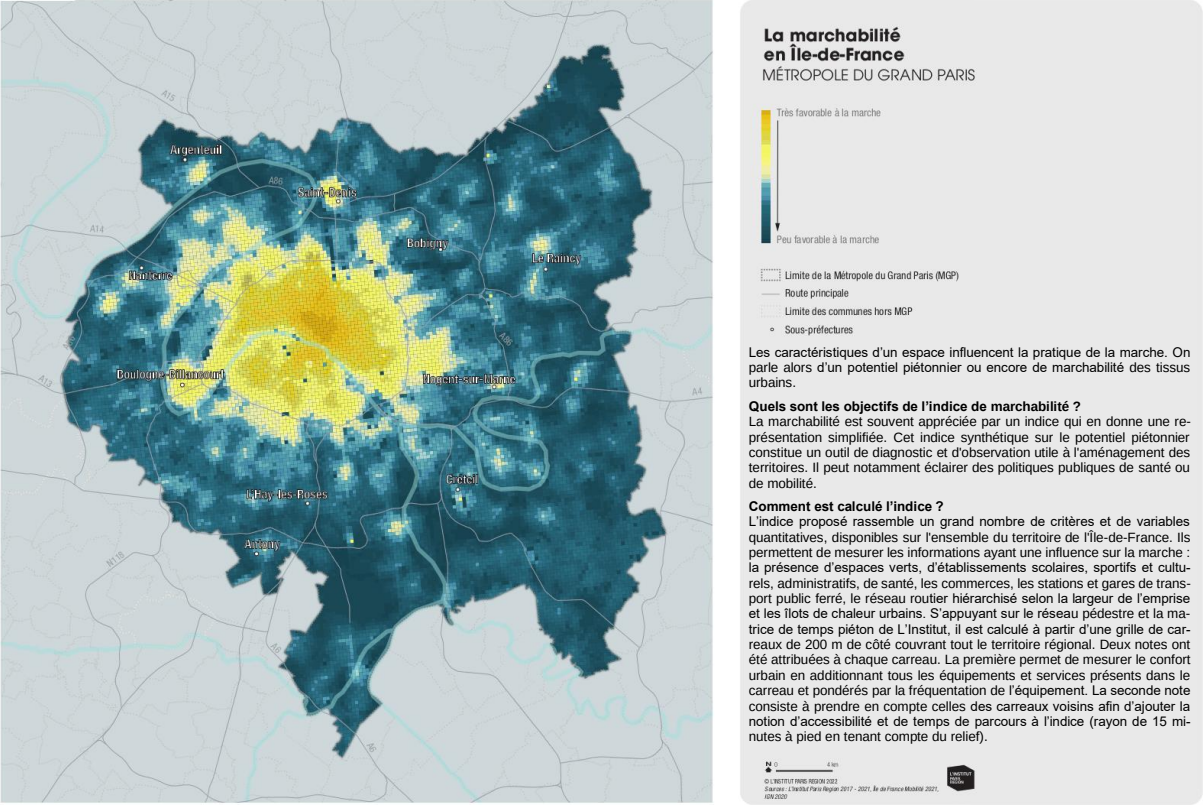
La marche, avec le vélo (dans une moindre mesure), est parmi l'éventail des activités physiques ou sportives celle qui est la plus accessible à tous les types de populations. Si dans l'agglomération centrale un grand nombre de déplacements à pied quotidiens sont enregistrés, la marche progresse aussi en grande couronne. Cependant, la question de l'accessibilité, du confort et de la sécurité se pose partout, dans des espaces publics qui souvent négligent, voire ignorent, ce mode de déplacement.

Renaturer pour améliorer la santé et le cadre de vie

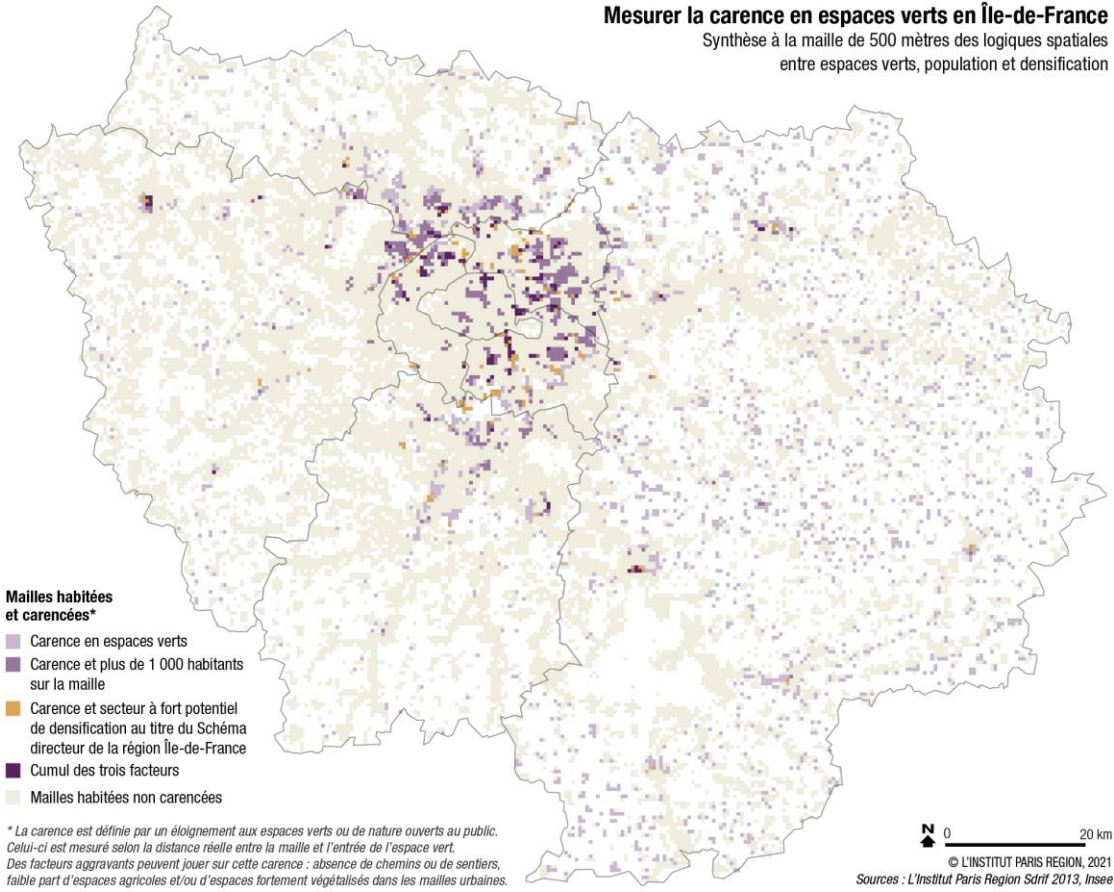
Longtemps associé à la remise en état des espaces naturels dégradés, le concept de renaturation gagne du terrain en milieu urbain depuis l'introduction de la zéro artificialisation nette ainsi qu'avec l'essor des solutions fondées sur la nature. En ville, la renaturation peut prendre des formes extrêmement variées. Parfois confondue avec la désimperméabilisation (qui consiste uniquement à redonner une perméabilité à la couche superficielle du sol), elle implique un retour à la pleine terre et à la fonctionnalité écologique. L'ARB Île-de-France a développé dans le cadre du projet européen REGREEN, une méthode permettant d'identifier les zones de renaturation prioritaires en milieu urbain au regard de trois enjeux majeurs : la reconquête de la biodiversité, l'adaptation au changement climatique, et l'amélioration de la santé et du cadre de vie. Elle permet d'estimer un total de 30 535 hectares de sites minéralisés potentiellement renaturables. Un outil de visualisation a été développé permettant d'identifier précisément ces zones.

¹ Correspond à l'objectif la quantité d'espaces verts fixé par la circulaire ministérielle du 8 février 1973, qui définit les principes, les objectifs et les moyens réglementaires et fonciers d'une politique d'espaces verts. Cet objectif est de 10 m²/habitant en zone centrale et de 25 m²/habitant en zone périurbaine.

Carte 1. Indice de marchabilité au sein de la Métropole du Grand Paris



Carte 2. La carence en espaces verts en Île-de-France



Inégalités d'expositions environnementales

LES POINTS ESSENTIELS

- Les expositions environnementales se cumulent et se concentrent dans certains territoires. Elles se combinent et interagissent avec les facteurs sociaux renforçant les inégalités socio-territoriales de santé,
- Repérer et caractériser les secteurs qui concentrent et cumulent les pollutions et nuisances environnementales permet d'orienter les politiques publiques pour réduire les inégalités.

ENJEUX

Les expositions environnementales ne sont pas uniformément réparties sur le territoire francilien, parfois se cumulent et ne touchent pas de manière homogène toutes les catégories de population. Les groupes socio-économiquement défavorisés sont souvent à la fois plus exposés à des nuisances et pollutions environnementales et plus vulnérables aux effets sanitaires qui en résultent. L'étude du lien entre la santé et l'environnement implique la prise en compte des facteurs sociaux et d'exposition, le but étant d'interpréter leur cumul et leur interaction sur un territoire pour identifier et hiérarchiser les actions de prévention.

L'analyse des inégalités environnementales en premier lieu consiste à identifier les zones de surexposition ou de cumul de nuisances, puis à les caractériser. Un tel travail a été mené dans le cadre du Plan régional santé environnement 3 (PRSE3), ainsi un ensemble d'informations environnementales, sanitaires et socio-économiques a été agrégé sur une maille commune de 500 mètres de côté pour produire un score composite de risque sanitaire pour toute l'Île-de-France. Ce score s'échelonne de 0 à 100. Plus il est élevé, plus le nombre et l'intensité des expositions environnementales sont importants. Les facteurs considérés sont notamment : bruit des transports, qualité de l'air, pollution des sols d'origine industrielle, sites industriels, qualité de l'eau de consommation, qualité du cadre de vie. Ce score a été catégorisé en 6 classes basées sur le pourcentage de mailles habitées dans chacune d'elles de sorte que les deux dernières classes, correspondant à un score supérieur à 38, représentent 5 % des mailles de la région où réside de la population. Ces mailles sont considérées comme particulièrement impactées par les cumuls d'expositions aux nuisances et pollutions.

SITUATION ACTUELLE ET EVOLUTION

Le centre urbain de la région le plus impacté

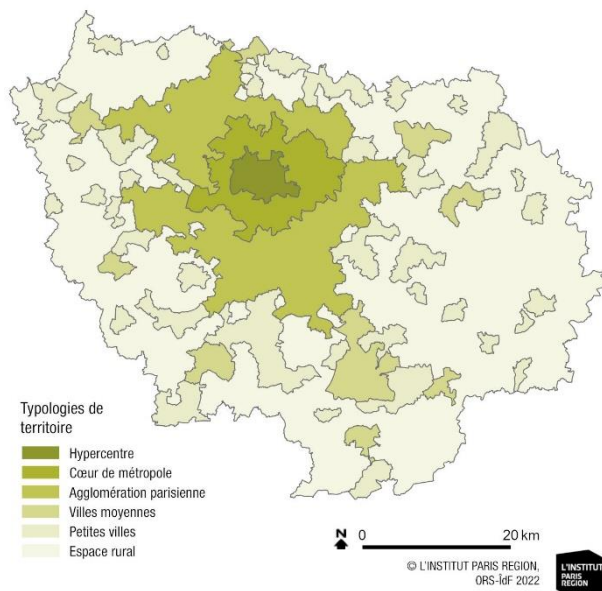
La géographie de ce score fait ressortir la zone urbaine dense ainsi que les couloirs de survol aérien. Sont mis en exergue les secteurs à proximité des plateformes aéroportuaires de Roissy, Le Bourget et Orly, ainsi que les axes importants de trafic routier et plus particulièrement le périphérique parisien, le secteur de Wissous, Chilly-Mazarin et Champlan situé au sud-ouest de l'aéroport d'Orly, celui de la boucle de Seine autour de Gennevilliers ainsi que celui de Mantes-la-Jolie plus en aval (carte 2).

Cette analyse régionale peut être complétée par une analyse par sous-territoires définis selon leur degré d'urbanisation et leurs polarités (carte 1) :

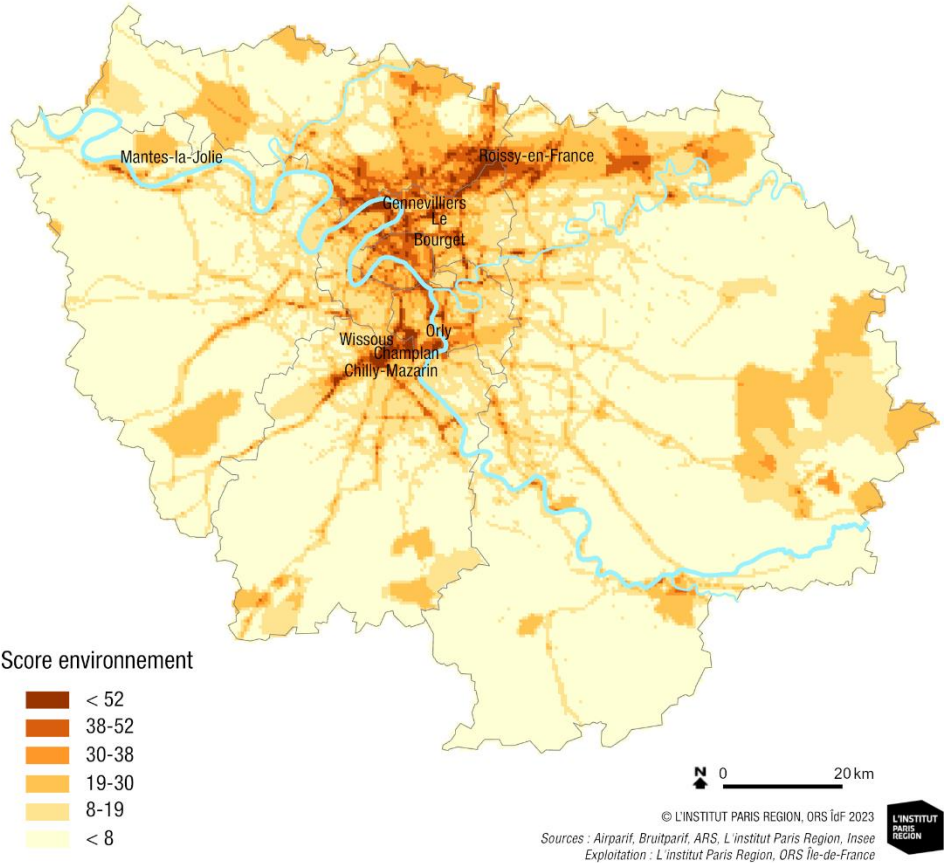
- Hypercentre métropolitain : communes les plus denses de l'agglomération parisienne
- Cœur de Métropole : communes denses et majoritairement urbanisées
- Agglomération parisienne : agglomération parisienne
- Villes moyennes : unités urbaines de plus de 20 000 habitants dotées d'une commune-centre de plus de 10 000 habitants
- Petites villes : communes urbaines de l'espace rural et leur unité urbaine
- Espace rural : communes rurales

Ainsi, la part de territoire la plus impactée par les nuisances et pollutions s'élève à 33 % dans l'hypercentre et 22 % dans le cœur de métropole contre 3 % en moyenne au niveau régional (tableau 1).

Carte 1. Typologie de territoire



Carte 2. Carte des cumuls d'exposition aux nuisances et pollution (score d'environnement à la maille 500m x 500m)



Carte 3. Carte des cumuls d'exposition aux nuisances et pollution et vulnérabilité des populations

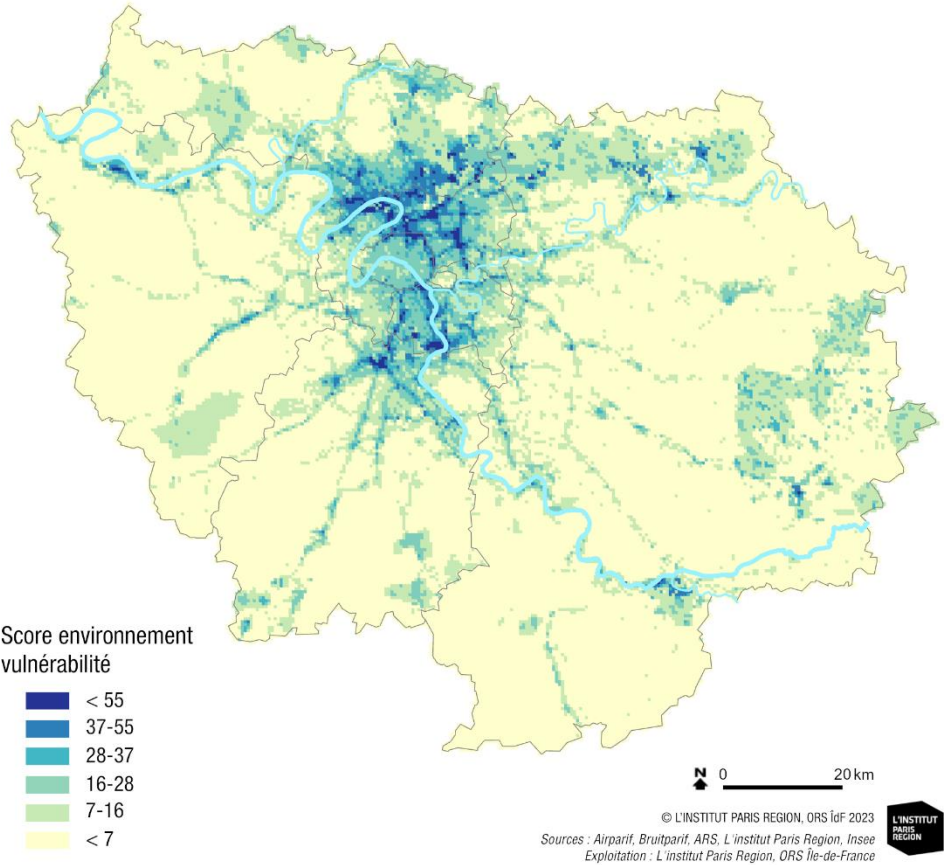


Tableau 1. Population et territoire soumis à un cumul important de nuisances et pollutions (Score environnement > 38) dans les sous-territoires franciliens

	Sous-territoire (% de population)						
	Hyper-centre métropolitain (25%)	Cœur de Métropole (34%)	Agglomération (28%)	Villes moyennes (4%)	Petites villes (5%)	Espace rural (4%)	Île-de-France (100%)
Part de mailles	33	22	7	1	1	1%	3
Part de mailles habitées	33	19	4	1	0,4	0,1%	5
Part de population	34	18	6	4	1	1	17

Source : Insee, 2019. Exploitation ORS Île-de-France

A noter que les facteurs environnementaux considérés ici se focalisent sur l'environnement extérieur et ne tiennent pas compte de la qualité des habitats. Par ailleurs, d'autres problématiques, plus rurales, liées notamment à certaines pratiques agricoles, l'usage de pesticides en particulier, n'ont pas été considérées. Cet enjeu est partiellement appréhendé au travers de l'indicateur de qualité des eaux de consommation dont les non-conformités font ressortir de larges secteurs marqués par un score environnement plus marqué dans l'espace rural (figure 2).

Ainsi, au sein de l'agglomération parisienne, la composante eau n'intervient pas dans le score et contribue à hauteur de 12 % en moyenne dans l'espace rural (figure 1). Les problématiques de qualité d'air et de bruit de transport dominant au sein de l'agglomération avec une problématique bruit plus prégnante en dehors de l'hypercentre en lien avec les survols aériens.

Les communes les moins favorisées soumises à des multi-expositions environnementales plus marquées

Une analyse de la distribution du score a été réalisée selon le niveau de revenu de la commune, niveau de revenu médian en-dessous ou au-dessus du niveau régional (carte 4).

Ainsi, quelle que soit la typologie d'urbanisme, les communes les moins favorisées ont une part de territoires la plus impactée (niveau 3 du score) plus importante que les communes équivalentes les plus favorisées (figure 2). Cette différence est particulièrement importante dans le cœur de métropole avec, respectivement 30 % du territoire et 24 % de la population des communes au revenu médian inférieur au niveau régional soumises à un plus fort cumul de nuisance, contre respectivement 7 % du territoire et 6 % de la population des communes au revenu médian supérieur.

Des secteurs multi ou surexposés et des populations vulnérables

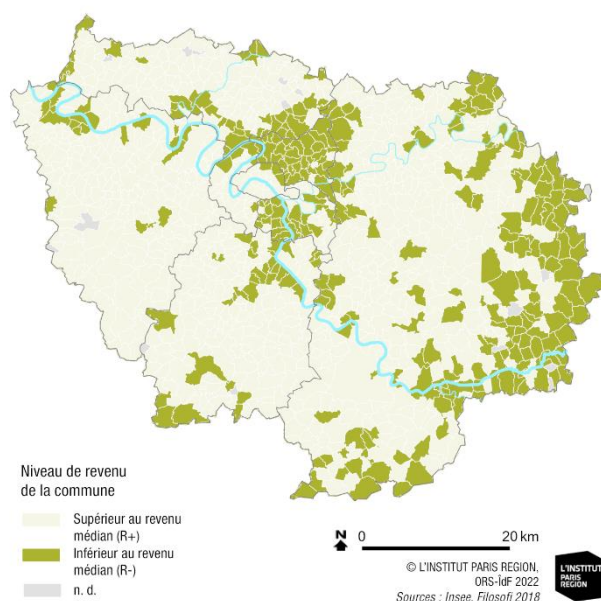
Afin de tenir compte de la plus grande fragilité et de la moins bonne capacité à faire face de certains groupes de population (les plus jeunes, les plus âgés, les malades chroniques, les moins favorisés), le score environnement a été combiné aux caractéristiques de la population pour proposer une géographie des cumuls d'expositions environnementales qui intègre

le fait que pour les plus fragiles, considérant un niveau d'exposition équivalent, la probabilité de survenue d'effets sanitaires est plus importante que pour une population plus résiliente. Ainsi cette géographie fait ressortir des enjeux liés à la multi-exposition plus prégnants dans des secteurs en Seine-Saint-Denis et quelques-uns en grande couronne alors qu'elle en atténue d'autres, à Paris, dans le sud du Val-d'Oise et au nord de l'Essonne (carte 3).

PERSPECTIVES

Les expositions environnementales se cumulent et se concentrent dans certains territoires. Elles se combinent et interagissent avec les facteurs sociaux renforçant les inégalités socio-territoriales de santé. Repérer et caractériser les secteurs qui concentrent et cumulent les pollutions et nuisances environnementales permet d'orienter les politiques publiques pour réduire ces inégalités. A cet effet, un outil interactif de visualisation a été développé donnant accès à une information détaillée des différentes nuisances pour chaque maille, en tenant compte de la fragilité des populations. Cette analyse du contexte local permet de mieux intégrer les enjeux de santé environnementale aux réflexions et décisions sur l'aménagement dans les territoires et secteurs les plus impactés afin d'inscrire ces projets dans une démarche d'urbanisme favorable à la santé, véritable opportunité pour résorber ces situations de cumul de nuisances et réduire les inégalités d'expositions.

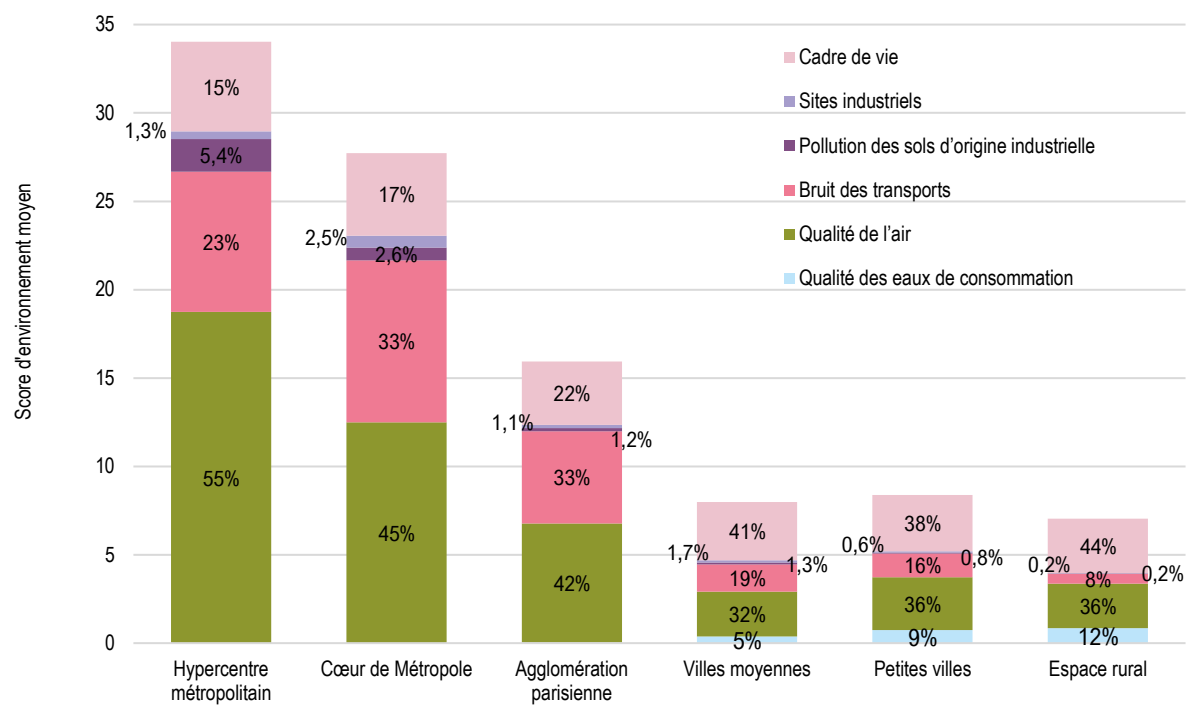
Carte 4. Catégorisation des communes d'Île-de-France selon le revenu médian



Références

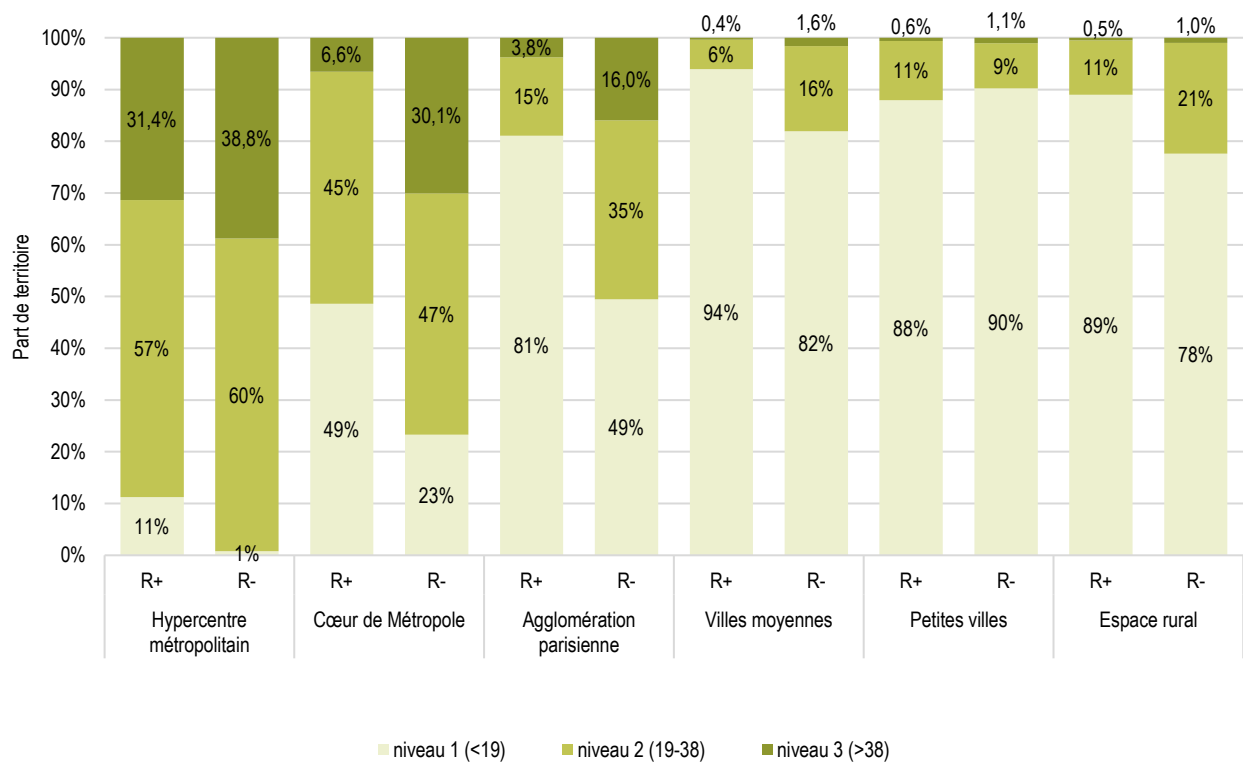
- [1] Cumuls d'expositions environnementales en Île-de-France, un enjeu de santé. Méthode d'identification des secteurs les plus impactés. Paris (France) : ORS Île-de-France, 2022
- [2] ORS Île-de-France, L'Institut Paris Region. Cartoviz multi-expositions environnementales [internet]. Disponible : https://cartoviz2.institutparisregion.fr/?id_appli=prse3

Figure 1. Contributions respectives des six composantes du score environnement [1]



Note de lecture : Les contributions des composantes du score environnement ont été rapportées au score moyen dans la catégorie pour faciliter la comparabilité (les % sont indiqués sur le diagramme, le total est égal à 100%)

Figure 2. Part du territoire soumis à trois niveaux du score de cumul d'expositions selon le revenu médian des communes [1]



Note de lecture : R+ : communes au revenu médian > niveau Île-de-France ; R- : communes au revenu médian < niveau Île-de-France

Enjeux sanitaires liés au changement climatique

LES POINTS ESSENTIELS

- ▶ Le changement climatique modifie un grand nombre de déterminants fondamentaux de la santé, ainsi il est identifié comme un des plus grands risques pour la santé publique partout dans le monde,
- ▶ Parmi les conséquences du changement climatique en Île-de-France, les impacts directs sur la santé liés aux évolutions de fréquence des vagues de chaleur sont déjà pour partie objectivables,
- ▶ Renforcer les stratégies d'atténuation et d'adaptation pour réduire les risques et surveiller l'évolution des risques sanitaires pour mieux appréhender les impacts sont tout aussi nécessaires.

ENJEUX

Les changements climatiques modifient les conditions permettant d'assurer le bon état de santé des populations, avec des conséquences directes et indirectes sur la santé, pouvant être regroupées en trois grandes catégories (figure 1) :

- Impacts directs liés aux évolutions de fréquence des événements climatiques extrêmes (vagues de chaleur, sécheresses, inondations, tempêtes, etc.) ;
- Effets indirects à travers la modification de l'environnement et des écosystèmes (accroissement des effets de la pollution, apparition et émergence de maladies vectorielles, exposition aux pollens allergisants, risque hydrique, etc.) ;
- Effets indirects à travers la modification des organisations humaines (santé au travail, accès aux biens et services, déplacements de population, stress, santé mentale, etc.).

Tous les publics peuvent être affectés mais les effets sur la santé dépendent en grande partie des vulnérabilités individuelles, des caractéristiques de l'habitat et du cadre de vie (y compris au travail) et de la capacité des personnes à s'adapter en lien avec des facteurs écologiques, sociaux, économiques, culturels, incluant l'éducation et l'accès au système de santé.

SITUATION ACTUELLE ET EVOLUTION

Risques et impacts liés à la chaleur

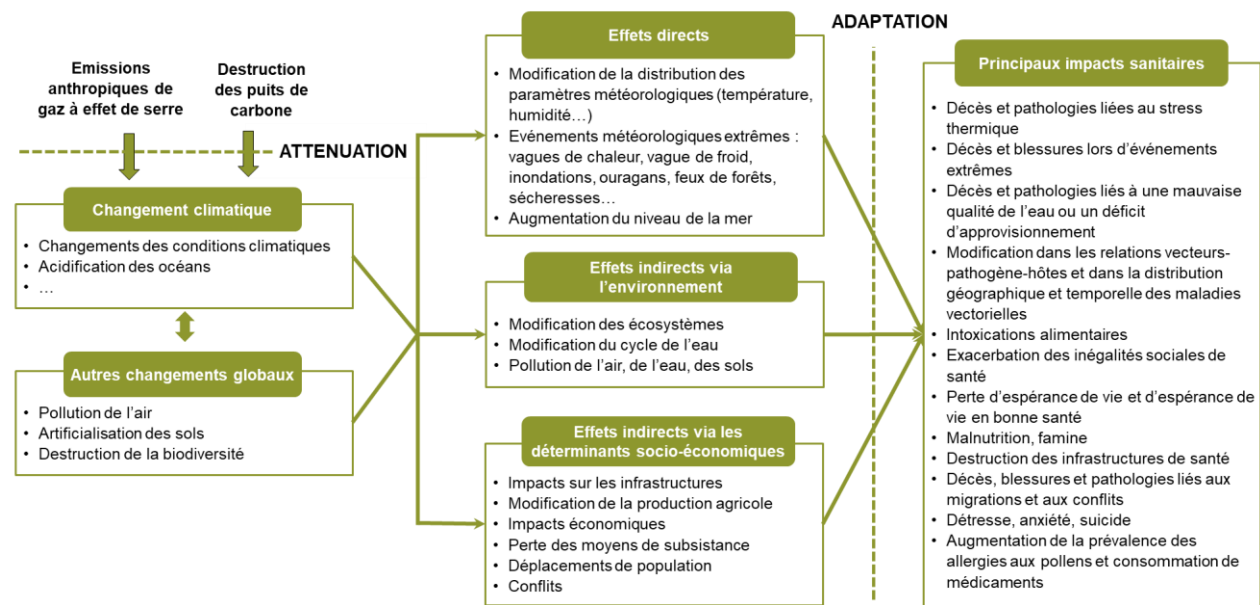
Parmi les conséquences du changement climatique, les impacts directs sur la santé liés aux évolutions de fréquence des vagues de chaleur sont déjà pour partie objectivables. Ces risques sont prégnants en Île-de-France du fait notamment des caractéristiques urbaines de l'hypercentre métropolitain à l'origine d'un effet d'îlot de chaleur urbain (ICU) conséquent qui se traduit par des différences de température entre les centres urbains plus chauds (Paris notamment) et la campagne francilienne. Elles peuvent atteindre la nuit 7 à 8°C, jusqu'à 10°C lors de la canicule de 2003. Or si pendant plus de trois jours consécutifs lors d'une vague de chaleur, les températures nocturnes restent au-dessus de 20°C en moyenne (nuit tropicale), l'événement est considéré comme une canicule et appelle à une vigilance extrême en matière de risques sanitaires : en premier lieu pour les populations les plus sensibles (personnes âgées, très jeunes enfants, personnes isolées, malades chroniques...), les plus exposées (sans-abris, travailleurs extérieurs, sportifs...) et pour toute la population francilienne selon la sévérité de la canicule.

L'élévation du risque de décès et de recours aux soins d'urgence avec la température est mise en évidence par plusieurs études épidémiologiques. Elle survient à températures

modérées, et suit une relation non-linéaire avec un potentiel disruptif de certaines vagues de chaleur intenses, qui se traduit par des augmentations très rapides du nombre de décès et de recours aux services d'urgences, concentrées sur quelques jours. A ce titre, l'Île-de-France a été particulièrement impactée par la canicule exceptionnelle de 2003 avec des taux de surmortalité bien au-dessus de la moyenne française : plus de 200 % de décès en excès enregistrés à Paris et en petite couronne, avec un record (+219 %) pour le Val-de-Marne, portant à près de 5 000 le nombre de décès en excès au niveau régional. Or les tendances récentes et les éléments de prospective concernant les vagues de chaleur laissent penser que ce phénomène deviendra récurrent. La mortalité en France associée aux vagues de chaleur entre 2014-2019 (5 500 décès en 5 ans) est déjà supérieure à celle observée entre 2004 et 2013 (figures 2 et 3).

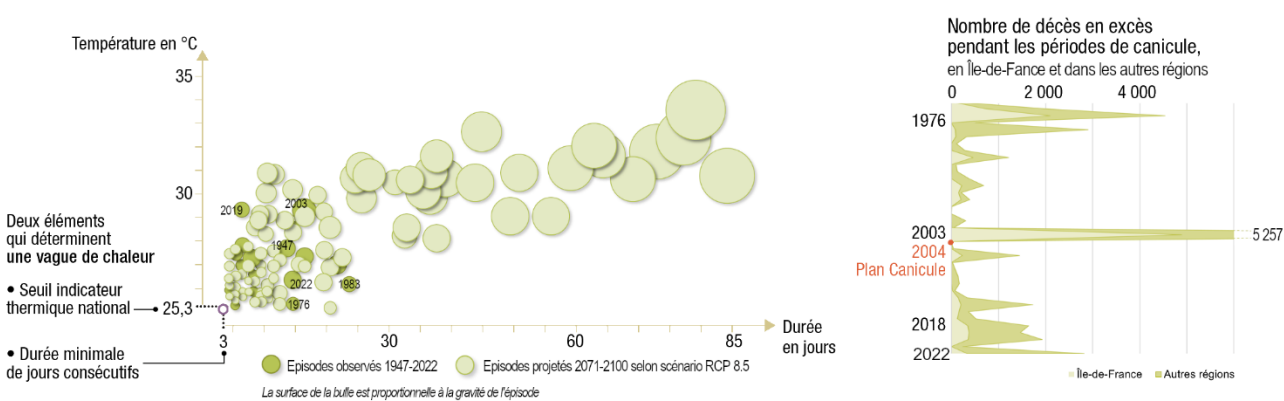
La surexposition aux températures élevées due à l'ICU - vivre dans un quartier plus chaud (dans un micro ICU ou MICU, en contraste avec des îlots de fraîcheur) - augmente le risque de décès pendant les vagues de chaleur, comme à Paris, où la mortalité dans les quartiers les plus exposés en 2003 aux fortes chaleurs était le double de celle observée dans les quartiers les moins exposés. Une récente étude montre que les caractéristiques urbaines contribuant à l'ICU - surface artificialisée non-végétalisée, couvert non-arboré, taux d'imperméabilisation - sont associées à un risque plus élevé de décès lié à la chaleur (figure 4). En termes de vulnérabilité aux vagues de chaleur, d'autres composantes interviennent au-delà de l'aléa amplifié par l'effet d'ICU : la sensibilité et les capacités à faire face. Sont notamment à considérer l'âge des personnes (plus de 65 ans et enfants en bas âge), la performance d'isolation des logements ou l'exposition à l'ozone, les difficultés individuelles à faire face (faibles revenus, précarité énergétique, isolement...), collectives ou territoriales (système sanitaire, accessibilité aux espaces verts publics...). En Île-de-France, une personne sur deux résiderait dans un quartier soumis potentiellement à un effet moyen à fort d'ICU, avec 99 % de la population concernée à Paris et 73 % dans la Métropole du Grand Paris. Si le cœur d'agglomération reste globalement le territoire qui présente les secteurs de vulnérabilités les plus forts (pour l'ensemble des indicateurs sociodémographiques utilisés), on observe aussi des vulnérabilités fortes localement dans certains quartiers de grande couronne (carte 1, figure 5). A ces effets directs de la chaleur sur l'organisme s'ajoutent des effets indirects ayant trait à la modification des organisations humaines (santé au travail, fatigue, santé mentale, etc.) mais qui restent plus difficiles à apprécier dans leur globalité.

Figure 1. Schématisation des principaux liens entre changements climatiques et santé



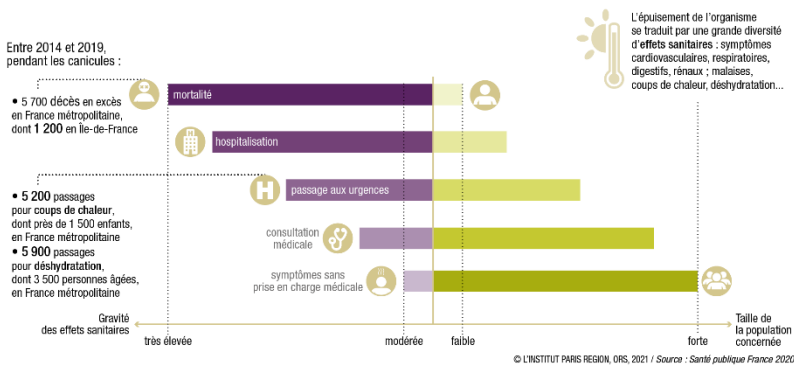
Source : Santé publique France

Figure 2. Prospective française des vagues de chaleur attendues entre 2071 et 2100



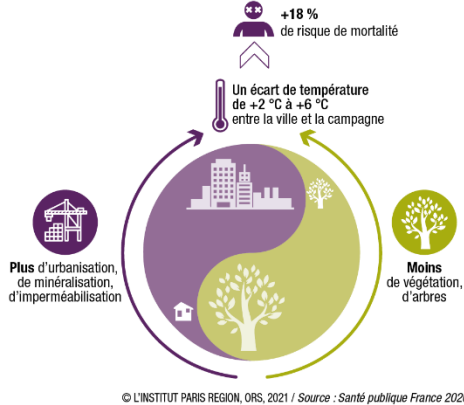
© ORS Île-de-France, 2023 / Sources : Météo-France (ClimatHD), GéoDES (Santé Publique France)

Figure 3. Impacts sanitaires des canicules



Note de lecture : moins la gravité de l'effet est importante, plus la proportion de population concernée par ces manifestations sanitaires est importante. Ainsi un nombre conséquent de personnes impactées par des symptômes moindres serait à additionner aux chiffres de la mortalité et de recours aux services d'urgences.

Figure 4. L'environnement urbanisé augmente les risques de mortalité liés à la chaleur



Risques liés aux maladies infectieuses à transmission vectorielle

Dengue, paludisme, chikungunya, Zika, borréliose de Lyme, leishmaniose sont des maladies infectieuses transmises par des vecteurs et dont les impacts sanitaires et économiques peuvent être importants. L'épidémiologie de ces maladies est fortement impactée par les modifications climatiques, notamment par le biais de la modification de l'aire de répartition des vecteurs mais d'autres facteurs anthropiques, en sus du réchauffement climatique, permettent d'expliquer l'émergence ou la réémergence de certaines de ces maladies tels que des facteurs liés au développement socio-économique, à l'urbanisation, aux modifications paysagères et d'utilisation des sols, à la globalisation des voyages et du transport de marchandises... Pour toutes ces raisons, les maladies à transmission vectorielle connaissent actuellement une nette progression. Une surveillance intégrée a été mise en place à partir de 2006 sur le territoire métropolitain. Identifié pour la première fois en 2004 dans les Alpes-Maritimes, le moustique "tigre" (*Aedes albopictus*), capable de transmettre les virus de la dengue, du chikungunya et du Zika, a progressivement étendu son aire géographique d'implantation en France métropolitaine et est présent en Île-de-France depuis 2015. Il est aujourd'hui considéré comme implanté et actif dans tous les départements de la région à l'exception du Val-d'Oise. Ainsi, le risque d'une émergence de transmission autochtone de chikungunya, de la dengue et du Zika augmente chaque année.

En 2020, l'Île-de-France représentait la première région d'importation de cas d'arboviroses en France métropolitaine, ces maladies dont l'agent causal est un virus transmis par un arthropode (insectes et acariens notamment). L'absence d'immunité collective vis-à-vis des arboviroses dans la région représente également un facteur de risque non négligeable.

Risques et impacts liés aux allergies aux pollens

L'allergie et en particulier les pollinoses, concernent à l'heure actuelle un quart de la population et les pollens en sont responsables à 50 %, or le changement climatique est susceptible d'aggraver les expositions aux pollens. En effet, la hausse des températures conduit à une modification des dates de floraisons et de pollinisations, avec un allongement de la saison pollinique. De plus, il est observé un déplacement vers le Nord ou en altitude de l'aire d'extension de certaines espèces. Enfin, l'augmentation des teneurs atmosphériques en CO₂ sont susceptibles d'augmenter de 50 à plus de 200 % la production de pollens de chaque fleur de certaines graminées, comme la fléole des prés ou de chaque fleur d'ambrosie. Parallèlement est majorée la quantité de particules allergènes à l'intérieur de chaque grain, ce qui rend le pollen plus allergisant. Dans ce contexte, étant donné son fort potentiel allergisant et son statut d'espèce invasive, l'ambrosie à feuilles d'armoise fait l'objet de préoccupations importantes. Il suffit de quelques grains de pollen par m³ d'air pour que les symptômes apparaissent. Ainsi, 6 à 12 % de la population exposée sont allergiques à l'ambrosie. Depuis 2017, cette plante est réglementée par le code de la santé publique et est qualifiée d'espèce nuisible. Sa répartition en France est très inégale. Très présente dans certaines régions, elle est en pleine expansion depuis 20 ans et s'étend progressivement à l'ensemble du territoire national (figure 6). Entre 2018 et 2021, la plante a été observée sur 35 communes franciliennes. En 2021, 15 foyers actifs ont été

recensés, la majorité étant agricole. Parmi eux, une dizaine de foyers étaient qualifiés préoccupants en raison de leur durée d'implantation et de leur étendue.

PERSPECTIVES

Le changement climatique modifie un grand nombre de déterminants fondamentaux de la santé. Les effets sanitaires immédiats des canicules et autres événements météorologiques extrêmes sont plutôt bien appréhendés alors que les conséquences à long terme sur le corps humain, sa morphologie, son fonctionnement, et les comportements qui déterminent la santé comme le sommeil, l'activité physique ainsi que de nombreux autres effets indirects sont peu documentés.

S'adapter à la chaleur

L'adaptation à la chaleur est devenue une priorité de santé publique. La prévention des effets de la chaleur se concentre actuellement sur la chaleur exceptionnelle susceptible de constituer un risque pour l'ensemble de la population exposée, via le Plan national Canicule mis en place en 2004. Il cible les comportements individuels et l'identification et l'accompagnement des populations très vulnérables. Ce plan s'avèrera toutefois insuffisant si des intensités similaires ou supérieures à la canicule de 2003, qui demeure exceptionnelle à ce jour, devaient s'observer. Un intérêt particulier est porté, en zone urbaine, sur les actions de réductions de l'ICU qui semblent prometteuses pour réduire le risque en complément des interventions ciblées sur les comportements et les populations les plus vulnérables. Les registres d'adaptation pour diminuer les effets d'ICU sont bien connus, les solutions fondées sur la nature y prennent une place importante, aux côtés des matériaux et des modes constructifs, des travaux de rénovation des passoires thermiques et des systèmes de rafraîchissement.

Lutter contre les maladies vectorielles

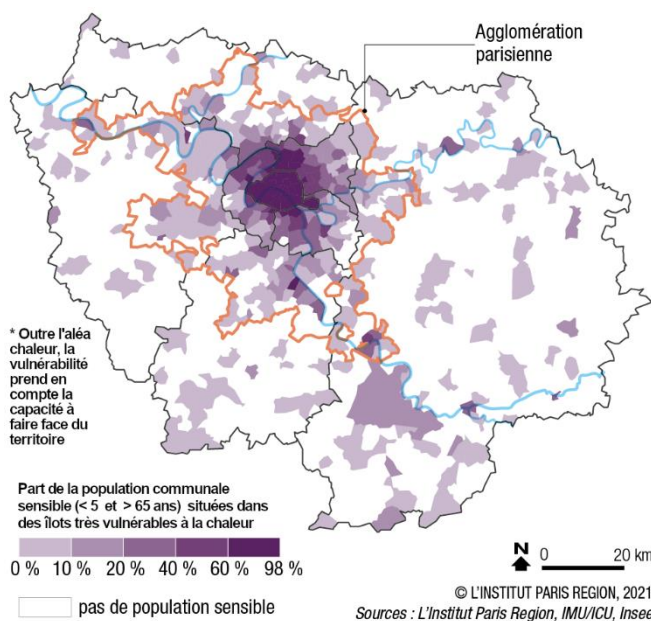
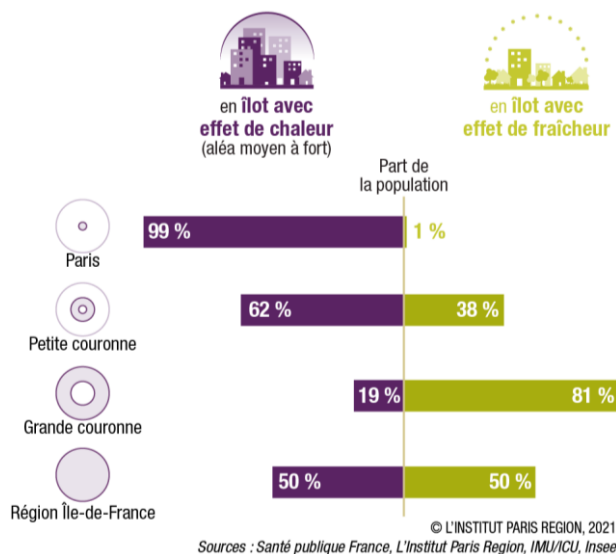
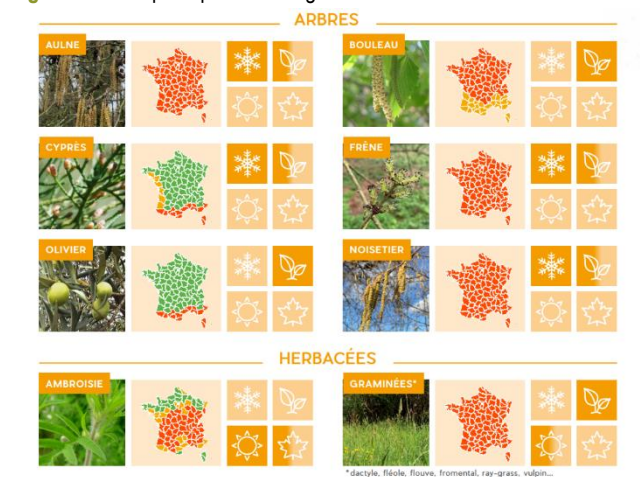
La dynamique actuelle de progression des maladies vectorielles invite à promouvoir des mesures d'adaptation, telles que la mise en œuvre de systèmes de surveillance adaptés au cycle de transmission des agents pathogènes considérés, afin de mettre en œuvre de manière réactive une réponse adaptée et proportionnée aux risques.

Lutter contre les ambrosies à feuille d'armoise

D'après les simulations, les effets du changement climatique sur les pollens, et en particulier les pollens d'ambrosies, vont se poursuivre et même s'amplifier dans le futur. Des arrêtés préfectoraux de lutte obligatoire contre les ambrosies ainsi et qu'un plan de lutte régional ont été mis en place. Si sa présence demeure rare en Île-de-France, les acteurs franciliens doivent s'impliquer dans la prévention, la surveillance et la lutte contre cette plante afin qu'elle le reste.

Renforcer l'observation dans le champ santé

Les impacts sanitaires du changement climatique couvrent tous les champs de la santé publique mais ils sont encore peu pris en compte dans les politiques d'adaptation. Des réflexions ont été engagées au niveau national sur la création d'indicateurs de danger, d'exposition, de vulnérabilité, d'impact et d'intervention utiles aux professionnels de l'environnement, de l'urbanisme et aux professionnels de santé publique pour les amener à collaborer et, à terme, à contribuer à l'intégration de la santé dans toutes les politiques (tableau 1).

Carte 1. Population communale sensible en îlots très vulnérables à la chaleur* en 2010**Figure 5.** Répartition de la population résidant dans un quartier soumis à l'effet d'ICU ou en zone de fraîcheur**Figure 6.** Principaux pollens allergisants surveillés

■ RAEP peut atteindre un niveau faible ■ RAEP peut atteindre un niveau moyen ■ RAEP peut atteindre un niveau élevé

Source : RNSA, APSF, Atmo France, 2021 <https://www.pollens.fr/docs/RA.pdf>

Tableau 1. Enjeux sanitaires susceptibles d'évoluer d'ici 2030

Enjeux	Exemples d'évolution pressentie à l'horizon 2030
Chaleur	Augmentation de la fréquence et de la durée des très fortes chaleurs, modification des zones géographiques touchées.
Froid/Neige/Verglas	Diminution du nbre de périodes de grand froid et de neige mais possibilité d'événement plus extrêmes.
Inondations, tempêtes	Augmentation des précipitations intenses dans certaines régions, modification de la saisonnalité ; Augmentation du niveau de la mer ; Augmentation du nombre de vagues de submersion.
Feux de forêt	Augmentation des surfaces à risque et du nombre d'incendies
Sécheresses	Augmentation des sécheresses
Pollution de l'air ambiant	Augmentation des pics d'ozone, et des pics de particules fines en lien avec feux de forêt ou les brumes de sables du Sahara ; Augmentation du nombre de jours avec fortes pollutions et chaleurs.
Pollution de l'air intérieur /confort thermique	Augmentation des températures à l'intérieur des logements ; Augmentation de la prolifération de micro-organismes associés à la présence d'humidité excessive ; Modification de la qualité de l'air intérieur du fait d'un changement dans l'émission des polluants de sources intérieures.
Allergènes respiratoires	Augmentation de l'aire de répartition de l'ambrosie ; Modification des périodes et zones de diffusion des pollens ; Augmentation des quantités de pollens produites et de leur allergénicité.
Rayonnement ultraviolet (UV)	Diminution de la couverture nuageuse et augmentation des UV Augmentation des périodes d'ensoleillement et d'exposition.
Eaux de consommation	Augmentation des phénomènes climatiques défavorables à la qualité de l'eau (salinisation, étiage, crues turbides) ; Augmentation de la température de l'eau défavorable à sa qualité (prolifération bactérienne, qualité de la désinfection) ; Augmentation des efflorescences de cyanobactéries ; Modification des comportements exposants dans une logique d'adaptation à la sécheresse.
Eaux de loisirs naturelles	Augmentation des efflorescences de cyanobactéries, algues vertes, Ostreopsis ovata, bactéries toxiques... ; Modification des comportements exposants ; Extension de la leptospirose.
Maladies véhiculées par des arthropodes	Extension de l'habitat du vecteur ; Augmentation des populations des réservoirs animaux ; Modification des comportements exposants.
Maladies véhiculées par des rongeurs	Extension de l'habitat du vecteur ; Augmentation des populations des réservoirs animaux ; Modification des comportements exposants.
Maladies liées à l'alimentation	Augmentation des infections d'origine alimentaire (ex : rupture de la chaîne du froid) ; Augmentation des contaminations environnementales ; Modification des ressources alimentaires (ex baisse de production et de qualité nutritive).
Légionelloses	Augmentation des installations à risque de diffusion de légionelles (systèmes de brumisation, ...), Augmentation de la température moyenne de l'eau des réseaux ou naturelles provoquant une multiplication bactérienne.
Champignons /moisissures	Augmentation des expositions suites à des inondations.

Source : Santé publique France, 2021

Références

- [1] Santé publique France, L'Institut Paris Region, ORS Île-de-France. Influence de caractéristiques urbaines sur la relation entre température et mortalité en Île-de-France. 2020
- [2] ORS Auvergne-Rhône-Alpes. Analyse des données médico-économiques. 2017
- [3] Santé publique France. Bulletin de santé publique arboviroses en Île-de-France. Aout 2021
- [4] Santé publique France. Quels indicateurs pour faciliter la prise en compte de la santé publique dans les politiques d'adaptation au changement climatique ? 2021
- [5] RNSA, APSF, Atmo France. Rapport de surveillance de moisissures et des pollens des dans l'air ambiant en France 2021. <https://www.ecologie.gouv.fr/impacts-du-changement-climatique-sante-et-societe>
- [6] L'Institut Paris Region. Vulnérabilités de l'Île-de-France aux effets du changement climatique. 2022

5. LA SANTÉ AU TRAVAIL

La santé au travail en Île-de-France

LES POINTS ESSENTIELS

- ▶ Une population majoritairement qualifiée et employée dans les services,
- ▶ Les hommes plus exposés aux contraintes physiques et les femmes aux risques biologiques et à des situations de forte tension psychosociale, en cohérence avec le type de métier exercé,
- ▶ L'hébergement médico-social et social et l'action sociale sans hébergement, secteurs les plus touchés par les accidents du travail,
- ▶ Des demandes de reconnaissance de pathologies psychiques liées au travail en augmentation.

ENJEUX

Un contexte social et organisationnel en évolution : télétravail, activités essentielles mises en visibilité, auto-entrepreneuriat, vieillissement

Deux caractéristiques majeures du monde du travail ont été mises en exergue à la suite de la crise sanitaire : d'une part le développement à grande échelle du télétravail et d'autre part l'importance, pour le fonctionnement de la société, des travailleurs essentiels, dont les conditions de travail et de vie sont souvent passées sous silence. Les métiers de la santé, du social ou du nettoyage, à forte composante féminine, sont deux exemples illustratifs de ces activités essentielles (voir fiche travailleurs-clés). En parallèle, de nouvelles formes d'organisation ou d'emploi se développent, on citera à titre d'exemple les plateformes numériques de livraison et l'auto-entrepreneuriat associé (livreurs) qui engendrent des enjeux de santé au travail nouveaux (lien de subordination de fait sans la protection sociale du salarié). Enfin, l'évolution démographique jointe aux réformes des retraites conduit à une population vieillissante au travail pour laquelle se posent des questions spécifiques.

Une nouvelle loi santé travail

L'année 2021 a été celle de l'adoption de la loi santé travail 2021-1018 du 02 août 2021 entrée en vigueur le 1^{er} avril 2022. Celle-ci intègre notamment une meilleure articulation santé travail et santé publique, un accent renforcé tant sur la prévention des risques que sur la prévention de la désinsertion professionnelle et le maintien en emploi (en cas de maladie chronique ou de handicap).

Dans cette optique, sont introduits notamment :

- la possibilité, pour l'équipe de santé au travail, de réaliser des actions de santé publique (prévention alcool, tabac, vaccinations) aux côtés de sa mission principale de santé au travail,
- une visite supplémentaire, à mi carrière, qui permet de vérifier pour les salariés, dès 45 ans, l'adéquation entre leur poste de travail et leur état de santé,
- une visite de pré-reprise possible pour tout arrêt maladie de 30 jours ou plus,
- un suivi post exposition qui étend la visite réalisée en fin de carrière à un bilan en cas de fin d'emploi dans un poste avec exposition à des substances toxiques.

SITUATION ACTUELLE ET EVOLUTION

Une population majoritairement qualifiée et employée dans les services

En 2019, l'Île-de-France comptait 5,5 millions d'emplois dont 49 % occupés par des femmes [1].

La population en emploi en Île-de-France est majoritairement qualifiée avec 31 % de cadres et 26 % de travailleurs en professions intermédiaires (figure 1). Elle est majoritairement dans le secteur du commerce, transport et services divers (60 %) (figure 2). Le second secteur est celui regroupant l'administration publique, l'enseignement, la santé et l'action sociale (27 %, au total, moins de 10 % chacun).

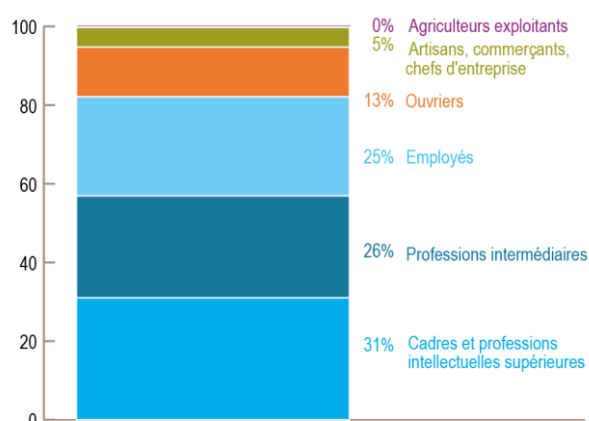
A un niveau plus fin, les activités spécialisées scientifiques et techniques représentent 22 % des travailleurs et le commerce 13 %. Viennent ensuite l'administration publique et les finances-assurance-immobilier (9 et 8 %), l'information-communication et l'enseignement (7 % chacun).

Cette structure d'emploi et de secteurs d'activité est propre à la région. En effet, en France métropolitaine, les cadres ne représentent que 18 % de la population en emploi ; le secteur du commerce, transport et services divers ne comprend que 47 % des travailleurs, les activités spécialisées scientifiques et techniques n'en représentant que 12 %. En revanche, l'administration publique, l'enseignement, la santé et l'action sociale regroupent 33 % des travailleurs [2].

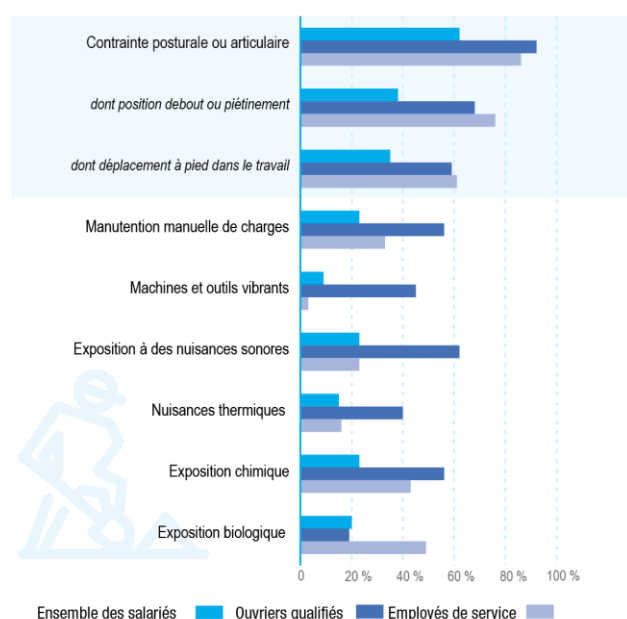
La proportion d'emplois non-salariés, en légère augmentation, est passée de 9,4 % en 2008 à 11 % dans l'ensemble de la population en 2019, et de 6,6 % à 8,6 % chez les femmes. La structure de ces emplois est très différente entre hommes et femmes : les hommes non-salariés sont à 45 % des employeurs et à 54 % des indépendants, mais les femmes non salariées sont à 28 % des employeurs et à 70 % des indépendantes (données non présentées).

Près d'un quart des travailleurs encore peu ou mal suivis en santé au travail

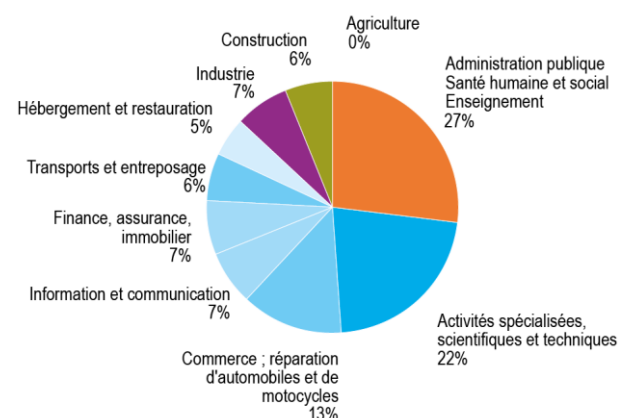
En 2019, 23 % des travailleurs restent encore peu ou mal suivis en santé au travail (20 % en 2016) : les non-salariés qui n'ont pas d'obligation de suivi en dehors de ceux exposés aux rayonnements ionisants (11,4 %), et les salariés en contrats courts, pour lesquels le suivi médical, pourtant obligatoire, est très souvent parcellaire (11,9 %) (tableau 1).

Figure 1. Répartition par catégorie socioprofessionnelle des actifs ayant un emploi

Source : Insee Recensement de population 2019

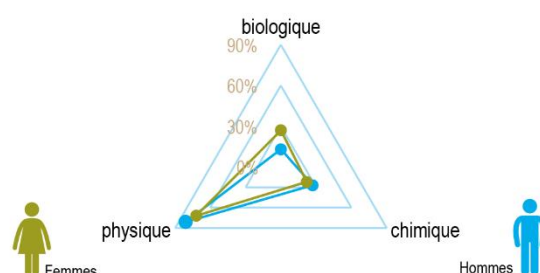
Figure 3. Expositions physiques, chimiques et biologiques chez les salariés franciliens

Source : Enquête SUMER 2017, Dares DGT. Traitement Drieets, Sese. Champ salariés surveillés par la médecine du travail hors MSA, MEN, intérimaires, secteurs AZ (agriculture, sylviculture et pêche) et TZ (activités des ménages en tant qu'employeurs)

Figure 2. Répartition par secteur d'activité des actifs ayant un emploi

Les secteurs d'activité en bleu correspondent au secteur Commerce, transports et services divers et totalisent 60 %

Source : Insee Recensement de population 2019

Figure 4. Expositions physiques, chimiques et biologiques chez les salariés franciliens, par genre

Champ : Salariés français affiliés au régime général, à la fonction publique territoriale, hospitalière et d'état ; hors MSA et intérim ; hors secteurs AZ (agriculture, sylviculture et pêche), TZ (activités des ménages en tant qu'employeurs) et hors MEN (ministère de l'enseignement national).

Source : Enquête SUMER 2017, exploitation service études-statistiques-évaluation (Sese) de la Direccte

Tableau 1. Répartition des travailleurs franciliens en emploi selon leur statut d'emploi en 2019

	Hommes	%	Femmes	%	Tous	%
Salariés	2 406 592	86,0	2 468 026	91,3	4 874 618	88,6
CDI ou assimilés	2 101 510	75,1	2 116 980	78,3	4 218 490	76,7
Contrats courts	305 082	10,9	351 046	13,0	656 128	11,9
Non salariés	391 810	14,0	235 691	8,7	627 501	11,4
Ensemble	2 798 402		2 703 717		5 502 119	

Source : Insee, recensement de population 2019

Des expositions professionnelles et conditions de travail liées à la structure de l'emploi d'Île-de-France

Selon l'enquête SUMER Île-de-France¹, 77 % des salariés franciliens sont exposés à au moins une contrainte physique dans le travail, les contraintes posturales ou articulaires étant les plus fréquentes avec 62 % des salariés concernés (figure 3) [3]. Les contraintes biomécaniques les plus fréquemment mentionnées sont les « position[s] debout ou piétinement[s] » (38 % des Franciliens exposés) et les « déplacement[s] à pied dans le travail » (35 % exposés). Les salariés franciliens sont en revanche moins nombreux à être exposés à des agents chimiques (23 %) ou biologiques (20 %). Les ouvriers qualifiés, et, dans une moindre mesure, les employés de service sont les catégories les plus exposées aux contraintes physiques. Ainsi, 78 % des ouvriers qualifiés, 66 % des salariés de la construction et 66 % des salariés du secteur transport entreposage cumulent au moins trois contraintes physiques (données non présentées). Par ailleurs, les ouvriers qualifiés sont beaucoup plus exposés aux agents chimiques (56 %) et les employés de service aux agents biologiques (49 %) (figure 4). Enfin les cadres, surreprésentés en Île-de-France, sont globalement peu exposés aux contraintes physiques, chimiques et biologiques, ce qui explique les niveaux toutes catégories.

Des expositions professionnelles différentes entre hommes et femmes en cohérence avec leur secteur d'activité

Les hommes sont plus exposés aux contraintes physiques et les femmes aux risques biologiques, en cohérence avec le « genre » des métiers. Les secteurs de la construction et des transports, plutôt masculins, sont en effet fortement exposés aux contraintes physiques et celui du médico-social, plus féminin, aux contraintes chimiques et biologiques (figure 4).

Les deux principaux secteurs en nombre de salariés – le commerce et l'administration publique – font l'objet d'expositions à des contraintes spécifiques : un salarié de l'administration publique sur trois est exposé à des contraintes biologiques tandis qu'un salarié du commerce sur trois est contraint par de la manutention manuelle de charges (figure 5).

Les secteurs de l'hébergement et de la restauration en situation de forte tension psychosociale

Le schéma des risques psychosociaux distingue quatre cas de figure caractérisés par les exigences psychologiques du travail et l'autonomie dont dispose le salarié : le cas de figure dit « actif » alliant exigences et autonomie fortes ; le cas de figure « tendu » où des exigences fortes se combinent avec peu d'autonomie, le cas « passif » avec des exigences faibles et peu d'autonomie, et « détendu » avec des exigences faibles et une autonomie forte (figure 7).

Les salariés relevant des activités de services, scientifiques et techniques, financières et d'assurance ainsi que d'information et de communication, fortement représentés en Île-de-France et plus souvent composés de cadres, sont en position dite « active ». Les salariés de l'hébergement et de la restauration sont en situation de travail « tendu » : ils sont ainsi soumis à des exigences psychologiques importantes mais ne

bénéficient que de peu d'autonomie, situation préjudiciable tant sur le plan de la santé cardio-vasculaire que mentale. Notons que la situation de travail dite « passive », exigences psychologiques faibles et peu d'autonomie peut également être délétère en termes de santé mentale.

Le télétravail, c'est la santé ?

Le télétravail a fait un bond considérable depuis la crise sanitaire : en 2017, 10 % des salariés franciliens le pratiquaient [3]. En 2021, 42 % des actifs en emploi franciliens le pratiquent mais 64% des cadres et 15% des ouvriers [4].

En ce qui concerne les conséquences sur la santé, ça n'est pas tant le télétravail lui-même mais les conditions dans lesquelles il s'exerce qui peuvent être délétères : logement exigü, pièce de travail partagée [5].

Une diminution de la fréquence des accidents du travail mais une augmentation de la durée d'arrêt.

Pour les salariés affiliés au régime général de la sécurité sociale (85 %), la figure 6 illustre l'évolution opposée entre le taux de fréquence² des accidents du travail (AT) en baisse et la durée des arrêts associés qui, elle, est en hausse. Ce phénomène peut être lié aux secteurs concernés.

L'hébergement médico-social le plus à risque

Si traditionnellement le secteur du bâtiment et des travaux publics était très accidentogène, c'est celui de l'hébergement médico-social qui est le plus touché actuellement. Or, le type de traumatisme associé (accident avec lésions musculosquelettiques, décompensation psychique) peut donner lieu à de très longs arrêts. Par ailleurs, l'augmentation des accidents dans le secteur médico-social illustre une dégradation des conditions de travail (plus de patients par salariés, contraintes physiques de port de personnes plus fortes).

Les secteurs des services et du commerce ne sont pas exemptés du risque accident

À un niveau de détail plus fin, certains secteurs ont un taux de fréquence d'accidents du travail au moins 4 fois plus élevé que le taux francilien : le transport aérien de fret (sept fois plus élevé), l'hébergement médicalisé (adultes), les travaux de charpente ou couverture, l'imprimerie de journaux, l'entrepôt et stockage frigorifique, certaines activités de nettoyage, les activités des infirmiers et des sages-femmes, la réparation d'équipements de communication, d'outils d'électroménager, l'enseignement de disciplines sportives et d'activités de loisirs, la location de camions avec chauffeur, la transformation et conservation de la viande de boucherie. Parmi les secteurs avec un taux situé entre trois et quatre fois le taux francilien, citons l'hébergement social, l'hébergement médicalisé (enfants handicapés), le commerce (détail et gros), l'aide à domicile. Autour de deux fois et demie le taux francilien, figurent les hypermarchés et supermarchés, et le secteur des ambulances. Enfin, les accidents mortels (90 décès franciliens par an) se situent plus fréquemment dans les secteurs de la construction, du transport-entrepôt et de l'industrie, en cohérence avec le risque physique associé aux activités de ces secteurs (données non présentées).

¹ Extraite de l'enquête du même nom réalisée en 2017 sur le territoire national. Champ pour l'Île de France : salariés surveillés par la médecine du travail hors MSA, MEN, intérimaires, secteurs AZ (agriculture, sylviculture et pêche) et TZ (activités des ménages en tant qu'employeurs)

² Taux de fréquence : nombre d'accidents indemnisés en premier règlement rapporté au nombre d'heures travaillées

Figure 5. Expositions physiques, chimiques et biologiques des salariés franciliens par secteur d'activité

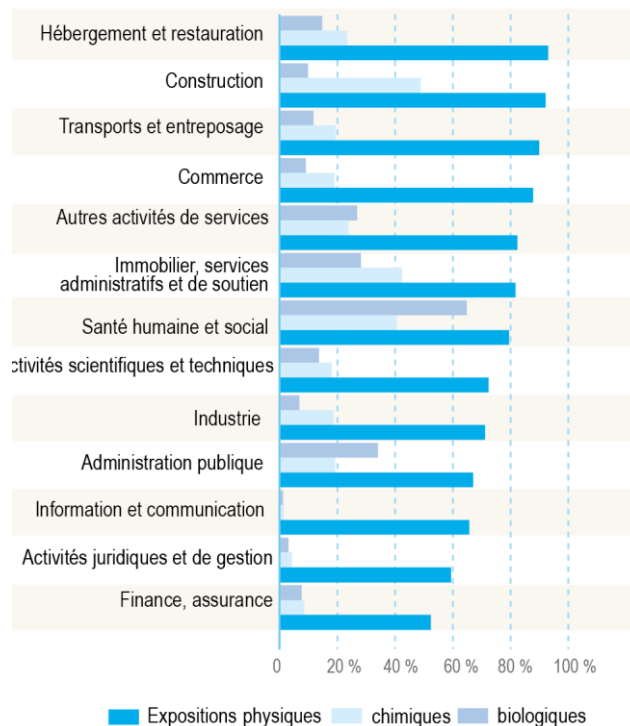
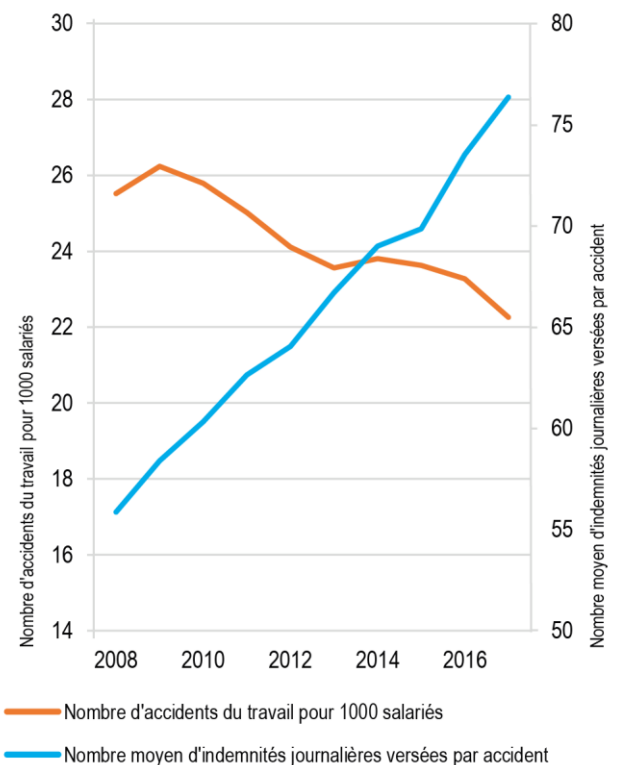


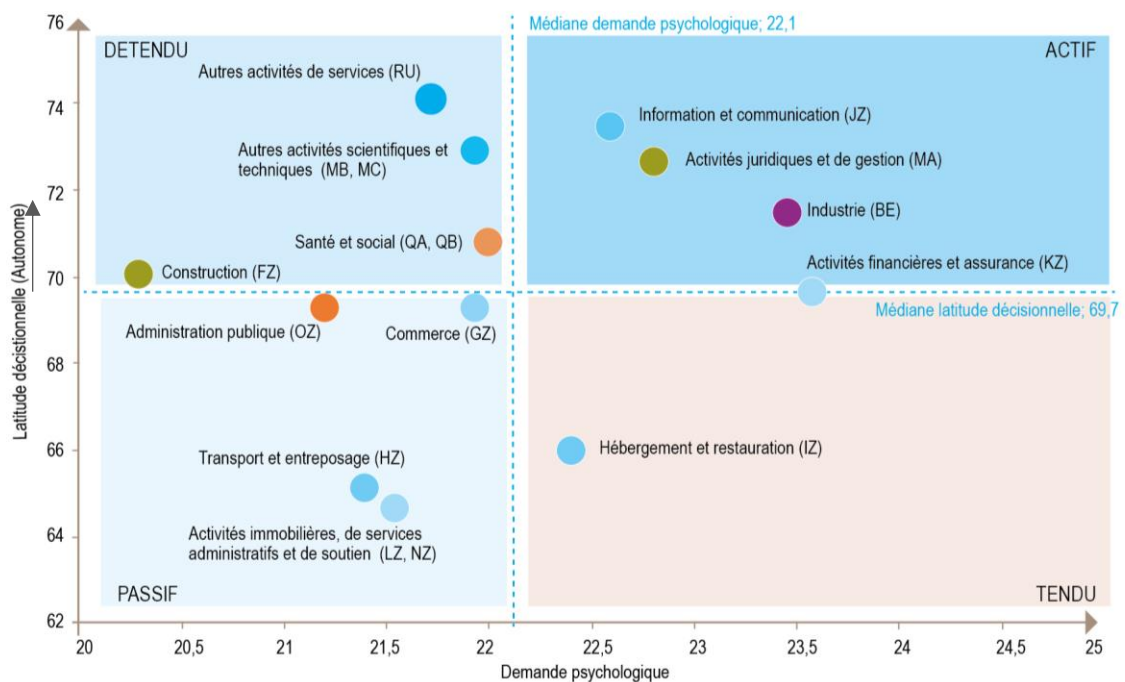
Figure 6. Nombre d'accidents de travail pour 1000 salariés et durée moyenne d'arrêt - Régime général



Source : Enquête SUMER 2017, Dares DGT. Traitement Drieets, Sese. Champ salariés surveillés par la médecine du travail hors MSA, MEN, intérimaires, secteurs AZ (agriculture, sylviculture et pêche) et TZ (activités des ménages en tant qu'employeurs)

Source : Cramif – exploitation ORS Île-de-France

Figure 7. Demande psychologique et latitude décisionnelle par secteur d'activité en Île-de-France, d'après les données de l'enquête SUMER 2017



Les entreprises de jardin, paysages, reboisement les plus à risque. Régime agricole

Au sein du régime agricole, trois secteurs totalisent 85 % des effectifs : les organismes professionnels (entreprises du tertiaire), la culture et l'élevage et enfin les travaux agricoles (entreprises de jardin, paysages, reboisement principalement). Le secteur le plus touché par les accidents du travail en Île-de-France est celui des travaux agricoles (71,5 AT pour 1 million d'heures travaillées contre 34,1 sur l'ensemble des secteurs) (figure 8).

Une augmentation puis une diminution du nombre de maladies professionnelles indemnisées. Régime général

Les déclarations de maladies professionnelles (MP) relevant des tableaux réglementaires¹ ont eu tendance à diminuer entre 2015 et 2017. En revanche, les déclarations de maladies hors tableaux progressent fortement : entre 2011 et 2017, leur nombre a été multiplié par 8,5 (figure 9).

Près de neuf maladies professionnelles déclarées sur dix sont des troubles musculosquelettiques (TMS). Les pathologies en lien avec l'amiante viennent en second (6,6 %) suivies des maladies hors tableaux (2,7 %) et des dermatoses et affections respiratoires allergiques (2,2 %).

Plus d'un tiers des maladies professionnelles déclarées en 2017 relèvent de deux secteurs d'activité, celui du commerce avec 916 MP enregistrées et celui de la construction avec 841 MP déclarées.

2 000 dossiers présentés par an pour une maladie ne répondant pas à tous les critères des tableaux, un tiers accepté

Les tableaux de reconnaissance des maladies professionnelles étant restrictifs sur les expositions et le délai de prise en charge, une commission de reconnaissance complémentaire complète le dispositif, et peut accorder une reconnaissance dite au titre de l'alinéa 6. Les 2 000 dossiers présentés en Île-de-France dans ce cadre en 2018 au régime général étaient principalement des TMS et des pathologies associées à l'exposition à l'amiante (figure 10).

Près de 500 dossiers hors tableaux dont près de la moitié acceptée

440 dossiers hors tableaux ont été présentés en 2018 au régime général, reconnaissance dite au titre de l'alinéa 7. Les pathologies correspondantes sont majoritairement des pathologies psychiques (83 %) (figure 11).

Les entreprises de jardin, paysage et reboisement les plus touchées. Régime agricole

Dans le secteur agricole, huit maladies sur 10 indemnisées sont des troubles musculosquelettiques. Les entreprises de jardin, paysage et reboisement sont les plus touchées par les maladies professionnelles (1,6 MP pour 1 million d'heures travaillées contre 0,8 pour l'ensemble du secteur agricole francilien) (figure 12).

PERSPECTIVES

Des secteurs devant requérir une attention particulière

L'analyse de l'accidentologie par secteur à un niveau fin oriente sur des secteurs particulièrement à risque : hébergement médico-social, secteur aéroportuaire, infirmières, sages-femmes et aides à domicile. Elle montre également que les secteurs du commerce et des services, très représentés en Île-de-France, ne sont pas épargnés. Des éléments de vigilance sont à considérer dans le secteur de l'hébergement et de la restauration, à risque tant sur le plan biomécanique que psychosocial, malgré un taux de fréquence peu au-dessus du taux francilien, questionnant sur une éventuelle sous-déclaration des accidents.

Un suivi sanitaire de la population au travail francilienne à développer

La nouvelle loi de santé au travail inclut des dispositions pour améliorer le suivi de la santé des travailleurs. Acteurs centraux, les services de prévention et de santé au travail, se sont vu attribuer de nouvelles missions, dont la prévention de la désinsertion professionnelle. Cette loi prévoit par ailleurs la possibilité d'un suivi en santé au travail pour les travailleurs non-salariés. Les difficultés de ressources sont toutefois à mentionner dans le secteur, notamment parmi les médecins et médecins-inspecteurs.

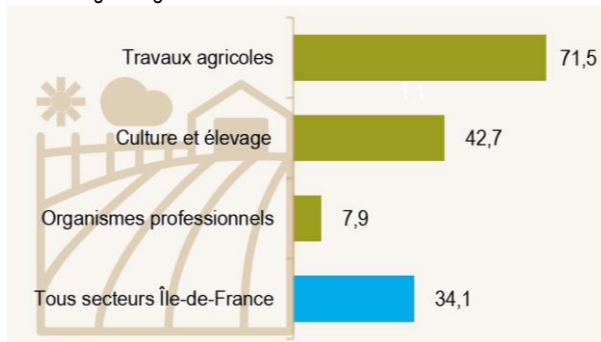
Un manque de données sur les pathologies en relation avec le travail non indemnisées

Si l'on dispose de données régulières et historiques sur les accidents du travail et les pathologies indemnisées, cela n'est pas le cas des pathologies liées au travail n'entrant pas dans le système de réparation.

Des réseaux permettant leur recensement existent en France : réseau national de vigilance de prévention des pathologies professionnelles (RNV3P), observatoire sur l'évolution et les relations en santé et travail (EVREST) et quinzaines de recueil des maladies à caractère professionnel (MCP). En Île-de-France, les deux premiers existent et devraient être exploités plus en profondeur. Le réseau MCP n'est pas encore développé en Île-de-France et serait un complément très utile.

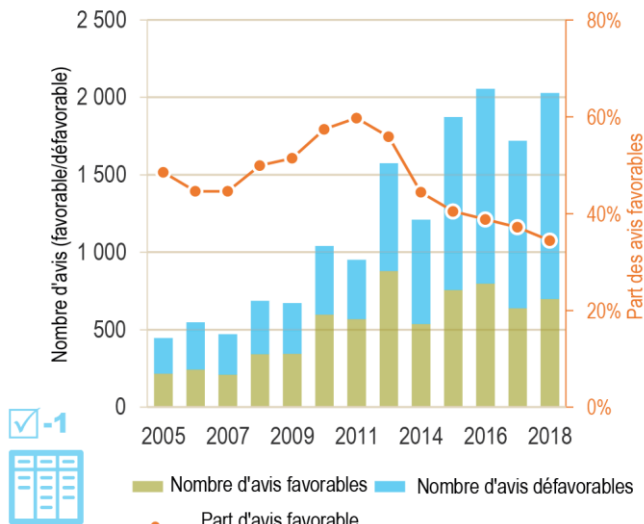
¹ Les maladies professionnelles sont indemnisées par présomption d'origine lorsqu'elles figurent dans un tableau et correspondent aux : nom de la pathologie, conditions d'exposition et délai de prise en charge. Dans le cas contraire, la commission de reconnaissance spécialisée peut être saisie en « alinéa 6 » si l'un des critères manquent et en « alinéa 7 » si aucun tableau n'existe.

Figure 8. Taux de fréquence des accidents de travail pour 1 million d'heures travaillées par grand secteur d'activité en 2013-2016 - Régime agricole



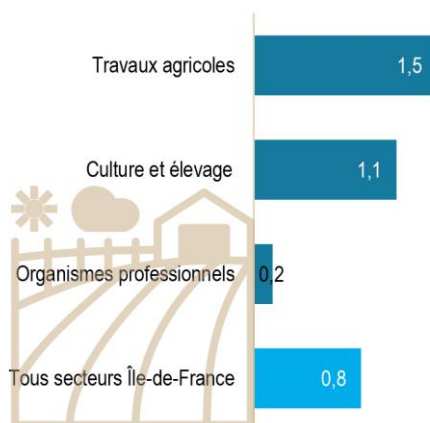
Source : MSA – Île-de-France – exploitation ORS Île-de-France

Figure 10. Evolution des nouvelles maladies professionnelles indemnisées hors tableaux, au titre de l'alinéa 6 chez les salariés affiliés au régime général



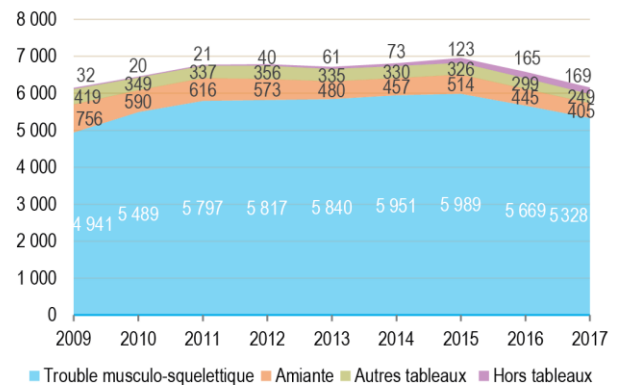
Source : Cramif – exploitation ORS Île-de-France

Figure 12. Taux de fréquence des maladies professionnelles pour 1 million d'heures travaillées chez les salariés affiliés au régime agricole, 2001-2016



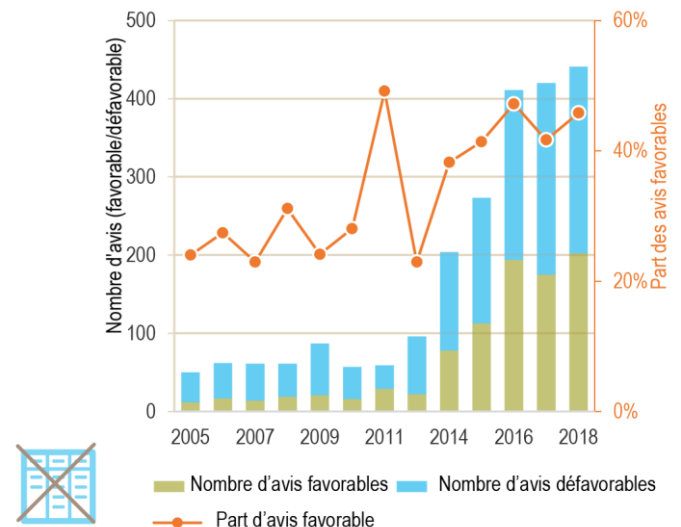
Source : MSA – Île-de-France – exploitation ORS Île-de-France

Figure 9. Evolution des nouvelles maladies professionnelles indemnisées chez les salariés affiliés au régime général



Source : Cramif – exploitation ORS Île-de-France

Figure 11. Evolution des nouvelles maladies professionnelles indemnisées hors tableaux, au titre de l'alinéa 7 chez les salariés affiliés au régime général



Source : Cramif – exploitation ORS Île-de-France

Références

- [1] Insee Recensement de population 2019. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=REG-11>, accédé le 27/01/2023
- [2] Insee Recensement de population 2019. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=METRO-1>, accédé le 27/01/2023
- [3] Abline S, Duprat P, Telle-Lamberton M, 2021. Photographie des expositions aux risques professionnels en Île-de-France. Résultats de l'enquête SUMER 2017. Direccte et ORS Île-de-France.
- [4] Leroi P, Mettetal L, Tedeschi F. Eds, A distance, la révolution du télétravail. Les cahiers de L'Institut Paris Region. Paris, PUF.
- [5] Telle-Lamberton, 2023. Le travail, c'est la santé ? In Leroi et coll Eds, A distance, la révolution du télétravail. Les cahiers de L'Institut Paris Region. Paris, PUF.

6. LA SANTÉ À TOUS LES ÂGES DE LA VIE

La santé périnatale

Natalité, fécondité et profil socioéconomique des mères	118
Suivi de la grossesse et accouchement	120
Morbidité et mortalité maternelle	124
Santé du nouveau-né à la naissance	126
Mortalité périnatale et infantile	128
Mort inattendue du nourrisson	130

La santé des enfants et des adolescents

Morbidité et mortalité chez les 1-14 ans	133
Cancers de l'enfant	134
Santé des adolescents	138

La santé des personnes âgées

Démographie et conditions de vie	149
Perte d'autonomie fonctionnelle	150
Chutes et maladies neuro-dégénératives	152
Soins palliatifs	154

Natalité, fécondité et profil socioéconomique des mères

LES POINTS ESSENTIELS

- ▶ Une baisse de l'indice fécondité de 2,06 en 2010 à 1,87 en 2020 en Île-de France, mais moindre qu'en France métropolitaine,
- ▶ Des disparités territoriales persistantes avec une plus forte natalité et fécondité dans les territoires les moins favorisés,
- ▶ Une augmentation de l'âge de la maternité,
- ▶ Une aggravation de la précarité chez les mères Franciliennes.

ENJEUX

En termes de santé publique, la connaissance des dynamiques de natalité et de fécondité aide en premier lieu à mieux anticiper les besoins de santé périnatale, mais également à prévoir les évolutions démographiques et les besoins de santé des prochaines années. Par ailleurs, certaines caractéristiques socio-démographiques telles que l'âge de la mère, la couverture sociale, la situation socioéconomique de la mère sont des facteurs de risque de décès du fœtus ou du nouveau-né et sont associées à des pathologies à la naissance.

SITUATION ACTUELLE ET EVOLUTION

Une tendance à la baisse de la natalité au cours de la dernière décennie

Les naissances franciliennes représentent près du quart des naissances nationales. En 2021, 167 066 naissances vivantes ont été comptabilisées dans la région, soit 23,8 % des naissances en France métropolitaine et 22,8 % des naissances de la France entière. Le taux de natalité (rapport du nombre de naissances vivantes de l'année à la population totale moyenne de l'année) était de 13,8 naissances vivantes pour 1 000 habitants en Île-de-France en 2020 et de 10,7 ‰ en France métropolitaine. Les données d'évolution montrent un recul continu de la natalité dans la région au cours de la dernière décennie avec des disparités territoriales qui persistent (carte 1, figure 1 et 2). En effet, le taux de natalité est passé de 15,6 ‰ en 2010 à 13,8 ‰ en 2020 en Île-de-France (12,7 à 10,7 au niveau national) (tableau 1). Si cette baisse est observée dans tous les départements franciliens, le taux de natalité reste plus élevé dans les départements de Seine-Saint-Denis (16,9 ‰) et du Val-d'Oise (15,4 ‰), et plus bas à Paris (12 ‰).

Un recul de la fécondité

L'indicateur conjoncturel de fécondité (ICF) est la somme des taux de fécondité par âge d'une année. Il peut être interprété comme le nombre moyen d'enfants que mettrait au monde une femme si elle connaissait, durant toute sa vie féconde, les conditions de fécondité observées cette année-là [2]. Les statistiques de l'Insee montrent que l'ICF tend à baisser en France et en Île-de-France (figure 1). Dans la région francilienne, on est passé de 2,06 en 2010 à 1,87 en 2020. Comme pour les autres indicateurs relatifs à la natalité, l'ICF reste plus élevé dans les territoires les moins favorisés de la région.

Une augmentation de l'âge des mères

En Île-de-France, l'âge moyen des mères à l'accouchement est

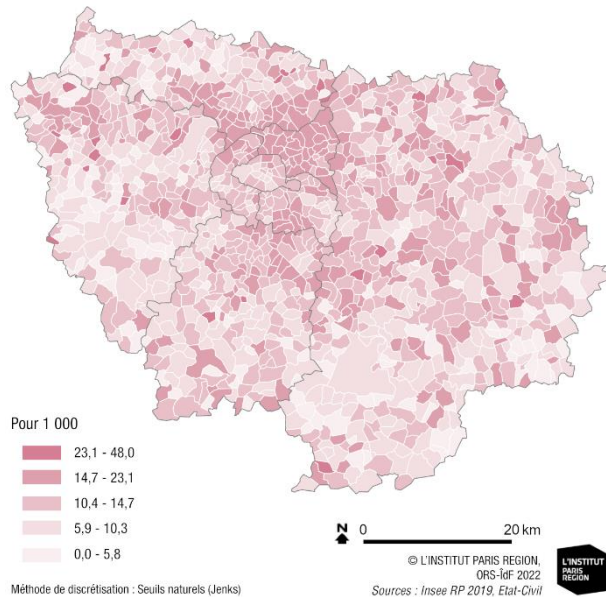
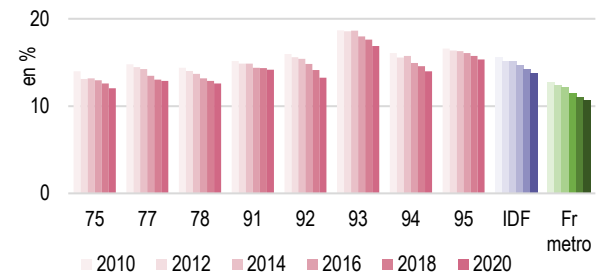
passé de 30,3 ans en 2008 à 31,6 ans en 2020, et est supérieur à la moyenne nationale (30,6 ans en 2020). Pour 0,6 % des naissances vivantes franciliennes de 2021 et 1 % des naissances nationales, les mères avaient moins de 20 ans, soit une baisse par rapport aux années précédentes (1,8 % en 2008 en Île-de-France). La proportion des mères plus âgées ne cesse d'augmenter (26 % des mères franciliennes avaient plus de 35 ans en 2016 vs 30 % en 2021). Les mères mineures représentaient 0,25 % des naissances franciliennes en 2021, et les plus de 40 ans 8,3 % (6 % au niveau national). On observe des disparités infrarégionales dans la répartition de l'âge des mères (tableau 1).

30 % de naissances chez des mères de nationalité étrangère

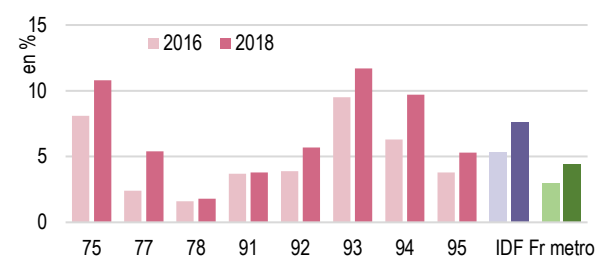
Selon les données de l'état civil, en 2021, pour 50 530 naissances vivantes franciliennes, les mères étaient de nationalité étrangère (ne possédant pas la nationalité française mais pas forcément immigrée au sens où elles peuvent être nées en France), soit 30,2 % des naissances de la région contre 17 % au niveau de la France métropolitaine. Des études franciliennes montrent que les femmes migrantes, ont plus souvent un suivi de grossesse insuffisant et que le risque de mortalité et de morbidité périnatale et maternelle est plus élevé au sein de cette population [4].

PERSPECTIVES

On observe une baisse de la fécondité dans la région et dans l'ensemble du pays. L'âge à la première maternité augmente, ce qui contribue à l'augmentation de risques périnatals (figure 3 et 4). Si les accouchées franciliennes semblent avoir un niveau social supérieur à la moyenne nationale (67 % ont un niveau d'études supérieures au baccalauréat, 17,5 % perçoivent des allocations chômage et/ou RSA vs respectivement 59,4 % et 23,2 % au niveau national, selon l'Enquête nationale périnatale (ENP 2021), la proportion des mères en situation de très grande précarité reste plus importante et tend à augmenter dans la région. Par exemple 4,5 % bénéficient de l'aide médicale de l'état (AME) vs 2,1 % de moyenne nationale.

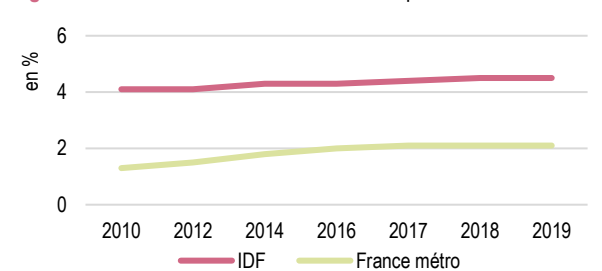
Carte 1. Taux de natalité dans les communes franciliennes en 2020**Figure 2.** Évolution du taux de natalité entre 2010 et 2020

Source : Insee, état civil

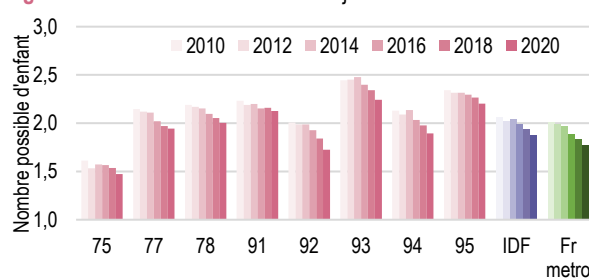
Figure 3. Part des accouchées en CMU/AME* entre 2016 et 2018*pour les accouchements des établissements publics ;
Source : Rapport Périnatal ARS-IDF**Tableau 1.** Indicateurs de natalité en 2021 (données domiciliées)

	Naissances	Tx natalité (%)	ICF	Mères <18 ans	Mères ≥40 ans
75	25 810	12,02	1,47	0,13	10,9
77	18 431	12,89	1,95	0,17	6,4
78	18 401	12,59	2,00	0,18	8,0
91	18 430	14,17	2,13	0,17	7,1
92	21 290	13,24	1,72	0,15	9,0
93	26 152	16,89	2,24	0,11	8,0
94	19 280	14,00	1,90	0,16	8,3
95	19 272	15,35	2,20	0,16	7,1
IDF	167 066	13,79	1,87	0,26	8,2
Fr.métro	700 679	10,72	1,77	0,38	6,1

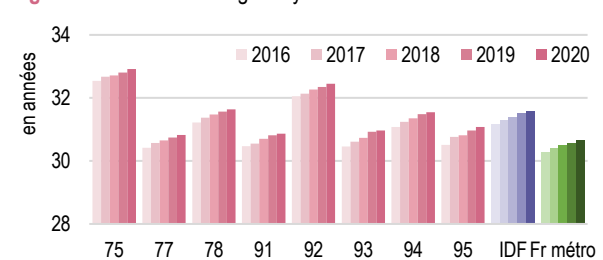
Source : Insee, état civil

Figure 4. Part des accouchements couverts par l'AME : 2010 à 2019

Sources : Rapport de surveillance de la santé périnatale en France, Santé publique France, Septembre 2022

Figure 1. Évolution de l'indicateur conjoncturel de fécondité

Source : Insee, état civil

Figure 5. Évolution de l'âge moyen des mères entre 2016 et 2020

Source : Insee, estimations de population et statistiques de l'état civil.

Références

[1] Santé publique France. Rapport de surveillance de la santé périnatale en France. 2022

[2] Rapport annuel du système d'Information Périnatal-ARS-IDF – PMSI 2016

[3] Périnatal-ARS-IDF: Disponible : https://www.c.org/resu_reseaux.php

[4] Carayol, M. et al. Les femmes de Seine-Saint-Denis ont-elles un suivi prénatal différent de celui des autres femmes d'Île-de-France ? J Gyn Obst 2015, 3, 258-268.

Suivi de la grossesse et accouchement

LES POINTS ESSENTIELS

- ▶ Les mères franciliennes bénéficient moins des dispositifs de suivi anténatal comparées à leurs homologues des autres régions (entretien prénatal précoce, préparation à la naissance et à la parentalité),
- ▶ Par ailleurs, les habitudes de vie au cours de la grossesse sont bien meilleures en Île-de-France,
- ▶ Il existe cependant des disparités territoriales dans le recours aux soins au cours de la grossesse et dans les pratiques médicales d'accouchement (déclenchement du travail, césarienne, épisiotomie etc.).

ENJEUX

Un autre enjeu crucial de la périnatalité est de faire en sorte que la grossesse et l'accouchement se déroulent dans les meilleures conditions possibles, tout en permettant de prévenir les problèmes de santé chez l'enfant et la mère au cours de la grossesse, de l'accouchement et après la naissance.

Plusieurs mesures permettent d'anticiper des problèmes liés à la grossesse ou à la santé du futur bébé. Des dispositifs tel que l'entretien prénatal précoce (EPP), mis en place en 2007 (et rendu obligatoire depuis le 1^{er} mai 2020) permet de repérer précocement les problématiques médico-psychosociales et permet aux couples d'exprimer leurs attentes et leurs besoins concernant la grossesse. La préparation à la naissance et à la parentalité (PNP), historiquement centrée sur la prise en charge de la douleur, s'oriente actuellement vers un accompagnement global de la femme ou du couple en favorisant leur participation active dans le projet de naissance. Tous ces dispositifs ont été mis en place pour permettre un suivi des femmes enceintes, le plus précocement possible, afin d'optimiser la prise en charge globale et anticiper des complications tant maternelles que fœtales.

SITUATION ACTUELLE ET EVOLUTION

Encore trop peu de futures mères franciliennes bénéficient de ces dispositifs anténatux

La proportion de femmes ayant bénéficié d'un entretien prénatal précoce est passée de 13 % en 2010 à 28,7 % en 2021 en Île-de-France vs 22 % à 36,5 % en France métropolitaine. Comparée aux autres régions métropolitaines, l'Île-de-France enregistre le plus bas taux d'EPP chez les accouchées de 2021 (figure 1). Cependant, les données plus récentes issues d'un outil pilote de la CNAM, permettant de suivre les retombées des réformes prioritaires en santé périnatale, montrent des résultats plus encourageants dans les départements franciliens. En effet, même si la cible nationale (un taux de 70 % des mères bénéficiant du dispositif) n'est pas complètement atteinte, on observe une nette augmentation du taux de mères bénéficiant d'EPP en 2022 (figure 2).

La préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) a été suivie par 73,3 % des mères franciliennes en 2016, ce taux est plus élevé en France (figure 1). D'un point de vue général, la PNP est plus fréquemment rapportée par des mères primipares (80,3 % des primipares en 2021 vs 35,3 % des multipares au niveau national). Par ailleurs, on observe des disparités territoriales dans l'utilisation de ce dispositif (figure 3). Les mères de Seine-Saint-Denis ont moins bénéficié de la PNP jusqu'en 2016. Nous ne disposons pas de données départementales plus récentes.

Des modes de vie plus favorables au cours de la grossesse

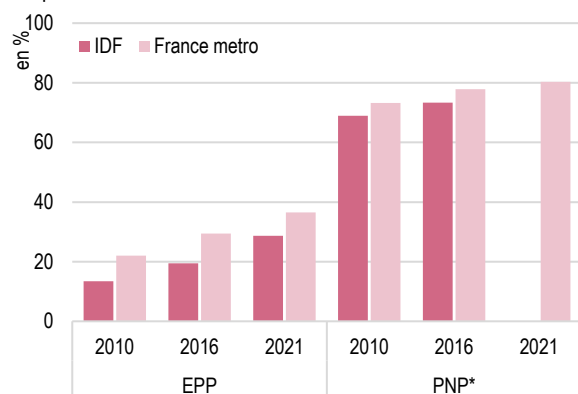
En termes de comportement de prévention, l'Île-de-France semble en moyenne relativement bien positionnée. En effet, dans la récente enquête nationale périnatale (ENP 2021), 28 % des Franciliennes déclaraient avoir pris de l'acide folique comme recommandé avant la grossesse (28,3 % en France métropolitaine), une augmentation de 5 points par rapport à l'ENP 2016. Le taux de vaccination contre la grippe était proche de celui observé au niveau national et en nette augmentation par rapport à l'enquête 2016 (figure 4). Dans cette même enquête, 5,9 % des mères franciliennes rapportaient consommer du tabac au troisième trimestre de leur grossesse, soit la plus basse consommation de toutes les régions métropolitaines. On observe une réduction continue de ce comportement à risque dans la région.

Les troubles psychiatriques en cours de grossesse, un enjeu de santé publique encore trop peu exploré

Concernant la santé mentale des accouchées, le rapport Périnat-ARS-IDF rapporte que 1,4 % des accouchées franciliennes ont présenté des problèmes psychiatriques lors du séjour d'accouchement en 2018, deux fois plus qu'en 2009 (0,6 %).

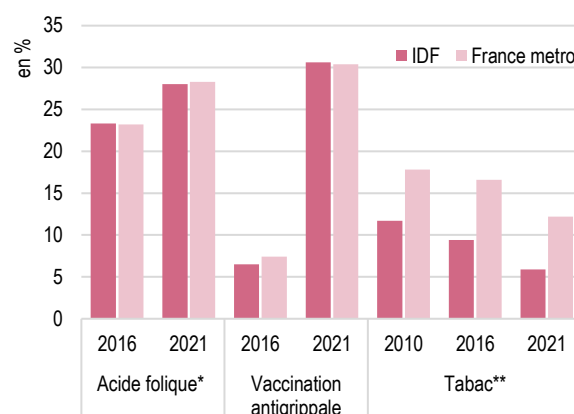
Bien que le repérage ne soit pas systématique et probablement sous-estimé, les données hospitalières rapportent 2,6 % de problèmes d'addiction et 0,7 % de problèmes de violences au cours de la grossesse chez les accouchées franciliennes. Les séjours d'accouchements pour lesquels une difficulté liée au logement a été repérée (sans abri, logement temporaire ou de fortune) représentent environ 2 % des accouchements de la région (2,6 % en 2019 et 2,2 % en 2021).

On observe une augmentation et de fortes disparités territoriales dans les indicateurs de santé mentale des accouchées. Cependant il est difficile de tirer des conclusions dans la mesure où il peut s'agir d'une amélioration du repérage dans certains territoires, de la différence de l'intérêt porté au sujet dans les maternités, d'autant que le recueil de ces données n'est pas systématique.

Figure 1. Préparation à la naissance et entretien prénatal précoce : comparaison Île-de-France vs France

*données IDF 2021 non disponibles

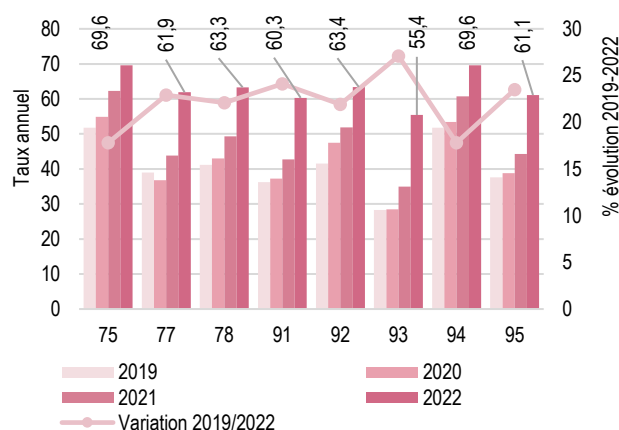
Source : Rapport ENP 2010-2016-2021

Figure 4. Comportements préventifs et à risque pendant la grossesse

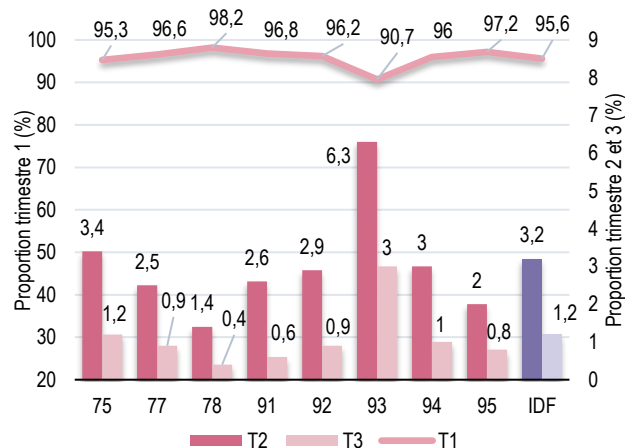
*acide folique avant grossesse

**Tabac au troisième trimestre de la grossesse

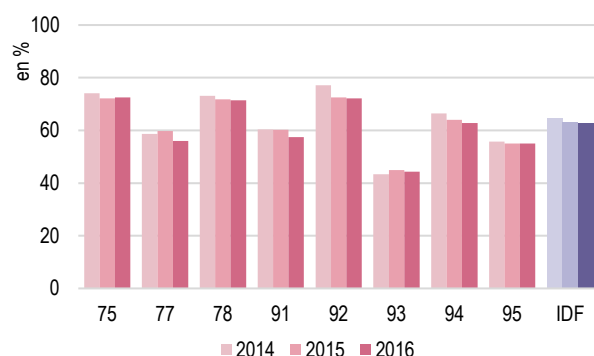
Source : Rapport ENP 2010-2016-2021

Figure 2. Evolution du taux de femmes enceintes bénéficiant d'un EPP (en libéral, PMI, CDS et établissement de santé)

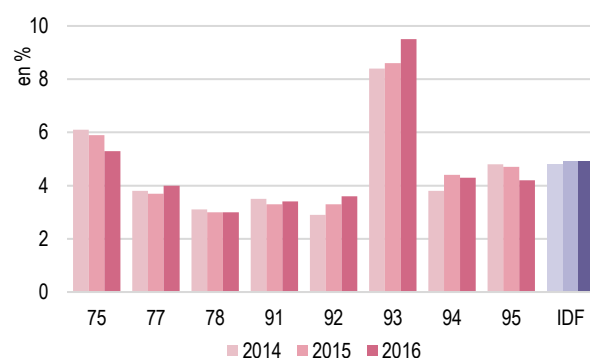
Source : CNAM

Figure 5. Trimestre de déclaration de la grossesse pour les naissances franciliennesLecture : à Paris, 95,3 % des grossesses sont déclarées au cours du 1^{er} trimestre, 3,4 % au cours du 2^{ème} trimestre, et 1,2 % au cours du 3^{ème} trimestre.

Source : PCS 2016, données domiciliées, exploitation ORS IDF

Figure 3. Préparation à la naissance et à la parentalité dans les départements franciliens entre 2014 et 2016

Source : PCS 2014-2016, données domiciliées, exploitation ORS IDF

Figure 6. Part de nouveau-nés sans échographie anténatale de recherche de la clarté nucale

Source : PCS 2014-2016, données domiciliées, exploitation ORS IDF

Près de 5 % des grossesses sont déclarées tardivement

La Haute Autorité de Santé (HAS) recommande de déclarer une grossesse à la fin de du troisième mois. Selon les données des premiers certificats de santé 2016, en Île-de-France, 95 % des grossesses sont déclarées au premier trimestre. Cependant, 3,2 % des grossesses le sont au deuxième trimestre et 1,2 % au troisième trimestre. Les déclarations tardives (deuxième et troisième trimestre) concernent près de 10 % des grossesses en Seine-Saint-Denis (figure 5).

En Île-de-France, le taux de grossesses déclarées au premier trimestre est resté plus ou moins stable (passant de 95,1 % en 2010 à 96,4 % en 2017). Ce taux a en revanche diminué au niveau national (97 % en 2010 et 93,4 % en 2017).

Près de 5 % des nouveau-nés franciliens ne bénéficient pas de la mesure anténatale de la clarté nucale

La mesure échographique de la clarté nucale couplée à un examen sanguin permet d'estimer le risque de trisomie 21. Cette mesure manque chez 4,9 % des nouveau-nés franciliens selon les données des premiers certificats de santé franciliens (soit quasiment pour toutes les grossesses déclarées tardivement) (figure 6).

Des pratiques médicales d'accouchement un peu différentes selon le lieu de domicile des femmes

Selon les données de l'enquête nationale périnatale, les pratiques médicales telles que le déclenchement du travail, la césarienne ou l'épisiotomie varient assez peu entre les régions. Mais à l'échelle infrarégionale, on observe des différences en Île-de-France.

Des déclenchements de travail plus fréquents en Île-de-France

Selon les données de l'ENP 2021, 29,1 % des accouchements ont été déclenchés en Île-de-France vs 25,8 % en France métropolitaine. Ces taux étaient déjà plus élevés en Île-de-France en 2016 (25,6 % contre 22 % en France métropolitaine). Cette pratique est peu différenciée dans les départements franciliens (fig. 7). Les césariennes avant le début de travail représentent près de 10 % de naissances franciliennes.

La pratique d'épisiotomies continue à reculer

En France, la pratique de l'épisiotomie poursuit sa baisse entamée depuis plusieurs années, passant de 20,1 % en 2016 à 8,3 % en 2021 chez des femmes ayant accouché par voie basse (toute parité confondue). L'Île-de-France se démarque toutefois par le plus fort taux d'épisiotomie de toutes les régions de France métropolitaine : 24,2 % en 2016 et 11,3 % en 2021 (données ENP).

Les données infrarégionales montrent quelques disparités territoriales de cette pratique avec un peu plus d'épisiotomie pour les naissances des Hauts-de-Seine et un peu moins pour celles de la Seine-Saint-Denis (figure 8).

Des disparités territoriales dans le recours à la péridurale

Le recours à l'anesthésie péridurale est plus important en Île-de-France qu'en moyenne en France métropolitaine (respectivement 85 % et 80,4 %). Au niveau infrarégional, il est plus important pour les naissances des Hauts-de-Seine et plus faible pour les naissances domiciliées en Seine-et-Marne (figure 9).

Près d'un nouveau-né francilien sur quatre naît par césarienne

Selon les données du SNDS, 23 % des naissances domiciliées en Île-de-France en 2021 se sont réalisées par césarienne, contre 20,8 % en France métropolitaine. Entre 2010 et 2018 on avait observé une tendance à la baisse du taux de césarienne tant au niveau national que régional. Mais cette tendance s'est inversée depuis 2019 (figure 10).

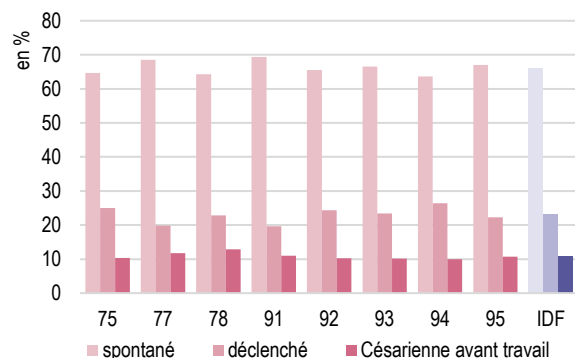
Le taux global de césariennes est peu différent d'un département à l'autre, le taux le plus élevé est observé pour les naissances domiciliées dans les Yvelines (figure 11). Cependant, ces différences sont plus importantes si l'on prend en compte le risque estimé en fonction des caractéristiques maternelles et fœtales (classification de Robson). Selon cette classification, si 56,5 % des grossesses considérées à haut risque finissent par une césarienne en Île-de-France, le recours à la césarienne pour ces grossesses à haut risque est plus important pour les naissances yvelinoises et moins en Seine-Saint-Denis (figure 12).

PERSPECTIVES

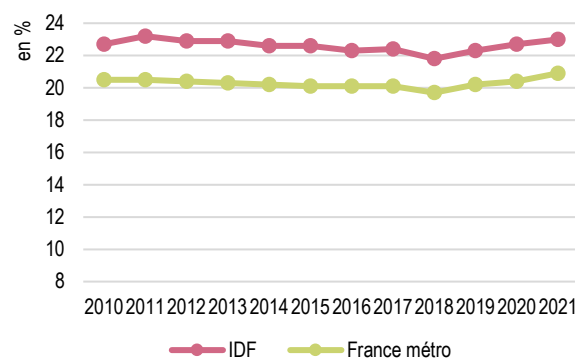
Depuis plusieurs années les indicateurs de santé périnatale francilienne en général et les indicateurs de suivi de grossesses restent moins satisfaisants. Au niveau infrarégional des disparités persistent, que ce soit dans le recours aux différents dispositifs mis en place pour préparer au mieux l'arrivée du nouveau-né et prévenir les éventuelles complications, ou dans certaines pratiques obstétricales.

On a observé une amélioration du recours au dispositif de suivi anténatal en Île-de-France depuis qu'il est rendu obligatoire. Et des efforts sont déployés dans plusieurs domaines avec des projets tels que REMI (réduire la mortalité infantile), SEV (suivi des enfants vulnérables), le déploiement régional du programme 1 000 premiers jours, HYGIE TIU etc. Cependant, des disparités persistent et les territoires moins favorisés présentent toujours des indicateurs préoccupants en termes de suivi de grossesse. Ces programmes devraient donc être renforcés, particulièrement dans les territoires les plus fragiles. Des efforts devront être déployés pour sauver les services de Protection maternelle et infantile (PMI), qui sont des structures fortement plébiscitées par les familles en difficulté en raison de leur proximité avec la population, de la gratuité de la prise en charge, de la pluridisciplinarité etc.

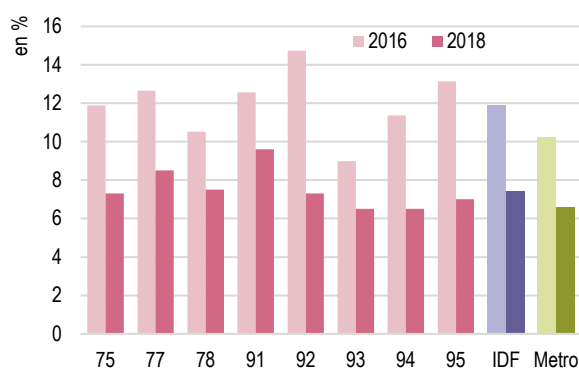
La santé mentale occupe également une place importante dans le suivi de la grossesse. En 2015, pour la première fois, les troubles de santé mentale étaient la première cause de mortalité maternelle en France. Il est donc nécessaire de rendre systématique le suivi de la santé mentale des futures mères. Le repérage d'autres paramètres sociaux tels que la violence et les conditions de logement sont également des questions de santé publique qu'il conviendrait d'explorer systématiquement au cours d'une grossesse.

Figure 7. Mode de début de travail dans les départements franciliens

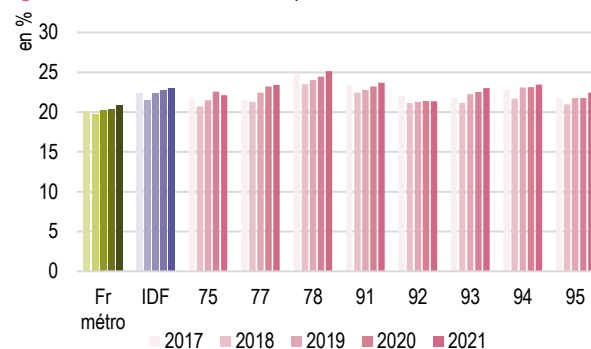
Source : PCS 2016, données domiciliées, exploitation ORS IDF

Figure 10. Evolution du taux de césarienne en France et en Île-de-France (2010 à 2021)

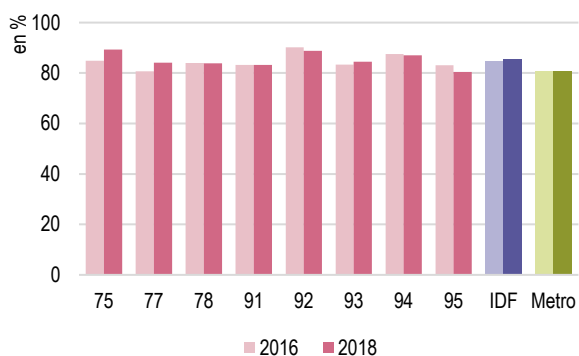
Source : SNDS, exploitation ORS IDF

Figure 8. Evolution du Taux de recours à l'épisiotomie pour les accouchements par voie basse spontanée

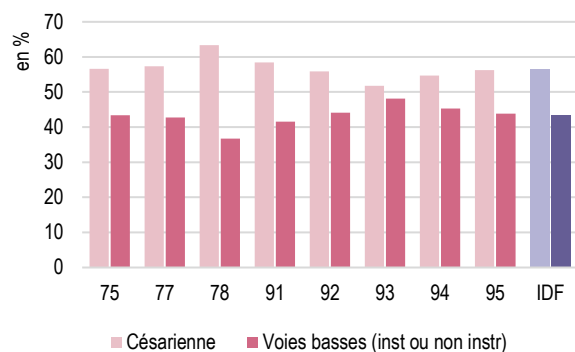
Source : Périnat ARS_IF, rapport sur les données PMSI 2016 et 2018

Figure 11. Taux de césariennes pour les naissances vivantes

Source : SNDS, données domiciliées, exploitation ORS IDF

Figure 9. Evolution du Taux de recours à l'anesthésie péridurale pour les accouchements par voie basse

Source : Périnat ARS_IF, rapport sur les données PMSI 2016 et 2018

Figure 12. Voies d'accouchement pour les grossesses à haut risque*

*Haut risque : groupe 5 à 10 de classification de Robson : antécédents de césarienne, présentation de siège (primipares ou multipares), les grossesses multiples, présentations transverses, grossesses de <36SA.

Source : PCS 2016, données domiciliées, exploitation ORS IDF

Références

- [1] Rapport annuel du système d'information Périnat-ARS-IDF – PMSI 2016
- [2] Enquête nationale périnatale (ENP), rapport 2021
- [3] Enquête nationale périnatale (ENP), rapport 2011
- [4] Enquête nationale périnatale (ENP), rapport 2017
- [5] Rapport de surveillance de la santé périnatale en France, rapport 2022
- [6] Matulonga Diakiese B, et al. Santé des mères et des enfants en Île-de-France : exploitation des premiers certificats de santé 2014-2016. Paris : Observatoire régional de santé Île-de-France, 2021
- [7] Ministère de la Santé. Rapport de Michèle Peyron : pour sauver la PMI, agissons maintenant ! [internet]. Disponible : <https://solidarites.gouv.fr/rapport-de-michele-peyron-pour-sauver-la-pmi-agissons-maintenant>

Morbidité et mortalité maternelle

LES POINTS ESSENTIELS

- ▶ Comparée à la moyenne nationale, la mortalité maternelle est plus élevée en Île-de-France,
- ▶ On observe une augmentation globale de la prévalence des pathologies liées à la grossesse (diabète gestationnel, prééclampsie, hémorragie du post partum etc.),
- ▶ La prévalence du diabète gestationnel a triplé en 10 ans dans la région, peut-être en partie du fait d'une meilleure stratégie de dépistage, mais également du fait d'un accroissement des facteurs de risque (surpoids et obésité, âge à la maternité, etc.).

ENJEUX

La santé maternelle est un enjeu majeur de santé publique. Certains indicateurs tels que la mortalité maternelle sont révélateurs du dysfonctionnement du système de soins. Ce chapitre fait état des indicateurs de l'état de santé au cours de la grossesse et de la mortalité maternelle. Le profil sociodémographique des mères et les données relatives à l'accouchement sont abordés plus loin.

SITUATION ACTUELLE ET EVOLUTION

Mortalité maternelle plus élevée en Île-de-France

La mort maternelle est, en France, un événement rare, difficile à étudier à un niveau territorial fin. L'enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM) révèle que 262 morts maternelles ont été enregistrées en France entre 2013-2015 (dernière enquête disponible en janvier 2023), soit un ratio de mortalité maternelle jusqu'à un an après la fin de la grossesse de 10,8 décès pour 100 000 naissances vivantes en France. Ce ratio est plus élevé pour les naissances domiciliées en Île-de-France soit 12,7 en 2013-2015 (11,1 en 2007-2009) avec des disparités infrarégionales (tableau 1). L'âge élevé de la mère, les conditions socioéconomiques, l'obésité, l'organisation du système de soins sont des facteurs de risque avérés pouvant expliquer les disparités territoriales.

Une mère francilienne sur cinq présente au moins une pathologie en cours de grossesse

En 2016, en Île-de-France, la présence d'au moins une pathologie de la grossesse est mentionnée dans 20,5 % des premiers certificats de santé de l'enfant, une prévalence en augmentation (16,7 % en 2014).

La prévalence du diabète gestationnel a presque triplé en 10 ans en Île-de-France, passant de 5,9 % en 2010 à 16,5 % en 2021 (figure 1) et les disparités territoriales persistent (figure 2). Cette hausse peut résulter de la prévalence de certains facteurs de risque comme l'obésité qui ne cesse de s'accroître. Cependant, elle peut aussi être attribuée au changement de stratégie de dépistage instauré depuis 2010 (dépistage plus ciblé en un seul temps chez les futures mères présentant des facteurs de risque en lieu et place du dépistage en deux temps [6]).

Une prévalence de prééclampsie plus élevée : un peu plus de deux mères sur cent présentent une prééclampsie dans la région (figure 3), prévalence plus élevée qu'au niveau national. Comme pour le diabète gestationnel, une plus grande prévalence est observée dans les départements les moins favorisés.

La prévalence des **hémorragies du post-partum** tend à

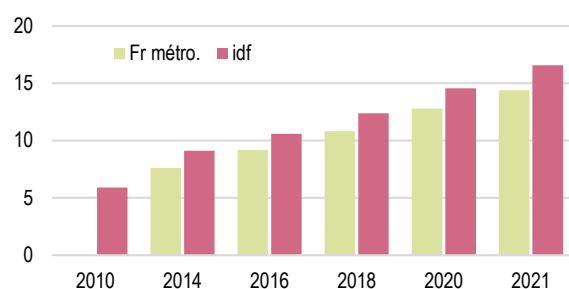
augmenter en France métropolitaine comme dans la région (figure 4), mais les hémorragies sont bien mieux quantitativement estimées aujourd'hui. De ce fait, il est difficile d'interpréter l'augmentation de cette prévalence. Toutefois, les hémorragies seraient évitables dans 80 % des cas.

Les indicateurs des réseaux de santé périnatale mentionnent l'**obésité** ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$) dans 6,3 % des séjours d'accouchements dans les maternités franciliennes (données enregistrées), une augmentation par rapport à 2019 (5,2 %) et 2018 (4,4 %). Rapportée au lieu de domicile des femmes, cette prévalence était de 4,5 % en Île-de-France en 2018 avec de fortes disparités interdépartementales (figure 5). Les données plus récentes (2021) de l'Enquête nationale périnatale (ENP) font état d'une prévalence de l'obésité atteignant 13,5 % des accouchées franciliennes.

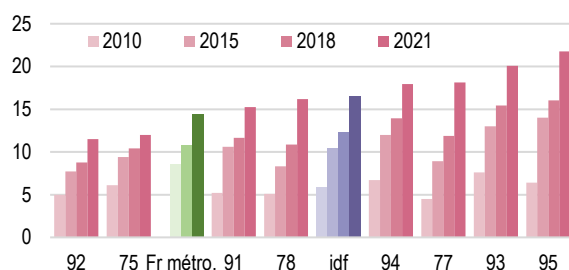
L'**obésité morbide** ($IMC \geq 40 \text{ kg/m}^2$) atteint, quant à elle, 0,6 % des mères franciliennes en 2019, une prévalence qui a triplé selon le rapport de surveillance périnatale de Santé publique France (0,2 % en 2010 à 0,6 % en 2019). Cette prévalence était respectivement de 0,4 et 0,8 % au niveau national. Il faut cependant dire que le poids et la taille (avant grossesse) sont assez mal enregistrés dans les données hospitalières (PMSI) et que les résultats d'enquêtes tels que l'ENP sont plus fiables.

PERSPECTIVES

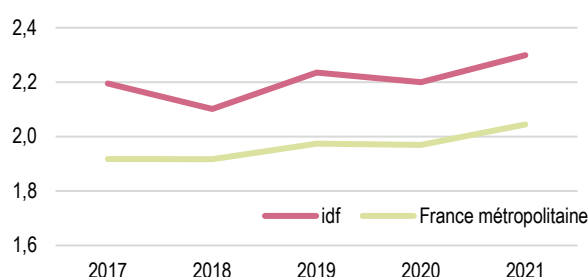
Les indicateurs montrent une accentuation des problèmes de santé et des disparités marquantes. L'Île-de-France bénéficie d'une importante offre de soins avec des plateaux techniques richement dotés, mais la morbi-mortalité maternelle y est plus élevée que dans le reste de la France, notamment du fait d'une présence de femmes particulièrement vulnérables. Des programmes ont été mis en place en Île-de-France pour améliorer le repérage des femmes présentant des facteurs de risques médico-psychosociaux, leur prise en compte et leur orientation dans le système de soins (cf. projet REMI – Réduire la mortalité périnatale et infantile). Ces programmes doivent être soutenus et renforcés, notamment sur les territoires où les difficultés sociales et d'accès aux soins sont importantes. Les différents dispositifs d'accompagnement des futures mères/parents (PNP, EPP) devraient également être renforcés. Et les dispositifs tels que les PMI qui assurent des missions de santé publique et de prévention médico-sociale doivent être sauvés de la dérive actuelle avec un recul d'activité et une forte baisse des effectifs de personnels (- 45 % d'activité entre 1995 et 2016 dans les PMI franciliennes).

Figure 1. Évolution de la prévalence du diabète gestationnel en Île-de-France vs France métropolitaine (en %)

Source : SNDS, PMSI, exploitation ORS-IDF

Figure 2. Evolution de la prévalence du diabète gestationnel dans les départements franciliens (en %)

Source : SNDS, PMSI, exploitation ORS-IDF

Figure 3. Evolution de la prévalence de la pré-éclampsie* (en %)

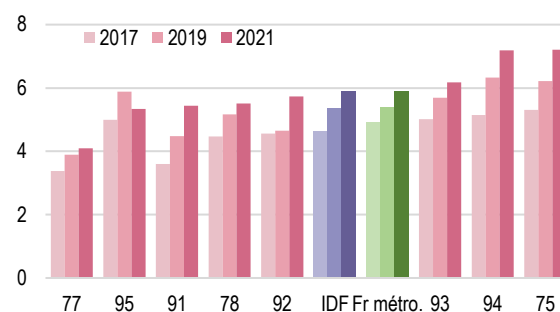
* La pré-éclampsie est une maladie de la grossesse qui associe une hypertension artérielle et la présence de protéines dans les urines.

Source : SNDS, PMSI, exploitation ORS-IDF

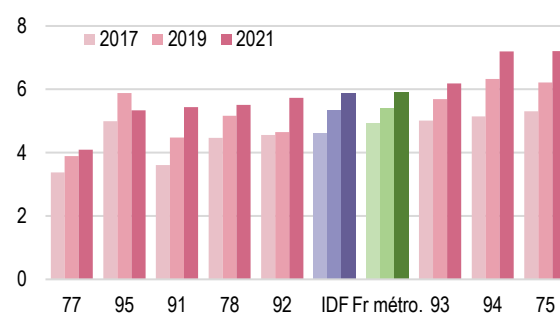
Tableau 1. Ratio mortalité maternelle dans les départements franciliens*

Département du domicile	Ratio MM	Taux USIREA* (‰)
Paris	7,6	4,9
Seine-et-Marne	17,4	4,2
Yvelines	6,7	4,6
Essonne	18,5	4,3
Hauts-de-Seine	9,3	4,2
Seine-Saint-Denis	11,9	4,9
Val-de-Marne	9,7	4,2
Val-d'Oise	12,5	5,5
Île-de-France	11,1	4,6

Source : Marie-Hélène Bouvier-Colle et al. BEH 2015. ; # taux d'admission en unité de soins intensifs et réanimation pour 1000 naissances. *données 2007-2009 (dernières données disponibles au niveau départemental en Île-de-France).

Figure 4. Evolution de la prévalence de l'hémorragie du post-partum en Île-de-France et ses départements entre 2017 et 2021 (en %)

Source : SNDS, PMSI, exploitation ORS-IDF

Figure 5. Prévalence de l'obésité (IMC>30Kg/m²) chez les accouchées franciliennes en 2016 et 2018 (en %)

*données enregistrées pour la France métropolitaine

Source : Rapport annuel du système d'information Périnat-ARS-IDF-PMSI 2016 et 2018, données domiciliées

Références

- [1] ARS Île-de-France. Un système d'information en périnatalité dans la région Île-de-France [internet]. Disponible: https://www.perinat-ars-idf.org/resu_reseaux.php
- [2] Rapport annuel du système d'information Périnat-ARS-IDF-PMSI 2016 et 2018
- [3] Enquête nationale périnatale, rapport 2021
- [4] Matulonga B et al. Santé des mères et des enfants en Île-de-France : exploitation des premiers certificats de santé 2014-2016. Observatoire régional de santé Île-de-France
- [5] Santé publique France. Rapport de surveillance de la santé périnatale en France. 2022
- [6] Virally M, Laloï-Michelin M. Méthodes du dépistage et du diagnostic du diabète gestationnel entre 24 et 28 semaines d'aménorrhée. Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction 2010; 39: 220-238.

Santé du nouveau-né à la naissance

LES POINTS ESSENTIELS

- ▶ Près de 7 % de nouveau-nés naissent prématurément dans la région, un taux en légère diminution au cours des cinq dernières années,
- ▶ Des disparités territoriales persistantes dans la trophicité des nouveau-nés,
- ▶ Une évolution contrastée entre la prévalence des différents facteurs de risque et l'évolution des indicateurs de santé des nouveau-nés à la naissance.

ENJEUX

Certaines caractéristiques du nouveau-né telles que le poids ou l'âge gestationnel au moment de l'accouchement sont cruciales pour le développement psychomoteur de l'enfant et peuvent influencer le développement et la santé du futur adulte qu'il deviendra. Si les enjeux de santé publique de la prématurité sont bien identifiés et largement documentés, les enjeux économiques liés à la prise en charge ou aux conséquences des anomalies de naissances sont autant d'enjeux supplémentaires lors de l'élaboration des programmes de santé. En effet, l'état de santé du nouveau-né à la naissance est lié à des facteurs individuels maternels tels que la consommation d'alcool, de tabac, l'âge de la mère ou encore l'obésité qui sont socialement déterminés, mais aussi aux facteurs contextuels d'accès à la prévention et aux services de soins. Ce chapitre présente les indicateurs relatifs à la santé des nouveau-nés parmi les naissances vivantes domiciliées en Île-de-France.

SITUATION ACTUELLE ET EVOLUTION

Un taux francilien de prématurité proche de celui de la France métropolitaine

La prématurité est définie comme une naissance avant 37 semaines d'aménorrhée (SA). Si cette naissance survient entre 33 et 36 SA, on parle de prématurité moyenne et de grande prématurité si elle intervient avant 33 SA. En 2021, le taux de naissances vivantes prématurées était de 7,1 %, en Île-de-France, un taux un peu plus élevé que celui observé en France métropolitaine (6,9 %). Le taux de grande prématurité francilienne est également légèrement au-dessus de la moyenne nationale (1,6 % en Île-de-France vs 1,5 % en France métropolitaine) (figure 1).

Une légère tendance à la baisse de la prématurité moyenne en Île-de-France

Les données d'évolution montrent un léger recul de la prématurité en général tant au niveau régional que national (figure 2). Cependant, cette baisse ne concerne que la prématurité moyenne, car le taux de grande prématurité a quant à lui peu évolué au cours des cinq dernières années.

Des disparités territoriales persistantes

En 2021, le taux de prématurité domiciliée le plus bas est observé dans les Hauts-de-Seine alors que la Seine-et-Marne, l'Essonne, le Val-de-Marne et la Seine-Saint-Denis affichent des taux supérieurs à la moyenne régionale (figure 3). L'évolution de ces taux est en revanche très variable d'un département à l'autre. Entre 2015 et 2021, la grande prématurité a

augmenté dans certains départements (figure 4).

Un léger recul de la macrosomie

Les nouveau-nés de faible poids (<2 500 grammes) représentent 7,4 % des naissances vivantes franciliennes en 2021, avec des disparités territoriales, notamment un taux plus bas dans les Hauts-de-Seine et une baisse remarquable de ce taux dans les Yvelines (figure 5). Par ailleurs, les macrosomes (>4 000 grammes à la naissance) représentent 6,5 % des naissances vivantes franciliennes de 2021, un taux en diminution progressive dans la région (figure 6).

3 % de naissances gémellaires dans la région

Chaque année, les grossesses multiples (≥ 2 fœtus) représentent environ 3 % des naissances vivantes franciliennes (3,6 % en 2021), un taux relativement stable et proche de la moyenne nationale. La gémellité semble plus fréquente pour les naissances domiciliées à Paris.

80 % des mères franciliennes ont l'intention d'allaiter en 2021

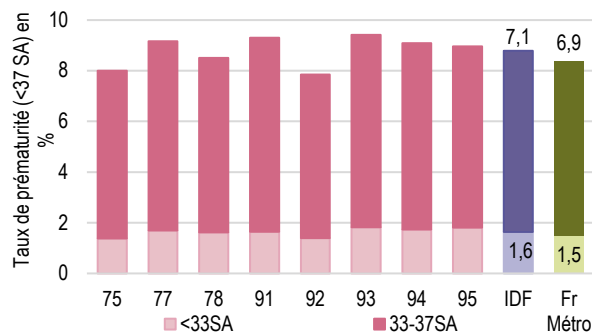
Selon l'ENP 2021, 81,2 % des mères franciliennes avaient l'intention d'allaiter (exclusivement ou allaitement mixte) à la sortie de maternité, un taux largement supérieur à celui observé au niveau national (69,7 %) et une augmentation par rapport à l'ENP 2016 (76,9 %)¹.

PERSPECTIVES

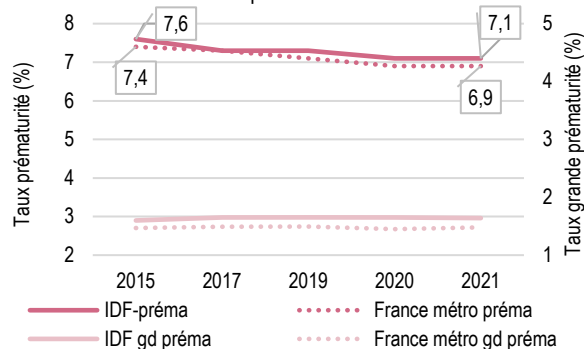
Une évolution contrastée entre les indicateurs de trophicité (poids extrêmes, prématurité) et l'évolution des facteurs de risque maternels

Contrairement à l'augmentation de la prévalence de certains facteurs de risques maternels associés aux anomalies de naissance (diabète gestationnel, obésité, âge élevé à l'accouchement, précarité des accouchées, etc.), les indicateurs de la santé des nouveau-nés semblent stables dans le temps. Ceci peut s'expliquer par un meilleur dépistage ou un meilleur recueil des données sur les facteurs de risque maternels.

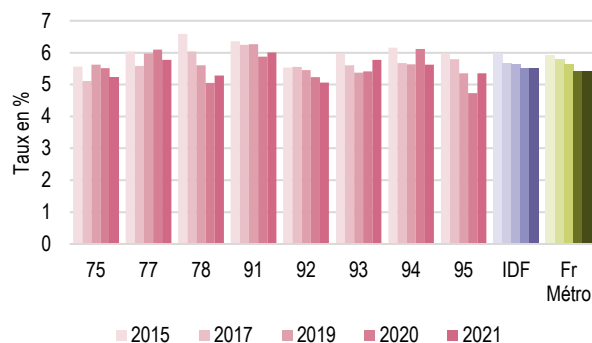
¹. Pour l'ENP 2016, l'indicateur étudié était la proportion de nouveau-nés allaités durant le séjour en maternité (allaitement maternel exclusif ou mixte).

Figure 1. Taux de prématurité (dont grande prématurité) en 2021

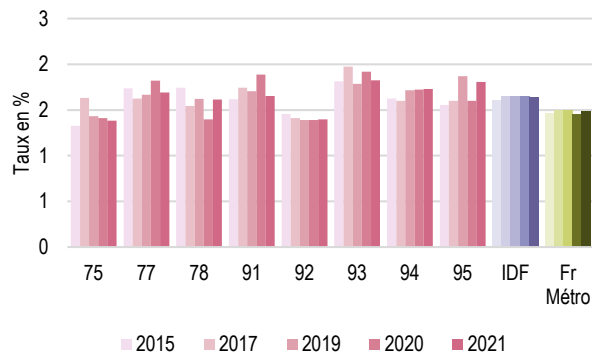
Source : SNDS, PMSI

Figure 2. Evolution du taux de prématurité et grande prématurité en Île-de-France et France métropolitaine entre 2015 et 2021

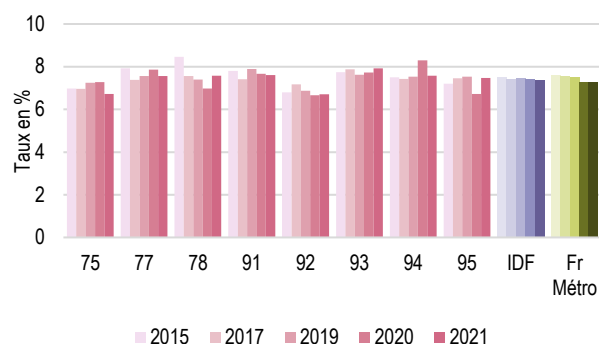
Source : SNDS, PMSI

Figure 3. Evolution du taux de prématurité (33-37 SA) dans les départements franciliens entre 2015 et 2021

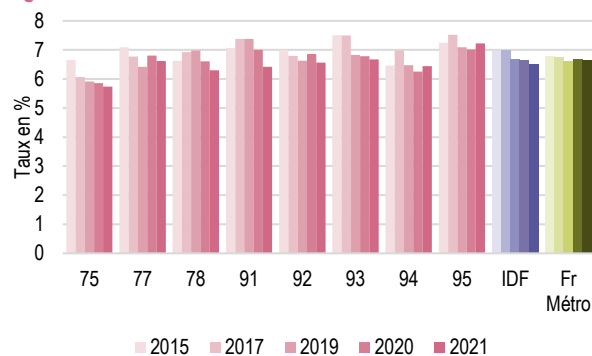
Source : SNDS, PMSI

Figure 4. Evolution du taux de grande prématurité (< 33SA) dans les départements franciliens entre 2015 et 2021

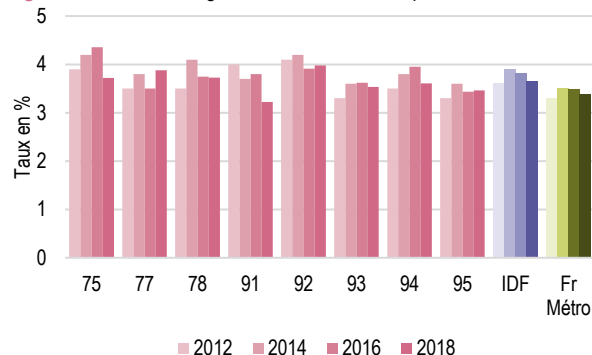
Source : SNDS, PMSI

Figure 5. Evolution du taux de naissances de faible poids entre 2015- 2021

Source : SNDS, PMSI

Figure 6. Evolution du taux de macrosomie entre 2015 et 2021

Source : SNDS, PMSI

Figure 7. Naissances gémellaires dans les départements franciliens

Source : PMSI-MCO, ATIH, bases corrigées Drees

Références

- [1] Rapport annuel du système d'information Périnat-ARS-IDF – PMI 2016
- [2] Enquête nationale périnatale (ENP), rapport 2021
- [3] Azria É. Précarité sociale et risque périnatal. *Enfances & Psy.* 2015 ;67(3) :13-31.

Mortalité périnatale et infantile

LES POINTS ESSENTIELS

- ▶ On observe une tendance à l'augmentation de la mortalité des enfants de 0-1 an au cours de la dernière décennie avec de fortes disparités territoriales,
- ▶ Cette augmentation est principalement liée à la hausse de la mortalité au cours de la première semaine de vie,
- ▶ La mortinatalité tend également à augmenter dans la région.

ENJEUX

La mortalité infantile (décès de l'enfant avant ses 1 an) est l'un des indicateurs clé de santé d'une population. Elle est aussi souvent interprétée comme un indice de pauvreté des pays. À la suite d'alertes d'Europeristat sur le décrochage de la France en matière de mortalité infantile (comparée à ses voisins européens), une récente étude française a démontré de manière plus détaillée l'augmentation de la mortalité infantile en France métropolitaine au cours de la dernière décennie. Cet accroissement, qui survient après une baisse séculaire de la mortalité infantile, interroge particulièrement en Île-de-France, une région où les indicateurs de santé périnatale et infantile sont plus défavorables que ceux de la France métropolitaine et ce depuis trois décennies. D'autres indicateurs de mortalité tels que la mortalité périnatale et la mortinatalité sont également abordés dans ce chapitre. Il s'agit pour tous ces indicateurs de données domiciliées.

SITUATION ACTUELLE ET EVOLUTION

Une tendance à la hausse de la mortalité infantile dans la région

Entre 2001 et 2019, les décès infantiles franciliens ont représenté 25,2 % de l'ensemble des 53 077 décès des moins d'un an enregistrés en France métropolitaine. Au total, en Île-de-France, entre 2001 et 2019, 13 401 décès ont été comptabilisés chez les moins d'un an pour 3 389 048 naissances vivantes, soit un taux de mortalité infantile (TMI) de 4 décès pour 1 000 naissances vivantes au cours des 19 dernières années (3,63 ‰ en France métropolitaine). Les analyses montrent une baisse significative de la mortalité infantile en Île-de-France entre 2000 et 2003 (estimée à -3,78 % annuelle), suivie d'une baisse moins marquée entre 2003 et 2011 (-1,57 %) et une augmentation depuis 2011 (+ 1,48 % annuelle) (figure 1).

Des disparités territoriales persistantes

Tous les départements ne sont pas égaux face à la mortalité infantile. En Seine-Saint-Denis, on a dénombré 2 788 décès des 0-1 an entre 2001 et 2019 (soit un TMI de 5 ‰) contre 3,5 dans les Hauts-de-Seine. L'évolution du TMI est également plus défavorable en Seine-Saint-Denis (figure 3 et tableau 1).

Une augmentation principalement liée aux décès dans la première semaine de vie

La mortalité infantile se subdivise en trois grandes périodes : la mortalité néonatale précoce concerne les décès survenant entre le jour 0 de vie (J0) et le J6 (figure 2a) ; la mortalité néonatale tardive regroupe les décès entre le J7 et le J27 (figure 2b) et la mortalité post-néonatale qualifie les décès survenus entre le J28 et le J365 de vie (figure 2c). Entre 2001 et 2019, on a comptabilisé 25 160 décès des 0-6 jours en France

métropolitaine dont 6 411 (25,5 %) domiciliés en Île-de-France. En Île-de-France, près de la moitié des enfants qui meurent avant un an décèdent dans la première semaine de vie (47,8 %). Le taux moyen de mortalité néonatale précoce est estimé à 2,01 ‰ entre 2001 et 2019 en Île-de-France (vs 1,72 ‰ en France métropolitaine). Ce taux a baissé dans la région entre 2000 et 2011, passant de 2,2 ‰ à 1,7 ‰, avant de remonter progressivement jusqu'à 2,1 ‰ en 2020 (figure 2a).

Des changements législatifs créent des artefacts dans l'évolution de la mortinatalité

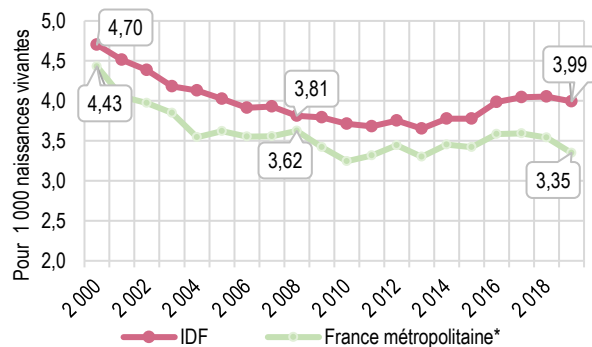
La mortinatalité est définie par le rapport entre le nombre d'enfants nés sans vie sur le nombre total de naissances (vivantes et sans vie). Le taux de mortinatalité a doublé dans la région entre 2001 et 2002 (passant de 5,08 mort-nés pour 1 000 naissances à 10,24 ‰), suggérant une augmentation des déclarations de naissances sans vie en rapport avec la loi de 2001 qui abaisse le seuil de viabilité fœtale de 28 à 22 semaines d'aménorrhée révolues (et/ou un poids de naissance de 500 gr ou plus). Le changement législatif de 2008 a également entraîné un pic de déclarations de mort-nés faisant grimper la mortinatalité de 10,45 ‰ en 2007 et 2008 à 13,62 ‰ en 2009. Cependant, la mortinatalité a ensuite retrouvé le niveau d'avant la loi de 2008 (10,67 ‰ en 2010, 10,45 ‰ en 2011). Au-delà des changements législatifs, on observe en Île-de-France une légère augmentation de la mortinatalité totale au cours de la dernière décennie (10,67 ‰ en 2010 et 11,8 ‰ en 2020, celui des interruptions médicales de grossesse (IMG) étant passé de 3,9 ‰ en 2012 à 3,4 ‰ en 2020) (figure 4).

Une plus forte mortalité périnatale en Île-de-France

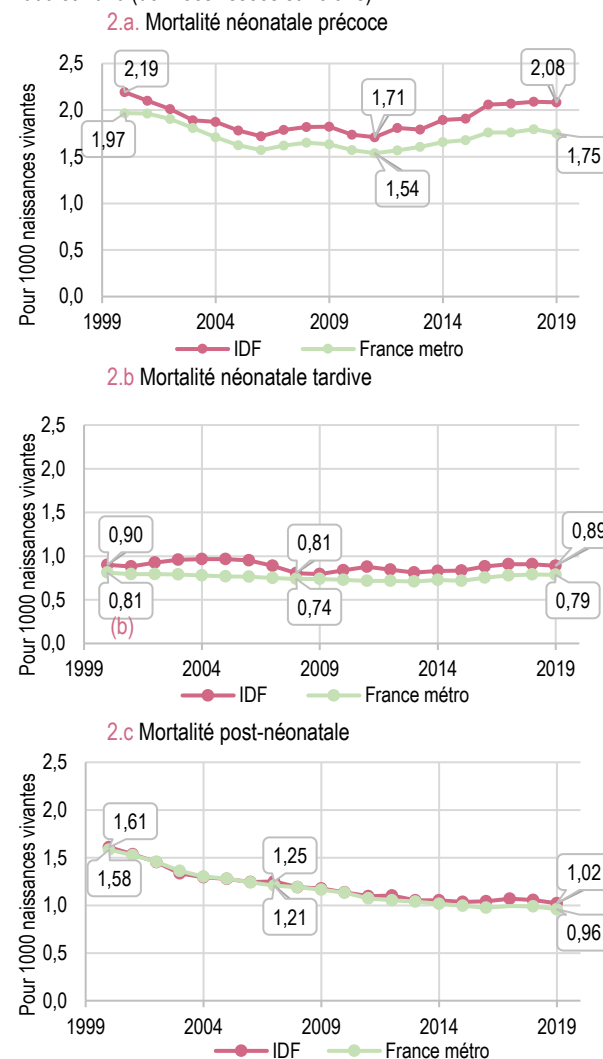
Le taux de mortalité périnatale correspond au nombre d'enfants nés sans vie ou décédés au cours des 7 premiers jours de vie rapporté à l'ensemble des naissances à partir de 22 semaines d'aménorrhée. L'Île-de-France a la plus forte mortalité périnatale de France métropolitaine (11 ‰ vs 10,1 ‰ - données 2017-2019).

PERSPECTIVES

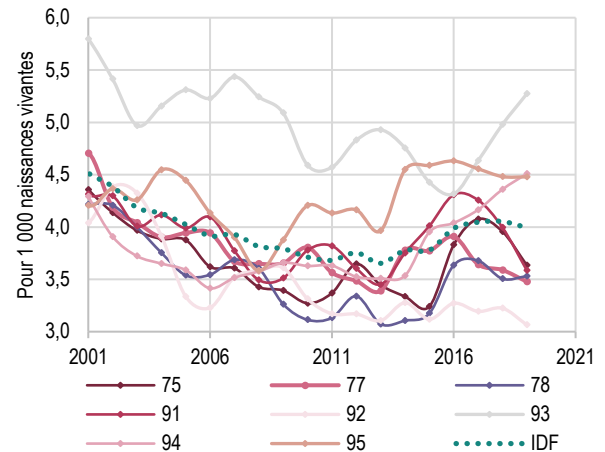
Près de quatre enfants franciliens sur mille meurent avant l'âge d'un an et ce taux ne cesse de progresser au cours des deux dernières décennies. Cette évolution, en partie liée à la progression de certains facteurs de risque (précarité, obésité, diabète, etc.), constitue un signal d'alarme fort et questionne l'organisation de notre système de santé.

Figure 1. Évolution du taux de mortalité infantile en Île-de-France et France métropolitaine entre 2000 et 2020 (taux lissés sur 3 ans)

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

Figure 2. Évolution de la mortalité néonatale précoce (a), tardive (b) et de la mortalité post-néonatale (c) en France et en Île-de-France entre 2000 et 2020 (données lissées sur 3 ans)

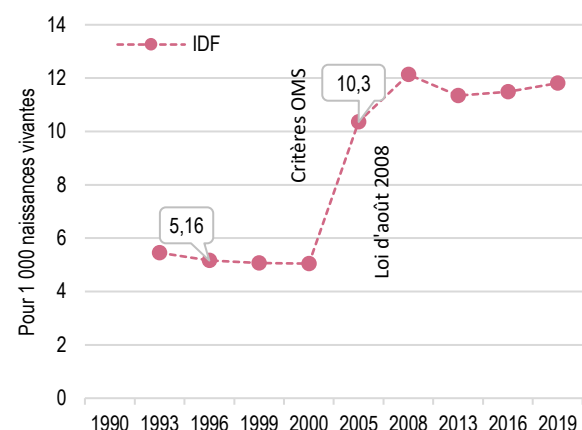
Source : Insee (données de l'état civil), exploitation ORS-IDF

Figure 3. Évolution de la mortalité infantile dans les départements franciliens entre 2000 et 2020

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

Tableau 1. Taux moyen de mortalité infantile (et ses composantes) entre 2001 et 2019 dans les départements franciliens

	TMI (%)	Taux de mortalité en fonction de l'âge au décès			Nb décès <1 an
		0-6J	7-27J	28-365J	
75	3,69	1,85	0,82	1,02	2 060
77	3,80	1,78	0,81	1,17	1 344
78	3,53	1,7	0,71	1,12	1 330
91	3,90	1,75	0,92	1,25	1 433
92	3,47	1,68	0,78	1,01	1 595
93	5,00	2,41	1,10	1,49	2 587
94	3,8	1,76	0,97	1,08	1 500
95	4,27	2,05	0,92	1,3	1 519
IDF	3,95	1,89	0,88	1,18	13 401
F Métro*	3,63	1,72	0,76	1,15	53 077

Figure 4. Évolution du taux de mortalité* totale entre 1999 et 2020*Les taux sont lissés sur trois ans.
Source : Insee, Etat Civil

Références

- [1] Vilain A, Fresson J, Rey S. Stabilité de la mortalité périnatale entre 2014-2019. Drees. Etudes et résultats.2021 ;1199
- [2] Trinh, N.T.H., et al., Recent historic increase of infant mortality in France: Lancet Reg Health Eur, 2022. 16: p. 10033

Mort inattendue du nourrisson

LES POINTS ESSENTIELS

- ▶ Environ 200 morts inattendues du nourrisson (MIN) recensées en France métropolitaine chaque année par le registre OMIN, dont près d'un sur quatre en Île-de-France, un chiffre probablement sous-estimé,
- ▶ Cependant, le taux francilien de décès de MIN reste plus bas que la moyenne nationale,
- ▶ Des disparités territoriales et une surmortalité masculine par MIN observées en Île-de-France comme sur le reste du territoire national.

ENJEUX

La mort inattendue du nourrisson (MIN) est un événement tragique qui représente la principale cause de mortalité chez les enfants de 1 à 12 mois dans les pays développés, notamment en France. Elle est définie comme le décès d'un nourrisson survenant brutalement alors que rien, dans les antécédents connus du nourrisson, ne pouvait le laisser prévoir.

SITUATION ACTUELLE ET EVOLUTION

En 2015, un observatoire national français des morts inattendues du nourrisson (registre OMIN) [1] a été mis en place. Il regroupe la totalité des centres référents prenant en charge les enfants décédés de MIN en France. Cinq de ces centres de référence sont localisés en Île-de-France (carte 1).

Près de 200 morts inattendues du nourrisson recensées par le registre OMIN tous les ans en France métropolitaine dont 20 % en Île-de-France

Les données de l'OMIN révèlent qu'entre 2016 et 2020, 1 005 MIN ont été observées en France métropolitaine dont 215 en Île-de-France¹. En 2020, l'OMIN a enregistré 184 MIN en France métropolitaine dont 48 dans la région francilienne contre respectivement 168 et 35 en 2019 (figure 1). Le taux moyen de MIN était de 25,5 décès de MIN pour 100 000 naissances vivantes en Île-de-France pour la période 2016-2020, un taux moins élevé que celui observé en France métropolitaine au cours de la même période (30,7 ‰). L'âge moyen au moment du décès est estimé à 5,7 mois au niveau régional et 5,6 mois en France métropolitaine (tableau 1). Les trois quarts de ces décès surviennent avant l'âge de six mois et concernent souvent des bébés de sexe masculin (27,9 décès de MIN ‰ entre 2016 et 2020 chez les garçons franciliens, contre 23,0 ‰ chez les filles). Et respectivement de 33,5 ‰ et 27,8 ‰ en France métropolitaine.

Des disparités interdépartementales et une évolution variable dans les territoires franciliens

On observe des disparités interdépartementales dans le nombre et le taux de décès de MIN en Île-de-France. Alors que le taux francilien est en deçà de la moyenne nationale, certains départements affichent des taux dépassant cette moyenne nationale. C'est notamment le cas de la Seine-Saint-Denis et du Val-de-Marne (carte 2), même si, dans ces départements, le taux de décès de MIN diminue depuis 2016 (figure 2). De fait, l'évolution au niveau infrarégional paraît très variable avec des fortes baisses observées dans certains départements, mais une petite tendance à la hausse dans d'autres (Hauts-de-Seine

notamment), ou des fluctuations fortes selon les années (Essonne, Val-d'Oise).

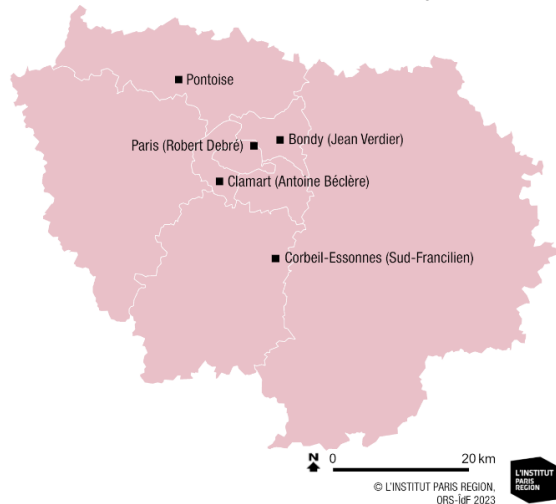
Des profils sociodémographiques différents dans les territoires franciliens

On observe des disparités interdépartementales dans le taux et le profil des décès de MIN. L'âge moyen au moment du décès est plus élevé dans les Yvelines et les Hauts-de-Seine. Le partage de surface de couchage (cobedding), un facteur de risque connu de MIN, concerne 29 % des cas de MIN franciliens et jusqu'à 50 % dans le Val-d'Oise. La prédominance masculine n'est pas retrouvée dans l'Essonne.

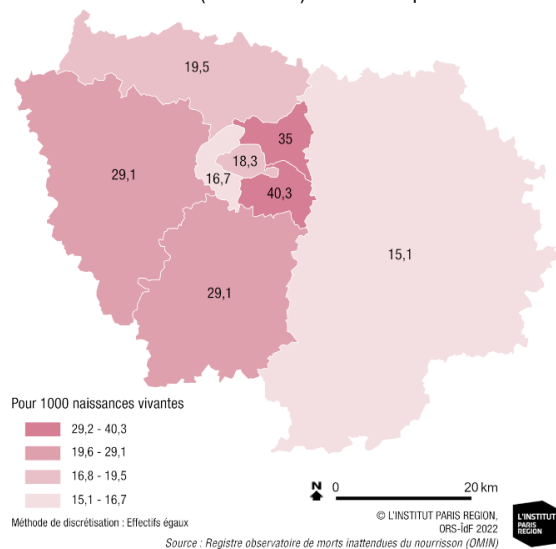
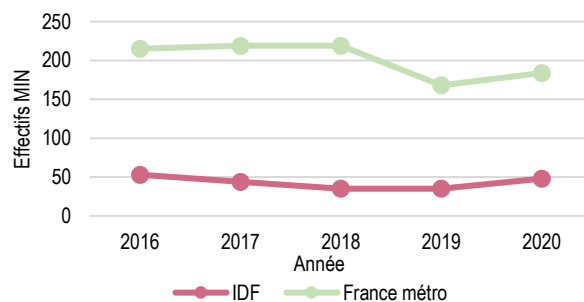
PERSPECTIVES

La mort inattendue du nourrisson peut être d'origine multifactorielle. Des études rapportent un modèle du « triple risque » regroupant : la vulnérabilité de l'enfant par son histoire (prématurité, petit poids de naissance, etc.) ; une période critique du développement neurologique, respiratoire et cardiaque (autour de 1 à 4 mois) et une exposition à des facteurs « de stress » environnementaux (couchage sur le ventre ou sur le côté, tabagisme passif, couchage sur une surface inadaptée, accessoires de literie mous – oreillers, couettes, tour de lit, infections, etc.). Il est montré aujourd'hui, que le statut vaccinal (le fait d'être à jour des vaccins) est un facteur protecteur contre la MIN, contrairement aux controverses des années 70. Une désinformation récente a rendu à tort le couchage sur le dos responsable de déformations crâniennes positionnelles (DCP). Sur un plan mécanistique, l'augmentation constatée de DCP ou « plagiocéphalies » est en réalité plutôt liée à la généralisation de l'immobilisation des nourrissons par une variété de dispositifs (siège-coque, cale-tête, cale-bébé, etc.) qui bloquent toute motricité spontanée du nourrisson. La prévention étant le meilleur levier pour réduire le nombre de décès de MIN, des campagnes de sensibilisation doivent se poursuivre : conditions de couchage, température de la chambre inférieure à 20°C, partage de la chambre parentale la première année (mais pas du lit), allaitement etc.

¹ Les indicateurs sont donnés pour le lieu de décès. Lorsque celui-ci était manquant, c'est le département du lieu du domicile des parents qui a été pris en compte. Enfin si ce dernier était également inconnu, c'est le département du centre de référence ayant pris en charge le nourrisson qui a été utilisé.

Carte 1. Répartition des centres de référence registre OMIN

Source : le registre OMIN

Carte 2. Taux de MIN (2016-2020) dans les départements franciliens**Figure 1.** Evolution des effectifs annuels des MIN en France métropolitaine et en Île-de-France entre 2016 et 2020

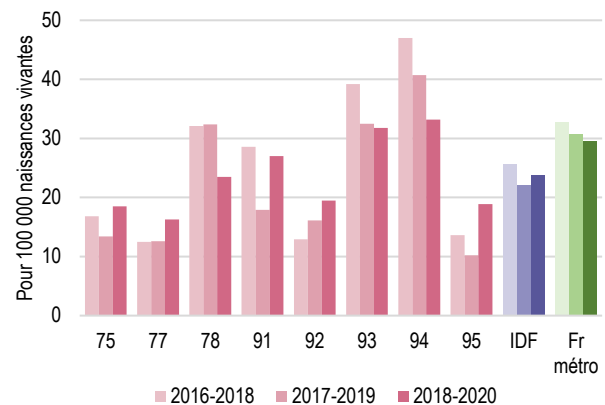
Source : le registre OMIN

Références

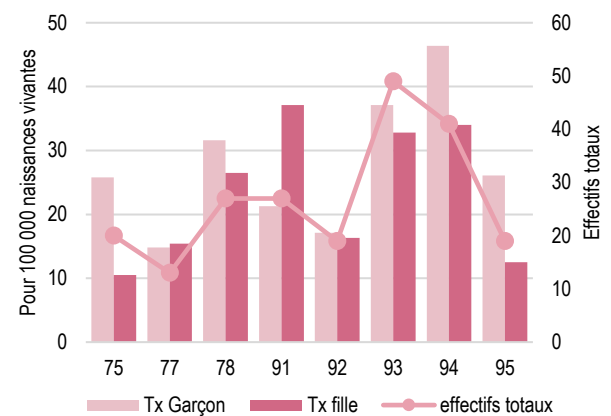
Toutes les données nous ont été transmises par l'OMIN (<https://www.omin.fr>)

[1] Deschanvres et al. Non-immunization associated with increased risk of sudden unexpected death in infancy: A national case-control study Colin

[2] Deschanvres C, Gras le Guen C, Levieux K, de Visme S, Launay E, Hanf M, Omin. Influence du statut vaccinal sur la survenue de la mort inattendue du nourrisson. Médecine et Maladies Infectieuses 2018 ; 48

Figure 2. Évolution du taux de décès de MIN entre 2016 et 2020

Source : le registre OMIN

Figure 3. Effectifs de décès de MIN et taux par sexe pour la période 2016-2020 dans les départements franciliens

Source : le registre OMIN

Tableau 1. Age au moment du décès de MIN (période 2016-2020) et proportion de cobedding dans les cas de MIN

Age en mois	Age moyen en mois (Min-Max)	Age médian en mois (IQR)	Cobedding
75	4,9 (0,1-23,3)	4,5 (1,3-6,4)	17%
77	5,0 (0,8-18,6)	3,7 (2,2-6,0)	33%
78	7,3 (0,2-23,6)	3,4 (1,9-11,5)	21%
91	4,9 (0,0-16,6)	3,1 (1,8-7,2)	26%
92	7,8 (0,2-23,4)	4,4 (2,3-11,9)	22%
93	6,3 (0,3-23,3)	3,8 (1,8-8,8)	38%
94	4,7 (0,4-18,4)	3,4 (2,0-5,6)	25%
95	5,1 (1,2-20,3)	4,7 (2,7-6,1)	50%
IDF	5,7 (0,0-23,6)	3,7 (1,9-7,2)	29%
Fr métro	5,6 (0,0-23,8)	3,9 (2,0-7,2)	27%



La santé des enfants et des adolescents	133
Morbidité et mortalité chez les 1-14 ans	134
Cancers de l'enfant	138
Santé des adolescents	140
 La santé des personnes âgées	 149
Démographie et conditions de vie	150
Perte d'autonomie fonctionnelle	152
Chutes et maladies neuro-dégénératives	154
Soins palliatifs	156

Morbidité et mortalité chez les 1-14 ans

LES POINTS ESSENTIELS

- ▶ Une santé globalement satisfaisante chez les Franciliens de 1 à 14 ans mais qui cache des inégalités dès le plus jeune âge,
- ▶ Des indicateurs de santé généralement moins bons que la moyenne régionale dans les territoires défavorisés que ce soit en termes de mortalité, de facteurs de risque ou de pathologies,
- ▶ Une prévalence inquiétante de la surcharge pondérale pour près d'un enfant sur cinq.

ENJEUX

Des indicateurs de santé généralement bons mais qui cachent de fortes inégalités

Les moins de 15 ans représentent près de 20 % de la population francilienne (soit 2 382 806 individus) en 2021. Leur santé est donc un enjeu majeur pour la région. Même si, à ces âges, la plupart des jeunes sont en bonne santé, l'enfance est une période marquée par de fortes fragilités et reste une période cruciale dans le développement du futur adulte. En effet, les habitudes de vie adoptées pendant cette période ainsi que l'environnement physique et psychosocial dans lequel grandissent les enfants déterminent leur état de santé actuel et futur.

Par ailleurs, les indicateurs de santé de l'enfant ont longtemps été moins bons en Île-de-France qu'ailleurs en France. Et les progrès observés dans certains domaines, cachent parfois une accentuation des disparités sociales de santé.

Ce chapitre traite des indicateurs de santé des enfants entre 1 et 14 ans, à l'exception des indicateurs relatifs aux cancers qui sont traités dans une fiche spécifique.

SITUATION ACTUELLE ET EVOLUTION

Une surmortalité des 1-14 ans en Île-de-France dans les territoires les moins favorisés

Entre 2008 et 2017, 2 399 décès ont été enregistrés chez les enfants franciliens de 1 à 14 ans, soit un taux comparatif de mortalité de 10,9 décès pour 100 000 habitants, taux proche de celui observé au niveau national (tableau 1). Les décès dans ce groupe d'âge concernent plus souvent les 1-4 ans (17 pour 100 000) et un peu moins les 5-9 ans (8,4 pour 100 000) ou les 10-14 ans (8,6 pour 100 000). Ces taux sont significativement plus élevés en Seine-Saint-Denis, particulièrement entre 1 et 4 ans et entre 10 et 14 ans.

Une évolution variable dans les départements franciliens

Les données d'évolution montrent une tendance globale au recul des décès chez les 1-14 ans au cours de la décennie (figure 1) mais avec des disparités territoriales (figure 2). Cependant, l'analyse par sous-groupe d'âge quinquennal montre que cette baisse concerne particulièrement les 1-4 ans (figure 3.), particulièrement dans le département de la Seine-Saint-Denis où la mortalité des 1-4 ans s'est rapprochée de la moyenne régionale au cours des dernières années. Chez les 5-9 ans, l'évolution est fluctuante mais reste stable (figure 4). Cependant chez les 10-14 ans, des augmentations sont observées dans cinq départements franciliens (figure 5).

Près d'un enfant francilien sur cinq est en surcharge pondérale

L'obésité est aujourd'hui connue comme facteur de risque de plusieurs maladies (cardiorespiratoire, métabolique, cancers etc.). Cependant, les données des dernières enquêtes nationales de santé en milieu scolaire, pilotées par la Drees, montrent que 17,5 % des élèves franciliens de la grande section de maternelle (GSM) ($\approx$ 6 ans) et 21,8 % des enfants en CM2 sont en surcharge pondérale, dont près de 5 % obèses pour ces deux niveaux de scolarisation (figure 6 et 7). La proportion d'élèves franciliens en surcharge pondérale est supérieure à la moyenne nationale.

Des inégalités sociales et territoriales dès le plus jeune âge pour l'obésité

La prévalence de la surcharge pondérale augmente entre la GSM et le CM2. Les données départementales montrent par ailleurs de fortes disparités territoriales. La surcharge pondérale concerne près d'un tiers des enfants de CM2 en Seine-Saint-Denis. L'obésité atteint 5,5 % des GSM et 6,3 % des CM2 dans les zones d'éducation prioritaire contre respectivement 3,1 % et 3,3 % hors ZEP.

Le saturnisme infantile reste présent en Île-de-France

Les données du système national de surveillance des plombémies de l'enfant (SNSPE) montrent qu'en 2020, 146 enfants franciliens ont été détectés comme ayant eu pour la première fois une plombémie supérieure au seuil de déclaration obligatoire (50 µg/L), soit 35 % du nombre total de cas incidents détectés en France (tableau 2). 38 % des cas incidents franciliens concernaient des enfants de moins de 2 ans, 30 % des enfants de 2 à 6 ans et 32 % des enfants de 7 à 17 ans. En outre, 122 enfants ont été détectés au cours des primo-dépistages. Les cas de saturnisme de l'enfant sont inégalement répartis dans les territoires franciliens. Cependant, le nombre élevé de cas observés dans certains départements doit être interprété avec précaution car il peut traduire aussi une plus forte activité de dépistage.

La puberté précoce touche plus les filles que les garçons

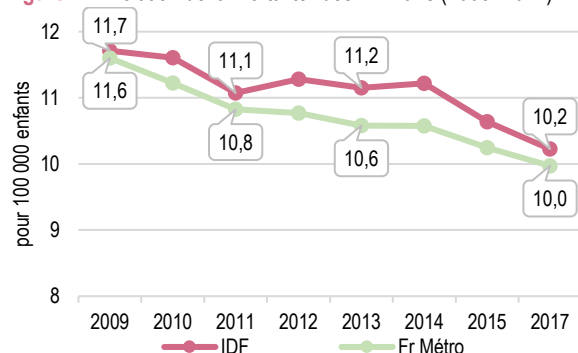
La question des perturbateurs endocriniens sur les hormones sexuelles est un vrai enjeu de santé publique de nos jours. En Île-de-France, le taux d'incidence de la puberté précoce chez les filles¹ était autour de 2,5 pour 10 000 personnes-année en 2011-2013 et 0,18 pour 10 000 chez les garçons (figure 8).

¹ Il s'agit ici du taux d'incidence prédictive de puberté précoce centrale idiopathique traitée pharmacologiquement. On parle de puberté précoce lorsque les premiers signes de développement pubertaire apparaissent avant l'âge de 8 ans.

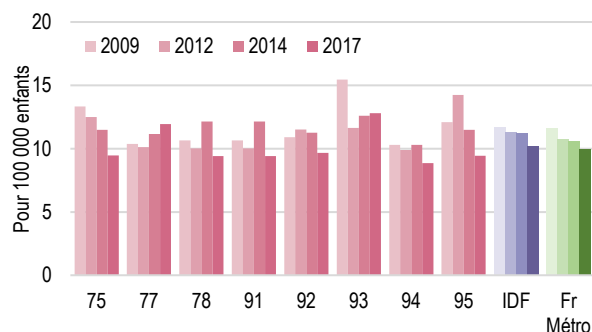
Tableau 1. Mortalité chez les 1-14 ans entre 2008 et 2017

	Nombre de décès	Taux comparatif de mortalité 2008-2017 dans les groupes d'âge (en année)			
		1-14 ans	1-14	1-4	5-9
75	339	11,5	17,1	9,2	9,3
77	296	10,9	17,4	7,9	8,7
78	283	10,4	15,2	7,4	9,5
91	237	9,7	14,1	8,5	7,3
92	301	10,4	15,2	8,7	8,3
93	430	13,0	21,7	8,6	10,4
94	239	9,6	15,4	8,0	6,4
95	274	11,2	18,5	8,4	8,2
IDF	2 399	10,9	17,0	8,4	8,6
Fr métro	11 642	10,8	16,6	7,9	9,0

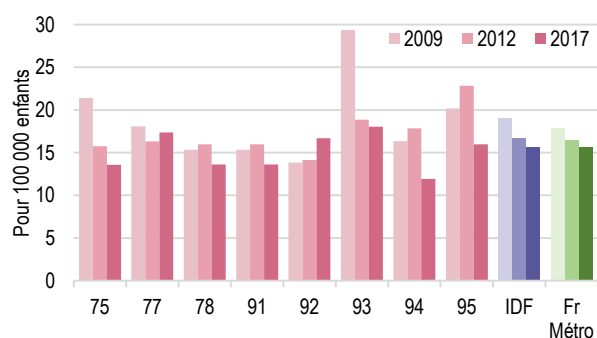
Source : Inserm - CépiDC, Outil de Calcul OR2S

Figure 1. Evolution de la mortalité* des 1-14 ans (2008 -2017)

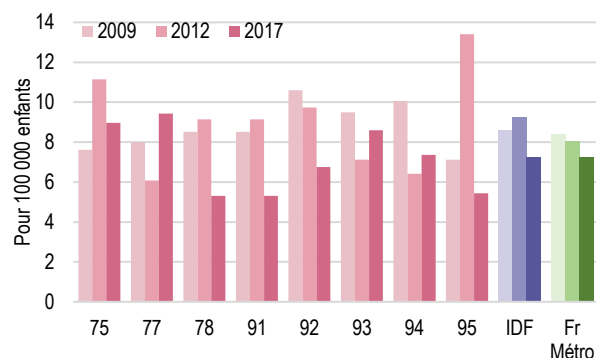
Source : Inserm - CépiDC, Outil de Calcul OR2S*Données lissées sur 3 ans

Figure 2. Évolution de la mortalité des 1-14 ans dans les départements franciliens

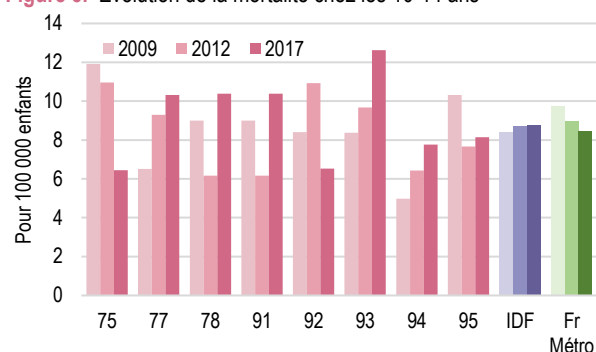
Source : Inserm - CépiDC, Outil de Calcul OR2S

Figure 3. Évolution de la mortalité des 1-4 ans dans les départements franciliens entre 2008 et 2017

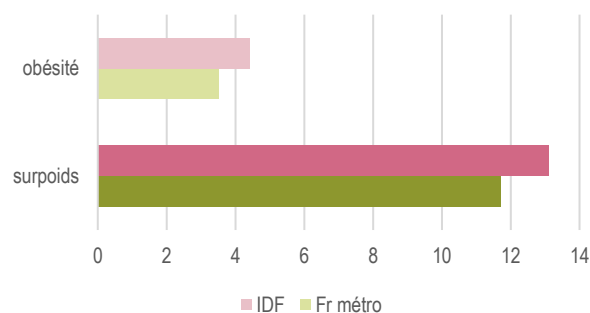
Source : Inserm - CépiDC, Outil de Calcul OR2S

Figure 4. Évolution de la mortalité chez les 5-9 ans entre 2010 et 2017

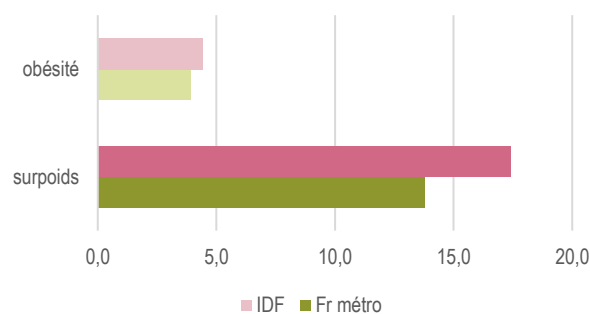
Source : Inserm - CépiDC, Outil de Calcul OR2S

Figure 5. Évolution de la mortalité chez les 10-14 ans

Source : Inserm - CépiDC, Outil de Calcul OR2S*Données lissées sur 3 ans

Figure 6. Obésité/surpoids chez les élèves de grande section de maternelle (GSM)

Source : données de l'Enquête nationale de santé 2012-2013 auprès des élèves scolarisés en Grande section maternelle de la Drees. Exploitation ORS Île-de-France

Figure 7. Obésité et surpoids chez les élèves de CM2

Source : données de l'Enquête nationale de santé 2014-2015 auprès des élèves scolarisés CM2 de la Drees. Exploitation ORS Île-de-France

Une incidence croissante de la drépanocytose en Île-de-France

La drépanocytose est une pathologie qui affecte l'hémoglobine des globules rouges. Cette maladie génétique très répandue se manifeste notamment par une anémie, des crises douloureuses et un risque d'infections bactériennes sévères. Le dépistage néonatal de la drépanocytose est réalisé de façon systématique dans les départements français d'outre-mer depuis 1989. Ce dépistage est étendu à la France métropolitaine depuis 1995 et cible les nouveau-nés de parents originaires de régions à risque. Le taux francilien de l'incidence néonatale ciblée de drépanocytose est parmi l'un des plus élevés de la France métropolitaine, soit 21,5 pour 10 000 nouveau-nés testés en Île-de-France (moyenne nationale de 16,9). Et ce taux tend à augmenter au cours de ces dernières années (figure 9).

Une fréquentation des urgences plus importante pour asthme chez les enfants franciliens

Les données du SNDS montrent une prévalence des maladies respiratoires chez les 1-14 ans plus importante chez les garçons (62 %) que chez les filles (38 %) en 2019 en Île-de-France, des chiffres proches de ceux observés également au niveau national.

En 2019, près de 5 % des 1-14 ans Franciliens étaient atteints d'une maladie respiratoire chronique (hors mucoviscidose)¹, avec peu de disparités infrarégionales. L'incidence de la mucoviscidose est, quant à elle, de 1,2 pour 10 000 nouveau-nés testés en Île-de-France en 2019 (1,8 au niveau national), une incidence qui tend à reculer au cours des vingt dernières années (en 2002 1,7 pour 10 000 en Île-de-France vs 2,3 en France).

Chez les moins de 15 ans franciliens, le réseau OSCOUR estime à 533 pour 10 000, la proportion hebdomadaire de passages aux urgences avec un diagnostic médical de crise d'asthme, parmi l'ensemble des passages aux urgences avec un diagnostic médical renseigné, soit plus qu'au niveau national (448 pour 10 000) (figure 10). De fait, tous les indicateurs de l'asthme sont moins bons en Île-de-France qu'ils ne le sont en moyenne au niveau national. Au niveau infrarégional, on observe un taux plus élevé de passage aux urgences en Seine-Saint-Denis et dans le Val-d'Oise (figure 11). Cependant, les hospitalisations après ces passages sont moins fréquentes dans ces deux départements.

Une augmentation progressive du diabète sucré

On observe depuis dix ans une augmentation lente mais continue de la prévalence du diabète sucré dans la région. En 2019, la prévalence du diabète sucré chez les enfants

franciliens, estimée à partir des médicaments traceurs dans le SNDS, est proche de celle observée au niveau national soit 1,5 ‰. Les données infrarégionales montrent par ailleurs des disparités territoriales avec une prévalence un peu plus élevée en Seine-Saint-Denis (figure 12).

La santé bucco-dentaire, meilleure en Île-de-France mais avec de fortes inégalités socio-spatiales

L'examen buccodentaire réalisé au cours des dernières enquêtes en milieu scolaire montre qu'en Île-de-France 85 % des élèves scolarisés en grande section maternelle (GSM, enquête 2012-2013) et seulement 69 % de ceux scolarisés en CM2 (enquête 2014-2015) avaient des dents indemnes de carie dentaire. 8 % des GSM et un peu plus de 20 % des CM2 avaient au moins une dent cariée soignée. Cependant, 9 % des GSM avaient au moins une dent cariée non soignée, une proportion qui atteignait 13 % chez les CM2.

La santé buccodentaire des enfants franciliens semblait bien meilleure que celle observée en moyenne en France (figure 13 et 14). Cependant, l'analyse par niveau socio-économique des lieux de résidence montre de grandes disparités. En effet, la proportion des enfants de GSM ayant des dents cariées non traitées atteint 17,6 % en zone d'éducation prioritaire (ZEP) contre 7,3 % hors-ZEP. Et, dans les territoires classés zones urbaines sensibles (ZUS), près de la moitié des élèves (44,7 %) de CM2 avait au moins une dent cariée contre 33 % hors ZUS.

PERSPECTIVES

La plupart des indicateurs montrent des disparités selon les lieux de vie des enfants. Tous indicateurs confondus, la santé des enfants vivant dans les territoires moins favorisés semble moins bonne. Les améliorations observées cachent ou accentuent les disparités. En effet, des améliorations des indicateurs sont constatées dans certains territoires mais pas dans ceux les moins favorisés, creusant davantage les disparités en fonction du territoire où évoluent les enfants.

Des efforts doivent encore être fournis pour réduire les inégalités sociales de santé dès le plus jeune âge. Les campagnes d'éducation à la santé devraient notamment être promues pour faire adopter les bonnes habitudes de vie dès le plus jeune âge, notamment en milieu scolaire. Cependant, la médecine scolaire, encadrée par le ministère de l'éducation nationale, connaît d'énormes difficultés pour remplir ses missions de prévention (pénurie de médecins et infirmiers scolaires, diversification de tâches à assumer en lieu et place de se concentrer sur les missions de prévention, etc.).

Références

[1] La santé des élèves de grande section de maternelle en 2013 : des inégalités sociales dès le plus jeune âge, Drees Juin 2015

[2] La santé des élèves de CM2 en 2015 : un bilan contrasté selon l'origine sociale, Drees février 2017

[3] Santé publique France. Géode [internet]. Disponible :

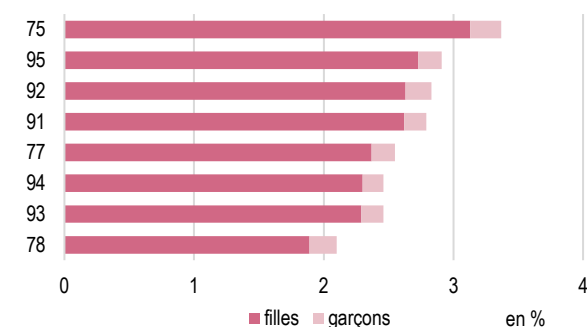
https://geodes.santepubliquefrance.fr/?view=map1&indics=saturnisme.satu_cas_incid_seuil&serie=2020&f1code=1&lang=fr

¹. Cette définition des pathologies respiratoires inclut les enfants en ALD au cours de l'année pour des maladies chroniques des voies respiratoires inférieures, insuffisance respiratoire, et autres troubles respiratoires hospitalisation en MCO pour ces mêmes motifs et/ou au moins trois délivrances (à différentes dates) dans l'année de médicaments spécifiques.

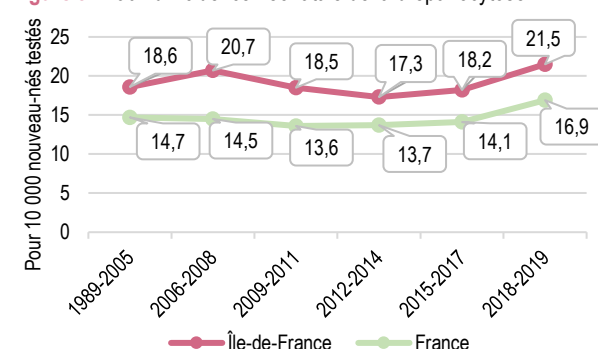
Tableau 2. Saturnisme en 2020 en Île-de-France et ses départements

	Nombre de cas incidents par groupe d'âge (en année)				Cas pré-valents	Cas en primo-dépistage
	Tous	< 2	2-6	7-17	Tous	Tous
75	32	14	7	11	49	27
77	3	0	1	2	8	3
78	4	2	1	1	4	4
91	2	1	0	1	2	2
92	9	4	1	4	11	7
93	56	22	17	17	84	42
94	3	2	0	1	4	3
95	37	11	17	9	41	34
IDF	146	56	44	46	203	122
Fr	417	150	103	164	537	376

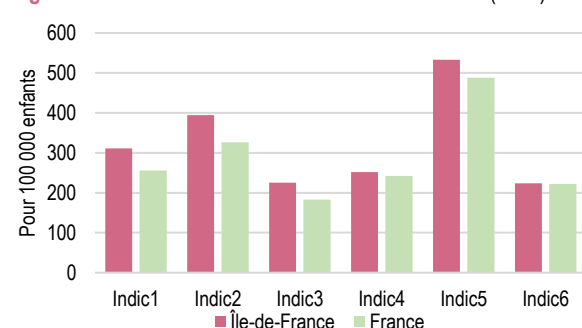
Source : Santé publique France – SNDS

Figure 8. Taux d'incidence puberté précoce (2011-2013)

Source : Santé publique France – SNDS

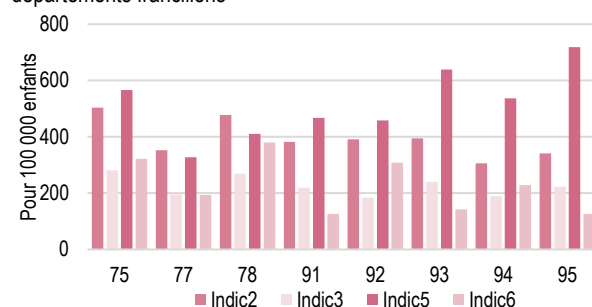
Figure 9. Taux d'incidence néonatale de la drépanocytose*

Source : Données d'activité des centres régionaux du dépistage néonatal (CRDN), traitées par Santé publique France. *Taux pour les dépistages ciblés

Figure 10. Indicateurs* de l'asthme chez les < 15 ans (2020)

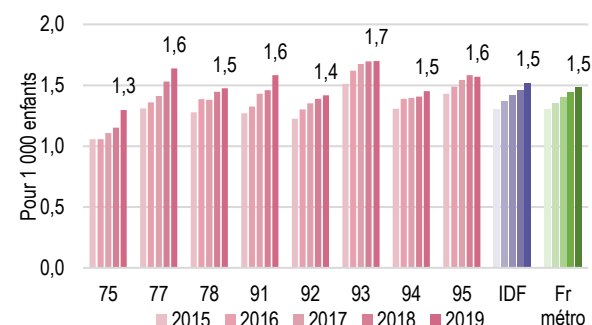
*Taux standardisé d'hospitalisation pour asthme pour 100 000 – respectivement chez tous (indic1), chez les garçons (indic2) et chez les filles (indic3). ; Indic 4 : Taux d'actes médicaux SOS Médecins pour asthme pour 10 000 ; Indic 5 : Taux de passages aux urgences pour asthme pour 10 000 ; Indic 6 : Taux d'hospitalisation après passage aux urgences pour asthme pour 1 000.

Source SNDS, OSCOUR : exploitation SpF

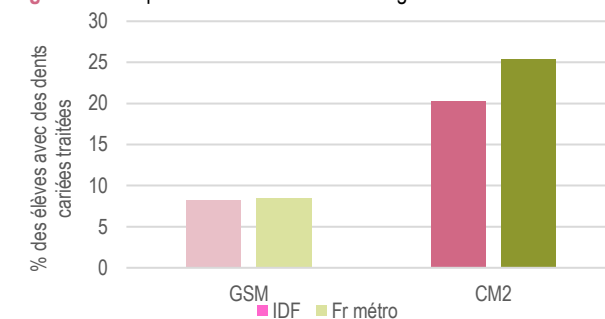
Figure 11. Indicateurs* d'asthme chez les < 15 ans dans les départements franciliens

*Taux standardisé d'hospitalisation pour asthme pour 100 000 – respectivement chez les garçons (indic2) et chez les filles (indic3). ; Indic 5 : Taux de passages aux urgences pour asthme pour 10 000 ; Indic 6 : Taux d'hospitalisation après passage aux urgences pour asthme pour 1 000.

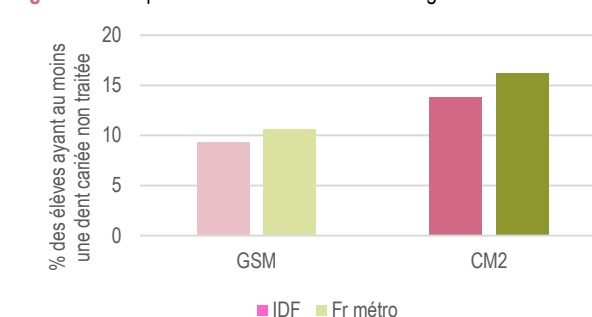
Source SNDS, OSCOUR : exploitation SpF

Figure 12. Prévalence du diabète sucré chez les 1-14 ans

Source : SNDS. Exploitation ORS Île-de-France

Figure 13. Proportion des dents cariées soignées

Sources : données de l'Enquête nationale de santé 2012-2013 auprès des élèves scolarisés en Grande section maternelle et de l'Enquête nationale de santé 2014-2015 auprès des élèves scolarisés CM2 de la Drees. Exploitation ORS Île-de-France

Figure 14. Proportion de dents cariées non-soignées

Sources : données de l'Enquête nationale de santé 2012-2013 auprès des élèves scolarisés en Grande section maternelle et de l'Enquête nationale de santé 2014-2015 auprès des élèves scolarisés CM2 de la Drees. Exploitation ORS Île-de-France

Cancers de l'enfant

LES POINTS ESSENTIELS

- ▶ Une incidence et une mortalité comparables en Île-de-France et en France métropolitaine,
- ▶ Une incidence des cancers de l'enfant qui augmente légèrement entre 2010-2014 et 2015-2019, dont les causes sont inconnues,
- ▶ Une stabilité de la mortalité après une décroissance forte entre 1980 et 2010.

ENJEUX

Des pathologies invalidantes dont les conséquences sont multiples tant à court terme qu'à long terme

Chaque année en France, 1 800 nouveaux cas de cancer sont détectés chez des enfants de moins de 15 ans et près de 300 en décèdent [1,2]. Malgré d'importants progrès thérapeutiques, la maladie cancéreuse et ses traitements ont des conséquences sur la santé (problèmes de fertilité chez les futurs adultes, risque accru de second cancer, anxiété, troubles du sommeil, etc.) et la qualité de vie ultérieure des patients (contraintes liées au suivi médical, interruptions dans la scolarité et relations sociales), ainsi que sur leurs parents (anxiété, conciliation vie familiale et professionnelle).

Les facteurs de risque des cancers de l'enfant demeurent encore largement inconnus. On considère que dans 5 à 10 % des cas le cancer de l'enfant survient dans un contexte de prédisposition génétique. Des facteurs environnementaux sont également mis en cause ou soupçonnés : rayonnements ionisants, champs électro-magnétiques d'extrêmement basse fréquence, radiofréquences, trafic routier, expositions parentales aux pesticides. Mais de nombreuses incertitudes demeurent [3,4].

SITUATION ACTUELLE ET EVOLUTION

Une incidence proche de la valeur nationale et une légère augmentation dont les causes sont inconnues

En Île-de-France, 378 nouveaux cas ont été recensés en moyenne entre 2015 et 2019 (171 filles et 207 garçons) [1,2].

Entre la France et l'Île-de-France, les taux d'incidence sont proches, avec cependant un léger excès en Île-de-France (+ 0,7 %) qui peut être lié à un dépistage plus précoce dans la région. Si l'incidence était globalement stable entre 2000-2004 et 2010-2014, une hausse apparaît sur la dernière période (2015-2019), tant en Île-de-France qu'au niveau national. Cette hausse de l'incidence des cancers de l'enfant est de 3 % si l'on se réfère aux cinq années précédentes et de 2 % si l'on se réfère aux quinze années précédentes.

Certaines localisations (tumeurs du système nerveux central et diverses tumeurs intracrâniennes et spinales, tumeurs du système nerveux sympathique, rétinoblastomes, tumeurs rénales) sont, en Île-de-France, en excès par rapport à la valeur nationale mais ces excès sont non significatifs statistiquement.

Les tumeurs incidentes les plus fréquentes sont les leucémies (30 %), les tumeurs du système nerveux central (25 %) et les lymphomes (10 %). Les trois causes de décès par tumeur les plus fréquentes s'ordonnent différemment en raison de différences de pronostic : ce sont les tumeurs de l'encéphale

(24 %), puis les leucémies (21 %) et, loin derrière, les lymphomes (4 %).

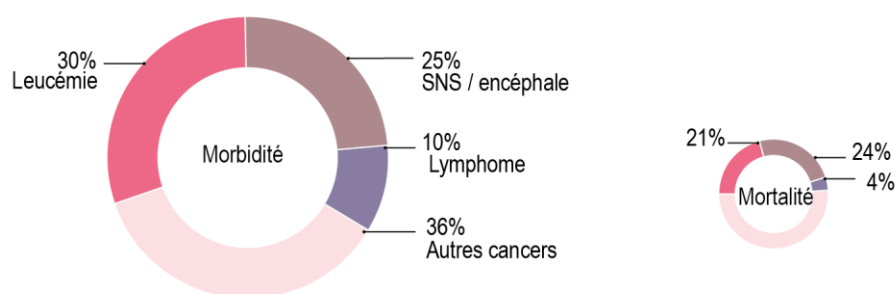
Une mortalité qui se stabilise depuis les années 2010 après une baisse continue en Île-de-France et en France métropolitaine

Que ce soit chez les garçons ou chez les filles, en France ou en Île-de-France, la mortalité des enfants par cancers a diminué régulièrement entre les années 80 et les années 2000 (figure 3). Le rythme de diminution s'est ensuite quelque peu ralenti et la baisse de la mortalité des enfants par cancer, semble avoir atteint ses limites au début des années 2010. Cette baisse, due aux progrès diagnostiques et thérapeutiques concernait essentiellement la mortalité par leucémie [5].

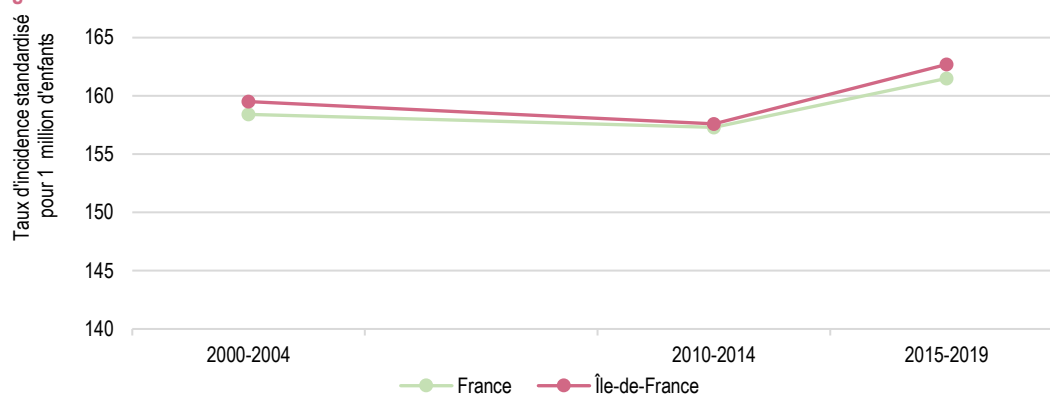
PERSPECTIVES

Maintenir la vigilance sur le suivi des cancers de l'enfant

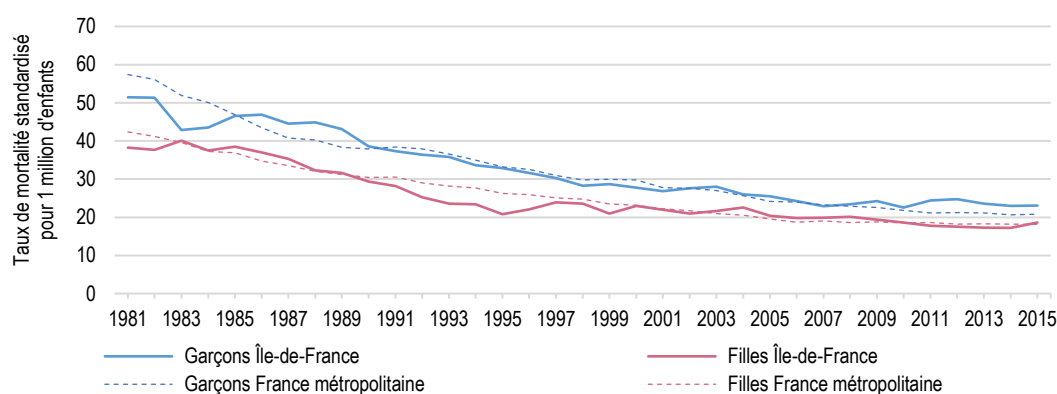
La problématique des cancers de l'enfant en Île-de-France est très proche de celle du territoire national. Les progrès thérapeutiques ont été considérables ces trois dernières décennies, mais les connaissances étiologiques doivent encore beaucoup progresser pour mieux cibler les facteurs de risques et les traduire en démarche de prévention. La prévention et les soins sont un enjeu important mais le devenir des patients, leur parcours et leur qualité de vie sont également à considérer. Une littérature abondante existe sur les conséquences des cancers de l'enfant sur la santé ultérieure et sur la qualité de vie du futur adulte [6,7]. Toutes ces conséquences de la maladie sur la santé et la qualité de vie des patients incitent au renforcement ou au développement de politiques de santé publique spécialement dédiées au suivi préventif et médical de ces enfants (aides financières aux familles, congés spécifiques aux parents, structures spécialisées d'aide aux familles).

Figure 1. Répartition des cancers de l'enfant par type

Sources : Registre des cancers de l'enfant, 2015-2019 – Cépidc/Inserm, 2015-2017

Figure 2. Évolution de l'incidence des cancers de l'enfant

Source : RNCE, données transmises en novembre 2022. 2019, données provisoires, exploitation ORS-IdF

Figure 3. Taux standardisés de mortalité par cancer chez l'enfant de moins de 15 ans

Source : OR2S, interrogé en décembre 2022, données 1979-2017, exploitation ORS-IdF

Références

- [1] Données du registre national des causes de décès (RNCE), transmises par l'Inserm en novembre 2022
- [2] Interrogation du SNDS, ORS Île-de-France, novembre 2022.
- [3] Abadie C, Brugières L, Gauthier-Villars M. Syndromes de prédisposition génétique aux cancers de l'enfant. La Revue du praticien. 2014;64(9):1273-5.
- [4] Schuz J, Erdmann F. Environmental Exposure and Risk of Childhood Leukemia: An Overview. Archives of medical research. 2016 ;47(8) : 607-14
- [5] Telle-Lamberton M, Gremy I. Les cancers chez l'enfant de moins de 15 ans en Île-de-France. Evolution de l'incidence et de la mortalité. ORS Île-de-France ; 2018.
- [6] Chaume AG, Berger C, Cathébras P. 2007. Séquelles et qualité de vie chez de jeunes adultes survivants de cancers pédiatriques. La Revue de médecine interne, 28(7), 450-457.
- [7] Scaon S, Chasseigne G, Giraudeau C, Blouin P, Colombat P, Réveillère C. 2017. Éléments de qualité de vie individuelle pour une amélioration de la prise en charge en psycho-oncologie pédiatrique. Psycho-Oncologie, 11(2), 69-75.

Santé des adolescents

LES POINTS ESSENTIELS

- ▶ Les adolescents sont globalement en bonne santé mais les niveaux de souffrance psychique s'avèrent élevés. Les déclarations de tentatives de suicide sont en augmentation entre 2011 et 2017 ainsi que la prévalence des symptômes dépressifs entre 2014 et 2017,
- ▶ Les consommations de produits psychoactifs sont en baisse, sauf pour la consommation d'alcool, qui ne diminue pas chez les Franciliennes et celle de cannabis, stable chez les garçons et les filles,
- ▶ Les prévalences de l'obésité ainsi que des maladies respiratoires chroniques sont plus élevées dans les départements moins favorisés.

ENJEUX

Les fréquentes prises de risque des adolescents peuvent avoir des effets délétères, à court, moyen ou long terme

Si les jeunes sont globalement en bonne santé, l'adolescence est une période où se jouent des processus biologiques et hormonaux qui sont associés à d'intenses remaniements psychiques, de développement physique et cognitifs, traduisant une certaine vulnérabilité. Période de prises de risque, les comportements qui se mettent en place à ces âges, combinés aux facteurs d'environnement familial, social, géographique, vont jouer sur leur santé future. Celle-ci représente un enjeu pour la société en devenir. Les comportements des jeunes sont très différenciés selon les déterminants sociaux, genre, âge, niveau d'éducation, niveau de revenus de la famille, parcours scolaire et professionnel, mais aussi selon leur vécu, en termes de situation familiale et d'événements traumatiques marquants [1]. La crise sanitaire due à la Covid-19 a marqué son empreinte et fragilisé la santé mentale des jeunes. Les données présentées ici sont les plus récentes disponibles chez les adolescents en Île-de-France et témoignent de la situation avant la crise sanitaire.

SITUATION ACTUELLE ET EVOLUTION

Une bonne santé perçue mais un niveau élevé de plaintes somatiques et psychiques

Les jeunes se perçoivent globalement en bonne, très bonne ou excellente santé. C'est le cas de neuf collégiens franciliens de 11-14 ans sur dix [2] et de 96 % des Franciliens de 15-25 ans [3]. Au-delà de ces bons indicateurs de santé perçue, une partie des jeunes souffrent de différents maux qui, lorsqu'ils sont nombreux et fréquents, peuvent traduire un mal-être. Des plaintes récurrentes (au moins deux plaintes au moins une fois par semaine) ont été déclarées, dans l'enquête Enclass, par quatre garçons franciliens sur dix et par la moitié des filles (figure 1), un peu plus qu'au niveau national chez les garçons (34 %). Les plaintes d'ordre psychique ou de comportements sont les plus fréquentes, en particulier les difficultés d'endormissement, la nervosité ou l'irritabilité, plus souvent citées par les filles. Ces troubles peuvent avoir de multiples causes, mais l'enquête indique des niveaux élevés de stress lié au travail scolaire (pour trois collégiens sur dix), d'usage problématique des réseaux sociaux (7 % des collégiens), de cyberharcèlement (6 %), de harcèlement à l'école (5 %) et une faible

satisfaction par rapport à la vie (14 % des filles et 10 % des garçons d'après l'échelle de Cantril¹). Les plaintes somatiques s'avèrent importantes aussi, notamment le mal de dos (figure 1).

Un risque de dépression pour un quart des Franciliens de 17 ans et en augmentation

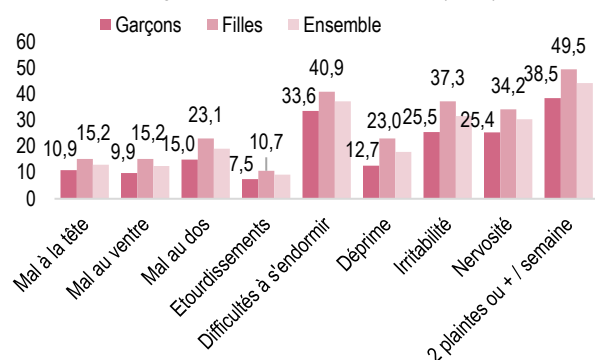
Le risque de dépression s'avère très fréquent chez les collégiens de 4^e et 3^e et concerne quatre filles sur dix et trois garçons sur dix en Île-de-France (figure 2), comme au niveau national. Chez les jeunes de 17 ans, il est retrouvé chez trois filles sur dix et près de deux garçons sur dix (figure 3). Fait notable, il est plus élevé en Île-de-France que dans le reste de la France métropolitaine (27 % chez les filles, 15 % chez les garçons). Découragement, mauvais sommeil et manque d'énergie sont les symptômes les plus fréquemment cités. Entre 2014 et 2017, le risque de dépression, modéré ou important, a fortement augmenté, chez les garçons et plus encore chez les filles, en Île-de-France ou hors Île-de-France, et cela avant l'épidémie de Covid-19 (figure 3).

Une augmentation des tentatives de suicide, avant même l'épidémie de Covid-19

Une souffrance psychique intense peut conduire à une idéation suicidaire voire à un passage à l'acte. En 2017, 11 % des jeunes déclarent des pensées suicidaires, comparable au reste de la France, et les filles en déclarent toujours plus que les garçons (figure 4). Dans la région, 2 % des jeunes déclarent avoir fait, au cours de leur vie, une tentative de suicide qui les a amenés à l'hôpital, proportion inférieure à celle du reste de la France chez les filles uniquement (5 % hors Île-de-France). Les filles déclarent là-aussi plus souvent que les garçons avoir fait une tentative de suicide, trois fois plus pour l'Île-de-France (figure 4). Les évolutions depuis 2011 montrent une augmentation des tentatives de suicide en Île-de-France, de 1,7 % à 2,2 % pour les deux sexes, évolution constatée aussi hors Île-de-France. En complément de ces résultats, les données de l'Assurance maladie indiquent une prévalence des maladies psychiatriques en Île-de-France en 2019 de 1 806 jeunes de 15-24 ans pour 100 000, prévalence plus faible qu'au niveau national (figure 5). Les disparités départementales sont importantes, Paris ayant le taux le plus élevé et la Seine-Saint-Denis le plus faible, pouvant témoigner de différences d'attention à sa santé mentale ou des différences de prise en charge (figure 5).

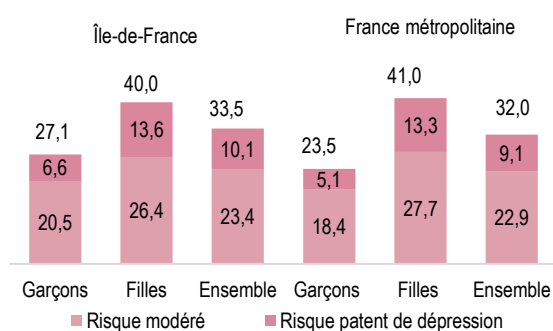
¹ Echelle de Cantril : échelle de 0 à 10, servant à estimer la satisfaction par rapport à la vie d'un individu. La valeur 0 représentant "la pire vie possible pour toi" et la valeur 10 "la meilleure vie possible pour toi".

Figure 1. Plaintes somatiques et psychiques plus d'une fois par semaine des collégiens en Île-de-France en 2018 (en %)



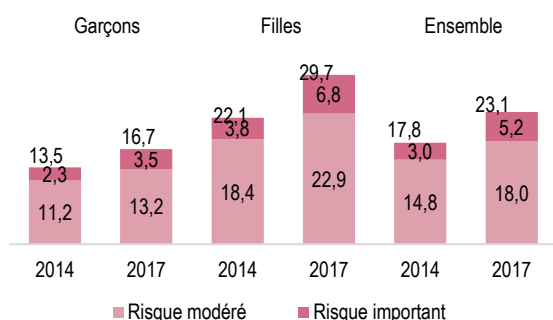
Source : enquête EnClass-HBSC 2018, exploitation régionale Inserm/EHESP/OFDT

Figure 2. Risque de dépression chez les collégiens (4^e et 3^e), Île-de-France et France métropolitaine en 2018 (en %)



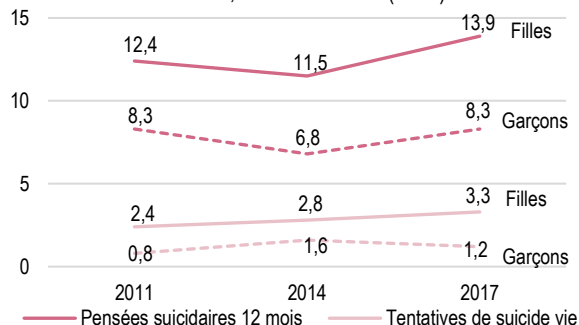
Source : enquête EnClass-HBSC 2018, exploitation régionale Inserm/EHESP/OFDT ; élèves de 4^e et 3^e

Figure 3. Risque de dépression en Île-de-France chez les jeunes de 17 ans, 2014 et 2017 (en %)



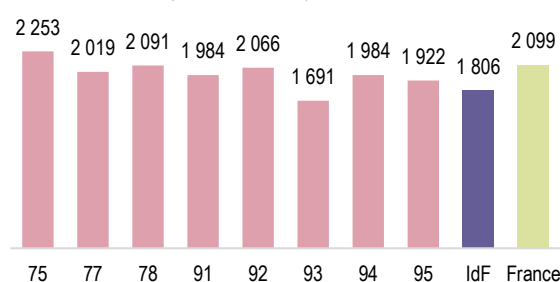
Source : Escapad 2014, 2017, OFDT 2017, exploitation ORS Île-de-France

Figure 4. Pensées de suicide et tentatives de suicide chez les jeunes de 17 ans en Île-de-France, en 2014 et 2017 (en %)



Source : Escapad 2011, 2014, 2017, OFDT 2017, exploitation ORS Île-de-France

Figure 5. Maladies psychiatriques* chez les jeunes de 15-24 ans par département en 2019 (taux p.100 000)



Source : SNDS, cartographie des pathologies Cnam G8 pour 2019, exploitation ORS Île-de-France

* ALD, hospitalisations pour motif psychiatrique et délivrance de médicaments psychotropes

Sources de données

L'enquête **EnClass** auprès des collégiens et lycéens Issue d'un rapprochement entre les enquêtes HBSC et Espad, l'enquête EnClass a été réalisée en ligne en 2018 et porte sur un échantillon d'élèves de 6^e à la terminale. Le projet est coordonné par l'EHESP et l'OFDT. La deuxième vague EnClass a été réalisée en 2022.

Les thèmes abordés dans l'enquête portent sur le bien-être, les comportements de santé et les consommations de substances psychoactives.

Enquête Escapad auprès des jeunes de 17 ans

L'enquête Escapad, réalisée depuis 2000 par l'OFDT (Observatoire français des drogues et des tendances addictives), interroge les jeunes Français lors de la Journée Défense et citoyenneté (JDC), via un questionnaire auto-administré portant sur la santé des jeunes garçons et filles de 17 ans et sur leurs consommations de produits psychoactifs et de conduites addictives. Les données présentées ici sont issues des éditions 2014 et 2017. La dernière enquête a été réalisée en 2022 et les premiers résultats nationaux devraient être publiés en 2023.

Données du SNDS (Système national des données de santé) : les maladies psychiatriques (troubles psychotiques, troubles névrotiques et de l'humeur, etc.) ont été estimées à partir des données du SNDS, à partir de l'ALD n°23 (affections longue durée), des hospitalisations pour motifs psychiatriques et des délivrances de certains médicaments.

Une mesure du risque de dépression : l'échelle ADRS

L'échelle ADRS (Adolescent Depression rating scale), validée en population adolescente, permet, en 10 questions, de mesurer un risque de dépression, abordant le manque d'énergie, les difficultés à réfléchir, la tristesse et déprime, la perte d'intérêt, le souhait de mourir, les difficultés de sommeil, le découragement, le sentiment d'utilité, etc. Le score d'ADRS est compris entre 0 et 10, et permet l'identification d'un risque de dépression. À partir de 4, il existe un risque de dépression. Entre 4 et 8, le risque est modéré. Pour un score supérieur ou égal à 8, le risque est important.

Les consommations d'alcool, de tabac et de cannabis sont moindres en Île-de-France qu'ailleurs en France

Les expérimentations de produits psychoactifs (cf. encadré) commencent dès les années collège et ceux-ci sont, à la fin de l'adolescence, largement diffusés. Ainsi, 19 % des collégiens franciliens de 11-15 ans [2] et plus de la moitié des jeunes de 17 ans (Escapad) ont déjà expérimenté le tabac [2]. Pour le cannabis, 5% des collégiens franciliens et 35 % des jeunes de 17 ans en avaient déjà consommé [2].

D'importantes différences régionales sont observées au sein du territoire métropolitain [4], avec une région francilienne qui se trouve en-dessous des moyennes nationales pour les différents usages (cf. encadré), que ce soit pour l'expérimentation d'alcool, de tabac ou de cannabis ou pour les usages réguliers (figure 6). Une des hypothèses pouvant expliquer ces moindres consommations est que l'Île-de-France ayant globalement des proportions élevées de personnes de niveau socio-économique plus favorable, les jeunes franciliens développent une littératie en santé plus complète, permettant l'adoption de comportements protecteurs pour leur santé [5].

Des usages d'alcool, de tabac et de cannabis en baisse en Île-de-France mais qui restent élevés

En France comme en Île-de-France, les données des enquêtes convergent pour montrer une baisse des expérimentations de l'alcool, du tabac et du cannabis. Ainsi, en Île-de-France, dans l'enquête Escapad 2017, 50 % des garçons de 17 ans avaient fumé du tabac (62 % en 2011) et 52 % des filles (65 % en 2011). Pour le cannabis, 39 % des garçons en avaient déjà consommé en 2017 (43 % en 2011) et 32 % des filles (38 % en 2011).

Pour les consommations régulières, les enquêtes en France montrent une tendance à la baisse de l'usage régulier d'alcool, de tabac quotidien et des différents usages de cannabis, bien que pour ces derniers la baisse ait été plus discontinuée, entrecoupée d'augmentations. En Île-de-France, le tabagisme quotidien a également diminué entre 2011 et 2017 (figure 7) ainsi que l'usage régulier d'alcool, en baisse entre 2011 et 2017 chez les garçons et plus récemment chez les filles (figure 7). L'usage de cannabis, après une hausse entre 2011 et 2014, a récemment diminué, trouvant ainsi le niveau de 2011 (figure 7).

Malgré ces baisses, les usages restent importants, avec près de deux jeunes sur dix qui fument tous les jours du tabac, 6 % qui ont pris de l'alcool au moins dix fois au cours du derniers mois et une proportion comparable pour le cannabis (figure 6). Ces niveaux de consommation sont généralement plus importants chez les garçons, mais l'usage du tabac fait figure d'exception en Île-de-France : à la fois l'expérimentation et la consommation quotidienne sont comparables entre les sexes (19 % de fumeurs quotidiens), alors que dans le reste de la France, les garçons sont plus consommateurs que les filles

Des usages intensifs, très dommageables pour la santé, toujours très fréquents

Parmi les usages intensifs, la pratique des alcoolisations massives (cinq verres ou plus en une même occasion) a aussi connu une baisse importante mais bien qu'inférieurs à ceux observés dans le reste de la France (figure 8 et 9), ils restent importants, en particulier chez les garçons. L'écart entre les

filles et les garçons s'accroît avec l'intensification de l'usage : les garçons déclarent 1,3 fois plus que les filles avoir eu une alcoolisation ponctuelle importante (API) dans le mois et 1,8 fois plus en avoir eu au moins 3 (figure 8). Malgré la baisse des API constatée aussi au niveau national, un changement profond est observé : si les API restent plus fréquentes chez les consommateurs réguliers d'alcool, une augmentation de la fréquence des API est observée chez les buveurs occasionnels entre 2005 et 2017 [5]. Les API sont très souvent perçues par les jeunes comme inoffensives et constitueraient un rite de passage marquant l'entrée et l'installation dans l'adolescence [5].

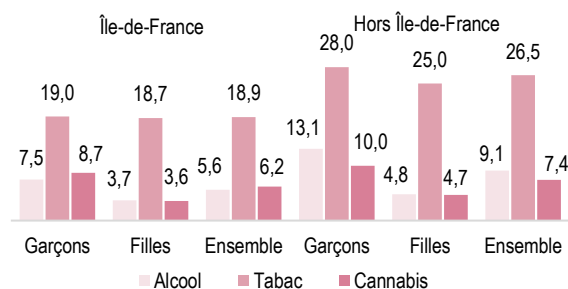
Autre usage intensif, celui du cannabis, usage dit à risque d'abus ou de dépendance mesuré par le test Cast (cf. encadré). Cet usage est plus de deux fois plus élevé chez les garçons que chez les filles (figure 8), et s'il est plus faible en Île-de-France que dans le reste de la France chez les filles, il est comparable entre les régions chez les garçons. Les enquêtes montrent que malgré la baisse de l'usage régulier de cannabis, celle de l'usage à risque a plutôt tendance à augmenter [5]. La consommation de cannabis « avant midi » et celle « en solitaire » sont les deux items les plus fréquemment cités et pourraient être les premiers signes incitant à la vigilance [5].

Des consommations plus élevées chez les jeunes apprentis ou les jeunes sortis du système scolaire

Les usages des produits psychoactifs étudiés ici varient fortement en fonction de la situation scolaire ou professionnelle des jeunes. Que ce soit pour l'expérimentation, les consommations régulières ou intensives, les jeunes de 17 ans qui sont toujours scolarisés (élèves, étudiants) sont les moins consommateurs tandis que les jeunes déscolarisés ou les jeunes apprentis sont les plus consommateurs (tableau 1). Les différences sont plus marquées pour les consommations régulières ou les consommations intensives. Par exemple, les jeunes déscolarisés sont trois fois plus nombreux que les jeunes élèves ou étudiants à déclarer fumer quotidiennement et les jeunes apprentis plus de deux fois plus nombreux que les élèves. De même, l'usage régulier de cannabis est près de quatre fois plus élevé chez les jeunes de 17 ans déscolarisés que chez ceux qui continuent leur scolarité, et près de trois fois supérieure chez les jeunes apprentis que les élèves. Les écarts sont encore plus marqués pour l'usage problématique de cannabis : 6 % des élèves ont un usage à risque de dépendance, contre 18 % des apprentis et 23 % des jeunes déscolarisés.

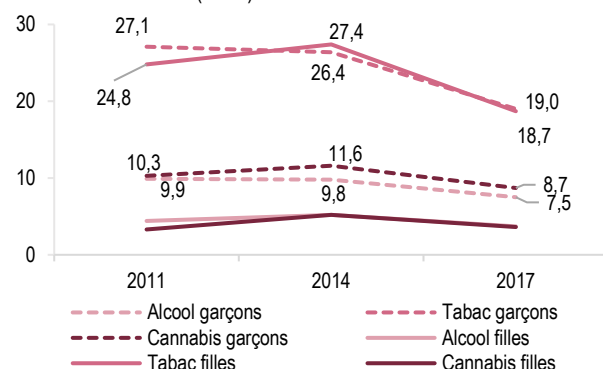
Les usages de produits psychoactifs varient aussi selon la situation familiale des jeunes : ceux vivant dans des familles monoparentales ou recomposées ont des prévalences plus élevées de consommations que ceux vivant dans une famille « traditionnelle ». Par exemple, l'usage régulier de cannabis ou l'usage à risque s'élèvent tous les deux à 5 % pour les jeunes vivant dans une famille traditionnelle et à 11 % pour ceux vivant dans une famille recomposée en Île-de-France. Ou encore, l'usage quotidien de tabac est de 16 % pour les jeunes vivant dans une famille « traditionnelle » et de 29 % pour ceux vivant dans une famille monoparentale.

Figure 6. Consommations régulières d'alcool, de tabac et de cannabis chez les jeunes de 17 ans en Île-de-France et hors Île-de-France en 2017 (en %)



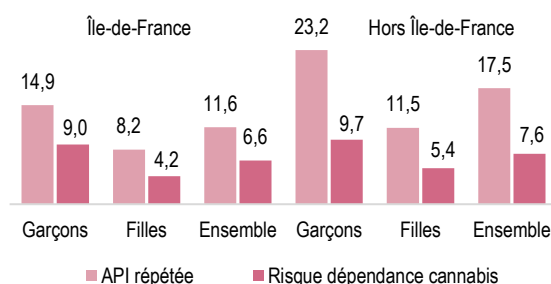
Source : Escapad 2017, OFDT 2017, exploitation ORS Île-de-France

Figure 7. Consommations régulières à 17 ans en Île-de-France, évolution 2011-2017 (en %)



Source : Escapad 2011-2014-2017, OFDT, exploitation ORS Île-de-France

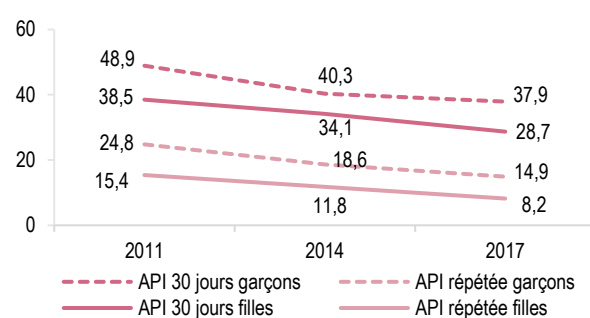
Figure 8. API répétée et risque de dépendance au cannabis à 17 ans, Île-de-France et hors Île-de-France (en %)



Source : Escapad 2017, OFDT 2017, exploitation ORS Île-de-France.

API : Avoir bu au moins 5 verres en une même occasion. API répétée : avoir eu au moins 3 API au cours des 30 derniers jours.

Figure 9. API mensuelles et répétées chez les jeunes de 17 ans en Île-de-France, évolution 2011-2017 (en %)



Source : Escapad 2011-2014-2017, OFDT, exploitation ORS Île-de-France

Les usages de produits psychoactifs

Expérimentation : avoir consommé au moins une fois dans sa vie le produit concerné.

Alcool ou cannabis régulier : au moins 10 usages au cours des 30 derniers jours d'alcool ou de cannabis.

Tabac régulier : au moins 1 cigarette par jour au cours des 30 derniers jours.

Alcoolisation ponctuelle importante (API) : avoir bu au moins 5 verres d'alcool en une même occasion.

API répétée : avoir eu une API au moins 3 fois au cours des 30 derniers jours

Usage problématique de cannabis : le Cannabis Abuse screening test (Cast) est une échelle élaborée par l'OFDT, pour identifier l'usage problématique de cannabis (abus ou dépendance) indépendamment de la fréquence d'usage, pour les consommateurs de cannabis au cours des 12 derniers mois. Il est composé de six questions qui abordent le mode d'usage du cannabis et d'éventuels problèmes associés à la consommation de cannabis : usage le matin ou seul (donc hors contexte festif), troubles de la mémoire, le fait d'être encouragé à réduire ou arrêter sa consommation, des échecs dans les tentatives d'arrêt, des problèmes comme les bagarres, les accidents à la suite d'une consommation de cannabis.

Tableau 1. Consommations à 17 ans en Île-de-France selon la situation scolaire et professionnelle en 2017 (en %)

	Elèves, étudiants	Apprentis	Déscolarisés, autre
Tabac vie	49,8	68,3	72,8
Tabac quotidien	17,2	38,3	50,5
Alcool vie	75,6	79,9	74,4
Alcool régulier	5,3	11,6	9,1
API répété	11,1	22,4	15,4
Cannabis vie	34,6	47,6	48,6
Cannabis régulier	5,4	15,9	21,0
Cannabis problématique	5,7	17,6	22,7

Source : Escapad 2017, OFDT 2017, exploitation ORS Île-de-France

L'obésité plus prévalente chez les Franciliennes qu'au niveau national

Au cours de l'adolescence, le corps se modifie et le rapport au corps peut se caractériser par une recherche d'un corps idéal obéissant à des normes sociales genrées, l'idéal de minceur étant notamment très présent chez les filles par exemple. L'écart entre la perception de son propre corps et l'estimation de la corpulence (à partir des déclarations de poids et taille) est à ce titre très parlant. Ainsi, alors que 20 % des collégiennes franciliennes sont en insuffisance pondérale, elles ne sont que 11,5 % à se percevoir comme trop maigres [2]. Et alors qu'elles sont 12 % à être en surcharge pondérale (surpoids ou obésité), plus de 34 % se perçoivent comme un peu ou beaucoup trop grosses [2]. Chez les garçons, les tendances sont inverses ou plus nuancées, 15 % sont en insuffisance pondérale mais 21 % se perçoivent comme trop maigres, 14 % sont en surcharge pondérale et 19 % se perçoivent comme un peu ou beaucoup trop gros [2].

Par rapport aux données nationales, l'Île-de-France se distingue par une proportion plus élevée de l'obésité chez les jeunes collégiennes, près du double de celle observée au niveau national (figure 10) tandis que les autres niveaux de corpulence, chez les garçons ou chez les filles, sont comparables entre la région et le niveau national. A l'âge de 17 ans, les données de l'enquête Escapad 2017 ne mettent pas en évidence de spécificité de l'Île-de-France par rapport au niveau national, que ce soit chez les garçons ou chez les filles (figure 12), pour le surpoids ou l'obésité.

En termes d'évolution, les données nationales des enquêtes HBSC et EnClass chez les collégiens [7] montrent que la proportion d'élèves en surpoids ou obèses n'a pas évolué significativement entre 2010 et 2018 et se situe autour des 11 % pour les deux sexes (13 % chez les garçons, 9 % chez les filles) ; c'est plutôt plus faible que dans les autres pays d'Europe, où la surcharge pondérale concerne en moyenne un adolescent sur cinq environ. La seule évolution significative est l'augmentation de la proportion de garçons en insuffisance pondérale, de 12,3 % à 17,8 % entre 2010 et 2018. La dernière enquête Obépi-Roche (2020) [8] indique toutefois une prévalence plus élevée de surpoids et obésité chez les jeunes de 11-14 ans (20 % au niveau national), proportion qui diminue à 17 % chez les jeunes de 15-17 ans.

Dans la classe d'âge supérieure, chez les jeunes de 18-24 ans, les données françaises de l'enquête nationale Obépi-Roche [8] indiquent par ailleurs que la prévalence de l'obésité a fortement augmenté entre 1997 et 2020, passant de 2,1 % à 9,2 %, évolution constatée dans toutes les catégories d'âge adulte en France.

Des prévalences de surcharge pondérale plus élevées dans les départements socialement moins favorisés

Les différentes études ont largement documenté le lien fort entre les prévalences de surpoids et d'obésité et la situation socio-économique des familles, lien qui a pu être montré aussi en Île-de-France [9] : les jeunes de 15-25 ans moins diplômés, au chômage ou dont la famille avait des revenus moins élevés, étaient plus souvent en surpoids et obésité que les autres. Ces inégalités sociales se retrouvent aussi au niveau des territoires. Chez les jeunes de 17 ans, les prévalences de surpoids et d'obésité varient fortement selon les départements

(figure 11) : chez les garçons, la prévalence est inférieure à la moyenne régionale dans les Yvelines et supérieure en Seine-Saint-Denis et dans le Val-d'Oise ; chez les filles, elle est inférieure à la moyenne régionale à Paris et supérieure dans le Val-de-Marne.

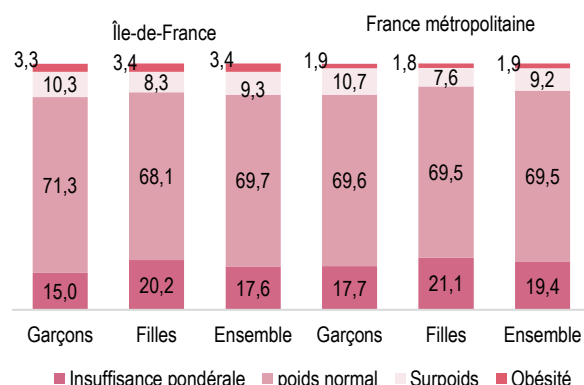
La littérature scientifique continue à apporter des preuves robustes sur les bienfaits de l'activité physique sur la santé physique, mentale et sociale. Pour les adolescents, le seuil minimal recommandé au niveau international est d'au moins 60 minutes par jour pour une activité physique modérée [10]. Les données nationales d'EnClass montrent que ce seuil est loin d'être atteint, puisqu'en France, globalement seul un collégien sur dix (11,1 %) pratique une activité physique modérée chaque jour de la semaine, pourtant 67 % pratiquent une activité sportive en dehors des heures d'école plusieurs fois par semaine, voire chaque jour. Les différences entre les sexes sont notables, 15 % des garçons et 7 % des filles pratiquent une activité modérée tous les jours et 77 % des garçons et 56 % des filles une activité sportive plus d'une fois par semaine. Les données franciliennes ne diffèrent pas de celles observées au niveau national (figure 12), avec le même constat d'une pratique plus importante chez les garçons que chez les filles. La majeure partie des collégiens pratiquent une activité entre deux et quatre fois par semaine et il est à noter qu'environ une fille sur dix et 4 % des garçons déclarent ne pas du tout pratiquer d'activité physique.

Les maladies respiratoires chroniques plus prévalentes dans les départements moins favorisés

Les maladies respiratoires chroniques affectent les voies aériennes et d'autres parties du poumon. Les facteurs de risque sont nombreux, mais les plus importants sont le tabac (actif ou passif) et la qualité de l'air (intérieur ou extérieur). Parmi les plus courantes, chez les jeunes, on retrouve l'asthme. Elles constituent la deuxième cause de mise en affection longue durée (ALD) chez les jeunes, après les maladies psychiatriques. Les données du SNDS (Système national des données de santé) permettent de calculer les prévalences, à partir des ALD, hospitalisations et médicaments.

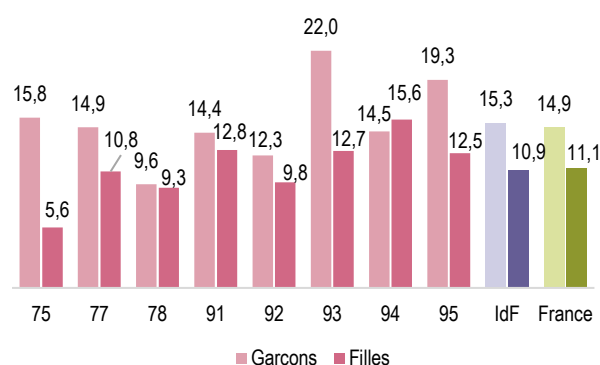
Avec 24 331 jeunes de 10-14 ans et 28 170 jeunes de 15-24 ans identifiés comme ayant une maladie respiratoire chronique, les taux de prévalence observés en Île-de-France sont inférieurs aux taux nationaux (figure 13). Le taux est 1,6 fois plus élevé à 10-14 ans qu'à 15-24 ans, probablement en lien avec des prévalences de l'asthme qui diminuent avec l'âge. Les trois départements les moins favorisés de la région (Seine-et-Marne, Val-d'Oise, Seine-Saint-Denis) présentent les prévalences les plus élevées et supérieures à la moyenne régionale, pour les deux catégories d'âges. Il conviendrait d'approfondir ces données mais certains éléments d'explications peuvent résider dans les nuisances environnementales plus fréquentes parmi les populations moins favorisées et ses conséquences sur la santé, notamment en termes de maladies respiratoires [11].

Figure 10. Corpulence des collégiens de 11-15 ans en Île-de-France et en France métropolitaine en 2018 (en %)



Source : enquête EnClass-HBSC 2018, exploitation régionale Inserm/EHESP/OFDT

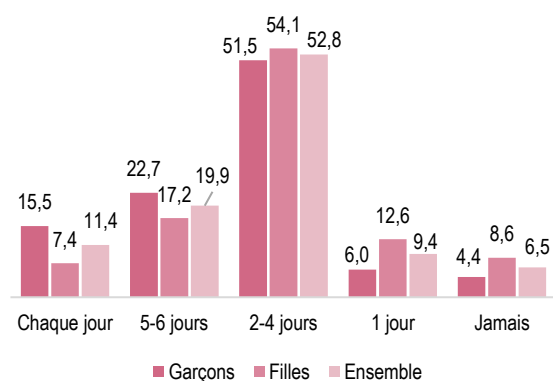
Figure 11. Surcharge pondérale* chez les jeunes de 17 ans dans les départements d'Île-de-France (en %)



Source : Escapad 2017, OFDT 2017

* Surpoids et obésité, seuils

Figure 12. Activité physique chez les collégiens de 11-15 ans en Île-de-France, 2018 (en %)



Source : enquête EnClass-HBSC 2018, exploitation régionale Inserm/EHESP/OFDT

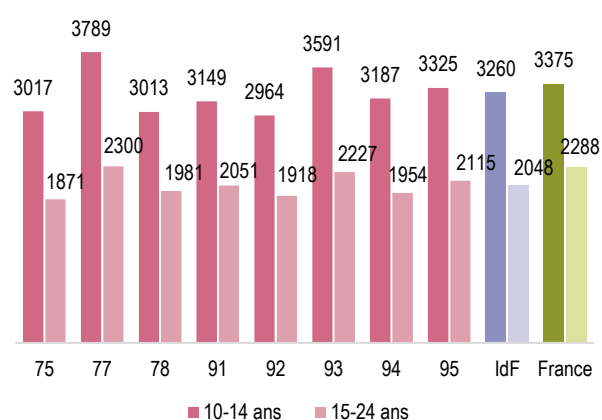
Classification de la corpulence

Indice de masse corporelle (IMC) = poids en kg / (taille en m)².

L'IMC a été classé selon les seuils de corpulence des références internationales de l'*International Obesity task Force* (IOTF) les plus récentes, établies en fonction du sexe et de l'âge des élèves en mois (calculé à partir de la date de passation des questionnaires et des déclarations des élèves sur leur mois et années de naissance).

A 18 ans, les seuils sont les suivants : Insuffisance pondérale : IMC <18,5 ; surpoids : 25<=IMC <30 ; obésité IMC >=30.

Figure 13. Prévalence des maladies respiratoires chroniques* (hors mucoviscidose) en 2019 chez les jeunes de 10-14 ans et 15-24 ans, taux pour 100 000



Source : SNDS, cartographie des pathologies Cnam G8 pour 2019, exploitation ORS Île-de-France

* ALD, hospitalisations, médicaments

PERSPECTIVES

Poursuivre les programmes de développement des compétences psycho-sociales, permettant une amélioration de la santé mentale et une diminution des consommations de produits psychoactifs

En termes de santé mentale des adolescents, il est essentiel de développer des interventions en amont des comportements suicidaires. Le renforcement des compétences psycho-sociales (CPS) permet notamment d'augmenter la résilience et d'accroître l'estime de soi ce qui améliore les relations interpersonnelles. Leur développement est préconisé dans de nombreux plans et mis en œuvre dans les territoires [12]. Outre leur impact prometteur sur la santé mentale, les CPS ont des effets reconnus comme probants pour la prévention des conduites addictives. Un programme américain, le Good Behavior Game (GBG) a montré son efficacité sur la santé mentale mais aussi sur la consommation des substances psychoactives, en particulier chez les garçons. Les actions passent aussi par les campagnes de prévention, incitant les jeunes à parler de leur mal-être, auprès de professionnels, de numéros tels que « Fil Santé Jeunes », d'autant plus que l'épidémie de Covid-19 a accentué la souffrance psychique. Outre ces différents programmes, il est important d'accroître l'accès aux professionnels de santé pour les jeunes. Un dispositif tel que Monpsy [13], qui propose aux jeunes une aide financière pour des séances chez des psychologues, devrait être poursuivi et étendu. Développer la formation des professionnels sur la santé mentale des adolescents, mais aussi le travail en réseau, sera plus efficace pour repérer les jeunes en souffrance et proposer des solutions adaptées. Il est également important de retarder l'initiation des jeunes aux produits psychoactifs et de poursuivre la prévention des usages de produits psychoactifs, afin que les expérimentations ne deviennent pas des usages réguliers ou intenses [6,12].

Encourager l'activité physique afin d'atteindre les recommandations de l'OMS

L'OMS recommande pour les adolescents la pratique en moyenne de 60 minutes d'activité physique aérobique d'intensité modérée par jour [13]. Chez les adolescents, l'activité physique est bénéfique à plusieurs niveaux : meilleure forme physique (fonction cardiorespiratoire et musculaire) santé cardio-métabolique, état osseux, résultats cognitifs (rendements scolaires, fonction exécutive), santé mentale (symptômes dépressifs réduits) et adiposité réduite. Aussi, est-il important de promouvoir l'activité physique quelle qu'elle soit, mais qu'elle soit agréable, variée, adaptée à l'âge des jeunes et aux aptitudes. L'activité physique est aussi indispensable pour lutter contre la sédentarité accrue du fait du développement de l'usage des écrans et pour améliorer le sommeil chez les jeunes. Une attention particulière est à porter aux jeunes filles, dont la pratique reste inférieure à celle des garçons et diminue très vite avec l'avancée en âge (voir fiche surpoids et obésité du présent document).

Prendre en compte les vulnérabilités et les inégalités sociales

Dans toutes les actions, un enjeu majeur est de prendre en compte les vulnérabilités, pour toucher les jeunes sortis du système scolaire ou vivant des situations familiales difficiles. Les indicateurs de santé sont moins bons pour les jeunes

vivant dans des territoires moins favorisés, comme les départements de la Seine-Saint-Denis, du Val-d'Oise ou de la Seine-et-Marne, ou dans des familles socialement moins favorisées (familles aux revenus moins élevés par exemple), comme l'avait montré notamment une étude francilienne [9]. De nombreuses actions de prévention ont lieu en milieu scolaire, auprès d'une population dite « captive ». Il faut continuer à les développer. Mais il est aussi important de prévoir des dispositifs pour les jeunes sortis du système scolaire, par exemple par le biais des associations sportives, des missions locales, du monde du travail ou encore des professionnels de premier recours, comme le médecin généraliste.

Développer les connaissances et disposer de données régionales récentes et infra-régionales

Les enquêtes en population adolescente telles que Escapad et EnClass sont des sources précieuses d'information sur les comportements des adolescents d'âge « collègue » et « lycée ». L'enquête Escapad permet aussi de recueillir des données chez les jeunes sortis du système scolaire, pour lesquels il est plus difficile de disposer d'informations par ailleurs. Des exploitations régionales sont à développer, afin notamment de mesurer les évolutions des comportements dans les différents champs que sont les addictions, la santé mentale, les pratiques alimentaires, l'activité physique, la sédentarité, la surcharge pondérale.

En termes de santé mentale, poursuivre la recherche en psychiatrie afin d'améliorer le diagnostic et la prise en charge, est aussi important, tant certaines maladies sont difficiles à diagnostiquer, voire à prendre en charge, par exemple la dépression chez l'adolescent, les troubles du comportement alimentaire, l'anorexie [12].

Tabado : Un exemple de programme de prévention du tabagisme dans les lycées professionnels et centres de formation des apprentis :

Tabado est un programme coordonné par l'Institut national du cancer (INCa) qui accompagne de façon personnalisée les jeunes en CFA, en lycée professionnels et en maisons rurales familiales vers l'arrêt du tabac. Il se déroule pendant les heures de cours entre les murs de plus de 200 établissements scolaires participants, partout en France. Efficace, gratuit et motivant, Tabado a fait ses preuves avec deux fois plus d'arrêts constatés dans les établissements le proposant.

D'abord expérimenté en 2007-2009 par l'équipe Apemac de l'Université de Lorraine et des professionnels de santé du CHRU de Nancy dans trois CFA lorrains, une publication des résultats dans la revue BMC Public Health démontre l'efficacité du programme. En 2017, il a été étendu, pour test, dans 5 lycées professionnels en Île-de-France (mise en œuvre par la ligue contre le cancer de Paris, sur un financement de l'INCa). En 2018, l'INCa, soutenu par le Fonds de lutte contre le tabac, décide de déployer le programme auprès de 61 établissements (CFA, lycées professionnels et maisons familiales rurales), avec une évaluation externe sur 2 ans. En 2019-2022, un déploiement national est effectif, avec 60 000 élèves sensibilisés dans 142 établissements.

Le programme Tabado se déroule en trois étapes :

1. Une séance d'information collective en classe auprès des fumeurs et non-fumeurs sur les effets du tabac et les moyens qui existent pour arrêter de fumer.
2. Une ou plusieurs consultation(s) individuelle(s) pour les fumeurs volontaires avec des professionnels de santé
3. Des ateliers en petits groupes (motivationnels) pour aider les fumeurs inscrits à ne pas craquer, à rester motivés et à s'entraider.

Toutes les informations sont consultables sur le site www.tabado.fr

Références

- [1] OMS. Santé des adolescents et des jeunes adultes [internet]. Disponible : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>
- [2] Rapports régionaux de l'enquête EnClass 2018. Disponible : <https://www.ehesp.fr/2022/09/07/sante-et-bien-etre-des-collegiens-en-france-13-rapports-regionaux-de-l-enquete-enclass-sont-en-ligne/>
- [3] Maïza-Houot J, Embersin-Kyprianou C. La santé des jeunes franciliens. Résultats du Baromètre de santé publique France 2016, Observatoire régional de santé Île-de-France, 2019. (Focus santé en Île-de-France)
- [4] Spilka S, Le Nézet O, Janssen E, Brissot A, Philippon A, Shas J, Chyderiotis S. Les drogues à 17 ans : analyse de l'enquête ESCAPAD 2017. Tendances n°123, Observatoire français des drogues et des tendances addictives, février 2018.
- [5] Spilka S (dir). Escapad, 20 ans d'observation des usages à l'adolescence. OFDT, mars 2022.
- [6] Le Borgès E, Quatremère G, Andler R, Arwidson P, Nguyen-Thanh V, Spilka S et Obradovic I. Consommation de substances psychoactives chez les jeunes en France et dans certains pays à revenus élevés. État des lieux des modes et niveaux de consommation, et facteurs associés [internet]. Santé publique France, 2019. Disponible : www.santepubliquefrance.fr
- [7] Résultats de l'enquête EnClass 2018. Disponible : <https://www.ehesp.fr/2021/01/13/sante-et-bien-etre-des-adolescents-en-france-les-nouveaux-resultats-de-l-enquete-enclass-sont-en-ligne/>
- [8] Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité pour la Ligue contre l'Obésité, Nouvelle édition de l'étude Obépi-Roche menée depuis 1997. Disponible : <https://www.sraenutrition.fr/wp-content/uploads/2021/08/Enquete-epidemiologique-sur-le-surpoids-et-lobesite-Odoxa-x-Obepi.pdf>
- [9] Embersin-Kyprianou C. Les jeunes en situation de vulnérabilité. Approche socio-territoriale des indicateurs de santé. Observatoire régional de santé Île-de-France, 2020. (Focus santé en Île-de-France)
- [10] OMS. Lignes directrices de l'activité physique et la sédentarité : en un coup d'œil (WHO guidelines on physical and sedentary behaviour : at a glance), Organisation mondiale de la santé, 2020. Disponible : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/337003/9789240014862-fre.pdf>
- [11] Deguen S, Desfontaines V, Soret J, Stahl M, Talantikite W, Vandentorren S, et al. Pauvreté des enfants et pollution de l'air : de l'injustice sociale dans l'air. Unicef, RAC; 2021.
- [12] Bec E. Promouvoir la santé mentale des adolescents dans une société en crise. État des lieux, diagnostic, repérage et pistes d'orientation. Dossier de connaissances. Creai ORS Occitanie, DRAPPS Occitanie, 2022-11, 110p.
- [13] République française. Information sur le dispositif Monpsy [internet]. 2022. Disponible : <https://monparcourspsy.sante.gouv.fr/>



La santé des personnes âgées	149
Démographie et conditions de vie	150
Perte d'autonomie fonctionnelle	152
Chutes et maladies neuro-dégénératives	154
Soins palliatifs	156

Démographie et conditions de vie

LES POINTS ESSENTIELS

- ▶ Demain, les très âgés seront de plus en plus nombreux, notamment en grande couronne,
- ▶ Le niveau de vie des personnes âgées devrait diminuer à l'avenir avec des inégalités entre les générations et entre les hommes et les femmes,
- ▶ La vie en couple aux âges élevés devrait devenir de plus en plus fréquente,
- ▶ Ces transformations démographiques et sociales, déjà à l'œuvre, doivent être considérées par les pouvoirs publics pour fournir des réponses adaptées.

ENJEUX

En 2020, près de 1,9 million de Franciliens sont âgés de 65 ans ou plus (soit 15 % de la population totale). La population âgée n'est pas un tout homogène. Plusieurs générations la constituent et ces générations ont des niveaux d'instruction différents, des niveaux de vie différents, des histoires conjugales et professionnelles différentes... La population âgée d'aujourd'hui n'est plus celle d'hier et celle de demain sera encore différente.

SITUATION ACTUELLE ET EVOLUTION

Les très âgés de plus en plus nombreux

En 2030, on comptera 2,3 millions de Franciliens âgés de plus de 65 ans, ce qui représentera 18 % de la population totale. En 2020, les filles de moins de 15 ans représentent une part plus importante que les femmes de plus de 65 ans ; en 2030, ce sera l'inverse (tableau 1). Les gains d'espérance de vie marqués aux âges très élevés et l'avancée en âge des générations du baby-boom vont se répercuter sur l'évolution du nombre de 75-84 ans entre 2020 et 2030, puis des 85 ans et plus entre 2030 et 2040. Le nombre de Franciliens de plus de 85 ans va presque doubler d'ici 2040. Cette hausse sera particulièrement importante en grande couronne (figure 1).

Le niveau de vie devrait diminuer

Les personnes âgées sont de plus en plus diplômées [1], ce phénomène devrait s'intensifier avec l'arrivée des nouvelles générations. Les personnes âgées bénéficient d'un niveau de vie moyen légèrement supérieur à celui de l'ensemble de la population (tableau 2) et sont moins nombreuses en situation de pauvreté (7 % des Franciliens de 70 ans ou plus contre 15 % des 40-49 ans selon le fichier Fidéli 2019 de l'Insee). Mais depuis 2018, le niveau de vie des personnes âgées diminue et cette baisse devrait se poursuivre à long terme pour revenir progressivement au niveau des années 1980 [2].

Il existe des inégalités de niveaux de vie selon les générations : il est maximal chez les 60 à 74 ans, plus faible chez les plus âgés. En effet, les générations les plus anciennes vivent plus souvent seules (veuvage), ont des retraites plus faibles, car moins diplômées, avec des carrières moins complètes. Les écarts de pensions entre les hommes et les femmes sont également importants du fait de carrières féminines moins favorables, de temps partiel et de rémunérations inférieures [2]. Cependant, ces écarts se résorbent aux âges très élevés avec la pension de réversion.

Davantage de vie en couple ?

En 2019, en Île-de-France, une majorité des 80 ans ou plus vit à domicile seul (44 %) ou en couple (39 %) ; une minorité vit en institution (11 %) (figure 2). Des contrastes forts sont observés entre Paris (plus de vie à domicile mais isolée), la Seine-et-Marne (davantage de vie en institution), les Yvelines et l'Essonne (davantage de vie en couple), la Seine-Saint-Denis (légèrement plus de cohabitation avec d'autres personnes). Toutefois, la situation conjugale des personnes âgées devrait évoluer dans les années à venir. Les femmes vieilliront davantage en couple du fait d'un recul très marqué du veuvage (baisse de la mortalité des hommes) : en 2030, en France, 21 % des femmes dépendantes de 85 ans et plus vivront en couple contre 8 % en 2000 [3]. Les hommes pourront davantage être confrontés au rôle d'aidant. On peut également s'attendre à ce que les couples doublement dépendants deviennent de plus en plus nombreux. En parallèle, la cohabitation multigénérationnelle (avec enfants) a nettement diminué au cours des dernières décennies [4], du fait notamment de l'amélioration du niveau de vie des personnes âgées leur permettant de maintenir une autonomie financière et résidentielle. Ce fort recul s'accompagne d'une part plus importante de vie en couple, chez les hommes, mais d'un isolement résidentiel plus fréquent chez les femmes. Enfin, la part de personnes âgées vivant en institution reste stable dans le temps [4]. Les personnes âgées devraient ainsi continuer à vivre majoritairement chez elles en France et en Île-de-France.

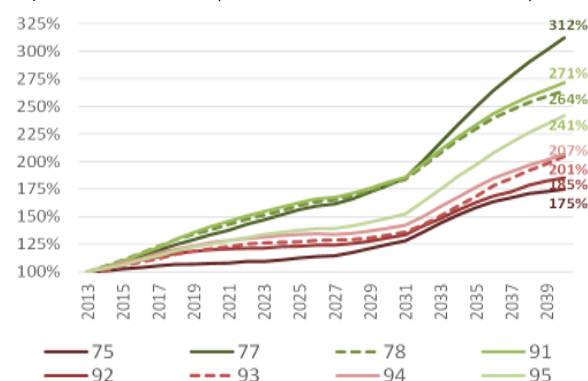
PERSPECTIVES

Ces transformations démographiques, socio-économiques et de modes de vie de la population âgée vont très certainement impacter leur état de santé et leur qualité de vie. Le défi sera de répondre à ces besoins en santé et perte d'autonomie grandissant auprès de personnes âgées de plus en plus diplômées, dans un contexte de précarisation de leur situation économique, revendiquant encore plus leur autonomie résidentielle et leur désir de s'impliquer dans leur communauté. Pour que la majorité des personnes âgées continuent à vivre à domicile, il faudra que la disponibilité de l'environnement familial (premier pourvoyeur d'aides), le montant des aides publiques à destination des personnes âgées et des proches aidants, l'adaptation des logements au déclin fonctionnel des personnes âgées ainsi que l'offre en services de santé et de support aux personnes âgées (comme le portage des repas ou l'aide-ménagère) dans les territoires le permettent.

Tableau 1. Répartition de la population francilienne par groupe d'âges en 2020 et 2030, selon le sexe (en %)

Classe d'âge (ans)	2020		2030	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
0-14	20,8 %	18,7 %	19,9 %	17,9 %
15-64	65,6 %	64,3 %	64,1 %	62,8 %
65 +	13,6 %	17,0 %	16,0 %	19,4 %
85 +	1,6 %	3,2 %	2,1 %	3,4 %

Source : Projections de population calculées dans Sagot et al [5]

Figure 1. Evolution du nombre de personnes de 85 ans ou plus par département d'ici 2040 (scénario central, base 100 en 2013)

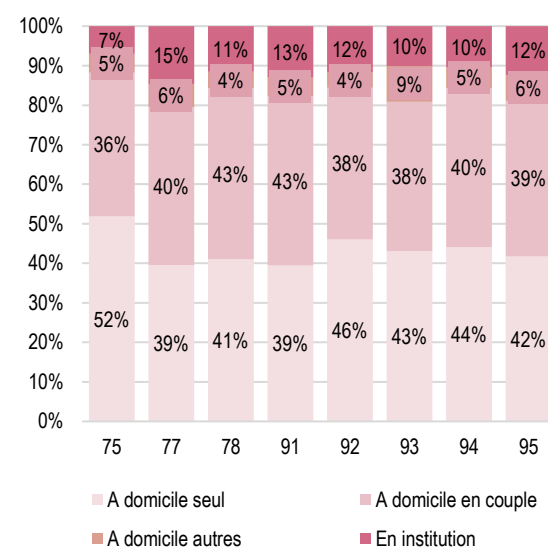
Source : Projections de population calculées dans Sagot et al [5]

Note : 75 (Paris), 77 (Seine-et-Marne), 78 (Yvelines), 91 (Essonne), 92 (Hauts-de-Seine), 93 (Seine-Saint-Denis), 94 (Val-de-Marne), 95 (Val d'Oise)

Tableau 2. Niveau de vie médian selon l'âge du référent fiscal du ménage en 2019 (en Euros)

	Ensemble	60-74 ans	75 ans ou plus
Paris	28 570	27 590	29 570
Seine-et-Marne	23 590	25 680	24 290
Yvelines	26 970	29 170	28 370
Essonne	24 010	27 060	26 650
Hauts-de-Seine	28 310	27 730	27 940
Seine-Saint-Denis	18 070	19 970	20 650
Val-de-Marne	23 060	24 940	24 810
Val-d'Oise	22 220	24 650	24 140

Sources : Insee-DGFiP-Cnaf-Cnav-CCMSA, Fichier localisé social et fiscal, 2019.

Figure 2. Répartition des Franciliens de 80 ans ou plus selon leur mode de résidence en 2019

Source : Insee RP 2019

Références

- [1] Bonnet C, Cambois E, Fontaine R. Dynamiques, enjeux démographiques et socioéconomiques du vieillissement dans les pays à longévité élevée. *Population*. 2021;76(2):225-325.
- [2] Conseil d'orientation des retraites. Evolutions et perspectives des retraites en France : Rapport annuel du COR - Juin 2021. 2021.
- [3] Bonnet C, Cambois E, Cases C, Gaymu J. La dépendance : aujourd'hui l'affaire des femmes, demain davantage celle des hommes ? *Population & Sociétés*. 2011;483(10):1-4.
- [4] Trabut L, Gaymu J. Habiter seul ou avec des proches après 85 ans en France : de fortes disparités selon les départements. *Population & Sociétés*. 2016;539(11):1-4.
- [5] Sagot M, Louchart P, Laborde C. Impact du vieillissement sur le recours à l'APA en Île-de-France : Enjeux départementaux à l'horizon 2040.

Perte d'autonomie fonctionnelle

LES POINTS ESSENTIELS

- ▶ Près de 40 % des Franciliens âgés de 60 ans ou plus se disent restreints dans leurs activités du quotidien,
- ▶ Près de 60 % des personnes âgées sévèrement dépendantes vivent à domicile,
- ▶ En 2040, plus 123 % de personnes âgées sévèrement dépendantes en Seine-et-Marne,
- ▶ Les enjeux sont doubles : (1) répondre aux besoins futurs des personnes âgées en situation de dépendance avec une offre en services de santé et de support aux personnes âgées à domicile adaptée ; (2) réduire l'ampleur de la dépendance.

ENJEUX

Avec l'avancée en âge, l'état de santé se dégrade, les maladies chroniques deviennent plus fréquentes et peuvent occasionner des difficultés à réaliser des activités du quotidien (comme faire les courses seul, préparer ses repas seul, voire se laver seul...). L'enjeu des politiques publiques est certes de répondre aux besoins de soins et d'aides de la population vieillissante, mais il s'agit également de prévenir la perte d'autonomie fonctionnelle pour réduire les dépenses associées à la dépendance et permettre aux personnes âgées de continuer à avoir un rôle dans leurs communautés.

SITUATION ACTUELLE ET EVOLUTION

37 % des Franciliens de 60 ans ou plus sont restreints dans leurs activités du quotidien

En 2021, 43 % des Franciliens âgés de 60 ans ou plus se perçoivent en mauvais état de santé, 60 % ont des maladies chroniques et 37 % rapportent des difficultés pour réaliser les activités du quotidien ; pour 13 % ces difficultés sont sévères et nécessitent très certainement l'aide d'une tierce personne (Baromètre santé 2021). Outre l'âge, plusieurs facteurs de risque de la perte d'autonomie sont aujourd'hui bien identifiés. Les femmes, les catégories sociales défavorisées (peu diplômées, faibles revenus) ont davantage de risque d'être restreintes sévèrement dans leurs activités. Le surrisque féminin s'explique par deux phénomènes : les femmes vivent plus longtemps, elles sont donc en moyenne plus âgées que les hommes et donc plus à risque d'être en perte d'autonomie fonctionnelle ; elles sont davantage touchées par des maladies fortement invalidantes et non létales (comme l'arthrose ou l'hypertension) ou les troubles mentaux [1].

En Île-de-France, les inégalités territoriales face à la perte d'autonomie sont marquées [2]. En 2021, à partir des données du Baromètre santé 2021, on observe des contrastes face aux restrictions d'activité avec l'Essonne et le Val-d'Oise (beaucoup de restrictions d'activités modérées), la Seine-et-Marne (beaucoup de restrictions sévères déclarées), les Hauts-de-Seine et les Yvelines (moins de déclaration de restrictions sévères) (figure 1).

Combien sont sévèrement dépendants ?

En 2020, plus de 134 000 Franciliens âgés de 60 ans ou plus perçoivent l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), qui est une aide perçue par les personnes âgées en situation de dépendance sévère. C'est une situation qui se concentre dans les dernières années de vie : à 60 ans, on peut espérer vivre encore 25,6 années, dont 2,4 en tant que bénéficiaire de l'APA

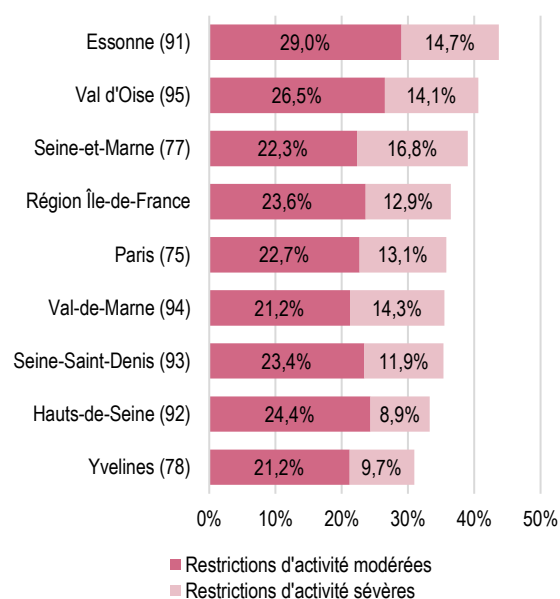
(1,4 à domicile et 1 en établissement) [3]. Les bénéficiaires de l'APA vivent davantage à domicile (61 %), c'est particulièrement le cas en Seine-Saint-Denis (73 %) (tableau 1). Ces contrastes entre départements peuvent s'expliquer par des différences en matière d'offre d'hébergement, de services à domicile, de proximité et de disponibilité de l'entourage, mais aussi de niveau de ressources socio-économiques des personnes. Ce sont à la fois les catégories les plus favorisées et les plus défavorisées qui vont vivre davantage à domicile et avoir moins recours aux institutions. Pour les catégories favorisées, il semble que cette modalité soit davantage choisie avec un accès à un grand choix de modes de prise en charge payants ; à l'inverse, les catégories défavorisées semblent davantage condamnées à rester à domicile (car l'institution présente des coûts trop élevés) et solliciter l'aide de leur entourage leur permet de réduire les coûts de leur prise en charge [4].

Demain, combien de personnes âgées sévèrement dépendantes ?

En 2040, l'Île-de-France compterait entre 179 000 et 281 000 bénéficiaires de l'APA, selon les scénarios extrêmes, et plus vraisemblablement autour de 217 000 dans le scénario central [5]. Les recours à l'APA devraient progresser davantage en grande couronne qu'au centre de la région, avec une hausse entre 2013 et 2040 estimée à + 123 % en Seine-et-Marne (figure 2). Toutefois, le nombre anticipé de bénéficiaires de l'APA pourrait s'avérer plus faible que dans les projections actuelles. En effet, la part de bénéficiaires a baissé ces dix dernières années en France et en Île-de-France, notamment par une amélioration de l'état de santé de la population âgée [3]. Faute de recul temporel, cette tendance doit être considérée avec prudence. Quoiqu'il en soit, les personnes âgées sévèrement dépendantes seront à l'avenir de plus en plus nombreuses.

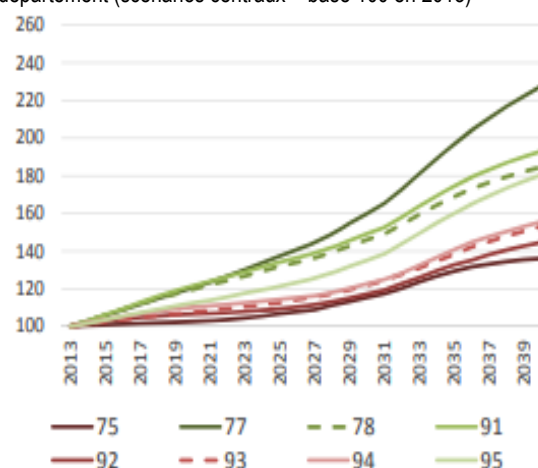
PERSPECTIVES

Face au nombre croissant de personnes âgées dépendantes, plusieurs réponses doivent être apportées : (1) ajuster l'offre en services de support à domicile, le nombre de places en institution, le montant des aides publiques pour permettre aux personnes âgées de vieillir là où elles le souhaitent ; (2) réduire l'ampleur de la dépendance en préservant l'état fonctionnel des personnes âgées (activité physique...) et en favorisant l'autonomie des personnes par un cadre de vie adapté (logement, quartier).

Figure 1. Part de personnes âgées déclarant des restrictions d'activités selon le niveau de sévérité, Île-de-France

Champ : 1157 personnes âgées de 60 ans et plus et résidant en Île-de-France

Source : Santé publique France, Baromètre santé 2021

Figure 2. Projections des bénéficiaires de l'APA d'ici 2040 par département (scénarios centraux – base 100 en 2013)

Source : Figure extraite de Sagot, Louchart et Laborde (2017) [3]

Tableau 1. Nombre de bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) selon le lieu de vie, au 31 décembre 2020

Département	Nombre de bénéficiaires APA			% à domicile
	A domicile	En établissement	Total	
Paris (75)	15 175	8 416	23 591	64,3 %
Seine-et-Marne (77)	10 186	5 242	15 428	66,0 %
Yvelines (78)	6 765	6 079	12 844	52,7 %
Essonne (91)	6 584	6 096	12 680	51,9 %
Hauts-de-Seine (92)	8 250	8 707	16 957	48,7 %
Seine-Saint-Denis (93)	16 348	6 042	22 390	73,0 %
Val-de-Marne (94)	11 815	6 558	18 373	64,3 %
Val-d'Oise (95)	7 155	4 739	11 894	60,2 %
Total estimé Île-de-France	82 278	51 879	134 157	61,3 %
Total estimé France métropolitaine	752 310	532 516	1 284 826	58,6 %

Source : Drees, Enquête Aide sociale, 2020.

Références

- [1] Kingston A, Davies K, Collerton J, Robinson L, Duncan R, Bond J, et al. The contribution of diseases to the male-female disability-survival paradox in the very old: results from the Newcastle 85+ study. PloS One. 2014 ;9(2): e88016.
- [2] Laborde C, Tissot Y, Trigano L. Incapacité et dépendance des personnes âgées : près de 170 000 Franciliens en perte d'autonomie. 2017.
- [3] Aubert P. Allocation personnalisée d'autonomie : la part de l'espérance de vie passée en tant que bénéficiaire diminue depuis 2010. Etudes Résultats Drees. 2021.
- [4] Carrère A, Jusot F. Modes de prise en charge de la perte d'autonomie : l'offre contraint-elle les choix des personnes âgées ? Rev Économique. 2020 ;71(6) :1069-99.
- [5] Sagot M, Louchart P, Laborde C. Impact du vieillissement sur le recours à l'APA en Île-de-France : Enjeux départementaux à

Chutes et maladies neuro-dégénératives

LES POINTS ESSENTIELS

- ▶ Les chutes et les maladies neuro-dégénératives sont des causes majeures d'invalidité, d'hospitalisation, d'institutionnalisation voire de décès,
- ▶ Les chutes peuvent conduire à l'hospitalisation ou au décès, induire des conséquences psychologiques et restreindre progressivement les activités physiques et sociales de la personne âgée,
- ▶ La maladie d'Alzheimer touche 17 % des Franciliens de 90 ans ou plus.

ENJEUX

Les chutes et les maladies neuro-dégénératives sont certes deux événements distincts, mais elles concernent toutes deux une partie importante de la population âgée et sont des causes majeures d'invalidité, d'hospitalisation, d'institutionnalisation voire de décès. Du fait du vieillissement de la population, leur prévalence pourrait augmenter dans les années à venir.

SITUATION ACTUELLE ET EVOLUTIONS

Les chutes, facteur d'invalidité des personnes âgées

On estime qu'une personne de plus de 65 ans sur trois et la moitié des plus de 80 ans vivant à domicile vont tomber au moins une fois dans l'année. Chuter peut avoir des conséquences physiques graves conduisant à une hospitalisation, une entrée en institution, et éventuellement au décès. En Île-de-France, en 2019, 19 645 hospitalisations et 854 décès en moyenne seraient imputables aux chutes de personnes âgées de 60 ans ou plus (soit 4 % des hospitalisations et 1 % des décès). Les taux standardisés d'hospitalisation pour chutes ont augmenté au cours des cinq dernières années, en particulier dans le Val-de-Marne, en Seine-Saint-Denis et à Paris (tableau 1). Mais la Seine-et-Marne présente toujours un taux plus important que les autres départements. Les décès par chutes semblent également avoir augmenté légèrement entre les périodes 2008-2012 et 2013-2017. Cette hausse est particulièrement marquée à Paris qui présente aujourd'hui le taux de décès par chute le plus important, avec les Hauts-de-Seine et le Val-de-Marne.

Une chute peut aussi avoir des conséquences psychologiques. Elle peut augmenter la peur de tomber et favoriser l'immobilité, puis réduire la force musculaire et l'équilibre et finalement, augmenter le risque de nouvelles chutes. Ainsi, parmi les personnes qui vont tomber, la moitié vont tomber plusieurs fois. Les chutes peuvent ainsi conduire les personnes âgées à restreindre leurs activités physiques ou sociales et à progressivement s'isoler socialement [1].

La plupart des chutes des personnes âgées se passent à domicile, pendant la journée (près de 80 %), au cours d'activités simples de la vie quotidienne, comme la toilette ou la marche (Enquête ChuPADom 2018). Elles peuvent être occasionnées par la présence de tapis ou de fils électriques, un agencement de meubles peu pratique... Elles sont plus fréquentes chez les plus âgées et chez les femmes [2] : en Île-de-France, les

hospitalisations suite à une chute sont un peu plus élevées chez les femmes de 80 ans ou plus (9,5 %) que chez les hommes (6,3 %). Avoir des problèmes cognitifs, de l'hypertension ou des problèmes de vue [3], une maladie cardiovasculaire ou cérébrovasculaire, mais aussi prendre certains médicaments (psychotropes, somnifères, antihypertenseurs) sont des facteurs favorisant la chute de la personne âgée [4].

Des maladies neurodégénératives fréquentes

Les maladies neurodégénératives sont des maladies chroniques qui vont progressivement toucher le système nerveux central et détériorer graduellement les capacités sociales et physiques de la personne. En 2019, on estime que 69 825 Franciliens âgés de 60 ans ou plus auraient une maladie d'Alzheimer, 41 362 d'autres démences, 33 056 une maladie de Parkinson et 5 159 seraient atteints d'une sclérose en plaques. L'âge est un facteur de risque majeur pour les maladies neurodégénératives, notamment la maladie d'Alzheimer qui, en Île-de-France, touche moins de 1 % des 60-74 ans et 13 % des 85 ans ou plus (tableau 2). Il n'y a pas de différence notable entre les départements franciliens (tableau 3). Toutefois, la prévalence d'Alzheimer aux âges très élevés (pour les 90 ans ou plus) est plus faible dans les Yvelines et en Seine-Saint-Denis (aux alentours de 15 %) et légèrement plus élevée en Essonne (19 %).

PERSPECTIVES

En raison du vieillissement des territoires franciliens et en l'absence de traitements curatifs ou préventifs, le nombre de personnes atteintes de maladies neurodégénératives va continuer de croître dans les prochaines décennies. Outre la nécessité de continuer à développer et d'ajuster les offres de soins et de supports aux personnes âgées à domicile et en institution, il sera également essentiel de développer des interventions auprès des proches aidants pour alléger leur fardeau et améliorer leur santé physique et mentale (comme des interventions visant à augmenter le niveau de connaissances, d'activité physique et de support social des proches aidants, mais aussi faciliter leur usage de structures de répit) [5]. Le risque de chutes, et les conséquences physiques graves, pourraient être réduites notamment en travaillant avec les personnes âgées et les familles sur l'activité physique des personnes âgées et l'aménagement de leur logement.

Tableau 1. Hospitalisations et décès par chutes pour les personnes âgées, par département, Île-de-France

Département	Hospitalisations pour chutes				Décès par chutes		
	2019		2015		2013-2017		2008-2012
	N (80 ans+)	% sur les hospitalisations totales (80 ans+)	Taux standardisés* 60 ans + (sur 100 000)	Taux standardisés* 60 ans + (sur 100 000)	N 80 ans + (moy/an)	Taux standardisés* 80 ans + (sur 100 000)	Taux standardisés* 80 ans + (sur 100 000)
Paris	3 045	12,5 %	712	548	155,8	143	104
Seine-et-Mame	2 261	19,2 %	1 131	991	66,2	126	122
Yvelines	1 403	10,1 %	576	491	81,6	124	110
Essonne	1 816	14,9 %	887	766	67,4	126	105
Hauts-de-Seine	1 746	10,5 %	601	497	108,8	140	118
Seine-Saint-Denis	843	8,2 %	454	306	56,4	109	104
Val-de-Marne	1 582	11,6 %	685	481	86,8	138	121
Val d'Oise	761	8,2 %	446	380	53,4	119	103
Île-de-France	13 457	12,0 %	689	555	676,4	131	111
France métro.	141 742	16,8 %	1 038	840	6 082,6	158	130

* Standardisation sur âge : Population française, Insee, RP 2016

Source : SNDS, PMSI-MCO 2019 et 2015

Tableau 2. Prévalence estimée de maladies neuro-dégénératives par groupes d'âge, Île-de-France, 2019

	Alzheimer		Autres démences		Parkinson		Sclérose en plaques	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
60-74 ans	6 507	0,4 %	5 598	0,3 %	10 910	0,7 %	4 109	0,2 %
75-84 ans	20 844	3,7 %	11 646	2,1 %	12 796	2,3 %	814	0,1 %
85 ans+	42 474	13,2 %	24 118	7,5 %	9 350	2,9 %	236	0,1 %
60 ans+	69 825	2,7 %	41 362	1,6 %	33 056	1,3 %	5 159	0,2 %

Source : Cartographie des pathologies de l'Assurance Maladie. Pour plus d'informations : <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/par-theme/pathologies/cartographie-assurance-maladie/methode-cartographie-pathologies-depenses-assurance-maladie>**Tableau 3.** Prévalence estimée de maladies neuro-dégénératives pour les 90 ans ou plus, par département, Île-de-France, 2019

90 ans ou plus	Alzheimer	Autres démences	Parkinson
Paris (75)	17,7 %	9,8 %	2,8 %
Seine-et-Mame (77)	18,6 %	9,6 %	2,5 %
Yvelines (78)	14,8 %	10,4 %	2,5 %
Essonne (91)	19,2 %	10,8 %	2,5 %
Hauts-de-Seine (92)	16,2 %	10,9 %	2,6 %
Seine-Saint-Denis (93)	15,3 %	10,2 %	2,0 %
Val-de-Marne (94)	18,3 %	10,0 %	2,5 %
Val d'Oise (95)	16,5 %	10,5 %	2,6 %
Île-de-France	17,1 %	10,3 %	2,6 %

Source : Cartographie des pathologies de l'Assurance Maladie

Références

- [1] Ang GC, Low SL, How CH. Approach to falls among the elderly in the community. Singapore Med J. 2020;61: 116–121. doi:10.11622/smedj.2020029
- [2] Donald IP, Bulpitt CJ. The prognosis of falls in elderly people living at home. Age Ageing. 1999;28: 121–125. doi:10.1093/ageing/28.2.121
- [3] Smith A de A, Silva AO, Rodrigues RAP, Moreira MASP, Nogueira J de A, Tura LFR. Assessment of risk of falls in elderly living at home. Rev Lat Am Enfermagem. 2017;25: e2754. doi:10.1590/1518-8345.0671.2754
- [4] Voermans N, Snijders A, Schoon Y, Bloem B. Why old people fall (and how to stop them). Pract Neurol. 2007;7: 158–171. doi:10.1136/jnnp.2007.120980
- [5] Bigossi F, Laborde C. Santé des proches aidants et interventions en santé publique. Focus Santé - IDF. oct 2020;40.

Soins palliatifs

LES POINTS ESSENTIELS

- ▶ Les soins palliatifs (SP) peuvent être dispensés à tout stade de la maladie, mais les données de mortalité nous permettent d'estimer seulement les besoins en fin de vie,
- ▶ Entre 61 % et 79 % des Franciliens décédés auraient eu besoin de SP ; parmi eux, 43 % ont bénéficié de SP hospitaliers (dispensables à l'hôpital ou à domicile, via l'hospitalisation à domicile) et 75 % sont décédés à l'hôpital,
- ▶ L'absence d'informations sur les SP dispensés par la médecine de ville ne permet pas un diagnostic complet de la prise en charge des besoins en SP et des inégalités face à leur recours.

ENJEUX

Les soins palliatifs (SP) sont les soins prodigués aux personnes atteintes d'une maladie grave ou en fin de vie. Ils ont pour objectif d'améliorer la qualité de vie des patients et de leur famille en prévenant et en soulageant leurs souffrances physiques, psychologiques, sociales ou spirituelles. En France, très peu de données sont disponibles sur les besoins en SP, leurs modalités de dispensation ou encore sur le lieu de fin de vie des patients. Or quantifier et qualifier les besoins en SP, évaluer leur prise en charge est essentiel pour la provision et la planification de ces services.

SITUATION ACTUELLE ET EVOLUTION

Plus de 6 Franciliens décédés sur 10 auraient eu besoin de SP

En Île-de-France, entre 61 % et 79 % des décès auraient nécessité une prise en charge globale en SP (figure 1) [1]. Ces estimations sont proches du niveau national [2] et quelle que soit la méthode retenue pour les quantifier, les besoins en SP s'avèrent importants. Sur l'ensemble des décès avec besoin de SP, 31 % présenteraient une fin de vie avec une période de déclin rapide, typique des cancers ; 21 % connaîtraient des périodes de déclin graduel, typique des défaillances d'organes ; et 9 % des déclins longs, typiques des personnes âgées fragiles ou des personnes avec démences (carte 1). Près de la moitié des décès auraient nécessité une prise en charge de la douleur.

On observe des variations départementales face aux besoins de prise en charge globale en SP (figure 2) : à structure d'âge égale, les besoins globaux apparaissent particulièrement accrus en Seine-et-Marne et dans le Val-d'Oise, ainsi que (dans une moindre mesure) en Essonne. Paris présente des besoins particulièrement bas au regard des autres départements.

Quelle prise en charge hospitalière ?

Sur l'ensemble des personnes avec des besoins potentiels en SP, 43 % ont bénéficié de SP hospitaliers l'année précédant le décès. Ces soins peuvent être dispensés à l'hôpital ou encore à domicile, en EHPAD ou dans le cadre de l'Hospitalisation à domicile (HAD). Aujourd'hui, nous ne disposons pas de données sur les SP dispensés par le milieu libéral. On ne peut donc pas dire, parmi les 57 % restants, combien ont bénéficié de SP dispensés par des équipes libérales et combien n'en ont pas reçu du tout.

Les bénéficiaires de SP hospitaliers sont plus souvent jeunes et présentent une trajectoire de fin de vie typique des cancers

(comme observé dans d'autres pays) [1]. Les Franciliens avec des trajectoires de fin de vie typique de défaillances d'organe sont moins susceptibles de bénéficier de SP hospitaliers : ces pathologies pourraient être davantage prises en charge par la médecine de ville ; il est également possible que les défaillances d'organe soient détectées tardivement et que ces fins de vie bénéficient moins de SP. Disposer d'informations sur les SP dispensés par le milieu libéral nous permettrait de caractériser le niveau de prise en charge à domicile (que ce soit par l'HAD ou par la médecine de ville) et les facteurs d'inégalités dans l'accompagnement des personnes en fin de vie.

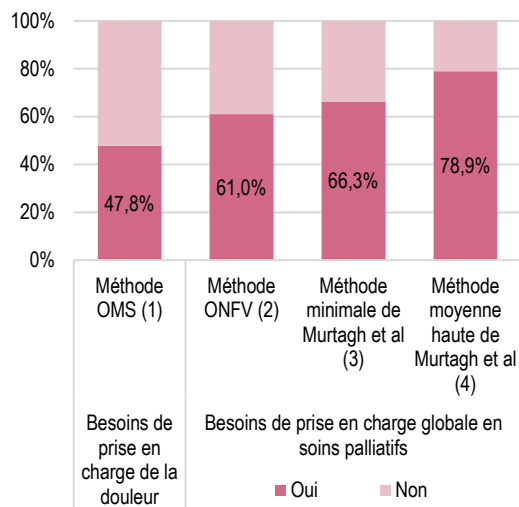
Une grande majorité de décès à l'hôpital

La majorité des personnes souhaitent passer leur fin de vie à domicile et décéder à domicile. Or, 75 % des décès (parmi ceux qui auraient besoin de SP) ont eu lieu à l'hôpital en 2015, 11 % à domicile et 11 % en institution. En Île-de-France, la probabilité de décéder à domicile est plus importante pour les personnes avec une fin de vie typique des défaillances d'organes, les personnes mariées et celles vivant dans les communes très favorisées. Existantes tout au long de la vie, les inégalités sociales sont également présentes sur le lieu de décès. Pourquoi les habitants des communes très favorisées seraient un peu plus nombreux, toutes choses égales par ailleurs, à décéder à domicile que les autres ? On peut supposer que de meilleures conditions de logement liées aux ressources financières plus élevées des individus mais aussi peut-être un meilleur accès aux spécialistes de SP et aux réseaux de SP à domicile facilitent une fin de vie à domicile dans les communes très favorisées.

PERSPECTIVES

Du fait du vieillissement de la population et du fardeau croissant des maladies chroniques à l'origine d'une demande de SP, un besoin accru de SP est attendu dans les années à venir. Les SP dispensés en milieu libéral nécessitent d'être mieux documentés pour mieux comprendre comment s'organise la prise en charge des SP dans les territoires. Le fort taux de décès à l'hôpital doit conduire les politiques publiques à questionner la capacité de l'offre libérale à proposer des soins médicaux et des supports sociaux adaptés à une fin de vie à domicile.

Figure 1. Estimations de la part des besoins potentiels en SP parmi les décès (%) en Île-de-France



Pour davantage d'informations sur les méthodes, consulter la publication sur les soins palliatifs de l'ORS Île-de-France [1]

- 1) Méthode proposée par l'Organisation Mondiale de la santé (OMS) et le Worldwide palliative care alliance (WPCA) [3] qui applique des estimations de prévalence de la douleur par pathologies à partir de revues de la littérature ;
- 2) Méthode développée par l'Observatoire national de la fin de vie (ONFV) en 2017, basée sur une liste de causes établie l'Institut national de santé publique du Québec. Seule la cause initiale de décès est considérée. Cette approche propose d'évaluer les besoins en soins palliatifs en classifiant les causes de décès selon trois trajectoires de fin de vie identifiées par Murray et al. [4] (fig. 2)
- 3) Méthode développée par Murtagh et al [5] au Royaume-Uni. Huit causes de décès spécifiques sont retenues (cancer, maladies cardiovasculaires, maladies respiratoires, rénales et maladies neurodégénératives). Dans l'estimation minimale, seule la cause principale de décès est retenue.
- 4) Méthode développée par Murtagh et al [5]. Ici la même liste de causes spécifiques est utilisée que pour l'estimation minimale ; mais sont considérées les causes de décès initiales ainsi que les causes associées.

Source : CépIdC-INSERM, OR2S, 2013-2015 (Moyenne sur un an), 15 ans +, Île-de-France

Carte 1. Besoins potentiels en soins palliatifs parmi les décès en Île-de-France, selon les EPCI/EPI (janvier 2019)
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)

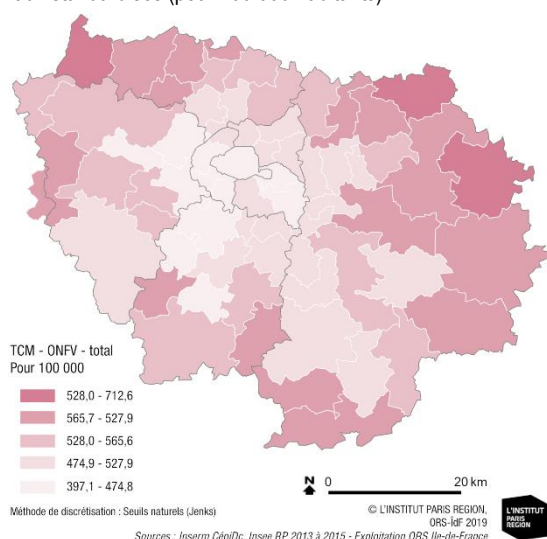
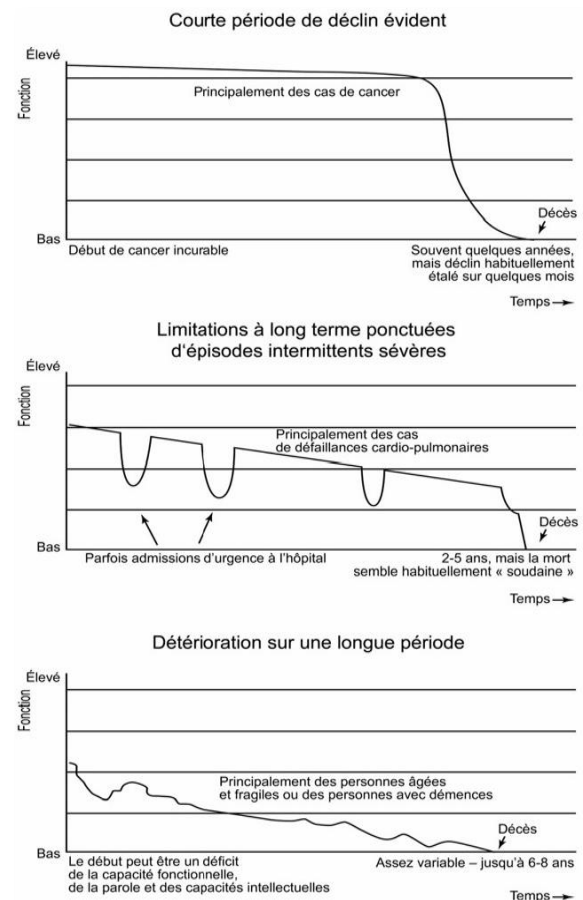


Figure 2. Les trois trajectoires de fin de vie



Source : Figure extraite du rapport publié par l'INSPQ [6] qui avait été adaptée et traduite de la publication scientifique de Murray [4]

Références

- [1] Maurice AC, Féron V, Laborde C. Soins palliatifs en Île-de-France. Institut Paris Région, Observatoire régional de santé Île-de-France; 2022.
- [2] Morin L, Aubry R, Frova L, MacLeod R, Wilson DM, Loucka M, et al. Estimating the need for palliative care at the population level: A cross-national study in 12 countries. *Palliat Med.* 2017;31: 526–536. doi:10.1177/0269216316671280
- [3] Connor S. (WPCA), Sepulveda M.-C. (WHO). Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. WPCA; 2014. Available: who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf
- [4] Murray SA, Kendall M, Boyd K, Sheikh A. Illness trajectories and palliative care. *BMJ.* 2005;330: 1007–1011. doi:10.1136/bmj.330.7498.1007
- [5] Murtagh FEM, Bausewein C, Verne J, Groeneveld EI, Kaloki YE, Higginson IJ. How many people need palliative care? A study developing and comparing methods for population-based estimates. *Palliat Med.* 2014;28: 49–58. doi:10.1177/0269216313489367
- [6] Institut national de santé publique du Québec. Soins palliatifs de fin de vie au Québec : définition et mesure d'indicateurs. Québec : Direction systèmes de soins et services, Institut national de santé publique du Québec; 2006.

7 . LES PATHOLOGIES ET ACCIDENTS



Les cancers	159
Cancers	160
Cancer du sein et cancer du col de l'utérus	162
Cancer colorectal	164
Cancer du poumon	166
Hémopathies malignes	168
 Les autres pathologies chroniques	 171
Maladies cardiovasculaires	172
Maladies respiratoires	178
Diabète	182
 Santé mentale	 188
 Les maladies infectieuses	 193
VIH	194
Infections sexuellement transmissibles	198
Variole du singe (Mpox)	202
Tuberculose	204
 Les accidents et traumatismes	 208

Cancers

LES POINTS ESSENTIELS

- ▶ Un poids de la morbi/mortalité par cancer important du fait de l'évolution démographique et du vieillissement mais une mortalité en diminution,
- ▶ Des inégalités territoriales face aux cancers toujours marquées au sein de la région,
- ▶ Des taux moins élevés de morbi/mortalité par cancer chez les femmes que chez les hommes,
- ▶ Pour les hommes, une situation plus favorable en Île-de-France qu'en France métropolitaine.

ENJEUX

Un nombre de cas important et en croissance du fait de l'évolution démographique et du vieillissement

On estime à 382 000 le nombre de nouveaux cas de cancers survenus en France métropolitaine en 2018 et à 157 400 le nombre de décès [1]. Si la mortalité par cancer rapportée à la population diminue depuis plusieurs décennies, le nombre de cas et de décès augmente du fait de l'accroissement de la population et de son vieillissement. De plus, au-delà de ces aspects démographiques et malgré les progrès réalisés en matière de soin ou de prévention, certains indicateurs restent préoccupants.

En Île-de-France, les cancers sont la première cause de décès. Ils comptent pour un décès sur trois chez les hommes et un décès sur quatre chez les femmes. Par ailleurs, 28 % de ces décès surviennent avant 65 ans, faisant des cancers la cause de mortalité prématurée de loin la plus fréquente, tant chez les hommes que chez les femmes [2].

SITUATION ACTUELLE ET EVOLUTION

Des inégalités territoriales toujours présentes en Île-de-France

Les dernières publications de Santé publique France, basées respectivement sur les données de 2007-2016 et 2007-2014, estiment à 54 041 le nombre de nouveaux cas de cancer survenant en Île-de-France chaque année et 21 536 décès. Par ailleurs, selon le Système national des données de santé (SNDS), en 2019, un total de 501 463 Franciliens était sous surveillance pour la survenue antérieure d'un cancer dont 219 918 sous surveillance active (traitements). 75 144 hommes étaient concernés par un cancer de la prostate (30 875 cancers actifs), 124 338 femmes par un cancer du sein (39 148 cancers actifs), 51 032 personnes par un cancer colorectal (20 741 actifs) et 22 986 par un cancer du poumon (14 360 actifs) [3].

Chez les femmes, l'incidence et la mortalité sont équivalentes à celles de la France métropolitaine mais des départements se distinguent : les Yvelines, en sous-mortalité par rapport à l'Île-de-France, la Seine-et-Marne et le Val-d'Oise en surmortalité (figure 1). En Seine-Saint-Denis, un contraste est observé entre une incidence plutôt favorable et une mortalité plutôt défavorable, ce qui renvoie à la question du retard au diagnostic ou aux difficultés d'accès au système de soins.

Chez les hommes, l'incidence et la mortalité sont plus faibles qu'en France métropolitaine, mais au sein de la région des départements se distinguent : Paris, les Yvelines et les Hauts-de-

Seine en sous-mortalité par rapport à l'Île-de-France ; la Seine-et-Marne, la Seine-Saint-Denis et le Val-d'Oise en surmortalité.

Une mortalité en diminution

Les taux de mortalité par cancer ont diminué régulièrement en Île-de-France entre 1980 et 2016, passant de 452 à 256 pour 100 000 hommes et de 207 à 153 pour 100 000 femmes, soit une diminution de 1,5 % par an chez les hommes et de 0,8 % par an chez les femmes (figures 2 et 3) [4].

La comparaison avec la France métropolitaine est encourageante pour la région. Chez les hommes franciliens, si la mortalité par cancer était supérieure à celle de la France métropolitaine jusqu'en 1988, elle est inférieure depuis, et l'écart est de 10 % en 2016. Chez les Franciliennes, la mortalité était supérieure jusqu'en 2014, elle est inférieure depuis, avec un écart favorable de 2 %. Quant à la mortalité prématurée par cancer chez la femme, elle devient inférieure à celle de France métropolitaine dès 2006 (figure 4).

PERSPECTIVES

Une feuille de route 2022-2025 réalisée pour la région Île-de-France

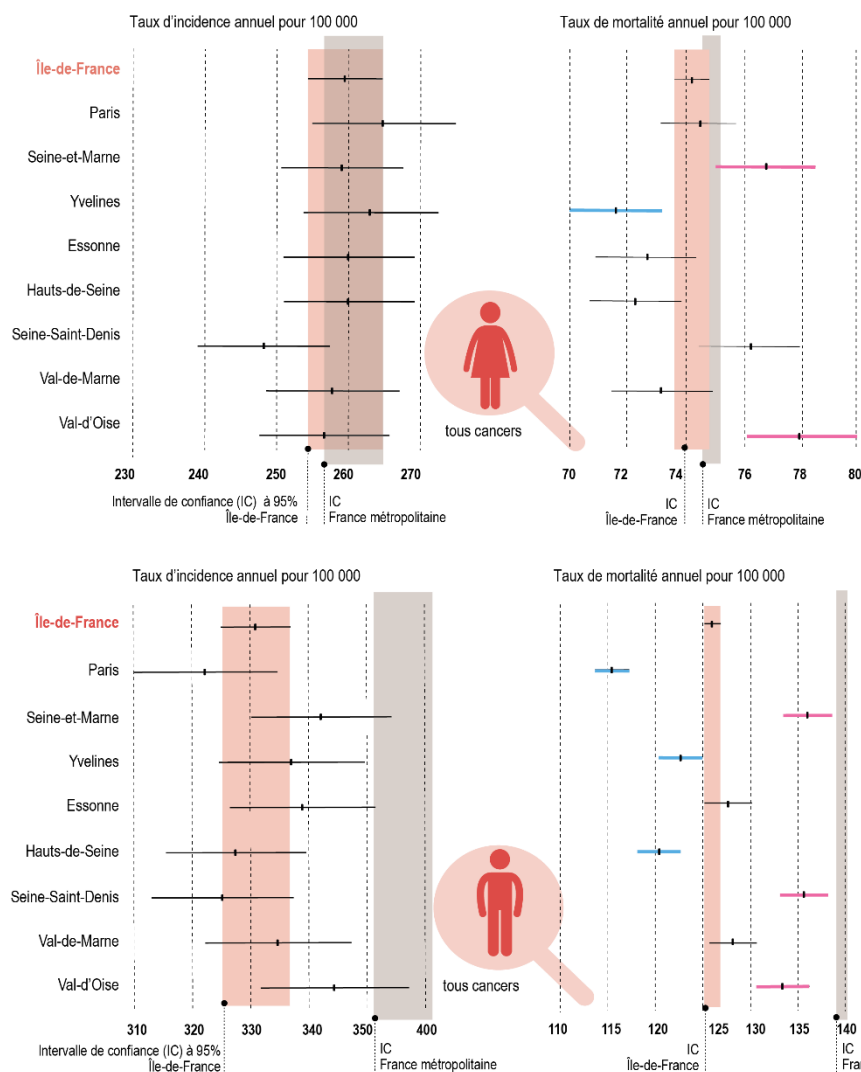
L'ARS Île-de-France a décliné la stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030 par une feuille de route 2022-2025 [5].

Celle-ci s'articule autour des quatre axes suivants :

- Réduire les facteurs de risque ;
- Développer les dépistages organisés des cancers ;
- S'inscrire dans la continuité des actions des plans précédents sur les champs de la qualité et organisation des prises en charge ;
- S'assurer que les progrès bénéficient à tous.

Elle est en miroir avec les grands constats évoqués dans ce chapitre : des facteurs de risque pouvant être diminués, un recours aux dépistages à améliorer, des territoires pour lesquels les prises en charge sont à améliorer.

Agir en prévention contre le cancer c'est également agir contre d'autres grandes pathologies : en effet, la diminution de facteurs de risque majeurs de cancers comme le tabac, l'alcool, la nutrition ou l'inactivité physique, bénéficiera à la réduction d'autres grandes pathologies (maladies cardio-vasculaires). Il en est de même de la réduction des inégalités d'accès au système de soins.

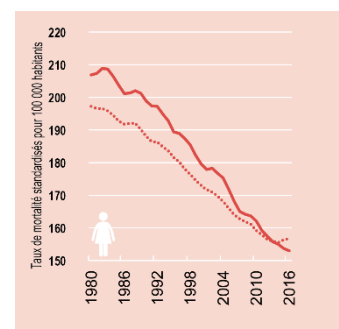
Figure 1. Taux d'incidence et de mortalité par cancers en Île-de-France et ses départements chez les femmes et les hommes

Légende : Une surmortalité significative par rapport à l'Île-de-France est marquée en rose ; une sous-mortalité significative est marquée en bleu.

Source : Mathieu P, Lepoutre A, Cariou M, et al. Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par cancers en France, 2007-2016. Île-de-France. Santé publique France, 2019. Exploitation ORS Île-de-France

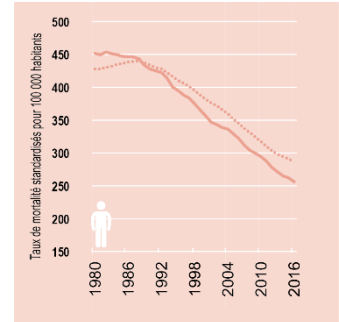
Références

- [1] Defossez G, Le Guyader-Peyrou S, et al. Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018. Étude à partir des registres des cancers du réseau France. Résultats préliminaires. Saint-Maurice : Santé publique France, 2019.
- [2] Inserm. Cépidc. Interrogation des données sur les causes de décès de 1980 à 2016. Disponible à partir de l'URL : <http://cepidc-data.inserm.fr/inserm/html/index2.htm>, accédé le mars 2020.
- [3] Interrogation du SNDS, ORS Île-de-France, avril 2022.
- [4] Base de données OR2S, interrogée le 13/04/2022
- [5] ARS Île-de-France. Stratégie décennale de lutte contre les cancers. Feuille de route 2022 – 2032, Île-de-France. 2022.

Figure 2. Evolution des taux standardisés de mortalité par cancers chez les femmes

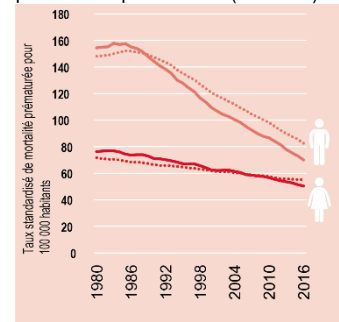
Île-de-France France métropolitaine
Femmes

Source : Inserm/Cépidc, OR2S, interrogé en avril 2022, données 1979-2017, exploitation ORS Île-de-France, standardisation France 2006

Figure 3. Evolution des taux standardisés de mortalité par cancers chez les hommes

Île-de-France France métropolitaine
Hommes

Source : Inserm/Cépidc, OR2S, interrogé en avril 2022, données 1979-2017, exploitation ORS Île-de-France, standardisation France 2006

Figure 4. Evolution des taux standardisés de mortalité prématurée par cancers (< 65 ans)

Île-de-France France métropolitaine
Femmes
Hommes

Source : Inserm/Cépidc, OR2S, interrogé en avril 2022, données 1979-2017, exploitation ORS Île-de-France, standardisation France 2006

Cancer du sein et cancer du col de l'utérus

LES POINTS ESSENTIELS

- ▶ Deux localisations de cancers en sur-incidence dans la région par rapport à la France métropolitaine,
- ▶ 37 % des cancers du sein attribuables au mode de vie ou à l'environnement,
- ▶ Le cancer du col de l'utérus évitable par une vaccination contre le papillomavirus.

CANCER DU SEIN

ENJEUX

Le cancer le plus fréquent chez la femme mais dont le pronostic s'est beaucoup amélioré

La survie des femmes atteintes de cancer du sein s'est notablement améliorée. En effet, la survie nette à cinq ans est estimée à 88 % pour les cas diagnostiqués en 2005-2010. Elle était de 81 % pour ceux diagnostiqués en 1989-2013 [1]. Les facteurs de risque principaux sont les caractéristiques de la « vie reproductive » (âge tardif au premier enfant, faible nombre d'enfants, absence d'allaitement) ; certaines caractéristiques du mode de vie (consommation de tabac et alcool, surpoids et obésité, inactivité physique) et des facteurs de risque professionnels (rayonnements ionisants, travail de nuit) [2].

37 % des cancers du sein attribuables au mode de vie ou à l'environnement

Cette donnée calculée à l'échelle nationale illustre l'importance de la prévention [3].

SITUATION ACTUELLE ET EVOLUTION

Des taux élevés en Île-de-France et des inégalités territoriales

Les dernières publications de Santé publique France estiment à 9 440 le nombre de nouveaux cas de cancer du sein chez la femme survenant en Île-de-France chaque année, et à 1 862 les décès [4]. Par ailleurs, selon le Système national des données de santé (SNDS), en 2019, un total de 124 338 Franciliennes était sous surveillance pour la survenue antérieure d'un cancer du sein dont 39 148 sous surveillance active (traitements) [5]. Par rapport à la France métropolitaine, une sur-incidence de 6 % et une surmortalité de 4 % sont observées dans la région. La sur-incidence est de 15 % à Paris et la surmortalité de 9 % en Seine-et-Marne [4]. Le contraste entre une incidence plutôt favorable et une mortalité plutôt défavorable observé en Seine-Saint-Denis pour l'ensemble des cancers apparaît figure 1.

Une mortalité en diminution

La mortalité par cancer du sein chez la femme augmente jusqu'en 1993 et diminue depuis, tant en Île-de-France qu'en France métropolitaine (figure 2). Elle est supérieure chez les Franciliennes sur l'ensemble de la période, mais l'écart diminue depuis 1998 passant de 10 % à cette date à 2 % en 2016 [6]. Chez les moins de 65 ans, les indicateurs sont stables sur la période 1982-1997 avec des valeurs supérieures en Île-de-France. Puis les taux diminuent et à partir de 2003, ils sont quasiment identiques sur les deux territoires (figure 3).

CANCER DU COL DE L'UTERUS

ENJEUX

Une prévention possible

L'infection par le papillomavirus est le facteur de risque du cancer du col de l'utérus le plus important. L'éradication de l'exposition à ce virus permettrait de supprimer la quasi-totalité des cas et sa prévalence est plus élevée dans les territoires défavorisés [7]. La survie nette à cinq ans est estimée à 64 % [1]. Pour améliorer la prévention de ce cancer, un dépistage organisé a été mis en place en 2019 sur l'ensemble du territoire.

SITUATION ACTUELLE ET EVOLUTION

Une incidence un peu plus élevée en Île-de-France

Un total de 584 nouveaux cas annuels est estimé chez les femmes d'Île-de-France pour la période 2007-2016 [4] (figure 1). La mortalité sur les seuls cancers du col de l'utérus n'est pas disponible. En effet, la qualité des certificats de décès ne permet pas de distinguer les cancers du col, des cancers du corps de l'utérus, et donc de déduire un nombre de décès spécifique.

Le cancer du col de l'utérus étant relativement peu fréquent, les estimations par département sont associées à de larges incertitudes statistiques (intervalles de confiance). Après lissage géographique, on observe toutefois que l'incidence est plus élevée de 5 % en Île-de-France qu'en France métropolitaine [4].

PERSPECTIVES GLOBALES

Des marges de progrès sont possibles sur la prévention primaire de ces deux types de cancer touchant les femmes ; pour le cancer du sein, par la diminution de la consommation d'alcool et de tabac, par une alimentation variée et équilibrée, par un maintien d'une activité physique régulière ; pour le cancer du col, par la vaccination contre le papillomavirus. Introduit dans le calendrier vaccinal pour les filles depuis 2007, celui-ci est encore très peu pratiqué (23,7 % des filles de 16 ans en 2018) [8], et la Haute Autorité de Santé s'est prononcée pour un élargissement de la vaccination aux garçons [9] (voir fiche vaccination).

L'amélioration du dépistage est également une voie à développer (voir fiche dépistage).

¹. Ces éléments sont basés sur des calculs de rapports standardisés de mortalité et d'incidence (données non présentées).

Figure 1. Taux d'incidence et de mortalité par cancer du sein et taux d'incidence du cancer du col l'utérus chez la femme en Île-de-France et dans ses départements

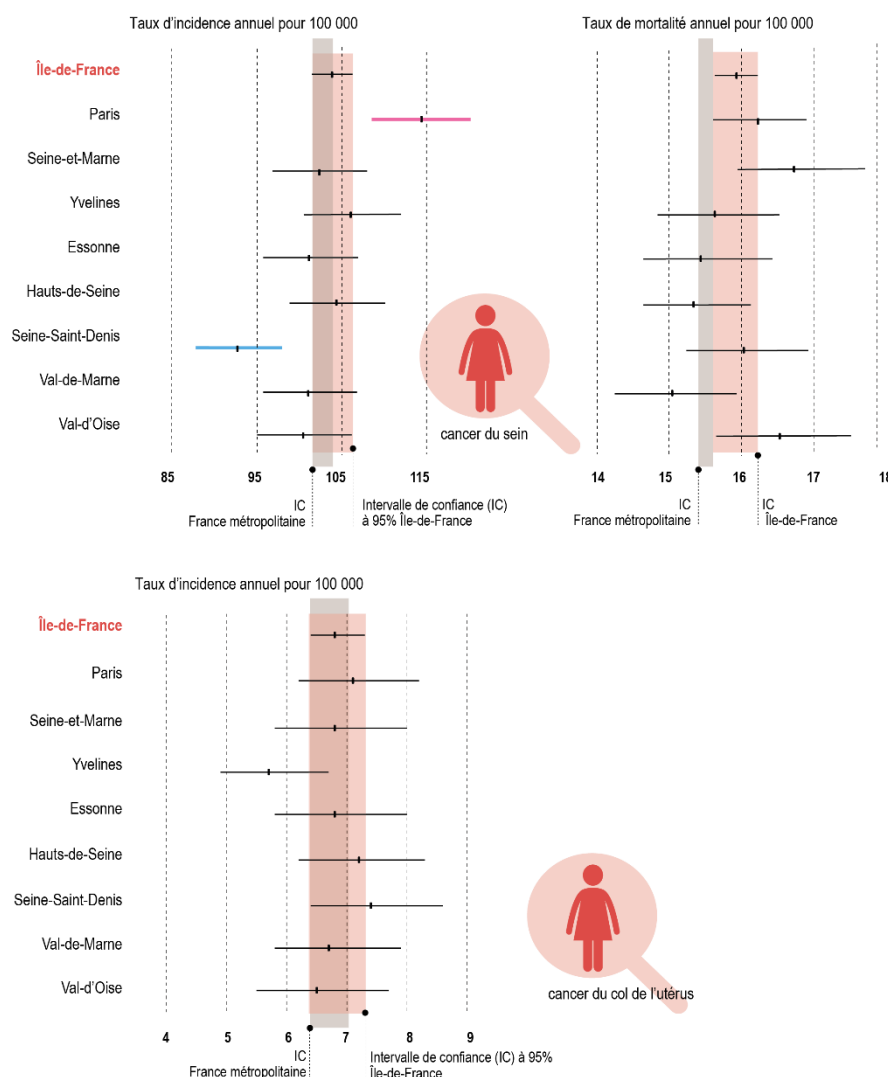
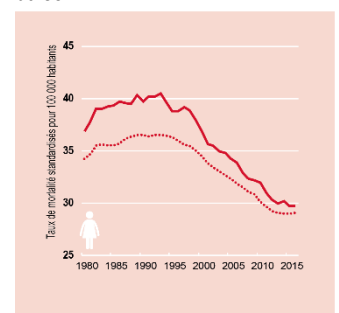


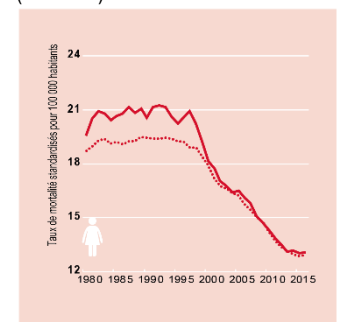
Figure 2. Evolution des taux standardisés de mortalité par cancer du sein



Île-de-France France métropolitaine
Femmes

Source : Inserm/CépiDC, OR2S, interrogé en avril 2022, données 1979-2017, exploitation ORS Île-de-France, standardisation France 2006

Figure 3. Evolution des taux standardisés de mortalité prématurée par cancer du sein (< 65 ans)



Île-de-France France métropolitaine
Femmes

Source : Inserm/CépiDC, OR2S, interrogé en avril 2022, données 1979-2017, exploitation ORS Île-de-France, standardisation France 2006

Légende : Une surmortalité significative par rapport à l'Île-de-France est marquée en rose ; une sous-mortalité significative est marquée en bleu.

Source : Mathieu P, Lepoutre A, Cariou M, et al. Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par cancers en France, 2007-2016. Île-de-France. Saint-Maurice : Santé publique France, 2019. Exploitation ORS Île-de-France

Références

- [1] Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine, 1989–2013. Tumeurs solides. INVS. 2016
- [2] Wild CP, Weiderpass E, Stewart BW. World Cancer Report: Cancer Research for Cancer Prevention. IARC.2020.
- [3] IARC. Les cancers attribuables au mode de vie et à l'environnement en France métropolitaine. 2018
- [4] Mathieu P, Lepoutre A, et al. Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par cancers en France, 2007-2016. Île-de-France. Saint-Maurice : Santé publique France, 2019.
- [5] SNDS, interrogation ORS Île-de-France, décembre 2022
- [6] Base de données OR2S, interrogation ORS Île-de-France, avril 2022
- [7] Akinlotan, M, Bolin JN, et al. Cervical cancer screening barriers and risk factor knowledge among uninsured women. Journal of Community Health. 2017 ;42(4), 770-778.
- [8] Fonteneau L, Barret AS, Lévy-Bruhl D. Evolution de la couverture vaccinale du vaccin contre le papillomavirus en France – 2008-2018. Numéro thématique - Prévention du cancer du col de l'utérus. Bull Epidemiol Hebdo. 2019;(22-23):424-30.
- [9] Haut Conseil de la Santé publique. Recommandation vaccinale. Élargissement de la vaccination contre les papillomavirus aux garçons. Décembre 2019.

Cancer colorectal

LES POINTS ESSENTIELS

- ▶ Un cancer évitable par le dépistage régulier de polypes,
- ▶ 56 % des cancers colorectaux chez l'homme, 40 % chez la femme, attribuables au mode de vie ou à l'environnement,
- ▶ La lutte contre les principaux facteurs de risque, alcool, surpoids et tabac, à renforcer,
- ▶ Une situation favorable en Île-de-France mais des inégalités territoriales.

ENJEUX

Un cancer encore trop fréquent, précédé par des anomalies histologiques que l'on peut détecter

Chez l'homme, ce type de cancer est le troisième tant en incidence qu'en mortalité ; chez la femme, c'est le deuxième en incidence et le troisième en mortalité [1]. La détection de polypes colorectaux et leur exérèse permettent de prévenir la survenue de ce cancer. La survie nette à cinq ans est estimée à 63 % pour les cancers du côlon diagnostiqués en 2005-2010 (62 % pour les cancers du rectum). Elle était de 54 % pour ceux diagnostiqués en 1989-2013 (52 % pour les cancers du rectum) [2].

Si les facteurs de risque principaux sont les facteurs familiaux, le mode de vie est également en cause : tabagisme, consommation d'alcool, de viande rouge ou d'aliments ultra-transformés, faible consommation de fibres alimentaires ainsi qu'obésité, diabète et sédentarité [3].

56 % des cancers colorectaux chez l'homme attribuables au mode de vie ou à l'environnement, 40 % chez la femme

Ces résultats, valables à l'échelle de la France métropolitaine, peuvent être transposés à l'Île-de-France, les expositions principales en cause étant du même ordre de grandeur sur les deux territoires. L'alcool, le surpoids et le tabac contribuent respectivement pour 21 %, 14 % et 8 % chez l'homme et moitié moins chez la femme ; l'alimentation pour 24 % chez l'homme et 21 % chez la femme [3].

SITUATION ACTUELLE ET EVOLUTION

Des taux plutôt favorables en Île-de-France mais des inégalités territoriales

Les dernières publications de Santé publique France, qui portent sur les années 2007-2016, estiment à 5 935 le nombre de nouveaux cas de cancer colorectaux survenant en Île-de-France chaque année, 3 090 chez les hommes et 2 845 chez les femmes. Pour les décès, ces chiffres sont de 1 122 chez les hommes et 1 110 chez les femmes (2007-2014) [4]. Par ailleurs, selon le Système national des données de santé (SNDS), en 2019, un total de 51 032 Franciliens étaient sous surveillance pour la survenue antérieure d'un cancer colorectal, dont 20 741 sous surveillance active (traitements) [5].

Chez la femme, l'incidence francilienne est équivalente à celle de France métropolitaine mais une sous-mortalité régionale est observée, présente notamment à Paris et dans les Hauts-de-Seine (figure 1). Chez l'homme, incidence et mortalité sont inférieures à celles de la France métropolitaine mais la Seine-

Saint-Denis est en surmortalité par rapport à la région et Paris en sous-mortalité [4].

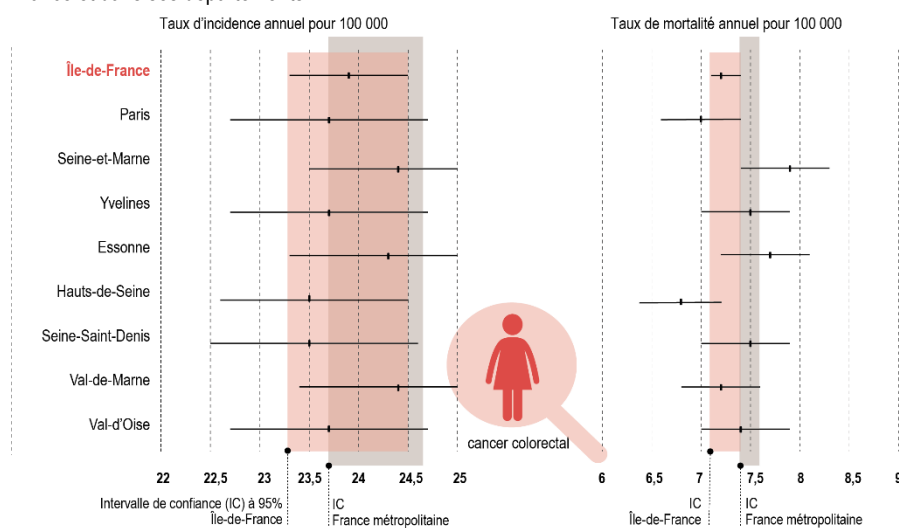
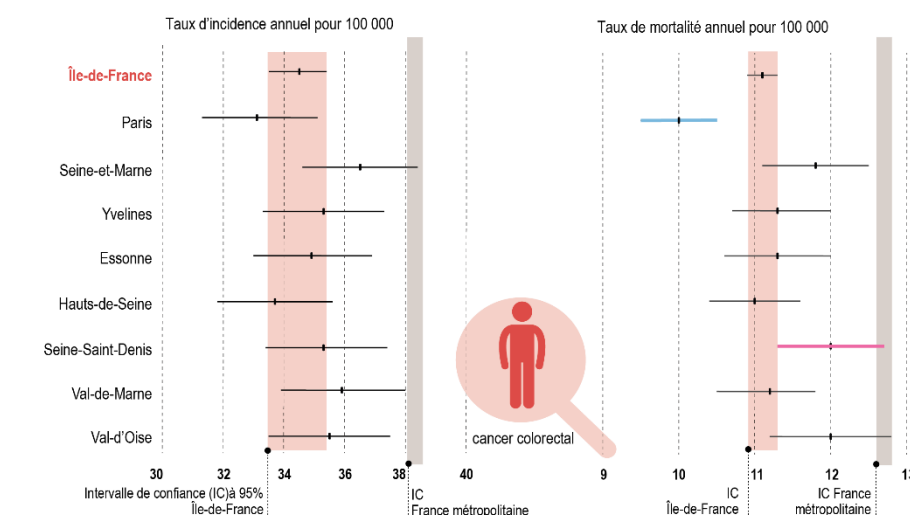
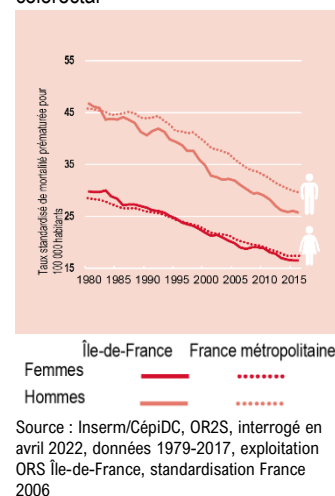
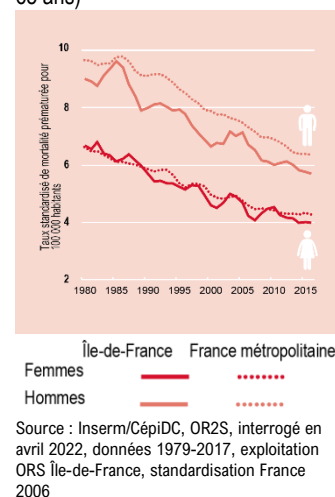
Une mortalité en diminution

La mortalité par cancer colorectal diminue sur l'ensemble de la période, tant chez les hommes que chez les femmes (figure 2). Chez les hommes franciliens, elle est inférieure à celle des métropolitains depuis 1983, avec un écart de 13 % en 2016. Chez les Franciliennes, elle ne devient inférieure qu'en 1996 et les écarts sont moindres : 1 % en 1996 et 5 % en 2014 [6]. La mortalité prématurée par cancer colorectal diminue également sur l'ensemble de la période, tant chez les hommes que chez les femmes (fig. 3). Chez les hommes franciliens, elle est inférieure à celle des métropolitains sur l'ensemble de la période, avec un écart autour de 11 % en 2016. Chez les femmes, les taux sont plus proches entre l'Île-de-France et la France métropolitaine mais un écart de 7 % est observé en 2016 en faveur de la région.

PERSPECTIVES

Des marges de progrès sont possibles tant sur la prévention primaire que sur le dépistage. Pour ce dernier, le protocole simplifié commence à montrer des effets positifs pour l'adhésion au dépistage organisé (voir fiche dépistage des cancers).

En termes de prévention primaire, l'application des grandes politiques de santé publique à mettre en œuvre ou à renforcer en matière d'alcool, de tabac et d'alimentation, devrait contribuer à l'amélioration des comportements favorables à la santé et continuer à porter ses fruits dans les prochaines décennies, prenant en compte le temps de latence entre l'exposition et l'apparition de la pathologie.

Figure 1. Taux d'incidence et de mortalité par cancer colorectal chez la femme et chez l'homme en Île-de-France et dans ses départements**Figure 2.** Evolution des taux standardisés de mortalité par cancer colorectal**Figure 3.** Evolution des taux standardisés de mortalité précoce par cancer colorectal (< 65 ans)

Légende : Une surmortalité significative par rapport à l'Île-de-France est marquée en rose ; une sous-mortalité significative est marquée en bleu.

Source : Mathieu P, Lepoutre A, Cariou M, et al. Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par cancers en France, 2007-2016. Île-de-France. Santé publique France, 2019. Exploitation ORS Île-de-France

Références

- [1] Defossez G, Le Guyader-Peyrou S, et al. Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018. Étude à partir des registres des cancers du réseau Francim. Volume 1 – Tumeurs solides. Santé publique France, 2019.
- [2] Cowppli-Bony A, Uhry Z, et al. Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine, 1989–2013. Partie 1– Tumeurs solides. Institut de veille sanitaire. 2016;274.
- [3] IARC, 2018. Les cancers attribuables au mode de vie et à l'environnement en France métropolitaine Centre international de recherche sur le cancer.
- [4] Mathieu P, Lepoutre A, et al. Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par cancers en France, 2007-2016. Île-de-France. Santé publique France, 2019.
- [5] SNDS, interrogation ORS Île-de-France, décembre 2022
- [6] Base de données OR2S, interrogation ORS Île-de-France, avril 2022

Cancer du poumon

LES POINTS ESSENTIELS

- ▶ Un cancer encore responsable de nombreux décès,
- ▶ Des taux d'incidence et de mortalité chez les hommes plus de deux fois ceux des femmes mais en diminution,
- ▶ Un taux de mortalité chez les femmes stable après une augmentation continue depuis 1980, une diminution de ce taux depuis 2013 chez les moins de 65 ans,
- ▶ Une vigilance à apporter : chez les femmes à Paris, chez les hommes en Seine-Saint-Denis, Seine-et-Marne et dans le Val-d'Oise.

ENJEUX

Un cancer encore trop fréquent et de mauvais pronostic

Chez l'homme, le cancer de la trachée, des bronches et du poumon est le deuxième en incidence et le premier en mortalité ; chez la femme, il est le troisième en incidence et le deuxième en mortalité [1]. La survie nette à cinq ans est de 18 % chez l'homme et 24 % chez la femme [2]. Le facteur de risque le plus important de survenue du cancer du poumon reste de loin le tabagisme. Toutefois de nombreuses substances chimiques ou minérales (amiante) sont aussi des cancérigènes avérés de cancer du poumon [3]. Les situations d'exposition à ces substances peuvent être professionnelles ou environnementales (pollution atmosphériques).

Le tabagisme, facteur de risque prédominant

88 % des cancers du poumon chez l'homme sont attribuables au tabac, 65 % chez la femme : ces résultats sur les cancers attribuables publiés par le Centre international de recherche sur le cancer [4], valables à l'échelle métropolitaine, peuvent être transposés à l'Île-de-France, en ordre de grandeur. L'alimentation (<300 g de fruits/jour) contribue quant à elle pour 10 % tant chez les hommes que chez les femmes, et les expositions professionnelles pour 22 % chez l'homme et 3 % chez la femme (mais probablement moins en Île-de-France où l'exposition aux cancérigènes professionnels est plus faible qu'ailleurs).

SITUATION ACTUELLE ET EVOLUTION

Un profil différent chez la femme et chez l'homme

Les dernières publications de Santé publique France, qui portent sur les années 2007-2016, estiment à 6 096 le nombre de nouveaux cas de cancer du poumon survenant en Île-de-France chaque année, soit 4 124 chez les hommes et 1 972 chez les femmes. Pour les décès, ces chiffres sont de 3 064 chez les hommes et de 1 337 chez les femmes (2007-2014) [5]. Par ailleurs, selon le Système national des données de santé (SNDS), en 2019, un total de 22 986 Franciliens était sous surveillance pour la survenue antérieure d'un cancer du poumon dont 14 360 sous surveillance active (c'est-à-dire en cours de traitements) [6].

Un profil différent entre hommes et femmes

Chez les femmes, l'incidence et la mortalité sont supérieures à celles de la France métropolitaine, respectivement de 12 % et 13 %. Ces différences sont respectivement de 32 % et 25 % à Paris (figure 1). Ces résultats s'expliquent par un tabagisme initié antérieurement chez les Franciliennes par rapport à l'ensemble des femmes de la France métropolitaine.

Chez les hommes, l'incidence et la mortalité sont inférieures de respectivement 6 % et 9 % à celles de la France métropolitaine (figure 1), et ceci est en cohérence avec une exposition aux facteurs de risque moindre en Île-de-France que dans les autres régions (expositions professionnelles et tabagisme passés). En Seine-Saint-Denis et dans le Val-d'Oise, les taux sont supérieurs à ceux de la région. Dans ces départements réside une population plus exposée aux substances cancérigènes [7]. En Seine-et-Marne, le contraste entre l'incidence, dans la moyenne régionale, et la mortalité, plus élevée, questionne sur des difficultés de détection précoce et d'accès aux soins.

Une évolution contrastée

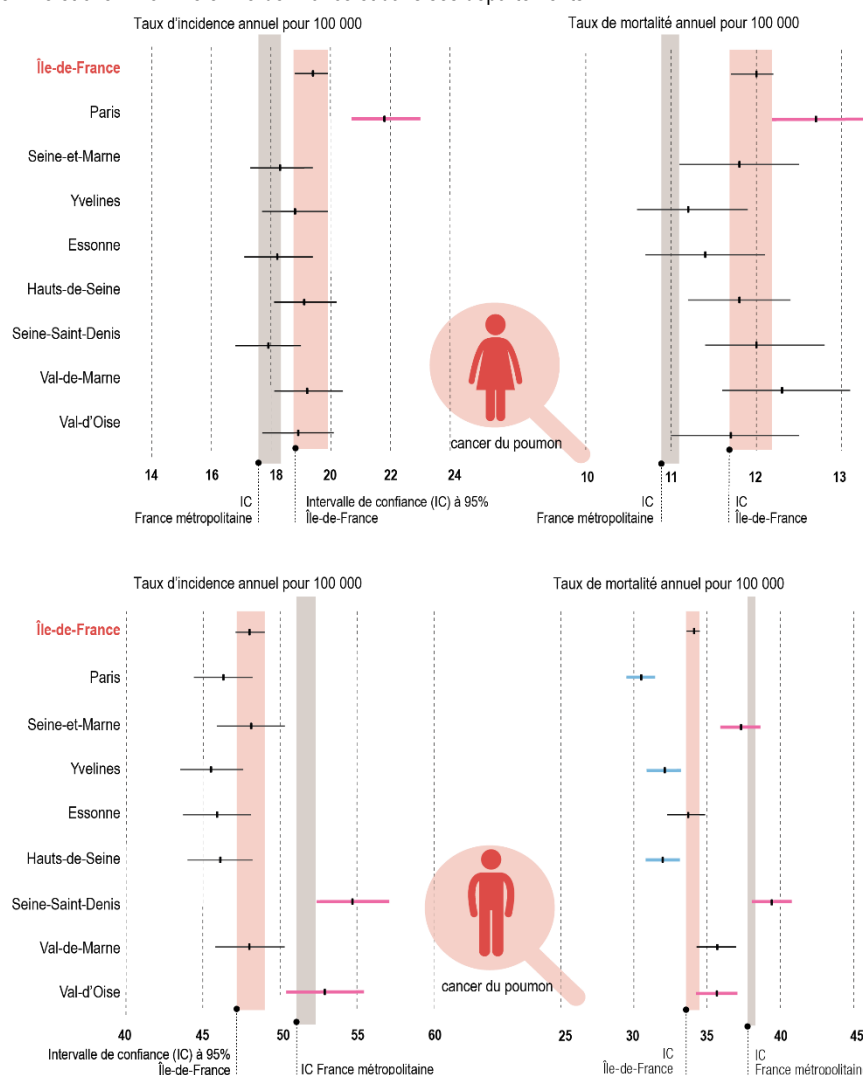
Chez les hommes, la mortalité par cancer du poumon augmente, en Île-de-France comme en France métropolitaine, pendant la décennie 1980 (figure 2). Un plateau est ensuite observé jusqu'en 1993 en Île-de-France et 1997 en France métropolitaine, puis les taux décroissent. Sur toute la période 1980-2016, la mortalité des Franciliens est moins élevée que celle des métropolitains. L'écart est de 12 % en 2016. Chez les femmes, la mortalité par cancer du poumon augmente, en Île-de-France comme en France métropolitaine, sur presque toute la période. Les taux des Franciliennes sont supérieurs à ceux des métropolitaines mais se rapprochent de la valeur métropolitaine pour devenir légèrement inférieure en 2016 (de 2 %).

Chez les hommes franciliens de moins de 65 ans, on observe une augmentation, un plateau, puis une diminution (figure 3). Les évolutions du tabagisme expliquent en grande partie ces tendances chronologiques [7]. Chez les Franciliennes de moins de 65 ans, un plateau a été atteint entre 2009 et 2013 et une décroissance apparaît. Elle se traduit par une valeur de 21 % inférieure à celle de l'hexagone en 2016.

PERSPECTIVES

Les effets de la diminution de la consommation de tabac, visibles chez l'homme depuis plusieurs décennies, commencent à apparaître également pour le cancer du poumon chez la femme. Cependant les taux féminins n'ont jamais atteint les taux masculins. Les différences départementales soulignées doivent aider à orienter les actions prioritairement sur les territoires les plus désavantagés. Enfin, si la survie associée à ce cancer est encore faible, des progrès sont à espérer notamment avec le développement de l'immunothérapie.

Figure 1. Taux d'incidence et de mortalité par cancer de la trachée des bronches et du poumon chez la femme et chez l'homme en Île-de-France et dans ses départements



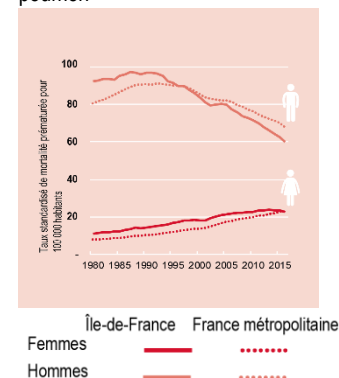
Légende : Une surmortalité significative par rapport à l'Île-de-France est marquée en rose ; une sous-mortalité significative est marquée en bleu.

Source : Mathieu P, Lepoutre A, Cariou M, et al. Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par cancers en France, 2007-2016. Île-de-France. Santé publique France, 2019. Exploitation ORS Île-de-France

Références

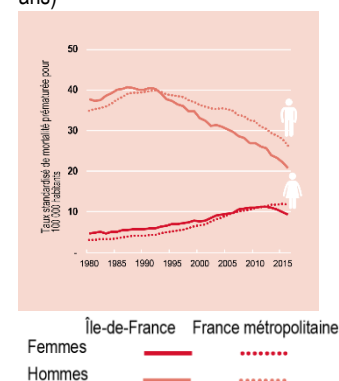
- [1] Defossez G, Le Guyader-Peyrou S, et al. Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018. Étude à partir des registres des cancers du réseau Francim. Volume 1 – Tumeurs solides. Saint-Maurice: Santé publique France, 2019.
- [2] Cowppli-Bony A, Uhry Z, et al. Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine, 1989–2013. Partie 1–Tumeurs solides. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire. 2016;274.
- [3] Wild CP, Weiderpass E, Stewart BW, editors, World Cancer Report: Cancer Research for Cancer Prevention. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. 2020
- [4] IARC, 2018. Les cancers attribuables au mode de vie et à l'environnement en France métropolitaine Centre international de Recherche sur le Cancer. Disponible à partir de l'URL : <http://publications.iarc.fr/586>. Licence: CC BY-NC-ND3.0 IGO.
- [5] Mathieu P, Lepoutre A, et al. Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par cancers en France, 2007-2016. Île-de-France. Saint-Maurice : Santé publique France, 2019.
- [6] SNDS, interrogation ORS Île-de-France, décembre 2022
- [7] Sauvage C, Emberson-Kyprianou C, et al. Consommation de tabac chez les Franciliens : Résultats du Baromètre santé 2010 de l'INPES. 2013. ORS Île-de-France, Paris.

Figure 2. Evolution des taux standardisés de mortalité par cancer de la trachée des bronches et du poumon



Source : Inserm/CépiDC, OR2S, interrogé en avril 2022, données 1979-2017, exploitation ORS Île-de-France, standardisation France 2006

Figure 3. Evolution des taux standardisés de mortalité prématurée par cancer de la trachée des bronches et du poumon (< 65 ans)



Source : Inserm/CépiDC, OR2S, interrogé en avril 2022, données 1979-2017, exploitation ORS Île-de-France, standardisation France 2006

Hémopathies malignes

LES POINTS ESSENTIELS

- ▶ Les leucémies aigües myéloïdes, les lymphomes diffus à grandes cellules B et les myélomes multiples/plasmocytomes en augmentation sur le plan national,
- ▶ L'incidence du lymphome non Hodgkinien chez l'homme en sur-incidence à Paris par rapport à la France métropolitaine, sans cause identifiée,
- ▶ Une mortalité en diminution en France métropolitaine comme en Île-de-France sauf pour les leucémies myéloïdes aigües, en augmentation.

ENJEUX

Certains types d'hémopathies en augmentation au niveau national

Les hémopathies malignes sont des cancers qui se développent à partir des cellules sanguines. Elles regroupent des pathologies très hétérogènes parfois difficiles à classer [1]. Les données les plus récentes pour la France métropolitaine évaluent à 45 000 le nombre de cas incidents en 2018, soit 12 % de l'ensemble des cancers et, à 14 000 le nombre de décès en 2016, soit 9 % des décès par cancer [2,3]. Le taux d'incidence augmente depuis 1995 en France métropolitaine chez l'homme et/ou la femme pour certaines localisations parmi les plus fréquentes : les leucémies aigües myéloïdes (4 674 en 2018), le lymphome diffus à grandes cellules B (LDGCB, 5 071) et le myélome multiple/plasmocytome (MM, 5 442) [2].

SITUATION ACTUELLE ET EVOLUTION

L'incidence du lymphome non Hodgkinien en sur-incidence à Paris chez l'homme par rapport à la France métropolitaine

Les données disponibles pour l'incidence des hémopathies en Île-de-France sont partielles, les sources de base (données d'hospitalisation ou d'affection longue durée) ne permettant d'extrapolation fiable à partir des registres [2]. Elles ne portent que sur les localisations suivantes chez les hommes : lymphomes de Hodgkin évalués à 221 nouveaux cas par an et lymphomes non Hodgkiniens à 1 237 [4]. L'incidence du lymphome non Hodgkinien chez l'homme est en sur-incidence à Paris par rapport à la France métropolitaine¹. En termes de mortalité, la situation chez les hommes est plus favorable qu'au niveau national.

Pour l'ensemble des hémopathies, une décroissance de la mortalité depuis le milieu des années 1990

L'ensemble des décès annuels par hémopathies est évalué à 1 952 en Île-de-France en 2016 [3]. Les courbes d'évolution de la mortalité sont parallèles entre l'Île-de-France et la France métropolitaine avec une diminution dans les années 1990, mais la mortalité masculine est plus faible dans la région sur la fin de la période (figure 2).

La mortalité par leucémie myéloïde aigüe en augmentation

L'évolution de la mortalité varie selon les types d'hémopathies. Ainsi, si la mortalité par lymphome non hodgkinien suit une évolution proche de celle de l'ensemble des hémopathies et diminue depuis le milieu des années 1990 (figure 5), la mortalité par myélome multiple et tumeurs immunoprolifératives est plus erratique (figure 3), et la mortalité par leucémie myéloïde aigüe augmente, tant en Île-de-France qu'en France métropolitaine (figure 4). Cette augmentation est de l'ordre de 1 à 2 % par an sur la période [5].

PERSPECTIVES

L'évolution opposée de la mortalité et de l'incidence au plan national au cours des dernières décennies incite à attribuer la diminution de la mortalité à des progrès de prise en charge et à des progrès thérapeutiques. Ces progrès semblent avoir bénéficié essentiellement aux âges inférieurs à 65 ans [5]. Par ailleurs, l'amélioration des connaissances sur les facteurs de risque génétiques, sociaux et environnementaux est indispensable.

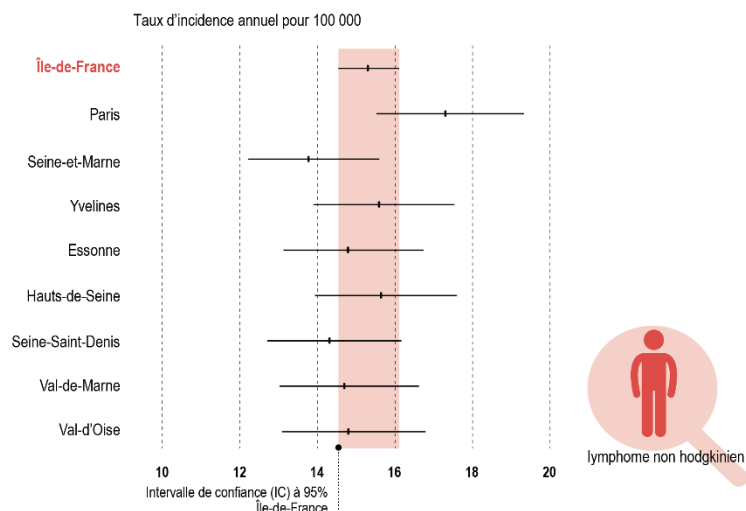
Une vigilance à accroître sur les leucémies myéloïdes aigües

L'augmentation de la mortalité par leucémie myéloïde aigüe, jointe à une surmortalité en Île-de-France par rapport à la France métropolitaine, incite à en renforcer la surveillance épidémiologique. En France métropolitaine, l'incidence est en augmentation. On ne peut écarter à ce stade des facteurs environnementaux comme l'exposition au benzène dont on sait qu'il est un facteur de risque de cette pathologie.

Vers une amélioration des données d'incidence des hémopathies en Île-de-France ?

La faisabilité de la création d'un registre des hémopathies en Île-de-France avait conclu à de grandes difficultés du fait de la fragmentation du réseau des laboratoires d'analyse. Les possibilités offertes par le SNDS sont une nouvelle voie pour améliorer les données à partir d'algorithmes adaptés.

¹. Données non présentées : la figure n°1 indique les taux d'incidence du lymphome non hodgkinien chez les hommes, mais uniquement en Île-de-France (sans référence à la France).

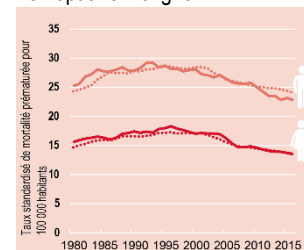
Figure 1. Taux d'incidence du lymphome non hodgkinien chez les hommes. 2007-2016

Les taux, standardisés sur la population mondiale, sont exprimés pour 100 000 personnes-années.

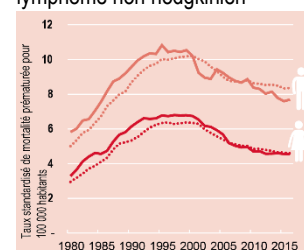
Sources : Mathieu P. et al. Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par cancers en France, 2007-2016. Île-de-France. Santé publique France, 2019. - Traitement ORS Île-de-France.

Références

- [1] Troussard X, Duchenet V, Cornet E, Mouchel D, Malet M, Collignon A. Haematological malignancies: incidence in Basse-Normandie, France, for 1997-2004]. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*. 2009;57(3):151-8.
- [2] Le Guyader-Peyrou S, Defossez G, Dantony E, Mounier M, Cornet E, Uhry Z, et al. Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018. Etude à partir des registres des cancers du réseau Francim. Volume 2 - Hémopathies malignes. Saint-Maurice: Santé publique France, 2019.
- [3] Cépidc <https://www.cepidc.inserm.fr/causes-medicales-de-deces/interroger-les-donnees-de-mortalite> le 25/11/2022
- [4] Mathieu P, Lepoutre A, et al. Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par cancers en France, 2007-2016. Île-de-France. Saint-Maurice : Santé publique France, 2019.
- [5] Telle-Lamberton M, Ndiaye K. L'épidémiologie des principaux cancers en Île-de-France. ORS Focus santé. Paris, 2021. <https://www.ors-idf.org/nos-travaux/publications/epidemiologie-des-principaux-cancers-en-ile-de-france/> accédé le 30/03/2022

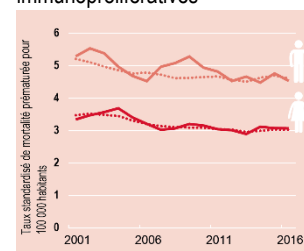
Figure 2. Evolution des taux standardisés de mortalité par hémopathie maligne

Source : Inserm/CépidC, OR2S, interrogé en 04/2022, données 1979-2017, exploitation ORS ÎdF, standardisation France 2006

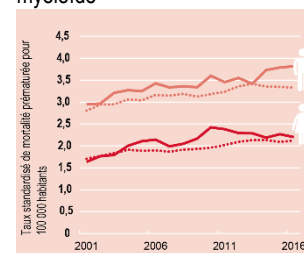
Figure 3. Evolution des taux standardisés de mortalité par lymphome non hodgkinien

Île-de-France France métropolitaine
Femmes ————
Hommes ————

Source : Inserm/CépidC, OR2S, interrogé en 04/2022, données 1979-2017, exploitation ÎdF, standardisation France 2006

Figure 4. Evolution des taux standardisés de mortalité par myélome multiple et tumeurs immunoprolifératives

Source : Inserm/CépidC, OR2S, interrogé en 04/2022, données 1979-2017, exploitation ÎdF, standardisation France 2006

Figure 5. Taux standardisés de mortalité par leucémie aigüe myéloïde

Source : Inserm/CépidC, OR2S, interrogé en 04/2022, données 1979-2017, exploitation ORS ÎdF, standardisation



Les autres pathologies chroniques	171
Maladies cardiovasculaires	172
Maladies respiratoires	178
Diabète	182
 Santé mentale	 188
 Les maladies infectieuses	 193
VIH	194
Infections sexuellement transmissibles	198
Variole du singe (Mpox)	202
Tuberculose	204
 Les accidents et traumatismes	 208

Maladies cardiovasculaires

LES POINTS ESSENTIELS

- ▶ Une diminution régulière de la mortalité mais une augmentation de la charge hospitalière,
- ▶ De fortes disparités en fonction du désavantage social et des territoires de résidence,
- ▶ Des écarts de repérage du risque cardiovasculaire et de prise en charge entre les femmes et les hommes qui ne sont pas uniquement corrélés à des différences épidémiologiques et qui doivent être corrigées.

ENJEUX

Un ensemble diversifié de maladies fréquentes, graves et évitables

Les maladies cardio-neurovasculaires (MCNV) regroupent des pathologies ou lésions touchant le cœur, le cerveau ou la circulation sanguine. Le principal mécanisme d'altération des vaisseaux sanguins est l'athérosclérose. Ces maladies se développent « sans bruit », de manière insidieuse et s'expriment cliniquement à un stade avancé, s'accompagnant de complications graves avec urgence vitale.

Les cardiopathies ischémiques (CPI) recouvrent un ensemble de troubles dus à l'insuffisance d'apports d'oxygène au muscle cardiaque, causée par le développement et les complications de l'athérosclérose au niveau d'artère(s) coronaire(s). Il en résulte différents syndromes, de l'angor stable au syndrome coronaire aigu (SCA), dont l'infarctus du myocarde (IDM).

Les accidents vasculaires cérébraux (AVC) sont des pathologies graves, handicapantes et fréquentes, recouvrant un ensemble de syndromes se manifestant brutalement par l'apparition d'un déficit neurologique dû à des lésions cérébrales d'origine vasculaire.

L'insuffisance cardiaque (IC) est une affection chronique, souvent complication d'une autre MCV, qui peut être longtemps tolérée grâce à des mécanismes compensateurs. Sur le long terme, ces processus d'adaptation deviennent délétères et conduisent à des épisodes de décompensations aiguës sources de nombreuses hospitalisations.

L'hypertension artérielle (HTA)¹ est l'un des principaux facteurs de risque vasculaire. Elle entraîne des anomalies et une rigidification de la paroi des artères du fait de la pression mécanique permanente².

Une part significative des événements cardiovasculaires pourrait être évitée par la prévention

En dehors de l'âge, du sexe et des antécédents familiaux, les principaux facteurs de risques cardiovasculaires, sont considérés comme modifiables³. Ce sont : le tabagisme, l'hypercholestérolémie, l'hypertension artérielle, le diabète, l'obésité abdominale, l'inactivité physique et la sédentarité, et des facteurs psychosociaux. Parmi les facteurs ayant un rôle « protecteur » on trouve : la consommation de fruits et légumes, l'activité physique et une consommation modérée d'alcool (figure 1).

Dans les pays à revenus élevés, le statut socio-économique a des effets mesurables et importants

Quatre indicateurs du statut socio-économique sont associés au risque de développer une maladie cardiovasculaire : le niveau de revenu, le niveau de scolarité, la situation d'emploi et les facteurs socio-environnementaux (lieu de vie et pollutions en particulier). Les facteurs de risque biologiques, comportementaux et psychosociaux sont plus fréquents chez les personnes socio-économiquement défavorisées, ce qui accentue le lien entre le statut socio-économique et les maladies cardiovasculaires. Il existe, en France, des inégalités importantes de mortalité cardio-neurovasculaire en fonction du désavantage social, notamment chez les plus jeunes. Le taux de survenue d'AVC est, par exemple, plus important chez les personnes au niveau de vie le plus modeste (figure 2). Une moindre prise en charge dans les filières de soins et unités spécialisées est également constatée pour ces publics.

En France, une vigilance sur le risque des femmes

Entre 2002 et 2014, le taux standardisé d'hospitalisation parmi les moins de 65 ans est resté quasiment stable dans la population masculine (-1,4 %), et il a fortement augmenté pour les femmes (+26 %). L'exposition aux facteurs de risque explique cette évolution défavorable : le tabagisme, en augmentation chez les femmes dans les tranches d'âge de 45 à 64 ans au cours de cette période, l'association tabac et contraception oestroprogestative, une activité physique en baisse et une sédentarité élevée, l'augmentation de la prévalence de l'obésité et du diabète de type 2. Des différences dans le repérage du risque cardio-neurovasculaire sont par ailleurs observées entre les hommes et les femmes.

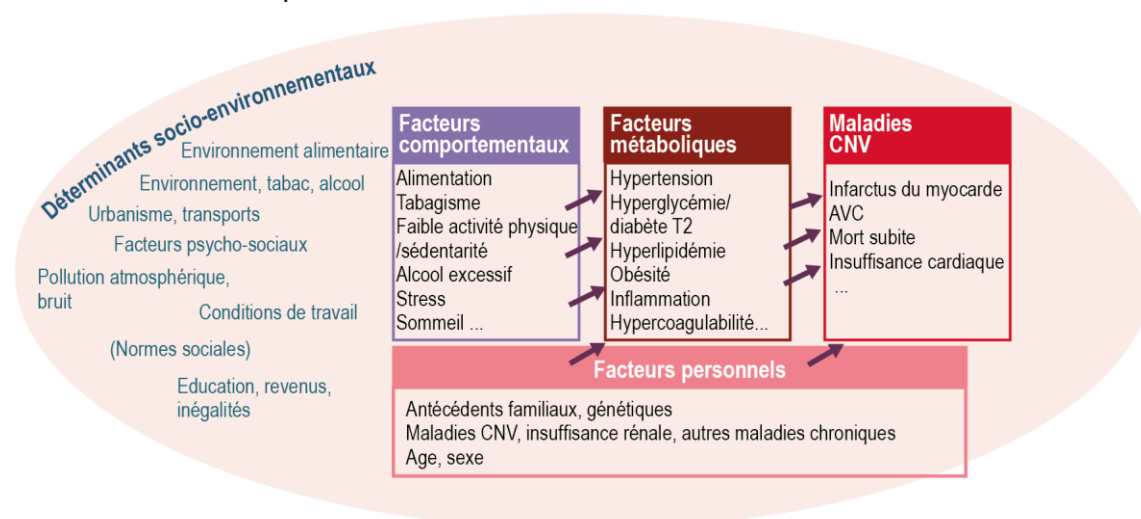
Une tendance globale à la baisse, un fardeau persistant

Les maladies cardiovasculaires et l'accident vasculaire cérébral sont responsables de plus de 200 000 décès chaque année en France. Les MCNV sont, en France métropolitaine, les maladies chroniques les plus fréquentes. Elles se situent au 2^e rang pour la mortalité après les cancers (au 1^{er} rang chez les femmes) et au 3^{ème} rang de cause de mortalité prématurée. Elles constituent aussi une cause fréquente d'hospitalisation et de handicap. Si le fardeau est principalement porté par les plus âgés, près de 43 % des infarctus du myocarde et 25 % des AVC surviennent avant 65 ans. D'importantes disparités territoriales de mortalité prématurée par MCNV persistent en lien avec la distribution des facteurs de risque modifiables.

¹ Définie par une élévation persistante de la pression artérielle systolique ≥ 140 mm Hg ou de la pression artérielle diastolique ≥ 90 mm Hg.

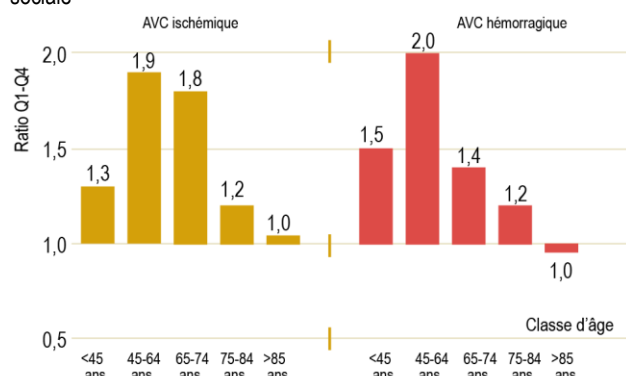
² Il existe d'autres pathologies cardiovasculaires comme la mort subite, l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI), la fibrillation atriale non étudiées ici, mais comprises dans les indicateurs MCNV.

³ Cinq des principaux facteurs de risque rendent compte de plus de 84 % du risque et sont modifiables.

Figure 1. Les déterminants du risque cardio-neurovasculaire

Adapté de OMS. *Hearts - Technical package for cardiovascular disease management in primary health care*, Genève 2016, p11

Source : Ministère de la Santé et de la Prévention

Figure 2. Inégalités de survenue d'un AVC selon l'âge et la défaveur sociale

Lecture : Chez les 45-64 ans, la probabilité de faire un AVC ischémique est 1,9 fois plus grande chez le quartile le plus modeste par rapport au quartile le plus aisé.

Champ : Episodes d'AVC sur la période 2014-2017, France hors Mayotte.

Source : EDP-Santé 2017, calculs DREES

Etude DREES¹ (cf. figure 2)

À partir des données appariées de l'échantillon démographique permanent et des données de santé (EDP-santé), cette étude décrit les inégalités sociales de santé relatives aux AVC. Entre 2014 et 2017, la fréquence de survenue d'un accident vasculaire cérébral parmi les personnes appartenant aux 25 % les plus modestes* est 40 % plus élevée que parmi celles appartenant aux 25 % les plus aisées. Ces disparités varient selon l'âge : plus faibles avant 45 ans, c'est parmi les 45-64 ans qu'elles sont le plus marquées avant de s'estomper aux grands âges (85 ans ou plus). Parmi les 45-64 ans, le taux de survenue est presque deux fois supérieur chez les plus modestes par rapport aux plus aisés.

* Le niveau de vie est calculé à partir du revenu disponible du ménage, divisé par le nombre d'unités de consommation.

Politique de prévention des MNCV

La stratégie nationale de santé (SNS) 2018-2022 et le Plan national de santé publique « Priorité prévention » donnent le cadre de la prévention des MNCV en trois dimensions :

1. Promotion de la santé en population générale :

faciliter des habitudes de vie saines dans tous les milieux et tout au long de la vie.

Il existe plusieurs plans ou programmes dédiés :

- Programme national de lutte contre le tabac (PNLT) 2018-2022

- Programme national nutrition santé 2019-2023,

- Stratégie nationale sport santé (SNSS) 2019-2024,

- Plan national santé environnement (PNSE3) 2015-2019.

2. Repérage et réduction du risque cardiovasculaire

dans les soins de premier recours :

- Repérage des facteurs de risque de maladie cardio-neuro-vasculaire,

- Stratégie de prise en charge non-médicamenteuse associée ou non à un traitement médicamenteux,

- Développement de l'éducation thérapeutique du patient avec : aide au sevrage tabagique, accès à une activité physique adaptée, apprentissage de l'automesure de HTA,

- Suivi médical pour évaluer l'adhésion aux mesures, surveiller les effets indésirables, réévaluer les stratégies de prise en charge.

3. Recours aux soins d'urgence des accidents cardio-neurovasculaires aigus (infarctus du myocarde, AVC, arrêt cardiaque soudain).

La survie immédiate et la limitation des séquelles dépendent de la rapidité de prise en charge :

- Formation des citoyens aux « gestes qui sauvent »,

- Réagir aux symptômes de l'accident vasculaire cérébral ou du syndrome coronarien aigu,

- Accéder aux traitements d'urgence et aux filières de soins spécialisés.

¹. Allain S, Naouri D, de Peretti C. En France, les AVC sont plus fréquents, plus graves et moins souvent pris en charge en unité spécialisée pour les personnes les plus modestes. DREES. Études et Résultats ; 2022 : 1219.

SITUATION ACTUELLE ET EVOLUTION

D'importantes inégalités territoriales

En termes de morbidité (taux standardisé), les populations des territoires socialement les moins favorisés de la région Île-de-France sont plus touchées par les maladies cardio-neurovasculaires (figure 3). Ces disparités s'expliquent par une répartition inégale des facteurs de risques cardiovasculaires et de l'offre de soins.

Une mortalité en diminution régulière mais une vigilance concernant les AVC

De même qu'à l'échelle nationale, on note en Île-de-France une tendance régulière à la baisse de la mortalité (taux standardisé) pour l'ensemble des pathologies cardio-neurovasculaires (figure 4). En 2016, 7 407 décès, toutes causes cardio-neurovasculaires, ont été comptabilisés chez les hommes, soit une diminution de 6,3 % depuis 2006 et 8 282 décès chez les femmes, avec une diminution de 9,7 % en dix ans. En 2016, les cardiopathies ischémiques représentaient, 2 305 décès chez les hommes (diminution de 17 % en 10 ans) et 1 423 décès chez les femmes (diminution de 33 % en 10 ans). Les AVC ayant entraîné un décès chez les hommes étaient en 2016 de 478 cas, en diminution de 13 % en 10 ans, mais en ré-augmentation de 6 % entre 2014 et 2016. Les AVC ayant entraîné un décès chez les femmes étaient en 2016 de 735 cas, en diminution de 19 % en 10 ans, mais avec en augmentation de 1 % entre 2014 et 2016. Les insuffisances cardiaques ont occasionné 637 décès chez les hommes en 2016, en diminution de 25 % en 10 ans. Chez les femmes, les insuffisances cardiaques ont entraîné 935 décès chez les femmes en 2016, en diminution de 33 % en 10 ans.

Des hospitalisations en hausse régulière

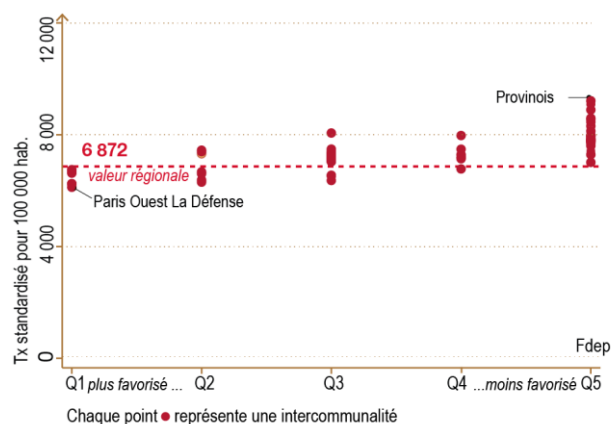
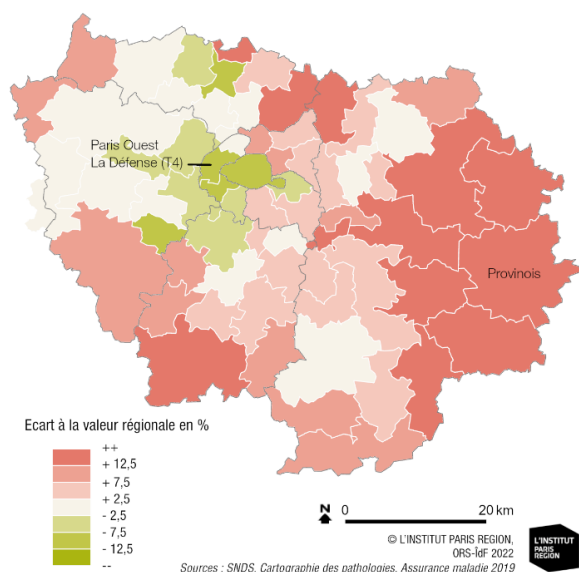
En Île-de-France, le nombre de personnes hospitalisées pour une décompensation d'insuffisance cardiaque (IC) est en accroissement continu et relativement plus important que sur le territoire national (figure 12). En 2006, 8 122 personnes

étaient hospitalisées en Île-de-France (contre 65 530 personnes en France) ; en 2019, on comptait 12 893 personnes hospitalisées pour une décompensation d'insuffisance cardiaque (et 94 026 personnes en France). L'IC chronique a tendance à augmenter du fait du vieillissement de la population mais aussi d'une meilleure prise en charge. C'est une cause fréquente d'hospitalisation des personnes âgées. Le diagnostic précoce de l'insuffisance cardiaque reste, par ailleurs, un enjeu pour les professionnels de santé, les signaux d'alerte étant méconnus des patients et les impacts sur le système de santé significatifs.

On peut noter, en se basant sur les événements cardiovasculaires « aigus », comme les infarctus du myocarde (IDM) ou les accidents vasculaires cérébraux (AVC), que les taux d'hospitalisation (taux standardisé / 100 000) en Île-de-France révèlent des différences en termes de prise en charge entre les hommes et les femmes. Ces différences sont particulièrement marquées pour l'IDM où, en 2019, les taux standardisés d'hommes hospitalisés sont plus de deux fois supérieurs à ceux des femmes, dans tous les départements franciliens, ce qui correspond aux proportions du niveau national (48,3 / 100 000 pour les hommes vs 16,9 / 100 000 pour les femmes) (figure 8). Certaines femmes expriment des symptômes moins caractéristiques de l'IDM (oppression dans le thorax, difficultés à respirer, troubles digestifs) et cette différence de manifestation entre les sexes, a priori peu connue des soignants, est souvent invoquée pour expliquer une moindre prise en charge des femmes. Une spécificité francilienne de cette problématique reste à explorer.

Les taux standardisés de patients hospitalisés pour accidents vasculaires cérébraux (AVC) en 2019 en Île-de-France suivent les tendances nationales (92,3 et 81,3 / 100 000 chez les hommes et les femmes en Île-de-France vs 93,4 et 81,9 / 100 000 pour les hommes et les femmes au niveau national) (figure 9).

Figure 3. Taux standardisé de morbidité pour les maladies cardio-neurovasculaires par intercommunalités en Île-de-France en 2019. Cartographie des écarts à la valeur régionale et graphique selon le niveau de désavantage social des intercommunalités



Source : SNDS – Exploitation ORS-IDF

Figure 4. Taux standardisé de mortalité ensemble des pathologies cardio-neurovasculaires. France – Île-de-France. 2004-2017*

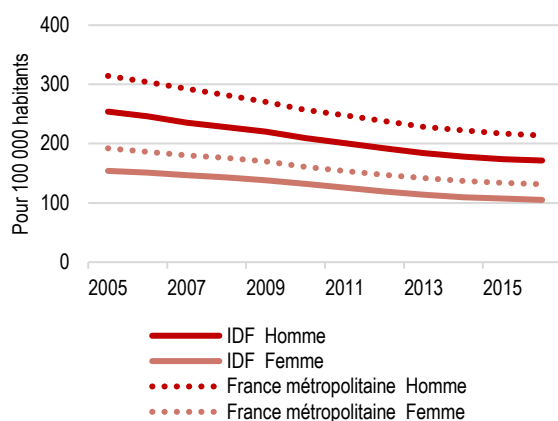


Figure 5. Taux standardisé de mortalité. Cardiopathies ischémiques. France – Île-de-France. 2004-2017*

Source : Cepadc

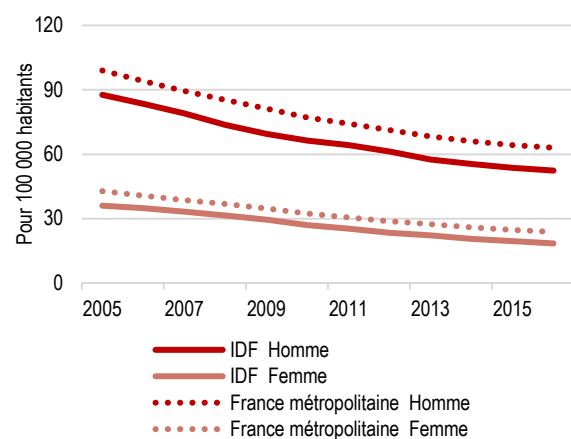


Figure 6. Taux standardisé de mortalité. Insuffisance cardiaque. France – Île-de-France. 2004-2017*

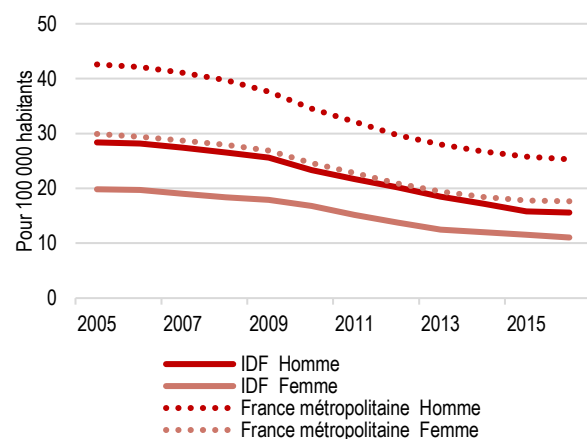


Figure 7. Taux standardisé de mortalité. Accident Vasculaire Cérébral (AVC). France – Île-de-France. 2004-2017*

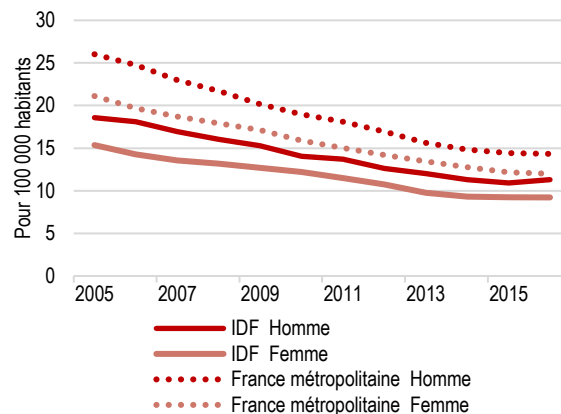
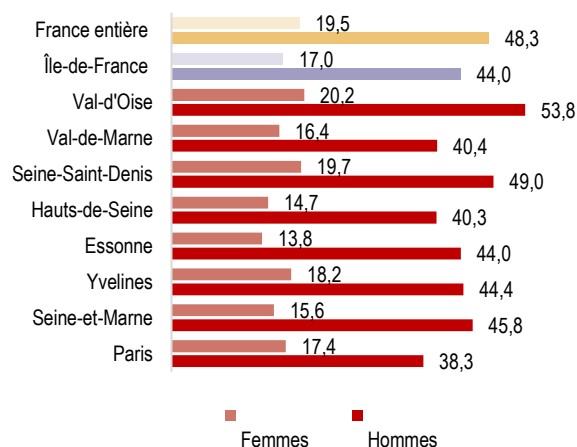


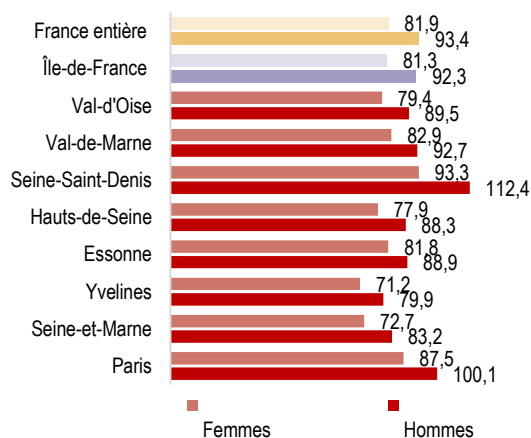
Figure 8. Taux standardisé de patients pour un infarctus du myocarde avec élévation du segment ST* - Île-de-France, France, 2019 hospitalisés (pour 100 000 habitants)



Source : SNDS - PMSI, Insee. Exploitation Santé publique France

* Le syndrome coronarien aigu (SCA) avec sus-décalage du segment ST (ST+), correspond à l'infarctus aigu du myocarde des anciennes définitions

Figure 9. Taux standardisé de patients hospitalisés pour un accident vasculaire cérébral (AVC) – Île-de-France, France, 2019 (pour 100 000 habitants)



Source : SNDS - PMSI, Insee. Exploitation Santé publique France

Années potentielles de vie perdues

Les années potentielles de vie perdues (APVP) est un indicateur de mortalité prématurée. Augmenter l'espérance de vie dans les meilleures conditions de santé fait partie d'objectifs de santé publique. Il est donc important d'identifier et de suivre les tendances de la mortalité à tous les âges. On considère qu'un décès est prématuré lorsqu'il a lieu avant un âge prédéterminé (65 ans habituellement). L'APVP estime le nombre d'années de vie perdues en raison des décès considérés prématurés. Il se calcule en faisant la somme des différences entre une borne d'âge et l'âge des personnes décédées, pour tous les décès survenus avant cette borne. En donnant plus de poids aux décès survenant aux jeunes âges, les APVP fournissent une synthèse de l'importance relative des causes de mortalité prématurée.

Santé publique France a mené une étude [2] visant à décrire les disparités territoriales de mortalité prématurée en France en 2013-2015, à l'échelle départementale, par l'estimation des années potentielles de vie perdues prématurément par maladies cardio-vasculaires (MCV), accident vasculaire cérébral (AVC) et infarctus du myocarde (IDM). Le taux d'APVP a été calculé en rapportant l'effectif d'APVP (pondération de chaque décès par la différence entre 65 ans et l'âge du décès) à la population de moins de 65 ans (figures 10 et 11).

Les taux standardisés d'années potentielles de vie perdues (APVP) pour l'ensemble des MNCV objectivent les écarts entre les départements franciliens, mais sont, partout, inférieurs au taux national (figure 10). Le Val-d'Oise, la Seine-Saint-Denis, l'Essonne et dans une moindre mesure la Seine-et-Marne, présentent des situations plus défavorables que les Hauts-de-Seine, les Yvelines, le Val-de-Marne et Paris.

Les AVC, puis l'infarctus du myocarde (IM) tiennent une place majeure dans la mortalité prématurée d'Île-de-France (similaire au niveau national pour l'AVC, mais inférieure pour l'IM).

La situation, pour les AVC, apparaît particulièrement défavorable en Seine-et-Marne (taux d'APVP de 62,6/100 000), dans le Val d'Oise (60,9) et en Seine-Saint-Denis (60,8), Paris présentant la situation la plus favorable (40,1).

Pour l'IM, la situation la plus défavorable concerne le Val-d'Oise (58,7/100 000), puis l'Essonne (44,2) et la Seine-Saint-Denis (42,7), Paris présentant également la situation la plus favorable (25,5) (figure 11).

Concernant l'IC, les départements en situation les plus défavorables sont la Seine-et-Marne (15,5/100 000), le Val-de-Marne (12), le Val-d'Oise (11,6), les Yvelines (11,4) et les Hauts-de-Seine (11,3). Les départements présentant les situations les plus favorables sont l'Essonne (7,4) et Paris (7,1).

PERSPECTIVES

Une dynamique préoccupante

Un certain nombre de facteurs pourraient conduire à une forte augmentation de la prévalence des pathologies cardiovasculaires dans les années qui viennent :

- la prévalence de déterminants et de facteurs de risque qui se potentialisent entre eux reste élevée (diminution de l'activité physique, augmentation de la sédentarité, obésité et diabète en hausse, en particulier) ;

- l'augmentation importante de l'incidence des hospitalisations chez les adultes jeunes pour les deux principales pathologies artérielles (infarctus du myocarde et accident vasculaire cérébral) avec un rajeunissement de l'âge moyen de survenue pour l'infarctus ;

- le vieillissement de la population est une tendance de fond et les personnes de plus de 65 ans restent les principales victimes des pathologies cardiovasculaires.

Par ailleurs, la diminution de la mortalité cardiovasculaire, grâce aux progrès de la médecine et à l'amélioration des prises en charge, accroît le nombre de personnes vivant avec une maladie cardiovasculaire sous forme chronique.

Le développement de politiques de prévention est un enjeu clé. La mise en place de bilans de santé à « mi-vie » chez les plus à risques, pourrait aider à :

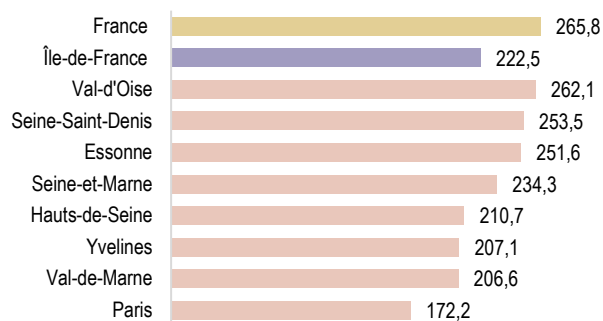
- réduire les facteurs de risque modifiables de maladies cardio-neurovasculaires ;

- augmenter les possibilités de diagnostic précoce, de prise en charge médicale adéquate et d'une observance régulière des traitements.

Les maladies cardio-neurovasculaires constituent un problème de santé publique majeur et elles participent aux gradients de mortalité observés entre groupes de population, selon le niveau de défaveur sociale. Les facteurs de risque cardiovasculaire sont multiples, intriqués, en interaction, ce qui rend l'approche globale nécessaire : de la prévention à la prise en charge, avec une nécessité de très forte coordination entre les acteurs.

En Île-de-France, la compréhension des disparités sociales et territoriales de prévalence et de traitement des facteurs de risque cardio-vasculaire, ainsi que l'amélioration de l'identification de l'offre de santé dans les territoires sont des enjeux clés. Par ailleurs, une réflexion concernant les pertes de chances des femmes pourrait être mise en œuvre avec l'ensemble des acteurs du soin. Les MNCV sont historiquement moins bien documentées chez les femmes que chez les hommes (longtemps les cohortes ont été masculines). Au-delà de l'évolution des modes de vie et des facteurs de risques chez les femmes, une meilleure connaissance des spécificités du risque cardiovasculaire féminin apparaît indispensable. Les femmes ont des particularités physiopathologiques, elles connaissent aussi des expositions variables à des facteurs hormonaux à des âges clés de la vie. Leur prise en charge apparaît globalement moins bonne que les hommes (dépistage plus tardif ou incomplet, délais d'appel au Samu plus longs) en partie en lien avec des symptômes distincts, de localisations plus diffuses, moins repérés des professionnels comme des femmes elles-mêmes.

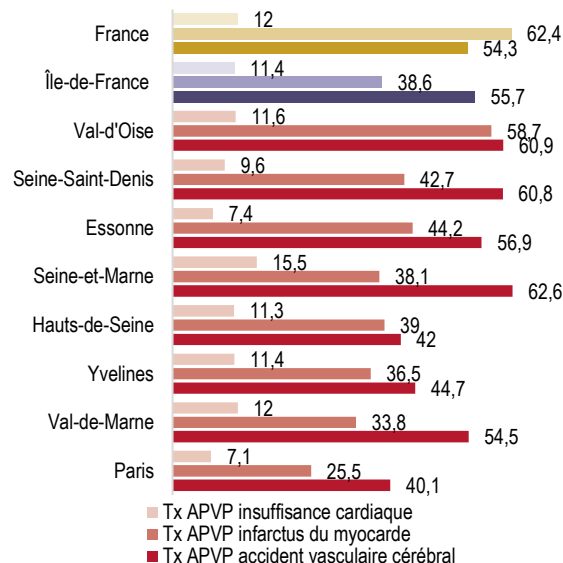
Figure 10. Taux standardisé d'années potentielles de vie perdues (APVP) pour maladies cardio-neuro-vasculaires* Île-de-France, France. 2013-2015 (pour 100 000 habitants).



Source : SNDS - PMSI, DCIR, Insee. Exploitation Santé publique France

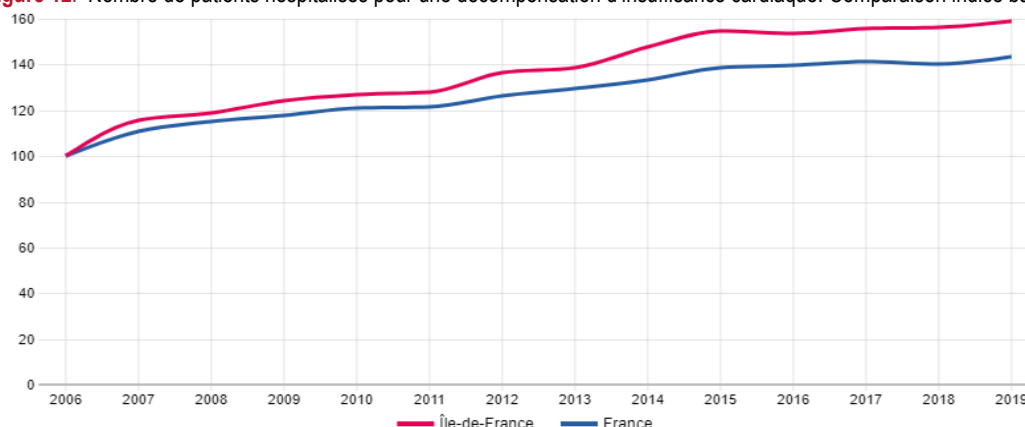
* Estimation des années potentielles de vie perdues prématurément par MCV, accident vasculaire cérébral (AVC) et infarctus du myocarde (IDM).

Figure 11. Taux standardisé d'années potentielles de vie perdues (APVP) par AVC, Infarctus du myocarde et insuffisance cardiaque Île-de-France, France. 2013-2015 (pour 100 000 habitants)



SNDS - PMSI, DCIR, Insee. Exploitation Santé publique France

Figure 12. Nombre de patients hospitalisés pour une décompensation d'insuffisance cardiaque. Comparaison indice base 100



Source : SNDS - PMSI, Insee. Exploitation Santé publique France

Références

- [1] Carcaillon-Bentata L, Ha C, Delmas M-C, Deschamps V, Fosse-Edorh S, Olié V, et al. Enjeux sanitaires de l'avancée en âge. Épidémiologie des maladies chroniques liées à la perte d'autonomie et surveillance de leurs déterminants à mi-vie. Saint-Maurice : Santé publique France, 2022. 41 p.
- [2] Santos F, Gabet A, Carcaillon-Bentata L, Grave G, Olié V. Disparités départementales d'années potentielles de vie perdues prématurément par maladies cardiovasculaires en France (2013-2015). Bull Epidemiol Hebd. 2020;(24):490-500.
- [3] Lecoffre C, de Peretti C, Gabet A, Grimaud O, Woimant F, Giroud M, et al. Mortalité par accident vasculaire cérébral en France en 2013 et évolutions 2008-2013. Bull Epidemiol Hebd. 2017 ;(5):95-100.
- [4] Lecoffre C, Decool E, Olié V. Mortalité cardio-neuro-vasculaire et désavantage social en France en 2011. Bull Epidemiol Hebd. 2016;(20-21):352-8.
- [5] Mounier-Vehier C. Éditorial santé cardio-vasculaire des femmes : il faut œuvrer ensemble pour une prévention féminine individualisée. Bull Epidemiol Hebd. 2016;(7-8):98-9
- [6] Grave C, Houot M, Gautier A, Soullier N, Richard JB, Olié V, Gabet A. Journée mondiale du cœur. Bull Epidemiol Hebd. 2020 ; (24) :472-479
- [8] Gabet A, Danchin N, Olié V. Infarctus du myocarde chez la femme : évolutions des taux d'hospitalisation et de mortalité, France, 2002-2013. Bull Epidemiol Hebd. 2016;(7-8):10

Maladies respiratoires

LES POINTS ESSENTIELS

- ▶ Le tabagisme actif et passif, la pollution atmosphérique et les allergènes sont des facteurs de risque majeurs des maladies respiratoires chroniques,
- ▶ 7% des décès en Île-de-France étaient dus aux maladies respiratoires sur la période 2013-2017,
- ▶ La mortalité par maladies respiratoires moins importante en Île-de-France qu'en France métropolitaine,
- ▶ Une légère augmentation du taux de mortalité par maladies respiratoires en 2016 après une baisse continue de 2000 à 2015,
- ▶ Les territoires socialement les moins favorisés et les intercommunalités au nord de la région Île-de-France sont plus touchés par les maladies respiratoires chroniques.

ENJEUX

Les maladies respiratoires touchent les voies aériennes, y compris les voies nasales, les bronches et les poumons. Elles vont d'infections aiguës, comme la pneumonie et la bronchite, à des affections chroniques telles que l'asthme et la bronchopneumopathie chronique ou encore l'allergie.

Ces pathologies sont très répandues. Ainsi, en France, 4 millions de personnes souffrent d'asthme et 15 à 20 % des asthmes de l'adulte sont d'origine professionnelle. Les allergies, elles, concernent à l'heure actuelle un quart de la population et entraînent une importante consommation de soins et une altération de la qualité de vie. Les pollens de l'air ambiant sont en cause dans 50 % des cas, les polluants de l'air intérieur y contribuent également. La bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) touche par ailleurs 5 à 10 % des plus de 45 ans en France [1]. Cette fiche décrit les principaux indicateurs de mortalité et de morbidité, et ce, de manière comparative avec les niveaux observés en moyenne en France métropolitaine.

SITUATION ACTUELLE ET EVOLUTION

La mortalité par maladies de l'appareil respiratoire

Le taux de mortalité par maladie de l'appareil respiratoire était plus élevé chez les hommes que chez les femmes en France métropolitaine sur la période 2013-2017 (respectivement 68,2 vs 35,5 pour 100 000). Il était aussi plus important en France métropolitaine qu'en Île-de-France (respectivement 47,9 vs 42,4) sur la même période. En Île-de-France, les taux étaient plus importants dans les départements de la Seine-et-Marne, du Val-d'Oise et de la Seine-Saint-Denis (respectivement 54,2 ; 47,3 ; 46,9), et moins importants à Paris et dans les Hauts-de-Seine (respectivement 36,3 ; 38,0) (figure 1a).

Le nombre annuel de décès par maladie de l'appareil respiratoire sur la période 2013-2017 s'élevait à 4 879, représentant 7 % des décès en Île-de-France (6,4 % chez les hommes et 7,0 % chez les femmes). 39 % et 26 % de ces décès étaient dus respectivement à une bronchite chronique et à une pneumonie ou broncho-pneumonie. Le taux de mortalité par maladie de l'appareil respiratoire a connu une baisse durant les années lissées¹ 2001* à 2015* en Île-de-France et en France métropolitaine, avant une légère augmentation en 2016* (figure 1b).

Asthme

L'asthme est une maladie chronique des bronches, dont les premières manifestations surviennent le plus souvent chez l'enfant. L'inflammation est responsable de divers phénomènes au niveau des voies respiratoires (œdème, contraction des muscles bronchiques, sécrétion de mucus) qui provoquent une obstruction bronchique. L'asthme est caractérisé par la survenue de crises, épisodes de gêne respiratoire (dyspnée) sifflante (sibilants) entre lesquelles la respiration est en principe normale. Dans certains cas, la toux peut être le seul symptôme.

L'asthme n'a pas une cause unique : des facteurs génétiques et environnementaux interviennent dans la genèse de cette maladie. Chez les asthmatiques, différents facteurs peuvent déclencher des crises d'asthme : les allergènes à l'intérieur des habitations (acariens, moisissures et squames d'animaux) ou sur le lieu de travail ; les allergènes extérieurs (pollens et moisissures) ; les infections respiratoires ; les irritants respiratoires (fumée du tabac, pollution de l'air, irritants présents dans le lieu de travail ; autres (air froid, exercice physique, prise de certains médicaments...) [1].

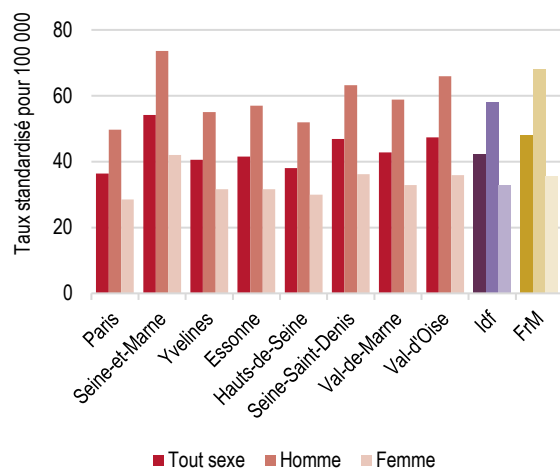
Les allergies respiratoires

Les allergies sont des réactions immunitaires inappropriées de l'organisme après contact d'allergènes avec la peau ou les muqueuses. Elles provoquent principalement des rhinites, des irritations et picotements du nez, des éternuements, des écoulements et obstructions nasales, des conjonctivites, de la toux, de la fatigue, des maux de tête, de l'asthme.

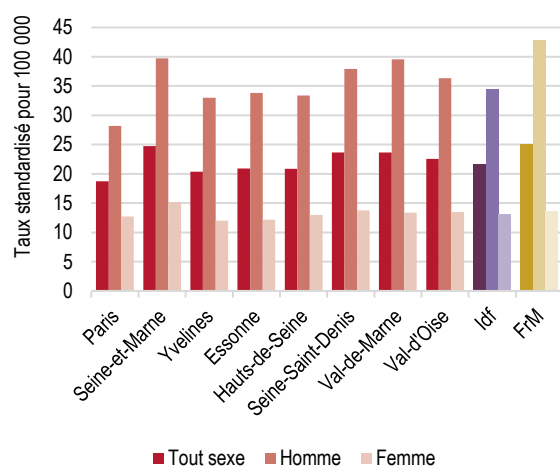
La BPCO et insuffisance respiratoire chronique

La bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) est une maladie respiratoire chronique qui évolue de façon insidieuse et ses signes cliniques sont souvent négligés. Les symptômes les plus précoces sont la toux et l'expectoration chroniques (bronchite chronique). La dyspnée s'installe progressivement. Cette évolution peut être émaillée d'exacerbations : épisodes d'aggravation de la toux, de l'expectoration et de l'essoufflement qui peuvent nécessiter une hospitalisation. La BPCO est due au tabagisme (environ 80 % des cas), aux expositions professionnelles (15 %) ou encore à la pollution atmosphérique, à l'exposition passive à la fumée de cigarette et à des facteurs génétiques. L'exposition à la fumée du tabac (tabagisme actif ou passif) est toujours un facteur aggravant. La BPCO ne peut pas être guérie mais une prise en charge adaptée permet d'améliorer la qualité de vie des patients [1].

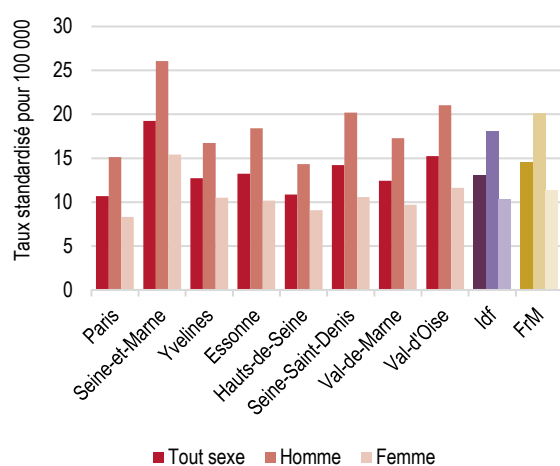
¹. Année lissée n* : année n-1, année n et année n+1

Figure 1a. Mortalité par maladie de l'appareil respiratoire (période 2013-2017)

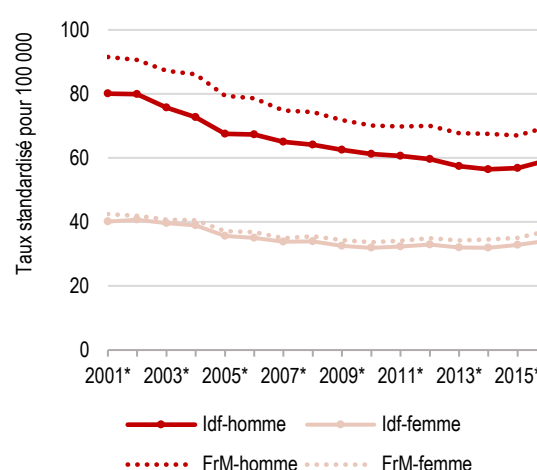
Sources : Inserm, CépiDc via l'outil de calcul OR2S. Exploitation ORS-IdF

Figure 2a. Mortalité par broncho-pneumopathie chronique obstructive (période 2013-2017)

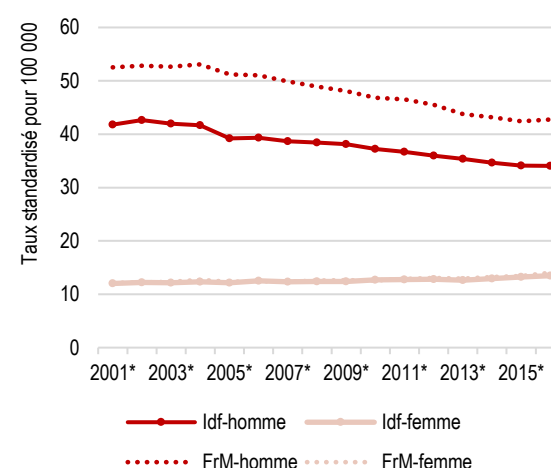
Sources : Inserm, CépiDc via l'outil de calcul OR2S. Exploitation ORS-IdF

Figure 3a. Mortalité par pneumonie et bronchopneumonie (période 2013-2017)

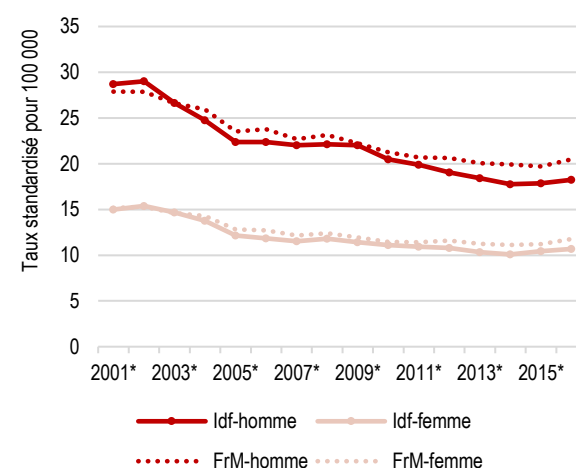
Sources : Inserm, CépiDc via l'outil de calcul OR2S. Exploitation ORS-IdF

Figure 1b. Evolution de la mortalité par maladie de l'appareil respiratoire (période 2000-2017)

Sources : Inserm, CépiDc via l'outil de calcul OR2S. Exploitation ORS-IdF

Figure 2b. Evolution de la mortalité par broncho-pneumopathie chronique obstructive (période 2000-2017)

Sources : Inserm, CépiDc via l'outil de calcul OR2S. Exploitation ORS-IdF

Figure 3b. Evolution de la mortalité par pneumonie et bronchopneumonie (période 2000-2017)

Sources : Inserm, CépiDc via l'outil de calcul OR2S. Exploitation ORS-IdF

Sur période la 2013-2017, on comptait 414 décès prématurés (avant 65 ans) en moyenne annuelle liés aux maladies de l'appareil respiratoire en Île-de-France (2 870 en France métropolitaine), 266 chez les hommes (1 900 en France) et 149 chez les femmes (970 en France). Le taux standardisé de mortalité prématurée par maladie de l'appareil respiratoire en Île-de-France s'élève à 4,0 pour 100 000 habitants (5,4 chez les hommes et 2,8 chez les femmes). Il est inférieur au taux métropolitain de 4,9 pour 100 000 habitants (6,6 chez les hommes et 3,2 chez les femmes).

La mortalité par broncho-pneumopathie chronique obstructive

Le taux de mortalité par broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) était plus élevé chez les hommes que chez les femmes en France métropolitaine sur la période 2013-2017 (respectivement 42,7 vs 13,5 pour 100 000). Le taux était plus important en France métropolitaine qu'en Île-de-France chez les hommes (respectivement 42,7 vs 34,5), et équivalent chez les femmes. En Île-de-France, les taux étaient plus importants dans les départements de la Seine-et-Marne, la Seine-Saint-Denis et du Val-de-Marne (respectivement 24,8 ; 23,6 ; 23,6), et moins importants à Paris, dans les Yvelines et dans l'Essonne (respectivement 18,7 ; 20,4 ; 20,9) (figure 2a).

Le taux de mortalité par broncho-pneumopathie chronique obstructive était à-peu-près stable en Île-de-France et en France métropolitaine entre 2000 et 2017 (figure 2b).

La mortalité par pneumonie et bronchopneumonie

Le taux de mortalité par pneumonie et bronchopneumonie était plus élevé chez les hommes que chez les femmes en France métropolitaine sur la période 2013-2017 (respectivement 20,1 vs 11,4). Le taux était plus important en France métropolitaine qu'en Île-de-France (respectivement 14,6 vs 13,1) sur la même période. En Île-de-France, les taux étaient plus importants dans les départements de la Seine-et-Marne, du Val-d'Oise, et de la Seine-Saint-Denis (respectivement 19,3 ; 15,3 ; 14,2), et moins importants à Paris et dans les Hauts-de-Seine (respectivement 10,7 ; 10,9) (figure 3a).

En Île-de-France et en France métropolitaine, le taux de mortalité par pneumonie et bronchopneumonie était plus élevé de 2001* à 2004* avant de baisser et de rester stable (figure 3b).

La mortalité par asthme

En France métropolitaine, 860 décès par asthme ont été enregistrés en moyenne chaque année sur la période 2013-2017. 15,5 % de ces décès sont survenus en Île-de-France, soit 134 décès en moyenne par an dont 92 chez les femmes.

• La mortalité par grippe

Le nombre moyen annuel de décès par grippe (cause initiale) sur la période 2013-2017 en Île-de-France était de 87 chez les femmes et de 70 chez les hommes. Le nombre de décès par grippe en Île-de-France représentait 12,5 % des 1 247 décès en France métropolitaine. La grippe est également responsable d'environ 4 000 à 6 000 décès annuels indirects (décompensation d'une maladie chronique lors d'une grippe) en France.

• La prise en charge des maladies respiratoires chroniques

En 2019, le taux standardisé de morbidité par maladies respiratoires chroniques était plus important dans les

intercommunalités au nord de la région Île-de-France et moins élevé à Paris par rapport à la valeur régionale. Les populations des territoires socialement les moins favorisés sont plus touchées par les maladies respiratoires chroniques (figure 4).

Les hospitalisations pour asthme

En Île-de-France, 6 248 hospitalisations pour asthme sont survenues chez les hommes et 5 707 chez les femmes en 2019. Près de 59 % des hospitalisations chez les hommes et 39 % chez les femmes concernaient les moins de 13 ans. Le taux brut d'hospitalisation pour asthme en diagnostic principal diminue avec l'âge jusqu'à 39 ans. Ensuite, il augmente légèrement avec l'âge après 40 ans chez les hommes et chez les femmes. Avant 13 ans, le taux brut d'hospitalisation pour asthme est plus important chez garçons que chez les filles. Après 14 ans, il est plus élevé chez les femmes que chez les hommes (tableau 1).

Les traitements pour syndrome obstructif des voies aériennes (antiasthmatiques principalement)

En 2019, le taux de personnes sous traitement pour syndrome obstructif des voies aériennes était plus élevé chez les hommes que chez les femmes en France métropolitaine (respectivement 5 091 vs 4 928 pour 100 000 habitants). Le taux était plus important en France métropolitaine qu'en Île-de-France chez les hommes (respectivement 5 091 vs 4 472) et chez les femmes (respectivement 4 928 vs 4 639). En Île-de-France, les taux étaient plus importants dans les départements de Seine-et-Marne, de Seine-Saint-Denis et du Val-d'Oise (respectivement 5 110 ; 4 982 ; 4 936), et moins importants à Paris, dans les Hauts-de-Seine et dans l'Essonne (respectivement 4 029 ; 4 323 ; 4 360) (figure 5).

PERSPECTIVES

Le tabagisme, la pollution atmosphérique et les allergènes sont des facteurs de risque majeurs des maladies respiratoires chroniques. Ces facteurs sont accessibles à des mesures de prévention individuelles et collectives. Il faut renforcer les différents leviers et politiques publiques pour lutter contre le tabagisme, d'autant que ce dernier montre une tendance récente à réaugmenter pour les personnes en situation de défaveur sociale. Des stratégies de prévention différenciées pour lutter contre les inégalités sociales de répartition des déterminants de santé en général, et de ceux affectant particulièrement les maladies respiratoires, sont à mettre en œuvre. De même, les politiques de réduction des émissions atmosphériques sur le long terme, dont l'efficacité a été montrée par des évaluations quantitatives d'impacts, doivent se poursuivre. Enfin, les politiques de renaturation impulsées dans différents plans et stratégies locaux-régionaux doivent tenir compte du risque allergisant lié aux pollens.

Références

- [1] Santé publique France : <https://www.santepubliquefrance.fr/>
- ORS Île-de-France. InTerSanté Environnement [internet]. Disponible : <https://www.ors-idf.org/sante-environnement-en-ile-de-france-indicateurs-et-donnees/>
- SNDS : Système national des données de santé
- OR2S. Outil de calculs
- Fnors. : www.scoresante.org

Figure 4. Taux standardisés de morbidité par maladies respiratoires par intercommunalité en Île-de-France en 2019 : cartographie des écarts à la valeur régionale (4 888 pour 100 000) et graphique selon le niveau de désavantage social des intercommunalités

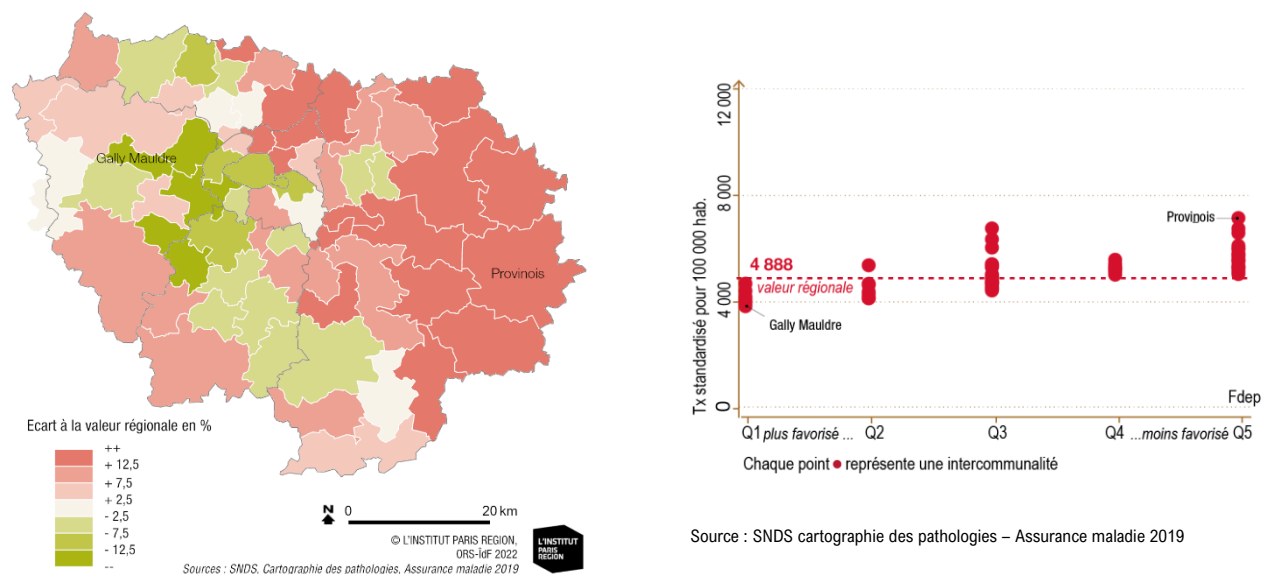
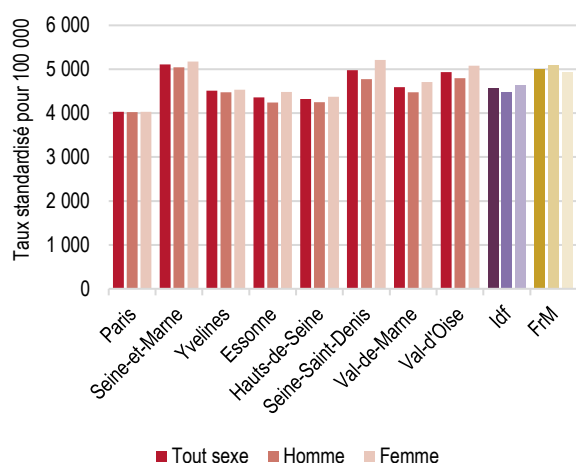


Tableau 1. Nombre et taux brut d'hospitalisation pour asthme en diagnostic principal, par classe d'âges et sexe en 2019, Île-de-France

Classe d'âges	Homme		Femme	
	Nombre	Taux brut pour 10 000	Nombre	Taux brut pour 10 000
0-1 an	1 238	71,5	680	40,9
2-5 ans	2 542	70,6	1 457	43,9
6-13 ans	1 138	17,1	729	11,5
14-39 ans	545	2,4	988	4,2
40-64 ans	540	2,7	983	4,8
65 ans et plus	335	3,8	870	7,8
Total	6 248	9,7	5 707	8,6

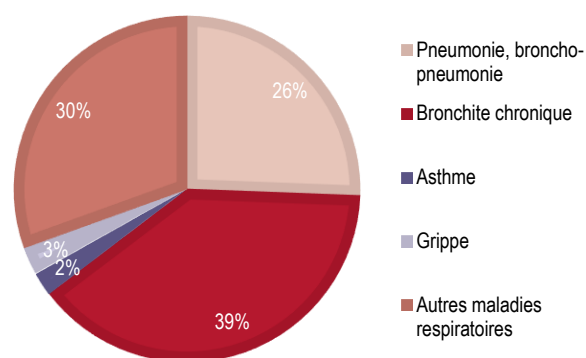
Source : SNDS PMSI – Assurance maladie 2019. Exploitation ORS-IdF

Figure 5. Taux standardisés de patients sous traitement pour syndrome obstructif des voies aériennes en 2019



Sources : SNDS DCIR – Assurance maladie 2019. Exploitation ORS-IdF

Figure 6. Répartition des décès annuels des principales maladies respiratoires en Île-de-France sur la période 2013-2017



Sources : Inserm, CépiDc via l'outil de calcul OR2S. Exploitation ORS-IdF

Diabète

LES POINTS ESSENTIELS

- ▶ 600 000 Franciliens traités par médicament pour un diabète, soit 4,9 % de la population,
- ▶ Une prévalence du diabète de type 2 qui continue d'augmenter à un rythme certes beaucoup moins rapide que précédemment, qui appelle un renforcement de la prévention primaire (surpoids, sédentarité...),
- ▶ Une espérance de vie des patients diabétiques qui progresse,
- ▶ Des inégalités territoriales très marquées au sein de la région,
- ▶ Une hausse du diabète de type 1 chez l'enfant de 4,6 % par an entre 2013 et 2017.

ENJEUX

Un diagnostic simple mais des complications à fort impact sur la qualité de vie

Le diabète sucré est une affection métabolique, caractérisée par une hyperglycémie chronique (taux de sucre dans le sang trop élevé) liée à une déficience de sécrétion ou d'action de l'insuline, ou des deux [1].

Il existe deux principales formes de diabète :

- le diabète de type 1, dû à une absence de sécrétion d'insuline par le pancréas, survient essentiellement chez l'enfant ou le jeune adulte (environ 6 % des cas) ;
- le diabète de type 2, dû à une mauvaise utilisation de l'insuline par les cellules de l'organisme, est la forme la plus fréquente (plus de 90 %). Il survient essentiellement chez l'adulte mais peut apparaître également dès l'adolescence. Des symptômes plus discrets compliquent le diagnostic précoce de la maladie.

D'autres formes de diabète existent, comme le diabète gestationnel ou des cas de diabète résultant de conditions spécifiques ou génétiques.

Au cours de son évolution, le diabète non traité engendre de très graves complications touchant le cœur, les vaisseaux sanguins, les yeux, les reins et les nerfs. Toutefois, un bon contrôle de la maladie peut permettre de réduire considérablement les risques de complications.

Des résultats ténus mais encourageants

La surveillance épidémiologique du diabète en France s'est développée autour des études Entred (Échantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques), qui fournissent des informations à la fois d'ordres épidémiologique, médical, économique et social sur les personnes traitées pour un diabète en France. Les progrès thérapeutiques rapportés par cette surveillance sont certes modestes mais ils sont encourageants (gain d'espérance de vie), et engagent à poursuivre les actions d'information et de formation des professionnels comme des patients. La troisième édition de l'enquête apporte des données plus précises sur les diabétiques de type 1 (sur-échantillon et appariement au SNDS) ou encore sur l'adhésion au traitement et aux nouveaux dispositifs [2].

La grande question de santé publique reste cependant celle de la prévention primaire du diabète, grâce notamment à l'équilibre alimentaire, à l'accroissement de l'activité physique et à la lutte contre la sédentarité et le tabagisme.

SITUATION ACTUELLE ET EVOLUTION

Une maladie dont la prévalence progresse

En 2021, près de 600 000 Franciliens sont traités par médicament pour un diabète tous types, soit 4,9 % de la population. Depuis 2010, le diabète progresse à un rythme de croissance régulier (figure 1). Il reste plus fréquent chez les hommes (56 %) que chez les femmes. Les diabétiques franciliens sont plus jeunes que la moyenne française, plus nombreux chez les 24-44 ans et les 45-64 ans (figure 2). Le taux de prévalence standardisé francilien est supérieur à la moyenne nationale (5,6 vs 5,2 %) comme le sont les taux du reste du quart nord-est de la France et les DOM.

Des inégalités territoriales très présentes pour le diabète de type 2

La prévalence du diabète de type 2 varie fortement selon des critères socio-économiques et territoriaux (figure 3) [3] :

- plus élevée dans les intercommunalités les plus défavorisées socio économiquement (morbidité deux fois plus élevée dans l'EPT Plaine Commune qu'à Paris ou dans la Haute vallée de Chevreuse) ;
- plus élevée chez les personnes d'un niveau socio-économique moins favorisé et dans certaines professions : on retrouve une prévalence du diabète deux fois plus élevée chez les personnes de faible niveau d'études, avec des écarts davantage marqués chez les femmes que chez les hommes ;
- deux fois plus élevée chez les femmes d'origine maghrébine que chez les femmes d'origine française, à niveaux socio-économique et d'obésité équivalents.

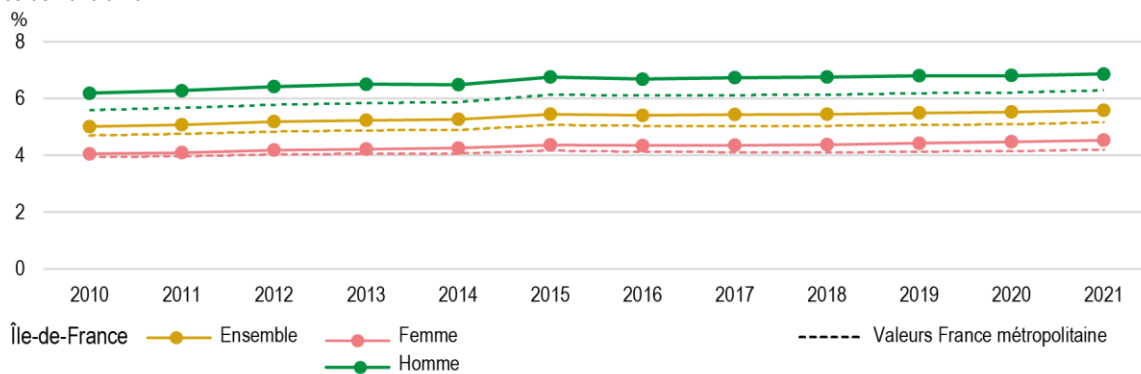
La prévalence standardisée culmine en Seine-Saint-Denis avec 8,1 % de diabétiques en 2021 contre 4,4 % à Paris. Le Val-d'Oise présente une fréquence également élevée (6,7 %) suivi par la Seine-et-Marne (5,9 %) et le Val-de-Marne (5,6 %), illustrant une nouvelle fois le clivage socio-économique nord-est / centre-ouest de l'Île-de-France. Les populations défavorisées sont plus touchées par le surpoids et la sédentarité, favorisant le diabète de type 2.

A noter que les inégalités socio-économiques et territoriales sont très marquées également en termes de fréquence de survenue de complications graves.

Diabète de type 1 chez l'enfant : une augmentation d'environ 4,6 % par an

La survenue d'un diabète de type 1 chez l'enfant augmente d'environ 4,6 % par an : le taux d'incidence régional était de 17,9 pour 100 000 en 2013-2015. Il est de 20,5 pour 100 000 sur la période 2015-2017 [4].

Figure 1. Evolution des taux de prévalence standardisé du diabète traité pharmacologiquement (tous types) par sexe en Île-de-France et en France de 2010 à 2021



Les personnes traitées pharmacologiquement pour un diabète sont identifiées comme ayant eu au moins 3 délivrances d'un traitement antidiabétique (ATC A10), à des dates différentes au cours de l'année *n* (ne prend pas en compte les ALD ni les hospitalisations utilisées dans la cartographie des pathologies).
Taux standardisés sur la structure d'âge de la population européenne 2010 : Eurostat, population EU-27.

Figure 2. Répartition par sexe et âge de la population des diabétiques (tous types) selon la cartographie des pathologies Cnam en Île-de-France et en France en 2019

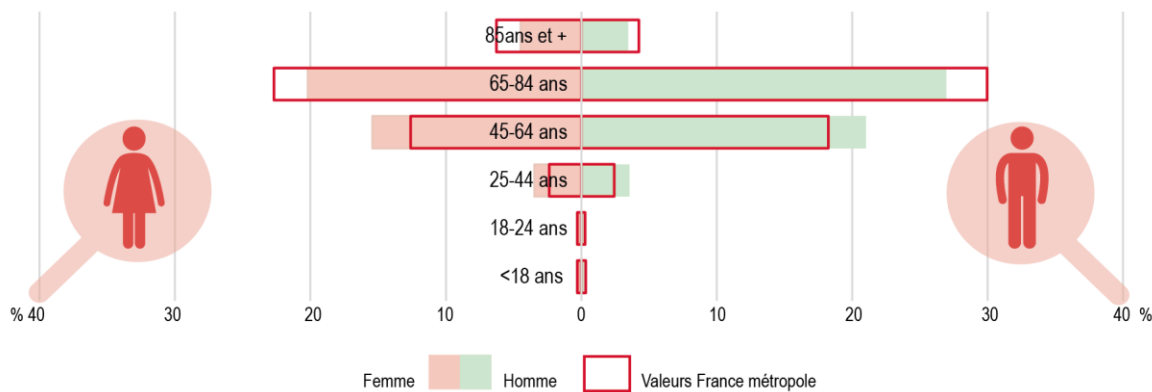
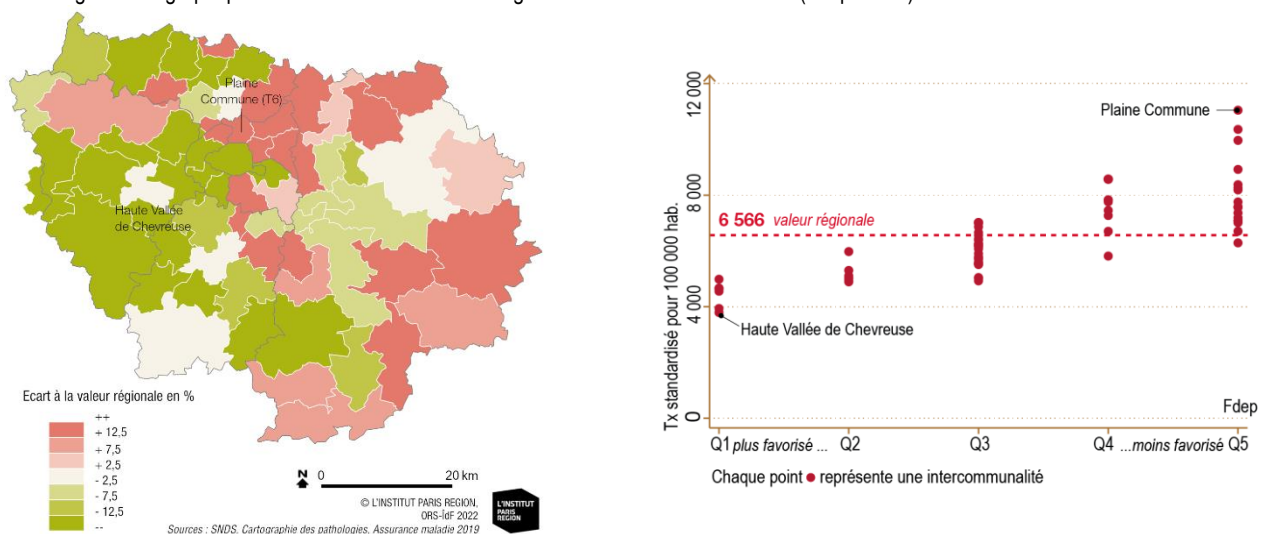


Figure 3. Taux standardisés de morbidité du diabète (tous types) par intercommunalités en Île-de-France en 2019 : cartographie des écarts à la valeur régionale et graphique selon le niveau de désavantage social des intercommunalités (Fdep* 2017)



Lecture : une intercommunalité (EPCI/EPT) apparaissant en rose foncé sur la carte présente un taux standardisé de morbidité pour la pathologie > de 12,5 % au moins au taux standardisé régional global

*L'indice de désavantage social, noté « FDep » a été construit par l'Inserm, en utilisant des données Insee du recensement de la population et de déclarations d'impôt à l'IRIS. Quatre variables ont été retenues : le revenu médian, la part de bacheliers, la part d'ouvriers et le taux de chômage. L'indice FDep a été défini comme la première composante de l'analyse en composante principale (ACP) de ces quatre variables.

La fréquence des examens recommandés à la hausse mais encore insuffisante

La surveillance clinique des personnes diabétiques est guidée par les recommandations de parcours de soins établies par la Haute autorité de santé. Jusqu'en 2019, la fréquence de suivi des examens recommandés progressait chaque année. En 2020, le suivi de l'ensemble des examens recommandés avait régressé dans un contexte où le recours aux soins avait fortement diminué dans la population générale, du fait de la crise sanitaire de la Covid-19. En 2021, les recours aux examens ont augmenté, retrouvant le niveau observé d'avant la crise sanitaire. On reste cependant loin des recommandations de la HAS.

Parmi les examens biologiques recommandés chaque année, la créatininémie est la plus réalisée (en moyenne 94 % des diabétiques ont eu un acte remboursé en 2019). En augmentation avec l'âge, elle atteint 98 % chez les 85 ans et plus (figure 4). Ensuite, vient le bilan lipidique (82 %), plus faible chez les moins de 25 ans et les 85 ans et plus. Les trois dosages d'HbA1c, la micro-albuminurie et la protéinurie sont faits par moins de 50 % des diabétiques franciliens, quel que soit l'âge, alors même qu'ils préviennent des complications. Le suivi en Île-de-France est très inférieur à la moyenne française pour les dosages HbA1c (-11 points de %).

Des consultations de spécialistes sont également recommandées chaque année. En moyenne, les diabétiques franciliens de tous âges ont consulté en priorité un ophtalmologue ou réalisé un fond d'œil en 2018-2019 (58 %). La consultation d'un cardiologue (43 %) est beaucoup plus fréquente chez les 65 ans et plus, tandis que le suivi dentaire (40 %) diminue avec l'âge. L'endocrinologue a été, en 2019, consulté par seulement 21 % des diabétiques (plutôt âgés de moins de 45 ans) et le podologue par à peine 10 % (en hausse avec l'âge), alors que la plaie du pied est une complication fréquente du diabète (figure 5).

Hausse des hospitalisations pour complications

Les complications liées au diabète restent fréquentes et stables, une légère diminution apparaît pour la première fois sur les hospitalisations pour les plaies du pied et les amputations d'un membre inférieur en 2020 (figure 6). La survenue des accidents vasculaires cérébraux (AVC), des infarctus du myocarde transmuraux (IDM) et de l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT), qui étaient relativement stables depuis le début du suivi, diminuent également mais de façon modeste. En 2021, les hospitalisations pour complications chroniques liées au diabète ont augmenté à un niveau proche de celui observé avant la crise sanitaire. Cependant, l'Île-de-France connaît nettement moins d'hospitalisations pour plaie du pied, pour amputations ou pour AVC qu'en moyenne en France.

Un risque de mortalité prématurée préoccupant

Le diabète cause en moyenne 11 260 décès par an en France métropolitaine et 1 250 en Île-de-France dont 14 % avant 65 ans (2013-2017).

Le taux standardisé de mortalité liée au diabète en Île-de-

France est de 11,1 pour 100 000 habitants en 2017 (15,5 chez les hommes et 7,9 chez les femmes), plus faible qu'en France métropolitaine 13,9 pour 100 000 (18 chez les hommes et 10,8 chez les femmes). Globalement en baisse sur la période 2010-2017, l'écart entre hommes et femmes tend néanmoins à augmenter entre 2016 et 2017 en Île-de-France (figure 7).

Au niveau infra régional, les départements de la Seine-et-Marne, du Val d'Oise et de la Seine-Saint-Denis connaissent la plus forte mortalité dépassant le taux standardisé de mortalité pour la France métropolitaine (moyenne 2013-2017). Bien au-dessus du niveau régional, la Seine-et-Marne et l'Essonne dépassent également la moyenne métropolitaine en termes de mortalité prématurée pour diabète chez les hommes (avant 65 ans), en hausse en 2017.

Une prévention primaire à renforcer

L'incidence en baisse chez les 45 ans et plus incite à renforcer le dépistage précoce du diabète. L'amélioration de la prévention primaire est nécessaire pour contrer l'accroissement du surpoids et de la sédentarité, notamment dans les territoires socio-économiquement défavorisés qui cumulent de plus forts taux de complication. Cela interroge sur un diagnostic peut-être plus tardif et un parcours de soins à améliorer.

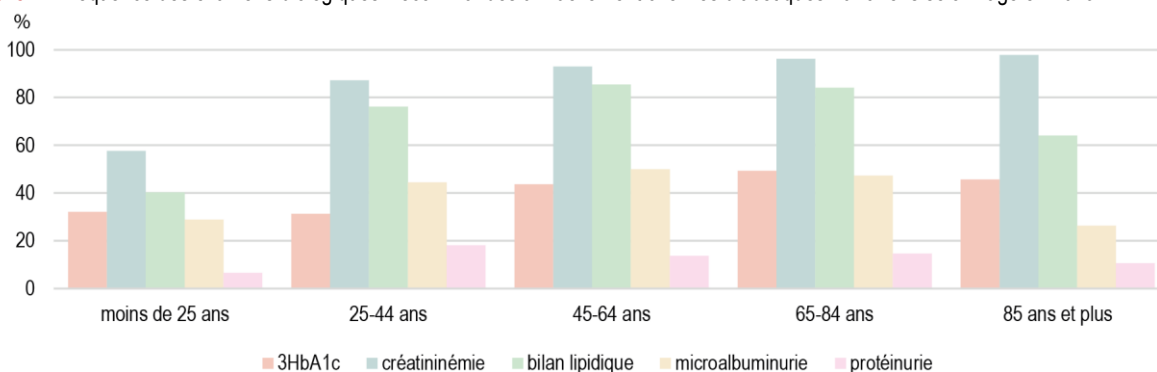
PERSPECTIVES

L'augmentation légère mais continue de la prévalence du diabète, dont l'origine pourrait être mise sur le compte d'une augmentation de la prévalence des principaux facteurs de risque (sédentarité, alimentation déséquilibrée, surpoids et obésité, activité physique insuffisante), est préoccupante.

Le diabète est une maladie très socialement et territorialement marquée, ses principaux déterminants, l'étant également. Cela confirme l'importance de la prévention du surpoids et de l'obésité dès le plus jeune âge, de la promotion de l'activité physique et de la diminution de la sédentarité, ainsi qu'un accès à une nutrition équilibrée quantitativement et qualitativement (voir les fiches correspondantes). La sensibilisation et les actions doivent être orientées spécifiquement vers les populations les plus à risque dans des logiques « d'aller-vers ».

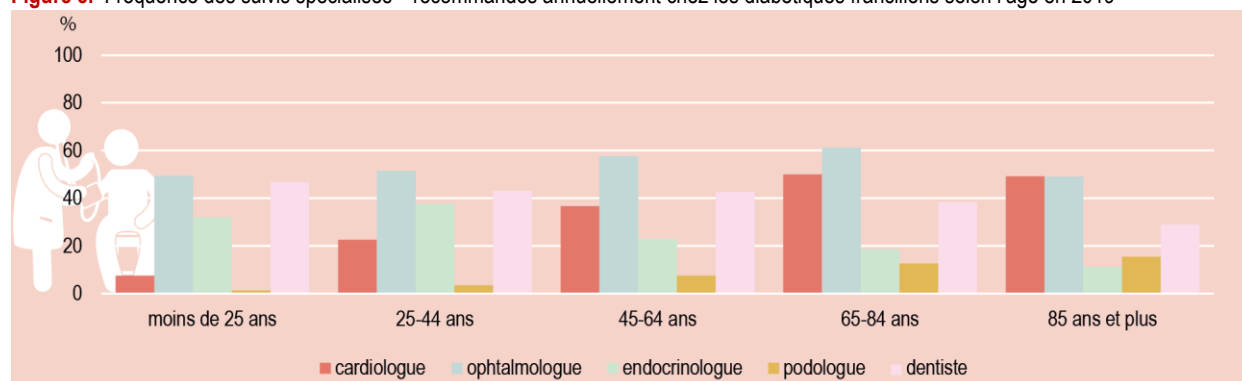
Cela implique de renforcer le dépistage précoce du diabète. La prise en charge des complications vasculaires qui sont d'installation insidieuse (les yeux, le cœur, les reins et atteintes périphériques) demande un suivi très rigoureux et quotidien pour éviter l'apparition ou l'aggravation. L'accompagnement des personnes diabétiques grâce à l'éducation thérapeutique est un enjeu clé. Elle permet au patient et son entourage de mieux comprendre la maladie, son suivi et ses traitements, de participer activement à sa prise en charge et d'améliorer sa qualité de vie.

Tabagisme et consommation d'alcool sont également des facteurs de risque aggravant du diabète, avec l'obésité et l'hypertension, ils font l'objet de campagnes de prévention régulières.

Figure 4. Fréquence des examens biologiques* recommandés annuellement chez les diabétiques franciliens selon l'âge en 2019

*au moins 1 remboursement d'acte biologique en ambulatoire quel que soit le prescripteur

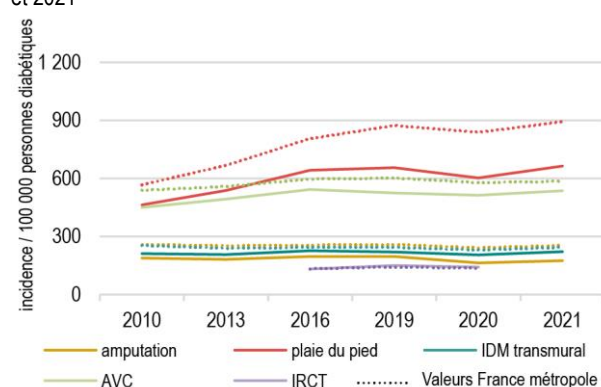
Source : SNDS – Cartographie des pathologies - PMSI-MCO 2019. Exploitation ORS-IdF

Figure 5. Fréquence des suivis spécialisés** recommandés annuellement chez les diabétiques franciliens selon l'âge en 2019

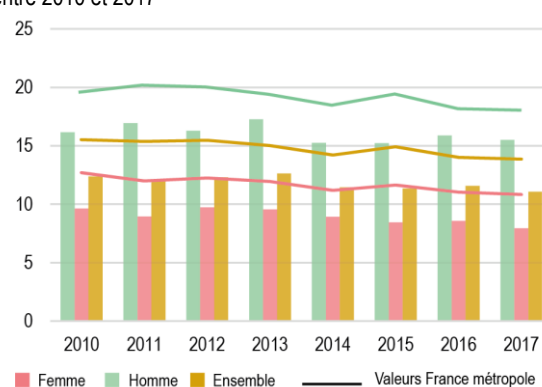
Source : SNDS – Cartographie des pathologies - PMSI-MCO 2019. Exploitation ORS-IdF

Suivi cardiologique : ayant eu une consultation/acte d'un cardiologue ou 1 ECG sur la période ; suivi ophtalmologique : ayant eu une consultation/acte d'un ophtalmologue ou 1 fond d'œil sur une période de 2 ans ; endocrinologue : ayant eu une consultation/acte d'un endocrinologue sur la période ; podologue : ayant eu une consultation/acte pédicure-podologue (diabétique) sur la période ; dentiste : ayant eu une consultation/acte d'un dentiste/stomato sur la période

**Y compris en consultation externe d'établissement public hospitalier

Figure 6. Evolution de l'incidence des hospitalisations pour complications liées au diabète en Île-de-France et en France entre 2010 et 2021

Source : SNDS – DCIR - PMSI-MCO. Exploitation Santé publique France

Figure 7. Taux de mortalité standardisés liés au diabète en France métropolitaine et en Île-de-France (pour 100 000 habitants) par sexe entre 2010 et 2017

Source : Inserm, CépiDc (standardisation directe sur la structure par âges de la France au RP 2006, cause de mortalité principale : diabète sucré)

Limite : la mortalité par diabète est fortement sous-déclarée dans la base, le décès étant plus souvent dû aux complications du diabète

Références

- [1] Santé publique France. Dossier Diabète [internet]. Disponible : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/diabete>
- [2] Grimaldi A. Éditorial. Entred 3 est arrivé ! Bull Epidemiol Hebd. 2022;(22) :382-3.
- [3] Mandereau-Bruno L, Fosse-Edorh S, Prévalence du diabète traité pharmacologiquement en France en 2015. Disparités territoriales et socio-économiques. N° thématique. Bull Epidemiol Hebd, 2017(27-28) : p. 586-591.
- [4] Piffaretti C, Mandereau-Bruno L, Gilmin-Crepon S, Choleau C, Coutant R, Fosse-Edorh S. Incidence du diabète de type 1 chez l'enfant – Variations régionales. Bull Epidemiol Hebd. 2017 ;(27-28) :571-8



Santé mentale	188
Les maladies infectieuses	193
VIH	194
Infections sexuellement transmissibles	198
Variole du singe (Mpox)	202
Tuberculose	204
Les accidents et traumatismes	208

Santé mentale

LES POINTS ESSENTIELS

- ▶ Une forte augmentation de la prévalence des épisodes dépressifs caractérisés entre 2017 et 2021, en Île-de-France plus encore que dans le reste de la France,
- ▶ La prévalence de l'anxiété comparable entre l'Île-de-France et le reste de la France et plus élevée chez les femmes,
- ▶ Diminution de la prévalence des pensées suicidaires chez les Franciliennes et stabilité de celle des tentatives de suicide, en Île-de-France ou hors Île-de-France, chez les hommes et les femmes.

ENJEUX

Des signes d'une altération de la santé mentale

La santé mentale couvre un champ large, allant du bien-être à la souffrance psychique, celle-ci pouvant être d'intensité et de durée variables (cf. encadré). Parmi les troubles psychiques, la dépression est l'une des principales causes d'incapacité.

En 2021, la prévalence de la dépression était estimée en France à 13 % des personnes de 18-75 ans (16 % des femmes vs 9 % des hommes), en augmentation depuis 2010 [1]. La prise en charge pour troubles de l'humeur augmente chaque année. L'une des conséquences est le risque suicidaire. La France présente l'un des taux de suicide les plus élevés d'Europe, avec 9 203 décès estimés en 2017 [2]. L'épidémie de Covid-19 a eu un impact fort sur la santé mentale, suivie à la fois par les recours au système de soins, aux urgences et par des enquêtes en population. Les dernières données de l'enquête Copiprev, mise en place depuis l'épidémie, indiquent ainsi un niveau très élevé d'anxiété (26 % des Français) ; des signes d'un état dépressif à la hausse (18 %) ; un niveau très élevé de problèmes de sommeil (71 %) et de pensées suicidaires (12 %) [3].

SITUATION ACTUELLE ET EVOLUTION

Des prévalences d'épisodes dépressifs caractérisés plus élevées en Île-de-France ainsi que chez les femmes

En Île-de-France, la prévalence globale des épisodes dépressifs caractérisés (EDC) est de 14 % chez les personnes de 18-85 ans en 2021, proportion supérieure à celle observée dans le reste de la France (12 %) (figure 1). Cette différence tient surtout à celle observée chez les hommes, les prévalences chez les femmes ne variant pas significativement entre les zones géographiques (figure 1). Les prévalences sont par ailleurs toujours significativement plus élevées chez les femmes que chez les hommes en Île-de-France (17 % vs 11 %) et encore plus dans le reste de la France (15 % vs 9 %).

En Île-de-France, l'EDC est sévère pour 5 % des personnes, proportion comparable à celle observée dans le reste de la France. La différence Île-de-France/hors Île-de-France mentionnée ci-dessus tient donc à la fréquence des EDC légers ou modérés, plus élevée en Île-de-France (figure 1). La différence homme/femme se retrouve pour les différentes formes de sévérité des EDC.

Les plus jeunes, les personnes vivant seules ou ayant des revenus plus faibles plus souvent touchés par un épisode dépressif

En Île-de-France, les personnes les plus jeunes ont plus

souvent déclaré un EDC : 23 % des 18-24 ans contre 9,4 % des 65-74 ans et 4,6 % des 75-85 ans (tableau 1).

L'analyse multivariée confirme, toutes choses égales par ailleurs, le risque plus élevé chez les femmes et chez les jeunes, mais aussi chez les personnes vivant seules. Inversement, vivre dans un foyer où le revenu par unité de consommation est supérieur à 1 170 euros est associé à une diminution de la probabilité d'avoir eu un EDC (tableau 1).

La prévalence des EDC a augmenté entre 2017 et 2021, surtout en Île-de-France

La prévalence des EDC s'est fortement accrue entre 2017 et 2021, en Île-de-France (figure 2), encore plus que dans le reste de la France (données non présentées). Ainsi, chez les Franciliens de 18-75 ans, elle est passée de 8,8 % à 14,7 %, soit une augmentation de 67 % (contre 30 % d'augmentation hors Île-de-France). L'augmentation a été particulièrement marquée chez les hommes, chez qui la prévalence a presque doublé en Île-de-France et a augmenté de 43 % hors Île-de-France. La prévalence des EDC s'est plus particulièrement accrue, en Île-de-France, chez les personnes de 18-24 ans (où elle a quasiment doublé) et chez les personnes de plus de 55 ans (figure 3). Hors Île-de-France, la plus forte augmentation est observée chez les personnes de moins de 25 ans.

Des prévalences de l'anxiété comparables entre l'Île-de-France et le reste de la France mais plus élevées chez les femmes

En Île-de-France, parmi les personnes de 18-85 ans, 12 % ont un ressenti suggérant une anxiété certaine, proportion comparable à celle observée dans le reste de la France, 13 % (figure 4). Les femmes sont plus souvent concernées, avec une proportion de 15,7 % en Île-de-France, ne différant pas significativement de celle des non Franciliennes. En prenant en compte l'anxiété probable, près de 30,5 % des Franciliens (33,6 % hors Île-de-France, différence non significative) auraient des troubles anxieux.

Les évolutions des prévalences des troubles anxieux ne mettent pas en évidence de différence entre 2017 et 2021, que ce soit pour l'anxiété certaine ou probable, en Île-de-France ou dans le reste de la France.

Un modèle multivarié confirme le risque plus élevé des femmes de déclarer une anxiété certaine, à âge, mode de vie (seul ou non), niveau de diplôme et de revenus comparables. De même, le fait de vivre seul est, toutes choses égales par ailleurs, plus souvent associé au risque de déclarer une anxiété certaine. Pour les autres variables, il n'y a pas d'association mise en évidence.

Définitions

L'OMS définit la santé mentale comme « un état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive, et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté ». La santé mentale est déterminée par de nombreux facteurs socio-économiques, biologiques, environnementaux.

Les épisodes dépressifs caractérisés (EDC) ont été identifiés par le CIDI-SF (*Composite International Diagnostic Interview-Short Form*) développé par l'OMS sur la base de critères de la CIM-10 et du DSM-IV. Les épisodes dépressifs sont établis en trois niveaux de sévérité - légers, modérés ou sévères -, en fonction du nombre de symptômes présents.

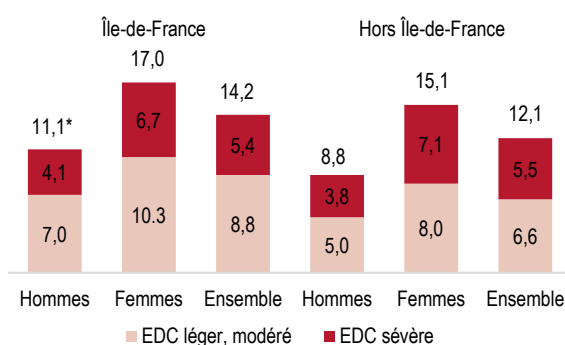
L'anxiété, autre trouble psychique, a été estimée via l'échelle HAD (Hospital and Anxiety Depression scale) et permet de dépister les troubles anxieux, à travers sept questions sur le ressenti, au cours des derniers jours, de nervosité, souci, peur, panique, difficulté à rester en place. L'anxiété est « certaine » pour un score de 11 ou plus (sur 21) et « probable » pour un score de 8 à 10.

Tableau 1. Episode dépressif caractérisé au cours des douze derniers mois et facteurs associés en Île-de-France (personnes de 18-85 ans)

	%	ORa	IC (95 %)
Sexe			
Femme	17,0	1,66	1,32-2,10
Age			
18-24 ans	23,4	1	
25-34 ans	17,1	0,69	0,46-1,03
35-44 ans	14,4	0,58	0,38-0,89
45-54 ans	13,9	0,55	0,69-0,84
55-64 ans	11,2	0,42	0,27-0,66
65-74 ans	9,4	0,35	0,21-0,58
75-85 ans	4,6	0,16	0,08-0,34
Vivre seul	15,4	1,29	1,00-1,67
Niveau de revenus			
1er tercile	18,7	1	
2 ^e tercile	12,7	0,68	0,50-0,95
3 ^e tercile	12,4	0,69	0,52-0,93
NSP/Refus	11,0	0,54	0,34-0,83

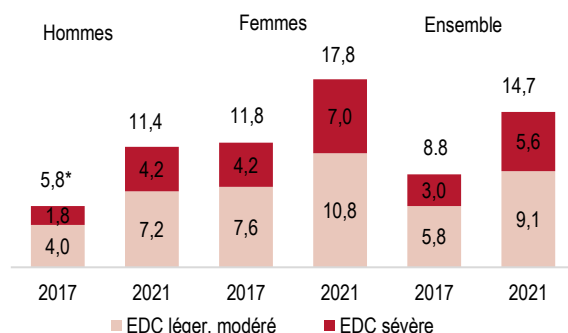
Source : Baromètre santé 2021, Santé publique France, exploitation ORS Île-de-France
ORa = odds ratio ajusté sur le sexe, l'âge, le fait de vivre seul, le niveau de diplôme et de revenus.

Figure 1. Prévalence de l'épisode dépressif caractérisé (EDC) au cours des douze derniers mois chez les personnes de 18-85 ans en Île-de-France et hors Île-de-France en 2021 (en %)



Source : Baromètre santé 2021, Santé publique France, exploitation ORS Île-de-France
* Prévalence globale de l'EDC (EDC léger, modéré et sévère)

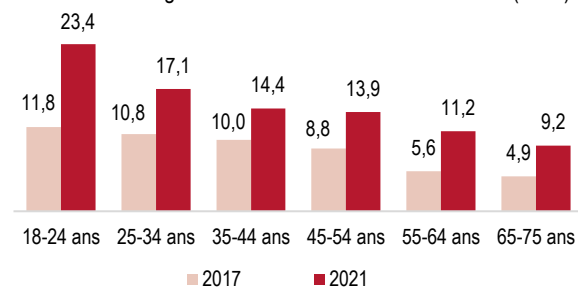
Figure 2. Evolution de la prévalence des EDC* au cours des douze derniers mois chez les personnes de 18-75 ans en Île-de-France entre 2017 et 2021 (en %)



Sources : Baromètres santé 2017 et 2021, Santé publique France, exploitation ORS Île-de-France

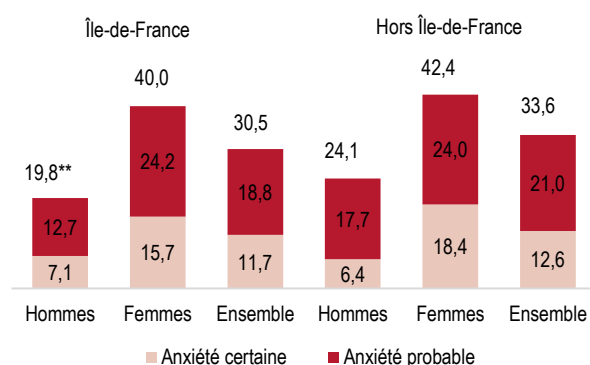
* Prévalence globale de l'EDC (EDC léger, modéré et sévère)

Figure 3. Evolution de la prévalence des EDC au cours des douze derniers mois selon l'âge entre 2017 et 2021 en Île-de-France (en %)



Sources : Baromètres santé 2017 et 2021, Santé publique France, exploitation ORS Île-de-France

Figure 4. Anxiété certaine et probable* chez les personnes de 18-85 ans en Île-de-France et hors Île-de-France (en %)



Source : Baromètre santé 2021, Santé publique France, exploitation ORS Île-de-France
* Echelle HAD (cf encadré). ** Prévalence globale de l'anxiété (certaine et probable)

Des proportions de pensées suicidaires en diminution chez les Franciliennes

Au cours des douze derniers mois, 4 % des Franciliens de 18-85 ans ont déclaré avoir pensé à se suicider, proportion comparable à celle observée dans le reste de la France (figure 5). Les Franciliennes sont toutefois moins nombreuses que les non Franciliennes à avoir déclaré des pensées de suicide (figure 5). Ainsi, en Île-de-France, les proportions d'hommes et de femmes ayant déclaré avoir pensé à se suicider sont comparables tandis que dans le reste de la France, les femmes ont plus souvent déclaré avoir pensé à se suicider (5 % contre 4 %). Les raisons le plus fréquemment citées pour ces pensées de suicide sont en rapport avec des raisons familiales (39 % en Île-de-France, 45 % hors Île-de-France). Les raisons professionnelles (31 %) et de santé (29 %) arrivent juste derrière en Île-de-France, dans le reste de la France, ce sont les raisons sentimentales (31 %) et de santé (28 %). Les femmes ayant eu des pensées suicidaires en ont plus souvent parlé à quelqu'un que les hommes (85 % contre 59 % en Île-de-France, 68 % contre 54 % hors Île-de-France). Si ces proportions sont comparables entre l'Île-de-France et le reste de la France chez les hommes, elles sont supérieures chez les femmes en Île-de-France.

Entre 2007 et 2021, l'évolution des proportions de personnes ayant eu des pensées suicidaires n'est pas significative en Île-de-France chez les hommes mais a diminué chez les femmes, passant de 6 % à 4 %. Hors Île-de-France, les proportions sont stables (figure 6).

Une analyse multivariée des facteurs associés à la survenue de pensées suicidaires en Île-de-France montre (tableau 2) que le fait de vivre seul multiplie par six le risque d'avoir eu des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois, tandis que vivre dans un foyer où le revenu par unité de consommation est supérieur ou égal à 1170 euros le diminue. En revanche, il n'est pas observé d'association avec l'âge et le niveau de diplôme.

Des prévalences de tentatives de suicide plus faibles en Île-de-France chez les femmes et qui restent stables

En Île-de-France, un passage à l'acte concerne 6 % des personnes de 18-85 ans, les femmes bien plus que les hommes (respectivement 7 % et 4 %) (figure 7). La proportion francilienne est inférieure à celle observée dans le reste de la France (7 %), particulièrement chez les femmes (7 % en Île-de-France contre 9 % dans le reste de la France) tandis que les proportions chez les hommes sont comparables.

Entre 2017 et 2021, la proportion de personnes déclarant avoir fait une tentative de suicide au cours de la vie n'a pas évolué significativement, que ce soit en Île-de-France ou dans le reste de la France, chez les hommes ou chez les femmes (figure 8).

Un niveau socio-économique favorisé, facteur protecteur par rapport aux tentatives de suicide

Le risque d'avoir fait une tentative de suicide au cours de la vie est deux fois plus élevé chez les femmes et les personnes vivant seules (tableau 3). Certains facteurs apparaissent comme protecteurs : avoir un niveau de diplôme supérieur ou égal au Bac, ou encore vivre dans un foyer dont le revenu par unité de consommation est supérieur à 1800 euros diminuent le risque de tentative de suicide.

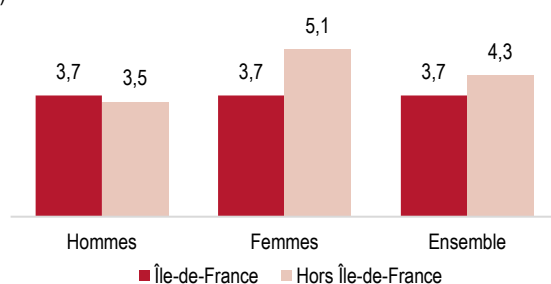
PERSPECTIVES

La santé mentale fait partie intégrante du bien-être général et est une composante essentielle de la santé. Les déterminants de la santé mentale sont à de multiples niveaux, individuels dans un milieu de vie, dans des systèmes qui administrent ces milieux de vie et dans un contexte global.

Au niveau individuel, les compétences psychosociales permettent aux personnes de mieux s'ajuster aux difficultés qu'elles rencontrent et d'exercer un meilleur contrôle sur elles-mêmes et sur leur environnement. Agir sur leur développement a pour objectif d'améliorer la capacité à résoudre les problèmes, à s'adapter et reconnaître les pensées négatives et le stress ; à accroître la capacité de résilience, améliorer l'estime de soi et ainsi améliorer les relations interpersonnelles, autant de compétences qui peuvent permettre aux personnes de mener une vie plus sereine [4]. L'environnement étant un facteur déterminant dans la santé mentale, l'action précoce, notamment de soutien à la parentalité, en particulier auprès des publics les plus socialement et économiquement défavorisés est recommandée [5]. Des dispositifs de visites à domicile sont ainsi proposés par le service de protection maternelle et infantile dans le cadre du programme Panjo, de promotion de la santé et de l'attachement des nouveau-nés et de leurs jeunes parents [5]. Sur un plan collectif, des dispositifs et campagnes de prévention doivent être régulièrement proposés et diffusés auprès du grand public, afin d'améliorer la connaissance sur la santé mentale, les troubles, les moyens de prévention et de prise en charge, et lutter contre les discriminations envers les personnes touchées. Ces mesures supposent qu'il y ait de bonnes capacités de prise en charge. Il conviendrait ainsi d'améliorer l'offre de soins en santé mentale (psychiatres libéraux, psychologues, CMP et CMPP, services hospitaliers...), en développant l'offre existante dont la pénurie actuelle est régulièrement dénoncée par les professionnels du secteur mais également en travaillant sur sa répartition territoriale (plus des deux tiers des psychiatres libéraux franciliens exercent à Paris) et sur son accessibilité financière. Par exemple, pour faciliter le premier recours et l'aller vers, un dispositif de prise en charge partielle des consultations de psychologues libéraux (dispositif MonParcoursPsy) a été mis en place à la suite des Assises de la santé mentale et de la psychiatrie 2021, et le développement d'équipes mobiles a été également décidé. Une meilleure coordination entre le médecin généraliste, premier professionnel consulté et les professionnels de la santé mentale doit être développée. En termes de prévention du suicide, plusieurs pistes déjà engagées doivent se poursuivre : limiter l'accès aux moyens de suicide (armes à feu, médicaments, sécurisation des ponts, voies ferrées, etc.), prévenir la récurrence en gardant un contact avec les personnes ayant déjà fait une tentative de suicide (dispositif de recontact Vigilans), faire connaître le numéro national d'écoute 3114.

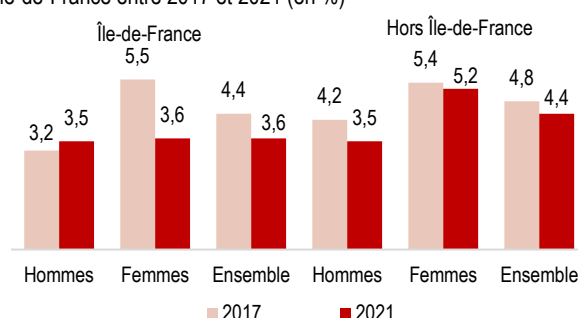
De nombreux défis sont à relever pour améliorer la santé mentale, éprouvée dans le contexte de multiples crises. Les actions à mettre en œuvre dépassent le seul champ de la santé et concernent aussi d'autres domaines, tels que l'éducation, le travail, la justice, les transports, l'environnement, le logement, etc.

Figure 5. Pensées suicidaires au cours des douze derniers mois chez les personnes de 18-85 ans en Île-de-France et hors Île-de-France (en %)



Source : Baromètre Santé publique France 2021, exploitation ORS Île-de-France

Figure 6. Evolution de la proportion de pensées suicidaires au cours des douze derniers mois chez les 18-75 ans en Île-de-France et hors Île-de-France entre 2017 et 2021 (en %)



Sources : Baromètres Santé publique France 2017 & 2021, exploitation ORS Île-de-France

Tableau 2. Pensées suicidaires au cours des douze derniers mois chez les 18-85 ans et facteurs associés en Île-de-France

	%	ORa	IC (95 %)
Sexe			
Femme	3,7	0,93	0,62-1,37
Vivre seul			
Non	3,2	1	
Oui	5,8	2,15	1,43-3,23
Niveau de revenus			
1er tercile	5,3	1	
2e tercile	2,7	0,45	0,25-0,79
3e tercile	2,5	0,42	0,25-0,69
NSP/Refus	5,9	1,18	0,63-2,20

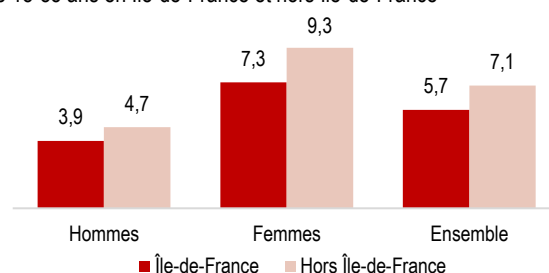
Source : Baromètre santé 2021, Santé publique France, exploitation ORS Île-de-France

ORa = odds ratio ajusté sur le sexe, l'âge, vit seul, le niveau de diplôme et de revenus. **En gras**, OR significatifs à 5%.

Références

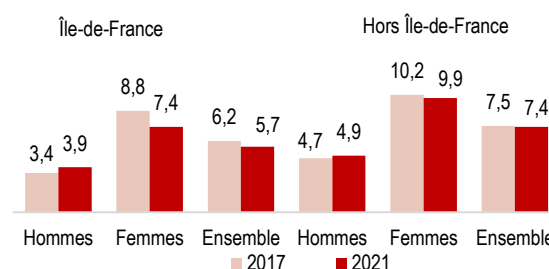
- [1] Léon C, Roscoät(du) E, Beck F. prévalence des épisode dépressifs en France chez les 18-85 ans : résultats du Baromètre santé 2021. Bull. Epidemiol Hebd. 2023 ;(2) :28-40.
- [2] Observatoire national du suicide. Suicide. Mesurer l'impact de la crise sanitaire liée au covid-19. Effets contrastés au sein de la population et mal-être chez les jeunes. 5e rapport, septembre 2022
- [3] Santé publique France. CoviPrev : une enquête pour suivre l'évolution des comportements et de la santé mentale pendant l'épidémie de covid-19. www.santepubliquefrance.fr
- [4] Bec E. Promouvoir la santé mentale des adolescents dans une société en crise : état des lieux régional, repérage, diagnostic et pistes d'orientation, CREAI-ORS Occitanie, DRAPPS Occitanie, 2022.
- [5] Du Roscoät E. Comment généraliser la prévention des troubles en santé mentale ? Cahiers français n°426, La Documentation française, mars-avril 2022

Figure 7. Tentatives de suicide au cours de la vie chez les personnes de 18-85 ans en Île-de-France et hors Île-de-France



Source : Baromètre Santé publique France 2021, exploitation ORS Île-de-France

Figure 8. Proportion de tentatives de suicide chez les 18-75 ans en 2017 et 2021 en Île-de-France et hors Île-de-France



Sources : Baromètres Santé publique France 2017 & 2021, exploitation ORS Île-de-France

Tableau 3. Tentatives de suicide au cours de la vie chez les 18-85 ans et facteurs associés en Île-de-France

	%	ORa	IC (95 %)
Sexe			
Hommes	3,9	1	
Femmes	7,3	2,04	1,40-2,97
Vit seul			
Non	4,7	1	
Oui	9,4	2,01	1,39-2,89
Niveau du diplôme			
<Bac	9,1	1	
Bac	5	0,58	0,36-0,95
>Bac	3,6	0,48	0,31-0,74
Niveau de revenus			
1er tercile	8,4	1	
2e tercile	7,2	0,85	0,55-1,31
3e tercile	3,3	0,50	0,31-0,81
NSP/Refus	2,8	0,30	0,15-0,64

Source : Baromètre santé 2021, Santé publique France, exploitation ORS Île-de-France
ORa = odds ratio ajusté sur le sexe, l'âge, vit seul, le niveau de diplôme et de revenus. **En gras**, OR significatifs à 5%.



Les maladies infectieuses	193
VIH	194
Infections sexuellement transmissibles	198
Variole du singe (Mpox)	202
Tuberculose	204
 Les accidents et traumatismes	 208

VIH

LES POINTS ESSENTIELS

- ▶ Avec 60 000 personnes prises en charge pour le VIH, l'Île-de-France est la région métropolitaine la plus touchée par l'épidémie,
- ▶ Paris et la Seine-Saint-Denis concentrent le plus grand nombre de cas de VIH,
- ▶ Si la Covid-19 a eu un impact négatif sur le recours au dépistage et sur l'utilisation de la PrEP en 2020, ces indicateurs montrent aujourd'hui une évolution de nouveau favorable.

ENJEUX

Une épidémie toujours active mais qui peut être contenue grâce aux traitements et moyens de prévention

Le 'Virus de l'Immunodéficience Humaine' (VIH) détruit progressivement certaines cellules immunitaires des personnes infectées. L'infection peut rester asymptomatique pendant plusieurs années. Dans ce cas, seul un test sérologique, qui détecte dans le sang les anticorps dirigés contre le virus, permet de diagnostiquer l'infection. Le dépistage est essentiel pour permettre aux personnes infectées de bénéficier des traitements efficaces et pour empêcher la transmission du virus aux partenaires sexuels.

Il existe uniquement trois modes de transmission du VIH : la voie sexuelle, la voie sanguine, l'accouchement et l'allaitement.

Il n'existe pas de vaccin contre le VIH. Cependant, plusieurs possibilités de prévention sont disponibles :

- l'usage du préservatif pour les personnes séronégatives et séropositives ;
- le dépistage, répété si besoin, pour les personnes les plus exposées, pour leur permettre de bénéficier rapidement d'un traitement si l'infection à VIH est diagnostiquée ;
- pour les personnes séronégatives à risque : la prophylaxie pré-exposition (PrEP) ou le traitement post-exposition (TPE) ;
- pour les personnes séropositives : le traitement comme prévention (TasP), ou la prévention de la transmission mère-enfant (PTME).

Le traitement par antirétroviraux des personnes séropositives, en plus d'améliorer leur santé en empêchant l'évolution vers le sida et en augmentant leur espérance de vie, supprime le risque pour une personne séropositive de transmettre le virus à son/ses partenaire(s) sexuel(s).

En France, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) et les hétérosexuel(le)s né(e)s à l'étranger (notamment dans un pays d'Afrique subsaharienne) restent les deux populations les plus touchées et représentent respectivement 44 % et 36 % des découvertes de séropositivité VIH en 2021. Les hétérosexuel(le)s né(e)s en France, les personnes trans contaminées par rapports sexuels et les usagers de drogues injectables représentent respectivement 16 %, 2 % et 1 % des nouveaux diagnostics.

SITUATION ACTUELLE ET EVOLUTION

L'Île-de-France est la région métropolitaine la plus touchée par l'épidémie avec d'importantes disparités entre départements

Avec près de 60 000 personnes prises en charge pour VIH par l'Assurance maladie, l'Île-de-France est la région de France métropolitaine la plus impactée par l'épidémie (40 % des personnes prises en charge sur toute la France). L'épidémie de VIH est principalement masculine (67 % des personnes séropositives franciliennes). Dans la région, on compte 800 cas pour 100 000 habitants chez les Franciliens et 400 chez les Franciliennes contre respectivement 370 et 172 cas pour 100 000 habitants en France métropolitaine (figure 1).

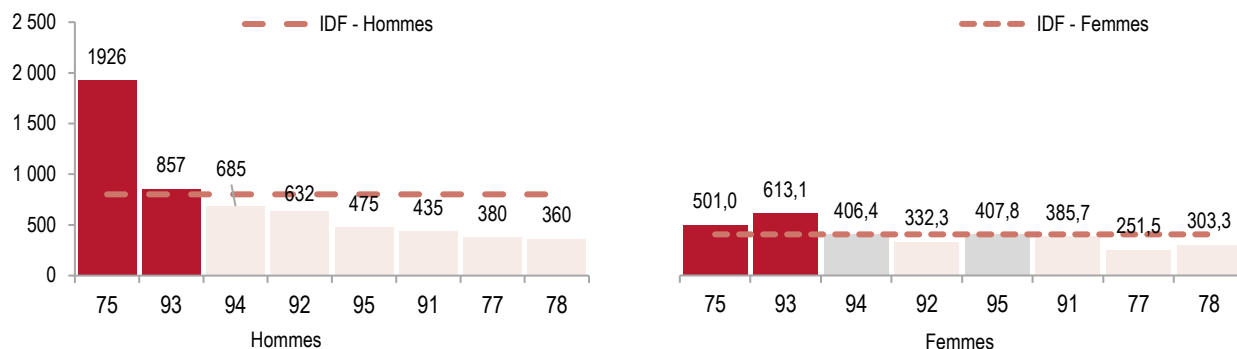
Au sein de la région, on observe de grandes différences de prévalence du VIH selon les départements : Paris et la Seine-Saint-Denis concentrent le plus grand nombre de cas de VIH chez les hommes comme chez les femmes, avec un taux standardisé à Paris plus de cinq fois plus important que dans les Yvelines chez les hommes et, chez les femmes, un taux en Seine-Saint-Denis 2,5 fois plus important que celui de Seine-et-Marne.

Au niveau infra-départemental, outre Paris chez les hommes, les intercommunalités de Plaine commune et d'Est-ensemble présentent les taux standardisés les plus élevés chez les hommes comme chez les femmes (figure 2).

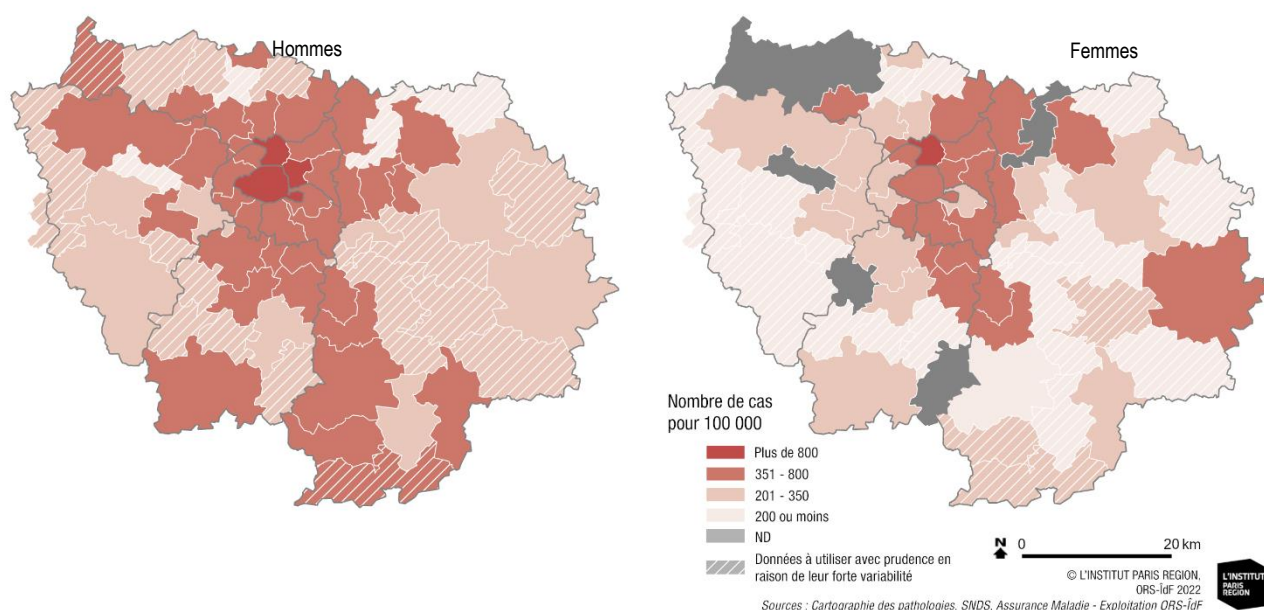
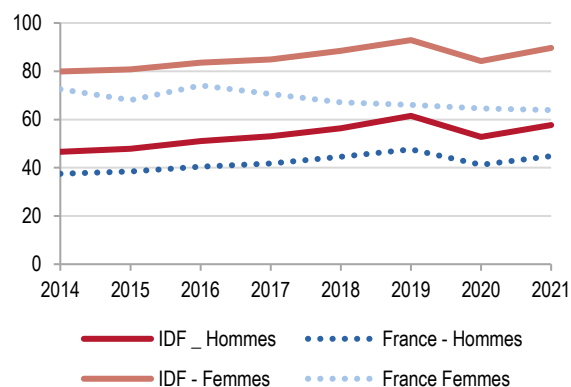
Taux de dépistage francilien le plus important des régions métropolitaines

En 2021, près de 1 100 000 tests de dépistage du VIH effectués par des Franciliens ont été remboursés par l'Assurance maladie (hors hospitalisations, hors tests gratuits), soit un taux régional de dépistage de 74,1 pour 1 000 habitants contre 59,1 en France (figure 2). Les femmes se font davantage dépister que les hommes : 89,9 pour 1 000 habitantes contre 57,7 pour 1 000 habitants. Cet écart s'explique par le fait que les femmes font un test de dépistage du VIH lors d'une grossesse.

L'épidémie du Covid-19 a eu un fort impact sur le dépistage du VIH, avec une baisse de 10 % du nombre de tests remboursés entre 2019 et 2020 en Île-de-France (- 12 % chez les hommes et - 8 % chez les femmes). Une hausse du dépistage est notée en 2021 mais le niveau reste encore inférieur à celui observé avant l'épidémie de Covid-19.

Figure 1. Taux standardisé de prévalence des personnes prises en charge par l'assurance maladie pour VIH en 2019 par département

Source : Cartographie des pathologies, SNDS CNAM 2020 – Exploitation ORS IDF

Carte 1. Taux standardisés de prévalence des personnes prises en charge par l'assurance maladie pour VIH en 2020 dans les intercommunalités**Figure 2.** Evolution des taux dépistage du VIH remboursés par l'Assurance maladie, hors hospitalisation et hors tests gratuits entre 2014 et 2021 en Île-de-France et en France (taux pour 1 000 habitants)

Source : SNDS, tests remboursés (privé et public hors hospitalisation) - exploitation ORS IDF 2022

Définitions

Les personnes prises en charge par l'Assurance maladie pour VIH (définition de la cartographie des pathologies) :

- personnes en ALD au cours de l'année n, avec codes CIM-10 de maladie due au virus de l'immunodéficience humaine,
- et/ou personnes hospitalisées en MCO (DP ou DR) ou RIM-P (DP ou DA) pour ces mêmes motifs durant au moins une des cinq dernières années,
- et/ou personnes hospitalisées en MCO l'année n pour tout autre motif avec un VIH/SIDA comme complication ou morbidité associée (DA, ou DP ou DR d'un des RUM),
- et/ou personnes ayant eu une délivrance à trois 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.

Au niveau infrarégional, Paris présente le plus fort taux de dépistage par habitant et la Seine-et-Marne le plus faible chez les hommes comme chez les femmes. Cet écart peut s'expliquer par l'offre de dépistage, importante à Paris et moindre dans le département plus rural de Seine-et-Marne (tableau 1).

Autre moyen de dépistage, les autotests VIH sont en vente sans ordonnance en pharmacie. Au cours de l'année 2021, en Île-de-France, 22 610 autotests ont été vendus en pharmacie, soit une augmentation de 8,18 % par rapport à 2020.

Près de 2 000 nouvelles admissions en ALD VIH en 2021 en Île-de-France

En 2021, on compte plus de 2 000 nouvelles admissions en ALD pour VIH en Île-de-France et 5 700 en France (figure 3). La proportion d'hommes parmi ces nouvelles admissions est de 65 % sur l'ensemble de l'Île-de-France et de 76 % à Paris (tableau 2).

On observe une baisse du nombre de nouvelles admissions en ALD VIH depuis 2020 (figure 3), mais cette baisse est difficile à interpréter car multifactorielle : baisse du dépistage, impact de l'épidémie de Covid-19, moindre exposition au risque de contamination durant le confinement, montée en charge de l'utilisation de la PrEP ou encore la mise sous traitement des personnes séropositives...

Hausse du niveau global de protection avec la PrEP et le préservatif en 2021

Au cours de l'année 2021, en Île-de-France, 24 387 024 préservatifs masculins ont été vendus en grande distribution. Ce chiffre est en augmentation par rapport à 2020.

Par ailleurs, au premier semestre 2022, on compte 18 600 utilisateurs de la PrEP en Île-de-France dont 3 500 initiations, soit 44 % des utilisateurs de PrEP en France. Au sein de l'Île-de-France, la majorité des utilisateurs de la PrEP sont parisiens (53 %), 26 % habitent en petite couronne et 21 % en grande couronne.

En 2022, l'utilisation de la PrEP continue à augmenter, avec une augmentation de 34 % en Île-de-France au cours de la dernière année (contre 40 % en France). Au sein de la région, la grande couronne présente la plus forte progression (+ 47 % d'utilisateurs), suivie par la petite couronne (+ 38 %), et Paris qui arrive seulement en dernier avec + 30 %. Depuis l'élargissement de la primo-prescription de la PrEP à l'ensemble des prescripteurs le 1er juin 2021, les initiations prescrites en ville, en particulier par des médecins généralistes, ont nettement augmenté.

PERSPECTIVES

Si la crise de la Covid-19 a eu un impact négatif sur le recours au dépistage et sur l'utilisation de la PrEP en 2020 [1], les indicateurs montrent aujourd'hui une évolution de nouveau favorable mais qui n'atteint pas encore un niveau suffisant pour stopper l'évolution des nouvelles contaminations.

En effet, d'après les résultats de l'étude ERAS [2], malgré la mise à disposition de moyens de prévention biomédicaux efficaces, le niveau global de prévention contre le VIH n'augmente pas dans la population d'HSH séronégatifs exposés au risque de contamination.

Ainsi les objectifs 2030 vis-à-vis du VIH (qui fixent que 95 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut

sérologique, que 95 % des personnes qui connaissent leur séropositivité soient sous traitement et que 95 % des personnes sous traitement aient une charge virale indétectable) ne pourront donc être tenus sans la relance d'une prévention du VIH dans une approche globale en santé sexuelle auprès des personnes à risque : les HSH, les personnes migrantes, et en particulier les femmes et les hommes originaires d'Afrique et des Caraïbes, et les personnes en situation de vulnérabilité socio-économique.

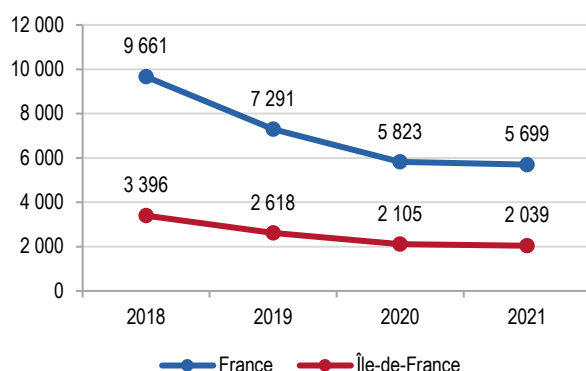
L'analyse de la prévalence des personnes prises en charge par l'assurance maladie pour VIH au niveau infra-départemental, conjuguée à d'autres sources d'information, permet la mise en œuvre de réponses ciblées et différenciées chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, chez les personnes hétérosexuelles selon leur sexe et leur origine pour lutter efficacement contre le VIH/sida.

Ces données permettent de mettre en relief des disparités importantes au niveau infra-départemental et souligne l'existence de deux types d'épidémies distinctes du VIH en Île-de-France : l'une parmi les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) (territoires avec des taux masculins très important), l'autre parmi les personnes migrantes (hommes et femmes) contaminées par voie hétérosexuelle (territoires où les taux masculins et féminins sont comparables).

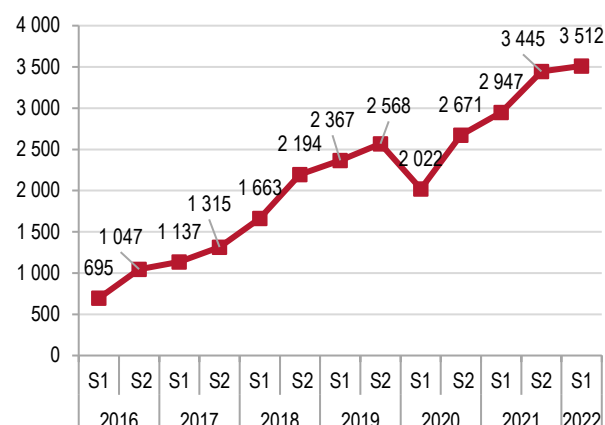
Ces analyses infra-départementales montrent l'hétérogénéité de la prise en charge du VIH au titre de l'ALD 7 et mettent en exergue les territoires franciliens les plus touchés. Cela permet de lutter au mieux contre les inégalités territoriales d'accès à la prévention, au dépistage et à la prise en charge, et cette caractérisation hétérogène de l'épidémie du VIH souligne l'importance d'une approche localisation-population pour une planification et une programmation efficace des services de prévention et de dépistage du VIH.

Pour cela, on pourra augmenter :

- l'accès à la prévention (action de prévention en milieu scolaire, communautaire, actions associatives d'« aller vers », actions favorisant l'accès à la PrEP surtout pour les personnes migrantes et en particulier les femmes et les hommes originaires d'Afrique et des Caraïbes qui en restent éloignés et qui, pour 30 à 50 % des cas, sont infectés en France après leur arrivée comme le montre l'étude ANRS-PARCOURS [3]) ;
- l'accès au dépistage (facilitation de l'accès aux CeGiDD et développement des Test Rapide d'Orientation Diagnostique (TROD), déploiement d'autotest, test sans ordonnance en laboratoire) ;
- l'accès à la prise en charge dans les territoires en difficulté (ouverture de la primo-prescription de la PrEP en médecine de ville).

Figure 3. Evolution du nombre de nouvelles admissions en ALD VIH entre 2018 et 2019 en Île-de-France et en France

Source : SNDS - exploitation ORS IDF 2022

Figure 4. Evolution du nombre de personnes ayant initié un traitement par Truvada® ou génériques pour une PrEP en Île-de-France entre le 1er janvier 2016 et le 30 juin 2022, par semestre

Source : Epiphare rapport 2022

Tableau 1. Taux dépistage du VIH remboursés par l'Assurance maladie, hors hospitalisation et hors tests gratuits en 2021 par département (taux pour 1 000 habitants)

	Paris	Seine-et-Marne	Yvelines	Essonne	Hauts-de-Seine	Seine-Saint-Denis	Val-de-Marne	Val-d'Oise
Homme	99,4	44,9	53,0	49,7	59,1	59,2	57,0	50,1
Femme	120,1	78,0	82,8	82,9	90,8	95,5	90,3	85,4

Source : SNDS, tests remboursés (privé et public hors hospitalisation) - exploitation ORS IDF 2022

Tableau 2. Nombre de nouvelles admissions en ALD VIH et pourcentage d'hommes en Île-de-France par département en 2021

	Paris	Seine-et-Marne	Yvelines	Essonne	Hauts-de-Seine	Seine-Saint-Denis	Val-de-Marne	Val-d'Oise
Nouvelles admissions	647	174	186	133	198	306	223	172
% d'hommes	76	51	58	52	6	64	64	59

Source : SNDS - exploitation ORS IDF 2022

Tableau 3. Nombre total d'utilisateur.trice.s d'une PrEP par Truvada® ou génériques (initiation ou renouvellement) au 30 Juin 2022, en Île-de-France et par département

	Paris	Seine-et-Marne	Yvelines	Essonne	Hauts-de-Seine	Seine-Saint-Denis	Val-de-Marne	Val-d'Oise	Île-de-France
Initiations	1 851	155	170	136	423	352	287	138	3 512
Renouvellement	9 118	458	464	486	1 444	1 483	1 205	389	15 047
Total	10 969	613	634	622	1 867	1 835	1 492	527	18 559

Source : Epiphare rapport 2022

Références

- [1] Billioti de Gage S, Desplas D, Dray-Spira R. EPI-PHARE : Suivi de l'utilisation de Truvada® ou génériques pour une prophylaxie pré-exposition (PrEP) au VIH à partir des données du Système National des Données de Santé (SNDS) Actualisation des données jusqu'au 30 Juin 2022
- [2] Prévention et dépistage du VIH et des infections sexuellement transmissibles (Journée mondiale de lutte contre le sida, 1er décembre) BEH N° 24-25 | 29 novembre 2022
- [3] Desgrées du Loû A, Pannetier J, Ravalihasy A, Le Guen M, Gosselin A, Panjo H, et al. Is hardship during migration a determinant of HIV infection? Results from the ANRS PARCOURS study of sub-Saharan African migrants in France. AIDS. 2016 ; 30(4) :645-56.
- [4] Surveillance du VIH et des IST bactériennes. BSP décembre 2022 niveau national
- [5] Surveillance et prévention des infections à VIH et des infections sexuellement transmissibles bactériennes en Ile-de-France BSP décembre 2022 niveau Ile-de-France

Infections sexuellement transmissibles

LES POINTS ESSENTIELS

- ▶ Une augmentation constante, après un ralentissement en 2018, des infections sexuellement transmissibles (IST) en Île-de-France, en particulier chez les jeunes,
- ▶ Une attention nécessaire aux spécificités des publics dans l'organisation de la prévention et de la prise en charge (HSH, personnes en situation de prostitution, populations à haut risque d'acquisition du VIH),
- ▶ Des infections favorisant la transmission du VIH, mais aussi une cause importante de stérilité en cas d'infection chez la femme.

ENJEUX

Un problème de santé publique persistant

Les infections sexuellement transmissibles (IST) se répartissent en plusieurs groupes selon les agents infectieux :

- Bactériennes (chlamydie, gonococcie et syphilis en particulier) qui, diagnostiquées, peuvent être guéries ;
- Parasitaires, pour lesquelles existent des traitements ;
- Virales (hépatite B, l'herpès génital, papillomavirus humain), difficiles ou impossibles à guérir.

Les IST sont souvent asymptomatiques. Elles constituent un enjeu de santé publique, en raison de leur fréquence, de leur transmissibilité, des risques de complications (infection génitale haute, grossesse extra-utérine), des séquelles comme l'infertilité, et d'un risque majoré de transmission du VIH. Selon Santé publique France, la fréquence des co-infections du VIH avec les autres IST les plus fréquentes (infection à chlamydia, gonococcie et syphilis) a augmenté depuis 2012, ce qui conforte l'importance de proposer un test de dépistage du VIH aux personnes diagnostiquées pour ces IST et inversement (figure 1). Parmi les patients présentant une IST, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) et les sujets VIH + sont surreprésentés.

Seules les méthodes contraceptives « barrières », comme les préservatifs masculin et féminin, protègent des IST. Le dépistage est une stratégie essentielle complémentaire permettant de réduire le risque de transmission et de limiter la survenue de complications par le diagnostic précoce et le traitement.

Stratégie nationale

Une première stratégie nationale de santé sexuelle (2017-2030) vise la transversalité entre les acteurs et une approche plus holistique des enjeux de santé sexuelle. Face à une recrudescence des IST, notamment chez les plus jeunes, le gouvernement a annoncé en septembre 2022 la gratuité du dépistage pour les moins de 26 ans, puis celle des préservatifs (application au 1er janvier 2023). En novembre 2022, Santé publique France a lancé une étude nationale en population générale (PréviST) visant à estimer la prévalence de plusieurs IST (bactériennes et papillomavirus humains) et étudier les facteurs de risque.

Depuis la suppression de la déclaration obligatoire (DO) en 2000, la surveillance épidémiologique des IST bactériennes repose sur des réseaux volontaires de surveillance (RésiST, Rénachla, Rénago et LGV)¹. En région Île-de-France, pour permettre une meilleure exhaustivité, les données SurCeGIDD et celles du réseau RésiST ont été fusionnées (tableau 1). Par ailleurs, le dispositif des CeGIDD (Centres Gratuits d'Information, de Dépistage et de Diagnostic) placé sous l'égide des ARS, est entré en application début 2016. Résultent de la fusion des consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) et des Centres d'information de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles, les IST (Ciddist). Ils doivent cibler les publics éloignés du dispositif de santé.

Toutes les IST sont en recrudescence depuis le début des années 2000 dans la plupart des pays industrialisés. Dans un contexte d'augmentation continue de l'activité de dépistage des IST bactériennes jusqu'en 2019, une baisse a été observée en 2020 (Covid-19). En 2021, une ré-augmentation permet de retrouver, sur la France entière, le niveau de 2019, selon les données de Santé publique France [1,2] :

Infections à Chlamydia trachomatis

En 2021, 2,3 millions de personnes ont bénéficié au moins une fois d'un dépistage remboursé d'une infection à Chlamydia trachomatis (taux de dépistage de 42 %). Après une diminution en 2020, le taux de dépistage a ré-augmenté en 2021 pour atteindre un niveau supérieur à celui de 2019 (+ 9 %). Plus des deux tiers des personnes testées étaient des femmes (70 %).

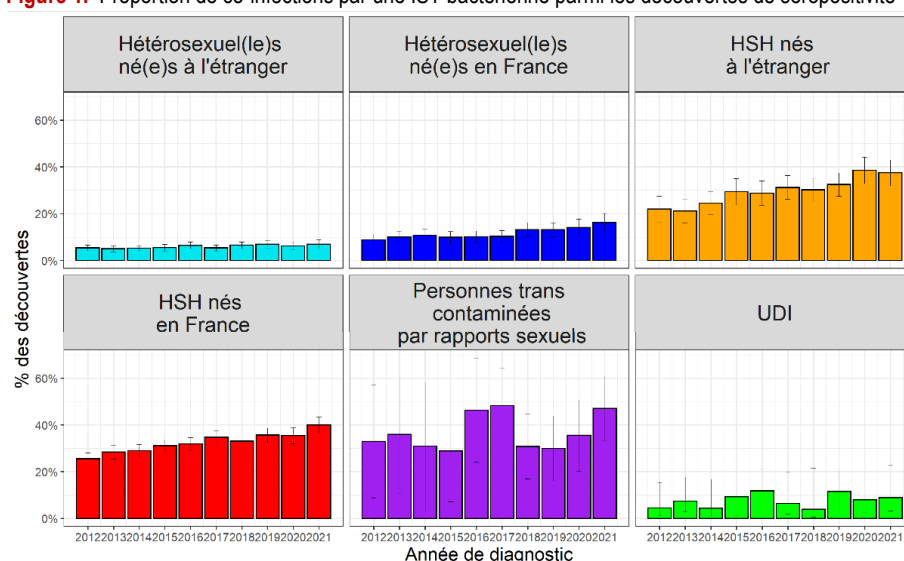
Infections à Gonocoque

En 2021, 2,7 millions de personnes ont bénéficié au moins une fois d'un dépistage remboursé d'une infection à gonocoque, (taux de dépistage de 49 %). Après une diminution en 2020, le taux de dépistage a ré-augmenté en 2021 pour atteindre un niveau supérieur à celui de 2019 (+ 6 %). Les trois-quarts des personnes testées étaient des femmes.

Syphilis

En 2021, 2,8 millions de personnes ont bénéficié au moins une fois d'un dépistage remboursé de la syphilis (taux de 51 %). Après une diminution en 2020, le taux de dépistage a ré-augmenté en 2021 pour atteindre un niveau légèrement supérieur à celui de 2019 (+ 3 %). Les deux tiers des personnes testées étaient des femmes.

¹ De façon complémentaire, le réseau Sentinelles (IPLESP, Inserm - Sorbonne Université) surveille depuis janvier 2020 les diagnostics de trois IST bactériennes (infections à Ct, à gonocoque et syphilis) vus en médecine générale, en partenariat avec Santé publique France et le CNR des IST bactériennes.

Figure 1. Proportion de co-infections par une IST bactérienne parmi les découvertes de séropositivité VIH, France 2012-2021**Facteurs de risques de contracter une IST**

- Avoir plusieurs partenaires sexuels,
- Avoir changé récemment de partenaire sexuel,
- Avoir un ou plusieurs partenaires sexuels diagnostiqués avec une IST,
- Avoir déjà eu une IST,
- Avoir, lorsqu'on est un homme, des relations sexuelles avec des hommes,
- Être une personne en situation de prostitution,
- Avoir été victime d'un viol,
- Avoir été incarcéré.

Source : Santé publique France, DO VIH (données corrigées au 30/06/2022) - * UDI : usagers de drogues injectables

Tableau 1. Principaux dispositifs de surveillance des IST en région, France, 2021

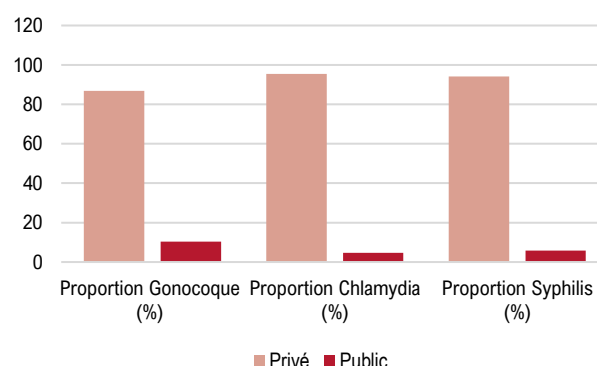
Dispositifs	Descriptif	Couverture dépistage	Couverture diagnostic
Système national des données de Santé (SNDS)	Données de remboursement de l'Assurance maladie des tests réalisés dans les laboratoires privés et publics (laboratoires de ville et établissements de soins, hors prescription lors d'une hospitalisation dans le public) et des traitements, chez les 15 ans et plus.	France entière et en région	France entière et en région uniquement pour <i>Chlamydia trachomatis</i>
Surveillance CeGIDD : - RAP	Données agrégées d'activité de dépistage et de diagnostic des IST des CeGIDD de France via les rapports d'activité et de performance (RAP) transmis aux ARS et centralisés par la Direction Générale de la Santé (DGS).	France entière et en région (> 80 % des CeGIDD)	
- SurCeGIDD	Recueil automatisé des données individuelles de consultation pseudonymisées des CeGIDD transmises à Santé publique France.	Taux de couverture variable selon les régions	
ResIST	Surveillance sentinelle d'un réseau de cliniciens volontaires exerçant principalement en CeGIDD, contribuant à la surveillance des cas d'IST avec recueil de données individuelles anonymisées transmises à Santé publique France.		France entière et en région uniquement pour syphilis précoce et gonococcie
	Dispositif qui, à terme, devrait être réorienté vers les consultations hospitalières face à la montée en charge de la surveillance spécifique SurCeGIDD.		Taux de couverture variable selon les régions

Source : Santé publique France

Une préoccupation nationale à répercussion régionale [3]

Le développement des relations sexuelles sous l'emprise de produits psychotropes (dit « chemsex »), causant à la fois des problèmes d'addiction et une mauvaise prise en compte des risques infectieux encourus, est observé en France depuis le début des années 2010.

En région Île-de-France, l'ensemble des acteurs (ARS, Ville de Paris, Région) sont attentifs à ce phénomène. La quantification de la prévalence de ces pratiques est complexe mais elle pourrait concerner environ 20 % des HSH. Par ailleurs, si le « chemsex » est documenté chez les HSH, la question est désormais de savoir, au-delà des quelques cas déjà rapportés, dans quelle mesure ce type de pratiques se développe dans d'autres groupes de population.

Figure 2. Répartition des tests dans les secteurs publics et privés pour chacune des IST bactériennes en Île-de-France, 2021

Source : Santé publique France

SITUATION ACTUELLE ET EVOLUTION

Une augmentation constante des taux de dépistage

Il est possible de se faire dépister une IST, soit dans le réseau des CeGIDD franciliens, soit dans le réseau des laboratoires d'analyse privés, qui assurent la majorité des dépistages (figure 2). Les taux de dépistage des IST bactériennes sont en augmentation constante en Île-de-France, particulièrement chez les jeunes de 15 à 25 ans (figures 3a. b. c.). Les tendances entre 2020 et 2021 sont identiques à celles du niveau national : le taux de dépistage (secteurs public et privé) a augmenté de 11,8 % pour Chlamydia, de 9 % pour les infections à gonocoque et de 10,4 % pour la syphilis.

Infections à Chlamydia trachomatis

Les femmes, entre 15 et 24 ans, et les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) sont les plus touchés. L'infection passe le plus souvent inaperçue et, si elle n'est pas traitée, peut être responsable de stérilité (féminine) ou de grossesse extra-utérine.

En 2021, le taux de dépistage en Île-de-France était de 55,4 ‰ (contre 41,8 ‰ au niveau national). En 2020, il était de 49,5 ‰. Les femmes représentaient 65,3 % des cas. Le taux de dépistage des femmes était de 69,1 ‰ (contre 56 ‰ au niveau national). Cependant, pour les femmes âgées de 25 ans ou moins, il était moindre en Île-de-France (100,5 ‰ contre 119 ‰ au niveau national). Ce taux est en augmentation chez les hommes avec un taux de 40,3 ‰ (contre 26 ‰ au niveau national), alors qu'il était de 19,9 ‰ en 2014. Le taux d'incidence régional, quant à lui, est de 2,3 ‰, contre 1,7 ‰ en France, avec une incidence de 2,8 ‰ chez les hommes et de 1,9 ‰ chez les femmes (3,9 ‰ chez les femmes de moins de 25 ans et 1,5 ‰ pour les plus de 25 ans) (figure 4).

Infections à Gonocoque

La blennorragie gonococcique est plus fréquente chez les hommes chez qui elle provoque une inflammation douloureuse de l'urètre. Chez la femme, l'infection est asymptomatique dans près de trois cas sur quatre. Si elle n'est pas traitée, cette infection peut se propager aux articulations ou être responsable de stérilité.

En 2021, le taux régional de dépistage d'infection à gonocoque était de 60,1 ‰ contre 48,5 ‰ au niveau national. Il faut noter une augmentation de 10,4 % du taux de dépistage en 2021 par rapport à 2020. Le taux de dépistage est plus élevé chez les femmes (68,6 ‰) que chez les hommes (31,4 ‰), les femmes représentant 68,6 % des cas. Les femmes âgées de 25 ans ou moins ont un taux élevé (104,2 ‰). Il faut noter une augmentation de 10,4 % du taux de dépistage en 2021 par rapport à 2020. Le taux de positivité en CeGIDD est passé de 7,43 % en 2020 à 6,56 % en 2021 chez les hommes. Il était stable chez les femmes sur 2020 (1,73 %) et 2021 (1,79 %).

Syphilis

La bactérie est hautement sensible à la pénicilline. La syphilis peut provoquer des complications graves si elle n'est pas traitée, comme des atteintes du cerveau, des nerfs, du cœur, des artères, des yeux et une atteinte du nouveau-né si la mère est infectée.

En 2021, le taux régional de dépistage était de 67,8 ‰ contre 51,1 ‰ au niveau national, chez les personnes âgées de

15 ans et plus (83,7 ‰ chez les femmes et 50,3 ‰ chez les hommes). Les jeunes femmes de moins de 25 ans avaient un taux plus élevé (100,7 ‰). Entre 2014 et 2021, le nombre de diagnostics de syphilis est en augmentation croissante, avec une légère baisse en 2020 (62,2 ‰). Il faut noter une augmentation de 9 % du taux de dépistage en 2021 par rapport à 2020.

Caractéristiques des personnes ayant été diagnostiquées en CeGIDD en 2021 (figures 5-6)

Infections à Chlamydia trachomatis

Plus de la moitié était des hommes (61,6 %) avec un âge médian à 25 ans ; 76,5 % des personnes étaient nées en France et 64,6 % avaient moins de 25 ans. Le comportement sexuel le plus fréquent au cours des douze derniers mois étaient les rapports hétérosexuels (38,2 % et 39,2 % respectivement chez les hommes et les femmes).

Infections à Gonocoque

Les hommes représentaient 90,3 % des personnes diagnostiquées avec un âge médian à 30,6 ans, 69,7 % des personnes étaient nées en France et 53,6 % avaient un âge compris entre 25 et 49 ans. Le comportement sexuel le plus fréquent au cours des douze derniers mois étaient les rapports entre HSH avec 75,8 %.

Syphilis

Les hommes représentaient 98,4 % des personnes diagnostiquées avec un âge médian à 31 ans ; 67,2 % des personnes étaient nées en France et 64,9 % avaient un âge compris entre 25 et 49 ans. Le comportement sexuel le plus fréquent au cours des 12 derniers mois étaient les rapports HSH avec 90,6 % des cas, en augmentation par rapport à 2020.

PERSPECTIVES

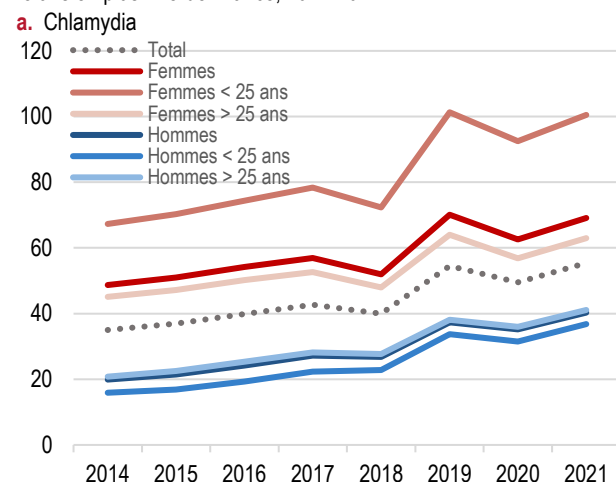
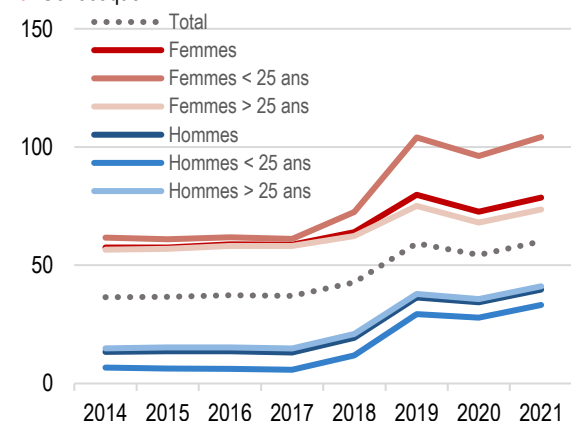
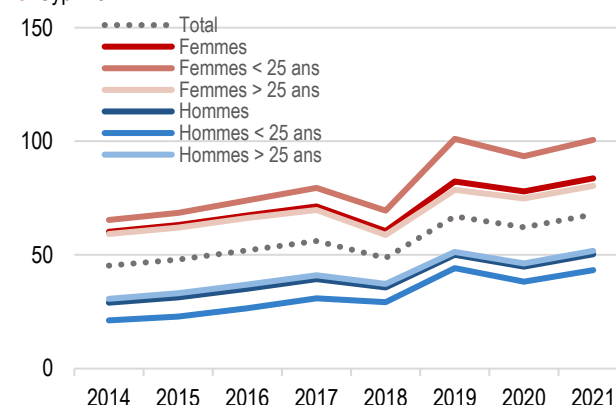
Des progrès nécessaires en termes de dépistage et de prise en charge

La HAS a revu, en 2018, la stratégie de dépistage des infections à Chlamydia en recommandant un dépistage systématique chez les femmes de 15 à 25 ans sexuellement actives (à réaliser dans les cabinets de médecine générale, de gynécologie, de sage-femme).

Au-delà de la promotion de la santé sexuelle par l'éducation et l'information (cursus scolaire des jeunes en particulier), les enjeux du parcours de santé apparaissent primordiaux avec le développement de téléconsultations en santé sexuelle, la prévention pour les populations à haut risque d'acquisition du VIH, la meilleure prise en compte des personnes en situation de prostitution, le repérage et la prise en charge des *chemsexers*.

Une exhaustivité des données de surveillance à renforcer

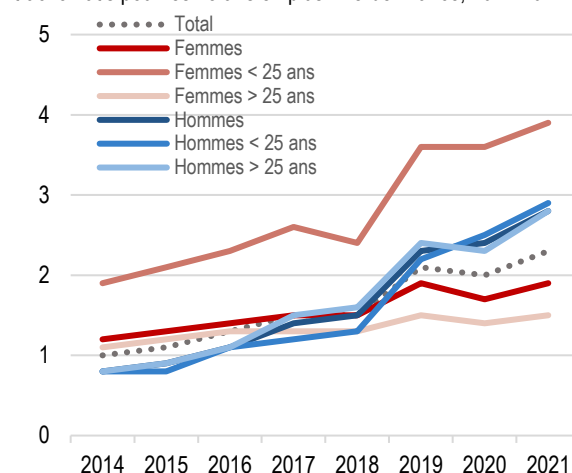
L'exhaustivité des données de surveillance s'est dégradée depuis deux ans. Or, il est indispensable pour construire une prévention efficace de disposer d'indicateurs robustes au niveau territorial, et de mieux connaître les facteurs de risques des IST et leur répartition. Cette perte de sensibilité épidémiologique laisse craindre un retard de diagnostic et une circulation potentielle plus importante des IST.

Figure 3. Evolution du taux de dépistage (%) des infections pour les 15 ans et plus*. Île-de-France, 2014-2021**b. Gonocoque****c. Syphilis**

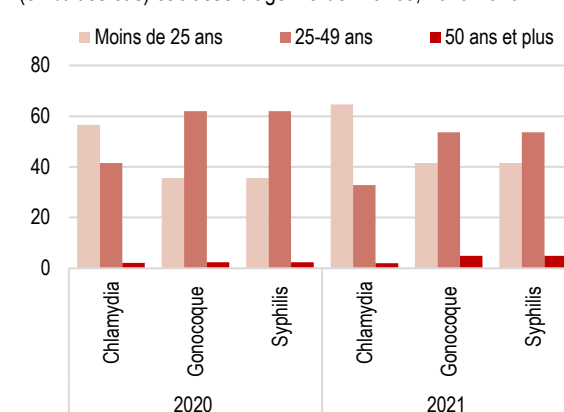
Données arrêtées au 26/10/2022. Traitement Santé publique France
 * Personnes dépistées au moins une fois dans l'année pour 1 000 habitants
 Source : Assurance maladie, Système national des données de santé (SNDS).

Références

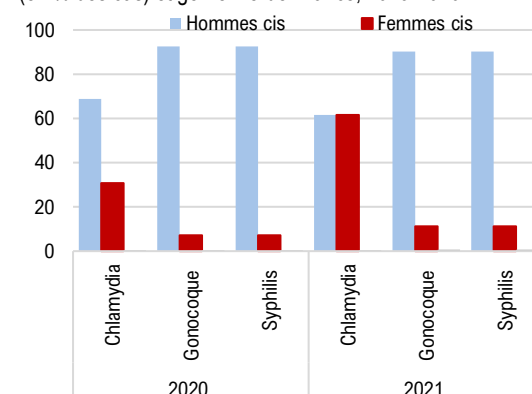
- [1] Santé publique France. Bulletin de santé publique VIH-IST : 2022, 2020.
- [2] Bulletin de santé publique (BSP) VIH-IST – Édition Île-de-France : 2021, 2022.
- [3] Benyamina A. Ministère des Solidarités et de la Santé. Rapport Chemsex pour le Ministre de la Santé. 2022

Figure 4. Evolution du taux d'incidence (%) des infections à Chlamydia trachomatis pour les 15 ans et plus*. Île-de-France, 2014-2021

Données arrêtées au 26/10/2022. Traitement Santé publique France
 * Personnes dépistées au moins une fois dans l'année pour 1000 habitants
 Source : Assurance maladie, Système national des données de santé (SNDS).

Figure 5. Cas diagnostiqués dans les CeGIDD franciliens (en % des cas) et classe d'âge. Île-de-France, 2019-2020

Source : SurCeGIDD Île-de-France, 2020-2021

Figure 6. Cas diagnostiqués dans les CeGIDD franciliens (en % des cas) et genre. Île-de-France, 2019-2020

Source : SurCeGIDD Île-de-France, 2020-202

Variole du singe (Mpox)

LES POINTS ESSENTIELS

- ▶ Une épidémie émergente en Europe depuis mai 2022,
- ▶ En France, 61 % des cas sont franciliens (avec 2501 cas confirmés début décembre 2022),
- ▶ Une épidémie qui concerne, quasi exclusivement, des hommes multipartenaires ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH),
- ▶ Contagieuse par contact, la variole du singe requiert, afin d'en éviter la diffusion, pour les populations les plus exposées, des mesures de prévention (vaccination) et de réductions des risques (éviter les lieux de sexe, adopter des gestes barrières) et pour les personnes malades, un isolement strict,
- ▶ Si l'épidémie est en voie de quasi-disparition, de nombreuses incertitudes demeurent.

ENJEUX

Une maladie infectieuse émergente en Europe dont il faut éviter au maximum la propagation

La variole du singe, due à un virus du type orthopoxvirus (également responsable de la variole humaine), a émergé en Europe en 2022. Le premier cas autochtone a été confirmé en France le 19 mai 2022 [1]. La variole du singe, maladie certes moins sévère que la variole, constitue un risque pour la santé publique : c'est la raison pour laquelle l'Organisation mondiale de la santé a déclenché, le 23 juillet 2022, son plus haut niveau d'alerte. A cette date, la variole du singe avait touché près de 17 000 personnes dans 74 pays dans le monde. Près d'un mois après cette alerte, le nombre de cas dans le monde était passé à 35 000 dans 92 pays.

Le virus Mpox se transmet par contacts prolongés de la peau ou des muqueuses avec la peau lésée d'une personne infectée, par les gouttelettes de salive et par contact indirect avec l'environnement de la personne. Les contacts rapprochés et prolongés lors de rapports sexuels constituent un contexte favorable à la transmission. L'épidémie de Mpox touche principalement des hommes multipartenaires ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH).

La période d'incubation varie de 5 à 21 jours et les symptômes se caractérisent par une éruption vésiculeuse. La maladie dure généralement de deux à trois semaines, accompagnée de fièvre, de fortes douleurs et d'adénopathies. Des complications seraient présentes dans 1 à 10 % des cas, nécessitant des hospitalisations. Les décès liés à la variole du singe sont exceptionnels.

Sur la base de ces éléments, et afin de limiter la propagation de la maladie, la HAS recommande la vaccination antivariolique en post-exposition autour d'un cas confirmé [2]. Elle recommande également la vaccination en préexposition aux personnes les plus exposées au virus. Cela concerne les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) et les personnes trans rapportant des partenaires sexuels multiples, les personnes en situation de prostitution, les professionnels des lieux de consommation sexuelle, quel que soit le statut de ces lieux.

Un isolement strict et total est la règle tant que l'éruption cutanée et des muqueuses n'est pas entièrement guérie, en évitant en particulier tout contact avec des personnes immuno-déprimées, enceintes ou allaitantes. Par ailleurs, la transmission de l'homme à des animaux domestiques semble

également démontrée.

Outre la vaccination préventive des populations les plus exposées, le respect des gestes barrières et la réduction de la fréquentation des lieux de sexe constituent des moyens supplémentaires de limiter l'exposition.

SITUATION ACTUELLE ET EVOLUTION

Un système d'information à améliorer

La surveillance épidémiologique des infections à ce groupe de virus s'appuie sur le dispositif de la déclaration obligatoire (ci-contre). La fiche actuelle de déclaration ne prend pas en compte les facteurs de risque déjà connus de cette maladie particulière (populations, modes de vie, lieu probable de contamination, caractère autochtone ou importé, etc.), et un meilleur remplissage des données existantes, notamment sur le lieu de résidence (25 % de données manquantes sur la région de résidence) en améliorerait aussi le suivi.

Une épidémie largement francilienne touchant principalement des HSH

Au 29 novembre 2022, 4 108 cas confirmés ont été recensés en France. Parmi les cas dont la région de résidence est connue, 61 % (2 503 cas) sont enregistrés chez des personnes résidant en Île-de-France. La quasi-totalité des cas sont des hommes adultes. Seuls soixante-dix-neuf cas chez des femmes adultes et deux cas chez des enfants ont été confirmés. L'âge médian chez les adultes est de 36 ans. Depuis le pic de contamination de juillet, le nombre de cas n'a cessé de décroître. Une tendance similaire est observée chez nos voisins européens.

PERSPECTIVES

De nombreuses incertitudes demeurent

Aujourd'hui, de nombreuses incertitudes demeurent sur une éventuelle transmission par voie sexuelle quoique non démontrée à ce jour ; sur l'efficacité de la vaccination (en termes de réduction de la transmission et réduction des formes graves) qui semble imparfaite, un nombre non négligeable de cas survenant chez des personnes déjà précédemment vaccinées contre la variole ; sur l'existence de formes asymptomatiques ou de transmission du virus en phase d'incubation soupçonnée en raison de la forte dynamique épidémique de la maladie, hypothèse cependant moins crédible aujourd'hui ; sur l'évolution incertaine de l'épidémie, malgré une diminution très sensible du nombre de cas.

Définitions des cas [3,4]

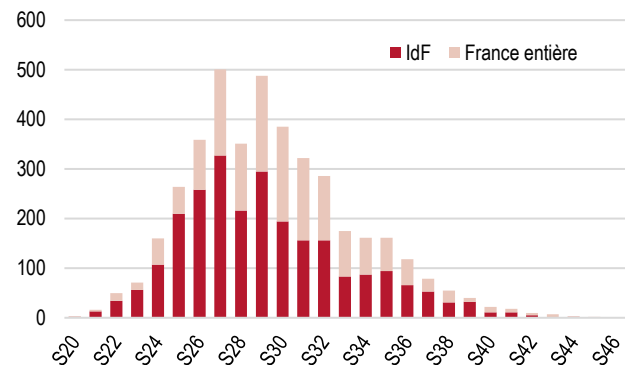
Cas suspect : toute personne présentant une éruption cutanée ou muqueuse génitale, anale ou buccale, évocatrice de MPXV, isolée (sans autre signe simultané), précédée ou accompagnée d'une fièvre ressentie ou mesurée ($>38^{\circ}\text{C}$), d'adénopathies ou d'une odynophagie (mal de gorge et à la déglutition).

Cas possible : toute personne présentant une éruption cutanée ou muqueuse génitale, anale ou buccale, évocatrice de MKP, isolée (sans autre signe simultané), précédée ou accompagnée d'une fièvre ressentie ou mesurée ($>38^{\circ}\text{C}$), d'adénopathies ou d'une odynophagie, avec au moins l'une des expositions suivantes dans les trois semaines précédant le début des signes : retour d'un voyage dans un pays d'Afrique où le virus circule habituellement ; partenaires sexuels multiples, quelle que soit l'orientation sexuelle ; homme ayant des rapports sexuels avec des hommes.

Cas probable : toute personne présentant une éruption cutanée ou muqueuse génitale, anale ou buccale, évocatrice de MPXV, isolée (sans autre signe simultané), précédée ou accompagnée d'une fièvre ressentie ou mesurée ($>38^{\circ}\text{C}$), d'adénopathies ou d'une odynophagie, ET un contact à risque avec un cas confirmé en France, ou dans un autre pays. Une fiche de déclaration obligatoire (DO) doit être adressée à l'ARS.

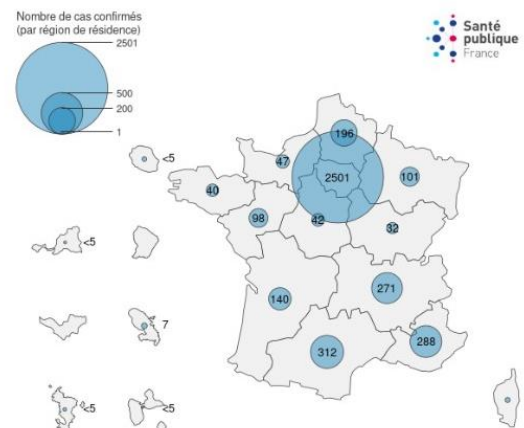
Cas confirmé : cas probable avec test PCR positif. Tous les cas probables, confirmés et possibles doivent être signalés à l'ARS via la DO.

Figure 1. Nombre de cas confirmés en France et en Île-de-France par semaine, en 2022



Source : Santé publique France

Figure 2. Nombre de cas confirmés par région de résidence, décembre 2022



Source : Santé publique France, 12/2022

Références

- [1] Santé publique France. Cas de variole du singe : point de situation au 29 novembre 2022 [internet]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2022/cas-de-variole-du-singe-point-de-situation-au-29-novembre-2022>
- [2] HAS. Monkeypox : une vaccination préventive proposée aux personnes les plus à risque d'exposition [internet]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3351443/fr/monkeypox-une-vaccination-preventive-proposee-aux-personnes-les-plus-a-risque-d-exposition
- [3] Variole du singe : l'Institut Pasteur fournit des explications et appelle à la prévention -
- [4] Symptômes et diagnostic de la variole du singe. Variole du singe - Monkeypox (sexosafe.fr)

Tuberculose

LES POINTS ESSENTIELS

- ▶ Une baisse du fardeau de la tuberculose en Île-de-France en 2020, après une augmentation régulière entre 2016 et 2019,
- ▶ Une sous-déclaration, présumée en lien avec la crise Covid-19, occasionnant des retards de diagnostic,
- ▶ L'identification rapide des cas de tuberculose et leur prise en charge appropriée restent indispensables pour limiter la transmission et prévenir le développement de souches résistantes aux antituberculeux.

ENJEUX

Une maladie à forte dimension sociale

La tuberculose est une maladie infectieuse provoquée par une mycobactérie qui se transmet par voie aérienne aux enfants et aux adultes. Elle touche le plus souvent les poumons mais atteint aussi parfois d'autres organes et peut évoluer vers le décès si elle n'est pas traitée. La maladie existe sous deux formes : l'Infection Tuberculeuse Latente (ITL) et la tuberculose-maladie (TB), et se soigne par traitement antibiotique. En cas de mauvaise observance, le patient s'expose à un risque de rechute et la bactérie développera une résistance. La TB multi-résistante (MDR) ou, plus grave, la TB ultra-résistante (XDR) sont des enjeux de santé publique.

L'obligation de vaccination par le BCG (enfant et l'adolescent) a été suspendue en 2007, au profit d'une recommandation forte de vaccination des enfants les plus exposés. La TB maladie et l'ITL des jeunes de moins de 18 ans font partie des maladies à déclaration obligatoire (DO) en France.

En France, l'incidence est inférieure à 10 cas pour 100 000 habitants par an depuis plus de dix ans, ce qui en fait une maladie rare. Cette situation masque des disparités territoriales et sociales. Trois groupes de population sont potentiellement plus affectés, cumulant conditions de vie précaires et difficultés d'accès aux soins. Ce sont les personnes sans domicile fixe, les détenus et les personnes nées hors de France. Les mineurs non accompagnés et les étudiants en situation de grande précarité sont également plus à risques [1].

SITUATION ACTUELLE ET EVOLUTION

Une région touchée et des disparités territoriales

En 2020, l'Île-de-France cumule 38 % des cas à l'échelle nationale, représente la région du territoire métropolitain avec la plus forte incidence (14,3 cas pour 100 000 habitants), et figure au troisième rang des régions françaises les plus touchées après la Guyane et Mayotte. Entre 2016 et 2019, une augmentation lente mais régulière de l'incidence a été observée, reliée à diverses crises (Syrie, Afghanistan et Irak) et immigration d'Afrique. Cette augmentation a été suivie d'une baisse significative en 2020, revenant au niveau de 2017, dont il faudra suivre les évolutions dans les années à venir (tableau 1) [2,3].

La situation épidémiologique est hétérogène selon les départements franciliens. En 2020, les taux de déclaration les plus élevés sont observés dans les départements de Seine-Saint-Denis (23,7 pour 100 000 hab.), du Val-de-Marne (18,3) et du Val-d'Oise (14,5). Cette hétérogénéité est en grande partie expliquée par la densité de population, les mauvaises conditions

socio-économiques et les migrations en provenance de pays à forte endémicité de tuberculose. Sur certains territoires, ces différents facteurs sont combinés. On constate par ailleurs que le taux d'incidence départementale de la tuberculose suit le taux de pauvreté (figure 1).

Les personnes en provenance de pays à forte endémie constituent un groupe à risque. Le continent d'origine et l'ancienneté de présence sur le territoire des cas déclarés permettent un suivi de l'épidémiologie francilienne. Une diminution statistiquement significative est observée en 2020 chez les personnes en provenance d'Afrique subsaharienne, comparée à 2019, alors qu'il y a en 2020 une augmentation chez les personnes nées en Asie (figure 2). Mais ces évolutions sont peut-être liées aux modifications des mobilités dans le contexte de la crise sanitaire. On observe également une diminution de déclaration chez les primo-arrivants (< 2 ans) (figure 3).

La surveillance des issues de traitement, introduite en 2007, est un élément essentiel de la lutte antituberculeuse. La proportion de traitements achevés augmente en 2020, dans la plupart des départements franciliens, ce qui témoigne des avancées dans l'organisation de la lutte (figure 4)

PERSPECTIVES

Des approches intégrées en direction des populations les plus précaires et les plus exposées demeurent indispensables.

Points de vigilance

Pénuries de vaccin

Depuis 2015, il est préconisé de vacciner tout enfant résidant en Île-de-France dès la naissance. Avec une pénurie mondiale, la France connaît aussi des tensions d'approvisionnement en vaccin BCG (retiré du marché privé en 2016). Des critères d'accès à la vaccination ont été définis (foyers denses, parcours migratoires).

Effet rebond potentiel suite à la crise de Covid-19

Un effet rebond, suite aux freins au diagnostic ou à la déclaration, dans un contexte de désorganisation des systèmes de santé pendant la crise Covid-19, est redouté (cf. étude CDC) [4].

Potentielle résurgence de TB-MDR et TB-XDR

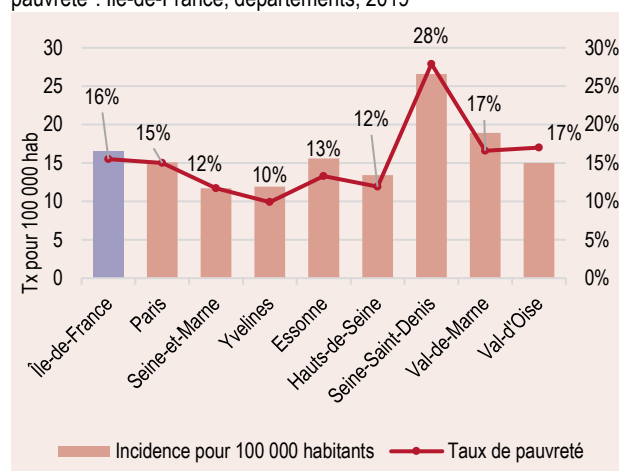
En 2021, l'OMS mentionnait l'Ukraine comme un pays à forte prévalence de bacilles multirésistants (27% des cas documentés). L'arrivée en Île-de-France de personnes fuyant l'Ukraine fait ainsi redouter une augmentation des cas de TB ou de résistances (TB-MDR ou TB-XDR).

Tableau 1. Taux de déclaration standardisé de TB maladie pour 100 000 habitants, Île-de-France, départements, 2015-2020

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Île-de-France	14,6	15,0	15,8	15,9	16,5	14,3
Paris	11,4	14,4	16,8*	17,5*	15,1	13,0*
Seine-et-Marne	9,7	9,1	11,0	11,3	11,7	9,5
Yvelines	8,8	12,6	11,6	12,5	11,9	8,0
Essonne	14,1	12,1	14,7	12,7	15,6	11,9
Hauts-de-Seine	13,0	14,7	13,2	13,0	13,4	13,2
Seine-Saint-Denis	25,0	24,7	26,5	24,0	26,6	23,7
Val-de-Marne	18,3	17,6	15,8	18,5	18,9	18,3
Val-d'Oise	12,7	13,3	14,0	15,8	15,0	14,5

*p<0,005

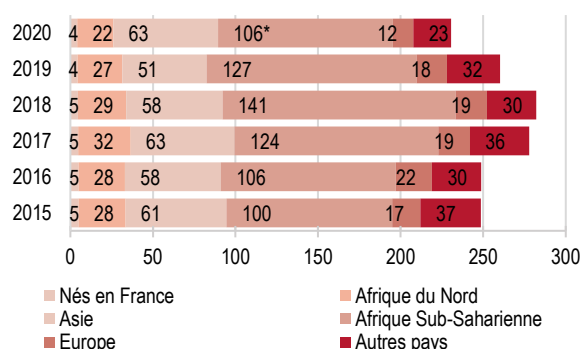
Source : Santé publique France

Figure 1. Incidence départementale de tuberculose et taux de pauvreté*. Île-de-France, départements, 2019

Source : Santé publique France

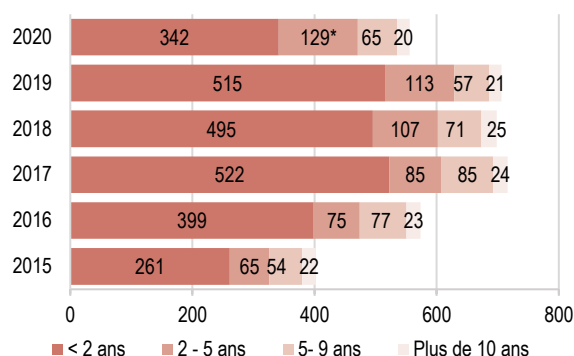
Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-CCMSA, Fichier localisé social et fiscal.

* Seuil de pauvreté retenu : 60 % du niveau de vie médian de France métropolitaine

Figure 2. Taux de déclaration de TB maladie pour 100 000 habitants et continent d'origine, Île-de-France, 2015-2020

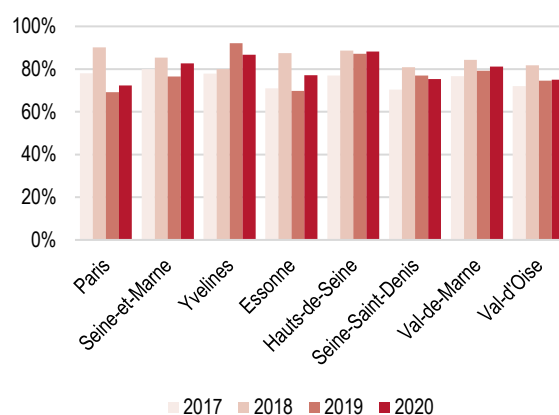
Source : Santé publique France

* En 2020, le taux de déclaration de TB maladie était de 106 pour 100 000 personnes originaires d'Afrique Subsaharienne

Figure 3. Taux de déclaration de TB maladie pour 100 000 habitants et ancienneté sur le territoire, Île-de-France, 2015-2020

Source : Santé publique France

* En 2020, le taux de déclaration de TB maladie était de 129 pour 100 000 personnes arrivées depuis 2 à 5 ans sur le territoire français (soit une augmentation progressive depuis 2015).

Figure 4. Proportions des traitements achevés par département, Île-de-France, 2017-2020

Source : Santé publique France

Références

- [1] Bull Epidemiol Hebd. 10-11 - 7 avril 2020. La tuberculose en France : une maladie des populations les plus vulnérables
- [2] Bulletin de santé publique (BSP). Tuberculose. Édition Île-de-France. Mars 2022. Santé publique France, 13 p.
- [3] Mathieu P, Mouchetrou Njoya I, Calba C, Lepoutre A, Marc E, Silue Y. Épidémiologie de la tuberculose en Île-de-France : une augmentation des cas déclarés en 2016 et en 2017 ? Bull Epidemiol Hebd. 2019;(14):256-6
- [4] Migliori GB, Thong PM, Akkerman O et al. Worldwide Effects of Coronavirus Disease Pandemic on Tuberculosis Services, January–April 2020. Emerging Infectious Disease journal. 2020;26(11):2709.



Les accidents et traumatismes

LES POINTS ESSENTIELS

- ▶ Les accidents de la vie courante sont huit fois plus nombreux que les accidents de la route en Île-de-France comme en France,
- ▶ Les taux de mortalité par accident de la vie courante (AcVC) et par transport sont moindres en Île-de-France qu'en France,
- ▶ Une hausse de 10 % de la mortalité par accident de la vie courante entre 2010 et 2017,
- ▶ Essentiellement due à l'augmentation des décès à la suite d'une chute accidentelle.

ENJEUX

Des dangers variés

Les traumatismes non intentionnels regroupent les accidents du travail, les accidents de la circulation et les accidents de la vie courante, qui parfois se confondent. Les accidents du travail, dont la moitié sont liés à la circulation, sont abordés dans le chapitre santé au travail. Les accidents de la circulation impliquent un véhicule terrestre survenant sur la voie publique ou non. Les accidents de la vie courante recouvrent les accidents domestiques, les accidents survenant à l'extérieur, les accidents scolaires, les accidents de sport et les accidents de vacances et de loisirs [1].

De la surveillance à la prévention

La surveillance épidémiologique des accidents cherche à caractériser les victimes, le nombre et la typologie des accidents, les conditions et les facteurs de risque de leur survenue et leurs conséquences.

Les statistiques d'accidentologie routière sont produites par l'Office national interministériel de sécurité routière (ONISR) et reposent sur les constats des forces de l'ordre [2]. Des études portant sur les victimes d'accidents (exemple du registre du Rhône de l'Umrestte ou de la cohorte Esparr) ont permis d'évaluer l'impact des facteurs comportementaux tels que la vitesse, les stupéfiants, l'alcool, la distraction (usage des téléphones), les équipements (port du casque et de la ceinture...), l'état de santé des conducteurs..., mais aussi des facteurs contextuels tels que les infrastructures et l'espace public. Cela permet d'orienter les politiques publiques vers des actions ciblées. Par exemple, la généralisation des radars contrôlant la vitesse a fait chuter depuis 2002 le nombre de décès par accident de la circulation de 7 800 à 4 500 environ en France, la situant désormais dans la moyenne européenne.

Les accidents de la vie courante (AcVC) sont surtout suivis par Santé publique France, notamment au travers de l'enquête permanente sur les accidents de la vie courante (EPAC), ainsi que par l'analyse détaillée des décès par traumatisme d'enfants de moins de 15 ans (ADT) [3]. Les circonstances de ces accidents sont ainsi mieux connues et les descriptifs établis par les hôpitaux permettent de quantifier la gravité, les séquelles et la mortalité. Les enjeux de santé publique autour de l'aspect évitable des accidents sont nombreux et la prévention est au cœur du système, pour agir à la fois sur les facteurs humains, les éléments de l'espace public, les normes de fabrication et la sécurité des produits. La prévention est différenciée et ciblée selon les âges et les secteurs d'activité.

SITUATION ACTUELLE ET EVOLUTION

Une hausse des décès par accident

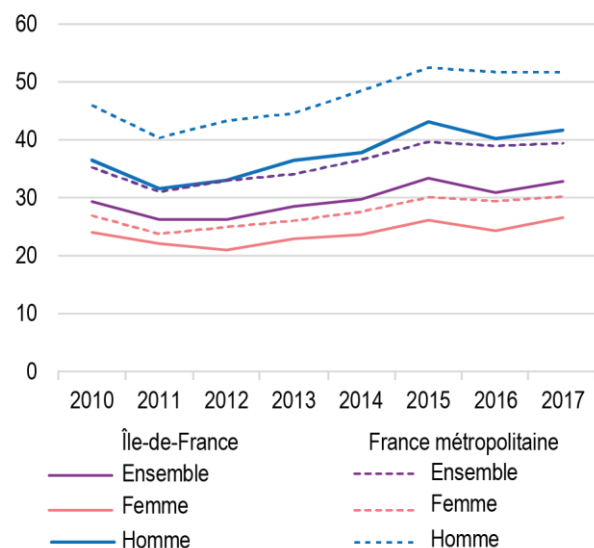
En 2017, les accidents de transport et les AcVC ont représenté 28 000 décès en France et 3 200 en Île-de-France, soit 4 % des décès totaux. Les AcVC (huit fois plus nombreux que les accidents de la circulation) constituent 90 % de ces décès et connaissent une hausse de 10 % entre 2010 et 2017 en Île-de-France comme en France métropolitaine (figure 1). Si les décès par AcVC concernent aussi bien les hommes que les femmes, les trois quarts des décès liés aux transports concernaient des hommes (figure 2). En baisse depuis 2010 (- 18 %), les décès dus aux accidents de la route sont en hausse sur la période récente en Île-de-France (+ 9 % entre 2019 et 2021), en particulier chez les hommes [4].

Des inégalités selon les territoires et l'âge

Les taux standardisés de mortalité révèlent des disparités infrarégionales avec une mortalité par AcVC plus élevée dans les Hauts-de-Seine et à Paris (34,4 et 31,4 pour 100 000 hab.), et plus faible dans les Yvelines et la Seine-Saint-Denis (21,3 et 22,9). Pour la mortalité par accident de la route (carte 1), elle est globalement plus faible en Île-de-France qu'en métropole (23 pour 1 M d'habitants vs 47) mais elle est 2,8 fois plus élevée en Seine-et-Marne qu'en petite couronne. En 2021 en France, 38 % des décès par accidents de transport impliquaient un trajet lié au travail.

L'exposition aux différents types d'accidents est variable selon l'âge (figure 3). Dans l'ensemble des décès par accident survenus entre 2013 et 2017 en Île-de-France, la catégorie « autres accidents » incluant notamment les suffocations, les expositions à la chaleur et les chocs accidentels, est prédominante en particulier chez les moins de un an et les plus de 65 ans. Viennent ensuite les chutes accidentelles qui augmentent avec l'âge tandis que les accidents de transport, touchant en premier lieu les 1-24 ans, déclinent avec l'âge (sur l'ensemble des décès par accident). Les intoxications accidentelles sont plus importantes chez les 35-54 ans, plus de la moitié a eu pour origine une ingestion médicamenteuse, suivie d'une exposition à l'alcool ou aux stupéfiants. Enfin les noyades accidentelles (en moyenne 100 décès par an en Île-de-France) concernent particulièrement les moins de 25 ans. Quel que soit le sexe, les taux standardisés de mortalité par accident augmentent avec l'âge.

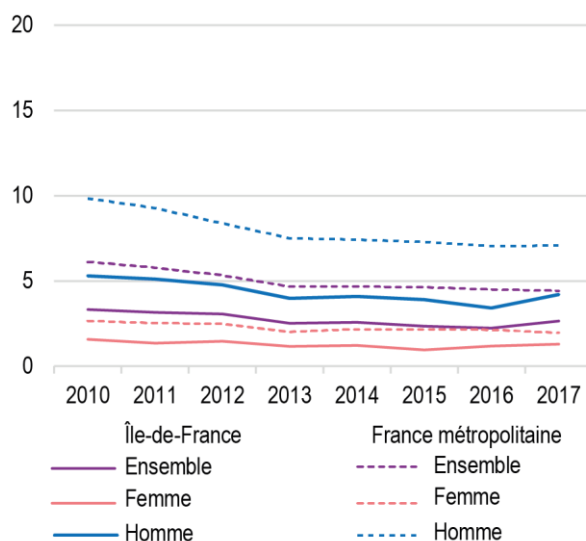
Figure 1. Evolution des taux standardisés* de mortalité par accident de la vie courante en Île-de-France et en France métropolitaine (pointillés), par sexe, entre 2010 et 2017 pour 100 000 habitants



Source : Inserm, CépiDc

* Standardisation directe (structure par âge de la France au RP 2006)

Figure 2. Evolution des taux standardisés* de mortalité par accident de transport en Île-de-France et en France métropolitaine (pointillés), par sexe, entre 2010 et 2017 pour 100 000 habitants



Source : Inserm, CépiDc

Carte 1. Mortalité routière annuelle moyenne par million d'habitants par région sur la période 2017-2021

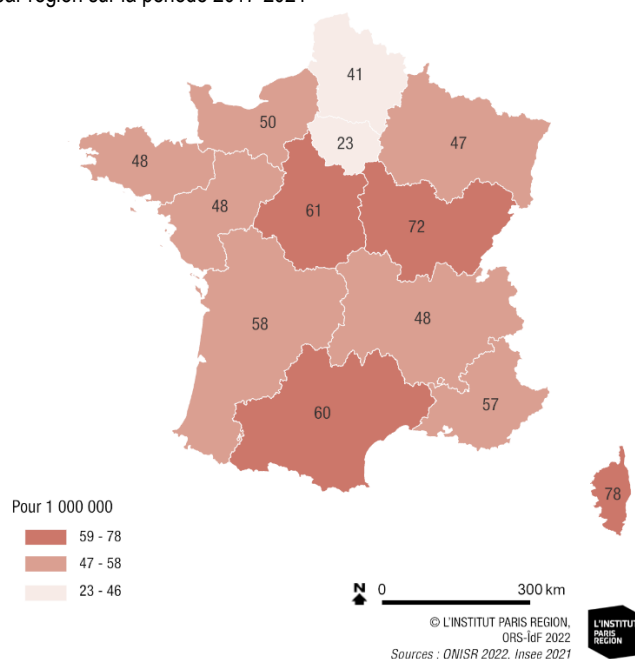
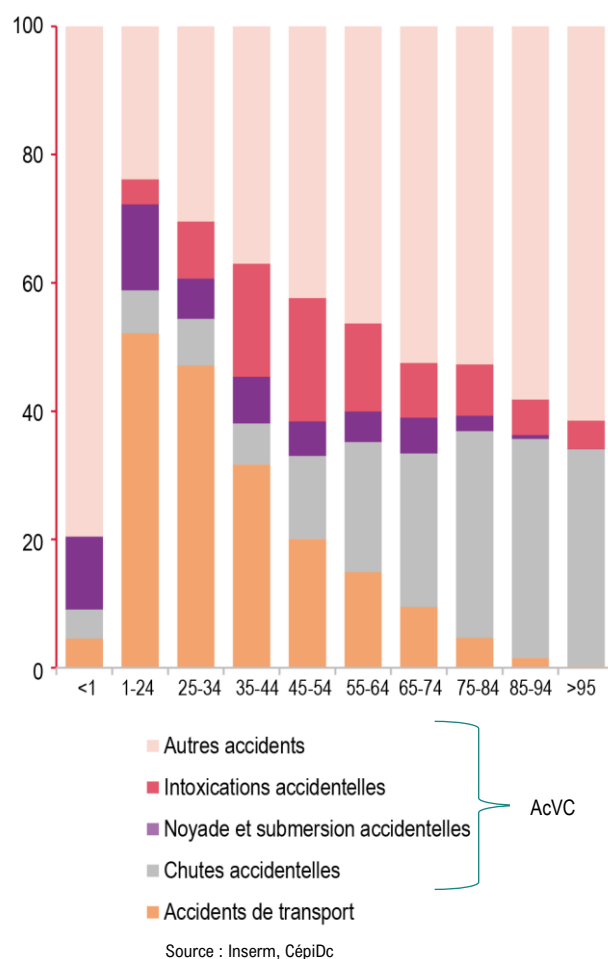


Figure 3. Répartition par âge des décès par type d'accident en Île-de-France sur la période 2013-2017



Toutes classes d'âges confondues, les AcVC entraînent chaque année en France plusieurs centaines de milliers d'hospitalisations et cinq millions de recours aux urgences. Les AcVC sont très souvent évitables par des actions de prévention adaptées.

Une hausse des hospitalisations pour traumatisme durant les confinements

Avec la mise en place des mesures de confinement en lien avec la pandémie de Covid-19, les services d'urgences ont observé : une diminution des recours aux urgences pour accident de la vie courante (AcVC), des cas peu graves, mais une augmentation du nombre de passages aux urgences des accidents graves au domicile (nécessitant une hospitalisation), notamment chez les jeunes enfants et les personnes âgées (figure 4) [5]. Les restrictions d'activités imposées par le confinement ont fortement réduit l'exposition des enfants aux accidents extérieurs mais ont augmenté les risques d'accidents domestiques tels que l'ingestion de corps étrangers, les brûlures et les intoxications/ingestions de produits chimiques. La limitation de la mobilité et des liens sociaux (famille, aidants, professionnels de santé, etc.), les effets psychologiques potentiels en lien avec la pandémie de la Covid-19 et les comorbidités prévalentes ont pu augmenter les risques d'accidents et principalement de chute chez les personnes âgées, en lien avec du jardinage ou du bricolage. Avec l'âge, ces accidents ont souvent de graves conséquences sur l'autonomie et la psychologie.

PERSPECTIVES

Redoubler la vigilance et la surveillance

En termes de sécurité routière, la France s'est engagée au niveau européen à réduire de moitié la mortalité routière et les blessés graves, pour la décennie d'action en sécurité routière de l'ONU en cours. La politique de sécurité routière rassemble l'ensemble des acteurs à travers un conseil national de la sécurité routière qui travaille sur les cinq piliers de l'ONU : le management de la sécurité routière, l'environnement de déplacement (infrastructures), les véhicules (équipements de sécurité), les usagers (éducation et prévention) et l'intervention des secours et soins.

Par ailleurs, des campagnes de prévention des accidents domestiques sont réalisées par Santé publique France de même que des analyses spécifiques de produits dangereux, qu'ils soient manufacturés, alimentaires, constitutifs de l'environnement, chimiques ou même d'ordre animal ou végétal.

La moitié des AcVC sont des chutes. Le plan d'action nationale pour lutter contre les chutes des personnes âgées a pour objectif de réduire d'ici 2024 de 20 % la mortalité par chute chez les personnes âgées de 65 ans et plus. Cela contribuera également à diminuer la morbidité issue de ces chutes. En effet,

les chutes, cause de morbidité très importante en Île-de-France, comportent des aspects évitables notamment en passant par des aménagements intérieurs, l'entretien de l'activité physique ou encore la téléassistance [6].

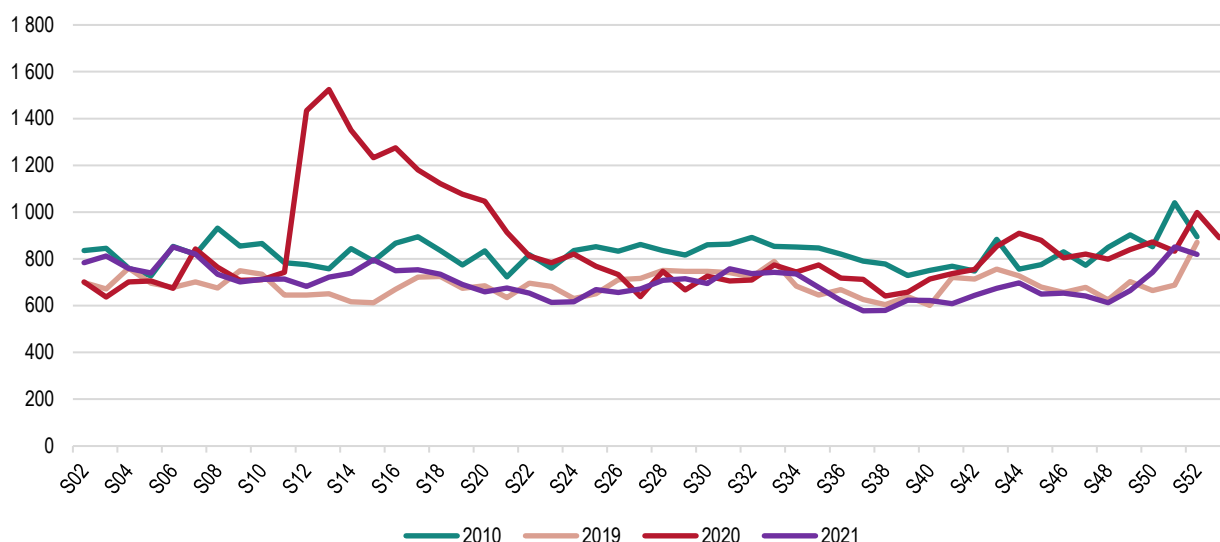
La noyade est la première cause de mortalité par accident de la vie courante chez les moins de 25 ans en France mais concerne aussi les autres catégories d'âge (965 décès en moyenne par an) (figure 5). La prévention réside dans l'apprentissage de la natation dès le plus jeune âge, à travers l'école, mais concerne également les plus âgés ; elle s'accompagne de précautions et de surveillance.

Enfin, 90 % des hospitalisations pour brûlures sont d'origine accidentelle et concernent plus de 8 000 personnes en France chaque année, majoritairement des hommes et des enfants de moins de cinq ans, principalement par contact avec des liquides chauds. La mise en place de diverses actions de prévention telles que la réduction de la température maximale de l'eau chaude du robinet ou l'obligation d'installation de détecteurs avertisseurs autonomes de fumée ont déjà fait leurs preuves (baisse des taux d'incidence entre 2009 et 2014). Mais le niveau élevé d'hospitalisations incite à poursuivre et renforcer ces actions (figure 6).

Définition des « autres » accidents de la vie courante

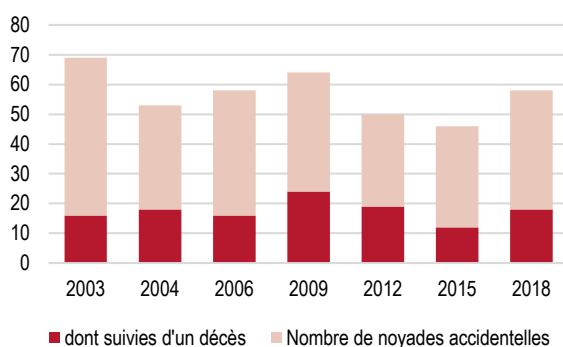
- accidents de transport par eau, aéronef sans moteur,
- exposition à des forces mécaniques ou animées,
- heurts, compressions, chocs accidentels provoqués par un tiers ou un objet,
- coupures, corps étrangers pénétrant dans le corps,
- accidents par arme à feu ou explosion,
- exposition au courant électrique, aux rayonnements, à des températures extrêmes, brûlures,
- exposition à la fumée, au feu, aux flammes,
- contact avec des animaux venimeux ou des plantes vénéneuses,
- exposition aux forces de la nature,
- surmenage, épuisement, privation,
- exposition accidentelles à des facteurs autres et sans précision,
- séquelles d'autres accidents.

Figure 4. Taux d'hospitalisation parmi les passages aux urgences pour traumatisme par semaine - tous âges en Île-de-France pour 10 000 passages



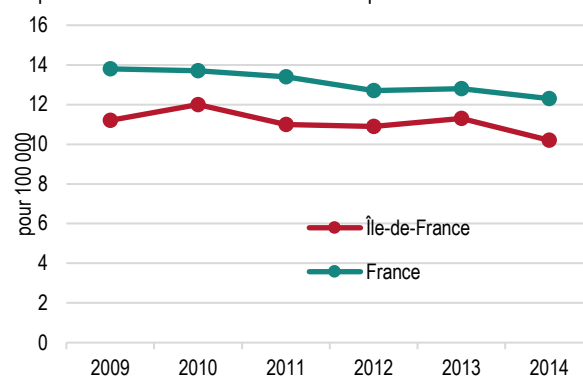
Source : Santé publique France - OSCOUR®

Figure 5. Nombre de noyades accidentelles totales (dont suivies de décès) entre le 1er juin et le 30 septembre en Île-de-France entre 2003 et 2018



Source : Enquêtes NOYADES de Santé publique France

Figure 6. Taux d'incidence standardisé de victimes de brûlures hospitalisées et résidant en France métropolitaine et en Île-de-France



Source : Santé publique France, PMSI-MCO

Références

- [1] Santé publique France. Dossier Traumatismes [internet]. Disponible : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/traumatismes> (Mis à jour le 6 mai 2022)
- [2] ONISR. La sécurité routière en France ; Bilan de l'accidentalité de l'année 2021. 2022
- [3] Paget LM, Rigou A, Beltzer N. Les accidents de la vie courante chez les moins de 15 ans en France métropolitaine. Analyse des données de l'enquête permanente sur les accidents de la vie courante (EPAC) sur la période 2014-2018. Santé publique France, juillet 2021
- [4] Ung A, Chagnoux E, Beltzer N. Analyse de la mortalité par accident de la vie courante en France, 2012-2016. Santé publique France, BEH 16, 26 octobre 2021
- [5] Rigou A, Beltzer N. Surveillance des accidents de la vie courante pendant la période de confinement de la pandémie de Covid-19. Santé publique France, Réseau EPAC, BEH 20, 22 juillet 2020
- [6] Torres M, Pedrono G, Lasbeur L, Carcaillon-Bentata L, Rigou A, Beltzer N. Chutes des personnes âgées à domicile : caractéristiques des chuteurs et des circonstances de la chute. Volet « Hospitalisation » de l'enquête ChuPADom, 2018. Santé publique France, 2020

8. COVID-19

La COVID-19	212
Les travailleurs-clés	218
Une pandémie aux effets sanitaires indirects qui restent encore à évaluer	220

La COVID-19

LES POINTS ESSENTIELS

- ▶ La région Île-de-France, durement touchée par l'épidémie en 1^{ère} et 3^e vagues,
- ▶ Un nombre de décès de 20 % plus élevé en 2020 par rapport aux années précédentes,
- ▶ Des inégalités géographiques, reflets de la diffusion de l'épidémie mais surtout de caractéristiques socio-économiques hétérogènes sur le territoire.

ENJEUX

L'Île-de-France durement frappée dès la 1^{ère} vague

Atteignant la France en janvier 2020, l'épidémie de Covid-19 frappe dans un premier temps les régions Île-de-France et Grand-Est, puis s'étend à l'ensemble du territoire. Un record d'hospitalisations à plus de 23 000 personnes en une semaine est enregistré la semaine du 30 mars 2020 (dont près de 10 000 en Île-de-France), avec près de 4 500 patients en réanimation (dont près de 2 000 en Île-de-France). D'importants transferts de patients sont alors organisés entre régions (387 patients entre le 18 mars et le 10 avril 2020), essentiellement à partir de l'Île-de-France (208) et du Grand-Est (152), pour soulager la tension dans les services de réanimation (figure 1).

Pour freiner l'épidémie et préserver les hôpitaux, la France comme de nombreux pays, décide des mesures de confinement de sa population. Il y aura trois confinements nationaux entre mars 2020 et mai 2021 entre-coupés de couvre-feux (figure 2). Seuls sont autorisés à se déplacer sans contrainte les travailleurs-clés, ceux dont l'activité n'est réalisable qu'en présentiel et répondant aux besoins indispensables de la population (santé, restauration, énergie, transport).

Du dépistage à la vaccination

Le dépistage se déploie rapidement à partir de juillet 2020. Il est utilisé massivement à partir de l'automne 2020, pour la 2nde vague. La courbe du nombre de tests réalisés par semaine suit celle de l'épidémie, la politique prioritaire étant de tester les personnes symptomatiques et cas-contacts. Les taux de dépistage, comme les taux d'hospitalisation, sont plus élevés en Île-de-France lors des vagues 2, 3 et 5. Le taux de positivité¹ est supérieur en Île-de-France par rapport à la France métropolitaine lors des vagues 2 et 3. En revanche, contrairement aux autres indicateurs, il est inférieur en vague 5 au taux national. Cette différence pourrait provenir d'un recours plus élevé au dépistage en Île-de-France donnant lieu à une proportion de tests positifs plus faible [1].

En 2021, une campagne de vaccination est organisée en priorité pour les populations les plus à risque de formes graves de la maladie, c'est-à-dire les personnes les plus âgées et/ou ayant des comorbidités ciblées, et les personnels soignants. En six mois, la moitié de la population est vaccinée. Cette vaccination aura un effet important sur l'épidémie [2].

SITUATION ACTUELLE ET EVOLUTION

Neuf vagues successives entre 2020 et 2022

Après deux vagues espacées en 2020, l'Île-de-France est de nouveau très touchée lors de la 3^e vague épidémique au printemps 2021 portée par le variant Delta, puis au début de l'année 2022 avec la 5^e vague et les variants Omicron (BA.2, BA.4, BA.5). Quatre autres vagues s'échelonneront en 2022 (figure 2), mais de moindre intensité [3].

Fin décembre 2022, l'Île-de-France dépassait 28 000 décès avec un diagnostic Covid-19 à l'hôpital ou en établissement social et médico-social (ESMS) depuis le début de l'épidémie (160 000 en France).

Un taux d'hospitalisation élevé chez les jeunes lors de la 5^e vague

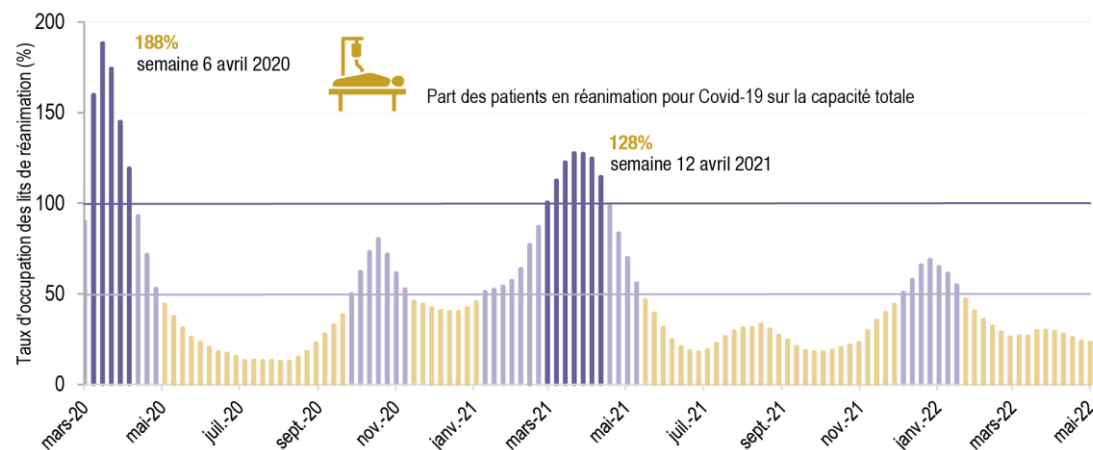
Dès le début de l'épidémie, l'âge est apparu comme un facteur de risque majeur avec une probabilité d'hospitalisation jusqu'à 11 fois plus élevée pour les plus de 85 ans par rapport aux 25-49 ans. On observe sur l'ensemble de la période que les 60 ans et plus ont le taux d'hospitalisation le plus élevé. Les moins de 20 ans ont un risque d'hospitalisation bien moins élevé que les autres, mais lors de la 5^e vague un pic est observé, équivalent aux pics observés pour les adultes en 6^e et 7^e vagues.

Des caractéristiques sociales et géographiques influant sur le risque d'hospitalisation pour Covid-19

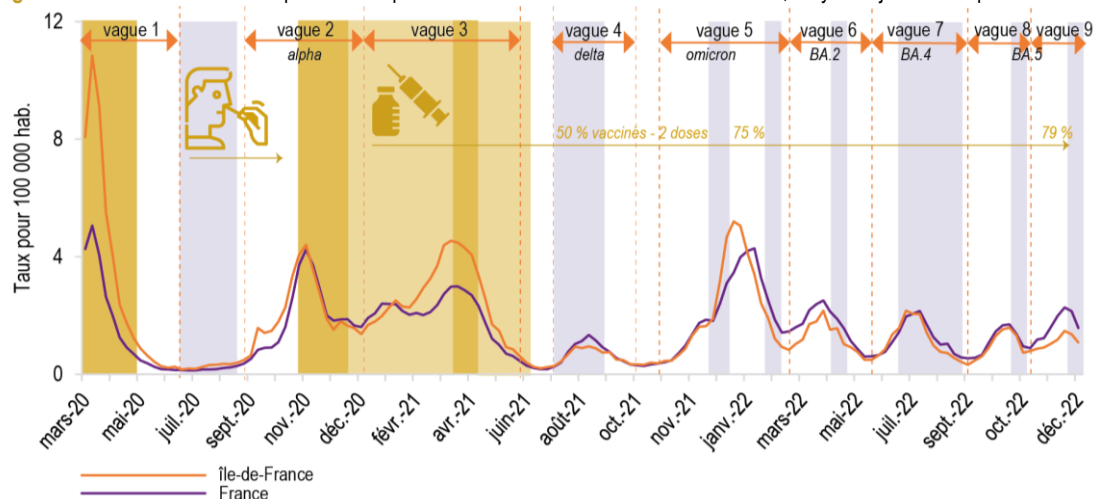
La carte des taux standardisés d'hospitalisations liées à la Covid-19 fait apparaître de grandes disparités géographiques avec un fort gradient Est/Ouest (carte 1). L'analyse de l'auto-corrélation spatiale locale par l'indice de Moran² précise les communes autour desquelles se situent des regroupements significatifs de taux élevés (les communes du nord-ouest de la Seine-Saint-Denis et du sud-est du Val-d'Oise), ou faibles (les communes du nord-est des Yvelines) (carte 2). Cette répartition suit celle des caractéristiques socio-économiques des territoires [3,4,5]. En effet, une modélisation des facteurs de risque d'être hospitalisé ou non pour Covid-19, compte tenu des caractéristiques sociodémographiques des individus et de leur lieu de résidence, fait ressortir que : le fait d'être un homme, de plus de 50 ans, non vacciné, en ALD, bénéficiant d'aides sociales, vivant dans une commune dense, plutôt défavorisée et avec une part importante de travailleurs-clés accroît considérablement le risque de faire une forme grave de Covid-19 [5].

¹ Proportion de tests positifs parmi ceux effectués.

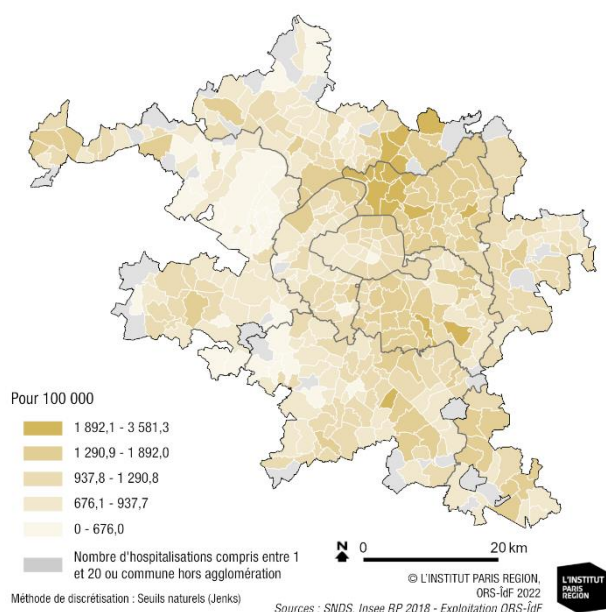
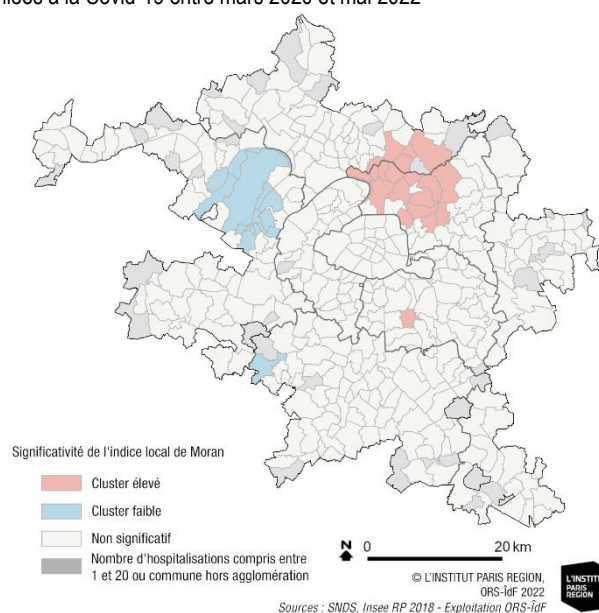
² Le I de Moran local, déclinaison locale de l'Indice de Moran, a été développé par Luc Anselin en 1995 et permet de mesurer l'intensité et la significativité des dépendances spatiales locales (voir Anselin, L. Local indicators of spatial association—LISA, 1995).

Figure 1. Taux d'occupation des services de réanimation par les patients Covid-19 en Île-de-France en moyenne par semaine

Le diagramme en barres représente les taux d'occupation des lits de réanimation par des patients atteints du Covid-19, en violet lorsque le taux d'occupation dépasse les 100 % de capacité, en jaune clair entre 50 et 100 % et en jaune plus foncé moins de 50 %. Source : Santé Publique France - SI-VIC et DREES - SAE 2020, @Covidtracker

Figure 2. Taux de nouvelles hospitalisations pour Covid-19 en France et en Île-de-France, moyenne journalière pour 100 000 habitants

En jaune foncé : confinement, en violet : vacances scolaires en Île-de-France, en jaune clair : couvre-feu. Source : Santé publique France, SI-VIC

Carte 1. Taux standardisés d'hospitalisation liée à la Covid-19 entre mars 2020 et mai 2022 (communes de l'agglomération parisienne)**Carte 2.** Regroupement significatif de communes à taux faibles ou élevés (avec correction FDR pour tests multiples) – hospitalisations liées à la Covid-19 entre mars 2020 et mai 2022

Une forte hausse de la mortalité en Île-de-France surtout lors la première vague de Covid-19

L'impact de la Covid-19 sur la mortalité a été plus fort que les crises sanitaires précédentes (canicule, grippe) (figure 3).

En 2020, on compte 90 597 décès toutes causes confondues en Île-de-France, soit 15 377 décès de plus que la moyenne des cinq dernières années (+ 20 %) (tableau 1). L'Île-de-France a été particulièrement impactée, surtout lors de la première vague. En effet, entre le 11 mars et le 10 mai 2020, une hausse de 79 % de décès est enregistrée par rapport à ceux comptabilisés en moyenne par an au cours des cinq dernières années (+ 22 % pour l'ensemble de la France [7]). Le nombre de décès lors de la première vague a même presque doublé (+ 97 %) chez les Franciliens âgés de 75 ans ou plus. Lors de la deuxième vague, le nombre de décès franciliens augmente de nouveau mais dans une moindre mesure (tableau 1).

En 2021, la surmortalité liée à l'épidémie de Covid-19 est moindre par rapport à l'année 2020, on compte 7 031 décès de plus que la moyenne des décès observés entre 2015 et 2019 (+ 9 %) (tableau 1). Par rapport à 2020, la hausse des décès est plus longue et régulière (+ 15 % jusqu'à juin, + 7 % entre juillet et octobre et + 11 % entre novembre et décembre).

En 2020, le nombre de décès observés en Île-de-France chez les plus de 55 ans est près de 20 % plus important que les décès attendus, en prenant en compte l'évolution des quotients de mortalité par âge et le vieillissement de la population (figure 4). En 2021, le nombre de décès observés chez les 35-54, 55-64 et 65-74 ans est supérieur de 10 % au nombre de décès attendus et de près de 5 % chez les plus de 75 ans.

Une augmentation de la mortalité dans tous les départements franciliens mais inégalement répartie

Si tous les départements franciliens ont vu leur nombre de décès augmenter, certains départements ont été plus touchés que d'autres (tableau 1).

En 2020, la Seine-Saint-Denis a été le département le plus touché : lors du premier confinement, les décès dits domiciliés (c'est-à-dire rapportés au lieu de résidence de la personne) y ont plus que doublé par rapport aux cinq années précédentes (+ 110 %). En globalité sur l'année 2020, on observe une

hausse de 25 % des décès en Seine-Saint-Denis, 24 % dans le Val-d'Oise contre 18 % dans les Hauts-de-Seine et les Yvelines et 17 % à Paris.

En 2021, la Seine-Saint-Denis reste encore le département qui présente la plus forte surmortalité par rapport à la période 2015-2019 avec + 16 % de décès, suivi par le département de l'Essonne (+ 13 %) et ceux de la Seine-et-Marne et du Val-d'Oise (+ 11 %). À Paris et dans les Hauts-de-Seine, on observe une hausse de respectivement 4 % et 7 % des décès toutes causes confondues [7].

Au niveau infra-départemental, les disparités de surmortalité en 2020, reflète d'inégalités socio-spatiales, sont également importantes (cartes 3). Les intercommunalités Plaine Commune, Est Ensemble et Roissy Pays de France ont vu leur mortalité pratiquement doubler au cours de la première vague. Les disparités territoriales sont moins marquées en deuxième vague et se distribuent dans l'espace un peu différemment que lors du printemps. Les intercommunalités Dourdanais en Hurepoix, Val d'Europe Agglomération et Val Briard sont cette fois les plus touchées [8].

Très forte surmortalité chez les immigrés

Les populations immigrées, notamment originaires d'Afrique Subsahariennes ont payé un lourd tribut par rapport aux « natifs » [9].

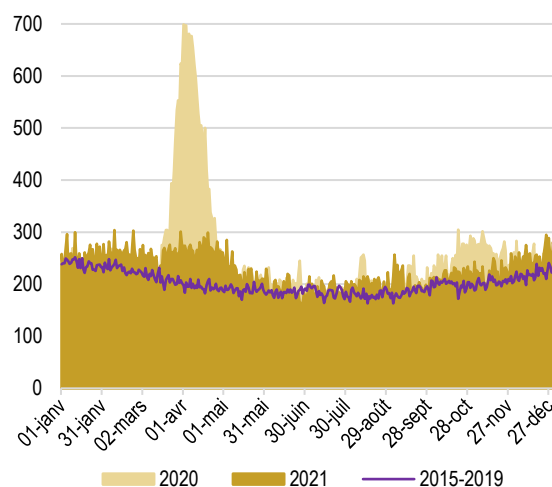
PERSPECTIVES

Durant toute cette période, le système de santé a été mis à rude épreuve. Au moment de l'écriture de ce rapport, l'épidémie a heureusement fortement diminué. Le système de surveillance et de remontée accélérée des données a permis de capitaliser sur les connaissances de la maladie. Un meilleur dépistage, un traitement plus précoce et mieux maîtrisé des patients atteints de la Covid-19, permettent d'éviter le développement des formes les plus graves de la maladie.

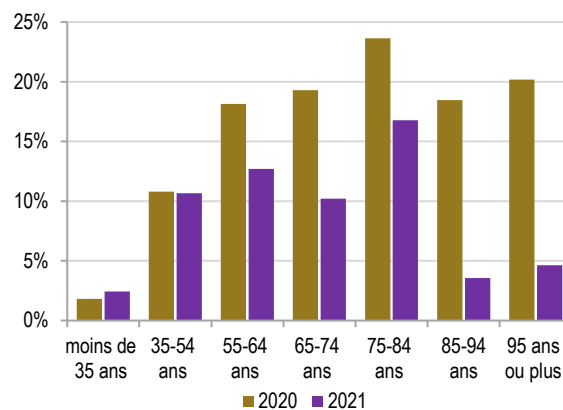
Les dispositifs « d'aller-vers » les personnes les plus éloignées des soins et souvent en situation précaire restent un enjeu majeur du dépistage et de la vaccination contre la Covid-19. Le maintien du suivi des indicateurs de surveillance reste de mise pour anticiper toute remontée de l'épidémie.

Références

- [1] Mangeney C, Féron V, Firdion L, Saunal A, Ndiaye K, Telle-Lamberton M. Le dépistage de la Covid-19 en Île-de-France en 2020. Analyse des données SI-DEP. ORS Île-de-France ; 2021. (Focus Santé en Île-de-France)
- [2] Firdion L, Féron V, Mangeney C, Saunal A. Vaccination contre la Covid-19. Evolution dans le temps et l'espace au cours de l'année 2021. ORS Île-de-France ; 2022. (Focus Santé en Île-de-France)
- [3] Firdion L, Féron V, Mangeney C, Saunal A, Ndiaye K, Telle-Lamberton M. Hospitalisations pour Covid-19 en Île-de-France. Déterminants socio-spatiaux de la morbidité de mars à décembre 2020. ORS Île-de-France ; 2021. (Focus Santé en Île-de-France)
- [4] Dubost CL, Pollak C, Rey S. Les inégalités sociales face à l'épidémie de Covid-19. État des lieux et perspectives. Dossiers de la Drees. 2020 ; n°62.
- [5] Firdion L, Féron V, Saunal A, Ndiaye K, Telle-Lamberton M. Bilan provisoire d'une épidémie. ORS Île-de-France ; à paraître 2023.
- [6] Blanpain N. Impact de l'épidémie de Covid-19 95 000 décès de plus qu'attendus de mars 2020 à décembre 2021. Insee Première. 2022 ; n° 1902
- [7] Fouillet A et al. Covid-19 : troisième cause de décès en France en 2020, quand les autres grandes causes baissent. BEH Covid-19. 2022 ; n°16.
- [8] Mangeney C, Féron V, Saunal A. Surmortalité en période de Covid-19 en Île-de-France. Analyse comparée des vagues 1 et 2. ORS Île-de-France ; 2020. (Focus Santé en Île-de-France)
- [9] Khat M, Ghosn W, Guillot M, Vandentorren S, Delpierre C, Desgrées du Loû A, et al. Impact of the COVID-19 crisis on the mortality profiles of the foreign-born in France during the first pandemic wave. Social Science & Medicine. 2022;313:115160.

Figure 3. Nombre de décès quotidiens d'habitants d'Île-de-France en moyenne entre 2015 et 2019, en 2020 et en 2021

Source : Insee état civil – Exploitation ORS IDF

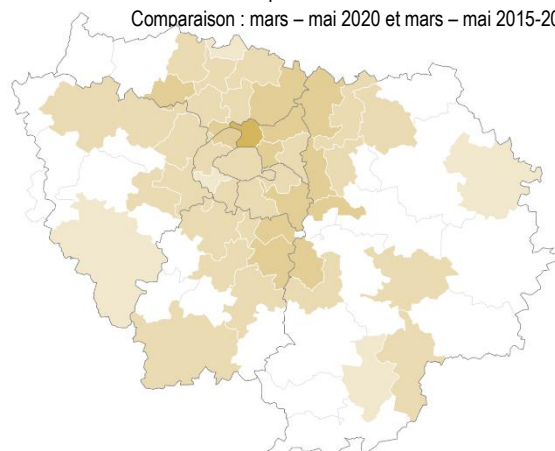
Figure 4. Ratio de décès observés sur les décès attendus en 2020 et 2021 en Île-de-France**Tableau 1.** Variation du nombre de décès dans les départements en 2020 et 2021 par rapport à la période 2015-2019

	Nbre de décès annuel moyen 2015-2019	Nombre de décès 2020	Nombre de décès 2021	TXSTD 2020/ TXSTD 2015-2019	TXSTD 2021/ TXSTD 2015-2019
Paris	13 990	16 352	14 556	1,14	1,02
Seine-et-Marne	9 193	10 859	10 189	1,09	1,01
Yvelines	9 137	11 093	9 994	1,14	1,01
Essonne	7 990	9 740	9 008	1,13	1,04
Hauts-de-Seine	10 017	11 818	10 701	1,14	1,03
Seine-Saint-Denis	8 863	11 108	10 290	1,20	1,10
Val-de-Marne	8 604	10 393	9 279	1,15	1,03
Val-d'Oise	7 425	9 234	8 234	1,18	1,05
Île-de-France	75 220	90 597	82 251	1,15	1,04
France	603 342	668 922	661 585	1,09	1,08

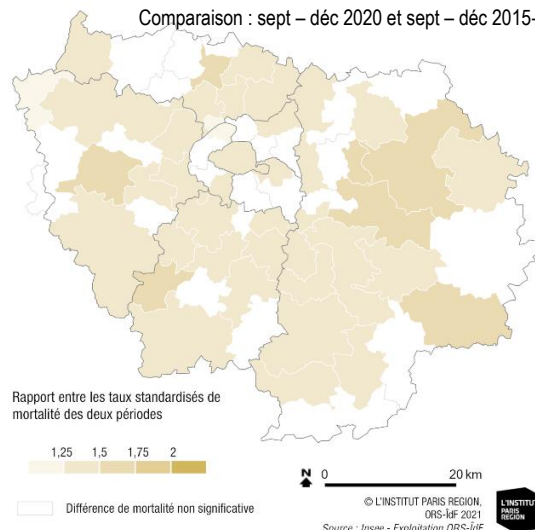
Lecture : TXSTD = taux standardisé sur l'âge avec comme population de référence la population France 2006 - Source : Insee état civil, RP – Exploitation ORS IDF

Carte 3. Surmortalité liée à la pandémie dans les EPCI / EPT d'Île-de-France en 2020

Comparaison : mars – mai 2020 et mars – mai 2015-2019



Comparaison : sept – déc 2020 et sept – déc 2015-2019



Sources : Insee état civil, estimations de la population – Exploitation ORS IDF

Les travailleurs-clés

LES POINTS ESSENTIELS

- ▶ A côté de conditions de travail parfois difficiles, les travailleurs-clés font face à un temps de transport important et à un risque important d'exposition en cas de pandémie,
- ▶ Ils sont répartis inégalement sur l'ensemble du territoire et notamment peu présents à Paris,
- ▶ Les femmes sont particulièrement représentées dans les groupes les plus à risque pour le Sars-CoV2.

ENJEUX

Des travailleurs indispensables au fonctionnement de la société quoi qu'il advienne

Professionnels de la santé et du social, de l'alimentation, du transport, de l'eau et de l'énergie ou de la sécurité, ils sont plus de 700 000 en Île-de-France à avoir poursuivi leur activité sur leur lieu de travail pendant le confinement instauré lors de la première vague de l'épidémie de Covid-19. Nous les qualifions ici de « travailleurs-clés »¹ [1]. Leur mobilisation exceptionnelle sur le terrain a permis d'organiser le confinement du plus grand nombre dans une période où aucune autre solution ne pouvait être envisagée. Connaître plus précisément leurs conditions de travail et de vie procède tant de la reconnaissance du travail effectué que de l'anticipation (attractivité des métiers, amélioration des plans d'urgence de crise).

SITUATION ACTUELLE

Des travailleurs souvent loin de leur lieu de travail

Selon le type de métier, le lieu de résidence de ces professionnels diffère :

- La sphère hospitalière représente 26 % de ces travailleurs. Le lieu de résidence de ces professionnels est très hétérogène : Paris majoritairement pour les médecins hospitaliers, mais en périphérie de la région du Val-d'Oise et de la Seine-et-Marne pour les aides-soignants et agents hospitaliers ;
- Les professionnels de médecine de ville et du social résident davantage à l'ouest de la région et au sud de la Seine-et-Marne, mais les aides à domicile-auxiliaires de vie s'en différencient en habitant plus souvent au nord de la Seine-Saint-Denis et dans l'est de la Seine-et-Marne ;
- Les travailleurs-clés en contact fréquent² avec des clients ou des collègues habitent davantage à l'est de l'Île-de-France, mais les agents de propreté s'en distinguent et résident plus souvent en Seine-Saint-Denis ;

Une liste de 35 métiers

Les métiers ont été retenus à partir de plusieurs sources : la liste réglementaire établie par le ministère en charge de la Santé sur les activités autorisées (arrêté ministériel du 15 mars 2020), la liste des fiches métiers poursuivant leur activité et pour lesquels une fiche conseil avait été éditée par le ministère de la Santé au 15 avril 2020 (conjointement avec l'Anses, le réseau assurance maladie risques professionnels, l'INRS, l'Anact et des médecins du travail coordonnés par Présanse) [3,4].

Ils incluent au premier chef les professionnels de santé mais également d'autres catégories de métiers, moins visibles en période normale.

- Enfin, les travailleurs-clés avec des contacts moins fréquents résident plus souvent en Seine-et-Marne et dans le sud de l'Essonne avec notamment une forte représentation des forces de l'ordre.

Plus d'un tiers des travailleurs-clés change de département pour aller travailler, et près de la moitié des travailleurs-clés de Seine-Saint-Denis [1] (figure 1).

Les travailleuses-clés dans des métiers plus exposés

Les femmes sont particulièrement représentées dans les deux premiers groupes, les plus à risque pour le Sars-CoV2, par le risque de contact avec des patients hospitaliers ou en ville.

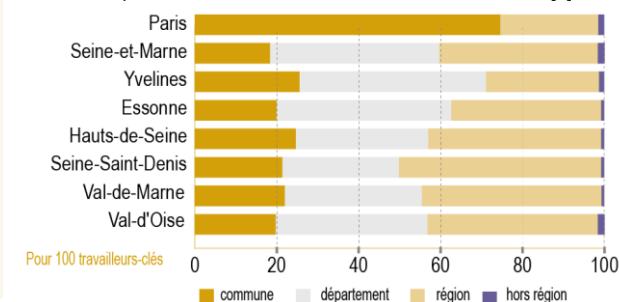
Ces quelques éléments illustrent les contraintes auxquelles les travailleurs-clés font face en plus de leurs conditions de travail, qu'elles soient habituelles (métiers souvent moins qualifiés) ou renforcées en période de crise [4].

PERSPECTIVES

La crise a mis en exergue le caractère indispensable des travailleurs-clés. Si leurs conditions de travail et de vie ne font pas l'objet de politiques publiques très attentives, la dégradation de la santé de ces travailleurs sera inéluctable ainsi que la désaffection de certains métiers, comme on le voit déjà pour les infirmiers hospitaliers. La conséquence en sera une dégradation de la santé de l'ensemble des franciliens (métiers de la santé) et de leur quotidien (services). La dégradation de l'offre de soins est déjà avérée (voir fiche correspondante), la dégradation de l'offre de transport suit le même chemin.

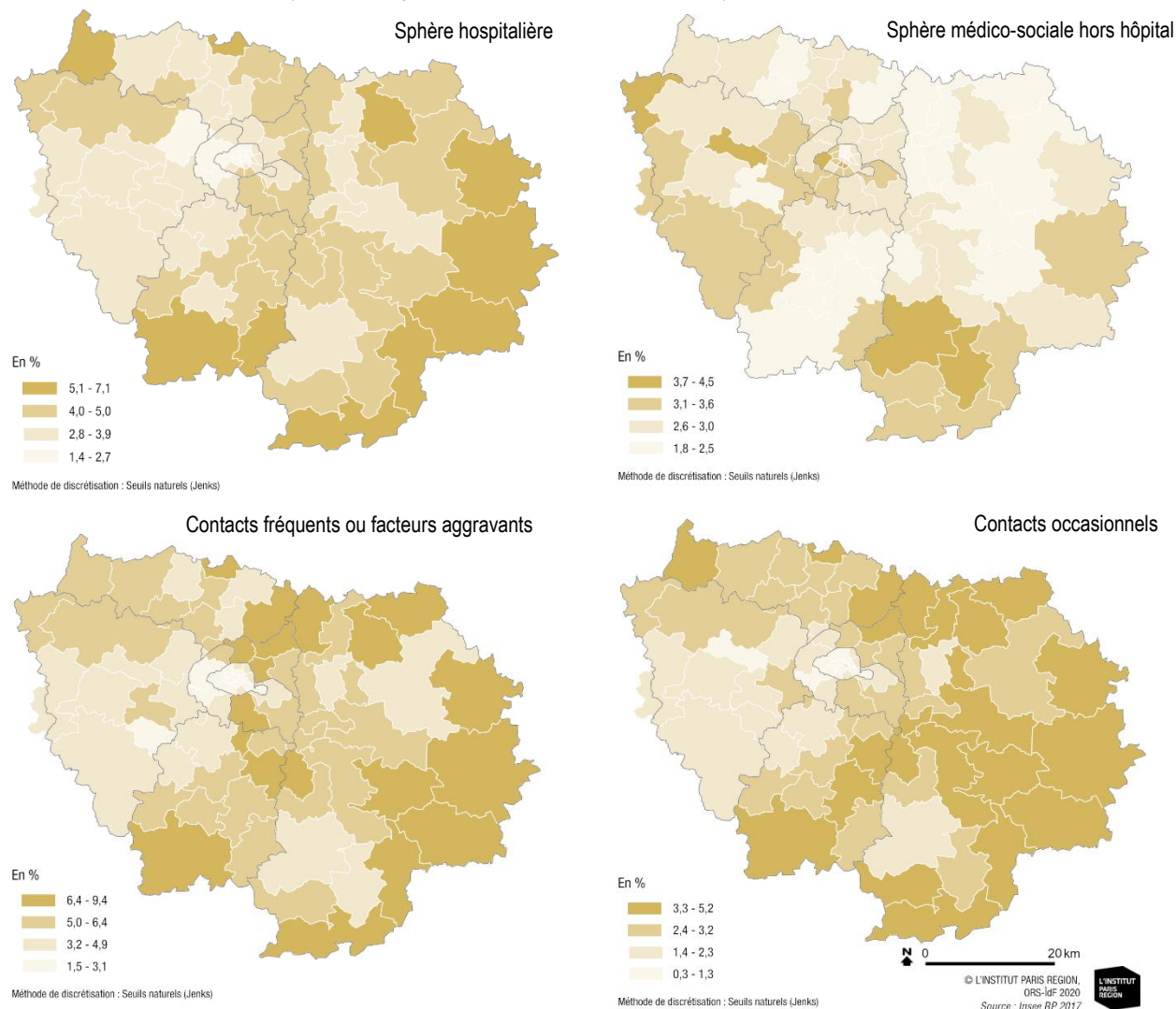
Ces politiques publiques doivent être envisagées selon plusieurs dimensions : amélioration des conditions de travail et des rémunérations, accès à un logement proche du lieu de travail, amélioration des transports et enfin la valorisation des filières d'accès à ces professions.

Figure 1. Lieu de travail des « travailleurs-clés » de la liste principale selon leur département de résidence, Île-de-France, RP 2016 [3]

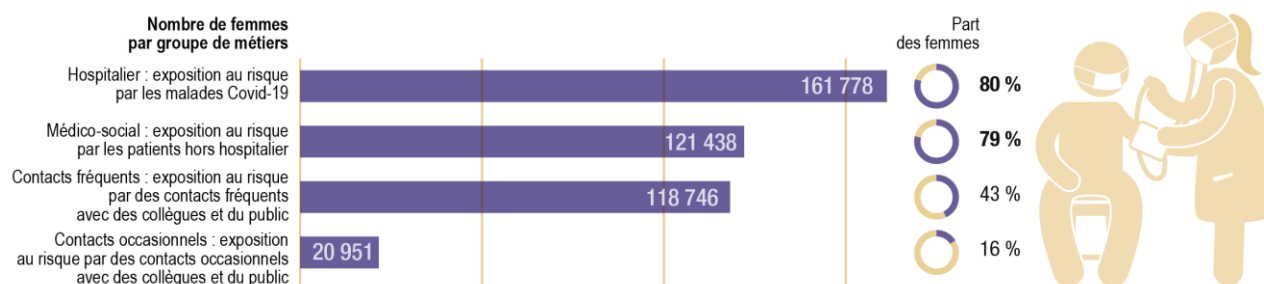


¹. Cette définition des travailleurs-clés proposée par l'ORS Île-de-France (voir référence [1]) revêt comme toute définition une part d'arbitraire. On se rapportera à l'article de Dominique Méda pour une discussion détaillée sur ce sujet [2].

². Groupe défini en cohérence avec la caractérisation de l'exposition en contexte professionnel.

Carte 1. Part des travailleurs-clés (selon leur degré et source d'exposition à la Covid-19) parmi les actifs occupés au lieu de résidence

Dans le secteur hospitalier et médico-social le plus exposé au risque, une grande majorité de femmes



Répartition des métiers par groupe selon le risque d'exposition au Sars-CoV-2.

Sources : « Quels travailleurs-clés lors de la première vague de Covid-19 ? », ORS décembre 2020 ; « 765 000 travailleurs-clés franciliens répondent aux besoins fondamentaux de la population », ORS, Insee, février 2021

Références

- [1] Telle-Lamberton M, Bouscaren N. Quels « travailleurs-clés » lors de la première vague de covid-19 ? ORS Île-de-France ;2020
- [2] Méda D. Quel fondement pour la reconnaissance des travailleurs essentiels ? Sociologie du travail. 2022 ; 64 (1-2)
- [3] Arrêté du 15 mars 2020 complétant l'arrêté du 14 mars 2020 portant diverses mesures relatives à la lutte contre la propagation du virus Covid-19 ; JORF n°0065 du 16 mars 2020.
- [4] Ministère du Travail, de l'Emploi et de l'Insertion. Fiches conseils métiers et guides pour les salariés et les employeurs [internet]. Disponible : <https://travail-emploi.gouv.fr/actualites/l-actualite-du-ministere/article/coronavirus-covid-19-fiches-conseils-metiers-pour-les-salaries-et-les-> (accédé) le 10/04/2020
- [5] Beaufils S, Davy AC, Leroi P, Telle-Lamberton M, Acs M, Chevrot J, Arènes JF, Wolf M. Les travailleurs « essentiels » en Île-de-France. Qui sont-ils ? ORS Île-de-France. 2021

Une pandémie aux effets sanitaires indirects qui restent encore à évaluer

LES POINTS ESSENTIELS

- ▶ La rupture des prises en charge, le contexte anxiogène et la modification des habitudes de vie ont impacté la santé des populations, notamment la santé mentale des plus jeunes et la santé des populations atteintes de maladies chroniques,
- ▶ Une baisse du dépistage et des prises en charge des cancers en 2020, qui malgré un certain rattrapage en 2021, pourrait avoir de lourdes conséquences en termes de morbi-mortalité,
- ▶ Une mise en place de la télémedecine qui, si elle perdure dans des conditions de qualité, pourrait être porteuse d'effets positifs sur les prises en charge, notamment des maladies chroniques.

ENJEUX

Pandémie, confinements, anxiété, réorganisation des soins, modifications des comportements... autant de facteurs perturbateurs pour la santé

La pandémie a affecté directement la santé et l'espérance de vie des populations touchées par la Covid-19. Mais elle a eu également des effets qui peuvent être qualifiés d'indirects dont les conséquences à court, moyen et long terme restent encore à quantifier.

En effet, partout dans le monde, la situation exceptionnelle de la pandémie de Covid-19 a en premier lieu entraîné une réorganisation des soins et des services de santé : en France, par exemple, l'article 3 du décret du 23 mars 2020 précisait que seules les « consultations et soins ne pouvant être différés et les consultations et soins de patients atteints d'une affection de longue durée » sont autorisés. Par ailleurs, les patients eux-mêmes reportaient leurs visites à l'hôpital par crainte d'être contaminés. Ces reports de prise en charge ont pu avoir des conséquences importantes sur la santé des populations. Ainsi, en Île-de-France particulièrement, Santé publique France (SpF) a noté, par exemple, une diminution au cours des premières semaines du confinement des taux de patients hospitalisés pour un accident vasculaire cérébral (AVC) avec une augmentation concomitante des taux de létalité à l'hôpital et hors de l'hôpital, probablement due au fait que les patients présentant des AVC mineurs ou légers n'ont pas été hospitalisés, entraînant par la suite une augmentation de la proportion d'AVC graves.

Au-delà des soins hospitaliers, le recours aux professionnels de santé de ville (libéraux et centres de santé) a diminué pour l'ensemble des spécialités (figure 1), sauf pour les sages-femmes et les infirmiers qui ont assuré des soins à domicile pour les patients dont l'opération a été déprogrammée, dont la sortie d'hôpital aurait été accélérée pour maximiser les capacités hospitalières, pour des patients atteints de la Covid-19 et qui ont par ailleurs été mobilisées pour des tests de dépistage de la Covid-19 (tests PCR depuis juillet 2020, tests antigéniques depuis novembre 2020).

Au-delà de la réorganisation des prises en charge sanitaires, les actes de prévention et de dépistage ont également été interrompus en partie, entraînant des risques de retard de diagnostic et de prise en charge, et potentiellement des pertes de chance pour les populations (figure 2 – exemple du dépistage du cancer du sein).

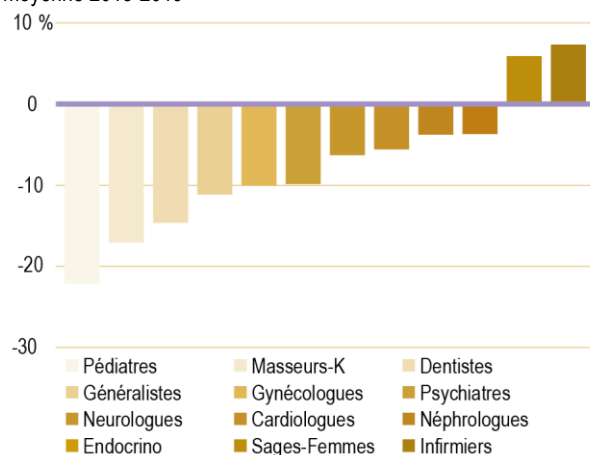
De plus, le caractère anxiogène de la situation, la peur de la contamination, les risques économiques, le contexte d'incertitude et de controverse alimenté par les médias, les restrictions de liberté et de déplacement ont affecté la santé physique et mentale des populations, notamment des plus jeunes, des moins bien logés, des plus modestes, des plus âgés, des plus isolés... Les travaux de Santé publique France notamment quantifient l'accroissement de la prévalence de troubles du sommeil, de symptômes anxieux, de symptômes dépressifs, ainsi que de symptômes persistants associés à un stress post-traumatique, et ce, particulièrement chez les jeunes et chez les plus modestes. L'Inserm alerte sur le lourd impact de la crise sanitaire sur la santé mentale des étudiants, sur leurs risques de suicide... Et ce, dans un contexte où les services de psychiatrie (hospitaliers et de ville) sont décrits comme à bout de souffle.

Par ailleurs, les contextes de confinement ont conduit, chez certains, à l'adoption de comportements défavorables à la santé : hausse de la sédentarité et baisse de l'activité physique, augmentation du temps passé devant les écrans, de la consommation de nourriture et de produits sucrés, salés, déjà préparés..., d'alcool, de tabac...

On peut également identifier, comme impacts indirects de la pandémie, l'épuisement des professionnels de santé (soignants et non soignants), la crise des vocations et l'accroissement par exemple des postes vacants à l'hôpital.

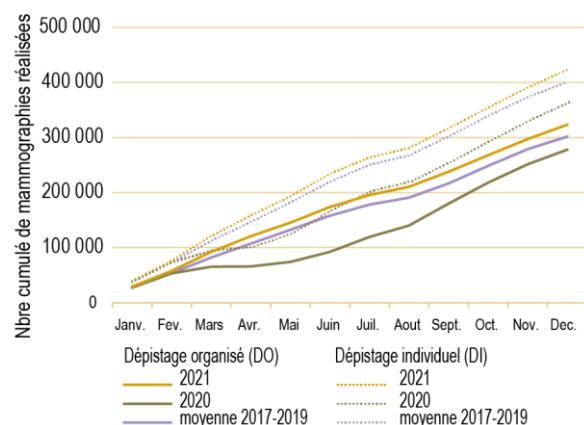
D'une manière plus positive, la crise sanitaire a amorcé la mise en place effective de la télémedecine (figure 3) qui peinait à s'implanter en France et qui, pendant la crise, a démontré son utilité, en articulation et complémentarité avec les prises en charge traditionnelles. Pour les patients souffrant de maladies chroniques, les soins suivis à distance ont permis une surveillance régulière et efficace, mais également une meilleure adhésion et autogestion du traitement. Elle a également mis en lumière les enjeux organisationnels du système de santé français qui doit se donner les moyens de relever les enjeux d'articulation et de coopération entre acteurs de toutes les disciplines et à toutes les échelles, les enjeux d'agilité, de réactivité et d'assouplissement des procédures.... Elle a également confirmé l'intérêt des organisations collectives et coordonnées (MSP, CPTS notamment), en particulier comme cadre facilitant la réactivité des professionnels de santé à assurer une prise en charge des populations en période de crise.

Figure 1. Baisse du recours aux professionnels de santé de ville (libéraux et centres de santé) en Île-de-France en 2020
Ecart relatif entre la consommation 2020 et la consommation annuelle moyenne 2018-2019



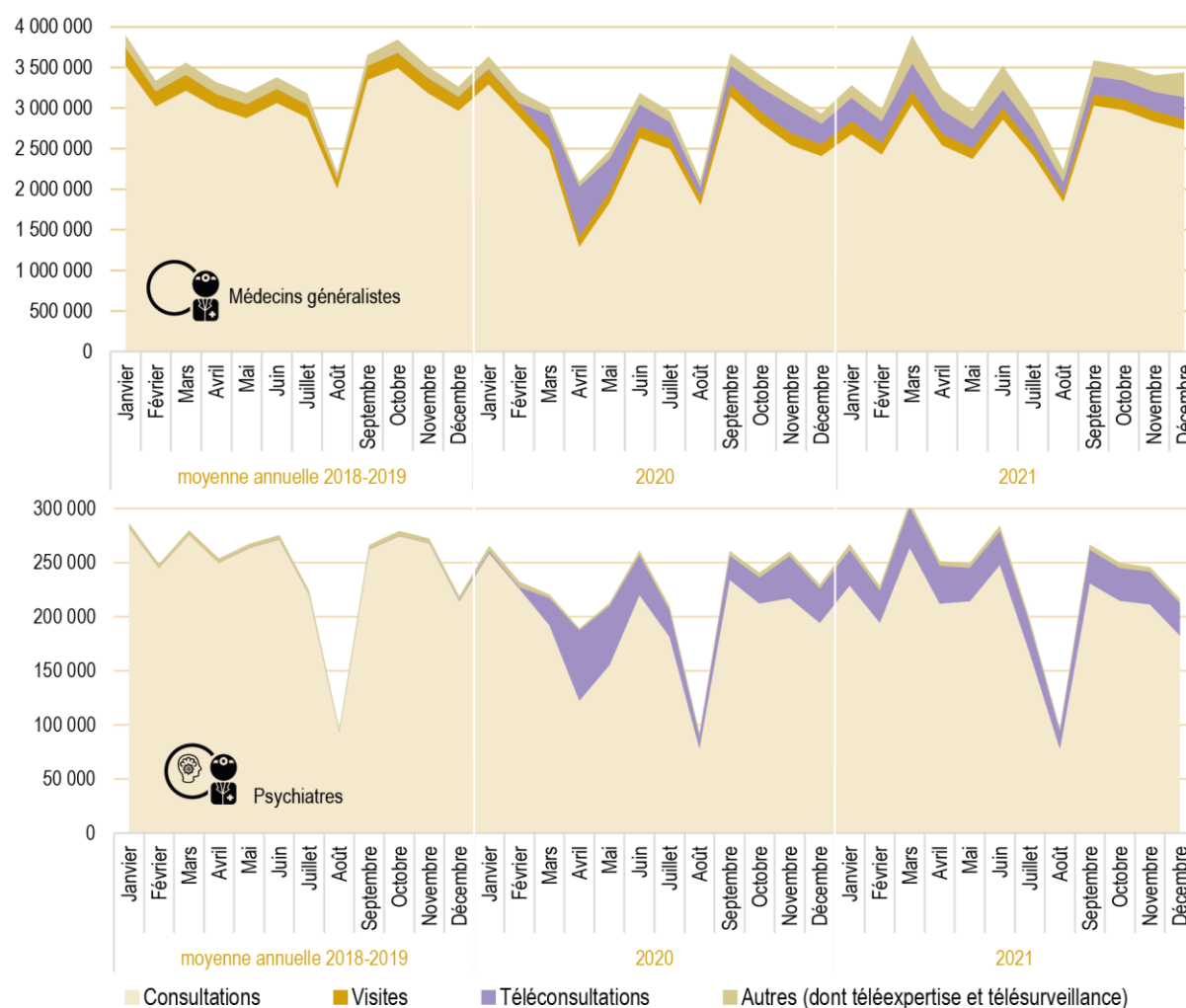
Source : SNDS, 2018 2019 2020, exploitation ORS Île-de-France

Figure 2. Nombre cumulé d'actes de dépistage individuel et organisé du cancer du sein par mois de 2017 à 2021 en Île-de-France



Source : SNDS, 2017 2018 2019 2020 2021, exploitation ORS Île-de-France

Figure 3. Evolution du nombre de contacts avec la médecine de ville des Franciliens, par type de contact et par mois en Île-de-France



Source : SNDS, 2018 2019 2020 et 2021, exploitation ORS Île-de-France

SITUATION ACTUELLE ET EVOLUTION (QUELQUES FOCUS FRANCILIENS)

Une baisse des dépistages des cancers qui pourrait avoir de lourdes conséquences

Au tout début de la pandémie, les dépistages du cancer ont été considérés comme moins prioritaires au regard du risque d'exposition et de diffusion de la Covid-19. Les trois programmes nationaux de dépistages organisés (dépistage du cancer du sein, du cancer colorectal et du cancer du col de l'utérus) qui s'adressent aux personnes asymptomatiques ont été suspendus durant le premier confinement. Ainsi, par exemple, le nombre de mammographies de dépistage (individuel ou organisé)¹ du cancer du sein a considérablement chuté en Île-de-France (figure 2). Après la levée du confinement en mai 2020, le nombre d'actes de dépistage a repris, mais la dynamique de rattrapage n'a pas permis de combler le déficit observé lors du premier confinement.

La Ligue contre le cancer a estimé qu'environ 30 000 cancers auraient été ainsi non diagnostiqués dans le pays en 2020. Ce retard diagnostic risque d'avoir de lourdes conséquences à moyen et long terme sur la morbi-mortalité par cancer, entraînant des diagnostics à des stades plus avancés de la maladie et une augmentation globale de la mortalité par cancer dans les années à venir. D'autant que l'activité chirurgicale dédiée aux cancers a aussi été impactée par la pandémie (report ou annulation de plusieurs procédures chirurgicales oncologiques, considérées comme le principal mode de traitement des tumeurs malignes solides).

Des impacts particulièrement préoccupants pour les personnes souffrant de maladies chroniques

Les patients souffrant de maladies chroniques ont besoin d'une prise en charge régulière et continue et d'une hygiène de vie favorable à la santé. Des soins interrompus ou irréguliers, ou une mauvaise hygiène de vie, augmentent les risques de complication, de dégradation de la qualité de vie et de mortalité prématurée. Or, la pandémie, le confinement, la peur de la contamination (d'autant plus forte qu'ils étaient « personnes à risque ») et la réorganisation dans l'urgence du système de soins ont modifié leur prise en charge sanitaire. La pandémie a également eu des effets conséquents sur leurs habitudes de vie : les restrictions de déplacements, fermeture des équipements et services dits « non essentiels » (équipements sportifs, espaces verts et de nature publics...) ont augmenté les temps de sédentarité (position assise ou allongée) et réduit l'activité physique qu'elle soit sportive, de loisirs (promenades) ou qu'elle soit liée aux déplacements quotidiens (déplacements vers l'emploi, les courses, les loisirs, l'accompagnement des enfants à l'école...). Par ailleurs, les restrictions de circulation des marchandises, la fermeture des écoles, des universités, des lieux de travail, des restaurants, les restrictions en matière de déplacement et de mobilité, mais aussi l'ennui, l'inquiétude, l'anxiété et l'augmentation du temps libre ont modifié les habitudes d'approvisionnement, de préparation

et de consommation alimentaire (consommation excessive d'aliments sucrés, déjà préparés et grignotage notamment) ainsi que certains comportements à risque (consommation d'alcool et de tabac notamment)².

Or, il est aujourd'hui avéré que la pratique régulière d'une activité physique permet d'éviter et de contrôler les maladies chroniques à tel point que l'activité physique est un traitement à part entière des maladies chroniques (reconnu par la Haute Autorité de santé depuis 2011). Par ailleurs, deux études italiennes ont montré un impact notable du confinement sur la prise de poids des individus adultes mais aussi des enfants ou adolescents souffrant d'obésité. Il a également été montré que la santé mentale des personnes souffrant de maladies chroniques a été particulièrement impactée par la crise sanitaire.

Cela laisse prévoir des impacts délétères sur l'évolution de l'état de santé physique et mentale de certains malades chroniques, d'autant qu'il reste à évaluer si les nouveaux comportements, notamment alimentaires et d'activité physique réduite, adoptés par la population lors de cette période de crise seront maintenus ou abandonnés à l'issue de la crise sanitaire.

PERSPECTIVES

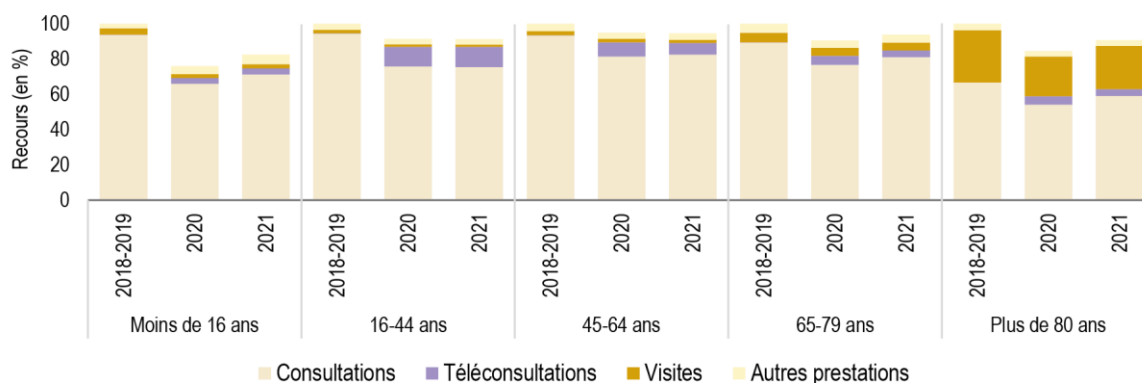
Suivre les impacts indirects de la pandémie et tirer les enseignements de la crise sanitaire

Les impacts indirects de la pandémie sur la santé physique et mentale sont potentiellement nombreux mais restent encore à quantifier. Sont cependant à prévoir une dégradation potentielle de l'état de santé des personnes atteintes de maladies chroniques et une augmentation de la morbi-mortalité par cancers ou pour d'autres pathologies, infectieuses notamment (retard de dépistage et de diagnostic conduisant à une circulation accrue de la pathologie). La question de la santé mentale, notamment chez les jeunes, est également un sujet de plus en plus prégnant. Concernant le système de soins, l'épuisement des professionnels de santé conduit à une désaffection pour la profession, à une croissance des postes vacants... qui elles-mêmes conduisent à une pression croissante sur les professionnels en exercice... et à un épuisement qui s'accroît, et ce, notamment dans les secteurs les plus en tension. La psychiatrie est particulièrement concernée. De plus, des enseignements sur les enjeux organisationnels sont à tirer de cette crise sanitaire. Les modifications de comportement, elles, peuvent être positives (augmentation des mobilités actives du fait d'une réticence à prendre les transports en commun mais aussi par l'installation de pistes cyclables pérennisées et sécurisées), ou plus néfastes pour la santé (augmentation du tabagisme par exemple). De même, l'essor de la télé-médecine est certainement à encourager mais également à encadrer, d'une part pour éviter les dérives et une dégradation de la qualité des soins et de suivi des patients, et d'autre part pour éviter que cet essor, en bénéficiant principalement aux personnes les plus jeunes, les plus éduquées, les plus favorisées, ne viennent accroître les inégalités sociales de santé.

¹ Le dépistage organisé du cancer du sein (DOCS), généralisé en France en 2004, concerne toutes les femmes de 50 à 74 ans à risque moyen, c'est-à-dire sans symptôme apparent ni facteur de risque particulier. Elles sont invitées tous les deux ans à réaliser une mammographie et un examen clinique des seins. Ces procédures sont prises en charge à 100 % par l'Assurance maladie, sans avance de frais. En France, la mammographie peut également être proposée en dehors du cadre du programme de dépistage organisé. On parle alors de dépistage individuel ou de démarche de détection individuelle.

² Les modifications de comportements n'ont toutefois pas toujours été négatives. Chez certains, cette période s'est traduite par une amélioration des pratiques alimentaires (cuisine faite maison, produits frais...) et l'adoption de comportements favorables (mobilités actives, activité physique...).

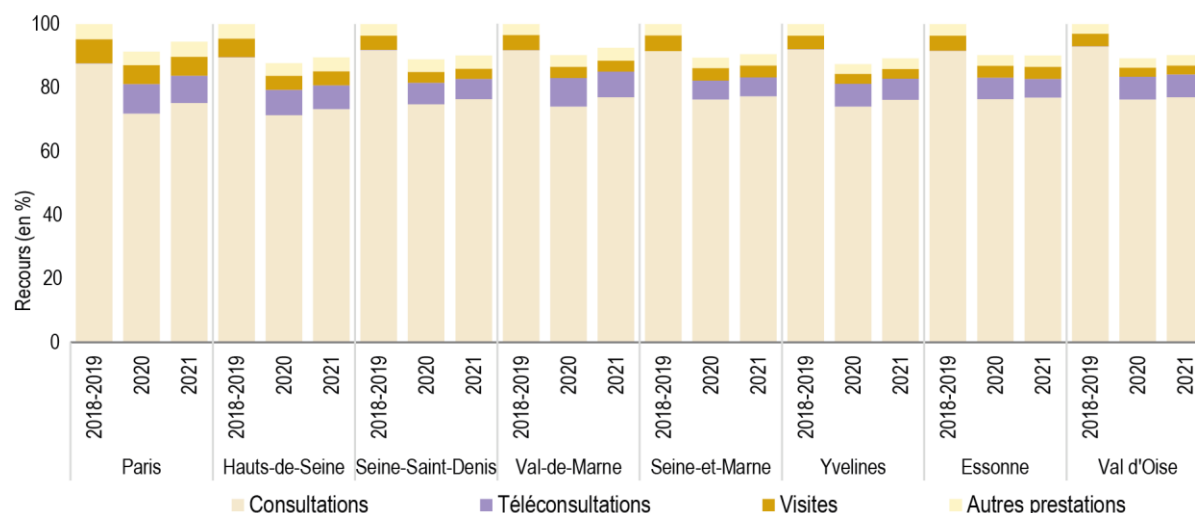
Figure 4. Evolution et nature du recours aux médecins généralistes de ville en Île-de-France par grands groupes d'âges depuis 2018
Base 100 = situation de la classe d'âge en 2018-2019



Lecture : Au prorata du volume global de recours au médecin généraliste observé dans chaque groupe d'âge en moyenne en 2018-2019, on voit que la consommation globale de médecine générale a diminué en 2020 dans toutes les classes d'âge mais de manière bien plus marquée chez les plus jeunes. On voit également que la téléconsultation est apparue dans toutes les classes d'âge mais particulièrement chez les 16-44 ans et dans une moindre mesure chez les 45-64 ans.

Source : SNDS, 2018 2019 2020 et 2021, exploitation ORS Île-de-France

Figure 5. Evolution et nature du recours aux médecins généralistes de ville en Île-de-France par département depuis 2018
Base 100 = situation du département en 2018-2019



Lecture : Au prorata du volume global de recours au médecin généraliste observé dans chaque département en moyenne en 2018-2019, on voit que la consommation globale de médecine générale a diminué en 2020 dans tous les départements. On voit également que la téléconsultation est apparue partout (et a perduré en 2021).

Source : SNDS, 2018 2019 2020 et 2021, exploitation ORS Île-de-France

Références

- [1] La Covid-19 freine le dépistage précoce du cancer [Internet]. ONU France. 2021 Disponible : <https://unric.org/fr/la-covid-19-freine-le-depistage-precoce-du-cancer/>
- [2] Santé publique France. Enjeux de santé dans le contexte de la Covid-19 [internet]. Disponible : <https://www.santepubliquefrance.fr/dossiers/coronavirus-covid-19/enjeux-de-sante-dans-le-contexte-de-la-covid-19/>.
- [3] Inserm. Covid-19 : Le lourd impact de l'épidémie sur la santé mentale des étudiants, notamment pendant les périodes de confinements [internet]. Disponible : <https://presse.inserm.fr/covid-19-le-lourd-impact-de-lepidemie-sur-la-sante-mentale-des-etudiants-notamment-pendant-les-periodes-de-confinements/44052/>
- [4] Effondrement et crise d'attractivité de la psychiatrie publique [internet]. Santé mentale. 2021. Disponible : <https://www.santementale.fr/2021/06/le-risque-deffondrement-de-la-psychiatrie-publique/>
- [5] Bergeron H, Borraz O, Castel P, Dedieu F. Covid-19 : une crise organisationnelle. Presses de Sciences Po. 2020
- [6] Ammoun R, Mangeney C. Impacts de la pandémie de Covid-19 pour les personnes atteintes de maladies chroniques. ORS, 2022
- [7] Gabet A, Grave C, Tuppin P, Chatignoux E, Béjot Y, Olié V. Impact de la pandémie de Covid-19 et d'un confinement national sur les hospitalisations pour accident vasculaire cérébral et la mortalité à 30 jours associée en France : une étude observationnelle nationale. Eur J Neurol. 2021 Oct;28(10):3279-3288

9. OFFRE DE SOINS, ACCESSIBILITÉ ET DÉMOGRAPHIE MÉDICALE

Hôpitaux : attractivité et recours infra-régional	226
Hôpitaux : des recours de proximité ?	228
La consommation de soins de médecine de ville	230
La démographie des médecins généralistes	232
Accessibilité à la médecine générale de ville	234
Accessibilité aux autres professionnels de santé	236
Vers plus de coopération à tous les niveaux	238

Hôpitaux : attractivité et recours infra-régional

LES POINTS ESSENTIELS

- ▶ Préserver le niveau de l'offre et son accessibilité et absorber l'accroissement des besoins,
- ▶ Une offre en psychiatrie déficitaire notamment pour la prise en charge des retards mentaux,
- ▶ Un fonctionnement régional systémique où les flux entre départements sont fréquents.

ENJEUX

Un niveau d'offre à maintenir et renforcer ?

L'Île-de-France est dotée d'un système hospitalier qui dessert à la fois les Franciliens et les provinciaux. L'enjeu est de maintenir ce niveau d'offre, les conditions de fonctionnement de cette offre et l'accessibilité à cette offre. Il s'agit également d'absorber l'évolution des besoins due notamment à l'augmentation de la population et à son vieillissement. Et ce, dans un contexte où les problématiques de ressources humaines remettent en cause les capacités de fonctionnement des établissements (épuisement des soignants, postes vacants imposant des fermetures de lits, accentuation des départs en cours de carrière, difficultés de recrutement...).

SITUATION ACTUELLE

Une vigilance en psychiatrie

En médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), l'Île-de-France est la région de France métropolitaine qui présente les plus forts taux d'attractivité hospitaliers inter-régionaux (7 %), et les plus faibles taux de fuite inter-régionaux (2 %) (figure 1), malgré des taux d'équipements légèrement plus faibles que la moyenne nationale (figure 2). Le taux d'attractivité des établissements franciliens atteint même près de 12 % pour la chirurgie non ambulatoire. Pour les soins de suite et de réadaptation, l'Île-de-France reste relativement attractive mais son taux de fuite n'est plus si faible (fig.1). C'est pour le secteur de la psychiatrie hospitalière (hors activité ambulatoire) que la région Île-de-France est la moins bien positionnée : c'est la quatrième région de France qui présente 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 %).

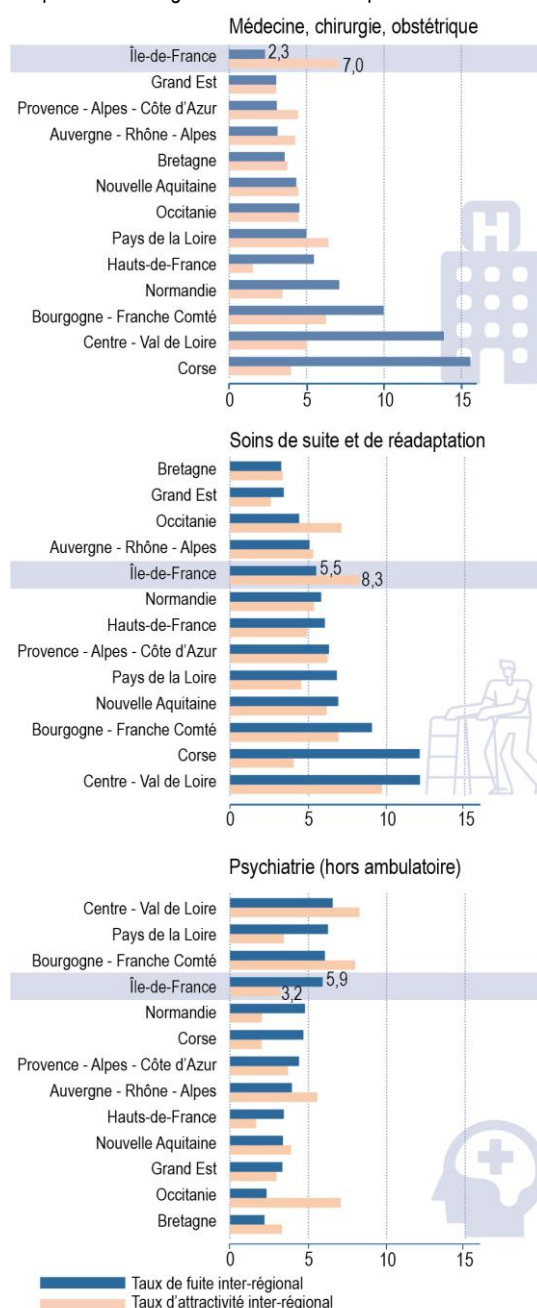
Au sein de la région (cartes 1 et 2), des flux importants entre départements sont observés. Par exemple, les établissements parisiens comptent, parmi leurs patients en MCO, près de 60 % de personnes qui ne résident pas à Paris. Cette fonction d'accueil des services de MCO s'observe également pour les établissements des Hauts-de-Seine et du Val-de-Marne dont les patients hospitalisés (hors séances) résident hors du département pour respectivement 50,4 % et 46,9 % d'entre eux. C'est moins le cas en Seine-Saint-Denis (26,6 %), et dans les départements de grande couronne (de 12,9 à 21 %).

PERSPECTIVES

Des besoins à analyser plus finement

Les flux entre départements participent au fonctionnement systémique du territoire régional. Cependant, les taux de recours, les taux de fuite (qu'il convient d'étudier plus finement) mais aussi les temps d'attente et les temps d'accès peuvent être le signe d'une offre à renforcer quantitativement ou qualitativement.

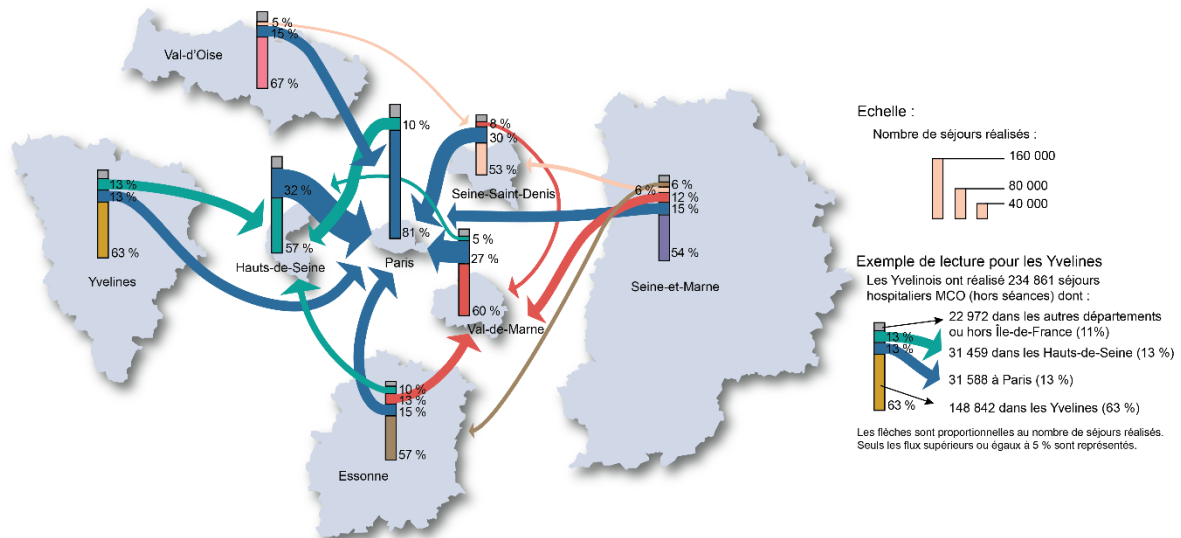
Figure 1. Taux d'attractivité et taux de fuite (en %) des établissements hospitaliers des régions de France métropolitaine en 2018



© L'INSTITUT PARIS REGION, ORS 2022
Sources: ScanSante, ATIH, PMSI
© Pictos, 123rf / Jeremy - Chattapat, HeadsOfBirds from Noun Project

Taux de fuite : part des séjours hospitaliers de patients franciliens consommés hors Île-de-France. Taux d'attractivité : part des séjours dans les établissements franciliens consommés par des patients non franciliens.

Carte 1. Flux hospitaliers entre départements pour des séjours hospitaliers dans des établissements dits MCO (Médecine, chirurgie, obstétrique)



Carte 2. Flux hospitaliers entre départements pour des séjours hospitaliers dans des établissements de psychiatrie (hospitalisation complète)

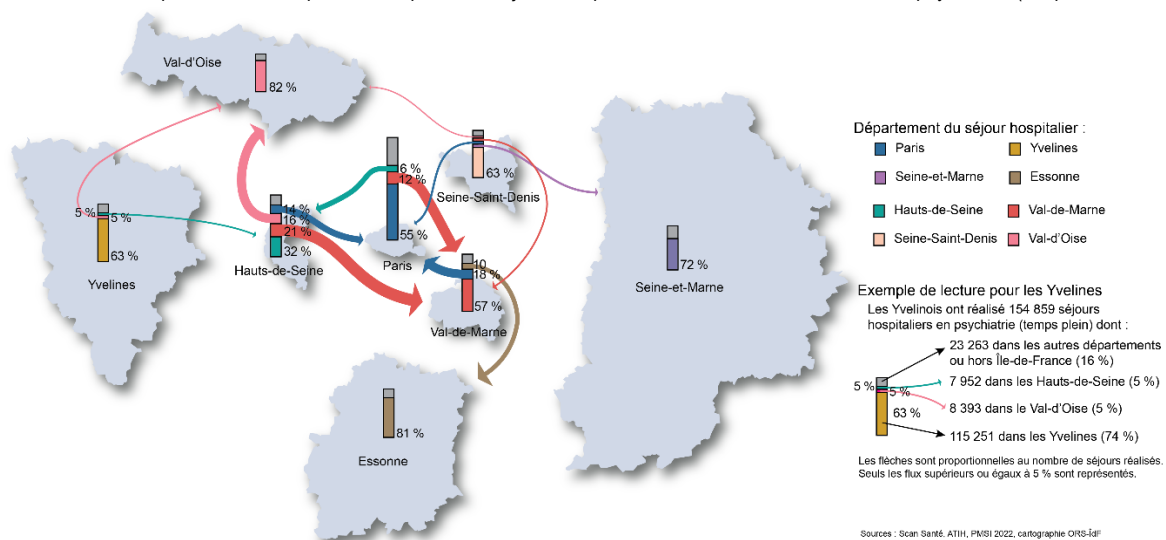
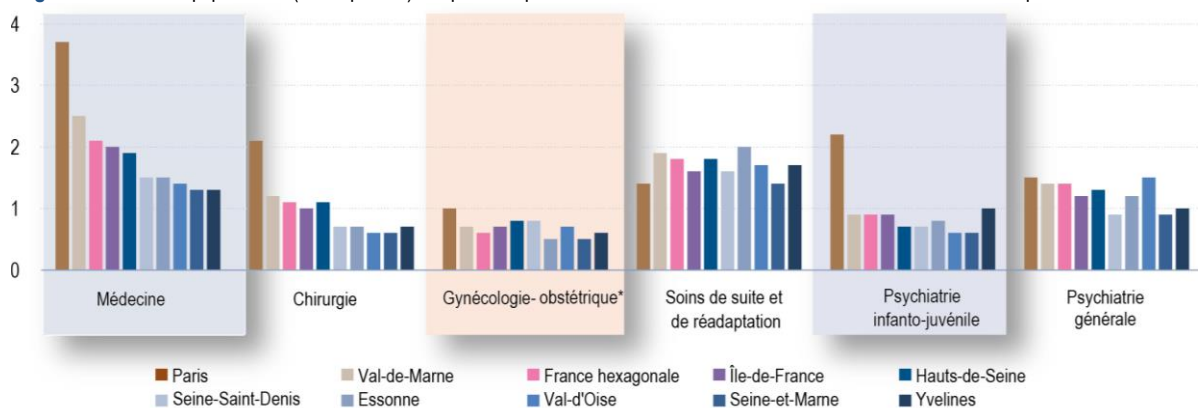


Figure 2. Taux d'équipements (lits et places) hospitaliers pour 1 000 habitants en Île-de-France et en France métropolitaine en 2020



Sources : SAE base administrative, Insee - Statiss - ScoreSanté - Fnors

Références

- [1] STATISS : statistiques et indicateurs de la santé et du social. Disponible : https://www.scoresante.org/tab_statiss.aspx
- [2] ATIH. ScanSanté. Disponible : <https://www.scansante.fr/>
- [3] Drees. Panorama des établissements hospitaliers [internet] 2022. Disponible : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-07/ES2022.pdf>

Hôpitaux : des recours de proximité ?

LES POINTS ESSENTIELS

- ▶ Les recours hospitaliers : entre proximité et dispersion des flux franciliens,
- ▶ Une offre de proximité à maintenir néanmoins pour tous, notamment en obstétrique,
- ▶ Une nécessaire articulation avec d'autres services permettant des hospitalisations plus lointaines.

ENJEUX

Proximité et accessibilité

Pour les services hospitaliers, les enjeux se posent en termes d'accessibilité. La proximité ne semble pas, seule, déterminer le recours.

SITUATION ACTUELLE

Des flux de recours très dispersés

Comme pour les autres déplacements de la vie courante, les Franciliens ne recourent pas toujours à l'établissement hospitalier le plus proche de leur lieu de résidence et les patients résidant dans un même lieu ne se font pas tous hospitaliser au même endroit. Si on ne regarde que l'hôpital le plus fréquemment utilisé (1^{er} flux) par les patients d'un secteur de résidence (cartes 1-3), on laisse de côté respectivement 68, 73 et 52 % des flux hospitaliers en médecine, chirurgie et obstétrique. Les cinq premiers flux laissent encore de côté 36, 40 et 16 % des flux en médecine, chirurgie et obstétrique.

La cartographie des cinq premiers flux (cartes 4-6) montre que le recours de proximité est plus important en obstétrique. Elle montre aussi que si les flux sont dispersés, les flux principaux restent dirigés non pas vers l'établissement le plus proche mais vers les établissements les plus proches.

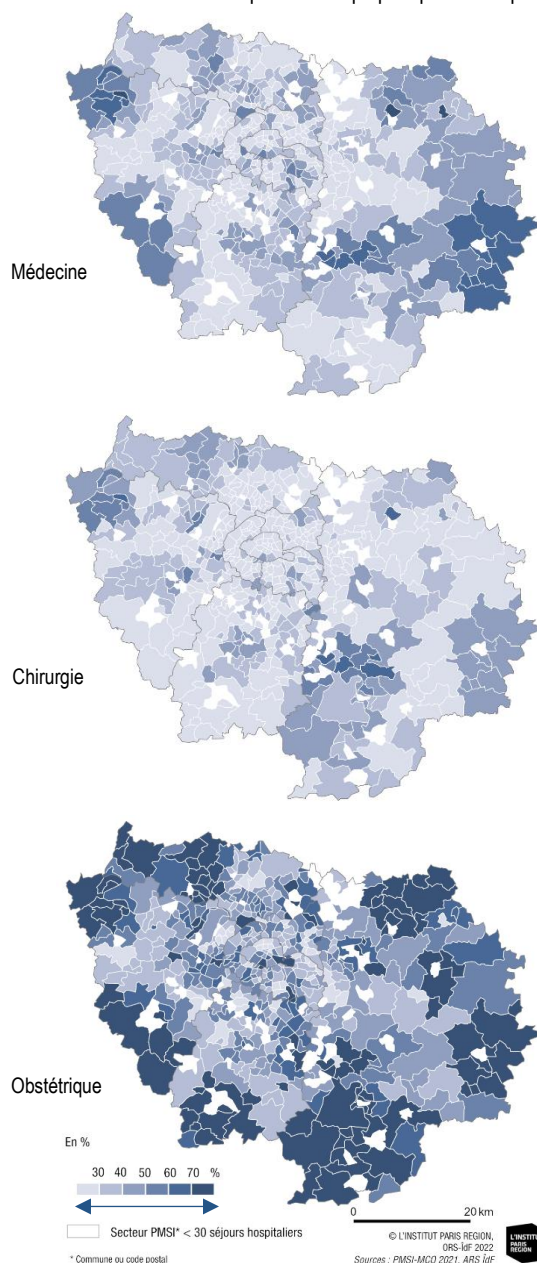
PERSPECTIVES

Maintenir une offre de proximité pour tous

Cette combinaison de proximité et de dispersion des flux hospitaliers peut s'expliquer par différents facteurs. En premier lieu, la région Île-de-France se caractérise par une structuration territoriale dense constituée de multiples polarités d'équipements et services, notamment hospitaliers. Tous les Franciliens se trouvent ainsi à des distances relativement faibles d'un ou de plusieurs établissements hospitaliers. Jouent également les habitudes de travail des médecins prescripteurs (selon les habitudes d'adressage de leurs patients à certains de leurs confrères hospitaliers...) ou la « renommée » des établissements (qu'elle soit fondée sur des usages antérieurs, sur des palmarès hospitaliers, sur des rumeurs véhiculées par les proches, les voisins, les connaissances...).

Elle nécessite d'envisager l'adéquation de l'offre et des besoins dans une perspective d'accessibilité, mais aussi de dépendance, sur certains territoires, à une offre hospitalière de proximité : lorsqu'aucune offre de proximité alternative n'est accessible ou lorsque la proximité est un enjeu (par exemple en obstétrique). Elle nécessite également de considérer l'offre hospitalière de manière articulée avec une offre de transport, de desserte (parkings) et de structures d'hébergement temporaire à tarifs maîtrisés pour les patients (et leurs aidants) hospitalisés loin de chez eux.

Cartes 1-3. Part des flux hospitaliers* expliqués par le flux principal



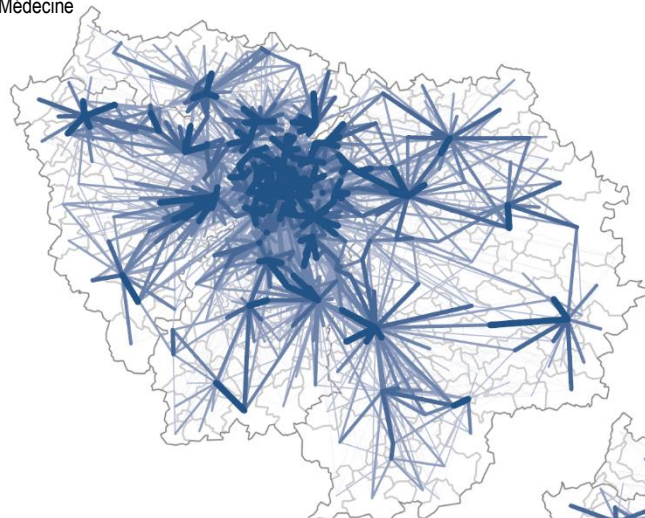
Plus la couleur est foncée, plus les recours hospitaliers des habitants de la zone se concentrent vers un même hôpital. Inversement, les couleurs claires indiquent une forte dispersion des flux hospitaliers.

* Séjours hors séances (CM 28) et hors RSA de nouveau-nés (CMD 15). Ensemble des séjours produits par les établissements franciliens ou consommés par des patients résidant en Île-de-France (hors séjours effectués hors Île-de-France).

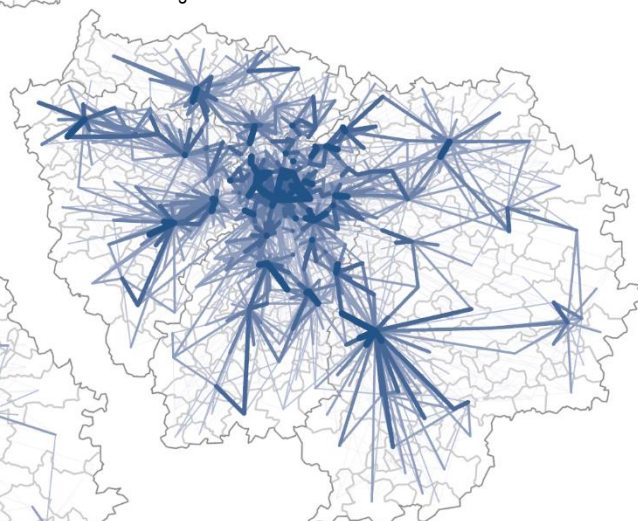
Cartes 4-6. Flux hospitaliers en médecine, chirurgie et obstétrique en 2021

Seuls les 5 premiers flux sont représentés, c'est-à-dire les 5 hôpitaux les plus souvent utilisés par les habitants des différents secteurs PMSI de résidence. Un secteur PMSI de résidence correspond à une commune ou à un regroupement de communes ayant le même code postal. En médecine, les cinq premiers flux regroupent 64 % des séjours, en chirurgie 60 % et en obstétrique 84 %.

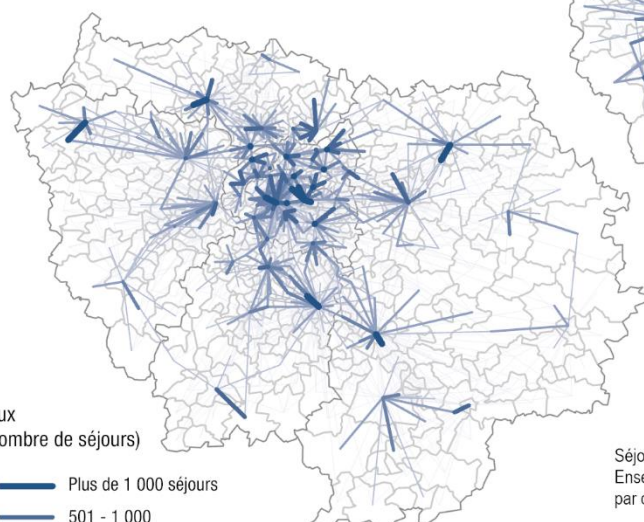
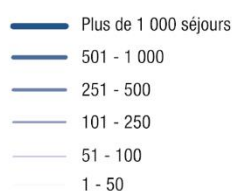
Médecine



Chirurgie



Obstétrique

Flux
(nombre de séjours)

Secteur PMSI (commune ou code postal)

Séjours hors séances (CM 28) et hors RSA de nouveau-nés (CMD 15)
Ensemble des séjours produits par les établissements d'IdF ou consommés
par des patients résidant en IdF (hors séjours effectués hors IdF)

0 40 km

© L'INSTITUT PARIS REGION,
ORS-IdF 2023

Sources : PMSI-MCO 2021, ARS Île-de-France

**Références**

- [1] De Kervasdoué J. L'hôpital. Paris : Presses Universitaires de France ; 2021 (Que sais-je ?). Disponible sur <https://www-cairn-info.ezproxy.u-paris.fr/l-hopital--9782715406742.htm>.
- [2] Conti B, Baudet-Michel S, Le Neindre C. Envisager la rétraction d'un équipement dans le système urbain français : le cas des lits d'hospitalisation en court séjour. Géographie, économie, société. 2020; 22 (1) : 5-33.

La consommation de soins de médecine de ville

LES POINTS ESSENTIELS

- ▶ Un recours plus fréquent aux spécialistes en moyenne en Île-de-France,
- ▶ Surtout pour les populations les plus favorisées (à l'exception des cardiologues),
- ▶ Des parcours de soins socialement et territorialement très différenciés,
- ▶ Une importante réorganisation de notre système de santé potentiellement porteuse d'inégalités.

ENJEUX

Des pratiques de recours aux soins marquées socialement et spatialement

Les pratiques de recours aux soins de ville des populations dépendent de leur état de santé mais aussi de spécificités territoriales et sociales : elles ne sont le reflet que des besoins exprimés et satisfaits. Cependant, elles témoignent tout de même de l'adéquation entre les besoins de soins exprimés et l'accessibilité (physique, financière, temporelle ou culturelle) à l'offre de soins.

SITUATION ACTUELLE

Une consommation francilienne plus tournée vers les spécialistes

L'Île-de-France se caractérise par une consommation moyenne d'actes de médecins généralistes libéraux inférieure à la moyenne de la France métropolitaine. C'est la région de France où, à tout âge, la consommation de médecins généralistes libéraux est la plus faible (figure 1). C'est aussi la région française après PACA où le niveau de recours aux médecins spécialistes est le plus fort (carte 1).

Cette situation régionale moyenne cache de fortes disparités entre les territoires (carte 2) : la part des bénéficiaires de soins de spécialistes est plus faible en Seine-Saint-Denis, un peu plus importante dans le Val-de-Marne, l'Essonne, la Seine-et-Marne et le Val-d'Oise, et bien plus importante dans les départements aisés de Paris, des Hauts-de-Seine et des Yvelines.

De fait, la consommation de soins des populations résidant dans les communes socialement les moins favorisées diffère de celles résidant dans les communes plus aisées : chez les moins aisés, la consommation de médecine générale est, à certains âges, plus importante que dans les secteurs favorisés, où le recours aux spécialistes est, lui, bien plus important (figure 2). Différents facteurs, notamment culturels, financiers et relatifs à la démographie médicale expliquent ces différentiels sociaux de recours aux soins.

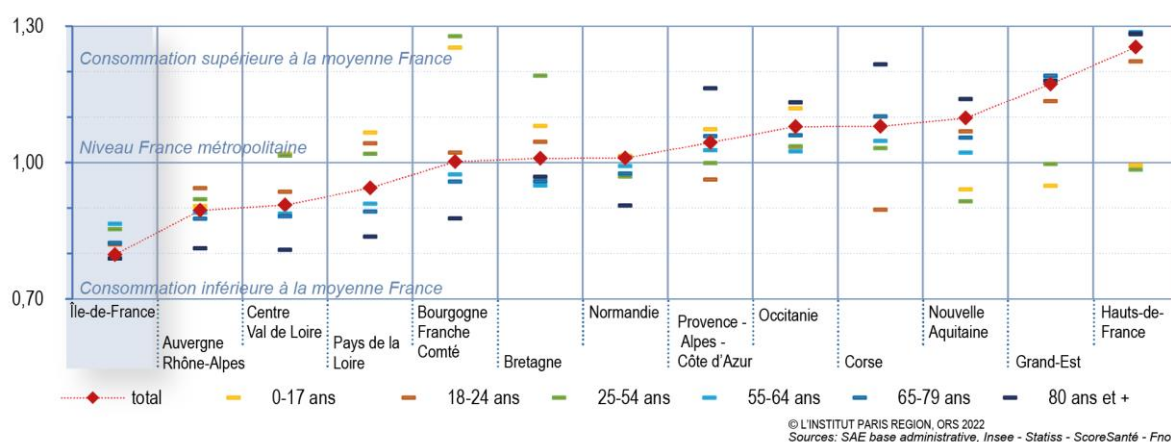
L'exemple du recours aux cardiologues (figure 2e) est intéressant puisqu'il témoigne de pratiques de recours nettement moins marquées socialement, signe peut-être d'un adressage différent vers ce type de spécialiste, d'une attention de tous aux problématiques cardiaques (vitales)...

PERSPECTIVES

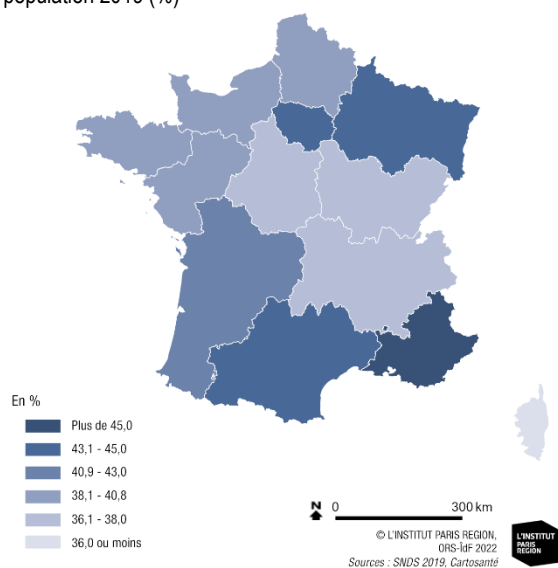
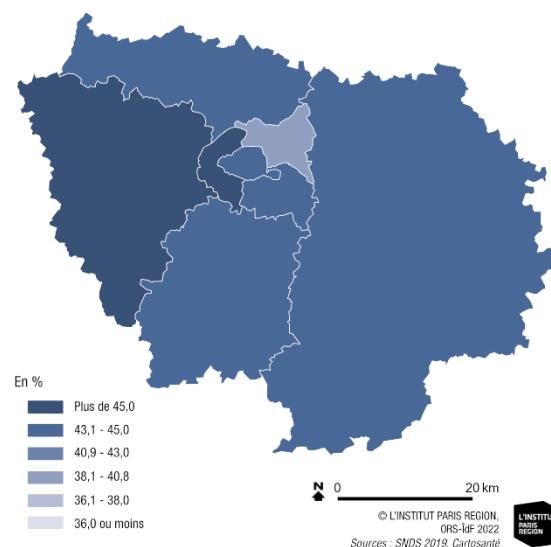
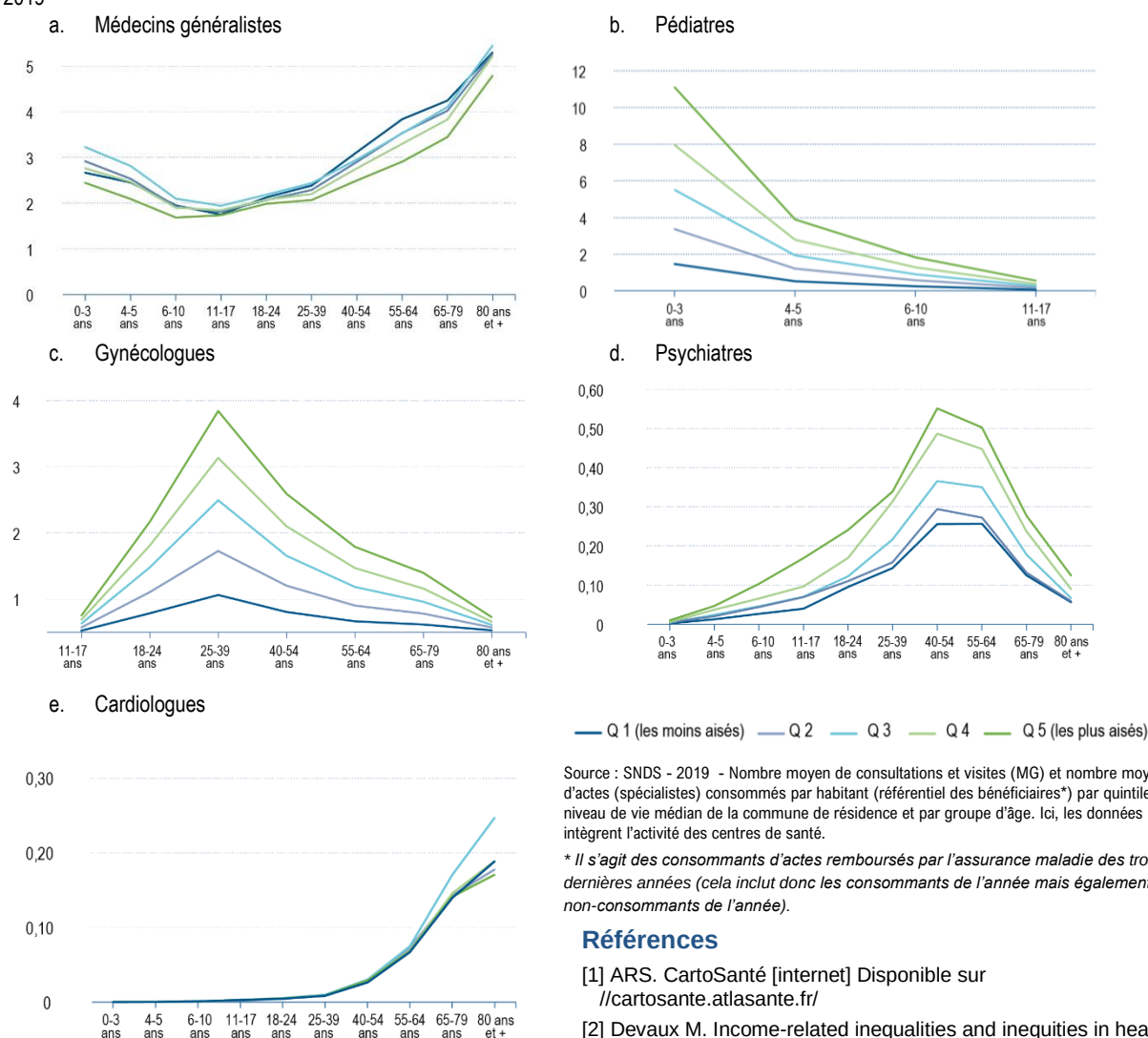
Identifier et agir sur les leviers et les contraintes

Dans un contexte de difficultés croissantes d'accessibilité aux soins dues à des besoins en hausse et à une démographie médicale en baisse, mais également dans un contexte de réorganisation assez fondamentale de notre système de santé (virage ambulatoire, coopérations et coordinations fortement encouragées, infirmiers de pratique avancée et partage des compétences envisagé...), les processus de différenciation des parcours de soin méritent une attention particulière pour en dégager ce qui relève des choix et des préférences, ce qui peut/doit être encouragé ou accompagné, et ce qui reflète de contraintes et inégalités à résorber.

Figure 1. Consommation moyenne d'actes de médecins généralistes libéraux dans les régions de France métropolitaine en 2019
Niveaux relatifs par rapport à la moyenne nationale (France métropolitaine)



Nombre d'actes total (consultations + visites + téléconsultations) / Nombre de bénéficiaires (personnes ayant reçu une prestation inscrite au SNDS – quelle qu'elle soit – au cours de 3 dernières années) - Attention : Ces chiffres ne tiennent pas compte de la consommation de soins réalisés dans les centres de santé. Or ces derniers sont particulièrement présents en Île-de-France et notamment à Paris et en Seine-Saint-Denis. En Île-de-France, 7 % de la consommation de médecine générale se fait en centre de santé, ce qui est une spécificité francilienne.

Carte 1. Part de bénéficiaires d'actes spécialistes dans la population 2019 (%)**Carte 2.** Part de bénéficiaires d'actes spécialistes dans la population 2019 (%)**Figure 2.** Consommation moyenne de médecins par quintile de niveau de vie médian de la commune de résidence des Franciliens, par âge, 2019

Références

- [1] ARS. CartoSanté [internet] Disponible sur [//cartosante.atlasante.fr/](https://cartosante.atlasante.fr/)
- [2] Devaux M. Income-related inequalities and inequities in health care services utilisation in 18 selected OECD countries. Eur J Health Econ. 2015;16(1):21-33.

La démographie des médecins généralistes

LES POINTS ESSENTIELS

- ▶ De moins en moins de médecins généralistes libéraux et mixtes en Île-de-France (restrictions des médecins formés depuis la mise en place du numerus clausus, désaffection des étudiants en médecine pour la médecine générale et l'exercice libéral, manque d'attractivité de certains territoires liée aux conditions de vie, d'exercice et au prix des loyers ou du foncier),
- ▶ Une offre alternative proposée par les centres de santé, conséquente dans certains départements,
- ▶ Une activité moyenne des médecins en exercice qui augmente légèrement en Île-de-France.

ENJEUX

Les médecins généralistes, pivots du parcours de santé des populations

Les médecins généralistes occupent un rôle pivot dans le parcours de santé des populations, et ce d'autant plus qu'est prôné, en France, un virage ambulatoire, soit une augmentation des prises en charge à domicile. Pourtant, le vieillissement des professionnels de santé (dû notamment aux politiques de restriction du nombre de médecins formés – numerus clausus), l'évolution de leurs pratiques, la désaffection des jeunes médecins pour la médecine générale et pour l'exercice libéral, ainsi que leurs réticences à s'installer dans certaines portions du territoire et leur propension, en Île-de-France, à se tourner vers des modes d'exercice particuliers (acupuncture...), conduisent à un contexte de démographie médicale en forte tension (d'autant que les besoins augmentent). L'enjeu d'assurer la présence ou l'accessibilité aux médecins généralistes omnipraticiens sur tous les territoires est aujourd'hui fondamental.

SITUATION ACTUELLE ET EVOLUTION

De moins en moins de médecins généralistes ?

Le nombre de médecins généralistes libéraux et mixtes exerçant en Île-de-France diminue depuis 2012, et ce, de manière plus rapide que ce qui est observé en moyenne sur l'ensemble de la France métropolitaine (figure 1).

Cependant, le nombre brut de médecins ne rend compte qu'imparfaitement des niveaux d'offres disponibles. En effet, les pratiques mixtes (libérale et hospitalière par exemple) et les exercices à temps partiels se développent notamment dans certains territoires. De ce fait, l'offre médicale calculée en effectifs ou en équivalents-temps-plein (ETP) diffère très sensiblement (figure 2) : en 2021, l'offre en médecins généralistes

diminue de 37 % à Paris et de 21 % dans les Hauts-de-Seine quand on raisonne en ETP, tandis qu'elle augmente de 7 % en Seine-Saint-Denis (les médecins y ayant plus fréquemment des volumes d'activité importants, signe potentiel d'une surcharge de travail).

Lorsque l'on rajoute l'offre offerte par les centres de santé (municipaux, associatifs ou mutualistes), l'offre disponible augmente notablement pour leurs départements d'implantation traditionnelle : Paris, Seine-Saint-Denis et Val-de-Marne.

Ainsi, si entre 2015 et 2021, le nombre global de médecins généralistes libéraux ou mixtes a diminué en Île-de-France, le nombre d'actes réalisés a, lui, augmenté très légèrement et de manière un peu plus marquée lorsque l'on tient compte de l'activité médicale réalisée dans les centres de santé.

Des inégalités de densité médicale entre départements

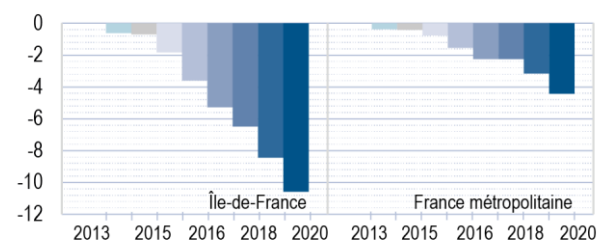
En ajoutant l'offre des centres de santé et en tenant compte des volumes d'activité des médecins, le rapport entre l'offre en médecine générale et le nombre d'habitants de chaque département francilien montre (figure 3) des écarts de dotation entre Paris, la Seine-Saint-Denis et le Val-de-Marne (mieux dotés) et les autres départements franciliens (Hauts-de-Seine compris).

PERSPECTIVES

A-t-on atteint un seuil ?

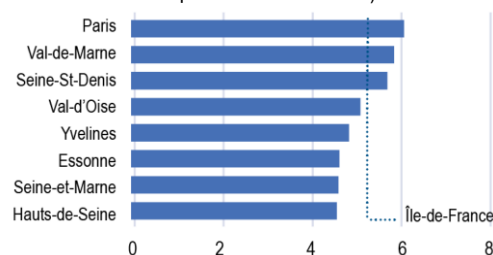
Traditionnellement plus faible que la moyenne française, le niveau d'activité moyen des médecins franciliens a augmenté régulièrement depuis les années 2012 pour rattraper aujourd'hui le niveau français. Reste à savoir si l'augmentation de l'activité moyenne de médecins franciliens peut encore se poursuivre et si elle témoigne d'un choix ou d'une surcharge de travail croissante pour les médecins en exercice.

Figure 1. Evolution 2012-2020 du nombre de médecins généralistes libéraux et mixtes (écart en % à la situation de 2012)



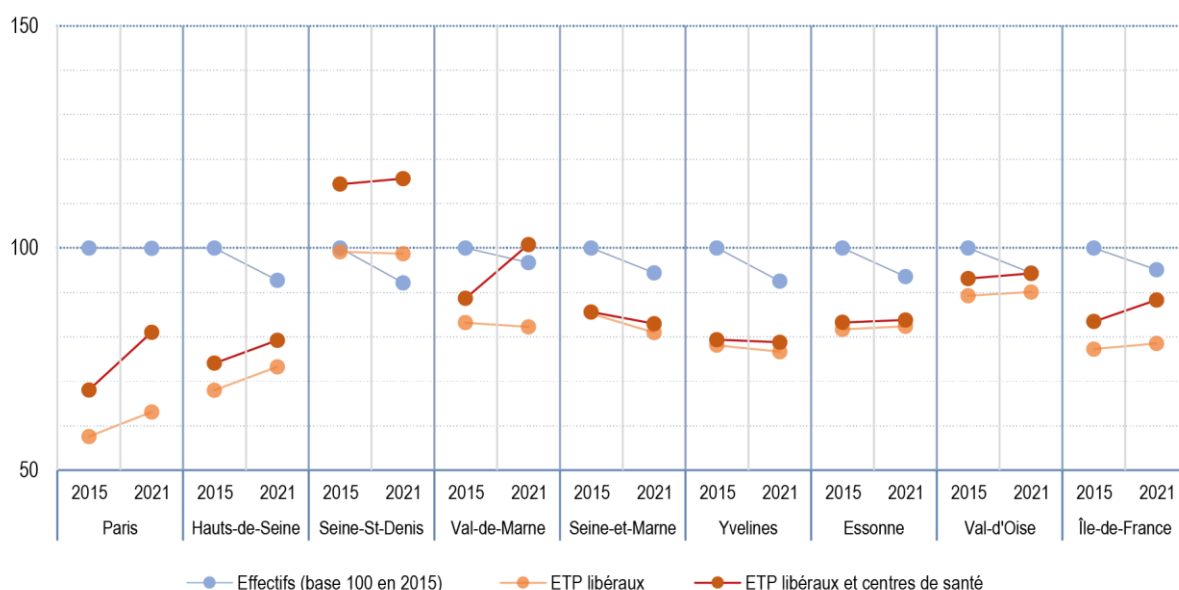
Source : Drees / ASIP-Santé, répertoire RPPS – Exploitation Fnors – ScoreSanté

Figure 2. Densité d'offre en médecine générale par département en Île-de-France en 2021 (offre en médecine générale libérale et centres de santé mesurée en ETP pour 10 000 habitants)



Source : Snds 2021 et référentiel des bénéficiaires, ARS Île-de-France et ORS

Figure 3. Offre francilienne en médecine générale de ville en 2015 et 2021 (Informations rapportées en base 100 = effectifs en 2015)

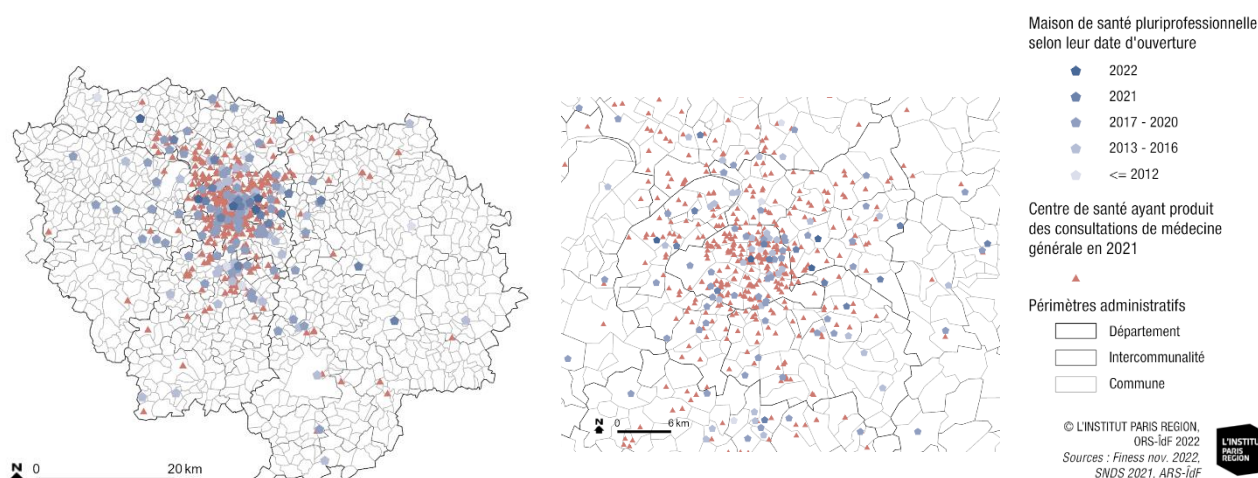


* ETP = activité annuelle (écrêtée à 6 000 actes pour les MG libéraux et mixtes) / 5400. Les praticiens en exercice mixte sont les médecins qui ont à la fois une activité en cabinet libéral et une activité autre (hospitalière, dans un établissement médico-social...).

Lecture : en 2021, l'effectif de médecins généralistes libéraux ou mixtes à Paris est identique à celui de 2015. Par contre, la quantification en 2021 de l'offre réalisée en nombre d'équivalents temps-plein donne un résultat inférieur d'environ 20 % au nombre brut de médecins libéraux et mixtes recensés à Paris en 2015.

Source : SNDS 2021.

Carte 1. Centres de santé et maisons de santé pluriprofessionnelles en Île-de-France



Références

- [1] Conseil national de l'Ordre des médecins. Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1^{er} janvier 2020 [internet]. CNOM. 2021. Disponible sur https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1grhel2/cnom_atlas_demographie_medicale_2020_tome1.pdf
- [2] URPS. Médecins libéraux exerçant en Île-de-France, arrivées et départs 1^{er} avril 2019 – 1^{er} novembre 2020, comparaison avec la période précédente [internet]. Disponible : <https://www.urps-med-idf.org/wp-content/uploads/2020/12/201201-INDICATEURS-med-lib-idf-arriv%C3%A9es-d%C3%A9parts.pdf>
- [3] Anguis M, Bergeat M, Pisarik J, Vergier N, Chaput H. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? Constat et projections démographiques [internet]. Les dossiers de la Drees. 2021 ; 76. Disponible : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-03/DD76.pdf>

Accessibilité à la médecine générale de ville

LES POINTS ESSENTIELS

- ▶ Les difficultés d'accessibilité aux médecins généralistes concernent la quasi-totalité de la région,
- ▶ Elles s'accroissent sous l'effet d'une baisse de l'offre effective et d'une hausse des besoins (croissance démographique, vieillissement de la population, augmentation des maladies chroniques, virage ambulatoire),
- ▶ Rendre tous les territoires attractifs pour les médecins est un des enjeux.

ENJEUX

L'accès aux soins pour tous

Les difficultés d'accessibilité spatiale aux soins sont aujourd'hui une préoccupation majeure des citoyens, des élus locaux et des politiques nationales et régionales de santé. L'accessibilité aux médecins généralistes, pivots du parcours de santé, est un élément central du virage ambulatoire et organisationnel en cours.

SITUATION ACTUELLE ET EVOLUTION

Des difficultés d'accès qui se diffusent

Les effets des restrictions de formation instaurées en France dans les années 1970, de la diminution globale du temps de travail des professionnels de santé, de la désaffection pour l'exercice libéral et pour certaines spécialités médicales (dont la médecine générale) se combinent à une augmentation des besoins liée à la croissance démographique, au vieillissement de la population, à l'augmentation des maladies chroniques et au virage ambulatoire. La hausse des besoins et la baisse de l'offre effective produit une situation de tension, notamment sur certains territoires, qui peinent à attirer les professionnels de santé (manque d'aménités et d'emplois pour le conjoint ou la famille, cadre de vie, sécurité, isolement professionnel...). Différentes actions publiques au niveau national (gouvernement, assurance maladie), régional (ARS mais également Conseil régional) ou plus local (municipalités notamment) sont mises en œuvre pour résorber ce qui est communément appelé les « déserts médicaux » mais à ce jour, elles peinent encore à inverser la tendance.

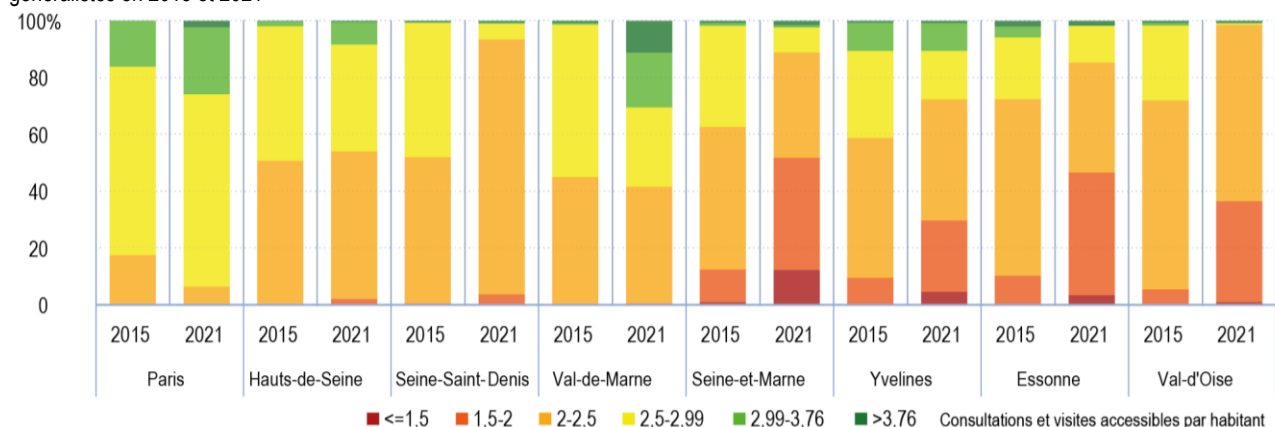
Bien que l'identification des territoires en difficulté reste encore un enjeu et que les méthodologies de mesure évoluent, il semble que l'on assiste, en Île-de-France comme ailleurs en France, à une diffusion des difficultés d'accès aux médecins généralistes au sein de quasiment tous les types de territoires (cartes 1 à 3). En termes de populations concernées (figure 1), il ressort que l'accessibilité spatiale aux généralistes se dégrade particulièrement en Seine-Saint-Denis, en Seine-et-Marne et dans le Val-d'Oise.

PERSPECTIVES

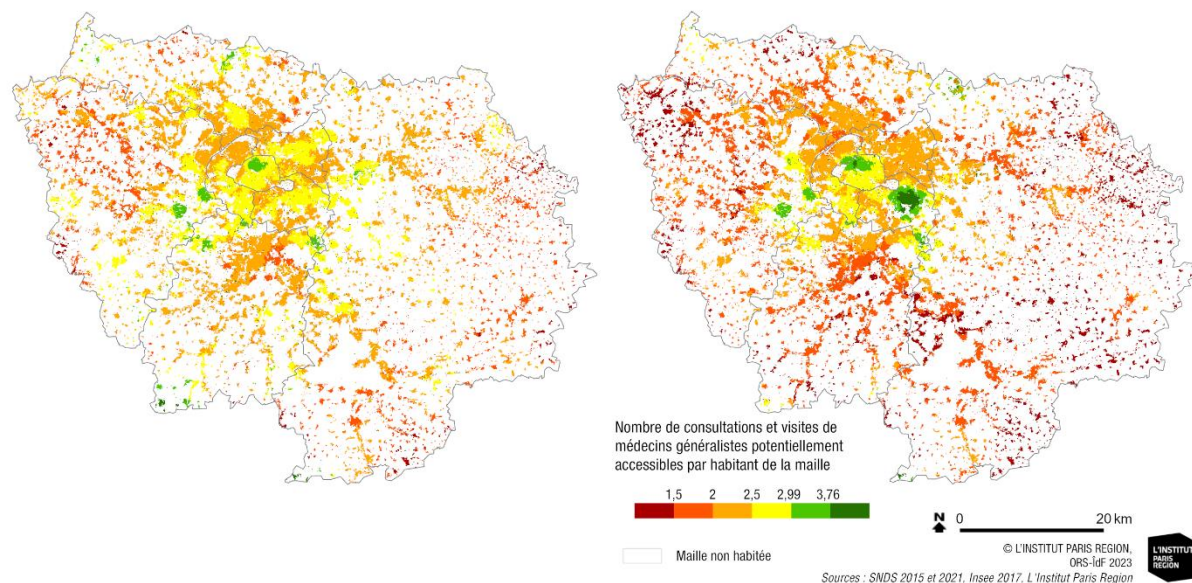
Prévention, aménagement et pluralisme

Au-delà des réformes des études médicales et de la mise en place des aides à l'installation et à l'activité d'une part, des évolutions des modes d'exercice vers plus de coordination et partage des tâches d'autre part, l'amélioration des niveaux d'accessibilité spatiale aux médecins généralistes pour tous les Franciliens pourrait également passer par une amélioration de leur état de santé (prévention, promotion et éducation à la santé). Une approche complémentaire viserait à renforcer l'attractivité de tous les territoires pour les professionnels de santé à travers l'aménagement du territoire, la revitalisation des centres-villes et centres-bourgs, la maîtrise des coûts du foncier et des loyers), des solutions de mobilité (augmentation de l'offre de transports à la demande par exemple) et par un élargissement du profil des jeunes s'engageant dans des études de médecine (personnes issues du monde rural, des territoires socialement défavorisés...).

Figure 1. Répartition de la population des départements franciliens selon leur niveau d'accessibilité spatiale potentielle* aux médecins généralistes en 2015 et 2021



Cartes 1-3. Niveaux d'accessibilité potentielle (APL*) aux médecins généralistes en 2015 et 2021 des mailles habitées d'Île-de-France



Méthodologie : Accessibilité potentielle localisée

Etape de répartition des probabilités de recours supplémentaires (3SFCA)

Echelle : Mailles 200 (Insee)

Quantification offre de soins :

MG libéraux et centres de santé exerçant en Île-de-France (effet de bord)

Seuil minimal d'activité = 250 Seuil maximal d'activité = 6 000 MG de 65 ans ou moins

Quantification de la demande :

Population pondérée selon l'âge (niveaux de consommation de soins) et le niveau de mortalité prématurée de la commune de résidence

Probabilité de recours au MG

Probabilité de recours =

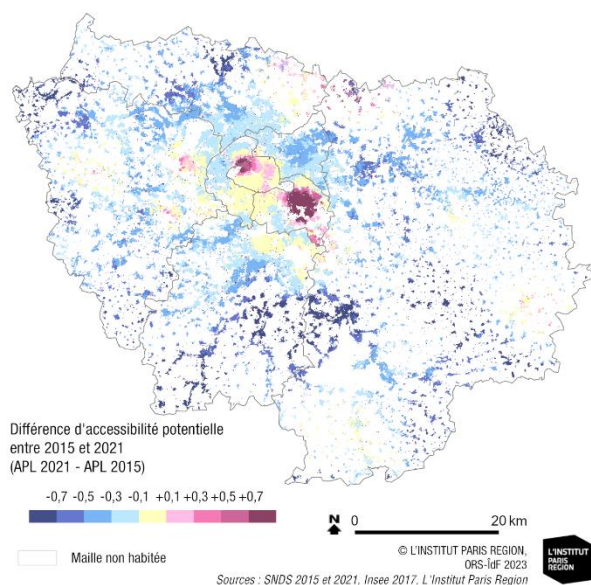
1 entre 0 et 10 minutes

0,666 entre 10-15 minutes

0,333 entre 15-20 minutes

0 au-delà de 20 minutes

Evolution 2015-2021



* La méthodologie APL permet de dépasser les limites des indicateurs classiques de densité. Elle permet de s'affranchir des frontières administratives et de considérer que les patients peuvent consulter toute l'offre médicale à laquelle ils ont accès en moins de 20 minutes de chez eux. Elle permet également de considérer la disponibilité du médecin : un médecin proche mais non disponible ne constitue pas une offre réellement accessible.

Références

- [1] Vergier N, Chaput H. Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ? Les dossiers de la DREES. 2020 17.
- [2] Mangeney C, Lucas-gabrielli V. L'accessibilité aux médecins généralistes en Île-de-France. ORS Île-de-France, IRDES ; 2019.

Accessibilité aux autres professionnels de santé

LES POINTS ESSENTIELS

- ▶ Des densités de spécialistes médicaux libéraux et mixtes importantes en Île-de-France mais des dynamiques pas toujours favorables,
- ▶ Une sous-dotation en infirmiers comparativement aux moyennes de la France métropolitaine,
- ▶ De fortes disparités infrarégionales.

ENJEUX

Des enjeux de répartition

La distribution des autres professionnels de santé est différente de celle des médecins généralistes. Pour les spécialistes, la situation francilienne est globalement meilleure qu'ailleurs mais cette moyenne cache de fortes disparités infrarégionales.

SITUATION ACTUELLE ET ÉVOLUTION

Des disparités de dotation entre départements

L'Île-de-France se caractérise par des densités de professionnels de santé libéraux ou mixtes supérieures aux moyennes de la France métropolitaine (figure 1), à l'exception notable des infirmiers (pour lesquels la densité francilienne est bien moindre que la moyenne française) et, dans une moindre mesure, des dentistes (pour lesquels la densité francilienne, en baisse, se rapproche de la moyenne française).

Cependant, les dynamiques de baisse des densités médicales sur 2012-2020 sont plus marquées en Île-de-France qu'en moyenne en France pour les gynécologues, dermatologues, ophtalmologistes et psychiatres. Ces derniers restent cependant largement plus présents en Île-de-France.

Les disparités de densités médicales sont par ailleurs également très importantes au niveau infrarégional (figure 2).

Rapportées aux moins de 15 ans, les densités en pédiatres libéraux ou mixtes sont nettement supérieures à Paris, dans les Hauts-de-Seine, et dans une moindre mesure dans le Val-de-Marne et dans les Yvelines que dans les autres départements franciliens. De plus, si les densités de pédiatres ont tendance à augmenter à Paris, elles diminuent en Seine-Saint-Denis, département déjà le moins bien doté en pédiatres compte tenu des besoins de sa population particulièrement jeune.

Paris présente par ailleurs des densités médicales et paramédicales plus importantes qu'ailleurs en Île-de-France dans toutes les spécialités représentées, et notamment, de manière particulièrement marquée pour les psychiatres. De plus, à l'exception des dentistes et des psychiatres, les dynamiques parisiennes ne sont pas orientées à la baisse.

La situation est également globalement plus favorable qu'ailleurs dans les Hauts-de-Seine (sauf pour les infirmiers) mais les densités y sont tout de même moins importantes qu'à Paris et les dynamiques d'évolution moins favorables, notamment pour les dermatologues et ophtalmologistes.

Inversement, compte tenu de leur population, la Seine-Saint-Denis et la Seine-et-Marne paraissent particulièrement peu dotées en pédiatres, gynécologues, dermatologues, ophtalmologistes, psychiatres ainsi qu'en dentistes et infirmiers (Seine-

Saint-Denis) et cardiologues (Seine-et-Marne). De plus, les densités de gynécologues et dermatologues ont plutôt tendance à diminuer dans ces départements (de même que les densités de pédiatres en Seine-Saint-Denis). On constate cependant un léger renversement de la dynamique en ce qui concerne les cardiologues en Seine-et-Marne et les psychiatres en Seine-Saint-Denis.

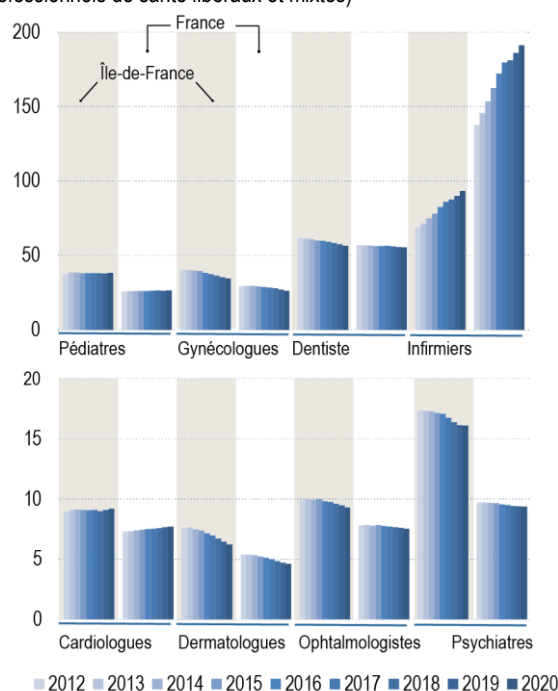
Quant aux infirmiers libéraux, les densités augmentent dans tous les départements d'Île-de-France, mais les déséquilibres demeurent.

PERSPECTIVES

L'accessibilité financière en question

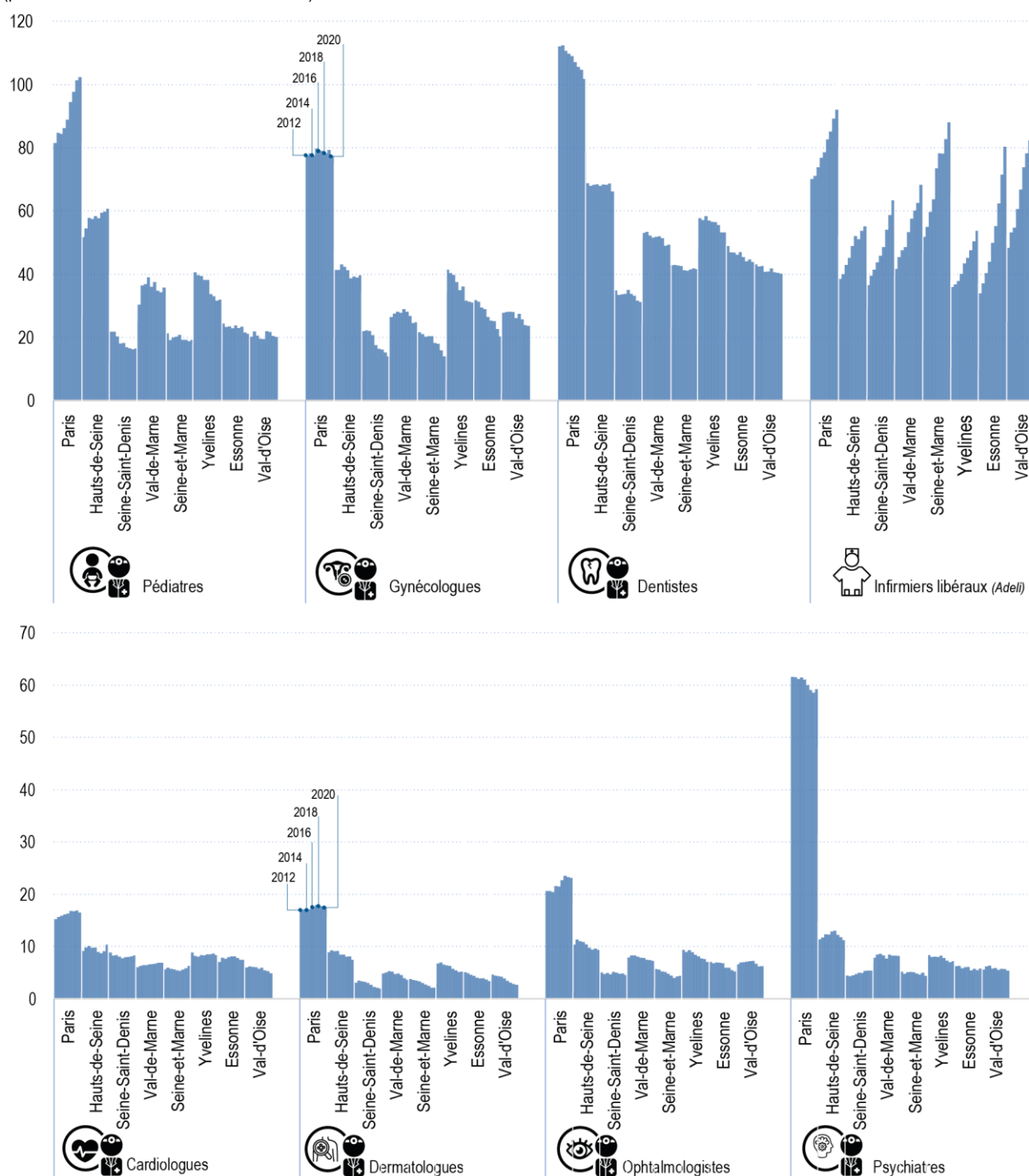
Au-delà des densités médicales, l'accessibilité financière aux spécialistes est un vrai sujet, notamment pour les populations les moins aisées : seuls 21 % des spécialistes libéraux parisiens exercent en secteur 1 sans dépassement d'honoraires. C'est le cas de 28 % et de 32 % des spécialistes libéraux des Hauts-de-Seine et des Yvelines, de 37 % à 47 % des spécialistes dans les autres départements franciliens. Cette proportion monte cependant à 54 % en Seine-Saint-Denis.

Figure 1. Evolution des densités médicales et paramédicales en France métropolitaine et en Île-de-France depuis 2012 (professionnels de santé libéraux et mixtes)



* Densités pour 100 000 habitants. Les gynécologues (médicaux et obstétriciens) sont rapportés aux femmes de 20-64 ans. Les pédiatres sont rapportés aux enfants de moins de 15 ans. Sources : Insee, Drees, RPPS, ScoreSanté, Fnors

Figure 2. Évolution des densités médicales et paramédicales pour 100 000 habitants par département en Île-de-France depuis 2012 (professionnels de santé libéraux et mixtes)



© ORS Île-de-France 2022 - Pictos : Yazmin Alanis Noun project

Sources : Insee, Drees, RPPS, ScoreSanté, Fnors, FNPS et Carosanté.

Précisions : les gynécologues (médicaux et obstétriciens) sont rapportés aux femmes de 20-64 ans. Les pédiatres sont rapportés aux enfants de moins de 15 ans. Les infirmiers comptabilisés sont les infirmiers de 62 ans ou moins.

Références

- [1] Assurance maladie. Démographie des professionnels de santé libéraux [internet]. Disponible sur <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/par-theme/professionnels-de-sante-liberaux/demographie-professionnels-sante-liberaux>
- [2] Fnors. Base d'indicateurs de Score-Santé [internet]. Disponible sur <https://www.scoresante.org/indicateurs.html>

Vers plus de coopération à tous les niveaux

LES POINTS ESSENTIELS

- ▶ Différents dispositifs de coordination en cours et fortement soutenus par la puissance publique,
- ▶ Un défi organisationnel et une nouvelle philosophie du soin qui nécessitent la présence de tous les maillons de la chaîne de santé (professionnels de ville, secteurs hospitalier, médico-social et social...),
- ▶ Des risques d'accroissement des inégalités sociales de santé à anticiper pour les résorber.

ENJEUX

Vers un virage ambulatoire ?

La loi de modernisation de notre système de santé (2016) pose la question de l'organisation des soins en France. L'objectif est de permettre aux Français de recevoir « *les bons soins par les bons professionnels dans les bonnes structures, au bon moment* ». Rendre possible ce « virage ambulatoire », objectif de la stratégie nationale de santé 2018-2022, dans un contexte de démographie des professionnels de santé difficile, suppose de renforcer les processus de coordination entre des professionnels de santé évoluant à des échelons territoriaux et dans des secteurs variés (cabinets libéraux, maisons et centres de santé, structures hospitalières, médico-sociales...).

SITUATION ACTUELLE ET EVOLUTION

Défi organisationnel et nouvelle philosophie du soin

Allant dans le sens d'un transfert de prise en charge de l'hospitalisation conventionnelle vers le secteur hospitalier ambulatoire et la médecine de ville, une des conditions de mise en œuvre du virage ambulatoire est la disponibilité des différents types d'offre de soins nécessaires à son déploiement¹. La mise en œuvre du virage ambulatoire risque ainsi de se heurter aux écarts de pratiques et d'offre de soins entre territoires (en termes de quantité, de disponibilité et d'accessibilité financière) tandis que les nouvelles pratiques médicales (téléconsultation et téléexpertise) peuvent contribuer à son développement. Reste cependant à en assurer l'égal accès, dans un cadre sécurisé et de qualité, partout et pour tous.

Ce virage ambulatoire pose aussi des défis organisationnels car il suppose le passage d'un système de santé centré sur l'hôpital à un système centré sur le domicile où les équipes de soins primaires deviennent à la fois les pivots et les coordinateurs de parcours de soins globaux. Il appelle ainsi au renforcement des pratiques pluriprofessionnelles coordonnées. Différents processus de coordination territoriale des structures sanitaires ou des professionnels sont en cours aujourd'hui : les groupements hospitaliers de territoire (GHT), créés par la loi de 2016 tendent à la structuration de l'offre hospitalière publique sur les territoires mais aussi à renforcer l'articulation entre l'offre hospitalière et les structures d'exercice coordonné de ville. Les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) et les centres de santé pluriprofessionnels, très encouragés par la puissance publique, nationale, régionale ou locale, cherchent à favoriser une meilleure coordination des professionnels de santé de ville et à développer la prévention en santé tout en répondant aux aspirations des professionnels de santé.

Instaurées en 2016 également, les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) permettent par ailleurs à l'ensemble des acteurs de santé qui le souhaitent (professionnels de santé de ville, établissements de santé, acteurs de la prévention ou promotion de la santé, établissements et services médicosociaux, sociaux...) de se coordonner pour répondre à des problématiques de santé sur un territoire et fluidifier les parcours de santé des patients. Enfin, les dispositifs d'appui à la coordination (DAC), que la loi de 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé préconise comme devant être effectifs en 2022, doivent regrouper différents dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé des patients complexes (MAIA, PAERPA, PTA...). Pour autant, bien que ces dispositifs se développent depuis plusieurs années, en Île-de-France comme ailleurs, il reste que peu de spécialistes libéraux en sont parties prenantes. De plus, la coordination ville-hôpital se heurte encore à des pratiques et à des équipements notamment informatiques différents ; le partage des tâches entre médecins et paramédicaux achoppe sur la réticence de certains professionnels de santé ou sur le manque de cadre réglementaire et financier adéquat ; les liens avec le secteur social et médicosocial ne sont pas facilités du fait du manque de structures et de modes de gouvernance distincts...

Enfin, cette nouvelle philosophie de soin redéfinit également le rôle du patient et de ses proches dans le système. Elle nécessite de considérer en amont les moyens matériels du patient (conditions de logement, capacité à se faire aider...), au risque sinon d'accroître les inégalités sociales de santé.

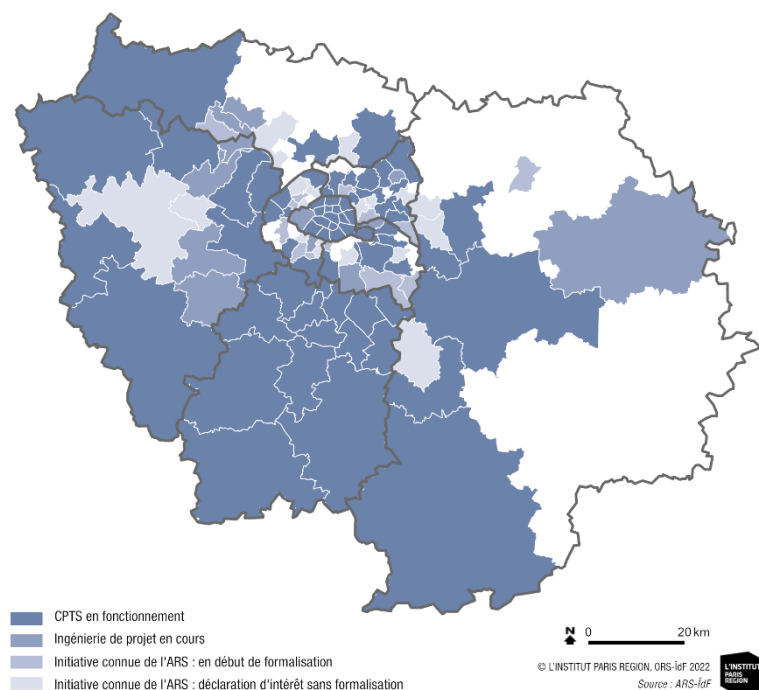
PERSPECTIVES

Des risques d'aggravation des inégalités sociales de santé à limiter

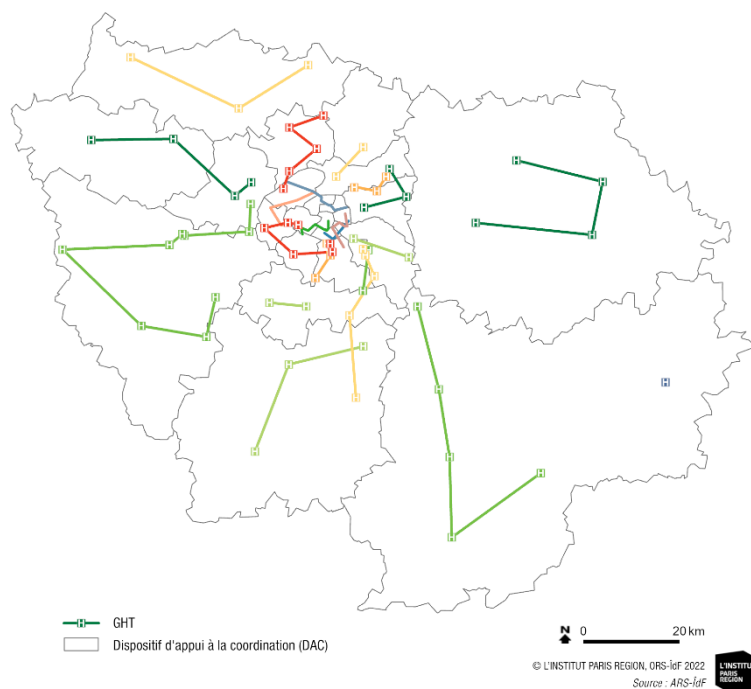
Les risques d'aggravation des inégalités sociales et territoriales de santé que porte le virage ambulatoire nécessitent ainsi que soient mis en place des leviers spécifiques, centrés sur la personne, évaluant le ressenti, la compréhension et la disponibilité du patient et de son entourage, l'accompagnant pour la gestion des périodes critiques, et proposant des dispositifs adaptés : consultation portant spécifiquement sur l'information au patient, mobilisation de bénévoles, appel du lendemain... Ils supposent également un renforcement du dialogue, de la littératie en santé et de l'éducation thérapeutique.

¹. Ces propos s'appuient notamment sur le dossier de l'ADSP consacré aux enjeux du virage ambulatoire (ADSP, n°118, juin 2022).

Carte 1. Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) en Île-de-France en novembre 2022



Carte 2. Groupements hospitaliers de territoire (GHT) et dispositifs d'appui à la coordination (DAC) en Île-de-France



Références

- [1] Bonnet-Zamponi D, Ecoffey C. Les enjeux du virage ambulatoire. ADSP. 2022 ;118(2).
- [2] Vigneron E. L'hôpital et le territoire. Editions SPH techniques hospitalières. 2017 : 295 p.
- [3] Dagorn C, Giorgi D, Meunier A. Groupements hospitaliers de territoire et intégrations hospitalières. Les Tribunes de la santé. 2021 ; 69 (3) :77-87.
- [4] Leicher C. CPTS et territoire. Regards. 2019 ;56(2):81-92.



ORS
OBSERVATOIRE
RÉGIONAL DE SANTÉ

Financé par



Observatoire régional de santé Île-de-France

15 rue Falguière - 75015 PARIS - Tél. (33) 01 77 49 78 60 - www.ors-idf.org

Président : Dr Ludovic Toro - Directrice de la publication : Dr. Isabelle Grémy

L'ORS Île-de-France, département de L'Institut Paris Region, est un observatoire scientifique indépendant financé par l'Agence régionale de santé et le Conseil régional d'Île-de-France.

ISBN 978-2-7371-2170-8