

Observatoire régional de santé d'Ile-de-France

La santé des Franciliens

Panorama de la santé en Ile-de-France

Octobre 2003

Toute l'équipe de l'ORS Ile-de-France a contribué à la réalisation de cette étude.

Sommaire

Introduction	5
Partie I : démographie, disparités géographiques, et inégalités sociales de santé	15
Partie II : mortalité générale, mortalité infantile, mortalité prématurée et facteurs de risques	33
Partie III : les spécificités régionales de santé	63
le sida	67
la tuberculose	73
la toxicomanie	75
la souffrance psychique et la santé mentale	77
les conduites à risque chez les jeunes	81
le surpoids et l'obésité	89
la santé et l'environnement	91
Partie IV : les problèmes de santé par groupe d'âges	105
les 0-14 ans	107
la population des jeunes	127
la population des adultes	137
la population âgée	157
Synthèse et propositions	183
Bibliographie	197
Annexes	

Introduction

La Direction régionale des affaires sanitaires et sociales a souhaité que l'Observatoire régional de santé d'Ile-de-France réalise une synthèse sur l'état de santé des Franciliens. De nombreuses études et données statistiques relatives à la santé des Franciliens sont, en effet, disponibles à l'ORS comme dans la région. Elles explorent et approfondissent une problématique sanitaire particulière, en se focalisant sur des questions de santé spécifiques ou sur la santé de groupes ciblés de population. Cependant, elles ne permettent pas une vision globale des problèmes dans leur ensemble pour dégager des priorités de santé publique. Aussi, la réalisation d'une synthèse des analyses issues de ces différentes études s'impose, et ce, afin de disposer d'un diagnostic d'ensemble de la santé des Franciliens et de ses spécificités.

Cette démarche s'est trouvée confortée par la décision du ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées d'élaborer un projet de loi de santé publique dont l'objectif est de mettre en œuvre une politique cohérente de santé publique.

Pour élaborer cette synthèse sur la santé en Ile-de-France, il a semblé important de :

Privilégier une approche synthétique des problèmes de santé des Franciliens

Il semble particulièrement important de trouver des indicateurs qui puissent de façon synthétique nous fournir une information comparative des problèmes de santé dont souffrent les Franciliens. La mort prématurée, c'est-à-dire avant 65 ans, est la résultante d'un cumul de facteurs défavorables immédiats ou à moyen ou long terme sur une trajectoire de vie. La **mortalité prématurée** est de ce fait un indicateur particulièrement pertinent pour analyser le poids d'un problème de santé. Cet indicateur est de plus facilement accessible au travers des fichiers de mortalité. Ces décès, qui ont des facteurs déterminants, multiples, majoritairement connus (tel le tabac pour le cancer du poumon), sont pour la plupart évitables, de façon non exclusive, soit par une meilleure prévention, soit par un meilleur dépistage et une meilleure prise en charge de la maladie et de ses conséquences.

La hiérarchisation des taux de mortalité prématurée par cause permet de mieux repérer les domaines où les actions de prévention doivent être prioritaires. Si la mortalité prématurée a connu sa plus forte décroissance au cours des dernières décennies, d'importants gains sont encore possibles : les niveaux de mortalité prématurée français restent encore nettement supérieurs à ceux des pays voisins, suggérant que les politiques de prévention sont capables d'agir avec efficacité sur cette mortalité. Insister sur le poids des facteurs de risque, responsables d'un grand nombre de décès prématurés et d'années de vie perdues, est l'un des objectifs de ce rapport.

Cependant, la hiérarchisation des problèmes de santé sur le seul critère de mortalité prématurée sous-estime les problèmes chroniques, sévères, handicapant, altérant grandement la qualité de vie, mais non mortels, tels que la pathologie mentale, l'obésité ou le diabète. C'est la raison pour laquelle, dans ce rapport, les données de **morbidité** fournies, notamment par les inscriptions en affections longue durée (ALD) sont également prises en compte pour tenter d'améliorer cette approche assez globale de la santé des Franciliens.

D'autres approches de hiérarchisation des problèmes de santé ont vu le jour, promues notamment par l'OMS dans le "global burden of disease" ⁽¹⁾, algorithme qui prend en compte à la fois des données de mortalité et de morbidité. Cette méthode dite des DALYs (disability adjusted life years, années de vie ajustées sur l'incapacité) permet de rendre compte, en un indicateur synthétique, du nombre d'années de vie perdues comme des années de vie avec incapacité qui témoignent de la détérioration de la qualité de vie. Parce que cette approche est récente, complexe, globalisante et qu'elle implique des hypothèses fortes encore mal maîtrisées à l'échelle d'un territoire restreint, seul un exemple de cette nouvelle approche sera développé en annexe.

Privilégier une approche sur les inégalités sociales de santé des Franciliens

Le rapport du Haut comité de la santé publique sur la progression de la précarité en France et ses effets sur la santé⁽²⁾ met l'accent sur l'importance des inégalités sociales de santé dans notre pays. Ce sont ces inégalités sociales de santé qui expliquent la forte surmortalité prématurée évoquée précédemment. Si le gradient social de la santé est un phénomène général et retrouvé dans tous les pays, les écarts d'espérance de vie entre cadres et ouvriers non qualifiés sont, en France, les plus importants comparativement aux autres pays européens⁽³⁾.

Selon ce rapport⁽²⁾, ce gradient social des inégalités de santé est continu le long de l'échelle sociale. Il est si fort que, quel que soit l'indicateur utilisé pour mesurer un contenu aussi complexe que le niveau social (revenu, niveau d'études, CSP) ou quel que soit l'indicateur synthétique retenu pour mesurer l'état de santé (mortalité, mortalité prématurée, par cause), ce gradient est retrouvé : plus on descend dans l'échelle sociale, plus les personnes présentent une vulnérabilité à l'égard de la santé. Cette vulnérabilité ne s'explique pas seulement par les différences existantes en matière de consommations de tabac ou d'alcool, consommations d'autant plus fréquentes que les personnes ont un niveau socio-économique faible : à consommations égales de tabac ou d'alcool, la mortalité différentielle entre classes aisées et défavorisées persiste. De nombreux facteurs qui interagissent et qui souvent se potentialisent entrent en jeu pour expliquer ces différences : relation au travail (absence d'autonomie, horaires, stress), événements de vie,

conditions de vie et de logement, processus de déqualification avec le sentiment d'une dévalorisation personnelle accompagnée de souffrance psychique, isolement, etc.

Malgré cette relation très forte, les systèmes de surveillance de l'état de santé des populations ont peu cherché à documenter les relations entre niveau socio-économique et état de santé, ni même à se doter d'indicateurs pertinents qui permettraient de la mesurer.

La tentative de rapprocher les indicateurs socio-économiques et l'état de santé des Franciliens dans ce rapport reste de ce fait assez succincte. Ce rapprochement serait d'autant plus important que, si les avis restent partagés⁽⁴⁾ quant à savoir si les inégalités sociales de santé (telles que les disparités de mortalité prématurée, etc) ont eu tendance à s'accroître au cours des dernières décennies, il semble indiscutable que les écarts d'état de santé entre les classes les plus favorisées et les classes les plus défavorisées ne se réduisent pas et sont au mieux stables. Ce constat est d'autant plus préoccupant pour l'Ile-de-France, région la plus riche du territoire national, que l'on y observe un accroissement des inégalités sociales, de plus en plus marquées géographiquement, avec une offre de soins de première ligne largement déficitaire dans les zones les plus défavorisées.

Mettre en évidence les inégalités sociales de santé en Ile-de-France est le second objectif de ce rapport.

Mettre en évidence les spécificités de la région en matière de santé

Il a paru intéressant de faire ressortir les principaux problèmes de santé de la région. Il ne s'agit pas ici de mettre en évidence les seuls problèmes de santé les plus lourds mais plutôt ceux qui affectent plus spécifiquement la région. Le choix qui est fait est donc plus subjectif. Cependant, pour certaines pathologies comme l'infection par le VIH/Sida, la tuberculose ou le saturnisme infantile dont plus de la moitié des cas recensés en France proviennent de la région, ce choix est d'autant plus indiscutable que ces trois maladies sont très fortement liées à la précarité et aux conditions de logement. Les questions relatives à la toxicomanie, également fortement concentrée dans la région, sont aussi considérées comme une spécificité. Région presque exclusivement urbaine, l'impact sur la santé de problèmes environnementaux tels que la pollution atmosphérique est également examiné. Sont enfin pris en compte d'autres problèmes particulièrement préoccupants comme la santé mentale et la souffrance psychique ou l'obésité, en augmentation dans la région, ces thématiques étant par ailleurs encore mal renseignées à l'heure actuelle.

Mettre en évidence les problèmes de santé les plus importants reste une priorité.

Compléter ces approches par un abord plus systématique des problèmes de santé par classe d'âges

Enfin, une analyse par tranche d'âge a paru judicieuse pour caractériser plus spécifiquement les problèmes de santé de certains groupes d'âges. C'est d'ailleurs le choix adopté par le Haut comité de la santé publique dans son rapport " La santé en France 2002 " ⁽⁵⁾.

Deux problèmes de santé complexes et multidimensionnels n'ont été abordés que marginalement dans ce rapport, en raison du peu d'informations actuellement disponibles sur la région : la santé au travail et le handicap.

De plus, les problèmes de santé liés aux situations de grande exclusion qui demanderaient à être davantage approfondis (notamment en raison de l'absence de données pérennes sur le sujet) ne sont pas non plus développés dans cette synthèse.

Cette synthèse de la santé des Franciliens comprend quatre grandes parties.

I - La démographie, les disparités socio-économiques et les inégalités sociales de santé

Un premier chapitre aborde les grandes tendances de la démographie régionale.

Région globalement riche, l'Ile-de-France se caractérise par de très fortes disparités socio-économiques, marquées entre départements, mais également notables à des niveaux intra-départementaux, voire intra-communales, éléments qui sont abordés dans un second chapitre. Enfin, certains aspects des inégalités sociales de santé sont examinés à partir de données issues d'enquêtes nationales et, quand elles existent, à partir de données plus spécifiquement franciliennes.

II - Les grandes tendances de la mortalité, leurs évolutions, les causes de la mortalité prématurée

La deuxième partie est consacrée à la mortalité des Franciliens et à son évolution. Un premier chapitre rassemble mortalité générale et espérance de vie, un autre concerne la mortalité périnatale. Les chapitres suivants traitent de la mortalité prématurée (avant 65 ans), et tentent d'identifier, de façon précise, les fractions de mortalité prématurée attribuables aux consommations d'alcool et de tabac. L'évolution de la mortalité prématurée par cancers et par maladies cardio-vasculaires constituent les derniers chapitres.

III - Les spécificités régionales de santé

Cette partie s'attache plus particulièrement à mettre en évidence les spécificités franciliennes de santé telles que l'infection par le VIH/sida, la tuberculose, le saturnisme, les problèmes de toxicomanie, de santé mentale, de souffrance psychique et de conduites à risque chez les jeunes, d'obésité ainsi que les liens entre environnement et santé.

IV - Une présentation par groupe d'âges

Comme dans le rapport du Haut comité de la santé publique sur la santé en France⁽⁵⁾, une analyse par groupe d'âges est présentée. Cependant, le choix des classes d'âges diffère quelque peu des groupes d'âges analysés dans le rapport précité. Si ce panorama reprend la classe des 0-14 ans, il a semblé, en revanche, nécessaire d'identifier de façon spécifique le groupe des jeunes de 15 à 24 ans pour lesquels les problématiques adolescentes ont paru importantes et propres à cette classe d'âges. Les adultes ont été regroupés au sein d'une large classe : celle des 25-64 ans, subdivisée, selon les cas, entre la classe des 25-44 ans et celle des 45-64 ans. Enfin, le groupe des personnes de 65 ans ou plus a permis d'approfondir les principaux aspects de santé de ces personnes, notamment ceux en relation avec les problèmes de dépendance.

Pour chaque grande classe d'âges, la mortalité est présentée de façon détaillée par sexe et par groupe d'âges quinquennal ou décennal. Sont également abordées les caractéristiques socio-démographiques, les principales causes de décès et leur répartition départementale ainsi que les principales causes d'affections longue durée (ALD). Cette vue d'ensemble est complétée par l'analyse de problématiques plus spécifiques (propres au groupe d'âges étudié), mises en évidence à partir de données collectées en routine. D'autres informations issues d'enquêtes spécifiques telles que les enquêtes de l'ORS d'Ile-de-France sur les consommations d'alcool auprès des patients, l'étude relative à la perception des Franciliens à l'égard du tabac ou d'autres enquêtes nationales ou régionales comme par exemple les enquêtes périnatales de 1995 et 1998 de l'INSERM apportent également un éclairage sur les problèmes de santé de ces groupes d'âges particuliers.

Synthèse et conclusion

La synthèse permet, à partir des données développées dans ce rapport, de mettre en évidence les problèmes de santé préoccupants pour la région ainsi que certains facteurs liés à ceux-ci.

Puis, la conclusion s'attache plus particulièrement aux inégalités sociales de santé, fortement marquées en Ile-de-France, à la prévention, encore largement déficitaire et, enfin, à l'insuffisance du système d'information.

Sources de données

Cette synthèse confronte et compare les principales études et sources de données. Deux sources contribuent largement à l'élaboration de ce panorama de la santé des Franciliens : les données de mortalité et le fichier de l'Assurance Maladie sur les Affections longue durée (ALD).

La mortalité

La mortalité a été étudiée à partir des fichiers de décès fournis par le centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès : CépiDC de l'INSERM. Le dernier fichier disponible relatif aux causes de décès concerne l'année 1999. Selon les nécessités de l'analyse, certaines années ont pu être regroupées afin de minimiser les risques de variations aléatoires et d'augmenter la validité des résultats. Pour caractériser l'évolution de la mortalité les analyses portent sur les deux dernières décennies, plus précisément les années 1981 à 1999. Les fichiers de décès sont des fichiers exhaustifs mais rappelons, qu'en Ile-de-France, il existe un sous-enregistrement des décès par mort violente qui s'explique par un mauvais retour d'information de l'Institut médico-légal. Ce phénomène a pour conséquence, notamment, une sous-estimation des décès par suicide (classés sous la rubrique cause inconnue) dans la région.

Les affections longue durée (ALD)

Une affection longue durée est une affection nécessitant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, inscrite sur une liste établie par décret après avis du Haut comité médical.

La liste actuelle comporte trente affections ou groupes d'affections.

Les personnes dont la maladie est reconnue comme relevant d'une affection longue durée, bénéficient d'une suppression du ticket modérateur pour les soins en rapport avec cette affection.

Le nombre d'affections recensées correspond aux avis favorables donnés par les médecins-conseils (du régime concerné), pour les premières demandes d'exonération du ticket modérateur au titre des affections de longue durée, et ce pour une année donnée.

Les données d'ALD constituent la principale source d'information sur la morbidité, mais Il ne s'agit pas stricto sensu d'un nombre de nouveaux malades, comme dans le cas d'un registre de morbidité, ce qui rend leur interprétation délicate.

En premier lieu, les nombres d'affections recensées par l'assurance maladie sont systématiquement inférieurs à la morbidité réelle pour des raisons diverses :

- le patient peut être atteint d'une des trente maladies de la liste des ALD mais ne pas répondre aux critères médicaux de sévérité ou d'évolutivité exigés,
- le patient peut ne pas souhaiter être exonéré pour des raisons personnelles (assurance complémentaire satisfaisante, souci de confidentialité...),

- le patient peut déjà être exonéré du ticket modérateur à un autre titre (autre ALD, invalidité).

De plus, des considérations d'ordre socio-économique peuvent également intervenir : il est probable que les personnes économiquement défavorisées (ou leur médecin traitant) sollicitent de façon plus fréquente et plus précoce l'exonération du ticket modérateur pour ALD. Ce dernier point rend délicates les comparaisons géographiques.

Précisons enfin que dans le cadre de cette étude, seuls les trois principaux régimes d'assurance maladie (CNAMTS, CANAM et MSA) couvrant environ 97 % de la population française ont été pris en compte.

Les autres sources de données

● *Les données issues de systèmes d'information pérennes*

D'origines multiples, elles concernent surtout des aspects - souvent partiels - de morbidité ou sont relatives à des indicateurs sociaux. Elles sont détaillées dans l'annexe 2.

Ainsi pour donner des exemples non exhaustifs de la diversité des sources employées, le dispositif SIAMOIS, mis en œuvre par l'Institut de veille sanitaire, recueille les ventes de subutex® et de méthadone de ville, ainsi que les déclarations obligatoires (DO) des maladies comme le sida et la tuberculose. D'autres informations, centralisées par les services du ministère de la Santé, sont issues des services de Protection maternelle et infantile (PMI) des conseils généraux comme les certificats de santé du huitième jour ou les couvertures vaccinales. Les indicateurs sociaux, tels que le nombre de bénéficiaires du RMI et le taux de chômage, sont issus des recensements de population mais également de la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF). Les taux standardisés de mortalité, comme la plupart des autres indicateurs utilisés dans ce rapport, ont été élaborés à partir des données de population des recensements de 1990 et de 1999 fournies par l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE).

● *Les données issues de grandes enquêtes nationales* (voir annexe 2) telles que :

- ENVEFF, enquête sur les violences envers les femmes en France,
- ESCAPAD, enquête portant sur les consommations de produits psychoactifs des jeunes de 17 à 19 ans ou de EROPP, enquête sur les représentations et les perceptions des produits psychoactifs par la population générale mise en œuvre par l'OFDT,
- HID, enquête sur les handicaps-incapacités-dépendance réalisée par l'INSEE,
- les Baromètres santé, enquêtes régulièrement répétées sur les attitudes et les perceptions à l'égard de la santé réalisées par l'Institut national de la prévention et de l'éducation en santé (INPES),
- les enquêtes de l'INSERM sur la périnatalité ou celles sur les consommations de produits psychoactifs des jeunes scolarisés (enquête ESPAD).

Pour certaines de ces enquêtes, des résultats régionaux sont disponibles. En effet, eu égard à la taille importante de la région Ile-de-France, ces enquêtes nationales permettent le plus souvent une exploitation

régionale des données franciliennes et des comparaisons avec le niveau national.

- *Les données issues d'enquêtes régionales,*

et notamment d'enquêtes réalisées par l'Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, relatives, par exemple, aux consommations d'alcool et de tabac ou aux comportements de prévention à l'égard du sida. Les principales enquêtes sont également détaillées dans l'annexe 2.

Une bibliographie concernant les sources des données utilisées complète ce rapport.

Trois annexes clôturent ce rapport.

- La première annexe est une liste non exhaustive des différents sites internet qui fournissent des données franciliennes de morbidité et de mortalité.
- La deuxième est une liste des sources de données issues de systèmes d'information pérennes, de grandes enquêtes nationales et d'enquêtes régionales.
- Enfin, la troisième annexe présente la méthode dite des "années de vie ajustées sur l'incapacité" (ou en anglais, DALYs : disability adjusted life years), évoquée précédemment et permettant de hiérarchiser les problèmes de santé.

Partie I

Démographie, disparités géographiques et inégalités sociales de santé

Ce chapitre présente les principales évolutions démographiques de ces dernières décennies.

Il s'attache à décrire les caractéristiques socio-économiques de la région - leurs tendances depuis une quinzaine d'années - et leurs disparités géographiques.

Enfin, les inégalités sociales de santé, c'est-à-dire les liens entre statut socio-économique et inégalités de santé, sont abordées à partir de données nationales, et lorsqu'elles sont disponibles, de données franciliennes.

Faits marquants

- *Avec 10 952 000 habitants au recensement de 1999, l'Ile-de-France regroupe 18,6 % de la population de France métropolitaine.*
- *La stabilisation du poids relatif de la région francilienne, amorcée depuis les années soixante se confirme : entre les recensements de 1990 et de 1999, la population francilienne a progressé de 0,28 % par an alors que la croissance nationale a atteint 0,39 %.*
- *La croissance francilienne est uniquement le fait d'un fort excédent des naissances sur les décès, tandis que la région est largement déficitaire dans ses échanges migratoires avec la province*
- *Les indicateurs socio-économiques sont globalement favorables dans la région, mais les disparités socio-économiques restent importantes entre les départements, entre les communes, voire entre les quartiers d'une même commune.*
- *Les relations entre inégalités sociales de santé et précarité sont vérifiées aussi bien dans le domaine de la prévention (santé bucco-dentaire, accès à la contraception, etc.) que dans celui du dépistage (VIH/sida, obésité, etc.), de la prise en charge (handicap) ou de l'observance des traitements. Mais c'est surtout en terme de mortalité périnatale, mortalité prématurée, mortalité générale que ces inégalités sont importantes.*

L'Ile-de-France, région capitale

Figurant parmi les plus grandes métropoles mondiales, l'Ile-de-France occupe une place économique et culturelle importante en France et en Europe.

Au cours des dernières décennies, la région a considérablement accru sa compétitivité et son ouverture sur le monde. Elle concentre de plus en plus d'activités à haute valeur ajoutée, de services aux entreprises, d'activités financières et de fonctions directionnelles, ce qui explique sa population active fortement qualifiée et des salaires supérieurs de 35 % à ceux de la province. Toutefois, certaines mutations sont difficiles, et l'Ile-de-France est marquée par des inégalités sociales croissantes et des nuisances propres aux grandes agglomérations qui, à moyen terme, pourraient compromettre son développement et la qualité de vie de ses habitants.

Une région fortement urbanisée

La région Ile-de-France comprend huit départements qui totalisent près de 11 millions d'habitants au recensement de la population de 1999.

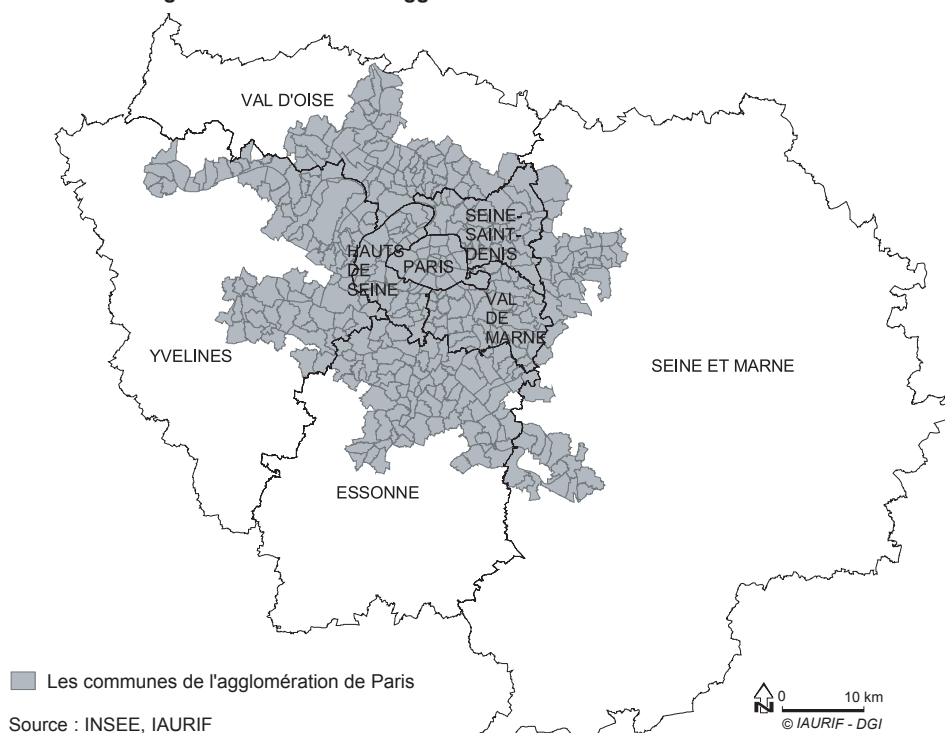
- Paris, au centre de la région, compte 2 152 146 habitants.

- Trois départements forment la proche couronne : les Hauts-de-Seine (1 428 881 habitants), la Seine-Saint-Denis (1 382 861 habitants) et le Val-de-Marne (1 227 250 habitants).

- En périphérie, quatre départements forment la grande couronne : la Seine-et-Marne (1 193 767 habitants), les Yvelines (1 354 304 habitants), l'Essonne (1 134 238 habitants) et le Val-d'Oise (1 105 464 habitants).

L'agglomération de Paris englobe Paris, la proche couronne et une partie de chaque département de grande couronne. En 1999, elle comprend 396 communes dans lesquelles vivent 9,6 millions d'habitants (88,1 % de la population francilienne) sur 22,7 % du territoire régional.

La région Ile-de-France et l'agglomération de Paris au recensement de 1999



La situation démographique de l'Ile-de-France

Ralentissement de la croissance démographique francilienne

Avec 10 952 000 habitants au recensement de la population de 1999, l'Ile-de-France regroupe 18,6 % de la population de France métropolitaine.

La stabilisation du poids relatif de la région francilienne, amorcée depuis les années soixante se confirme : entre les recensements de 1990 et de 1999, la population francilienne a progressé de 0,28 % par an alors que la croissance nationale a atteint 0,39 %. Entre les recensements de 1982 et de 1990, la croissance francilienne était beaucoup plus soutenue (+ 0,71 % par an).

La croissance francilienne est, depuis le milieu des années 70, uniquement le fait d'un fort excédent des naissances sur les décès (qui s'explique par une forte proportion de jeunes adultes, une fécondité relativement élevée et relativement peu de personnes âgées), tandis que la région est largement déficitaire dans ses échanges migratoires avec la province (le déficit s'observe depuis 1975 et s'accroît fortement entre 1990 et 1999). Pour la première fois, il s'observe même en grande couronne.

Cette croissance démographique modérée s'accompagne par ailleurs de fortes disparités internes :

- Paris perd encore quelques habitants entre les deux derniers recensements (- 0,14 % par an), mais la décroissance amorcée au lendemain de la première guerre mondiale semble terminée.

- La proche couronne conserve un taux de croissance relativement bas (+ 0,14 % par an), avec des disparités au sein des trois départements qui la composent, puisque les Hauts-de-Seine connaissent une reprise démographique et la Seine-Saint-Denis, au contraire, un essoufflement.

- Les départements de grande couronne demeurent les plus dynamiques (+ 0,64 % par an dans l'ensemble et + 1,14 % en Seine-et-Marne), mais leur croissance est très en deçà, cependant, de ce qu'elle était au cours des décennies passées (+ 2,47 % par an en Seine-et-Marne entre 1982 et 1990).

La population de l'Ile-de-France aux recensements de 1982, 1990 et 1999 et son évolution

	Population totale sans doublecompte			Taux annuel moyen de variation	
	1982	1990	1999	1982-1990	1990-1999
<i>Paris</i>	2 176 243	2 152 423	2 125 246	-0,14%	-0,14%
Hauts-de-Seine	1 387 039	1 391 658	1 428 881	0,04%	0,29%
Seine-Saint-Denis	1 324 301	1 381 197	1 382 861	0,53%	0,01%
Val-de-Marne	1 193 655	1 215 538	1 227 250	0,23%	0,11%
<i>Proche couronne</i>	3 904 995	3 988 393	4 038 992	0,26%	0,14%
Seine-et-Marne	887 112	1 078 166	1 193 767	2,47%	1,14%
Yvelines	1 196 111	1 307 150	1 354 304	1,12%	0,39%
Essonne	988 000	1 084 824	1 134 238	1,18%	0,50%
Val-d'Oise	920 598	1 049 598	1 105 464	1,65%	0,58%
<i>Grande couronne</i>	3 991 821	4 519 738	4 787 773	1,56%	0,64%
Ile-de-France	10 073 059	10 660 554	10 952 011	0,71%	0,28%
France	54 327 963	56 625 026	68 520 688	0,61%	0,39%

Source : INSEE

L'Ile-de-France vieillit, mais reste une région jeune

Au recensement de 1999, les personnes âgées de 60 ans ou plus représentent 21,3 % de la population française et celles de 75 ans ou plus représentent 7,7 % de la population française.

Ces proportions sont nettement inférieures en Ile-de-France, puisque l'on recense 16,6 % de personnes âgées de 60 ans ou plus et 5,8 % de personnes âgées de 75 ans ou plus dans la population francilienne.

La région Ile-de-France est une région jeune, avec toutefois des disparités internes importantes :

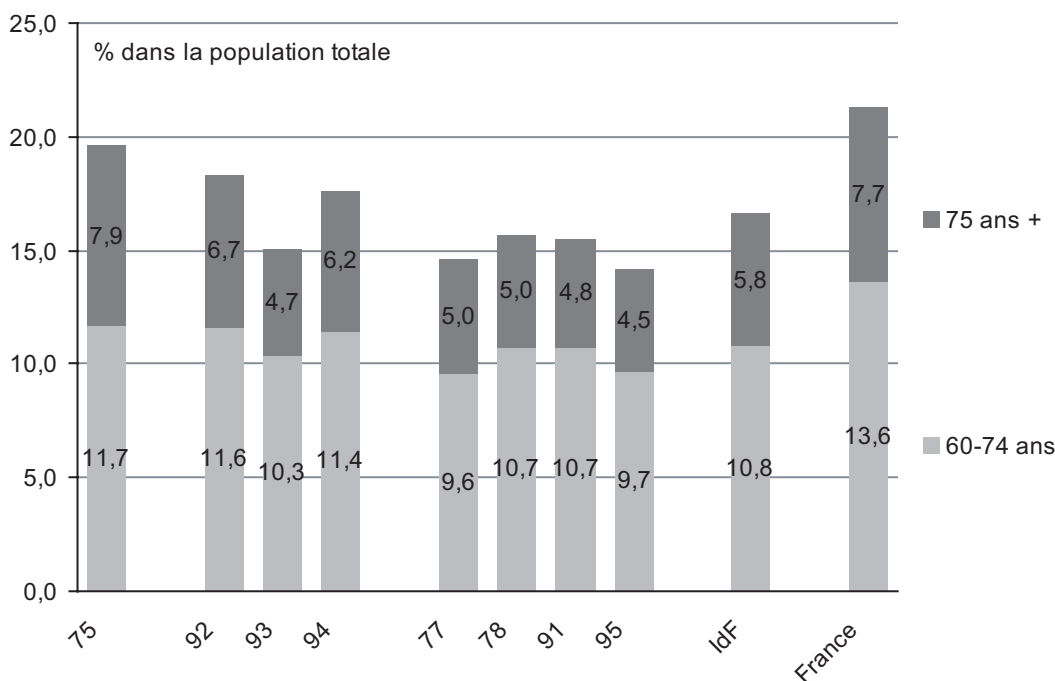
- A Paris, la part des 60 ans ou plus (19,6 %) se rapproche de la moyenne nationale et celle des 75 ans ou plus (7,9 %) dépasse la moyenne nationale de 0,2 point.
- Deux départements de proche couronne, les Hauts-de-Seine et le Val-de-Marne ont une proportion de personnes âgées de 60 ans ou plus de l'ordre de 18 %, soit trois points de moins qu'au niveau national.
- La Seine-Saint-Denis et les quatre départements de grande couronne ont une proportion de

personnes âgées de 60 ans ou plus de l'ordre de 15 %, soit six points de moins qu'au niveau national. Concernant les 75 ans ou plus, leur proportion varie de 4,5 % à 5 % de la population dans ces départements.

Ces disparités départementales recouvrent elles-mêmes de fortes disparités communales, qui tiennent aux caractéristiques des logements offerts, mais aussi à l'attrait actuel ou passé des communes :

- A Paris et en proche couronne, les arrondissements et les communes les plus favorisés sont globalement plus âgés que la moyenne.
- En grande couronne, les contrastes sont très importants, les situations extrêmes étant observées dans les villes nouvelles, où la part des personnes âgées de 60 ans ou plus est très faible (8,7 % en moyenne), et dans certaines communes rurales situées aux franges de la région, où la part des personnes de 60 ans ou plus peut atteindre 25 %.

La part des personnes âgées dans la population en 1999



Source : INSEE - Exploitation ORS Ile-de-France

La première région économique de France

Des indicateurs socio-économiques globalement favorables dans la région^(6,7,8,9)

En 1998, selon les comptes nationaux, l'Ile-de-France a dégagé un produit intérieur brut de 364 millions d'euros (2 390 milliards de francs), représentant plus de 28 % du PIB national. Le PIB par habitant - le plus élevé de toutes les régions de France - est supérieur de 50 % à celui de la France métropolitaine.

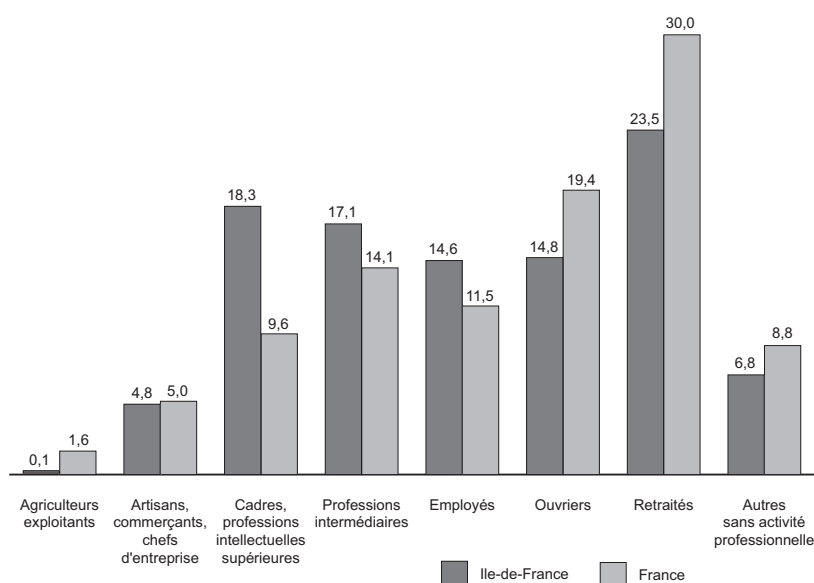
Au 1er janvier 2000, l'Ile-de-France totalisait quelque 635 000 établissements dans l'industrie, le commerce et les services, soit 22,7 % du total national. Près de 83 % des établissements franciliens appartiennent au secteur tertiaire, 9 % à l'industrie et 8 % à la construction. La région concentre 36 % des établissements de services aux entreprises de France, dont 41 % des établissements de services de conseil et assistance et 37 % de ceux de la recherche et du développement.

Les particularités économiques de l'Ile-de-France (secteur tertiaire fortement développé, concentration des sièges sociaux) conduisent à une sur-représentation des cadres et professions intellectuelles supérieures dans la région : dans 18,3 % des ménages franciliens (9,6 % en France), la personne de référence appartient à cette catégorie socio-professionnelle (36 % des ménages vivant en France dont la personne de référence est "cadre" sont domiciliés en Ile-de-France).

Malgré des disparités intra-régionales importantes et une évolution récente décevante, le marché du travail reste relativement favorable en Ile-de-France. En 2001, le taux de chômage* dans la région était de 7,6 % contre 8,7 % en France métropolitaine.

** La définition du chômage utilisée dans ce texte est celle du Bureau international du travail (BIT), c'est-à-dire du nombre de chômeurs rapporté à la population active.*

Répartition des ménages selon la catégorie socio-professionnelle de la personne de référence en 1999 (en %)



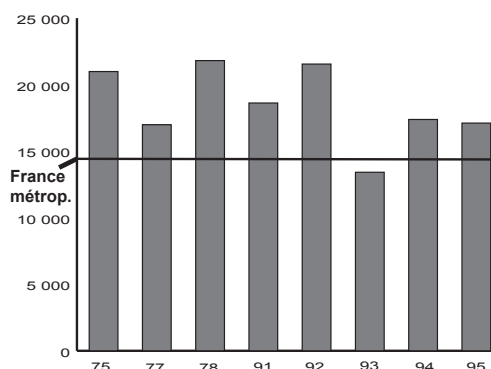
Source : INSEE - RP 999

Des disparités socio-économiques importantes

Le revenu moyen annuel par foyer fiscal* est de 18 850 euros en Ile-de-France alors qu'il est de 14 635 euros en France métropolitaine. L'ensemble des départements de la région, sauf la Seine-Saint-Denis, dépasse la moyenne nationale.

Les disparités infra-départementales sont importantes, comme le montre la carte ci-dessous issue d'une analyse multidimensionnelle associant des données des caisses d'allocations familiales à des revenus fiscaux (108). Il ressort de cette analyse que la moitié des Franciliens vit dans des communes caractérisées par un taux de pauvreté élevé. A l'opposé, un quart réside dans des communes où les ménages à hauts revenus sont largement surreprésentés. Les communes du premier groupe sont situées surtout dans le nord-est de la région, celles du second groupe dans l'ouest.

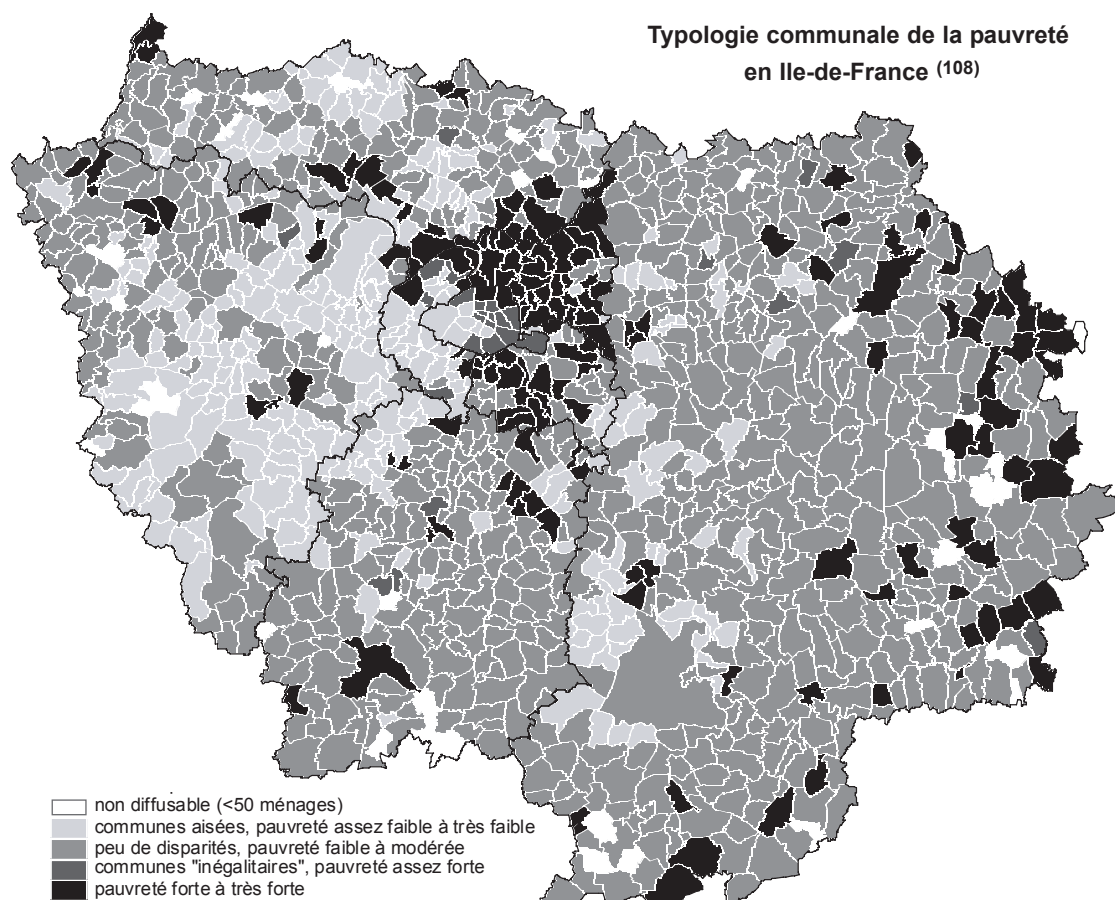
Revenu moyen annuel par foyer fiscal en euros en 2000



Source : Direction générale des Impôts (DGI)

* Un **foyer fiscal** est l'ensemble des personnes qui figurent sur une même déclaration d'impôts. Le concept de foyer fiscal est différent de celui de ménage au sens de l'INSEE (au sein d'un ménage, si deux personnes souscrivent chacune une déclaration d'impôt, il y aura deux foyers fiscaux).

Typologie communale de la pauvreté en Ile-de-France (108)



Source : INSEE-DGI, revenus fiscaux localisés 1999
- fichiers des CAF d'Ile-de-France au 31/12/99

La juxtaposition d'indicateurs de difficultés économiques montre la situation particulièrement défavorable de la Seine-Saint-Denis.

Dans ce département, le revenu moyen par habitant, inférieur de 28 % au revenu moyen régional, est le plus bas des départements franciliens (suivi de loin par la Seine-et-Marne).

Presque un foyer de Seine-Saint-Denis sur deux (46 %) est non imposable. C'est de loin la proportion la plus élevée en Ile-de-France (+ 10 points par rapport à la moyenne régionale).

En Seine-Saint-Denis, la proportion d'allocataires du RMI (7 % des ménages du département) est la plus élevée de la région. Paris arrive en seconde position avec 4,7 % d'allocataires, la proportion régionale étant de 4 %.

Le taux de chômage en Seine-Saint-Denis est le plus important d'Ile-de-France (17,2 %) suivi par Paris et le Val-d'Oise (12 %), la moyenne régionale étant de 11,5 %.

Paris présente le taux d'emplois précaires le plus élevé avec 15,7 %, suivi par la Seine-Saint-Denis avec 14,5 %, la moyenne francilienne se situant à 12,8 %.

Présentation de différents indicateurs de difficultés économiques⁽³⁾ :

- Le revenu fiscal moyen est le revenu avant impôt. Il présente l'avantage d'être disponible chaque année à l'échelon communal.

- La proportion de ménages non imposables apporte des informations sur la distribution des revenus. Mais elle se focalise sur les revenus modestes et non sur les plus pauvres.

- La proportion de bénéficiaires du RMI identifie une population pauvre. Mais il semble que cet indicateur (comme l'allocation parent isolé ou l'allocation adulte handicapé) ne permette de saisir que la population qui perçoit des prestations familiales ou sociales et pas l'ensemble des foyers à bas revenus⁽¹⁾.

- Le taux de chômage fournit un bon indicateur de la pauvreté liée à la perte d'un emploi.

- L'occupation d'un emploi dit "précaire" (apprenti, stagiaire, emplois aidés, CDD, placement par intérim) présume d'une certaine irrégularité dans les ressources et donc souvent de bas revenus. Le taux élevé d'emplois précaires à Paris est expliqué par la forte proportion de jeunes dont l'insertion professionnelle se fait de plus en plus par de "petits boulots".

Différents indicateurs de difficultés économiques par département

	Revenus moyen en Francs ¹	% de foyers non imposables ²	% de RMIstes ³	Taux de chômage ⁴	Taux d'emplois "précaires" ⁵
Paris	136 154	35,4	4,7	12,0	15,7
Seine-et- Marne	104 511	40,5	2,3	10,2	10,9
Yvelines	133 266	32,0	2,3	8,7	11,1
Essonne	115 286	34,2	3,1	9,5	11,2
Hauts-de-Seine	132 508	32,3	3,3	10,2	11,5
Seine-St-Denis	85 421	46,3	7,0	17,2	14,5
Val-de-Marne	108 275	36,7	4,2	11,8	11,9
Val-d'Oise	107 032	39,0	4,0	12,0	12,3
Ile-de-France	118 061	36,8	4,0	11,5	12,8

Source : SAGOT (M), 2001, Géographie sociale et pauvreté - 2 L'évolution des disparités sociales entre les communes de l'Ile-de-France, Contrat d'objectifs Etat-laurif. Ref (7,8).

1 Le revenu fiscal moyen des foyers fiscaux avant impôt et hors prestations sociales en 1996 (DGI),

2 Part des foyers fiscaux non imposables en 1996 (DGI),

3 (Allocataire du RMI en décembre 1997) / (nombre de ménages au recensement de 1999) (CAF et Insee),

4 Chômeurs / Actifs (Insee, recensement 1999),

5 (Apprentis sous contrat + Emplois aidés + Stagiaires rémunérés + CDD + Intérim) / Salariés occupés (Insee - RP 1999).

Les disparités socio-économiques intra communales

Les disparités socio-économiques existent non seulement au niveau départemental, mais aussi au niveau intra-communal, entre les quartiers d'une même commune.

Dans le tableau ci-contre sont présentés quatre indicateurs socio-démographiques et d'offre de soins dans trois quartiers distincts d'une même commune d'Ile-de-France : un centre "historique", un quartier résidentiel qui s'est développé au début du 20^{ème} siècle et un quartier à dominante d'habitat social construit dans les années 1960-1970. Ce découpage urbain se retrouve dans de nombreuses communes d'Ile-de-France.

Le quartier d'habitat social se distingue très nettement du reste de la commune par une population jeune et un taux de chômage très élevé.

Dans ces mêmes quartiers, les besoins de prévention, de dépistage et de recours aux soins

sont importants. Mais ce sont aussi ceux pour lesquels les médecins généralistes et les infirmières libéraux sont le moins présents.

Un exemple de disparités intra-communales dans une commune des Yvelines

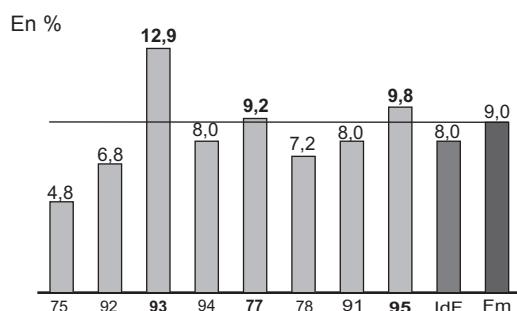
	% moins de 20 ans	Taux de chômage	Nomb.* médecins géné.	Nomb.* infirmières
Trois quartiers				
<i>Habitat social</i>	34%	15%	54	15
Vieille ville	25%	10%	53	45
Habitat résidentiel	21%	7%	102	24
Ile-de-France	25%	10%	113	47
France	25%	12%	115	83

* Nombre pour 100 000 habitants

Source : INSEE - RP 1999

Des disparités déjà marquées chez les jeunes

Proportions de jeunes de 20-24 ans sans diplôme au recensement de 1999 dans les départements franciliens



Source : INSEE - RP 1999

La proportion de jeunes non diplômés est plus élevée en Seine-Saint-Denis, dans le Val-d'Oise et en Seine-et-Marne

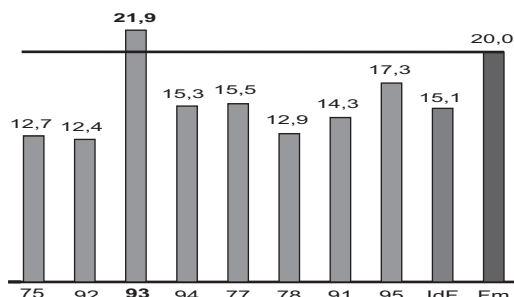
Il est inquiétant de constater que ces disparités socio-économiques géographiquement délimitées sont déjà marquées chez les jeunes.

Ainsi, la proportion de jeunes n'ayant aucun diplôme est, en Ile-de-France, légèrement inférieure à celle de la France métropolitaine : à 15-19 ans, 3,7 % des Franciliens n'ont pas de diplôme contre 4,3 % en moyenne en France. A 20-24 ans, ces proportions s'élèvent à 8 % en Ile-de-France et 9 % en France métropolitaine.

Dans trois départements, les proportions de jeunes non diplômés sont supérieures aux moyennes régionale et nationale : la Seine-et-Marne, le Val-d'Oise et la Seine-Saint-Denis. Dans ce dernier département, 13 % des jeunes de 20-24 ans n'ont aucun diplôme.

Taux de chômage* chez les jeunes de 15-29 ans au recensement de 1999 (en % de la population active**)

En %



Source : INSEE - RP 1999

* Sont classées comme chômeurs les personnes qui se sont déclarées chômeurs (inscrites ou non à l'ANPE), sauf si elles ont déclaré explicitement par ailleurs ne pas rechercher du travail.

** La population active comprend la population active ayant un emploi, les chômeurs et, depuis le recensement de 1990, les militaires du contingent.

Un taux de chômage élevé chez les jeunes en Seine-Saint-Denis

Le taux de chômage francilien des jeunes de 15-29 ans est moins élevé que celui observé au niveau national : 15,1 % contre 20,0 % en France métropolitaine. Mais les disparités départementales au sein de la région sont fortes, avec un taux très élevé en Seine-Saint-Denis (21,9 %) et un taux supérieur à la moyenne régionale dans le Val-d'Oise (17,3 %) et en Seine-et-Marne (15,5 %).

Par rapport aux autres tranches d'âge, le taux est particulièrement élevé chez les jeunes.

Les personnes les moins qualifiées sont les plus touchées par le chômage : les tendances observées ici se recoupent avec celles observées pour les jeunes sans diplôme (graphique précédent).

Des inégalités sociales croissantes

Des disparités socio-économiques renforcées

Les disparités socio-économiques entre départements ont tendance à se renforcer. La Seine-Saint-Denis s'oppose de plus en plus au groupe "aisé" formé par Paris, les Hauts-de-Seine et les Yvelines. Le revenu net après impôt a chuté de 6,3 % en Seine-Saint-Denis entre 1984 et 1998 alors qu'il a progressé de 23 % à Paris.

A l'intérieur même de chaque département, les inégalités s'accroissent également, et plus un département est riche, plus les inégalités sont fortes en son sein.

Les difficultés économiques, les transformations des structures familiales, la montée de l'activité féminine ont des effets contrastés selon les catégories sociales qui tendent à amplifier les différences de niveau de vie entre elles et contribuent ainsi à l'accentuation des disparités spatiales.

Des structures familiales de plus en plus éclatées

- Les personnes seules représentent 35 % des ménages en 1999 dans la région. Depuis 1990, leur proportion a augmenté de 3 points.
- En 1999, les couples constituent 54 % des

ménages, contre 58 % en 1990.

- Les familles monoparentales représentent 9 % des ménages franciliens, en hausse de 20 % depuis 1990. Dans 85 % des cas, c'est une femme qui vit seule avec un (ou des) enfant(s).

De fait, plus de 500 000 enfants de moins de 25 ans vivent avec un seul de leurs parents en Ile-de-France, soit un enfant sur sept (un sur dix pour les enfants de moins de trois ans).

La géographie des familles monoparentales coïncide avec celle des ménages les moins aisés. C'est aussi le cas, mais dans une moindre mesure, des familles de trois enfants ou plus résidant - pour beaucoup - en Seine-Saint-Denis et dans les villes nouvelles.

L'Ile-de-France se caractérise également par une proportion plus importante qu'en province de personnes se déclarant de nationalité étrangère. Près de 40 % des étrangers qui vivent en France sont installés en Ile-de-France.

En 1999, 11,9 % de la population francilienne (5,6 % en France) est de nationalité étrangère.

La présence étrangère tend à se renforcer dans les lieux où elle était déjà élevée. C'est le cas de la Seine-Saint-Denis où plus du quart des habitants appartient à un ménage étranger.

Les inégalités sociales de santé

De nombreuses études^(3,4) montrent des relations très fortes entre niveau socio-économique et profils de santé. Si ces écarts de santé n'ont évidemment pas la même amplitude selon les pathologies, ils sont particulièrement notables au niveau des indicateurs synthétiques de mortalité générale, prénatale et prématurée.

Cependant, les relations entre inégalité de santé et précarité sont aussi vérifiées dans le domaine de la prévention (santé bucco-dentaire, accès à la contraception, etc.), dans celui du dépistage (du cancer du sein, du VIH, etc.), de la prise en charge, de l'observance des traitements et des "désavantages" sociaux conséquences de la maladie.

Les conséquences médicales mais aussi économiques et sociales de maladies graves chroniques et invalidantes sont, de plus, majorées chez les personnes dont le statut socio-économique est fragile.

Quelques aspects très marqués de ces inégalités sont présentés ici.

Mortalité des hommes et des femmes par catégories socio-professionnelles sur la période 1982 - 1996

Catégories socio professionnelles	Hommes espérance de vie à 35 ans en années*	Femmes espérance de vie à 35 ans en années*
Cadres professions libérales	44,5	49,5
Agriculteurs exploitants	43,0	49,0
Professions intermédiaires	42,0	48,5
Artisans, commerçants chefs d'entreprise	41,5	47,5
Employés	40,0	47,5
Ouvriers	38,0	46,0
Ayant déjà travaillé	40,5	47,5
N'ayant jamais travaillé	34,0	46,0
Ensemble	40,0	47,5
Différence d'espérance de vie entre ouvriers et cadres	6,5	3,5

* L'espérance de vie est arrondie à la demi-année la plus proche.

Source : Mesrine A, "Les différences de mortalité par milieu social restent fortes", in Données sociales, 1999, p.228. Ref (3).

Une mortalité différentielle par catégories socio-professionnelles

Les résultats les plus fiables sont issus d'études longitudinales de mortalité réalisées à partir de vastes échantillons d'individus⁽³⁾. Les décès sont analysés en fonction de caractéristiques individuelles ou familiales.

Les risques de décès ne sont pas les mêmes entre les hommes et les femmes. A milieu social égal, ces dernières vivent nettement plus longtemps. Leur espérance de vie à 35 ans est de 47,5 ans contre 40 pour les hommes.

Mais la durée de vie varie aussi beaucoup d'une catégorie socio-professionnelle à l'autre. Ainsi, pour les hommes, les ouvriers ont, à 35 ans, une espérance de vie inférieure de six ans et demi à celle des cadres et professions libérales. Pour les femmes, cette différence n'est que de trois ans et demi.

Comme cela est indiqué dans le chapitre sur la mortalité générale, l'espérance de vie en Ile-de-France est l'une des plus élevées. Ceci est notamment à mettre en rapport avec la forte proportion de cadres résidant dans la région.

Les liens entre précarité sociale et inégalité de santé sont complexes. L'état de santé peut contribuer à une précarisation sociale ou, à l'inverse, résulter, au moins partiellement, d'une situation sociale précaire.

Précarité sociale et vulnérabilité médicale selon le milieu social
(personnes de 16 à 59 ans)

	Précarité sociale	Vulnérabilité médicale	Bi* vulnérables
Sans profession	22,2%	11,3%	4,3%
Exploitant agricole	8,3%	11,6%	2,7%
Indépendant	4,4%	6,7%	0,6%
Cadre supérieur	1,9%	5,8%	0,1%
Profession intermédiaire	2,0%	8,2%	0,3%
Employé de l'Etat et de bureau	6,2%	11,2%	1,4%
Employé de commerce ou de service	19,4%	13,9%	5,5%
Ouvrier qualifié	12,3%	9,3%	1,6%
Ouvrier non qualifié	30,3%	12,6%	4,9%
Ensemble	9,1%	9,2%	1,5%

* On appelle bi-vulnérables les personnes qui cumulent les deux types de risque.

Source : CreDES, enquête sur la santé et les soins médicaux 1991 - 1992

Le Haut comité de la santé publique considère une **situation de précarité** comme une fragilité de la personne liée à des conditions socio-économiques affectant lourdement les conditions de vie (travail, revenus, logement, etc.).

Une **situation de vulnérabilité** est une fragilisation de la personne en lien avec ses conditions socio-culturelles ou son état psychologique (aspects psycho-pathologiques de l'individu, addictions, présence ou non d'un entourage familial, affectif, etc.).

Précarité sociale et vulnérabilité médicale selon le milieu social

Ainsi, en France, une enquête du CreDES⁽¹⁰⁾, élabore un "score de précarité sociale" analysé en parallèle avec un "score de vulnérabilité médicale" en fonction des catégories socio-professionnelles.

Le score de "précarité sociale" est défini, à la fois au niveau individuel et au niveau des ménages, à partir de variables telles que : la situation au regard de l'emploi, la situation de la scolarité ou des diplômes, la nationalité, la couverture maladie, le revenu, la taille du ménage...

Le score de "vulnérabilité médicale" est construit à partir de données médicales (nature des maladies invalidantes, état de santé, incapacités) ou administratives (exonération du ticket modérateur, aide financière).

Ce travail met en évidence les liens très forts qui existent entre catégories socio-professionnelles, précarité sociale et vulnérabilité médicale.

Si 9,1 % des personnes répondant à l'enquête sont dans une situation de précarité sociale, elles sont 22,6 % parmi les sans profession, 19,4 % parmi les employés de commerce ou de service et 30,3 % chez les ouvriers non qualifiés.

Même si pour l'indice de vulnérabilité médicale les variations selon la CSP sont moindres, on retrouve également des différences importantes. En effet, alors que 9,2 % de la population de l'enquête sont considérés comme présentant une vulnérabilité médicale, cette proportion est de 11 % pour les personnes sans profession, de 14 % pour les employés et 13 % pour les ouvriers non qualifiés.

Ce sont d'ailleurs les catégories des employés et des ouvriers non qualifiés qui cumulent les pourcentages les plus élevés de vulnérabilité médicale et de précarité sociale.

Rapports des taux de mortalité prématurée entre hommes "manuel" / "non manuel" selon deux tranches d'âge au décès : 45-59 ans et 60-64 ans
mortalité "manuels" / mortalité "non manuels"
(intervalle de confiance à 95 %)

	45 - 59 ans	60 - 64 ans
France	1,71* (1,66-1,77)	1,50 (1,44-1,56)
Angleterre Pays de Galles	1,44 (1,33-1,56)	1,33 (1,22-1,45)
Finlande	1,53 (1,49-1,56)	1,32 (1,27-1,37)
Norvège	1,34 (1,30-1,39)	1,28 (1,24-1,33)
Danemark	1,33 (1,30-1,36)	1,21 (1,18-1,24)
Suisse	1,34 (1,29-1,39)	1,27 (1,21-1,33)

* Lecture : le rapport de 1,71 pour la France indique une mortalité de 71 % plus élevée chez les manuels que chez les non manuels.

Source : Kunst A E et al. : "Inégalités sociales de mortalité prématurée : la France comparée aux autres pays européens", Les inégalités sociales de santé, La Découverte/INSERM, 2000. Ref (11).

Taux de prématurité et d'hypotrophie selon les caractéristiques sociales de la mère et du père, en France en 1995

En %	Prématurité ¹	Hypotrophie ²
Niveau d'études mère		
Primaire ³	5,4	9,9
Secondaire 1er cycle	5,4	8,5
Secondaire 2e cycle	4,0	8,3
Supérieur	3,4	5,8
Sans profession ⁴	9,2	11,3
CSP du couple		
Cadres et prof. intellectuelles sup.	3,4	4,4
Professions intermédiaires	3,6	6,4
Employés (bureau)	4,4	7,8
Agriculteurs Commerçants Artisans	5,4	10,0
Employés, pers. service, ouvriers	5,2	9,0
Sans prof. dans le couple ⁴	5,7	12,1
Ensemble	4,5	7,6

1 - Naissances avant 37 semaines révolues de gestation.

2 - Naissances de poids inférieur au 10^e percentile pour l'âge gestationnel d'une population de référence

3 - Y compris les femmes non scolarisées.

4 - Les personnes au chômage ayant déclaré une profession sont classées en fonction de celle-ci.

Les écarts de mortalité prématurée entre les CSP sont particulièrement élevés en France

Une étude⁽¹¹⁾ portant sur des pays européens présente des comparaisons de taux de mortalité prématurée sur les catégories "manuelles" et "non manuelles".

La France est, parmi les pays d'Europe étudiés, celui qui présente les écarts de mortalité entre "manuels" et "non manuels" les plus importants.

En France, pour la tranche des 45-59 ans, la mortalité est de 71 % plus élevée chez les "manuels" par rapport aux "non manuels". Dans d'autres pays d'Europe de l'Ouest, cet écart est environ deux fois moindre. Le seul autre pays où les écarts sont relativement importants est la Finlande.

Pour les hommes âgés de 60-64 ans, les rapports des taux de mortalité sont plus faibles que pour la tranche des hommes de 45 à 59 ans, et ce pour l'ensemble des pays européens. Néanmoins, c'est toujours en France qu'on observe l'écart le plus important entre "manuels" et "non-manuels".

Les inégalités existent dès la naissance, voire avant la naissance.

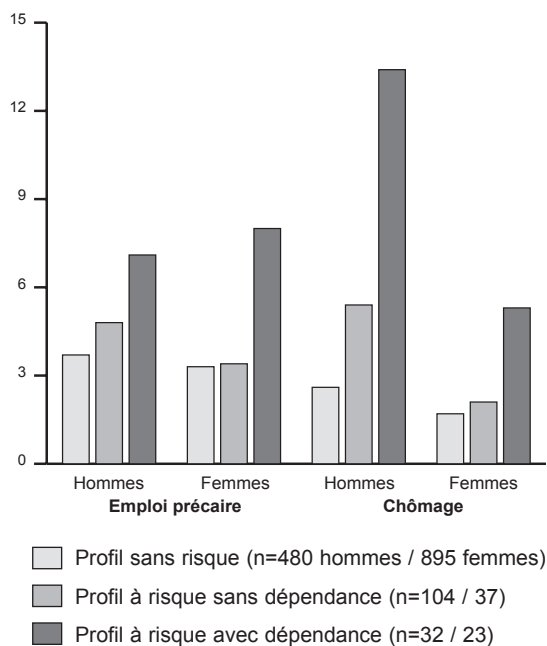
Différentes études⁽³⁾ montrent qu'il existe des inégalités de mortalité infantile selon la catégorie socio-professionnelle des parents.

L'enquête nationale périnatale de 1995 a permis de préciser que pour la prématurité ou l'hypotrophie le risque à la naissance est d'autant plus important que le niveau d'études de la mère est faible. Ainsi, pour la prématurité, il existe une différence de plus de 5 points entre les mères ayant fait des études supérieures et celles sans profession. On note aussi la situation défavorable des couples d'agriculteurs, de commerçants, d'artisans (5,4 % de prématurité et 10 % d'hypotrophie) même si ce sont les couples sans profession qui présentent le plus de cas (5,7 % de prématurité et 12 % d'hypotrophie).

5 - Classée selon la profession de niveau le plus élevé selon l'ordre de la liste, que ce soit celle de la mère ou du père, pour les femmes vivant en couple, et selon la profession de la mère pour les femmes ne vivant pas en couple. Nomenclature PCS 1982.

Source : Enquête nationale périnatale 1995, naissances vivantes uniques. Ref (63).

Proportion de patients occupant un emploi précaire* ou étant au chômage selon le sexe et le profil actuel face à l'alcool (en %)



* CDD, intérim et stage

Source : ORS Ile-de-France

Profil sans risque : le patient n'a jamais consommé d'alcool au cours des 12 derniers mois ou a eu un usage d'alcool non à risque durant cette période.

Profil à risque sans dépendance : le patient n'a jamais été dépendant à l'alcool (DETA), mais a eu un usage ponctuel ou régulier à risque au cours de 12 derniers mois.

Profil à risque avec dépendance : le patient a eu une dépendance à l'alcool au cours de sa vie (DETA).

Proportion de fumeurs quotidiens selon le statut socio-professionnel (en %)

	Hommes	Femmes
Ouvriers, agents de maîtrise	40,6	24,0
Employé, catégorie C ou D	36,5	24,3
Technicien, instituteur, infirmiers, catégorie B	23,5	19,0
Ingénieur, cadre, prof. artistique, catégorie A	21,2	23,4

Source : ORS Ile-de-France

Consommation d'alcool et inégalités sociales en Ile-de-France

Une enquête réalisée par l'ORS en Ile-de-France auprès de 1 707 patients de médecins généralistes⁽¹²⁾ montre que la situation sociale et familiale des patients varie selon leur profil actuel face à l'alcool.

Les patients ayant un profil sans risque déclarent des situations professionnelles plus stables que les patients ayant un profil à risque sans dépendance ou présentant une dépendance à l'alcool. Par exemple, si 3 % des hommes sans risque face à l'alcool sont au chômage, c'est le cas de 5 % de ceux ayant un risque sans dépendance et de 13 % de ceux ayant un risque avec une dépendance à l'alcool.

La désinsertion sociale se manifeste également à travers les conditions de vie des patients, en particulier le type de logement dans lequel ils déclarent vivre. On constate, en effet, que les patients ayant une dépendance à l'alcool déclarent plus souvent que les autres vivre dans un logement précaire ou être sans abri. On observe aussi davantage de situations de solitude parmi les patients dépendants à l'alcool. Enfin, les patients ayant une dépendance à l'alcool sont beaucoup plus nombreux que les autres à être bénéficiaires du revenu minimum d'insertion, de la couverture maladie universelle ou de l'allocation adulte handicapée.

Consommation de tabac et inégalités sociales chez les Franciliens

L'ORS d'Ile-de-France a réalisé en 2000 une enquête sur les connaissances, attitudes, croyances et comportements à l'égard du tabac⁽¹³⁾. Elle a porté sur un échantillon de 2 533 personnes âgées de 18 à 75 ans résidant dans la région.

Elle montre que chez les hommes, la proportion de fumeurs varie en fonction du statut socio-professionnel : 40,6 % des ouvriers et agents de maîtrise fument quotidiennement contre 21,2 % des ingénieurs et cadres. Chez les femmes, en revanche, on ne constate aucune relation entre le tabac et le statut socio-professionnel.

Connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida, en relation avec le niveau d'études, en Ile-de-France en 2001

Diplôme :	Aucun	BEPC BEP CAP	BAC	> BAC
Pensent que le virus se transmet dans les toilettes publiques	30 %	20 %	10 %	11 %
Pensent qu'utiliser un préservatif est efficace pour se protéger de la contamination	86 %	92 %	93 %	97 %
Connaissent l'existence de nouveaux traitements	36 %	57 %	72 %	82 %
Ont utilisé un préservatif au cours des 12 derniers mois	12 %	30 %	36 %	33 %

Source : ORS Ile-de-France

Proportion de personnes domiciliées en Ile-de-France ignorant leur séropositivité au moment du diagnostic sida, selon le mode de contamination et la nationalité

(cas adultes de 15 ans ou plus diagnostiqués entre le 1er janvier 1997 et le 31 décembre 2002)

	Nationalité française	Autre nationalité	Total
Usagers de drogues	15,7	31,1	18,3
Homo-bisexuels	40,7	52,8	42,1
Hétérosexuels	50,9	66,5	61,1
<i>Hommes</i>	60,3	71,0	67,1
<i>Femmes</i>	37,4	61,1	53,5
Ensemble des cas	39,0	63,8	49,0

Source : InVS - Exploitation ORS Ile-de-France

VIH/sida et inégalités sociales de santé

Réalisées tous les trois ans, les enquêtes KABP⁽¹⁴⁾ (knowledge, attitudes, beliefs and practices) permettent de suivre l'évolution des connaissances, attitudes, croyances et comportements des Franciliens face au VIH/sida.

Ces enquêtes, réalisées sur un échantillon représentatif de la population générale, montrent l'importance des différences de connaissances, d'attitudes, de croyances et de comportements face au VIH/sida selon le niveau d'études.

Ainsi, les personnes les moins diplômées ont une perception du sida assez floue. Elles ont une forte perception du risque d'être contaminées (30 % pensent que le virus se transmet dans les toilettes publiques), mais ont moins tendance à croire en l'efficacité du préservatif et donc à l'utiliser, et ne connaissent que peu les nouveaux traitements de la maladie. A l'opposé, les personnes les plus diplômées sont celles qui connaissent le mieux la maladie.

Dépistage précoce et accès aux traitements : des facteurs déterminants

Parmi les personnes dont le diagnostic sida a été établi en Ile-de-France entre le 1er janvier 1997 et le 31 décembre 2002, c'est-à-dire après la diffusion des antirétroviraux, près de la moitié ignorait leur séropositivité⁽¹⁵⁾. Ces personnes n'ont donc pas pu bénéficier de traitements antirétroviraux avant ce stade avancé de l'infection.

Quel que soit le mode de contamination, les personnes de nationalité étrangère sont les plus nombreuses à méconnaître leur séropositivité avant le diagnostic sida.

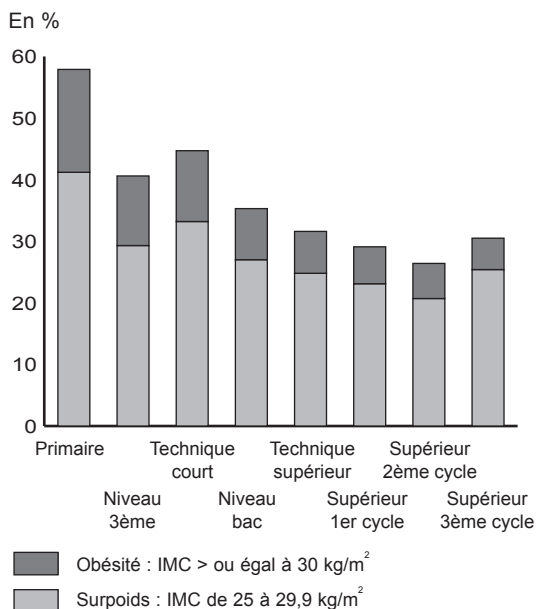
Les travaux menés sur l'observance ont montré que les difficultés sociales (la faiblesse des ressources, l'absence de travail, l'absence de logement stable, l'illettrisme, le nonaccès aux droits sociaux, etc.) peuvent constituer des obstacles à une bonne observance.

Accès à la contraception et inégalités sociales de santé

Une synthèse de différentes enquêtes (souvent de type qualitatif) sur les problèmes de contraception et d'interruption volontaire de grossesse en santé publique est publiée dans le rapport du Haut comité de la santé publique de 2002⁽⁵⁾. Le rapport note que : "Lors de leur premier rapport sexuel, les jeunes femmes et hommes en apprentissage utilisent davantage la pilule et moins souvent les préservatifs que les lycéens de l'enseignement général. Il est toutefois difficile d'en déduire un effet spécifique du milieu de scolarisation car les calendriers d'entrée dans la sexualité diffèrent selon l'origine sociale : les jeunes issus de milieux populaires débutent plus tôt leur sexualité, et cette précocité préfigure des styles de vie sexuelle qui retentissent sur les comportements face aux risques liés à la sexualité. Mais les données sur les grossesses et les recours à l'IVG conduisent à

penser qu'un effet de sélection sociale dans l'accès à la contraception existe réellement. On constate, par exemple, que les grossesses sont plus fréquentes chez les jeunes filles issues de milieux sociaux défavorisés. Le rapport à la maternité n'est certes pas le même dans les différents groupes sociaux, et la survenue d'une grossesse chez une adolescente ne saurait être systématiquement qualifiée d'accidentelle : pour nombre d'adolescentes la grossesse était en fait désirée et la maternité un moyen d'acquérir une identité et un statut social. Mais il n'en reste pas moins que la fréquence du recours à l'IVG est, elle aussi, plus élevée chez les jeunes filles issues de milieux défavorisés : 1 % des jeunes filles scolarisées dans les filières classiques déclarent avoir déjà eu une IVG, contre 8 % pour celles scolarisées en milieu professionnel".

Répartition de la population adulte en surpoids et obésité par niveau d'instruction en France en 2000



Source : ObEpi 2000

Les nutritionnistes classent les états nutritionnels d'une population à partir des indices de masse corporelle (IMC).

$$\text{IMC} = \frac{\text{Poids (en kg)}}{\text{Taille} \times \text{Taille (en m}^2\text{)}}$$

Un IMC inférieur à 18,5 définit un état de maigreur, compris entre 25 à 27 un surpoids, supérieur à 30 une obésité.

La prévalence de l'obésité est inversement proportionnelle au niveau d'instruction⁽¹⁶⁾

L'indice de masse corporelle est une des mesures synthétiques de l'état de santé d'une personne, qui résume les habitudes alimentaires passées et exprime une situation socio-sanitaire présente.

Le surpoids et l'obésité sont des facteurs de risque de nombreuses maladies à court, moyen et long terme.

Les prévalences de l'obésité sont généralement associées aux situations de pauvreté. Dans l'enquête ObEpi, réalisée auprès d'un échantillon représentatif de la population française de 2 ans et plus, on observe une relation inverse entre le niveau d'instruction et la prévalence de l'obésité. Les personnes ayant poursuivi des études supérieures au-delà du 3ème cycle ont trois fois moins de risque de présenter une obésité par rapport à celles qui n'ont pas le niveau BEPC. Pour le surpoids, qui précède souvent l'obésité, on observe une tendance similaire.

Des pratiques de prévention bucco-dentaire différentes selon les milieux sociaux

La santé bucco-dentaire constitue un exemple d'inégalité sociale de santé chez les enfants. Grâce aux enquêtes auprès des enfants scolarisés répétées dans le temps⁽¹⁷⁾, on a observé dans les années 1970, une forte augmentation du nombre de caries dentaires quel que soit le milieu social d'origine. Depuis cette époque les pratiques d'hygiène dentaire se sont généralisées, surtout dans les catégories les plus favorisées.

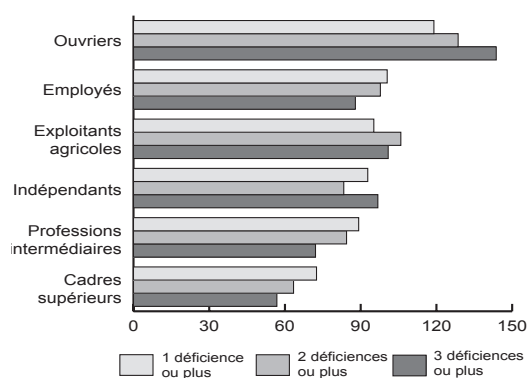
Comme le montre le tableau ci-contre, même si on observe une diminution globale de la fréquence des caries en France, les différences par catégories sociales sont importantes.

En 1998, la proportion de jeunes exempts de caries est de 47 % chez ceux issus des ménages de cadres, contre 32 % chez ceux issus des ménages ouvriers.

Une enquête francilienne montre qu'avant 20 ans, la santé bucco-dentaire est fortement liée au niveau socio-économique.

Une analyse multivariée a permis de définir six types de population, des plus "diligents" à ceux qui ne consultent pas de dentiste. Ces groupes sont dans l'ensemble très corrélés à la CSP du ménage : plus la CSP est élevée, plus les soins et l'hygiène sont bons.

Proportions d'individus à domicile, déclarant au moins un certain nombre de déficiences selon le milieu social, à sexe et âge équivalents en France (indices par rapport à la fréquence moyenne)



Source : INSEE - Enquête HID

Exploitation DREES

L'enquête HID (handicaps-incapacités-dépendance) vise à établir pour la première fois en France une estimation du nombre de personnes touchées par divers types de handicaps - y compris ceux liés aux atteintes de l'âge -, à décrire leur situation sociale, relever l'aide dont ils bénéficient et permettre l'évaluation de celle qui leur serait nécessaire.

Proportion d'enfants indemnes de caries à 12 ans selon la catégorie socio-professionnelle des parents en France

	1990	1993	1998
Agriculteurs	18	27	33
Commerçants, artisans	24	39	38
Cadres supérieurs	34	43	47
Professions intermédiaires	23	31	43
Employés	24	38	43
Ouvriers	21	31	32
Autres	16	25	30
Ensemble	23	35	39

Source : HESCOT P et al., "La santé dentaire en France", 1998.

Le niveau socio-économique n'est toutefois pas le seul facteur de risque. Le niveau de conscience de l'importance d'une bonne hygiène bucco-dentaire est aussi un atout favorisant une bonne santé bucco-dentaire. Cette conscience est liée à l'environnement socioculturel qui repose sur le milieu familial et le parcours éducatif.

Chez les adultes, les enquêtes menées sur la santé bucco-dentaire montrent moins de différences sociales dans la fréquence des caries que chez les jeunes.

Les inégalités sociales sont très marquées dans le domaine du handicap

L'enquête nationale HID^(5,18) met en évidence l'importance des inégalités face au handicap selon le milieu social. Ainsi, la proportion de personnes déclarant au moins une déficience est 1,6 fois plus élevée chez les ouvriers que chez les cadres, après standardisation sur le sexe et l'âge. Pour les moins de 20 ans, un fils d'ouvrier est deux fois plus souvent atteint d'une déficience qu'un enfant de cadre. Ces inégalités sociales sont aussi observées dans la capacité à garder un enfant handicapé au domicile familial. A gravité de handicap égale, la proportion d'enfants handicapés entrant en institution est trois fois plus élevée chez les ouvriers et employés que chez les cadres et les professions intermédiaires.

A l'opposé, près des trois quarts des Franciliens n'ont déclaré aucune difficulté, même légère, pour les activités sur lesquelles ils ont été interrogés, alors qu'en France, seulement deux tiers de la population déclare n'avoir aucun problème. Cet écart peut s'expliquer par la composition sociale de la région où les personnes âgées sont sous-représentées et les classes sociales favorisées sur-représentées.

Partie II

Mortalité générale, mortalité infantile, mortalité prématurée et facteurs de risque

Cette deuxième partie propose une vue d'ensemble de la mortalité en Ile-de-France à travers une exploitation des données de mortalité du service "CépiDC" de l'INSERM. Elle traite de la mortalité générale, de la mortalité infantile, de la mortalité prématurée et de quelques causes de décès importantes en insistant sur les évolutions en cours.

Elle propose également une estimation du nombre de décès prématurés attribuables à une consommation excessive d'alcool et/ou de tabac dans la région.

Tous les résultats régionaux sont comparés à la situation nationale et déclinés, lorsque les données le permettent, pour les huit départements franciliens.

Faits marquants

- *Dans un contexte national de forte réduction de la mortalité à tous les âges, l'Ile-de-France fait partie des régions françaises où l'on vit le plus longtemps. La sous-mortalité francilienne réside notamment dans une très faible mortalité par maladies cardio-vasculaires et, plus généralement, dans une faible mortalité aux âges élevés.*
- *La situation est moins favorable concernant la mortalité des moins de 65 ans : à structure d'âge comparable, la mortalité prématurée francilienne est légèrement inférieure à la moyenne nationale pour les hommes et elle est comparable à la moyenne nationale pour les femmes en raison, notamment, d'un niveau de mortalité par cancer élevé chez les Franciliennes.*
- *On peut estimer qu'environ 26 % des 12 800 décès prématurés masculins et près de 10 % des 6 200 décès prématurés féminins enregistrés chaque année en Ile-de-France sont attribuables à une consommation excessive d'alcool et/ou de tabac.*
- *Une des caractéristiques majeures de la mortalité francilienne (générale, prématurée et infantile) est que la situation régionale recouvre toujours de très fortes disparités départementales ou intra-départementales, qui opposent généralement le centre et le sud-ouest, particulièrement favorisés, au nord-est où la mortalité est plus élevée.*
- *Le taux de mortalité infantile francilien, qui a longtemps figuré parmi les plus bas de France, est aujourd'hui très légèrement supérieur à la moyenne nationale.*

Espérance de vie et mortalité

L'espérance de vie à la naissance ne cesse d'augmenter en France, au rythme d'un an gagné tous les quatre ou cinq ans en moyenne. En 1999, elle est de 75,1 ans pour les Français et de 82,5 ans pour les Françaises. Cette différence de plus de sept ans entre l'espérance de vie des hommes et celle des femmes est une des plus élevées du monde.

En 1999, les Français ont l'espérance de vie que les Françaises avaient à la fin des années soixante.

Jusqu'aux années soixante, les progrès de l'espérance de vie s'expliquaient principalement par la baisse de la mortalité infantile, liée avant tout à la diminution des décès par maladies infectieuses. Depuis les années quatre-vingt, l'essentiel des gains est réalisé grâce au recul de la mortalité aux grands âges et à la réduction de la mortalité par affections cardio-vasculaires. Cette baisse régulière de la mortalité fait que malgré l'augmentation et le vieillissement de la population française, le nombre de décès est étonnamment stable depuis la fin de la seconde guerre mondiale (entre 500 000 et 550 000 décès chaque année en France).

En Ile-de-France, l'espérance de vie est passée, chez les hommes, de 68,6 ans à 76,3 ans entre 1968 et 1999 et chez les femmes de 75,8 ans à 83 ans sur la même période.

Espérance de vie élevée en Ile-de-France

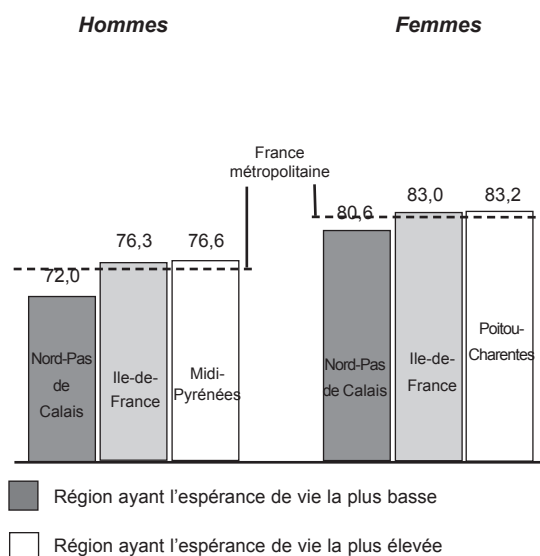
Dans ce contexte d'évolution favorable, les Franciliens ont une espérance de vie constamment supérieure à la moyenne nationale. Cette situation se confirme en 1999, avec une espérance de vie de 76,3 ans pour les hommes en Ile-de-France (+1,2 an par rapport à la moyenne nationale). Il n'y a qu'en région Midi-Pyrénées que l'espérance de vie masculine est supérieure à celle de l'Ile-de-France (76,6 ans). Pour les femmes, l'espérance de vie atteint 83,0 ans en Île-

de-France, soit 0,5 an de plus qu'en France. Dans trois régions : Poitou-Charentes, Pays de la Loire et Rhône-Alpes, les femmes ont une espérance de vie supérieure à celle des Franciliennes. Cette situation particulièrement favorable doit toutefois être nuancée ; d'une part, en raison d'un niveau élevé de mortalité chez les Franciliennes de 50 à 70 ans (voir plus loin) et, d'autre part, en raison de fortes disparités au sein de la région.

Espérance de vie à la naissance en 1999

(en nombre d'années)

La situation en Ile-de-France et les valeurs extrêmes observées dans les régions françaises



Source : INSEE, ORS Ile-de-France

Une situation nettement meilleure dans le centre et l'ouest de l'Ile-de-France

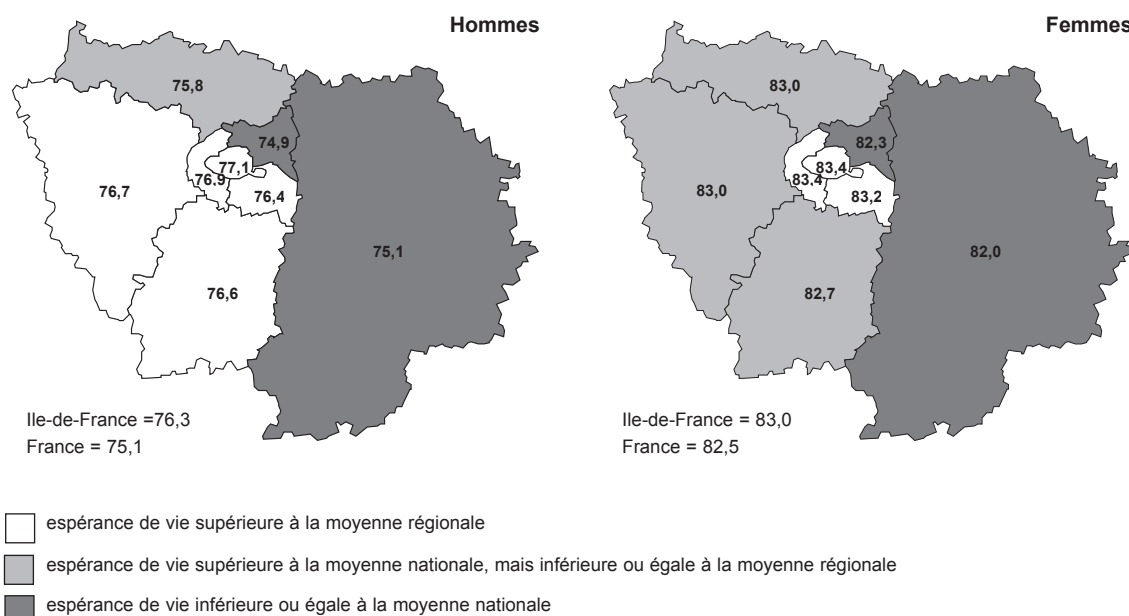
Les Franciliens vivent en moyenne un peu plus longtemps que les Français mais ce résultat relativement favorable est très inégalement partagé dans la région. En effet, la sous-mortalité francilienne recouvre de fortes disparités départementales entre le sud-ouest de la région, où les espérances de vie sont particulièrement élevées, et le nord-est où l'espérance de vie apparaît moins élevée qu'en France.

Pour les deux sexes, les espérances de vie les plus élevées sont observées à Paris et dans les Hauts-de-Seine, tandis que les moins élevées sont observées en Seine-Saint-Denis et en Seine-et-Marne.

Les disparités départementales d'espérance de vie sont un peu plus marquées chez les hommes que chez les femmes : les écarts d'espérance de vie des femmes, en effet, ne dépassent pas 1,4 an entre les plus élevées (Hauts-de-Seine et Paris) et la moins élevée (Seine-et-Marne) alors que l'écart d'espérance de vie des hommes atteint 2,1 ans entre Paris et la Seine-Saint-Denis.

Ces différences de mortalité au sein de la région ne sont pas récentes. Elles s'expliquent, en partie, par des conditions économiques et sociales plus favorables à l'ouest et dans le centre (voir le chapitre consacré aux relations entre santé et social).

Espérance de vie à la naissance dans les départements d'Ile-de-France (en nombre d'années)



Source : INSEE, INSERM

Exploitation ORS Ile-de-France

Surmortalité masculine à tout âge

Entre 1997 et 1999, 74 733 décès ont été enregistrés en moyenne chaque année en Ile-de-France.

La mortalité varie fortement avec l'âge. Relativement élevée pendant la première année de la vie, elle diminue rapidement pour atteindre un minimum entre 5 et 10 ans. Elle augmente à nouveau pendant l'adolescence et suit une progression exponentielle après 20 ans.

Les taux de mortalité des hommes sont à chaque âge plus élevés que ceux des femmes, ce qui se traduit par des décès masculins beaucoup plus nombreux aux âges jeunes : entre 1997 et 1999, en Ile-de-France, 34,4% des décès masculins contre 16,4% des décès féminins sont survenus chez des personnes âgées de moins de 65 ans.

Mortalité générale par sexe et par âge en 1997-1999 en Ile-de-France

	Nombre de décès par an		Taux / 100 000	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
moins d'1 an	449	360	568	476
1 - 14 ans	186	138	18	14
15 - 24 ans	476	181	65	24
25 - 44 ans	2 810	1 333	163	74
45 - 64 ans	8 836	4 163	725	336
65 - 74 ans	7 991	4 879	2 560	1 192
75 - 84 ans	8 404	8 635	5 803	3 420
85 ans et plus	7 913	17 979	16 451	13 368
Tous âges	37 065	37 668	701	668

Source : INSEE, INSERM

Exploitation ORS Ile-de-France

Sous-mortalité francilienne plus marquée chez les hommes que chez les femmes

La comparaison des taux de mortalité franciliens et français à chaque âge (graphique ci-dessous) fait apparaître une situation globalement favorable aux Franciliens :

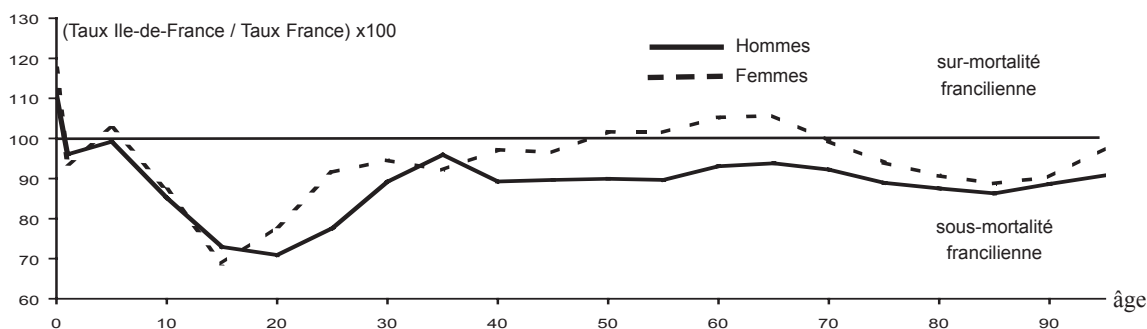
- La mortalité infantile (avant 1 an) est légèrement plus élevée en Ile-de-France qu'en France (et plus particulièrement pour les filles).
- Cette courte période de surmortalité francilienne est aussitôt suivie d'une importante sous-mortalité (jusqu'à -30% par rapport aux taux nationaux) pendant l'enfance, due en grande partie à une moindre mortalité accidentelle dans la région.

- La sous-mortalité se poursuit chez les jeunes adultes des deux sexes, ce qui n'était pas le cas au milieu des années 1990, quand l'Ile-de-France était très touchée par l'épidémie de sida et enregistrait alors une surmortalité notable chez les jeunes adultes (20-34 ans) des deux sexes.

- Après 50 ans, les Franciliens conservent une mortalité inférieure à la moyenne nationale, mais ce n'est pas le cas pour les Franciliennes qui connaissent une surmortalité entre 50 et 70 ans par rapport à leurs homologues de province en raison notamment d'une surmortalité par cancer.

- Aux âges très élevés, la sous-mortalité francilienne est sensible pour les deux sexes.

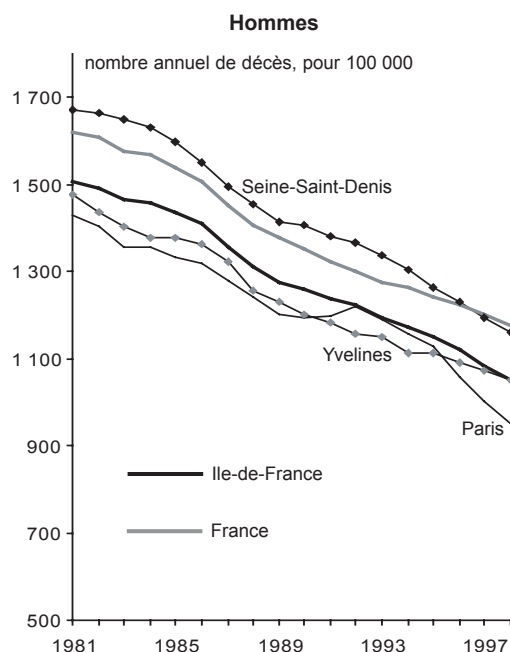
Mortalité en Ile-de-France par rapport à la France métropolitaine selon le sexe et l'âge en 1997-1999



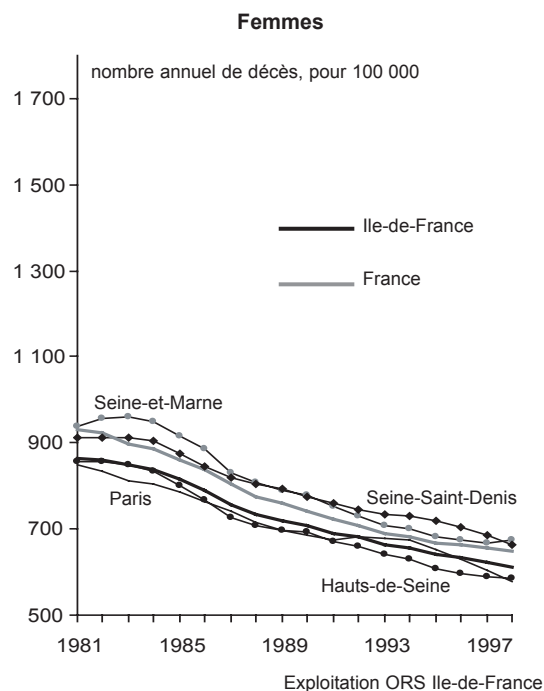
Source : INSEE, INSERM - Exploitation ORS Ile-de-France

Evolution des taux comparatifs de mortalité entre 1980 et 1999

(nombre annuel de décès pour 100 000 personnes, taux lissés sur 3 ans)



Source : INSEE

**Evolution de la mortalité en Ile-de-France : une baisse importante mais de fortes disparités départementales**

Les graphiques ci-dessus présentent l'évolution des taux comparatifs de mortalité (toutes causes) pour chaque sexe entre 1980-82 et 1997-99.

Les courbes épaisses grise et noire représentent respectivement la France et l'Ile-de-France. Sont également portées, sur ces graphiques, les courbes des départements franciliens présentant une situation particulière (mortalité la plus élevée ou la moins élevée de la région, ou évolution caractéristique).

Dans le contexte de baisse de la mortalité qui caractérise l'ensemble de la période, la sous-mortalité francilienne par rapport à la moyenne nationale apparaît constante et concerne aussi bien les hommes que les femmes. Cette sous-mortalité francilienne recouvre toutefois d'importantes disparités départementales.

Pour les hommes, la situation apparaît particulièrement favorable à Paris, qui présente une très nette sous-mortalité pendant la période

considérée sauf pendant les années où la capitale était fortement touchée par l'épidémie de sida (début des années 90). La Seine-Saint-Denis, au contraire présente une sur-mortalité importante. Il n'y a qu'en toute fin de période que le taux comparatif de mortalité masculine de ce département passe (légèrement) en dessous de la moyenne nationale.

Pour les femmes, la situation est également très favorable à Paris et dans les Hauts-de-Seine, surtout en fin de période (pendant les années 1980, certains départements de grande couronne, comme les Yvelines et l'Essonne, avaient une mortalité féminine plus basse que celle observée à Paris et dans les Hauts-de-Seine).

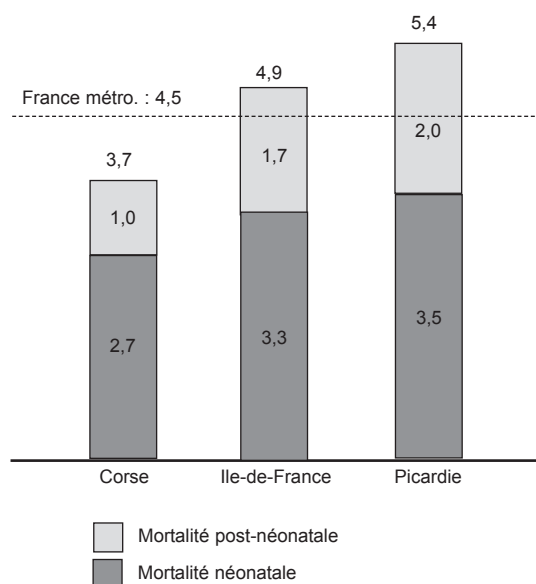
La mortalité féminine apparaît en revanche particulièrement élevée en Seine-et-Marne et en Seine-Saint-Denis. Si la situation tend à s'améliorer dans ce dernier département en fin de période (avec une mortalité qui passe en dessous de la moyenne nationale), la situation relative de la Seine-et-Marne, au contraire, se détériore légèrement.

La mortalité infantile en Ile-de-France

En 1999, en France, 3 183 enfants sont morts avant leur premier anniversaire. La mortalité infantile a décru de manière considérable en France, passant de 18,2 décès pour 1 000 naissances vivantes en 1970 à 4,5 en 1999. Après avoir reculé au 11^{ème} rang mondial en 1994, la France est revenue en 2000 au 8^{ème} rang derrière l'Islande, le Japon, la Suède, la Finlande, la Norvège, la République Tchèque et l'Allemagne. En France comme dans les autres pays ayant atteint des niveaux très bas, la diminution du taux de mortalité infantile est aujourd'hui plus lente.

Taux de mortalité infantile en 1997-1999

Nombre de décès avant 1 an pour 1000 naissances vivantes



Source : INSEE

Exploitation : ORS Ile-de-France

Les cinq principales causes de décès d'enfants de moins d'un an en Ile-de-France en 1997-1999

	Garçons	Filles	Ensemble
Origine périnatale	185	151	335
Anomalies congénitales	88	90	176
Etats morb. mal définis (dont mort sub. nourrisson)	86	60	146
Mal. syst. nerveux	29	17	46
Causes ext. Trauma.	18	10	27
Autres causes	44	32	76
Toutes causes	450	360	810

Source : INSEE-INSERM CépiDC - Exploitation : ORS Ile-de-France

En Ile-de-France, la mortalité infantile légèrement plus élevée qu'en France

Le taux de mortalité infantile francilien, qui a longtemps figuré parmi les plus bas de France, est aujourd'hui très légèrement supérieur à la moyenne nationale. Sur la période 1997-1999, le taux francilien est de 4,9 décès d'enfants de moins d'un an pour 1000 naissances vivantes, légèrement au dessus des 4,5 observés en France métropolitaine. Sur la période considérée, le taux le plus bas est observé en Corse (3,7 pour 1000) et le plus élevé en Picardie (5,4). Précisons toutefois que le taux de la Corse, comme celui des autres régions faiblement peuplées peut considérablement varier d'une année sur l'autre en raison des faibles effectifs en présence.

Environ 800 décès par an en Ile-de-France

Entre 1995 et 1997, chaque année, 810 enfants âgés de moins d'un an sont décédés en Ile-de-France. Le nombre des décès masculins est légèrement supérieur à celui des décès féminins (450 contre 360), car la surmortalité masculine s'observe dès la première année de la vie.

Malgré sa forte baisse, la mortalité infantile demeure relativement élevée : un taux de mortalité aussi élevé que pendant la première année de vie ne se retrouve que chez des personnes âgées de 60 ans environ.

Les principales causes de mortalité infantile sont les affections d'origine périnatale et les anomalies congénitales qui surviennent principalement pendant le premier mois de la vie. Viennent ensuite les signes et états morbides mal définis, rubrique dans laquelle sont classés les morts subites du nourrisson (qui surviennent principalement chez des enfants âgés de trois à six mois).

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

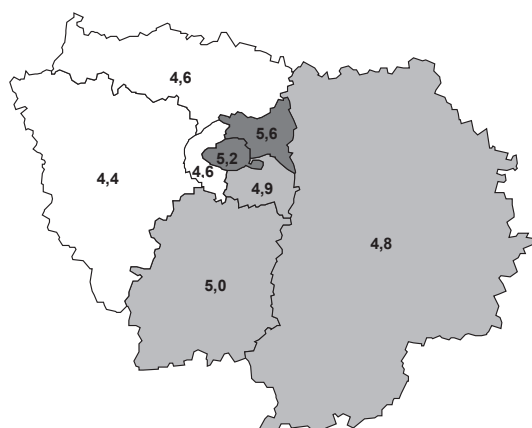
Le taux de mortalité infantile observé en Ile-de-France en 1997-1999 (4,9 décès d'enfants de moins d'un an pour 1000 naissances vivantes) est légèrement supérieur à la valeur observée en France métropolitaine (4,5).

De plus, il présente de fortes disparités départementales. La situation est particulièrement défavorable en Seine-Saint-Denis et à Paris : dans ces départements, les taux de mortalité infantile sont respectivement de 5,6 et 5,2 décès pour 1000 naissances vivantes. Ces valeurs élevées sont dues à une forte mortalité au cours du premier mois de la vie (taux de mortalité

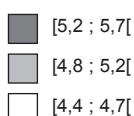
néonatale de 3,9 décès pour 1000 naissances vivantes en Seine-Saint-Denis et de 3,8 à Paris). Aucune région de France métropolitaine n'a un taux de mortalité néonatale aussi élevé que celui observé dans ces deux départements franciliens.

Les taux de mortalité infantile les plus bas s'observent dans les Yvelines, les Hauts-de-Seine et le Val-d'Oise, mais le département des Yvelines est le seul département francilien où le taux de mortalité infantile est (très légèrement) inférieur à la moyenne nationale (4,4 décès pour 1000 naissances vivantes).

Taux de mortalité infantile en 1997-1999
(ICM France métropolitaine = 100)



Nombre de décès pour 1000 naissances vivantes



Taux de mortalité néonatale, post-néonatale et infantile par département en 1997-1999
(taux pour 1000 naissances vivantes)

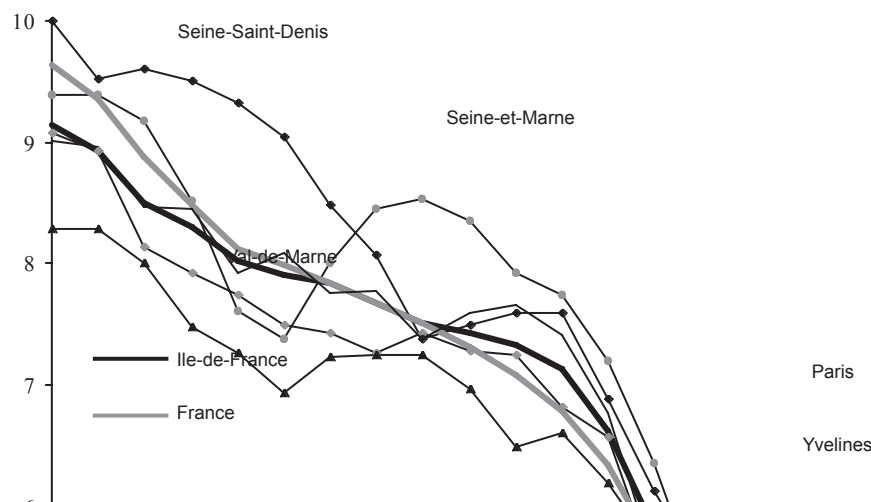
	mortalité néonatale	mortalité post-néonatale	mortalité infantile
Paris	3,8	1,5	5,2
Seine-et-Marne	2,8	2,0	4,8
Yvelines	2,8	1,6	4,4
Essonne	2,9	2,0	5,0
Hauts-de-Seine	3,2	1,4	4,6
Seine-St-Denis	3,9	1,7	5,6
Val-de-Marne	3,0	1,9	4,9
Val-d'Oise	3,3	1,5	4,6
Ile-de-France	3,3	1,7	4,9
France	2,9	1,6	4,5

Source : INSEE

Exploitation : ORS Ile-de-France

Evolution des taux de mortalité infantile entre 1980 et 1999

(nombre de décès d'enfants de moins d'un an pour 1000 naissances, taux lissés sur 3 ans)



Source : INSEE, INSERM - Exploitation ORS Ile-de-France

Au cours des vingt dernières années, la mortalité infantile évolue moins favorablement en Ile-de-France qu'en France

Le taux de mortalité infantile a été divisé par deux en France entre 1980-82 et 1995-97, passant de 9,6 décès à 4,5 décès d'enfants de moins d'un an pour 1000 naissances vivantes. La baisse est sensible pendant toute la période, avec un léger fléchissement toutefois entre le milieu des années 1980 et le début des années 1990 qui s'explique, pour partie, par les difficultés rencontrées alors à combattre la mort subite du nourrisson.

Ce léger ralentissement de la baisse est encore plus perceptible en Ile-de-France, de sorte que le taux régional de mortalité infantile, qui avait toujours été inférieur au taux national, a dépassé ce dernier à la fin des années 1980 et n'est, depuis, jamais repassé au-dessous. De plus, en fin de période, l'écart entre le taux francilien et le taux national semble se creuser légèrement.

Les courbes d'évolutions départementales sont beaucoup plus heurtées que celles de la France ou de la région. A cela deux explications : des effectifs moins nombreux qu'au niveau national ou au niveau régional, pouvant être à l'origine de

variations aléatoires, mais aussi, probablement, des difficultés ponctuelles rencontrées par certains départements dans la lutte contre la mortalité infantile. C'est notamment le cas de la Seine-et-Marne et de la Seine-Saint-Denis. Ce dernier département a longtemps présenté le taux de mortalité infantile le plus élevé de la région avant qu'il ne baisse très fortement à la fin des années 1990 (baisse favorisée par un vaste programme départemental de lutte contre la mortalité périnatale), puis remonte. La Seine-Saint-Denis présente à nouveau, aujourd'hui, le taux de mortalité infantile le plus élevé de la région. En Seine-et-Marne, la forte augmentation du taux de mortalité infantile entre la fin des années 1980 et le début des années 1990 (due pour partie à la mort subite du nourrisson), a été suivie d'une baisse sensible qui place aujourd'hui la Seine-et-Marne parmi les départements franciliens ayant la plus faible mortalité infantile.

A noter, en toute fin de période, l'évolution défavorable du taux de mortalité infantile parisien.

La mortalité prématurée en Ile-de-France

L'allongement de la durée de la vie et le vieillissement de la population conduisent à une augmentation sensible de l'âge moyen au décès. L'âge limite de la vie humaine ne progresse pas (il est toujours de 120 ans environ), mais de plus en plus d'hommes et surtout de femmes accomplissent un parcours de vie presque complet. En 1999, près de la moitié des 535 000 personnes décédées en France avaient plus de 80 ans. En raison de la surmortalité masculine, cette proportion est beaucoup plus élevée chez les femmes (62%) que chez les hommes (33%). Conséquence de cette évolution, les statistiques des causes de décès sont de plus en plus le reflet de la mortalité aux très grands âges, ce qui limite leur utilisation pour évaluer les besoins de prévention. C'est pourquoi les responsables de la santé publique s'intéressent de plus en plus, en France comme dans la plupart des pays comparables, à la mortalité prématurée définie généralement comme la mortalité survenant avant 65 ans. En France, où l'espérance de vie à la naissance dépasse 75 ans pour les hommes et 82 ans pour les femmes, les décès qui se produisent avant 65 ans peuvent en effet être considérés comme prématurés.

En France, une mortalité prématurée parmi les plus élevées d'Europe

En 1999, les décès prématurés ont concerné un peu plus de 109 000 personnes en France métropolitaine, soit environ 20 % de l'ensemble des décès.

Toutefois, cette proportion est très différente selon le sexe. Elle atteint près de 29 % chez les hommes contre 12 % chez les femmes. Les décès prématurés sont donc proportionnellement beaucoup plus fréquents chez les hommes.

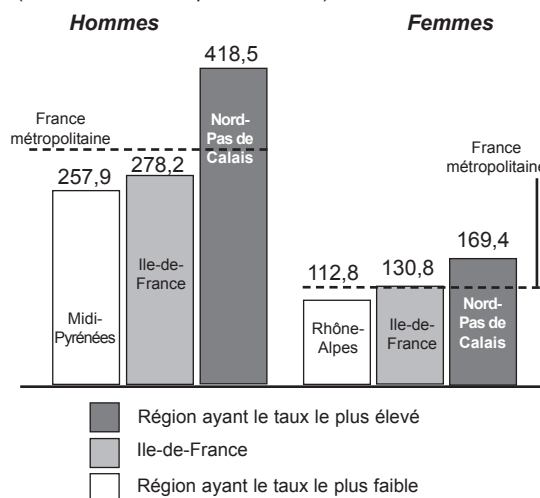
La mortalité prématurée est en constante diminution en France, mais elle demeure plus élevée que dans les pays européens voisins. Ainsi le paradoxe français est de présenter, pour les hommes comme pour les femmes, la meilleure espérance de vie à

65 ans parmi les pays de l'Union européenne mais une mortalité prématurée défavorable.

L'Ile-de-France ne se démarque pas de la moyenne nationale

A structure d'âge comparable, la mortalité prématurée francilienne est légèrement inférieure à la moyenne nationale pour les hommes et elle est comparable à la moyenne nationale pour les femmes. La situation particulièrement favorable de l'Ile-de-France en matière de mortalité générale (tous âges) ne se retrouve donc pas pour la mortalité prématurée. Le niveau de mortalité prématurée défavorable chez les femmes d'Ile-de-France s'explique notamment par un niveau de mortalité par cancer relativement élevé chez ces femmes.

Taux comparatif de mortalité avant 65 ans en 1997-1999
(nombre de décès pour 100 000)



Source : INSEE

Exploitation : ORS Ile-de-France

La notion de décès évitables

Une partie importante de la mortalité prématurée s'avère "évitable". En effet, plus de la moitié des décès survenant avant 65 ans sont dus à des causes dont la maîtrise ne nécessite généralement ni connaissance médicale supplémentaire, ni équipement nouveau.

On peut associer à chaque cause de décès évitable une modalité d'action qui serait la plus efficace pour la prévenir. Deux catégories d'actions sont susceptibles de réduire la mortalité des moins de 65 ans :

- la première porte sur la modification de certains comportements individuels, en particulier l'alcoolisme, le tabagisme, la conduite routière...
- la seconde concerne l'amélioration de la prise en charge des personnes par le système de soins, en particulier la prévention de certaines pathologies par le dépistage.

Selon le sexe, la lutte contre la mortalité évitable passe davantage par l'une de ces modalités que par l'autre :

- chez les hommes, les trois quarts des décès évitables le sont par modification des comportements individuels,
- chez les femmes, la moitié des décès évitables le sont par une amélioration de la prise en charge des personnes par le système de soins.

Les disparités de mortalité prématurée sont importantes en Ile-de-France

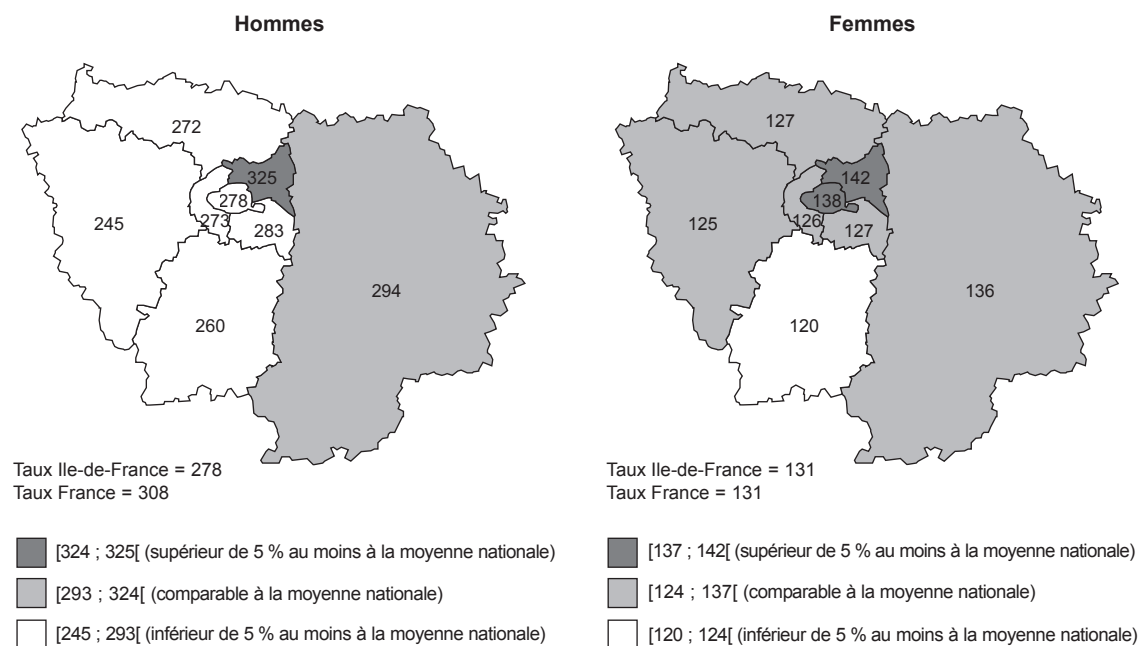
Chez les hommes, un seul département francilien, la Seine-Saint-Denis, présente un taux comparatif supérieur à la moyenne nationale (325 pour 100 000, soit 5,5 % de plus que la moyenne nationale). Tous les autres départements franciliens, y compris la Seine-et-Marne (294 pour 100 000), ont un taux comparatif de mortalité prématurée masculine inférieur à la moyenne nationale. Cette sous-mortalité est de 4,5 % en Seine-et-Marne, mais elle atteint 20 % dans les Yvelines.

Chez les femmes, c'est également la Seine-Saint-Denis qui enregistre le taux comparatif de mortalité prématurée le plus élevé (142 pour

100 000, soit presque 9 % de plus qu'en moyenne nationale), puis Paris (138 pour 100 000, soit 5,5 % de plus que la moyenne nationale). La mortalité prématurée féminine dépasse la moyenne nationale en Seine-et-Marne également (+ 4 %) et seul le département de l'Essonne se distingue par une réelle sous-mortalité prématurée féminine (120 pour 100 000, soit 8 % de moins que la moyenne nationale).

Les disparités départementales de mortalité prématurée sont plus marquées chez les hommes (+ 33 % en Seine-Saint-Denis par rapport aux Yvelines) que chez les femmes (+ 18 % en Seine-Saint-Denis par rapport à l'Essonne).

Taux comparatifs de mortalité avant 65 ans en 1997-1999 (nombre de décès pour 100 000)

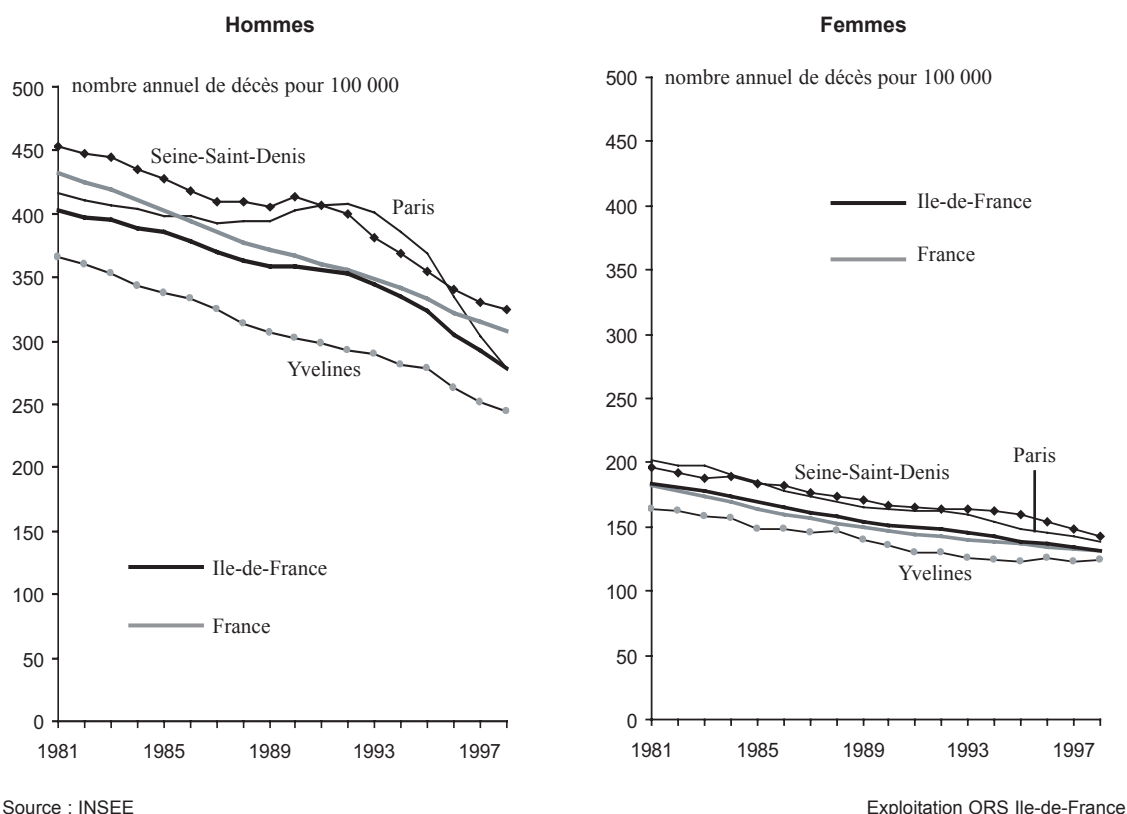


Source : INSEE

Exploitation : ORS Ile-de-France

Evolution des taux comparatifs de mortalité prématurée (avant 65 ans) entre 1980 et 1999

(nombre annuel de décès pour 100 000 personnes, taux lissés sur 3 ans)

**Baisse de la mortalité prématurée depuis 20 ans, avec de fortes disparités départementales**

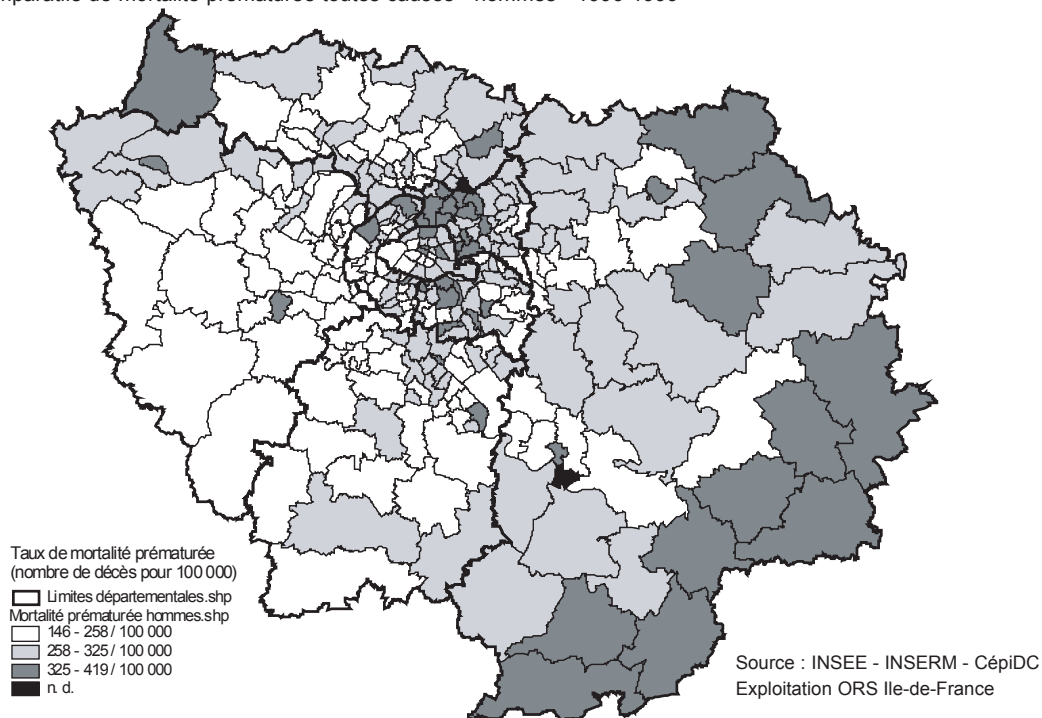
La baisse de la mortalité prématurée est sensible entre 1980-82 et 1997-99. En France, le taux masculin est passé de 432 à 308 décès pour 100 000, soit une baisse de près de 29%. Le taux féminin a connu une baisse comparable, passant de 182 à 131 décès pour 100 000. La baisse est légèrement plus importante en Ile-de-France (-31% chez les hommes et -29% chez les femmes) mais beaucoup moins régulière car la région a été fortement touchée par l'épidémie de sida au début des années 1990. C'est le sida, en effet, qui explique la déformation des courbes franciliennes (masculine en particulier) au début des années 1990. Cette déformation est particulièrement sensible dans les départements du centre de la région et notamment à Paris où l'on observe

pendant plusieurs années une forte augmentation de la mortalité prématurée, puis une baisse tout aussi rapide. La Seine-Saint-Denis connaît une évolution comparable, qui ne fait qu'aggraver une surmortalité déjà sensible pendant toute la période dans ce département. A l'inverse, le département des Yvelines (dans une moindre mesure celui de l'Essonne), se distingue par une sous-mortalité prématurée très sensible pour les deux sexes pendant toute la période.

Pendant la période considérée, les disparités de la mortalité prématurée observées dans les départements franciliens ont tendance à diminuer légèrement chez les femmes, mais à s'accroître chez les hommes : en début de période, le taux comparatif masculin de la Seine-Saint-Denis était supérieur de 24% à celui des Yvelines, en fin de période, cette différence atteint 33%.

La mortalité prématurée dans les cantons d'Ile-de-France

Taux comparatifs de mortalité prématurée toutes causes - hommes - 1996-1999



Les disparités de la mortalité prématurée s'observent dans un découpage cantonal et tendent à partager l'Ile-de-France selon un axe nord-ouest/sud-est passant par le centre de Paris. Les disparités sont particulièrement sensibles chez les hommes.

Les caractères urbain/rural ou central/périphérique ne semblent pas exercer d'influence déterminante sur le niveau de mortalité de la population francilienne puisque, dans Paris comme en proche couronne et en grande couronne, se côtoient des zones présentant un faible niveau de mortalité et d'autres présentant au contraire une surmortalité. Les disparités observées en matière de mortalité trouvent plus vraisemblablement leur origine dans les importantes disparités socio-économiques qui caractérisent la région (cf les fortes similitudes avec la carte de la pauvreté communale en p.19). A l'échelle du canton et pour les deux sexes, la mortalité prématurée (mortalité des moins de 65 ans) apparaît particulièrement basse dans une zone centrale couvrant les arrondissements de l'ouest parisien, le sud des Hauts-de-Seine et la partie orientale des Yvelines. Ce secteur urbanisé se caractérise par ailleurs par une situation socio-

économique très favorable avec, en particulier, une forte proportion de cadres.

Au contraire, l'ouest de la Seine-Saint-Denis dessine une importante zone de surmortalité qui se prolonge au nord dans le département du Val-d'Oise et à l'ouest dans les Hauts-de-Seine. Ce secteur également très urbanisé concentre les difficultés économiques avec une forte population ouvrière, un taux de chômage très supérieur à la moyenne et une forte population étrangère.

Outre ces deux secteurs au profil très distinct, l'analyse cantonale révèle par ailleurs des poches isolées de surmortalité dans le Val-de-Marne et en grande couronne, notamment en Seine-et-Marne et dans le Val-d'Oise, avec le plus souvent un prolongement dans les régions voisines.

Cette analyse ne distingue pas les causes des décès prématurés, mais celles-ci diffèrent beaucoup entre par exemple les arrondissements du centre de Paris (mortalité prématurée élevée principalement en raison du sida), ceux de Seine-Saint-Denis (cancers) et les cantons situés en périphérie de la Seine-et-Marne (sur-représentation des accidents et des maladies cardio-vasculaires chez les moins de 65 ans).

Les principales causes de mortalité prématurée en Ile-de-France en 1997-1999

	Hommes			Femmes		
	Nbre de décès	%	% France	Nbre de décès	%	% France
Ensemble des tumeurs	4 647	36,4	36,6	2 759	44,7	43,9
dont poumon	1 348	10,6	10,5	302	4,9	4,1
dont voies aéro-digestives supérieures	799	6,3	6,6	110	1,8	1,6
dont intestin	278	2,2	2,3	212	3,4	3,6
dont sein	36	0,0	0,0	830	13,4	12,8
dont utérus	-	-	-	171	2,8	2,7
Accidents, morts violentes	1 846	14,5	20,7	728	11,8	16,0
dont accident de la circulation	510	4,0	6,2	173	2,8	4,5
dont suicides	545	4,3	7,4	239	3,9	6,0
Ensemble des affections cardio-vasculaires	1 765	13,8	15,9	600	9,7	11,7
dont cardiopathies ischémiques	705	5,5	6,6	134	2,2	2,6
dont maladies vasculaires cérébrales	358	2,8	2,9	195	3,2	3,6
Alcoolisme	749	5,9	6,7	303	4,9	5,5
Sida	323	2,5	1,1	78	1,3	0,6
Autres causes	3 429	26,9	19,1	1 708	27,7	22,2
Toutes causes	12 758	100,0	100,0	6 175	100,0	100,0

Source : INSEE, INSERM - Exploitation ORS Ile-de-France

Les cancers, principale cause de mortalité prématurée

En Ile-de-France comme en France, les principales causes de mortalité prématurée sont les cancers, les accidents et autres morts violentes et les affections cardio-vasculaires.

L'Ile-de-France se distingue cependant de la moyenne nationale par une moindre mortalité accidentelle, qui représente moins de 15 % de la mortalité prématurée masculine contre un peu plus de 20 % en France (respectivement 11,8 % et 16,0 % de la mortalité prématurée féminine) et par une moindre importance de la mortalité cardio-vasculaire chez les moins de 65 ans des deux sexes.

L'Ile-de-France présente également une moindre mortalité prématurée par alcoolisme, notamment chez les hommes. En revanche, la mortalité par sida pèse deux fois plus dans la région qu'en France aussi bien pour les hommes (2,5 % de la mortalité prématurée) que pour les femmes (1,3 %). La baisse de la mortalité par sida est très sensible depuis 1995 (jusqu'à 2 000 décès

prématurés en 1994 et en 1995 contre un peu plus de 300 en 1999), mais la surmortalité francilienne pour cette cause demeure importante. Les cancers responsables du plus grand nombre de décès avant 65 ans sont le cancer du poumon chez l'homme (10,5 % des décès prématurés masculins en France, 10,6 % en Ile-de-France) et le cancer du sein chez la femme, responsable de 13,4 % de la mortalité prématurée féminine dans la région (12,8 % en France).

Chez les femmes, le cancer du poumon représente 4,1 % des décès prématurés en France, mais 4,9 % en Ile-de-France, et la mortalité des femmes pour cette cause ne cesse de progresser.

Il faut noter, enfin, l'importance de la ligne "autres causes" en Ile-de-France. Dans cette rubrique sont classés notamment les décès de "cause inconnue", plus nombreux en Ile-de-France en raison d'un mauvais retour d'information de l'institut médico-légal. Certains de ces décès sont en réalité des décès accidentels, ce qui relativise d'autant la sous-mortalité accidentelle en Ile-de-France.

Alcool, tabac et mortalité prématurée en Ile-de-France

Malgré les efforts des médecins certificateurs pour remonter à l'origine du processus morbide ayant entraîné la mort et pour y associer des facteurs ayant pu y contribuer, la consommation d'alcool et de tabac apparaît rarement comme cause de décès dans les statistiques médicales des causes de décès (très rarement notifiée en cause principale, un peu plus souvent en cause associée).

Certains travaux permettent pourtant d'estimer, qu'en France, le tabac est responsable d'environ 66 000 décès chaque année et l'alcool d'environ 45 000 décès. Environ 20 % des 530 000 décès enregistrés chaque année en France pourraient donc être attribués à ces comportements. Les effets sur la morbi-mortalité des consommations d'alcool et de tabac sont beaucoup plus importants chez les hommes que chez les femmes (59 000 décès masculins contre 7 400 décès féminins attribuables au tabac en 1999). Cette différence s'explique par des consommations plus anciennes et plus importantes chez ceux-ci tant pour le tabac que pour l'alcool. Mais le fait que, chez les jeunes, les filles et les garçons fument aujourd'hui dans

des proportions similaires laisse craindre, pour l'avenir, un accroissement important de la morbi-mortalité d'origine tabagique chez les femmes.

Pour évaluer le nombre des décès pouvant être attribués à ces comportements chez les moins de 65 ans en Ile-de-France, l'ORS a repris et adapté des travaux réalisés au niveau national pour l'année 1986 (voir encadré page suivante).

A. NIZARD et F. MUNOZ-PEREZ⁽¹⁹⁾ ont estimé pour chaque cause de décès, par sexe et par grande tranche d'âges, la part attribuable à l'alcool et au tabac à partir d'une analyse détaillée des décès de la période 1950 à 1986 et une confrontation des niveaux de mortalité avec le niveau des consommations d'alcool et de tabac. Ces travaux ont permis de dresser une liste des principales causes pour lesquelles une part importante des décès prématurés peut être attribuée à l'alcool et/ou au tabac : il ressort, par exemple, que 6 % des décès par maladies de l'appareil circulatoire chez les femmes de moins de 65 ans seraient attribuables au tabac, alors que 100 % des décès par psychoses et dépendances alcooliques seraient attribuables à l'alcool.

Estimation de la mortalité prématurée liée à la consommation d'alcool et/ou de tabac en Ile-de-France (moyenne annuelle - période 1997-1999)

	Nombre total de décès prématurés enregistrés		Proportion* décès imputables à l'alcool et/ou au tabac (%)		Nombre de décès prématurés imputables alcool et/ou tabac	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
1- Principales causes liées à l'alcoolisme						
Psychoses et dépendances alcooliques	183	56	100,0	100,0	183	56
Cirrhose alcoolique et s.p. du foie	566	247	92,0	92,0	521	227
Total 1	749	303			704	283
2- Principales causes liées au tabagisme						
Cancer de la trachée, des bronches et du poumon	1 348	302	80,0	60,0	1 078	181
Cancer du pancréas	188	100	35,0	10,0	66	10
Cancer du rein et org. urinaires autres et non précisés	95	38	35,0	10,0	33	4
Cancer de la vessie	118	19	60,0	10,0	71	2
Bronchite chronique et maladies obstructives du poumon	105	39	55,0	50,0	58	20
Maladies appareil circulatoire	1 765	601	30,0	6,0	530	36
Total 2	3 619	1 099			1 836	253
3- Principales causes liées à l'éthylotabagisme						
Cancer de la cavité buccale et du pharynx	406	59	95,0	70,0	386	41
Cancer de l'oesophage	255	41	85,0	35,0	217	14
Cancer du larynx	139	11	90,0	45,0	125	5
Total 3	800	111			728	61
Total 1, 2, 3	5 168	1 513	63,2	39,4	3 267	596
Toutes causes	12 763	6 177	25,6**	9,7**	3 267**	596**

Source : pour le nombre de décès : INSERM-CépiDc - pour les proportions attribuables à l'alcool et/ou au tabac : Alfred NIZARD, Francisco MUNOZ-PEREZ, Alcool, tabac et mortalité en France depuis 1950. Essai d'évaluation du nombre des décès d'alcool et de tabac en 1986, Editions de l'INED, 1993-N°3 et N°4. Réf (19).

** pour les seules causes de décès retenues ici (des décès classés dans d'autres rubriques peuvent également être attribués à l'alcool et/ou au tabac).

L'alcool et le tabac responsables d'environ 4 000 décès prématurés chaque année en Ile-de-France

Environ 1 000 décès de personnes âgées de moins de 65 ans peuvent être attribués chaque année à la **consommation d'alcool** en Ile-de-France (704 hommes et 283 femmes). Il s'agit de décès par cirrhoses alcooliques et par psychoses alcooliques, pathologies fortement liées à la consommation d'alcool puisque l'on estime que 100 % des premières et 92 % des secondes sont attribuables à la consommation excessive d'alcool.

Les décès prématurés **attribuables au tabac** sont deux fois plus nombreux que ceux attribuables à l'alcool (1 836 hommes et 253 femmes) et la sur-représentation des hommes est encore plus affirmée que pour l'alcool.

Le cancer du poumon constitue la principale pathologie attribuable au tabac et l'on estime que 80 % des décès prématurés masculins et 60 % des décès prématurés féminins par cancer du poumon seraient attribuables au tabac en Ile-de-France.

D'autres cancers (pancréas, rein, vessie) sont également attribuables au tabac mais dans de moindres proportions.

Le tabac est également responsable d'environ la moitié des décès prématurés par bronchite chronique, mais cette cause de décès reste relativement peu importante avant 65 ans.

Beaucoup plus nombreux sont les décès prématurés par maladies de l'appareil circulatoire, et si la part attribuable au tabac semble modeste pour ces pathologies, de 30 % chez les hommes et de 6 % chez les femmes, elles pèsent lourdement dans la mortalité prématurée attribuable au tabac.

Enfin, près de 800 décès prématurés (728 hommes et 61 femmes) sont attribuables à **l'association alcool-tabac**.

Les principales pathologies favorisées par

l'association alcool-tabac sont les cancers des voies aéro-digestives et l'on estime qu'environ 90 % des décès prématurés par cancers des VADS chez les hommes et plus de la moitié chez les femmes peuvent être attribués à l'éthylotabagisme.

Pour les seules pathologies prises en compte dans ce tableau, l'alcool et le tabac apparaissent responsables, chaque année, du décès de près de 3 900 Franciliens âgés de moins de 65 ans (3 267 hommes et 596 femmes).

Ainsi, près de 26 % des décès masculins et près de 10 % des décès féminins prématurés peuvent être attribués à ces consommations en Ile-de-France.

Des chiffres probablement sous-estimés

Rappelons que l'on tient compte ici des seules causes de décès pour lesquelles la part attribuable à l'alcool et au tabac est importante. En ajoutant à ce décompte d'autres pathologies dont la part attribuable est plus faible ou difficilement quantifiable (morts violentes attribuables à l'alcool, par exemple) on obtiendrait des proportions sensiblement plus élevées et certainement plus proches de la réalité.

Les estimations du nombre de décès prématurés attribuables à l'alcool et au tabac en Ile-de-France en 1997-99 reprennent les estimations réalisées par A. NIZARD et F. MUNOZ-PEREZ en France en 1986 ().*

Par rapport aux travaux réalisés en 1986, l'ORS a apporté une modification dans la proportion de décès prématurés par cancer du poumon imputables au tabac chez les femmes. En effet, le taux comparatif de mortalité prématurée par cancer du poumon chez la femme était de 3,1 décès pour 100 000 en France en 1986 alors qu'il est de 6,4 en Ile-de-France en 1997-99 (un peu plus du double). En prenant l'hypothèse que cette augmentation est la conséquence de l'augmentation du tabagisme féminin, la part attribuable au tabac dans les décès par cancer du poumon passe alors de 30 % à 60 %.

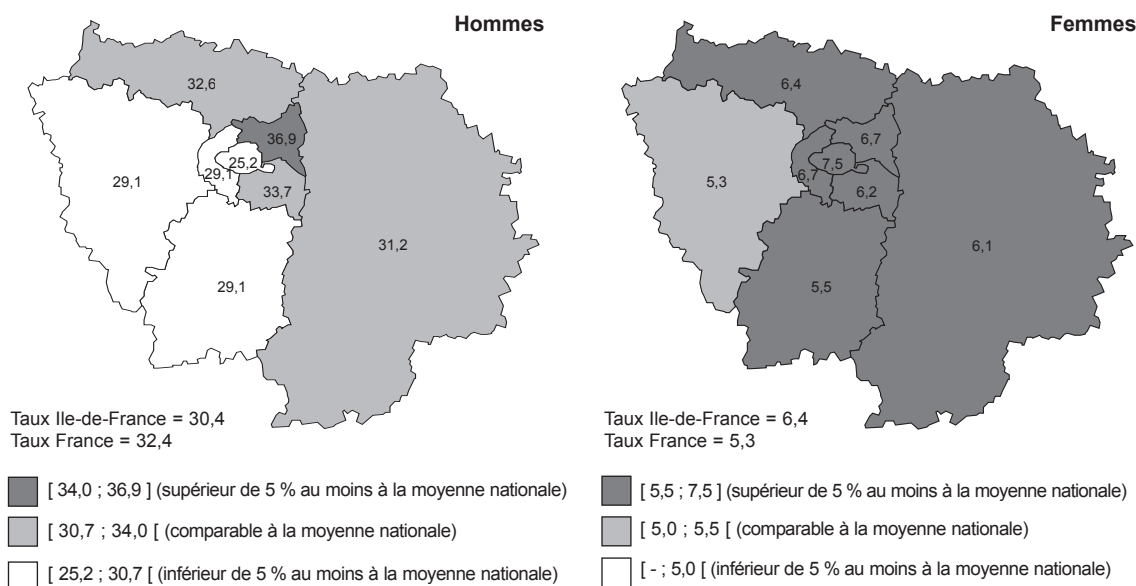
Les autres parts attribuables n'ont pas été modifiées bien que certaines pathologies (le cancer du pancréas par exemple) aient également progressé chez les femmes.

Chez les hommes, les parts attribuables n'ont pas été modifiées, les niveaux de mortalité prématurée des hommes ayant peu évolué pour ces pathologies (elles ont pour la plupart légèrement baissé, suite à la légère baisse de consommation de tabac observée chez les hommes depuis vingt ans).

() voir bibliographie*

Taux comparatifs de mortalité prématurée par cancer du poumon en 1997-1999

(nombre de décès pour 100 000)



Source : INSEE, INSERM-CépiDc

Exploitation : ORS Ile-de-France

Mortalité prématurée par cancer du poumon élevée chez les Franciliennes

Les pathologies favorisées par le tabac sont nombreuses, mais le cancer des bronches et du poumon constitue de loin la principale cause de mortalité prématurée attribuable au tabac. Selon certaines études, la consommation de tabac augmenterait le risque de cancer du poumon d'un facteur allant jusqu'à 20.

De nombreuses études épidémiologiques ont montré le lien étroit entre la consommation tabagique dans une population et son niveau de mortalité par cancer du poumon. Le décalage entre exposition au tabac et survenue du décès est de l'ordre de vingt à quarante années ce qui signifie que les niveaux de mortalité de la période retenue ici (1997-1999) sont les conséquences du tabagisme des années 1960 à 1980.

Au cours de ces décennies, le tabagisme était beaucoup plus fréquent chez les hommes que chez les femmes et, de fait, le niveau de mortalité prématurée par cancer du poumon des hommes est, en France, un peu plus de six fois supérieur à celui des femmes. En Ile-de-France, la surmortalité masculine est beaucoup moins marquée pour cette pathologie (rapport de 4,8 "seulement") sous l'effet conjoint d'une légère sous-mortalité masculine (30,4 décès pour

100 000 contre 32,4 en France) et d'une surmortalité féminine (6,4 décès pour 100 000 contre 5,3 en France). Bien que les données détaillées de consommation tabagique soient peu nombreuses, il semble que ces caractéristiques de la mortalité par cancer du poumon soient bien le reflet d'une consommation masculine qui s'est stabilisée plus tôt en Ile-de-France qu'en province et d'une consommation féminine qui, au contraire, a progressé plus tôt en Ile-de-France qu'en province.

Au sein de la région, les disparités de mortalité par cancer du poumon sont importantes.

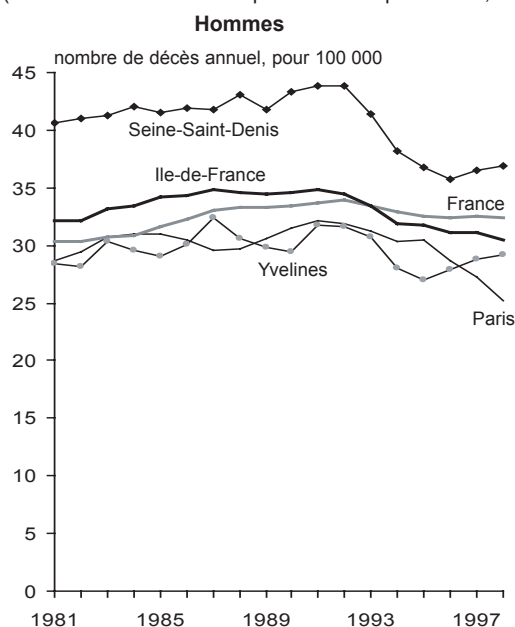
Chez les hommes, la situation apparaît particulièrement favorable à Paris et dans l'ouest de la région, mais beaucoup moins bonne en Seine-Saint-Denis.

Chez les Franciliennes, qui présentent le niveau de mortalité féminin par cancer du poumon le plus élevé de toutes les régions de France, la surmortalité s'observe dans tous les départements à l'exception des Yvelines.

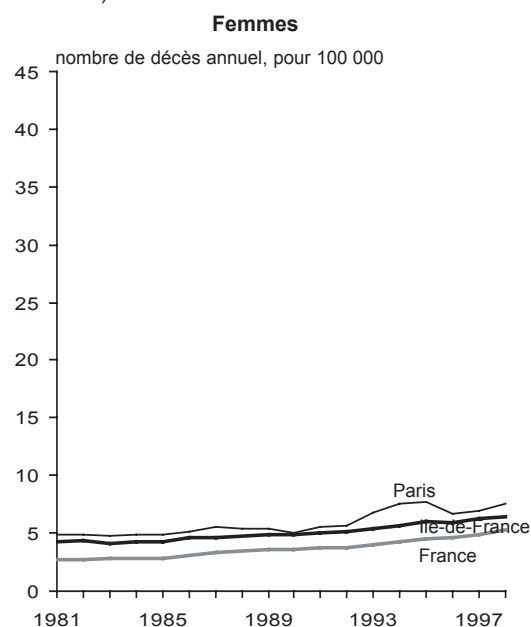
A noter la situation de Paris, qui présente le plus faible niveau de mortalité prématurée par cancer du poumon chez les hommes et le plus élevé chez les femmes. Dans la capitale, le rapport de surmortalité masculine pour cette pathologie n'est que de 3,4, contre un peu plus de 6 en France.

Evolution des taux comparatifs de mortalité prématurée par cancer du poumon entre 1980 et 1999

(nombre de décès annuel pour 100 000 personnes, taux lissés sur 3 ans)



Source : INSEE, INSERM-CépiDc



Exploitation : ORS Ile-de-France

Alors que la mortalité prématurée a beaucoup baissé depuis vingt ans pour les deux sexes, la mortalité par cancer du poumon a connu une évolution beaucoup moins favorable.

Légère baisse de la mortalité prématurée par cancer du poumon chez les hommes...

Chez les hommes, la mortalité prématurée par cancer du poumon a augmenté en Ile-de-France jusqu'au début des années 1990, passant de 32,1 décès pour 100 000 en 1981 à 33,9 en 1992. Elle a diminué ensuite très fortement et le taux est de 30,4 décès pour 100 000 en 1998, en baisse de 5 % par rapport à 1981.

Par rapport à la France, les Franciliens connaissent une situation de surmortalité jusqu'en 1993, puis une situation de sous-mortalité.

Au sein de la région, les situations départementales sont très variables :

la Seine-Saint-Denis connaît le taux le plus élevé pendant toute la période (jusqu'à 43,9 décès pour 100 000 en 1991 dans ce département), Paris connaît une baisse particulièrement marquée en fin de période, tandis que les Yvelines, département où la mortalité prématurée par cancer du poumon est la plus basse connaît une légère

hausse en fin de période, contrastant avec le reste de la région.

... mais hausse chez les femmes

Chez les femmes, la mortalité prématurée par cancer du poumon est très inférieure à celle des hommes, mais son évolution est inquiétante.

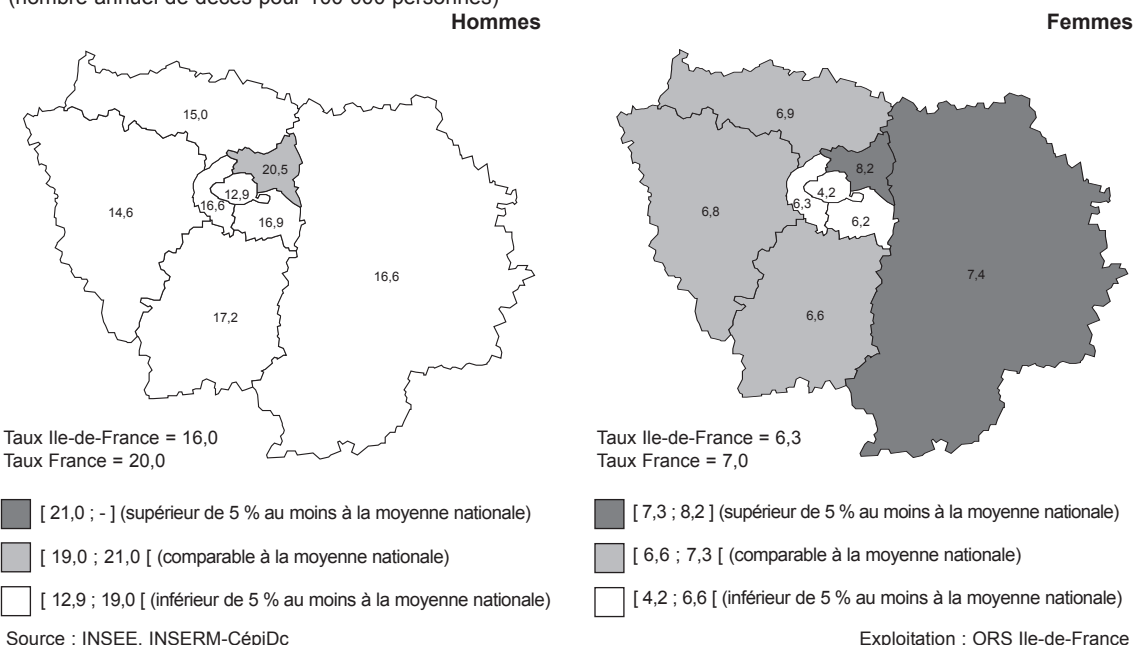
Entre 1981 et 1998, le taux francilien est passé de 4,2 à 6,4 décès pour 100 000, en augmentation de 52 %.

Le taux français est inférieur à celui de l'Ile-de-France pendant toute la période, mais il connaît une progression encore plus marquée, passant de 2,7 à 5,3 décès pour 100 000 (+ 98 %).

Au sein de l'Ile-de-France, Paris se distingue par une surmortalité sensible par cancer du poumon chez les femmes de moins de 65 ans pendant toute la période (qui tranche avec la sous-mortalité observée chez les Parisiens).

Les évolutions du tabagisme au cours des dernières années (stabilisation, voire légère baisse de la consommation chez les hommes et augmentation chez les femmes), laissent craindre, pour l'avenir, une poursuite de la progression de la mortalité par cancer du poumon chez les femmes.

Taux comparatifs de mortalité prématurée par psychose alcoolique et cirrhose alcoolique en 1997-1999
(nombre annuel de décès pour 100 000 personnes)



Sous-mortalité par psychose alcoolique et cirrhose du foie en Ile-de-France...

La quasi-totalité des décès prématurés par psychose alcoolique et par cirrhose alcoolique du foie peut être attribuée à une consommation excessive d'alcool. En cela, la mortalité due à ces pathologies, qualifiée de "mortalité alcoolique" constitue un bon indicateur de la consommation d'alcool dans une population.

En France, la mortalité prématurée par psychose alcoolique et par cirrhose du foie est près de trois fois plus élevée chez les hommes (taux comparatif de 20 décès pour 100 000) que chez les femmes (7 décès pour 100 000).

En Ile-de-France, la mortalité alcoolique est un peu moins élevée qu'en France pour les deux sexes, mais la situation est surtout meilleure pour les hommes (16 décès pour 100 000), de sorte que la surmortalité masculine est un peu moins marquée dans la région pour ces pathologies (rapport de 2,5).

... mais des disparités départementales importantes

La mortalité d'origine alcoolique n'affecte pas tous

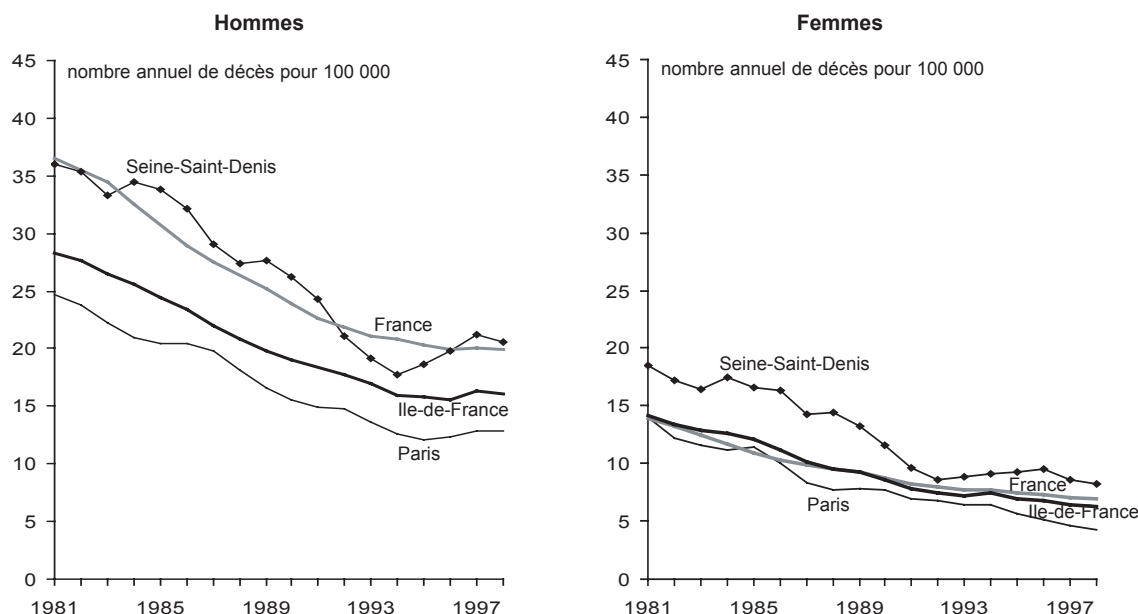
les départements franciliens de la même façon.

Chez les hommes, tous les départements franciliens présentent une sous-mortalité sensible pour ces pathologies à l'exception notable de la Seine-Saint-Denis où la mortalité alcoolique est très légèrement supérieure à la moyenne nationale (20,5 décès pour 100 000).

Chez les femmes, la situation est très contrastée avec trois départements qui présentent une sous-mortalité alcoolique dans le centre de la région (Paris, Hauts-de-Seine et Val-de-Marne) et deux départements qui présentent, au contraire, une sur-mortalité par rapport à la moyenne nationale (Seine-et-Marne et surtout Seine-Saint-Denis).

Pour ces pathologies fortement liées à la consommation d'alcool, il faut noter la très nette opposition entre Paris (sous-mortalité de 36% pour les hommes et de 40 % pour les femmes par rapport à la situation nationale) et la Seine-Saint-Denis qui présente une légère sur-mortalité pour les hommes (+ 2,5 %) et une sur-mortalité beaucoup plus marquée pour les femmes (+ 17 %).

Evolution des taux comparatifs de mortalité prématurée par psychose alcoolique et cirrhose alcoolique entre 1980 et 1999
(nombre annuel de décès pour 100 000 personnes, taux lissés sur 3 ans)



Source : INSEE, INSERM-CépiDc

Exploitation : ORS Ile-de-France

Sous-mortalité francilienne par psychose alcoolique et cirrhose du foie

Entre 1980-82 et 1997-99, la mortalité prématurée par psychose alcoolique et cirrhose alcoolique a baissé, en France, de 45 % chez les hommes et de 50 % chez les femmes (données lissées sur trois années). En Ile-de-France, la baisse est un peu moins marquée chez les hommes, (- 43 %), mais un peu plus chez les femmes (- 55 %).

Il s'agit de baisses considérables, bien supérieures à celles observées pour la mortalité prématurée toutes causes (baisse de 29 % de la mortalité prématurée toutes causes chez les hommes et de 28 % chez les femmes sur la même période). Elles sont la conséquence de la diminution globale de la consommation d'alcool en France depuis les années 50.

On peut déplorer, toutefois, que l'essentiel des baisses concerne les années 80, alors que se dessine une stabilisation des niveaux de mortalité alcoolique depuis le milieu des années 90, voire même une très légère augmentation chez les hommes, notamment en Ile-de-France.

De fortes disparités départementales

Au sein de l'Ile-de-France, deux départements se distinguent très nettement de la moyenne régionale :

- Paris, en raison d'une sous-mortalité alcoolique très marquée pendant toute la période chez les hommes et une sous-mortalité qui se confirme dès la fin des années 80 chez les femmes ;

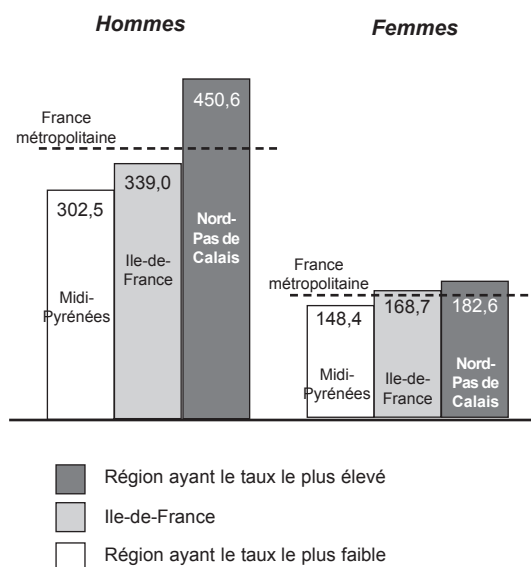
- la Seine-Saint-Denis, en raison, au contraire, d'une sur-mortalité alcoolique.

Chez les hommes, la situation de ce département est de loin la plus mauvaise des huit départements franciliens mais assez proche de la moyenne nationale.

Chez les femmes, le niveau de la mortalité alcoolique est très supérieur à la moyenne régionale mais également très supérieur à la moyenne nationale, notamment en début de période.

La mortalité par cancer en Ile-de-France

Taux comparatif de mortalité par cancer en 1997-99
(nombre de décès pour 100 000)



Les cancers sont la première cause de décès en Ile-de-France

Pendant la période 1997-1999, les cancers ont provoqué le décès de 22 174 personnes chaque année en Ile-de-France : 12 657 hommes et 9 517 femmes.

Les cancers sont la première cause de décès en Ile-de-France (première cause de décès chez les hommes et seconde cause de décès chez les femmes après les affections cardio-vasculaires). Ils sont responsables de 29,7 % du total des décès franciliens.

A structure d'âge comparable, la mortalité par cancer est légèrement inférieure à la moyenne nationale pour les hommes (339 décès pour 100 000 personnes, contre 357 en France) et légèrement supérieure à la moyenne nationale pour les femmes (169 décès pour 100 000 personnes, contre 161 en France).

Mortalité par cancer par sexe et par âge en Ile-de-France en 1997-1999

	Nombre de décès par an		Taux / 100 000	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
moins d'1 an	7	2	9	3
1 - 14 ans	34	28	3	3
15 - 24 ans	36	22	5	3
25 - 44 ans	493	471	29	26
45 - 64 ans	4 077	2 235	335	180
65 - 74 ans	3 670	2 147	1 176	525
75 - 84 ans	2 765	2 370	1 909	939
85 ans et plus	1 575	2 241	3 274	1 666
Tous âges	12 657	9 516	239	169

Source : INSEE, INSERM Exploitation ORS Ile-de-France

Mortalité par cancer à chaque âge deux fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes

Entre 1997 et 1999, 22 174 décès par cancer ont été enregistrés en moyenne chaque année en Ile-de-France.

Les cancers constituent une cause de décès non négligeable dès la petite enfance (ils sont responsables de 19 % des décès chez les 1-14 ans). Toutefois, ce n'est qu'après 40 ans que la mortalité par cancer progresse fortement, notamment chez les hommes qui, passé cet âge, présentent des taux de mortalité cancéreuse environ deux fois supérieurs à ceux des femmes. La mortalité par cancer contribue fortement à la mortalité prématurée des deux sexes : 37 % des décès masculins et 29 % des décès féminins par cancer sont survenus chez des personnes âgées de moins de 65 ans.

Si l'on considère l'ensemble des décès prématurés, les cancers sont responsables de 36 % des décès masculins et de 44 % des décès féminins.

Mortalité par cancer élevée dans le nord de la région et situation très contrastée selon le sexe à Paris

La mortalité par cancer présente d'importantes disparités départementales en Ile-de-France.

Pour les hommes, la situation est particulièrement favorable dans le centre et l'ouest de la région :

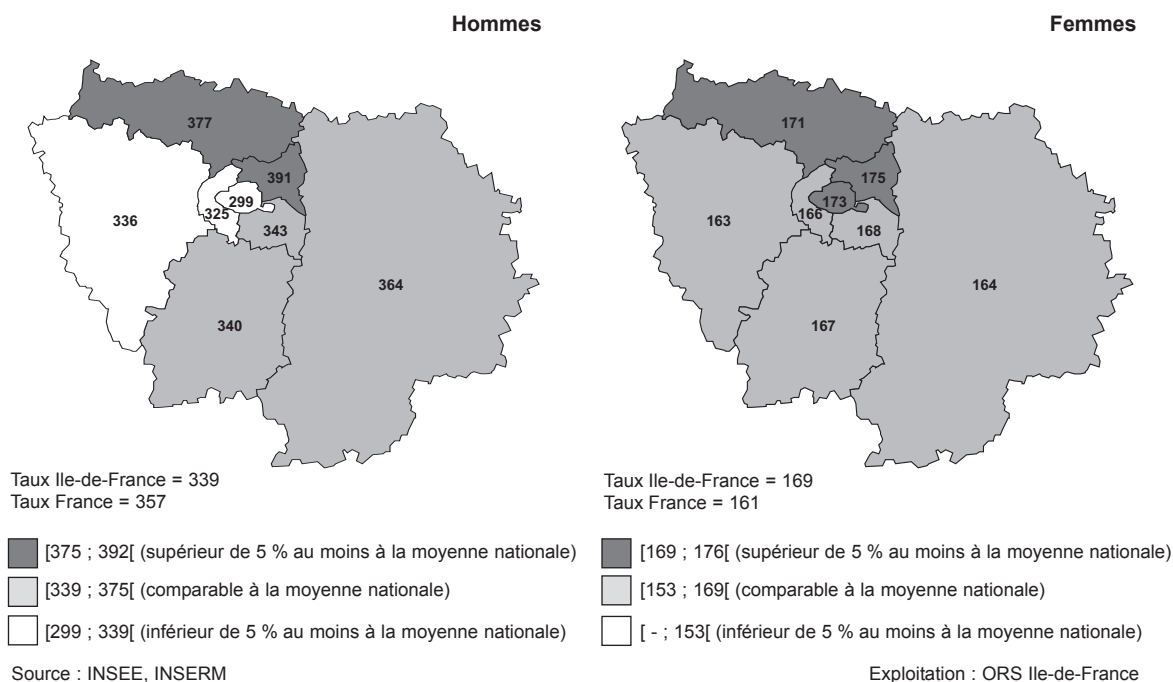
- la sous-mortalité atteint 17 % à Paris par rapport à la moyenne nationale,
- les Hauts-de-Seine et les Yvelines présentent également une sous-mortalité significative par cancer.

La situation est beaucoup moins favorable dans le nord de la région, avec une surmortalité de 5 % dans le Val-d'Oise par rapport à la moyenne nationale et, surtout, une surmortalité de près de 10 % en Seine-Saint-Denis

Pour les femmes, la situation est un peu plus homogène mais globalement moins favorable. En effet, tous les départements franciliens ont un taux comparatif de mortalité féminine par cancer supérieur à la moyenne nationale et trois départements, Paris, la Seine-Saint-Denis et le Val-d'Oise, présentent une sur-mortalité significative par rapport à la moyenne nationale (jusqu'à + 9 % en Seine-Saint-Denis).

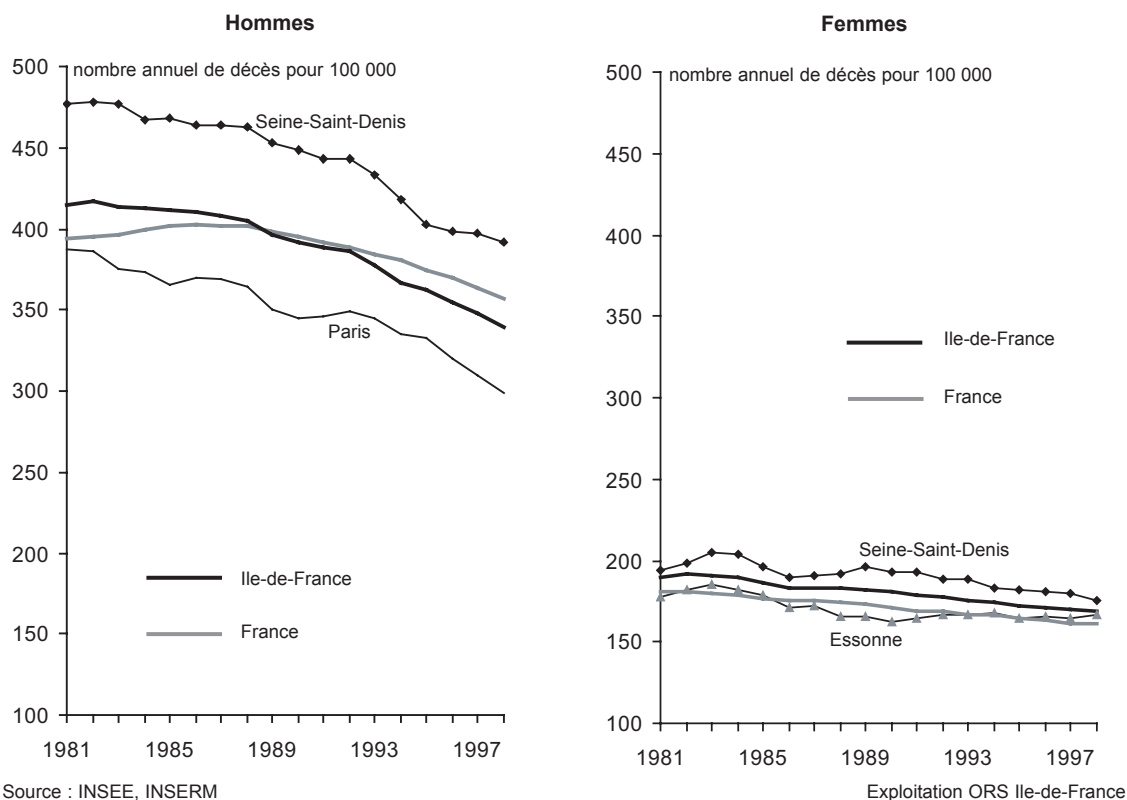
Il faut noter la situation de Paris, département qui, par rapport à la moyenne nationale, présente une situation très favorable pour les hommes (sous-mortalité de 17 %) et défavorable pour les femmes (sur-mortalité de 7 %). Les cancers du poumon et du sein, fréquents chez les Parisiennes, participent largement à cette situation (voir plus loin, la partie facteurs de risques).

Taux comparatifs de mortalité par cancer en 1997-1999 (nombre annuel de décès pour 100 000)



Evolution des taux comparatifs de mortalité par cancer entre 1980 et 1999

(nombre annuel de décès pour 100 000 personnes, taux lissés sur 3 ans)

**Baisse modérée de la mortalité par cancer en Ile-de-France et en France depuis 20 ans**

Les graphiques ci-dessus présentent l'évolution des taux comparatifs de mortalité par cancer pour chaque sexe entre 1980-82 et 1997-99.

Un premier élément marquant est la très forte surmortalité masculine par cancer : standardisés sur une même population, les taux masculins sont en effet deux fois plus élevés en moyenne que les taux féminins pendant toute la période.

Au niveau national, la mortalité cancéreuse a diminué un peu plus vite chez les femmes (-11,1%) que chez les hommes (-9,3 %) entre 1980-82 et 1997-99.

C'est le contraire en Ile-de-France, où la baisse de la mortalité cancéreuse a été particulièrement marquée chez les hommes (-18,2 %), tandis que celle des femmes a baissé, comme en France, de 11,3 %. Conséquence de ces évolutions, les Franciliens qui avaient un niveau de mortalité par

cancer supérieur à celui de leurs homologues de province jusqu'au début des années 90 connaissent une sous-mortalité aujourd'hui, tandis que les Franciliennes présentent une légère surmortalité pendant toute la période.

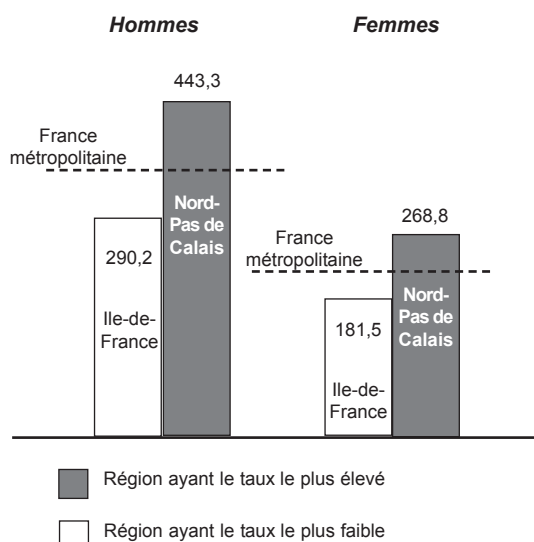
Les évolutions régionales recouvrent des disparités départementales importantes :

- pour les hommes, la baisse atteint 23 % à Paris et 21 % dans les Hauts-de-Seine, mais seulement 13 % en Seine-et-Marne,
- pour les femmes, la baisse atteint 13 % dans les Hauts-de-Seine, mais 6 % en Essonne.

Les disparités départementales ont tendance à diminuer légèrement chez les femmes mais à augmenter chez les hommes : en début de période, le taux comparatif de mortalité par cancer en Seine-Saint-Denis était supérieur de 23% à celui de Paris. En fin de période, la différence entre ces deux départements atteint 31%.

La mortalité par affections cardiovasculaires en Ile-de-France

Taux comparatif de mortalité par maladies cardio-vasculaires en 1997-1999
(nombre de décès pour 100 000)



Les maladies cardio-vasculaires sont la deuxième cause de décès en Ile-de-France

Pendant la période 1997-1999, les affections cardio-vasculaires ont provoqué le décès de 20 735 personnes chaque année en Ile-de-France : 9 171 hommes et 11 564 femmes.

Les affections cardio-vasculaires, responsables de 28 % des décès dans la région, sont la deuxième cause de décès en Ile-de-France après les cancers, mais la première cause de décès chez les femmes.

L'Ile-de-France est la région de France où l'on décède le moins de maladies cardio-vasculaires

A structure d'âge comparable, la mortalité cardio-vasculaire est très inférieure en Ile-de-France à la moyenne nationale tant pour les hommes (290 décès pour 100 000, contre 351 en France) que pour les femmes (182 décès pour 100 000, contre 215 en France).

Cette sous-mortalité francilienne s'observe pour les deux principales affections cardio-vasculaires : les cardiopathies ischémiques et surtout les affections vasculaires cérébrales.

Mortalité par affections cardio-vasculaires par sexe et par âge en Ile-de-France en 1997-1999

	Nombre de décès par an		Taux / 100 000	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
moins d'1 an	8	7	1	9
1 - 14 ans	9	8	1	1
15 - 24 ans	16	8	2	1
25 - 44 ans	253	105	15	6
45 - 64 ans	1 478	473	121	38
65 - 74 ans	1 896	1 059	607	259
75 - 84 ans	2 677	2 867	1 848	1 136
85 ans et plus	2 834	7 038	5 891	5 233
Tous âges	9 171	11 565	173	205

Source : INSEE, INSERM

Exploitation ORS Ile-de-France

Concentration des décès aux âges élevés

Entre 1997 et 1999, 9 171 hommes et 11 564 femmes sont décédés en moyenne chaque année de maladies de l'appareil circulatoire en Ile-de-France.

Les décès sont relativement rares chez les moins de 45 ans (413 par an), la grande majorité des décès par affections cardio-vasculaires survenant chez des personnes âgées de 65 ans ou plus.

La mortalité par maladies cardio-vasculaires est à chaque âge plus élevée chez les hommes que chez les femmes. Toutefois, le nombre de décès féminins est beaucoup plus élevé que celui des décès masculins car la population féminine est plus âgée que la population masculine : sur les 183 000 Franciliens âgés de 85 ans ou plus (groupe d'âges qui subit la plus forte mortalité par maladies de l'appareil circulatoire), 135 000 sont des femmes et 48 000 sont des hommes.

Très nette sous-mortalité par maladies cardio-vasculaires dans tous les départements franciliens

L'Ile-de-France est, de toutes les régions de France, celle où la mortalité par maladies cardio-vasculaires est la moins élevée.

De fait, les huit départements de la région présentent une sous-mortalité par rapport à la moyenne nationale et ce pour les deux sexes.

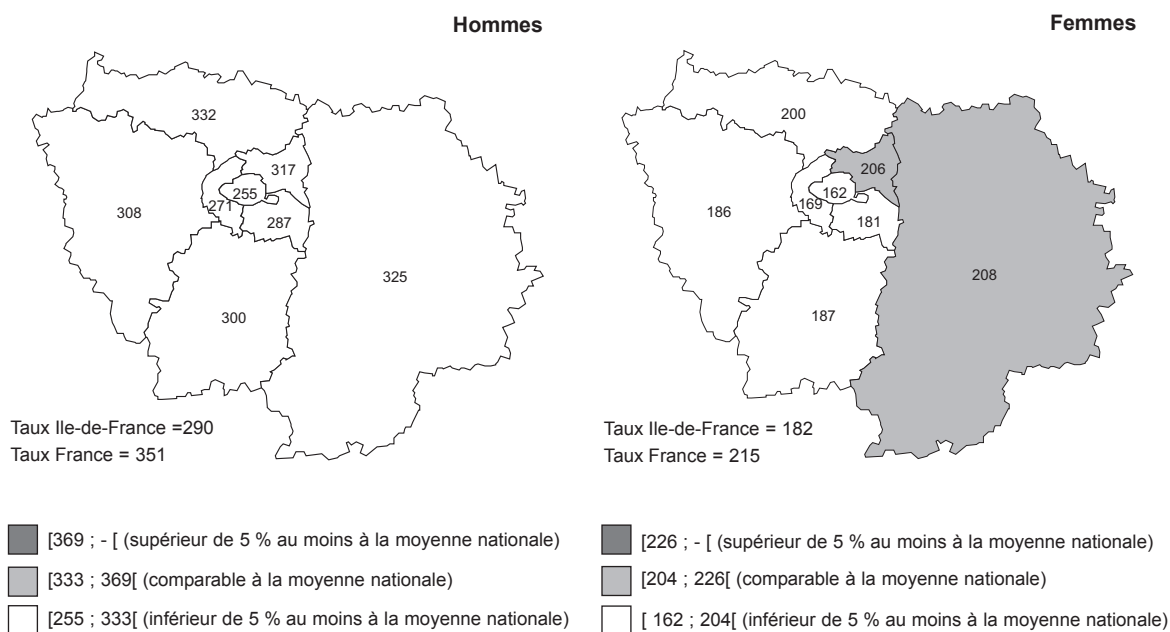
C'est à Paris que le niveau de mortalité liée à ces causes est le plus bas, inférieur d'environ 25 % à la moyenne nationale pour les deux sexes.

La situation est également très favorable dans les

Hauts-de-Seine et dans le Val-de-Marne, avec une sous-mortalité d'environ 20 % par rapport à la moyenne. Viennent ensuite les départements des Yvelines et de l'Essonne (sous-mortalité de 15 % chez les hommes, un peu moins marquée chez les femmes).

Dans les trois départements situés au nord-est de l'Ile-de-France, la Seine-Saint-Denis, le Val-d'Oise et la Seine-et-Marne, les niveaux de mortalité par maladies cardio-vasculaires sont un peu plus élevés mais restent en deçà de la moyenne nationale pour les deux sexes.

Taux comparatifs de mortalité par maladies cardio-vasculaires en 1997-1999 (nombre de décès pour 100 000)

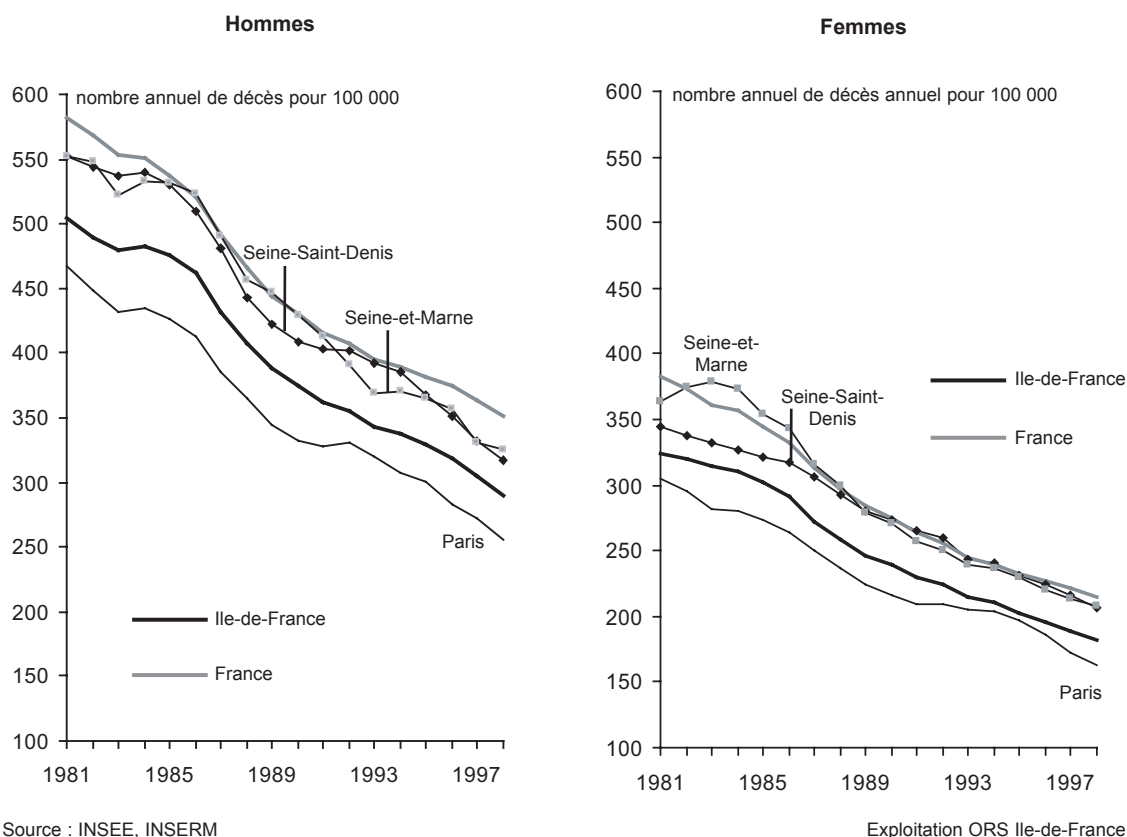


Source : INSEE - INSERM

Exploitation : ORS Ile-de-France

Evolution des taux comparatifs de mortalité par affections cardio-vasculaires entre 1980 et 1999

(nombre annuel de décès pour 100 000 personnes, taux lissés sur 3 ans)

**Diminution de plus de 40 % de la mortalité par affections cardio-vasculaires en Ile-de-France depuis le début des années 1980**

Les graphiques ci-dessus présentent l'évolution des taux comparatifs de mortalité par affections cardio-vasculaires pour chaque sexe entre 1980-82 et 1997-99.

La mortalité par maladies cardio-vasculaires a fortement et régulièrement diminué depuis le début des années 80 en France (baisse de 40 % pour les hommes et de 44 % pour les femmes). Les évolutions observées en Ile-de-France sont comparables et, de fait, la sous-mortalité francilienne apparaît constante sur l'ensemble de la période et s'observe aussi bien chez les hommes que chez les femmes.

Cette sous-mortalité francilienne recouvre toutefois des disparités départementales.

La situation apparaît particulièrement favorable à Paris, qui présente le plus bas niveau de mortalité cardio-vasculaire pendant toute la période et pour les deux sexes (avec une légère accentuation de celle-ci en fin de période).

La Seine-et-Marne et la Seine-Saint-Denis se distinguent au contraire par les niveaux de mortalité cardio-vasculaire les plus élevés de tous les départements franciliens. Les niveaux de mortalité cardio-vasculaire observés dans ces départements diffèrent d'ailleurs assez peu de la moyenne nationale chez les femmes.

Dans un contexte favorable de très forte baisse de la mortalité cardio-vasculaire, les disparités départementales ont finalement peu évolué au cours de ces vingt dernières années en Ile-de-France.

Partie III

Les spécificités régionales de santé

Il a paru intéressant de faire ressortir les principaux problèmes de santé de la région. Il ne s'agit pas ici de mettre en évidence les seuls problèmes de santé les plus lourds mais plutôt ceux qui affectent plus spécifiquement la région.

Cependant, pour certaines pathologies comme l'infection par le VIH/Sida, la tuberculose ou le saturnisme infantile dont plus de la moitié des cas recensés en France proviennent de la région, ce choix est d'autant plus indiscutable que ces trois maladies sont très fortement liées à la précarité et aux conditions de logement.

Les questions relatives à la toxicomanie, également fortement concentrée dans la région, sont aussi considérées comme une spécificité.

L'Ile-de-France étant presque exclusivement urbaine, l'impact sur la santé de problèmes environnementaux tels que la pollution atmosphérique ou le climat est également examiné.

Sont enfin pris en compte d'autres problèmes particulièrement préoccupants, comme la santé mentale et la souffrance psychique, les conduites à risque chez les jeunes, le surpoids et l'obésité, en augmentation dans la région, ces thématiques étant par ailleurs encore mal renseignées à l'heure actuelle.

Faits marquants

- *Les tendances observées pour l'épidémie de **sida** s'accroissent en 2002 : parmi l'ensemble des nouveaux cas, 60 % sont dus à une contamination hétérosexuelle, un tiers sont des femmes et 55 % sont de nationalité étrangère. Actuellement un relâchement des comportements de prévention à l'égard du VIH et des autres Infections sexuellement transmissibles (IST) est observé ainsi qu'une reprise des IST.*
- *Près de la moitié (47 %) des cas déclarés de **tuberculose** sont franciliens. La plupart sont localisés dans des foyers de travailleurs migrants, dans les centres d'hébergement sociaux et en milieu carcéral. Paris, qui compte 46 foyers de migrants, a une incidence de la tuberculose déclarée (48,4 cas pour 100 000 en 2001) quatre fois et demi supérieure à l'incidence nationale.*
- *Depuis la politique de réduction des risques de la **toxicomanie**, le nombre de décès par surdose et de cas de sida chez les usagers de drogue par voie intraveineuse a diminué.*
- *Des indicateurs de **souffrance psychique** (pensées suicidaires, tentatives de suicide, problèmes de sommeil, scores d'anxiété, de dépression et d'estime de soi) semblent témoigner d'une plus grande vulnérabilité en Ile-de-France qu'en province. Les dépressions, panique et phobies sont plus fréquentes à Paris qu'ailleurs en Ile-de-France.*
- *Depuis 1990, la proportion de **fumeurs** (quotidiens ou occasionnels) de tabac a cessé de diminuer et celle de consommateurs de drogues illicites, en particulier du cannabis, a fortement augmenté. En 1999, à 18 ans, 4 jeunes sur 10 déclarent fumer quotidiennement du tabac, 29 % des garçons et 14 % des filles déclarent avoir consommé du cannabis au moins dix fois au cours de l'année.*
- *Certaines populations de jeunes en difficulté (notamment jeunes dans des dispositifs d'insertion, jeunes suivis par la PJJ) déclarent plus fréquemment des **conduites à risque**.*
- *A 6 ans, 17 % des enfants de l'agglomération parisienne présentent une **surcharge pondérale**. En milieu scolaire, la prévalence de l'**obésité** est plus importante en ZEP.*

Une augmentation du surpoids et de l'obésité est observée chez les jeunes de 15-24 ans et il semblerait que les jeunes Franciliens soient plus nombreux à présenter une surcharge pondérale.

- *Près de la moitié des Français ont l'impression de vivre dans un environnement pollué. Ces craintes sont vraisemblablement perçues avec plus d'acuité en Ile-de-France, région où l'eau, l'air et les sols reçoivent les rejets d'une activité humaine, industrielle et agricole soutenue. Le bruit apparaît, lui, comme l'atteinte à la qualité de vie la plus souvent mentionnée.
En Ile-de-France, les transports représentent la principale source de **bruit**. Les effets sanitaires du bruit sont à la fois d'ordre physiologique et psychologique, ces derniers étant souvent complexes à mettre en évidence et à quantifier.*
- *Il existe un lien significatif entre les niveaux de **pollution atmosphérique** et la mortalité ou la morbidité, notamment respiratoire, en dehors même des "pics" de pollution. Ainsi, toute diminution, même minime, des niveaux de pollution atmosphérique en Ile-de-France est susceptible d'entraîner des bénéfices sanitaires pour la population.*
- ***L'Ile-de-France a été la région française la plus touchée par la canicule d'août 2003.** Ce sont les plus âgés qui ont connu la plus forte surmortalité, estimée à 70 % chez les 75-94 ans et à 120 % chez les 95 ans ou plus. Le rôle des niveaux élevés de pollution atmosphérique observés à Paris en août 2003 sur la surmortalité attribuée à la canicule reste à évaluer.*
- *La conformité de **l'eau de consommation** est en règle générale assurée en Ile-de-France. Compte tenu des nombreuses sources de pollution potentielles existant tant en milieu urbain que rural, il convient de veiller à préserver cette qualité. Les **eaux de baignade** peuvent par ailleurs présenter des risques sanitaires, notamment infectieux, non négligeables.*
- *La **pollution des sols**, liée aux activités humaines (industrielles et agricoles) ou à l'épandage de boues issues de l'épuration des eaux usées représente un enjeu important. En effet, les polluants contenus dans le sol peuvent entrer en contact avec la population, directement ou par l'intermédiaire de l'alimentation. Les programmes de recensement et de contrôle des sites pollués constituent à cet effet un outil indispensable.*
- *Le **saturnisme**, ou intoxication par le plomb, représente un problème de santé publique important dans les zones où l'habitat est ancien et dégradé. Cette intoxication touche principalement les enfants de moins de 6 ans, chez qui elle peut être détectée grâce à un dosage du plomb contenu dans le sang.*

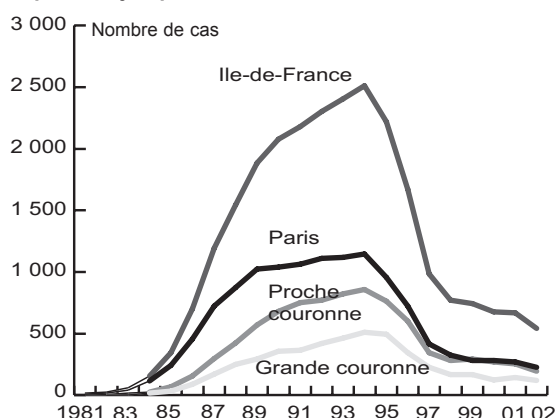
Le sida - données épidémiologiques

Depuis le début de l'épidémie de sida, l'Ile-de-France est, avec une incidence de 234 cas pour 100 000 habitants au 31 décembre 2002, une des régions les plus touchées de France (après les départements français d'Amérique).

Les caractéristiques de l'épidémie ont été modifiées depuis l'apparition des traitements antirétroviraux : proportions de plus en plus importantes de femmes, d'hétérosexuels et d'étrangers parmi les nouveaux cas de sida⁽²⁰⁾.

La principale source de données épidémiologiques sur l'infection à VIH/sida, reposant sur le système de déclarations obligatoires des cas de sida, ne permet plus de fournir une image de la dynamique de l'épidémie. En effet, les traitements antirétroviraux, diffusés depuis 1996, retardent l'évolution de l'infection à VIH vers le stade sida. Les personnes nouvellement diagnostiquées au stade sida sont celles qui échappent actuellement à un dépistage et à une prise en charge précoce, donc probablement des personnes en situation de grande vulnérabilité.

Evolution des cas de sida depuis le début de l'épidémie jusqu'au 31 décembre 2002



Source : InVS - Surveillance du sida

Une diminution des nouveaux cas de sida

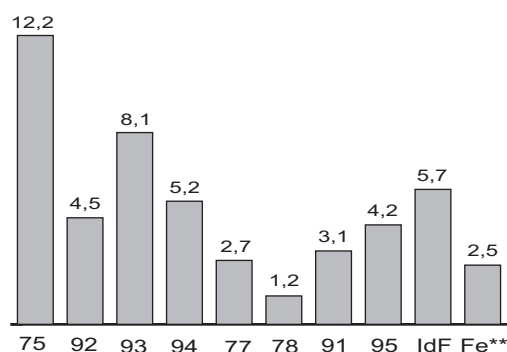
Depuis l'arrivée des nouvelles stratégies thérapeutiques, le nombre de nouveaux cas de sida ainsi que la mortalité diminuent.

Ainsi, en Ile-de-France, plus de 2 500 cas étaient enregistrés en 1994, tandis qu'en 2002, un peu plus de 500 cas étaient déclarés.

Au sein de la région, les disparités départementales sont importantes. Paris est le département pour lequel le nombre de cas cumulés depuis le début de l'épidémie est le plus élevé : 12 461 cas jusqu'au 31 décembre 2002, soit 49 % des cas franciliens et 22 % des cas déclarés en France.

Taux d'incidence du sida en 2000-2002* en France**

Nombre de cas pour 100 000 habitants



Source : InVS surveillance du sida - INSEE - RP 1999, Exploitation ORS

* Moyenne du nombre de cas domiciliés en 2000, 2001 et 2002.

** France entière (DOM inclus).

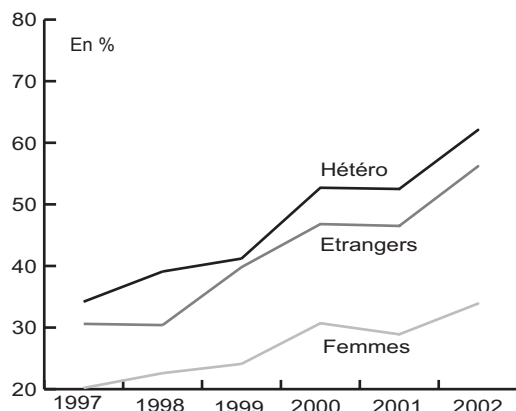
Les départements de Paris et de Seine-Saint-Denis continuent à être les plus touchés par le sida

Les taux d'incidence (nombre de nouveaux cas rapportés à la population) confirment les disparités départementales observées. Ainsi, en moyenne pour la période 2000-2002, les taux les plus élevés sont ceux de Paris et de la Seine-Saint-Denis, avec respectivement 12,2 et 8,1 cas pour 100 000 habitants, contre 5,7 en Ile-de-France et 2,5 en France entière.

Sur la période 2000-2002, 628 cas étaient déclarés en moyenne chaque année en Ile-de-France, dont 259 à Paris.

Caractéristiques des cas de sida diagnostiqués en Ile-de-France entre 1997 et 2002

(données domiciliées au 31 décembre 2002)



Source : InVS - Exploitation ORS

Pourcentage de personnes domiciliées en Ile-de-France ignorant leur séropositivité au moment du diagnostic sida selon le mode de contamination et la nationalité

(cas adultes de 15 ans et plus diagnostiqués entre le 1er janvier 1997 et le 31 décembre 2002)

	Nationalité française	Autre nationalité	Total
Usagers de drogues	15,7	31,1	18,3
Homo-bisexuels	40,7	52,8	42,1
Hétérosexuels	50,9	66,5	61,1
- Hommes	60,3	71,0	67,1
- Femmes	37,4	61,1	53,5
Ensemble des cas	39,0	63,8	49,0

Source : InVS - Exploitation ORS

Une poursuite de l'augmentation parmi les personnes touchées par le sida : des hétérosexuels, des femmes et des étrangers

Parmi les personnes dont le diagnostic sida a été établi, la proportion de celles contaminées par voie hétérosexuelle est en forte augmentation, cela dans tous les départements franciliens. En Ile-de-France, elle est passée de 34,2 % à 62,1 % entre 1997 et 2002.

La prépondérance du mode de contamination hétérosexuelle parmi les cas nouvellement diagnostiqués affecte nettement plus les femmes qu'auparavant : entre 1997 et 2002, la proportion de femmes contaminées en Ile-de-France est passée de 20,2 % à 33,9 %. Cette évolution est nettement moins notable en province.

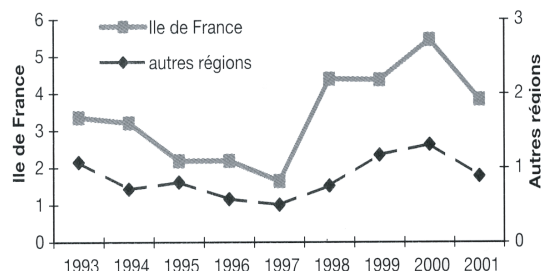
Par ailleurs, une part de plus en plus importante des cas est constituée par des personnes de nationalité étrangère, principalement d'Afrique subsaharienne. En Ile-de-France, cette proportion est passée de 30,6 % à 56,2 % entre 1997 et 2002.

Les personnes de nationalité étrangère et les hétérosexuels sont les plus nombreux à ignorer leur séropositivité au moment du diagnostic sida

Parmi les personnes dont le diagnostic sida a été établi entre le 1er janvier 1997 et le 31 décembre 2002, c'est-à-dire après la diffusion des antirétroviraux, près de la moitié ignoraient leur séropositivité. Ce sont les personnes contaminées par voie hétérosexuelle qui sont les plus nombreuses à échapper à cette prise en charge précoce : 61 % d'entre elles n'ont découvert leur séropositivité qu'au moment du diagnostic, proportion atteignant 67 % chez les hommes.

Quel que soit le mode de contamination, les personnes de nationalité étrangère sont les plus nombreuses à ne pas connaître leur séropositivité avant le diagnostic sida. De plus, quand elles la connaissent, elles sont aussi moins nombreuses à bénéficier de traitements antirétroviraux avant le stade sida.

Evolution du nombre moyen de souches de N. gonorrhoeae identifiées par an par laboratoire en Ile-de-France et dans les autres régions (21)



Source : RENAGO, Institut de veille sanitaire

La recrudescence de la syphilis est préoccupante car elle s'inscrit dans un contexte de recrudescence des IST et de relâchement des comportements de prévention.

L'information sur la syphilis doit concerner d'une part les professionnels de santé, afin de leur rappeler les signes et symptômes, souvent méconnus, et d'autre part un plus large public dans le cadre de communications sur les infections sexuellement transmissibles.

En termes de **prévention**, le lien doit être fait entre l'infection à VIH et les autres infections sexuellement transmissibles en raison de la plus grande transmissibilité du VIH lors d'infections sexuellement transmissibles.

De plus, l'accroissement des IST signe l'existence, voire l'augmentation des relations sexuelles non protégées.

Une reprise des infections sexuellement transmissibles (IST)

Alors que la prévalence des IST avait fortement décru entre 1986 et 1997, différentes sources semblent annoncer une reprise de ces infections. Dans l'enquête KABP⁽¹⁴⁾, 28,5 % des Franciliens disaient avoir eu une IST dans les cinq dernières années en 2001 contre 12 % en 1998. De même, dans l'enquête Presse Gay⁽²²⁾ la proportion d'homosexuels masculins déclarant avoir contracté une IST au cours de l'année est passé de 13 % à 16 % entre 1997 et 2000.

Depuis 1996, une augmentation du nombre de gonococcies a été rapporté par le réseau RENAGO ainsi qu'une augmentation des urétrites masculines rapportée par le réseau Sentinelles⁽²³⁾. En Ile-de-France, cette augmentation est estimée à 20 % entre 1999 et 2000.

Entre 2000 et 2001 toutefois, on observe une diminution du nombre de gonococcies, en Ile-de-France comme en province.

Une recrudescence de la syphilis

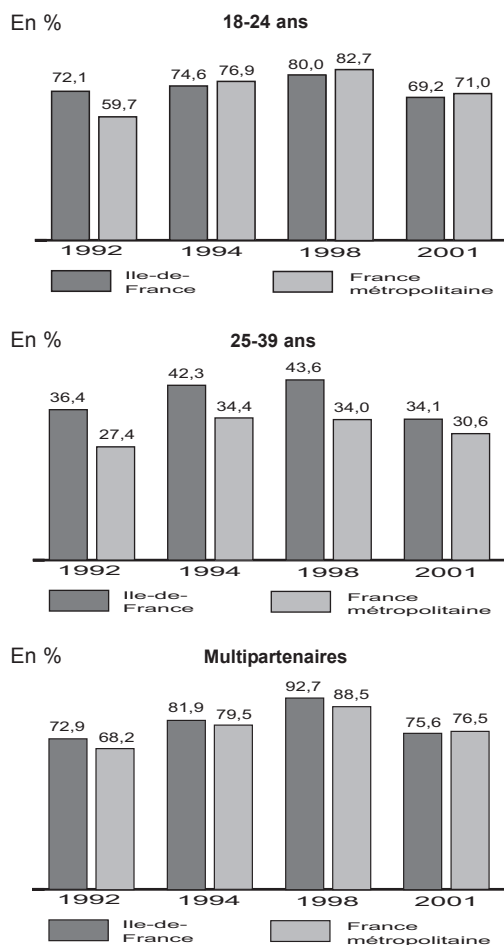
Alors que la syphilis était devenue une maladie rare depuis 1990 (d'après les rapports d'activité des dispensaires anti-vénériens), une enquête menée par l'Institut de veille sanitaire⁽²⁴⁾ auprès de cinq dispensaires anti-vénériens (DAV) parisiens a révélé un nombre croissant de cas de syphilis précoce ces dernières années : 4 en 1998, 9 en 1999, 28 en 2000 et 33 pour les cinq premiers mois de 2001.

La recrudescence de la syphilis a également été observée dans plusieurs autres pays européens : le Royaume-Uni, l'Irlande et la Belgique.

Les personnes touchées sont principalement des hommes homosexuels adultes, âgés de 35 ans (âge médian), résidant en région parisienne, dont la moitié étaient séropositifs pour le VIH et la majorité avaient des antécédents d'IST.

Le sida - la prévention

Utilisation du préservatif au cours des 12 derniers mois chez les hommes en Ile-de-France et en France métropolitaine, selon l'âge et l'activité sexuelle



Source : KABP Ile-de-France et France, ORS Ile-de-France

Utilisation du préservatif au cours du premier rapport sexuel chez les jeunes

En %	Garçons	Filles
Jeunes de 15 à 19 ans en Ile-de-France ⁽¹⁾	88,2	89,4
Jeunes de 15 à 19 ans en province ⁽¹⁾	88,6	84,8
Etudiants de 17 à 31 ans ⁽²⁾	82,8	80,2
Jeunes de 18 à 24 ans ⁽³⁾	91,3	75,7

Un relâchement des comportements de prévention à l'égard du VIH et des IST

La dernière enquête KABP⁽¹⁴⁾ met en évidence un relâchement des comportements de prévention à l'égard du VIH et des IST.

Pour la première fois, les Franciliens sont en 2001 moins nombreux que les années précédentes à déclarer avoir utilisé le préservatif au cours des douze derniers mois (34 % des hommes contre 44 % en 1998 chez les 25-39 ans).

Cette moindre utilisation est d'autant plus préoccupante qu'elle concerne une population potentiellement exposée au risque de contamination : les jeunes, les multipartenaires et les célibataires.

Elle s'inscrit de plus dans un contexte de forte diminution de la crainte du sida, d'une baisse de l'intérêt porté aux campagnes de prévention, d'une plus grande réticence à l'utilisation du préservatif et un moindre recours au test de dépistage du VIH-sida.

Près de 9 jeunes sur 10 ont utilisé un préservatif lors du premier rapport sexuel

Chez les jeunes de 15-19 ans⁽²⁵⁾, des proportions comparables de filles et de garçons déclarent avoir utilisé un préservatif au premier rapport : près de 9 sur 10. Ces proportions sont comparables entre l'Ile-de-France et la province. Chez les étudiants franciliens affiliés à la Smerep⁽²⁶⁾, les proportions sont également élevées.

Plus le premier rapport sexuel a eu lieu récemment et plus l'utilisation du préservatif lors de ce premier rapport est importante. Le recours plus important chez les jeunes est sûrement lié à une plus grande sensibilité des plus jeunes aux campagnes de prévention.

Sources :

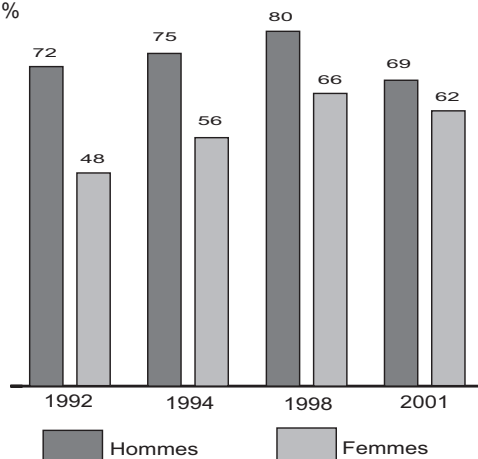
(1) Analyse régionale du Baromètre CFES Santé jeunes 97/98⁽²⁵⁾

(2) Santé et recours aux soins des étudiants affiliés à la Smerep⁽²⁶⁾

(3) Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en Ile-de-France - 2001⁽¹⁴⁾

Utilisation du préservatif au cours des 12 derniers mois chez les jeunes de 18-24 ans en Ile-de-France

En %



Source : Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en Ile-de-France - 2001

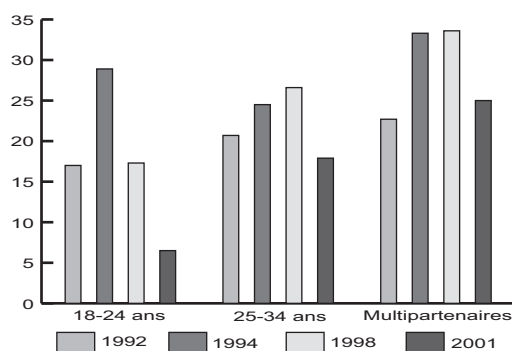
Une baisse d'utilisation du préservatif au cours des 12 derniers mois chez les jeunes

L'utilisation du préservatif au cours des 12 derniers mois chez les jeunes de 18-24 ans⁽¹⁴⁾, quelle que soit leur situation familiale (ayant ou non un partenaire régulier), a augmenté entre 1992 et 1998. Ainsi, 72 % des hommes déclarent avoir utilisé un préservatif au cours des 12 derniers mois en 1992 et 80 % en 1998. Chez les femmes, ces proportions sont de 48 % et 66 %.

A partir de 1998, l'utilisation des préservatifs a connu une baisse, puisque ce sont 69 % des hommes et 62 % des femmes qui déclarent avoir utilisé un préservatif au cours des 12 derniers mois.

Evolution du recours au test de dépistage du VIH au cours des douze derniers mois en Ile-de-France

En %



Source : Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en Ile-de-France - 2001

Une baisse du recours au test de dépistage du VIH dans l'année parmi les jeunes

Le recours au test de dépistage au cours des douze derniers mois n'a cessé de diminuer depuis 1994. C'est chez les jeunes de 18-24 ans que cette baisse est la plus accentuée : catégorie la plus nombreuse à avoir effectué un test de dépistage en 1994 (28,9 %), ils sont devenus les moins nombreux en 2001 (seulement 6,5 %) avec une proportion significativement inférieure à celle de 1992 (17,0 %).

Cette diminution du recours au test témoigne très probablement de la moindre prise en considération du risque de contamination par le VIH, puisque des analyses spécifiques des enquêtes KABP ont montré que ces deux aspects étaient liés.

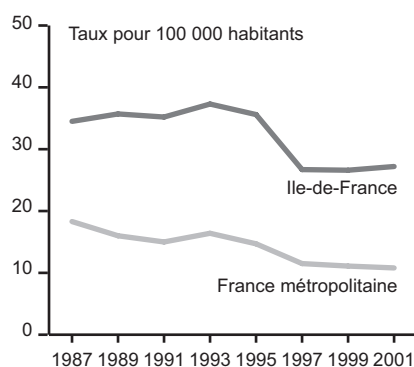
La recrudescence des maladies sexuellement transmissibles et le relâchement des comportements de prévention illustrent ici la nécessité de poursuivre les campagnes d'information et de prévention.

La tuberculose

En France, l'incidence de la tuberculose déclarée a baissé de 18,3 cas pour 100 000 habitants en 1987 à 10,8 cas pour 100 000 en 2001.⁽²⁷⁾

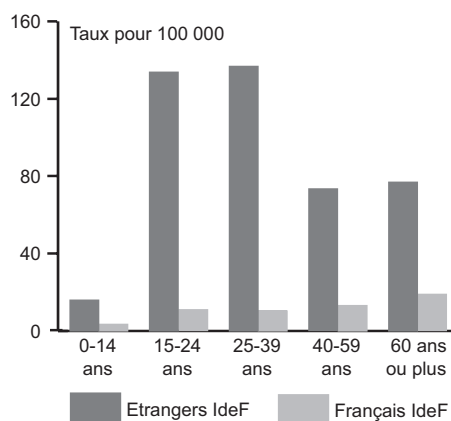
Cependant, la situation demeure contrastée, dans la mesure où il apparaît une concentration de cas de tuberculose à Paris, où l'incidence (48,4 cas pour 100 000 en 2001) est quatre fois et demi supérieure à l'incidence nationale. Il existe également un maintien d'une forte incidence au sein des populations en situation de précarité sociale et des populations migrantes.

Evolution du taux d'incidence de la tuberculose déclarée entre 1987 et 2001



Sources : InVS, INSEE

Taux d'incidence de la tuberculose déclarée, selon l'âge et la nationalité, en Ile-de-France en 2001*



* La nationalité n'est pas connue dans 24 % des cas déclarés.

Sources : InVS, INSEE-RP 1999

L'immunosuppression favorise la transmission et le développement de la tuberculose.

L'infection VIH étant particulièrement présente en Ile-de-France, elle contribue à la forte prévalence de la tuberculose dans la région, mais pour une faible part.

L'Ile-de-France est la région de France métropolitaine la plus touchée par la tuberculose

Parmi les 6 296 cas de tuberculose déclarés en 2001 en France, 2 988 (soit 47 %) sont franciliens.

Même si les tendances nationale et régionale sont à la diminution du nombre de cas déclarés, l'incidence de la tuberculose en Ile-de-France reste bien supérieure à celle observée en France métropolitaine.

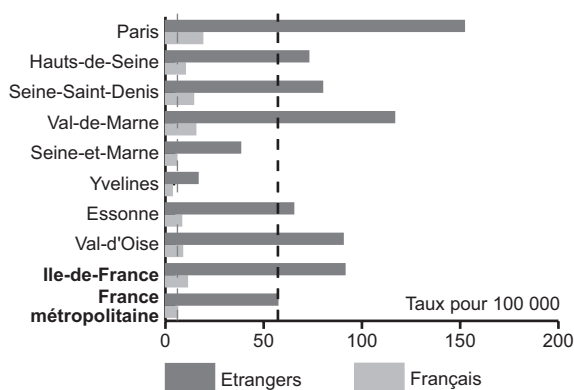
Ainsi en 2001, l'incidence en Ile-de-France est de 27,2 cas pour 100 000 habitants, contre 10,8 cas pour 100 000 en France métropolitaine.

Les jeunes migrants constituent la population la plus à risque

Le niveau élevé de tuberculose observé en Ile-de-France s'explique par l'importance de groupes de population particulièrement à risque présents dans la région. Il s'agit principalement des migrants originaires de pays à haute prévalence, qui ont probablement contracté une primo-infection dans leur pays, et qui développent une tuberculose en France. Ce développement est, de plus, grandement favorisé et entretenu par une situation socioéconomique défavorable, et surtout par des conditions de logements insalubres et précaires favorables à la contamination. Les taux d'incidence les plus élevés s'observent chez les jeunes migrants (entre 133 et 137 cas pour 100 000 chez les 15-39 ans).

En revanche, pour les Français résidant dans la région, l'incidence de la tuberculose augmente avec l'âge, reflétant des taux élevés de primo-infection survenue dans la première moitié du 20^{ème} siècle (à l'époque où le taux annuel d'infection était encore élevé en France).

Les disparités sociales et géographiques de la tuberculose en 2001*



* La nationalité n'est pas connue dans 24 % des cas déclarés.

Sources : InVS, INSEE-RP 1999

En France, le système de surveillance épidémiologique de la tuberculose repose sur le système de déclaration obligatoire des cas de tuberculose (DO).

La DO a deux composantes :

- le signalement sans délai de tout cas de tuberculose à la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS) par tout moyen approprié ; ce signalement fait alors l'objet d'une transmission auprès du Conseil Général qui a la charge de réaliser les investigations autour d'un cas et de mettre en place les mesures pour contrôler la transmission de la maladie ;

- suit une notification par le renseignement d'une fiche à visée épidémiologique ; pour cela, un fichier anonymisé est transmis annuellement par les DDASS à l'Institut de veille sanitaire (InVS).

Des problèmes de gestion des DO au-niveau de la DDASS peuvent expliquer - pour partie - certaines données d'incidence qui paraissent sous-évaluées (c'est notamment le cas dans les Yvelines pour les données 2001).

Une autre difficulté qui se pose est l'exhaustivité de la déclaration, estimée à 65 % en 1998.

C'est pourquoi les résultats présentés ci-dessus doivent être interprétés avec prudence.

L'incidence de la tuberculose est élevée à Paris et en proche couronne

Les disparités départementales sont importantes en Ile-de-France, et s'expliquent par la répartition des populations à risque :

- De fait, si l'on s'intéresse à la nationalité, on s'aperçoit que l'incidence de la tuberculose chez les étrangers est extrêmement élevée à Paris (152,1 cas pour 100 000) et dans les départements de proche couronne où les taux varient de 72 à 117 (80,0 en Seine-Saint-Denis).

- Les départements de grande couronne sont moins touchés par la tuberculose, à l'exception du Val-d'Oise où le taux d'incidence est comparable à ceux des départements de proche couronne (90,5).

Des épidémies localisées

Le niveau élevé du taux d'incidence parisien reflète non pas une répartition spatiale homogène des cas, mais la survenue d'épidémies de tuberculose localisées là où on observe une concentration de population à risque, un surpeuplement de logements souvent insalubres et des conditions sanitaires insatisfaisantes : dans les foyers de travailleurs migrants (46 à Paris), dans les centres d'hébergement sociaux et en milieu carcéral.⁽²⁸⁾

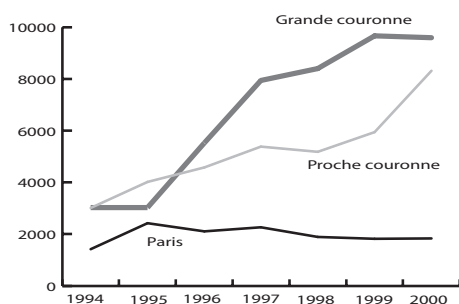
Ainsi, au cours d'un dépistage dans un foyer parisien de migrants en mars 2002 - où précédemment un seul cas de tuberculose était diagnostiqué chaque année - 13 cas de tuberculose ont été identifiés. Après investigation auprès des personnes ayant fréquenté le foyer, un total de 69 cas a été diagnostiqué. Tous étaient des hommes originaires d'Afrique, et 86 % d'entre eux venaient d'un même pays d'Afrique subsaharienne. L'âge médian était de 30 ans.

Les fortes disparités sociodémographiques, qui caractérisent la répartition géographique de la tuberculose en Ile-de-France, doivent inciter la Région à renforcer sa lutte antituberculeuse par l'amélioration de la recherche de cas, d'une part - notamment en ciblant sur les populations les plus à risque (migrants originaires de pays à haute prévalence, personnes récemment infectées) - et l'amélioration du suivi de l'observance du traitement, d'autre part.

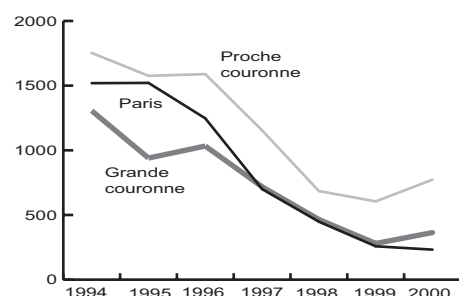
La toxicomanie

L'Ile-de-France reste une région fortement touchée par les problèmes de toxicomanie. Depuis une dizaine d'années, des modifications des caractéristiques des consommateurs et des produits consommés peuvent être observées dans la région⁽²⁹⁾. Cependant, les données disponibles ne permettent qu'un éclairage partiel des différents aspects de la toxicomanie : seuls les toxicomanes repérés par les organismes fournissant des données sont en effet pris en compte, principalement les services de répression lors d'une infraction à la législation sur les stupéfiants et les structures sanitaires et sociales lors d'une prise en charge d'un usager de drogue.

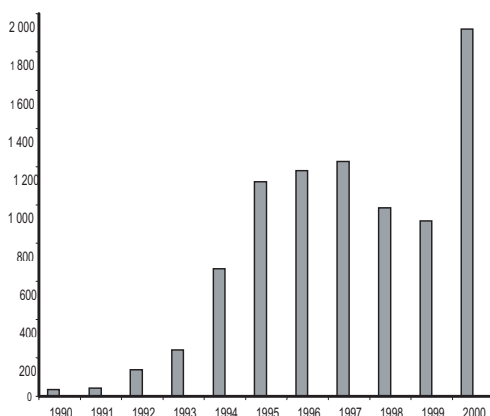
Interpellations pour usage et usage-revente de cannabis. Evolution 1994-2000 en Ile-de-France



Interpellations pour usage et usage-revente d'héroïne. Evolution 1994-2000 en Ile-de-France



Interpellations pour usage et usage-revente d'ecstasy. Evolution 1990-2000 en France



Source : OCRTIS, exploitation ORS Ile-de-France

Baisse importante de l'usage d'héroïne

En Ile-de-France, comme au niveau national, 9 infractions sur 10 relatives aux stupéfiants concernent l'usage et l'usage-revente de cannabis en 2000. Cette proportion a nettement augmenté depuis 1994 où cela ne concernait que 6 infractions sur 10. Ceci révèle des modifications profondes des produits consommés par les usagers, liées en grande partie à la diffusion des traitements de substitution aux opiacés. En effet, en Ile-de-France, alors que le nombre d'infractions pour usage de cannabis a, entre 1994 et 2000, été multiplié par près de trois, celui pour usage d'héroïne était divisé par près de quatre. D'autres indicateurs issus des structures de soins confirment cette baisse de l'usage d'héroïne.

Usage de cocaïne et d'ecstasy en hausse

A contrario, l'usage de cocaïne et de crack semble être plutôt en augmentation dans la région, notamment chez les usagers les plus dépendants. Les données issues de Trend* semblent indiquer que le recrutement des consommateurs de cocaïne s'étend à une nouvelle population de 20-25 ans consommant le produit dans le cadre d'une pratique festive de fin de semaine. A l'inverse l'ecstasy, jusqu'alors surtout consommé dans un cadre festif, commence à être utilisé hors de ce contexte⁽³⁰⁾.

Les produits semblent aussi plus souvent consommés en association, de façon conjointe ou décalée dans le temps, afin de réguler leurs effets.

* TREND est un dispositif national d'observations des phénomènes émergents de drogue coordonné par l'OFDT. L'observation en Ile-de-France a été menée en 2002 par l'Observatoire régional de santé d'Ile-de-France.

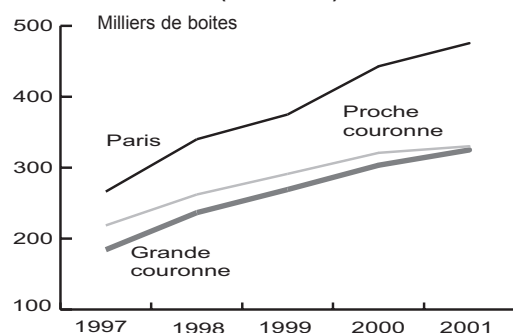
Une politique diversifiée de réduction des risques

La politique de réduction des risques a pour objectif de minimiser les risques et les dommages liés à l'usage de drogues et de faciliter les contacts des usagers de drogues avec le dispositif sanitaire et social. Cette politique a été initiée avec la mise en vente libre des seringues (1987) et des kits de matériel d'injection (1993), et s'est poursuivie avec la mise à disposition des traitements de substitution aux opiacés (méthadone en 1995 et Subutex® en 1996).

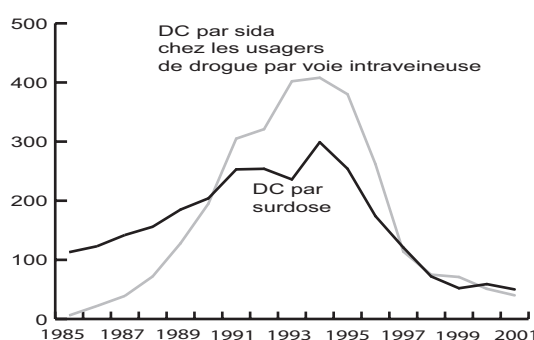
Augmentation des ventes de Subutex®

La mise sur le marché des traitements de substitution a conduit un nombre croissant d'usagers d'opiacés à s'engager dans une démarche de soins. Les ventes de Subutex® en pharmacies de ville ont ainsi fortement et régulièrement augmenté. De plus, l'utilisation du matériel de prévention (Stéribox®, seringues, kits d'injection, etc.) s'est largement diffusée chez les usagers depuis la fin des années 80, limitant ainsi les pratiques de partage et les risques infectieux.

Evolution des ventes de subutex® en pharmacie de ville en Ile-de-France (en milliers)



Décès par surdose et par sida chez les usagers de drogue par voie intraveineuse en Ile-de-France



Sources : InVS - OCRTIS, exploitation ORS-Ile-de-France

Chez les usagers de drogue par injection, diminution des contaminations par le VIH mais prévalence par le VHC qui reste élevée

Si la diffusion des stéribox® et l'accès diversifié au matériel stérile d'injection ont probablement diminué de façon importante, chez les usagers injecteurs, les contaminations par le VIH, en revanche, l'impact est moins évident sur la prévalence du virus de l'hépatite C (VHC).

D'après différentes enquêtes⁽³¹⁾, la prévalence du VHC reste élevée chez les usagers de drogue qui utilisent la voie intraveineuse, comprise entre 43 % et 73 %. L'InVS souligne la nécessité, en plus de maintenir un niveau suffisant d'accès au matériel d'injection, de renforcer l'accès au dépistage de l'hépatite C et aux soins.

Diminution du nombre de décès par surdose et par sida chez les usagers de drogue par voie intraveineuse

La diffusion des traitements de substitution, en entraînant une diminution de la consommation d'héroïne, a eu en particulier pour conséquence de réduire très sensiblement le nombre de décès par surdoses : de 299 décès par surdoses en 1994 en Ile-de-France, ce nombre s'est stabilisé autour de 50 depuis 1999.

Par ailleurs, outre la baisse probable des contaminations par le VIH, la politique de réduction des risques a aussi permis de faciliter pour les usagers de drogues les contacts avec les professionnels de santé. Elle a favorisé un meilleur suivi thérapeutique du VIH, ayant permis de réduire la mortalité par sida chez les usagers de drogues.

Une prise en charge de la toxicomanie qui semble se complexifier

La prise en charge de la toxicomanie semble actuellement se complexifier du fait de l'extension des polyconsommations, de l'importance de la morbidité somatique et psychiatrique des usagers de drogue, de phénomènes d'alcoolisation chez des personnes sous substitution, de l'importance d'une population d'usagers en situation de grande précarité.

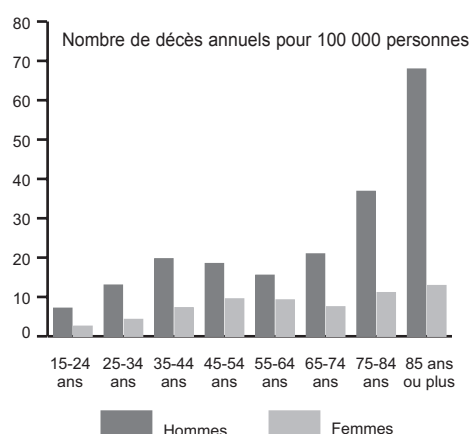
La souffrance psychique et la santé mentale

Malgré un manque de données épidémiologiques sur la souffrance psychique tant en Ile-de-France qu'en France, en particulier pour les enfants et les personnes âgées, des études portant sur des populations d'adolescents et de jeunes adultes mettent en évidence l'association entre conduites à risque et souffrance psychique⁽³²⁾. Par ailleurs, les troubles mentaux constituent le premier motif d'admission en affection longue durée (ALD) des Franciliens âgés de 5 à 44 ans (tranche d'âge qui rassemble 58 % de la population d'Ile-de-France).

C'est pourquoi, on estime que la prévalence de la souffrance psychique et des troubles liés à la santé mentale chez les jeunes et chez les adultes doit être élevée dans la région, et c'est à ce titre que ces thèmes trouvent leur place au sein des spécificités régionales de santé.

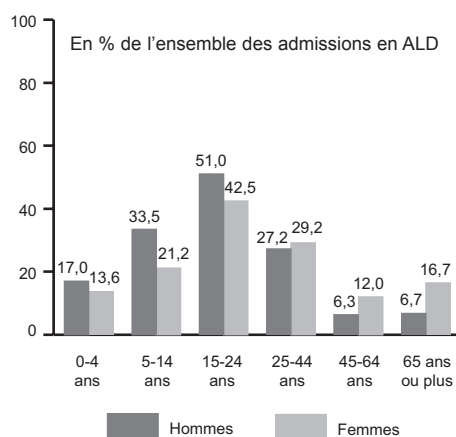
Souffrance psychique et pathologie mentale doivent être considérées comme des entités différentes. En effet, la souffrance psychique peut être, selon le rapport du HCSP⁽²⁾, l'un des fils conducteurs symptôme et déterminant de l'état de santé, pour la description des transformations de l'état de santé sous l'effet des processus de précarisation, résultant de la déqualification sociale et de la dévalorisation de soi. Elle n'est donc pas forcément l'expression d'une pathologie mentale sous-jacente.

Taux de mortalité par suicide, selon l'âge et le sexe, en Ile-de-France en 1997-1999



Sources : INSERM CépiDC, INSEE

Admissions en ALD pour troubles mentaux, selon l'âge et le sexe, en Ile-de-France en 1999



Sources : INSERM CépiDC, INSEE

Mortalité par suicide : deuxième cause de décès des 20-24 ans

On recense environ 1 000 décès annuels par suicide en Ile-de-France. Une part élevée de ces décès est fortement associée aux troubles dépressifs, donc évitable. Or, le suicide est la deuxième cause de décès (11 %) des 20-24 ans et la première des hommes de 25-34 ans (8,6 %).

Pour toutes les tranches d'âge, il existe une surmortalité masculine : à partir de 85 ans, la mortalité masculine est cinq fois plus élevée que la mortalité féminine. De plus, bien que le suicide ne représente que 0,4 % des causes de décès des 65 ans ou plus, le taux de mortalité par suicide est le plus élevé dans cette classe d'âges : 17 pour 100 000, soit près de deux fois plus que chez les 15-44 ans (9 pour 100 000). Ces chiffres élevés suggèrent que la prévention du suicide devrait être élargie à l'ensemble du public âgé.

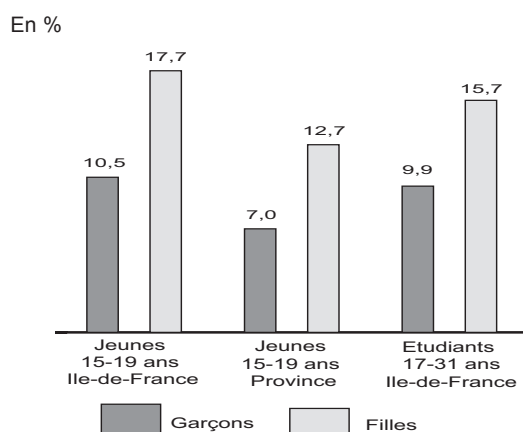
Ces chiffres ne reflètent pas l'intégralité de la mortalité par suicide. Selon le CépiDC, la sous-estimation du nombre de décès par suicide serait de l'ordre de 20 % (cf. chapitre sur la mortalité prématurée).

Les troubles mentaux constituent le premier motif d'admission en ALD des 5-44 ans

Chez les garçons et les filles de moins de 5 ans, les troubles mentaux se situent dans les trois premiers motifs d'admission en ALD.

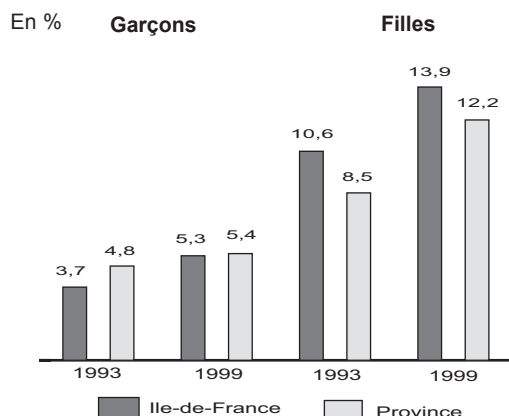
Chez les 15-24 ans, ils représentent plus de la moitié des admissions en ALD chez les hommes et plus de 4 admissions sur 10 chez les jeunes filles. A partir de 45 ans, les troubles mentaux constituent globalement le quatrième motif d'admission en ALD.

Pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois chez les jeunes de 15-19 ans en 1997 et chez les étudiants affiliés à la Smerep en 2001



Source : Analyse régionale du Baromètre CFES Santé jeunes 97/98 (25) - Santé et recours aux soins des étudiants affiliés à la Smerep (26)

Tentatives de suicide au cours de la vie chez les jeunes scolarisés de 14-18 ans en Ile-de-France et en province (en %)



Source : Choquet et Morin, Enquête ESPAD 1999, Inserm, Ofdt.

Les jeunes qui déclarent consommer de façon régulière de l'alcool, du tabac et du cannabis, ceux qui ont eu des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois, ceux qui ont eu des rapports sexuels forcés ou encore ceux qui vivent dans une famille recomposée ont plus souvent fait une tentative de suicide au cours de la vie.

Plus d'une jeune francilienne sur six déclare avoir eu des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois

Les proportions de jeunes Franciliens ayant eu des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois sont plus élevées que celles observées en province⁽²⁵⁾. Chez les étudiants⁽²⁶⁾, les proportions sont également importantes et plus élevées que celles observées à 20-25 ans dans le Baromètre 2000 : 4,9 % des hommes et 8,2 % des femmes.

Les femmes sont toujours plus nombreuses que les hommes à avoir eu des pensées suicidaires.

Les pensées suicidaires sont associées à la consommation régulière de substances psychoactives, à des comportements alimentaires perturbés, à une moindre satisfaction de la relation avec les parents ou encore au fait de vivre dans une famille recomposée.

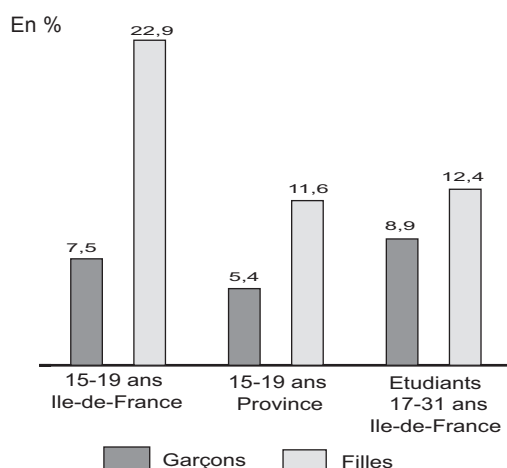
Les jeunes filles déclarent plus souvent que les jeunes hommes avoir déjà fait une tentative de suicide

Les tentatives de suicide chez les jeunes scolarisés de 14-18 ans, en augmentation en Ile-de-France comme en France entre 1993 et 1999, sont des faits particulièrement inquiétants (Espad 1999). L'augmentation est particulièrement nette chez les filles. En Ile-de-France, 13,9 % des jeunes filles déclaraient avoir fait une tentative de suicide au cours de la vie contre 10,6 % en 1993. L'accroissement a été plus important en province, passant de 8,49 % à 12,2 % des filles qui déclarent avoir fait une TS au cours de la vie.

Les données de l'exploitation régionale du Baromètre jeunes⁽²⁵⁾, en population générale, indiquent des proportions un peu plus faibles, avec 5,6 % des Franciliennes de 15-19 ans déclarant avoir fait une tentative de suicide au cours de la vie et 2,6 % des Franciliens. Les proportions sont comparables entre la région francilienne et la province.

Chez les étudiants⁽²⁶⁾, les proportions sont proches de celles observées à 20-25 ans dans le Baromètre santé 2000⁽³³⁾ : 6,7 % des femmes et 4,6 % des hommes.

Avoir eu beaucoup de problèmes de sommeil au cours des huit derniers jours chez les jeunes de 15-19 ans en 1997 et chez les étudiants affiliés à la Smerep en 2001



Sources : Analyse régionale du Baromètre CFES Santé jeunes 97/98 (25) - Santé et recours aux soins des étudiants affiliés à la Smerep (26)

Profils de Duke : scores d'anxiété, de dépression et d'estime de soi chez les jeunes de 15-19 ans en 1997

	Anxiété	Dépression	Estime de soi
Garçons			
Ile-de-France	33,9	31,0	74,2
Province	30,5	27,2	78,8
p	S**	S**	S***
Filles			
Ile-de-France	42,9	42,0	68,6
Province	39,6	38,7	68,9
p	S*	S*	NS

Source : Analyse régionale du Baromètre CFES Santé jeunes 97/98 (25)

S* probabilité < 0,05
S** p < 0,01

S*** p < 0,001
NS non significatif

Le profil de Duke permet de mesurer une perception de la santé à partir de 17 questions explorant différentes dimensions : santé physique, mentale, sociale, anxiété, dépression, estime de soi... Les scores varient de 0 à 100. Pour le score d'estime de soi, 0 indique la pire qualité de vie et 100 la meilleure. Pour les scores d'anxiété et de dépression, 0 indique la meilleure qualité de vie et 100 la moins bonne.

Les filles déclarent plus souvent que les garçons avoir eu des problèmes de sommeil au cours des huit derniers jours

A 15-19 ans, 23 % des filles résidant en Ile-de-France déclarent avoir eu beaucoup de problèmes de sommeil au cours des huit derniers jours contre 8 % des garçons. En province, les proportions sont plus faibles qu'en Ile-de-France, mais plus importantes chez les filles.

Chez les étudiants, les proportions sont plus proches entre filles et garçons que chez les 15-19 ans. Ainsi, 9 % des garçons et 12 % des filles déclarent avoir eu beaucoup de troubles du sommeil au cours des huit derniers jours.

En Ile-de-France, on renseigne difficilement sur la souffrance psychique et la santé mentale dans la population des enfants et des personnes âgées.

Cependant, au niveau national, les premiers résultats de l'étude ESPRIT (qui concerne 1 863 sujets de 65 ans ou plus vivant à Montpellier) indiquent que 10,1 % des 65 ans ou plus souffriraient d'agoraphobie, 6,2 % d'anxiété généralisée et 3,1 % de dépression majeure.

Les jeunes Franciliens déclarent une plus grande anxiété, plus de signes de dépression et une moins bonne estime d'eux-mêmes

En Ile-de-France comme en province, les garçons se perçoivent en meilleure santé que les filles, avec une anxiété moins importante, des signes de dépression moins fréquents et une meilleure estime d'eux-mêmes.

Pour le score d'estime de soi, la différence entre garçons et filles est moins importante en Ile-de-France qu'en province.

La comparaison Ile-de-France / province montre que les jeunes Franciliens sont plus anxieux (scores plus élevés), témoignent plus souvent de signes de dépression (scores plus élevés) et ont une moins bonne estime d'eux-mêmes (scores moins élevés).

Chez les filles toutefois, il n'y a pas de différence dans les scores d'estime de soi entre l'Ile-de-France et la province.

Prévalences-vie de certains troubles mentaux chez les 18 ans ou plus en Ile-de-France
(en % de la population)

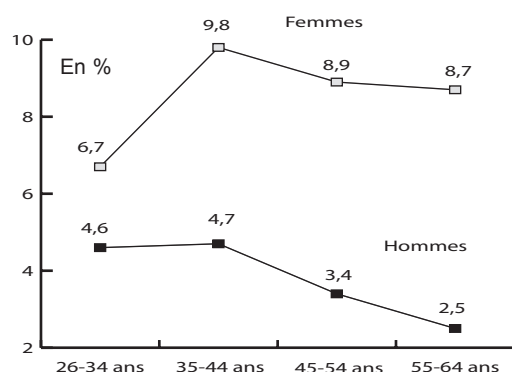
	Paris	Proche couronne	Grande couronne	Ile-de-France
Dépression majeure	19,8	18,6	16,5	18,0
Panique*	3,7	2,8	1,6	2,5
Phobies**	11,0	9,6	5,9	8,3

Source : Enquête santé des Franciliens 1993 - V. Kovess (34)

* Panique : attaque panique et anxiété paroxystique

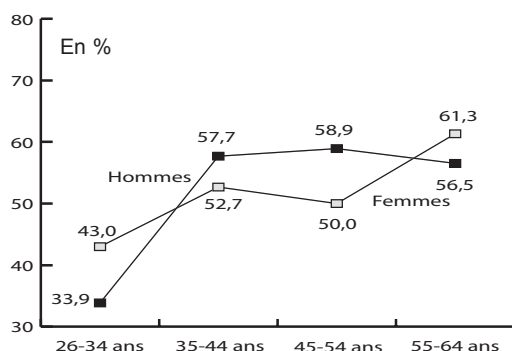
** Phobies spécifiques, sociales, agoraphobie.

Déclarer avoir fait au moins une tentative de suicide au cours de la vie en France métropolitaine
(en % des personnes de chaque groupe d'âges)



Source : INPES, Baromètre santé 2000 (33)

Déclarer avoir été suivi par un médecin ou un professionnel de santé mentale après la dernière tentative de suicide en France métropolitaine
(en % des personnes ayant déjà fait une tentative de suicide)



Source : INPES, Baromètre santé 2000 (33)

Dépression, panique et phobies plus fréquentes à Paris en population adulte

La proportion de troubles mentaux est plus importante, en prévalence, à Paris qu'en proche couronne et en grande couronne chez les adultes de 18 ans ou plus (34).

Il faut toutefois tenir compte du fait que ces zones géographiques regroupent des populations ayant des caractéristiques socio-démographiques différentes. En tenant compte de ces différents facteurs (régression logistique), le fait d'habiter Paris s'accompagne d'un risque accru pour le trouble panique (risque 2,7 fois plus élevé), pour l'agoraphobie (2,6) tandis que cela diminue le risque pour la somatisation.

Pour la plupart de ces troubles, les femmes ont un risque plus élevé, sauf pour l'agoraphobie et la phobie sociale. La survenue de certains troubles est aussi plus fréquente chez les personnes ayant été placées pendant l'enfance : le risque est multiplié par 2 pour la dépression et par 3,5 pour la phobie sociale et la somatisation.

1 femme de 35-44 ans sur 10 déclare avoir déjà fait une tentative de suicide

La proportion de personnes déclarant avoir fait une tentative de suicide au cours de la vie est plus élevée chez les femmes que chez les hommes à tous les âges de la vie.

Chez les femmes, c'est entre 35 et 64 ans que l'on observe les taux les plus élevés, et particulièrement à 35-44 ans où près de 10 % d'entre elles déclarent avoir fait une tentative de suicide.

Chez les hommes, les taux les plus élevés se situent entre 20 et 44 ans, avec des taux stables sur cette période.

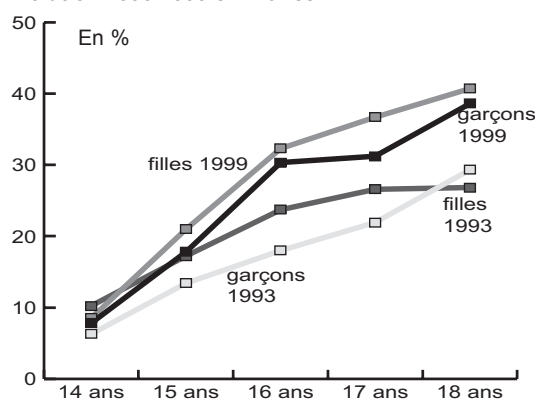
Le suivi par un médecin ou un professionnel de santé mentale après la dernière tentative de suicide concerne près de 6 hommes sur 10 entre 35 et 64 ans alors qu'aux autres âges les taux sont inférieurs à 50 %. Chez les femmes, il semblerait que la proportion de suivi augmente avec l'âge.

Les conduites à risque chez les jeunes

Alors que les jeunes sont pour la plupart en bonne santé, un certain nombre d'entre eux adoptent des comportements dits à risque, c'est-à-dire pouvant être nuisibles pour leur santé à court, moyen ou long terme : consommations de substances psycho-actives, conduites violentes envers soi et envers autrui. Les pensées suicidaires et tentatives de suicide ont été abordées dans le précédent chapitre.

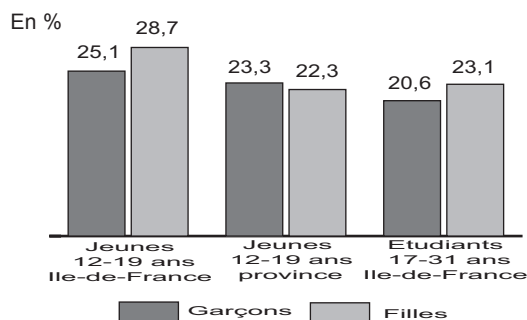
L'Ile-de-France est caractérisée par certaines conduites plus fréquentes qu'ailleurs, par une plus grande proximité des comportements entre garçons et filles et probablement par une association plus forte entre les différentes conduites à risque⁽³⁵⁾.

Consommation quotidienne de tabac chez les jeunes scolarisés de 14-18 ans
Evolution 1993-1999 en France



Sources : ESPAD, INSERM - OFDT^(38, 39)

Tabac quotidien chez les jeunes de 12-19 ans en 1997 et chez les étudiants affiliés à la Smerep en 2001



Sources : Analyse régionale du Baromètre CFES Santé jeunes 97/98⁽²⁵⁾ - Santé et recours aux soins des étudiants affiliés à la Smerep⁽²⁶⁾

Les changements sociétaux récents ont notamment été caractérisés par l'adoption de comportements masculins par les femmes, dont le tabagisme. Cette évolution laisse prévoir une augmentation considérable de la mortalité liée au tabac chez les femmes dans les années à venir.

Ainsi la **prévention** doit-elle être destinée aux jeunes fumeurs afin de les sensibiliser aux dangers du tabac et aux bénéfices de l'arrêt (prévention secondaire) mais aussi aux jeunes avant qu'ils ne commencent à fumer (prévention primaire).

La proportion de jeunes fumeurs a cessé de diminuer depuis 1990

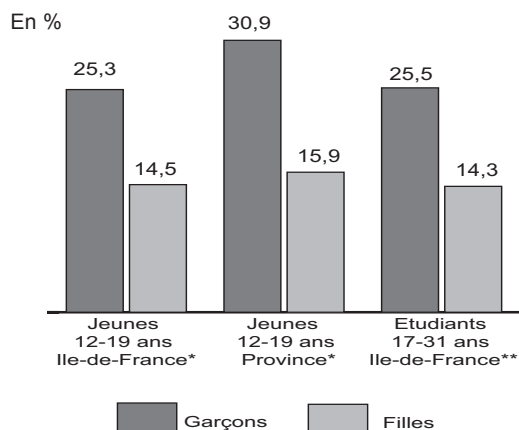
Malgré la diminution de la proportion de fumeurs (quotidiens ou non) de 12-18 ans observée dans les enquêtes du CFES entre 1977 et 2000^(36, 37), les données d'évolution récentes montrent que cette proportion a cessé de diminuer au cours de la décennie 1990-2000, en Ile-de-France comme en France. Les études INSERM/ESPAD^(38, 39) montrent même une augmentation de l'expérimentation et de la consommation quotidienne de tabac chez les jeunes scolarisés de 14-18 ans entre 1993 et 1999. Cependant, depuis 2000, cette consommation semble connaître un fléchissement qu'il conviendrait de vérifier.

1 jeune sur 4 déclare fumer quotidiennement

Selon différentes études, la proportion de fumeurs quotidiens en Ile-de-France n'est pas plus élevée qu'en France. Ainsi, la proportion apparemment plus élevée de fumeurs quotidiens en Ile-de-France dans le Baromètre jeunes⁽²⁵⁾ disparaît après ajustement sur des facteurs socio-démographiques. Dans l'enquête ESPAD 1999⁽³⁹⁾, 25,8 % des Franciliens scolarisés* déclarent fumer quotidiennement contre 30,9 % en France. D'après les données 2000 et 2001 d'ESCAPAD^(40, 41), la proportion de fumeurs quotidiens à 17-18 ans est plus faible en Ile-de-France. Quant aux étudiants franciliens affiliés à la Smerep⁽²⁶⁾, 20,6 % des hommes et 23,1 % des femmes de 17-31 ans fument quotidiennement. En Ile-de-France, les filles fument autant de cigarettes que les garçons (8,4 en moyenne par jour) tandis qu'en province les garçons fument plus : 8,7 cigarettes contre 7,7 chez les filles.

* De la quatrième à la terminale, lycée professionnel inclus.

Consommation régulière d'alcool au cours des 12 derniers mois chez les jeunes de 12-19 ans en 1997 et chez les étudiants affiliés à la Smerep en 2001

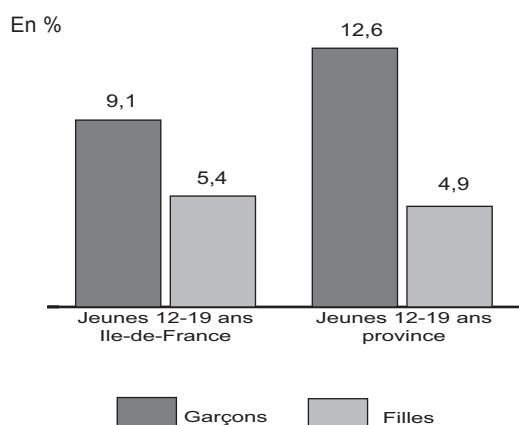


* Consommation d'alcool au moins une fois par semaine au cours des 12 derniers mois.

** Consommation d'alcool au moins deux fois par semaine au cours des 12 derniers mois.

Sources : Analyse régionale du Baromètre CFES Santé jeunes 97/98 - Santé et recours aux soins des étudiants affiliés à la Smerep

Ivresses répétées (au moins 3 ivresses au cours des 12 derniers mois) chez les jeunes de 12-19 ans en 1997



Source : Analyse régionale du Baromètre CFES Santé jeunes 97/98

En Ile-de-France, les jeunes sont moins souvent consommateurs réguliers d'alcool qu'en province

Les jeunes Franciliens de 12-19 ans sont moins souvent consommateurs hebdomadaires d'alcool que les garçons résidant en province ⁽²⁵⁾ : 25,3 % contre 30,9 %. Pour les filles en revanche, les proportions de consommatrices régulières d'alcool sont proches : 14,5 % en Ile-de-France et 15,9 % dans les autres régions.

Quant aux étudiants ⁽²⁶⁾, 25,5 % des hommes et 14,3 % des femmes déclarent avoir consommé de l'alcool au moins deux fois par semaine au cours des 12 derniers mois.

Quelle que soit la population étudiée et le critère de consommation retenu, les garçons sont toujours plus nombreux que les filles (presque deux fois plus) à indiquer une consommation régulière d'alcool.

Par ailleurs, la plupart des enquêtes mettent en évidence une diminution de la proportion de consommateurs réguliers* d'alcool, une hausse de la consommation occasionnelle et confirment une consommation moindre en Ile-de-France.

En Ile-de-France, les garçons sont moins nombreux à avoir déclaré des ivresses qu'en province. Pour les filles, les proportions sont comparables

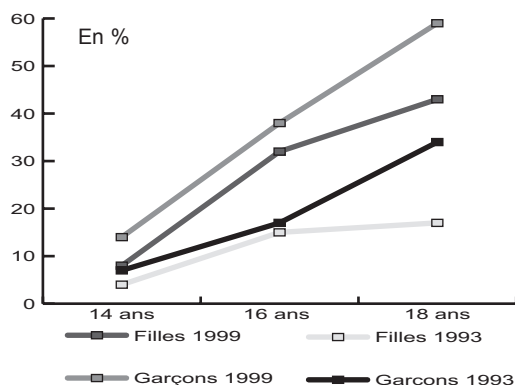
Les jeunes Franciliens de 12-19 ans sont moins nombreux que les jeunes des autres régions à déclarer au moins 3 ivresses au cours des 12 derniers mois (9,1 % contre 12,6 %) tandis que pour les filles, ces proportions sont proches (5,4 % et 4,9 %).

En Ile-de-France comme en province, les garçons sont plus nombreux que les filles à déclarer avoir été ivres au moins trois fois au cours des 12 derniers mois.

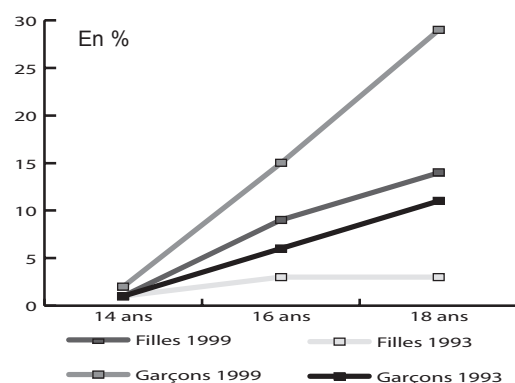
Les écarts entre filles et garçons sont moins grands en Ile-de-France qu'en province en ce qui concerne les ivresses répétées (3,7 points d'écart contre 7,7 en province). Cela est aussi constaté pour l'expérimentation de l'ivresse.

* La définition de la consommation régulière varie selon les enquêtes.

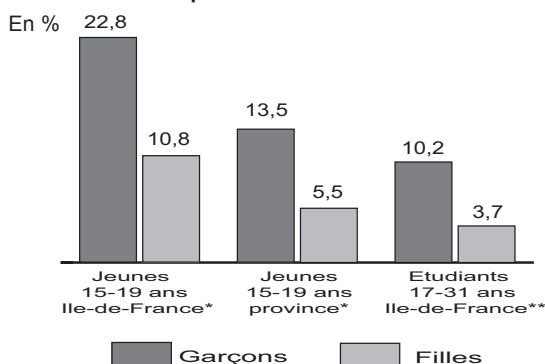
Expérimentation de cannabis chez les jeunes de 14 à 18 ans en milieu scolaire. Evolution 1993-1999 en France



Consommation répétée de cannabis (au moins 10 fois par an) chez les jeunes de 14 à 18 ans en milieu scolaire. Evolution 1993-1999 en France



Consommation régulière de cannabis chez les jeunes de 15-19 ans en 1997 et chez les étudiants affiliés à la Smerep en 2001



* Au moins 10 fois au cours des 12 derniers mois.

** De plusieurs fois par mois à plusieurs fois par jour au cours des 12 derniers mois.

Source : Analyse régionale du Baromètre CFES Santé jeunes 97/98(25) - Santé et recours aux soins chez les étudiants affiliés à la Smerep(26)

L'expérimentation de cannabis a augmenté de manière importante

La comparaison des enquêtes INSERM 1993 et ESPAD 1999 (38,39) met en évidence une augmentation de l'expérimentation de cannabis chez les garçons et les filles scolarisés de 14-18 ans : en 1999, à 18 ans, 59 % des garçons et 43 % des filles déclaraient avoir déjà consommé du cannabis contre 34 % des garçons et 17 % des filles en 1993.

D'après des enquêtes menées auprès de lycéens parisiens âgés de 15 à 19 ans (42), la proportion d'expérimentateurs de cannabis est passée de 23,4 % en 1991 à 42,7 % en 1998.

La consommation régulière de cannabis a aussi fortement augmenté

De nombreuses enquêtes montrent que la consommation régulière de cannabis a fortement augmenté chez les jeunes au cours de la décennie 1990-2000.

Ainsi en 1993, 3 % des filles de 18 ans déclaraient avoir consommé du cannabis au moins 10 fois au cours de l'année. En 1999, elles sont 14 %. Chez les garçons, la consommation répétée de cannabis passe de 11 % à 29 % entre 1993 et 1999.

Dans l'exploitation régionale de l'enquête Baromètre jeunes 97/98(25), une consommation de cannabis d'au moins 10 fois au cours des 12 derniers mois était plus fréquente en Ile-de-France qu'en province.

Chez les étudiants affiliés à la Smerep en Ile-de-France(26), 10 % des garçons et 4 % des filles déclarent consommer du cannabis de plusieurs fois par mois à plusieurs fois par jour.

Les enquêtes plus récentes ne renseignent pas sur les consommations régulières dans les régions, mais il semble qu'aujourd'hui le niveau de consommation régulière de cannabis se soit nivelé entre l'Ile-de-France et la province.

Par ailleurs, il est à noter que quelle que soit l'évolution, la consommation reste plus importante chez les garçons que chez les filles.

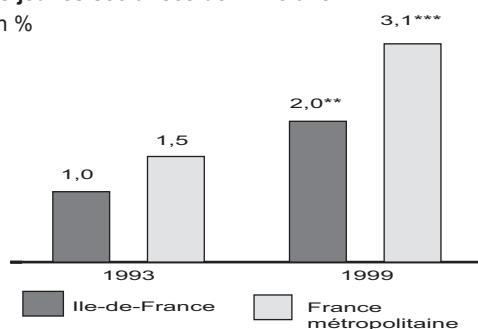
Expérimentation de drogues illicites chez les lycéens parisiens de 15-19 ans en 1983, 1991 et 1998 (en %)

	1983	1991	1998
Solvants	0,9	0,3	4,0
Ecstasy	-	0,1	3,0
LSD	0,5	0,4	1,7
Cocaïne, crack	0,2	0,2	1,5
Héroïne	1,0	0,4	0,2
Cannabis	18,7	23,4	42,7

Source : Les lycéens parisiens et les substances psychoactives, INRP-OFDT⁽⁴²⁾

Polyconsommation régulière* en 1993 et 1999 chez les jeunes scolarisés de 14-18 ans

En %



Source : ESPAD, INSERM - OFDT - Données non publiées

* Tabac quotidien, alcool 10 fois par mois ou +, cannabis 10 fois par mois ou +

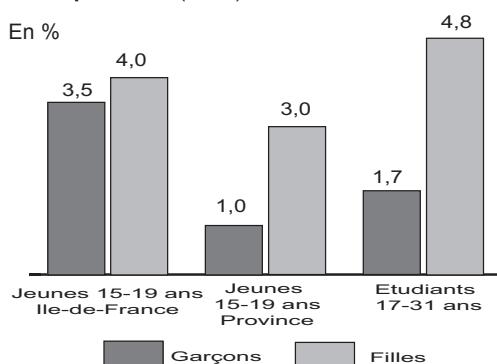
** 2,0 (1,1-3,6), Odds ratio ajusté sur l'âge et le sexe

*** 3,1 (1,5-2,4), Odds ratio ajusté sur l'âge et le sexe.

Les autres conduites à risque

Rapports sexuels forcés au cours de la vie chez les 15-19 ans en 1997 et chez les étudiants affiliés à la Smerep en 2001 (en %)

En %



Source : Analyse régionale du Baromètre CFES Santé jeunes 97/98⁽²⁵⁾ - Perception de la santé auprès des étudiants affiliés à la Smerep⁽²⁶⁾.

Le terme "rapports sexuels forcés" n'a pas été défini dans l'enquête et restait à l'interprétation des enquêtés.

Augmentation de l'expérimentation de la majorité des produits illicites

L'expérimentation de cannabis et autres drogues illicites est en forte augmentation chez les lycéens parisiens⁽⁴²⁾. La proportion d'expérimentateurs de cannabis est passée de 18,7 % à 42,7 % entre 1983 et 1998. L'ecstasy a été consommée par 3 % des lycéens parisiens en 1998 contre 0,1 % en 1983. Les solvants ont été expérimentés par 4,0 % des lycéens en 1998 contre moins de 1 % en 1991 et 1983.

Une augmentation de la polyconsommation en Ile-de-France et en France métropolitaine

Alors que l'exploitation régionale de l'enquête Baromètre jeunes 97/98 du CFES⁽²⁵⁾ mettait en avant une polyconsommation régulière* de substances psycho-actives plus importante en Ile-de-France qu'en province (11,3 % contre 7,5 %), ceci n'est plus le cas dans les enquêtes INSERM et Espad^(38,39), où les prévalences franciliennes semblent même légèrement inférieures à celles de la France métropolitaine.

Par ailleurs, la proportion de polyconsommateurs d'alcool, de tabac et de cannabis a augmenté entre 1993 et 1999.

Près de 4 % des jeunes Franciliens déclarent avoir subi des rapports sexuels forcés au cours de leur vie

A 15-19 ans, les Franciliens sont plus nombreux que les provinciaux à déclarer avoir subi des rapports sexuels forcés. La proportion s'élève à 4,8 % pour les étudiantes affiliées à la Smerep, proportion proche de celle déclarée par les femmes de 20-25 ans dans le Baromètre 2000 (5,4 %) ⁽³³⁾. Les jeunes ayant subi des rapports sexuels forcés sont plus nombreux à consommer régulièrement de l'alcool, du tabac et du cannabis, à se sentir peu écoutés par leurs parents ou à être peu satisfaits de leurs études.

En Ile-de-France, peu de différences sont observées entre filles et garçons tandis qu'en province les filles sont plus nombreuses à déclarer avoir subi des rapports sexuels forcés.

* Alcool au moins une fois par semaine et/ou au moins trois ivresses au cours des 12 derniers mois, tabac quotidien, cannabis 10 fois au moins au cours de la vie.

Violence agie et subie au cours des 12 derniers mois chez les jeunes de 15-19 ans en 1997 et chez les étudiants affiliés à la Smerep en 2001 (en %)

	Garçons		Filles	
	%	effectifs	%	effectifs
Avoir frappé ou blessé physiquement				
Jeunes 15-19 ans*				
Ile-de-France	21,9	228	6,0	248
Autres régions	12,3	1139	3,4	1061
Etudiants 17-31 ans**	3,1	581	1,1	1241
Avoir été frappé ou blessé physiquement				
Jeunes 15-19 ans*				
Ile-de-France	14,0	228	9,6	248
Autres régions	11,3	1139	5,7	1061
Etudiants 17-31 ans**	9,4	593	7,2	1261

Sources : * Analyse régionale du Baromètre CFES Santé jeunes 97/98⁽²⁵⁾ - ** Santé et recours aux soins chez les étudiants affiliés à la Smerep⁽²⁶⁾

Violence, tabac et dépressivité chez les jeunes en milieu scolaire, chez les jeunes en insertion et chez les jeunes de la PJJ (en %)

	Violence 1	Tabac ²	Dépres- sivité ³	TS ⁴
Population scolaire 1994				
Garçons	21,4	14,2	3,8	5,2
Filles	12,7	14,7	10,6	7,7
Jeunes en insertion 1994				
Garçons	31,2	57,2	8,4	11,9
Filles	27,9	49,3	17,3	17,5
Jeunes PJJ 1998				
Garçons	45,0	74,5	7,5	11,7
Filles	62,0	81,3	33,9	49,2

Sources : INSERM

1. Avoir subi au moins une violence physique et/ou sexuelle au cours de la vie

2. Fumer quotidiennement du tabac

3. Symptomatologie dépressive : score de 11-12 sur l'échelle de Kandel (troubles du sommeil, inquiétude, nervosité, manque d'énergie, dépression, sentiment de désespoir face à l'avenir).

4. Avoir fait une tentative de suicide au cours de la vie.

Des actes de violence plus importants en Ile-de-France qu'en province

Les proportions de jeunes déclarant des violences agies ou subies sont élevées, particulièrement chez les garçons.

D'autre part, les jeunes Franciliens sont plus nombreux à déclarer une violence (agie ou subie) au cours des 12 derniers mois que les jeunes de province⁽²⁵⁾. Chez les étudiants⁽²⁶⁾, les proportions de violence agie sont plus faibles.

Certains facteurs sont associés à cette violence, notamment la consommation régulière d'alcool, de tabac et de cannabis, une faible écoute des parents ou encore une moindre satisfaction par rapport aux études.

Les différences entre garçons et filles sont moins importantes en Ile-de-France qu'en province : en Ile-de-France, les proportions de jeunes ayant déclaré une violence subie ne diffèrent pas significativement tandis que c'est le cas en province.

Des conduites à risque plus fréquentes chez les jeunes en difficulté

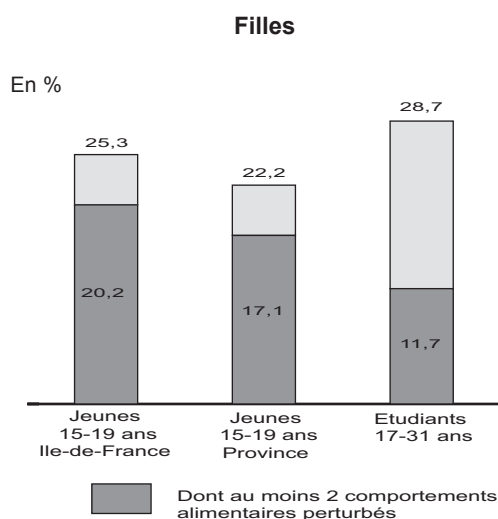
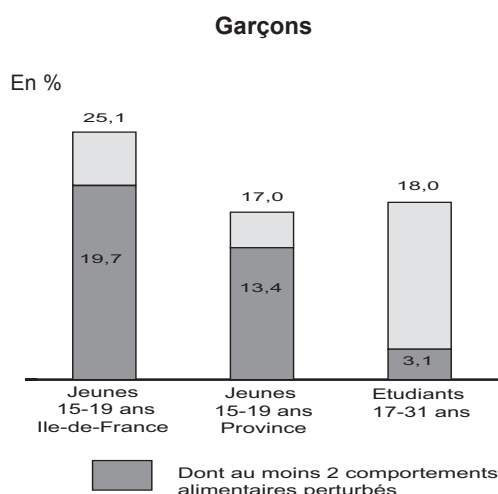
Les enquêtes INSERM auprès de jeunes en insertion⁽⁴³⁾ et de jeunes de la protection judiciaire de la jeunesse⁽⁴⁴⁾ montrent que ceux-ci déclarent plus souvent que les jeunes scolarisés des conduites à risque.

Chez les jeunes de la PJJ, 7 garçons sur 10 et 8 filles sur 10 déclarent fumer quotidiennement contre moins de 15 % des garçons et des filles scolarisés. La différence d'âge entre ces deux populations (plus âgées à la PJJ) n'explique que partiellement les différences observées.

Une symptomatologie dépressive est trois fois plus importante chez les jeunes filles de la PJJ que chez les scolarisées. Au moins une tentative de suicide est déclarée par 49,2 % des filles de la PJJ contre 17,5 % des jeunes filles en insertion et 7,7 % de celles scolarisées.

Des violences subies (physiques, sexuelles) sont 5 fois plus fréquentes chez les filles de la PJJ que chez celles scolarisées et 2 fois plus fréquentes chez les garçons de la PJJ que chez les scolarisés.

Comportements alimentaires perturbés* (assez souvent ou très souvent) chez les jeunes de 15-19 ans en 1997 et chez les étudiants affiliés à la Smerep en 2001 (en %)



Sources : Analyse régionale du Baromètre CFES Santé jeunes 97/98⁽²⁵⁾ - Santé et recours aux soins des étudiants affiliés à la Smerep⁽²⁶⁾

*Comportements alimentaires perturbés parmi manger énormément avec de la peine à s'arrêter, se faire vomir volontairement, redouter de commencer à manger de peur de ne pas pouvoir s'arrêter, manger en cachette, ne pas manger à sa faim.

Environ un Francilien sur quatre déclare avoir eu des comportements alimentaires perturbés au cours de l'année

Les proportions de jeunes déclarant avoir eu assez souvent ou très souvent au moins un comportement alimentaire perturbé au cours des 12 derniers mois est importante. En Ile-de-France, cela concerne un quart des jeunes de 15-19 ans.

La comparaison entre les régions montre que les proportions de filles ayant des troubles alimentaires sont comparables entre l'Ile-de-France et la province tandis que pour les garçons, les Franciliens sont nettement plus touchés que leurs homologues de province.

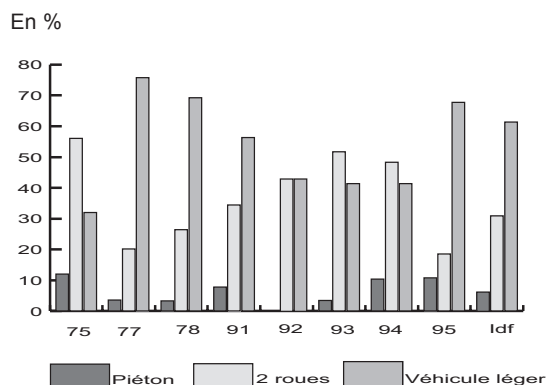
Chez les étudiants, 28,7 % des femmes déclarent des comportements alimentaires perturbés contre 18,0 % des hommes.

Les comportements alimentaires perturbés semblent liés à d'autres indicateurs de mal-être tels que le fait de consommer régulièrement de l'alcool, du tabac et du cannabis, le fait d'avoir eu des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois ou le fait d'avoir eu des difficultés de sommeil au cours des 30 derniers jours (pour les hommes seulement).

Les accidents de la circulation

Jeunes de 15-24 ans tués dans un accident de la circulation selon la catégorie d'usagers* en 1997-1999

(en % des victimes de 15-24 ans)



Source : SETRA

* La catégorie "autres" n'a pas été représentée ici.

Les statistiques portent sur des données **enregistrées** et non domiciliées.

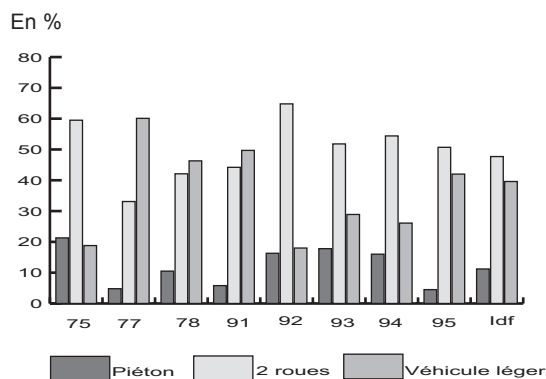
Accident corporel de la circulation : provoque au moins une victime, survient sur une route ouverte à la circulation publique, implique au moins un véhicule.

Tué : victime décédée sur le coup ou dans les 6 jours qui suivent l'accident.

Blessé grave : blessé dont l'état nécessite plus de 6 jours d'hospitalisation.

Jeunes de 15-24 ans gravement blessés dans un accident de la circulation selon la catégorie d'usagers* en 1997-1999

(en % des victimes de 15-24 ans)



Source : SETRA

* La catégorie "autres" n'a pas été représentée ici.

Les tués : usagers de voiture en grande couronne, usagers de 2 roues dans le centre de la région

En grande couronne, environ 7 jeunes sur 10 ont été tués en voiture, sauf dans le département de l'Essonne où la proportion est de 56 %.

En proche couronne et à Paris, c'est essentiellement en véhicules à 2 roues que les jeunes ont été tués, les usagers de 2 roues représentent 49 % des victimes décédées.

En Ile-de-France, les jeunes de 15-24 ans représentent 23 % de l'ensemble des tués (33 % en France métropolitaine).

Près de la moitié des blessés graves sont usagers de véhicules à 2 roues

En grande couronne, entre 40 % et 60 % des blessés graves l'ont été en véhicule léger (voiture essentiellement) et, à l'exception du Val-d'Oise, c'est la catégorie la plus importante dans les départements de la grande couronne.

En proche couronne et à Paris, les blessés graves en 2 roues représentent de 50 à 60 % des blessés graves de 15-24 ans. La catégorie "piétons" y est plus importante qu'ailleurs, avec des proportions supérieures à 15 %.

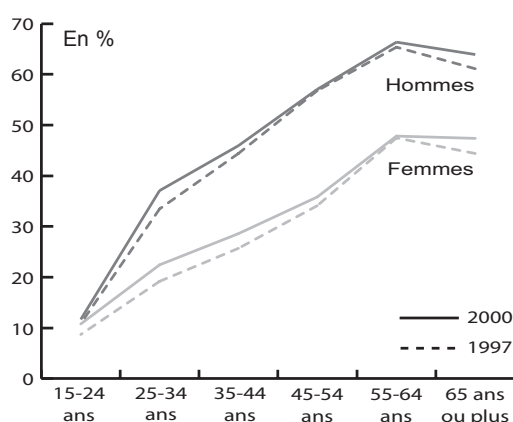
En Ile-de-France, les jeunes de 15-24 ans représentent 25 % de l'ensemble des blessés graves franciliens (42 % en France métropolitaine). Cette proportion varie de 17,2 % à 31,9 % (Seine-et-Marne).

Si les études épidémiologiques ont clairement montré le lien entre la prise d'alcool et la survenue d'accidents de la circulation, elles ne sont pas assez nombreuses en ce qui concerne la consommation de cannabis. Toutefois la proportion de conducteurs sous l'influence du cannabis et impliqués dans des accidents est suffisamment importante (plus d'1 sur 10) pour que le cannabis puisse être considéré comme un facteur potentiel d'accident.

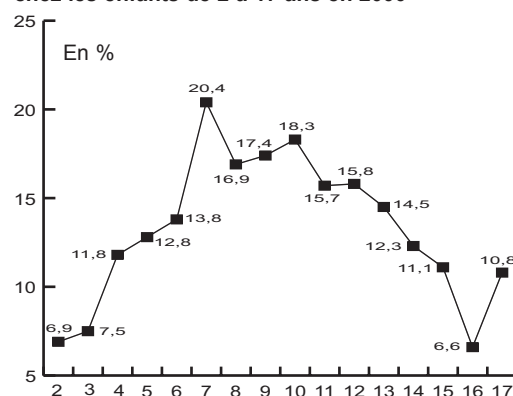
Surpoids et obésité

Selon l'OMS, l'obésité est la "première épidémie non infectieuse". C'est une maladie chronique qui augmente les risques de morbidité et de mortalité cardiovasculaires. On observe neuf fois plus de diabétiques traités et quatre fois plus d'hypertension artérielle traitée chez les obèses. En Ile-de-France, la situation est d'autant plus préoccupante que la prévalence de l'obésité a connu une hausse proche de 30 % en seulement trois ans, et que - comme il a été rappelé dans le chapitre sur les inégalités sociales de santé - urbanisation et précarité semblent être deux facteurs déterminants du surpoids et de l'obésité.

Prévalence du surpoids et de l'obésité en France - par tranche d'âge, selon le sexe, en 1997 et 2000

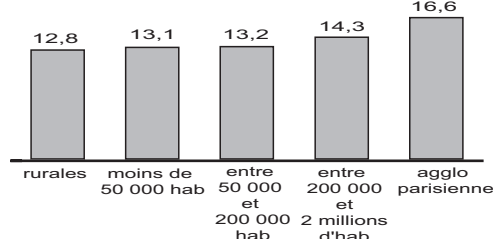


- chez les enfants de 2 à 17 ans en 2000



Source : ObEpi, INSERM, Institut Roche de l'Obésité, SOFRES⁽¹⁶⁾

Surpoids et obésité chez les enfants de 6 ans en 1999-2000 selon la taille de la commune de résidence



Source : DREES-DGS-DESCO⁽⁶¹⁾

En 2000, 29,4 % des Français sont en surpoids et 9,6 % sont obèses

Par rapport à 1997, la prévalence du surpoids a augmenté de 3,2 % et celle de l'obésité de 17 %. En Ile-de-France, la prévalence de l'obésité (8,6 %) reste inférieure au niveau national. Toutefois l'écart se réduit, du fait d'une évolution rapide de la prévalence de l'obésité dans la région entre 1997 et 2000 : + 28,4 %⁽¹⁶⁾.

A 7 ans, 1 enfant sur 5 présente une surcharge pondérale

L'obésité infantile est un facteur prédictif de l'obésité adulte. Ainsi, entre 42 % et 63 % des enfants obèses à l'âge de la scolarisation le restent à l'âge adulte⁽⁴⁵⁾. La proportion d'enfants en surpoids ou obèses tend à augmenter avec l'âge, passant de 6,9 % à 20,4 % entre 2 et 7 ans. A partir de 10 ans, elle diminue pour atteindre, à 16 ans, le niveau observé à 2 ans.

En 2000, 2 % des Franciliens de 2-17 ans sont obèses, proportion proche de la prévalence nationale (2,4 %). Cette dernière varie de 0,9 % pour l'Ouest du pays à 3,5 % pour la Méditerranée.

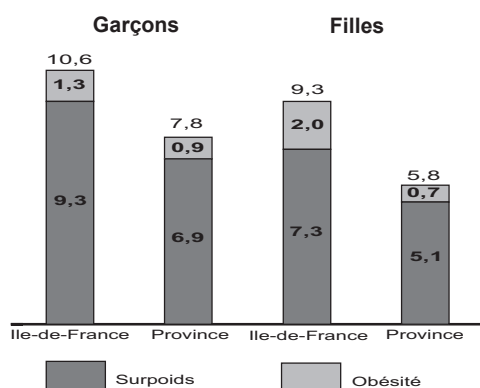
La surcharge pondérale de l'enfant de 6 ans est associée à l'urbanisation et à la précarité

Selon une enquête en milieu scolaire (1999-2000)⁽⁶¹⁾, la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les enfants de 6 ans est plus élevée en agglomération parisienne (16,6 %) et décroît avec la taille des communes (12,8 % en milieu rural).

La proportion d'enfants en surcharge pondérale est aussi plus importante en ZEP que dans les établissements hors ZEP : 21,1 % des enfants des ZEP de l'agglomération parisienne présentent une surcharge pondérale contre 14,7 % de ceux scolarisés hors ZEP.

La prévalence du surpoids et de l'obésité est plus élevée chez les filles que chez les garçons et chez les aînés des fratries que chez les enfants suivants.

Proportion de jeunes de 15 à 19 ans en surpoids et obésité* en 1997 (en %)



Source : Analyse régionale Baromètre CFES jeunes 97/98.

* Références IOTF : Cole

- Garçons -

Surpoids : IMC > 23,39 à 15 ans, à 23,9 à 16 ans, à 24,5 à 17 ans, à 25 à 18 ans et 19 ans.

Obésité : IMC > 28,3 à 15 ans, à 28,9 à 16 ans, à 29,4 à 17 ans, à 30 à 18 ans et 19 ans.

- Filles -

Surpoids : IMC > 23,9 à 15 ans, à 24,4 à 16 ans, à 24,7 à 17 ans, à 25 à 18 ans et 19 ans.

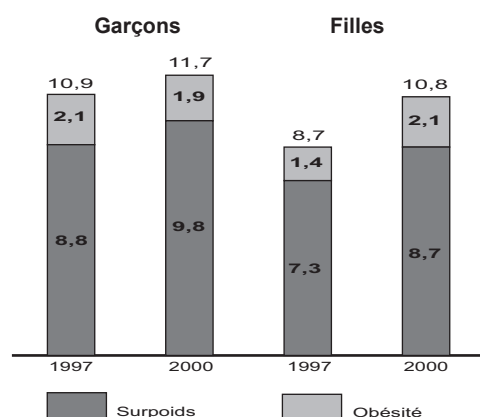
Obésité : IMC > 29,1 à 15 ans, à 29,4 à 16 ans, à 29,7 à 17 ans, à 30 à 18 ans et 19 ans.

Les nutritionnistes classent les états nutritionnels d'une population à partir des indices de masse corporelle (IMC).

$$IMC = \frac{\text{Poids (en kg)}}{\text{Taille} \times \text{Taille (en m}^2\text{)}}$$

Un IMC inférieur à 18,5 définit un état de maigreur, compris entre 25 à 27 un surpoids, supérieur à 30 une obésité.

Evolution de la proportion de jeunes de 15 à 24 ans en surpoids et obésité** en France en 1997 et 2000 (en % de l'ensemble des jeunes de 15-24 ans)



Source : ObEpi, INSERM, Institut Roche de l'Obésité, SOFRES

** Références OMS :

Obésité : IMC ≥ 30 ou IMC > 30 Surpoids : IMC de 25 à 29,9

En Ile-de-France, les jeunes sont plus nombreux à être obèses ou en surpoids qu'en province

Les jeunes femmes franciliennes sont plus nombreuses à être obèses ou en surcharge pondérale que celles résidant en province : 9,3 % en Ile-de-France contre 5,8 % en province⁽²⁵⁾. La tendance est la même pour les garçons, bien que les différences ne soient statistiquement pas significatives : 10,6 % contre 7,8 % en province.

Dans l'enquête auprès des étudiants affiliés à la Smerep⁽²⁶⁾, 9,4 % des étudiants et 6,2 % des étudiantes sont obèses ou en surcharge pondérale.

Ainsi, alors que chez les 15-19 ans, les proportions sont comparables entre les sexes, chez les étudiants, les hommes sont significativement plus nombreux à être en surcharge pondérale ou en obésité que les femmes.

L'enquête ObEpi 2000 fait suite à une première enquête de méthodologie identique réalisée en 1997 sur l'épidémiologie du surpoids et de l'obésité chez l'adulte en France. Ces enquêtes sont réalisées dans un échantillon représentatif de la population française (non institutionnalisée).

Par rapport à 1997, ObEpi 2000 concerne aussi les enfants. Ainsi, 26 982 sujets de 15 ans ou plus et 6 084 de 2 à 17 ans ont été retenus.

Une évolution rapide du surpoids et de l'obésité chez les jeunes, particulièrement chez les filles

L'évolution de la prévalence française du surpoids/obésité (+ 6 %) entre 1997 et 2000 est particulièrement marquée chez les jeunes de 15 à 24 ans, surtout chez les jeunes filles.

En effet, leur taux de prévalence a connu une hausse de 24,1 %, passant de 8,7 % à 10,8 %.

Chez les garçons, l'augmentation est beaucoup moins importante (+ 7,3 %), la prévalence variant de 10,9 % à 11,7 %.

L'accroissement rapide de l'obésité en Ile-de-France constitue un problème nouveau pour la région, avec des répercussions en terme de morbidité qu'il conviendra d'évaluer dans le futur.

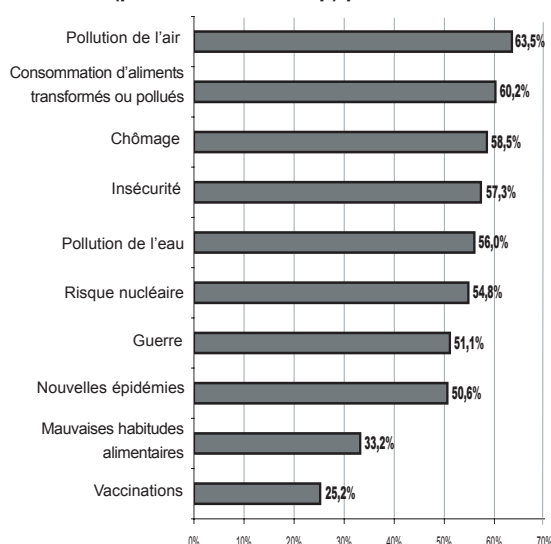
Santé et Environnement

La santé humaine est le résultat de nombreux “déterminants”, aux interactions complexes. Ces déterminants relèvent du patrimoine génétique propre à chaque individu, de son mode de vie, de son accessibilité aux services de santé et de la qualité de son environnement. Les pollutions de l’environnement extérieur (pollution atmosphérique urbaine, pollution des eaux, des sols...) peuvent ainsi agir sur la santé. Mais l’environnement à l’intérieur des bâtiments, où les Franciliens passent en moyenne 90 % de leur temps, est tout aussi important, le saturnisme infantile en fournit un exemple. Le bruit enfin est une nuisance qui s’exerce aussi bien à l’intérieur qu’à l’extérieur des habitations et qui elle aussi peut avoir des conséquences sanitaires.

Comment l'environnement influence-t-il notre santé ?

De manière directe ou indirecte, l'existence de polluants dans notre environnement peut affecter la santé des individus. En seulement un siècle, des pathologies telles certaines formes de cancers sont apparues, d'autres se sont développées. La rapidité de cette évolution suppose la responsabilité de facteurs liés aux comportements des individus (tabagisme, alcool, alimentation...) mais également l'implication très probable de facteurs environnementaux.

Craindre (pas mal et beaucoup) pour soi-même*



Source : INPES(33)

* Lorsqu'on interroge les Français sur ce qu'ils craignent le plus pour eux même, les problèmes d'environnement sont les plus fréquemment cités. Ainsi, la pollution de l'air et la consommation d'aliments transformés ou pollués sont davantage mis en avant que le chômage et l'insécurité.

En témoignent également l'accroissement des troubles de la reproduction (baisse en cinquante ans du volume du sperme et de la concentration des spermatozoïdes) dont peuvent être rendus responsables certains pesticides, des affections neurodégénératives comme la maladie d'Alzheimer, dont l'origine pourrait être attribuée à certains facteurs environnementaux (présence de composés d'aluminium dans l'eau de boisson), des allergies, vraisemblablement en lien avec l'habitat (confinement et promiscuité animale) et les conditions de travail. Environnement et Santé sont donc deux domaines complémentaires et indissociables, aux relations complexes qu'il convient de clarifier pour mieux répondre aux préoccupations et aux attentes des populations.

Une relation complexe, difficile à établir

L'impact de la pollution de l'environnement sur la santé n'est pas aisé à mettre en évidence pour plusieurs raisons :

- Sauf exception, les maladies liées à l'environnement ne sont pas spécifiques d'un contaminant particulier. Il existe une multiplicité de facteurs pouvant intervenir dans l'apparition ou l'aggravation d'une pathologie.
- Les risques sanitaires induits par les pollutions environnementales ont changé de nature. Dans un premier temps, l'attention du public a été régulièrement attirée et marquée par des événements de caractère meurtrier causés le plus souvent par des accidents industriels (catastrophes de Minamata au Japon, de Bhopal en Inde, de Seveso en Italie).

Aujourd'hui, la question des risques sanitaires liés

à l'environnement concerne de plus en plus des expositions à long terme pour des quantités de polluants faibles, voire très faibles, mais touchant une grande partie de la population. Bien que l'exposition soit faible, le risque collectif peut être suffisamment important pour être considéré comme un enjeu de santé publique. L'évaluation précise des effets des faibles doses est encore difficile à réaliser et ce d'autant plus que la population est constituée d'individus ayant des sensibilités (physiologiques) variables vis à vis des pollutions. La santé environnementale repose donc en grande partie sur l'évaluation des risques pour leur quantification à l'échelle des populations.

Une démarche en quatre étapes

L'évaluation des risques sanitaires liés à l'environnement repose sur une méthodologie définie en 1983 aux Etats Unis - adoptée depuis par de nombreux pays dont la France -, comportant quatre étapes, impliquant des disciplines variées : métrologie, toxicologie, épidémiologie, analyse statistique, chimie...

- La première étape est celle de l'identification des dangers. Elle permet de caractériser la toxicité des produits et leur mécanisme d'action sur les organismes.

- Dans une deuxième étape, on évalue la relation dose-effet qui détermine la gravité des effets liés aux produits en cause.

- La troisième étape est celle de l'évaluation de l'exposition, afin de connaître la probabilité d'exposition des populations.

- La dernière étape est la caractérisation du risque, apportant une estimation qualitative et/ou quantitative de la probabilité et de la gravité des effets du produit étudié sur la population.

Cette démarche pragmatique sert de fondement à la gestion des risques et à l'établissement de la réglementation en France.

Le dispositif français

La France s'est dotée de nouvelles institutions et de textes réglementaires destinés à l'étude, l'analyse et

la prévention des problèmes liés à l'environnement. Ces avancées font suite à la loi 98-535 du 1^{er} juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme qui a conduit, par exemple, à la création de l'Agence française de sécurité des aliments (AFSSA) et de l'Institut de veille sanitaire (InVS). Enfin, une loi du 9 mai 2001 a conduit à la mise en place de l'Agence française de sécurité sanitaire environnementale (AFSSE).

Outre ces deux agences, la loi de 1998 est à l'origine de la mise en place de nouvelles structures., notamment la sous direction de la gestion des risques du milieu de la Direction générale de la Santé, dont le champ de compétences comprend la prise en compte des risques liés à la consommation de l'eau et des aliments ; à l'air, aux sols et aux déchets ; aux bâtiments, aux transports, au bruit et au milieu de travail ; aux rayonnements ionisants et non ionisants.

Le rôle des instances régionales

Bien qu'il n'ait pas de compétences en matière de santé publique, le Conseil régional d'Ile-de-France a pris en compte cette préoccupation dans ses orientations d'aménagement et de planification du territoire. A cette fin, il met en oeuvre et finance des programmes destinés à protéger l'environnement, dont la contribution est loin d'être négligeable dans l'amélioration de la qualité de vie des Franciliens. Ce sont, notamment, les aides aux flottes de véhicules propres dans les transports publics, le soutien à AIRPARIF pour le développement des mesures de la qualité de l'air, aux gestionnaires d'usines d'incinération pour la réduction des émissions polluantes.

L'appui aux collectivités pour la potabilisation et l'assainissement des eaux usées et l'élimination des déchets solides, le soutien aux agriculteurs par des programmes d'accompagnement pour l'usage de fertilisants et de pesticides sont autant de mesures qui favorisent l'amélioration de la qualité de l'eau, de l'air et des sols.

Pollution atmosphérique et santé

L'air est composé normalement de 78 % d'azote, 21 % de dioxygène, et 1 % d'argon et de gaz divers. La loi sur l'air et l'utilisation rationnelle de l'énergie (LAURE, 1996) définit la pollution atmosphérique comme "l'introduction par l'homme, directement ou indirectement dans l'atmosphère et les espaces clos, de substances ayant des conséquences préjudiciables de nature à mettre en danger la santé humaine, à nuire aux ressources biologiques et aux écosystèmes, à influencer sur les changements climatiques, à détériorer les biens matériels, à provoquer des nuisances olfactives excessives".

Mis en place à la suite de l'épisode de pollution de janvier-février 1989, le programme Erpurs (Evaluation des Risques de la Pollution URbaine sur la Santé) dispose aujourd'hui de plus de 10 années de données environnementales et sanitaires qui permettent d'analyser les liens à court terme existant entre pollution atmosphérique urbaine de fond et santé en Ile-de-France.

Niveaux moyens annuels de différents polluants en 2001 (échantillon de stations urbaines et périurbaines)

Polluant	Niveau moyen en 2001 (en µg/m ³)
Monoxyde d'azote	18
Dioxyde d'azote	41
Ozone	39
Fumées noires	17
Particules fines PM10	23
Dioxyde de soufre	10

Source : AIRPARIF 2001

La pollution de fond

Il s'agit des niveaux de pollution enregistrés par les capteurs urbains (dans l'agglomération parisienne, avec une densité minimale de 4 000 habitants par km² dans un rayon d'un km autour de la station) et périurbains (sous l'influence directe de l'agglomération parisienne) du réseau AIRPARIF. Ces capteurs sont placés à distance de toute source directe de pollution (industrielle ou automobile) dans des lieux tels que parcs, cours d'école, cités...

*Ces niveaux sont considérés comme représentatifs de la pollution à laquelle sont exposés en moyenne les Franciliens, quelles que soient leurs activités au cours de la journée.
(Source AIRPARIF)*

Les partenaires du programme Erpurs

ORS Ile de France pour la coordination et la réalisation des études ; Centre épidémiologique d'étude des causes de décès (CépiDC-INSERM) ; Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) ; SOS-médecins Paris ; Météo France ; Groupes Régionaux d'Observation de la Grippe (GROG) ; Open Rome ; Réseau National de Surveillance Aérobiologique (RNSA) ; Surveillance de la qualité de l'air en Ile de France (AIRPARIF) ; Association pour la Prévention de la Pollution Atmosphérique (APPA) ; Laboratoire d'Hygiène de la Ville de Paris (LHVP) ; Conseil Régional d'Ile de France.

Les niveaux de pollution atmosphérique urbaine en Ile-de-France

Afin d'apprécier de façon quantitative la pollution atmosphérique, la région parisienne a été dotée dès les années 60 de réseaux de surveillance de la qualité de l'air, exploités par les laboratoires de la Ville de Paris (LHVP) et de la Préfecture de Police (LCPP). Depuis 1979, la mise en place de l'association agréée de surveillance de la qualité de l'air AIRPARIF contribue à la modernisation des équipements et à une diversification des polluants mesurés.

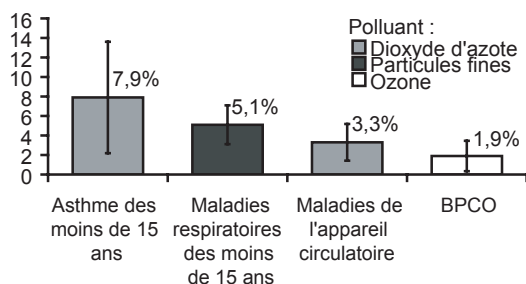
Le transport routier constitue la principale source de pollution atmosphérique dans cette région (67,3 % des émissions de dioxyde et monoxyde d'azote, source CITEPA 1999).

Les effets de la pollution atmosphérique sur la santé

Un ensemble de travaux épidémiologiques et expérimentaux confirme que ces polluants ont un effet néfaste sur la santé. Ces effets s'exercent notamment sur les appareils circulatoire et respiratoire⁽⁴⁶⁾.

Au sein de la région Ile-de-France, le programme Erpurs "Evaluation des Risques de la Pollution Urbaine sur la Santé" a été la première étude écologique française concernant les liens entre pollution atmosphérique urbaine et santé. Les travaux publiés en 1994 et en 1998 ont permis de mettre en

Augmentation du risque relatif d'hospitalisation lorsque l'on passe d'un niveau de polluant de base à un niveau médian, pour différentes causes d'hospitalisations (en %)

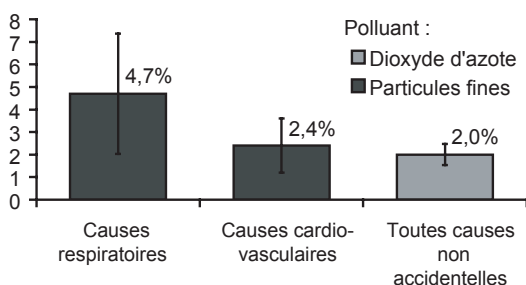


Lecture : Lorsque la concentration de dioxyde d'azote passe d'un niveau de base (niveau non dépassé au cours des 18 jours les moins pollués de l'année) à un niveau médian (niveau atteint ou dépassé la moitié des jours de l'année), le risque relatif d'hospitalisation pour asthme des moins de 15 ans augmente de 7,9 %

Les barres verticales représentent les intervalles de confiance à 95 %

Source : ORS Ile-de-France

Augmentation du risque relatif de mortalité lorsque l'on passe d'un niveau de polluant de base à un niveau médian, pour différentes causes de mortalité (en %)



Lecture : Lorsque la concentration de particules fines passe d'un niveau de base (niveau non dépassé au cours des 18 jours les moins pollués de l'année) à un niveau médian (niveau atteint ou dépassé la moitié des jours de l'année), le risque relatif de décès pour causes respiratoires augmente de 4,7 %

Les barres verticales représentent les intervalles de confiance à 95 %

Source : ORS Ile-de-France

Niveau de base (P5) et niveau médian (P50) des polluants pendant la période 1987-2000

Polluant	P5 (en µg/m ³)	P50 (en µg/m ³)
Dioxyde d'azote	26	50
Ozone	4	29
Particules fines	11	30

Source : AIRPARIF 2001. Exploitation ORS Ile-de-France.

évidence les liens existants entre pollution atmosphérique et santé en Ile-de-France. Récemment, une analyse portant sur plus de dix années de données (1987-2000) a permis d'approfondir et de réactualiser ces connaissances⁽⁴⁷⁾.

Cette étude analyse les effets à court terme (2 jours) de la pollution atmosphérique urbaine de fond sur la santé. Elle a pour objectif d'évaluer les pourcentages d'augmentation du risque relatif de mortalité ou d'hospitalisation pour une augmentation des niveaux de polluants d'un niveau de base (5^{ème} percentile, niveau non dépassé au cours des 18 jours les moins pollués de l'année) à un niveau médian (niveau atteint ou dépassé la moitié du temps).

Des relations similaires à celles présentées dans les graphiques ci-contre sont obtenues pour la plupart des indicateurs étudiés, montrant qu'il existe en Ile-de-France des liens significatifs entre pollution atmosphérique et santé, *en dehors même de toute période de pics de pollution*. Ces liens sont plus marqués chez les enfants, qui représentent donc un groupe particulièrement vulnérable vis à vis de la pollution atmosphérique.

Ainsi, toute diminution, même minime, des niveaux de pollution atmosphérique est susceptible d'entraîner des bénéfices pour la santé.

La méthode de l'étude Erpurs

Erpurs est une étude épidémiologique de type écologique. Son principe est de mettre en relation les variations temporelles à court terme d'un indicateur de l'état de santé de la population avec celles d'un indicateur de l'exposition de cette même population à la pollution atmosphérique. La zone sur laquelle porte cette étude comprend Paris et les trois départements limitrophes : Hauts-de-Seine, Seine-Saint-Denis et Val-de-Marne. A l'intérieur de la zone d'étude, l'exposition à la pollution atmosphérique est considérée comme homogène et est évaluée par les niveaux de fond de différents polluants (dioxyde d'azote, ozone, fumées noires, particules fines et dioxyde de soufre). Les indicateurs de l'état de santé de la population retenus sont les nombres quotidiens de décès à l'intérieur de la zone d'étude, ou d'hospitalisations dans les hôpitaux de l'AP-HP. Les facteurs de confusion (météorologie, pollens, épidémies de grippe...) qui pourraient biaiser la relation entre pollution et santé sont pris en compte dans l'analyse. La modélisation statistique réalisée permet donc d'estimer un risque pour la santé lié à un niveau de polluant ambiant en tenant compte des cofacteurs connus.

Climat et santé, le cas de la canicule d'août 2003 en Ile-de-France

L'Ile-de-France a subi au cours de la première quinzaine du mois d'août 2003 une vague de chaleur exceptionnelle rappelant que les températures extrêmes (canicule mais aussi grands froids) peuvent avoir des effets sur la santé, y compris en terme de mortalité.

Si l'ensemble du territoire national a été touché, le bilan sanitaire dans notre région a été exacerbé du fait de spécificités démographiques, socio-économiques et géographiques. A cela s'ajoute la pollution atmosphérique urbaine dont le rôle, vraisemblable, sera à évaluer.

Chaleur et santé, une mortalité surtout immédiate

Les vagues de chaleur, même de courte durée, entraînent une surmortalité importante qui apparaît, en règle générale, 24 ou 48 heures après le début de la vague. Les causes de cette surmortalité sont directes par hyperthermie ou déshydratation, ou indirectes par pathologies cardiovasculaires, respiratoires ou neurologiques. Dans ces cas, la survenue du décès peut aussi être décalée dans le temps. Une surmortalité post-caniculaire a en effet été constatée dans des études relatives à des épisodes de canicule⁽¹¹⁰⁾.

Forte représentation des personnes âgées

Les effets des fortes chaleurs touchent essentiellement les personnes âgées. Celles-ci sont fragilisées et ont une incapacité progressive à assurer une thermolyse efficace. De plus, elles ne ressentent la chaleur - et ne s'en protègent - que lorsque leur température cutanée s'élève de 5°C (0,5°C seulement chez un adulte jeune).

Près de 600 000 personnes âgées de 75 ans ou plus vivent en Ile-de-France. D'après une estimation de l'ORS⁽¹⁰³⁾, 89 000 d'entre elles sont actuellement "dépendantes". Or, l'offre régionale pour la prise en charge de ces personnes est insuffisamment développée (taux d'équipement inférieur à la moyenne nationale).

D'autres populations à risque identifiées

Hormis le grand âge, certains groupes de population sont plus particulièrement affectés par la chaleur. Ce sont les populations en situation précaire qui accumulent des facteurs de risques

tels qu'isolement social, état de santé déficient, faibles revenus, absence de domicile fixe.

Les handicapés mentaux (sensations de soif et de chaleur perturbée, prise de médicaments) et physiques (peu de possibilité de se soustraire à la chaleur) représentent aussi une population à risque.

Des moyens de protection efficaces

L'accès, même pour quelques heures à la climatisation, est décrit comme le facteur de protection le plus important. D'autres actions sont également efficaces telles que la vaporisation d'eau ou le passage d'un linge humide sur toutes les parties découvertes du corps⁽¹¹⁰⁾.

Août 2003, une météo exceptionnelle

A Paris, l'épisode de canicule d'août 2003 a été le plus long enregistré depuis 1873. Il est aussi le plus chaud au regard des jours consécutifs où la température est supérieure à 35°C avec une température maximale moyenne de 38,1°C. Mais surtout, il est le plus chaud pour les températures minimales avec un record à 25,5°C. Seul le record absolu de température maximale (40,4°C en 1947) n'a pas été battu.

Durée et caractéristiques des principaux épisodes de canicule observés à Paris depuis 1873

Année	Durée de l'épisode de canicule*	Température minimale**	Température moyenne**	Température maximale**
1911	5	19,2°C	27,7°C	36,2°C
1998	4 (8 au 11 août)	18°C	28,1°C	37,3°C
2003	9 (4 au 12 août)	23,4°C	30,8°C	38,1°C

* Nombre de jours consécutifs pendant lesquels la température maximale a dépassé 35°C

** Pendant les jours consécutifs où la température maximale a dépassé 35°C

Source : Météo-France

Une catastrophe sanitaire exceptionnelle

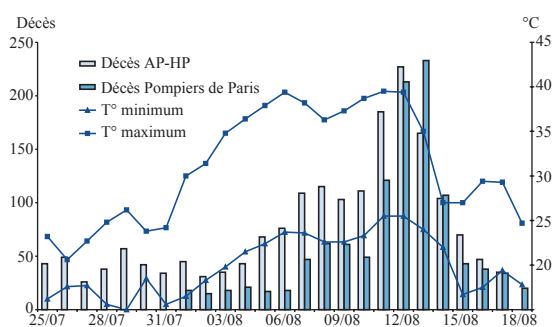
En France, **14 800 décès supplémentaires** liés à la canicule ont été comptabilisés soit une surmortalité de 60 %. Les plus âgés ont été les plus touchés avec un excès de décès de 120 % chez les personnes de 95 ans ou plus. Par ailleurs, la surmortalité est de 20 % chez les 45-54 ans, 40 % chez les 55-74 ans et 70 % chez les 75-94 ans. Elle a également été plus élevée chez les femmes que chez les hommes.

L'Ile-de-France, région la plus atteinte

En Ile-de-France, l'excès de décès est évalué à **4 867** pour la période du 1er au 20 août, soit 32,9 % de l'ensemble des décès attribués à la canicule en France.

A l'exception de la Seine-et-Marne, le nombre de décès a été multiplié par plus de 2 dans les départements franciliens, en particulier par 2,7 dans le Val-de-Marne et 2,6 en Seine-Saint-Denis, les deux départements les plus touchés. Cependant, il est encore prématuré d'établir une hiérarchie de la mortalité par département en raison de l'inégale répartition de l'offre de soins, notamment des hôpitaux de l'AP-HP et des services de soins de longue durée (le calcul de la surmortalité est aujourd'hui établi par lieu de décès et non par lieu de domicile).

Nombre journalier de décès constatés par les hôpitaux de l'AP-HP et les Pompiers de Paris, et températures minimum et maximum journalières en juillet et août 2003



Source : InVS

On observe sur la figure ci-contre que la mortalité toutes causes (INSERM et AP-HP) et les décès constatés par les Pompiers de Paris évoluent quasiment parallèlement avec les courbes de température (maxima et minima). Il conviendrait de réaliser ultérieurement des analyses spécifiques car il n'est pas exclu que l'excès de décès puisse se prolonger au-delà de l'épisode de canicule (effets à long terme).

Le rôle de la pollution atmosphérique

Les niveaux élevés d'ozone observés à Paris lors de la canicule ont certainement eu des conséquences néfastes. Cependant, les effets de la pollution atmosphérique et de la chaleur ne sont pas nécessairement synergiques^(110,111). Il conviendrait de réaliser des études plus approfondies afin de déterminer avec rigueur le rôle respectif de ces deux facteurs de risques.

Des événements exceptionnels qui risquent d'être plus fréquents

En 1999, Dominique Voynet rendait public un rapport sur les impacts prévisibles du changement climatique. En matière d'impact sur la santé, il est écrit "qu'il faut s'attendre à ce que les nouvelles dispositions thermiques régnant au XXIème siècle déterminent une assez franche surmortalité de saison chaude". Même si de nombreuses questions demeurent quant aux réelles conséquences du réchauffement du climat, l'épisode de 2003 a révélé une absence de préparation nationale et régionale à affronter une vague de chaleur, un manque d'anticipation, d'organisation et de coordination entraînant des réponses tardives et souvent inadaptées. Les premières missions d'expertise du système de santé pendant la canicule ont élaboré un ensemble de propositions parmi lesquelles : la mise en place d'un système de veille, la préparation de plans d'actions d'urgence, l'amélioration de l'organisation des services d'urgence et l'augmentation de leurs moyens, des programmes pour la prise en charge des personnes âgées dépendantes ou encore la création de pièces climatisées dans les établissements pour personnes âgées et les hôpitaux les accueillant.

L'eau, pollution et risque sanitaire

En Ile-de-France, les ressources en eau sont abondantes.

Qu'elle soit de surface ou souterraine, l'eau est exploitée pour la consommation humaine, l'industrie et l'agriculture. La consommation journalière d'un Francilien est de 215 litres environ, dont plus de la moitié réservée à des usages domestiques.

Des pollutions d'origines diverses

L'homme détourne l'eau, y transfère ses polluants, la traite et la restitue dans le milieu. L'eau de pluie ruisselle, percole dans le sol, se charge en polluants, notamment en zone urbaine, rejoint cours d'eau et aquifères. La densification urbaine, l'activité industrielle et agricole d'Ile-de-France accentuent ces transferts de pollution. A ces nombreuses utilisations s'ajoutent les rejets sauvages de produits dangereux, les lessivages des terres agricoles ou encore les déversements accidentels de contaminants.

La pollution de l'eau est de plusieurs types. Elle peut être physique (limpidité altérée, température modifiée) ; chimique (nitrates, métaux et autres micropolluants) ; organique (entraînant une

surconsommation d'oxygène indispensable à la vie) et microbiologique avec l'introduction de germes pathogènes (bactéries, virus).⁽⁴⁸⁾

Traiter, distribuer, assainir

La médiocre qualité des eaux de surface franciliennes requiert des traitements poussés.

La douzaine d'usines qui potabilisent l'eau de surface nécessaire à l'agglomération parisienne met en œuvre de nombreux procédés de traitement faisant parfois appel à des technologies avancées. L'eau usée doit être assainie. De la même façon qu'il a fallu la rendre potable avant de l'utiliser, il conviendra de réduire sa charge polluante avant de la rejeter dans le milieu. En Ile-de-France, la grande majorité des usagers et des 2 700 établissements industriels est raccordée à un égout. En zone rurale, on estime à environ 500 000 le nombre d'usagers qui disposeraient d'un assainissement autonome⁽⁴⁹⁾.

Eau de consommation : prendre en compte les risques sanitaires

Les risques peuvent être microbiens et se manifester à court terme par des pathologies, le plus souvent de nature digestive. Les affections les plus courantes sont les gastro-entérites dues à des bactéries (*Escherichia coli*, *Shigella*, *Campylobacter*...), à des parasites (*Giardia* ou *Cryptosporidium*) ou à des virus (rotavirus, enterovirus, virus de l'hépatite A). Ces pathologies font généralement suite à des contaminations accidentelles ou à des pannes dans la procédure de désinfection de l'eau.

Le risque de maladies parasitaires comme les giardiasis et cryptosporidioses est encore mal connu en France, mais la multiplication des

Conformité des unités de distribution de plus de 5 000 habitants en Ile-de-France (1995)

Paramètre	Norme	Nomb. analyses réalisées	Analyses non conf	(%) conf
Turbidité	2 U Jackson	21 928	34	98,8
Aluminium	0,2 mg/l	676	1	99,9
Nitrates	50 mg/l	6 900	23	99,7
Nitrites	0,1 mg/l	3 590	3	99,9
Azote kjeldhal	1 mgN/l	400	4	99
Hydrocarbures	0,2 µg/l	385	2	99,5
Fer	200 µg/l	649	12	98,2
Fluor	700 -1500 µg/l	589	2	99,7
Atrazine	0,1 µg/l	477	35	92,7
Coliformes totaux	0*	12 592	170	98,6
Coliformes fécaux	0	23 593	130	99,4
Streptocoques fécaux	0	23 602	38	99,8

* pour au moins 95 % des échantillons

Source : DGS, exploitation ORS Ile-de-France, 1999

épidémies aux USA et en Grande Bretagne doit attirer l'attention sur ces problèmes.

La contamination aiguë par des agents chimiques (métaux, pesticides, nitrates, etc.) lors de déversements accidentels entraîne des risques sanitaires immédiats. Selon les données collectées par le Bureau d'analyse des risques et pollutions industrielles (BARPI), 48 pollutions accidentelles

des eaux de surface se sont produites en Ile-de-France en 2001. Mais le plus souvent, la contamination est chronique et se manifeste à plus long terme (plusieurs mois ou décennies), faisant suite à une intoxication lente par la consommation régulière d'une eau peu contaminée, souvent légèrement en deçà des normes admises. D'où la difficulté d'évaluer les risques, sur la santé, de ces agents.

Eau et loisirs : ne pas négliger les risques

L'usage récréatif des eaux de baignade est source de pathologies le plus souvent bénignes mais parfois très graves. Les affections peuvent être cutanées (mycoses, irritations, verrues), oculaires et ORL (conjonctivites, rhinites, rhinopharyngites, angines, sinusites), gastro-intestinales (giardiase, cryptosporidiose) et plus rarement pulmonaires (légionellose pour les usagers de bassins chauds et/ou bouillonnants) et méningées. Par exemple, la leptospirose, maladie infectieuse grave pouvant être contractée lors de la pratique d'activités de loisirs aquatiques, est provoquée par une bactérie. Les premiers symptômes associent fièvre, frissons, douleurs musculaires et céphalées. En 2001, le Centre National de Référence des Leptospires a recensé 34 cas de leptospirose en Ile-de-France (294 pour la France métropolitaine)

Préserver la qualité de l'eau : un enjeu majeur de santé publique

Si l'abondance de l'eau en Ile-de-France est un atout pour son développement, sa médiocre qualité représente une menace pour la santé des habitants et des écosystèmes. Les récentes législations sur les déchets, l'air et l'eau, ainsi que la mise en place de schémas de gestion de la ressource (Schéma départemental d'aménagement et de gestion des eaux-SDAGE et Schéma d'aménagement et de gestion des eaux-SAGE) ont cependant sensiblement amélioré sa qualité⁽⁵⁰⁾.

Nb de cas de leptospiroses

	1998	1999	2000	2001
Ile-de-France	45	42	24	34
France métr.	269	306	268	294

Source: Centre national de référence des Leptospires

Qualité des eaux de baignade en Ile-de-France

Commune	Pt de prélèv.	Type	Qualité
Seine-et-Marne			
Bois-le-Roi	BL UCPA	Lac	1
Champs-sur-Marne	Les patis	Lac	1
Herme	Centre de loisirs	Lac	1
Jablins	BL	Carrière	1
Misy-Sur-Yonne	Les Forestières	Lac	1
St-Rémy-de-la-Vanne	St-Rémy	Etang	1
St-Sauveur-les-Bray	La Goujonne	Etang	1
Torcy	Parc de loisirs	Lac	1
Varennnes-sur-Seine	BL de Varennes	Etang	2
Yvelines			
Les Breviaires	Etangs de Hollande	Etang	1
Moisson	BL de Moisson	Carrière	1
St Arnoult en Yvelines	Camping La plage	Rivière	1
Verneuil sur Seine	BL de Verneuil	Carrière	1
Hauts-de-Seine			
Gennevilliers	Parc des Chanteraines	Etang	1
Val-d'Oise			
Cergy	BL de Cergy	Etang	2

Sources : DRASS, DDASS

BL : Base de Loisirs

1: Bonne qualité

2: Qualité moyenne

3: Momentanément polluée

4: Baignade interdite

La pollution des sols

Au regard des grandes lois dans les domaines de l'air et de l'eau, la pollution des sols était jusqu'à récemment peu prise en compte dans les politiques environnementales. La contamination de ce milieu par les activités humaines (industrie, agriculture), l'épandage de boues issues de l'épuration des eaux usées et les déchets suscitent des inquiétudes. En effet, cela se traduit par des impacts négatifs sur les activités dépendant directement ou non de la terre, mais aussi sur la stabilité des écosystèmes et la santé humaine. Deux exemples seront abordés, celui de l'épandage des boues de station d'épuration et celui des sites et sols pollués.

Le sol : réceptacle et lieux de transfert des polluants

La pollution des sols résulte de l'accumulation d'éléments toxiques ou d'agents pathogènes. Cette pollution peut être directe (rejet dans le milieu) ou indirecte (retombées aériennes). Les principaux polluants sont les éléments traces métalliques dont certains sont très toxiques (plomb, cadmium ou mercure) ; les composés traces organiques (polychlorobiphényles ou PCB, hydrocarbures aromatiques polycycliques, dioxines et furanes, composés organiques volatiles) ; les produits phytosanitaires (herbicides et pesticides) et les éléments radioactifs (essentiellement d'origine naturelle).

Exposition de la population

L'exposition des personnes peut être directe. Celle-ci est de faible ampleur et se produit par l'ingestion, l'inhalation de particules ou par l'absorption cutanée. L'exposition indirecte survient par contact avec un élément pollué par les contaminants contenus dans le sol, transférés vers l'eau et les aliments. Certains groupes d'individus sont davantage exposés. Il s'agit des populations vivant à proximité d'une source de pollution (industries, voies de circulation routière).⁽⁵¹⁾

La pollution des sols en Ile-de-France

L'Ile-de-France subit depuis plus d'un siècle un apport de contaminants généré par le développement d'activités industrielles et agricoles pour les besoins d'une population en forte croissance⁽⁵²⁾.

A titre d'exemple, l'épandage depuis 1875, des eaux usées de l'agglomération parisienne à des fins

agricoles a durablement contaminé les sols de certains secteurs. Cet épandage est encore pratiqué aujourd'hui, sur des superficies plus restreintes.

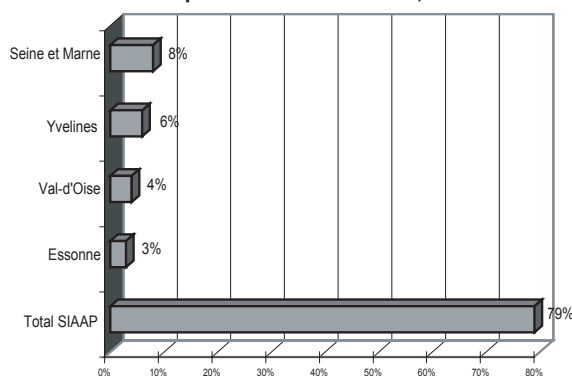
Inventorier, évaluer, surveiller pour prévenir les risques

Evaluer la pollution des sols et en mesurer l'impact sur la santé humaine peut sembler difficile à l'heure actuelle tant les connaissances sont fragmentaires, notamment :

- par le manque d'informations sur les sources de contamination et les contaminants impliqués ;
- par le manque de données sur les pollutions historiques et leur impact sur la qualité des sols ;
- par les incertitudes concernant le comportement des contaminants dans le sol et sur les mécanismes qui régissent leur accumulation, diffusion et transfert ;
- par le manque d'études épidémiologiques des effets des contaminants sur l'homme.

A l'exception des populations potentiellement exposées vivant aux alentours de sites et sols pollués ou implantées sur d'anciens sites, le risque sanitaire pour l'ensemble de la population apparaît minime. La poursuite de l'inventaire des sites pollués, le suivi des épandages de fertilisants de toutes natures et de produits phytosanitaires, sont des priorités. Une meilleure connaissance des sites pollués ou supposés comme tels, de la nature et des quantités de contaminants impliqués et un suivi épidémiologique des populations vivant à proximité sont également nécessaires à une première évaluation de la contamination des sols franciliens et des risques sanitaires qui en découlent.

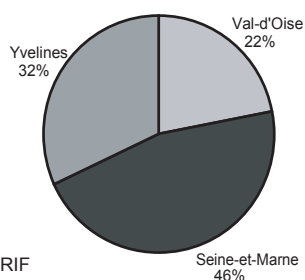
Production départementale de boues, 2000



SIAAP : syndicat interdépartemental d'assainissement de l'agglomération parisienne

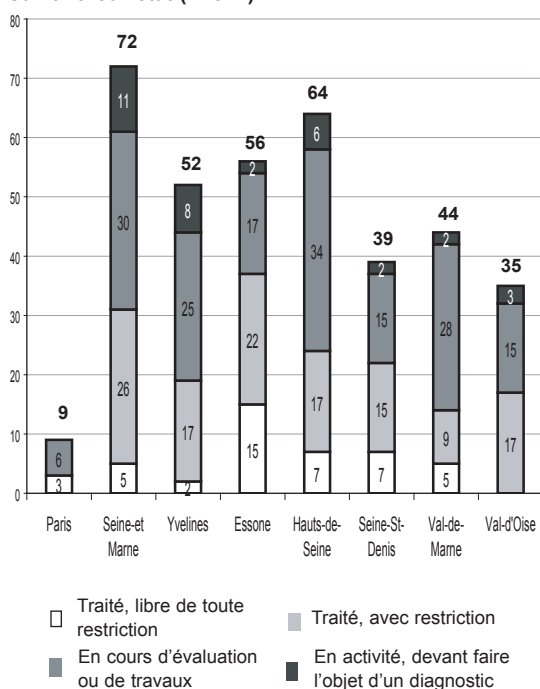
Répartition des épandages

(% de communes ayant reçu des boues en 2000)



Source : IAURIF

Nombre de sites et sols pollués en Ile-de-France suivant leur état (n=371)



Source : BASOL, Ministère chargé de l'Environnement

L'épandage des boues d'épuration urbaine

Près des trois quarts des boues d'épuration urbaines franciliennes sont épandues comme fertilisants agricoles. Cette pratique pose la question de la contamination possible des sols et des cultures, des risques pour la santé humaine dans la mesure où ce déchet contient des éléments toxiques. (métaux lourds, composés organiques et germes pathogènes). L'impact sanitaire doit cependant être relativisé. En effet, la teneur en contaminants présents dans les boues a été fortement réduite depuis une trentaine d'années grâce à un meilleur contrôle des rejets dans les réseaux d'assainissement. Par ailleurs, il n'a jamais été rapporté d'accident sanitaire chez l'homme.

L'épandage permet un recyclage des éléments fertilisants contenus dans les boues. Il peut donc être développé lorsque la sécurité sanitaire est garantie (53,54).

Les sites et sols pollués en Ile-de-France

Un site pollué se réfère à toute contamination du sol, du sous-sol ainsi que des eaux souterraines liée aux activités de l'homme. La France réalise depuis 1978 des inventaires des sites pollués ou susceptibles de l'être. Deux catégories sont distinguées : **les sites potentiels** sont ceux qui ont abrité dans le passé une activité pouvant être à l'origine d'une pollution des sols. Leur inventaire a été initié en 1994 par le Bureau de recherche géologique et minière (BRGM). Les données sont rassemblées dans une base dénommée **BASIAS**. En 2005, 300 à 400 000 sites devraient au final être recensés en France. **Les sites actifs** sont ceux qui de par leur pollution avérée ou la forte présomption de leur contamination doivent entraîner une action afin de connaître les risques qu'ils peuvent représenter, les maîtriser et, si besoin, les surveiller. Les actions menées sont reportées dans le tableau de bord **BASOL**. Environ 3 500 sites actifs sont répertoriés en France dont 371 en Ile-de-France, troisième région en terme de localisation de ces sites derrière le Nord Pas-de-Calais et la région Rhone-Alpes.

Le saturnisme infantile

L'ingestion et l'inhalation de plomb sont toxiques. Elles provoquent des troubles réversibles (anémie, troubles digestifs) ou irréversibles (atteinte du système nerveux).

L'intoxication par le plomb est appelée saturnisme. Elle concerne plus particulièrement les enfants, potentiellement plus exposés à la contamination par le plomb - notamment dans les habitations anciennes et dégradées - et également plus sensibles à cette intoxication.

En Ile-de-France, les caractéristiques de l'habitat, notamment dans la zone centrale de la région, ont conduit à la mise en place d'un système de surveillance du saturnisme infantile depuis plus de dix ans.

Le saturnisme est une intoxication chronique au plomb.

Les enfants - particulièrement ceux âgés de moins de 6 ans - constituent une population à risque pour plusieurs raisons. Pendant les premières années de sa vie, l'enfant porte spontanément les mains et les objets à la bouche. Il ingère ainsi une grande quantité de poussières. Dans certaines conditions, ce comportement peut aller jusqu'à l'ingestion de particules non alimentaires (syndrome de PICA) telles que la terre ou des écailles de peinture qui peuvent être chargées en plomb. Chez l'enfant, près de 50 % du plomb ingéré passe dans le sang (contre 10 % uniquement chez l'adulte). De plus, pour une même imprégnation, les effets toxiques du plomb sont plus importants et plus sévères que chez l'adulte, en raison du processus de développement cérébral. Enfin, le plomb passe la barrière transplacentaire et l'intoxication peut commencer dès la vie intra-utérine.

Une fois dans l'organisme, le plomb est stocké, notamment dans les os. Il peut ensuite être libéré dans le sang, des années ou même des dizaines d'années plus tard. Chez l'enfant, l'absorption de plomb entraîne des troubles à l'acquisition de certaines fonctions cérébrales supérieures ; ceci est cause de retards intellectuels, de difficultés d'apprentissage, de troubles psychomoteurs avec agitation, d'irritabilité et de troubles du sommeil, et au delà, d'un ralentissement de la croissance. Sur le plan purement somatique, il peut être constaté des anémies et des formes neurologiques sévères (encéphalopathies). Lorsque la contamination a lieu pendant la grossesse, l'intoxication par le plomb peut entraîner un accouchement prématuré.

Cependant, pour de faibles niveaux de contamination, les symptômes cliniques du saturnisme sont peu spécifiques, et le diagnostic s'effectue alors au moyen d'un dosage du plomb contenu dans le sang : la plombémie.

C'est à partir d'une plombémie supérieure ou égale à 100 microgrammes par litre de sang* que le médecin doit signaler le cas de saturnisme. En effet, depuis la loi d'orientation du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions, le saturnisme relève des maladies à déclaration obligatoire (DO).

Selon le résultat de cet examen, un suivi est éventuellement mis en place, qui peut aller d'une simple surveillance en médecine de ville à un traitement hospitalier en urgence dans les cas d'intoxication les plus graves.

* C'est le seuil à partir duquel des effets sanitaires ont été démontrés avec un niveau de preuve solide (expertise collective de l'INSERM 1999).

Des sources multiples de plomb dans l'environnement

Le plomb est très répandu dans la nature, ce qui entraîne une imprégnation de base de la population. Pour certains individus s'ajoutent des expositions supplémentaires qui peuvent amener à l'intoxication.

Les rejets de plomb dans l'atmosphère ont diminué depuis la mise en place de réglementations concernant les industries utilisant ce métal. La disparition des additifs au plomb dans les carburants automobiles a aussi contribué de façon importante à la diminution des concentrations de plomb dans l'air.

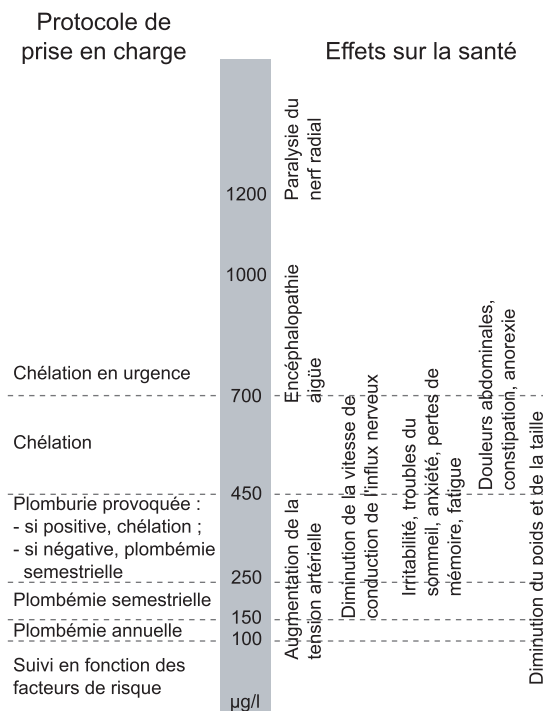
L'eau de boisson, du fait d'une contamination à la source ou lors de la distribution (circuits anciens en tuyaux de plomb) peut aussi constituer une source d'exposition.

Les aliments représentent une source de plomb constante mais très modérée, à l'exception de végétaux produits dans des sites pollués, comme les abords d'usines ayant antérieurement rejeté du plomb où la contamination des sols peut se poursuivre très longtemps après que l'activité responsable ait disparu.

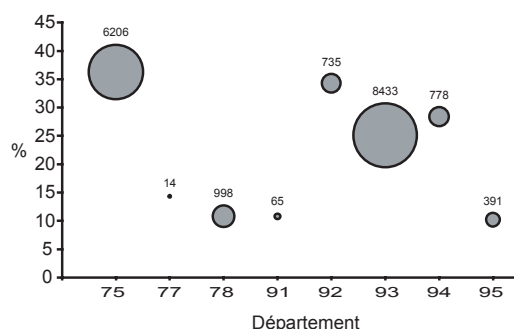
Certains produits utilisés pour le bricolage ou l'artisanat, les plombs de chasse représentent une source de contamination très ponctuelle.

La source principale d'intoxication au plomb est la peinture contenant de la céruse, sel de plomb utilisé jusqu'à son interdiction en 1948. En effet, la dégradation de ces peintures produit des écailles

Protocole de prise en charge et effets sur la santé en fonction de la plombémie
(en microgrammes par litre de sang).



Enfants de 0 à 6 ans ayant une plombémie supérieure ou égale à 100 microgrammes par litre de sang* sur la période mai 1992 - décembre 1999, dans les départements franciliens (en % des enfants dépistés). La surface des points est proportionnelle au nombre total d'enfants dépistés, indiqué au dessus.



Source : Système de surveillance du saturnisme infantile en Ile-de-France

* Une plombémie supérieure ou égale à 100 microgrammes/l de sang indique une plombémie trop élevée, témoignant de l'existence d'une source de plomb dans l'environnement proche.

La communauté médicale et scientifique s'accorde à reconnaître que, même à faible dose (150 voire 100 microgrammes par litre de sang), l'exposition au plomb est responsable de retards psychomoteurs, mais aussi de diminutions de capacités d'apprentissage et du développement chez les enfants.

et des poussières fortement chargées en plomb. Elles peuvent être avalées par les jeunes enfants, ou inhalées par l'ensemble des occupants de l'habitation⁽⁵⁵⁾.

Les enfants fréquentant un lieu de vie construit avant 1948, surtout si les bâtiments sont dégradés, peuvent donc être contaminés par le plomb. Les logements antérieurs à cette date représentent 40,5 % du parc total dans la zone centrale de l'Ile-de-France, et environ deux tiers à Paris (source INSEE). De ce fait un système de surveillance du saturnisme infantile (SSSIIF) a été mis en place en Ile-de-France en mai 1992. Il repose essentiellement sur le dépistage des enfants exposés par réalisation d'une plombémie.

Une plombémie trop élevée pour près de 30 % des enfants franciliens dépistés

En France, l'intoxication par le plomb, appelée saturnisme (voir encadré), touche près de 85 000 enfants de 1 à 6 ans (expertise collective de l'INSERM de 1999).

De mai 1992 à décembre 1999, 33 371 dépistages ciblés ont été réalisés dans le cadre du SSSIIF, correspondant à 17 620 enfants en Ile-de-France. Presque un enfant sur trois, c'est-à-dire 5 000 enfants, présentait au moment du dépistage, une plombémie trop élevée (supérieure ou égale à 100 microgrammes par litre de sang), témoignant de l'existence d'une source de plomb dans un environnement proche. 256 (1,5%) enfants relevaient de l'urgence médicale, avec une plombémie supérieure à 450 microgrammes / litre de sang. Ce problème concerne en premier lieu les zones d'habitat ancien et non réhabilité que l'on trouve dans le centre de la région francilienne et particulièrement à Paris. Dans ce département, une plombémie nécessitant un traitement par chélation (médicament qui capte les molécules de plomb dans l'organisme et qui permet ainsi leur élimination par les reins) en milieu hospitalier concerne 8,9 % des enfants dépistés.

Bruit et santé

D'après le baromètre santé 2000 de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, le bruit est l'atteinte à la qualité de vie la plus souvent mentionnée. En effet, un peu plus de 80 % des personnes interrogées déclarent être gênées par le bruit. Pour 44 % des individus, la principale cause de ce bruit est la circulation.

Les effets du bruit sur la santé sont aujourd'hui reconnus même s'ils sont difficiles à relier directement à la source car, hors lésions auditives, il n'existe pas de maladie spécifique au bruit. Cette difficulté est accrue par une perception individuelle de cette nuisance qui est en grande partie subjective.

Le bruit : des effets sanitaires multiples et non spécifiques

Les effets du bruit sont souvent difficiles à cerner et à quantifier. On peut cependant distinguer deux grandes catégories d'effets du bruit sur la santé : des effets physiologiques qui peuvent être auditifs ou non et des effets psychologiques qui sont exclusivement non auditifs^(56,57).

Les effets physiologiques du bruit

Les principaux effets auditifs comprennent :

- les traumatismes acoustiques (dommage auditif soudain causé par un bruit bref de très forte intensité),
- l'acouphène (tintement ou bourdonnement dans l'oreille)
- et le déficit auditif temporaire (fatigue auditive) ou permanent.

Les effets non auditifs sont notamment :

- des effets cardiovasculaires,
- à court terme, le bruit provoque des modifications de la pression artérielle, des modifications de la fréquence cardiaque et une élévation de la sécrétion d'hormones du stress;
- la perturbation du sommeil,
- à court terme, les conséquences sont notamment : des difficultés d'endormissement, des éveils au cours de la nuit, le raccourcissement de certains stades du sommeil ; à plus long terme, les troubles chroniques du sommeil nuisent à l'efficacité au travail, au bien-être psychologique et freinent l'apprentissage, surtout durant l'enfance.

Il s'agit d'une classification acoustique répertoriant différents niveaux de bruit, du seuil minimal au seuil maximal, en passant par un seuil dit "de danger" pour la santé et un seuil de douleur.

Les effets psychologiques du bruit

Ces effets sont beaucoup plus difficiles à mesurer, et sont variables selon les individus. On peut cependant distinguer deux grandes catégories de nuisances psychologiques liées au bruit :

- les modifications de performance;
- la gêne.

Cette dernière est bien difficile à définir car la perception du bruit est subjective et sa tolérance varie d'un individu à l'autre. Une personne qui ressent une gêne va exprimer différentes émotions négatives : colère, déception, mécontentement, dépression, nervosité, épuisement.

L'échelle du bruit

	Nbre de dB	Sensation auditive
Seuil de douleur	140	Nécessite une protection
	120	spéciale
	110	Très difficilement
	100	supportable
	95	
Seuil de danger	90	
Seuil de risque	85	Pénible à entendre
	80	
	70	Bruyant mais supportable
	60	
	50	Bruits courants
	45	Assez calme
	30	
	20	Calme
	10	Très calme
Seuil d'audibilité	5	Silence inhabituel

Source : OMS

Quelques définitions**Le son**

Le son est un phénomène vibratoire qui se définit par sa fréquence, correspondant au nombre de vibrations par seconde (en Hertz, Hz), son niveau, correspondant aux variations de pression de l'air ambiant lors du passage de l'onde sonore (en Pascals, Pa) et sa durée.

La mesure en décibels

Les niveaux sonores sont généralement mesurés en décibels (dB) : il s'agit d'une échelle logarithmique. Le niveau de référence (0 dB) représente le seuil de perception. Le seuil de douleur se situe aux environs de 120 dB (et correspond à une pression de 20 Pa). Du fait de l'échelle logarithmique, une faible augmentation du niveau, en décibels, correspond à une augmentation bien plus importante de la pression correspondante : ainsi, lorsque l'on passe de 0 dB à 120 dB, la pression est un million de fois plus importante.

Le décibel pondéré A

Pour la mesure des effets sur la santé, les niveaux sonores sont pondérés selon leur fréquence (pondération A), afin de rendre compte de la sensibilité de l'oreille humaine, qui diffère selon la gamme de fréquence considérée.

Les niveaux continus équivalents

Les niveaux de bruit peuvent être fluctuants au cours du temps. Le niveau continu équivalent peut être utilisé afin de rendre compte de ces niveaux de bruit au moyen d'une seule valeur. Cette valeur représente le niveau sonore d'un bruit stable pendant la même période et qui produirait la même énergie. Le niveau continu équivalent peut être exprimé en décibels (Leq), ou en décibels pondérés A (LAeq). Le niveau continu équivalent peut de plus être calculé en pondérant certaines périodes de la journée, la nuit notamment (Lden), pendant lesquelles le bruit est susceptible d'avoir des effets plus importants.

Répartition de la voirie principale en Ile-de-France selon le niveau sonore en façade

Bruit LAeq (6h-22h) en décibels	Linéaire continu			
	petite couronne		grande couronne	
	en km	en %	en km	en %
Moins de 60	1	0,1	550	15,9
60 - 64,9	54	3,7	914	26,3
65 - 69,9	460	31,4	1 078	31,1
70 - 74,9	659	45,1	676	19,5
75 - 79,9	164	11,2	179	5,1
80 ou plus	124	8,5	76	2,2
Total étudié	1462	100	3 473	100

Source : IAURIF, 1998

Le bruit en Ile-de-France : un problème essentiellement lié aux transports

L'Ile-de-France est une région où les déplacements et les transports de marchandise sont importants. Il en résulte un réseau routier (45 000 km de voies) et ferroviaire dense - le plus important de France - sans compter les deux aéroports internationaux. Les transports sont aujourd'hui la principale cause de la gêne ressentie par les Franciliens, bien avant les troubles de voisinage.

Dans le coeur dense de l'agglomération, la multi-exposition aux sources de bruit n'est pas rare. Le bruit routier est certes prédominant (cf. tableau ci-contre) mais s'y ajoute souvent celui des trains ou des avions.

En zone rurale, la gêne est différente. Plus ponctuelle, elle peut être fortement ressentie. Les traversées de petites villes, certains aérodromes, hélistations ou voies ferrées sont des sources de bruit bien identifiées par rapport à un bruit de fond de faible niveau.

Une étude sur le bruit et la santé en Ile-de-France : l'enquête ETADAM

ETADAM est une étude s'intéressant aux liens entre les facteurs de stress - notamment le bruit - les symptômes anxio-dépressifs et certains autres états pathologiques. La population étudiée est constituée des patients âgés de 15 ans ou plus de médecins généralistes faisant partie d'un réseau préexistant⁽⁵⁸⁾.

Dans différentes zones plus ou moins exposées au bruit des avions (autour de l'aéroport de Roissy-Charles de Gaulle), 628 patients ont été interrogés. Les données ainsi obtenues ont permis, d'une part, de mettre en évidence l'existence de liens entre l'exposition au bruit des avions et certaines pathologies ou indicateurs (manifestations d'anxiété, consommation de médicaments à visée neuro-psychiatrique, par exemple) et, d'autre part, de valider ce type d'étude faisant intervenir un réseau de médecins généralistes pour l'étude des effets du bruit sur la santé.

Partie IV

Les problèmes de santé par groupe d'âges

Une analyse par groupe d'âges a paru judicieuse pour caractériser plus spécifiquement les problèmes de santé de certaines populations - c'est d'ailleurs le choix adopté par le Haut comité de santé publique dans son rapport " La santé en France 2002 " (5) .

Cependant, le choix des classes d'âges diffère quelque peu. Si ce panorama reprend celle des 0-14 ans, il a semblé, en revanche, nécessaire d'identifier de façon spécifique le groupe des jeunes de 15 à 24 ans pour lesquels les problématiques adolescentes sont importantes et propres à cette classe d'âges. Les adultes ont été regroupés au sein d'une large classe : celle des 25-64 ans. Enfin, le groupe des personnes de 65 ans ou plus a permis d'approfondir les principaux aspects de santé de ces personnes, notamment ceux en relation avec les problèmes de dépendance.

Les 0-14 ans

Ce chapitre présente les aspects principaux de la santé des enfants.

Après un bref aperçu des tendances démographiques, les principales causes de décès des enfants sont abordées à partir des données de mortalité.

Les données d'enquête et celles d'assurance-maladie sur les affections longue durée permettent d'appréhender la morbidité des enfants : affections ORL et respiratoires, troubles mentaux, problèmes bucco-dentaires, troubles de la vision.

Certains facteurs de risque complètent ce chapitre : accidents de la circulation et de la vie courante, maltraitance, naissances à risque.

En terme de prévention, une partie est consacrée à la vaccination.

De par leur caractère préoccupant pour l'Ile-de-France, certaines problématiques concernant les enfants et les adolescents (consommations de substances psycho-actives, surpoids et obésité, saturnisme) sont considérées comme des spécificités régionales de santé et, à ce titre, explicitées dans la troisième partie.

Faits marquants

- *Malgré une sous-mortalité francilienne, il existe de fortes disparités intra-régionales.
Avant 1 an, les affections d'origine périnatale et les anomalies congénitales sont les premières causes de décès. Entre 1 et 14 ans, ce sont les traumatismes et empoisonnements qui sont la première cause de décès. Chez les 5-14 ans, la surmortalité masculine s'affirme.*
- *Avant 5 ans, les maladies respiratoires constituent le premier motif d'admission en affection longue durée. Entre 5 et 14 ans, ce sont les troubles mentaux.*
- *Les principales affections déclarées pour les moins de 15 ans sont les affections dentaires, les troubles de la vision et les affections des voies respiratoires.*
- *En Ile-de-France, 6,2 % des naissances sont prématurées (inférieures à 37 semaines de gestation), 7,7 % à Paris et moins de 6 % en proche et grande couronne. Les naissances prématurées et de faible poids ont augmenté, en Ile-de-France comme en France.*
- *En France, le taux de couverture vaccinale chez les enfants de 2 ans est encore trop faible pour les vaccins les plus récents (rougeole, oreillons, rubéole). En Ile-de-France, les taux sont, pour tous les vaccins, supérieurs à ceux observés en moyenne en France.*
- *Les bénéficiaires de l'aide sociale à l'enfance sont plus nombreux dans le centre de la région francilienne.*
- *Avant 6 ans, 16 % des garçons et 13 % des filles sont victimes d'un accident de la vie courante.*

En France, les enfants sont en bonne santé dans leur grande majorité.

Parmi les maladies de l'enfant, les pathologies infectieuses de la sphère ORL, pulmonaire et digestive, les affections bucco-dentaires et certains accidents, domestiques notamment, sont très fréquents, mais ils sont le plus souvent bénins. Cependant en raison de leur grand nombre, ils occasionnent des recours aux soins importants.

Certains problèmes de santé touchent avec plus d'acuité les populations en situation de précarité, du fait de conditions de logement défavorables (notamment le saturnisme infantile, cf. troisième partie sur la santé et l'environnement) ou de difficultés d'accès aux soins (santé bucco-dentaire et troubles ophtalmologiques).

Démographie

Proportions d'enfants de 0 à 14 ans dans la population totale aux recensements de 1999 et 1975 et taux de variation 1975-1999 dans les départements franciliens (en %)

	1999		1975	Variation
	nombre	%*	%*	pop 75-99**
75	287 636	13,5	13,2	- 5,3
92	257 823	18,0	18,9	- 5,5
93	289 413	20,9	23,2	- 5,8
94	230 323	18,8	21,7	- 12,6
77	252 982	21,2	25,5	31,1
78	276 994	20,5	25,4	1,0
91	229 611	20,2	26,4	- 5,8
95	237 082	21,5	25,4	10,8
IdF	2 061 864	18,8	21,0	- 0,5
Fm	10 449 339	17,9	22,6	- 12,3

* En % de la population totale

** (population 1999 - population 1975) / population 1975 * 100

Source : INSEE - Exploitation ORS Ile-de-France

La proportion d'enfants de moins de 15 ans a fortement diminué en grande couronne et plus faiblement en proche couronne

En Ile-de-France, on compte au recensement de 1999 un peu plus de 2 millions d'enfants de 0 à 14 ans, nombre qui a peu varié entre 1975 et 1999.

Les enfants de 0 à 14 ans représentent en 1999 19 % de la population francilienne, proportion plus élevée que celle de la France métropolitaine (18 %). Dans les départements de la grande couronne et en Seine-Saint-Denis, les proportions d'enfants sont supérieures à 20 % tandis qu'elles sont plus faibles à Paris (13,5 %) et en proche couronne.

Entre 1975 et 1999, la proportion d'enfants de moins de 15 ans a diminué de 10 % en Ile-de-France et de 20 % en France métropolitaine.

Sur cette même période, le nombre d'enfants de moins de 15 ans est resté presque stable en Ile-de-France tandis qu'il a diminué de -12,3 % en France métropolitaine.

En Seine-et-Marne et dans le Val-d'Oise, l'effectif des enfants a augmenté, respectivement de 31 % et de 11 %, tandis qu'il a diminué de plus de 5 % à Paris, en proche couronne et en Essonne.

La mortalité

Taux de mortalité des 1-14 ans dans les départements franciliens en 1997-1999
(nombre de décès pour 100 000 jeunes de chaque tranche d'âge)

Garçons			
	1-4 ans	5-9 ans	10-14 ans
75	24,3	20,3	14,4
92	27,1	11,1	18,2
93	37,0	15,2	13,3
94	25,2	15,3	6,1
77	29,0	11,4	17,5
78	20,2	13,1	15,3
91	29,6	7,9	15,5
95	23,2	17,5	16,7
IdF	27,0	14,1	14,8
Fm	28,1	14,2	17,3

Filles			
	1-4 ans	5-9 ans	10-14 ans
75	22,9	14,2	10,3
92	21,7	8,5	11,2
93	22,4	14,5	9,7
94	16,3	11,8	4,5
77	25,3	14,1	14,0
78	17,7	8,2	18,1
91	16,9	10,7	6,8
95	18,0	10,4	12,7
			11,2
IdF	20,3	11,6	12,8
Fm	21,7	11,3	

Un niveau de mortalité comparable ou inférieur à la moyenne nationale...

Le niveau de mortalité (toutes causes confondues) observé en Ile-de-France est comparable à la moyenne nationale, voire légèrement inférieur pour les enfants de moins de 10 ans.

Pour les enfants âgés de 10 à 14 ans, il existe une très nette sous-mortalité en Ile-de-France par rapport à la moyenne nationale, (avec des taux de mortalité franciliens inférieurs de 15 à 20 % à ceux observés au niveau national). Cette sous-mortalité se confirme chez les 15-19 ans, puis s'atténue légèrement au début de l'âge adulte.

...mais de fortes disparités départementales

Ainsi, chez les enfants de 1 à 4 ans, la Seine-et-Marne présente un taux de mortalité supérieur à la moyenne nationale pour les filles (25,3 décès pour 100 000 filles de 1-4 ans contre 21,7 en France métropolitaine) et la Seine-Saint-Denis un taux supérieur à la moyenne nationale pour les garçons, 37,0 décès pour 100 000 garçons de 1-4 ans contre 28,1 en France métropolitaine.

Chez les 5-9 ans, les taux sont supérieurs à la moyenne nationale à Paris, dans le Val-d'Oise pour les garçons, en Seine-et-Marne et en Seine-Saint-Denis pour les filles.

Chez les garçons de 10-14 ans, les taux sont comparables à la moyenne nationale ou inférieur ; chez les filles de 10-14 ans, seule la Seine-et-Marne et les Yvelines présentent des taux supérieurs à la moyenne nationale.

Pour toutes ces tranches d'âge, l'évolution de la mortalité est caractérisée par une forte diminution. Ainsi, depuis le début des années quatre-vingt jusqu'à la fin des années quatre-vingt-dix, les taux ont été divisés par deux chez les filles et par un peu plus de deux chez les garçons.

Les cinq principales causes de décès chez les enfants en Ile-de-France en 1997-1999
(nombre annuel de décès)

Moins d'un an			
Nb annuel de décès	Garçons	Filles	Ensemble*
Origine périnatale	185	151	335
Anomalies congénitales	88	90	178
Etats morb. mal définis	86	60	146
(dont mort subite du nourrisson)			
Mal. syst. nerveux	29	17	46
Causes ext. Trauma.	18	10	27
Autres causes	44	32	76
Toutes causes	450	360	810

1 - 4 ans			
Nb annuel de décès	Garçons	Filles	Ensemble*
Causes ext. Trauma.	25	18	43
Etats morb. mal définis	14	9	23
Tumeurs	8	7	15
Mal. syst. nerveux	8	5	13
Anomalies congénitales	6	5	11
Autres causes	20	15	35
Toutes causes	81	59	140

5 - 14 ans			
Nb annuel de décès	Garçons	Filles	Ensemble*
Causes ext. Trauma.	38	28	65
Tumeurs	26	21	47
Mal. syst. nerveux	13	6	19
Etats morb. mal définis	9	7	16
Maladies cardiaques	5	3	8
Autres causes	14	15	29
Toutes causes	105	80	185

* L'effectif "ensemble" est calculé sur les nombres non arrondis.

Sources : INSEE, INSERM Exploitation ORS Ile-de-France

L'analyse des causes de mortalité des enfants est limitée par l'importance de la rubrique "symptômes et états morbides mal définis" dans laquelle sont classés 18 % des décès survenant avant 1 an (parmi lesquels les morts subites du nourrisson), 16 % des décès survenant entre 1 et 4 ans et 9 % des décès entre 5 et 14 ans.

Les traumatismes et empoisonnements sont la première cause de mortalité des 1-14 ans
Avant 1 an, ce sont les affections d'origine périnatale et les anomalies congénitales

Les deux principales causes de décès des enfants de moins d'un an sont les affections dont l'origine se situe dans la période périnatale et les anomalies congénitales. Ce sont des causes de décès spécifiques à la petite enfance qui représentent plus de 60 % du total des décès survenant avant le premier anniversaire.

Chez les 1-4 ans, les causes extérieures de traumatismes et empoisonnements représentent, de loin, la première cause de décès (31 % du total).

Viennent ensuite les causes et états morbides mal définis, les tumeurs, les maladies du système nerveux et les décès liés à des anomalies congénitales.

Les maladies d'origine infectieuse ne figurent plus parmi les cinq premières causes de décès de cette tranche d'âge en raison du recul récent de la mortalité par sida.

Chez les 5-14 ans, la part des causes extérieures de traumatismes et empoisonnements est légèrement plus élevée que chez les 1-4 ans (35 % du total) avec une surmortalité masculine qui s'affirme (et une sous-mortalité francilienne très nette pour ces causes de décès).

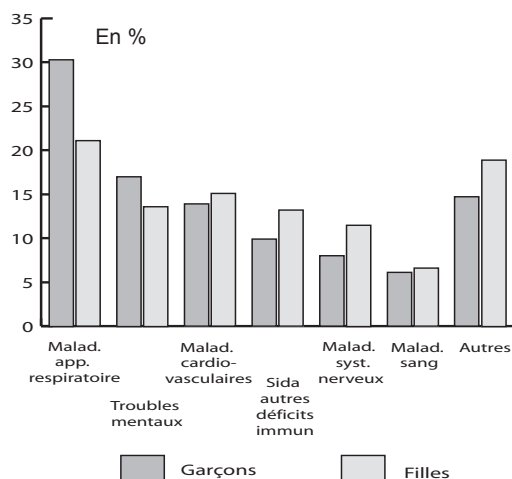
Les tumeurs arrivent en deuxième position avec 47 décès annuels dans cette tranche d'âge représentant 25 % du total.

Viennent ensuite les maladies du système nerveux, les causes et états morbides mal définis et les maladies de l'appareil circulatoire.

Comme pour les 1-4 ans, les maladies d'origine infectieuse ne figurent plus parmi les cinq premières causes de décès de cette tranche d'âge en raison du recul récent de la mortalité par sida.

Les principaux motifs d'admission en affections longue durée

Principaux motifs d'admission en affections longue durée chez les 0-4 ans en 1999 en Ile-de-France
(en % de l'ensemble des admissions des 0-4 ans)

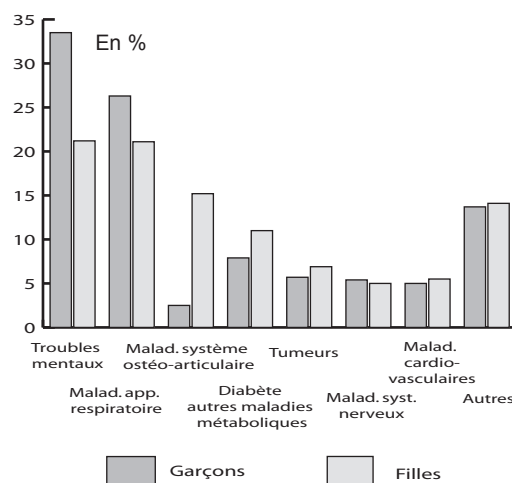


Sources : CNAMTS, MSA, CANAM

Ces résultats reflètent les caractéristiques de la population admise en affections de longue durée pour trois régimes de sécurité sociale : général, agricole et non-salarié non-agricole. Les régimes spéciaux et particuliers n'en font pas partie.

Le nombre d'admissions en affections longue durée (ALD) dépend de la morbidité régionale, mais aussi d'autres paramètres comme la réglementation, le comportement des assurés et de leurs médecins traitants ou encore de l'avis des médecins conseils. Il ne s'agit donc pas d'un nombre de nouveaux malades comme dans le cas d'un registre de morbidité.

Principaux motifs d'admission en affections longue durée chez les 5-14 ans en 1999 en Ile-de-France
(en % de l'ensemble des admissions des 5-14 ans)



Sources : CNAMTS, MSA, CANAM

Chez les moins de 5 ans, le premier motif d'admission en ALD concerne les maladies de l'appareil respiratoire

Chez les garçons comme chez les filles, le principal motif d'admission en affection longue durée (ALD) entre 0 et 4 ans est l'insuffisance respiratoire chronique grave : elle concerne 30,3 % des garçons et 21,1 % des filles admis en ALD en 1999.

Chez les garçons, les troubles mentaux et les maladies cardio-vasculaires (essentiellement cardiopathies congénitales, insuffisance cardiaque, valvulopathie) représentent respectivement 17,0 % et 13,9 % des admissions en ALD.

Chez les filles, dans des proportions assez proches, les admissions sont motivées par des maladies cardio-vasculaires, des troubles mentaux et des maladies du système immunitaire tel le sida.

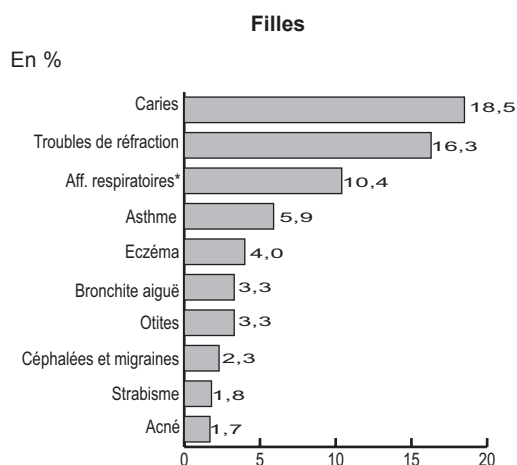
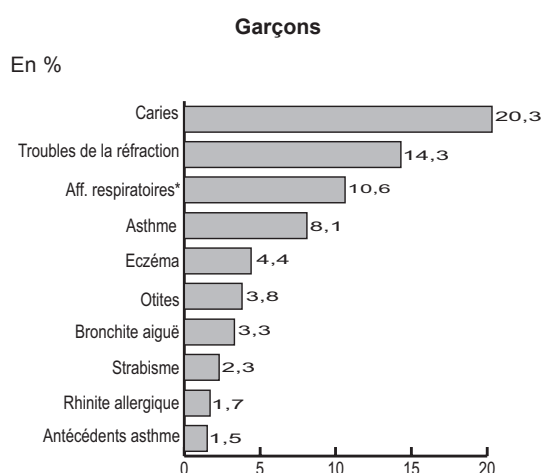
A 5-14 ans, les troubles mentaux constituent le premier motif d'admission en ALD

Chez les garçons de plus de 5 ans et de moins de 15 ans, le premier motif d'admission en ALD concerne les troubles mentaux (psychose, trouble grave de la personnalité) qui concerne 33,5 % des admissions des garçons de 5-14 ans. Les maladies de l'appareil respiratoire constitue le second motif d'admission (26,3 %).

Chez les filles, les troubles mentaux et maladies de l'appareil respiratoire constituent, comme chez les garçons, les deux premiers motifs d'admission, mais dans des proportions comparables (21 %). Les maladies du système ostéo-articulaire constituent un motif important (15,2 %) et se rapportent essentiellement aux scoliozes.

Vue d'ensemble des pathologies

Principales affections déclarées pour les moins de 15 ans en 1998 en France
(en % des personnes atteintes d'au moins une maladie ou un trouble de santé)



*Affections aiguës des voies respiratoires supérieures

Source : CREDES - Enquête Santé et Protection sociale

Affections dentaires, troubles de la vision et affections des voies respiratoires

Les principaux problèmes déclarés pour les enfants de moins de 15 ans⁽⁵⁹⁾ sont les caries dentaires (20,3 % des garçons et 18,5 % des filles atteints d'au moins une maladie ou un trouble de santé), les troubles ophtalmologiques (myopie, hypermétropie, astigmatisme) qui concernent 14,3 % des garçons et 16,3 % des filles et les affections aiguës des voies respiratoires supérieures, qui concernent un peu plus de 10 % des garçons et des filles.

L'ensemble des affections ORL et respiratoires concerne 29 % des garçons et 22,9 % des filles, parmi lesquelles l'asthme représente une part importante (8,1 % des garçons et 5,9 % des filles).

Les affections ORL, la plupart du temps bénignes, posent avec acuité le problème de l'antibiothérapie : elles sont responsables de plus de la moitié des prescriptions d'antibiotiques alors que de nombreuses infections sont d'origine virale. L'évolution se traduit par l'émergence d'une résistance aux antibiotiques.

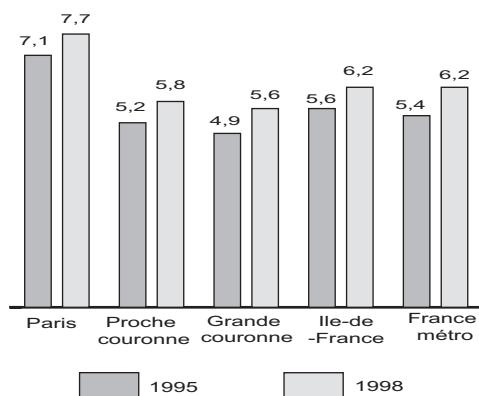
Le tabagisme des parents constitue un réel facteur de risque⁽⁶⁰⁾. Ainsi, l'enfant a un risque d'otites récidivantes augmenté de 21 % lorsque le père fume, de 38 % lorsque la mère fume et de 48 % lorsque les deux parents fument.

En ce qui concerne les troubles de la vision, l'enquête en milieu scolaire de la DREES-DESCO⁽⁶¹⁾ à partir des bilans de santé des enfants de 6 ans indique des prévalences plus importantes : pour l'ensemble des enfants (y compris ceux dont des troubles ont été détectés lors de l'examen de santé), 8 % présentent une hypermétropie, 8 % une acuité visuelle de loin inférieure à 8/10ème, 4 % un strabisme et 5 % un trouble de la vision binoculaire.

Les élèves en ZEP sont plus nombreux que les autres à découvrir une anomalie de la vision lors de l'examen de santé scolaire. Ainsi, ils ne sont que 10 % à porter des lunettes lors de cet examen, contre 12 % hors ZEP.

La périnatalité

Naissances prématurées (inférieures à 37 semaines de gestation) en Ile-de-France et en France métropolitaine en 1995 et en 1998 (en %)



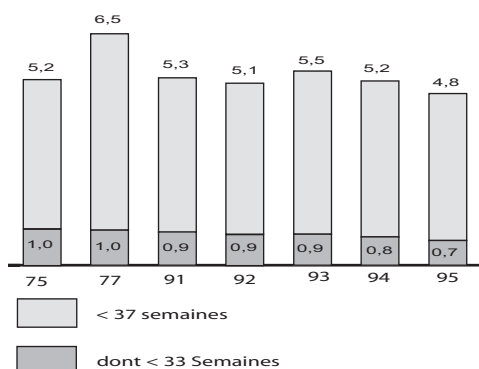
Source : INSERM - Enquêtes périnatales 1995 et 1998^(62,63)

Une augmentation des naissances prématurées

Les proportions de naissances prématurées sont en augmentation, que ce soit dans la région francilienne ou en France métropolitaine^(62,63). Cet accroissement s'explique essentiellement par l'augmentation du nombre de grossesses gémellaires et leur risque accru de prématurité ainsi que par l'augmentation des décisions médicales de provoquer l'accouchement dans l'intérêt de la mère et/ou de l'enfant.

Les proportions de naissances prématurées et de nouveau-nés de faible poids sont comparables entre l'Ile-de-France et la France. Au sein de la région francilienne, bien que les différences entre Paris et les proche et grande couronnes ne soient statistiquement pas significatives, la proportion plus élevée à Paris, à la fois en 1995 et en 1998, pourrait suggérer une spécificité propre à ce département, qui pourrait être en partie liée à un âge plus tardif à la maternité chez les Parisiennes.

Naissances prématurées (inférieures à 37 et à 33 semaines de gestation) dans les départements franciliens* en 1997 (en % des naissances vivantes)



Source : DREES

* Pas de données pour les Yvelines

Le remplissage des certificats de santé varie selon les départements et est, du moins bon au meilleur de 45,5 % pour la Seine-et-Marne, 87,3 % pour la Seine-Saint-Denis, de 88,6 % pour le Val-de-Marne, de 90,0 % pour le Val-d'Oise, de 91,0 % pour l'Essonne, de 93,7 % pour les Hauts-de-Seine et de 94,2 % pour Paris.

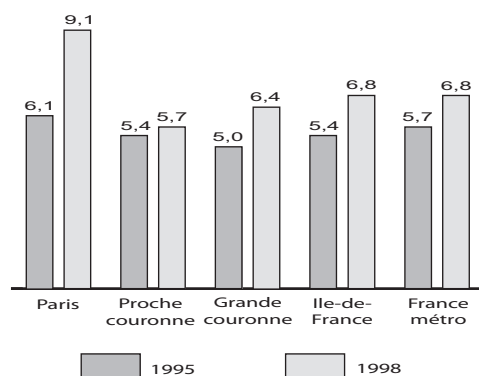
Des proportions comparables de grands prématurés entre les départements

Les données présentées ci-contre sont issues de l'exploitation des certificats de santé du 8ème jour, exploitation qui n'est pas exhaustive⁽⁶⁴⁾.

Les proportions de prématurés (moins de 37 semaines de grossesse) sont comparables entre les départements, à l'exception de la Seine-et-Marne dont le taux plus élevé est à considérer avec prudence (45 % des certificats sont remplis) : elles s'élèvent à un peu plus de 5 % de prématurés de moins de 37 semaines. Par rapport à l'enquête périnatale, les taux indiqués ici sont plus faibles.

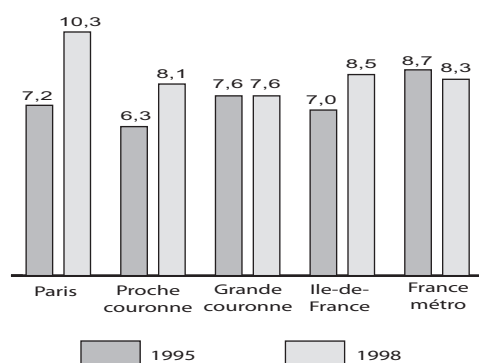
La proportion de grands prématurés (moins de 33 semaines) varie de 0,7 % dans le Val-d'Oise à 1,0 % à Paris et en Seine-et-Marne.

Naissances de faible poids (inférieures à 2 500 g) en Ile-de-France et en France métropolitaine en 1995 et en 1998 (en % des naissances vivantes)



Source : INSERM - Enquêtes périnatales 1995 et 1998^(62,63)

Transferts ou hospitalisation particulière de l'enfant en Ile-de-France et en France métropolitaine en 1995 et en 1998 (en % des naissances vivantes)



Source : INSERM - Enquêtes périnatales 1995 et 1998^(62,63)

Le décret périnatalité du 9 octobre 1998

Afin d'améliorer la sécurité de la naissance, ce décret prévoit l'orientation des mères vers des maternités disposant de l'environnement maternel et pédiatrique adapté à leur niveau de risque et à celui de l'enfant.

Trois niveaux soumis à autorisation ont été définis pour atteindre cet objectif :

- Les maternités de niveau 3 disposent d'un service de néonatalogie et de réanimation néonatale situés sur le même site.
- Les maternités de niveau 2 doivent posséder sur le même site, un service de néonatalogie ou de soins intensifs néonataux.
- Les maternités de niveau 1 ne sont associées ni à un service de réanimation néonatale, ni à un service de néonatalogie sur le site.

Augmentation des naissances de faible poids

La proportion de naissances de faible poids a connu une augmentation entre 1995 et 1998, passant de 5,7 % à 6,8 % en France métropolitaine et de 5,4 % à 6,8 % en Ile-de-France^(62,63). Cette proportion s'accroît plus sensiblement pour le groupe d'enfants pesant entre 2 000 g et 2 500 grammes.

Au sein de la région francilienne, elle a essentiellement augmenté à Paris et en grande couronne, tandis qu'elle est restée stable en proche couronne.

Une augmentation des transferts et des hospitalisations de l'enfant à la naissance

En Ile-de-France, un transfert ou une hospitalisation de l'enfant est réalisé dans 8,5 % des cas, proportion comparable à la moyenne nationale (8,3 %). Au sein de la région francilienne, la proportion est plus élevée à Paris que dans les autres zones géographiques (10,3 % contre 7,6 % en proche couronne). Alors que cette proportion tend à diminuer au niveau national entre 1995 et 1998, elle a augmenté en Ile-de-France, particulièrement à Paris et en proche couronne.

Les motifs d'hospitalisation sont, au niveau national, une hypotrophie ou prématurité (39,7 %), une insuffisance respiratoire (22,0 %), une infection (13,0 %) ou une malformation (6,8 %).

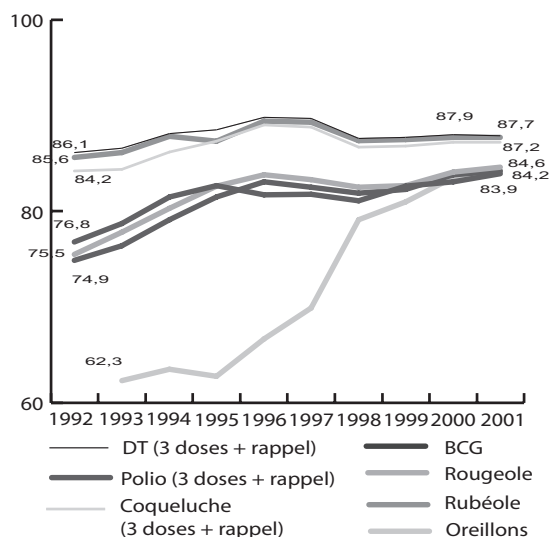
Entre 1995 et 1998, la proportion de transferts dans le même établissement tend à augmenter et parallèlement celle de transferts dans un autre établissement à diminuer.

Cette évolution traduit un nombre plus important d'accouchements ayant lieu dans des maternités de niveau 2 ou 3 (voir encadré). Au niveau national, en 2000, 52,3 % des accouchements ont eu lieu dans des maternités de niveau 2 ou 3⁽⁶⁵⁾.

Il faut toutefois noter que l'Ile-de-France fait partie des sept régions les moins bien dotées en lits de niveau 2 et 3 alors qu'elle est particulièrement exposée aux risques liés aux naissances multiples.

Les vaccinations

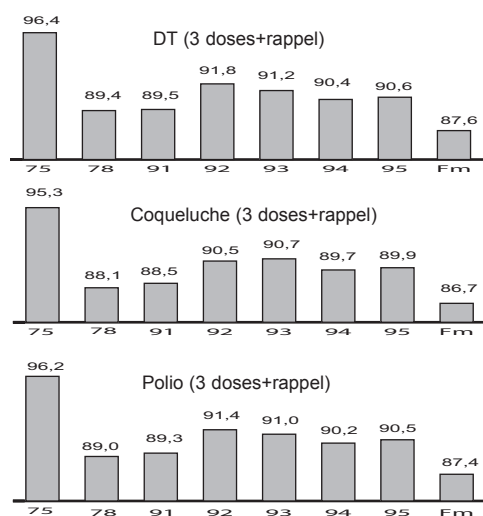
Evolution du taux de couverture vaccinale à 24 mois en France métropolitaine
(en % des certificats de santé reçus)



Sources : InVS - DREES analyse des CS24 au 25/05/2003 et DREES / conseils généraux (pour oreillons de 1993 à 1998)

Les **certificats de santé** du 24^{ème} mois, remplis par les médecins ou autres professionnels de santé, sont transmis au département puis renvoyés au ministère de la santé qui en fait une exploitation nationale. Malgré un faible taux de réponse (entre 50 et 60 %), les taux de vaccination obtenus ont pu être validés, du fait de leur comparabilité avec les résultats d'enquêtes par sondage menées dans certains départements et du fait de leur cohérence avec les analyses des enquêtes menées à 4 et 6 ans ⁽¹⁰⁹⁾.

Taux de couverture vaccinale en 1998 à 24 mois en Ile-de-France* (en % des certificats de santé)



Source : DREES

* Pas de données pour la Seine-et-Marne

Un taux de couverture vaccinale à 24 mois encore trop faible pour le ROR

Après un fléchissement des taux de couverture vaccinale à partir de 1997, probablement lié aux controverses suscitées par la vaccination contre l'hépatite B (DREES)⁽⁶⁴⁾, ceux-ci se sont stabilisés pour le DT, polio et coqueluche et ont même légèrement augmenté pour les vaccins plus récents. Les niveaux de couverture vaccinale sont très élevés pour les vaccinations anciennes (DT- polio- coqueluche) : pour les dernières années connues, près de 88 % pour les 3 doses +1^{er} rappel, autour des 98 % pour les 3 doses.

En revanche, les taux sont encore insuffisants pour les vaccins les plus récents (rougeole, rubéole et oreillons). En 2001, un peu plus de 84 % des enfants de 2 ans sont vaccinés. Or la persistance de la circulation des virus entraîne un contrôle insuffisant de ces maladies dans la population infantile et un déplacement des cas de l'enfance vers l'adolescence et l'âge adulte, avec les complications que cela implique⁽¹⁰⁹⁾.

Des disparités départementales pour les vaccins DT-polio et coqueluche

Dans tous les départements franciliens pour lesquels on dispose de données, le taux de couverture vaccinale DT polio et coqueluche à 2 ans est supérieur à celui de la France métropolitaine. Il existe toutefois des disparités départementales : le taux le plus élevé semble observé à Paris, que ce soit pour le DT, la coqueluche ou la polio, et dépasse 95 %. Les taux les plus faibles seraient ceux observés dans les départements des Yvelines et de l'Essonne, quel que soit le vaccin.

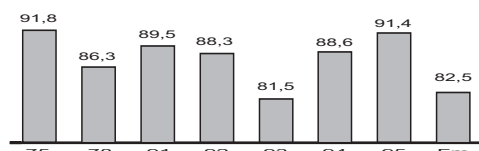
Vaccination Anti-poliomyélitique : obligatoire depuis juillet 1964 / **Vaccination Anti-diphtérique et antitétanique** : obligatoire depuis 1938 mais réellement appliquée depuis 1945.

Vaccination anti-coqueluche : recommandée à partir de 2 mois.

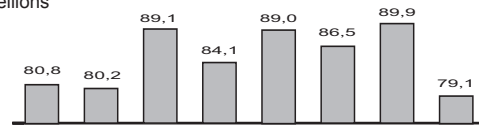
Vaccination contre la tuberculose : obligatoire pour les enfants de moins de 6 ans accueillis en collectivité (y compris chez une assistante maternelle) et au plus tard au cours de la 6^{ème} année pour tout enfant qui n'a pas encore été vacciné. Les sujets qui, après 2 vaccinations par le BCG réalisées par voie intradermique, ont une intradermoréaction à la tuberculine négative sont considérés comme ayant satisfait aux obligations vaccinales.

Taux de couverture vaccinale en 1998 à 24 mois en Ile-de-France* (en % des certificats de santé)

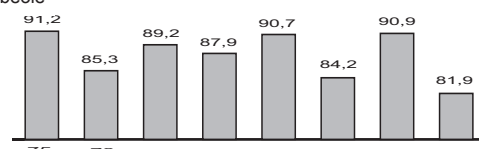
Rougeole



Oreillons



Rubéole



Source : DREES

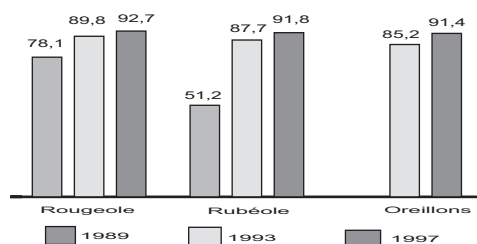
* Pas de données pour la Seine-et-Marne

Couverture vaccinale à 6 ans en milieu scolaire en Ile-de-France et en France en 1997 (en %)

	Ile-de-France	France entière
Rougeole	92,7	89,6
Rubéole	91,8	89,0
Oreillons	91,4	88,9
BCG	96,2	94,5

Source : DREES

Couverture vaccinale à 6 ans en milieu scolaire en Ile-de-France en 1989, 1993 et 1997 (en %)



Source : DREES

Vaccination contre la rougeole, la rubéole, les oreillons

Recommandée pour tous les enfants âgés de 1 à 6 ans, avec une première dose à partir de 12 mois et une seconde entre 3 et 6 ans. Cette dernière constitue un rattrapage pour les enfants n'ayant pas séroconverti, pour un ou plusieurs antigènes, lors de la première vaccination.

Pour les enfants de plus de 6 ans, il convient de s'assurer qu'ils ont été vaccinés au moins une fois contre la rougeole, les oreillons et la rubéole. Dans le cas contraire, une seule vaccination avec un vaccin triple associé est recommandée.

Une couverture vaccinale supérieure à la moyenne nationale mais de fortes disparités départementales

A 2 ans, la couverture vaccinale pour la rougeole, les oreillons et la rubéole est plus élevée en Ile-de-France qu'en France métropolitaine, toutefois les disparités départementales sont importantes. Les couvertures es plus élevées, autour de 90 %, concernent l'Essonne et le Val-d'Oise pour les trois vaccinations, Paris pour la rougeole et la rubéole, la Seine-Saint-Denis pour les oreillons et la rubéole. Les taux les plus faibles varient autour de 81 %.

A 6 ans, la couverture vaccinale pour la ROR ainsi que le BCG reste plus élevée en Ile-de-France qu'en France : 92 % en Ile-de-France pour le ROR contre 89 % en France. L'écart Ile-de-France / France semble se réduire : en 1989, 78 % des enfants de 6 ans étaient vaccinés contre la rougeole en Ile-de-France contre 59 % en France. En 1997, les proportions étaient respectivement de 93 % et 90 %.

Le taux de vaccination contre la tuberculose (BCG) est très satisfaisant : 96,2 % des Franciliens de 6 ans vaccinés contre 94,5 % en France entière. L'Institut de Veille sanitaire, s'appuyant sur les préconisations de l'OMS, recommande l'abandon de la politique de revaccination par le BCG dans le cas d'un échec d'une première vaccination⁽⁶⁶⁾. De plus, bien que l'efficacité de la vaccination chez les enfants soit prouvée, notamment dans les formes extra-pulmonaires de tuberculose, la vaccination pourrait ne rester recommandée que dans les régions à risque d'infection très élevé (Ile-de-France, Provence-Alpes-Côte-d'Azur) pour tous les enfants, et dans les régions de plus faible incidence pour les populations les plus exposées.

A 6 ans, ralentissement de l'augmentation de la couverture vaccinale

L'augmentation de la proportion d'enfants de 6 ans vaccinés contre la rougeole, après avoir été très forte entre 1989 et 1993, s'est ralentie entre 1993 et 1997. Ce ralentissement est également observé pour la vaccination contre la rubéole : après avoir augmenté de 42 % entre 1989 et 1993, elle n'a augmenté que de 5 % entre 1989 et 1997. Le taux de 95 %, nécessaire à l'élimination de ces pathologies et de leurs complications, est pratiquement atteint pour la rougeole en Ile-de-France en 1997.

La vaccination contre l'hépatite B

La politique de vaccination contre l'hépatite B en France

Le vaccin contre l'hépatite B a obtenu une autorisation de mise sur le marché en 1981 et en 1982, une circulaire DGS recommande la vaccination chez le personnel de santé.

En 1984, le vaccin est remboursé par la sécurité sociale.

En 1991, la vaccination est rendue obligatoire pour les personnes qui, dans un établissement de prévention ou de soins, exerce une activité professionnelle l'exposant à des risques de contamination, ainsi qu'aux étudiants se préparant aux professions médicales et autres professions de santé.

En 1992, le dépistage de l'antigène HBs est rendu obligatoire au 6ème mois de grossesse, permettant d'identifier les nouveau-nés à risque et de les séro-vacciner contre l'hépatite B dès la naissance ou dans les 48 premières heures de vie.

En 1994, une campagne de vaccination nationale des pré-adolescents en classe de 6ème est décidée par le ministère en charge de la Santé et menée par l'Education nationale.

En 1995, la DGS recommande la vaccination chez les nourrissons et les pré-adolescents.

A la suite de notification à l'Agence du Médicament de cas d'épisodes démyélinisants aigus chez des sujets récemment vaccinés, une enquête nationale de pharmacovigilance est mise en place en 1994 par cet organisme. Aucun cas d'infection démyélinisante n'a été observé chez le nourrisson et le petit enfant.

En octobre 1998, les résultats plutôt rassurants de ces études cas-témoins ne permettent pas de lever le doute et la campagne de vaccination en milieu scolaire est suspendue, mais les recommandations de vaccination des sujets à

risque, des nourrissons et des adolescents sont maintenues dans le cadre de consultations individuelles.

Dans l'avis du 8 mars 2002 du Conseil supérieur d'hygiène publique de France⁽⁶⁷⁾, il est notamment recommandé de vacciner systématiquement tous les enfants avant 13 ans, en privilégiant la vaccination des nourrissons, tout en laissant la possibilité de vacciner plus tardivement dans l'enfance - selon le choix des parents et du médecin - sous réserve d'évaluer systématiquement le statut vaccinal des enfants en classe de sixième, avec recommandation aux familles des enfants non vaccinés contre l'hépatite B de consulter leur médecin.

Un nourrisson sur quatre vacciné contre l'hépatite B en 1998

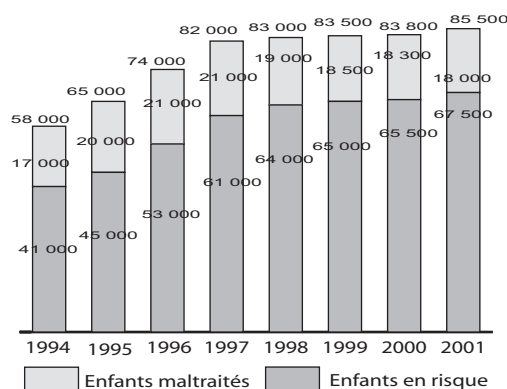
Seule la couverture à l'âge de 2 ans fait l'objet d'un suivi de routine au niveau national par le ministère de la Santé. Cette mesure est réalisée à partir de l'exploitation des certificats de santé du 24ème mois.

En 1998, la couverture vaccinale chez les nourrissons de 24 mois était estimée à 27,5 % au niveau national et les données provisoires pour 1999 au 30 mars 2001 font état d'une couverture de 24 %.

Les taux de couverture dans les autres pays européens sont beaucoup plus élevés (à l'exception de la Belgique, qui a un taux de 10 %) : 99 % en Roumanie, plus de 90 % en Allemagne, 90 % en Italie, 70 % en Bulgarie, plus de 50 % en Espagne⁽⁶⁸⁾.

L'enfance en danger

Evolution des signalements faits à l'aide sociale à l'enfance* en France métropolitaine



Sources : ODAS

* Ici ne sont recensés que les signalements faits à l'aide sociale à l'enfance des Conseils généraux, ce qui exclut les situations les plus graves signalées directement par la police ou les hôpitaux.

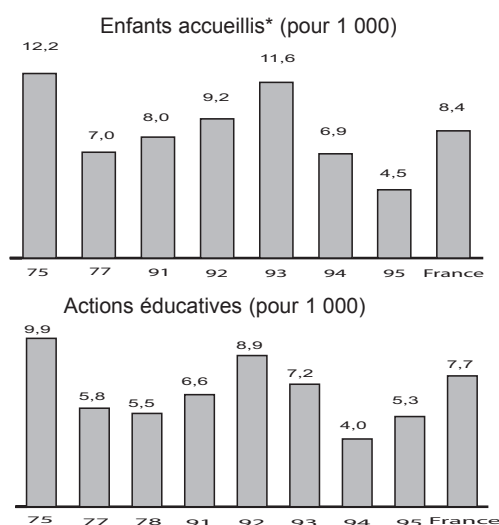
Enfant maltraité : enfant victime de violences physiques, cruauté mentale, abus sexuels, ou négligences lourdes, ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique.

Enfant en risque : enfant qui connaît des conditions d'existence mettant en danger sa santé, sa sécurité, sa moralité, son éducation ou son entretien, mais qui n'est pas pour autant maltraité

Enfant en danger : Ensemble des enfants maltraités et des enfants en risque.

Bénéficiaires de l'Aide sociale à l'enfance : enfants accueillis et actions éducatives en Ile-de-France au 31 décembre 2001

(taux pour 1 000 habitants de moins de 21 ans)



Sources : DREES, Conseils généraux

* Pas de données pour les Yvelines

Une augmentation des signalements d'enfants en danger

Le nombre de signalements d'enfants en danger⁽⁶⁹⁾ a fortement augmenté entre 1994 et 1997, passant de 58 000 à 82 000 puis plus faiblement jusqu'en 2001, avec 85 500 signalements cette année-là. Parmi ceux-ci, 1 signalement sur 5 correspond à un enfant maltraité. Depuis 1998, les signalements pour abus sexuels ont augmenté.

Les signalements d'enfants en risque (voir encadré) ont augmenté de 65 % entre 1994 et 2001.

Ces augmentations témoignent à la fois d'un meilleur repérage de l'enfance en danger et d'une véritable augmentation de cette situation.

Enfant accueilli : enfant confié à l'ASE et enfants placés directement par le juge ; un enfant est dit confié à l'ASE lorsqu'il bénéficie d'une mesure administrative ou judiciaire.

Actions éducatives : menées à domicile par des travailleurs sociaux, elles interviennent en principe auprès d'un enfant nommément désigné et ont pour objectif d'exercer une action préventive pour éviter le retrait de l'enfant du milieu familial et donc un éclatement des familles, ou pour préparer des placements. On distingue l'AED (action éducative à domicile) et l'AEMO (action éducative en milieu ouvert), exercée en vertu d'un mandat judiciaire.

Des bénéficiaires de l'ASE plus nombreux dans le centre de la région

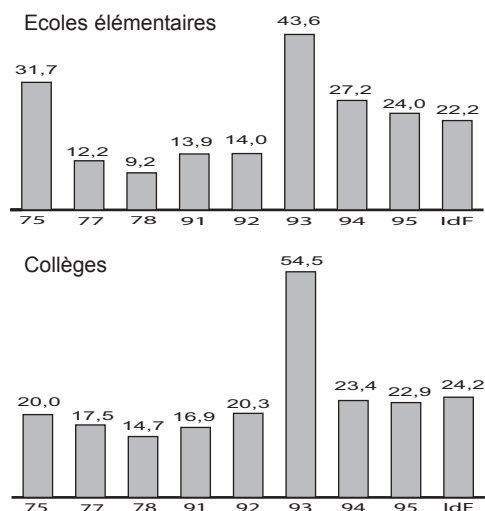
Ces chiffres mesurent à la fois le nombre d'enfants en danger ou en difficulté et la politique du département dans le domaine de la protection de l'enfance.

Trois départements présentent des taux de bénéficiaires de l'ASE plus importants que les autres et supérieurs à la moyenne française : Paris, les Hauts-de-Seine et la Seine-Saint-Denis⁽⁷⁰⁾.

L'évolution sur les dernières années montre, à l'exception de Paris, une augmentation du nombre des actions éducatives, traduisant les orientations données par les textes législatifs qui préconisent, dans la mesure du possible, le maintien de l'enfant dans son milieu familial.

La santé scolaire

Proportions d'élèves des écoles élémentaires et des collèges publics en zone d'éducation prioritaire (ZEP) pour l'année 2000-2001 en Ile-de-France (en %)



Source : Rectorats de Créteil, Paris et Versailles, bases élèves académiques

Repérage des troubles du langage chez les enfants de 6 ans en milieu scolaire en 1999-2000 en France métropolitaine (en %)

	ZEP	Hors ZEP
Manipulations des sons de la langue		
% d'élèves ayant un test normal	81	88
Test de désignation d'images		
% d'élèves en difficulté	13	6
Test de compréhension orale		
% d'élèves en difficulté	10	5
% d'élèves capables d'élaborer des phrases correctes comprenant des subordonnées	75	85
% d'élèves capables d'élaborer une construction grammaticale correcte	88	93
Elocution normale	78	83

Source : DREES-DGS-DESCO

En 1999, le Ministère de l'Emploi et de la solidarité et celui de l'Education nationale, de la recherche et de la technologie, avec comme partenaire l'Institut de veille sanitaire, ont initié une série d'enquêtes auprès de 3 générations d'enfants issus des classes de grande section de maternelle, de cours moyen 2ème année (CM2) et de classe de 3ème.

Les résultats relatifs aux enfants de 6 ans sont issus des examens réalisés dans le cadre des bilans de santé des grandes sections de maternelle.

L'enquête porte sur un échantillon de 30 000 élèves.

Une proportion importante d'élèves en ZEP en Seine-Saint-Denis

La politique des Zones d'éducation prioritaires (ZEP), initiée en 1981, a pour objet de "renforcer l'action éducative dans les zones où les conditions sociales sont telles qu'elles constituent un facteur de risque, voire un obstacle, pour la réussite scolaire des enfants et adolescents qui y vivent et donc, à terme, pour leur intégration sociale". La catégorie socio-professionnelle des parents d'élèves constitue un trait dominant pour le classement d'un établissement en ZEP.

Pour les écoles élémentaires, quatre départements comptent une proportion d'élèves en ZEP supérieure à la moyenne régionale : la Seine-Saint-Denis (plus de 4 élèves sur 10), Paris (près d'1 élève sur 3), le Val-de-Marne et le Val-d'Oise.

Pour les collèges, la proportion d'élèves en ZEP est, en Seine-Saint-Denis, plus de 2 fois supérieure à celle du Val-de-Marne et plus de trois fois supérieure à celle des Yvelines.

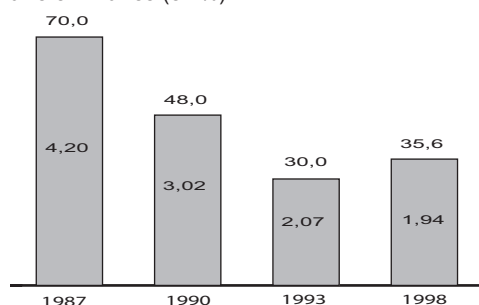
Des troubles du langage plus fréquents chez les élèves en ZEP

Les troubles du langage font l'objet d'un plan d'action mis en place par le Ministère de l'Education nationale et celui de l'Emploi et de la solidarité, compte tenu de leur importance pour la réussite scolaire.

L'enquête réalisée par le Ministère de l'Emploi et de la solidarité et celui de l'Education nationale⁽⁶¹⁾ ont été l'occasion de mesurer les troubles du langage à travers une série de tests standardisés. Les élèves scolarisés en ZEP sont en moyenne plus nombreux que ceux scolarisés hors ZEP à présenter des troubles du langage. Par exemple, pour les tests de désignation d'images permettant d'évaluer le niveau de vocabulaire et celui de compréhension orale, les élèves en difficulté sont deux fois plus nombreux en ZEP. Ils sont également moins nombreux à savoir faire des phrases complexes correctes.

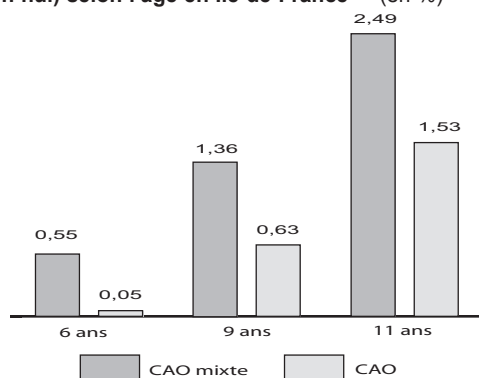
La santé bucco-dentaire

Enfants de 12 ans nécessitant des soins de caries sur une dent permanente et indice CAO* en milieu scolaire en France (en %)



Source : Union française de santé bucco-dentaire

Enfants ayant besoin de soins dentaires (CAO mixte non nul) selon l'âge en Ile-de-France*** (en %)**



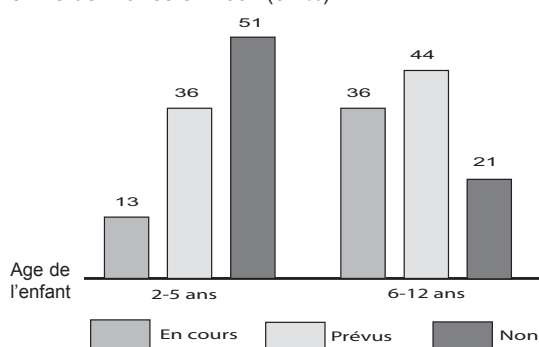
Source : URCAM

* Indice CAO : nombre moyen de dents **permanentes** cariées, absentes ou obturées

** CAO mixte : nombre moyen de dents **permanentes** ou **lactéales** cariées, absentes ou obturées

*** Données des CPAM 92, 78, 95 (sept-déc 2000) et CPAM 77 (fin 1999-début 2000), issues des dépistages réalisés dans les dispositifs.

Fréquence de recours aux soins selon les besoins dentaires perçus par les parents pour leurs enfants en Ile-de-France en 2001 (en %)



Source : URCAM

Une amélioration de la santé bucco-dentaire chez les jeunes

Les résultats de l'enquête réalisée en 1987, en 1990, en 1993 et en 1998 par l'Union française de santé bucco-dentaire montrent que la proportion de jeunes de 12 ans nécessitant des soins dentaires lors de l'examen dentaire réalisé a diminué, passant de 70 % en 1987 à 30 % en 1993. En 1998, elle s'élevait à 35,6 %. De plus, l'indice CAO s'est nettement amélioré, passant de 4,2 dents cariées, absentes ou obstruées en 1987 à 1,94 en 1998.

A 9 ans et 11 ans, 4 enfants sur 10 ayant eu un examen dentaire ont besoin de soins

Les données d'assurance-maladie concernant les examens réalisés dans des dispositifs de santé bucco-dentaire montrent que le besoin dépisté en soins dentaires augmente avec l'âge. A 9 ans, environ 37 % des enfants ont besoin de soins, proportion comparable entre milieu urbain et rural. A 11 ans, cette proportion est supérieure à 40 %.

Ces données sont issues de dispositifs ciblant des populations économiquement défavorisées, aussi ne sont-elles pas représentatives de la population francilienne et sur-évaluent en partie les besoins en soins.

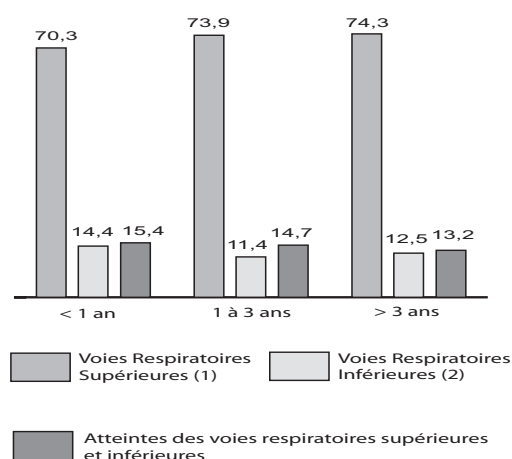
Le recours aux soins dentaires est moins fréquent pour les enfants de 2-5 ans que pour ceux de 6-12 ans

D'après une enquête réalisée en population générale francilienne en 2001⁽⁷¹⁾, 55 % des parents d'enfants de 2 à 19 ans ne déclarent aucun problème dentaire pour leur enfant. Parmi ceux en déclarant au moins un, 51 % ne déclarent aucun soin en cours lorsque leur enfant est âgé de 2 à 5 ans et 21 % lorsque l'enfant est âgé de 6 à 12 ans. Les deux principaux motifs de non recours aux soins les plus cités sont l'absence de gravité du problème et donc l'absence d'urgence (42 % des parents), le jeune âge de l'enfant (22 %) et le fait que la dent va bientôt tomber (12 %).

Les affections respiratoires

Type de symptômes respiratoires observés dans les consultations des pédiatres du réseau RESPIRER* entre le 1er juillet 1996 et le 28 juin 1997 à Paris et en proche couronne

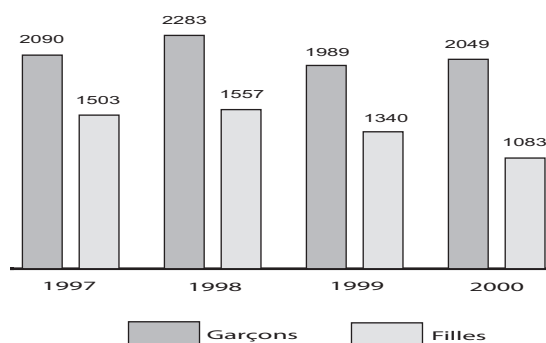
(en % des consultations pour symptômes respiratoires)



Source : réseau RESPIRER

* Réseau de 119 pédiatres de ville et de PMI, volontaires, exerçant à Paris et en proche couronne constitué en association loi 1901 dans l'objectif de mener une étude épidémiologique, avec l'Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, sur les liens entre la pollution atmosphérique urbaine et les symptômes respiratoires des enfants vus en consultation.

Evolution du nombre de séjours hospitaliers d'enfants de 0-3 ans pour bronchiolite à Paris et en proche couronne dans des établissements de l'AP-HP



Source : AP-HP

Les affections des voies respiratoires supérieures représentent un tiers des consultations pour symptômes respiratoires

Parmi les 225 333 consultations enregistrées par les pédiatres du réseau RESPIRER sur la période juillet 1996 - juin 1997⁽⁷²⁾, 44,3 % sont motivées par des symptômes respiratoires : 32,5 % pour des symptômes des voies respiratoires supérieures, 5,6 % des symptômes des voies respiratoires inférieures et 6,2 % des symptômes de l'atteinte simultanée des voies respiratoires supérieures et inférieures.

Les affections des voies respiratoires supérieures sont majoritaires et concernent 7 consultations sur 10, quel que soit l'âge des enfants.

Parmi les facteurs de risque de survenue de ces affections, le lien entre pollution de l'air et affections respiratoires, asthme notamment, a été mis en évidence dans l'étude Erpurs⁽⁴⁷⁾, avec des effets particulièrement marqués chez les enfants de moins de 15 ans.

Le tabagisme de la mère augmente de 72 % le risque de survenue d'infections respiratoires de l'enfant (sans que l'on puisse savoir ce qui revient au tabagisme avant et après l'accouchement) et celui d'un autre membre de la famille de 29 %.

Un nombre de séjours hospitaliers pour bronchiolite plus important chez les garçons

Pour un même individu, il peut y avoir plusieurs séjours dans une même année. En supposant que dans les différents départements le nombre moyen de séjours par personne est comparable, on compte en 1999, 14,6 séjours pour 1000 garçons et 10,3 pour 1000 filles de moins de 4 ans à Paris et en proche couronne. Dans l'ensemble de la population hospitalisée pour bronchiolite, la part des enfants de moins de 4 ans est de 76 % en 2000.

Le nombre de séjours hospitaliers est, pour toutes les années, plus important chez les garçons que chez les filles.

Prévalence actuelle de l'asthme en population générale* et en milieu scolaire en France (en %)**

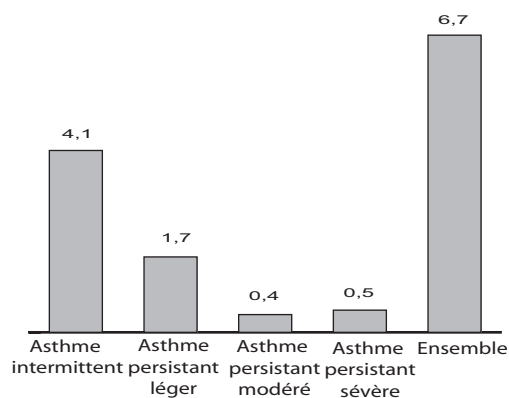
	Garçons	Filles
Enquête ESPS 1998*		
Moins de 5 ans	7,6	5,2
5 à 9 ans	8,2	5,0
10 à 14 ans	6,5	7,5
Bilans de santé scolaire 1999-2000**		
6 ans	7,4	4,8

* CREDES - Enquête santé et protection sociale (59)

Prévalence actuelle : avoir eu au moins une crise d'asthme ou une manifestation d'asthme au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête ou avoir traité son asthme au cours des 12 derniers mois.

** Enquête en milieu scolaire à partir des bilans de santé préalables à l'entrée à l'école primaire (61)

Prévalence actuelle : diagnostic d'asthme posé par un médecin ou traitement par bronchodilatateur ou corticoïdes inhalés au cours des 12 derniers mois (selon déclaration des parents).

Prévalence de l'asthme selon les stades de sévérité chez les moins de 15 ans en France (en %)


Source : CREDES - Enquête santé et protection sociale (59)

Avant 10 ans, l'asthme est plus fréquent chez les garçons que chez les filles

En milieu scolaire comme en population générale, l'asthme est plus important chez les garçons que chez les filles, jusque l'âge de 10 ans.

Les données scolaires sont proches de celles observées en population générale, avec des prévalences proches de 7-8 % pour les garçons et de 5 % chez les filles.

Dans l'enquête en milieu scolaire⁽⁶¹⁾, 7,0 % des garçons et 5,4 % des filles présentent des symptômes asthmatiques (avoir eu au moins 3 fois deux symptômes parmi sifflements ou bronchites sifflantes, gêne nocturne avec difficulté à vider ses poumons, quinte de toux provoquée par l'air froid ou au petit matin).

La sévérité de l'asthme augmente avec l'âge

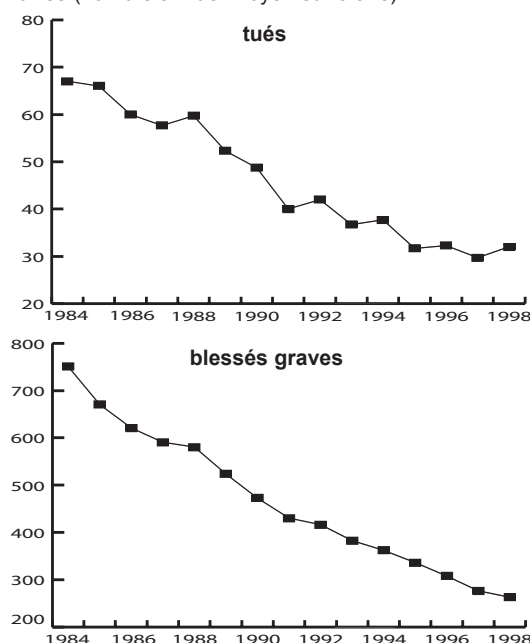
Chez les enfants de moins de 15 ans, l'asthme est intermittent dans la plupart des cas (4,1 % des jeunes de moins de 15 ans), caractérisé par des crises brèves et une absence de symptômes entre les crises.

L'asthme intermittent diminue avec l'âge, passant de 69 % des cas d'asthme chez les moins de 5 ans, 58 % à 5-9 ans à 24 % chez les plus de 70 ans. L'asthme persistant modéré (symptômes quotidiens, retentissant sur l'activité et le sommeil) ou sévère (symptômes permanents, crises fréquentes, activité physique limitée) concerne moins de 1 % des enfants de moins de 15 ans. La sévérité de l'asthme augmente avec l'âge et l'asthme sévère représente près d'un quart des asthmatiques de plus de 60 ans.

Le tabagisme des parents constitue un facteur de risque important. Ainsi, le tabagisme du père augmente le risque de survenue de crises d'asthme de 14 %⁽⁶⁰⁾, celui de la mère de 28 % et celui des deux parents de 52 %.

Les accidents de la circulation

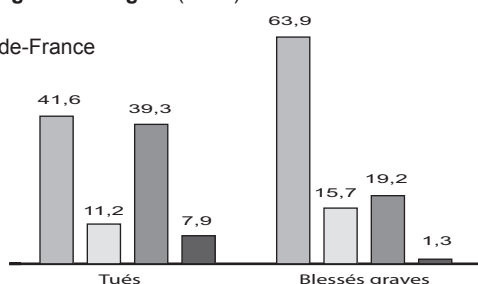
Evolution du nombre de 0-14 ans tués et gravement blessés dans un accident de la circulation en Ile-de-France (nombre annuel moyen sur 3 ans)



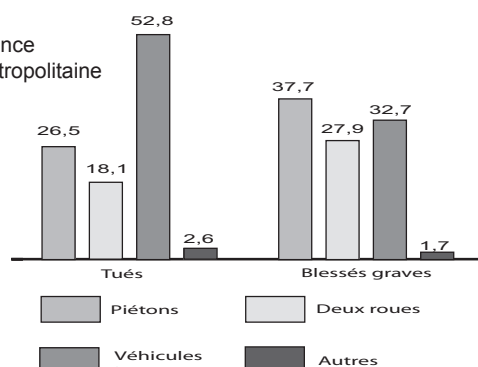
Source : SETRA

Enfants de 0-14 ans tués et gravement blessés dans un accident de la circulation en 1997-99 selon la catégorie d'usagers (en %)

Ile-de-France



France métropolitaine



Source : SETRA

Le nombre de tués et de blessés graves a fortement diminué depuis 20 ans

Entre 1983 et 1985, on comptait en moyenne chaque année 67 jeunes de 0 à 14 ans tués dans un accident de la circulation, toutes catégories d'usagers confondues. Quant au nombre de blessés graves, il dépassait 800 en 1983.

Ces chiffres ont fortement diminué. Le nombre de tués a été divisé par plus de 2, puisqu'il s'élevait en moyenne à 30 chaque année entre 1997 et 1999. Le nombre de blessés graves est trois fois moins élevé et s'élève à 249 en 1999.

En Ile-de-France, les victimes d'accidents de la circulation sont plus souvent des piétons qu'en France

En Ile-de-France, les jeunes de 0 à 14 ans tués dans un accident le sont principalement en tant que piétons (environ 4 sur 10) et en tant que passagers d'un véhicule léger (environ 4 sur 10 également).

En France métropolitaine, la répartition diffère, les jeunes de 0 à 14 ans tués en voiture représentant 53 % des tués de 0-14 ans dans un accident de la circulation. La proportion de tués en deux roues est également plus importante, 18 % contre 11 % en Ile-de-France.

Chez les blessés graves, on observe également une proportion très importante de piétons en Ile-de-France (64 %) alors qu'en France métropolitaine, 38 % des blessés graves le sont en tant que piétons et 33 % en voiture.

Ces différences s'expliquent probablement par une plus grande utilisation de la voiture et un réseau routier beaucoup plus développé en province.

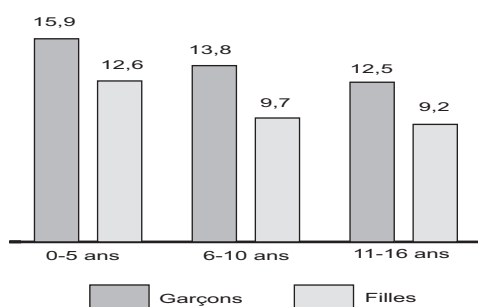
Accident corporel de la circulation routière : provoque au moins une victime, survient sur une route ouverte à la circulation publique, implique au moins un véhicule.

Tué : victime décédée sur le coup ou dans les 6 jours qui suivent l'accident.

Blessé grave : blessé dont l'état nécessite plus de 6 jours d'hospitalisation.

Les accidents de la vie courante

Fréquence annuelle des accidents de la vie courante suivant l'âge et le sexe en France
Données cumulées de 1987 à 1995 (en %)



Source : CNAMTS

Caractéristiques des accidents enregistrés par le système EHLASS en 1998 en France, pour les enfants de 1 à 9 ans (en %)

	1-4 ans	5-9 ans	Total
Mécanisme de l'accident			
Chute	52	56	54
Coup, collision	10	17	13
Intoxication	12	2	7
Autre	26	25	26
Siège des lésions			
Tête	51	36	45
Membre supérieur	18	32	25
Membre inférieur	8	19	13
Autre	23	13	17
Type des lésions			
Contusion	35	38	36
Plaie ouverte	32	29	31
Fracture	7	15	11
Autre	26	18	22
Hospitalisation			
Non	90	90	90
Oui	10	10	10
Lieu de l'accident			
Maison et environnement	72	41	57
Ecole	4	14	9
Autre	9	25	17
Inconnu	15	20	17
Effectifs	6 513	5 414	11 927

Sources : Direction générale de la santé, EHLASS (European home and leisure accident surveillance system)

16 % des garçons de moins de 6 ans sont victimes d'un accident de la vie courante ⁽⁷³⁾

Contrairement à la mortalité toutes causes qui augmente avec l'âge, la fréquence de survenue des accidents décroît régulièrement avec l'âge dans les deux sexes : de 15,9 % des garçons de 0-5 ans à 12,5 % des garçons de 11-16 ans et de 12,6 % des filles de 0-5 ans à 9,2 % de celles de 11-16 ans.

A tous les âges entre 0 et 16 ans, la proportion d'accidents est plus importante chez les garçons que chez les filles.

- L'enquête **CNAMTS**, réalisée entre 1987 et 1995, par voie postale auprès d'un échantillon d'assurés sociaux sur les accidents de la vie courante (excluant accidents de la circulation et accidents du travail) survenus au cours de l'année écoulée.

- L'enquête **EHLASS**, depuis 1987, repose sur la déclaration des accidents dans l'un des services d'urgence des hôpitaux publics participant à ce recueil. Les données ne peuvent être considérées comme représentatives, les hôpitaux participant à l'enquête se faisant sur la base du volontariat. L'exclusion du système privé exclut certains types d'accidents, notamment un nombre important d'accidents de sport, souvent pris en charge par les cliniques privées.

Plus de la moitié des accidents sont dus à une chute

Les caractéristiques des accidents varient fortement en fonction de l'âge des personnes concernées.

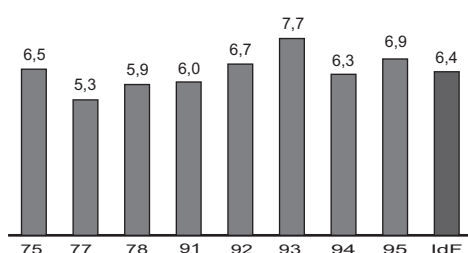
La majorité des accidents survenant avant l'âge de 10 ans sont dus à des chutes et provoquent des contusions ou des plaies au niveau de la tête⁽⁷³⁾ (51 % des enfants de 1-4 ans, 36 % des 5-9 ans) et au niveau des membres supérieurs (32 % des 5-9 ans). Malgré le recours aux urgences, une hospitalisation n'a lieu que dans 10 % des cas, quel que soit l'âge de l'enfant.

Le lieu de l'accident est, avant 5 ans, la maison tandis qu'à partir de 5 ans, les accidents domestiques ne représentent plus que 41 % de l'ensemble des accidents, d'autres lieux étant plus souvent fréquentés (école, transports, lieu de pratique sportive...).

La prise en charge du handicap

Nombre de bénéficiaires de l'AES pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans au 31 décembre 1998

Taux pour 1 000 habitants



Sources : CNAF, INSEE - RP 1999

Augmentation du nombre de bénéficiaires de l'allocation d'éducation spéciale

Au 31 décembre 1998, 17 756 jeunes de moins de 20 ans bénéficient de l'allocation d'éducation spéciale, soit 6,4 bénéficiaires pour 1000 enfants de moins de 20 ans. Cette proportion est légèrement inférieure à la moyenne nationale (6,8).

En Ile-de-France, le nombre de bénéficiaires a augmenté de 14 % depuis 1994, ce qui ne signifie pas que le nombre de handicapés augmente mais serait à rapprocher du fort développement de l'éducation précoce, encourageant les parents à solliciter plus tôt une prise en charge.

Capacité des établissements pour enfants déficients : nombre de places pour 1 000 habitants de moins de 20 ans dans les départements franciliens au 1er janvier 1998

	Etablissements pour enfants déficients						
	Intel*	Polyh*	Inst*	Mot*	Vis*	Aud*	Sourd*
75	1,2	0,1	0,6	0,6	0,2	1,4	0,5
92	2,9	0,1	0,5	1,8	-	1,7	-
93	3,3	0,1	0,1	0,3	-	0,2	-
94	4,1	0,5	0,6	-	0,2	-	-
77	3,9	0,0	0,4	0,7	-	-	-
78	3,3	0,1	0,6	0,7	-	-	0,1
91	3,1	0,6	1,2	0,4	0,1	0,7	-
95	2,6	0,3	0,8	-	-	0,7	-
IdF	3,0	0,2	0,6	0,6	0,1	0,6	0,1
Fm	5,0	0,3	1,2	0,5	0,2	0,5	0,1

Source : DREES

*Intel : intellectuel

Polyh : polyhandicapés

Inst : instituts de rééducation, ils accueillent essentiellement des enfants souffrant de troubles du caractère et du comportement

mot : moteurs

vis : visuels

aud : auditifs

sourd : sourds et aveugles.

Des capacités d'accueil souvent insuffisantes et déséquilibrées

L'Ile-de-France compte 242 établissements spécialisés pour plus de 14 000 places, soit 5,1 places pour 1 000 habitants (7,8 en France métropolitaine).

Seuls l'Essonne et le Val-de-Marne présentent un équipement homogène et varié qui permet d'apporter une réponse de prise en charge à l'ensemble des déficiences. Deux départements, la Seine-Saint-Denis et le Val-d'Oise, ont un équipement globalement insuffisant.

Les autres départements présentent un certain déséquilibre dans la prise en charge des différents types de déficience : les Hauts-de-Seine, fortement spécialisés pour les déficients moteurs et auditifs, le sont faiblement pour les autres, la Seine-et-Marne présente une carence pour les déficiences sensorielles et le polyhandicap, Paris est plus spécialisé dans l'offre pour les déficients auditifs et visuels mais présente un niveau faible pour les déficients intellectuels, les Yvelines sont faiblement équipées pour les déficients sensoriels.

La population des jeunes

Les aspects démographiques sont abordés au travers de l'évolution de la population des jeunes et des taux de fécondité.

En terme de mortalité et de morbidité, une analyse de la mortalité présente les principales causes de décès et les taux départementaux, suivie des principaux motifs d'admission en affections longue durée.

Enfin, le recours à l'IVG est évoqué.

Les conduites à risque et les indicateurs de souffrance psychique, bien qu'ayant certaines particularités chez les jeunes, sont abordés dans la partie relative aux spécificités régionales du fait de leur importance dans la région francilienne et de leur caractère préoccupant.

L'obésité et le surpoids font également l'objet d'un chapitre dans la troisième partie.

Faits marquants

- *La mortalité des jeunes Franciliens, en baisse depuis 20 ans, est plus faible que celle observée en France.*
- *Les accidents, essentiellement de la circulation, sont la principale cause de décès.*
- *A partir de 20 ans, d'autres causes, telles que le suicide, prennent de l'importance.*
- *Au sein de la région, la mortalité est plus importante en grande couronne du fait d'une mortalité accidentelle plus importante.*
- *En Ile-de-France, le taux d'IVG chez les moins de 20 ans est plus élevé qu'en France métropolitaine.*
- *Le recours à l'IVG a fortement augmenté depuis 1990 chez les jeunes femmes, mais de façon moindre en Ile-de-France qu'en France métropolitaine.*

Depuis le rapport du Haut comité de la santé publique en 1997⁽⁷⁴⁾ qui mettait en avant la situation défavorable en matière de santé des jeunes en France, de nombreuses études ont été mises en place au niveau national et au niveau régional sur la santé des jeunes.

Les études montrent que les jeunes adoptent fréquemment des comportements à risque pour leur santé : les deux principales causes de mortalité chez les jeunes sont ainsi les accidents, de la circulation essentiellement, et les suicides. A tous les âges, il existe une très forte surmortalité masculine. De plus, les taux de mortalité augmentent de manière importante avec l'âge.

En Ile-de-France, le recours à l'IVG est plus élevé qu'ailleurs et en augmentation, ce qui révèle l'importance des grossesses non planifiées.

Démographie

Proportions de jeunes de 15 à 24 ans dans la population totale aux recensements de 1999 et 1975 et évolution des effectifs entre 1975 et 1999 dans les départements franciliens (en %)

	1999		1975	variation pop 75-99**
	nombre	%*	%*	
75	263 760	12,4	14,5	-21,0
92	168 776	11,8	15,5	-24,6
93	191 730	13,9	16,2	-10,5
94	151 533	12,4	15,8	-21,0
77	165 932	13,9	15,4	42,2
78	182 373	13,5	15,8	6,8
91	152 113	13,4	15,4	6,6
95	160 211	14,5	16,4	16,2
IdF	1 436 428	13,1	15,5	-6,2
Fm	7 643 649	13,1	16,1	-9,6

* En % de la population totale

** (pop1999 - pop1975) / pop1975 * 100

Source : INSEE - Exploitation ORS Ile-de-France

Une diminution de la proportion de jeunes dans la région

L'Ile-de-France compte, en 1999, près de 1,5 millions de jeunes de 15 à 24 ans, soit 13,1 % de la population francilienne. La part représentée par les jeunes est comparable entre les départements franciliens : elle varie de 11,8 % dans les Hauts-de-Seine à 14,5 % dans le Val-d'Oise.

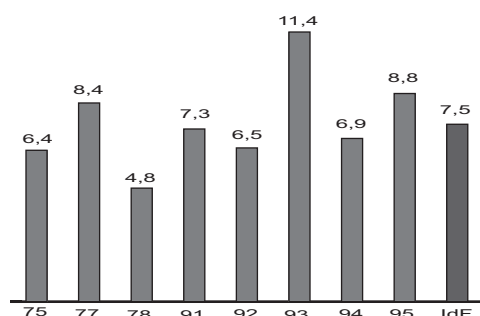
Entre 1975 et 1999, la proportion de jeunes dans la population totale a diminué, passant de 15,5 % à 13,1 % en Ile-de-France. Elle a diminué dans tous les départements, particulièrement dans les Hauts-de-Seine.

En termes d'effectifs, le nombre de jeunes a diminué à Paris et en proche couronne tandis qu'il a augmenté dans les départements de la grande couronne.

A Paris et en proche couronne, l'effectif de jeunes a diminué de plus de 20 % (de 10 % en Seine-Saint-Denis). En grande couronne, il a fortement augmenté en Seine-et-Marne (+ 42 %) et de façon plus modérée dans le Val-d'Oise (+ 16 %) et dans les Yvelines et l'Essonne (+ 7 %).

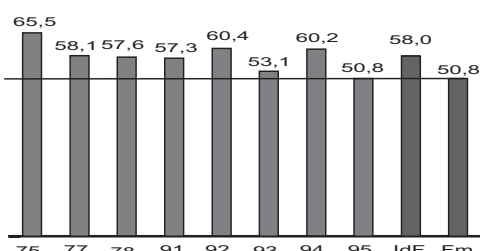
Fécondité et IVG

Taux de fécondité des femmes de moins de 20 ans en 1997 (naissances pour 1 000 femmes)



Source : INSEE

Taux d'IVG chez les jeunes femmes de moins de 20 ans en 1996 (nombre d'IVG pour 100 conceptions)

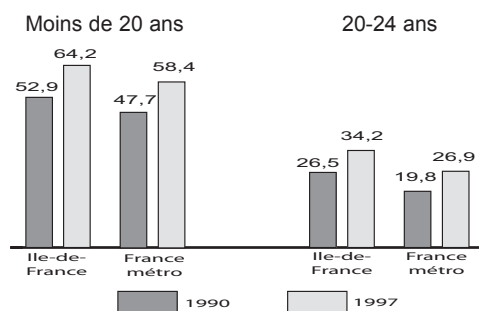


Sources : DREES, INSEE

Le nombre des IVG déclarées est obtenu à partir de deux sources d'information : les bulletins d'interruption volontaire de grossesse qui doivent être renseignés pour chaque IVG par l'établissement dans lequel elle a lieu ; la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) qui recense toutes les IVG facturées au forfait. Ce nombre ne comprend pas les IVG qui seraient facturées sous une autre cotation ni celles qui seraient effectuées en dehors des hôpitaux publics et privés. La SAE ne distingue toutefois pas les âges.

Taux d'IVG chez les femmes de moins de 20 ans et les 20-24 ans en 1990 et 1997 en Ile-de-France et en France métropolitaine

(nombre d'IVG pour 100 conceptions)



Sources : INED, DREES

Des taux de fécondité plus élevés en Seine-Saint-Denis, dans le Val-d'Oise et en Seine-et-Marne

Malgré un taux de fécondité générale légèrement supérieur en Ile-de-France, celui des jeunes femmes est plus bas dans la région qu'en France. A 15-19 ans, on comptait, 7,5 enfants pour 1 000 femmes en Ile-de-France contre 9,3 en France métropolitaine en 1997.

Dans trois départements, le taux est plus élevé qu'ailleurs : la Seine-et-Marne, la Seine-Saint-Denis et le Val-d'Oise. C'est aussi dans ces départements que le taux d'activité est le plus élevé chez les jeunes et le taux de scolarisation le plus faible.

Avant 20 ans, 6 grossesses sur 10 se terminent par un avortement

En Ile-de-France, chez les femmes de moins de 20 ans, près de 6 conceptions sur 10 se terminent par une IVG, taux plus élevé que la moyenne nationale (5 conceptions sur 10). Dans les départements franciliens, les taux varient de 51 IVG pour 100 conceptions (Val-d'Oise) à 65 IVG pour 100 conceptions (Paris).

Un recours à l'IVG en augmentation chez les jeunes femmes

Entre 1990 et 1997, le taux d'IVG a très nettement augmenté chez les jeunes de moins de 20 ans (de 53 pour 100 conceptions à 64 % en Ile-de-France) et chez les jeunes de 20-24 ans : de 27 pour 100 conceptions à 34 % en Ile-de-France entre 1990 et 1997. Cette augmentation est cependant moins marquée en Ile-de-France qu'en France : + 30 % en Ile-de-France contre + 35 % en France pour les moins de 25 ans.

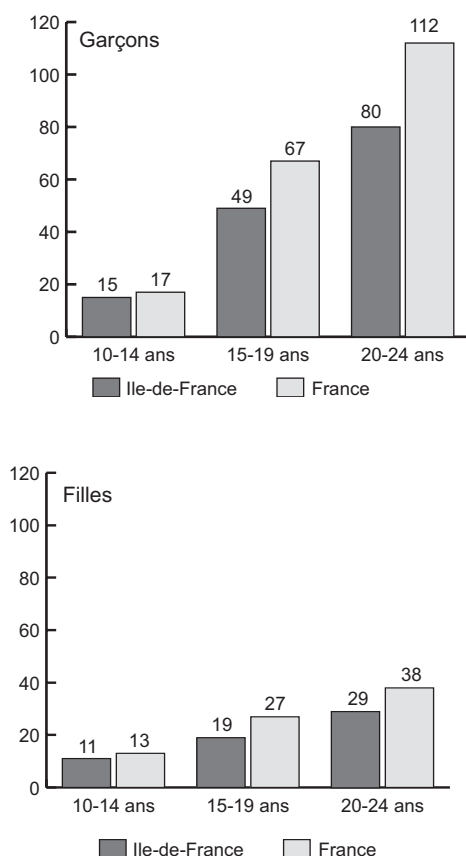
Le recours à l'IVG, traduisant une grossesse non désirée, a de nombreuses explications : manque d'information, difficulté de gestion de la contraception, désir d'enfant, pour stabiliser une relation, acquérir un statut social, etc. Mais l'augmentation du recours à l'IVG peut aussi traduire, à l'image de l'évolution de la société, le choix d'adolescentes de différer une maternité trop précoce et non planifiée.

La mortalité

Les statistiques de mortalité font état chaque année d'environ 10 000 décès de jeunes âgés de 10 à 29 ans en France. Les comparaisons internationales sont peu nombreuses dans ce domaine, mais toutes soulignent une situation préoccupante en France, avec une mortalité très accentuée entre 10-15 ans et 25-30 ans comparée à d'autres pays européens notamment l'Allemagne et le Royaume-Uni. Cette forte mortalité, dont une bonne part est d'origine accidentelle, témoigne de l'impact des comportements à risque dans cette classe d'âges et de la nécessité de mettre en oeuvre une politique de prévention. Elle relativise aussi la situation de sous-mortalité observée dans cette population en Ile-de-France.

Taux de mortalité toutes causes par sexe et âge en 1997-1999

(nombre de décès annuels pour 100 000 personnes)



Sources : INSEE, INSERM

Exploitation ORS Ile-de-France

Sous-mortalité des jeunes Franciliens

Sur la période 1997-99, près de 750 Franciliens âgés de 10 à 24 ans sont décédés en moyenne chaque année.

Trois grandes caractéristiques de la mortalité des jeunes Franciliens peuvent être dégagées :

- La forte surmortalité masculine, qui existe à tous les âges de la vie, est particulièrement marquée à l'adolescence.

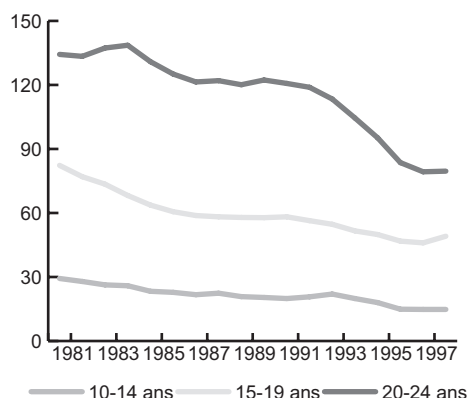
Le taux masculin est de 1,5 à 2,5 fois plus élevé que le taux féminin entre 10-14 ans et 20-24 ans. Les décès enregistrés sur cette période se répartissent ainsi entre 528 décès masculins, soit 71 % du total, et 219 décès féminins, soit 29 % du total,

- L'accroissement rapide de la mortalité entre 10-14 ans et 20-24 ans. Entre ces deux groupes d'âges, le taux de mortalité est multiplié par 5 chez les garçons, passant de 15 décès pour 100 000 chez les 10-14 ans à 80 pour 100 000 chez les 20-24 ans. Chez les filles, il est multiplié par 3, passant de 11 décès pour 100 000 à 10-14 ans à 29 décès pour 100 000 à 20-24 ans,

- La sous-mortalité des jeunes Franciliens : dans chacune des tranches d'âge et pour les deux sexes, le taux de mortalité francilien est inférieur à celui de la France. Chez les hommes de 20-24 ans, par exemple, la sous-mortalité francilienne est de 29 %, avec 80 décès pour 100 000 contre 112 en France.

Evolution des taux de mortalité masculine en Ile-de-France de 1980 à 1999 (taux lissés sur trois ans)

Taux pour 100 000 habitants



Sources : INSEE, INSERM

Exploitation ORS Ile-de-France

La mortalité des jeunes a fortement baissé ces vingt dernières années

Une des caractéristiques de la mortalité des jeunes Franciliens est qu'elle a diminué très sensiblement depuis vingt ans.

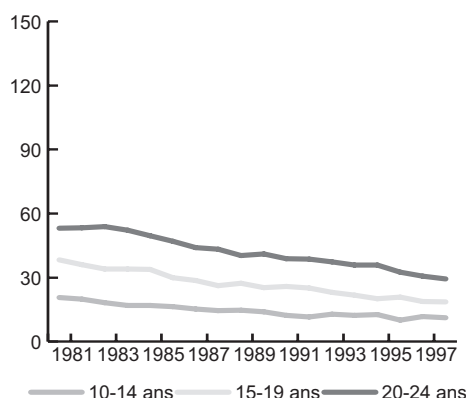
Cette évolution globale présente des disparités selon le sexe et la tranche d'âge quinquennale considérés.

Chez les garçons,

- la baisse est particulièrement importante et régulière chez les jeunes de 10-14 ans (-50 %) ;
- elle est un peu moins importante chez ceux de 15-19 ans (-40 %) ;
- la diminution est sensible chez les 20-24 ans (-41 %), pour lesquels la baisse la plus importante a été enregistrée au milieu des années 90.

Evolution des taux de mortalité féminine en Ile-de-France de 1980 à 1999 (taux lissés sur trois ans)

Taux pour 100 000 habitants



Sources : INSEE, INSERM

Exploitation ORS Ile-de-France

Chez les filles,

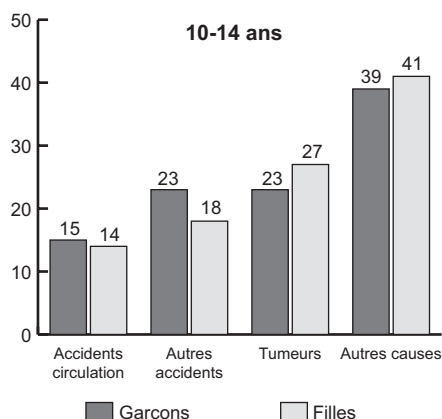
- la baisse la plus sensible s'observe chez les 15-19 ans (-52 %), avec un taux passant de 28 décès pour 100 000 à 19 pour 100 000 entre 1980-82 et 1997-99 ;
- la baisse est également importante (de l'ordre de 45 %) et régulière sur l'ensemble de la période pour les jeunes femmes de 15-19 ans et de 20-24 ans.

Ces évolutions se traduisent par une baisse sensible du nombre de décès chez les jeunes de 10 à 24 ans.

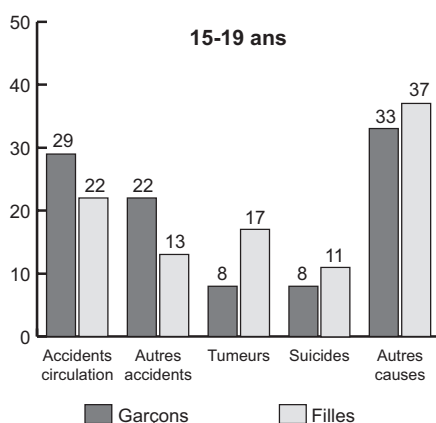
Chez les garçons, le nombre moyen annuel de décès s'élevait à 967 sur la période 1980-82 contre 528 en 1997-99 et chez les filles, ce nombre est passé de 443 à 219 entre 1980-82 et 1997-99.

Part représentée par chaque cause de décès chez les jeunes Franciliens en 1997-1999

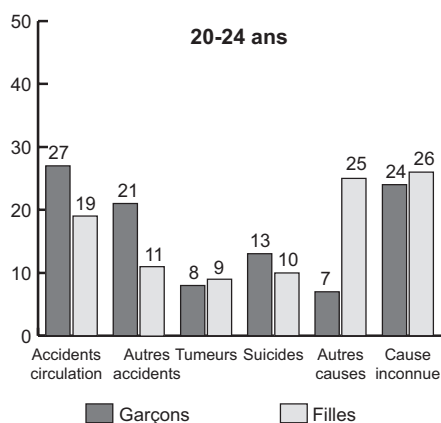
En % du total des décès de chaque sexe



En % du total des décès de chaque sexe



En % du total des décès de chaque sexe



Sources : INSEE, INSERM

Exploitation ORS Ile-de-France

Les accidents, principale cause de décès des jeunes

L'analyse des causes de mortalité des adolescents et des jeunes adultes montre qu'un tout petit nombre de causes sont responsables d'une grande partie des décès survenant à ces âges. Les causes de décès varient selon les âges.

Chez les 10-14 ans, les accidents sont responsables de 38 % des décès, dont 40 % sont des accidents de la circulation. Les tumeurs représentent aussi une cause importante de décès dans cette classe d'âges.

Chez les 15-19 ans, les accidents sont responsables de plus la moitié des décès masculins et de 35 % des décès féminins. Les tumeurs représentent la seconde cause de décès, viennent ensuite les suicides, responsables de 7 % des décès masculins et 11 % des décès féminins.

Il existe un sous-enregistrement des morts violentes, notamment des suicides dans la région. Les dossiers des décès "suspects" par mort violente sont transmis aux instituts médico-légaux mais compte tenu du secret de l'instruction, ceux-ci ne retournent pas à l'INSERM l'information concernant la cause de décès des sujets qui leur sont confiés.

En l'absence d'une cause précise, l'INSERM code alors ces décès à la rubrique "cause inconnue" de la Classification internationale des maladies.

Chez les 20-24 ans, d'autres causes de mortalité prennent de l'importance. Les suicides représentent 13 % des décès masculins et 10 % des décès féminins. D'autre part, pour une part importante de décès (24 % chez les garçons et 26 % chez les filles), la cause n'est pas connue (décès classés dans la rubrique cause inconnue). Une partie de ces décès sont accidentels : il s'agit notamment de suicides (cf. encadré ci-dessus).

Taux de mortalité masculine toutes causes en 1997-1999* (nombre de décès pour 100 000 personnes)

	10-14 ans	15-19 ans	20-24 ans	10-24 ans
75	14,4	44,7	62,2	45,0
92	18,2	33,0	62,4	39,1
93	13,3	42,1	83,0	45,6
94	6,1	46,2	65,1	39,7
77	17,5	72,9	115,0	65,2
78	15,3	47,1	101,0	52,3
95	16,7	56,2	88,0	52,0
91	15,5	50,2	81,1	48,6
IdF	14,8	49,1	79,6	48,4
Fm	17,3	67,2	112,2	65,3

Sources : INSEE, INSERM Exploitation ORS Ile-de-France

Taux de mortalité féminine toutes causes en 1997-1999* (nombre de décès pour 100 000 personnes)

	10-14 ans	15-19 ans	20-24 ans	10-24 ans
75	10,3	15,4	27,3	20,1
92	11,2	17,5	20,0	16,6
93	9,7	21,7	31,2	21,0
94	4,5	13,6	25,4	15,0
77	14,0	22,6	40,3	24,8
78	18,1	19,9	34,9	24,0
95	12,7	17,2	35,1	21,3
91	6,8	20,3	26,2	17,5
IdF	11,2	18,6	29,4	20,1
Fm	12,8	27,0	37,6	25,8

* Les départements sont classés par taux décroissant de mortalité des 10-24 ans

Sources : INSEE, INSERM Exploitation ORS Ile-de-France

Nombre moyen annuel de décès en 1997-1999

	Garçons			Filles		
	10-14 ans	15-19 ans	20-24 ans	10-14 ans	15-19 ans	20-24 ans
75	7	24	52	5	9	27
92	7	13	29	4	7	10
93	7	21	40	5	10	16
94	2	17	26	2	5	11
77	8	33	44	6	10	15
78	8	23	44	9	9	15
91	6	20	32	3	8	10
95	7	24	34	5	7	13
IdF	53	175	301	38	65	116
Fm	338	1352	2143	239	519	706

Sources : INSEE, INSERM Exploitation ORS Ile-de-France

Une mortalité plus importante en grande couronne

L'analyse de la mortalité par département est délicate du fait de faibles effectifs lorsque l'on distingue sexe et âge (cf. tableau des nombres moyens annuels de décès). De plus, le sous-enregistrement des morts violentes est variable d'un département à l'autre.

Certaines tendances peuvent néanmoins être dégagées :

- Chez les 10-14 ans, les disparités infra-régionales sont importantes. Entre les départements franciliens, le taux masculin varie du simple au triple (de 6,1 décès pour 100 000 dans le Val-de-Marne à 18,2 dans les Hauts-de-Seine) et le taux féminin du simple au quadruple (de 4,5 décès pour 100 000 dans le Val-de-Marne à 18,1 dans les Yvelines).

- Chez les 15-19 ans, les disparités sont également très marquées. Pour les garçons, la situation apparaît beaucoup plus favorable dans le centre de la région (Paris et proche couronne) qu'en périphérie en raison d'une moindre mortalité accidentelle dans les départements fortement urbanisés du centre. Chez les filles, la mortalité est élevée en grande couronne et en Seine-Saint-Denis.

- Chez les 20-24 ans, la mortalité plus faible dans le centre de la région se confirme chez les garçons et s'explique essentiellement par une moindre mortalité accidentelle. Le taux est particulièrement élevé en Seine-et-Marne, avec 115 décès pour 100 000 jeunes hommes de 20-24 ans contre 62 à Paris et dans les Hauts-de-Seine.

Chez les filles, les inégalités départementales ressemblent beaucoup à celles observées pour les garçons, mais avec des taux deux à trois fois moins élevés.

Taux de mortalité des 15-24 ans selon le sexe, par cause de décès, en 1997-1999
(nombre de décès pour 100 000 personnes)

Hommes	acc circ*	tumeurs	suicides	causes inc**	toutes causes
75	6,9	5,1	4,9	24,3	55,4
92	8,1	4,2	6,5	11,5	48,7
93	15,8	3,1	4,1	19,3	62,3
94	7,7	6,4	5,6	19,7	56,0
77	42,6	4,8	9,9	4,4	92,3
78	26,8	5,4	10,0	6,4	72,3
91	21,0	5,0	9,2	6,7	65,5
95	22,4	5,8	8,3	6,2	71,3
IdF	18,1	4,9	7,1	13,2	64,8
Fm	39,0	5,9	13,0	6,7	89,2

Femmes	acc circ*	tumeurs	suicides	causes inc**	toutes causes
75	1,2	1,7	2,0	12,3	26,0
92	2,7	2,3	1,9	4,2	19,6
93	2,4	3,1	2,8	7,6	26,8
94	2,6	3,8	0,4	5,6	20,1
77	10,3	4,0	3,2	2,8	29,4
78	8,9	3,9	2,9	1,8	26,1
91	7,1	2,5	5,0	2,1	21,8
95	6,6	3,3	2,9	1,7	25,3
IdF	4,9	3,0	2,6	5,3	24,6
Fm	10,7	3,8	3,7	2,4	31,3

* accidents de la circulation

** causes inconnues

Sources : INSEE, INSERM

Exploitation ORS Ile-de-France

Des causes différentes selon les départements

L'analyse régionale a montré que les causes de décès étaient peu différentes chez les 15-19 ans et chez les 20-24 ans.

C'est pourquoi ces deux classes d'âges ont été regroupées ici, ce qui permet de disposer d'effectifs plus importants.

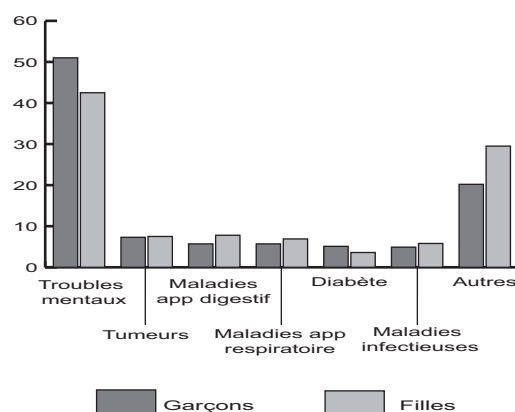
En grande couronne, et tout particulièrement en Seine-et-Marne, les accidents de la circulation représentent de loin la première cause de décès chez les jeunes de 15 à 24 ans.

En proche couronne, l'analyse des causes de décès est difficile en raison du nombre élevé de décès classés en "cause inconnue", parmi lesquels des décès accidentels et des suicides qui représentent 1 décès sur 5 en proche couronne et 1 décès sur 4 à Paris..

Les principaux motifs d'admission en affection longue durée

Principaux motifs d'admission en affections longue durée chez les jeunes de 15-24 ans en 1999 en Ile-de-France

(en % de l'ensemble des admissions des 15-24 ans)



Sources : CNAM, CANAM, MSA.

Les troubles mentaux sont les principaux motifs d'admission en ALD

Parmi l'ensemble des admissions en affection longue durée des jeunes de 15-24 ans (près de 5000 en 1999), 51,0 % sont motivées par des troubles mentaux masculins et 42,5 % par des troubles mentaux féminins.

Chez les jeunes filles, les maladies de l'appareil digestif, les tumeurs et les maladies de l'appareil respiratoire représentent entre 7 et 8 % des ALD.

Chez les garçons, les tumeurs représentent le deuxième motif d'admission en ALD (7,3 %), suivies par les maladies de l'appareil digestif et les maladies de l'appareil respiratoire qui représentent chacune près de 6 % des admissions.

La population des adultes

Ce chapitre s'intéresse aux Franciliens adultes à travers une présentation des grands thèmes généraux communs à toutes les classes d'âges (démographie, mortalité, affections longue durée).

Quelques thématiques plus particulièrement relatives à la santé des adultes complètent cette vue d'ensemble : fécondation, interruption volontaire de grossesse, contraception, violences faites aux femmes, consommation de produits psycho-actifs, accidents de la circulation et du travail, maladies professionnelles et respiratoires.

L'infection par le VIH/sida et les questions relatives à la toxicomanie, fortement concentrées dans la région, font partie intégrante des spécificités régionales de santé présentées dans la troisième partie.

La santé mentale et la souffrance psychique des adultes, du fait de leur caractère préoccupant dans la région, sont également abordées en troisième partie.

Faits marquants

- *Entre 25 et 64 ans, les taux de mortalité sont multipliés par quinze. Les principales causes de décès sont les accidents de la circulation et les suicides à 25-34 ans, les tumeurs et les traumatismes à 35-44 ans, les tumeurs à 45-64 ans.*
- *Dans la plupart des départements franciliens, le niveau de mortalité prématurée par cancer du sein ainsi que par cancer du poumon chez les femmes est plus élevé qu'en moyenne en France.*
- *Les principaux motifs d'admission en affection longue durée sont, à 25-44 ans, les troubles mentaux et à 45-64 ans les maladies cardio-vasculaires et les tumeurs.*
- *Le recours à l'IVG est important en Ile-de-France (18 IVG pour 100 conceptions) et plus élevé qu'en France.*
- *La consommation de produits psycho-actifs se traduit par une prévalence élevée du tabagisme (35 % de fumeurs quotidiens à 25-39 ans), une stabilité de la prévalence des ivresses, une augmentation de l'expérimentation et de la consommation de cannabis.*
- *En ce qui concerne les accidents du travail, leur nombre et leur gravité ont diminué.*

Entre 25 et 64 ans, la mortalité augmente fortement et les causes de décès varient. Les décès par traumatisme font progressivement place aux décès par tumeurs puis par maladies cardiovasculaires. Les principaux motifs d'admission en ALD sont, à 45-64 ans, les maladies cardiovasculaires et les tumeurs. Chez les femmes, le cancer du sein est responsable de la majorité des décès par cancer tandis que chez les hommes, c'est le cancer du poumon.

Les comportements de prévention à l'égard des infections sexuellement transmissibles semblent se relâcher et ces dernières sont en recrudescence.

La prévalence élevée du tabagisme chez les Franciliens, et particulièrement l'augmentation du tabagisme des femmes, suggère une nécessaire prévention des comportements addictifs, que ce soit à l'égard du tabac, de l'alcool ou des autres drogues.

La prévention de la consommation excessive d'alcool est à mettre en lien avec les accidents de la circulation, responsables de la majorité des décès à 25-34 ans et entraînant nombre de déficiences.

Démographie

Proportions de personnes de 25 à 64 ans dans la population totale aux recensements de 1999 et 1975 et taux de variation 1975-1999 dans les départements franciliens (en %)

	1999		1975	
	nombre	%*	%*	variation pop 1975-1999**
75	1 247 120	58,7	54,2	0,2
92	799 998	56,0	53,4	4,1
93	747 364	54,0	50,7	11,4
94	680 219	55,4	51,4	9,1
77	644 577	54,0	47,0	81,0
78	738 922	54,6	49,9	37,1
91	624 743	55,1	49,6	36,3
95	592 324	53,6	49,0	43,5
IdF	6 075 267	55,5	51,4	19,7
Fm	30 675 798	52,4	47,0	24,0

* En % de la population totale

** (pop1999 - pop1975) / pop1975 * 100

Source : INSEE - Exploitation ORS Ile-de-France

Une augmentation de la proportion de personnes de 25 à 64 ans dans tous les départements

Le vieillissement de la population se traduit par une diminution de la proportion de jeunes, une augmentation de la population d'adultes et de personnes âgées.

Avec 6 millions de personnes de 25 à 64 ans, celles-ci représentent 55,5 % de la population francilienne au recensement de 1999, proportion un peu plus élevée que celle observée en France métropolitaine (52,4 %).

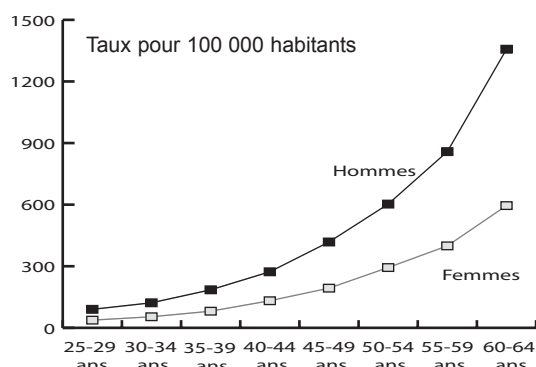
Dans les départements franciliens, la proportion de 25-64 ans varie de 53,6 % dans le Val-d'Oise à 58,7 % à Paris.

Le nombre de personnes de 25-64 ans a fortement augmenté dans les départements de la grande couronne, avec une augmentation particulièrement élevée en Seine-et-Marne (+ 81,0 %) ainsi que dans le Val-d'Oise (+ 43,5 %). En proche couronne, la population a augmenté plus faiblement : de 4,1 % dans les Hauts-de-Seine à 11,4 % en Seine-Saint-Denis.

A Paris, la population a très peu varié (+ 0,2 %).

La mortalité des 25-64 ans

Taux de mortalité en 1997-99 toutes causes de décès confondues en Ile-de-France



Source : INSERM

Taux de mortalité selon l'âge par département en 1997-99 toutes causes de décès confondues en Ile-de-France (nombre de décès pour 100 000 habitants)

	Hommes			
	25-34 ans	35-44 ans	45-54 ans	55-64 ans
75	<u>102,1</u>	264,6	<u>520,4</u>	<u>1014,1</u>
77	124,3	<u>219,1</u>	<u>492,4</u>	1161,6
78	<u>95,9</u>	<u>189,4</u>	<u>428,0</u>	<u>959,4</u>
91	106,4	<u>203,9</u>	<u>488,3</u>	<u>991,7</u>
92	<u>90,8</u>	<u>234,9</u>	<u>497,8</u>	<u>1091,5</u>
93	125,2	259,1	599,4	1279,6
94	111,0	<u>216,0</u>	<u>521,6</u>	<u>1127,3</u>
95	<u>99,0</u>	<u>203,7</u>	<u>487,2</u>	<u>1087,5</u>
IdF	105,9	227,3	<u>505,5</u>	<u>1082,6</u>
Fm	126,2	248,7	559,8	1205,8

	Femmes			
	25-34 ans	35-44 ans	45-54 ans	55-64 ans
75	48,1	116,7	260,7	501,2
77	46,8	<u>103,4</u>	229,9	534,9
78	<u>34,6</u>	<u>98,1</u>	<u>224,5</u>	483,6
91	<u>42,9</u>	<u>96,6</u>	<u>219,7</u>	<u>444,4</u>
92	<u>41,8</u>	<u>100,4</u>	236,8	480,4
93	57,7	111,2	249,1	542,0
94	<u>45,1</u>	110,8	253,6	464,1
95	<u>45,2</u>	101,5	<u>224,3</u>	484,2
IdF	<u>45,7</u>	105,7	239,4	492,3
Fm	49,1	111,7	240,6	481,5

264,6 : Taux supérieur de plus de 5 % au taux national

219,1 : Taux inférieur de plus de 5 % au taux national

227,3 : Taux comparable au taux national

Source : INSERM - Exploitation ORS Ile-de-France

Entre 25 et 64 ans, les taux de mortalité sont multipliés par quinze

Avec 11 651 décès annuels entre 1997 et 1999 chez les hommes de 25-64 ans en Ile-de-France et 5 498 décès féminins en Ile-de-France, les décès des 25-64 ans représentent, par rapport à l'ensemble des décès, 31,5 % des décès masculins et 14,5 % des décès féminins.

Entre 25 et 64 ans, les taux de mortalité varient de 90 décès pour 100 000 habitants à 1 357 chez les hommes et de 38 à 595 chez les femmes. C'est-à-dire que les taux sont multipliés par quinze.

La sur-mortalité masculine est observée à tous les âges entre 25 et 64 ans : les taux masculins sont plus de 2 fois plus élevés pour toute la catégorie d'âge 25-64 ans.

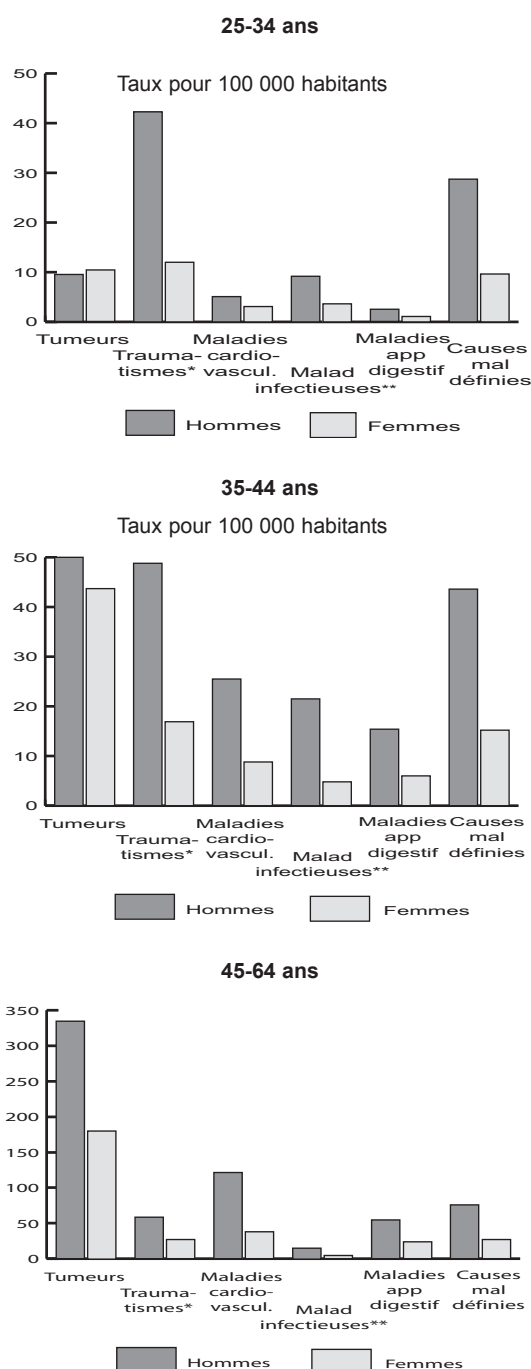
De fortes disparités départementales

Chez les hommes, les taux de mortalité pour les différents groupes d'âges décennaux montrent une sous-mortalité pour la région Ile-de-France et pour la plupart des départements franciliens.

Toutefois, les niveaux de mortalité sont supérieurs au taux national pour les adultes âgés de 35 à 64 ans en Seine-Saint-Denis ainsi que pour les adultes de 35-44 ans à Paris.

Chez les femmes, une sur-mortalité est observée en Seine-Saint-Denis pour les femmes de 25-34 ans, à Paris et dans le Val-de-Marne pour celles âgées de 45-54 ans et en Seine-et-Marne et en Seine-Saint-Denis pour celles âgées de 55-64 ans.

Grandes causes de décès selon les catégories d'âges en Ile-de-France en 1997-99
(nombre de décès annuels pour 100 000 habitants)



Source : INSERM

* Traumatismes et empoisonnements

** Maladies infectieuses et parasitaires

A 25-34 ans, les accidents de la circulation et les suicides

En Ile-de-France, sur la période 1997-99, 964 décès d'hommes et 431 décès de femmes de 25-34 ans étaient enregistrés chaque année.

Chez les hommes, les traumatismes constituent la première cause de décès : avec 42,3 décès pour 100 000 hommes de 25-34 ans, ils représentent 40 % de l'ensemble des décès des 25-34 ans. Les accidents de la circulation et les suicides représentent 68,7 % des décès par traumatisme.

Chez les femmes, les deux premières causes sont les traumatismes et les tumeurs, qui représentent respectivement des taux de 12,0 et 10,4 décès pour 100 000 femmes de 25-34 ans.

Les accidents de la circulation et les suicides représentent 66,1 % des décès par traumatisme. A 25-34 ans, les décès par cancer du sein représentent déjà 24,5 % des décès par tumeurs.

Il est à noter l'importance des causes mal définies, particulièrement pour le sexe masculin.

A 35-44 ans, les tumeurs et les traumatismes

A 35-44 ans, 1850 décès masculins et 902 décès féminins ont été enregistrés chaque année sur la période 1997-99.

Chez les hommes, les tumeurs et les traumatismes représentent chacun 22 % de l'ensemble des décès et les taux s'élèvent à près de 50 décès pour 100 000 hommes de 35-44 ans. Les décès pour causes mal définie représentent près de 1 décès sur 5.

Chez les femmes, les tumeurs représentent 41,3 % des décès et avec 43,7 décès pour 100 000 femmes, elles constituent la première cause de décès.

A 45-64 ans, les tumeurs

A 45-64 ans, les tumeurs sont responsables de 46,1 % des décès masculins et 53,7 % des décès féminins. Les taux sont respectivement de 335 et 180 décès pour 100 000 personnes, chez les hommes et chez les femmes. Les maladies cardiovasculaires sont responsables, chez les hommes, de 17 % des décès.

Le cancer du sein

Nombre annuel de décès, part représentée par les cancers du sein dans l'ensemble des cancers chez les femmes et taux de mortalité par cancer du sein en Ile-de-France en 1997-1999

	Nombre	% décès par cancer sein*	Taux**
25-34 ans	98	24,4	2,5
35-44 ans	373	33,4	14,6
45-54 ans	966	32,1	40,4
55-64 ans	1 269	29,2	78,3
Ensemble	2 706	30,6	27,3

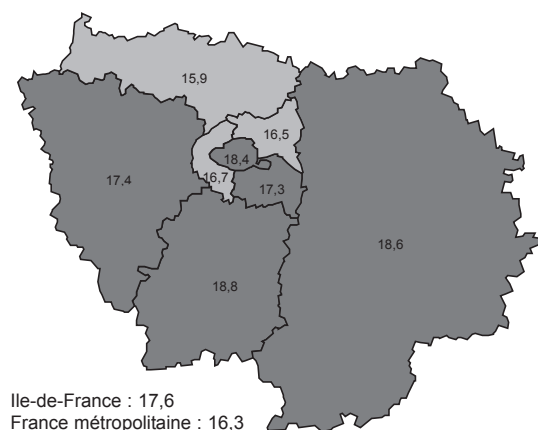
Sources : INSEE, INSERM

* En % de l'ensemble des décès par tumeurs dans chaque tranche d'âge

** Nombre de décès pour 100 000 femmes de chaque tranche d'âge

Taux comparatifs de mortalité prématurée* par cancer du sein en 1997-1999

(nombre de décès pour 100 000 habitants)



■ Niveau de mortalité comparable à la France métropolitaine, [15,5 - 17,2]

■ Sur-mortalité par rapport à la France métropolitaine, Taux > 17,2

Sources : INSEE, INSERM

*** Taux comparatifs de mortalité prématurée** : il s'agit des taux de mortalité qui seraient observés si chaque département et la région Ile-de-France avaient la même structure par âge que la population de référence, ici la population française des 0-64 ans au recensement de 1990.

La mortalité prématurée concerne la population des 0-64 ans. Sachant qu'il y a très peu de décès par cancer du sein en-dessous de 25 ans, ces taux concernent majoritairement la population des 25-64 ans.

Augmentation de la mortalité par cancer du sein avec l'âge

En Ile-de-France comme en France, le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme.

En 1997-99, on comptait en moyenne chaque année, en Ile-de-France, 2 706 décès par cancer du sein entre 25 et 64 ans, dont 47 % à 55-64 ans.

Les décès par cancer du sein représentent un tiers des décès par tumeurs entre 35 et 54 ans et un peu moins au delà de 55 ans.

Les taux de mortalité à 35-44 ans sont 6 fois plus élevés qu'à 25-34 ans et ils sont 5 fois plus élevés à 55-64 ans qu'à 35-44 ans. A 55-64 ans, on comptait en moyenne chaque année 78 décès pour 100 000 femmes de 55-64 ans contre 40 à 45-54 ans et 15 à 35-44 ans.

Un niveau de mortalité prématurée par cancer du sein supérieure à la moyenne nationale dans la plupart des départements franciliens

Le taux comparatif de mortalité permet de comparer les niveaux de mortalité entre départements en éliminant les effets de structure par âge.

En Ile-de-France, le taux comparatif de mortalité par cancer du sein chez les femmes de moins de 65 ans s'élevait à 17,6 décès pour 100 000, taux plus élevé que celui observé en France métropolitaine (16,3 décès pour 100 000).

Dans la région francilienne, cinq départements sur huit présentent des taux supérieurs de plus de 5% au niveau national : les départements de la grande couronne (sauf le Val-d'Oise), Paris et le Val-de-Marne.

Des taux plus faibles dans le Val-d'Oise et en Seine-Saint-Denis pourraient être liés à des campagnes de dépistage de cancer du sein, qui s'adressent aux femmes de 50-69 ans. Les premières campagnes ont débuté en 1991 pour le Val-d'Oise, en 1999 pour la Seine-Saint-Denis.

Le cancer du poumon

Nombre annuel de décès, taux de mortalité par cancer du poumon en Ile-de-France en 1997-1999

	Hommes		Femmes	
	Nb	Taux*	Nb	Taux*
25-34 ans	4	0,5	4	0,4
35-44 ans	104	12,7	474	5,5
45-54 ans	480	63,6	112	14,5
55-64 ans	759	163,5	139	29,4
Ensemble	1347	45,8	302	9,9

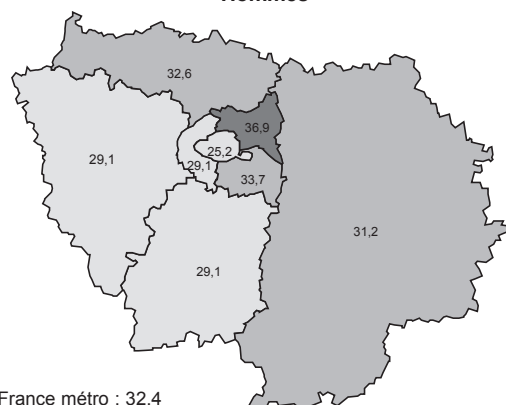
Sources : INSEE, INSERM

* Nombre de décès pour 100 000 personnes de chaque tranche d'âge

Taux comparatifs de mortalité prématurée par cancer du poumon en 1997-1999

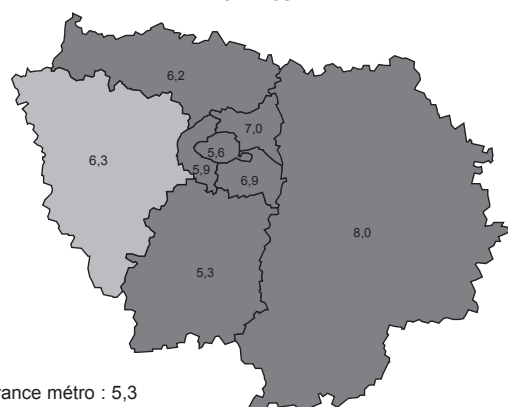
(nombre de décès pour 100 000 habitants)

Hommes



France métro : 32,4

Femmes



France métro : 5,3

- Sous-mortalité francilienne : Hommes : taux <30,73
- Niveau comparable à la France métropolitaine
Hommes : [30,73 ; 33,97] Femmes : [5,01 et 5,53]
- Sur-mortalité francilienne : Hommes : taux >33,97, Femmes, taux > 5,53

Sources : INSEE, INSERM

Une augmentation de la mortalité avec l'âge

Sur la période 1997-99, 1649 décès annuels par cancer du poumon étaient enregistrés en Ile-de-France, dont 82 % concernent des hommes.

Les taux de mortalité masculine sont toujours plus élevés que les taux féminins et l'écart se creuse avec l'âge. Ainsi, à 35-44 ans, 12,7 décès pour 100 000 hommes étaient enregistrés contre 5,5 chez les femmes. A 55-64 ans, le taux masculin est 6 fois plus élevé que le taux féminin, 164 décès pour 100 000 contre 29 pour les femmes.

Chez les hommes, le taux de mortalité est multiplié par 13 entre 35-44 ans et 55-64 ans. Chez les femmes, il est multiplié par 5.

Un niveau de mortalité prématurée supérieure à la moyenne nationale chez les femmes

Les taux comparatifs de mortalité permettent de mesurer le niveau réel de mortalité, en éliminant les effets de structure par âge.

Chez les femmes, à l'exception des Yvelines, tous les départements ont des niveaux de mortalité par cancer du poumon très supérieurs à la moyenne nationale (5,3 décès pour 100 000 habitantes).

Chez les hommes en revanche, seul le département de la Seine-Saint-Denis présente un niveau de mortalité supérieur à la moyenne française : 36,9 décès pour 100 000 habitants contre 32,4 en France métropolitaine.

Les autres départements ont soit des niveaux de mortalité prématurée par cancer du poumon comparable à celui de la France (Val-d'Oise, Val-de-Marne, Seine-et-Marne) soit des niveaux de mortalité inférieurs.

Le cancer colo-rectal

Nombre annuel de décès et taux de mortalité par cancer colo-rectal en Ile-de-France en 1997-1999

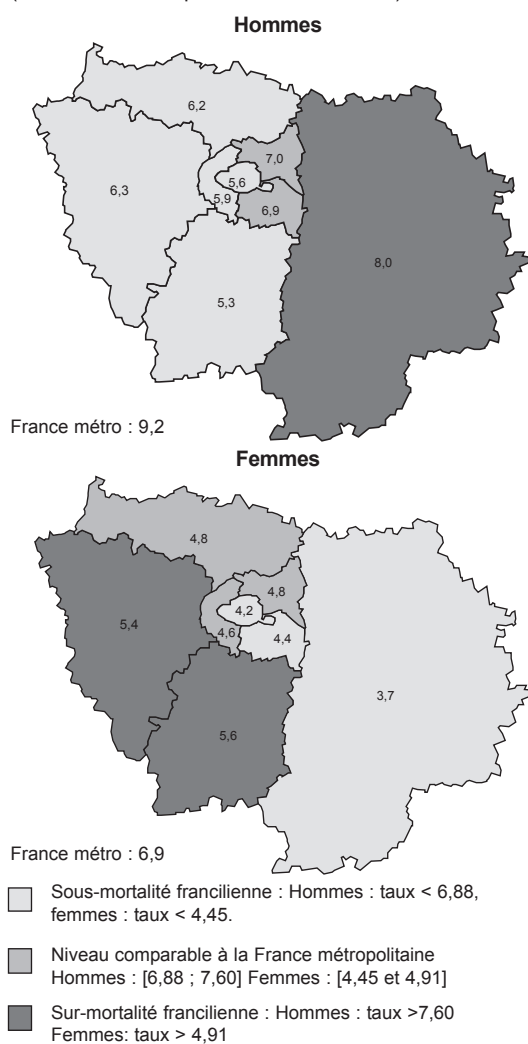
	Hommes		Femmes	
	Nb	Taux*	Nb	Taux*
25-34 ans	6	0,7	4	0,4
35-44 ans	18	2,3	22	2,6
45-54 ans	75	9,9	62	8,0
55-64 ans	171	36,8	121	25,5
Ensemble	270	9,2	208	6,9

Sources : INSEE, INSERM

* Nombre de décès pour 100 000 personnes de chaque tranche d'âge

Taux comparatifs de mortalité par cancer colo-rectal en 1997-1999

(nombre de décès pour 100 000 habitants)



Sources : INSERM, INSEE

Augmentation de la mortalité avec l'âge

En Ile-de-France, on comptait entre 1997 et 1999, 478 décès par cancer colo-rectal, dont 56 % chez les hommes.

Les taux de mortalité augmentent avec l'âge pour atteindre 37 décès par cancer colo-rectal pour 100 000 hommes à 55-64 ans et 26 pour 100 000 femmes.

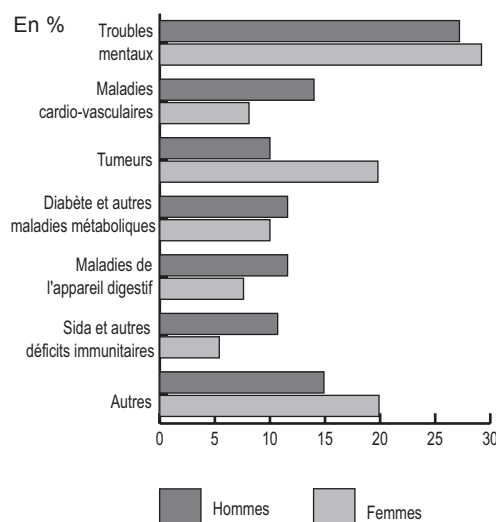
Une surmortalité francilienne en grande couronne

Les taux comparatifs de mortalité prématurée (avant 65 ans) montrent qu'il existe, pour les hommes, une sous-mortalité francilienne. Ainsi, sur la période 1997-99, le taux comparatif de mortalité prématurée s'élevait, en Ile-de-France, à 6,3 décès pour 100 000 hommes de moins de 65 ans contre 7,2 en France métropolitaine. Un département présente toutefois un niveau de mortalité plus élevée : la Seine-et-Marne, avec 8 décès pour 100 000 hommes de moins de 65 ans.

Chez les femmes, les niveaux sont globalement comparables entre l'Ile-de-France et la France métropolitaine. Il existe toutefois certaines disparités départementales, puisque les Yvelines et l'Essonne présentent des taux de mortalité prématurée supérieurs à la moyenne française, respectivement 5,4 et 5,6 décès pour 100 000 femmes de moins de 65 ans contre 6,9 en France métropolitaine.

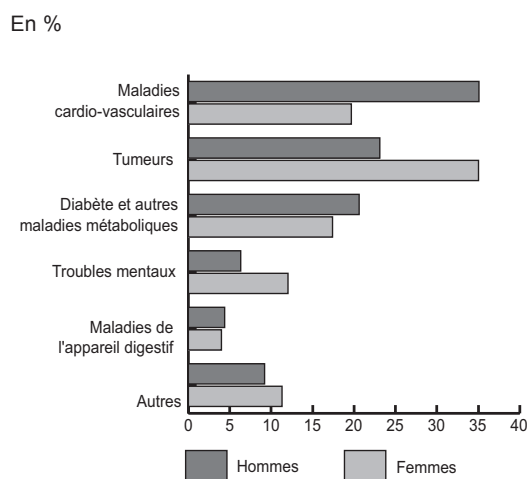
Les principaux motifs d'admission en affections longue durée

Principaux motifs d'admission en affections longue durée chez les 25-44 ans en 1999 en Ile-de-France (en % de l'ensemble des admissions des 25-44 ans)



Sources : CNAMTS, MSA, CANAM

Principaux motifs d'admission en affections longue durée chez les 45-64 ans en 1999 en Ile-de-France (en % de l'ensemble des admissions des 45-64 ans)



Sources : CNAMTS, MSA, CANAM

Un certain nombre d'affections dites de longue durée (ALD) et reconnues comme telles ouvrent droit au remboursement des soins à 100% par les organismes de sécurité sociale.

La liste des ALD, établie par décret, porte actuellement sur 30 affections ou groupes d'affections.

Il s'agit de nombres annuels moyens de premiers avis favorables d'admission en ALD pendant la période considérée.

A 25-44 ans : les troubles mentaux

Les principaux motifs d'admission sont, pour cette tranche d'âges, les troubles mentaux (psychoses et troubles graves de la personnalité) : 27,2 % des hommes et 29,2 % des femmes admises en 1999.

Les causes varient ensuite selon le sexe.

Chez les hommes, arrivent ensuite les maladies cardio-vasculaires (14,0 %), puis les autres causes représentent chacune environ 10 % des admissions.

Chez les femmes, les tumeurs représentent près de 20 % des admissions puis le diabète et autres maladies métaboliques représentent 10,0 % des admissions.

A 45-64 ans : les maladies cardio-vasculaires et les tumeurs

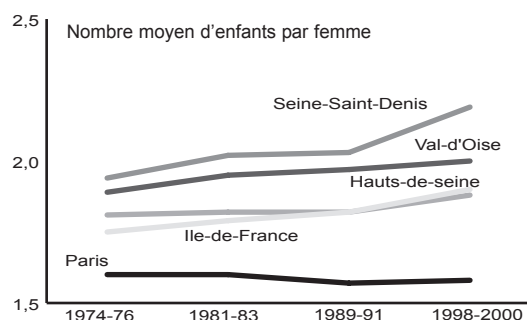
Pour les hommes âgés de 45-64 ans, les maladies cardio-vasculaires représentent le premier motif d'admission en ALD (35,1 % des admissions), les tumeurs et le diabète viennent ensuite avec respectivement 23,1 % et 20,6 % des admissions.

Pour les femmes, les tumeurs sont le premier motif d'admission (35,0 % des admissions) puis dans des proportions comparables les maladies cardio-vasculaires et le diabète, avec respectivement 19,7 % et 17,4 % des admissions.

On remarque que les tumeurs représentent un poids plus élevé chez les femmes que chez les hommes alors que les décès par tumeurs sont, dans cette classe d'âges, deux fois plus nombreux chez les hommes (1530 par an) que chez les femmes (800 par an). Cette situation s'explique par la létalité élevée (proche de 1) du cancer du poumon, qui affecte très majoritairement les hommes, alors que le principal cancer féminin, le cancer du sein, a une faible létalité (de l'ordre de 0,2) dans cette classe d'âges.

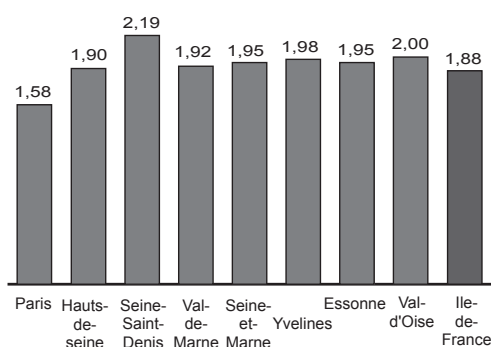
Fécondité, IVG et contraception

Evolution de la fécondité en Ile-de-France



Source : INSEE - Exploitation IAURIF

Nombre moyen d'enfant par femme dans les départements franciliens en 1998-2000



Source : INSEE - Exploitation IAURIF

Une augmentation de la fécondité

En 2000, plus de 174 000 naissances domiciliées (établies à partir des bulletins d'Etat civil et comptabilisées au domicile de la mère) étaient enregistrées en Ile-de-France, chiffre record sur les vingt dernières années. Le nombre de naissances, en augmentation depuis 1983, a légèrement diminué entre 1992 et 1994 et en 1997. Depuis 1997, l'augmentation est très nette dans la région (+ 8 %) comme dans l'ensemble de la France (+ 9 %).

Le nombre moyen d'enfants par femme est légèrement plus élevé en Ile-de-France qu'en moyenne en France et atteint 1,9 enfant par femme. L'Ile-de-France se situe à la quatrième place des régions les plus fécondes ⁽⁶⁾.

Au sein de la région francilienne, de fortes disparités départementales sont observées. Elles sont en partie liées à la structure socio-démographique de la population. La Seine-Saint-Denis compte une proportion importante d'ouvriers et d'étrangers, populations traditionnellement plus fécondes.

D'autres facteurs expliquent ces différences. Paris, qui compte des logements petits et un nombre important de femmes vivant seules, est le département ayant la plus faible fécondité de la région. Les départements de grande couronne, présentant des logements de plus grande taille et des maisons individuelles attirent plus les grandes familles.

Par rapport à la France, les mères sont en Ile-de-France plus âgées et plus souvent actives. Ainsi, en 1999, les Franciliennes ont en moyenne 30,3 ans au premier enfant contre 29,3 ans en France.

Un important recours à l'IVG

Entre 1990 et 1998, le nombre d'interruptions volontaires de grossesses pratiquées en France a augmenté de 6 %, passant de 202 000 à 214 000 (données qui sous-estiment le nombre réel d'avortements pratiqués, notamment au sein du secteur privé). Plutôt stable au-delà de 25-26 ans⁽⁷⁵⁾, le recours à l'IVG augmente chez les jeunes.

Le recours à l'IVG est plus important en Ile-de-France que dans le reste de la France, puisqu'en 1995, on comptait en Ile-de-France 18,2 interruptions volontaires de grossesse pour 100 conceptions contre 17,6 % en France. Ce taux tend toutefois à se rapprocher du niveau national.

Il existe des disparités régionales et intra-régionales. L'Ile-de-France se caractérise par une proportion élevée d'IVG et notamment d'IVG précoces (pratiquées avant sept semaines d'aménorrhée) et une prise en charge importante par le secteur public (deux tiers pour un tiers des avortements pratiqués par le secteur privé). La proportion d'IVG précoces est plus nombreuse dans le secteur privé.

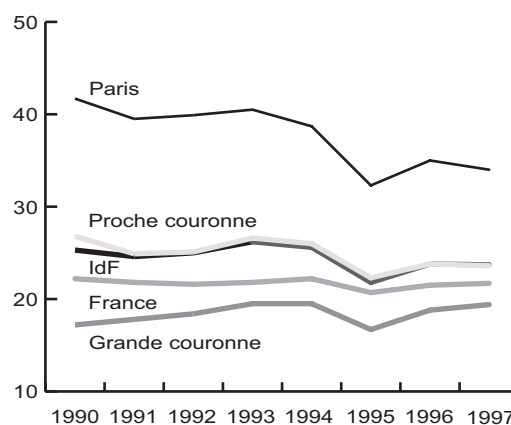
Plusieurs techniques d'avortement peuvent être proposées aux femmes : la prise de Mifépristone associée au Misoprostol dans le cadre d'une IVG précoce ou bien l'aspiration sous anesthésie locale ou générale. Ces techniques sont toutefois moins utilisées en fonction de l'état de la grossesse et de la demande des femmes qu'en fonction de la pratique du centre médical lui-même. Ainsi le secteur privé a davantage recours à la technique de l'aspiration.

Certains facteurs peuvent rendre plus difficile l'accès à l'IVG⁽⁷⁶⁾. Ainsi l'absence d'IVG pratiquée dans des services de gynécologie-obstétrique de certains hôpitaux publics, le contingentement systématique des IVG, qui ne sont acceptées

qu'en fonction du nombre de lits dédiés arbitrairement à cette fonction, le ralentissement de l'activité durant les périodes estivales (notamment le mois d'août), ainsi que l'allongement des délais de rendez-vous conduisaient certaines femmes à se rendre à l'étranger. Aussi, face aux difficultés d'accès aux structures notamment publiques et à la disparité importante de moyens et de réponses aux demandes d'IVG, la loi sur l'IVG a été modifiée le 4 juillet 2001. Cette loi allonge notamment le délai légal pour pratiquer une IVG de 12 à 14 semaines d'aménorrhée (10 à 12 semaines de gestation) et permet la délivrance sans ordonnance d'une pilule d'urgence Norlevo[®].

Aucune donnée ne permet toutefois aujourd'hui d'en apprécier l'impact sur les pratiques de l'IVG.

Evolution du taux* d'IVG pour 100 naissances vivantes de 1990 à 1997



Source : INED/Population en chiffres - Exploitation ORS Ile-de-France

* Le taux d'IVG est ici le rapport entre le nombre d'IVG domiciliées et le nombre de naissances vivantes domiciliées.

La pilule reste le mode de contraception le plus utilisé.

L'usage de méthodes contraceptives efficaces est largement répandu : d'après l'enquête Cocon⁽⁷⁷⁾ moins de 3 % des femmes âgées de 20 à 44 ans ne souhaitant pas être enceintes n'utilisent aucune méthode contraceptive.

La pilule a été et reste le mode de contraception le plus utilisé : 45,8 % des femmes utilisant une méthode de contraception citent la pilule⁽⁷⁷⁾, 16,1 % le stérilet et 7,5 % le préservatif. D'après la dernière enquête KABP⁽¹⁴⁾, 52 % des Franciliennes et 49 % des Franciliens ayant employé une méthode contraceptive lors de leur premier rapport sexuel citent la pilule.

L'utilisation du stérilet est restée stable au cours des dernières années : 23 % ⁽⁷⁷⁾ des femmes âgées entre 18 et 44 ans ne voulant pas d'enfants en 2000 selon l'enquête Cocon et, d'après l'enquête KABP⁽¹⁴⁾, un tiers des Franciliennes âgées entre 18 et 54 ans et vivant en couple avec une personne de sexe opposée.

Estimées sur des bases différentes, ces données ne permettent pas d'affirmer que les Franciliennes utilisent davantage la pilule. Au contraire, toutes choses égales par ailleurs, les femmes habitant de petites communes emploient davantage la pilule et les habitantes de l'agglomération parisienne plus souvent le stérilet⁽⁷⁷⁾.

Depuis les premières campagnes de prévention contre le VIH, le préservatif a été largement intégré dans la sexualité des Franciliens⁽¹⁴⁾ : près d'un Francilien sur trois déclare avoir utilisé un préservatif au cours de l'année.

Cette utilisation est même particulièrement élevée lors du premier rapport sexuel : plus de 81 % des hommes et 65 % des femmes ayant eu leur premier rapport sexuel après 1995 déclarent avoir utilisé un préservatif. Ils n'étaient respectivement

que 9,3 % et 11,7 % lorsque ce premier rapport remontait avant 1985, date des premières grandes campagnes sur le sida et les préservatifs.

Le préservatif apparaît donc moins comme un moyen de contraception régulier qu'un mode de protection contre le VIH et les IST, protection abandonnée si la relation se poursuit^(78,79).

Le choix de la méthode de contraception dépend de l'âge et du nombre d'enfants⁽⁷⁷⁾ de ces femmes.

La pilule est plutôt utilisée par les jeunes et celles sans enfants ou souhaitant avoir encore des enfants. Elle joue dans ce cas un rôle d'espacement des naissances.

Au contraire, les femmes plus âgées et celles qui ne souhaitent plus avoir d'enfants emploient davantage le stérilet.

Méthode contraceptive utilisée avec le partenaire au sein du couple* en 2001 en Ile-de-France (en %)

Age	18-29 ans	30-39 ans	40-49 ans	50-54 ans
Pilule	65**	35,9	24	14,1
Préservatif	6,3	8,3	5,7	2,4
Stérilet	5	18,2	27,6	11,8
Retrait	-	1,0	0,5	-
Autres	-	1,6	4,2	3,5
Pas de méthode	25	35,9	39,6	68,2

* Calculée parmi les personnes vivant en couple avec une personne de sexe opposé au moment de l'enquête.

** Lecture : 65 % des jeunes de 18 à 29 ans vivant en couple déclarent utiliser la pilule comme méthode contraceptive.

Source : Enquête KABP 2001 - ORS Ile-de-France

Violence faite aux femmes

Proportion de femmes ayant déclaré avoir subi des violences au cours des 12 derniers mois selon la région de résidence à la date de l'enquête (en %)

Type de violence	Ile-de-France	France métro
Dans l'espace public*		
Agressions verbales	20,1	13,2
Agressions physiques	2,0	1,7
Etre suivie	6,7	5,2
Exhibitionnisme	4,7	2,9
Avances et agressions sexuelles	3,9	1,9
Au travail**		
Agressions verbales	10,1	8,5
Pressions psychologiques	21,1	16,6
Destruction du travail, de l'outil de travail	3,8	2,2
Agressions physiques	1,0	0,6
Avances et agressions sexuelles	2,8	2,0
Violences conjugales***		
Agressions verbales	4,8	4,3
Pressions psychologiques	26,3	24,4
dont harcèlement psychologique	9,1	7,9
Agressions physiques	3,4	2,5
Viol et autres actes sexuels imposés	0,8	0,9

Source : ENVEFF

* Ensemble des femmes de 20 à 59 ans (1350 en Ile-de-France, 6970 en France métropolitaine)

** Femmes de 20 à 59 ans ayant exercé une activité professionnelle au cours des 12 mois précédant l'enquête (973 en Ile-de-France, 4755 en France métropolitaine)

*** Femmes de 20 à 59 ans ayant eu une relation de couple au cours des 12 mois précédant l'enquête (1121 en Ile-de-France, 5908 en France métropolitaine).

L'enquête **ENVEFF** (Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France), commanditée par le Service des Droits des femmes et le Secrétariat d'Etat aux Droits des femmes et à la formation professionnelle, est la première enquête nationale sur ce thème réalisée en France.

Elle a été menée du 3 mars 2000 au 17 juillet 2000 auprès d'un échantillon national représentatif de 6 970 femmes âgées de 20 à 59 ans. En Ile-de-France, 1 350 femmes ont été enquêtées.

Une femme sur dix déclare être victime de violences conjugales

Les Franciliennes ont davantage peur que les hommes. Les femmes résidant dans des zones urbaines en difficulté sont significativement plus nombreuses à déclarer avoir été agressées ou volées, alors que les hommes le sont davantage quand ils sont Parisiens.

Ainsi, 13 % des femmes interrogées dans ENVEFF⁽⁸⁰⁾ disent avoir été victimes d'insultes, 2 % d'agressions physiques et 2 % d'atteintes sexuelles subies dans les transports en commun ou les lieux publics au cours de l'année.

Cette violence est également dénoncée dans le cadre professionnel, puisque 8,5 % des femmes déclarent avoir subi des agressions verbales au cours de l'année, 17 % des pressions psychologiques, 2 % des avances et des agressions sexuelles.

Mais, c'est au sein du couple que la violence est la plus fréquente : pressions psychologiques, violences sexuelles (1 % des femmes interrogées) notamment, puisqu'en France une femme sur dix en est victime. Les jeunes femmes et les chômeuses rapportent plus fréquemment ces violences conjugales.

De manière générale, l'insécurité et la violence vécue ou ressentie augmente avec la taille de l'agglomération. Aussi l'Ile-de-France est-elle une région particulièrement concernée par ce problème. La délinquance est ainsi devenue la première préoccupation des Franciliens (39 %) devant la pauvreté (25,9 %) et le chômage (24,6 %) ⁽⁸¹⁾. En terme de nombre de faits constatés (26 % de la délinquance nationale) et de taux de criminalité (97,1 pour 1 000 habitants contre 68,8 en France), l'Ile-de-France occupe en 2001 la deuxième place après la région Provence-Alpes Côte d'Azur.

La consommation de produits psycho-actifs

Une prévalence élevée du tabagisme chez les Franciliens

L'évolution du tabagisme se traduit par une diminution du tabagisme chez les hommes (72 % de fumeurs quotidiens en 1953, moins de 40 % actuellement) et une extension du tabagisme chez les femmes (17 % de fumeuses quotidiennes en 1953, près de 30 % actuellement).

En 2000, en Ile-de-France, les proportions de fumeurs quotidiens à 25-39 ans sont proches entre les sexes : 35 % des hommes et 30 % des femmes⁽¹³⁾.

Ceci montre que l'extension du tabagisme dans la population féminine a surtout touché les femmes de moins de 40 ans, au moment de l'enquête.

Les proportions de non fumeurs, proches entre hommes et femmes avant 40 ans, divergent fortement à partir de cet âge : au moins la moitié des femmes se déclarent non fumeuses contre un quart des hommes.

Enfin, il apparaît que la grande majorité des fumeurs a déjà tenté d'arrêter, proportion qui augmente avec l'âge.

Statut tabagique des Franciliens 25-75 ans en 2000

En %	Fumeur quotidien	Fumeur non quotidien	Ex- fumeur	Non fumeur
25-29 ans				
Hommes	35,4	5,0	10,8	48,9
Femmes	30,6	7,2	16,1	46,2
30-39 ans				
Hommes	35,2	7,9	22,3	34,5
Femmes	30,4	5,7	25,8	38,2
40-54 ans				
Hommes	30,3	4,8	36,2	28,7
Femmes	20,6	4,6	25,4	49,4
55-75 ans				
Hommes	16,8	3,3	54,9	25,0
Femmes	12,9	4,5	30,5	52,1

H : hommes ; F : femmes

Source : KABP Tabac - ORS Ile-de-France

Les politiques de prévention apparaissent d'autant plus nécessaires que les conséquences de la consommation de tabac sont nettement sous estimées par rapport à d'autres problèmes de santé publique et que les fumeurs ont un faible niveau de connaissance des conséquences du tabac sur la santé, ainsi qu'une perception peu élevée des risques encourus.

Une stabilité de la prévalence des ivresses dues à l'alcool en France

La consommation excessive d'alcool est la seconde cause de décès évitable en France après le tabac, avec environ 45 000 victimes par an, soit près d'un décès sur douze.

En dix ans, la proportion de consommateurs quotidiens d'alcool est passée de 38 % à 21 %⁽³⁰⁾. Parallèlement, la consommation occasionnelle devient plus fréquente, concernant plutôt une population jeune d'origine sociale diversifiée.

La consommation excessive d'alcool (ivresses, risque de dépendance mesuré par le test DETA) concerne des proportions comparables d'adultes entre 1995 et 2000 : entre 14 et 15 % des hommes ont été ivres au moins une fois dans l'année et des proportions comparables ont actuellement ou ont eu dans le passé un test DETA positif.

Les modes de consommation diffèrent avec l'âge et le sexe : les jeunes adultes sont davantage des consommateurs occasionnels et les plus âgés des consommateurs quotidiens. La consommation d'alcool augmente donc avec l'âge. Par ailleurs, les hommes boivent plus fréquemment de l'alcool et en quantité plus importante que les femmes. Par exemple, dans la classe d'âges 35-44 ans, les hommes sont quatre fois plus nombreux à boire régulièrement de l'alcool que les femmes⁽³³⁾. Ils sont d'ailleurs plus nombreux à déclarer avoir déjà eu des problèmes avec l'alcool.

Consommation d'alcool, ivresses déclarées et dépendance à l'alcool chez les 18-75 ans
Evolution 1995/96 - 2000

En %	1991	1995/96	2000
Consommation régulière ¹	38,0	22,6	21,0
occasionnelle ²	43,0	71,0	73,4
Ivresse dans l'année		15,1	14,0
Ivresse répétée ³		4,2	4,6
DETA positif ⁴		8,3	8,9
Hommes		13,9	14,6
Femmes		2,9	4,1

1 Tous les jours

2 Au moins un verre au cours de la dernière semaine

3 Au moins 4 épisodes déclarés dans l'année

4 Test permettant d'identifier les personnes qui ont actuellement, ou qui ont eu dans le passé, un risque de dépendance vis-à-vis de l'alcool.

Source : Enquêtes 1991, 1995/96 et 2000 du Baromètre santé

Comme pour le tabac, la connaissance des risques liés à la consommation d'alcool est partielle, puisque les risques de cancer et de difficultés sociales dus à son abus sont mal appréciés, les risques d'alcoolodépendance, de cirrhose et d'accidents de la route étant davantage connus.

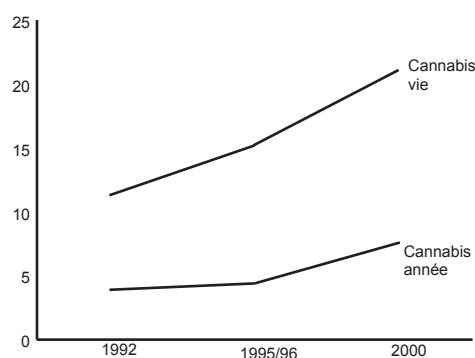
La consommation d'alcool est estimée à risque au-delà de deux verres quotidiens d'alcool pour les femmes et trois pour les hommes.

Il apparaît donc nécessaire d'inciter les individus à limiter leur consommation.

Pourtant d'après une enquête réalisée auprès des médecins généralistes⁽¹²⁾, près de la moitié des patients ayant une consommation excessive n'avait pas été repérée par le médecin comme ayant un problème avec l'alcool, alors qu'il devait, pour l'enquête, interroger chaque patient sur sa consommation.

Expérimentation et consommation de cannabis parmi les 15/18-75 ans*
Evolution 1992-1995/96-2000 en France

En %



* Les échantillons des enquêtes de 1992 et de 1995/96 sont constituées de personnes âgées de 18 à 75 ans et celui de l'enquête 2000 de personnes âgées de 15 à 75 ans.

Source : Baromètre santé adultes 1992, 1995/96, 2000

Une augmentation de l'expérimentation de cannabis en France

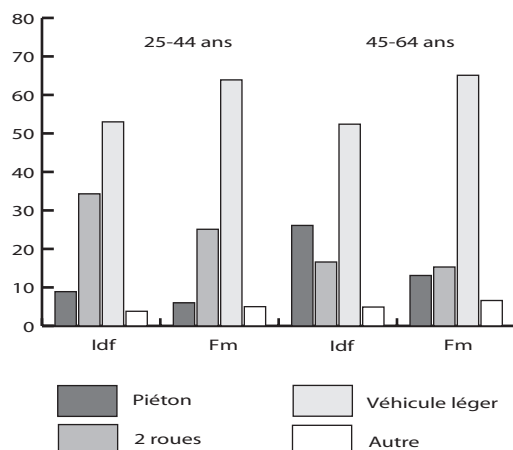
Globalement, le cannabis est le principal autre produit consommé, la consommation des amphétamines, de cocaïne, d'héroïne... étant très marginale.

L'expérimentation du cannabis en population générale augmente : en 1992, 11,3 % des répondants à l'enquête Baromètre Santé ont déclaré avoir consommé au moins une fois du cannabis au cours de leur vie. En 2000, ils sont 21,1 %. Cette augmentation concerne également la consommation au cours de l'année.

La consommation de ces produits psychoactifs est maximale chez les jeunes adultes (18-25 ans), et, quelle que soit la classe d'âges, moins fréquente chez les femmes que chez les hommes⁽³⁰⁾.

Les accidents de la circulation

Personnes de 25-64 ans tuées dans un accident de la circulation selon la catégorie d'usagers en 1997-99 en Ile-de-France et en France métropolitaine
(en % des victimes de chaque groupe d'âges)



Source : SETRA

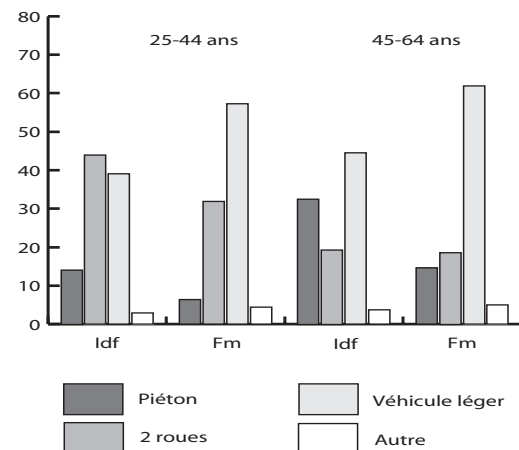
Les statistiques portent sur des données **enregistrées** et non domiciliées.

Accident corporel de la circulation : provoque au moins une victime, survient sur une route ouverte à la circulation publique, implique au moins un véhicule.

Tué : victime décédée sur le coup ou dans les 6 jours qui suivent l'accident.

Blessé grave : blessé dont l'état nécessite plus de 6 jours d'hospitalisation.

Personnes de 25-64 ans gravement blessées dans un accident de la circulation selon la catégorie d'usagers en 1997-99 en Ile-de-France et en France métropolitaine
(en % des victimes de chaque groupe d'âges)



Source : SETRA

A 45-64 ans, un quart des tués franciliens étaient des piétons

Par rapport aux autres pays de l'Union européenne, la France se situe parmi ceux ayant le plus grand nombre de tués (à 30 jours) par million d'habitants. Le Luxembourg arrive en tête avec 174,7 tués par million d'habitants, puis l'Espagne et la Belgique (respectivement 146,4 et 143,6). Les pays ayant les plus bas taux sont le Royaume-Uni (59,9) et les pays nordiques.

A 25-44 ans comme à 45-64 ans, les personnes tuées le sont majoritairement en véhicule léger, proportion qui est toujours plus importante en France métropolitaine qu'en Ile-de-France. Ainsi à 25-44 ans, la proportion de tués en véhicule léger est de 53 % en Ile-de-France et de 64 % en France métropolitaine.

Chez les personnes de 45-64 ans, la proportion de tués en deux roues diminue par rapport aux plus jeunes tandis que celle de piétons tués augmente. En Ile-de-France, 26 % des tués étaient des piétons au moment de l'accident contre 13 % en France métropolitaine.

A 45-64 ans, un tiers des blessés graves franciliens sont des piétons

A 25-44 ans, les blessés graves franciliens le sont dans des proportions comparables entre les blessés en deux roues (44 %) et les blessés en véhicule léger (39 %). En France métropolitaine, la proportion de blessés graves en véhicule léger est dominante (57 %).

A 45-64 ans, en Ile-de-France, 45 % des blessés graves le sont en véhicule léger et 33 % sont des piétons, proportion particulièrement élevée. En France métropolitaine, 15 % des blessés graves sont des piétons.

Logiquement, les blessés graves en deux roues sont moins nombreux à 45-64 ans qu'à 25-44 ans.

Répartition des déficiences* parmi les personnes déficientes à la suite d'un accident de la circulation routière en France métropolitaine (en %)

Type de déficience	%**
Déficience motrice :	
des deux membres inférieurs	5
des quatre membres	1
d'un membre supérieur et d'un membre inférieur	1
d'un membre supérieur	11
d'un membre inférieur	19
Autre déficience des membres	6
non précisée	2
Déficience du tronc	39
Déficiences visuelles	7
Déficiences auditives	12
Déficience du langage ou de la parole	1
Déficiences métaboliques	9
Déficiences intellectuelles ou psychiques	13
Autres déficiences	12

Source : INSEE - Enquêtes HID

Exploitation DREES

* Les déficiences sont des pertes (amputations, scléroses...) ou dysfonctionnements des diverses parties du corps ou du cerveau.

** Le total dépasse 100, une personne peut avoir plusieurs déficiences.

Les déficiences motrices et les déficiences du tronc sont les principales déficiences déclarées à la suite d'un accident

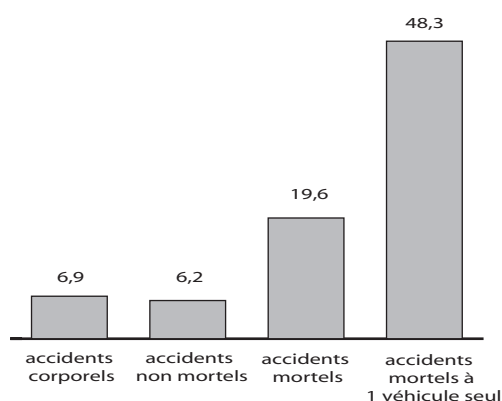
Il n'existe pas de système de surveillance des déficiences et handicaps liés aux accidents de la circulation.

L'enquête HID (handicaps - incapacités - dépendance), réalisée par l'INSEE en 1998-2001, permet d'estimer le nombre de handicaps en France : environ 740 000 personnes déclarent souffrir d'au moins une déficience causée par un accident de la circulation, dont près de la moitié sont des déficiences motrices (45 %) (82).

Les déficiences du tronc représentent 39 % des déficiences, et celles d'ordre intellectuel ou psychique 13 % des déficiences.

Enquête HID : la collecte des données a été réalisée en 4 vagues : auprès de 14 600 personnes résidant dans des institutions socio-sanitaires ou psychiatriques, 16 900 personnes en milieu ordinaire et deux autres passages ont été réalisés auprès de ces groupes afin d'évaluer les évolutions des situations individuelles.

Taux d'alcoolémie illégal parmi les conducteurs impliqués dans les accidents de la circulation en France métropolitaine en 1999-2000 (en %)



Source : ONISR - Fichier national des accidents de la route

Un conducteur sur cinq impliqué dans un accident mortel avait un taux d'alcoolémie supérieur au seuil légal

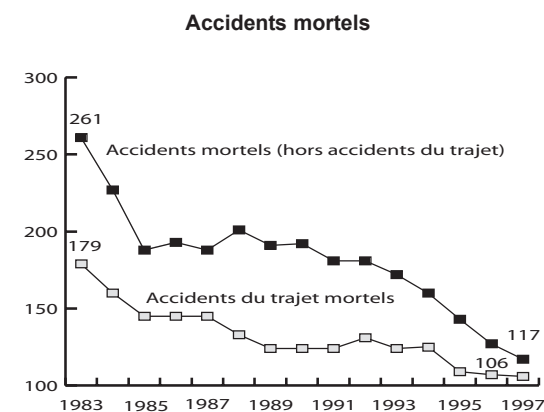
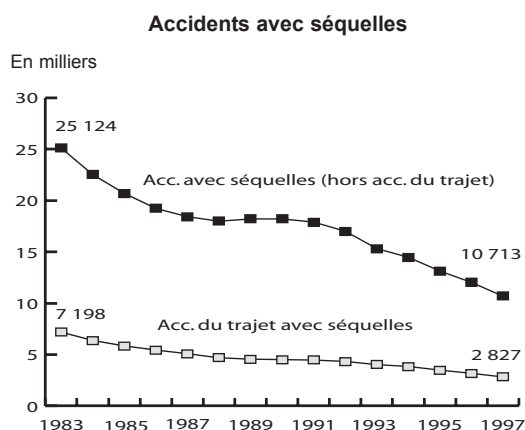
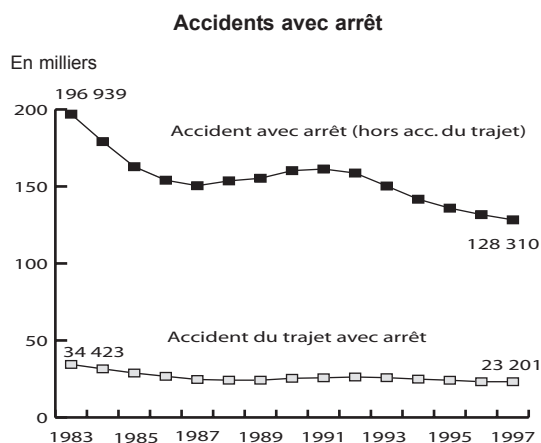
Les taux d'alcoolémie illégaux tendent à diminuer depuis 1995 chez les conducteurs impliqués dans des accidents non mortels qui représentent la part la plus importante des accidents corporels. Le taux est actuellement de 6,2 % (contre 7,4 % en 1995-96) (82).

En ce qui concerne les accidents mortels, la proportion est stable depuis 1995 : environ 20 % des conducteurs impliqués avaient un taux d'alcoolémie supérieur au taux légal de 0,5g/l.

Pour les accidents mortels n'impliquant qu'un seul véhicule, 48 % des conducteurs impliqués avaient un taux d'alcoolémie illégal.

Les accidents du travail

Nombre annuel moyen* d'accidents du travail indemnisés entre 1987 et 1997 en Ile-de-France (personnes relevant du régime général)



Source : CNAMTS

* Nombre annuel moyen calculé sur 3 ans, l'année indiquée étant l'année centrale.

Une diminution du nombre d'accidents du travail

En Ile-de-France en 1997, 151 511 accidents du travail ont été indemnisés par la caisse d'assurance maladies des travailleurs salariés. Parmi ceux-ci, 128 310 sont des accidents du travail proprement dits, c'est-à-dire n'incluant pas les accidents du trajet.

Ce nombre a fortement diminué depuis le début des années 80, puisque l'on comptait, en 1983, 231 362 accidents, dont près de 200 000 accidents du travail hors trajet.

En 1997, 8,3 % des accidents du travail proprement dits sont des accidents avec séquelles.

La part des accidents avec séquelles dans l'ensemble des accidents du travail a diminué. Ainsi en 1983, ils représentaient 12,8 % des accidents avec arrêt.

Le nombre d'accidents avec séquelles a diminué de manière beaucoup plus importante que celui des accidents avec arrêt. Ceci témoigne d'une diminution de la gravité des accidents.

Le nombre d'accidents mortels a également fortement diminué, passant de 261 à 117, entre 1983 et 1997, soit une diminution de 55 %.

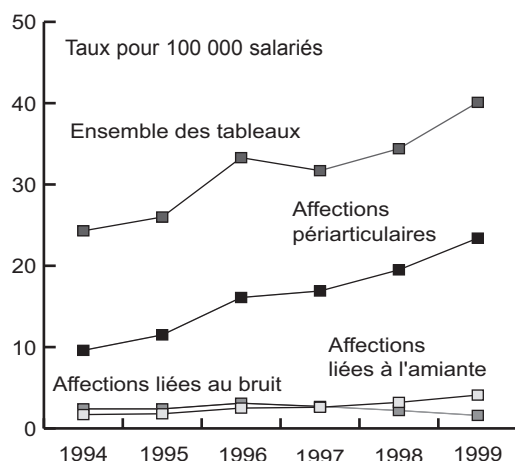
Les **accidents avec arrêt** sont les accidents ayant entraîné une interruption de travail d'un jour complet en sus du jour au cours duquel est survenu l'accident et ayant donné lieu à une réparation sous forme d'un premier paiement d'indemnité journalière.

Les **accidents avec séquelles** sont ceux qui ont entraîné soit la reconnaissance d'une incapacité permanente par la sécurité sociale soit le décès.

Les **accidents mortels** concernent ceux pour lesquels le décès est intervenu avant consolidation, c'est-à-dire avant fixation d'une IP et liquidation d'une rente.

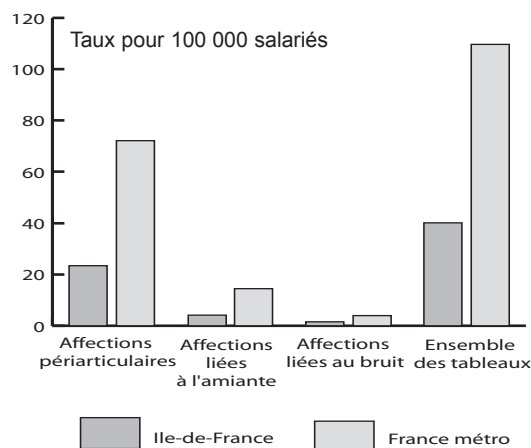
Les maladies professionnelles

Evolution du taux de premières indemnités pour maladie professionnelle en Ile-de-France



Source : CNAMTS

Premières indemnités pour maladie professionnelle pour les trois principaux tableaux en Ile-de-France et en France en 1999



Source : CNAMTS

La preuve du lien entre la maladie et l'activité professionnelle étant difficile (voire impossible) à établir, la législation de la sécurité sociale a défini des "**tableaux de maladies professionnelles**" qui contiennent les conditions médicales, techniques et administratives nécessaires et suffisantes pour qu'une maladie soit reconnue comme présomption professionnelle.

Une augmentation des indemnités pour maladies professionnelles

Une maladie est "professionnelle" si elle est la conséquence directe de l'exposition d'un travailleur à un risque physique, chimique, biologique, ou résulte des conditions dans lesquelles il exerce son activité.

Le taux de premières indemnités pour maladie professionnelle a fortement augmenté : pour l'ensemble des tableaux, il est passé de 24,3 pour 100 000 salariés à 40,1 entre 1994 et 1999.

Parmi les principaux tableaux, le taux d'indemnisation pour les affections périarticulaires a fortement augmenté, tandis qu'il a peu varié pour les affections liées au bruit et à l'amiante.

Une proportion moins importante d'indemnisation en Ile-de-France

En 1999, 40,1 salariés sur 100 000 ont été indemnisés pour maladie professionnelle contre 109,6 en France métropolitaine.

Quel que soit le tableau, les taux d'indemnisation sont plus faibles en Ile-de-France qu'en France métropolitaine.

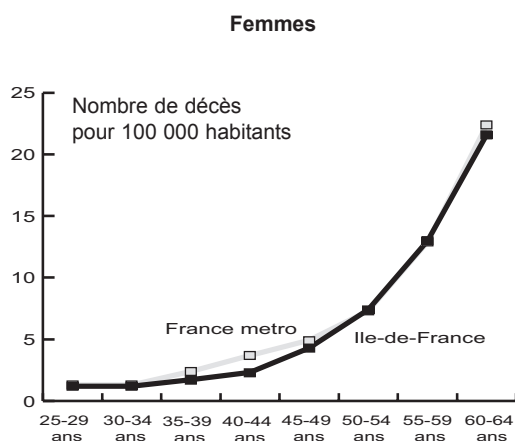
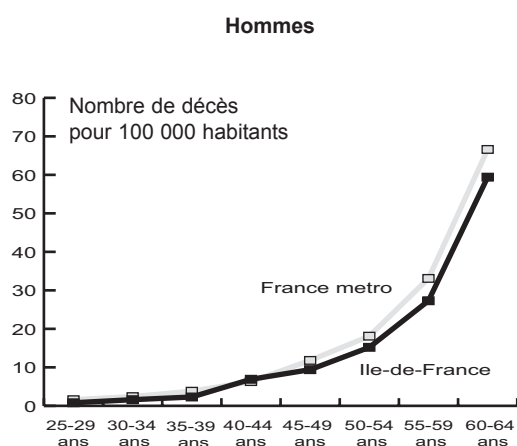
Les taux d'indemnisation les plus élevés correspondent aux affections périarticulaires, avec 23,4 indemnités pour 100 000 salariés en Ile-de-France et 72,1 en France métropolitaine.

Pour les affections liées à l'amiante, les taux sont également plus faibles en Ile-de-France, avec 4,1 salariés indemnisés pour 100 000 contre 14,4 en France métropolitaine.

Ces chiffres sont à interpréter avec prudence : en effet ces taux sont plus représentatifs des pratiques de reconnaissance que de l'exposition au risque.

Les maladies respiratoires

Taux de mortalité par maladie respiratoire en Ile-de-France et en France métropolitaine en 1998



Sources : INSERM, CépiDc, INSEE

Une augmentation des taux de mortalité avec l'âge

Sur la période 1997-1999, 5 688 décès par maladies respiratoires étaient enregistrés en moyenne chaque année en Ile-de-France, dont 486 décès d'adultes de 25-64 ans, soit 8,5 % des décès par maladies respiratoires.

Parmi l'ensemble des causes de décès des 25-64 ans, les maladies respiratoires représentent près de 3 % des décès.

Les principales maladies sont les pneumonies et broncho-pneumonies qui représentent 41 % des décès masculins par maladies respiratoires des 25-64 ans et 33 % des décès féminins des mêmes âges. Ensuite, les bronchites chroniques représentent 31 % des décès masculins par maladies respiratoires chez les 25-64 ans et 24 % des décès féminins par maladies respiratoires aux mêmes âges.

La mortalité par maladies respiratoires augmente de manière importante avec l'âge. Ainsi, à 60-64 ans, les taux sont, chez les hommes comme chez les femmes, 9 fois plus élevés qu'à 40-44 ans.

Chez les hommes, on observe une légère sous-mortalité francilienne. Par exemple, à 60-64 ans, 59,4 décès pour 100 000 hommes étaient enregistrés en Ile-de-France contre 66,6 en France métropolitaine.

Chez les femmes, les niveaux de mortalité sont comparables : 21,6 décès pour 100 000 femmes de 60-64 ans étaient enregistrés en Ile-de-France contre 22,4 en France métropolitaine.

Les taux masculins sont toujours supérieurs aux taux féminins et à partir de 40 ans, ils sont de 2 à 3 fois plus élevés que les taux féminins.

La population âgée

Après une présentation de la situation démographique complétée par des projections de population à l'horizon 2030, plusieurs thèmes importants, relatifs à la santé des personnes âgées, sont analysés dans ce chapitre, notamment les principales causes de décès, les affections longue durée, la dépendance, la maladie d'Alzheimer, ainsi que quelques aspects concernant la qualité de vie des personnes âgées. L'offre de prise en charge régionale vient clore ce chapitre.

La mortalité par suicide, qui est la plus élevée chez les 65 ans ou plus avec un taux de 17 décès pour 100 000, est abordée dans la partie relative aux spécificités régionales, au niveau de la santé mentale, du fait de son caractère préoccupant dans la région.

Les conséquences sanitaires de la canicule d'août 2003 sur la mortalité des personnes âgées - un tiers des décès attribuables à la canicule sont Franciliens - font également l'objet d'un point particulier au niveau des spécificités régionales de santé.

Faits marquants

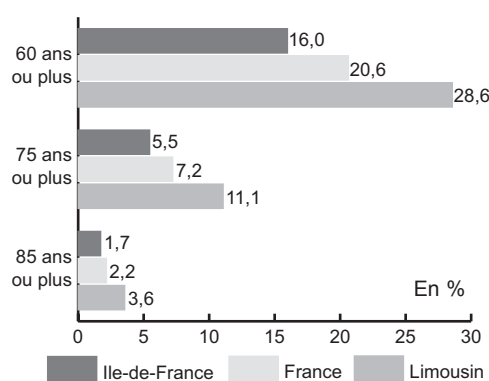
- *L'Ile-de-France est une région jeune : 16 % de sa population a 60 ans ou plus contre 20 % en moyenne en France. Mais les disparités internes perdurent entre un centre francilien âgé et une périphérie plus jeune (bien que les écarts tendent à diminuer).*
- *Les Franciliens âgés de 75 ans ou plus vivent majoritairement à domicile (92 % contre 90 % en moyenne en France) où ils sont plus souvent seuls (47 % contre 42 % en moyenne en France).*
- *La région Ile-de-France devrait connaître un doublement de sa population âgée de 75 ans ou plus d'ici 2030, et celle-ci résiderait - pour moitié - dans les départements de grande couronne.*
- *Le nombre de Franciliens âgés de 75 ans ou plus dans l'incapacité de réaliser les actes essentiels de la vie quotidienne devrait être compris entre 103 000 et 139 000 en 2030, contre 89 000 aujourd'hui.*
- *L'offre régionale de prise en charge des personnes âgées est caractérisée par:*
 - *des services d'aide à domicile sous-dimensionnés ;*
 - *une insuffisance de places en services de soins infirmiers à domicile ;*
 - *un niveau d'équipement en établissements d'accueil pour personnes âgées inférieur à la moyenne nationale, avec 145 places pour 1000 Franciliens de 75 ans ou plus, contre 158 en France ;*
 - *un sous-équipement régional pour la prise en charge de la dépendance ;*
 - *d'importantes disparités départementales, surtout au niveau institutionnel, la périphérie étant globalement bien mieux équipée que le centre de la région.*

La population âgée francilienne devrait connaître une forte progression de son effectif dans les années à venir, ce qui induit une augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes ayant un besoin d'aide et pose la question de leur prise en charge.

Face à ces enjeux - et dans un contexte d'amélioration de la qualité de vie - il convient de s'intéresser plus particulièrement aux problématiques spécifiques à cette population, aussi bien en terme de mortalité (chute accidentelle) que de morbidité (démence de type Alzheimer, dénutrition, état de santé bucco-dentaire...), afin de développer des actions de prévention ciblées, et d'adapter l'offre régionale à ces nouveaux besoins.

Démographie

Part de la population âgée dans la population totale en 2000



Source : INSEE - Estimations localisées de populations au 1er janvier 2000

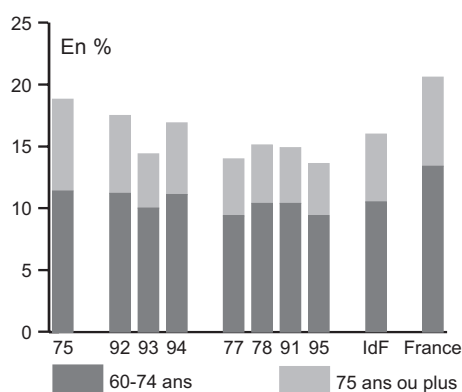
Une population âgée relativement moins nombreuse qu'en province ...

L'Ile-de-France est une région jeune, en raison de l'arrivée constante de jeunes adultes dans la région et du départ de personnes âgées au moment de la retraite.

Selon les estimations de l'INSEE, au 1er janvier 2000, les personnes de 60 ans ou plus ne représentent que 16 % de la population francilienne, et celles de 75 ans ou plus seulement 5,5 %, soit deux fois moins que dans le Limousin, région la plus âgée.

Les moyennes nationales sont respectivement de 20,6 % et de 7,2 %.

Part des personnes âgées dans la population, par tranche d'âge, en 2000



Source : INSEE - Estimations localisées de populations au 1er janvier 2000

... mais des disparités internes importantes

Paris et deux départements de proche couronne, les Hauts-de-Seine et le Val-de-Marne, ont une proportion de personnes âgées de 60 ans ou plus supérieure au niveau régional, alors que pour la Seine-Saint-Denis et les quatre départements de grande couronne, cette proportion est inférieure.

Il en est de même pour la part des 75 ans ou plus. De plus, Paris est le seul département où la proportion de personnes âgées de 75 ans ou plus est supérieure à la moyenne nationale.

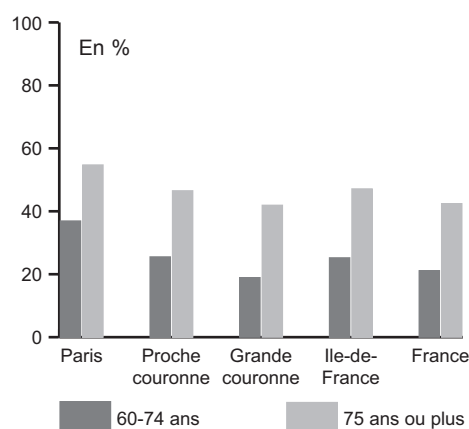
Proportion de personnes âgées vivant en ménage ordinaire en 1999

En %	65-74 ans	75 ans ou plus
Paris	98,5	95,5
Hauts-de-Seine	97,1	92,4
Seine-Saint-Denis	97,3	95,1
Val-de-Marne	97,1	91,7
Seine-et-Marne	98,1	89,1
Yvelines	98,7	88,1
Essonne	97,9	87,4
Val-d'Oise	97,3	89,5
Ile-de-France	97,8	92,0
France	98,3	90,1

Source : INSEE - RP 1999

Le recensement distingue deux grandes catégories de population : la population des ménages ordinaires et la population dite hors ménage (composée essentiellement de la population vivant en collectivité, de la population vivant en établissement n'ayant pas d'adresse personnelle et de la population des habitations mobiles y compris les marinières et les sans-abri).

La définition du ménage correspond au concept de "ménage-logement". On appelle ménage l'ensemble des occupants d'un même logement (occupé comme résidence principale), quels que soient les liens qui les unissent. Il peut se réduire à une personne seule.

Proportion de personnes âgées vivant seules en ménage ordinaire en 1999

Source : INSEE - RP 1999

La forte proportion de Franciliennes de 75 ans ou plus qui vivent seules en ménage ordinaire pose la question de l'adéquation de l'offre régionale en services à domicile pour la prise en charge de cette population.

Plus de 90 % des Franciliens de 75 ans ou plus vivent en ménage ordinaire

Au niveau national, 98 % des 60-74 ans vivent en ménage ordinaire, et 90 % des 75 ans ou plus.

En Ile-de-France, la situation se présente différemment selon la tranche d'âge considérée :
 - les 60-74 ans sont un peu moins nombreux à vivre en ménage ordinaire (97,8 %) car la région recense près de la moitié des 60-74 ans vivant en foyers de travailleurs, c'est-à-dire en collectivité ;
 - en revanche, 92 % des Franciliens de 75 ans ou plus vivent en ménage ordinaire (et donc 8 % en collectivité dont 6 % en maisons de retraite et 1,3 % en services de soins de longue durée).

Les disparités inter-départementales sont importantes au sein de la région (et en partie liées à l'offre en maisons de retraite) : 87 % des 75 ans ou plus recensés en Essonne vivent en ménage ordinaire contre 95 % à Paris.

Une population âgée essentiellement féminine et qui vit seule en ménage ordinaire

En Ile-de-France, les personnes âgées vivant en ménage ordinaire sont plus souvent seules qu'en province : c'est le cas de 25 % des 60-74 ans et de 47 % des 75 ans ou plus en Ile-de-France, contre respectivement 21 % et 42 % au niveau national.

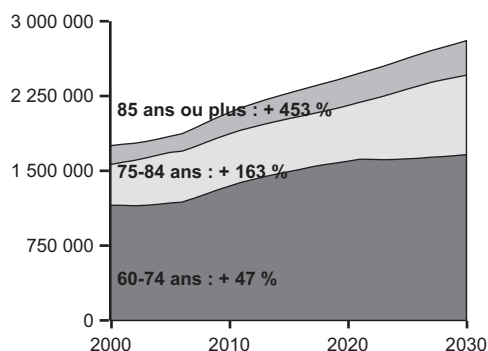
Cette population âgée vivant seule est très majoritairement féminine : en Ile-de-France, sur les 275 590 personnes âgées de 75 ans ou plus vivant seules, 225 478 (82 %) sont des femmes. Cette forte proportion reflète la sur-représentation des femmes dans la population de 75 ans ou plus qui s'explique par leur longévité plus élevée que celle des hommes.

Là encore, les disparités inter-départementales sont importantes, puisque pour les 60-74 ans, la proportion de personnes vivant seules varie du simple au double entre l'Essonne (18 %) et Paris (37 %).

Concernant les 75 ans ou plus, les disparités internes sont un peu moins fortes, mais 55 % des personnes âgées de 75 ans ou plus recensées dans un ménage ordinaire à Paris vivent seules.

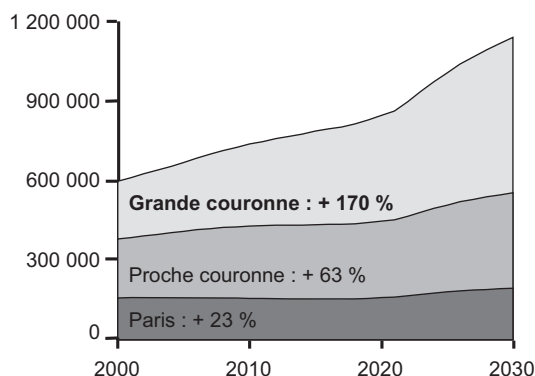
Les projections de population âgée à l'horizon 2030

Projections* de population âgée par tranche d'âge en Ile-de-France entre 2000 et 2030



Source : INSEE - projections départementales de population de 2000 à 2030

Projections* de population âgée de 75 ans ou plus en Ile-de-France entre 2000 et 2030



Source : INSEE - projections départementales de population de 2000 à 2030

* Les projections ont été réalisées sous les hypothèses suivantes :
 - Fécondité : maintien de la fécondité régionale à son niveau de 1999 (1,8 enfants par femme en France métropolitaine, soit le niveau moyen observé depuis un quart de siècle).
 - Mortalité : baisse de la mortalité au rythme observé au cours des 30 dernières années en France métropolitaine.
 - Migrations : maintien des comportements migratoires moyens de la période 1982-1999.

Forte progression de la population âgée francilienne d'ici 2030 ...

La population francilienne est passée de 10 millions d'habitants en 1980 à 11 millions en 2000, enregistrant une progression de 10 % en vingt ans. Cette population a cependant vieilli puisque dans le même temps, la population âgée de 60 ans ou plus a progressé de 23 %, passant de 1 430 000 à 1 753 000, celle de 75 ans ou plus a progressé de 22 %, passant de 491 000 à 599 000, et celle de 85 ans ou plus a pratiquement doublé, passant de 95 000 à 188 000 personnes.

Selon les projections de population de l'INSEE (hypothèses présentées ci-contre), la population francilienne des moins de 60 ans devrait peu augmenter à l'horizon 2030.

En revanche, celle des 60 ans ou plus devrait augmenter de 60 % pour atteindre 2 805 000 personnes en 2030.

Celle de 75 ans ou plus, comme celle de 85 ans ou plus, pourrait quasiment doubler, pour atteindre respectivement 1 142 000 et 346 000 personnes.

... accompagnée d'une profonde modification de sa répartition géographique au profit des départements de grande couronne

En 2000, 36,5 % des Franciliens de 75 ans ou plus vivent en grande couronne.

Avec une progression de 170 % de sa population âgée de 75 ans ou plus entre 2000 et 2030, la grande couronne rassemblerait plus de la moitié (51 %) des Franciliens de 75 ans ou plus en 2030.

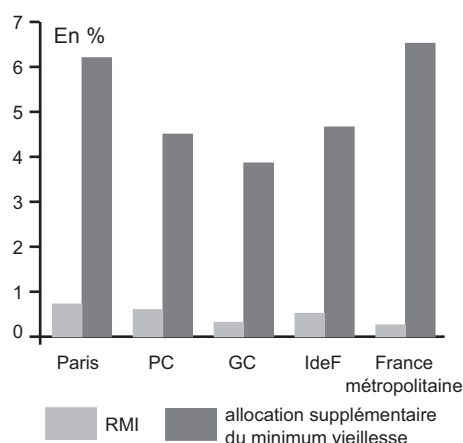
A l'inverse, la population des Parisiens âgés de 75 ans ou plus devrait connaître une relative stabilité : + 23 % en trente ans.

Quant aux départements de proche couronne, leur population de 75 ans ou plus devrait connaître une progression intermédiaire : + 63 % d'ici 2030.

Les prestations pour les personnes âgées

Bénéficiaires du RMI (2000) et de l'allocation supplémentaire vieillesse (2001)

Allocataires du RMI pour 100 personnes de 60 ans ou plus, allocataires du supplément vieillesse pour 100 personnes de 65 ans ou plus



En %	RMI (60 ans ou plus)	ASupV* (65 ans ou plus)
Paris	0,7	6,2
Hauts-de-Seine	0,5	3,4
Seine-Saint-Denis	1,0	5,9
Val-de-Marne	0,4	4,5
Seine-et-Marne	0,3	4,2
Yvelines	0,2	2,9
Essonne	0,3	3,6
Val-d'Oise	0,5	5,1
Ile-de-France	0,5	4,7
France métropol.	0,3	6,5

* allocation supplémentaire du minimum vieillesse

Sources : CNAV, MSA - CHAPUT H, "L'allocation supplémentaire du minimum vieillesse. Bénéficiaires au 31 décembre 2001", in DREES, Série statistiques, n°45, 2002 ⁽⁸³⁾. INSEE, ELP au 1er janvier 2000

Le Revenu minimum d'insertion* (RMI) s'adresse aux personnes ayant un niveau de ressources qui ne leur permet pas de vivre correctement et qui empêche toute action autonome de réinsertion. Ces personnes doivent avoir au moins 25 ans (ou 18 à 25 ans s'ils ont au moins un enfant à charge).

L'ouverture du droit au RMI est subordonnée au fait que les ressources du bénéficiaire doivent être inférieures au montant du RMI auquel il peut prétendre.

Le RMI est une allocation différentielle égale à la différence entre le montant du RMI, calculé selon la composition de la famille, et celui de l'ensemble des ressources des personnes au foyer.

* Loi n°88-1088 du 1er décembre 1988

Personnes âgées et minima sociaux : plus d'allocataires du RMI et moins d'allocation supplémentaire vieillesse qu'en France

La proportion de Franciliens de 60 ans ou plus allocataires du RMI est plus élevée que la moyenne nationale : 0,5 % contre 0,3 % en France.

A l'inverse, moins de 5 % des Franciliens de 65 ans ou plus sont bénéficiaires de l'allocation supplémentaire du minimum vieillesse, contre 6,5 % en France.

L'évolution depuis 1990 montre une nette diminution de cette proportion - aussi bien en Ile-de-France qu'ailleurs - en raison d'une revalorisation des retraites. Les proportions indiquées sont toutefois légèrement sur-estimées car, pour des raisons pratiques, elles sont calculées sur la population des 65 ans ou plus, alors qu'un petit nombre de bénéficiaires n'a pas cet âge.

Cependant des disparités internes existent :

- Paris et la Seine-Saint-Denis rassemblent le plus d'allocataires du RMI et de l'allocation supplémentaire du minimum vieillesse avec des taux supérieurs aux taux régionaux⁽⁸³⁾ ;

- les autres départements présentent des taux inférieurs, avec un minimum atteint dans le département des Yvelines.

Pour atteindre un niveau de revenu égal au minimum vieillesse, versé aux personnes dont les revenus ne dépassent pas un plafond de ressources fixé par décret, toute personne âgée d'au moins 65 ans (ou de 60 ans en cas d'incapacité au travail) peut solliciter l'**Allocation supplémentaire du minimum vieillesse***. Cette allocation différentielle est servie à titre individuel par une caisse de retraite pour la personne âgée disposant d'une retraite ou par le Service de l'allocation spéciale vieillesse pour les autres.

Les montants versés par ces organismes leur sont remboursés par le Fonds de solidarité vieillesse depuis 1994.

* Loi n°56-638 du 30 juin 1956

Les aides destinées aux personnes âgées dépendantes

*Dans l'attente d'une loi instituant "une prestation autonomie" et afin de permettre à toute personne dépendante d'assumer individuellement le financement du coût de l'aide nécessaire pour vivre avec cette dépendance, le législateur instaure en 1997 une prestation provisoire : la **Prestation spécifique dépendance (PSD)****.

Celle-ci est réservée aux personnes âgées de 60 ans ou plus qui présentent une dépendance lourde.

En tant que prestation d'aide sociale, elle est soumise à condition de ressources et à récupération sur succession. Elle relève de la compétence des départements, d'où de fortes inégalités territoriales quant aux montants attribués à domicile comme en établissement.

*Depuis le 1er janvier 2002, l'**Allocation personnalisée d'autonomie (APA)**** a remplacé la Prestation spécifique dépendance.*

L'APA est une prestation destinée aux personnes âgées de 60 ans ou plus, demeurant à domicile ou en établissement, et qui "ont besoin d'aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou qui nécessitent une surveillance régulière".

Ce n'est pas une prestation d'aide sociale, mais une allocation de solidarité nationale : elle est versée selon un barème unique sur tout le territoire français. Elle n'est soumise à aucune condition de ressources, et ne peut donner lieu à récupération sur succession.

Il s'agit d'une aide en nature, personnalisée (c'est-à-dire affectée au paiement de dépenses identifiées). A domicile, l'APA peut rémunérer une aide à domicile, mais aussi d'autres dépenses. En établissement, l'APA permet de financer le tarif dépendance à l'exception d'un ticket modérateur qui reste à la charge de l'intéressé.

*Les personnes âgées de 60 ans ou plus résidant en établissement peuvent également bénéficier de la prestation d'**aide sociale à l'hébergement** pour financer le tarif hébergement à leur charge. Comme toute prestation d'aide sociale servie par le département, elle est soumise à condition de ressources et à récupération sur succession.*

*Les personnes de 60 ans ou plus demeurant à domicile et non éligibles à l'APA, mais qui nécessitent une **aide ménagère**, peuvent recourir à leur département (aide ménagère au titre de l'aide sociale) ou leur caisse de retraite (ou une assurance ou une mutuelle) pour financer les frais engagés à ce titre. Ces prestations sont soumises à condition de ressources.*

* Loi n°97-60 du 24 janvier 1997.

** Loi n°2001-647 du 20 juillet 2001.

Une seule prestation pour prendre en charge les conséquences des incapacités à domicile et en établissement : l'APA

Première prestation destinée à prendre en charge l'aide nécessitée par l'état de la personne âgée dépendante, la Prestation spécifique dépendance (PSD) concernait 10 166 Franciliens en 2001, dont 54 % à domicile⁽⁸⁴⁾. Le montant moyen mensuel de la prestation est alors de 549 euros à domicile et de 305 euros en établissement en France⁽⁸⁵⁾.

Objet de vives critiques, la PSD a été remplacée par l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA), entrée en vigueur le premier janvier 2002.

Au 31 décembre 2002, l'APA concernait 30 000* bénéficiaires franciliens (chiffre disponible pour quatre départements). A cette date, le montant moyen mensuel de la prestation est de 516 euros à domicile et de 416 euros en établissement au niveau national⁽⁸⁶⁾.

Les conséquences de la mise en place de l'APA sont nombreuses, notamment :

- à domicile, en terme d'augmentation de la demande en aides à domicile mais aussi en dispositifs d'aide aux aidants familiaux ;
- en établissement, où l'APA est indissociable de la réforme de la tarification, qui instaure un tarif dépendance dans les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.

Des prestations d'assistance soumises à condition de ressources

Les personnes âgées ne pouvant prétendre à l'APA peuvent - sous condition de ressources - bénéficier d'autres aides telles :

- la prestation d'aide ménagère versée par le département (6 500 Franciliens en ont bénéficié en 2001) ;
- la prestation d'aide ménagère versée par la caisse de retraite (49 000 retraités Franciliens du régime général en ont bénéficié en 2001) ;
- la prestation d'aide sociale à l'hébergement (en établissement) versée par le département (20 000 Franciliens en ont bénéficié en 2001).

* Données DRASS Ile-de-France, 2003.

Mortalité et causes de décès

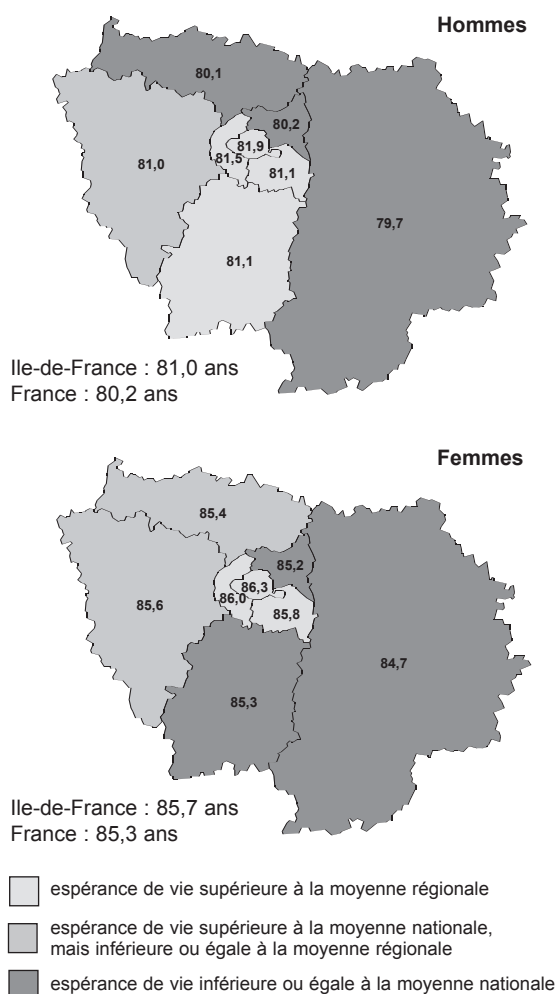
Espérance de vie en 1999

En âge au décès	à 0 ans	à 40 ans	à 60 ans
Ile-de-France			
Hommes	76,3	78,1	81,0
Femmes	83,0	84,1	85,7
Ecart H/F	6,7	6,0	4,7
France			
Hommes	75,1	77,0	80,2
Femmes	82,5	83,6	85,3
Ecart H/F	7,4	6,6	5,1

Source : INSEE

Espérance de vie pour les personnes âgées de 60 ans dans les départements d'Ile-de-France en 1999

En âge au décès



Sources : INSEE, INSERM

Exploitation ORS Ile-de-France

Une espérance de vie à 60 ans plus élevée que la moyenne nationale

Que ce soit à la naissance, à 40 ans ou à 60 ans, l'espérance de vie en Ile-de-France est toujours plus élevée qu'en moyenne en France, pour les hommes comme pour les femmes.

La situation plus favorable de l'Ile-de-France concernant l'espérance de vie à 60 ans est le reflet de la sous-mortalité régionale à partir de 60 ans.

Ainsi, à 60 ans les Franciliennes ont encore 25,7 ans à vivre (soit une espérance de vie totale de 85,7 ans), contre 25,3 ans en moyenne en France. De même, les Franciliens de cet âge ont encore 21 ans de vie, contre 20,2 ans pour les Français en général.

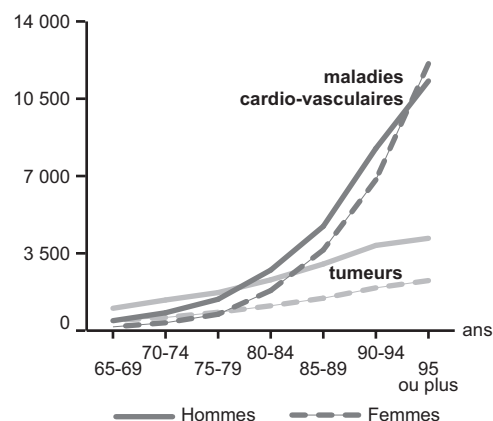
C'est surtout chez les hommes que l'espérance de vie est supérieure en Ile-de-France, ce qui explique que l'écart d'espérance de vie entre hommes et femmes soit plus faible en Ile-de-France qu'en moyenne en France.

Pour les deux sexes, des disparités inter-départementales sont observées :

- Paris a les espérances de vie les plus élevées de la région à 60 ans ;
- mis à part la Seine-Saint-Denis, les départements de proche couronne ont des espérances de vie à 60 ans supérieures au niveau régional ;
- les Yvelines et l'Essonne se situent à un échelon intermédiaire, avec des espérances de vie à 60 ans comprises entre le niveau national et le niveau régional ;
- le Val-d'Oise et la Seine-Saint-Denis ont des espérances de vie à 60 ans proches du niveau national ;
- le minimum est atteint en Seine-et-Marne pour les deux sexes.

Taux de mortalité des personnes âgées par maladies cardio-vasculaires et tumeurs, selon le sexe et par tranche d'âge, en Ile-de-France en 1997-1999

Nombre de décès annuels pour 100 000 personnes



Sources : INSEE, INSERM CépiDC

Constante surmortalité masculine

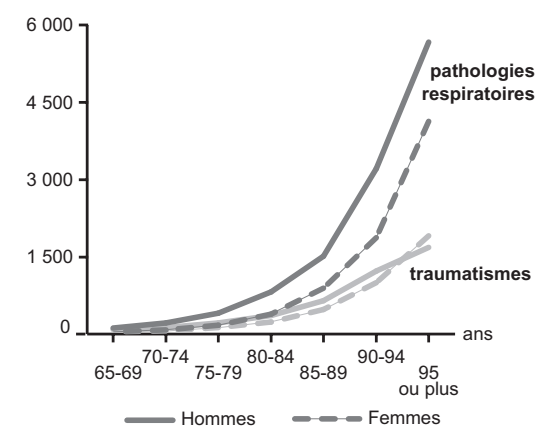
Sur la période 1997-1999, près de 55 800 Franciliens de 65 ans ou plus sont décédés en moyenne chaque année, dont 12 900 âgés de 65-74 ans, 17 000 de 75-84 ans et 25 900 de 85 ans ou plus.

Quelle que soit la cause de mortalité considérée, la forte surmortalité masculine - qui s'observe chez les moins de 65 ans - perdure entre 65 et 74 ans avec des taux de mortalité masculine supérieurs aux taux de mortalité féminine de 2 à 2,5 fois.

L'écart entre les sexes est le plus marqué pour les pathologies respiratoires dont la mortalité est 2,5 fois plus élevée chez les hommes.

Taux de mortalité des personnes âgées par pathologies respiratoires et traumatismes, selon le sexe et par tranche d'âge, en Ile-de-France en 1997-1999

Nombre de décès annuels pour 100 000 personnes



Sources : INSEE, INSERM CépiDC

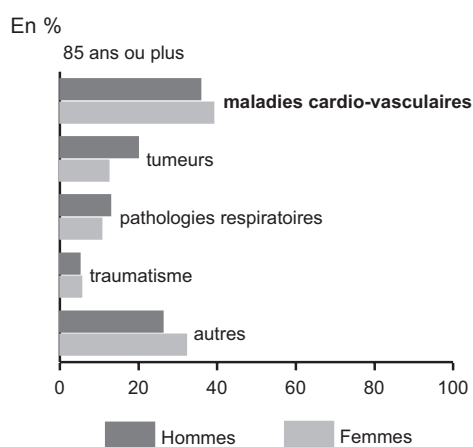
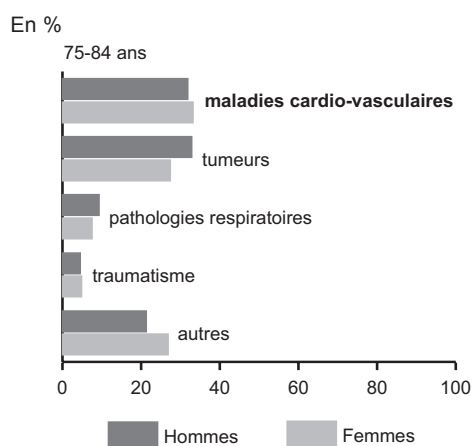
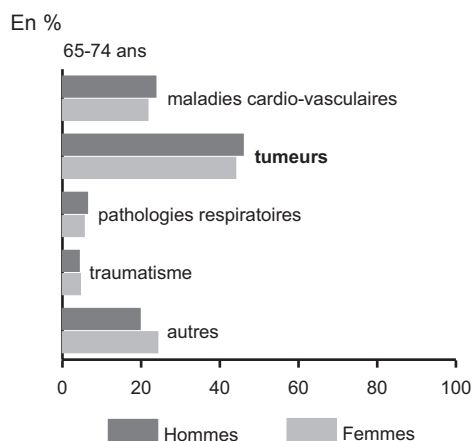
Les taux de mortalité augmentent avec l'âge.

Toutes causes confondues, l'accroissement du taux global de mortalité est bien plus marqué chez les femmes que chez les hommes : entre 65 et 85 ans il est multiplié par onze pour les femmes, par six pour les hommes.

Ainsi, l'âge avançant, l'écart de mortalité entre les sexes tend à diminuer.

Pourtant, la surmortalité masculine perdure entre 75 et 84 ans, et - dans une moindre mesure - après 85 ans, notamment pour certaines causes (tumeurs, pathologies respiratoires).

Principales causes de décès des 65 ans ou plus par tranche d'âge, selon le sexe, en Ile-de-France en 1997-1999



Sources : INSEE, INSERM CépiDC

Les maladies cardio-vasculaires, principale cause de décès à partir de 75 ans

Comme pour la population des 45-64 ans, les tumeurs et les maladies cardio-vasculaires constituent les deux principales causes de décès des 65 ans ou plus.

Chez les 65-74 ans, ces causes, cumulées, sont responsables de près des trois-quarts des décès, aussi bien chez les hommes que chez les femmes. Les tumeurs sont en effet à l'origine de près de la moitié des décès masculins (46 %) et féminins (44 %), et les maladies cardio-vasculaires à l'origine de près d'un quart des décès masculins (24 %) et féminins (22 %).

Les décès suite à une pathologie respiratoire ou à un traumatisme viennent ensuite, représentant chacun entre 5 et 6 % des causes de décès, et ce quel que soit le sexe.

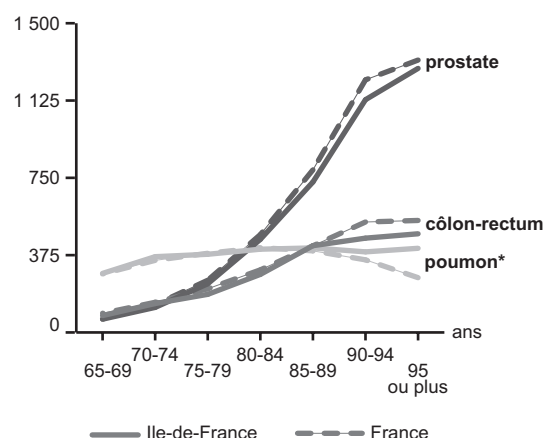
A partir de 75 ans, les maladies cardio-vasculaires deviennent la première cause de décès chez les femmes. Cette cause est ainsi à l'origine d'un tiers des décès féminins chez les 75-84 ans et de 39 % chez les 85 ans ou plus.

Entre 75 et 84 ans, les tumeurs et les maladies respiratoires sont chacune responsables de près d'un tiers des décès masculins. C'est à partir de 85 ans - soit dix ans après les femmes - que les maladies cardio-vasculaires deviennent la première cause de décès masculins (36 %).

A partir de 75 ans, les décès consécutifs à une pathologie respiratoire prennent de l'importance : ils représentent 13 % des décès masculins et 10,7 % des décès féminins chez les 85 ans ou plus contre 6,3 % des décès masculins et 5,5 % des décès féminins chez les 65-74 ans.

Taux de mortalité des Franciliens âgés par tranche d'âge, selon les principaux types de cancer, en 1997-1999

Nombre de décès annuels pour 100 000 hommes



Sources : INSEE, INSERM CépiDC

Légère sur-mortalité par cancer du poumon* et sous-mortalité pour les autres cancers chez les Franciliens

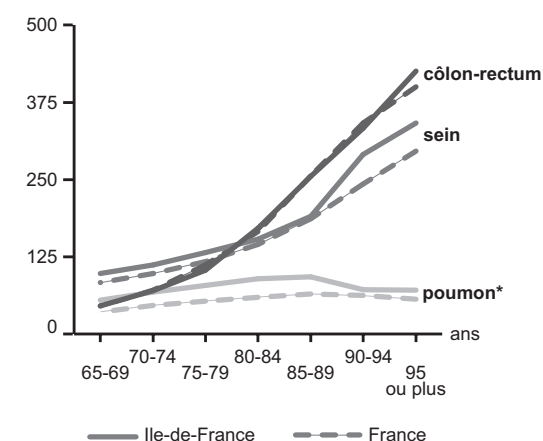
Entre 1997 et 1999, en Ile-de-France, 8 010 hommes de 65 ans ou plus sont décédés en moyenne chaque année des suites d'un cancer.

Le cancer du poumon* est la première cause de décès par cancer des hommes âgés de 65 à 79 ans (comme chez ceux de 45 à 64 ans). Ce n'est qu'à partir de 80 ans que la mortalité par cancer de la prostate prédomine, suivie de celle consécutive aux cancers du côlon-rectum et du poumon* dont les taux sont proches.

Par rapport à la mortalité observée en France pour les mêmes causes sur la même période, la mortalité par cancer du poumon* est plus élevée dans la région chez les hommes de 65 ans ou plus. A l'inverse, la mortalité par cancers du côlon-rectum et de la prostate est moindre en Ile-de-France pour cette tranche d'âge.

Taux de mortalité des Franciliennes âgées par tranche d'âge, selon les principaux types de cancer, en 1997-1999

Nombre de décès annuels pour 100 000 femmes



Sources : INSEE, INSERM CépiDC

* Il s'agit plus précisément des cancers de la trachée, des bronches et du poumon.

Sur-mortalité par cancer du sein et du poumon* chez les Franciliennes

Entre 1997 et 1999, en Ile-de-France, 6 758 femmes de 65 ans ou plus sont décédées en moyenne chaque année des suites d'un cancer.

Le cancer du sein est la première cause de décès par cancer des femmes entre 65 et 79 ans (comme chez celles de 45 à 64 ans). Viennent ensuite les cancers du poumon* et du côlon-rectum, dont les taux de mortalité sont semblables entre 65 et 74 ans.

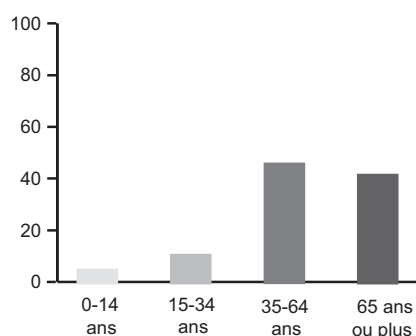
A partir de 80 ans, la mortalité par cancer du côlon-rectum (dont le taux quadruple entre 65 et 80 ans) dépasse celle par cancer du sein.

En Ile-de-France, la mortalité par cancers du sein et du poumon* chez les femmes de 65 ans ou plus est supérieure à celle observée en France. Quant au niveau de mortalité par cancer du côlon-rectum, il est proche de la moyenne nationale.

Les principaux motifs d'admission en affections longue durée

Répartition des admissions en affections de longue durée selon la classe d'âges en Ile-de-France en 1999

En %



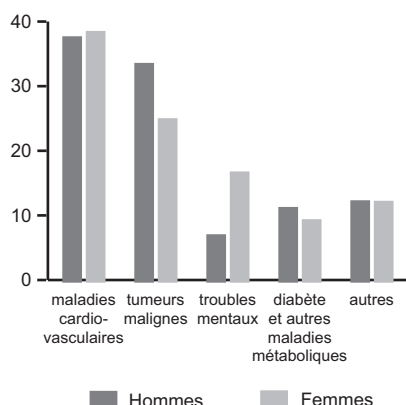
Sources : CNAMTS, MSA, CANAM

Un certain nombre d'affections dites de longue durée (ALD) et reconnues comme telles ouvrent droit au remboursement des soins à 100 % par les organismes de sécurité sociale.

La liste des ALD, établie par décret, rassemble actuellement trente affections ou groupe d'affections.

Principaux motifs d'admission en affections de longue durée chez les 65 ans ou plus, selon le sexe, en Ile-de-France en 1999

En % de l'ensemble des admissions des 65 ans ou plus



Sources : CNAMTS, MSA, CANAM

Prédominance des maladies cardio-vasculaires à partir de 65 ans

Les 65 ans ou plus ne constituent pas la première classe d'âges admise en affections de longue durée (ALD). Avec 41 % des entrées en ALD, ils sont proches des 35-64 ans (45 % d'entrées).

A partir de 65 ans, les maladies cardio-vasculaires constituent, pour les deux sexes, le motif le plus fréquent d'entrée en ALD. Ces affections sont à l'origine d'environ 40 % des entrées pour les hommes comme pour les femmes.

Les tumeurs malignes constituent le deuxième motif d'admission en ALD, avec toutefois une proportion d'entrées supérieure chez les hommes (un tiers contre un quart chez les femmes).

A l'inverse, l'admission en ALD pour cause de pathologies mentales - dont font partie les démences et notamment celle de type maladie d'Alzheimer - concerne plus de femmes (16 %) que d'hommes (7 %).

Concernant le diabète et les autres maladies métaboliques, ces affections sont à l'origine d'environ 10 % des entrées, proportion comparable chez les hommes et chez les femmes.

Ces résultats reflètent les caractéristiques de la population âgée admise en affections longue durée pour trois régimes de sécurité sociale : général, agricole et non-salarié non-agricole. Les régimes spéciaux et particuliers n'en font pas partie.

Il s'agit du nombre annuel moyen de premiers avis favorables d'admission en ALD pendant la période considérée.

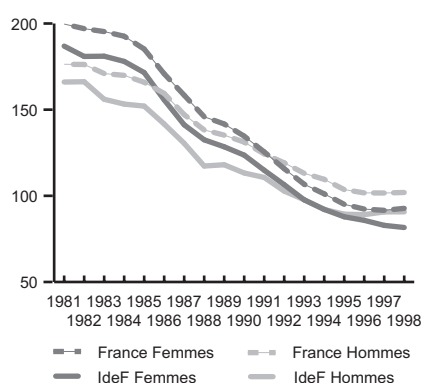
La chute accidentelle

La chute correspond à l'action de tomber au sol indépendamment de sa volonté.

Les chutes provoquées par certains facteurs (perte de connaissance, accident vasculaire cérébral, force extrinsèque majeure tel qu'un accident de la circulation ou une agression) sont exclues de la définition des chutes chez les personnes âgées.

Evolution des taux comparatifs de mortalité par chute accidentelle chez les 65 ans ou plus, selon le sexe, entre 1981 et 1998

Taux lissés sur trois ans pour 100 000 personnes



Sources : INSEE, INSERM CépiDC

... aux conséquences somatiques immédiates ...

On a estimé⁽⁸⁸⁾ qu'il y a eu en France, au cours de l'année 1990, 38 233 cas de fracture de l'extrémité supérieure du fémur chez les sujets de 65 ans ou plus, dont 30 566 chez les femmes (soit une incidence de 606 pour 100 000).

De plus, selon le dernier rapport du Haut comité de la santé publique⁽⁵⁾, "les fractures du fémur et du membre supérieur, [...], sont à l'origine de 91 000 séjours hospitaliers de personnes âgées de plus de 75 ans en France, dont 80 % donnent lieu à une intervention chirurgicale."

Plus d'un sujet sur dix de l'étude dijonnaise ont été hospitalisés à la suite d'une chute, parmi lesquels 24 % ont bénéficié de rééducation, et 9 % d'une période d'alitement prolongée (supérieure à une semaine).

Le syndrome post-chute désigne l'ensemble des modifications psychologiques et comportementales observées chez certains sujets âgés après une chute. La peur de tomber constitue l'élément clé de ce syndrome. Or il n'y a que peu d'études sur la fréquence, l'origine et les conséquences de la peur de tomber chez les personnes âgées. Deux études américaines ont mis en évidence l'existence d'un sentiment de peur de retomber même en l'absence de traumatisme physique grave. Cependant on ignore si ce sentiment est suffisamment fort et durable pour entraîner une restriction prolongée d'activité.

Diminution de moitié du nombre de décès par chute accidentelle des 65 ans ou plus depuis 1981

Avec près de 1 200 décès annuels chez les Franciliens de 65 ans ou plus - soit 91 décès pour 100 000 - la chute accidentelle est la première cause de décès par traumatisme des 65 ans ou plus en Ile-de-France. En éliminant les effets de structure de population, la mortalité francilienne des 65 ans ou plus par chute accidentelle a diminué de 45 % chez les hommes et de 56 % chez les femmes entre 1981 et 1998. Cette baisse est un peu moins marquée en France (respectivement - 42 % et - 53 %).

La chute accidentelle est un événement fréquent chez les 65 ans ou plus ...

Plusieurs enquêtes en population générale indiquent qu'environ **un tiers des sujets de 65 ans ou plus font au moins une chute par an**⁽⁸⁷⁾.

Dans l'étude des 3C (voir encadré), une personne sur cinq a chuté dans l'année. Dans le sous-groupe recruté à Dijon, 60 % des personnes avaient fait une chute dans l'année, 22 % deux, et 18 % plus de deux.

L'étude des 3C ("trois cités"), en cours de réalisation, a pour objet l'évaluation de la relation entre pathologies vasculaires et démence, par le suivi, entre 2001 et 2004, d'une cohorte de 9 693 sujets de 65 ans ou plus vivant à domicile et recrutés dans la population de trois villes françaises : Bordeaux, Dijon et Montpellier. A Dijon, un questionnaire sur les chutes (leurs circonstances et leurs conséquences) plus détaillé que dans les autres villes a été soumis aux personnes ayant chuté dans l'année précédant l'inclusion dans l'étude, d'où les données provisoires présentées dans cette partie.

... avec des séquelles fonctionnelles et psychologiques à long terme

Aux conséquences somatiques immédiates consécutives à une chute peuvent s'ajouter des conséquences indirectes fonctionnelles mais aussi psychologiques (syndrome post-chute), qui peuvent conduire certaines personnes âgées à limiter voire à abandonner leurs activités habituelles.

Un quart des sujets de l'étude dijonnaise ont déclaré avoir réduit leurs déplacements à l'extérieur de la maison suite à l'une de leurs chutes, 11 % à l'intérieur de la maison, 24 % ont réduit leurs activités en général et 16 % ont commencé à utiliser une aide pour marcher.

L'ostéoporose est une maladie généralisée du squelette, caractérisée par une perte osseuse progressive (mesurée en terme de densité minérale osseuse) et par une détérioration de la micro-architecture du tissu osseux, fragilisant celui-ci et entraînant un risque accru de fractures.

En particulier, le risque de fracture du col du fémur, après ajustement sur l'âge, est multiplié par 2,6 pour toute diminution de densité minérale osseuse au niveau du col fémoral égale à une déviation standard. Cependant il y a un recouvrement important des valeurs de densité minérale osseuse des sujets ayant une fracture de l'extrémité supérieure du fémur et des témoins non-fracturés**.*

*En France, chaque année, l'ostéoporose serait ainsi à l'origine de 55 000 fractures de l'extrémité supérieure du fémur, 45 000 fractures du poignet, et autant des vertèbres***.*

Les femmes ménopausées sont particulièrement sujettes à l'ostéoporose car leur taux d'oestrogènes baisse, entraînant l'accélération de la perte osseuse et la fragilisation des os.

* CUMMINGS SR et al., Bone density at various sites for prediction of hip fractures. Lancet 1993 ; 341 : 72-5. (89)

** CUMMINGS SR, Are patients with hip fracture more osteoporotic ? AM J MED 1985 ; 78 : 487-94. (90)

*** Données INSERM.

Le rôle des facteurs de l'environnement et du type d'activité sur le risque de traumatisme lors de chute a été étudié plus précisément dans deux enquêtes prospectives qui ont comparé les circonstances des chutes accompagnées d'une fracture ou autre blessure grave à celles des chutes bénignes.*

Un des résultats les plus intéressants du point de vue de la prévention est que le risque de traumatisme, et notamment celui de fracture de l'extrémité supérieure du fémur, est significativement augmenté en cas de chute sur sol dur (goudron, ciment, pierre, carrelage, parquet).**

* NEVITT MC et al., Risk factors for recurrent nonsyncopal falls : a prospective study. JAMA 1989 ; 261 : 2663-8. (91)

** NEVITT MC et al., Type of fall and risk of hip and wrist fractures : the study of osteoporotic fractures. JAMA 1993 ; 41 : 1226-34. (92)

A partir d'intercorrélations observées entre facteurs sociodémographiques, médicaux, psychologiques et fonctionnels, la population âgée vivant à domicile peut être classée en trois catégories de sujets : les sujets "fragiles", âgés en moyenne de 86 ans, présentent de multiples pathologies et déficiences, tandis que les sujets "intermédiaires" et "vigoureux" ont respectivement 81 et 78 ans en moyenne.(87)*

Toutes ces observations suggèrent que la prévention des traumatismes liés aux chutes doit s'adresser à l'ensemble de la population âgée - tous profils confondus (du sujet "fragile" au sujet "vigoureux") - et tenir compte des plus probables circonstances de chute qui varient selon l'âge, l'état de santé, et le niveau d'activité.

Il conviendrait ainsi d'étendre le programme de prévention et d'organisation des soins 2002-2005, mis en place pour les personnes âgées fragiles, à l'ensemble du public âgé. D'après ce programme, il est possible de réduire l'incapacité liée aux chutes par une évaluation et une prise en charge des facteurs de risque (posture, environnement, troubles visuels...).

Pour prévenir le syndrome post-chute, outre le traitement étiologique et la réadaptation fonctionnelle, une série d'actions complémentaires doivent être proposées pour réassurer la personne, lui permettre de s'adapter à son environnement et à son habitat, lui apprendre à se relever, à bien se chauffer, et enfin à préserver une activité physique.

Des facteurs de protection et d'amortissement du choc lors d'une chute

Certaines études⁽⁸⁷⁾ ont montré qu'outre le rôle de l'ostéoporose sur le risque de fracture, les facteurs conditionnant la rapidité et l'efficacité des réflexes de protection lors de chutes ainsi que les facteurs d'amortissement passif du choc ou les capacités du sol à absorber et dissiper l'énergie de la chute doivent aussi être pris en compte.

Des facteurs environnementaux liés aux circonstances de la chute

La majorité des chutes chez les personnes âgées ont lieu à la maison⁽⁸⁷⁾. Environ 10 % des chutes ont lieu dans les escaliers.

Dans 30 à 50 % des cas, un facteur de l'environnement, tel qu'un mauvais éclairage ou une marche, est impliqué dans la chute.

Plusieurs types de victimes de chutes

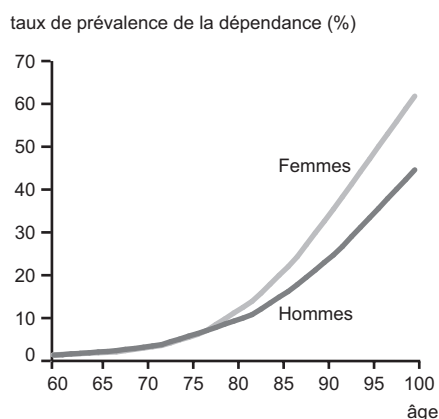
La mise en évidence de nombreux facteurs intrinsèques de chute pourrait conduire à penser que celle-ci est essentiellement un problème chez les sujets très âgés, en mauvaise santé et en mauvaise condition physique. Or, plusieurs études⁽⁸⁷⁾ ont montré que, bien que les sujets âgés "vigoureux" aient moins tendance à chuter, ils ont plus de chance de souffrir d'un traumatisme physique grave que les sujets âgés "fragiles".

La dépendance

La forte augmentation à venir du nombre de personnes âgées en Ile-de-France induit un accroissement du nombre de personnes âgées dépendantes ayant un besoin d'aide et pose la question de leur prise en charge.

Evolution de la dépendance par sexe et âge à partir de l'enquête HID

Pourcentage de personnes classées en équivalent GIR 1 à 4



Source : INSEE - Enquêtes HID

Exploitation DREES

Un besoin d'aide élevé à partir de 80 ans

Une exploitation de l'enquête HID montre que les handicaps ne sont pas spécifiques à une classe d'âges donnée et que leur fréquence augmente progressivement avec l'âge.

Si toutefois il fallait désigner un âge à partir duquel la fréquence des handicaps devient importante, il se situerait vraisemblablement entre 75 et 80 ans.

L'enquête HID montre également qu'après 80 ans, les femmes déclarent plus de handicaps que les hommes, puisque les taux de prévalence de la dépendance (GIR 1 à 4), inférieurs à 10 % jusqu'à 80 ans pour les deux sexes, sont à 85 ans de 15 % chez les hommes et de 20 % chez les femmes. A 90 ans, ils atteignent 23 % chez les hommes et 33 % chez les femmes.

Afin d'évaluer le nombre de personnes âgées dépendantes en Ile-de-France en 2000, et son évolution d'ici 2030, l'Observatoire régional de santé d'Ile-de-France s'est appuyé sur l'exploitation des résultats de l'enquête HID réalisée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du Ministère de la Santé.

L'enquête **Handicaps-Incapacités-Dépendance (HID)**, réalisée par l'INSEE, vise à établir, pour la première fois en France, une estimation du nombre de personnes touchées par les divers types de handicaps - y compris ceux liés aux atteintes de l'âge -, à décrire leur situation sociale, relever l'aide dont elles bénéficient et à permettre une évaluation de celle qui leur serait nécessaire.

Elle comporte quatre volets de collecte : la première et la troisième vague (fin 1998 et fin 2000) concernent les personnes résidant en institutions socio-sanitaires ou psychiatriques, la deuxième et la dernière vague (fin 1999 et fin 2001) concernent les personnes vivant en domicile ordinaire.

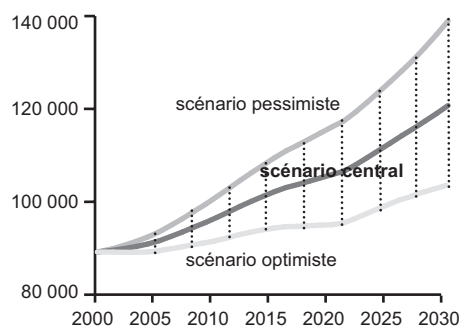
L'enquête a été menée auprès d'un échantillon représentatif de la population française, ce qui lui permet d'apporter des informations sur l'ensemble de la population française.

L'enquête HID n'a pas privilégié un indicateur de dépendance parmi tous ceux qui existent (indicateurs de KATZ, de COLVEZ, EHPA, grille AGGIR, etc.). Les nombreuses questions se rapportant à tous les actes de la vie quotidienne (toilette, habillage, alimentation, hygiène de l'élimination, déplacements, etc.) permettent de reconstruire la plupart des indicateurs "standards" et notamment des équivalents des groupes iso-ressources (GIR) de l'outil AGGIR.

Depuis 1997, la grille AGGIR est la grille nationale d'évaluation de la dépendance. Les personnes sont classées selon six groupes d'incapacité décroissante (GIR 1 à GIR 6). Elle est notamment utilisée dans le cadre des attributions de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) aux personnes âgées de 60 ans ou plus, dès lors que le demandeur relève d'un des quatre premiers GIR (classement en GIR 1, 2, 3 ou 4).

C'est pourquoi par la suite, les personnes relevant des GIR 1 à 4 sont considérées comme dépendantes.

Projections du nombre de Franciliens dépendants de 75 ans ou plus selon trois scénarios, entre 2000 et 2030



Sources : INSEE - enquêtes HID 1998 et 1999 et projections démographiques, BONTOUT O et al. : "Personnes âgées dépendantes et aidants potentiels : une projection à l'horizon 2040" in DREES, Etudes et résultats, n°160, février 2002⁽⁹³⁾. Exploitation ORS Ile-de-France.

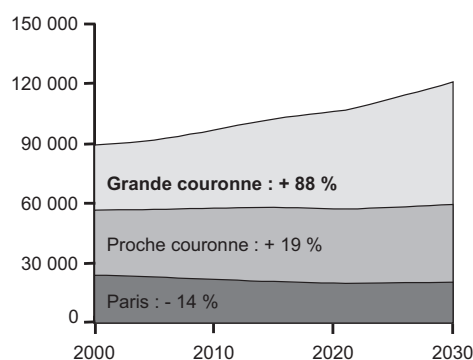
Progression de 35 % du nombre de personnes âgées dépendantes de 75 ans ou plus entre 2000 et 2030 en Ile-de-France

Une exploitation de l'enquête HID permet d'estimer qu'en 2000, 118 000 Franciliens âgés de 60 ans ou plus sont dépendants. Les trois quarts (89 000) sont âgés de 75 ans ou plus.

Selon trois scénarios de baisse plus ou moins marquée de la dépendance retenus pour l'avenir, le nombre de personnes âgées dépendantes de 60 ans ou plus serait compris entre 133 000 et 169 000 en 2030 et celui des 75 ans ou plus entre 103 000 et 139 000.

Dans le scénario central, 121 000 personnes de 75 ans ou plus seraient dépendantes en 2030 et cette hausse serait uniquement due à la progression des plus âgés d'entre eux : les 80 ans ou plus.

Projections du nombre de Franciliens dépendants de 75 ans ou plus entre 2000 et 2030 selon le scénario central



Sources : INSEE - enquêtes HID 1998 et 1999 et projections démographiques, BONTOUT O et al. : "Personnes âgées dépendantes et aidants potentiels : une projection à l'horizon 2040" in DREES, Etudes et résultats, n°160, février 2002⁽⁹³⁾. Exploitation du scénario central par l'ORS Ile-de-France.

Forte hausse en périphérie, baisse à Paris

L'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes de 75 ans ou plus ne va pas être homogène au sein de la région.

Selon le scénario central, en effet, cette population connaîtrait :

- une **baisse de 14 % dans Paris**, où le nombre de personnes dépendantes de 75 ans ou plus pourrait passer au-dessous des 20 000 un peu avant 2020 ;
- une **hausse de 19 % en proche couronne**, où le nombre de personnes dépendantes de 75 ans ou plus devrait s'accroître de 200 environ par an ;
- une **hausse de 88 % en grande couronne**, modérée jusqu'en 2005, puis s'accroissant (près de 30 000 personnes dépendantes de 75 ans ou plus supplémentaires en trente ans).

L'information sur la dépendance est encore incomplète. En particulier, peu d'informations existent sur les tendances récentes concernant la dépendance due à des pathologies mentales.

Toutefois, les résultats de l'enquête HID font clairement apparaître une baisse de la prévalence de la dépendance physique lourde au cours de la décennie 90 au sens du besoin d'aide pour se lever, s'habiller ou se laver.*

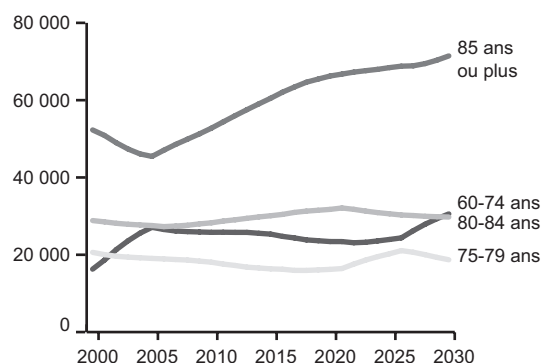
En ce qui concerne la perte d'autonomie mentale, du fait des incertitudes liées au développement de la prise en charge de certaines pathologies psychiques telle la maladie d'Alzheimer, les données disponibles ne permettent pas de définir d'hypothèses précises nécessaires aux projections de personnes âgées dépendantes.

Compte-tenu des problèmes d'information existants, c'est sur la base des évolutions passées observées pour la prévalence du besoin d'aide pour se lever, s'habiller ou se laver que s'est appuyée la DREES du Ministère de l'emploi et de la solidarité pour construire des scénarios de projections.

C'est pourquoi l'ORS a appliqué, aux projections démographiques régionales de la population âgée, les trois scénarios de baisse de la dépendance élaborés par la DREES à partir de l'enquête HID.

** BONTOUT O, COLIN C, KERJOSSE R : "Personnes âgées dépendantes et aidants potentiels : une projection à l'horizon 2040" in DREES, Etudes et résultats, n°160, février 2002⁽⁹³⁾.*

Evolution du nombre de Franciliens dépendants d'après l'enquête HID, par classe d'âges, selon le scénario central, entre 2000 et 2030



Sources : INSEE - enquêtes HID 1998 et 1999 et projections démographiques, BONTOUT O et al. : "Personnes âgées dépendantes et aidants potentiels : une projection à l'horizon 2040" in DREES, Etudes et résultats, n°160, février 2002⁽⁹³⁾.
Exploitation du scénario central par l'ORS Ile-de-France.

En 2000, les 80 ans ou plus représentent 58 % de la population âgée dépendante.

Cette proportion pourrait atteindre 68 % en 2030 dans le cadre du scénario central.

Face au vieillissement de la population dépendante se pose la question de l'adéquation des dispositifs de prise en charge - tant à domicile qu'en établissement - dans les années à venir.

Une hausse concentrée sur les 80 ans ou plus

Ce sont les personnes de 80 ans ou plus qui devraient contribuer majoritairement - voire quasi-exclusivement - à la hausse du nombre de personnes âgées dépendantes d'ici 2030.

En effet, cette classe d'âges présente les taux de dépendance les plus élevés et son effectif devrait beaucoup augmenter.

La progression de la dépendance dans cette classe d'âges est la conjugaison de deux faits :

- une forte augmentation des 80-84 ans, concentrée sur les années 2000-2005, du simple fait que les personnes de cette tranche d'âge, issues des générations creuses nées pendant la première guerre mondiale sont très peu nombreuses en 2000 (environ 125 000, chiffre comparable à l'effectif des Franciliens de 85-89 ans) ; elles seront remplacées au cours des cinq prochaines années par des générations beaucoup plus nombreuses, puisque 283 000 personnes sont âgées de 75-79 ans en 2000 ;
- une augmentation plus modérée des 85 ans ou plus, qui ne débutera qu'après 2005.

Dans le scénario central, alors que l'augmentation globale du nombre de Franciliens dépendants de 60 ans ou plus serait de l'ordre de 28 % à l'horizon 2030,

- le nombre de personnes dépendantes âgées de 80 à 84 ans augmenterait de près de 88 %,
- et celui des 85 ans ou plus de près de 37 %.

La maladie d'Alzheimer

Selon la définition de l'OMS, la démence se caractérise par "une altération progressive de la mémoire et de l'idéation, suffisamment marquée pour handicaper les activités de la vie de tous les jours, apparue depuis au moins six mois et associée à un trouble d'au moins une des fonctions suivantes : langage, calcul, jugement, altération de la pensée abstraite, praxie (adaptation des mouvements aux buts visés), gnosie (reconnaissance d'un objet par l'intermédiaire de l'un des sens) ou modification de la personnalité".

En fonction du processus causal, on distingue les démences dégénératives - qui représentent 60 % de l'ensemble des démences - et les démences non dégénératives.

La maladie d'Alzheimer est la cause la plus fréquente des démences chez le sujet âgé : elle représente environ 45 % des démences et 75 % des démences dégénératives⁽⁹⁴⁾.

Prévalence de la maladie d'Alzheimer selon le sexe et l'âge

En pourcentage de la population totale

Age	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90 ou plus
Hommes	0,6	1,5	1,8	6,3	8,8	17,7
Femmes	0,7	2,3	4,3	8,4	14,2	23,6

Source : DARTIGUES J-F et al., "Epidémiologie de la maladie d'Alzheimer", Médecine/Sciences 2002, 18, pp.737-743⁽⁹⁵⁾

Taux d'incidence de la maladie d'Alzheimer selon le sexe et l'âge

Nombre de nouveaux cas pour 1 000 personnes-années

Age	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90 ou plus
Hommes	0,9	3,0	6,9	14,8	24,2	20,0
Femmes	2,2	3,8	10,3	27,3	41,5	69,7

Source : DARTIGUES J-F et al., "Epidémiologie de la maladie d'Alzheimer", Médecine/Sciences 2002, 18, pp.737-743⁽⁹⁵⁾.

Selon plusieurs études^(95,96), la prévalence* et le taux d'incidence** de la maladie d'Alzheimer augmentent avec l'âge. De plus, d'après les résultats les plus récents de l'étude PAQUID⁽⁹⁶⁾, la prévalence de la maladie d'Alzheimer est estimée à 14,2 % chez les 75 ans ou plus.

En extrapolant l'ensemble de ces résultats aux estimations localisées de population réalisées par l'INSEE pour 2000***, on peut estimer à 600 000 le nombre actuel de Français de 75 ans ou plus atteints de la maladie d'Alzheimer. L'incidence annuelle serait de 107 000 nouveaux cas chez les 65 ans ou plus.

De même, on peut estimer à **85 000 le nombre actuel de Franciliens de 75 ans ou plus atteints de la maladie d'Alzheimer, et à 15 600 le nombre annuel de nouveaux cas parmi les 65 ans ou plus.**

Si aucun progrès n'est fait dans la prévention de cette maladie ou dans la mise au point d'un traitement efficace à court terme, près de 100 000 Franciliens de 75 ans ou plus seraient malades en 2010.

EURODEM est un groupe de recherche qui réunit une cinquantaine de chercheurs de quinze des principaux pays européens. Ces chercheurs mettent en commun leurs données sur les personnes âgées, notamment les résultats de plusieurs études de cohorte réalisées entre 1980 et 1990, ayant une méthodologie comparable. Pour la France, il s'agit de la cohorte PAQUID.

L'étude PAQUID ("Personnes Agées QUID") est une étude épidémiologique en population générale.

Il s'agit d'une cohorte prospective dont l'objectif principal est d'étudier le vieillissement cérébral normal et pathologique après 65 ans.

L'échantillon étudié a été constitué en 1987. Des personnes âgées de 65 ans ou plus, vivant à domicile lors de la constitution de l'échantillon, ont été tirées au sort sur les listes électorales de 75 communes (37 communes de Gironde et 38 de Dordogne). Un total de 3 777 sujets (69 % des sujets sélectionnés) a été inclus : **ces sujets étaient représentatifs de la population générale en terme d'âge et de sexe.**

Les sujets ont été vus initialement en 1988-1989, puis revus, toujours sur leur lieu de résidence, un, trois, cinq, huit et dix ans après en Gironde, trois, cinq, huit et dix ans après en Dordogne.

* Proportion de malades dans une population donnée, à un instant donné.

** Nombre de nouveaux cas de maladie dans une population non-malade par unité de personnes-temps.

*** INSEE - Estimations localisées de population au 1er janvier 2000.

Aspects de la qualité de vie : état nutritionnel et santé bucco-dentaire

La qualité de vie est une notion essentiellement subjective, intégrant, selon les individus, de multiples dimensions, et désignant, en même temps, un état général, global, de satisfaction ou de bien-être, qui peut être appréhendé - dans un premier temps - à l'aide d'indicateurs biomédicaux (comme l'état nutritionnel et la santé bucco-dentaire).

La qualité de vie des personnes âgées dépend notamment de leur état nutritionnel

Or, la dénutrition est le premier facteur d'aggravation de la maladie, quelle qu'elle soit⁽⁹⁷⁾.

Les personnes âgées sont exposées au risque de dénutrition en raison de conditions de vie particulières (isolement, absence d'activité physique, perte d'autonomie, ennui, dépression, maladie chronique). Le risque est aussi multiplié par l'apparition de modifications physiologiques liées à l'âge, qui aboutissent à un manque d'appétit et à une diminution des sensations gustatives.

En France, la fréquence de la dénutrition chez les personnes âgées de 65 ans ou plus est évaluée à 5 %, soit près de 490 000 personnes en 1999⁽⁹⁸⁾. Ce pourcentage augmente fortement, lorsque les personnes âgées vivent en institution ou à l'hôpital. Ainsi une étude réalisée en 1998, auprès de 71 sujets âgés de 65 ans ou plus hospitalisés dans une unité de court séjour gériatrique, a montré que 31 % d'entre eux étaient malnutris, et 49 % "à risque de dénutrition". De plus, une relation a été observée entre le niveau de dénutrition, le degré d'autonomie, les fonctions cognitives et l'existence d'un état anxio-dépressif⁽⁹⁹⁾.

La **dénutrition** se définit comme un déficit de l'apport alimentaire par rapport aux besoins de l'organisme et conduit à une utilisation excessive des réserves stockées dans les tissus. La diminution de l'apport alimentaire est ainsi à l'origine d'une insuffisance d'apport protéique (dénutrition exogène) ou d'un hyper-catabolisme lié par exemple à un cancer ou une infection (dénutrition endogène). Chez le sujet âgé, les deux mécanismes sont souvent impliqués.

La **déshydratation** est aussi un problème fréquent chez les personnes âgées.

Elle a pour origine une diminution de la sensation de soif, d'où une diminution des apports hydriques, d'où une diminution du pouvoir de concentration des urines.

Les conséquences de la dénutrition sont importantes et connues : diminution de la force musculaire avec risque de chute, diminution de l'autonomie, sensibilité accrue aux infections, anémie, risques cutanés, augmentation de la durée des hospitalisations. La dénutrition augmente de deux à six fois la morbidité infectieuse et multiplie de deux à quatre fois le risque de mortalité⁽¹⁰¹⁾.

Malgré cela, la dénutrition est faiblement identifiée et peu traitée chez les sujets âgés, bien que la perte de poids soit un indicateur de repérage aisé de la personne à risque, tout comme un mauvais état de santé bucco-dentaire.

L'objectif de l'étude réalisée en 1998 était d'apprécier le statut nutritionnel de patients âgés hospitalisés en unité de court séjour gériatrique à l'aide d'une échelle standardisée : le Mini Nutritional Assessment (MNA), et de rechercher des éléments cliniques et biologiques simples pouvant être associés à la dénutrition protéino-énergétique.

Le MNA permet d'individualiser trois sous-groupes de patients : les dénutris, les sujets "à risque de dénutrition" et ceux à l'état nutritionnel satisfaisant.

Prévenir la dénutrition ?

En terme de prévention primaire, les experts recommandent d'encourager le portage de repas à domicile ainsi qu'une meilleure prise en charge des soins et prothèses dentaires.

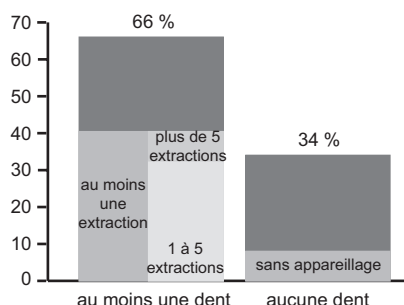
La dénutrition acquise en milieu institutionnel ou à l'hôpital peut être prévenue par une amélioration de la qualité, de la présentation et de la convivialité des repas.

Quand la dénutrition est avérée, prescrire des compléments nutritionnels peut être un élément utile, mais non exclusif de la "re-nutrition". De plus, les régimes d'exclusion ne sont pas recommandés chez la personne âgée de 80 ans ou plus.

La mesure des problèmes de santé bucco-dentaire d'une population se fait usuellement en recourant à l'indice CAO.
 Pour une population donnée, cet indice exprime le nombre moyen de dents Cariées, Absentes pour cause de carie et Obturées définitivement.
 L'indice CAO augmente avec l'âge.

Besoin en extraction et en appareillage des résidents d'EHPAD en Essonne en 2000, selon le nombre de dents restant

En %



Source : "Etat de santé bucco-dentaire des personnes âgées en établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes en Essonne", service médical de l'Assurance Maladie de l'Essonne⁽¹⁰⁰⁾.

En 2001-2002, le service médical de l'Assurance Maladie de l'Essonne a dressé un état des lieux de la santé bucco-dentaire de la population âgée accueillie dans les 41 établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD). Les besoins en soins bucco-dentaires ont été évalués à partir de l'examen clinique de 308 personnes.

Un état de santé bucco-dentaire préoccupant

Il n'existe pas d'enquêtes épidémiologiques nationales récentes sur l'état de santé bucco-dentaire des adultes.

En 1993, une étude menée sur un échantillon représentatif de la population nationale des adultes de 65-74 ans a mis en évidence une édentation totale pour 16,3 % d'entre eux et un CAO moyen de $23,3 \pm 7,4$.

Plus récemment, une étude réalisée dans les établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD) de l'Essonne⁽¹⁰⁰⁾ montre qu'un tiers des résidents ne possèdent plus de dents.

Parmi les pensionnaires avec au moins une dent, plus des deux tiers présentent au moins une dent cariée.

Ainsi, sur l'ensemble de la population étudiée, il reste en moyenne 8,3 dents par sujet, dont 4,1 dents saines.

Concernant les pensionnaires ayant au moins une dent, 60 % nécessitent au moins une extraction (2,6 dents sont à extraire en moyenne), plus de la moitié nécessitent un détartrage et un tiers des soins conservateurs.

Un quart des résidents sans dent ne sont pas appareillés.

Si l'on tient compte de l'ensemble de ces besoins, deux personnes sur trois ont au moins un besoin en soins bucco-dentaires.

Développer la prévention pour maintenir la qualité de vie des personnes âgées

Prévenir les situations pathologiques particulièrement fréquentes chez les personnes âgées constitue l'une des réponses au maintien de leur qualité de vie.

L'identification des facteurs - physiologiques ou externes - à l'origine des maladies cardio-vasculaires (premier motif d'admission en ALD des 65 ans ou plus et première cause de décès des 75 ans ou plus), de l'ostéoporose chez la femme âgée (à l'origine de nombreuses fractures), des pathologies mentales (dont la maladie d'Alzheimer) et de la dénutrition constitue l'enjeu majeur pour préserver la mobilité et l'indépendance des individus, éléments essentiels de la qualité de vie.

L'offre de prise en charge en services à domicile

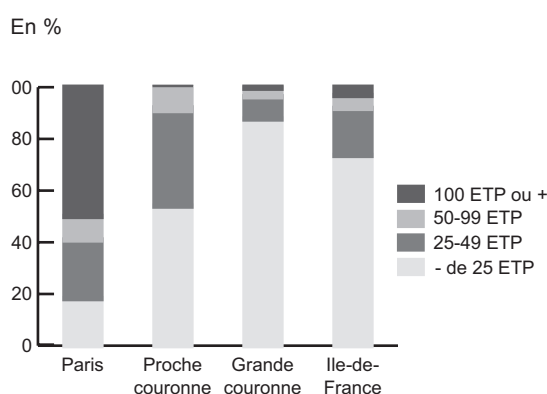
En cas de difficultés dans la réalisation des actes de la vie quotidienne, le maintien de la personne âgée dans son cadre de vie n'est rendu possible que par l'intervention de concours extérieurs, qu'il s'agisse d'aide informelle apportée par l'entourage - et surtout la famille - ou d'aide professionnelle. De nombreux métiers et services relèvent actuellement de l'aide professionnelle à domicile.

De nature, de statuts et de modes de financement très divers, les services professionnels viennent souvent compléter une prise en charge familiale, voire s'y substituer.

Le maintien à domicile des personnes âgées repose sur deux dispositifs :

- l'aide à domicile, qui englobe toutes sortes de prestation ; celle d'aide ménagère intéresse plus particulièrement les personnes âgées ; l'aide ménagère a pour mission d'accomplir un travail matériel, moral et social contribuant au maintien à domicile de la personne âgée (entretien courant du logement, courses, repassage, préparation des repas et toutes tâches domestiques) ;
- les soins à domicile, réalisés par des infirmières libérales ou des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD). Ces derniers délivrent, sur prescription médicale, aux personnes malades ou dépendantes, les soins infirmiers médico-techniques ou d'hygiène assurés par des professionnels infirmiers et aides-soignants, ou d'autres soins relevant d'autres auxiliaires médicaux (pédicure par exemple).

Répartition des services d'aide à domicile, selon le nombre d'employés en équivalent temps plein, en Ile-de-France en 2002



Source : ORS Ile-de-France

Ces résultats s'appuient sur le recensement réalisé par l'ORS en 2002, qui portait sur tous les services d'aide à domicile proposant des aides ménagères dans un cadre prestataire*, et pouvant donner lieu à une prise en charge financière par la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) et/ou leur département. Dans ce cadre, 426 services d'aide à domicile ont été recensés en Ile-de-France.

* La personne âgée bénéficie d'une aide ménagère employée par le service d'aide à domicile auquel elle s'est adressée.

Des services d'aide à domicile sous-dimensionnés

La première condition pour pouvoir bénéficier d'une prestation d'aide ménagère est qu'un service intervienne sur sa commune de résidence. En effet, chaque service d'aide ménagère se caractérise par une zone d'intervention géographique qui n'est pas réglementée (à la différence de celle des services de soins infirmiers à domicile).

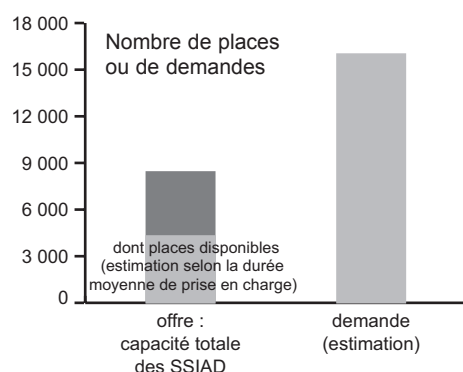
Malgré le fait que les services d'aide à domicile recensés puissent intervenir sur la quasi-totalité des communes franciliennes (seules sept communes n'étaient pas encore desservies par un tel service en 2002), le manque de personnel soignant réduit considérablement leur champ d'action. En effet, ces services emploient en majorité moins de vingt-cinq personnes en équivalent temps plein (ETP).⁽¹⁰¹⁾

Cependant des disparités inter-départementales existent entre le centre francilien, qui concentre les plus grands services (la moitié des services parisiens emploient cent personnes ou plus en ETP), et la grande couronne, où plus de 85 % des services disposent de moins de vingt-cinq employés en ETP.

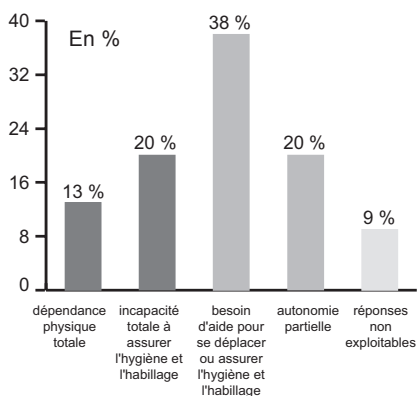
Offre en SSIAD : population des 75 ans ou plus concernée, en Ile-de-France en 2002

	nbre* de communes par département	nbre* de communes desservies	nbre* de communes non-desservies	% de la population de 75 ans ou plus concernée
75	20	20	0	100 %
92	36	35	1	97,5 %
93	40	33	7	83,4 %
94	47	47	0	100 %
77	514	497	17	98,2 %
78	262	239	23	92,1 %
91	196	192	4	96,1 %
95	185	173	12	98,0 %
IdF	1 300	1 236	64	96,4 %

Sources : CRAM Ile-de-France - "Les services de soins infirmiers à domicile pour personnes âgées en Ile-de-France. Bilan au 31-12-2002", INSEE ⁽¹⁰²⁾ - RP 1999.

Offre et demande en SSIAD en Ile-de-France en 2000

Sources : "Recours aux Services de Soins Infirmiers à Domicile Franciliens", UFASSAD, URHIF, URIOPSS et FEHAP Ile-de-France, 2001 ⁽¹⁰⁵⁾. DRASS/DREES, STATISS 2001 Les régions françaises, 2001, pp.36-37.

Répartition des demandeurs de places en SSIAD selon leur niveau d'incapacité en Ile-de-France en 1999

Source : "Recours aux Services de Soins Infirmiers à Domicile Franciliens", UFASSAD, URHIF, URIOPSS et FEHAP Ile-de-France, 2001 ⁽¹⁰⁵⁾.

En théorie, 96 % des Franciliens de 75 ans ou plus ont accès à un SSIAD ...

Les 1 236 communes* franciliennes où peuvent intervenir les SSIAD rassemblent 96,4 % de la population francilienne âgée de 75 ans ou plus. Ces Franciliens ont donc la possibilité de recourir à ce type de service, *sous réserve de places disponibles au sein du SSIAD concerné.*

... mais, de fait, il existe un très fort sous-équipement en SSIAD

En Ile-de-France, une étude de la DRASS réalisée en 1996 auprès des bénéficiaires de soins infirmiers à domicile, permet de situer à plus de deux ans la durée moyenne de prise en charge.

Compte-tenu de cette durée et de la capacité régionale (8 427 places au 1er janvier 2000) ⁽¹⁰³⁾, la capacité annuelle "disponible" en SSIAD peut être estimée à un peu plus de 4 000 places en 2000. Ce chiffre est à rapprocher du nombre estimé de demandeurs franciliens pour cette même année : environ 16 000. Ainsi, *une demande a une chance sur quatre d'être satisfaite.*

Dans les faits, près de 4 500 demandes ont été acceptées en 2000, ce qui représente un taux d'acceptation de 28 %.

Deux tiers des refus sont motivés par l'absence de places dans le service. Une orientation est proposée à plus de 80 % des refusés, le plus souvent vers l'aide à domicile et le secteur infirmier libéral**.

Bien que la notion de "place" en SSIAD et en établissement recouvre deux réalités différentes - l'opportunité de bénéficier de soins à domicile pour les SSIAD, un lit pour les établissements - elle rend compte d'un même fonctionnement au niveau financier : les frais afférents aux SSIAD et aux lits "médicalisés" (sections de cure médicale) des établissements sont pris en charge par l'assurance maladie sous forme d'un forfait global annuel.

Un tiers des demandeurs sont très dépendants

Près de 80 % des demandeurs franciliens ont plus de 75 ans (âge moyen : 80-82 ans pour les hommes, 84-85 ans pour les femmes). ⁽¹⁰⁴⁾

- De plus, 13 % des demandeurs présentaient une dépendance physique totale ;

- 20 % des personnes avaient une incapacité totale à assurer l'hygiène et l'habillement (de plus une aide leur est souvent nécessaire pour se déplacer) ;

- 38 % des personnes avaient besoin d'aide pour se déplacer ou assurer l'hygiène et l'habillement ;

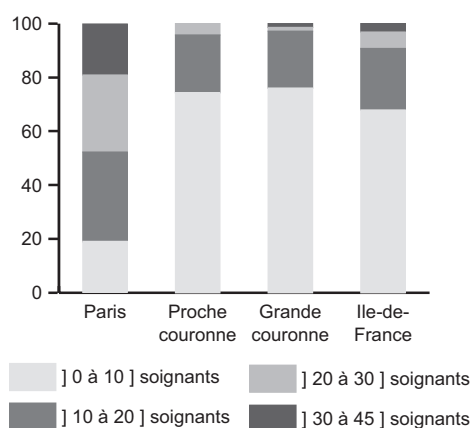
- 20 % des personnes étaient partiellement autonomes.

* ou arrondissements pour Paris

** L'activité des infirmières libérales étant difficilement quantifiable en terme de "places", seule l'activité des SSIAD a été prise en compte dans la présentation des soins à domicile.

Répartition des SSIAD, selon le nombre de soignants salariés (infirmières et aides soignantes confondues) en équivalent temps plein, en Ile-de-France en 2002

En %



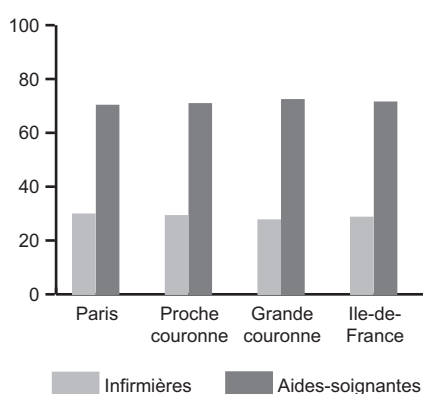
Source : ORS Ile-de-France

Ces résultats s'appuient sur les déclarations des 167 SSIAD recueillies lors de l'enquête effectuée par l'Observatoire Régional de Santé d'Ile-de-France en 2002. Obtenus à partir des 162 questionnaires exploitables (97 % des services interrogés), ils ne tiennent pas compte du nombre, en équivalent temps plein, d'infirmières chargées de la coordination du SSIAD.

Le personnel soignant considéré est ainsi composé du nombre, en équivalent temps plein, d'infirmières qui dispensent effectivement des soins à domicile ainsi que de celui des aides-soignantes.

Répartition du personnel salarié dans les SSIAD franciliens, selon le type de soignant, en 2002

En %



Source : ORS Ile-de-France

Peu de soignants ...

En ce qui concerne le personnel des SSIAD qui dispense les soins à domicile, ces services sont majoritairement de petite taille : plus des deux tiers déclarent employer, au maximum, dix soignants salariés en équivalent temps plein⁽¹⁰¹⁾.

Cependant de fortes disparités départementales sont observées entre Paris et les autres départements franciliens :

- Paris concentre les plus grands services. Plus de 80 % d'entre eux déclarent employer chacun plus de dix soignants.

- En proche couronne, comme en grande couronne, ce sont les services employant dix soignants au plus qui sont majoritaires (trois sur quatre environ). Moins de 5 % en emploient plus de vingt.

... et surtout des aides-soignantes

Afin d'apprécier le degré de professionnalisation des SSIAD franciliens, le nombre d'infirmières employées en équivalent temps plein (hors infirmière coordinatrice) a été rapproché du nombre d'aides-soignantes salariées en équivalent temps plein⁽¹⁰¹⁾.

Le rôle des aides-soignantes apparaît comme prépondérant puisqu'elles représentent 71,4 % du personnel soignant. Ainsi les soins sont dispensés en grande majorité par des aides-soignantes.

Face à un personnel réduit et constitué en majorité d'aides-soignantes se pose la question de la professionnalisation de ces services par rapport à une forte demande en soins - notamment en soins de toilette - de la part d'une population de plus en plus âgée et de plus en plus dépendante.

En effet, d'après l'enquête HID, le besoin d'aide à la toilette touche 71 % des Français dépendants de 60 ans ou plus vivant à domicile, et d'après une étude régionale⁽¹⁰⁴⁾, 94 % des demandes adressées aux SSIAD franciliens en 1999 concernaient des soins de toilette. Or un décret est venu rappeler en 2002 que la toilette "demeurait, par principe, de la compétence de l'infirmière".*

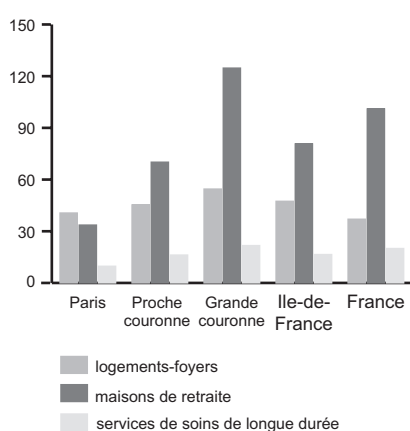
* Décret n°2002-410 et arrêté du 26 mars 2002.

L'offre de prise en charge en établissement d'hébergement

Avec l'avancée en âge et l'augmentation des incapacités, lorsque le maintien à domicile n'est plus possible ou souhaité, la personne âgée peut être accueillie dans un établissement d'hébergement et/ou de soins.

Taux d'équipement en 2001, selon le type de structures d'hébergement

Nombre de places ou de lits pour 1000 personnes de 75 ans ou plus



Sources : ORS Ile-de-France, INSEE

Le principe des logements-foyers est d'offrir des locaux d'habitation autonomes de type studio (plus rarement F2 ou F3) assortis d'équipements ou de services collectifs dont l'usage est facultatif. Les maisons de retraite offrent un ensemble de prestations comprenant à la fois le logement, les repas et des services spécifiques.

Les services de soins de longue durée sont des services hospitaliers qui accueillent - sur critères médicaux - des personnes ayant perdu leur autonomie de vie et nécessitant une surveillance médicale constante.

Une population essentiellement féminine, très âgée et dépendante

En Ile-de-France, la population accueillie en services de soins de longue durée et en maisons de retraite est essentiellement féminine, très âgée et sans conjoint^(105,106).

Les personnes hospitalisées en soins de longue durée sont plus dépendantes (76,2 % de GIR 1-2, 94,5 % de GIR 1-4) que les résidents des maisons de retraite (50,4 % de GIR 1-2, 81,6 % de GIR 1-4)^(106,107).

Les incapacités augmentant avec l'âge, ces proportions progressent légèrement chez les personnes de 75 ans ou plus qui représentent entre 80 et 85 % des personnes accueillies.

Un sous-équipement régional

Avec un taux d'équipement global de 145 places pour 1000 personnes de 75 ans ou plus en 2001, l'Ile-de-France se situe en deçà du niveau national (158 places)^(103,104).

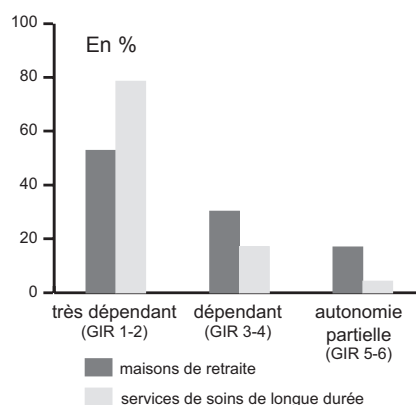
Les différences entre départements sont très nettes :

- avec 84 places pour 1000 personnes âgées de 75 ans ou plus, Paris reste très en retrait de la moyenne nationale ;
- les départements de proche couronne se situent un peu en deçà du niveau régional offrant de 116 à 141 places ;
- quant aux départements de grande couronne, ils se situent bien au-dessus de la moyenne nationale, offrant de 195 à 209 places.

L'Ile-de-France est une des régions les mieux pourvues en logements-foyers : 47 places pour 1000 personnes âgées de 75 ans ou plus, contre 37 en moyenne en France^(103,104) en 2001.

En revanche, le taux d'équipement en maisons de retraite demeure très faible (81 places contre 101 en France)^(103,104).

Répartition des personnes de 75 ans ou plus accueillies en maisons de retraite et en services de soins de longue durée, selon leur niveau de dépendance, en Ile-de-France, en 2000



Sources : Les Enquêtes AGGIR-Morbidité-Soins (AMS), DRASS, Service Etudes et Statistiques, mars 2001 et novembre 2002.

Face à une population féminine très âgée et dépendante se pose la question de l'adéquation de l'offre régionale de prise en charge institutionnelle, au demeurant en sous équipement par rapport au niveau national.

L'offre régionale de prise en charge de la dépendance

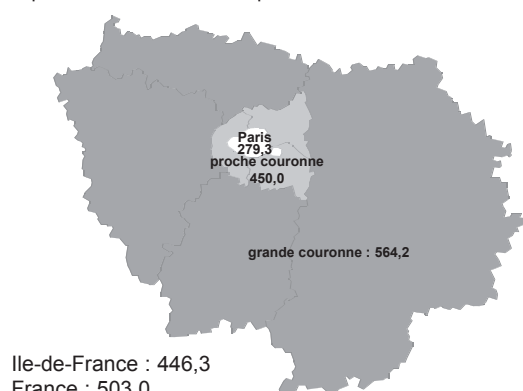
L'offre régionale de prise en charge de la dépendance des personnes âgées s'appuie :

- à domicile, sur les places des services de soins infirmiers à domicile ;
- en établissement, sur les sections de cure médicale* (SCM) des logements-foyers et des maisons de retraite, les places des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et les lits hospitaliers des services de soins de longue durée.

* Afin de s'adapter aux besoins en soins de la population âgée, les maisons de retraite et les logements-foyers peuvent comporter une section de cure médicale. Celle-ci permet au résident de bénéficier sur place de soins pris en charge par l'assurance maladie.

Taux d'équipement pour la prise en charge de la dépendance, en Ile-de-France, en 2001

Nombre de places ou de lits pour 1000 personnes dépendantes de 75 ans ou plus



- ☐ taux d'équipement inférieur au niveau régional
- ☐ taux d'équipement proche du niveau régional
- ☐ taux d'équipement supérieur au niveau national

Sources : ORS Ile-de-France, CRAM Ile-de-France, DRASS Ile-de-France, DREES, INSEE - ELP 2000

En 2001, la Fondation Médéric Alzheimer a confié aux observatoires régionaux de santé la réalisation d'un recueil d'informations sur les **dispositifs spécifiques de prise en charge de la maladie d'Alzheimer**.

Les résultats qui suivent sont directement issus de ce recueil :

- A domicile, **peu de dispositifs de jour spécifiques** ont été identifiés : 23 accueils de jour et 18 hôpitaux de jour de suivi.

Paris compte un seul accueil de jour et 8 hôpitaux de jour, la proche couronne 8 accueils de jour (aucun en Seine-Saint-Denis) et 5 hôpitaux de jour, la grande couronne 14 accueils de jour (aucun en Seine-et-Marne) et 5 hôpitaux de jour (aucun en Seine-et-Marne et dans les Yvelines).

- Globalement, en Ile-de-France, **plus d'un établissement d'hébergement sur trois déclarent accueillir les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer**.

Deux tiers des maisons de retraite franciliennes accueillent les malades Alzheimer : à Paris, cette proportion est de 53 %, alors qu'elle avoisine les 72 % en proche et en grande couronne.

Tous les services de soins de longue durée franciliens accueillent les malades Alzheimer, et seulement 2,3 % des logements-foyers.

Un sous-équipement régional

Avec un taux d'équipement global de 446,3 places pour 1000 personnes dépendantes de 75 ans ou plus, l'Ile-de-France est en retrait du niveau national (503 places pour 1000 en 2001).

Cette proportion recouvre deux réalités distinctes :

- pour l'offre à domicile, de faibles disparités intra-régionales avec des taux compris entre 95,5 places pour 1000 personnes dépendantes de 75 ans ou plus (proche couronne) et 97,3 (Paris) ;

- pour l'offre en établissement, d'importantes disparités intra-régionales, la périphérie étant globalement beaucoup mieux équipée que le centre de la région : Paris "intra-muros" dispose de 182 places médicalisées pour 1000 personnes dépendantes de 75 ans ou plus, alors que l'offre atteint 467 places pour 1000 en grande couronne.

Ainsi, l'offre régionale de prise en charge de la dépendance se situe en deçà de la moyenne nationale et se caractérise par d'importantes disparités internes.

Pour maintenir l'offre à son niveau actuel, dans le cadre des trois scénarios de baisse de la dépendance envisagés précédemment, la région devrait disposer de 6 000 à 22 000 places supplémentaires en 2030 (dont 1 400 à 4 700 places à domicile), ce qui suppose une croissance annuelle comprise entre 0,5 % et 1,5 % pendant trente ans. C'est le minimum pour maintenir l'offre globale (à domicile et en établissement) à un niveau simplement comparable à celui d'aujourd'hui⁽¹⁰¹⁾.

La décision de création ou d'extension d'un service de soins infirmiers à domicile, qui s'appuie sur les besoins (effectifs de la population concernée) et l'offre médicalisée déjà présente, peut expliquer - pour partie - les disparités observées entre taux d'équipement médicalisé à domicile et en établissement selon les départements.

Pour autant, tous les professionnels du secteur, comme les personnes âgées et leur famille lorsqu'elles doivent mettre en oeuvre un plan d'aide à domicile ou intégrer une maison de retraite adaptée à leurs besoins, se heurtent à l'insuffisance de l'offre régionale, notamment dans le centre de la région, et plus particulièrement en services de soins infirmiers à domicile.

Synthèse et propositions

Dresser le portrait de la santé des habitants d'une région qui en compte onze millions est un exercice ambitieux mais difficile et forcément incomplet, donc frustrant pour les auteurs et probablement aussi pour le lecteur.

En effet, les indicateurs de santé sont de plus en plus nombreux mais dispersés entre un nombre considérable d'organismes. L'éclairage que chacun apporte sur tel ou tel aspect de la santé appelle souvent autant de questions qu'il apporte de réponses. De même, si le niveau régional s'avère pertinent pour décrire la santé d'une population, l'explication et la compréhension de certains résultats impliquent souvent de descendre à un niveau territorial plus fin tel que le département ou la commune, voire même le quartier.

Malgré ces difficultés et les interrogations qui demeurent, certains résultats importants ressortent de ce panorama.

Ils peuvent être résumés en quatre parties distinctes :

- 1) la situation économique contrastée de l'Ile-de-France,*
- 2) la santé des Franciliens considérée à travers les données de mortalité,*
- 3) les autres problèmes de santé particulièrement prévalents en Ile-de-France,*
- 4) les fortes inégalités géographiques dans la région,*
- 5) les personnes âgées, une population fragile en augmentation.*

Cette synthèse se termine par quelques propositions que les auteurs ont jugées prioritaires afin d'améliorer la santé du plus grand nombre de Franciliens.

1) L'Ile-de-France, région riche mais contrastée

L'Ile-de-France : une situation économique globalement favorable

- La région francilienne réalise, avec moins d'un cinquième de la population de France métropolitaine, 28 % du Produit intérieur brut grâce notamment à une activité tertiaire très développée.
- Le revenu annuel par foyer fiscal est plus élevé que sur l'ensemble du territoire : en moyenne 18 850 euros contre 14 635 en France métropolitaine.
- Dans 18,3 % des ménages franciliens, la personne de référence est de statut cadre contre 9,6 % en France métropolitaine.
- L'Ile-de-France est une région jeune : 83,4 % des Franciliens ont moins de 60 ans contre 78,7 % en France métropolitaine. Avec un taux de fécondité de 1,9 enfant par femme, elle se situe à la quatrième place des régions les plus fécondes.

... mais des disparités socio-économiques prononcées

- La région concentre des populations de très bas revenus qui cumulent difficultés sociales et économiques. Ainsi, 1 300 000 personnes habitent des zones urbaines sensibles dans lesquelles près de la moitié des ménages sont composés d'une personne de référence occupant un emploi d'ouvrier ou d'employé contre 30 % en moyenne sur le territoire français. Inversement, un quart des Franciliens réside dans des communes où les ménages à hauts revenus sont largement sur-représentés.
- Les zones les plus défavorisées sont concentrées dans le nord-est parisien et dans la partie est de la proche couronne, surtout en Seine-Saint-Denis où le niveau de revenu moyen par habitant est inférieur de 59 % au niveau le plus haut enregistré à Paris et où les proportions de foyers non imposables, au chômage, touchant le RMI ou occupant un emploi précaire sont les plus élevées. Les zones défavorisées concernent aussi la partie sud du Val-d'Oise, le nord du Val-de-Marne et l'extrême nord des Hauts-de-Seine ainsi que certaines communes des villes nouvelles situées dans les départements de la grande couronne. Ces disparités socio-économiques peuvent être également très marquées à un niveau infra-communal.

... qui s'accroissent géographiquement

- Les inégalités socio-économiques se sont accentuées au sein de la région, aggravant les disparités géographiques. Ainsi, le département de Seine-Saint-Denis s'oppose de plus en plus au groupe "aisé" formé par Paris, les Hauts-de-Seine et les Yvelines. Le revenu net après impôt a chuté de 6,3 % en Seine-Saint-Denis entre 1984 et 1998 alors qu'il a progressé de 23 % à Paris.
- Ces écarts, qui se creusent entre les recensements de 1990 et 1999, s'accompagnent :
 - d'une augmentation du nombre de familles monoparentales qui sont plus souvent des familles socio-économiquement fragiles,
 - d'un processus de concentration, sur des territoires où elle était déjà présente, d'une population de nationalité étrangère qui cumule davantage de difficultés socio-économiques, accentuant la polarisation géographique des disparités sociales et économiques.

2) Une faible mortalité, mais des décès prématurés encore trop nombreux

- La santé des Franciliens, considérée à travers les statistiques de mortalité, apparaît globalement favorable. En effet, la baisse de la mortalité générale est régulière dans la région depuis plusieurs décennies. Cette baisse est légèrement plus marquée qu'au niveau national, de sorte qu'aujourd'hui, l'Ile-de-France fait partie des régions françaises où l'on vit le plus longtemps. En 1999, l'espérance de vie d'un homme est de 76,3 ans en Ile-de-France contre 75,1 ans en France métropolitaine. L'écart est, certes, moins marqué entre les Franciliennes - qui peuvent espérer vivre 83 ans - et le niveau national (82,5 ans). Il convient toutefois de rappeler que dans les comparaisons internationales, les Françaises ont l'espérance de vie la plus longue après les Japonaises.
- La situation est moins favorable si l'on considère la mortalité prématurée (mortalité des moins de 65 ans), puisque l'Ile-de-France se situe un peu en dessous de la moyenne nationale pour les hommes et simplement dans la moyenne nationale pour les femmes. Or, malgré une forte baisse depuis vingt ans, la mortalité prématurée en France se situe au-dessus du niveau de celle observée dans la plupart des pays européens, notamment chez les hommes.
- Faible mortalité générale, mais mortalité prématurée relativement élevée, cette situation paradoxale qui caractérise la France trouve son explication dans une analyse des causes de décès et de leur évolution. La France se distingue en effet des pays de développement comparable par un très faible niveau de mortalité par maladies cardio-vasculaires, notamment chez les personnes âgées, ce qui explique en grande partie la longue espérance de vie des Français.
A l'inverse, certains cancers, les suicides, les accidents, le VIH/sida, autant de causes de décès qui pourraient être diminuées par une modification des comportements individuels (consommation d'alcool et de tabac, par exemple) ou par une amélioration du système de santé (dépistage du cancer du sein) demeurent élevés en France et, parce qu'ils concernent dans une grande proportion des personnes âgées de moins de 65 ans, pèsent sur le niveau de la mortalité prématurée.
- L'Ile-de-France ne se démarque pas beaucoup de la moyenne nationale sinon par une moindre mortalité accidentelle et, a contrario, une mortalité chez les femmes par cancer du sein et par cancer du poumon élevée. Concernant le sida, la région a été fortement touchée par l'épidémie au début des années 1990, mais les décès par sida sont en forte régression depuis 1996.
- Chaque année en Ile-de-France, environ 19 000 décès (20 % du total) surviennent chez des personnes âgées de moins de 65 ans, dont 12 800 hommes (29 %) et 6 200 femmes (12 %). Ces chiffres illustrent bien la forte surmortalité masculine avant 65 ans.
- Les cancers, première cause de mortalité prématurée, représentent 36,4 % des décès prématurés masculins en Ile-de-France (36,6 % en France métropolitaine) et 44,7 % des décès prématurés féminins (43,9 % en France). Chez les femmes, le cancer du sein est le plus fréquent et représente, à lui-seul, 13 % des décès de moins de 65 ans. Chez les hommes, le cancer du poumon représente 10,6 % des décès prématurés.

Accidents, tabac et alcool pèsent lourdement sur la mortalité prématurée

- Une grande partie des décès prématurés pourrait être évitée par une modification de certains comportements individuels. Les consommations d'alcool et de tabac sont les principaux facteurs identifiés de mortalité prématurée mais d'autres comportements individuels préjudiciables à la santé, qui ont une importance singulière ou qui se développent en Ile-de-France, ont pu aussi être relevés dans le cadre de ce panorama.
- Les consommations d'alcool et de tabac pèsent lourdement dans la mortalité prématurée : 26 % des 12 800 décès prématurés masculins et 10 % des 6 200 décès prématurés féminins enregistrés chaque année dans la région leur sont attribuables.
- Alors que la mortalité par cancer du poumon en Ile-de-France commence à reculer chez les hommes, elle augmente fortement chez les femmes, conséquence de l'accroissement du tabagisme féminin au cours des décennies précédentes. De plus, les consommations importantes d'alcool et surtout de tabac, qui ne fléchissent pas notablement chez les jeunes, augurent mal d'une réduction de la mortalité attribuable à ces facteurs.
- Une augmentation préoccupante des polyconsommations, notamment celles qui associent les consommations régulières d'alcool, de tabac et de cannabis, est observée en France comme en Ile-de-France. Elles seraient dans la région davantage qu'ailleurs, associées à d'autres conduites à risque telles que la violence agie (envers soi-même ou les autres) et la violence subie, aux accidents, à la non-utilisation du préservatif lors du premier rapport sexuel, à la non-utilisation de la pilule, etc. De plus, que ce soit pour les consommations de substances psycho-actives ou pour les autres conduites à risque, les écarts entre garçons et filles sont, en Ile-de-France, moindres qu'en province.
- Les décès accidentels et les suicides restent des causes majeures de décès chez les jeunes, malgré la diminution des taux au cours des deux précédentes décennies et une situation francilienne qui apparaît moins mauvaise qu'au niveau national (moindre mortalité accidentelle liée à une urbanisation dense qui limite les excès de vitesse et sous-mortalité par suicide à considérer avec prudence en raison d'une mauvaise déclaration de ces décès dans la région).

3) Souffrance psychique, santé mentale, surpoids et obésité, comportements de prévention, impact de l'environnement sur la santé, autant d'aspects préoccupants de la santé des Franciliens

- Chez les jeunes, les tentatives de suicide ont fortement augmenté en Ile-de-France, témoignant d'une souffrance psychique particulièrement aiguë. Sans surprise, cette souffrance semble bien plus prononcée parmi les jeunes rencontrés dans des dispositifs spécifiques, par exemple ceux relevant de la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) ou ceux engagés dans un cursus d'insertion professionnelle. Ainsi, la prévalence des tentatives de suicide déclarées par les jeunes filles de la PJJ avoisine 50 %. De plus, les maltraitances (en particulier sexuelles) durant l'enfance jouent un rôle particulièrement important dans cette souffrance et la violence exercée envers soi-même.
- Sans que l'on puisse affirmer avec certitude qu'il existe une pathologie psychiatrique plus importante en Ile-de-France - étant donnée la carence de statistiques dans ce domaine - plusieurs éléments retiennent l'attention : la place très importante de la pathologie psychiatrique dans les ALD (c'est l'ALD la plus fréquente, et de loin, chez les 15-24 ans et les 25-44 ans). De plus, la seule enquête régionale réalisée il y a plus de 10 ans montrait des prévalences de pathologies anxieuses et dépressives particulièrement élevées avec un fort gradient géographique : ces pathologies semblaient particulièrement importantes dans Paris et décroître en périphérie.
- L'augmentation très récente et importante de la prévalence du surpoids et de l'obésité, surtout perceptible chez les jeunes, est particulièrement préoccupante. La prévalence de cette affection est fortement corrélée au mode de vie des personnes. C'est en effet dans les zones les plus urbanisées, et au sein des zones d'éducation prioritaire (ZEP), que la prévalence de la surcharge pondérale est la plus élevée, ce qui laisse prévoir un accroissement important de celle-ci en Ile-de-France, avec la cohorte de problèmes de santé qui sont liés à l'obésité.
- Un relâchement des comportements de prévention en matière de VIH/Sida et un accroissement des IVG chez les jeunes filles de moins de 20 ans - plus aigus chez celles dont le niveau d'éducation est faible - témoignent d'un faible niveau d'information lors de l'entrée dans la sexualité.
- L'impact sur la santé de la pollution de fond, en particulier du dioxyde d'azote et des particules fines, est aujourd'hui avéré, en particulier sur l'incidence des infections respiratoires chez les jeunes enfants.

4) L'Ile-de-France marquée par de fortes inégalités sociales de santé

L'Ile-de-France est une région fortement marquée par des disparités socio-économiques qui se manifestent à tous les niveaux géographiques, notamment au niveau communal (cf. carte sur la typologie communale de la pauvreté). Les indicateurs de santé disponibles à ce niveau géographique montrent la force avec laquelle s'expriment les inégalités sociales de santé dans la région. La superposition des cartes cantonales de précarité et de mortalité prématurée illustrent bien les liens qui unissent ces indicateurs.

Les enquêtes épidémiologiques qui prennent en compte les niveaux socio-économiques des personnes interrogées confirment les fortes inégalités face à la prévention, au dépistage et au système de soins.

De plus, la région est caractérisée par des prévalences particulièrement élevées de certaines pathologies, telle la phase sida de l'infection à VIH, la tuberculose et le saturnisme infantile, affections très fortement liées à des situations de précarité et dont la probabilité de survenue augmente de manière importante dans les populations socio-économiquement vulnérables. Leur concentration en Ile-de-France, avec pour certaines plus de 50 % des cas dans la région, démontre la présence de fortes inégalités de santé.

De fortes disparités départementales d'espérance de vie et de mortalité

- C'est dans le nord-est de la région que se situent les départements les plus défavorisés en matière de santé, principalement la Seine-Saint-Denis et la Seine-et-Marne. Ainsi, alors que l'espérance de vie est globalement plus élevée en Ile-de-France qu'au niveau national, celle enregistrée dans ces départements est inférieure à la moyenne nationale, chez les hommes comme chez les femmes. Les hommes ont une espérance de vie de 74,9 ans en Seine-Saint-Denis et de 75,1 ans en Seine-et-Marne (75,1 ans au niveau national) et les femmes de 82,3 ans en Seine-Saint-Denis et 82,0 ans en Seine-et-Marne (82,5 ans en France).
- La quasi-totalité des causes de décès sont sur-représentées dans ces départements, mais surtout celles favorisées par des comportements à risque (consommation d'alcool et de tabac) ou fortement associées à des inégalités sociales.

De fortes disparités départementales de mortalité infantile

- La légère sur-mortalité infantile que présente la région est en grande partie due au niveau élevé de celle-ci à Paris et en Seine-Saint-Denis. Dans ce dernier département, un programme axé sur la périnatalité, développé à la fin des années 80, a permis d'abaisser le taux de mortalité infantile en deçà de la moyenne française dès le milieu des années 1990. Aujourd'hui, les bénéfices de ce programme sont moins visibles.

La phase sida de l'infection à VIH

- Avec près de la moitié des cas déclarés de sida (25 000 sur les 55 000 cas diagnostiqués depuis le début de l'épidémie), l'Ile-de-France est la région de France métropolitaine la plus touchée par l'infection à VIH. C'est à Paris, dans les Hauts-de-Seine et en Seine-Saint-Denis que les prévalences de personnes atteintes de sida sont les plus importantes. Depuis peu, le profil épidémiologique des personnes atteintes de sida a évolué : ce sont plus souvent des personnes contaminées par voie hétérosexuelle, des femmes et des étrangers. La plupart de ces personnes développent la phase sida de l'infection à VIH sans connaître leur statut sérologique, donc sans avoir pu préalablement bénéficier d'un traitement antirétroviral (traitement qui empêche ou retarde considérablement la progression de l'infection vers le stade sida). Parmi les personnes ayant pu bénéficier d'un traitement, celles cumulant les situations de vulnérabilité sociale ont plus de difficultés d'observance, favorisant alors davantage l'échec thérapeutique.
- La mortalité par sida, bien qu'ayant fortement diminué depuis l'apparition des traitements antirétroviraux, reste plus élevée en Ile-de-France qu'en France métropolitaine.

Le saturnisme infantile

- Paris concentre une grande majorité des cas de saturnisme infantile. Ces cas sont principalement dépistés dans les logements anciens non réhabilités qui se trouvent dans la zone est de la capitale. D'autres cas sont aussi recensés en proche couronne, notamment dans la partie de la Seine-Saint-Denis limitrophe avec Paris.

La tuberculose

- Même si la tendance est, en France comme en Ile-de-France, à la diminution du nombre de cas déclarés, la région concentre toujours près de la moitié des cas de tuberculose avec des taux d'incidence qui sont plus du double de ceux observés en France métropolitaine et qui sont particulièrement élevés à Paris et en Seine-Saint-Denis. Ce sont surtout les personnes étrangères jeunes ayant - peut-être - contracté une primo-infection dans leur pays d'origine, où le taux annuel d'infection reste encore élevé, qui développent une tuberculose. La progression de l'infection est grandement favorisée et entretenue par des situations socio-économiques défavorables, par des conditions de logements insalubres ou par leur sur-occupation retrouvée par exemple dans certains foyers de migrants parisiens.

La toxicomanie

- L'Ile-de-France reste une région fortement touchée par les problèmes de toxicomanie. La politique de réduction des risques a toutefois porté ses fruits non seulement avec la diminution des risques sanitaires mais également avec une meilleure insertion sociale des usagers en bénéficiant. La prise en charge de la toxicomanie est cependant complexe, du fait notamment d'usagers de drogues en situation de grande désinsertion.

Un moindre accès à la prévention pour les personnes en situation socio-économique défavorisée

- Les enquêtes réalisées en Ile-de-France (comme dans les autres régions françaises) auprès des jeunes montrent que ceux en situation de déscolarisation, ceux qui ont un faible niveau d'études ou qui sont engagés dans des circuits d'insertion ont moins accès à la prévention. S'il est probable que moins d'actions de prévention sont réalisées auprès d'eux, ces jeunes semblent aussi confrontés, du fait d'un cursus scolaire souvent déficient, à une réelle difficulté d'analyse et de compréhension des messages de prévention de plus en plus complexes. De plus, le rejet qu'ils pourraient ressentir de la part d'une société finalement peu tolérante à leur égard et la souffrance qui en résulte, peuvent les rendre moins enclins à tenir compte des messages de prévention.
- De nombreux facteurs peuvent se conjuguer pour rendre encore plus difficile la mise en œuvre d'un comportement de prévention adapté. Ainsi, en matière de contraception par exemple, le rapport du Haut Comité de Santé Publique sur la santé des Français en 2002, note, chez les femmes en difficulté sociale, une inadaptation de la contraception, un déficit d'information, une difficulté d'accès aux institutions, une difficulté d'établir un dialogue avec les professionnels de santé, un sentiment de honte à l'égard d'une sexualité socialement stigmatisée et souvent tue, qui placent ces femmes dans une situation de grande vulnérabilité.
- Le difficile accès à la prévention des personnes en situation sociale défavorisée est perceptible pour pratiquement tous les problèmes de santé, qu'il s'agisse des comportements de prévention à l'égard du VIH, des consommations de produits psychoactifs tels que l'alcool et le tabac chez les adultes, des prévalences de surpoids et d'obésité et de la santé bucco-dentaire, exemples abordés dans ce rapport.
- Enfin, ces inégalités sociales ne concernent pas seulement la prévention : les personnes en situation sociale difficile ont également un accès moindre au dépistage (VIH, cancer du sein et de l'utérus), au système de soins et aux traitements (antirétroviraux par exemple).

5) Les personnes âgées, une population fragile en augmentation

- Le nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus devrait doubler entre 2000 et 2030 et celui des personnes dépendantes de 75 ans ou plus augmenter de 35 % sur la même période (passant de 89 000 à 121 000). Or l'offre de prise en charge des personnes âgées est, en Ile-de-France, insuffisante, tant au niveau des dispositifs qui concourent à leur maintien à domicile qu'en ce qui concerne l'équipement en établissement (145 places pour 1000 personnes de 75 ans ou plus en Ile-de-France contre 158 en France). Il en résulte un sous-équipement pour la prise en charge de la dépendance.
- De plus, l'isolement constitue une des caractéristiques de la vie des personnes âgées en Ile-de-France : à Paris, 54,7 % des personnes de 75 ans ou plus vivent seules à leur domicile contre 42,4 % au niveau national.
- Les conséquences sanitaires de la canicule d'août 2003 ont particulièrement affecté les Franciliens puisque un tiers des 15 000 décès dus à celle-ci se sont produits dans la région. En France, la mortalité a été particulièrement élevée chez les personnes âgées, avec une surmortalité de 70 % chez les 75-94 ans et de 120 % chez les 95 ans ou plus. Il est fort probable que la surmortalité francilienne soit supérieure à celle observée au niveau national : on sait déjà que pendant le mois d'août 2003, elle avoisinait les 100 % en Seine-et-Marne et était bien supérieure dans les autres départements.

Cette catastrophe sanitaire sans précédent révèle au grand jour l'insuffisance de l'ensemble du système de prise en charge sanitaire et sociale des personnes âgées aux prises avec des difficultés qui n'ont pas été anticipées. Pourtant les principaux facteurs de risque de mortalité lors d'épisodes de vague de chaleur sont connus et clairement identifiés à l'étranger : forte urbanisation, isolement, absence de climatisation, traitements médicamenteux, dépendance, milieux défavorisés.

C'est pourquoi, il sera primordial de connaître la répartition régionale des décès en fonction du lieu habituel de domicile (individuel, foyer-logement, maison de retraite), ce qui permettra d'identifier et de définir les stratégies pertinentes de prévention à mettre en place.

Propositions

L'analyse et la confrontation des indicateurs utilisés dans cette étude ont mis en avant les principales caractéristiques de la santé des Franciliens et notamment les aspects qui méritent d'être développés pour l'amélioration de leur santé. Ces aspects concernent trois domaines : la prévention, la réduction des inégalités sociales de santé et l'amélioration du système d'information.

Un nécessaire renforcement des actions de prévention et d'éducation à la santé, notamment auprès des jeunes

● *Prévenir la mortalité prématurée*

La mortalité prématurée reste très importante. Les causes de cette mortalité sont évitables pour une grande majorité car trop souvent due à des facteurs de risque connus tels que les accidents de la circulation ou à des pathologies principalement attribuables aux consommations d'alcool ou de tabac. Les efforts consentis sur la prévention de la consommation de tabac et d'alcool n'ont pas été à la hauteur des enjeux, si l'on considère, notamment pour le tabac, qu'une réduction substantielle de sa consommation chez les jeunes n'est pas observée à ce jour.

Par ailleurs, les professionnels des addictions notent déjà, alors que le cannabis est un produit qui semble entraîner moins de dépendance que le tabac, des difficultés à l'arrêt de la consommation de cannabis en relation avec la prise concomitante de tabac et la nécessité d'un sevrage simultané tabac-cannabis. De plus, les circonstances de la consommation de cannabis, souvent associée à la consommation d'alcool et plus rarement d'autres produits (de synthèse notamment), rendent importante une prévention globale des addictions sans envisager seulement un abord des questions de prévention produit par produit. De même, compte-tenu de l'importance croissante de la polytoxicomanie, il est nécessaire d'assurer la prise en charge des personnes dépendantes aux produits psychoactifs de façon globale, avec un minimum de coordination des soins entre addictologues spécialistes, voire une prise en charge dans son ensemble du comportement addictif.

La prévention ciblée des situations à risque, telles que l'association entre consommation de produits psychoactifs et accidents (notamment de la circulation) ou autres morts violentes, reste bien évidemment un objectif à atteindre.

● *Promouvoir une éducation sexuelle et affective*

Le relâchement des comportements de prévention à l'égard de l'infection à VIH, plus marqué en Ile-de-France qu'ailleurs, est particulièrement notable chez les personnes qui présentent le plus de risques d'être contaminées par le VIH. Il s'agit notamment des jeunes homosexuels et des multipartenaires.

De même, l'accroissement des IVG, particulièrement chez les toutes jeunes filles, et les difficultés croissantes à l'égard de la contraception plaident en faveur d'une éducation à la vie affective et à la sexualité dispensée précocement dans les collèges.

● *Prévenir le surpoids et l'obésité*

L'augmentation très rapide de la prévalence du surpoids et de l'obésité, notamment chez les jeunes et dans les zones urbaines sensibles, semble annoncer dans un avenir proche une forte progression des pathologies associées telles que le diabète de type II (d'apparition de plus en plus précoce), les maladies cardiovasculaires (notamment l'hypertension sévère), les problèmes ostéo-articulaires et la survenue de certains cancers.

La prévention du surpoids et de l'obésité devra être mise en place par une éducation nutritionnelle précoce associée à une lutte contre la sédentarité notamment par la promotion de l'exercice physique.

- **Améliorer la qualité de vie des personnes âgées**

L'offre de prise en charge des personnes âgées et des personnes âgées dépendantes est insuffisante tant à domicile qu'en établissement en Ile-de-France. Favoriser son développement doit constituer une priorité régionale, d'autant qu'un fort accroissement de cette population est attendu d'ici 2030.

Ce nécessaire ajustement de l'offre aux besoins actuels et futurs des personnes âgées doit s'articuler avec la mise en place d'actions de prévention, en particulier dans le domaine de l'ostéoporose, des pathologies mentales (dont la maladie d'Alzheimer), de la nutrition et de l'hydratation. Ces actions doivent être menées en priorité auprès du public âgé isolé.

- **Tirer les enseignements de la canicule d'août 2003**

L'épisode de la canicule a montré à quel point les personnes âgées sont fragiles, isolées et ont besoin de la solidarité sociale. Une analyse des difficultés structurelles, de moyens et de personnels, rencontrées par les institutions de prise en charge des personnes âgées, comme par les dispositifs de soins de première ligne, devrait permettre la mise en place rapide de plans d'actions. Les besoins de formation des personnels aux situations d'urgence, notamment climatiques, devraient être identifiés. Le repérage préalable des personnes âgées en situation d'isolement devrait être une priorité. Au delà, la mise en place d'un système d'alerte graduel précoce, basé sur les prévisions de Météo-France, est déjà en cours d'élaboration.

La prise en compte des inégalités sociales de santé suppose la mise en oeuvre d'une politique sociale en amont de la santé

- Les liens entre souffrance psychique (méséstime de soi, honte et dévalorisation), situations sociales (chômage, travail précaire) et mortalité prématurée sont connus. Chez les jeunes, une souffrance psychique associée plus fréquemment dans la région à des conduites à risque témoigne de conditions de vie vécues comme particulièrement difficiles dont résulte un mal-être qui ne relève probablement de la psychiatrie que dans une faible proportion des cas et auquel les réponses apportées semblent cloisonnées et peu adaptées. Les réponses pour tenter de pallier à ces inégalités sociales de santé mettent en jeu des mécanismes qui dépassent largement les différents secteurs de la santé, notamment ceux de la prévention et de l'éducation à la santé.

Les préconisations du rapport du Haut comité de la santé publique (HCSP) sur la précarité sont plus que jamais à l'ordre du jour : elles proposent notamment un renforcement des dispositifs d'insertion pour les jeunes, la lutte contre l'illettrisme, la protection de la vie périscolaire des enfants et des adolescents, le droit au logement et la rénovation des logements dégradés ainsi que le développement de l'éducation à la santé dès l'école primaire.

- Cette politique sociale semble d'autant plus nécessaire qu'un accroissement des inégalités sociales de santé est très probable en Ile-de-France. L'Ile-de-France, région capitale, est riche et fortement urbanisée. Les disparités socio-économiques y sont importantes et marquées géographiquement. De plus, ces disparités se sont accrues entre les deux derniers recensements. Les liens entre les inégalités socio-économiques et les inégalités de santé sont largement établis et les écarts de profil de santé entre les classes les plus favorisées et les moins favorisées sont, en France, pratiquement les plus importantes d'Europe. En conséquence, il y a tout lieu de craindre, avec l'augmentation des inégalités socio-économiques, un renforcement des inégalité sociales de santé. De plus, la polarisation géographique accrue des inégalités sociales pourrait être un élément potentialisateur de ces inégalités de santé. Il semble que la région la plus riche de France soit également la région où les disparités socio-économiques et les disparités de santé soient les plus importantes. Ce renforcement possible des inégalités de santé dans la région reste cependant difficile à mettre en évidence, par manque d'indicateurs pertinents.

Améliorer le système d'observation pour permettre une identification et un suivi de ces inégalités de santé

- Il semble important d'**améliorer le recueil des indicateurs socio-économiques et des catégories socio-professionnelles** lors de la réalisation d'études en matière de santé, mais aussi lors des recueils systématiques de données. Il semblerait intéressant également de se rapprocher des institutions telles que l'INED, l'INSEE et ses services régionaux, et le Cépi-DC qui mènent une réflexion approfondie sur ce type d'indicateurs.
- **Une analyse précise de l'état de santé des Franciliens** demande des indicateurs permettant une description fine au-delà des taux de mortalité, des prévalences des pathologies, de leur sévérité, du handicap et de la dépendance ainsi que des indicateurs mesurant la dégradation de la qualité de vie. Si le gradient social de santé est indiscutable et particulièrement fort, il n'est pas homogène pour l'ensemble des pathologies. Il s'exprime de façon particulièrement forte pour des indicateurs globaux tels que la mortalité prématurée. Il peut s'exprimer de manière forte sur l'incidence de pathologies telles que le cancer du poumon. Si certaines maladies, notamment celles pour lesquelles la composante génétique est forte comme le cancer du sein, ne sont pas plus fréquentes dans les milieux défavorisés, en revanche l'accès au dépistage l'est, et il est possible que l'accès aux traitements, à la prévention des séquelles ou aux aspects de reconstruction le soient également. Il semble de ce fait intéressant de connaître non seulement la morbidité, l'incidence et la prévalence, mais également la fréquence et la sévérité des séquelles et des handicaps associés. Or, si ces données institutionnelles de morbidité commencent à être accessibles (PMSI, assurance maladies, ALD, etc.), elles sont cependant peu recueillies en population générale et ne concernent le plus souvent que la prévalence des maladies.
- **L'approche géographique** complète cette description de l'état de santé dans la mesure où de nombreux indicateurs agrégés, qui permettent de repérer les disparités socio-économiques, sont disponibles au niveau communal. Par exemple, la correspondance entre la typologie communale de la pauvreté et les taux de mortalité prématurée permet de mettre en évidence les inégalités sociales de santé au niveau intra-régional et témoigne de la pertinence de cette approche. Dans nombre de communes, une approche par quartier peut se montrer pertinente, voire plus appropriée, tant les différences socio-démographiques entre quartiers sont importantes dans certaines municipalités. L'accès plus facile, prévu dans la Loi de santé publique, à des données socio-démographiques et géographiques devrait améliorer la description de ces analyses.

Ce rapport a tenté de souligner les principales évolutions de la santé des Franciliens et le poids des facteurs de risque dans la morbidité et la mortalité, l'importance des inégalités, notamment sociales de santé. La sélection des pathologies présentées résultent d'un choix essentiellement basé sur des aspects de mortalité prématurée et de causes principales d'ALD mais également de la perception des auteurs de l'importance de certaines pathologies en Ile-de-France, pathologies qui n'occasionnent pas forcément une mortalité élevée. Il existe une réelle difficulté à établir une hiérarchie des problèmes de santé publique en combinant, pour un problème de santé donné, la mortalité avec l'incidence, l'incapacité entraînée et les disparités régionales de ce problème. Un exemple de hiérarchisation des problèmes de santé est proposé en annexe 3. Il associe des données de mortalité et de morbidité et d'incapacité selon la méthode du "fardeau global de la maladie". Outre les difficultés techniques de mise en application, l'aspect automatique de cette hiérarchisation est insatisfaisant. L'abord par pathologie segmente la santé en une addition de problèmes de santé. Les données par pathologie - aussi sophistiquées qu'elles soient - ne doivent pas occulter la pertinence d'une étude des populations, les personnes âgées par exemple, des facteurs de risque et des déterminants principaux de santé tels que les inégalités sociales.

Bibliographie

- (1) MURRAY Ch et al. : Summary measures of population health : concepts, ethics, measurements and applications, Ed. Organisation mondiale de la santé, 2002, 798 p.
- (2) HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE : La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé, février 1998, La Documentation Française.
- (3) MESRINE A : "Les différences de mortalité par milieu social restent fortes", in Données sociales, 1999, p.228.
- (4) LECLERC A, FASSIN D, GRANDJEAN H, KAMINSKI M et LANG T : Les inégalités sociales de santé, ed. Inserm, la Découverte, 2000, 448 p.
- (5) HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE : La santé en France 2002, février 2002, La Documentation Française.
- (6) SAGOT M, BURRICAND C (coord) : Atlas des Franciliens Tome 1 : Territoire et population, Tome 3 : Population et modes de vie, Paris, laurif, Insee, 2002.
- (7) SAGOT M : Géographie sociale et pauvreté - 1 Les ménages pauvres franciliens et leurs conditions de logement depuis 20 ans, contrat d'objectifs Etat-laurif, 2001.
- (8) SAGOT M : Géographie sociale et pauvreté - 2 L'évolution des disparités sociales entre les communes de l'Ile-de-France, contrat d'objectifs Etat-laurif, 2001.
- (9) DEBRAS B, CHEMINEU D, QUIROGAA : Une approche de la pauvreté en Ile-de-France, Insee-CNAF, Ile-de-France à la page, n° 195, 2001.
- (10) LECOMTE T, MIZRAHI An, MIZRAHI A : Précarité sociale : cumul des risques sociaux et médicaux - Enquête sur la santé et les soins médicaux en France en 1991-1992, Credes, 1996, 85 p.
- (11) KUNST A E, GROENHOF F, MACKENBACH J P et le groupe de travail de l'Union européenne sur les inégalités sociales de santé : "Inégalités sociales de mortalité prématurée : la France comparée aux autres pays européens", Inégalités sociales de santé, La Découverte / Inserm, 2000.
- (12) HALFEN S, VONGMANY N, GREMY I : Enquête alcool auprès des patients de médecins généralistes libéraux en Ile-de-France, Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, février 2002.
- (13) GREMY I, HALFEN S : Les connaissances, attitudes et perceptions des Franciliens à l'égard du tabac, Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, septembre 2002.
- (14) GREMY I, BELTZER N, VONGMANY N, CHAUVEAU J, CAPUANO F : Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en Ile-de-France, Evolutions 1992-1994-1998-2001, Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, décembre 2001.
- (15) CRIPS Provence-Alpes-Côte d'Azur, Le point sur l'observance au cours des traitements antviraux de l'infection à VIH, synthèse documentaire mise à jour en juin 1999.
- (16) ObEpi 2000 : Le surpoids et l'obésité en France, enquête épidémiologique réalisée dans un échantillon représentatif de la population française, adulte et enfant, Inserm, Institut Roche de l'Obésité, SOFRES.
- (17) ALBERTINI M, Dr DEL VOLGO : Santé bucco-dentaire des jeunes franciliens de moins de 20 ans - Besoins en santé - Motifs de non recours, URCAMIF, décembre 2001.
- (18) MORMICHE P : Le handicap se conjugue au pluriel, INSEE PREMIERE, n° 742 octobre 2000.

- (19) NIZARD A, MUNOZ-PEREZ F : Alcool, tabac et mortalité en France depuis 1950. Essai d'évaluation du nombre des décès d'alcool et de tabac en 1986, Editions de l'INED, 1993-N°3 et N°4.
- (20) HALFEN S, GREMY et al. : Suivi de l'infection à VIH-Sida en Ile-de-France, Bulletin de santé, Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, Centre régional d'information et de prévention sur le sida, décembre 2001.
- (21) Sida, VIH et IST, Etat des lieux des données en 2002, Institut de veille sanitaire, novembre 2002.
- (22) ADAM P, HAUET E, CARON C : Recrudescence des prises de risque et des MST parmi les gays - résultats préliminaires de l'enquête Presse Gay 2000, InVS, mai 2001.
- (23) GOULET V et al. : Recrudescence des gonococcies en France depuis 1998, BEH, n°14, 2001.
- (24) DESENCLOS JC : Le retour de la syphilis en France, un signal de plus pour renforcer la prévention, BEH, n°35/36, 2001.
- (25) EMBERSIN C, GREMY I : Conduites à risque chez les jeunes de 12 à 19 ans en Ile-de-France, Analyse régionale du Baromètre CFES Santé jeunes 97/98, ORS Ile-de-France, mars 2000.
- (26) GREMY I, EMBERSIN C, BROUARD C : Santé et recours aux soins des étudiants affiliés à la Smerep, ORS Ile-de-France, Smerep, septembre 2002.
- (27) Tuberculose en France : la situation aujourd'hui, Bulletin épidémiologique hebdomadaire, Numéro thématique, n°10-11, mars 2003.
- (28) GREMY I, BREGEAULT A et al. : La tuberculose dans les prisons d'Ile-de-France et de Provence-Alpes Côte-d'Azur, Préfecture d'Ile-de-France, Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, Observatoire régional de la santé Provence-Alpes-Côte-d'Azur, avril 1996.
- (29) HALFEN S, GREMY I : Toxicomanies et réduction des risques en Ile-de-France, Etat des lieux en juillet 2000, Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, décembre 2000.
- (30) BROUARD C, CAMARD JP, GREMY I (sous la coordination de), à partir d'un document de travail réalisé par HALFEN S, PEPIN P, BROUARD C, VONGMANY N : Produits psychoactifs en Ile-de-France, Synthèse du document de travail réalisé pour le programme régional de santé addictions 2002-2006, Données de mortalité et de morbidité, consommations, éléments de prise en charge, Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, décembre 2002.
- (31) EMMANUELLI J, JAUFFRET-ROUSTIDE M, BARIN F : Epidémiologie du VHC chez les usagers de drogues, France, 1993-2002, Bulletin épidémiologique hebdomadaire, n°16-17, 2003, Institut de veille sanitaire.
- (32) HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE : La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes, Collection Avis et rapports, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, février 2000.
- (33) GUILBERT P, BAUDIER F, GAUTIER A et al. : Baromètre santé 2000, Résultats, volume 2, INPES (ex-CFES), 2001.
- (34) KOVESS V, GYSENS S, CHANOIT PF : Une enquête de santé mentale : l'enquête santé des Franciliens, Ann Med Psycholo (Paris), 1993.
- (35) CHOQUET M, GREMY I, LAGADIC C : Existe-t-il une surconsommation de drogue parmi les jeunes de la région parisienne ?, Revue Epidém. et santé publique, 1998, n°46, 183-192.
- (36) BAUDIER F et al. : Baromètre santé jeunes 1994, INPES (ex-CFES), 1997.
- (37) ARENES J et al. : Baromètre santé jeunes 1997/98, INPES (ex-CFES), 1998.
- (38) CHOQUET M, LEDOUX S : Adolescents : enquête nationale, INSERM, Paris 1994.
- (39) CHOQUET M et al. : Consommation de substances psycho-actives chez les 14-18 ans scolarisés : premiers résultats de l'enquête ESPAD 1999, évolution 1993-1999, Tendances, OFDT, n°6, février 2000.

- (40) BECK F, LEGLEYE S, PERETTI-WATEL P : Regards sur la fin de l'adolescence, consommation de produits psycho-actifs dans l'enquête Escapad 2000, OFDT, 2000.
- (41) BECK F, LEGLEYE S, PERETTI-WATEL P : Santé, mode de vie et usages de drogues à 18 ans, Escapad 2001, OFDT, 2002.
- (42) DE PERETTI N, LESELBAUM N : Les lycéens parisiens et les substances psycho-actives : évolutions, INRP-OFDT, avril 1999.
- (43) CHOQUET M, IKSIL B : Jeunes en insertion, enquête CFI-PAQUE (dispositif 16-25 ans), INSERM, 1994.
- (44) CHOQUET M et al. : Adolescents (14-21 ans) de la protection judiciaire de la jeunesse et santé, rapport multicopié, 1998.
- (45) BARTHEL B, CARIOU C, GILLOT-JOUBERT C, LEBAS-SAISON E : Prévalence de la surcharge pondérale et de l'obésité chez des élèves de cours moyen 2ème année. Cahiers de Chaligny, Publication de la Direction de l'action sociale de l'enfance et de la santé, 1998.
- (46) FONTAN J : Les pollutions de l'air, les connaître pour les combattre, Vuibert, 2003.
- (47) CAMPAGNA D, LEFRANC A, NUNES-ODASSO C, FERRY R : Erpurs 1987-2000. Analyse des liens à court terme entre pollution atmosphérique et santé, Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, 2003.
- (48) VILAGINES R : Eau environnement et santé publique, introduction à l'hydrologie, Tec et Doc, 2003.
- (49) OBSERVATOIRE REGIONAL DES DECHETS D'ILE-DE-FRANCE : Les sous-produits du traitement de l'eau en Ile-de-France, ORDIF, 1998.
- (50) CAMARD J-P, FRANCONI A, POITEVIN J : L'eau en Ile-de-France : aspects sanitaires et environnementaux, Note rapide sur l'environnement et la santé n°2, IAURIF, 2002.
- (51) RIVIERE J-L : Evaluation du risque écologique des sols pollués, Tec et Doc, 1998.
- (52) FRANCONI A, CORDEAU E, POITEVIN J, CAMARD J-P : La pollution des sols, impact sur l'environnement et la santé, Note rapide sur l'environnement et la santé n°1, IAURIF, 2001.
- (53) CONSEIL SUPERIEUR D'HYGIENE PUBLIQUE DE FRANCE : Risques sanitaires liés aux boues d'épuration des eaux urbaines, Editions Tec et Doc, 1998.
- (54) FRANCONI A, CAMARD J-P : Les boues d'épuration urbaines d'Ile-de-France : enjeux sanitaires et environnementaux, Note rapide sur l'environnement et la santé n°3, IAURIF, 2003.
- (55) LEDRANS M, PACLOT C : Le saturnisme infantile, Echanges santé-social, n°74, pages 23-28, juin 1997.
- (56) ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE : Bruit et santé. Collectivités locales, environnement et santé OMS, 2000.
- (57) MOURET J, VALLET M : Les effets du bruit sur la santé, Ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville, 1995.
- (58) VALLET M, COHEN J-M : Etude épidémiologique des troubles anxio-dépressifs autour des aéroports, Institut National de Recherche sur les Transports et leur Sécurité, 2000.
- (59) BOCOgnANO A, DUMESNIL S, FREROT L, GRANDFILS N, LE FUR P, SERMET C : Santé, soins et protection sociale en 1998, enquête sur la santé et la protection sociale, France 1998, n° 1282, CREDES, décembre 1999.
- (60) Rapport à la DGS du groupe B. Dautzenberg sur le tabagisme passif, mai 2001.
- (61) GUIGNON N, BADEYAN G (*avec la collaboration*) : La santé des enfants de 6 ans à travers les bilans de santé scolaire, Etudes et résultats, n°155, janvier 2002, DREES.

- (62) BLONDEL B, MAZAUBRUN (du) Ch, BREART G : Enquête nationale périnatale 1995, rapport de fin d'études, Unité de recherches épidémiologiques sur la santé des femmes et des enfants, INSERM U149, février 1996.
- (63) BLONDEL B, NORTON J, MAZAUBRUN (du) Ch, BREART G : Enquête nationale périnatale 1998, Unité de recherches épidémiologiques sur la santé périnatale et la santé des femmes, INSERM U149, Enquête réalisée avec la participation des Services de protection maternelle et infantile des Conseils généraux, juillet 2000.
- (64) BUSSIERE E : Principaux indicateurs issus des certificats de santé, Documents de travail, collection statistique, n°17, DREES, décembre 2000.
- (65) BUISSON G : Le réseau des maternités entre 1996 et 2000, un mouvement de réorientation des grossesses à risque avec de fortes disparités régionales, DREES, Etudes et résultats n°225, mars 2003.
- (66) INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE : Impact épidémiologique d'une modification de la politique de vaccination par le BCG en France. Revue de la littérature et analyse des données disponibles, juillet 2001.
- (67) Avis du conseil supérieur d'hygiène publique en France concernant la vaccination contre l'hépatite virale B (séance du 8 mars 2002).
- (68) Pr DARTIGUES JF (rapport coordonné par) : Mission d'expertise sur la politique de vaccination contre l'hépatite B en France, version définitive du 15 février 2002.
- (69) OBSERVATOIRE NATIONAL DE L'ENFANCE EN DANGER : La lettre, lettre trimestrielle publiée par l'Odas, n° spécial, novembre 2001.
- (70) BAUDIER-LORIN C, CHASTENET B : Bénéficiaires de l'aide sociale des départements et de l'Etat en 2001, Document de travail, série statistiques, DREES, n°43, décembre 2002.
- (71) La santé bucco-dentaire des jeunes Franciliens de moins de 20 ans, besoins en soins bucco-dentaires, analyse clinique, Union régionale des caisses d'assurance maladie d'Ile-de-France, Assurance maladie du Val-d'Oise, Assurance maladie des professions indépendantes, Mutualité sociale agricole, novembre 2001
- (72) MEDINA S, LE TERTRE A, BOUMGHAR A, DUSSEUX E, QUENEL P, CAMARD JP : Pollution atmosphérique urbaine et symptômes respiratoires chez l'enfant - Conclusion de l'étude pilote juillet 1996-juin 1997, Association respirer, décembre 1997.
- (73) TURSZ A, GERBOIN-REROLLE P : Les accidents de l'enfant en France, Quelle prévention, quelle évaluation ?, INSERM, 2001.
- (74) HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE : Santé des enfants, santé des jeunes, rapport adressé à la Conférence nationale de santé 1997 et au Parlement, Ministère de l'Emploi et de la solidarité, ed ENSP, juin 1997.
- (75) LE CORRE M et THOMSON E : Les IVG en 1998, Etudes et Résultats, DREES n°69, juin 2000.
- (76) NISAND I : L'IVG en France. Propositions pour diminuer les difficultés que rencontrent les femmes. Rapport à la ministre des Affaires sociales, février 1999.
- (77) LERIDON H, OUSTRY P, BAJOS N et al. : La médicalisation croissante de la contraception en France, Population et Sociétés n°381, juillet-août 2002. Enquête Cocon, Inserm-Ined.
- (78) BELTZER N, GREMY I : Histoire sexuelle d'une relation entre deux partenaires : comment est géré le risque du VIH, Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, mars 2000.
- (79) BELTZER N, GREMY I : La gestion du risque VIH-sida après une rupture conjugale, Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, Décembre 2002.

- (80) JASPARD M et l'équipe ENVEFF (Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France) : Nommer et compter les violences envers les femmes : une première enquête nationale en France, Population et sociétés, n°364, janvier 2001.
- (81) L'enquête victimation et insécurité en Ile-de-France, Premières analyses, rapport de l'IAURIF en collaboration avec le CESDIP, Juin 2001, 84p.
- (82) Accidents de la route, des handicaps et des décès évitables, ADSP n°41, décembre 2002, La documentation française.
- (83) CHAPUT H : L'allocation supplémentaire du minimum vieillesse. Bénéficiaires au 31 décembre 2001, DREES, Série statistiques, n°45, 2002.
- (84) BAUDIER-LORIN C et al. : Bénéficiaires de l'aide sociale des départements et de l'Etat en 2001, DREES, Série Statistiques, n°43, 2002.
- (85) KERJOSSE R : La prestation spécifique dépendance au 30 septembre 2001, DREES, Etudes et Résultats, n°159, 2002.
- (86) KERJOSSE R : L'allocation personnalisée d'autonomie au 31 décembre 2002, DREES, Etudes et Résultats, n°226, 2003.
- (87) DARGENT-MOLINA P, BREART G : Epidémiologie des chutes et des traumatismes liés aux chutes chez les personnes âgées, Revue d'épidémiologie et de santé publique, vol.43, 1995.
- (88) BAUDOIN C et al. : Fractures de l'extrémité supérieure du fémur en Picardie en 1987, Osteoporosis Int, 1993 ; 3 : 43-9.
- (89) CUMMINGS SR et al. : Bone density at various sites for prediction of hip fractures. Lancet 1993 ; 341 : 72-5.
- (90) CUMMINGS SR : Are patients with hip fracture more osteoporotic ? AM J MED 1985 ; 78 : 487-94.
- (91) NEVITT MC et al. : Risk factors for recurrent nonsyncopal falls : a prospective study. JAMA 1989 ; 261 : 2663-8.
- (92) NEVITT MC et al. : Type of fall and risk of hip and wrist fractures : the study of osteoporotic fractures. JAMA 1993 ; 41 : 1226-34.
- (93) BONTOUT O, COLIN C, KERJOSSE R : Personnes âgées dépendantes et aidants potentiels : une projection à l'horizon 2040, DREES, Etudes et résultats, n°160, février 2002.
- (94) TOUCHON J, PERNET F : La maladie d'Alzheimer, collection Consulter Prescrire, Masson, 2002.
- (95) DARTIGUES J-F et al. : Epidémiologie de la maladie d'Alzheimer, Médecine/Sciences 2002, 18, pp.737-743.
- (96) RAMAROSON H et al. : Prévalence de la démence et de la maladie d'Alzheimer chez les personnes de 75 ans et plus : données réactualisées de la cohorte PAQUID", Rev Neurol (Paris) 2003 ; 159 : 4, pp.405-411.
- (97) FERRY M et al. : Nutrition de la personne âgée, aspects fondamentaux, cliniques et psychosociaux, Paris : Berger-Levrault, 1996 : 67-102.
- (98) Carences nutritionnelles-Etiologies et dépistage, Coll. Expertise collective, Les éditions Inserm, 1999.
- (99) FANELLO S et al. : Evaluation de l'état nutritionnel de la personne âgée hospitalisée, Santé publique 2000, vol.12, n°1, pp.83-90.
- (100) Etat de santé bucco-dentaire des personnes âgées en établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes en Essonne, Service médical de l'Assurance maladie de l'Essonne, 2000.
- (101) Programme de prévention et d'organisation des soins pour les personnes âgées fragiles 2002-2005, Ministère de la Santé.

- (102) CRAM Ile-de-France : Les services de soins infirmiers à domicile pour personnes âgées en Ile-de-France. Bilan au 31 décembre 2002.
- (103) MARIA (de) F, PEPIN P : Les personnes âgées en Ile-de-France. Evolutions et perspectives de la prise en charge de la dépendance, Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, janvier 2003.
- (104) DRASS/DREES : STATISS 2001, les régions françaises, 2001, pp.36-37.
- (105) Recours aux Services de Soins Infirmiers à Domicile Franciliens, UFASSAD, URHIF, URIOPSS et FEHAP Ile-de-France, 2001.
- (106) Enquête AGGIR - Morbidité-Soins (AMS) en maisons de retraite, DRASS, Service Etudes et Statistiques, 2002.
- (107) Enquête AGGIR - Morbidité-Soins (AMS) en unités de soins de longue durée, DRASS, Service Etudes et Statistiques, 2001.
- (108) ANDRIEUX V, DEBRAS B, Regards croisés sur la pauvreté, un exemple de typologie communale, in Regards sur les disparités sociales et territoriales, Insee, 2002.
- (109) ANTONA D, BUSSIERE E, GUIGNON N, BADEYAN G, LEVY-BRUHL D, La couverture vaccinale en France en 2001, Bulletin épidémiologique hebdomadaire, n°36, 2003, Institut de veille sanitaire.
- (110) BESANCENOT J : "Vagues de chaleur et mortalité dans les grandes agglomérations urbaines", Environnement, risques et santé, vol 1, n°4, septembre-octobre 2002.
- (111) LALANDE F et al., Mission d'expertise et d'évaluation du système de santé pendant la canicule 2003, septembre 2003.

POUR EN SAVOIR PLUS

Tuberculose

Euro TB (InVS/KNCV) and the national coordinators for tuberculosis surveillance in the WHO European Region. Surveillance of tuberculosis in Europe. Report of tuberculosis cases notified in 2000, mars 2003.

"La tuberculose en France en l'an 2000", Conseil général de Gironde, Institut de veille sanitaire, novembre 2000.

Santé et environnement

CAMARD J-P, FRANCONI A, ALGAND G : Environnement et santé : concepts, outils juridiques, organisation, Note rapide sur l'environnement et la santé n°4, IAURIF, 2003.

GERIN M, GOSSELIN M, VIAU C, QUENEL P, DEWAILLY E : Environnement et santé publique, fondements et pratiques, Tec et Doc, 2003.

HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE : Dossier santé-environnement, Actualité et dossier en santé publique n°13, 1995.

REICHL F-X : Atlas de poche de médecine de l'environnement, Thieme Maloine, 2002.

ZMIROU D : Pollution, air, eau, aliments, bruit, nucléaire... Quels risques pour notre santé, Editions Syros, 2000.

Canicule d'août 2003

Impact sanitaire de la vague de chaleur en France survenue en août 2003, rapport d'étape, 29 août 2003, Département des maladies chroniques et traumatismes, Département santé environnement, Institut de veille sanitaire, septembre 2003.

HEMON D, JOUGLA E : Surmortalité liée à la canicule d'août 2003 - Rapport d'étape. INSERM, 25 septembre 2003.

Annexe 1

Liste (non exhaustive) des sites Internet qui fournissent des données franciliennes de morbidité et de mortalité

Causes médicales de décès

sc8.vesinet.inserm.fr:1080

Indicateurs de mortalité et/ou de morbidité, diagnostic régional, surveillance, tableau de bord

score-sante.atrium.rss.fr ou www.fnors.org/Score/accueil.htm

www.cramif.fr

www.credes.fr

www.invs.sante.fr

www.smamif.org

www.urcamif.assurance-maladie.fr

Indicateurs dans le domaine des addictions aux substances illicites et licites

www.ofdt.fr/BDD/iliad/menu_texte.htm

Autres

www.ile-de-france.sante.gouv.fr

www.cetaf.asso.fr

www.sesam-vitale.fr

Annexe 2

Liste (non exhaustive) des sources de données issues de systèmes d'informations pérennes, de grandes enquêtes nationales, et d'enquêtes régionales

Données issues de systèmes d'informations pérennes en provenance :

- des services de l'Etat : Ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées, Direction générale de la santé (DGS), Direction de l'action sociale, Direction des hôpitaux et de l'organisation sanitaire, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS), Directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS), Ministère de l'Environnement, Observatoire interministériel de sécurité routière, Service d'études techniques des routes et autoroutes du Ministère de l'Équipement,
- d'AIRPARIF,
- de l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP),
- des Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), de la Caisse régionale d'assurance maladie (CRAM) ou de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS),
- de la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF),
- de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV),
- de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA),
- de la Caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes (CANAM),
- du Centre national de référence des leptospiroses,
- des Conseils généraux,
- des Groupes régionaux d'observation de la grippe, Open Rome,
- de l'Institut d'aménagement et d'urbanisme de la région Ile-de-France (IAURIF),
- de l'Institut national d'études démographiques (INED),
- de l'Institut national de la prévention et de l'éducation en santé (INPES),
- de l'Institut national de la recherche pédagogique (INRP),
- de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE),
- de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM),
- de l'Institut de veille sanitaire (InVS),
- de Météo France,

- de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT),
- du Réseau national des gonocoques (RENAGO),
- du Réseau national de surveillance aérobiologique,
- de la SOFRES,
- de SOS-Médecins Paris,
- du Syndicat interdépartemental d'assainissement de l'agglomération parisienne,
- de la Société mutualiste des étudiants de la région parisienne (SMEREP).

Données issues de grandes enquêtes nationales, telles que :

- les enquêtes du CREDES, sur la santé et les soins médicaux (enquête décennale), sur la santé et la protection sociale (enquête annuelle),
- ENVEFF, enquête sur les violences envers les femmes en France,
- ESCAPAD, enquête portant sur les consommations de produits psychoactifs des jeunes de 17 à 19 ans ou de EROPP, enquête sur les représentations et les perceptions des produits psychoactifs par la population générale mises en œuvre par l'OFDT,
- HID, enquête sur les handicaps-incapacités-dépendance réalisée par l'INSEE,
- les Baromètres santé, enquêtes régulièrement répétées sur les attitudes et les perceptions à l'égard de la santé réalisées par l'Institut national de la prévention et de l'éducation en santé (INPES),
- les enquêtes INSERM, sur la périnatalité (1995 et 1998), sur la prévalence du surpoids et de l'obésité (enquêtes ObEpi 1997 et 2000), sur les adolescents, sur les consommations de produits psychoactifs des jeunes scolarisés (enquête ESPAD), sur les jeunes en insertion (enquête CFI-PAQUE), sur la santé des adolescents de la protection judiciaire de la jeunesse.

Données issues d'enquêtes régionales, notamment :

- celles de l'Observatoire régional de santé d'Ile-de-France sur :
 - la prévalence des problèmes d'alcool parmi les patients de médecins généralistes libéraux en Ile-de-France,
 - les connaissances, attitudes et perceptions des Franciliens à l'égard du tabac,
 - les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en Ile-de-France (enquêtes KABP de 1992-1994-1998-2001),
 - la santé et le recours aux soins des étudiants affiliés à la Smerep,
 - l'évaluation des risques de la pollution urbaine sur la santé (étude ERPURS),
 - la prise en charge des personnes âgées,
- celle relative à la santé mentale des Franciliens,
- celle relative à la victimation et l'insécurité en Ile-de-France,
- AMS (AGGIR-morbidité-soins), enquêtes sur les caractéristiques des résidents des maisons de retraite et des personnes hospitalisées dans les services de soins de longue durée franciliens.

Annexe 3

Les années de vie ajustées sur l'incapacité (AVAI), un indicateur synthétique pour hiérarchiser les problèmes de santé en Ile-de-France ?

La définition de priorités de santé publique nécessite une information sur l'importance relative de l'impact des différentes maladies dans la population. Des indicateurs synthétiques ont été définis à cette fin. Ainsi, dès 1990, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a réalisé pour l'ensemble du globe et pour différentes causes le calcul du nombre d'années de vies ajustées sur l'incapacité (AVAI). Cet indice synthétique représente une tentative de prise en compte dans un indicateur global du nombre d'années de vie perdues liées aux décès prématurés, mais aussi du nombre d'années passées avec une incapacité de gravité plus ou moins importante. Depuis, ces calculs ont été réalisés à différentes échelles géographiques, des grandes régions du globe initialement définies par l'OMS aux villes de taille importante telles que San Francisco et Paris. Ici sont présentés les résultats obtenus pour l'Ile-de-France.

Les mesures synthétiques de l'état de santé de la population

Le principe des mesures synthétiques de l'état de santé de la population est de combiner dans un même indicateur les informations concernant la mortalité et les effets non mortels dus à une cause donnée. Depuis les années soixante, de multiples indicateurs ont été développés à cet effet : espérance de vie active (1983) et espérance de vie sans incapacité (1992) par exemple. Les années de vie ajustées sur l'incapacité (AVAI) ont été définies en 1992, et utilisées depuis par l'OMS pour les différentes estimations du "Global Burden of Disease" (GBD) ou, en français, fardeau global de la maladie.

Ces mesures synthétiques présentent plusieurs applications : elles permettent la comparaison de l'état de santé de différentes populations, la comparaison de l'état de santé d'une même population à différentes époques, l'identification et la quantification des inégalités de santé au sein d'une population et elles fournissent une information sur l'importance relative de l'impact des différentes maladies dans la population.

Par rapport à des indicateurs ne prenant en compte que la mortalité, ces indices synthétiques permettent une

prise en compte effective des effets des pathologies n'entraînant pas ou peu de décès.

Cependant, le calcul de ces indices amène nécessairement à effectuer quelques simplifications, et à émettre des hypothèses qui peuvent être discutées : choix des espérances de vie retenues, pondération des années de vie perdues à chaque âge, références utilisées pour les valeurs des incapacités attribuées à chaque maladie, etc.

Les années de vie corrigées pour l'incapacité en Ile-de-France

A partir des données de mortalité (fournies par le CépiDC - INSERM) et de population (fournies par l'INSEE) en Ile-de-France en 1999, les AVAI ont été calculées pour chaque sexe.

Les tableaux ci-après énumèrent les vingt premières causes d'AVAI pour chaque sexe en Ile-de-France.

On observe parmi les premières causes d'AVAI un certain nombre de pathologies dont l'importance en terme de santé publique a déjà été mise en évidence grâce à des indicateurs plus classiques : démences séniles (sur-

Les vingt premières causes d'AVAI en Ile-de-France en 1999, pour les femmes

Causes	AVCI (nombre)	AVCI (% du total)
Démences séniles	37 072	6,8
Psychoses et syndromes de dépendance alcoolique	34 201	6,3
Cancers du sein	30 379	5,6
Syndromes dépressifs	26 458	4,9
Arthrose	23 764	4,4
Cardiopathies ischémiques aiguës et chroniques	19 448	3,6
Cancers colorectaux	13 355	2,5
Cancers de l'appareil respiratoire	13 021	2,4
Accidents vasculaires et maladies vasculaires cérébrales ischémiques	11 978	2,2
Chutes accidentelles	11 789	2,2
Anomalies congénitales du cœur et de l'appareil circulatoire	11 534	2,1
Pathologies endocriniennes, du métabolisme et du sang	11 061	2,0
Autres tumeurs bénignes et malignes	10 300	1,9
Asthme	10 003	1,8
Hémorragies cérébrales et méningées	9 998	1,8
Toxicomanie	8 561	1,6
Diabète insulino-dépendant	8 462	1,5
Maladies pulmonaires obstructives chroniques	8 253	1,5
Syndromes maniaques	7 551	1,4
Schizophrénie	7 528	1,4
Autres	229 624	42,2

Les vingt premières causes d'AVAI en Ile-de-France en 1999, pour les hommes

Causes	AVCI (nombre)	AVCI (% du total)
Psychose et syndromes de dépendance alcoolique	49 830	7,8
Cancers de l'appareil respiratoire	48 719	7,6
Cardiopathies ischémiques aiguës et chroniques	34 327	5,3
Syndromes dépressifs	25 723	4,0
Arthrose	22 945	3,6
Atteintes hépatiques alcooliques : hépatites aiguës et cirrhoses	15 627	2,4
Suicides et traumatismes intentionnels auto-infligés autres que par armes à feu	14 736	2,3
Cancers colorectaux	14 630	2,3
Démences séniles	13 255	2,1
Cancers de la bouche et de l'oropharynx	12 921	2,0
Hémorragies cérébrales et méningées	12 399	1,9
Diabète insulino-dépendant	11 669	1,8
Maladies pulmonaires obstructives chroniques	11 463	1,8
Cancers de la prostate	11 156	1,7
Accidents vasculaires et maladies vasculaires cérébrales ischémiques	11 011	1,7
Autres tumeurs bénignes et malignes	10 170	1,6
Toxicomanie	9 966	1,5
Asthme	9 164	1,4
Cancers du foie	9 162	1,4
Anomalies congénitales du cœur et de l'appareil circulatoire	8 861	1,4
Autres	284 760	44,3

* Tumeurs bénignes et cancers autres que cancers de la bouche et de l'oropharynx, de l'oesophage, de l'estomac, de l'intestin grêle, du colon et du rectum, du foie, du pancréas, de l'appareil respiratoire, cancers cutanés, cancers du sein, du col de l'utérus, de l'utérus, des ovaires, de la prostate, de la vessie, des reins, du cerveau, lymphomes, myélomes multiples et leucémies.

tout chez les femmes), cancers de l'appareil respiratoire (en grande partie attribuables à la consommation de tabac), cancers du sein chez la femme.

Les différences observées dans les classements par sexe sont cohérentes avec les disparités connues entre hommes et femmes concernant la distribution des différentes maladies et l'exposition différentielle à certains facteurs de risque.

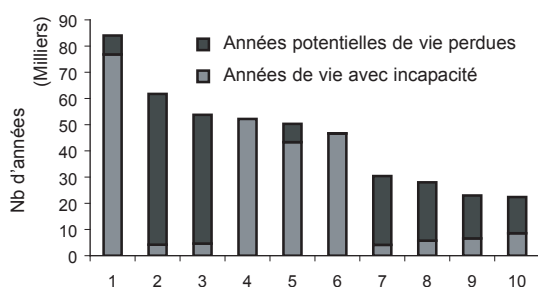
Ainsi, les démences séniles (dont la maladie d'Alzheimer) sont la première cause d'AVAI chez les femmes, tandis qu'elles ne se classent qu'en neuvième position chez les hommes. Or, d'une part, les personnes âgées de plus de 65 ans représentaient en 1999 plus de 14 % de la population féminine en Ile-de-France, tandis qu'elles représentaient moins de 10 % de la population masculine et, d'autre part, ces démences sont plus fréquentes chez les femmes.

Les cancers de l'appareil respiratoire sont la deuxième cause d'AVAI chez les hommes, tandis qu'ils ne se classent qu'en huitième position chez les femmes. Or, jusqu'à très récemment, les consommations de tabac, principal facteur de risque de ces affections, étaient plus faibles chez les femmes que chez les hommes, quel que soit l'âge.

Les cardiopathies ischémiques aiguës et chroniques, au contraire, sont la troisième cause d'AVAI chez les hommes, tandis qu'elles ne se classent qu'en sixième position chez les femmes, ceci étant à rapprocher du rôle protecteur des hormones féminines vis-à-vis de ce type de maladies.

Cette méthode permet surtout de prendre en compte parmi les toutes premières causes d'AVAI des pathologies non ou peu mortelles mais très invalidantes, qui sont logiquement absentes lorsque les causes de mortalité anticipées sont seules prises en compte. C'est le cas par exemple des syndromes dépressifs (quatrième cause d'AVAI en Ile-de-France, tant chez les hommes que chez les femmes). Ce résultat a également été retrouvé lors de l'étude GBD de l'OMS, qui pour les pays développés en 1990 classe cette cause en deuxième position par ordre d'AVAI décroissantes. Cependant, le nombre d'AVAI observées pour les syndromes dépressifs en Ile-de-France est constitué à plus de 99 % d'années de vie avec incapacité, et non d'années potentielles de vie perdues (voir figure ci-contre).

Nombre d'années potentielles de vie perdues et d'années de vie avec incapacité constituant les AVAI pour les dix premières causes en Ile-de-France (population totale)



- 1 : Psychoses et syndromes de dépendance alcooliques
- 2 : Cancers de l'appareil respiratoire
- 3 : Cardiopathies ischémiques aiguës et chroniques
- 4 : Syndromes dépressifs
- 5 : Démences séniles
- 6 : Arthrose
- 7 : Cancers du sein
- 8 : Cancers colorectaux
- 9 : Accidents vasculaires et maladies vasculaires cérébrales ischémiques
- 10 : Hémorragies cérébrales et méningées

Le nombre total d'AVAI correspond à la somme des années de vie avec incapacité et des années potentielles de vie perdues pour chaque cause.

Principe de calcul des AVAI en Ile-de-France

La méthode de calcul des AVAI retenue pour l'Ile-de-France est identique à celle utilisée pour les villes de San Francisco et Paris.

Le nombre de décès par sexe, classe d'âge et cause CIM-9 (Classification internationale des maladies, 9ème version) est déterminé à partir des données fournies par le Cépi-DC (INSERM). Les différentes causes CIM-9 sont ensuite regroupées en catégories plus vastes.

Pour chaque décès, le nombre d'années potentielles de vie perdues (APVP) est déterminé, en tenant compte de l'âge auquel intervient ce décès par rapport aux espérances de vie définies pour les pays industrialisés par l'OMS, avec une pondération des années tenant compte des différences de "rôle social" à chaque âge (cette méthode a initialement été mise au point dans une perspective économique).

Le ratio entre le nombre d'année de vie avec incapacité et le nombre d'années de vie perdues est déterminé à partir des données de l'OMS par groupes de maladies, classes d'âges et sexe :

- Si ce ratio existe et est inférieur à 10, les années de vie avec incapacité (AVI) sont calculées en le multipliant par le nombre d'APVP correspondant.

- Si ce ratio n'a pu être calculé, ou est supérieur à 10, le taux d'années de vie avec incapacité pour chaque groupe de maladies, classe d'âges et sexe est utilisé. Il est multiplié par l'effectif de la population correspondante pour déterminer le nombre d'AVI.

Le nombre d'années de vie ajustées sur l'incapacité (AVAI) est obtenu en additionnant les APVP et les AVI.

Le mode de calcul du nombre de ces années de vie avec incapacité est fondé sur l'utilisation de taux moyens standardisés, impliquant des hypothèses fortes, simplificatrices et de ce fait discutables.

L'absence de certaines maladies dont l'importance en Ile-de-France est pourtant connue par ailleurs, telle la tuberculose, peut s'expliquer par les hypothèses retenues pour effectuer ce calcul. Par exemple, le taux d'incidence utilisé pour le calcul des AVAI est un taux moyen sur l'ensemble des pays industrialisés. Dans le cas de la tuberculose, le taux d'incidence pour l'Ile-de-France évalué au moyen des données de déclaration obligatoire est 1,25 fois plus élevé que le taux moyen fourni par l'OMS. Le calcul effectué à l'aide du taux moyen attribue ainsi 1 316 AVAI à la tuberculose, tandis qu'en prenant en compte le taux d'incidence réel de cette maladie en Ile-de-France, on obtient plus de 2 200 AVAI. Cet exemple illustre bien les limites liées aux méthodes de calcul de tels indicateurs synthétiques.

Il apparaît donc que certaines des valeurs standard proposées par l'OMS pourraient être adaptées aux situations locales afin de rendre compte avec plus de précisions des spécificités de l'Ile-de-France vis à vis de problèmes particuliers de santé publique. Dès lors, l'utilisation des données provenant de la déclaration obligatoire de certaines maladies ou d'enquêtes locales peut permettre d'obtenir des valeurs plus proches de la réalité locale pour les différents taux et ratios. D'autre part, la validité de tels indicateurs synthétiques dépend en grande partie de l'exactitude et de la disponibilité des données utilisées. Ainsi, la qualité des données de mortalité conditionne très largement la validité des résultats concernant les années potentielles de vie perdues. Cependant, les AVAI constituent un outil à ne pas négliger lors de la hiérarchisation des problèmes de santé publique et permettent la comparaison avec d'autres études telles que celles de l'OMS.

Références pour la méthode de calcul des AVAI

- Le programme "Fardeau global de la maladie" de l'OMS : http://www.who.int/health_topics/global_burden_of_disease/fr/
- Le programme "San Francisco burden of disease and injury study" : R. Reiter, <http://www.medept.org/sfbd/>
- Le calcul des AVAI pour la ville de Paris : A. Spira et D. Granados.
- "Understanding DALYs", J.L. Murray et A.K. Acharya, *Journal of Health Economics*, 16: 703-730, 1996.

